

**Stanisław Szumpich**

**ZAGROŻENIA SPOŁECZNE  
W OKRESIE PRZEMIAN**

**Szkice z polityki społecznej**

W każdej epoce historycznego rozwoju  
człowiek dąży do poznania i wykorzystania własnych szans  
na godziwe i bezpieczne życie.

Andrzej Frycz Modrzewski  
*Commentariorum de republica emendanda...*  
(*O poprawie Rzeczypospolitej...*)

**Stanisław Szumpich**

**ZAGROŻENIA SPOŁECZNE  
W OKRESIE PRZEMIAN**

**Szkice z polityki społecznej**

**Kraków 2013**

Recenzja: prof. dr hab. Anna Karwińska

Okładka:

konsultacja prof. dr hab. Stanisław Hryń,  
projekt i realizacja Joanna Sroka

Na pierwszej stronie okładki reprodukcja rzeźby Myśliciel A. Rodina

Adiustacja: zespół

ISBN 978-83-7571-265-0

Copyright© by Stanisław Szumpich &  
Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego  
Kraków 2013

Żadna część tej publikacji nie może być powielana ani magazynowana  
w sposób umożliwiający ponowne wykorzystanie,  
ani też rozpowszechniana w jakiegokolwiek formie  
za pomocą środków elektronicznych, mechanicznych, kopiujących,  
nagrywających i innych, bez uprzedniej pisemnej zgody właściciela praw autorskich

Na zlecenie:



Krakowskiej Akademii  
im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego  
[www.ka.edu.pl](http://www.ka.edu.pl)

Wydawca:

Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne sp. z o.o. – Oficyna Wydawnicza AFM,  
Kraków 2013

Sprzedaż prowadzi:

Księgarnia U Frycza  
Kampus Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego  
ul. Gustawa Herlinga-Grudzińskiego 1, 30-705 Kraków  
tel./faks: (12) 252 45 93  
e-mail: [ksiegarnia@kte.pl](mailto:ksiegarnia@kte.pl)

Skład: Oleg Aleksejczuk

# Spis treści

Przedmowa .....	7
<b>Część I. Powszechne czynniki patogene</b> .....	11
Wprowadzenie .....	13
1. Uzależnienia .....	15
2. Alkoholizm .....	27
3. Narkotyki .....	39
4. Dewiacje seksualne .....	53
<b>Część II. Problemy wstydlive nie tylko rodziny</b> .....	73
Wprowadzenie .....	75
5. Zapewnienie opieki osobom starszym .....	77
6. Żebractwo jako sposób na życie .....	95
7. Problem bezdomności .....	109
8. Hospicjum – miejsce bólu czy ukojenia? .....	121
<b>Część III. Zagrożenia związane z pracą</b> .....	135
Wprowadzenie .....	137
9. Utrata pracy .....	139
10. Stres w miejscu pracy .....	159
11. Mobbing i molestowanie seksualne .....	175
12. Choroby związane z wykonywaną pracą .....	195
<b>Część IV. Swoiste zagrożenia nagłe i narastające</b> .....	213
Wprowadzenie .....	215
13. Wszechobecna przemoc .....	217
14. Wypadki przy pracy i otoczeniu zewnętrznym .....	239
15. Problemy osób niepełnosprawnych .....	255
16. Czyny naganne i nienaganne .....	271
Posłowie .....	293
Literatura zalecana .....	297



# Przedmowa

Minione dwadzieścia lat to w naszym kraju czas nadziei, poszukiwań i wielu sukcesów, a także rozczarowań społecznych. Zmiany ustrojowe, przejście z gospodarki centralnie planowanej do gospodarki rynkowej, wychodzenie z zapaści gospodarczej, przemiany własnościowe, porządkowanie i wprowadzanie zasad racjonalnego gospodarowania – to początki polskiej transformacji gospodarczej.

Po etapie euforii i nadmiernych nadziei tempo, zakres i rodzaj dokonywanych zmian w gospodarce spowodowały również nieoczekiwane nasilenie występowania uciążliwych problemów społecznych i natury socjalnej. Nadmierne bezrobocie, trudna sytuacja mieszkaniowa, kryzys ubezpieczeń społecznych, przy narastającej i odczuwanej w skutkach patologii społecznej, doprowadziły do pojawienia się wielu problemów, w tym zmniejszania się poczucia bezpieczeństwa indywidualnego i społecznego. W tej sytuacji często nie przestrzegano obowiązującego prawa, a nowe uregulowania prawne były ułomne, zaś ich egzekucja nieskuteczna. Stan ten sprzyjał dezorganizacji społecznej<sup>1</sup>.

Niepożądane skutki społeczne wynikały głównie z szokowego charakteru przyjętej formy transformacji gospodarczej. Przyzwolenie społeczne dla tak dotkliwej formy zmian gospodarki szybko się skończyło i pojawiły się różne postaci niezadowolenia i protestów. Konieczność ograniczenia zasięgu i następstw niezadowolenia społecznego doprowadziła do zwiększenia w budżecie państwa niezbędnych środków finansowych na cele społeczne.

Kolejne lata to droga rozwoju gospodarczego i pewnej poprawy sytuacji społecznej, również z racji współpracy gospodarczej z zagranicą, w tym globalizacji. Współpraca i rywalizacja gospodarcza stopniowo przynosiły poprawę warunków życia społeczeństwa, które musiało się elastycznie adaptować do nowych realiów.

Przyjęcie Polski do Unii Europejskiej w 2004 roku pozwoliło na dalszą poprawę rozwoju gospodarczego i społecznego. Nie oznacza to, że zniknęły wszystkie niedogodności społeczne i że wszyscy mają takie same warunki życia. Nastąpiło znaczne rozwarstwienie społeczeństwa na ludzi biednych, żyjących względnie dobrze, bogatych i bardzo bogatych. Bezrobocie wynosiło wówczas około 13% (przy czym za granicą, szczególnie w UE, pracowało około 2 milionów Polaków).

---

<sup>1</sup> Por. m.in. R. Morawski, *Problemy analizy „dolegliwości” społecznych*, [w:] *Studia o kwestiach społecznych*, wybór i oprac. B. Rysz-Kowalczyk, Warszawa 1991, s. 15.

Niepokojąco rozszerzył się krąg ludzi biednych, a także dotkniętych patologią społeczną, naruszających często prawo, poddawanych różnym formom dyskryminacji i nacisku. Trudno jest dzisiaj jednoznacznie stwierdzić, czy i kiedy obecny kryzys ekonomiczno-finansowy się skończy oraz jakie przyniesie jeszcze skutki gospodarcze i społeczne.

Wiele tak powszechnie odczuwanych dolegliwości społecznych wzbudziło zainteresowanie studentów i dlatego były one w różnym zakresie poruszane przeze mnie w trakcie procesu dydaktycznego, szczególnie w ramach przedmiotów polityka społeczna i polityka gospodarcza. Obserwacja rozwoju procesów społecznych w naszym kraju, rozmowy i dyskusje odbyte na spotkaniach naukowych, środowiskowych i w ciągu zajęć dydaktycznych prowadzonych na Uniwersytecie Jagiellońskim, w Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Akademii Polonijnej w Częstochowie, w Wyższej Szkole Biznesu w Dąbrowie Górniczej potwierdzały potrzebę pogłębionej analizy wymienionych wyżej problemów.

Początkowo zapisywane pojedyncze myśli, później mniej lub bardziej szczegółowe notatki do przygotowywanych wykładów, następnie referaty naukowe i artykuły publikowane głównie w wydawnictwach wydawanych sumptem Krakowskiej Akademii posłużyły do dalszych przemyśleń i stały się inspiracją do przygotowania niniejszej książki.

*Zagrożenia społeczne w okresie przemian. Szkice z polityki społecznej* nie są typowym systematycznym całościowym wykładem z polityki społecznej. Książka ta składa się z kilkunastu związanych opracowań, tematycznie obejmujących wybrane aspekty współczesnego życia społecznego, będące częścią dotychczasowych zainteresowań polityki społecznej i spotykanych różnych dolegliwych zachowań społecznych, które są też przedmiotem dociekań innych dyscyplin naukowych, takich jak: socjologia, psychologia społeczna, prawo, pedagogika społeczna, ekonomia, bezpieczeństwo czy medycyna.

Książka zawiera szesnaście szkiców z pogranicza krótkich esejów i artykułów naukowych; została podzielona na cztery części:

- powszechne czynniki patogenne,
- problemy wstydlive nie tylko rodziny,
- dolegliwości związane z pracą,
- swoiste zagrożenia nagłe i narastające.

