

# MPRA

Munich Personal RePEc Archive

## **The Impact of Demographic Changes on the Labor Market**

Klimczuk-Kochańska, Magdalena

2010

Online at <https://mpra.ub.uni-muenchen.de/85009/>  
MPRA Paper No. 85009, posted 07 Mar 2018 18:10 UTC

## **WPŁYW ZMIAN DEMOGRAFICZNYCH NA RYNEK PRACY**

### **1. WPROWADZENIE**

Proces demograficznego starzenia się ludności dotyczy większości krajów rozwiniętych. Obecnie poziom starości demograficznej jest bardziej zaawansowany w wielu krajach europejskich niż w Polsce, jednak zjawisko to przybiera na sile również w Polsce, włączając w to województwo podlaskie.

Jak wynika z długookresowych prognoz demograficznych, problem starzejącego się społeczeństwa nie wygasa, a przybiera na sile. Wydłużająca się średnia długość życia powoduje, że następuje wzrost zapotrzebowania na szereg usług charakterystycznych dla wieku podeszłego, w tym usług rehabilitacyjnych. Zwiększająca się skala emigracji zarobkowych, zanik tradycyjnej wielopokoleniowej rodziny wiejskiej – to dodatkowe czynniki wymuszające wzrost zainteresowania kwestią opieki nad przedstawicielami starszego pokolenia. Potrzeby na ten rodzaj usług w różny sposób zaspokajane są w skali poszczególnych krajów. Różnice między modelami świadczenia usług geriatrycznych dotyczą samych rozważań systemowych, sposobów finansowania, zakresu świadczonych usług. Brak jest jednego optymalnego rozwiązania.

Procesy demograficzne stwarzają poważne wyzwania nie tylko społeczne, ale również znaczącą przesłankę rozwoju zarówno już istniejących, jak i nowych sektorów gospodarczego wzrostu. Niezbędne jest przy tym uwzględnienie różnego rodzaju uwarunkowań, które mogą potencjalnie wpływać na ten rozwój, w tym czynników: ekonomicznych, społecznych, administracyjnoprawnych, międzynarodowych, czy środowiskowych.

Celem artykułu jest próba ukazania znaczenia uwarunkowań społecznych, które w znaczący sposób mogą przyczyniać się do zmian rynku produktów i usług dla osób starszych, a co za tym idzie – zmian na rynku pracy w kontekście zachodzących procesów starzenia się społeczeństwa. Przedstawiono tendencje demograficzne na świecie, jak również dokonano analizy oddziaływania takich czynników,

---

\* Dr Magdalena Klimczuk – Wyższa Szkoła Administracji Publicznej im. Stanisława Staszica w Białymstoku.

jak: styl życia oraz wzorce konsumpcji, jakość życia osób starszych, a także wartości i podstawy wobec ludzi starszych.

Przedstawiona analiza została oparta na wynikach badań literaturowych, przeprowadzonych w ramach projektu pt. „Startery Podlaskiej Gospodarki”, którego jedna z części dotyczyła analizy sektora rehabilitacji geriatrycznej<sup>1</sup>.

## 2. ZMIANY DEMOGRAFICZNE NA ŚWIECIE I W POLSCE – WYDŁUŻENIE SIĘ TRWANIA ŻYCIA JAKO CZYNNIK IMPLIKUJĄCY ZMIANY NA RYNKU PRACY

Starzenie się społeczeństwa to zjawisko występujące w całej Europie. Powszechnymi przyczynami starzenia się ludności jest nie tylko spadek dzietności, ale również wydłużony okres dalszego trwania życia. Odsetek osób w wieku 65 lat i więcej w krajach Unii Europejskiej (UE) wynosił średnio 16,5% w 2005 r. Na podstawie danych zawartych w tabeli 1. można stwierdzić, że społeczeństwo polskie, podobnie jak zbiorowości większości krajów europejskich, wkroczyło w fazę starości demograficznej<sup>2</sup>. Struktura wiekowa ludności w UE wskazuje, że najwięcej osób w wieku 65 i więcej lat znajdowało się w 2005 r. we Włoszech (19,2%), Niemczech (18,6%) oraz Grecji (17,9%).

TABELA 1. POPULACJA UNII EUROPEJSKIEJ WG STRUKTURY WIEKU W 2005 R. (W %)

Kraj	50–64 lata	65–79 lat	80 lat i więcej
UE-25*	17,9	12,5	4,0
UE-15*	17,9	12,8	4,2
Strefa Euro*	17,9	13,1	4,2
Belgia*	17,5	13,0	4,1
Czechy	20,8	11,0	3,0

<sup>1</sup> Badanie pt. „Startery Podlaskiej Gospodarki – analiza gospodarczych obszarów wzrostu i innowacji województwa podlaskiego” dotyczyło sektorów w gospodarczych obszarach wzrostu i innowacji województwa podlaskiego i było ściśle powiązane z realizacją projektu Podlaskiego Obserwatorium Rynku Pracy i Prognoz Gospodarczych. Projekt był realizowany przez konsorcjum Fundacji BFKK i Wydział Ekonomii i Zarządzania Uniwersytetu w Białymstoku, w okresie lipiec – listopad 2009 r. Badania przeprowadzono w odniesieniu do dwóch sektorów mających szanse rozwoju w województwie podlaskim, jakim jest rehabilitacja geriatryczna i producenci artykułów i sprzętu medycznego. Więcej informacji znajduje się w raporcie o takim samym tytule jak projekt badawczy, dostępnym na stronie Podlaskiego Obserwatorium Rynku Pracy i Prognoz Gospodarczych Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Białymstoku.

<sup>2</sup> Za E. Rossetem przyjmuje się, że społeczeństwo wkracza w fazę starości demograficznej, gdy odsetek ludzi w wieku powyżej 60. roku życia przekracza 12% członków populacji (1959).

Dania	19,7	10,9	4,1
Niemcy	18,5	14,3	4,3
Estonia*	17,7	13,2	3,0
Grecja*	17,4	14,6	3,3
Hiszpania	16,4	12,5	4,3
Francja	17,6	11,9	4,5
Irlandia	15,4	8,5	2,7
Włochy*	18,5	14,4	4,8
Cypr	16,3	9,3	2,6
Łotwa	17,6	13,5	3,0
Litwa	16,3	12,3	2,8
Luksemburg	16,8	11,1	3,2
Węgry	19,7	12,3	3,3
Malta	19,6	10,4	2,9
Holandia	18,7	10,5	3,5
Austria	17,8	11,8	4,2
Polska	17,6	10,6	2,5
Portugalia	17,5	13,2	3,8
Słowenia	18,8	12,3	3,0
Słowacja	17,3	9,3	2,4
Finlandia	20,7	12,0	3,9
Szwecja	19,6	11,9	5,4
Wielka Brytania*	17,6	11,6	4,3
Bułgaria	19,9	14,0	3,1
Rumunia	17,0	12,3	2,4

\* Dane z 2004 r.

Źródło: Na podstawie (*Europe in figures...* 2007).

