



STUDIA i MATERIAŁY

Nr 3

Ewa Jaźwińska-Motylska, Marta Kiełkowska, Anna Kordasiewicz, Konrad Pędziwiatr, Agnieszka Radziwinowiczówna

Spółeczne konsekwencje starzenia się populacji ze szczególnym uwzględnieniem zmian relacji opiekuńczych

Spis treści

1. Wprowadzenie	3
1.1 Starzenie się ludności a starzenie się społeczeństwa	3
1.2 Katalog społecznych konsekwencji starzenia się populacji	6
2 Konsekwencje starzenia się w obszarze opieki.....	9
2.1 Teoretyczne aspekty opieki	9
2.2 Specyfika opieki nad poszczególnymi kategoriami osób	14
2.3 Opieka w warunkach migracji	16
2.4 Typy opieki na odległość	17
2.4.1 Opieka świadczona na odległość	18
2.4.2 Delegacja zadań opiekuńczych i koordynacja działań opiekuńczych	19
2.4.3 Opieka świadczona osobiście	19
2.4.4 Różnice kulturowe między miejscem pochodzenia a miejscem imigracji	20
2.5 Zróżnicowanie form świadczenia opieki, polski model opieki i jego spodziewane przemiany w związku ze starzeniem się społeczeństwa	20
2.6 Przemiany opieki jako konsekwencje starzenia się społeczeństwa	24
3. Inne społeczne konsekwencje starzenia	26
3.1 Konsekwencje dla gospodarki i rynku pracy.....	26
3.2 Zmiany w strukturze społecznej i relacjach międzypokoleniowych	26
3.3 Zmiany kulturowe	30
3.3.1 Postawy, normy, wartości	30
3.3.2 Aktywność osób starszych.....	33
4. Punkt wyjścia badań empirycznych	36
Wykaz literatury	37

1. Wprowadzenie

Celem przedstawionych w niniejszym dokumencie działań badawczych jest szerokie socjologiczne zbadanie stanu obecnego i przemian w relacjach opiekuńczych we współczesnej Polsce, zgodnie z sygnalizowanym w tytule projektu MIG/AGEING rozróżnieniem na opiekę formalną i nieformalną. Zakłada to badanie opieki nad osobami starszymi oraz innymi niesamodzielnymi członkami rodzin (dziećmi, osobami przewlekłe chorymi, niepełnosprawnymi). Z uwagi na kluczową dla projektu problematykę starzenia się społeczeństwa, analizy koncentrują się na zagadnieniach związanych z osobami starszymi, występującymi zarówno w roli biorców jak i dawców opieki.

W projekcie zakładamy, że zbieżności w czasie emigracji i głębokiego spadku płodności - które przyczyniają się, obok innych procesów, do przyśpieszenia procesu starzenia się ludności Polski - mogą towarzyszyć głębokie przemiany relacji rodzinnych dotyczących opieki nad dziećmi (szczególnie, gdy jest ona sprawowana przez osoby starsze) oraz opieki nad osobami starszymi. Przemiany mogą polegać m.in. na delegacji funkcji opiekuńczych od członków rodzin do instytucji pozarodzinnych: prywatnych opiekunów krajowych i zagranicznych, a także publicznych i niepublicznych instytucji opieki (zjawisko defamilizacji opieki) oraz różnych sieci społecznych.

W wyczerpującej analizie przemian relacji opiekuńczych – zarówno ich przyczyn, jak i konsekwencji – konieczne jest uwzględnienie szerszego społecznego kontekstu. Zdajemy sobie sprawę, że owe przemiany wynikają nie tylko ze zmian demograficznych, ale też z innych procesów zachodzących we współczesnych społeczeństwach, związanych w znacznej mierze z drugim przejściem demograficznym, a w przypadku Polski ze specyficznymi zmianami wynikającymi z transformacji ustrojowej i przystąpienia do Unii Europejskiej. Szczególne znaczenie ma tu skala i charakter polskich migracji. Naszym zamiarem jest przeanalizowanie przemian opieki m.in. w kontekście mobilności, przede wszystkim geograficznej.

Planujemy zbadać przemiany:

1. wewnątrzrodzinnych relacji opiekuńczych, transferów międzypokoleniowych, m.in. dotyczących opieki nad dziećmi i osobami starszymi;
2. systemu zewnątrz-rodzinnych relacji opiekuńczych, obejmujących sieci opieki (*networks of care*) oraz prywatne i publiczne instytucje;
3. kulturowych wzorów opieki.

w kontekście nasilonych procesów starzenia się i emigracji oraz prognozowanego przejścia migracyjnego.

Przemiany relacji opiekuńczych są ważną, ale nie jedyną, społeczną konsekwencją zachodzących procesów demograficznych. W drugiej części opracowania zajmiemy się innymi społecznymi konsekwencjami, np. przemianami postaw, wartości i norm kulturowych, sposobów życia i rodzajów aktywności seniorów oraz zmianami w relacjach międzypokoleniowych.

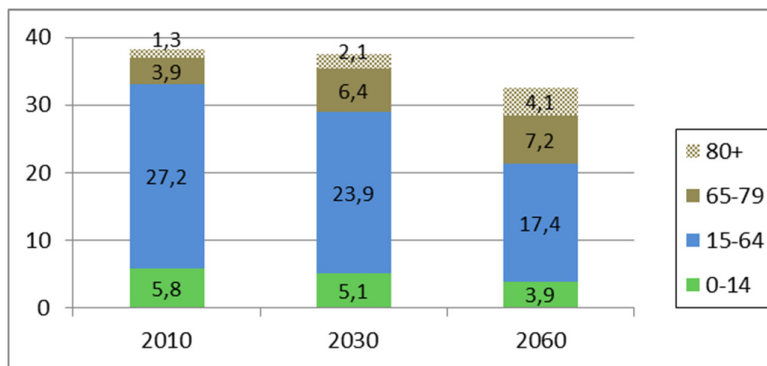
1.1 Starzenie się ludności a starzenie się społeczeństwa

Obserwowane procesy ludnościowe z całą pewnością wyznaczą nowy porządek demograficzny, który istotnie wpłynie na niemal wszystkie obszary życia społecznego i trwale zmieni społeczny kontekst funkcjonowania jednostek. Dla rozważań dotyczących konsekwencji przemian demograficznych, szczególnie konsekwencji społecznych, ważne jest rozróżnienie dwóch wymiarów procesu starzenia się – wymiaru ilościowego i strukturalnego. Odwołując się do koncepcji *age transition*, którą zaproponował Jean-Claude Chesnais (1990), a rozwinął Ian Pool (2010), będziemy brali pod uwagę dwie zasadnicze kwestie:

- a) rosnącą liczbę osób starszych, w tym rosnącą liczbę osób w wieku sędziwym (rys. 1)
- b) zmiany w strukturze wieku populacji (rys. 2)¹.

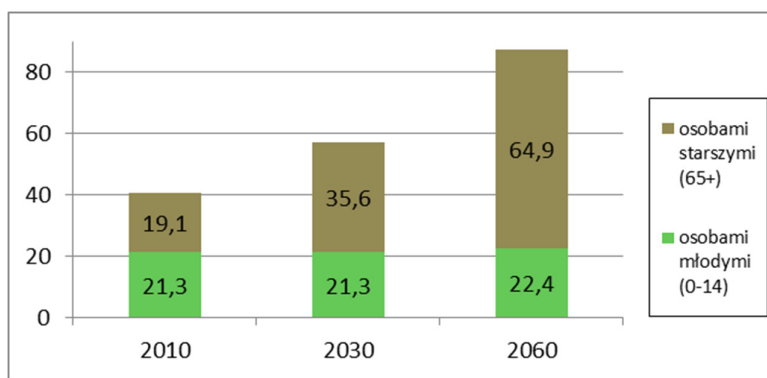
¹ Na tym etapie w mniejszym stopniu koncentrujemy się bezpośrednio na konsekwencjach zmniejszenia się liczby dzieci (tzn. jest to dla nas istotne przede wszystkim z punktu widzenia wpływu na zmianę struktury wieku).

RYSUNEK 1 LICZBA LUDNOŚCI POLSKI Z UWZGLĘDNIENIEM POSZCZEGÓLNYCH KATEGORII WIEKOWYCH (W MLN.) - ROK 2010
ORAZ PROGNOZY



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostat.

RYSUNEK 2 WSPÓŁCZYNNIKI OBCIĄŻENIA DEMOGRAFICZNEGO – ROK 2010 ORAZ PROGNOZY



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostat.

Wprawdzie zmiany struktury wieku wynikają ze zwiększania się liczby osób starych (oraz ze spadku liczby urodzeń), jednak powyższe rozróżnienie jest istotne, gdyż pewne interesujące nas konsekwencje są związane ze wzrostem liczebności najstarszych grup wieku (np. wzrost zapotrzebowania na specjalistyczne usługi medyczne), inne – ze zmianami struktury wieku (np. zmiany proporcji poszczególnych grup wiekowych elektoratów, czy konsekwencje związane z systemem zabezpieczeń społecznych), a jeszcze inne ściśle wiążą się zarówno z pierwszą i drugą kwestią (np. wzrost obciążeń opiekuńczych).

Oczywiste jest, że udział ludzi starych w populacji będzie rosnąć i że stanowi to poważne wyzwanie dla państwa i społeczeństwa. Jednak, gdy szacuje się wielkość tego udziału, trzeba pamiętać o możliwym nieporozumieniu, wynikającym z przyjmowania stałej granicy wieku, która w statystykach określa grupę ludzi starych. Przyjęcie stałej granicy (przeważnie jest to 65 rok życia) sprawia, że w społeczeństwie, w którym ludzie żyją dłużej (nawet gdyby dzietność utrzymywała się na stałym poziomie, a nie spadała), proporcja ludzi starych będzie rosnąć z czysto statystycznego powodu. Granica „prawdziwej starości” zmienia się jednak „wraz z wydłużaniem się ludzkiego życia i tej jego części, która przebiega we względnym zdrowiu, w każdym razie bez niepełnosprawności” (Góra 2013).

Konieczność powoływania się na dane z innych badań społecznych sprawia, że niejednokrotnie my również, mówiąc o ludziach starych, będziemy odnosić się do grupy osób po 65 roku życia. Pamiętajmy jednak, że taka definicja starości z czasem staje się coraz mniej adekwatna i że tak wyodrębnioną grupę stanowią w znacznej większości osoby, które nie przekroczyły granicy starości ani w sensie biologicznym, ani psychologicznym, ani społecznym. Spodziewane wydłużanie się i poprawa jakości życia osób starszych sprawi, że w przyszłości „próg starości” będzie się nadal przesunął do dalszych roczników wieku.

W projekcie MIG/AGEING, w związku z planowaną prognozą, przyjmuje się odległą perspektywę (do 2060 roku). Wyraźnie pragniemy zaznaczyć, że dla analiz socjologicznych przyjęcie takiego horyzontu jest bardzo problematyczne. Spodziewamy się, że w społeczeństwie nastąpią istotne zmiany kulturowe, ale nie jesteśmy w

stanie ich przewidzieć, zatem spróbujemy rozważyć różne – naszym zdaniem najbardziej prawdopodobne – scenariusze. Będziemy próbowali odpowiedzieć na pytania: w jaki sposób starzenie się społeczeństwa wpływa na losy seniorów? Jak proces starzenia wpływa na społeczeństwo? Podstawą dla tych rozważań będą wyniki uzyskane w badaniach terenowych, jednak nawet one nie będą mogły być wystarczającą podstawą do tworzenia bardzo odległych projekcji.

Będziemy brali pod uwagę charakterystyki obecnych i przeszłych pokoleń seniorów. Do przewidywania przyszłości możemy wykorzystać wiedzę o osobach będących teraz na tzw. przedpolu starości. Tego typu analizy pokazują, że przyszli seniorzy będą się od obecnych istotnie różnili ze względu na wiele cech społeczno-demograficznych. Będą lepiej wykształceni, będą mieli lepsze kompetencje technologiczne, inne nawyki konsumpcyjne. Musimy pamiętać, że każda kolejna kohorta będzie miała za sobą coraz krótsze doświadczenia związane z życiem w PRL, a coraz dłuższe w gospodarce wolnorynkowej. Nie jest jednak oczywiste, w jaki sposób i w jakim zakresie wpłynie to np. na ich styl życia, systemy wartości czy preferencje polityczne. Podczas dyskusji o społecznych konsekwencjach starzenia często zadawaliśmy sobie pytanie: jakie cechy społeczne osób będących na przedpolu starości zmieniają się w przyszłości i w jakim stopniu (np. czy wraz z wiekiem stajemy się bardziej konserwatywni?; jak zmieniają się nasze potrzeby?). Jak to będzie przebiegało u osób z późniejszych roczników?

Pewną wskazówkę można czerpać z analizy danych panelowych. Niestety jedynie w wąskim zakresie. Innym źródłem mogą być badania międzynarodowe i odwołania do przykładów krajów, w których struktura wieku jest obecnie starsza niż struktura wieku w Polsce. Rozważania dotyczące społecznych konsekwencji starzenia się populacji powinny być jednak poprzedzone, przynajmniej najbardziej ogólną, społeczno-ekonomiczną charakterystyką zbiorowości osób starszych. Poniżej prezentujemy kilka najistotniejszych wskaźników.

1. Większość (64%) seniorów² mieszka w miastach, a proporcja ta w ciągu ostatniej dekady wzrosła z 61% w 2002 roku i 52% w roku 1971 (NSP 2011, Rocznik Demograficzny 1971);
2. 31% osób (1,6 mln), które ukończyły 65. rok życia mieszka samotnie³ (GUS);
3. Wśród współczesnych seniorów (osób w wieku 65+) 8,7% ma wykształcenie wyższe (NSP 2011) podczas gdy w 2002 roku ten odsetek wynosił 6,3. Jednocześnie jednak w roku 2011 w młodszych kohortach wskaźniki te były niższe (60-64 – 5,2%, 55-59 – 6,2%, 50-54 – 6,9%);
4. Trudno jest opisać położenie materialne polskich seniorów, ponieważ dane o dochodach (podstawowym wyznaczniku zamożności) są zazwyczaj obciążone błędami. Jak wynika z danych EU-SILC, osoby w wieku 65+ są drugą po przedsiębiorcach zbiorowością najmniej zagrożoną ubóstwem (Kubicki 2010: 3-4), do czego przyczyniać się może fakt, że większość z nich posiada regularny dochód⁴. Dane z 2010 roku wskazują, że poziom skrajnego ubóstwa⁵ wśród seniorów⁶ (3,8%) jest niższy niż dla całej populacji Polski (5,7%) (GUS 2010:2). Niektórzy seniorzy odczuwają, że z wiekiem ich sytuacja ekonomiczna uległa poprawie, ponieważ ich dzieci usamodzielnili się finansowo, i samodzielnie mogą dysponować własnym dochodem (Kubicki, Olcoń-Kubicka 2010:134). Warto jednak zaznaczyć, że wielu seniorów dzieli się dochodem z bliskimi;
5. Zgodnie z deklaracjami seniorów, ich głównym problemem jest zły stan zdrowia (71%) oraz niesamodzielność (60%) (Kubicki, Olcoń-Kubicka 2010:133, GUS 2012:14). W 2002 roku 47% seniorów w wieku 75+ było niepełnosprawnych, czyli mieli orzeczoną niepełnosprawność lub deklarowali, że czują się niepełnosprawni (w istocie według innych danych, tylko co szósta osoba w wieku 75+ jest rzeczywiście niesamodzielna, Augustyn et al. 2009: 157); 2,4 procent z nich mieszka w domach pomocy społecznej (Szweda-Lewandowska 2009:246,248). Wydaje się zatem, że doniosłe znaczenie ma badanie realnego zapotrzebowania na opiekę przez osoby starsze.

² GUS podaje zagregowane dane dla kategorii wiekowej 60+.

³ W Polsce 2 623 035 gospodarstw domowych składa się wyłącznie z ludzi starszych, zamieszkuje w nich 3 705 643 ludzi (NPS 2011);

⁴ Regularnego dochodu nie otrzymują osoby nieobjęte systemem emerytalnym.

⁵ Za skrajnie ubogie uznaje się osoby, których dochody nie przekraczają tak zwanego „minimum socjalnego”, czyli kwoty niezbędnej do realizacji potrzeb, których zaspokojenie nie może być odłożone w czasie; w IV kwartale 2009 r. Instytut Pracy i Polityki Społecznej określił jego wysokość na 466 zł dla gospodarstwa jednoosobowego (GUS 2010:2).

⁶ Osób w wieku 65+.

1.2 Katalog społecznych konsekwencji starzenia się populacji

Radykalne i trwałe zmiany demograficzne będą miały istotny wpływ na niemal wszystkie wymiary życia społecznego. W poniższej tabeli proponujemy klasyfikację zagadnień, mającą pomóc w uporządkowaniu myślenia o zmianach, których doświadczy społeczeństwo.

Tabela 1. Najważniejsze spodziewane konsekwencje starzenia się społeczeństwa

	Zagadnienia związane z rosnącą <u>liczbą</u> osób starszych		Zagadnienia związane ze zmianami struktury wieku
	młodych-starych	starych-starych	
Ekonomia (gospodarka i rynek pracy)	- Rozwój <i>silver economy</i> - Wzrost rozwarstwienia społecznego w grupie seniorów		- Wzrost obciążeń dla systemu zabezpieczeń społecznych - Kurczenie się zasobów pracy (aktywizacja zawodowa grup mało aktywnych na rynku pracy, m.in. kobiet, ludności wiejskiej, osób niepełnosprawnych) - Starzenie się zasobów pracy (zarządzanie wiekiem, kształcenie ustawiczne) - Spowolnienie wzrostu gospodarczego - Zmiana struktury konsumpcji -> zmiany w strukturze zatrudnienia (sektorowej) - Wzrost rozwarstwienia społecznego (młodzi-starzy)
	- Wzrost aktywności zawodowej i przedsiębiorczości osób w wieku przedemerytalnym i emerytalnym - Wykształcenie nowych form aktywności zawodowej,	Wzrost obciążeń dla budżetu państwa (ok. 4 mln osób w wieku sędziwym)	
Relacje między-pokoleniowe	- Zmiany w społecznym postrzeganiu osób starszych (ageizm vs. wzrost szacunku dla starszych) - Upowszechnienie pozarodzinnych form współdziałania różnych pokoleń (w pracy, w przestrzeni publicznej, np. wspólne spędzanie wolnego czasu)		- Napięcia społeczne związane z obciążeniem demograficznym - Zmiany struktury rodzin i kulturowych ról wyznaczonych ich członkom - Zmiany relacji międzypokoleniowych wśród uczestników rynku pracy
w tym opiekuńczość	Wzrost zapotrzebowania na specjalistyczne usługi medyczne		- Zmiany w obszarze transferów w rodzinach (finansowych, czasu, opieki) - Mniejsze obciążenia związane z opieką nad dziećmi i wnukami - Większe obciążenia związane z opieką nad niesamodzielnymi osobami starszymi - Defamilizacja opieki - Przemiany norm kulturowych związanych z opiekuńczością
	Wzrost znaczenia kapitału społecznego (pozarodzinnych relacji budowanych w wieku młodszej starości), np. zaangażowanie w zorganizowany wolontariat jako inwestycja na późną, niesamodzielną starość	- Wzrost zapotrzebowania na usługi i instytucje opiekuńcze (ośrodki opiekuńcze, dostosowane miejsca w szpitalach, infrastruktura medyczna i wyspecjalizowany personel) - Wzrost zapotrzebowania na wykwalifikowaną pomoc psychologiczną i psychiatryczną	
Systemy wartości/normy kulturowe	- Zmiana obrazu starości w przestrzeni publicznej, mediach, kulturze masowej - Ograniczenie dominacji systemu wartości i stylu życia charakterystycznego dla ludzi młodych - Przemiany stereotypów związanych ze starością		- Zmiany w dominującym systemie wartości (większy/mniejszy konserwatyzm społeczeństwa, zmiany znaczenia religii w życiu społecznym i wpływu kościoła katolickiego) - Wzrost znaczenia środowisk konserwatywnych

Uczestnictwo w życiu społecznym	Wzrost znaczenia pozarodzinnych więzi społecznych samopomocy i samoorganizacji seniorów, wolontariatu zorganizowanego		- Starzenie się elektoratu - Dostosowanie programów politycznych do potrzeb starszego elektoratu (populizm)
	- Wzrost aktywności społeczna, lokalna - Zwiększenie partycypacji obywatelskiej	Wzrost zjawiska wykluczenia społecznego i ekonomicznego osób starszych	
Polityka państwa (najważniejsze wyzwania)	- Wzrost nakładów na służbę zdrowia - Prowadzenie wielosektorowych senioralnych polityk lokalnych – koordynacja działań pierwszego, drugiego, trzeciego i czwartego sektora		- Reorganizacja i dofinansowanie służby zdrowia - Zmiany w: - systemie zabezpieczeń społecznych - polityce rodzinnej - polityce migracyjnej - systemie edukacji (dostosowanie do mniejszej liczby małych dzieci, uczniów, studentów; w większym stopniu ukierunkowanie na kształcenie ustawiczne)
		Reforma systemu opieki – powstanie nowych form instytucjonalnych wspierających rodziny osób niesamodzielnych	

Źródło: opracowanie własne.

2 Konsekwencje starzenia się w obszarze opieki

2.1 Teoretyczne aspekty opieki

Opieka jest zjawiskiem konstruowanym społecznie, zmiennym w czasie, podobnie jak kategorie osób jej podlegające. Zostało to przekonująco udokumentowane w przypadku opieki nad dziećmi – zjawiska związanego ze społecznym „wynalezieniem” dzieciństwa (Aries 2010, Flandrin 1998), którego charakter zależał od warstwy społecznej oraz epoki historycznej (por. Kindler, Kordasiewicz, w druku). To, że w ogóle podejmuje się – w dyskursie publicznym, w codziennych rozmowach, w badaniach naukowych – temat opieki, świadczy m.in. o tym, że osoby niesamodzielne (w tym stare) stanowią trwale włączony w społeczeństwo element składowy, co nie jest uniwersalne ani historycznie, ani kulturowo (Krzyżowski 2011). Sposoby realizacji opieki i jej społeczna organizacja jest również kwestią definiowaną kulturowo i historycznie.

Historia „opieki” jako koncepcji analitycznej jest stosunkowo krótka, u zarania powiązana z analizami feministycznymi dotyczącymi nieodpłatnej pracy domowej kobiet (Daly, Lewis 2000, Daly 2002). Pierwsze analizy podkreślały procesualność i wbudowanie opieki w relacje społeczne. Odstaniały ukryte założenie o istnieniu - obsługiwanej głównie przez kobiety - sfery domowej, umożliwiającej regenerację zasobów ludzkich, niezbędną do produktywnego uczestnictwa w rynku pracy. Mimo, że opieka została włączona w rynkowe procesy (w postaci usług opiekuńczych), towarzyszyły jej ciągle normatywne i emocjonalne konotacje wywiedzione ze sfery prywatnej (Lasch 1978). Zaangażowanie kobiet w pracę opiekuńczą na rynku pracy postrzegane jest w tej refleksji również jako problematyczne i bywa określane jako „publiczny patriachalizm” (Siim 1987). Kolejne analizy zwracały uwagę na normatywne i świadomościowe aspekty opieki, oraz na kwestie organizacji opieki przez państwo (Daly 2002). Poniżej zostaną przedstawione niektóre dylematy analityczne związane ze zjawiskiem opieki, oraz przegląd współcześnie występujących form opieki.