Na pierwszą część składają się codzienne uzależnienia, których skala czyni je powszechnymi, takie jak alkoholizm, problemy uzależnienia od narkotyków i dewiacje seksualne.

W drugiej części zaprezentowano kwestie zapewnienia opieki dla osób starszych, żebractwo jako sposób na życie, powrót do bezdomności i hospicjum jako miejsce bólu czy ukojenia.

Natomiast zagrożenia utratą pracy, odmiany stresu w miejscu zatrudnienia, mobbing i molestowanie seksualne oraz choroby mające związek z pracą zostały omówione w części trzeciej.

Czwarta zaś obejmuje szkice dotyczące zdarzeń nagłych i narastających: kwestie wszechobecnej przemocy (w tym zagrożeń terrorystycznych), wypadków przy pracy i w otoczeniu zewnętrznym, problemy osób niepełnosprawnych oraz czyny naganne i nienaganne.



Publikację poświęcono wybranym istotnym dolegliwościom naszego życia codziennego, co pozwala poznać i zrozumieć patogenne motywy zachowań ludzkich. Przedstawiono również wielorakie skutki społeczno-ekonomiczne z tym związane, a także możliwości resocjalizacyjne.

Książkę przygotowano z wykorzystaniem szerokiego aktualnego przeglądu literaturowego, wcześniejszych własnych publikacji<sup>2</sup> (uwzględniających obowiązujące unormowania prawne w Polsce i UE), wyników przeprowadzonych badań oraz dostępnych danych statystycznych.

Przedstawione w niniejszym wydawnictwie zagadnienia stanowią uzupełnienie treści prezentowanych lub zasygnalizowanych na wykładach z polityki społecznej i gospodarczej. Mogą stanowić materiał do rozważań, dyskusji na ćwiczeniach i seminariach z przedmiotów dotyczących omawianej problematyki.

*Zagrożenia społeczne w okresie przemian. Szkice z polityki społecznej* są autorskim kompendium wiedzy na temat zagrożeń społecznych w obecnych warunkach gospodarczych. Każdy z szesnastu tematów mógłby stanowić osobną pozycję wydawniczą, stąd konieczność syntetycznego ujęcia i przywołanie możliwie optymalnej liczby pozycji literaturowych dla czytelnika zainteresowanego pogłębieniem omawianej problematyki.

Książka powinna być przydatna zarówno studentom, jak i szerokiemu gronu realizatorów polityki społecznej: politykom, przedstawicielom organów rządowych i samorządowych.

---

<sup>2</sup> Dotyczy publikacji w Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego w latach 2006–2010. Po postanowieniu wykorzystania ich w prezentowanej książce wybrane teksty zostały przez Autora przejrzone, poprawione i rozszerzone.



## **Część I**

# **Powszechne czynniki patogenne**



## Wprowadzenie

Wśród wartości cenionych przez człowieka wysoką pozycję zajmuje zdrowie i możliwość odczuwania wrażeń przyjemnych. Brak zdrowia lub jego uszczerbek powodują, że wszelkie posiadane przez człowieka zdolności i umiejętności czy różne zasoby nie mogą w pełni (lub w znacznym stopniu) go cieszyć.

Najczęściej występujące powszechne uzależnienia to: nikotynizm, nadużycie kawy i herbaty, lekomania, uzależnienia od hazardu, nowoczesnych technologii i internetu czy zakupoholizm, tanoreksja.

Nałóg palenia papierosów jest nałogiem głównie natury psychologicznej, dodatkowo utrwalanym przez działanie nikotyny na ludzki organizm. W miarę upływu czasu u palacza, zmniejsza się wydolność płuc, co powoduje obniżenie sprawności fizycznej. Przybliża się czas chorób serca i chorób nowotworowych. W dymie tytoniowym zidentyfikowano kilka tysięcy szkodliwych związków chemicznych, w tym kilkadziesiąt rakotwórczych przyczyniających się do zgonów<sup>1</sup>.

Wśród ciepłych napojów najczęściej spożywanych jest herbata. Napar z liści herbaty pitej w umiarkowanych ilościach wpływ pozytywnie na organizm, poprawia procesy myślowe, zmniejsza uczucie zmęczenia, gasi pragnienie.

Podobnie kawa należy do najbardziej popularnych napojów na świecie. Jej wpływ na organizm ludzki od lat okazuje się niekończącym się sporem, odnośnie jej dobroczynnego wpływu i szkodliwości. W wyniku badań stwierdzono, że picie kawy w umiarkowanych ilościach nie daje skutków ujemnych. Pozytywy to: zmniejszenie zachorowalności na kamicy żółciową nowotwory jelita i wątroby itp. poprzez dotlenienie organizmu polepsza układ trawienia i krążenia. Nadmierne spożycie kawy wywołuje uczucie, nerwowości i rozdrażnienia, podwyższone ciśnienie, zatrucie kofeinowe itp.

Lekomanię wiąże się z zażywaniem różnych leków branych w ilościach nadmiernych w stosunku do rzeczywistych potrzeb. Długotrwałe zażywanie leków prowadzi do zależności lekowej, typu fizycznego i psychicznego.

Uzależnienia natury niechemicznej, takie jak: różne formy hazardu (gra w karty, gry na automatach), nadmierne zakupy, brak poczucia czasu w trakcie korzystania z internetu itp. nie tylko zabierają czas, pieniądze, ale powodują także zmiany w psychice i stanie zdrowia człowieka.

Najgroźniejsze patologie społeczne: alkoholizm, narkomania i prostytutcja, powodują degradację życia człowieka.

Alkoholizm lub zespół uzależnienia od alkoholu są zjawiskiem powszechnym. Alkohol działa podstępnie, szybciej i bardziej destrukcyjnie niż się tego spodziewa-

<sup>1</sup> Źródło: WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008; The MPOWER package, World Health Organization, Geneva 2008.

my. Oprócz objawów upojenia (zapomnienia), bólu głowy, prowadzi do bezsenności, a także zwiększa ryzyko zawału, arytmii serca, udaru czy chorób wątroby.

Narkomania ze względu na szeroką gamę stosowanych środków określana jest jako rodzaj przewlekłych świadomych zatruc, które oddziałują na układ nerwowy powodując stopniową degradację możliwości czynności życiowych człowieka. Prostytycja polega na sprzedawaniu lub wypożyczaniu własnego ciała innym osobom w celu osiągnięcia przez te osoby satysfakcji seksualnej. Element zapłaty stanowi tu zasadniczy motyw działania, bez względu na formę kontaktu. Szczególne odmiany kontaktów natury seksualnej, takie jak homoseksualizm (popęd seksualny do osób tej samej płci) czy pedofilia (popęd płciowy do dzieci) wywołują szeroko rozumiany sprzeciw społeczny.

# 1. Uzależnienia

## Użytki

**Nikotyzm** – ten najczęściej spotykany nałóg polega na paleniu papierosów, czasem żuciu tytoniu lub zażywaniu tabaki. Dym papierosowy zawiera szkodliwe substancje dla zdrowia ludzkiego; najbardziej niebezpieczną farmakologicznie substancją czynną jest nikotyna.

Tytoń został przywieziony przez Kolumba do Europy w 1492 r. W krótkim czasie moda na palenie rozprzestrzeniła się na całą Europę. Palenie stało się tak popularne, prawie we wszystkich grupach społecznych, zarówno wśród mężczyzn jak i kobiet. Dopiero w ostatnich latach nie tylko dąży się do wyodrębnienia miejsc do palenia papierosów, ale również do powszechnego ograniczenia palenia. Jednocześnie nadal dopuszcza się na różne formy reklam promujących palenie papierosów. Papierosy są powszechnie dostępne. W 2006 r. zakupiono u nas (według oficjalnych danych) 73,5miliarda sztuk papierosów<sup>2</sup>. W Polsce nałogowymi palaczami jest około 10 milionów osób<sup>3</sup>. 38% dorosłych mężczyzn i 25,6% dorosłych kobiet pali papierosy. Nie ma istotnej różnicy dla populacji młodzieży: chłopcy 19,6% a dziewczęta 17,1%<sup>4</sup>. W Wielkiej Brytanii palacze stanowią 30% całej populacji, a różnica między liczbą palących mężczyzn i kobiet jest niewielka. Przy czym 10% dzieci w wieku 10–15 lat pali nałogowo papierosy. Szacuje się, że na całym świecie jest 1,2 miliarda palaczy tytoniu, co stanowi około 1/3 całej ludności globu powyżej 15 roku życia<sup>5</sup>.