Oceny stanu demograficznego danego kraju można dokonać na podstawie wskaźnika przeciętnego dalszego trwania życia. Służy on ocenie, ile lat ma szansę przeżyć osoba urodzona w danym roku, przy uwzględnieniu różnych problemów zdrowotnych, które napotka w swoim życiu. Tendencją jest, że przewidywane trwanie życia ludzkiego wydłuża się zarówno dla noworodków, jak i osób w innym wieku. Na początku XX w. wynosiło ono średnio około 40 lat, obecnie wynosi 69 lat, a w Japonii nawet 80 lat. W Polsce wskaźnik ten jest taki sam jak średnia życia w Europie; w 2004 r. wyniósł on 74,6 lat (tabela 2.).

Wśród krajów członkowskich Unii Europejskiej według stanu na 2004 r. najdłużej żyją mieszkańcy Szwecji, Hiszpanii i Francji. Po uwzględnieniu różnicy płci można stwierdzić, że mężczyźni najdłużej żyją w Szwecji, kobiety natomiast w Hiszpanii i we Francji. Najkrótsza oczekiwana długość życia jest tymczasem w kra-

jach nadbałtyckich: w Estonii i na Łotwie. W krajach tych najkrócej żyją mężczyźni. Kobiety zaś najkrócej żyją w Rumunii i Bułgarii.

TABELA 2. OCZEKIWANA DŁUGOŚĆ ŻYCIA W KRAJACH CZŁONKOWSKICH UNII EUROPEJSKIEJ W 2004 R.

Kraj	Mężczyźni	Kobiety	Średnia
Estonia*	65,3	77,1	71,20
Łotwa	65,5	77,2	71,35
Rumunia	67,7	75,1	71,40
Litwa	66,4	77,8	72,10
Bułgaria	68,9	76,0	72,45
Węgry	68,6	76,9	72,75
Słowacja	70,3	77,8	74,05
Polska	70,0	79,2	74,60
Czechy	72,6	79,0	75,80
Słowenia	73,5	80,7	77,10
Dania	75,2	79,9	77,55
Belgia*	75,1	81,1	78,10
Portugalia	74,9	81,4	78,15
Wielka Brytania*	75,9	80,5	78,20
Malta*	75,9	81,4	78,55
UE-25	75,6	81,7	78,65
Holandia	76,4	81,1	78,75
Finlandia	75,3	82,3	78,80
Irlandia	76,4	81,2	78,80
Grecja	76,6	81,4	79,00
Luksemburg	76,0	82,2	79,10
Cypr	76,6	82,1	79,25
Austria	76,4	82,1	79,25
UE-15	76,6	82,2	79,40
Włochy*	76,8	82,9	79,85
Francja	76,7	83,8	80,25
Hiszpania	77,2	83,8	80,50
Szwecja	78,4	82,7	80,55

\* Dane z 2002 r.

Źródło: Na podstawie (*Europe in figures...* 2007).

W Polsce szacunkowa długość życia jest niższa niż średnia dla Unii Europejskiej (78,65 lat) i wynosi 74,6. Polska zajmuje więc ósemce miejsce pod względem najniższego średniego wskaźnika oczekiwanej długości życia w UE.

W kontekście zachodzących zmian demograficznych należy jednocześnie zwrócić uwagę, że od 1989 r. nie ma w Polsce reprodukcji pokoleń. Starzenie się polskiej ludności nabrało cech procesu nieodwracalnego. Będzie to miało prawdopodobnie wpływ na sytuację ekonomiczną całego społeczeństwa, chociażby poprzez zwiększenie obciążenia budżetu wydatkami na renty i emerytury. Ewentualne załamanie systemu emerytalnego może prowadzić do gwałtownego pogorszenia się warunków życia. Wraz ze wzrostem liczebności ludzi starszych zaczyna bowiem brakować siły roboczej w wieku produkcyjnym, zdolnej utrzymać emerytów. Ponadto z roku na rok rosną wydatki na ochronę zdrowia czy opiekę nad osobami starszymi. Jednocześnie też starzenie się społeczeństwa prowadzi do spadku oszczędności i spowolnienia produkcji.

Czy jednak tylko tak negatywne zjawiska wiążą się ze zmianami demograficznymi w postaci starzenia się społeczeństwa w Polsce? A może jednak zachodzące zmiany prowadzić będą do zmian związanych z rynkiem pracy, w postaci pojawienia się zapotrzebowania na nowe usługi i produkty, a także zmiany w postaci zatrudniania samych osób starszych – utrzymanie przez nie aktywności zawodowej? Kwestia pierwsza, a więc analiza tendencji na rynku produktów i usług oraz rynku pracy, zostanie przedstawiona w niniejszym artykule. W tym kontekście można nawet sformułować tezę, że starzenie się społeczeństwa przyczyni się do pozytywnych zmian na rynku produktów i usług dla osób starszych, a co za tym idzie – na rynku pracy.

### **3. ZMIANY NA RYNKU PRODUKTÓW I USŁUG DLA OSÓB STARSZYCH – TEMPO WZROSTU RYNKU PRODUKTÓW I USŁUG DLA OSÓB STARSZYCH**

Człowiek w podeszłym wieku jest znaczącym odbiorcą, który jak każdy inny generuje obroty w gospodarce. Jak wskazują analizy zmian na rynkach zagranicznych, występują wzrostowe trendy w zakresie opieki nad osobami starszymi, które skupiają się na tym, aby jak najdłużej utrzymać ich w pełnej sprawności ruchowej we własnym otoczeniu. Zmiany na rynku stworzą im wkrótce możliwość wszechstronnej pomocy, dopasowując usługi do potrzeb. Ogólnie należy stwierdzić, że pojawia się oferta w szeregu innych segmentów rynku, która jest nastawiona na klienta w wieku podeszłym.

Polski rynek towarów i usług dla osób starszych można określić mianem wschodzącego, gdyż tylko w niektórych obszarach możemy mówić o ofercie specjalistycznej dla seniorów. Według szacunków magazynu „BusinessWeek” jego roczne obroty przekraczają 2 mld zł (Małecki 2005). Są to przede wszystkim: geriatryczne preparaty farmaceutyczne, kupowane bez recepty, sprzęt rehabilitacyjny

i artykuły medyczne typu pieluchomajtki. W skład tego rynku wchodzi również uzdrowiska i turystyka oraz ogólnie medycyna dla osób starszych. Poza tym, są to pensjonaty opiekuńcze, usługi pielęgnacyjne i bytowe. Dotychczasowa skala ofert dla osób starszych jest umiarkowana, a niektórych (takich, jak np.: ubezpieczenia, usługi turystyczne czy produkty zaprojektowane dla osób starszych) – zdecydowanie za mała w stosunku do występujących potrzeb.

Przyjmując, że w kategorii społecznej ludzi w podeszłym wieku około 1,5 mln ma ograniczoną mobilność, a ponad 120 tys. nie podnosi się z łóżka, można uznać, że jest to rynek stwarzający olbrzymie możliwości świadczenia nowych usług, w tym z zakresu opieki pielęgnarskiej i rehabilitacji. Ponadto należy zwrócić uwagę, że około 1,5 mln ludzi starszych mieszka w gospodarstwach 1-osobowych.