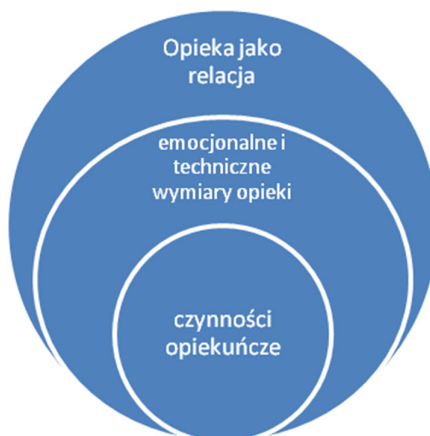
Definicje i koncepcje teoretyczne

Opieka jest jednym z pojęć w naukach społecznych i praktyce społecznej, dla zdefiniowania których niewystarczające jest wyliczenie elementów składowych. Często jednak z powodów praktycznych próbuje się definiować ją enumeracyjnie. Owo napięcie pomiędzy ujęciem holistycznym a fragmentaryzującym, któremu poświęcimy uwagę w dalszej części tego opracowania, zostało trafnie ujęte przez Paula Browne (2010), który pisze: *„Czasami opiekę utożsamia się z określonymi działaniami, takimi jak czynności: karmienia, kąpania, ubierania ciał osób młodych, chorych, starszych oraz innych, którzy potrzebują wsparcia w zakresie codziennego funkcjonowania; innym razem opiekę rozumie się jako sposób życia [way of life] lub sposób wykonywania tych czynności, jako szczególną relację z tymi osobami”* (s. 576, tłum AK). Fragmentaryczne ujęcia opieki były często krytykowane za nieoddawanie jej istoty (Thomas 1993) oraz za wprowadzanie sztucznych podziałów, m.in. na opiekę instytucjonalną i domową, na opiekę nad dorosłymi i dziećmi, na opiekę odpłatną i nieodpłatną (Daly, Lewis 2000). W niniejszej części spróbujemy wyjść od opieki jako takiej, od tego, co stanowi o jej istocie i specyfice. Postaramy się pokazać, że opieka to coś więcej niż suma części, inaczej mówiąc, rozważymy, co stanowi jej istotę, jakie są węzłowe kwestie socjologiczne w najszerszym ujęciu - abstrahując od formy i grupy odbiorców - aby móc „rozłożyć ją na części pierwsze” i przyrzeć się owym częściom składowym, użytecznym rozróżnieniom i różnym sposobom ich definiowania.

Mimo że temat opieki jest obecny w refleksji społecznej od lat 70., stan dociekań teoretycznych jest niewystarczający. Carol Thomas w 1993r. twierdziła, że „literatura dotycząca opieki zamiast konceptualizacji przedstawiała reprezentacje oraz pseudokoncepty oparte na wybranych empirycznych przejawach” (Browne 2010: 576). Interesującą propozycję zdefiniowania istoty opieki zawiera artykuł Browne’a (2010). Twierdzi on, że do istoty opieki należy proces współtworzenia „zaopiekowania” (*co-production of care effect*) w relacji, w którym udział ma zarówno tradycyjnie rozumiany dawca, jak i biorca opieki (w tym procesie zarówno „biorca” daje, jak i „dawca” przyjmuje i dlatego autor określa tę koncepcję jako „dialektyczną”). *Care effect* spełnia się w momencie wytwarzania, charakter opieki jest przede wszystkim międzyludzki, relacyjny, społeczny a w drugiej dopiero kolejności – techniczny. W tym ujęciu, można powiedzieć, że **opieka jest swoistą relacją międzyludzką, odbywającą**

się w bliskim kontakcie fizycznym lub emocjonalnym, pozwalającą **podtrzymywać dobry (najlepszy z możliwych) stan człowieka jako istoty biologicznej i psychospołecznej**⁷. Umownie można to przedstawić na grafie, którego najogólniejszym kręgiem opieki jest owa istota opieki, bardziej zawężonym – obszary opieki, tj. emocjonalny i techniczny, a najwęższym – konkretne czynności opiekuńcze, takie jak pomoc w codziennych czynnościach (rys. 3). Problematiczne jest to, że ujęcia zorientowane na praktykę odnoszą się tylko do czynności opiekuńczych, tym samym pomijając aspekty, które poniżej rozważamy jako węzłowe socjologiczne kwestie dotyczące opieki.

RYSUNEK 3 KONCEPTUALIZACJA OPIEKI



Źródło: opracowanie własne.

Jedną z węzłowych kwestii socjologicznych dotyczących opieki jest **relacyjność**; np. Daly i Lewis (2000), wymieniają relacyjny nurt refleksji, jako jeden z dwóch głównych w obszarze opieki.

W tym miejscu chcielibyśmy zwrócić uwagę na kilka aspektów wyjątkowej relacji, jaką jest opieka:

1. Opieka zakłada pierwotną **asymetrię** (dawca – biorca), związaną z oceną potrzeb i możliwości ich zaspokojenia. Zaznaczmy, że potrzeby te (przynajmniej niektóre, niezwiązane z bezpośrednimi biologicznymi zagrożeniami) mogą być w zbliżony lub odmienny sposób postrzegane przez dawców i biorców, oraz mogą być lub nie być zaspokajane (Błędowski 2012: 457). Ze względu na występującą normę społeczną niezależności (która - w rezultacie tzw. cichej rewolucji - stała się elementem świata aksjonormatywnego zachodnich społeczeństw), zdefiniowanie kogoś jako potrzebującego opieki może mieć wydźwięk protekcyjny, odbierający podmiotowość (Browne 2010).
2. Asymetria ta może prowadzić do przemocy symbolicznej, której wynikiem jest stosunek **nadrzędności i podrzędności**. Nieoczywistość konfiguracji władzy w relacjach opiekuńczych jest jednak udokumentowana w badaniach – w konkretnych przypadkach dominować może zarówno opiekun, jak i podopieczny (Browne 2010). W literaturze przedmiotu przywołuje się konstrukcje **opresji** różnych grup w obszarze opieki – np. opresji kobiet konstruowanych jako naturalnych opiekunów, lub opresji podopiecznych, jako pozbawianych podmiotowości, a także opresji pracowników terrorizowanych przez podopiecznych (Rivas 2004).
3. Opieka jako relacja jest silnie nacechowana **emocjonalnie** i w związku z tym łączy się ze specyficznymi gratyfikacjami dla opiekunów (np. „zakładnicy miłości”). Również w sytuacji, w której opieka podlega mechanizmom rynku, istnieje zagrożenie „utowarowienia uczuć” (England 2005).

Alternatywą dla rozpatrywania opieki w ujęciach relacyjnych, są **ujęcia systemowe**. Przykładowo, Daly i Lewis (2000) zwracają uwagę na trzy konstytutywne dla opieki aspekty:

⁷ Podobne stanowisko reprezentowane jest w studiach rozwojowych, na gruncie których opieka opisywana jest jako wkład w rozwój społeczny oraz kluczowy czynnik ludzkiego dobrostanu (por. Visvanathan et al. 2012).

1. Opieka jest pracą (*labour*), co odsyła zarówno do wymiaru czynności, jak i pracy na rynku (*work*) (por. poniżej);
2. Opieka jest zakorzeniona w normatywnych ramach zobowiązań i odpowiedzialności;
3. Opieka to działalność obciążona kosztami finansowymi i emocjonalnymi, które przekraczają podział na prywatne i publiczne (Daly, Lewis 2000: 285).

Autorki prezentują koncepcję „social care” w kontekście funkcjonowania państwa opiekuńczego, przedstawiając systemowe aspekty opieki, przy równoczesnym uwzględnianiu wymiaru związanego z doświadczaniem jej w życiu codziennym. Analizując systemowy wymiar funkcjonowania opieki, warto zwrócić uwagę na:

1. Ujęcie opieki w formie **państwowego reżimu opiekuńczego** (Bettio, Simonazzi, Villa 2006, Williams 2012), *welfare mix*. Wg Daly i Lewis (2000), które rozumieją opiekę jako złożoną z trzech komponentów: pracy, odpowiedzialności i kosztów, podział tych komponentów pomiędzy rodzinę, rynek, państwo i sektor pozarządowy jest kluczowym wymiarem systemowego funkcjonowania reżimu opiekuńczego. Rozpatruje się także państwowe systemy opierające się na rodzimej lub migranckiej opiekuńczej sile roboczej (Williams 2012).
2. Ujęcie opieki jako **części globalnych systemów ekonomicznych** (np. łańcuchy opieki, utransnarodowanie opieki, Yeates 2012), w tym globalnego podziału pracy opiekuńczej (Browne 2010: 584 i in.), uwzględniające zagadnienie opiekuńczej eksploatacji/**drenażu opieki** (*care drain*) wykluczonych przez uprzywilejowanych.
3. **Marketyzacja opieki** – rynkowe ujęcia zakładają specyficzny sposób patrzenia na opiekę, jak na produkt uowarowionej gospodarki rynkowej (Yeates 2012, Simpson, Cheney 2007). Traktowanie opieki jako wyliczalnego produktu jest sprzeczne z humanizującymi ujęciami, akcentującymi jej relacyjne aspekty. Jak pisze Browne, „Proces uowarowienia przekształca osoby korzystające z opieki ze współwytwórców w konsumentów, reifikując opiekę jako pakiet »efektów«” (2010: 585). Opieka w tym kontekście nie przestaje mieć charakteru relacyjnego, jednak relacja ta jest w znacznym stopniu pozbawiona wymiaru więzi i emocji.
4. Daly i Lewis, ale także inni badacze, podkreślają, że opieka stanowi obszar **silnie nacechowany normatywnie** oraz **ideologicznie**, m.in. w postaci opresyjnej dla kobiet ideologii kobiecej opiekuńczości⁸. Zauważmy przy tym, że opieka zwyczajowo jest postrzegana w kategoriach o pozytywnym wydźwięku, ale może mieć również negatywne konotacje, jak w przypadku terminu „nadopiekuńczość” lub kiedy zwracamy uwagę na pozbawianie podopiecznych autonomii.
5. Jeśli spojrzymy na opiekę dyskursywnie, oprócz normatywności przekazów, uwagę zwraca także **polisemiczność** tej kategorii. Podobnie jak kategoria pracy domowej (por. Kordasiewicz 2008), bywa ona wpisywana w rozmaite ramy interpretacyjne, przede wszystkim związane z obszarem rodziny (m.in. Anderson 2000; Constable 2003; Lan 2006; McDowell 2006; Romero 1992; Parreñas 2001), ale także w sprzeczną z nimi ramę kontraktu zawodowego (Anderson 2000, Mariti 2003, Miranda 2002, Momsen 1999, Aubert 1956). Zauważa się jednak również ramę medykalizacji oraz „uniewidocznienia” opieki (Kordasiewicz 2012). Dyskursy takie przejawiają się zarówno na makropoziomie, np. komunikatów reklamowych, jak i na mikropoziomie - interakcji pomiędzy konkretnymi jednostkami interpretującymi sytuacje opiekuńcze.

Spróbujmy teraz sięgnąć do najprostszej, syntetycznej definicji opieki stosowanej w badaniach empirycznych. Definicję taką przytacza Krzyżowski: „opieka to pomoc fizyczna i wsparcie emocjonalne udzielane osobie, która sama nie może się o siebie zatroszczyć” (Daly 2002, tłum. za Krzyżowski, oryg. „looking after those who cannot take care of themselves”). Zaletą tej definicji jest jej prostota, która jednakże w istocie więcej kwestii zaciemnia niż rozjaśnia. Przede wszystkim problematyczne jest określenie, na czym polega niemożność zatroszczenia się o siebie. Definicja odsyła nas do koncepcji niesamodzielności, zoperacjonalizowanej przy pomocy takich indeksów, jak np. *Activities of Daily Living* (ADL), *Instrumental Activities of Daily Living* (IADL)⁹ i wielu innych. Warto przy tej okazji

⁸ Jako ilustracja tezy Daly i Lewis może służyć współczynnik tzw. potencjału opiekuńczego, który odnosi liczbę kobiet w wieku 50-69 do populacji osób w wieku 70+, traktując tę pierwszą grupę płciowo-wiekową jako naturalny rezerwuuar opiekuńczości.

⁹ Indeks **IADL** (skala Lawtona) służy do oceny radzenia sobie ze złożonymi czynnościami życia codziennego (korzystanie z telefonu, z komunikacji publicznej, zakupy, przygotowanie posiłków, prace domowe, pranie, przyjmowanie leków,

zauważyć, że Krzyżowski odróżnia pomoc, która stosuje się do osób funkcjonalnie zależnych (mających niedostatki w zakresie IADL), od opieki, która dotyczy osób niesprawnych w kategoriach podstawowych czynności codziennych (ADL).

Przechodząc na pole praktyki, zauważyć można, że definicje stosowane z myślą o podjęciu decyzji i działań mają siłą rzeczy charakter operacyjny i koncentrują się na wskaźnikach; przybierają postać indeksów i zatracają zdolność uchwycenia „całości, która wyrasta ponad części”. W polskich warunkach warto sięgnąć do komplementarnych konceptów niesamodzielnosci i opieki, zawartych w książce pt. „Opieka długoterminowa w Polsce” (2009), opracowanej przez zespół senatora Mieczysława Augustyna. Zawarta tam jest następująca definicja niesamodzielnosci:

„Niesamodzielnosc to wynikajaca z uszkodzenia i uposledzenia funkcji organizmu w następcie choroby lub urazu niezdolnosc do samodzielnej egzystencji, powodujaca koniecznosc stalej lub dlugotrwałej opieki lub pomocy osob drugich w wykonywaniu czynnosci dnia codziennego w zakresie odzywiania, przemieszczania sie, pielęgnacji ciała, komunikacji oraz zaopatrzenia gospodarstwa domowego” (s. 9).

A wypracowana na potrzeby dokumentu definicja opieki długoterminowej brzmi:

„Opieka długoterminowa to profesjonalne lub nieprofesjonalne, intensywne i długotrwałe usługi opiekuńcze i pielęgnacyjne świadczone codziennie osobom niesamodzielnym (niezdolnym do samodzielnej egzystencji) w zakresie odzywiania, przemieszczania, pielęgnacji ciała, komunikacji oraz zaopatrzenia gospodarstwa domowego” (s. 12).

Definicje te, zorientowane na praktykę, wydają się dość jednoznaczne, szczególnie w zakresie tego, co obejmuje opieka. Pomijają jednak w znaczący sposób relacyjną „istotę opieki”, o której pisaliśmy na początku, oraz emocjonalny wymiar opieki, obecny w definicji Daly (2002), a także w popularnej definicji Carol Thomas:

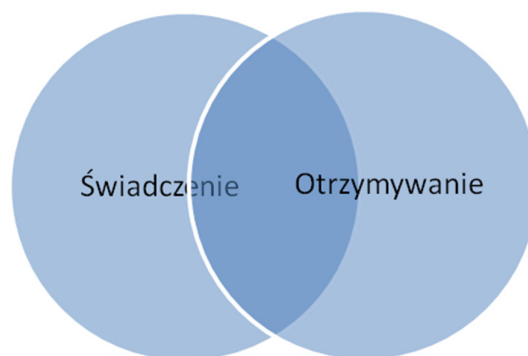
„Opieka polega na odpłatnym jak i bezpłatnym zapewnieniu wsparcia, na które składają się czynnosci pracy oraz uczucia (feeling states). Zapewniają ją głównie – choć nie wyłącznie – kobiety, sprawnym i zależnym dorosłym i dzieciom w środowisku domowym lub publicznym, w różnych układach instytucjonalnych” (Thomas 1993: 665).

Jeśli opiekę definiujemy w odniesieniu do niesamodzielnosci, i uwzględniamy również potrzeby emocjonalne podopiecznych, skłania nas to do zadania pytań takich jak: czy wszystko, co robimy dla osoby niesamodzielnosci/częściowo niesamodzielnosci jest opieką? Czy osobą samodzielną nie można się czasowo opiekować (por. rozróżnienie na *care about* i *care for*, oznaczające zaangażowanie emocjonalne i konkretne czynności, Tronto 1993)? Jak wyodrębnić elementy opiekuńcze w danej relacji/więzi? Co nazwiemy opieką/troską? Jak aktorzy społeczni sami to definiują? Jaki status ma opieka nad osobami przejściowo chorymi, dbanie o drugą osobę w bliskiej relacji, np. w sytuacji kryzysu – utraty bliskiej osoby, rozwodu, załamania psychicznego, depresji, innej choroby psychicznej, częściowo ograniczającej funkcjonowanie psychospołeczne?

Kolejne pojawiające się pytania to: w którym momencie posiłek ugotowany dla rodziny staje się „opieką”? Od jakiego momentu np. telefony do rodziców nazwiemy „opieką”? Jeśli ich celem jest również monitorowanie samopoczucia i stanu zdrowia? Kogo określimy jako „dawcę” i „biorcę” opieki, w sytuacji występowania „przepływów opiekuńczych” w obie strony. Na poniższym grafie w uproszczony sposób przedstawiamy trzy możliwe sytuacje opiekuńcze: wyłącznie dawanie, wyłącznie otrzymywanie, oraz równoległe dawanie i otrzymywanie opieki:

gospodarowanie pieniędzmi). Przy pomocy indeksu **ADL** (skala Katza) oceniany jest stopień samodzielności/niesamodzielnosci przy wykonywaniu czynności podstawowych (kąpanie się, ubieranie się i rozbieranie, korzystanie z toalety, wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel, samodzielne jedzenie, kontrolowanie wydalania).

RYSUNEK 4 ŚWIADCZENIE A OTRZYMYWANIE OPIEKI



Źródło: opracowanie własne.

Niektórzy współcześni badacze rodzin podkreślają konstytuującą rolę *praktyk intymności* w życiu rodzinnym (np. Gabb 2008). Opieka, jak wiemy, może oznaczać zarówno konkretne czynności, jak i ogólną dbałość, troszczenie się o drugą osobę, czyli być bardziej lub mniej nastawiona na intymność w znaczeniu praktyk intymności. Kwestią otwartą jest to, jak opieka, mająca często intymny charakter, jest wpleciona w praktyki intymności, bądź jak praktyki intymności rozgrywają się w kontekstach, w których intymność ma charakter instrumentalny (czy funkcjonalny, związany z czynnościami opiekuńczymi). Proponujemy wstępnie zachować w pamięci konieczność analitycznego rozróżnienia na kontakt i opiekę, które to kwestie mogą się krzyżować, ale mogą również występować niezależnie (nie każdy kontakt jest opiekuńczy i nie każda forma opieki odbywa się w kontakcie):

RYSUNEK 5 OPIEKA A KONTAKT



Źródło: opracowanie własne.

Przykładowo w badaniu SHARE zawężono opiekę do konkretnych czynności (opieka osobista, praktyczna pomoc domowa, pomoc dotycząca dokumentów i spraw urzędowych) (Krzyżowski 2011) bez uwzględnienia wymiaru emocjonalnego, na który w szczególności zwracają uwagę badacze transnarodowych (a więc często związanych z brakiem bezpośredniego kontaktu) form opieki, którzy wyróżniają (szerzej jest to omówione w części dotyczącej opieki w warunkach mobilności):

- Opiekę świadczoną osobiście, opiekę świadczoną na odległość, koordynację działań opiekuńczych, delegację zadań opiekuńczych;
- Osobiste wsparcie, praktyczną pomoc, wsparcie emocjonalne, wsparcie finansowe, wsparcie w zakresie kwestii mieszkaniowych (Kilkey, Merla 2013).

Uwzględnianie kwestii psychospołecznych i akcentowanie wymiaru emocjonalnego zakorzenione jest w bogatej tradycji ujmowania opieki jako pracy (*care work*), obecnej w wywodzącej się z tradycji chicagowskiej literaturze z zakresu socjologii medycyny oraz badań migrantów ekonomicznych podejmujących prace w sektorze usług domowych i opiekuńczych (*migrant domestic workers*). W tradycji badań Anselma Straussa i współpracowników

akcentowanie emocjonalnych wymiarów pracy opiekuńczej jest związane ze szczególnym postrzeganiem sytuacji psychospołecznej osoby wymagającej pomocy (w tym przypadku osoby chronicznie chorej), które - jak sądzimy - można z modyfikacjami odnieść do innych osób niesamodzielnych (Strauss et al. 1982: 256). W związku z tym badacze (Strauss i in. 1982) proponują wyróżnienie dwóch głównych rodzajów pracy w ramach opieki medycznej – czynności technicznych (*instrumental work*) oraz pracy emocjonalnej (*sentimental work*). W odniesieniu do tej ostatniej wyróżniają:

- (1) *interactional work and moral rules*, dbanie o utrzymanie interakcji społecznej podczas czynności medycznych, wyrażenie szacunku dla osoby pacjenta;
- (2) *trust work*, praca nad zbudowaniem zaufania do osoby wykonującej czynności;
- (3) *composure work*, pomoc w zachowaniu panowania nad sobą, podtrzymywanie na duchu;
- (4) *biographical work*, poznanie biografii pacjenta w celach diagnostycznych, ale również w celu zbudowania z nim relacji, opartej na innych aspektach niż sytuacja interwencji medycznej;
- (5) *identity work*, jest to rodzaj pracy psychologicznej nakierowanej na wsparcie w zakresie zachowania podmiotowości/integralności w sytuacji choroby;
- (6) *awareness context work*, dozowanie informacji na temat stanu zdrowia zgodnie z oceną stanu psychicznego pacjenta;
- (7) *rectification work*, wsparcie w „dojściu do siebie” w sytuacji, w której czynności medyczne naruszyły poczucie integralności pacjenta.

Wymienione powyżej działania ujmowane są w kategoriach pracy, ponieważ mają charakter systematyczny, funkcjonalny i są ściśle splecione, a nawet umożliwiają działania określone jako techniczne (badania, zabiegi medyczne). Często są jednak niezauważalne na pierwszy rzut oka i ujawniają się tylko w trakcie długotrwałych terenowych obserwacji działania aktorów społecznych. Wyróżnienie omawianych typów pracy emocjonalnej dowodzi wielkiej wrażliwości opiekunów (i analityków) na trudną tożsamościowo i psychicznie sytuację chorego, jest też świadectwem znużenia społecznego świata opieki. W części opracowań dotyczących tak pracy domowej w ogólności, jak i pracy opiekuńczej, również podkreśla się właśnie, że właściwością opieki i zajmowania się domem jest niemożność precyzyjnego wyodrębnienia czynności, które składają się na proces opiekuńczy, bądź zwraca się uwagę na inne, przenikające ten proces wymiary.