Najczęściej wymienia się dwie grupy przyczyn sięgnięcia po papierosa:

- pierwsza grupa związana jest z przyczynami psychosocjologicznymi, wynikającymi z kontaktów międzyludzkich. Papieros ułatwia nawiązywanie rozmowy, pomaga w przezwyciężaniu dystansu między ludźmi, ułatwia wspólną rozrywkę,
- druga grupa ma przyczyny farmakologiczne; w zależności od okoliczności i predyspozycji osobniczych, tytoń oddziałuje na nasz układ nerwowy w sposób stymulujący bądź uspokajający. Po zapaleniu papierosa niektóre osoby odprężają się, inne mówią o lepszej możliwości skoncentrowania się. W przypadku dzieci i młodzieży zapalenie papierosa ma świadczyć o dorosłości.

<sup>2</sup> <http://www.money.pl/gospodarka/wiadomościartykuł/palacze;wplaca...>

<sup>3</sup> <http://www.bi~vk.pl/teksty/gimnazjum/biologia/ekologia/12519-nikoty...>

<sup>4</sup> CDC. Global Youth Tobacco Surveillance, 2000–2007.

<sup>5</sup> A.A. Wright, I.T. Katz, *Tobacco Tigh trope – Balancing Disease Prevention and Economic*, „The New England Journal of Medicine” 2007, Vol. 356, s. 729–730.

Palenie tytoniu jest przyczyną wielu chorób<sup>6</sup>. W Europie w wśród 10 najczęstszych przyczyn wszystkich występujących chorób, palenie tytoniu jest na drugim miejscu (12,3% wszystkich zachorowań). Pierwsze miejsce przypada chorobom układu oddechowego, a następne miejsce zajmują schorzenia układu sercowo-naczyniowego. W chorobach układu oddechowego najpoważniejsze dolegliwości powodują nowotwory (rak płuca, rak krtani), a także choroby przewlekłe płuc i oskrzeli. Palenie tytoniu jest jedną z przyczyn schorzeń, chorób układu sercowo-naczyniowego (nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa, udar mózgu). Wynikająca z wymienionych schorzeń liczba zgonów stanowi około połowy zgonów ogółem. Z prognoz na 2020 r. wynika, że na świecie co trzeci zgon spowodowany będzie chorobami odtytoniowymi<sup>7</sup>.

W wyniku badań stwierdzono szczególną szkodliwość palenia tytoniu w okresie ciąży. Każdy wypalony papieros powoduje niedobór tlenu u płodu; do jego organizmu wnikają poprzez pępowinę substancje toksyczne z dymu, co może zaburzać procesy rozwoju wielu narządów. W drugiej połowie ciąży, palenie zmniejsza masę urodzeniową ciała o około 8%, przy wypalaniu ponad 25 papierosów dziennie. Inne dane wskazują, że dzieci urodzone przez matki, które paliły w czasie ciąży, rozwijają się pod względem fizycznym i umysłowym gorzej niż ich rówieśnicy i różnice te utrzymują się co najmniej do 7 roku życia. W 11 roku życia te różnice na ogół zacierają się. Palenie tytoniu może być przyczyną także innych komplikacji przebiegu ciąży, takich jak: poronienia (u palących o 30–70% więcej), poród przedwczesny (o ok. 40% więcej) czy przodujące łożysko (o 25–90% więcej). Palenie przez matkę w ciąży zwiększa ryzyko urodzenia martwego dziecka, wczesnej śmierci noworodka lub zespołu nagłej śmierci niemowlęcia, tzw. śmierci łóżeczkowej. Nikotyna przenika do matczyngo mleka w ilościach wystarczających do wywołania u dziecka tachykardii<sup>8</sup>.

U mężczyzn palenie papierosów może sprzyjać występowaniu impotencji, zmniejszeniu liczby plemników czy upośledzeniu ich ruchliwości.

Bierne palenie tytoniu (ang. *environmental tobacco smoke*) jest podobnie niebezpieczne jak samo palenie. Palacz wdycha tylko 15% dymu papierosowego (strumień główny), reszta – strumień boczny – rozprasza się w atmosferze. Badania naukowe potwierdzają, że bierna ekspozycja na dym tytoniowy może przyczynić się do chorób (również przewlekłych) a nawet śmierci. Ocenia się, że z powodu biernego palenia rocznie umiera w Polsce 100 osób, natomiast w Stanach Zjednoczonych – 5300<sup>9</sup>.

Głównym miejscem narażenia na dym tytoniowy jest środowisko domowe. Liczba zgonów spowodowana tzw. paleniem biernym była 10-krotnie większa niż w miejscu pracy. Palenie bierne jest trzecią, po paleniu czynnym i nadużywaniu alkoholu, przyczyną możliwych do uniknięcia zgonów<sup>10</sup>. Osoba przebywająca codziennie w środowisku palących jest narażona na o 15% większe ryzyko zgonów niż osoby, które nie są palaczami.

<sup>6</sup> Szerzej m.in. J. Zieliński, *Obciążenia wynikające z palenia tytoniu*, „Pneumonologia i Alergologia Polska” 2008, t. 76, nr 3, s. 170–173.

<sup>7</sup> Źródło: *Stan zagrożenia, epidemia w wyniku palenia tytoniu*. Raport na zlecenie Światowej Organizacji Zdrowia i Ministerstwa Zdrowia RP, Warszawa 2008 (maszynopis powielony).

<sup>8</sup> Zob. H.P. Rang, M.M. Dale, J.M. Ritter, *Farmakologia kliniczna*, red. M. Wielosz, Lublin 2001, s. 617.

<sup>9</sup> Zob. *Bierne palenie tytoniu*, <http://wikipedia.org/wiki/Biernepalenie> (15.09.2009).

<sup>10</sup> S.A. Glantz, W.W. Parmley, *Passive Smoking and Heart Disease. Epidemiology, Physiology, and Biochemistry*, „Circulation” 1999, Vol. 83, s. 1–12.



Natura biernego palenia, nie zawsze pozwala na jednoznaczne badanie jego wpływów na zdrowie. Jednak wyniki przeprowadzanych badań w różnych krajach potwierdzają, że zagrożenia dla biernych palaczy są znaczące<sup>11</sup>.

Oprócz różnych metod ograniczania palenia tytoniu, współcześnie w różnych krajach obowiązuje coraz powszechniej wprowadzany zakaz palenia w miejscach publicznych czy miejscach pracy.

Ekonomiczne skutki palenia tytoniu dzielą się na koszty leczenia (koszty bezpośrednie) i koszty społeczne (utrata produktywności, renty, opieka społeczna). Polacy rocznie wydają na zakup papierosów 45 mld zł. Palacze, tak jak wszyscy pozostali konsumenci dostarczają w postaci podatku budżetowi 14 mld zł. Nawet rosnąca akcyza nie zniechęca nałogowych palaczy, choć globalnie maleje ich sprzedaż.

### *Kawa czy herbata*

Na co dzień, najczęściej (niezależnie od płci i wieku) pijemy herbatę lub kawę, nie zastanawiając się nad ewentualnymi skutkami tego przyzwyczajenia dla zdrowia. Czasem podejmowane są dyskusje na temat ich szkodliwości i wtedy pojawia się pytanie, co bardziej nam szkodzi kawa czy herbata. W okresie powojennym zdecydowanie więcej spożywano w Polsce herbaty. Od kilku lat obserwowana jest rosnąca popularność kawy wśród polskich konsumentów, co świadczy m.in. o zmianach zachodzących w stylu życia Polaków.

Statystyczny Polak wypija dziennie 1,5 filiżanki kawy i około dwóch filiżanek herbaty. Odpowiada to rocznemu spożyciu na osobę blisko trzech kilogramów kawy oraz kilograma herbaty. W okresie 1996–2006 jednostkowe spożycie kawy na osobę wzrosło o 80% z 280 do 520 filiżanek rocznie<sup>12</sup>. Ponad 80% konsumentów stwierdza, że kawę pije regularnie. W okresie obecnego kryzysu 2008–2013 zmniejsza się konsumpcja kawy, ponieważ podrożała kawa i herbata, to miało wpływ na okresowe zmniejszenie konsumpcji tych używek<sup>13</sup>.

Herbata<sup>14</sup> jest dzisiaj najpopularniejszym napojem na świecie. Pod względem spożycia herbaty na osobę Polska plasuje się na trzecim miejscu w Europie, po Irlandii i Anglii.