Innym kierunkiem rozwoju rynku są uzdrowiska. Jak dotychczas, sytuacja tego segmentu jest dobra, ze względu na system refundacji<sup>3</sup>. Emeryci mają prawo do takich wyjazdów raz na dwa lata. Co ważne, trzeba wskazać, że wartość usług jest wyższa niż refundacja, bo kuracjusz musi wnieść tzw. opłaty hotelowe. Ponadto część osób sama opłaca swój pobyt w sanatoriach (Małecki 2005).

Występująca luka w ofercie produktów i usług dla osób starszych, prawdopodobnie w najbliższych latach, zmniejszy się. Na taką tendencję wpływać będzie przede wszystkim znaczące prawdopodobieństwo zmian, jakie nastąpią w odniesieniu do osób starszych, a będzie to powodowane szeregiem czynników.

#### **4. UWARUNKOWANIA SPOŁECZNE WZROSTU RYNKU PRODUKTÓW I USŁUG DLA OSÓB STARSZYCH ORAZ RYNKU PRACY**

Zmiany związane ze starzeniem się osób oznaczają przede wszystkim widoczny spadek jego zdolności i możliwości ruchowych, wyrażający się przez (Jędrkiewicz):

- zanik pędu do ruchu – prowadzi do stanu, w którym intensywny wysiłek stanowi poważną trudność. W konsekwencji następuje ograniczenie aktywności do minimalnej ilości niezbędnych ruchów;
- obniżenie sprawności odbierania sygnałów wzrokowych, słuchowych i czucia – ogranicza docieranie bodźców z otaczającego środowiska oraz utrudnia adekwatną reakcję;
- zanik potrzeby ruchu, a w konsekwencji zmniejszenie tempa wykonywania czynności – ginie zdolność sprawnego reagowania w sytuacjach życia codziennego;

---

<sup>3</sup> W 2004 r. NFZ kupił w uzdrowiskach 290 tys. miejsc i wydał na ten cel prawie 334 mln zł.

- spadek możliwości w obrębie podstawowych cech motorycznych takich, jak: siła, szybkość, gibkość, zręczność i wytrzymałość – uwidacznia się wyraźnie na skutek postępujących zmian inwolucyjnych;
- trudniejszą adaptację do wysiłku oraz spowolnienie procesów odnowy po jego wykonaniu.

Cechy charakterystyczne dla wieku starczego przejawiają się zarówno w stylu życia, jakości życia osób starszych, jak i w wartościach oraz postawach wobec osób starszych. Czynniki te będą determinować na tyle znacząco zmiany na różnych rynkach, że w widocznym stopniu powinny sprzyjać dostosowaniu do zachodzących procesów demograficznych.

## 5. STYL ŻYCIA I WZORCE KONSUMPCJI OSÓB STARSZYCH

Styl życia, oznaczający specyficzny dla danego człowieka sposób bycia, zależy zarówno od norm społecznych, środowiska z którym człowiek się identyfikuje, jak i od osobistych przekonań oraz wartości.

Aby zachować dobrą kondycję psychofizyczną, niezbędna jest odpowiednia aktywność ruchowa, wpisana na stałe w styl życia człowieka, a szczególnie ważna w przypadku osób starszych. Im człowiek jest starszy, tym większy wpływ na jakość jego życia, czyli sprawność, samodzielność i niezależność, mają regularne ćwiczenia fizyczne. Zauważa się jednak, że uczestnictwo ludzi dorosłych, a tym bardziej po 60. roku życia, w rekreacji ruchowej jest sporadyczne i nieregularne. Najczęściej osoby starsze w Polsce swój czas wolny spędzają biernie, głównie na oglądaniu telewizji. Stosunkowo często spędzają go na czytaniu. Prowadzone badania w tym zakresie prowadzą do wniosku, że w przeciągu co najmniej dwudziestu ostatnich lat nie zmieniły się wzory aktywności ludzi starszych (Dobroń, Kołodziej, Staropolska 2003, s. 270).

Można więc uznać, że przeważa bierny styl życia osób starszych. Ludzie reprezentujący go praktycznie nie wychodzą ze swojego domu. Jeśli już go opuszczają, to tylko przy wyjątkowych okazjach, takich jak głosowanie wyborcze czy ważne uroczystości rodzinne. Niekiedy jednak nie jest to kwestia wyboru, ale konieczność spowodowana np. ciężką chorobą.

Obok biernego można wyróżnić styl aktywny, rodzinny i domocentryczny. Styl aktywny może przybierać rozmaite formy. Osoby starsze mogą być aktywne w różnych dziedzinach, a mianowicie: działać w stowarzyszeniach, wolontariacie, studiować na uniwersytetach trzeciego wieku, realizować swoje zainteresowania i hobby, uprawiać działalność oraz udzielać się w życiu społecznym, religijnym i politycz-



nym. Część ludzi starszych pracuje na emeryturze, a osoby zamieszkujące na wsi często pracują na gospodarstwie do późnej starości. Co ważne, niektóre formy aktywności nie wymagają znacznych nakładów finansowych, jak choćby spotkania z przyjaciółmi, inne zaś, jak np. wczasy zagraniczne, dla większości pozostają nieosiągalne.

Osoby reprezentujące styl domocentryczny rzadko opuszczają swoje mieszkanie, jednocześnie jednak są otwarte na ludzi, podejmują rodzinę i znajomych. Często hodują zwierzęta, oglądają telewizję, czytają książki i gazety. Te zajęcia mogą być atrakcyjne, ale w przypadku wdowieństwa nie wypełniają w pełni czasu wolnego i alternatywą staje się wyjście z domu – jedni podejmują to wyzwanie i ich styl życia może przybrać formę aktywną czy rodzinną, a inni nie – i stają się bardziej bierni.

Styl rodzinny cechuje rozszerzona rola babci lub dziadka, polegająca na opiece nad wnukami. Dla wielu osób zajęcie to daje radość, poczucie przynależności i satysfakcji. Posiadanie wnuków wiąże się z aktywnością ruchową i umysłową. Ponadto sprzyja zadowoleniu z kontynuacji linii biologicznej oraz możliwości przekazania doświadczeń i tradycji. Niemniej opieka nad wnukami może być uciążliwa, jeżeli wypiera inne formy aktywności czy też przekracza możliwości człowieka starszego (Tońska 2007).

Jak zauważono, bierny styl życia nie jest cechą tylko osób starych. Aktywność ruchowa jest prawie nieobecna w stylu życia dorosłych Polaków. Okazuje się jednak, że im bardziej sprawne osoby wchodzi w okres starości, tym większe mają szanse na aktywność również w tym okresie życia. W każdym wieku można wybierać bardziej prozdrowotne aktywności, uwzględniając przy tym korzyści płynące z rekreacji ruchowej, turystyki czy zwyczajnych spacerów. Poprzez aktywność ruchową uzyskujemy m.in. (Jędrkiewicz):

- poprawę lub zachowanie zadowalającego poziomu wydolności fizycznej;
- stabilizację optymalnego ciężaru ciała;
- zachowanie siły mięśniowej stabilizującej stawy, zwłaszcza kręgosłup;
- zwiększenie dopływu dodatnich bodźców psychicznych, związanych z ćwiczeniami;
- wzrost odporności;
- zapobieganie powstaniu i rozwojowi chorób cywilizacyjnych, w tym choroby niedokrwiennej serca i chorób metabolicznych.