Wymienione przykłady ilustrują rozumienie holistyczne¹⁰, za którym się opowiadamy, a w którym podkreślane są kwestie przenikające całą opiekę oraz uniemożliwiające jej funkcjonalny podział. Opieka rozumiana holistycznie wpisuje się w to, co Krajewski (2009) rozpatruje jako „reżimy podtrzymujące” codzienność, tj. „zarówno zbiory reguł, jak i oparte na nich aktywności podejmowane przez jednostkę (a także te przez nią zaniechane), których celem jest zapewnienie warunków trwania jej codzienności w czasie”. Holistyczne pojmowanie pracy opiekuńczej zbieżne jest z zaproponowanym przez Kordasiewicz (2011) ujęciem pracy domowej/opiekuńczej jako procesu, wymagającego „orkiestracji” wielu różnych podmiotów/aktorów. Orkiestracja rozumiana jest jako koordynacja działań wielu osób, niezbędna do sprawnego zapewnienia opieki.

Podsumowując, opieka bywa często ujmowana jako lista czynności, czasem sprowadzonych wyłącznie do wymiaru technicznego. Wybrane badania i refleksja socjologiczna, po pierwsze, przekonują nas o wadze emocjonalnych, a nie tylko technicznych, wymiarów opieki, a, po drugie, skłaniają do spojrzenia na opiekę w sposób całościowy, uwzględniający jej procesualność, relacyjny charakter oraz aspekty systemowe i normatywne.

2.2 Specyfika opieki nad poszczególnymi kategoriami osób

Zbiorowość osób wymagających opieki jest wewnętrznie zróżnicowana. Można wyróżnić trzy główne kategorie takich osób: niesamodzielne osoby starsze, dzieci oraz osoby niepełnosprawne. Każda z tych grup cechuje się opiekunczą specyfiką.

¹⁰ Przeciwstawiamy je wspomnianemu uprzednio rozumieniu fragmentarycznemu, w którym poszczególne czynności i techniki opiekuńcze ujmowane są odrębnie.

Typy opieki i czynności opiekuńcze, których wymagają osoby niepełnosprawne, są zróżnicowane i zależą przede wszystkim od rodzaju (umysłowa, fizyczna) i stopnia niepełnosprawności. Ważne też mogą być inne czynniki. Dla przykładu, inaczej wygląda opieka nad osobą niepełnosprawną od urodzenia, inaczej nad osobą, która w wyniku procesu chorobowego traci sprawność stopniowo i nieodwracalnie, inaczej nad taką, która była sprawna i w pełnym momencie swojego życia stała się trwale niepełnosprawna, a jeszcze inaczej w przypadku osoby, której niepełnosprawność ma charakter tymczasowy, jak dzieje się w przypadku osób, które przechodzą ciężkie choroby lub odniosły obrażenia w wypadku. W projekcie MIG/AGEING badamy relacje opieki w kontekście starzenia się społeczeństwa, a niepełnosprawność osób w wieku innym niż zaawansowany wydaje się niepowiązana ze zjawiskami analizowanymi w projekcie, chociaż oczywiście stanowić może ciekawy punkt odniesienia. Będziemy zatem brać pod uwagę przede wszystkim opiekę nad osobami starszymi oraz opiekę nad dziećmi. Nie należy jednak zapominać, że interesuje nas wpływ starzenia się społeczeństwa na przemiany opieki nad dziećmi. Jak się zatem zdaje, zastanawiając się nad tymi przemianami, powinniśmy brać pod uwagę:

- malejącą liczbę dzieci
- rosnącą liczbę ludzi starzejących się.

W polskim społeczeństwie dominuje rodzinny model opieki, zarówno jako najbardziej legitymizowany społecznie, jak i jako jedyny możliwy z uwagi na niewystarczającą ofertę opieki instytucjonalnej (żłobki, przedszkola, domy pobytu dla osób starszych, ośrodki pomocy społecznej). W praktyce zatem to rodzina pełni rolę opiekuńczą w stosunku do najmłodszych i najstarszych członków (Błędowski 2012:451). Obciążenia opiekuńcze¹¹ spoczywające na ludziach w wieku produkcyjnym są wysokie, a w interesującym nas okresie będą wzrastać. Obecnie pokolenie osób starszych cechowała w przeszłości wysoka płodność¹². Osoby, które w interesującym nas okresie zestarzeją się, będą miały mniej dzieci, co będzie rezultatem niewysokiej płodności zrealizowanej kobiet oraz wydłużania się życia.

Przygotowując plan badań zakładaliśmy, że będą nas interesowały zwłaszcza takie osoby, które są podwójnie obciążone obowiązkami opiekuńczymi (w stosunku do własnych dzieci oraz rodziców/dziadków). W literaturze określa się je mianem *sandwich generation* (np. Błędowski 2012:452). Opieka nad dziećmi znacznie różni się od opieki nad niesamodzielnymi osobami starszymi, co przedstawia poniższa tabela. Zawiera ona rozważania nad specyfiką opieki, wymaganej przez dwie interesujące nas kategorie biorców.

TABELA 2 OPIEKA NAD OSOBAMI STARSZYM I DZIEĆMI - PORÓWNANIE

	OSOBY STARE¹³	DZIECI
Czy opieka jest konieczna?	ZAŁEŻY od samodzielności osoby starszej a także od jej zgody na otrzymywanie pomocy/opieki	TAK (zwłaszcza w trakcie pierwszych lat życia dziecka)
Przyczyna zapotrzebowania na opiekę	Głównie zły stan zdrowia i niski poziom sprawności (Czekanowski i Bień 2006, za Błędowski 2012:451), następujący po okresie samodzielności w życiu dorosłym, a także poczucie osamotnienia.	Niesamodzielność typowa dla wczesnych faz rozwoju człowieka
Zapotrzebowanie na opiekę /czas	Z upływem czasu zapotrzebowanie na opiekę może rosnąć, ponieważ z wiekiem pogłębia się niesamodzielność	Z upływem czasu maleje, dziecko uczy się nowych czynności i staje się bardziej samodzielne

¹¹ Czyli „relacja liczby osób wymagających opieki do liczby osób dorosłych (15 lat i więcej), które opieki nie wymagają” (Wóycicka, Rurarz 2007:275).

¹² Jak wykazało badanie PolSenior, jedna starzejąca się osoba (w wieku 65+) ma obecnie średnio 2,5 żyjącego dziecka (Szatur-Jaworska 2012:446).

¹³ W tabeli celowo uwzględniliśmy kategorię osób starych (nie zaś niesamodzielnych osób starych). Rozważania ukazują, że nie wszyscy seniorzy wymagają opieki.

Relacja między dawcą i biorcą opieki zależy od ich wcześniejszych relacji	TAK	NIE
Finansowa samodzielność biorcy opieki	W części przypadków (Wóycicka, Rurarz 2007:274-275)	NIE
Pobieranie łącznie opieki nieinstytucjonalnej oraz instytucjonalnej	RZADKO Opieka instytucjonalna łączona z nieinstytucjonalną najczęściej w dużych miastach (Wóycicka, Rurarz 2007:275)	CZĘSTO W przypadku dzieci z niektórych grup wiekowych; znacznie częściej w dużych miastach niż w małych miastach i na wsi (Wóycicka, Rurarz 2007:275)
Częstotliwość otrzymywania opieki	ZALEŻY W zależności od stopnia niesamodzielności; jeśli niewysoki – sporadycznie	REGULARNA Do pewnego wieku – stałe zapotrzebowanie na pomoc
Oczekiwania społeczne wobec rodziny	RELATYWNIE SŁABSZE, ALE POWSZECHNE	RELATYWNIE SILNIEJSZE I POWSZECHNE

Źródło: opracowanie własne

Jak wynika z powyższej tabeli, opieka nad dziećmi i osobami starszymi to w pewnym sensie procesy o odwrotnym kierunku (odpowiednio: rosnąca niezależność – rosnąca zależność), startujące z odmiennych punktów (odpowiednio: zależność – niezależność). Opieka nad dziećmi ma również charakter bardziej bezdyskusyjny, zarówno pod względem całkowitej początkowej niesamodzielności jak i relatywnie większych naszym zdaniem normatywnych oczekiwań społecznych.

2.3 Opieka w warunkach migracji

Wzmogona mobilność przestrzenna ma wpływ na „sytuację rodziny jako pierwszego i często najważniejszego lub wręcz jedyne go opiekuna osoby starszej” (Błędowski 2012: 453) oraz na rodzaje, jakość i sposoby świadczonej opieki. Jak pokazuje wiele badań, zmiany warunkowane przez mobilność nie muszą oznaczać automatycznej rezygnacji z opieki, gdyż bliskość geograficzna nie jest jej warunkiem *sine qua non* (Baldassar 2007:257–258). W sytuacji mobilności wymiana rozmaitych form pomocy (osobistej, doradztwa, wsparcia emocjonalnego czy finansowego) nie tylko nie musi zanikać, ale często ulega intensyfikacji (Merla i Baldassar 2010). Opieka rodzinna stanowi jeden z najważniejszych sposobów utrzymywania więzi przez rodziny, których członkowie żyją w znacznym oddaleniu geograficznym. Ta forma opieki najczęściej jest określana mianem „opieki na odległość” (*caring from a distance* - Baldock 1999). Niniejszy podrozdział dotyczy właśnie tego rodzaju opieki oraz rozwiązań podejmowanych w warunkach znacznego oddalenia przestrzennego dzielącego osobę zgłaszającą zapotrzebowanie na opiekę i potencjalnego opiekuna.

Chociaż o opiece w kontekście mobilności pisze się przede wszystkim w kategoriach „transnarodowych form opieki” (por. Krzyżowski 2012, Patzer 2010), problem świadczenia opieki w sytuacji geograficznego dystansu dotyczy zarówno migrantów międzynarodowych jak i wewnętrznych¹⁴. Warto wskazać różnice i podobieństwa w opiece nad osobą starszą w sytuacji mobilności wewnętrznej i w sytuacji migracji międzynarodowej. Wśród różnic wymienić należy między innymi: możliwe różnice dotyczące dominującego modelu opieki w społeczeństwie

¹⁴ Dla przykładu, dużym wyzwaniem może być sprawowanie opieki nad starzejącymi się rodzicami przez pochodzącego z Rzeszowa migranta mieszkającego w Szczecinie. Być może łączy się ono z większymi trudnościami niż w przypadku mobilności międzynarodowej, jeśli odległość nie jest duża, a połączenia komunikacyjne częste i niedrogie (na przykład emigracja z Poznania do Berlina).

przyjmującym i wysyłającym, potencjalne różnice kulturowe w podejściu do osób starszych i starości, odmienne struktury instytucjonalne i pozainstytucjonalne pomocy seniorom oraz zróżnicowane koszty zapewniania opieki. Sytuacje obu typów mobilności łączy jednak przede wszystkim niemożność świadczenia regularnej opieki osobiście – oba typy migracji mogą mieć zbliżone konsekwencje. Różnice dzielące w przeszłości oba typy mobilności oraz ich konsekwencje dla opieki ulegają zatarciu, zwłaszcza jeśli przedmiotem porównań jest mobilność wewnętrzna oraz migracje w obrębie Unii Europejskiej. Przynależność do strefy Schengen umożliwia swobodne przemieszczanie się między Polską i wybranym krajem docelowym, a istniejące w przeszłości trudności związane z ponownym wyjazdem (zwłaszcza w przypadku migracji nierejestrowanej) praktycznie przestały istnieć. Polakom wyjeżdżającym do innych krajów strefy Schengen emigracja zaczęła się jawić jako bardziej dostępna, ponieważ „powrót jest prosty” (White 2011:113). Analiza różnic i podobieństw w relacji opieki w sytuacji migracji wewnętrznych i międzynarodowych uzasadnia postulat, by w badaniu ująć seniorów, których dzieci zamieszkują w innej części Polski, a dzielący ich dystans uniemożliwia codzienne odwiedziny, to bowiem przede wszystkim odległość geograficzna różnicuje organizację opieki i wymaga od jej dawców „myślenia na odległość” (*distant thinking*) (Baldassar 2007). O ile bowiem rodzice polskich migrantów poakcesyjnych nie zgłaszają jeszcze dużego zapotrzebowania na opiekę, wśród współczesnych seniorów łatwiej będzie znaleźć osoby, których potomstwo zamieszkuje w innych częściach kraju. Wyzwania, jakie dystans geograficzny stawia wobec opieki w rodzinach migrantów wewnętrznych będą częściowo przypominać problemy, przed którymi w przyszłości stanie wiele rodzin migrantów międzynarodowych¹⁵.

Z jednej strony, w literaturze wskazuje się, iż „oddaleniu przestrzennemu między starszą i młodszą generacją” może towarzyszyć „oddalenie emocjonalne” (Balcerzak-Paradowska 2008:178). Część migrantów¹⁶ (zarówno wewnętrznych jak i międzynarodowych) po wyjeździe ogranicza (a nawet zrywa) kontakt z pozostawioną w miejscu pochodzenia rodziną (Fisher and Tronto 1990). Dzieje się tak również dlatego, że jedną z przyczyn migracji jest właśnie konflikt w rodzinie (w tym konflikt międzypokoleniowy)¹⁷. Z drugiej jednak strony, miłość do bliskich krewnych (Boehm et al. 2011:15) oraz determinowane społecznie i kulturowo zobowiązania międzygeneracyjne (Krzyżowski and Mucha 2012:192; Boehm 2012; Dreby 2010) bardzo często są przyczyną podejmowania decyzji o mobilności.

2.4 Typy opieki na odległość

W sytuacji zapotrzebowania na opiekę w warunkach przestrzennego dystansu powstają problemy: (1) sprawowania jej na odległość, (2) orkiestracji opieki, uwzględniającej aktorów znajdujących się w bezpośredniej bliskości biorcy opieki. Poniżej omawiamy te problemy. Punktem wyjścia jest typologia układów opiekuńczych zaproponowana przez Kilkey i Merłę (Kilkey and Merla 2013), którą obecnie – przed zebraniem danych empirycznych i dokonaniem własnych analiz – uważamy za najbardziej wyczerpującą i użyteczną. Autorki wyróżniają następujące typy opieki w sytuacji, gdy dawcę i biorcę dzieli przestrzenny dystans: (1) opieka świadczona na odległość, (2) delegacja zadań opiekuńczych, (3) koordynacja zadań opiekuńczych, (4) opieka świadczona osobiście. Na podstawie przeprowadzonej kwerendy literatury opisujemy poniżej poszczególne typy opieki oraz przedstawiamy pytania, na których odpowiedź umożliwią dalsze eksploracje (zwłaszcza badania terenowe). Odpowiedź na nie będzie możliwa po dokonaniu dalszych eksploracji (zwłaszcza badań terenowych).

¹⁵ Na przykład w Stanach Zjednoczonych Ameryki, gdzie zjawisko mobilności wewnętrznej jest powszechnie spotykane, zagadnienie opieki na odległość jest przedmiotem literatury poradnikowej oraz licznych stron internetowych (por. np. National Institute on Aging 2010).

¹⁶ Ze względu na trudności w badaniu nie sposób oszacować wielkości tej zbiorowości.

¹⁷ Przyczyna ta nie jest odnotowywana w wynikach badań nad tzw. *push & pulls factors*, ponieważ jest rzadko deklarowana przez badanych oraz nie podlega kwantyfikacji.

2.4.1 Opieka świadczona na odległość

Wśród rodzajów pomocy świadczonej na odległość wymieniane jest przede wszystkim wsparcie emocjonalne (*emotional care work*) (Dreby 2006). Emocjonalne i praktyczne wsparcie najczęściej jest realizowane za pomocą regularnych rozmów telefonicznych, e-maili oraz wiadomości SMS-owych (Baldassar 2007). Choć geograficzna odległość uniemożliwia fizyczną współobecność, nowoczesne techniki komunikacji pozwalają na specyficzny typ obecności, którą Wojciech Burszta (2004) określa mianem teleobecności. Za pomocą komunikatorów internetowych (zwłaszcza programu Skype) rozmówcy pozostający w znacznym oddaleniu mogą się nie tylko słyszeć, ale i widzieć, a połączenie jest bezpłatne. Migranci odbywają z rodzicami oraz dziadkami długie rozmowy (Beck i Beck-Gernsheim 2013), często łącząc je z codziennymi czynnościami, na przykład gotując w (tele)obecności rodzica, który dzieli się wiedzą na temat gastronomii¹⁸ (Krzyżowski 2012). Wspomniany przykład dowodzi, że zachodząca w warunkach transnarodowości¹⁹ opieka pociąga za sobą migracyjne transfery społeczne (Levitt 2001, Levitt and Lamba-Nieves 2011) – starzejący się rodzice przekazują dzieciom przebywającym za granicą wiedzę, ale i – co zostanie szerzej omówione w dalszej części, dotyczącej relacji międzygeneracyjnych – młodsze pokolenia przekazują rodzicom i dziadkom wiedzę dotyczącą nowych technologii. Jak wskazują badania, wsparcie emocjonalne różnie jest klasyfikowane przez osoby tworzące układy opiekuńcze – dzieci-migranci często nie postrzegają go jako opieki, podczas gdy dla starzejących się rodziców wsparcie emocjonalne ma nie tylko duże znaczenie, ale i identyfikowane jest jako opieka (Krzyżowski 2014).

Poza wsparciem emocjonalnym opieka na odległość może polegać na praktycznym wsparciu wykorzystującym nowoczesne technologie. Dla przykładu, migranci zamawiając przez Internet zakupy z dostawą do domu rodziców, wyręczają ich z konieczności noszenia zakupów. Tego rodzaju opieka stanowi też rodzaj wsparcia finansowego. W literaturze opisane są także przypadki zamawiania (w kraju imigracji bądź w Polsce) produktów przeznaczonych dla osób starszych. Wiele z tych przekazywanych do Polski pomysłów, wciąż rzadko tu spotykanych, a dostępnych i powszechnie używanych w krajach o starszej strukturze wieku (np. Niemcy, Wielka Brytania), można uznać za migracyjne transfery społeczne (Levitt 2001).

Jeszcze inną formą opieki są przekazy finansowe między migrantami a ich krewnymi. Jak pisaliśmy powyżej, zakupy robione przez Internet stanowią dopełnienie tradycyjnych transferów pieniężnych, podobnie jak delegacja opieki płatnym opiekunom (por. poniżej). Kierunek transferów finansowych nie zawsze jest jednak jednostronny. Migranci często są odbiorcami transferów finansowych. Dla przykładu, młodzi migranci edukacyjni mogą otrzymywać wsparcie finansowe od rodziców, które ułatwia im usamodzielnienie się w nowym miejscu, natomiast gdy osiągną stabilność finansową, mogą sami przekazywać rodzicom pieniądze, które stanowią uzupełnienie emerytury (Krzyżowski 2012).

W literaturze nie opisano dotychczas praktycznego wsparcia, jakie seniorzy zapewniają swoim dzieciom-migrantom. Wydaje się, że jest ono niedocenione, bowiem sprawni seniorzy są „managerami transnarodowego życia” ich dzieci. Odbierają korespondencję adresowaną do nieobecnych w Polsce dzieci, umawiają dzieci bądź wnuki na wizyty u lekarzy-specjalistów, które te odbywają podczas pobytów w Polsce. To pomoc niezbędna migrantom międzynarodowym, którzy utrzymują transnarodowe związki z miejscem pochodzenia. Podczas badań empirycznych będziemy dociekać, jak seniorzy definiują świadczoną pomoc; być może – ze względu na rodzaj pokrewieństwa - będzie ona interpretowana jako opieka nad (dorosłym) dzieckiem.

¹⁸ Loretta Baldassar i in. (2007) zauważają, że to często starzejący się rodzice, tak długo jak są w dobrym zdrowiu, mogą być inicjatorami nawiązywanych kontaktów, udzielać porad oraz wsparcia emocjonalnego i finansowego.

¹⁹ Traktujemy transnarodowość jako występującą lub nie w rodzinach migrantów, a także stopniową; każdorazowo warto analizować, czy w sytuacji rozłąki powstaje „nowa jakość” – przestrzeń transnarodowa (Faist 2010), czy też raczej rodziny dzielą się na niezależnie funkcjonujące układy. Warto jednak zaznaczyć, że praktyki opiekuńcze dotyczące osoby mieszkającej w innym państwie mają transnarodowy charakter.

2.4.2 Delegacja zadań opiekuńczych i koordynacja działań opiekuńczych

Pomoc, która musi być świadczona osobiście, może być przez migranta zlecona innej osobie (Kilkey, Merla 2013:4): krewnemu, znajomemu bądź prywatnemu opiekunowi/opiekunce, przy czym ten ostatni może pochodzić z kraju zamieszkania biorcy opieki bądź być cudzoziemcem (Baldassar 2007). Migrant, który nie uczestniczy bezpośrednio w opiece nad starzejącym się rodzicem, może finansowo lub emocjonalnie (Baldassar 2007) wspierać osoby, którym zadania opiekuńcze są delegowane.

Warto jednak podkreślić, że to stopień samodzielności seniorów jest kluczowy – jeśli są oni sprawni, wówczas to im bywają delegowane zadania opiekuńcze nad wnukami w sytuacji migracji rodziców lub jednego z rodziców (White 2011:126–127). Do słownika badań migracyjnych weszło pojęcie „latające babcie” (*flying grannies*), wprowadzone przez Plazę (Plaza 2000:97) na oznaczenie kobiet, które na emeryturze często podróżują do miejsca emigracji swoich dzieci, by sprawować opiekę nad wnukami. Tego rodzaju działania delegowane seniorom przyjmują formę świadczonej osobiście opieki (por. poniżej). „Latająca babcia” bądź „latający dziadek” świadczy opiekę w miejscu emigracji jej/jego dzieci, jednak to również wnuk może odwiedzać dziadków (na przykład podczas letnich wakacji), wówczas opieka może być dziadkom delegowana w miejscu zamieszkania. Proponujemy, by mówić w tej sytuacji o transnarodowym sprawowaniu roli dziadków. Warto też wspomnieć, że dziadkowie, którym delegowana jest opieka nad dzieckiem migrantów (tak zwanym migrantem "w pokoleniu 1.5" lub w drugim pokoleniu²⁰), pełnią znaczącą rolę w akulturacji wnuków (nabywaniu kultury kraju pochodzenia ich rodziców).

W rodzinach transnarodowych oraz w rodzinach, których członkowie są rozproszeni po różnych częściach kraju, ważna jest koordynacja różnych rodzajów działań opiekuńczych (o ile w opiekę zaangażowani są migranci). Ważne jest badanie, jak pomiędzy członków rodziny rozdzielone są zadania opiekuńcze (transfery finansowe, pomoc sprawowana osobiście, wsparcie emocjonalne) a także, kto podejmuje decyzję o włączeniu instytucjonalnych form opieki, ubiega się o nie w stosownych instytucjach oraz ewentualnie je finansuje.