Herbata została odkryta i potraktowana jako napój przypadkowo, przez Cesarza Chin Shennonga ponad 2700 p.n.e. W XVI w. została sprowadzona do Europy przez Portugalczyków. Później trafiła do Holandii i Anglii. Do Rosji dotarła dopiero w wieku XVII, podobnie do Polski. W Polsce dopiero w XX w. nastąpił znaczny wzrost spożycia herbaty i weszła do codziennego i powszechnego spożycia<sup>15</sup>.

Każda herbata ma pewne właściwości zdrowotne i spożywana w odpowiednich ilościach nie ma zgubnego wpływu na organizm. Napar z liści herbaty wpływa pozytywnie na organizm, m.in. pobudza układ nerwowy, oczyszcza krew, usprawnia procesy myślowe, sprawia że ustępuje uczucie zmęczenia fizycznego i umysłowe-

<sup>11</sup> Źródło jak w przypisie 2.

<sup>12</sup> Według informacji GUS.

<sup>13</sup> *Ibidem*.

<sup>14</sup> Słowo herbata pochodzi z połączenia wyrazów *herba* i *thea* – co oznacza ziele herbaciane. W języku angielskim *tea* wywodzi się z języka chińskiego *Te*, co znaczy herbata za: Food – Info net is an initiative of Wageningen University, The Netherlands.

<sup>15</sup> [http://www.herbat.net/historia\\_herbaty.php](http://www.herbat.net/historia_herbaty.php).

go, poprawia zdolności pamięciowe, powoduje lekkie podwyższenie ciśnienia krwi. W ostatnich latach zwraca się uwagę na antyoksydacyjne działanie zawartych w herbacie (szczególnie zielonej) polifenoli oraz ich wpływ na obniżenie poziomu cholesterolu, jak również redukcję wzrostu ciśnienia tętniczego i poziomu cukru<sup>16</sup>. Badania wykazują także negatywne skutki nieprawidłowo przygotowanej herbaty na zdrowie człowieka; stałe picie większych ilości bardzo mocnej herbaty powoduje uczucie nerwowości, niepokoju, rozdrażnienia, czy utrudnione zasypianie. Gotowana herbata może wpływać na podniesienie cholesterolu. W przypadku picia powyżej 4 filiżanek dziennie u niektórych osób, może zwiększać się prawdopodobieństwo, wystąpienia chorób serca a nawet ataku serca<sup>17</sup>.

Kawa, podobnie jak herbata, podbiła świat dzięki swym właściwościom orzeźwiający, pobudzający i aromatyczny. Obecnie kawa jest jednym z najbardziej popularnych napojów na świecie. Wypija jej się około 400 mld filiżanek rocznie. W większości języków europejskich wywodzi się od słowa arabskiego *kahwa*. *Kahwa* oznacza po arabsku zarówno kawę, jak i wino; lub od regiony Kaffa w Etiopii – znanego z uprawy kawy. Może pochodzić także od słowa *kohwet*, co oznacza siłę. Kawa pochodzi z Afryki. Rozpoczęli ją pić Arabowie w XI wieku. W Europie stała się dostępna w XVI w. Pierwszą kawiarnię założono w Polsce w Warszawie w 1724 r. Kawa rozpowszechniła się w naszym kraju w drugiej połowie XVIII w<sup>18</sup>. Po pierwszej wojnie światowej nastąpił wzrost spożycia kawy. Po drugiej wojnie światowej, w okresie PRL-u występowały okresy znacznych niedoborów tej używki, aż zaczęła stanowić jeden z najpowszechniejszych rodzajów łąpówek. Wraz z wprowadzeniem gospodarki wolnorynkowej zniknął problem niedoborów kawy, stała się ponownie napojem ogólnodostępnym.

Działanie kawy oraz jej wpływ na organizm ludzki, od wielu lat jest powodem sporów odnośnie jej dobroczynnego wpływu i szkodliwości<sup>19</sup>.

Według niektórych badań kawa pita w umiarkowanych ilościach posiada pewne pozytywne, niekiedy nawet lecznicze właściwości: polepsza pamięć krótkotrwałą, zmniejsza ryzyko zachorowania na marskość wątroby, dotlenia organizm, przez co ułatwia koncentrację, dodatnio wpływając na układ krążenia i trawienny,

- zapobiega zmęczeniu mięśni przez przyspieszenie metabolizmu,
- zmniejsza ryzyko wystąpienia kamicy żółciowej u mężczyzn,
- zmniejsza zachorowalność na nowotwory pęcherza u palaczy,
- zmniejsza ryzyko zachorowania na chorobę Parkinsona,
- nawet o 50% zmniejsza ryzyko zachorowania na cukrzycę typu II,
- zmniejsza ryzyko zachorowania na raka jelita i wątroby,

<sup>16</sup> Zob. m.in. *Herbata i jej pozytywne właściwości*, <http://herata.zuno.pl/wlasciwosci-herbaty.html>.

<sup>17</sup> Zdarza się, że na suchych liściach herbaty występuje fluor z powodu stosowania na plantacjach pestycydów zawierających fluor; niejednokrotnie stwierdzono także nadmiar miedzi, pozostałej po środkach grzybobójczych. Patrz: *Negatywne właściwości herbaty*, Contact Us/ Terms of Use/ Trademarks/ Privacy Statement. Copyright@ 2009 – All Rights Reserved.

<sup>18</sup> Szerzej na ten temat: J. Kitowicz, *Opis obyczajów*, Wrocław 1970, s. 453–456; a także A. Chwalba, *Obyczaje w Polsce*, Warszawa 2004.

<sup>19</sup> Na podstawie różnych opublikowanych wyników, m.in. <http://pl.wikipedia.org/wiki/kawa>.

- prawdopodobnie zmniejsza też katar sienny i objawy astmy (ponieważ kofeina działa hamująco na histaminę),
- jest głównym przeciwutleniaczem dla osób spożywających niewiele owoców i warzyw,
- polepsza perystaltykę jelit.

Szereg badań wykazuje także negatywne skutki picia kawy. Wynika to z niekorzystnego oddziaływania zawartej w kawie kofeiny:

- spożycie zbyt dużej ilości kawy może wywołać uczucie nerwowości niepokoju i rozdrażnienia (tzw. zdenerwowanie kofeinowe),
- wywołuje podwyższone ciśnienie,
- sprzyja tworzeniu się kamicy woreczka żółciowego,
- spożycie dużej ilości kawy przez kobietę w ciąży może zwiększać prawdopodobieństwo martwego urodzenia (stąd zalecenie ograniczenia do 2 filiżanek dziennie),
- ze względu na właściwości pobudzające, u większości ludzi utrudnia zasypianie,
- gotowana kawa może podnieść poziom cholesterolu (nie powinno się jej pić zalewanej wrzątkiem),
- może zwiększać prawdopodobieństwo ataku i niektórych chorób serca,
- należy ograniczyć picie kawy przy zaburzeniach psychicznych i braniu narkotyków,
- przy systematycznym piciu kawy możemy się od niej uzależnić,
- objawami zatrucia kofeinowego mogą być; biegunki, torsje, dreszcze itp.

Do interesujących wniosków doszli naukowcy z hiszpańskiego Autonomus University of Madrid. Po zakończeniu wieloletnich badań stwierdzono brak zależności między długością życia osób pijących kawę (co najmniej 4 filiżanki dziennie), w porównaniu z tymi, co jej nie piją. Okazało się, że picie kawy nie tyle skraca życie, co je wydłuża<sup>20</sup>.

W filiżance w zależności od gatunku kawy znajduje się 80–130 mg kofeiny. Najlepiej pić kawę krótko parzoną np. z ekspresu (wysoko ciśnieniowego z filtrem), z dodatkiem 1–2 łyżeczek mleka lub śmietanki. Na podstawie szerokiego przeglądu literatury przedmiotu stwierdzono, że picie kawy w małych ilościach (1–4 filiżanek dziennie) nie ma szkodliwego wpływu na nasz organizm<sup>21</sup>.

Rynek kawy w Polsce wart jest ok. 3 mld zł i ma tendencję wzrostową. W przeliczeniu na głowę dorosłego konsumenta, Polacy kupują około 3 kg kawy rocznie. Jest to znacznie mniej niż w innych krajach europejskich. Niemiec kupuje dwa razy tyle co Polak, a Skandynawowie nawet 11 kg rocznie. U nas, oprócz wzrostu ilościowego, mamy do czynienia ze wzrostem wartościowym wynikającym z zainteresowania coraz lepszymi gatunkami kawy (o mniejszej ilości szkodliwych składników). Przeciętnie 1 kg kawy zakupywanej przez kawiarnie kosztuje 100 zł (z których przygotowują ponad 100 filiżanek kawy).