Oznacza to, że duża ilość doświadczeń z zakresu kultury fizycznej znacznie zwiększa szanse na powrót do zdrowia w przypadku choroby, a także sprzyja utrzymaniu dobrej jakości życia osób starszych.

Nadzieję na zmianę stylu życia w polskim społeczeństwie daje jednak fakt, że jest ono mało innowacyjne i podatne na kopiowanie zachowań innych. Najbliższy nam wzór do naśladowania w kwestii konsumpcji stanowi gospodarka Stanów Zjednoczonych, co prowadzi do prostego wniosku, że również w Polsce będzie następował wzrost zainteresowania aktywnością ruchową, w tym także turystyką, wśród osób starszych.

Dla przykładu, rynek seniorów staje się obecnie jednym z najważniejszych rynków dla szeroko pojętego przemysłu turystycznego. W krajach wysoko rozwiniętych odsetek osób powyżej 60. roku życia, podejmujących podróże zagraniczne, wynosi: w Niemczech – 20%, w Wielkiej Brytanii – 16%, we Włoszech – 13%, w Hiszpanii – 15%, w Stanach Zjednoczonych – 27%, w Kanadzie – 28%, w Japonii – 27% (Śniadek 2007, s. 25).

Niestety, należy zwrócić uwagę, że sytuacja osób starszych w Polsce jest obecnie nieco inna niż w wielu innych krajach takich, jak: Stany Zjednoczone, Niemcy, czy Francja. Co szczególnie ważne z punktu widzenia tematyki niniejszego artykułu, okazuje się, że polski senior-turysta nie jest jeszcze przedmiotem większego zainteresowania ze strony branży turystycznej. Jednym z powodów tego stanu rzeczy jest uznanie go za osobę z niskimi dochodami<sup>4</sup>. Stąd niewielka ilość ofert dla osób starszych, może jedynie z wyjątkiem imprez o charakterze pielgrzymkowym oraz usług sanatoryjnych<sup>5</sup>. Niemniej porównanie uczestnictwa starszych Polaków, w długoterminowych wyjazdach wypoczynkowych na 4 i więcej noclegów, z aktywnością seniorów w innych krajach Europy pokazuje, że nie odbiega ono rażąco od zachodnioeuropejskiego poziomu, a nawet jest wyższe niż w innych krajach – nowych państwach członkowskich Unii Europejskiej (tabela 3.).

Najaktywniejsi pod względem wyjazdów długoterminowych (łącznie krajowych i zagranicznych) są seniorzy w wieku powyżej 65. roku życia, będący obywatelami Holandii; ponad 61% tej populacji podejmuje takie podróże. Warto też zwrócić uwagę, że w wielu krajach Europy Zachodniej, w tym szczególnie we Francji, w Szwajcarii, Niemczech i Hiszpanii, mocno rozwinięta jest turystyka socjalna, której jednym z celów jest wsparcie konsumpcji turystycznej osób starszych.

W odniesieniu do form organizacji wyjazdów przez osoby starsze w Polsce stwierdza się, że większość polskich seniorów organizuje wyjazdy samodzielnie

---

<sup>4</sup> Według danych GUS okazuje się, że przeciętny dochód rozporządzalny na głowę w gospodarstwie domowym jest w gospodarstwach emeryckich wyższy niż wśród rencistów, rolników oraz pracowników najemnych (GUS 2009).

<sup>5</sup> Co ciekawe, jednak zauważa się znaczący udział konsumpcji usług sanatoryjnych, co jest przede wszystkim dofinansowane w ramach NFZ czy też zalecone przez lekarza lub wykupione przez rodzinę. Wartość tego rynku szacuje się wstępnie na 200–300 mln zł rocznie.

(82% w przypadku podróży krajowych i 71% w przypadku podróży zagranicznych), a tylko niewielki odsetek korzysta z biur podróży (8% w przypadku podróży krajowych i 24% w przypadku podróży zagranicznych). Blisko połowa seniorów podróżuje, by odwiedzić rodzinę i znajomych oraz żywi się u nich i nocuje, zaś tylko kilka procent korzysta z usług hoteli.

TABELA 3. SENIORZY PODRÓŻUJĄCY W CELACH TURYSTYCZNYCH – PODRÓŻE OBEJMUJĄCE 4 I WIĘCEJ NOCLEGÓW W WYBRANYCH KRAJACH W 2004 R.

Kraj	Ogólna liczba osób podróżujących (w tys.)	W tym liczba turystów seniorów (w tys.)	Seniorzy jako odsetek ogółu turystów
Belgia	4 009	339	8,5
Czechy	4 668	372	7,9
Francja	29 829	5 874	20,0
Holandia	9 200	1 376	14,9
Litwa	620	33	5,3
Niemcy	44 828	6 067	13,5
Polska	10 075	1 023	10,1
Słowacja	4 088	214	5,2
Wielka Brytania	29 340	4 690	16,0

Źródło: (Śniadek 2007, s. 25).

Oprócz uznania osób starszych za ubogich, innym czynnikiem negatywnie oddziałującym, zarówno na szerokość oferty, jak i na częstość korzystania z niej, jest fakt, że osoby urodzone przed 1945 r. należą do pokolenia o innym systemie wartości niż osoby poniżej 60. roku życia (Inglehart 2005, s. 324–348). Znaczna część tych osób wychowywała się w warunkach wojennych i powojennych, którym towarzyszyły: głód, nieprzewidywalne niebezpieczeństwa, prześladowania, kartki i kolejki do sklepów. Wobec tego, dla większości z nich turystyka jest „zbytkiem i wyrzucaniem pieniędzy w błoto”. Wyższą wartość stanowi potrzeba zabezpieczenia się na wypadek biedy, choroby, braków w sklepach. Przypuszcza się, że takie podejście będzie już znacznie mniej powszechne wśród osób starszych z pokoleń powojennych.

Należy zwrócić uwagę, że osoby w wieku starszym, w krajach Ameryki Północnej, w Niemczech czy we Francji, są świadome pozytywnego wpływu na zdrowie turystyki i rekreacji. Fakt ten może stanowić przesłankę do uznania, że i takie trendy pojawią się w najbliższej przyszłości w Polsce. Konieczne są jednak przede wszystkim zmiany w ofercie biur podróży oraz utworzenie nowych ośrodków o charakterze leczniczym, w tym rehabilitacyjnych, które uwzględnić będą tę grupę wiekową. Obecnie widać znaczący niedobór zainteresowania ze strony

przedsiębiorców, dla których mogłaby być to atrakcyjna nisza rynkowa. Gdyby występował wzrost tego rodzaju usług, na uwagę zasługuje prawdopodobny wzrost popytu na „zawody” związane ze świadczeniem usług z zakresu turystyki czy organizacji czasu wolnego, które miałyby uwzględniać specyfikę klienta, jakim jest osoba starsza.

## 6. JAKOŚĆ ŻYCIA OSÓB STARSZYCH

Jakość życia jest wartością niezwykle subiektywną. Wpływ na nią mają nie tylko zmienne demograficzne, ale również: preferowany system wartości, cechy osobowości, pochodzenie społeczne, a także poziom i jakość aktywności życiowej (Łój 2007, s. 156).