2.4.3 Opieka świadczona osobiście

Jeśli niemożliwe jest świadczenie na odległość opieki a także jej delegacja osobie trzeciej, dawca opieki podejmuje wyjazdy mające na celu czasowe lub permanentne świadczenie opieki osobiście. Kilkey i Merla (2013:3) – na podstawie praktyk podejmowanych przez dawców i biorców – wyróżniają pięć typów krewnych, którzy podróżują w celu świadczenia lub otrzymywania opieki: ponownie się pojawiający (*reappears*), odwiedzający (*visitors*), powracający (*returners*), przeprowadzający się (*relocaters*), latający (*flying kin*), pozostający w miejscu pobytu (*remainers*). W prowadzonych badaniach będziemy weryfikować, czy zaproponowana przez autorki klasyfikacja odpowiada sytuacji w badanych miejscowościach, jak się bowiem wydaje, można by zaproponować prostszą typologię.

Jak udowadniają Kilkey i Merla, rodziny przyjmują różne strategie opiekuńcze w zależności od zapotrzebowania na wsparcie zgłaszane przez poszczególnych ich członków (2013:25). Jak zostało wyżej powiedziane, w przypadku, gdy dzieci przebywają z rodzicami w kraju imigracji, ich dziadkowie mogą cyklicznie odwiedzać rodzinę, by pomóc swoim dzieciom w opiece nad niesamodzielnymi wnukami (Plaza 2000). Z drugiej strony, część seniorów nie odwiedza swoich dzieci zamieszkujących poza granicami Polski²¹. Warto zastanowić się, co determinuje tak różne postawy. Doświadczenie badawcze członków projektu uczy, że zapotrzebowanie na opiekę ze strony starzejących się rodziców może być przyczyną powrotów migrantów lub emigracji seniora do miejsca zamieszkania jego dzieci²². Należy badać, kto uczestniczy w podejmowaniu decyzji o związanej z opieką

²⁰ (Rumbaut 2004)

²¹ Ten typ Kilkey i Merla określają jako pozostający krewni "*remainers*" (2013:3).

²² Typy określone przez Kilkey i Merlę jako krewni: powracający (*returners*) oraz przeprowadzający się (*relocaters*) (Kilkey and Merla 2013:3).

mobilności oraz jakie jest sprawstwo poszczególnych członków rodziny, zwracając szczególną uwagę na seniorów i biorąc pod uwagę dominujące jak dotychczas skupienie uwagi badaczy na migrantach.

2.4.4 Różnice kulturowe między miejscem pochodzenia a miejscem imigracji

Możliwości odbywania opisanych powyżej podróży dawców i biorców opieki w transnarodowej przestrzeni zależą od szeregu czynników instytucjonalnych i pozainstytucjonalnych (Kilkey i Merla 2013). Muszą być one uwzględnione w analizie opieki w rodzinach transnarodowych. Kilkey i Merla (2013) proponują „umiejscowiony transnacionalizm” (*situated transnationalism*) w analizie układów opiekuńczych w rodzinach transnarodowych. Najważniejsze z nich to reżimy migracyjne (polityki regulujące wjazd i pobyt migrantów i członków ich rodzin, dostęp do rynku pracy i pomocy socjalnej, podejście do zróżnicowania kulturowego – wielokulturowe czy asymilacyjne), reżimy socjalne (zakres przywilejów socjalnych w sprawach opieki zdrowotnej oraz pomocy finansowej, mieszkaniowej i edukacyjnej), zróżnicowane płciowo reżimy opieki (polityki dotyczące prawa do opieki i kultury opieki – normy regulujące właściwy płciowo podział pracy w opiece nad osobami zależnymi - oraz prawa do czasu do opieki – w tym urlopów opiekuńczych i zdrowotnych), a także polityki transportowe (regulacje transportu międzynarodowego oraz jego dostępność i kosztowność), komunikacyjne (jakość i dostępność kanałów komunikacji) oraz te dotyczące czasu pracy (m.in. dotyczące ustawowego i przysługującego każdemu pracownikowi czasu pracy). Pragniemy raz jeszcze zwrócić uwagę, iż sytuacja polskich migrantów międzynarodowych (zwłaszcza poakcesyjnych) jest wyjątkowa ze względu na reżimy migracyjne, relatywną bliskość geograficzną między krajami emigracji a imigracji oraz niskie koszty podróży. Warunki te czynią układy opieki w polskich ²³ rodzinach transnarodowych wyjątkowymi na tle innych rodzin transnarodowych pochodzących z krajów, w których nie dokonało się przejście migracyjne. W rezultacie ryzykowne są ekstrapolacje wyników badań dotyczących układów opieki w najlepiej opisanych w literaturze rodzinach transnarodowych, na przykład wywodzących się z Filipin (Parreñas 2005, Hochschild 2004), i niezbędne jest przeprowadzenie własnych badań.

Model opieki obserwowany przez migrantów w kraju imigracji może znacznie się różnić od reżimu opieki w Polsce (Colombo et al. 2011). W krajach takich jak Wielka Brytania czy Islandia, w których prowadzono badania na ten temat często ma on zinstytucjonalizowany charakter, także w odniesieniu do opieki osobistej (Krzyżowski and Mucha 2012:134). Obserwowane przez migrantów różnice mogą zmieniać ich postawy wobec sfamilizowanego modelu opieki a także redefiniować ich opinię na temat ich powinności wobec wymagających opieki osób starszych. Wspomniana zmiana postaw może także dotyczyć modelu opieki, który migrant będzie preferował w przyszłości, gdy sam wejdzie w rolę biorcy opieki. Jedno z pytań badawczych, które będziemy stawiać, dotyczy modelu opieki preferowanego przez osoby obecnie sprawne. Wśród migrantów będziemy dociekać, jak oceniają modele opieki obowiązujące w Polsce i w kraju imigracji, a także czy obowiązujące za granicą idee dotyczące form opieki transferowane są do społeczności, z których pochodzą migranci.

2.5 Zróżnicowanie form świadczenia opieki, polski model opieki i jego spodziewane przemiany w związku ze starzeniem się społeczeństwa

W poniższej części skoncentrujemy się na nakreśleniu empirycznego portretu form opieki **nad osobami starszymi**, występujących we współczesnej Polsce²⁴. Współcześnie mamy do czynienia z wieloma różnymi, oprócz rodzinnej, formami opieki. Użyteczne jest rozróżnienie przedstawione w opracowaniu pt. „Zmiany zasobów pracy i ich ekonomiczne konsekwencje oraz inne ekonomiczne konsekwencje starzenia się populacji” (Anacka, Janicka, Kaczmarczyk, w druku): „Tradycyjnie wyróżnia się trzy podstawowe sektory: sektor opieki domowej (środowiskowej – *domiciliary care*; w Polsce to opieka środowiskowa, domowa oraz półotwarta), sektor

²³ A także w innych krajach Europy Środkowo-Wschodniej, na przykład na Słowacji, w Rumunii czy Bułgarii.

²⁴ W zakres naszego zainteresowania wchodzi również opieka nad dziećmi, która została szczegółowo przeanalizowana w dokumencie „Analiza kontekstualna i przyczynowa zmian rodziny i dzieciństwa” (Fihel i in. 2014)

instytucjonalnej opieki społecznej (którego celem jest niwelowanie zależności funkcjonalnej – *residential care*; w Polsce to domy pomocy społecznej, domy dziennej opieki oraz rodzinne domy pomocy) oraz sektor instytucjonalnej opieki medycznej (który jest wyraźnie zorientowany na medyczny wymiar opieki – *hospital care*; w Polsce to zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz szpitale, szczególnie oddziały geriatryczne) (Jackson 1998; Jurek 2007).”

Wyżej wymienione sektory są wewnętrznie zróżnicowane, a czasem splecione, jak w przypadku tzw. rodzinnych domów opieki, prowadzonych w ramach działalności gospodarczej, ale finansowanych ze środków samorządowych. Aby dopełnić i uszczegółowić ten obraz, wymienimy kilka możliwych współcześnie wariantów opieki przedstawiając niektóre ich wymiary, ważne z punktu widzenia problematyki projektu, po czym skoncentrujemy się na rozwiązaniach występujących w Polsce i dokonamy próby naświetlenia ogólnej sytuacji opiekuńczej, uwzględniając stopień upowszechnienia poszczególnych rozwiązań.

- Opieka zinstytucjonalizowana
 - Państwowa / samorządowa (wykonywana przez agendy samorządowe lub delegowana organizacjom pozarządowym lub firmom prywatnym)
 - W miejscu zamieszkania
 - W placówkach (całodobowych bądź dziennego pobytu, np. w ośrodkach wsparcia, hospicjach)
 - Prywatna
 - W miejscu zamieszkania
 - W placówkach rejestrowanych lub nierejestrowanych jako domy opieki (np. rodzinne domy pomocy dla 3-8 osób).
- Opieka niezinstytucjonalizowana
 - Nieodpłatna
 - Świadczone przez członków rodziny (zamieszkałych w tym samym lub w innym gospodarstwie domowym)
 - Świadczone przez osoby niespokrewnione
 - Odpłatna
 - Świadczone przez rodzimych pracowników
 - Świadczone przez pracowników-migrantów.

Warto tu zauważyć, że prawdopodobnie będzie rosła rola rozwiązań – które nie są ani ściśle instytucjonalne, ani pozainstytucjonalne – opartych o sieci społeczne w społecznościach lokalnych, w które włączeni mogą być sąsiedzi, organizacje pozarządowe, wolontariat (zauważa się tu już teraz specyfikę funkcjonowania owych sieci na wsi i w miastach, Antosz 2014). Ciekawym modelem opieki pozarodzinnej mogą być sieci funkcjonujące w obrębie mniejszości, np. seksualnych, które nie mogą rzadziej lub nie mogą wcale opierać się na więziach rodzinnych, np. z badań Andrew Kinga i Ann Cronin (2013) (2014) wynika, że obecni seniorzy LGB (*lesbian, gay, bisexual*) w Wielkiej Brytanii mogą polegać głównie na siatce zaprzyjaźnionych innych osób LGB oraz na wsparciu organizacji skupionych na ich potrzebach (*queering care*). Rozwiązania tego typu warto brać pod uwagę ze względu na diagnozowanie w ramach wcześniejszych analiz prowadzonych w projekcie MIG/AGEING (por. MIG/AGEING, Studia i Materiały, nr 2) przemian relacji rodzinnych i społecznych, polegających na wzrastającej nietrwałości związków i opieraniu się na *ellective affinities*, obieralnych związkach.

Można także mówić o lokalnych konfiguracjach rozwiązań opiekuńczych (np. realizowanych w ramach zadań własnych gminy). Zauważalna jest tendencja do „redukcji usług stacjonarnych na rzecz środowiskowych z powodu kosztów i preferencji klientów” (Krzyszowski 2014). W niektórych krajach stosowane są też ciekawe rozwiązania mieszane, partnerskie opcje opieki społecznej przedpaliatywnej (przykłady HACC Australia, PACE USA), w których organizację, finansowanie, obsługę włączone są państwo, rodzina, wolontariat, grupy sąsiedzkie, organizacje pozarządowe, sektor prywatny. Analiza lokalnych konfiguracji opieki będzie jednym z zadań badań terenowych.

Jeśli nasze rozważania miałyby zostać jeszcze pogłębione, poprzez uwzględnienie kategorii osób świadczących opiekę odpłatną, warto będzie odwołać się do typologii zaproponowanej przez Krzyszowskiego:

1. „Tradycyjni, formalni opiekunowie zatrudniani przez placówki pomocy społecznej, służby zdrowia, opłacani ze środków publicznych, świadczący usługi opiekuńcze w domu klienta,

- Opiekunowie mieszanej gospodarki w zakresie pomocy społecznej, zatrudnieni w organizacjach pozarządowych i agencjach prywatnych,
- Opiekunowie niezależni, zarejestrowani w agencjach zatrudnienia, które ich rekrutują i pobierają opłaty za rejestrację w banku danych – samozatrudnienie, dodatkowa praca,
- Opiekunowie, asystenci personalni osób niepełnosprawnych zatrudniani bezpośrednio przez podopiecznych czy ich rodziny i przyjaciół” (Krzyszkowski 2014).

Krzyszkowski (2014) wymienia rozmaite zasady finansowania i wynagradzania takiej opieki: „zysk, pensje, symboliczne opłaty, darmowe usługi, zasiłki dla opiekunów, ubezpieczenia pielęgnacyjne”.

Polski model opieki ma charakter wybitnie sfamilizowany, dotyczy to zarówno opieki nad dziećmi, jak i nad osobami dorosłymi wymagającymi wsparcia (Raclaw 2011, Pączkowska 2002, Krzyżowski 2011, Kotowska 2009, Rządowa Rada Ludnościowa 2013 i in.). Wyniki badań przeprowadzonych przez Irenę Kotowską wskazują, że aż 83% dorosłych niesamodzielnych osób jest pod wyłączną opieką członków gospodarstw domowych, podczas kiedy opiece państwowej podlega 2%, a z rozwiązań rynkowych korzysta tylko 1%.

TABELA 3 DYWERSYFIKACJA FORM OPIEKI WEDŁUG OSÓB/INSTYTUCJI DOSTARCZAJĄCYCH USŁUGI OPIEKI

Adresaci opieki	Rodzinne (rodzina/gospodarstwo domowe)		Nierodzinne, nieformalne sieci wsparcia	Rynek		Państwo/ JST
	Tylko gospodarstw o domowe	Krewni spoza gospodarstwa	Osoby niespokrewnione	Odpłatna opieka opiekuna	Prywatna placówka opieki	Żłobki, przedszkola, świetlice, domy dziennego pobytu, kluby seniora itp.
Dzieci w wieku do 14 lat (badanie AZER)	62%	19%	1%	2%	1%	15%
Dzieci w wieku do 15 lat (moduł Eurostatu, GUS)	60%	16%	1%	2%	1%	19%
Osoby dorosłe w wieku 19 lat i więcej wymagające opieki ⁸ (badanie AZER)	83%	13%	2%	1%	0%	2%

Źródło: Wóycicka 2009: 112

Opracowanie „Opieka długoterminowa w Polsce” (Augustyn et al. 2009) zawiera monograficzne ujęcie sytuacji opiekuńczej w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem opieki świadczonej przez instytucje publiczne w systemie ochrony zdrowia oraz w systemie pomocy społecznej.

Na opiekę długoterminową **w systemie ochrony zdrowia**, zarówno w opiece stacjonarnej, jak i domowej, składają się świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz opieka paliatywna i hospicyjna. Dostęp do świadczeń zostaje otwarty w przypadku osób, które w ocenie opartej na skali Barthel uzyskują 40 punktów lub mniej²⁵. W

²⁵ Skala Barthel, wymagana przez NFZ, służy do oceny stopnia samodzielności przy wykonywaniu 10 czynności (np. spożywanie posiłków, utrzymywanie higieny osobistej, poruszanie się, kontrolowanie zwieraczy i.in.). W każdym przypadku stopień samodzielności oceniany jest na skali 3-stopniowej (wartości: 0, 5, 10, gdzie 0 oznacza całkowity brak samodzielności, a 10 – pełną samodzielność) lub 4-stopniowej (dodatkowo wartość 15). Łączny wynik nie większy niż 40 punktów kwalifikuje do placówek opiekuńczych i uprawnia do otrzymywania świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

2010 roku finansowane były przykładowo następujące świadczenia w zakresie opieki długoterminowej (w formie stacjonarnej i domowej): zakłady opiekuńczo–lecnicze i pielęgnacyjno–opiekuńcze (w których opiekowano się pacjentami, którzy uzyskali 0 punktów na skali Barthel), zakłady i usługi domowe oferujące pomoc osobom wymagającym wspomagania oddychania respiratorem, pielęgnarska opieka długoterminowa, świadczenia z zakresu medycyny paliatywnej (pefen katalog, Augustyn et al. 2009:61 nn.).

W 2008 roku w Polsce funkcjonowały 434 placówki opieki długoterminowej, w których było łącznie 21.900 łóżek, o 1,9% więcej niż w roku poprzednim. Wśród nich były 64 hospicja (z 964 łóżek). Opieką stacjonarną w placówkach opieki długoterminowej objęto 63,7 tys. osób. Opieka domowa była realizowana wobec 3,5 tys. osób, z czego 71,8% (2,5 tys. osób) stanowili podopieczni hospicjów przebywający w domu (dane za: Augustyn et al. 2009:65).

Opieka długoterminowa świadczona **w ramach pomocy społecznej** obejmuje:

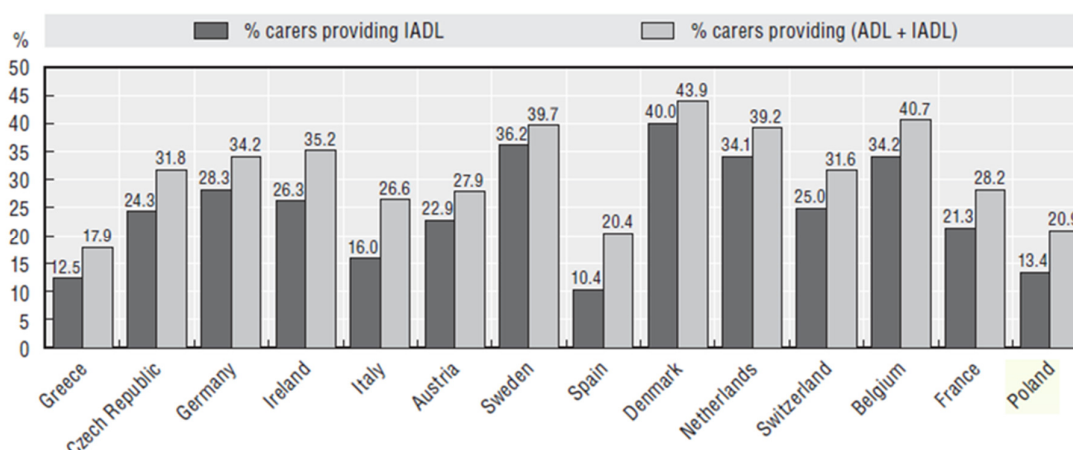
- 1) Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania. W 2008 roku skorzystało z niej 92 470 osób, w tym 5 619 osób z usług specjalistycznych.
- 2) Całodobowe usługi świadczone w rodzinnych domach pomocy (koło 40 osób w 2008 roku).
- 3) Dzielne usługi świadczone w ośrodkach wsparcia, w 2008 roku skorzystało z nich 84 124 osób w ośrodkach lokalnych i 10 106 w ponadlokalnych.
- 4) Całodobowe usługi świadczone w domach pomocy społecznej, z których skorzystało 77 214 osób.
- 5) Całodobowe usługi świadczone w placówkach zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekłe chorym lub osobom w podeszłym wieku, prowadzonych w ramach działalności gospodarczej lub statutowej (w 2008 osób korzystających było ich 3 237).

Oprócz tego występują świadczenia pieniężne związane z opieką:

- 6) Zasiłek stały, z którego korzystały 182 623 osoby;
- 7) Składka na ubezpieczenie emerytalne i rentowe za osobę, która „zrezygnuje z zatrudnienia w związku z koniecznością sprawowania bezpośredniej, osobistej opieki nad długotrwale lub ciężko chorym członkiem rodziny oraz wspólnie niezamieszkującymi matką, ojcem lub rodzeństwem” (393 osoby);
- 8) Świadczenia rodzinne:
 - a. świadczenie pielęgnacyjne (przeciętnie, w miesiącu korzystało 70.000 osób)
 - b. zasiłek pielęgnacyjny (średnio, w miesiącu korzystało 771.000); zasiłek ten jest przyznawany automatycznie każdej osobie, która kończy 75 lat, co pochłania połowę puli środków na świadczenia, natomiast tylko co 6 osoba w wieku 75+ jest niesamodzielną (Augustyn et al. 2009: 157).
 - c. dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu kształcenia i rehabilitacji dziecka niepełnosprawnego.

Podsumowując, należy podkreślić, że obecnie rodziny są w znacznym stopniu obciążone opieką nad osobami starszymi, ponieważ z usług środowiskowych, wspierających opiekę domową, skorzystało w 2008 roku 92.470 osób (w znacznej części odpłatnie), zaś ogółem ze stacjonarnej i półstacjonarnej opieki – 253 tys. niesamodzielnych osób, czyli ponad 2 razy więcej. Jak pisał Piotr Błędowski, „To z całą pewnością bardzo wadliwa struktura. W większości krajów UE liczba osób otrzymujących wsparcie w postaci usług środowiskowych jest kilkakrotnie wyższa od objętych opieką stacjonarną i półstacjonarną. Widać, że rodziny ponoszące ciężar opieki nad osobami niesamodzielnymi nie mogą się spodziewać istotnego wsparcia. W takiej sytuacji, jeżeli opieka krewnicza jest niemożliwa lub niewystarczająca, można obawiać się o zabezpieczenie nawet minimum potrzeb opiekuńczych osób niesamodzielnych” (Augustyn et al. 2009: 154). Jeśli jednak porównamy sytuację Polski z innymi krajami OECD, na pierwszy rzut oka wydaje się, że jesteśmy mniej obciążeni opieką:

RYСУNEK 6 CZĘŚĆ POPULACJI ŚWIADCZĄCA NIEINSTYTUCJONALNĄ POMOC



Źródło: Colombo et al. 2011

Wynika to prawdopodobnie z bardziej zaawansowanych procesów starzenia w krajach, w których opiekę deklarowano częściej. Wprawdzie w Polsce rzadziej niż w innych krajach respondenci przyznawali, że się kimś opiekują, ale za to opieka ta była dużo bardziej obciążająca – dużo częściej oznaczała dłuższą opiekę w ciągu tygodnia (tzw. *intensive care*), czyli powyżej 20 godzin (w Polsce prawie 50%, w Danii około 15%), niż kilkugodzinna jak w przypadku np. Danii (prawie 80% stanowi opieka do 9 godzin!) (Colombo et al. 2011:90). Ponadto obciążenia opiekuńcze stanowią w Polsce w wyjątkowym stopniu barierę w uczestnictwie w rynku pracy dla osób powyżej 50 roku życia. Na tle 17 krajów OECD, w Polsce obciążenie opiekuńcze najwyraźniej różnicuje partycypację w rynku pracy – wśród nie-opiekunów w wieku 50-65 60,3% pracuje, a wśród opiekunów 33,6% (Colombo et al. 2011:92). Dane te są spójne z wynikami badań przeprowadzonych przez Irenę Kotowską, dotyczących obciążeń opiekuńczych osób w wieku przedemerytalnym, jako bariery w uczestnictwie w rynku pracy (Irena Kotowska, Sztanderska, Wóycicka 2009).

2.6 Przemiany opieki jako konsekwencje starzenia się społeczeństwa

Obecny deficyt opieki niepokoi tym bardziej, że przewidujemy w Polsce rozwój presji demograficznej, którą Mieczysław Augustyn określa jako „geriatryczne tsunami” (2010: 153). Za Piotrem Błędowskim (Augustyn et al. 2009:16) można wymienić następujące czynniki warunkujące zapotrzebowanie na opiekę:

1. „demograficzne starzenie się społeczeństwa;
2. sytuacja na rynku pracy;
3. procesy migracyjne;
4. zmiany w strukturze i funkcjach rodziny;
5. zmiany wielkości gospodarstw domowych²⁶.”