<sup>20</sup> Na podstawie: E. Lopez-Garcia, R.M. van Dam, T.Y. Li, F. Rodriguez-Artalejo, F.B. Hu, *The Relationship of Coffee Consumption with Mortality*, „Annals of Internal Medicine”, 17.06.2008.

<sup>21</sup> Zob. A. Barcikowska, *7 nowych powodów, by polubić kawę*, „Przyjaciółka” 2005, nr 11/12.

W ciągu ostatnich 10 lat spożycie kawy w Polsce wzrosło o ponad 80%. Według danych Nestle, w 1996 r. wypijano ok. 280 filiżanek kawy, a dziesięć lat później już ponad 510 filiżanek. Zwiększa się spożycie kawy rozpuszczalnej, która obecnie stanowi 43% całego rynku kawy i ponad 47% wartości całego rynku (a 10 lat wcześniej stanowiła zaledwie 15%). Sprzedaż kaw ziarnistych to bardzo mała część rynku, na poziomie 1%. Ponad 80% Polaków deklaruje, że pije kawę regularnie<sup>22</sup>.

Kawa jest jednym z podstawowych artykułów spożywczych i najważniejszych towarów handlowych na świecie<sup>23</sup>. Co roku bowiem wypijamy 450 miliardów filiżanek kawy<sup>24</sup>.

### *Lekomania*

Lekomania nie jest pojęciem nowym. Potocznie wiąże się ją z zażywaniem różnych leków, w dłuższym okresie czasu, branych przypadkowo lub celowo z wyborem w ilościach nadmiernych w stosunku do rzeczywistych potrzeb. W wieku XX i XXI dokonał się ogromny postęp w farmakoterapii wielu schorzeń. Powoduje to, że dostępne są nowe leki, często o bardzo silnym działaniu, wymagające zarówno od lekarzy, jak i pacjentów rygorystycznego przestrzegania procedur terapeutycznych, jak też wnikliwej obserwacji działań niepożądanych i interakcji. Lek niewłaściwie stosowany, może stać się przyczyną złych skutków natury zdrowotnej dla pacjenta. Ograniczona dostępność usług medycznych, szczególnie długi okres wyczekiwania do specjalistów powoduje, że dość często leczymy się sami, kupując leki bez recepty.

Wiele osób bywa permanentnie przytłoczonych licznymi dolegliwościami warunkowanymi przez jakość współczesnego życia, co powoduje obawę o własne zdrowie. Młodzi często nie są jeszcze odporni na ponoszenie tak znacznego obciążenia fizycznego i psychicznego. Stąd oczekują cudownego działania jakiegoś środka pozwalającego w sposób nagły poprawić ich możliwości. Osoby starsze, pragną uwolnić się od bólu i normalnie zasypiać.

Długookresowe zażywanie leków jest przyczyną stanu zależności lekowej. Lek powoduje przestrojenie czynności psychicznych oraz (lub) somatycznych do tego stopnia, że nagłe przerwanie stosowania wywołuje duże zaburzenia części organizmu, zwane objawami abstynencji. Najczęściej i najszybciej wytwarza się zależność psychiczna od leku a później ewentualnie somatyczna, charakteryzująca się zmianami narządów obwodowych po odstawieniu leku, np. zaburzeniami ciśnienia krwi, czynności serca, oddychania, układu pokarmowego; związek wywołujący zależność lekową wchodzi w łańcuchy przemian metabolicznych organizmu, dla których staje się w końcu niezbędny.

Postęp chemii i nauk biologicznych doprowadził do znaczącego wzrostu liczby preparatów farmaceutycznych. Często lekomania oprócz celów zamierzonych przynosi szereg skutków ubocznych. Równie często lekomanii biorą środki przeciwbólowe, hormonalne, przeczyszczające itp., które powodują szereg niebezpieczeństw

<sup>22</sup> Por. <http://www.firma.egospodarka.pl/44384,rynek-kawy-w-Polsce-stabi...>

<sup>23</sup> W skali globalnej 25 milionów drobnych producentów zajmuje się jej wytwarzaniem. Najwięksi producenci kawy to Brazylia (2,18 mln ton rocznie, 1/3 światowego rynku kawy), Wietnam (0,99 mln ton), Indonezja (0,76 mln ton), Kolumbia (0,68 mln ton), *Ibidem*. Wikipedia.

<sup>24</sup> Patrz: <http://ciekawnik.pl/index.php?option=com-content&task=view&id=240>.

dla zdrowia, np. hormon tarczycy na odchudzenie może spowodować nadczynność tarczycy. Niektóre osoby stosują środki przeczyszczające nie zdając sobie sprawy, że stałe przyjmowanie ich powoduje zmiany chorobowe jelit oraz zaburzenia w równowadze mineralnej ustroju<sup>25</sup>.

Na podstawie badań i ankiet korespondencyjnych – w środowisku lekarskim i farmaceutycznym – sporządzono listę leków, których domagają się pacjenci w gabinetach lekarskich lub aptekach. Najczęściej wymienia się: leki przeciw bólowi głowy i ogólnie przeciwbólowe, takie jak: tabletki od bólu głowy (np. Etopiryna, Paracetamol, Nurofen), Relanium, Oxazepan, Reladorm, Veramid, Meproamat, Antineuralgiae, Belacom, Bellergot, Encorton, Elenium, Fenactil, Yegentalgin, Gardan, Pabialgina, NO-Spa, Tolargin, Spasmophen, Nitrazepam.

Jednoczesne stosowanie kilku leków, szczególnie od kilku specjalistów, może być przyczyną wielu niebezpiecznych wzajemnych oddziaływań środków leczniczych w organizmie, zniekształcenia obrazu choroby oraz opóźnienia właściwego rozpoznania i leczenia. Dość powszechnie można spotkać się z przypadkami zażywania od kilku do kilkunastu tabletek od bólu głowy lub wypijania kilku butelek kropli żółdkowych, walerianowych czy nasercowych w ciągu dnia. Gdy długotrwałemu używaniu nadmiernych dawek leków towarzyszyć będą objawy wzrastającego zatrucia lub ogólnego wyczerpania organizmu – to leczenie przeradza się w nałóg, który nazywa się już toksykomanią.

Nałóg wiąże się z bardzo silnym uzależnieniem psychicznym i fizycznym. Nagłe zaprzestanie zażywania leku wywołuje objawy abstynencji, co przy braku pomocy w dłuższym okresie czasu może doprowadzić nawet do zgonu.

Przyzwyczajenie charakteryzuje się słabym uzależnieniem i wyraża się w postaci złego samopoczucia w sytuacji bieżącego braku leku.

Zależność lekowa bywa połączona ze zmianą tolerancji wielkości dawki leku w czasie. W miarę upływu czasu przy ciągłym zażywaniu leku, skutki jego działania zmniejszają się, co stwarza potrzebę zwiększania przyjmowanej dawki. Według ekspertów z WHO używanie leków wzrasta wraz z wiekiem. Badania wykazały, że w grupie osób po 65 roku życia liczba zażywanych samowolnie leków wzrasta aż 10-krotnie w porównaniu z grupą osób w wieku 15–35 lat. Odsetek osób przyjmujących różne środki farmakologiczne jest wyższy wśród kobiet niż mężczyzn. Leki stosowane z własnej inicjatywy stanowią 50% leków przyjmowanych doraźnie i 10% używanych przewlekle. Skłonność do samoleczenia w wieku starszym tłumaczy się szeregiem odczuwanych dolegliwości, poczuciem niepewności jutra i stałą obawą o własne zdrowie. U osób młodszych dominuje praktyka leczenia każdego objawu chorobowego odrębnym lekiem oraz stała pogoń za najnowszym rewelacyjnym medykamentem, o niezwyklej skuteczności działania<sup>26</sup>.

Leczenie zależności lekowej niejednokrotnie kończy się niepowodzeniem. Istota sukcesu tkwi w konsekwentnym samoleczeniu lub przy pomocy specjalisty. Warto ograniczać lekomanię, propagowaniem zastępowania leków przeciwbólowych i uspakajających zabiegami fizjoterapeutycznymi, dietą, wypoczynkiem, kąpielami,

<sup>25</sup> Na podstawie: <http://eszkola.pi/czylai/lekomania/8694> (28.08.2009).

<sup>26</sup> Lekomania (nadużywanie leków), patrz: V. Corazza, R. Daimler i inni, *Podręczna encyklopedia zdrowia*, przekład z języka niemieckiego, Poznań 2002, s. 628 i n.

masażem, akupresurą, muzykoterapią, chromoterapią (leczenie kolorami lub auto-sugestią).