Jednym z zadań opieki zdrowotnej jest utrzymanie ludzi starszych w dotychczasowym środowisku w stanie możliwie największej sprawności, samodzielności i niezależności. W Polsce, podobnie jak w innych krajach, osoby starsze są najpoważniejszymi odbiorcami usług zdrowotnych. W większości krajów zachodnich wydatki na publiczną ochronę zdrowia na osobę w wieku powyżej 65 lat są ponad 4-krotnie wyższe niż na osobę w wieku 0–64 lata. Niemniej wydłużanie się życia ludzkiego to zjawisko pozytywne. Ważna jest przy tym kwestia czy te dodatkowe lata życia upłyną w dobrym, czy w złym stanie zdrowia oraz w jakim stopniu zabezpieczone zostaną potrzeby zdrowotne osób starszych. Zdrowie posiada na tym etapie życia wartość szczególną, gdyż umożliwia aktywne i w miarę niezależne życie (*Wojewódzki program... 2008*, s. 129).

Nie ulega zatem wątpliwości, że jakość życia osób dotkniętych chorobą, w przypadku poważnej deprivacji potrzeb lub znacznego utrudnienia w ich zaspokajaniu, jest istotnie niska. Często bez względu na to, czy przebywają one w domu, czy w ośrodku, osoby te są skazane nie tylko na rezygnację z dotychczasowych form aktywności, realizacji swoich marzeń i hobby, życia zgodnego z własną koncepcją i upodobaniami, ale przede wszystkim na samotność. Konieczność przebywania chorego w domu, łóżku lub szpitalu z jednej strony, z drugiej zaś fakt, że jego rodzina, znajomi czy przyjaciele też mimo wszystko muszą dalej żyć zgodnie z własnym harmonogramem dnia sprawiają, że chory ma poczucie nieprzydatności. Taka sytuacja nie sprzyja pozytywnemu myśleniu, a niepokój o stan zdrowia często przeradza się w lęk o życie, brak woli życia, przejawianie negatywnych postaw wobec siebie i przyszłości, pogorszenie nastroju. Niezaspokojone potrzeby utrudniają pozyskanie zgody na rehabilitację, ale jeżeli chorego udaje się namówić nawet na dość bolesne zabiegi, to dają one pozytywne rezultaty. Wówczas nastrój badanego

oraz jego poczucie wartości się podwyższają, zmniejsza się poziom lęku i wzrasta motywacja w stosunku do przyszłości (Łój 2007, s. 156–157).

Jednym z wyznaczników jakości życia w wieku podeszłym jest liczba i jakość usług oferowanych w miejscu zamieszkania starszego człowieka i możliwości ich indywidualnego współfinansowania. W związku z tym ważnym obszarem wymagającym usprawnienia jest szkolenie profesjonalnych opiekunów seniora, rodziny, a także osób obcych; duże znaczenie ma również prowadzenie rehabilitacji. Zadanie to może realizować zarówno sektor państwowy, jak i organizacje pozarządowe oraz usługodawcy komercyjni (Rajewska 2005, s. 50).

Niestety, w Polsce brakuje modelu realizacji usług wobec osób starszych. Można odnaleźć jedynie propozycję pt. „Standardy świadczenia usług medycznych w specjalności geriatry” (Derejczyk i in. 2005, s. 67–83). Zwrócono w niej uwagę, że opiekę nad pacjentem w starszym wieku sprawuje interdyscyplinarny zespół złożony z personelu medycznego, niemedycznego oraz wolontariuszy. Opieka taka ma zapewniać z jednej strony holistyczne<sup>6</sup> spojrzenie na potrzeby pacjenta, a z drugiej indywidualizację w zakresie świadczonych usług zdrowotnych.

Zespołem geriatrycznym powinien kierować lekarz, specjalista z geriatry, a w razie braku dostępu do geriatry – specjalista w zakresie chorób wewnętrznych, posiadający doświadczenie w pracy z ludźmi w starszym wieku, z co najmniej kilkuletnim stażem pracy w zespole geriatrycznym, którym kierował lekarz specjalista geriatra. Pielęgniarka pracująca w zespole geriatrycznym, odpowiedzialna za opiekę i pielęgnację chorych, powinna mieć co najmniej 5-letni staż pracy oraz ukończone kursy z zakresu pielęgniarstwa geriatrycznego lub opieki długoterminowej. W skład zespołu powinni wchodzić również okresowo lekarze innych specjalności (neurolog, psychiatra, urolog, ortopeda, reumatolog, kardiolog, hematolog, chirurg i inni) z przygotowaniem do opieki nad osobami starszymi, psycholog i rehabilitant oraz wolontariusze niebędący pracownikami służby zdrowia. W każdym zespole przynajmniej jeden lekarz i jedna pielęgniarka powinni być wyszkolonymi i doświadczonymi specjalistami w zakresie geriatry.

Podjęcie oparte na pracy zespołowej prowadzi do prostego wniosku o konieczności kształcenia w wielu kierunkach z naciskiem na zagadnienie aspektów zdrowotnych ludzi starszych, to zaś może oznaczać znaczne zmiany na rynku pracy. Przykładem jest chociażby pojawienie się na rynku edukacyjnym nowego zawodu,

---

<sup>6</sup> Jako opiekę holistyczną rozumie się opiekę lekarską, pielęgniarzką, rehabilitacyjną oraz pomoc psychosocjalną. Obejmuje ona również edukację pacjenta, tak by osoby starsze czynnie uczestniczyły w procesie leczenia, a także edukację rodziny bądź opiekunów w zakresie zasad opieki nad osobą w wieku podeszłym oraz pomoc w przypadku pogarszającego się stanu zdrowia i związanej z tym niesprawności (Derejczyk i in. 2005).

jakim jest instruktor kinezygerontoprofilaktyki (Gaworska, Kozdroń 2007). Jest to osoba, która animuje, bawi, trenuje i wychowuje – uczy poprawności wykonywania określonych czynności ruchowych dnia codziennego: zmiany pozycji, przysiadów, noszenia zakupów. Poprzez nieustanną obserwację rozpoznaje niewłaściwe nawyki ruchowe ćwiczącej osoby, poprawia je i wyrabia nowe. Jako trener dawkuje określone ćwiczenia, wyrabia siłę i koordynację ruchową. W ten sposób wpływa na motorykę osoby starszej, by nabrała pewności siebie w wykonywaniu czynności dnia codziennego. Ponadto ma znaczący wpływ na zmianę postawy osoby ćwiczącej.