Pierwszy i trzeci wymieniony czynnik będzie przedmiotem szczególnej uwagi podczas tworzenia prognozy demograficznej w projekcie MIG/AGING. Na podstawie dotychczasowych prognoz można jednak stwierdzić, że wzrost zapotrzebowania na opiekę będzie wynikał ze:

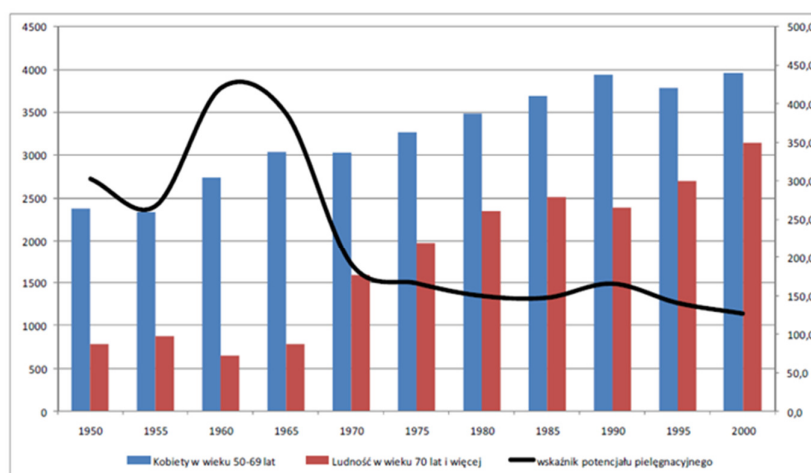
1. „Wzrost[*u*] bezwzględnej liczby osób starych w społeczeństwie, zwłaszcza osób w wieku 80 lat i więcej;
2. Wydłużani[*a*] się czasu trwania życia powodując[*o*], że coraz więcej osób dożywa późnej starości;
3. Podniesieni[*a*] mediany wieku o ponad 10 lat do roku 2046, w tym na wsi o ponad 11 lat;

²⁶ „W 2004 roku, spośród 4 153 500 osób wyodrębnionych statystycznie jako „wymagające opieki innych osób”, 756 200 osób (18,2%) zamieszkiwało samotnie w tzw. 1-osobowych gospodarstwach. W grupie tej osoby w podeszłym wieku (powyżej 70 lat) stanowiły 68,9%” (Augustyn et al. 2009:55).

4. Zmian w strukturze i formach rodziny, polegając[ych] na zmniejszeniu liczby dzieci w rodzinach, częstszym występowaniu rodzin niepełnych i związków nieformalnych;
5. Zmian w strukturze demograficznej powodując[ych] spadek współczynnika potencjału pielęgnacyjnego, co w konsekwencji oznacza, że rodzina w mniejszym niż dawniej stopniu jest w stanie zorganizować opiekę nad osobą niesamodzielną;
6. Proces[ów] migracyjn[ych] (migracja zewnętrzna i wewnętrzna) utrudniając[ych] lub całkowicie uniemożliwiając[ych] włączenie rodziny w organizowanie świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych” (Augustyn et al. 2009:31–32).

Współczynnik potencjału pielęgnacyjnego, który traktujemy tu wyłącznie ilustracyjnie zmieniał się w czasie (jako zakładający *implicite* odpowiedzialność opiekuńczą kobiet w wieku 50-69, a także nie uwzględniający zjawisk migracyjnych, por. rys. 7).

RYСУNEK 7 WSKAŹNIK PIELĘGNACYJNY W POLSCE W LATACH 1950-2000



Źródło: Augustyn et al. 2009:27

W ramach prognoz przewiduje się jego dalsze zmiany (por. tabela 4).

TABELA 4 WSKAŹNIK PIELĘGNACYJNY W POLSCE W LATACH 2010-2035

Lata	Szacowana liczba kobiet w wieku 55 – 69 lat	Szacowana liczba osób w wieku 80 lat i więcej	Wartość wskaźnika pielęgnacji
2010	3 532 368	1 314 176	268,8
2015	4 107 811	1 487 799	276,1
2020	3 981 699	1 566 446	254,2
2025	3 626 090	1 537 400	235,9
2030	3 493 234	2 005 163	174,2
2035	3 771 301	2 574 010	146,5

Źródło: Augustyn et al. 2009:28

Osobną kwestią, zmieniającą oblicze opieki, jest obecność nowych technologii, m.in. urządzeń umożliwiających zdalne monitorowanie stanu zdrowia, ale również robotów pomagających w codziennym życiu (CARICT project 2012, Zieliński 2008). Rozwiązania zdalne są wdrażane przez niektóre samorządy (np. usługi opiekuńcze oferowane

przez MOPS w Gdyni), znalazł się także zapis na ich temat w projekcie ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym²⁷.

Reasumując, osób potrzebujących opieki będzie znacznie więcej, osób mogących w zwyczajowy w Polsce sposób, w rodzinie, opiekować się starszymi – mniej, a rozwiązania publiczne są już obecnie niewystarczające, nawet gdy uwzględni się obciążenie rodzin opieką. Taka sytuacja będzie musiała doprowadzić do zmian we wzorach opieki, co być może uda nam się dostrzec w badaniu terenowym, prowadzonym w miejscowościach, w których procesy starzenia się społeczeństwa są w zaawansowanej fazie. W Końskich w województwie świętokrzyskim i w Kluczborku w województwie opolskim będziemy badać m.in. jednoosobowe gospodarstwa domowe starszych osób, a także przyglądać się formom opieki na odległość.

3. Inne społeczne konsekwencje starzenia

3.1 Konsekwencje dla gospodarki i rynku pracy

Analizy społecznych konsekwencji starzenia się społeczeństwa nie sposób przeprowadzić, nie uwzględniając ich ekonomicznego wymiaru. Wzrost obciążenia systemu zabezpieczeń społecznych, spodziewane spowolnienie wzrostu gospodarczego, skurczenie się i zestarzenie zasobów pracy, pogłębienie rozwarstwienia ekonomicznego będą miały kluczowe znaczenie zarówno dla problematyki opiekuńczości, jak i innych ważnych społecznych kwestii. Ekonomiczne konsekwencje starzenia się populacji są przedmiotem analiz w odrębnej części projektu MIG/AGEING, w tym miejscu chcemy jedynie wspomnieć o kilku „bardziej socjologicznych” kwestiach, które wiążą się z zagadnieniami natury ekonomicznej.

1. Grożące załamanie systemu emerytalnego może skutkować poważnymi napięciami społecznymi. Z jednej strony, duże obciążenie dla budżetu państwa, związane z liczną grupą ludzi starych może wywoływać niezadowolenie w mniej licznej grupie młodych. Z drugiej strony, spodziewane wyraźne pogorszenie sytuacji materialnej wielu przyszłych seniorów może powodować powstanie dużych dysproporcji w sytuacji materialnej pomiędzy młodymi i starymi. W efekcie tych zmian może nasilić się konflikt międzypokoleniowy. Dodatkowo można się również spodziewać konfliktów społecznych w samej grupie osób starszych, która prawdopodobnie będzie – znacznie bardziej niż to ma miejsce teraz – zróżnicowana ze względu na sytuację materialną. Skala tego problemu może być zwiększona przez uprzywilejowanych ekonomicznie emerytów powracających do Polski z emigracji. Przypuszczalnie część z nich będzie dysponowała większymi zasobami (oszczędnościami, dobrami trwałymi, np. nieruchomościami za granicą) i po powrocie do Polski będzie mogła korzystać z wielu usług i udogodnień (również związanych z leczeniem i opieką) niedostępnych dla przeciętnego emeryta. Zakładamy, że znaczna część z nich będzie korzystać z polskiej służby zdrowia i stanowić dla niej dodatkowe obciążenie, co również może wzmacniać napięcia społeczne.

2. Zmiana struktury wieku ludności pracującej wymusi na pracodawcach dostosowanie miejsc, form i trybu pracy do wieku pracowników. Przypuszczalnie zmieni się przestrzeń i otoczenie pracy. W wyniku umiejętnego zarządzania wiekiem w przedsiębiorstwach, można się spodziewać powstania nowych typów relacji zawodowych, co może sprzyjać zacieśnianiu więzi między osobami różniącymi się wiekiem i w efekcie osłabiać konflikt międzypokoleniowy. Osoby będące w starszym wieku produkcyjnym nie będą już mogły „przeczekiwać do emerytury”, będą zmuszone do ciągłego dokształcania się oraz do zwiększania przedsiębiorczości, co również powinno zmniejszać różnice między pokoleniami.

3. Skurczenie się zasobów pracy wymusi zwiększenie aktywności zawodowej grup mało aktywnych na rynku pracy, a tym samym wpłynie na życie np. części kobiet, ludności wiejskiej, osób niepełnosprawnych.

4. Wraz ze zwiększaniem się w społeczeństwie liczby osób starszych zmieniają się style konsumpcji i wystąpi zapotrzebowanie na dobra i usługi specyficzne dla tej grupy (*silver economy*), co powinno stymulować rynek.

3.2 Zmiany w strukturze społecznej i relacjach międzypokoleniowych

²⁷ http://www.senat.gov.pl/gfx/senat/userfiles/_public/k8/agenda/seminaria/2013/130514/projekt_poprawiony.pdf

Struktura społeczna, najogólniej biorąc, może być definiowana jako układ stosunków między takimi elementami, jak jednostki, grupy, kategorie, organizacje i inne obiekty społeczne (Domański 2004: 21). W analizach makrospołecznych strukturę odnosi się do całego społeczeństwa i bada się przede wszystkim największe segmenty tej całości. Zmiany struktury społecznej mogą dotyczyć zarówno relacji między tymi elementami, jak i kryteriów ich wyodrębniania.

W tradycji socjologicznej szczególne miejsce zajmował, i jeszcze zajmuje, podział na klasy społeczne wyróżniane przez różne kryteria, których komponentami najczęściej bywała własność (Marks), zawód i prestiż (Weber). Ważność tego podziału wynikała z faktu, że pozycja w określonej klasie umożliwiała (bądź nie) dostęp do określonych dóbr. Przynależność klasowa była względnie trwała, ale istniała możliwość przemieszczania się w strukturze.

We współczesnym społeczeństwie, w efekcie procesów modernizacyjnych i globalizacyjnych, w tym masowych migracji, trwałość pozycji klasowej staje się coraz bardziej problematyczna, a różnice między tradycyjnie rozumianymi klasami zacierają się. Taką opinię reprezentują między innymi Pakulski i Waters (1996) w książce pod symbolicznym tytułem „Śmierć klas” (*The Death of Class*). W miejsce klas pojawiają się inne konstytuujące strukturę linie podziałów: różnice etniczne, narodowościowe, religijne, płeć. To one mają warunkować dostęp do społecznie pożądaných dóbr, generować linie konfliktów. Można się zastanowić, czy taką rolę w starzejących się społeczeństwach może spełniać wiek. Wiek, w przeciwieństwie do przynależności klasowej, a podobnie jak płeć czy przynależność etniczna, ma charakter przypisany w tym sensie, że nie zależy od decyzji czy osiągnięć jednostki. Jednak w odróżnieniu od tych dwóch ostatnich cech przynależność wiekowa (generacyjna) zmienia się w sposób nieuchronny. O ile z jednej klasy czy warstwy społecznej można przejść do innej, ale nie zawsze jest to możliwe czy konieczne, to z kategorii „młodych” do „starych” przechodzi każda osoba dożywająca określonego wieku. Jednocześnie pozycja w każdej z tych kategorii warunkuje dostęp do określonych dóbr czy wartości, na co wielokrotnie wskazujemy w tym tekście. Przy wzrastającym udziale seniorów („starych”) ten podział może stawać się coraz bardziej istotny dla funkcjonowania społeczeństwa jako całości, być źródłem konfliktów, nadawać kierunek zmianom społecznym lub hamować te zmiany. Ta rola zależy w znacznej mierze od obecnych i przyszłych relacji międzypokoleniowych zachodzących na różnych poziomach organizacji społecznej.

Wraz z dożywaniem coraz starszego wieku oraz ze zmianami struktury wieku populacji, relacje międzypokoleniowe ulegają proliferacji. Wzrasta ważność relacji międzypokoleniowych: występują częściej, ponieważ wydłuża się okres koegzystencji przedstawicieli różnych pokoleń, zmienia się liczbowy stosunek pomiędzy poszczególnymi grupami pokoleniowymi (Szukalski 2012a:1). Uzasadnione jest zatem badanie, jak wyglądają relacje międzypokoleniowe, a także próba odpowiedzi, jak mogą one wyglądać w przyszłości.

Można mówić o dwóch typach relacji międzypokoleniowych – **solidarności i konfliktach**. Zarówno solidarność jak i konflikt pokoleń mogą występować na poziomach: (1) mikro (w rodzinach lub pomiędzy jednostkami ze sobą niespokrewnionymi), (2) mezo (w skali mniejszych jednostek administracyjnych) oraz (3) makro (w skali kraju) (Szukalski 2008:58).

Trzy wyróżnione poziomy są ze sobą ściśle związane. Dla przykładu, przed wprowadzeniem systemu powszechnych emerytur ekonomiczne zabezpieczenie starych i niezdolnych do pracy ludzi w dużej mierze zależało od ich rodzin. Pomoc starzejącym się krewnym była traktowana jako obowiązek moralny, częściowo legitymizowany ich wysokim autorytetem, charakterystycznym dla społeczeństw postfiguratywnych²⁸. System ubezpieczeń emerytalnych zdjął z młodszego pokolenia obowiązek bezpośredniego transferowania środków finansowych starzejącym się rodzicom, bowiem międzypokoleniową redystrybucją zajęły się powołane w tym celu agendy państwowe. Poniżej zajmujemy się wyłącznie społecznym wymiarem relacji międzypokoleniowych²⁹ (w tym społeczną odpowiedzią na redystrybucję regulowaną umową publiczną) oraz redystrybucją zasobów ekonomicznych realizowaną w rodzinach.

(1) Poziom mikro: Relacje w polskiej rodzinie są współcześnie przede wszystkim wertykalne. Chociaż Polacy zamieszkują najczęściej ze swoją rodziną nuklearną, duże znaczenie ma dla nich rodzina składająca się z trzech pokoleń, której struktura – przez wzgląd na niewielką liczbę członków w każdym pokoleniu i silne zazwyczaj więzi

²⁸ Tzn. takich społeczeństw, w których wiedza przekazywana jest przez starsze pokolenia (Mead 2000:23–58).

²⁹ Analiza wpływu starzenia na systemy emerytalne jest przedmiotem analiz w odrębnej części projektu MIG/AGEING.

dotyczące kilku generacji – przypomina strąk fasoli (Szukalski 2012b:20). W literaturze wskazuje się, że wielopokoleniowość rodzin jest ich względnie nową cechą (Piotrowski 1973: 175, Szukalski 2012:32-44). W rezultacie wzrostu długości życia, dłuższe jest jednocześnie życie dzieci i rodziców, które często trwa do późnej dorosłości tych pierwszych (Van Gaalen i Dykstra 2006:947), czego rezultatem jest wiele typów relacji między nimi³⁰. Wiek rodziców i dzieci znacząco wpływają na charakter relacji międzypokoleniowych. Z czasem, początkowo autorytarna relacja rodzic-dziecko staje się bardziej egalitarna (Szukalski 2012b:40), a podmiotowość dziecka rośnie. W razie niesprawności rodzica relacja ta może ponownie nabrać autorytarnego charakteru, jednak to potrzebujący opieki rodzic może być pozbawiony sprawczości. O charakterze relacji w rodzinie trudno jednak wyrazić ogólny sąd – jak słusznie zauważają Ruben I. van Gaalen i Pearl A. Dykstra, immanentną cechą więzi rodzinnej są zarówno harmonia jak i napięcie (2006:948).

Współcześnie w polskiej rodzinie międzypokoleniowe transfery finansowe najczęściej przekazywane są od najstarszego do młodszych pokoleń (Balcerzak-Paradowska 2008:176), czyli w kierunku odwrotnym niż w polskim systemie zabezpieczeń społecznych. O innym kierunku przepływów należy mówić w przypadku rodzin, w których skład wchodzi migranci - częste są wówczas przepływy środków finansowych od pokolenia dzieci zamieszkujących i pracujących poza granicami Polski do rodziców „pozostających w domu” (por. np. Krzyżowski 2012). Przepływy te głównie zależą od indywidualnych decyzji, a także sytuacji ekonomicznej rodzica i dziecka (Van Gaalen and Dykstra 2006:947).

Warto zwrócić uwagę na zachodzącą od kilku dekad zmianę kierunku międzypokoleniowych transferów wiedzy. Nasze społeczeństwo – tradycyjnie postfiguratywne – obecnie ma coraz bardziej prefiguratywny charakter (Balcerzak-Paradowska 2008:177). Dzieje się tak przede wszystkim w rezultacie intensywnych przemian technologicznych, których jesteśmy świadkami. Znajomość obsługi komputera jest niezbędna dla pełnego uczestnictwa w życiu społecznym, nabiera ona jednak szczególnego znaczenia w sytuacji przestrzennego oddalenia seniora od dzieci-migrantów. Internet coraz częściej umożliwia „transnarodowym dziadkom” (Plaza 2000) kontakt z bliskimi i pomaga zwalczać poczucie osamotnienia (Rudowski 2008:140). Polscy seniorzy najczęściej nabywają umiejętności cyfrowe od swoich dzieci i wnuków, co wskazuje na wysoki poziom solidarności międzypokoleniowej w tonie polskich rodzin.

(2) Poziom mezo: Właściwie brak publikacji na temat relacji międzypokoleniowych w małych jednostkach administracyjnych. Badania terenowe planowane w projekcie Mig/Ageing umożliwią diagnozę obecnego ich stanu w dwóch, znacznie różniących się (ze względu na historię, kulturę, poziom rozwoju ekonomicznego i tradycje migracyjne) społecznościach lokalnych.

(3) Poziom makro: Diagnoza obecnego charakteru relacji międzypokoleniowych nie pozwala jednoznacznie stwierdzić, czy na poziomie makrosocjalnym należy mówić o solidarności, czy też o międzypokoleniowym konflikcie. Z jednej strony, dowodem na pozytywny charakter relacji jest istniejący w Polsce system emerytalny, opierający się na międzypokoleniowej solidarności. Badania sondażowe nie wskazują, aby międzypokoleniowy konflikt stanowił w społeczeństwie polskim poważny problem³¹. Z drugiej jednak strony, obserwacja relacji międzypokoleniowych zachodzących w przestrzeni publicznej oraz analizy dyskursu dotyczącego seniorów (np. Świątek 2011) wskazują na nasilający się problem przemocy symbolicznej (Bourdieu i Wacquant 1992) wobec seniorów w Polsce. Kapitalizm w Polsce narzucił bowiem styl życia bazujący na „nastolatyzacji” oraz kulcie młodości (Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju. Polska 2030. Trzecia Fala Nowoczesności 2013:33, 40) – tylko sprawny, aktywny i pracowity człowiek jest w stanie sprostać narzuconemu tempu. W polskim społeczeństwie brak akceptacji dla niesamodzielności, a konsumeryzm, egoizm oraz indywidualizm prowadzą do oddalenia

³⁰ Na przykład R. I. van Gaalen i P. A. Dykstra (2006) na podstawie analizy danych Holenderskiego Panelowego Badania Pokrewieństwa wyróżnili 5 typów relacji między rodzicami i dorosłymi dziećmi: harmonijne (przypominające relacje z przyjaciółmi), ambiwalentne (polegające na przesyłaniu rodzinnych świadczeń finansowych, którym towarzyszy napięcie emocjonalne), relacje płynące z obowiązku (podtrzymywanie kontaktu), afektywne (opierające się na wsparciu emocjonalnym, któremu nie towarzyszą wymiany ekonomiczne) i niezgodne (opierające się na wzajemnej niechęci i antagonizmie).

³¹ Jedynie 2,5% osób, które wzięło udział w badaniu CBOS „Polskie konflikty a.d. 2013” wskazało, że w Polsce występuje konflikt pokoleń (CBOS Komunikat z badań 2013:7). Niewysoka częstotliwość wskazania tej odpowiedzi mogła być jednak konsekwencją konstrukcji pytania w badaniu – respondentów pytano w ogóle o występujące w Polsce konflikty. Prawdopodobnie częstość występowania tej odpowiedzi byłaby wyższa, gdyby badanie dotyczyło wyłącznie tego rodzaju konfliktów.

emocjonalnego osób młodych od starych (Balcerzak-Paradowska 2008:178). Starość postrzegana jest w Polsce przede wszystkim jako czas przed śmiercią, okres nieaktywny i nieproduktywny. Jak pokazują wyniki badań, w społeczeństwie funkcjonuje przekonanie, że starzy ludzie są kosztownym obciążeniem dla państwa i reszty społeczeństwa, że są zacoferani i stanowią przeszkodę na drodze rozwoju. Stereotypowo ludzie starzy łączeni są z ubóstwem (Miszcza 2006:308), niepełnosprawnością (Świątek 2011:307), bezradnością (Miszcza 2006:307) i dyskryminacją, co wywołuje postawy i reakcje odrzucenia, obojętności lub litości (np. Borkowska-Kalwas 2002: 44-49). W Polsce istnieje powszechne oczekiwanie i akceptacja niewysokiego poziomu życia (niskich emerytur, wydatków jedynie na podstawowe rzeczy) na emeryturze, zarówno wśród samych emerytów, jak i autorów publicznych wypowiedzi. Badacze zajmujący się stereotypem seniorów w Polsce wskazują również, że „jednym z [jego] najnowszych elementów jest przekonanie o wrogim nastawieniu ludzi starych w stosunku do młodych” (Miszcza 2006:306), co wskazywałoby na przeświadczenie młodszych generacji o międzypokoleniowym konflikcie. Wizerunek seniorów w społeczeństwie polskim będzie badany w module badawczym projektu Mig/Ageing poświęconym analizie dyskursu. Będziemy w nim między innymi dociekać, czy wizerunek osób starszych kształtowany jest przez ageizm. W niniejszym dokumencie termin ageizm³² definiujemy jako uprzedzenie (Butler 1980) wobec osób starszych (Stypińska 2011). Jak wskazuje Zofia Szweda-Lewandowska, ageizm przyjmuje „formę indywidualną (uprzedzenia poszczególnych osób) lub instytucjonalną (nierówne traktowanie na poziomie instytucji zarówno publicznych, firm prywatnych, jak i rodziny)” (Szukalski 2012:154). W Polsce wciąż brakuje badań nad dyskryminacją ze względu na wiek (Mucha i Krzyżowski 2011:19). Planowane moduły badawcze (badania terenowe oraz analiza dyskursu) będą służyły wypełnieniu tej luki.