Rozmiary lekomanii są zróżnicowane w poszczególnych krajach, przy czym brak jest pełnych danych statystycznych dla wielu krajów; lekomania dominuje w USA stała się tam główną przyczyną hospitalizacji i zgonów.

### Uzależnienia natury niechemicznej

#### *Hazard*

Pojęcie to według *Słownika współczesnego języka polskiego* oznacza niebezpieczne przedsięwzięcie, którego wynik jest wątpliwy i zależny wyłącznie od przypadku, ślepego losu, oznacza także robienie czegoś bez zastanowienia się nad konsekwencjami<sup>27</sup>. Słowo hazard pochodzi z języka arabskiego: „az-zahr” to znaczy kostka lub gra w kości. W języku angielskim w dosłownym tłumaczeniu oznacza niebezpieczeństwo lub ryzyko<sup>28</sup>.

Kontrolowana przez grającego gra z możliwością przerwania jej w każdej chwili, szczególnie przy niewielkiej stawce, nie nosi cech działania niebezpiecznego w skutkach. Natomiast przy powtarzających się przypadkach odczuwania braku możliwości zaprzestania przegrywanej gry, możemy mówić o uzależnieniu od hazardu.

Hazard jest odczuwany jako niepohamowana potrzeba przeżywania bardzo znaczących emocji związanych z marzeniami o wielu cudownych możliwych zdarzeniach. Hazardziści myślą, że dzięki wygranej to wszystko jest do zrealizowania. Gdy wygrywają, to nie przerywają gry, licząc na wyższą wygraną a tu szczęście odchodzi, więc grają, aby się odegrać. Następnie przychodzą kolejno z ostatnimi swoimi lub pożyczonymi pieniędzmi, aż do ich wyczerpania. Grający zaczynają zapominać o swoich codziennych obowiązkach, zawodowych, rodzinnych, społecznych. Żyją niczym w amoku, nikt nie jest w stanie przekonać ich o tragedii dla nich i ich rodziny.

Gry hazardowe znane były we wszystkich starożytnych cywilizacjach. O wartościowe rzeczy i niewolników grano w Chinach już około 2300 lat p.n.e., w Tebach około 1500 lat. Gra w kości zadomowiła się w Europie, szczególnie w Grecji, a następnie w Rzymie. W epoce renesansu karty dotarły do Włoch i Hiszpanii, a następnie do Francji. Na początku XX wieku hazard trafił na dobry grunt w Ameryce<sup>29</sup>.

We wszystkich krajach, gdzie można uprawiać hazard, dochody w formie podatków stąd pochodzących zasilają budżet państwa. Dlatego im większy obrót kasyn, tym lepiej dla budżetu. Największe obroty kasyn na świecie są w USA: w 2004 roku obrót kasyn wyniósł 47,3 mld dolarów. Według analiz Pricewaterhouse Coopers w 2009 roku wyniesie ok. 64,1 miliarda dolarów. W Europie najwięcej na hazard wydają (dane z 2004 r.) Francuzi – 2,5 miliarda euro oraz Niemcy i Brytyjczycy – po około 1 miliarda euro. W krajach islamskich hazard jest zabroniony, choć np. Indonezja dopuszcza go na wyspie Batam.

<sup>27</sup> *Słownik współczesnego języka polskiego*, Warszawa 1998, t. 1, s. 301.

<sup>28</sup> <http://pl.wikipedia.org/wiki/hazard.html> (26.08.2009).

<sup>29</sup> W Ameryce najwcześniej wykorzystano oficjalne dochody z kasyn i loterii do finansowania inwestycji publicznych.

Hazard jest biznesem niskiego ryzyka i ciągle się rozwija<sup>30</sup>. W Polsce, urządzenie i prowadzenie działalności hazardowej reguluje ustawa z dnia 29 lipca 1992 o grach i zakładach wzajemnych. Określa ona katalog gier hazardowych, jakie są dozwolone oraz miejsce i warunki ich urządzania. Do ustawowego katalogu gier należą: gry liczbowe, loterie pieniężne, loterie fantowe, ruletka, gra w karty (black jack, poker, baccarat), gry w kości, gra w bingo (pieniężne, fantowe), loterie promocyjne, zakłady wzajemne – polegające na odgadywaniu wyników sportowego współzawodnictwa ludzi lub zwierząt (totalizator), gry na automatach (w tym o niskich wygranych).

W 2005 roku w Polsce na hazard wydano blisko 6,5 mld zł, w tym na gry liczbowe 2,34 mld; na grę w automatach 1,04 mld w kasynach gry – 9,6 mld itd. Do budżetu państwa z tytułu opodatkowania hazardu w 2005 roku wpłynęło ponad 805 mln zł<sup>31</sup>. W 2008 roku w automatach do gry, u bukmacherów i w punktach lotto Polacy zostawili 17 miliardów złotych, tj. więcej niż na leki i alkohole wysokoprocentowe<sup>32</sup>. Ta skłonność Polaków wykazuje tendencje wzrostowe.

Od 2008 roku dają się zauważyć różnorodne skutki kryzysu ekonomiczno-financego, między innymi w postaci spowolnienia wzrostu gospodarczego, a w ślad za tym zmniejszenia pobytu na różnych rynkach, w tym również w hazardzie. Jednak już w 2012 r. przychody z hazardu wzrosły o ok. 15%, w stosunku do 2011 r.<sup>33</sup>

Hazard został oficjalnie uznany jako rodzaj określonego zaburzenia stanu zdrowia; znalazł się bowiem w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10); można go określić jako powtarzające się działania bez jasnej, racjonalnej motywacji, które nie mogą być kontrolowane i zazwyczaj szkodzą tak interesom pacjenta, jak i innym ludzi. Pacjent opisuje je jako zachowania związane z przymusem działania<sup>34</sup>. Dotychczas nie rozpoznano jednoznacznie, co powoduje, że część ludzi potrafi kontrolować swoje działania związane z uczestnictwem w hazardzie, a część nie. Niektórzy zwracają uwagę, że wpływ mogą mieć specyficzne cechy osobowości, inni mówią o możliwości dziedziczności tej skłonności. Naszym zdaniem najważniejsza jest świadomość hazardzisty o możliwości i konsekwencji jego działań, jego chęć wyjścia z nałogu samodzielnie lub z pomocą specjalistów.

Wiele osób łączy hazard z nadużywaniem alkoholu, tytoniu czy narkotyków; często hazard przyspiesza schorzenia wątroby (np. marskość), powoduje podwyższone ciśnienie krwi oraz tętna, a także bóle w klatce piersiowej, wrzody żołądka, czy dolegliwości układu kostnego (bóle kręgosłupa)<sup>35</sup>.

Współcześnie obserwujemy także rozwój swoistego hazardu moralnego, który polega na nagradzaniu lub umożliwianiu złego postępowania np. dotowanie banków, które wcześniej wydały zyski w formie dywidend lub wyłudzenie zasiłków chorobowych przez osoby zdrowe itp.

<sup>30</sup> Według prognoz PWC w 2009 roku, łączny obrót wszystkich kasyn na świecie przekroczy 100 miliardów dolarów, <http://pl.wikipedia.org/wiki/hazard.html>.

<sup>31</sup> *Ibidem*.

<sup>32</sup> <http://forum.lancut.org/Temat-polacy-wvdai%C4%85-na-hazard-wi...>

<sup>33</sup> Dane na podstawie: <http://www.ochoroba.pl/artykuły/1411-hazard-%E2%80%93-uzalezn...>

<sup>34</sup> *Ibidem*.

<sup>35</sup> *Ibidem*.

### *Zakupoholizm*

Zakupy są codzienną zazwyczaj czynnością ludzi. W Polsce w różnych latach np. PRL-u, szczególnie w jego fazie schyłkowej, ludzie mieli pieniądze, ale nie mogli zaspokoić swych potrzeb. W miarę przechodzenia do gospodarki rynkowej, rosły ceny, półki zapełniały się towarami, szczególnie napływającymi z importu, ale płace nie nadążały za wzrostem cen. Rozwój gospodarki, wzrost wydajności pracy – a za tym i wzrost płac – umożliwił pracującym nabywanie artykułów nie tylko pierwszej potrzeby. Znacznie trudniejsza była sytuacja osób bezrobotnych, z których tylko część przebrnęła się.