Wszystkie elementy z przedstawionego wyżej modelu oraz inne nieopisane zawody, związane z opieką nad osobami starszymi, łączy pojęcie geriatry. Geriatria nie jest obowiązkowym przedmiotem nauczania na polskich uczelniach medycznych, dlatego jedynie połowa uczelni medycznych ma możliwość wykładania fakultatywnie takiego przedmiotu w programie edukacji przeddyplomowej przyszłych lekarzy, specjalizowania geriatrów, szkolenia lekarzy rodzinnych oraz publikowania prac badawczych. Ponadto, niektóre uczelnie, realizujące przedmiot „geriatria”, wykładają go tylko teoretycznie, z powodu braku klinicznej bazy łóżkowej. Ma to swoje konsekwencje również dla jakości kształcenia gerontologicznego innych zawodów – pielęgniarek, fizjoterapeutów i pozostałych praktyków geriatrycznych. Studenci tych kierunków nie mają wystarczających możliwości nabywania podstawowej wiedzy i umiejętności z zakresu geriatry i gerontologii, absolwenci zaś nie mogą odbywać podyplomowych staży geriatrycznych w ramach specjalizacji z medycyny rodzinnej ani podejmować specjalizacji z geriatry. Jednocześnie rozwijanie geriatry w Polsce w zakresie bazy, kadry i sieci usług staje się koniecznością ze względu na nieodwracalne zmiany demograficzne (Derejczyk i in. 2008, s. 153–154). Ta dyscyplina medyczna odpowiada zarówno wyzwaniom demograficznym najbliższej przyszłości, jak i złożonym potrzebom osób starzejących się, starszych, a także ich opiekunów rodzinnych.

Jednak potencjalnie wysokie zapotrzebowanie na opiekę geriatryczną w Polsce nie może być zaspokojone z powodu deficytu bazy i kadry geriatrycznej na poziomie akademickim oraz usługowym (Derejczyk i in. 2008, s. 151–154). Brakuje danych o liczbie geriatrów w Polsce. Można spotkać się ze stwierdzeniem, że jest ich 4-krotnie mniej w stosunku do występującego zapotrzebowania. W Polsce nie ma jednak miejsc pracy dla lekarzy geriatrów. W niektórych dzielnicach dużych miast, gdzie niemal połowa mieszkańców zbliża się do 70. roku życia, nie ma poradni geriatrycznych. Zarządzający szpitalami nie widzą potrzeby, by tworzyć w swoich placówkach oddziały geriatryczne. Geriatra kojarzy się bowiem z osobą zajmującą się umierającymi, a nie z lekarzem specjalistą od poprawy jakości życia ludzi starszych.

Według informacji z Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie i Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi w Polsce do grudnia 2006 r. wy-

dano 174 specjalizacje z geriatry. Czynnymi zawodowo było około 120 geriatrów. Spośród tak małej liczby geriatrów zaledwie ok. 70 osób pracowało zgodnie ze specjalizacją, a w trakcie specjalizacji było ok. 36 osób, zaś liczba łóżek geriatrycznych wynosiła 525, a liczba poradni geriatrycznych – 94. Brakuje informacji o pozostałej grupie osób, które uzyskały specjalizację w zakresie geriatry, wydawaną w Polsce od ponad 20 lat.

Oprócz braków uregulowań co do zakresu prowadzonej opieki nad osobami starszymi, niedoboru wykwalifikowanych lekarzy oraz braku specjalizacji w zakresie gerontologii placówek zdrowia, występują inne trudności. Należy w tym miejscu zwrócić uwagę na obecne uregulowania dotyczące zawodu fizjoterapeuty, który jest niezwykle ważnym członkiem zespołu rehabilitacyjnego. Jest to zawód zaklasyfikowany do tzw. „pomocniczych zawodów medycznych”<sup>7</sup>. Zasady wykonywania tych zawodów nie są uregulowane w odrębnych przepisach. Brakuje uregulowanych zasad zdobywania kwalifikacji, prawa wykonywania zawodu, kształcenia podyplomowego, zasad wykonywania zawodu i staży podyplomowych. Nie istnieją podstawy prawne pozwalające na stosowanie do tych zawodów regulacji zawartych w ustawie o zawodzie lekarza, ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej czy innych. Ponieważ jednak lista pomocniczych zawodów medycznych obejmuje ponad kilkadziesiąt profesji medycznych, to dla czytelności i jasności przepisów konieczne jest uregulowanie pozycji i kompetencji wszystkich profesjonalistów medycznych, albowiem w obecnym stanie prawnym tylko w stosunku do nielicznej grupy osób realizujących różnego rodzaju działania i czynności w szeroko rozumianej ochronie zdrowia istnieją kompleksowe regulacje prawne (Ustawa 1991).

I chociaż osoby w zawodzie są jedną z najczęściej reprezentowanych grup zawodowych w ochronie zdrowia, nadal brak, jak to jest w krajach UE, odrębnych regulacji, które określają szczegółowo kwalifikacje oraz warunki konieczne do jego wykonywania<sup>8</sup>. Obecnie, wykonując swój zawód, fizjoterapeuta jest w dużej mierze uzależniony od wskazań lekarzy, zwłaszcza jeżeli chce uzyskać jakąkolwiek refundację świadczonych przez siebie usług medycznych. Pozostając bowiem poza strukturami zakładów opieki zdrowotnej czy szpitali, nie ma praktycznie szans na ułatwienia ze strony państwa. Jego uprawnienia poza tymi strukturami też są bardzo niejasne. Nie może on np. samodzielnie zapisywać wielu leków niezbędnych w terapii czy samodzielnie wykonywać podstawowych badań, m.in. badania neurologicznego. Ponadto brak jest ujednoczonych zasad edukacji fizjoterapeutów w Polsce. Brak regulacji w tym zakresie stanowi poważne zagrożenie dla pacjen-

---

<sup>7</sup> Technik elektroradiolog, dietetyk, ortoptysta, ratownik medyczny, technik dentystyczny, technik farmaceutyczny, technik fizjoterapii i terapeuta zajęciowy (MENiS 2002; 2007).

<sup>8</sup> Ustawa o zawodzie fizjoterapeuty w Polsce czeka na uchwalenie od 1978 r. Jest to bardzo ważne, gdyż jasno określiłaby ona status fizjoterapeuty w grupie zawodów medycznych oraz jego kompetencje.



tów, gdyż obecnie fizjoterapeuta, wykonujący swój zawód wbrew ogólnie przyjętym zasadom sztuki medycznej, może czuć się bezkarny. Poza tym obecne procedury wymagają wizyt u lekarza pierwszego kontaktu, następnie lekarza specjalisty, w tym z zakresu rehabilitacji, by na końcu udać się do fizjoterapeuty. To znacząco wydłuża czas uzyskania usługi przez pacjenta. Jednakże nie ma żadnych przesłanek, by twierdzić, że mogą w najbliższym czasie zajść jakiegokolwiek pozytywne zmiany w tej kwestii. Należy raczej spodziewać się braku zmian sytuacji.

Co prawda w większości wymienionych zawodów, znajdujących się w proponowanym modelu usług z zakresu geriatry, nie ma większych problemów zarówno z liczbą osób, które zdobyły, jak i zdobywają obecnie wykształcenie w tym kierunku, jednak w przypadku samej specjalności lekarza geriatry należy zwrócić uwagę, że występuje znaczący niedobór osób z tym wykształceniem na rynku pracy. Należy spodziewać się, że zainteresowanie specjalizacją w zakresie pracy przy osobach starszych będzie wzrastać, a co za tym idzie – będzie to wywierać dalsze zmiany nie tylko na rynku dóbr, ale i rynku usług czy w zakresie zmian w kierunkach edukacji.