Podejmując próbę prognozy przyszłego stanu relacji międzypokoleniowych w Polsce, chcielibyśmy zauważyć, iż *age transition*, czyli wzrost liczebności ludzi starych oraz ich proporcji w całym społeczeństwie (Pool 2008), może w przyszłości zmienić charakter tych stosunków. Zaczniemy od możliwych zmian na **(1) poziomie mikro**. Po pierwsze, seniorzy coraz później będą wchodzić w rolę dziadka/babci, będą też mieli mniej wnucząt. Być może – z uwagi na małą liczbę dzieci w populacji – rola dziadka/babci będzie dla osób starszych atrakcyjna (Szukalski 2012b:41–43)³³. Innym wymiarem zmian międzypokoleniowych będzie pozbawienie wsparcia rodzinnego starzejących się rozwodników³⁴. Dla przykładu, ostatni Spis Powszechny w Wielkiej Brytanii ONS 2011 ujawnił rosnącą liczbę rozwodów wśród osób w wieku emerytalnym i okołiemerytalnym, możliwe, że podobne tendencje będziemy obserwować w Polsce. Problem rozluźnienia więzi rodzinnych będzie dotyczył przede wszystkim mężczyzn – zarówno młodych jak i starzejących się³⁵, „którzy z jednej strony zostaną «odcięci» od ważnej części nieformalnego wsparcia emocjonalnego i rzeczowego (brak małżonki, gorszy kontakt z dziećmi i wnukami), z drugiej ich role społeczne w okresie starości zostaną dodatkowo ograniczone” (Szukalski 2008:57).

Projektując dotyczące przyszłości scenariusze, warto uwzględnić przypadek innych europejskich krajów o starszej strukturze wieku. Dobrym przykładem wydaje się casus Włoch, drugiego najstarszego demograficznie kraju w Europie. Włoska rodzina opisywana jest współcześnie jako solidarna, czego przykładem może być częste zamieszkiwanie przedstawicieli poszczególnych generacji w niewielkiej odległości lub dzielenie gospodarstw domowych, co – jak wskazują badania – pozytywnie wpływa na międzypokoleniową solidarność (Kasearu i Kutsar 2013:32–33). Jest ona też stymulowana przez międzygeneracyjne transfery czasu (zwłaszcza opiekę świadczoną przez seniorów na rzecz wnuków). Zważywszy na fakt, że Polskę i Włochy łączą istotne kulturowe podobieństwa (duża wartość przypisywana rodzinie, wpływ tradycji katolickiej na kulturę), być może w przyszłości dojdzie do konwergencji wzorca międzygeneracyjnych relacji.

³² *Ageizm* definiowany jest w literaturze jako „zestaw przekonań, uprzedzeń i stereotypów mających swe podstawy w biologicznym zróżnicowaniu ludzi, które dotyczą kompetencji i potrzeb osób w zależności od ich chronologicznego wieku” (Butler 1980).

³³ Piotr Szukalski pisze, że w wyniku przejścia demograficznego miała miejsce „rozbudowa więzi uczuciowej dziadkowie/wnuki, jak i [...] wzrost znaczenia relacji ekonomicznych pomiędzy nimi (dary pieniężne, dary przestrzeni i czasu)” (2012:43).

³⁴ Należy jednak podkreślić, że nie będzie to zmiana wynikająca ze starzenia się społeczeństwa, ale aksjologicznych zmian, które towarzyszyły drugiemu przejściu demograficznemu.

³⁵ Niektórzy autorzy wskazują ponadto, że w przypadku rozstania partnerów, dziadkowie mogą utracić kontakt z wnukami, na przykład na skutek częściowego pozbawienia praw rodzicielskich ich syna (częściej) lub córki (Balcerzak-Paradowska 2008:178), choć z pewnością nie jest to reguła zachodząca zawsze.

Również na **(3) poziomie makrospołecznym** można się spodziewać zmian w relacjach międzypokoleniowych. Międzypokoleniowe stosunki w rodzinie nadal będą oddziaływać na społeczne relacje międzygeneracyjne, nie będzie to jednak ich jedyny predykat. Poniżej opisujemy konsekwencje starzenia się polskiego społeczeństwa, które będą oddziaływać zarówno na wzrost jak i osłabienie postawy, którą powyżej określiliśmy jako *ageizm*. Możliwe są co najmniej dwa scenariusze. Do wzrostu uprzedzeń wobec seniorów może prowadzić z jednej strony niezadowolenie osób aktywnych zawodowo z dużego obciążenia obowiązkami opiekuńczymi, z drugiej natomiast rozczarowanie faktem, że znaczna część finansów publicznych przeznaczana będzie na zabezpieczenie (system emerytalny, rentowy) i wsparcie (opieka medyczna) osób starszych. W przyszłości niedostateczny poziom wydatków publicznych skierowanych do osób aktywnych zawodowo i młodzieży (na przykład przeznaczanych na system edukacji) może skutkować negatywnym stosunkiem do seniorów.

Również osoby starsze mogą być niezadowolone ze swojego wizerunku w społeczeństwie i nadrzędnej pozycji młodych, stanowiącej efekt kultu młodości. O ile w przyszłości ten ostatni nie osłabnie, osoby starsze, których proporcja będzie w polskim społeczeństwie rosła, zaczną kwestionować dostępne wzorce. Dominująca w obecnych czasach „nastolatyzacja” może się zderzyć z silnym „lobbym emeryckim”, które będzie się domagało więcej przestrzeni społecznej dla siebie (np. odpowiedniej oferty kulturalnej, korzystnego ustawodawstwa, dostosowania infrastruktury do własnych potrzeb, itp.). Swoista „dyktatura młodych” może zostać zastąpiona „dyktaturą starych”.

Z drugiej jednak strony, możliwy będzie inny scenariusz, polegający na zatrzymaniu pogłębiania *ageizmu* i prowadzący do umacniania międzypokoleniowej solidarności. Mogłoby ją umożliwić dłuższe pozostawanie starzejących się Polaków na rynku pracy. Wspólna praca stanie się być może rodzajem interakcji angażującej przedstawicieli różnych pokoleń. Będzie to możliwe, o ile pracodawcy umiejętnie będą zarządzać wiekiem (Mucha i Krzyżowski 2011:19), to znaczy zapewnią seniorom miejsca pracy dostosowane do ich możliwości oraz uwzględniające ich doświadczenie. O ile osoby starsze będą postrzegane jako autorytet w miejscu pracy, nie musiałyby dojść do pogłębienia wzajemnych uprzedzeń przedstawicieli młodego i starszego pokolenia.

Przyszli starsi pracownicy będą sprawniejszymi niż ci obecni użytkownikami nowoczesnych technologii, co może skutkować łagodzeniem konfliktów w miejscu pracy. W przyszłości z pewnością będą oni sprawnie pracować z komputerem oraz korzystać z Internetu, nie wymagając pomocy od młodszych kolegów (Rudowski 2008:138). Starsi pracownicy będą też prawdopodobnie chętniej się doszkalać³⁶. Osoby, które obecnie są w wieku produkcyjnym od dawna przyzwyczajane są bowiem do nowinek technicznych i do konieczności ciągłego dostosowywania się do nich (zarówno na drodze samodzielnego doszkalania, jak i uczestnictwa w kursach). Trudno jednak przewidzieć, czy w nadchodzących dekadach nie pojawi się nowe rozwiązanie technologiczne, do którego adaptacja nie przyjdzie łatwo starszemu pokoleniu.

3.3 Zmiany kulturowe

Kategoria zmian kulturowych obejmuje bardzo szerokie spektrum zjawisk, których nie jesteśmy w stanie scharakteryzować w jednym dokumencie. Zdecydowaliśmy się skoncentrować na dwóch aspektach dotyczących zachowań i postaw, które mogą zmieniać się wraz ze starzeniem się społeczeństwa, przy czym w kategorii zachowań szczególnie ważny wydaje się problem aktywności obecnych i przyszłych seniorów.

3.3.1 Postawy, normy, wartości

Zmiana struktury demograficznej i bezwzględny wzrost liczby osób w starszym wieku, poza konsekwencjami omówionymi wcześniej, może skutkować zmianami znacznie trudniejszymi do przewidywania i szacowania, zmianami w sferze aksjonormatywnej. O prognozowaniu w tej dziedzinie trudno jest mówić z kilku powodów.

Po pierwsze, jest wprawdzie sporo badań podejmujących tę problematykę, ale ze względu na różnorodność podejść, stosowanych wskaźników, sposobu doboru prób trudno jest na ich podstawie zdiagnozować stan obecny

³⁶ Przyszli seniorzy to osoby, które znaczną część życia zawodowego przeżyły po 1989 roku, a w jego trakcie zmuszone były do doszkalania się, a nawet przekwalifikowania - kształcenie przez całe życie nie będzie stanowiło dla nich w przyszłości *novum*.

zróżnicowania postaw, norm i systemów wartości ze względu na wiek. Badania dotyczące tej sfery życia, – przede wszystkim przekrojowe sondaże – przywiązują stosunkowo małą wagę do tego zróżnicowania. Jednocześnie często wielkości badanych prób nie pozwalają na szczegółową charakterystykę kategorii osób starszych. Z kolei badania poświęcone seniorom zazwyczaj koncentrują się na kwestiach „specyficznych” dla tej kategorii, a więc na kwestiach zdrowia, opieki, zabezpieczenia materialnego, wykluczenia. W żadnym z trzech dużych ilościowych badań nad ludźmi starymi (Piotrowski 1973, Synak 2002, Błędowski i in. 2012) nie podejmuje się kwestii postaw i poglądów ludzi starych, albo robi się to fragmentarycznie. Szerzej poruszane są jedynie kwestie związane z aktywnością zawodową (czasami również pozazawodową). Można odnieść wrażenie, że jest to wynikiem pewnego stereotypizowania bardzo szerokiej i zróżnicowanej kategorii ludzi starych i postrzeganie ich jako źródła licznych problemów społecznych, a nie pełnoprawnych aktorów życia społecznego.

Po drugie, starając się prognozować sytuację w przyszłości, należy przyjąć pewne założenia dotyczące kierunku zmian lub stabilności prognozowanych elementów. Przewidywanie zmian w dziedzinie postaw, norm i wartości jest wyjątkowo ryzykowne ponieważ liczba determinujących je czynników jest ogromna. Z jednej strony normy i wartości są trwałymi elementami osobowości człowieka, z drugiej jednak pewne okoliczności (np. transformacja systemowa) mogą radykalnie wpłynąć na zmianę postaw. W tym fragmencie pragniemy zwrócić uwagę jedynie na niektóre z tych wskaźników, pozostawiając przedstawienie bardziej kompleksowej analizy na następny etap, po przeprowadzeniu badań terenowych i analizy dyskursu.

Do obiektywnych charakterystyk można zaliczyć, szczególnie ważną w dzisiejszych czasach umiejętność korzystania z nowych technologii, zwłaszcza Internetu. Z badań Diagnoza społeczna wynika, że w latach 2005 – 2009 odsetek osób w wieku 65+ korzystających z Internetu wzrósł z 2,8 do 5,8. Natomiast w kohortach, które wkrótce będą wchodziły w wiek senioralny odsetki te wynosiły odpowiednio (w 2009 roku): 60-64 lata – 20,6, 45-59 lat – 39,5.

Te przykładowe dane wskazują, że ludzie starsi będą się znacznie różnili od obecnego pokolenia i można oczekiwać, że zwiększenie ich roli w życiu społecznym będzie wynikać nie tylko z większego udziału w strukturze, ale też z innego kapitału kulturowego.

Pozostaje pytanie, czy te zmiany przełożą się i ewentualnie w jaki sposób na wartości i postawy seniorów, które z kolei - ze względu na coraz większy udział tej kategorii - będą oddziaływać na postawy całego społeczeństwa. Szczególnie ważne wydaje się pytanie, czy można oczekiwać wzrostu konserwatyzmu społecznego.

Konserwatyzm bywa różnie rozumiany i definiowany na gruncie filozofii, polityki, ideologii. Najogólniej można powiedzieć, że wiąże on się z niechęcią do wszelkich zmian, odmienności (Śpiewak 1999:73). Różnorodność rozumienia tego terminu sprawia, że szczególnie trudno definiować go operacyjnie i weryfikować w badaniach empirycznych. Zazwyczaj w określaniu stopnia konserwatyzmu na poziomie jednostkowym, wykorzystuje się szereg wskaźników, tworząc z nich skale konserwatyzmu. Wśród tych wskaźników występują takie jak: większa religijność, rygorizm, tradycyjne podejście do rodziny i kwestii związanych z seksualnością człowieka. Przeanalizowane do tej pory wyniki badań sondażowych wskazują, że na ogół osoby starsze wykazują się większym konserwatyzmem (mierzonym na wybranych wymiarach) niż młodsze pokolenia.

Trudniej jest jednoznacznie określić kierunek zmian postaw w kolejnych kohortach seniorów. Wstępne analizy dostępnych danych wskazują, że w pewnych wymiarach obserwujemy wyraźne zmiany, w innych raczej stabilność. I tak np. wśród osób w wieku 65+ w okresie między 1992 a 2010 rokiem wyraźnie wzrosła akceptacja dla edukacji seksualnej w szkołach podstawowych i stosunków seksualnych przed ślubem, ale na niezmiennym poziomie utrzymało się przekonanie o posłuszeństwie jako najważniejszej „cnocie” wpajanej dzieciom (PGSS).

Jak wspomnieliśmy, jednym ze wskaźników konserwatyzmu może być stosunek do wiary i religii. W warunkach polskich ta kwestia wydaje się szczególnie ważna, dlatego omówimy ją w tym miejscu nieco obszerniej.

Brak jest w dotychczas opublikowanych przez GUS danych informacji na temat struktury wiekowej wiernych oraz tego, jak obecnie kształtuje się religijność seniorów w Polsce (GUS 2013). Częściowe dane na ten temat można uzyskać z Diagnozy Społecznej oraz innych badań przekrojowych. Z danych Diagnozy wyraźnie widać, że polscy seniorzy o wiele bardziej regularnie biorą udział w nabożeństwach i częściej modlą się niż osoby młodsze. 40 % osób w wieku 25-40 lat w ogóle nie bierze udziału w nabożeństwach czyli tyle samo, ilu seniorów w wieku 65 i więcej bierze udział w nabożeństwach w każdą niedzielę.

Wiara uzewnętrzniana poprzez pobożność i powiązana z wiarą w sprawiedliwość boską (problematyka teodycei) i życie wieczne pozwala osobom starszym łatwiej pokonywać skutki przeciwności losu, znosić

nieszczęścia i smutek po stracie bliskich (Trafiałek 1997). Nie są dokładnie zbadane czynniki wzmacniające i osłabiające postawę religijną wśród osób w starszym wieku (Dyczewski 1994). Badania pokazują jednocześnie, że brak poczucia bezpieczeństwa i bezradność w stosunku do problemów życiowych często wzmacniają religijność seniorów, jak gdyby były one rekompensowane wiarą w Boga. Rola wiary i pobożności w odzyskiwaniu poczucia wiary w siebie i sens życia oraz walce z depresją, załamaniem, smutkiem, cierpieniem oraz frustracją jest szczególnie istotna w życiu ludzi samotnych, ubogich, podupadających na zdrowiu. Tym samym stan rodziny, majątność i stan zdrowia to jedne z najważniejszych zmiennych różnicujących stosunek seniorów do wiary (Trafiałek 1997).

Istotną zmienną jest również wykształcenie, co powinno być szczególnie uwzględnione w prognozie (ze względu na znaczące różnice profilu edukacyjnego aktualnych 20- i 30-latków oraz seniorów). W badaniach prowadzonych w latach 90. osoby z wykształceniem wyższym cechowały się z reguły niższą pobożnością i niższymi wartościami zmiennej charakteryzującej „siłę wiary”. Jeśli więc w przyszłości polscy seniorzy będą najbardziej religijną grupą społeczną, to będzie to zupełnie inna religijność senioralna od tej, z jaką mamy do czynienia aktualnie. Ta aktualna często przybiera postać religijności ludowej, która cechuje się między innymi słabym związkiem z moralnością życia codziennego, nacjonalizmem wyznaniowym, społecznym i parafialnym charakterem, aintelektualizmem, szacunkiem i przywiązaniem do duchownych, którzy są autorytetami także w sprawach pozareligijnych, tradycjonalizmem i rytualizmem oraz akcentowaniem uczuciowej strony religii, bez dostatecznego pogłębienia (Sroczyńska w: Zdaniewicz i Zembrzusi 2000). Religijność senioralna w przyszłości z pewnością będzie miała o wiele bardziej pogłębiony charakter lub nie będzie jej wcale, to znaczy wielu seniorów będzie z pewnością postępowało ścieżką selektywnej i zaniedbanej pobożności (Rycań 1994), a część będzie poszukiwała duchowości i innych elementów religii poza sformalizowanymi strukturami kościelnymi. Tym samym, pomimo starzenia się społeczeństwa polskiego, niekoniecznie musi się upowszechniać model religijności ludowej, a nawet może stracić na znaczeniu ruch społeczny stworzony przez Radio Maryja i inne organizacje z nim powiązane, który to ruch aktualnie liczy około półtora miliona członków i sympatyków (a według niektórych szacunków nawet 2 razy więcej) i jest jednym z najsilniejszych i najlepiej zorganizowanych ruchów społecznych w Polsce (Pędziwiatr 2014).

Prognozowanie przyszłości religijności seniorów w Polsce jest obarczone bardzo wieloma trudnościami, a zależy nade wszystko od przyjętej wizji postępu sekularyzacji. Jak dotychczas proces emancypacji różnych obszarów życia społecznego spod bezpośrednich wpływów Kościoła i religii przebiegał w naszym kraju zdecydowanie mniej żywiołowo niż miało to miejsce w krajach Europy Zachodniej. Jednym ze sposobów analizowania tego postępu jest przegląd praktyk religijnych Polaków w ostatnich dziesięcioleciach. Zarówno analizy ośrodków kościelnych (Instytut Statystyki Kościoła Katolickiego – ISKK) jak i tych nie związanych z Kościołem (Diagnoza Społeczna) ukazują zmniejszanie się liczby osób, które regularnie uczestniczą w nabożeństwach (*Dominicantes*). 25 lat temu takich osób było powyżej 50%, a aktualnie jest ich około 40%. Jednocześnie w tej grupie widoczne jest pogłębienie religijne mierzone między innymi liczbą osób, które regularnie przyjmują komunię świętą (*Communicantes*).

Socjologowie religii, oprócz powolnego postępowania procesów sekularyzacji, odnotowują jednocześnie procesy prywatyzacji i indywidualizacji religijnej oraz powiązane ze wzrostem tendencji uniwersalistycznych ruchy obronne o charakterze fundamentalistycznym (np. Radio Maryja) (Borowik i Doktor 2001). Stawiają również rozmaite hipotezy dotyczące rozwoju religijności Polaków w przyszłości. Najważniejsze z nich to:

1. Hipoteza imitacji wieszcząca rozpad religijności kościelnej i upadek Kościoła ludowego,
2. Hipoteza „niezmiennej religijności w zmieniającym się społeczeństwie”,
3. Hipoteza rewitalizacji religijności,
4. Hipoteza transformacyjna (wielokierunkowych przemian w religijności)

To, jak w 2060 roku będzie kształtować się religijność polskich seniorów, zależy nade wszystko od tego, która z powyższych hipotez okaże się prawdziwa. Aktualnie najbardziej prawdopodobne wydają się hipotezy 1 i 4, aczkolwiek poważne zagrożenia oraz kryzysy polityczne i społeczne mogą odwrócić powolny trend sekularyzacyjny. Historia bowiem uczy, iż podczas tego typu sytuacji następowała wzmożona tendencja ku zwracaniu się do Kościoła i głoszonym przez niego wartościom.

Niezwykle istotna wydaje się dynamika postaw politycznych przyszłych seniorów. Przy zwiększaniu się ich udziału w populacji wyborców można oczekiwać, że postawy tej grupy będą miały coraz większy wpływ na układ sceny politycznej i w konsekwencji na różne aspekty polityki państwa.

Dostępne dane sondażowe tylko w niewielkim stopniu mogą być przydatne do określenia dynamiki postaw i poglądów politycznych seniorów. Wynika to zarówno z nieporównywalności wyników z różnych badań jak i, przede wszystkim z faktu, że w tej dziedzinie zarówno postawy jak i poglądy mogą ulegać dużym wahaniom pod wpływem czynników zewnętrznych i trudnych do przewidzenia (np. zmiana ekip politycznych, kryzysy ekonomiczne, incydentalne wydarzenia w sferze publicznej, itp.). Nie są więc one trwałymi elementami osobowości, ale reakcją na bodźce zewnętrzne. Dodatkowo wszystkie oceny postaw politycznych i ich zmian komplikuje fakt, że dawne ich wskaźniki stały się niejednoznaczne i trudne do interpretacji. Zarówno preferencje wyborcze jak i określanie się na skali lewicowość – prawicowość, w polskich warunkach w niewielkim stopniu mogą być wykorzystane w konstrukcji syntetycznych wskaźników konserwatyzmu.

Przykładem takiej trudności w interpretacji wyników mogą być dane z trzech edycji PGSS dotyczące tradycyjnego podziału na poglądy lewicowe centrowe i prawicowe (Tab.5). Można wprawdzie powiedzieć, że z wiekiem maleje skłonność do identyfikowania się z lewicą i rośnie odsetek osób akceptujących poglądy prawicowe, ale jednocześnie widać niestabilność poglądów w czasie kalendarzowym: w 2002 roku we wszystkich kategoriach wieku wyraźnie wzrósł (w stosunku do roku 1992) odsetek osób deklaruujących się jako zwolennicy poglądów lewicowych, ale po kolejnych 8 latach nastąpił spadek akceptacji dla lewicy. Nie mamy jednak pewności, jakich aspektów lewicowości i prawicowości dotyczyły wybory badanych (np. czy odnosiły się do kwestii światopoglądowych czy raczej socjalnych).

TABELA 5 POGląDY POLITYCZNE WG WIEKU I ROKU BADANIA

Lewicowe				Centrowe			Prawicowe		
Wiek	1992	2002	2010	1992	2002	2010	1992	2002	2010
45-54	10,2	20,5	12,9	64,2	54,4	55,0	25,7	25,1	32,2
55-64	12,0	24,3	17,7	50,5	53,7	45,6	37,5	22,1	36,7
65-74	9,3	23,0	15,3	50,4	40,7	50,5	40,3	36,3	34,2
75 +	7,9	19,2	18,3	39,5	51,4	41,7	52,6	28,5	40,0

Źródło: PGSS.

Zagadnienia religijności i konserwatyzmu osób starszych nie wyczerpują problematyki związanej z przemianami postaw, wartości i norm kulturowych w starzejącym się społeczeństwie. Precyzyjniejsze ustosunkowanie się do przedstawionych wyżej kwestii wymaga zarówno pogłębienia analiz dostępnych danych oraz przeprowadzenia własnych badań.