Zwiększaniu liczby placówek handlowych towarzyszyły różnorodne formy reklamy (wystawy, bezpłatne foldery, bilbordy, reklama radiowa, telewizyjna, ulotki itp.). Szał kupowania towarzyszy szczególnie okresom przedświątecznym. W handlu wielkopowierzchniowym stosuje się sezonowe niekiedy daleko idące przeceny, co pozwala na zakup towarów po stosunkowo niskich cenach.

Kupujemy z różnych powodów, nie tylko po to, by zaspokoić podstawowe potrzeby, ale także, aby podnieść swój prestiż, zaspokoić ciekawość, pozbyć się kompleksów, poczucia samotności i dowartościować się.

Pewne okresy sprzyjają zaciąganiu kredytów i pożyczek na cele konsumpcyjne. Np. w roku 2007 zadłużenie w bankach wynosiło ponad 260 miliardów złotych. Kwota ta obejmuje łącznie kredyty hipoteczne gotówkowe i ratalne. W przypadku kredytów gotówkowych i ratalnych banki mogą nie odzyskać około 3 miliardów złotych<sup>36</sup>. Wśród mniej zamożnych konsumentów z zainteresowaniem spotkało się zaciąganie pożyczek „od ręki”, bez zabezpieczeń. Dogodności w systemie płatności, sprzyjają nieodpowiedzialnym zakupom.

Zakupoholizm, który również polega na utracie kontroli, o wiele częściej dotyka kobiet niż mężczyzn. Zakupoholikiem może zostać każdy, niezależnie od płci wieku i stanu posiadania.

W Anglii około 15% dorosłych ma problemy z zakupoholizmem, w Stanach Zjednoczonych – około 6%. W Polsce jeszcze nie przeprowadzono reprezentatywnych badań statystycznych, natomiast z sondażowych wynika, że problem nałogu zakupowego istnieje<sup>37</sup>.

Drogi wyjścia z tego nałogu zależą od stadium jego zaawansowania. W początkowym stadium wystarczy zdrowy rozsądek i pomoc rodziny, przyjaciół. W poważniejszych przypadkach nieodzowna jest pomoc psychologa lub leczenie w odpowiednim ośrodku<sup>38</sup>.

### *Uzależnienie od internetu*

Uzależnienie od internetu (*online addiction* czy *Internet addiction*) zaczyna się niepostrzeżenie stawać niemniej ważnym problemem społecznym, jak alkoholizm czy zażywanie narkotyków. Z dotychczasowych badań niewiele wiadomo o użytkownikach sieci i ich problemach<sup>39</sup>.

<sup>36</sup> <http://www.narkotyki.pl/nietypowe-uzaleznienia/zakupoholizm%202009-25.o8>.

<sup>37</sup> [http://www.swiatkonsumenta.pl/artvkuil.php?id=56\\_2009-25-.08](http://www.swiatkonsumenta.pl/artvkuil.php?id=56_2009-25-.08).

<sup>38</sup> Opracowano głównie na podstawie: C. Guerreschi, *Nowe uzależnienia*, Kraków 2006.

<sup>39</sup> *Komputer i internet: dobrodziejstwo czy zagrożenie*, oprac. S. Olczak, Warszawa 2007.



W ostatnich latach w Polsce zwiększa się znacząco dostęp do internetu. Serfujemy niezależnie od wieku. Użytkownicy poświęcają internetowi coraz więcej czasu. Szczególnie dotyczy to osób mieszkających samotnie lub niemających stałego zajęcia. Ta internetowa epidemia powoduje, że nie starcza już czasu na naukę czy na życie rodzinne. Ludzie uzależnieni od internetu zaczynają odczuwać dyskomfort, gdy mają ograniczyć swój czas spędzony w sieci, a uniemożliwienie im dostępu do poczty elektronicznej uznają za katastrofę. Nie łatwo jest określić, co w internecie może być najgorsze, co trzeba wyeliminować i jak się przed tym strzec. Występuje tu wiele możliwych form działania: wysyłanie listów elektronicznych, krążenie po pajęczynie World Wide Web, ściąganie plików, udział w grupach dyskusyjnych, różne gry, sieciowe pogawędki, nawiązywanie i utrzymywanie bieżących kontaktów na portalu Nasza Klasa itp. Wszystko to pozwala, na wiele form aktywności i na gromadzenie wielu różnych zasobów i kontaktów; zarówno wartościowych, jak i szkodliwych. Istotną rolę odgrywa tu anonimowość użytkownika, który pozyskuje to, co chce, łatwo i bez obaw o identyfikację.

Uzależnienie od internetu przejawia się nie tylko w ilości czasu poświęconego na serfowanie w sieci, ale także wręcz obsesyjne myślenie, a nawet sny, o tym co się może zdarzyć na internetowych stronach. W takich sytuacjach inne dziedziny aktywności, na przykład praca mogą być przez to poszkodowane.

Człowiek uzależniony od internetu nie tylko obciąża kosztami połączenia swojego pracodawcę, ale jeszcze (w tym czasie) nie wykonuje zleconych mu zadań. Każda organizacja może ustalić zasady korzystania z internetu dla celów prywatnych.

Osoba uzależniona po pewnym czasie, zaczyna chcieć ograniczyć korzystanie z internetu, ale najczęściej nie ma do tego wystarczająco silnej woli. Z tego uzależnienia można się<sup>40</sup> trwale wyleczyć i ponownie z pożytkiem korzystać z tego medium.

---

<sup>40</sup> *Jak pomóc uzależnionym od internetu*, oprac. S. Olczak, Warszawa 2007; a także strona internetowa: leczenie uzależnień od internetu.



## 2. Alkoholizm

### Pojęcie i objawy alkoholizmu

Napoje zawierające alkohol<sup>41</sup> towarzyszą nam prawie od początku istnienia ludzkości. Już człowiek ery neolitycznej używał napojów alkoholowych przy okazji obrzędów rytualnych. Alkohol towarzyszy nam w codziennym życiu, ma odprężyć, pozwolić zapomnieć, ułatwiać kontakty międzyludzkie, poznanie partnerów życiowych czy biznesowych.

Ludzie różnie zachowują się po spożyciu alkoholu. Jedni zasypiają, drudzy są nadmiernie ożywieni, a inni bywają bardzo agresywni. Człowiek, który w miarę często pije alkohol, nawet w niewielkich ilościach, nie zastanawia się, że takie picie zaczyna być nie tylko szkodliwe dla zdrowia (fizycznego i psychicznego), ale doprowadza do uzależnienia od alkoholu.

Picie alkoholu w ilościach większych niż uznawanych jako normy kulturowe określa się mianem alkoholizmu. Alkoholizm to nałogowe picie alkoholu i choroba powstająca wskutek tego a także zespół ujemnych zjawisk dla jednostki i społeczeństwa stąd wypływających<sup>42</sup>.

Termin alkoholizm został wprowadzony w 1849 roku przez szwedzkiego lekarza i aktywnego propagatora trzeźwości Magnusa Husa na oznaczenie tylko tych objawów chorobowych, które nie mają bezpośredniego związku z ograniczonymi zmianami systemu nerwowego, ale występują chronicznie u osób przez długi czas spożywających znaczne ilości wysokoprocentowych napojów alkoholowych<sup>43</sup>.

Inni eksperci medyczni proponują zmienić określenie alkoholizmu na „chroniczne, rozwijające się i mogące doprowadzić do zgonu schorzenie biogenetyczne i psychospołeczne, charakteryzujące się narastającą tolerancją i fizjologicznym uzależnieniem, przejawiającym się utratą kontroli nad piciem, różnymi zmianami osobowościowymi i konsekwencjami społecznymi”<sup>44</sup>.

Według Światowej Organizacji Zdrowia uzależnienie od alkoholu to „stan psychiczny i fizyczny wynikający ze współdziałania żywego organizmu i alkoholu. Stan ten charakteryzuje się zmianami w zachowaniu oraz innymi następstwami, w tym przymusem ciągłego lub okresowego używania alkoholu [...]”<sup>45</sup>. W rozumieniu tej definicji, dla choroby alkoholowej charakterystyczna jest zależność tak fizyczna, jak i psychiczna oraz możliwość wzrostu tolerancji na alkohol, przy czym:

<sup>41</sup> Alkohol (niem. *Alkohol*, ang. *alcohol*, od arab. *al-ghul* [zły duch]), za: *Słownik wyrazów obcych*, red. J. Tokarski, H. Szkiłdź, wyd. 8, Warszawa 1962, s. 42.

<sup>42</sup> *Słownik współczesnego języka polskiego...*, t. 1, s. 10.

<sup>43</sup> *Encyklopedia socjologii*, t. 1: A–J, Warszawa 1998, s. 21–22.