## **7. WARTOŚCI I POSTAWY WOBEC OSÓB STARSZYCH**

W Polsce stereotyp człowieka starego kojarzony jest z wizją klęski. Młodzi ludzie na starość patrzą z lękiem, gdyż kojarzy się im ona z osłabieniem fizycznym i umysłowym, chorobami, biedą, osamotnieniem, zależnością od pomocy innych, lękiem przed śmiercią i utratą bliskich. Negatywny stereotyp wiąże się ze zjawiskiem określanym „kultem młodości” oraz niedostatkami kształcenia ustawicznego i edukacji z zakresu przygotowania do starości. Szczególnie dotkliwym aspektem tego sprzecznego z rzeczywistością schematu myślenia jest uznanie, że człowiek w wieku emerytalnym jest nieprzydatny społecznie, a będąc bezużytecznym i bezwartościowym, stanowi znaczące obciążenie dla innych. Można uznać, że jeszcze przed 25 laty starość była powodem do dumy i źródłem dodatkowej godności. Współczesna modernizacja społeczno-ekonomiczna doprowadziła jednak do zmian w tym zakresie. Status ludzi starszych obniżał się wraz z pojawianiem się nowych technologii, zawodów i rozwiązań organizacyjnych oraz rozwojem powszechnej oświaty i mass mediów, które zastępowały starsze pokolenia w przekazywaniu młodszemu wiedzy o wspólnym dorobku zbiorowości. Współcześnie znaczny wpływ na utrzymywanie się negatywnego stereotypu starości można przypisać częstej nieznamomości przez starszych ludzi nowoczesnych technik informatycznych. Wydaje się, że ta kwestia szczególnie oddziałuje na rozdzźwięk między generacją młod-



szą a starszą – stąd też w chwili przechodzenia na emeryturę poczucie degradacji pozycji społecznej jest odczuwane szczególnie silnie (Karpiński 2008, s. 2).

Wnioskiem płynącym z badań „Polacy wobec ludzi starych i własnej starości”, które zostały przeprowadzone przez Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS 2000), jest uznanie, że występuje obojętność i brak zrozumienia dla osób starszych, wymagających pomocy, opieki i miłości. Negatywny stereotyp starości niekorzystnie wpływa na kształtowanie pozytywnych postaw społecznych wobec ostatniego etapu życia, ludzi starych i na ich samopoczucie (Dziewulska 2000).

Należy zwrócić uwagę, że dyskryminujące podejście do człowieka z powodu jego wieku obserwuje się zarówno wśród młodych, jak i dorosłych osób. Dystans do ludzi starszych może wynikać m.in. z konieczności poświęcania im większej ilości czasu podczas rozmów, badań, pielęgnacji, opieki i udzielania pomocy. Ograniczenie marginalizacji społecznej spowodowanej wiekiem stanowi zatem poważne wyzwanie dla współczesnego wychowania, edukacji czy komunikacji interpersonalnej (*Zintegrowany program...* 2005, s. 65).

Bardzo prawdopodobne, że postawy społeczne wobec ludzi starszych wiążą się m.in. z koniecznością udzielania im pomocy przez ich rodziny. Rodzinę należy uznać za największą instytucję opieki długoterminowej na świecie, w tym i w Polsce. Szacuje się, że ponad 80% niesprawnych osób starych pozostaje pod opieką członków rodziny. Bliscy przez długi czas – od kilku miesięcy do wielu lat – udzielają wsparcia związanego z realizacją wielu czynności, w tym: osobistych, higienicznych, terapeutycznych, pielęgnacyjnych i transportowych, jak też zaspokajają potrzeby emocjonalne i towarzyskie oraz wspierają nie tylko psychicznie, ale nieraz i finansowo. Zapotrzebowanie ludzi starych na wymienione rodzaje pomocy jest bardzo wysokie. Wyniki badań Eurofamcare<sup>9</sup> dotyczące opiekunów rodzinnych w Polsce wskazują, że opiekun rodzinny niemal w całości zaspokaja te potrzeby głównie z pomocą innych członków rodziny, sąsiadów i osób wynajętych do opieki. Uwagę zwraca fakt marginalnego, bo kilkuprocentowego, uczestnictwa instytucjonalnych form pomocy, wynoszącego od 10% w odniesieniu do potrzeb zdrowotnych, do 30% w zakresie prac domowych, usług transportowych i wsparcia psychicznego (Bień, Doroszkiewicz 2006).

Dobre kontakty z rodziną niewątpliwie pozytywnie oddziałują na osoby starsze, pozwalają na zapewnienie im dobrego zdrowia psychicznego. Osoby takie mają poczucie bycia potrzebnym. Często ludzie starsi starają się odwzajemnić pomoc,

---

<sup>9</sup> Badania (Eurofamcare) przeprowadzone zostały w 6 krajach Europy pod kierunkiem Hanneli Döhner w ramach europejskiego projektu realizowanego w latach 2003–2006 w ramach 5. Programu Ramowego Unii Europejskiej, nr kontraktu QLK6-CT-2002-02647.

jaką otrzymują od rodziny, m.in. poprzez opiekę nad wnukami oraz dzielenie się mieszkaniem i oszczędnościami (Czekanowski 2002).

Jednak, co istotne, coraz częściej pojawia się kwestia zmniejszania się liczebności rodzin, także wielopokoleniowych. Wprawdzie na wsiach ta forma współżycia utrzymuje się, ale w miastach coraz częstszym zjawiskiem jest samotne zamieszkiwanie osób w wieku podeszłym.

Ponadto duże znaczenie w aspekcie rozważanych wartości i postaw wobec osób starszych ma – niestety – częsta dyskryminacja ludzi starszych, która przejawia się również na poziomie realizacji usług z zakresu opieki zdrowotnej. Przykładem może być chociażby dyskryminacja w postaci utrudniania dostępu do służby zdrowia poprzez ustalenie górnej granicy wieku przy kwalifikowaniu do badań profilaktycznych. Inną kwestią to limity kosztów dla różnych terapii. Ponadto obecność stereotypów jest także źródłem zarzutów, że państwo przeznaczając za dużo środków na finansowanie ludzi starszych kosztem młodych, gdy tak naprawdę nie ma konfliktu interesów pomiędzy tymi grupami wiekowymi (Karpiński 2008, s. 2).

Wśród najczęściej popełnianych błędów w opiece medycznej nad ludźmi starszymi wymienia się (Pędich, Jakubowska 1983):

- przypisywanie wszystkim starszym pacjentom cech uchodzących za typowo starcze;
- ograniczanie się do rozpoznawania miażdżycy, uznając ją za jedyną przyczynę dolegliwości;
- nieuzasadnione, nierozważne stosowanie leków;
- rezygnacja z innych, poza farmakologicznymi, metod leczenia i form pomocy udzielanej pacjentom;
- rezygnacja z pozyskania chorego do współpracy;
- nierozważne słowa, gesty powodujące utratę zaufania chorego;
- zaniechanie nawiązania kontaktu z opiekunami chorego w celu nakłonienia ich do pomagania.