3.3.2 Aktywność osób starszych

Postawy ludzi, systemy norm i wartości mają bezpośredni wpływ ich na sposoby życia, rodzaje aktywności. Ogromne znaczenie ma również sytuacja społeczna, zasoby, wykształcenie, doświadczenia zawodowe i.in. Spodziewamy się, że wzrost udziału osób starszych w społeczeństwie, odmienna charakterystyka tej grupy oraz przenikanie niektórych wzorców obowiązujących w innych krajach, przyczynią się do zmiany stylów życia przyszłych seniorów, a także wywołają zmiany istniejących stereotypów dotyczących starości. Zapewne niebagatelne znaczenie będą miały zmiany dotyczące produktywności osób starszych, związanej z ich możliwościami tworzenia zasobów, takich jak na przykład kapitał społeczny, który może służyć zarówno im samym, jak też ich otoczeniu i szerszej społeczności. Spróbujemy się zastanowić, w jaki sposób w przyszłości będą się kształtowały relacje osób starszych z otoczeniem i w jaki sposób będą oni kształtowali społeczną rzeczywistość.

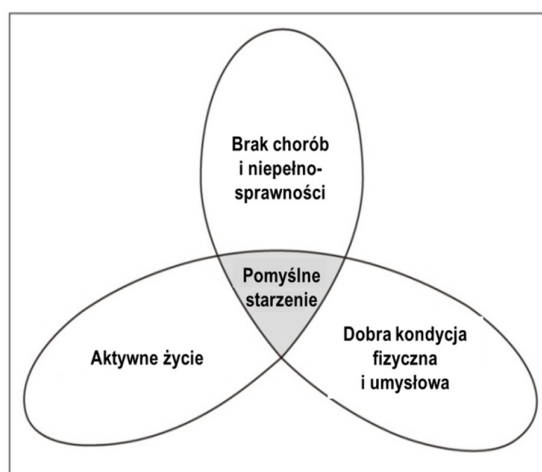
Jak wspominaliśmy wcześniej, spodziewamy się, że grupę przyszłych seniorów będzie cechowało większe rozwarstwienie społeczne od tego, które obserwujemy obecnie. Przypuszczalnie będzie to prowadziło do współwystępowania różnych wzorów zachowań (do upowszechnienia takich wzorów, które aktualnie nie są częste). Obowiązujące w Polsce normy kulturowe wyznaczają seniorom wąskie pole działania. Ich aktywność

związana jest przeważnie z życiem rodzinnym i nie wykracza poza gospodarstwo domowe własne oraz osób najbliższych (dzieci i wnuki). Ograniczenia te są narzucane przez środowisko zewnętrzne oraz przez samych seniorów. Technologiczne zmiany, które nastąpiły w ostatnich dekadach (szczególnie upowszechnienie telewizji), istotnie ograniczyły zakres kontaktów międzysąsiedzkich i wpłynęły na zwiększenie poczucia wyobcowania osób starszych (Sobiesiak 2010: 200-201). Istotną przeszkodą w aktywności pozarodzinnej jest też wstyd „odczuwany w stosunku do działań, które są oceniane jako nowe i odmienne – w porównaniu zarówno z praktykami podejmowanymi dotychczas przez jednostkę, jak i z praktykami jej grupy odniesienia” (Sobiesiak, Zalewska 2010: 264). Problem ten w szczególności dotyczy ludności wiejskiej.

Spodziewamy się, że najbardziej istotne zmiany w sposobie życia ludzi starszych prawdopodobnie będą związane ze zmniejszaniem się roli rodziny, jako podstawowej instytucji wspierającej i organizującej życie codzienne. Zwiększy się liczba samotnych seniorów oraz bezdzietnych gospodarstw domowych, a coraz większą rolę będą odgrywać relacje nieformalne z osobami niespokrewnionymi (por. m.in. Błędowski i in. 2012, Raport RRL 2012, Szukalski 2012). Osoby starsze, niezależnie od swojej woli, zostaną zmuszone do samodzielnego definiowania swojej tożsamości i budowania pozycji społecznej bez odwoływania się do tradycyjnych ról społecznych (Kubicki 2014). Jest to związane nie tylko z procesami starzenia się, ale – szerzej – z indywidualizacją i przemianami więzi (Olcoń-Kubicka 2009).

W związku z zachodzącymi przemianami kulturowymi i demograficznymi pojawiły się koncepcje „właściwego” starzenia się - *successful ageing*, *active ageing*, *productive ageing* - (przegląd w np. Farina 2011; Moulaert, Paris 2013; Cowlshaw, Niele i in. 2012). Najczęściej w literaturze można spotkać odwołania do modelu, zaproponowanego pod koniec lat osiemdziesiątych (Rowe, Kahn 1987), zgodnie z którym *pomyślne starzenie się* (*successful ageing*) wiąże się z niskim poziomem niepełnosprawności, dobrą kondycją fizyczną i umysłową oraz aktywnością społeczno-zawodową – w opozycji do zwykłego starzenia się (*usual aging*) i związanych z wiekiem problemów zdrowotnych i różnego rodzaju ograniczeń (Kubicki 2014).

RYSUNEK 8 KONCEPCJA POMYŚLNEGO STARZENIA



Źródło: opracowanie własne na podstawie (Rowe, Kahn 1987).

Często koncepcja *pomyślnego starzenia się* jest mylona z koncepcją *aktywnego starzenia się* (*active ageing*). Istota tej drugiej jest wyraźnie odmienna, bowiem nie dotyczy wyłącznie jakości życia w starszym wieku. Koncepcja *aktywnego starzenia* odnosi się do procesu trwającego przez całe życie. Wiąże się – na każdym etapie życia człowieka – z przygotowywaniem do etapów kolejnych, w tym do etapu starości (Szukalski 2012: 100-101). Obie te główne koncepcje były przede wszystkim skoncentrowane na jednostce, jednak z czasem zaczęły pojawiać się modyfikacje i kolejne propozycje, a wraz z nimi główne zainteresowanie przesunęło się z osób starszych i starzenia się na starzejące się społeczeństwo (Kubicki 2014).

Krytycy tych koncepcji wskazują na potencjalne niebezpieczeństwa związane z promowaniem idei „właściwego” starzenia się, które mogą w świadomości społecznej tworzyć fałszywy, zbyt pozytywny i nieosiągalny

wzorzec starości pozbawionej chorób i niewiele różniący się od aktywności wieku średniego. Może się to przyczynić do wykluczania osób z ograniczoną samodzielnością, a także prowadzić do przemocy symbolicznej i narzucania określonego stylu życia. Ponadto „wiele badań wskazywało (...), że subiektywne postrzeganie pomyślnego starzenia się przez osoby starsze miało często niewiele wspólnego z modelem zaproponowanym przez naukowców i częściej było uzależnione od pewnej indywidualnej wizji starości, a nie od czynników obiektywnych” (Kubicki 2014, por. też: Farina 2011; Montross, Depp i in 2006, Stenner, McFarquhan, Bowling 2011). Promowany model wynika z etnocentrycznego podejścia, w którym punktem odniesienia są starzejący się Amerykanie z klasy średniej i które nie musi być odpowiednie dla analizy innych społeczeństw.

W Polsce indeks aktywnego starzenia (AAI)³⁷ jest najniższy ze wszystkich krajów Unii Europejskiej (European Commission, UNECE 2013). Nie oznacza to bezczynności osób starszych. Polska specyfika polega na powszechnym „definiowaniu swojej starości w ramach powiązań i relacji rodzinnych. W praktyce oznacza to, że osoby, które nie spełniają żadnych z modelowych kryteriów aktywnej starości, wciąż mogą czuć się spełnione i zadowolone z życia, o ile mogą realizować się w ramach rodziny i mają dobre relacje z dziećmi i wnukami (Kubicki 2014, por. też: Kubicki, Olcoń-Kubicka 2010). Ponadto polska specyfika związana jest z religijnością osób starszych. Prace z zakresu socjologii starości wskazują, że religijność bądź „pozytywna duchowość” jest jednym z ważnych elementów modelu pomyślnego starzenia (Crowther i in. 2002). Praktyka religijna szczególnie w postaci modłów grupowych i spotkań religijnych jest bardzo ważnym źródłem kapitału społecznego i działa jak ważna przeciwwaga dla samotności i wykluczenia.

Gdy bierze się pod uwagę sieci powiązań i rodzaje aktywności społecznej osób starszych, wyłania się podział „rodzajów starości” na kilka grup³⁸

Starość rodzinna. Kategoria ta dotyczy najliczniejszej grupy seniorów. Doświadczają jej osoby, których aktywność jest skoncentrowana lub ogranicza się wyłącznie do pola rodzinnego – do gospodarstwa domowego osób najbliższej spokrewnionych (dzieci i wnuków) lub ich własnego. Seniorzy należący do tej kategorii przeważnie starają się wspomagać bliskich i jak najdłużej być użyteczni. Budują swoją tożsamość i oceniają jakość życia i życiowych osiągnięć w kontekście rodzinnym.

Starość wolnego czasu. Charakterystyczną cechą jest aktywność wspólnotowa i wytwórcza. Takiej starości doświadczają przede wszystkim osoby, które nie mieszkają z dziećmi lub (rzadziej) mieszkają, ale nie ograniczają swojej aktywności wyłącznie do rodziny. Uczestniczą w zajęciach UTW, klubów seniora, związkach emerytów i rencistów, kołach gospodyń wiejskich, wspólnotach parafialnych itp. Jest to uczestnictwo bierne – atrakcje muszą być zorganizowane przez instytucje zewnętrzne, np. gminę, organizacje pozarządowe.

Starość aktywna. Ta kategoria odnosi się do najmniej licznej grupy. Osoby aktywne angażują się w działalność w sferze publicznej, działalność społeczną lub wolontariat. Nie są tylko biernymi odbiorcami – same kreują rzeczywistość. Często osoby te, będąc w wieku emerytalnym, długo pozostają aktywne zawodowo. Jest to jedyna grupa aktywna politycznie.

Starość wykluczona. W tym ujęciu wykluczenie osób starszych nie odnosi się do sytuacji ekonomicznej, a raczej do braku więzi rodzinnych i pozarodzinnych. Osoby wykluczone są samotne.

Wraz ze zmianami demograficznymi i kulturowymi spodziewamy się upowszechnienia modeli w mniejszym stopniu związanych z więzami rodzinnymi, a w większym stopniu opartych na indywidualnych potrzebach oraz odnoszących się do relacji pozarodzinnych. Czynnikiem hamującym dla rozwoju alternatywnych, pozarodzinnych form aktywności są silne modele kognitywne, normy kulturowe i zjawisko „zazdroznego familizmu”, które utrudniają osobom starszym angażowanie się w działanie i wymiany poza relacjami rodzinnymi. Szczególną wagę dla rozwoju nowych instytucji wsparcia seniorów mają formy działalności zorganizowanej oparte na wykorzystaniu pomostowego kapitału społecznego (Putnam 2000) i wymiany w obrębie słabych więzi społecznych (Granovetter

³⁷ Nazwa indeksu jest myląca, ponieważ jest on zgodny z koncepcją *pomyślnego starzenia się*.

³⁸ Typologia inspirowana i częściowo zgodna z propozycją P. Sobiesiaka i J. Zalewskiej (2010) oraz P. Kubickiego (2014).

1983) (czyli oparte na kapitale pozarodzinnym i wymianie między osobami przynależącymi do różnych grup i kręgów społecznych), co daje seniorom dostęp do bardziej zróżnicowanych zasobów.

Wraz z osiąganiem starszego wieku przez kolejne kohorty – lepiej wykształcone i przyzwyczajone do doskonalenia kwalifikacji w okresie aktywności zawodowej – spodziewać się można ewolucji norm i obowiązujących wzorów zachowań. Można oczekiwać zmian preferowanego stylu życia oraz potrzeb emocjonalnych i społecznych wykraczających poza rodzinne ramy (Błędowski 2012). Już możemy obserwować powolne zmiany w tym obszarze, związane np. z lokalnymi programami aktywizacyjnymi dla seniorów, inicjowanymi przede wszystkim we współpracy lokalnych władz z organizacjami trzeciego sektora. Spodziewamy się, że w przyszłości takie inicjatywy będą coraz bardziej powszechne, ponieważ „doświadczenia większości krajów pokazują, że najskuteczniejsza okazuje się działalność na rzecz seniorów realizowana na poziomie lokalnym. Na poziomie mezo skoncentrowane są relatywnie najlepsze możliwości wykorzystania kapitału społecznego z myślą o ludziach starych oraz kapitału ludzkiego i społecznego samych seniorów” (Błędowski 2012: 19).

Co ciekawe i ważne z socjologicznego punktu widzenia, inicjatywy te spotykają się ze znacznie większym zainteresowaniem kobiet. „Mężczyźni generalnie są mniej aktywni społecznie niż kobiety, a na starość te różnice dodatkowo się zwiększają. Mężczyźni w wieku 60-80 lat rzadziej niż kobiety spotykają się ze znajomymi i rodziną (35% i 53% wskazań na pytanie o sposób spędzania wolnego czasu), czytają książki (13% i 32%), chodzą do kina/teatru/muzeum (3% i 5%). Częściej natomiast spędzają swój wolny czas na działce (39% i 34%) i poświęcają się swojemu hobby (22% i 15%)” (Towarzystwo Inicjatyw Twórczych „e” 2012: 17-18, za: TNS OBOP dla Point of View 2007).

O rosnącej potrzebie samorealizacji na polu pozarodzinnym może świadczyć gwałtowny przyrost liczby uniwersytetów trzeciego wieku (w roku 2000 działało 25 takich placówek, w 2011 już 250, a w roku 2012 ich liczba wzrosła aż do 400, z ponad 100 tysiącami członków)³⁹.

Uczestnictwo w działaniach aktywizujących seniorów nie jest równoznaczne z zaangażowaniem w politykę i z partycypacją obywatelską. Doświadczenia wskazują, że w pewnych warunkach grupa osób starszych może stać się znaczącą siłą polityczną (np. powstała w latach 90. Polska Partia Emerytów i Rencistów). Spodziewamy się, że w przyszłości takich inicjatyw będzie więcej.

Równocześnie – jak już wspominaliśmy wyżej – trudno przewidzieć, z jaką siłą będzie oddziaływał, między innymi na scenę polityczną, ruch społeczny stworzony przez Radio Maryja i inne organizacje z nim powiązane. W przeszłości odegrał on np. kluczową rolę w sukcesie politycznym Ligii Polskich Rodzin podczas wyborów parlamentarnych w 2001 roku oraz w wyborach parlamentarnych wygranych w 2005 przez Prawo i Sprawiedliwość (Pędziwiatr 2014).

4. Punkt wyjścia badań empirycznych

Celem badań jest określenie społecznych konsekwencji starzenia się populacji ze szczególnym uwzględnieniem zmian relacji opiekuńczych. Ponieważ termin „społeczne” zawiera niesłychanie szerokie spektrum zjawisk, zdecydowaliśmy się objąć naszą analizą tylko wybrane obszary tematyczne, które wydają się nam szczególnie ważne w kontekście podstawowego celu projektu.

Obszary analizy:

1. Zmiany relacji opiekuńczych
2. Zmiany w obszarze gospodarki i rynku pracy
3. Zmiany w strukturze społecznej i relacjach międzypokoleniowych
4. Zmiany kulturowe: aktywność osób starszych, zmiany postaw i systemów wartości

³⁹ 85% słuchaczy UTW stanowią kobiety. Nie można tej dysproporcji wyjaśniać jedynie większą skłonnością kobiet do aktywności społecznej. Przyczyną jest dominacja kobiet w starszych grupach wiekowych oraz fakt, że 60% słuchaczy stanowią młodzi-starzy (do 65 roku życia), czyli osoby z grupy, w której kobiety są już nieaktywne zawodowo, a część mężczyzn jeszcze pracuje. Ponadto UTW cieszą się dużym zainteresowaniem emerytowanych nauczycieli – środowiska silnie sfeminizowanego.

Ze względu na optykę migracyjną projektu, w każdym z powyższych wymiarów uwzględnimy problematykę emigracji i imigracji.

Przede wszystkim postaramy się zdiagnozować obecną sytuację starszych: ich sytuację materialną, rodzinną, ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb opiekuńczych i ich realizacji oraz relacji międzypokoleniowych. Mamy zamiar zbadać jak wygląda aktywność osób starszych w różnych dziedzinach życia (zawodowa, społeczna, rodzinna) i od czego ona zależy (wiek, stan zdrowia, wykształcenie, miejsce zamieszkania).

Forma, charakter i natężenie opieki rodzinnej nad osobami starszymi przez ich dzieci i rodziny przebywające poza granicami kraju lub z dala od miejsc zamieszkiwania seniorów w kraju zależna jest od wielu czynników instytucjonalnych i pozainstytucjonalnych (Kilkey i Merla 2011). Najważniejsze z nich, które zostaną uwzględnione w badaniu, to reżimy migracyjne (polityki regulujące wjazd, wyjazd i pobyt migrantów i członków ich rodzin, dostęp do rynku pracy i pomocy socjalnej, podejście do różnicowania kulturowego – wielokulturowe czy asymilacyjne), reżimy socjalne (zakres przywilejów socjalnych w sprawach opieki zdrowotnej oraz pomocy finansowej, mieszkaniowej i edukacyjnej) zróżnicowane płciowo reżimy opieki (polityki dotyczące prawa do czasu do opieki – w tym urlopów opiekuńczych i zdrowotnych - oraz prawa do opieki, kultury opieki – normy regulujące właściwy płciowo podział pracy w opiece nad osobami zależnymi), polityki transportowe (regulacje transportu międzynarodowego oraz jego dostępność i kosztowność) i komunikacyjne (jakość i dostępność kanałów komunikacji) oraz te dotyczące czasu pracy (m.in. dotyczące ustawowego czasu pracy oraz przysługującego każdemu pracownikowi urlopu).

Prowadząc badania terenowe wśród seniorów również będziemy starali się dociekać, jak oni sami sprawują pomoc na odległość. Badanie empiryczne będzie na przykład służyło sprawdzeniu, czy starzejący się rodzice emocjonalnie wspierają swoje migrujące dzieci, na przykład gdy te stawiają czoła adaptacji do życia i pracy w nowym miejscu. Dotychczas temat wsparcia emocjonalnego świadczonego przez rodziców migrantów pozostaje bowiem niezbadany. Planujemy również weryfikować, jakie praktyki praktycznego wsparcia migrantów świadczą ich starzejący się rodzice.

Podczas badań planujemy przeprowadzić „mapowanie” osób, które uczestniczą w opiece nad seniorem oraz weryfikować, jaka była rola migranta w zleceniu im tego zadania⁴⁰.

Chcielibyśmy także wskazać na aktywny udział (sprawnych) seniorów w podziale opieki. Często to im delegowane są zadania opiekuńcze (Patzner 2010), zwłaszcza nad wnukami, w przypadku migracji średniego pokolenia (Kozdrowicz, Walczak 2008). W tej sytuacji zdarza się, że bezpośrednia opieka sprawowana przez dziadków zastępuje tę sprawowaną tradycyjnie przez rodziców (Forde 1996)⁴¹. Będziemy badać, jaką rolę w wymienionych zadaniach pełnią migranci, a jaką „pozostający w domu” oraz kto sprawuje największą władzę w procesie podziału zadań.

Wykaz literatury

- Anderson, Bridget. *Doing the Dirty Work? The Global Politics of Domestic Labour*. Londyn - Nowy Jork: Zed Books, 2000. ksero.
- Antosz, Anna. „Usługi Opiekuńcze Oczami Realizatorów.” Łódź, 2014.
- Ariès, Philippe. *Historia Dzieciństwa : Dziecko I Rodzina W Czasach Ancien Régime'u*. Warszawa: Wydawnictwo Aletheia, 2010.
- Aubert, V. „The Housemaid- an Occupational Role in Crisis.” *Acta Sociologica* vol.1, no. fasc.3 (1955): 149–58.
- Augustyn, Mieczysław, Piotr Błędowski, Krystyna Wyrwicka, Jolanta Łukasik, Barbara Witkowska, Anna

⁴⁰ Tradycja polskich badań dostarcza ciekawych narzędzi metodologicznych do weryfikacji, kto sprawuje opiekę, która musi być wykonana osobiście. Na przykład zespoły Piotrowskiego (1973), a później także Synaka (2002) dowiadywały się od seniorów, kto pomaga im w obcinaniu paznokci u stóp – w sędziwym wieku ta prosta czynność często nie może być wykonana samodzielnie.

⁴¹ Powierzanie przez rodziców opieki nad dziećmi krewnym bywa w polskim dyskursie medialnym w upraszczający i piętujący sposób określane jako „eurosieroctwo”. Badania ukazują jednak, że dzieci rozumieją przyczyny wyjazdu rodziców i na swój sposób je interpretują (Coe et al. 2011). Wciąż niewiele mówi się o transnarodowym macierzyństwie Polek (*transnational mothering*) czy transnarodowym ojcostwie Polaków (*transnational fathering*) (Urbańska, w druku, Kilkey, Merla 2013,).