Negatywne stereotypy typu „być starym to znaczy być chorym”, „sprawność umysłowa obniża się wraz z wiekiem” są fałszywymi sądami prowadzącymi do nieadekwatnych uogólnień. To powoduje tzw. „wyuczoną bezradność” u ludzi w starszym wieku, która może być spowodowana tym, że poszczególne jednostki same przypisują swoje dolegliwości starzeniu się i przestają podejmować próby rozwiązywania napotykaných problemów (*Zintegrowany program...* 2005, s. 67).

Podsumowując, należy uznać, że obecne postawy i wartości negatywnie oddziałują na rozwoju rynku usług i produktów dla osób starszych, a co za tym idzie i rynku pracy. Występujące w społeczeństwie stereotypy są obecnie zagrożeniem rozwoju sektora usług. Rozpowszechnienie pozytywnych postaw wobec starości,

które wiązałyby się z szacunkiem do doświadczenia osób starszych oraz uznaniem ich prawa do odpoczynku i realizacji niespełnionych w poprzednich etapach życia aspiracji i zainteresowań, może być ogromną szansą zmiany rynkowej. Nie jest to jednak łatwe do uzyskania. Raczej należy spodziewać się, że będzie to długotrwały proces, wymagający wysiłków wielu podmiotów. Budowanie świadomości w zakresie dominujących wartości i postaw wobec osób starszych nie tylko sprzyjałoby ich zmianie, ale też mogłoby pozytywnie oddziaływać na rozwój; w chwili obecnej traktować go należy jako poważny hamulec rozwoju branż nastawionych na osoby starsze.

## 8. ZAKOŃCZENIE

Przeprowadzone rozważania pozwalają wyciągnąć wniosek, iż zmiany demograficzne, związane ze starzeniem się społeczeństwa, będą prowadzić do zmian zarówno na rynku dóbr i usług, jak i rynku pracy, poprzez dostosowania do potrzeb znaczącej grupy odbiorców, jakimi są osoby starsze. Na rynek ten należy jednak patrzeć przez pryzmat wielu czynników, które są powiązane z okresem w życiu człowieka, jakim jest starość. Uwzględnić trzeba przede wszystkim te aspekty, które dotyczą stylu życia osób starszych, jak również zrozumieć pojęcie jakości życia w kontekście tej grupy odbiorców. Poznanie specyfiki tych osób pozwoli lepiej zrozumieć ich potrzeby i lepiej na nie odpowiedzieć. Warto także zwrócić uwagę na jeszcze jedno zagadnienie, jakim są wartości i postawy społeczne wobec ludzi starszych. Zakorzenie w społeczeństwie stereotypy mogą negatywnie oddziaływać na rozwój rynków, dlatego wydaje się zasadne uznanie znaczącego udziału w tych nowych rynkach nie tylko podmiotów zajmujących się działalnością komercyjną, lecz również instytucji i władz, które powinny podejmować działania na rzecz uświadamiania społeczeństwa o charakterystyce procesu starzenia się, jak również potrzebach osób starszych. Sprzyjałoby to zarówno zmianie negatywnych postaw wobec tej części społeczeństwa, jak i wzrostowi zapotrzebowania na dobra i usługi dla nich.

### Literatura

- Bień B., Doroszkiewicz H. (2006), *Opieka długoterminowa w geriatricii: dom czy zakład opieki?*, „Przewodnik Lekarza” nr 10 (92), s. 48–57.
- CBOS (2000), *Polacy wobec ludzi starych i własnej starości. Komunikat z badań*, Warszawa.
- Czekanowski P. (2002), *Rodzina w życiu osób starszych i osoby starsze w rodzinie*, (w:) Synak B. (red.), *Polska starość*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk, (za:) Bień B.,

- Goroszkiewicz H. (2006), *Opieka długoterminowa w geriatric: dom czy zakład opieki?*, „Przewodnik Lekarza” nr 10 (92).
- Derejczyk J., Bień B., Kokoszka-Paszko J., Szczygieł J. (2008), *Gerontologia i geriatric w Polsce na tle Europy – czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju?*, „Gerontologia Polska” t. 16, nr 3, s. 149–159.
- Derejczyk J., Grodzicki T., Jakrzewska-Sawińska A., Józwiak A., Klich A., Wieczorowska-Tobis K. (2005), *Standardy świadczenia usług medycznych w specjalności geriatric*, „Gerontologia Polska” t. 13, nr 2.
- Dobroń D., Kołodziej W., Staropolska H. (2003), *Styl życia ludzi starszych*, (w:) *Model zdrowego stylu życia jako zadanie interdyscyplinarne*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska” Sectio D, Vol. LVIII, suppl. XIII, Lublin, s. 267–271.
- Dziewulska J. (2000), *Przeciw beznadziejności*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” nr 1/2, (za:) Żdziebło K. (2008), *Współczesne zjawiska demograficzne a problemy zdrowotne starzejącego się społeczeństwa*, „Studia Medyczne” nr 1 (9).
- Eurofamcare, Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage, <http://www.uke.uni-hamburg.de/eurafamcare>.
- Europe in figures – Eurostat Yearbook 2006–07* (2007), Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, (za:) Woźniak-Hasik Z. (2007), *Trendy demograficzne dotyczące wieku w UE*, Mazowieckie Centrum Zdrowia Publicznego, Warszawa.
- Franek G. (1997), *Ludzie w starszym wieku*, „Pielęgniarka i Położna” nr 3, (za:) Żdziebło K. (2008), *Współczesne zjawiska demograficzne a problemy zdrowotne starzejącego się społeczeństwa*, „Studia Medyczne” nr 1 (9).
- Gaworska M., Kozdroń A. (2007), *Instruktor kinezygerontoprofilaktyki: nowy zawód na rynku pracy*, „Forum Opieki Długoterminowej” nr 3.
- GUS (2009), *Sytuacja gospodarstw domowych w 2008 roku w świetle wyników badań budżetów gospodarstw domowych*, Warszawa.
- Inglehart R. (2005), *Pojawienie się wartości postmaterialistycznych*, (w:) Sztompka P., Kucia M. (red.), *Socjologia. Lektury*, Znak, Kraków.
- Jędrkiewicz H., *Ruch w leczeniu osób starszych*, [http://www.doz.pl/czytelnia/a1361-Ruch\\_w\\_leczeniu\\_osob\\_starszych](http://www.doz.pl/czytelnia/a1361-Ruch_w_leczeniu_osob_starszych) [25.08.2009].
- Karpiński A. (2008), *Dialog wokół konsekwencji starzenia się społeczeństwa*, „Dialog” nr 3.
- Łój G. (2007), *Rehabilitacja a jakość życia osób w starszym wieku*, „Gerontologia Polska” t. 15, nr 4, s. 153–157.
- Małecki K. (2005), *Młody rynek dla starych ludzi*, „BusinessWeek” z kwietnia, <http://media.wp.pl/kat,1022939,wid,6930997,wiadomosc.html> [24.08.2009].
- MENiS (2002), Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 12 lutego 2002 r. w sprawie ramowych planów nauczania w szkołach publicznych, Dz. U. nr 15, poz. 142 z późn. zm.
- MENiS (2007), Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 26 czerwca 2007 r. w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego, Dz. U. nr 124, poz. 860.