- Wilmowska-Pietruszyńska i Zofia Czepulis Rutkowska. *Opieka Długoterminowa W Polsce. Opis, Diagnoza, Rekomendacje*. Warszawa: Klub Parlamentarny Platformy Obywatelskiej, 2009.
- Balcerzak-Paradowska, Bożena. "Warunki Życia i Mieszkaniowe Osób Starszych." In *Polska W Obliczu Starzenia Się Społeczeństwa*. Warszawa: Polska Akademia Nauk Kancelaria PAN Komitet Prognoz "Polska 2000 Plus," 2008.
- Baldassar, Loretta, Raelene Wilding i Cora Baldock. "Long-Distance Care-Giving, Transnational Families and the Provision of Aged Care." In *Family Caregiving for Older Disabled*, [red.] I. Paoletti, 201–28. New York: Nova Science, 2007.
[https://www.academia.edu/617077/Baldassar L. Wilding R. and Baldock C. 2007 Long-distance care-giving transnational families and the provision of aged care in I. Paoletti Ed. Family Caregiving for Older Disabled People Relational and Institutional Issues Nova Science New York Chapter 10 pp201-228](https://www.academia.edu/617077/Baldassar_L._Wilding_R._and_Baldock_C._2007_Long-distance_care-giving_transnational_families_and_the_provision_of_aged_care_in_I._Paoletti_Ed._Family_Caregiving_for_Older_Disabled_People_Relational_and_Institutional_Issues_Nova_Science_New_York_Chapter_10_pp201-228).
- Baldock, Cora. "The Ache of Frequent Farewells." In *A Certain Age, Women Growing Older*, [red.] M. Poole i S. Feldman, 182–92. Sydney: Allen & Unwin, 1999.
- Beck, Ulrich, Elisabeth Beck-Gernsheim, and Wydawnictwo Naukowe PWN. *Miłość Na Odległość: Modele Życia W Epoce Globalnej*. Translated by Michał Sutowski. Socjologia Współczesna. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2013.
- Bettio, Francesca, Annamaria Simonazzi i Paola Villa. "Change in Care Regimes and Female Migration: The 'care Drain' in the Mediterranean." *Journal of European Social Policy* 16, no. 3 (August 1, 2006): 271–85. doi:10.1177/0958928706065598.
- Błędowski, Piotr. "Potrzeby Opiekuńcze Osób Starszych." In *Aspekty*, 2012.
- . "Potrzeby Opiekuńcze Osób Starszych." In *PolSenior: Aspekty Medyczne, Psychologiczne, Socjologiczne i Ekonomiczne Starzenia Się Ludzi W Polsce*, [red.] Małgorzata Mossakowska, Andrzej Więcek i Piotr Błędowski, 449–66. Poznań: Termedia Wydawnictwo Medyczne, 2012.
- Boehm, Deborah A., Julia Meredith Hess, Cati Coe, Heather Rae-Espinoza i Rachel R. Reynolds. "Children, Youth, and the Everyday Ruptures of Migration." In *Everyday Ruptures: Children, Youth, and Migration in Global Perspective*, by Cati Coe, Rachel R. Reynolds, Deborah Boehm, Julia Meredith Hess i Heather Rae-Espinoza, 1–22. Nashville: Vanderbilt University Press, 2011.
- Borkowska-Kalwas, Teresa. "Ludzie Starzy W Rodzinie." In *Ludzie Starzy W Polsce. Społeczne i Zdrowotne Skutki Starzenia Się Społeczeństwa*, [red.] Janusz Halik, 39–44. Warszawa: Instytut Spraw Publicznych, 2002.
- Bourdieu, Pierre i Loïc Wacquant. *An Invitation to Reflexive Sociology*. 1st edition. Chicago: University Of Chicago Press, 1992.
- Browne, Paul Leduc. "The Dialectics of Health and Social Care: Toward a Conceptual Framework." *Theory and Society* 39, no. 5 (September 1, 2010): 575–91. doi:10.1007/s11186-010-9120-6.
- Burszta, Wojciech J. *Różnorodność i Tożsamość: Antropologia Jako Kulturowa Refleksyjność*. Poznań: Wydaw. Poznańskie, 2004.
- Butler, Robert N. "Ageism: A Foreword." *Journal of Social Issues* 36, no. 2 (April 1, 1980): 8–11. doi:10.1111/j.1540-4560.1980.tb02018.x.
- CBOS Komunikat z badań. *Polskie Konflikty A.d. 2013*. Warszawa: CBOS, październik 2013.
- Coe, Cati, Rachel R. Reynolds, Deborah A. Boehm, Julia Meredith Hess i Heather Rae-Espinoza. *Everyday Ruptures: Children, Youth, and Migration in Global Perspective*. Vanderbilt University Press, 2011.
- Colombo, Francesca, Ana Llana-Nozal, Jérôme Mercier i Frits Tjadens. *Help Wanted?*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2011. <http://www.oecd-ilibrary.org/content/book/9789264097759-en>.
- Constable, N. "Filipina Workers in Hong Kong Homes: Household Rules and Relations." In *Global Woman. Nannies, Maids and Sex Workers in the New Economy*, [red.] Arlie Hochschild i Barbara Ehrenreich, 115–41. New York: Owl Book, 2003.
- Czekanowski, Piotr i Barbara Bień. "Older People in Their Needs for Care." In *Family Caregiving for the Elderly in Poland*, [red.] Barbara Bień. Białystok: Trans Humana, 2006.
- Daly, Mary. "Care as a Good for Social Policy." *Journal of Social Policy* 31, no. 02 (April 2002): 251–70. doi:10.1017/S0047279401006572.
- Daly, M. i J. Lewis. "The Concept of Social Care and the Analysis of Contemporary Welfare States." *The British Journal of Sociology* 51, no. 2 (June 2000): 281–98.
- Długookresowa *Strategia Rozwoju Kraju Polska 2030. Trzecia Fala Nowoczesności*, 2013. <http://polska2030.pl/dokumenty-polska-2030/>.

- Domański, Henryk. *Struktura społeczna*. Warszawa: Wydaw. Naukowe Scholar, 2004.
- Dreby, Joanna. *Divided by Borders: Mexican Migrants and Their Children*. University of California Press, 2010.
- . "Honor and Virtue Mexican Parenting in the Transnational Context." *Gender & Society* 20, no. 1 (February 1, 2006): 32–59. doi:10.1177/0891243205282660.
- Fisher, Berenice i Joan Tronto. "Toward a Feminist Theory of Caring." In *Circles of Care: Work and Identity in Women's Lives*, [red.] Emily Abel i Margaret Nelson, 35–62. New York: Albany State University of New York Press, 1990.
- Flandrin, J.-L. *Historia Rodziny*. Warszawa: Wolumen, 1998.
- Ford, Reuben. *Childcare in the Balance*. London: Policy Studies Institute, 1996.
- Gabb, Jacqui. *Researching Intimacy in Families / Jacqui Gabb*. Palgrave Macmillan Studies in Family and Intimate Life, Palgrave Studies in Family Sociology. Basingstoke: Palgrave Macmillan, Basingstoke : Palgrave Macmillan, c2008.
- Goldring, Luin. "Family and Collective Remittances to Mexico: A Multi-Dimensional Typology." *Development and Change* 35, no. 4 (September 1, 2004): 799–840. doi:10.1111/j.0012-155X.2004.00380.x.
- Guarnizo, Luis Eduardo. "The Economics of Transnational Living1." *International Migration Review* 37, no. 3 (September 1, 2003): 666–99. doi:10.1111/j.1747-7379.2003.tb00154.x.
- Halik, Janusz, ed. *Starzy Ludzie W Polsce: Społeczne I Zdrowotne Skutki Starzenia Się Społeczeństwa*. Warszawa: Instytut Spraw Publicznych, 2002.
- Hochschild, Arlie. "The Nanny Chain." *The American Prospect* 11, no. 4 (2000): 32–36.
- Irena Kotowska, Urszula Sztanderska i Irena Wóycicka. "Diagnoza Kulturowych I Strukturalnych Uwarunkowań Łączenia Pracy Zawodowej I Aktywności Rodzinnej Przez Kobiety W Polsce." In *Strukturalne I Kulturowe Uwarunkowania Aktywności Zawodowej Kobiet W Polsce*, [red.] Irena Kotowska, 233–80. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, 2009.
- Kasearu, Kairi i Dagmar Kutsar. "Intergenerational Policy and the Study of Intergenerational Relationships:a Tentative Proposal." In *Intergenerational Relations: European Perspectives in Family and Society*, [red.] Isabelle Albert and Dieter Ferring, 25–38. Bristol: Policy Press, 2013.
- Kilkey, Majella i Laura Merla. "Situating Transnational Families' Care-Giving Arrangements: The Role of Institutional Contexts." *Global Networks*, 2013, no – no. doi:10.1111/glob.12034.
- Kindler, Marta i Anna Kordasiewicz. "Maid-of-All-Work or Professional Nanny? The Changing Character of Domestic Work in Polish Households, XVIII-XXI C." In *Towards a Global History of Domestic and Caregiving Workers*, by Elise van Nederveen Meerkerk, Silke Neusinger i Dirk Hoerder, Brill., forthcoming.
- King, Andrew i Ann Cronin. "Queering Care in Later Life: The Lived Experiences and Intimacies of Older Lesbian, Gay and Bisexual Adult." In *Mapping Intimacies*, by Tam Sanger and Yvette Taylor. Palgrave Macmillan, 2013.
- Kordasiewicz, Anna. "Służąca, Pracownik, Domownik. Polki Jako Pomoce Domowe W Neapolu W Kontekście Retradycjonalizacji Instytucji." *Kultura I Społeczeństwo* 52, no. 2 (2008): 80–109.
- Kordasiewicz, Anna. "(U)sługi Domowe. Przemiany Asymetrycznej Relacji Społecznej." Praca doktorska, University of Warsaw, 2011.
- . *Visual Representations of Care Work on the Websites of Polish Recruitment Agencies Targeting the German Elderly Care Market. Report from the Polish-German Research Group within the Image-E Project*. Image-E Project. Tokyo, 2012. https://www.academia.edu/7237861/2012_Kordasiewicz_visual_representations_of_care_work_report.
- Kowalik, Wojciech. "Starzy I Młodzi W Internecie - Społeczne Konstruowanie Generacji W Świecie Wirtualnym." In *Ku Socjologii Starości: Starzenie Się W Biegu Życia Jednostki*, [red.] Janusz Mucha i Łukasz Krzyżowski, 227–56. Seria Wydawnicza Polskiego Towarzystwa Socjologicznego. Kraków: Wydawnictwa AGH, 2011.
- Kozdrowicz, Ewa i Bartłomiej Walczak. *Migracja-Rodzina- Dziecko*. Łódź: Pedagogika Społeczna nr 3, 2008.
- Krajewski, M. "Dzisiaj Jak Wczoraj, Jutro Jak Dziś. Codziennosc, Przedmioty I Reżimy Podtrzymujące." In *Barwy Codziennosci. Analiza Socjologiczna*, [red.] M. Bogunia-Borowska, 178–200. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar, 2009.
- Krzyszowski, Jerzy. "Usługi Opiekuńcze W Miejsu Zamieszkania W Polsce I Europie." Łódź, 2014.
- Krzyżowski, Łukasz. "Kultura Opieki Rodzinnej W Polsce. Analiza Oczekiwań Społecznych I Praktyk Kulturowych W Obrębie Trzech Generacji: Dziadków, Dorstych Dzieci I Wnuków." In *Ku Socjologii Starości: Starzenie Się W Biegu Życia Jednostki*, [red.] Janusz Mucha i Łukasz Krzyżowski, 227–300. Seria Wydawnicza Polskiego Towarzystwa Socjologicznego. Kraków: Wydawnictwa AGH, 2011.

- . “Wystąpienie Podczas Spotkania ‘Polityka Wobec Starzejącego Się Społeczeństwa.’” presented at the “Polityka wobec starzejącego się społeczeństwa,” Warszawa, Oddział Warszawski Polskiego Towarzystwa Socjologicznego, 2014.
- . “zobowiązania rodzinne i dynamika wykluczenia w transnarodowej przestrzeni społecznej. Polacy w Islandii i ich starzy rodzice w Polsce.” *Studia Migracyjne - Przegląd Polonijny* 38, no. 1(143) (2012): 125–42.
- Krzyżowski, Łukasz i Janusz Mucha. “Opieka Społeczna W Migranckich Sieciach Rodzinnych Polscy Migranci W Islandii I Ich Starzy Rodzice W Polsce.” *Kultura I Społeczeństwo* 56, no. 1 (2012): 191–217. doi:10.2478/v10276-012-0010-8.
- Ku Socjologii Starości: Starzenie Się W Biegu Życia Jednostki. Seria Wydawnicza Polskiego Towarzystwa Socjologicznego. Kraków: Wydawnictwa AGH, 2011.
- Lan, P.-C. *Global Cindarellas. Migrant Domestic and Newly Rich Employers in Taiwan*. Londyn: Duke University Press, 2006.
- Lasch, Christopher. *The Culture of Narcissism: American Life in an Age of Diminishing Expectations*. Revised edition. New York: W. W. Norton & Company, 1991.
- Levitt, Peggy. *The Transnational Villagers*. Berkeley: University of California Press, 2001.
- Levitt, Peggy i Deepak Lamba-Nieves. “Social Remittances Revisited.” *Journal of Ethnic and Migration Studies* 37, no. 1 (2011): 1–22. doi:10.1080/1369183X.2011.521361.
- Mariti, C. *Donna Migrante il Tempo Della Solitudine E Dell’attesa*. Milano: Francoangeli, 2003.
- McDowell, L. “Reconfigurations of Gender and Class Relations: Class Differences, Class Condescension and the Changing Place of Class Relations.” *Antipode* 38, no. 4 (2006): 825–50.
- Mead, Margaret. *Kultura I Tożsamość: Studium Dystansu Międzypokoleniowego*. Wyd. 2. Biblioteka Socjologiczna. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2000.
- Merla, Laura. “Présentation. Les Dynamiques de Soin Transnationales : Entre Émotions et Considérations Économiques.” *Recherches Sociologiques et Anthropologiques* 41 (2010): 1–10.
- Merla, Laura i Loretta Baldassar. “Présentation. Les Dynamiques de Soin Transnationales : Entre Émotions et Considérations Économiques.” *Recherches Sociologiques et Anthropologiques* 41, no. 1 (2010): 1–10.
- Międzynarodowy Instytut Biologii Molekularnej i Komórkowej (Warszawa). *Aspekty Medyczne, Psychologiczne, Socjologiczne I Ekonomiczne Starzenia Się Ludzi W Polsce*. [red.] Małgorzata Mossakowska, Andrzej Wićcek i Piotr Błędowski. Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne, 2012.
- Miranda, A. “Domestiche Straniere E Datrici Di Lavoro Autoctone. Un Incontro Culturale Assimetrico.” *Studi Emigrazione/ Migration Studies* 39, no. 148 (2002).
- Miszcza, Ewa. “Stereotypowy Obraz Człowieka Starego W Polsce.” In *Starość I Starzenie Się Jako Doświadczenie Jednostek I Zbiorowości Ludzkich*, [red.] Kowaleski i Piotr Szukalski, 305–11. Łódź: Zakład Demografii UŁ, 2006.
- Momsen, J.H. *Gender, Migration and Domestic Service*. Routledge International Studies of Women and Place. London New York: Routledge, 1999.
- Mucha, Janusz i Łukasz Krzyżowski, eds. “Starzenie Się W Warunkach Dynamicznej Zmiany. Perspektywa ‘Biegu Życia’. Wprowadzenie.” In *Ku Socjologii Starości: Starzenie Się W Biegu Życia Jednostki*, 5–25. Seria Wydawnicza Polskiego Towarzystwa Socjologicznego. Kraków: Wydawnictwa AGH, 2011.
- OECD. “The Impact of Caring on Family Carers.” In *OECD Health Policy Studies*, 85–120. Organisation for Economic Co-operation and Development, 2011. <http://www.oecd-ilibrary.org/content/chapter/9789264097759-8-en>.
- Organisation for Economic Co-operation and Development, and OECD iLibrary. *Doing Better for Families*. Paris: OECD, 2011.
- Pączkowska, Maria. “Sytuacja Materialna Ludzi Starszych.” In *Starzy Ludzie W Polsce*, [red.] Janusz Halik. Warszawa: Instytut Spraw Publicznych, 2002.
- Pakulski, Jan. *The Death of Class*. London ; Thousand Oaks, Calif: SAGE, 1996.
- Parreñas, Rhacel Salazar. *Children of Global Migration: Transnational Families and Gendered Woes*. Stanford University Press, 2005.
- Parreñas, R.S. *Servants of Globalization: Women, Migration and Domestic Work*. Stanford: Stanford University Press, 2001.
- Patzer, Helena. “Troska Na Odległość. Filipińska Transnarodowa Organizacja Rozwojowa „Gawad Kalinga” W Bostonie.” In *Mozaiki Przestrzeni Transnarodowych*, [red.] Sylwia Urbańska i Łukasz Krzyżowski, 137–43. Warszawa: Zakład Wydawniczy “Nomos,” 2010.
- Piotrowski, Jerzy. *Miejsce człowieka starego w rodzinie i społeczeństwie*. Państwowe Wydawn. Naukowe, 1973.

- Plaza, Dwaine. "Transnational Grannies: The Changing Family Responsibilities of Elderly African Caribbean-Born Women Resident in Britain." *Social Indicators Research* 51, no. 1 (July 1, 2000): 75–105. doi:10.1023/A:1007022110306.
- Pustulka, Paula. "LIVING THROUGH ONE's Children? Child-Centred Narratives of Polish Migrant Mothers." Kraków, June 6, 2013.
- Raław, Mariola. *Publiczna Troska, Prywatna Opieka. Społeczności Lokalne Wobec Osób Starszych*. Warszawa: Instytut Spraw Publicznych, 2011.
- Rivas, Lynn. "Invisible Labors: Caring for the Independent Person." In *Global Woman. Nannies, Maids and Sex Workers in the New Economy*, by Arlie Hochschild i Barbara Ehrenreich. New York: Owl Book, 2004.
- Romero, M. *Maid in the U.S.A.* New York: Routledge, 1992. książka.
- Rudowski, Robert. "Internet a Populacja Osób Starszych." In *Polska W Obliczu Starzenia Się Społeczeństwa*, 140–48. Warszawa: Polska Akademia Nauk Kancelaria PAN Komitet Prognoz "Polska 2000 Plus," 2008.
- Rządowa Rada Ludnościowa. *Założenia Polityki Ludnościowej Polski 2013 - Projekt*. Warszawa: Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, 2013.
- Sanger, Tam i Yvette Taylor. *Mapping Intimacies: Relations, Exchanges, Affects*. Palgrave Macmillan, 2013.
- Sawicka, Franciszka W., Bożena Maryńska i Ewa Stańczuk, eds. *Encyklopedia seniora*. Warszawa: Wiedza Powszechna, 1986.
- Shanas, Ethel. *Old People in Three Industrial Societies*. Atherton Press, 1968.
- "Sign In." Accessed November 15, 2014. <http://asj.sagepub.com/content/30/3-4/255.full.pdf>.
- Siim, Birte. "The Scandinavian Welfare States Towards Sexual Equality or a New Kind of Male Domination?" *Acta Sociologica - ACTA SOCIOL* 30 (1987): 255–70. doi:10.1177/000169938703000303.
- Simpson, M. i G. Cheney. "Marketization, Participation and Communication within New Zealand Retirement Villages: A Critical—rhetorical and Discursive Analysis." *Discourse & Communication* 1, no. 1 (2007): 191–222.
- Strauss, A., S. Fagerhaugh, B. Suczek i C. Wiener. "Sentimental Work in the Technologized Hospital." *Sociology of Health & Illness* 4, no. 3 (November 1982): 254–78.
- Stypińska, Justyna. "Ageizm i Dyskryminacja Ze Względów Na Wiek Jako Doświadczenie Dojrzałych Polaków Na Rynku Pracy." In *Ku Socjologii Starości: Starzenie Się W Biegu Życia Jednostki*, [red.] Janusz Mucha i Łukasz Krzyżowski, 175–200. Seria Wydawnicza Polskiego Towarzystwa Socjologicznego. Kraków: Wydawnictwa AGH, 2011.
- świętek, Paulina. "Starość Nie Radość? O Stereotypowym Wizerunku Jesieni Życia Kreowanym W Prasie Dla Seniorów." In *Ku Socjologii Starości: Starzenie Się W Biegu Życia Jednostki*, [red.] Janusz Mucha i Łukasz Krzyżowski, 301–18. Seria Wydawnicza Polskiego Towarzystwa Socjologicznego. Kraków: Wydawnictwa AGH, 2011.
- Synak, Brunon. *Migracja i Adaptacja Ludzi Starszych Do Środowiska Miejskiego*. Gdańsk: Uniwersytet Gdański, 1982.
- . *Polska starość*. Wydawn. Uniwersytetu Gdańskiego, 2002.
- Szatur-Jaworksa, Barbara. *Ludzie Starzy i Starość W Polskiej Polityce Społecznej*. Warszawa: Instytut Polityki Społecznej Uniwersytetu Warszawskiego, 2000.
- . "Sytuacja Rodzinna i Więzy Rodzinne Ludzi Starych i Osób Na Przedpolu Starości." In *PolSenior: Aspekty Medyczne, Psychologiczne, Socjologiczne i Ekonomiczne Starzenia Się Ludzi W Polsce*, [red.] Małgorzata Mossakowska, Andrzej Więcek i Piotr Błędowski. Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne, 2012.
- . "Sytuacja Rodzinna i Więzy Rodzinne Ludzi Starych i Osób Na Przedpolu Starości." In *PolSenior: Aspekty Medyczne, Psychologiczne, Socjologiczne i Ekonomiczne Starzenia Się Ludzi W Polsce*, [red.] Małgorzata Mossakowska, Andrzej Więcek i Piotr Błędowski, 419–48. Poznań: Termedia Wydawnictwo Medyczne, 2012.
- Szukalski, Piotr. "Relacje Międzypokoleniowe W Przyszłości." *Demografia i Gerontologia Społeczna – Biuletyn Informacyjny* 3 (2012). <http://dspace.uni.lodz.pl:8080/xmlui/bitstream/handle/11089/3563/2012-3%20Kontrakt%20mi%C4%99dzypokoleniowy.pdf?sequence=1>.
- . *Solidarność Pokoleń: Dylematy Relacji Międzypokoleniowych*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, 2012.
- . , ed. *To Idzie Starość: Postawy Osób W Wiek Przedemerytalnym: Raport Z Badań*. Warszawa: Fundacja Instytut Spraw Publicznych : Zakład Ubezpieczeń Społecznych, 2008.
- Szweda-Lewandowska, Zofia. "Ageizm – Dyskryminacja Ze Względów Na Wiek." *Instytut Obywatelski*, 2013. <http://www.instytutobywatelski.pl/17845/lupa-instytutu/ageizm-dyskryminacja-ze-wzgledu-na-wiek>.
- Thomas, Carol. "De-Constructing Concepts of Care." *Sociology* 27, no. 4 (November 1, 1993): 649–69.

- doi:10.1177/0038038593027004006.
- Townsend, Peter. "The Family Life of Old People: An Investigation in East London." *The Sociological Review* 3, no. 2 (Grudzie 1955): 175–95. doi:10.1111/j.1467-954X.1955.tb01052.x.
- Tronto, Joan C. *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. Psychology Press, 1993.
- Urbańska, Sylwia. *Przemiany Macierzyństwa W Procesie Globalnych Migracji Kobiet*. Wrocław: FNP, w druku.
- Van Gaalen, Ruben I. i Pearl A. Dykstra. "Solidarity and Conflict Between Adult Children and Parents: A Latent Class Analysis." *Journal of Marriage and Family* 68, no. 4 (November 1, 2006): 947–60. doi:10.1111/j.1741-3737.2006.00306.x.
- White, Anne. *Polish Families and Migration Since EU Accession*. Bristol: The Policy Press, 2011.
- Wieczorkowska, Magdalena. "Czy Starość Jest Chorobą? - Medykalizacja Starości W Polsce." *Przegląd Socjologiczny* LXII, no. 2 (2013): 109–33.
- Williams, Fiona. "Converging Variations in Migrant Care Work in Europe." *Journal of European Social Policy* 22, no. 4 (October 1, 2012): 363–76. doi:10.1177/0958928712449771.
- Wóycicka i. "Model Opieki W Polsce." In *Strukturalne I Kulturowe Uwarunkowania Aktywności Zawodowej Kobiet W Polsce*, [red.] I. Kotowska, 99–117. Warszawa: WN Scholar, 2009.
- Wóycicka irena i Rurarz, Radosław. "Zapotrzebowanie Na Opiekę." In *Aktywność Zawodowa I Edukacyjna a Obowiązki Rodzinne W Polsce W Świecie Badań Empirycznych*, [red.] Irena Kotowska, Urszula Sztanderska i Irena Wóycicka, 269–81. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar, 2007.
- Yeates, Nicola. "Global Care Chains: A State-of-the-Art Review and Future Directions in Care Transnationalization Research." *Global Networks* 12, no. 2 (April 1, 2012): 135–54. doi:10.1111/j.1471-0374.2012.00344.x.
- Zieliński Cezary. "Roboty w służbie ludzi starszych." In *Polska w obliczu starzenia się społeczeństwa: diagnoza i program działania*. Warszawa: Polska Akademia Nauk Kancelaria PAN Komitet Prognoz "Polska 2000 Plus," 2008.