<sup>44</sup> *Medyczny słownik encyklopedyczny*, Kraków 1993, s. 21.

<sup>45</sup> B.T. Woronowicz, *Alkoholizm jest chorobą*, Warszawa 1998, s. 14.

- zależność psychiczna – to potrzeba częstego lub stałego przyjmowania alkoholu, aby powtarzać przeżycia związane z jego przyjmowaniem,
- zależność fizyczna – to stan biologicznej adaptacji do alkoholu, bez którego trudno sobie wyobrazić, że może prawidłowo funkcjonować. Przerwanie lub ograniczanie spożywania alkoholu wywołuje objawy abstynencji (tzw zespół odstawienia),
- tolerancja jest stanem, w którym wypijanie tej samej dawki alkoholu daje coraz słabszą reakcję, dlatego dla uzyskania poprzedniego efektu picia, trzeba wypijać coraz więcej alkoholu.

W rozpowszechnionym na co dzień w społeczeństwie odczuciu, alkoholizm oznacza stan bardzo zaawansowanej degradacji fizycznej, psychicznej, duchowej i materialnej, który immanentnie jest związany z nadużywaniem alkoholu. Bardziej jednoznacznym i ostrzegającym o groźnych skutkach jest określenie tego terminu jako: „chroniczne, rozwijające się i mogące prowadzić do zgonu schorzenie biogenetyczne i psychospołeczne, charakteryzujące się narastającą tolerancją i fizjologicznym uzależnieniem przejawiającym się utratą kontroli nad piciem, rozmaitymi zmianami osobowościowymi i konsekwencjami społecznymi”<sup>46</sup> Przy czym, alkoholiczkiem według opinii społecznej jest taka osoba, która straciła wszystko co posiadała tzn. zdrowie, pracę, rodzinę, majątek i nie jest w stanie przeżyć dnia bez alkoholu.

Obecnie najczęściej przyjmowane są dwie zasady definiowania i klasyfikowania zaburzeń związanych z używaniem alkoholu.

Pierwsza to 10 wersja Międzynarodowej klasyfikacji Chorób i Urazów i Przyczyn zgonów (ICD-10) – „Kryteria diagnostyczne uzależnienia od alkoholu, gdzie te uzależnienia definiowane są jako: Zespół objawów somatycznych, behawioralnych i poznawczych, w których picie alkoholu staje się priorytetowe nad innymi poprzednio ważniejszymi zachowaniami”. Do rozpoznania uzależnienia alkoholowego potrzebne jest stwierdzenie występowania trzech z poniższych objawów w czasie ostatniego roku:

- silna potrzeba (głód) picia,
- trudności kontrolowania zachowań związanych z piciem w sensie upośledzenia,
- kontrolowania rozpoczęcia picia (np. powstrzymywania się od picia przed piciem),
- czas trwania picia (np. ograniczenia picia do jednego dnia),
- ilość alkoholu (np. konieczność wypicia całej butelki),
- stan abstynencyjny spowodowany przerwaniem picia lub zredukowania dawki alkoholu<sup>47</sup>.

Druga to Klasyfikacja Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSMIII), w której użyto terminu uzależnienie od alkoholu (zamiast alkoholizm) jako osobną kategorię środków odurzających. Kryteria występowania uzależnienia od alkoholu to: „patologiczny wzorec używania alkoholu lub zaburzenie funkcji społecznych i/lub zawodowych, które spowodowane zostały używaniem alkoholu oraz towarzyszą któremuś z nich zmieniona tolerancja bądź objawy zespołu absencyjnego”.

- Patologiczny wzorec używania alkoholu polega na tym, że osoba uzależniona:
- potrzebuje codziennie alkoholu do prawidłowego funkcjonowania,
  - nie może ograniczyć lub zaprzestać picia,
  - ponawia wysiłki kontrolowania lub ograniczenia nadmiernego picia,

<sup>46</sup> Cyt. za: W. Frieske, *Encyklopedia socjalna*, Warszawa 1998, s. 21.

<sup>47</sup> B. Habrat, *Przewodnik lekarza praktyka. Szkody zdrowotne spowodowane alkoholem*, Warszawa 1996, s. 33.

- pije tzw. ciągami – pozostając w stanie odurzenia alkoholowego co najmniej przez dwa dni,
- nie pamięta wydarzeń z okresu bycia w stanie odurzenia alkoholowego (tzw. przerwy w życiorysie, czy urwany film),
- kontynuuje picie pomimo pojawienia się poważnych zaburzeń fizycznych, o których wie, że są ściśle związane z używaniem alkoholu,
- pije alkohole niekonsumpcyjne.

W klasyfikacji DSM-III wyróżnia się trzy wzorce patologicznego używania alkoholu: regularne, codzienne spożywanie dużych ilości, regularne ciężkie picie sobotnio-niedzielne, długie okresy trzeźwości przeplatane tzw. ciągami (trwającymi tygodnie lub miesiące).

### Przyczyny alkoholizmu

Alkoholizm określa się dość często jako chorobę, która wyniszcza osobę pijącą: fizycznie, emocjonalnie, duchowo i intelektualnie. Istnieje wiele teorii próbujących wyjaśnić przyczyny i mechanizm powstawania patologicznego picia. Wszystkie je można sprowadzić do dwóch zasadniczo różniących się punktów widzenia. Pierwszy, to pogląd, że uzależnienie jest indywidualną reakcją na pewien rodzaj psychologicznego lub społecznego stresu, czyli wiąże się z problematyką zachowania człowieka. Obecnie przeważa drugi punkt widzenia, zgodnie z którym uzależnienie od alkoholu jest raczej bliżej niezidentyfikowanym zaburzeniem przemiany materii, czyli chorobą wynikającą z pewnych odchyień biochemicznych u człowieka, który staje się alkoholikiem. J. Ewing w pracy *Czynniki predysponujące i chroniące w dziedzinie używania i nadużywania alkoholu* uważa, że do choroby alkoholowej dochodzi w wyniku interakcji czterech grup czynników, które mogą wywierać wpływ zarówno predysponujący, jak i w pewnym sensie chroniący człowieka.

#### Czynniki predysponujące i chroniące w używaniu i nadużywaniu alkoholu według Ewinga

Czynniki	Przykłady czynników	Przykłady czynników chroniących
Dostępność napojów	Łatwy dostęp, niska cena	Dostęp utrudniony, wysoka cena
Czynniki socjokulturowe	Postawy otoczenia zachęcające do nadmiernego picia, nadmierne picie grupy rówieśniczej	Postawy otoczenia zniechęcające do nadmiernego picia, umiarkowane picie grupy rówieśniczej
Czynniki psychologiczne	Trudności w opanowaniu uczuć agresji i frustracji, konflikty dotyczące poczucia siły i ról seksualnych. Ustępowanie złęgo samopoczucia po wypiciu alkoholu	Wewnętrzna potrzeba kontrolowania samego siebie, względny brak konfliktów
Czynniki biomedyczne	Stymulujący i euforyzujący wpływ alkoholu	Antypresyjne i życliwe działanie rodziny

Źródło: I. Wald, *Alkohol oraz związane z nim problemy społeczne i zdrowotne*, Warszawa 1986, s. 214.

### *Alkohol a organizm człowieka*

Napoje alkoholowe różnią się od siebie smakiem, zapachem, barwą i szybkością oddziaływania na organizm człowieka<sup>48</sup>.

Objawy towarzyszące zwykłe po wypiciu alkoholu, są na ogół bezpośrednim efektem zależnym od stopnia stężenia alkoholu we krwi osoby pijącej w zależności od wagi jej ciała. Np. dla wagi ciała ok. 75 kg:

- 0,30–0,5 promila – zakłócenia koordynacji wzrokowo-ruchowej, nieznaczne zaburzenia równowagi oraz euforia i obniżenie krytycyzmu,
- 0,50–0,7 promila – zaburzenia sprawności ruchowej (niezauważalne osłabienie), nadmierna pobudliwość i gadatliwość a także obniżenie samokontroli oraz błędna ocena własnych możliwości, które prowadzą do fałszywej oceny sytuacji,
- 0,7–2,0 promile – zaburzenia równowagi, sprawności i koordynacji ruchowej, obniżenie progu bólu, pogłębiający się spadek sprawności intelektualnej (błędy w logicznym rozumowaniu, wadliwe wyciąganie wniosków itp.), opóźnienie czasu reakcji, wyraźna drażliwość, obniżona tolerancja dla innych, zachowania agresywne, pobudzenie seksualne, wzrost ciśnienia krwi oraz przyspieszenie akcji serca,
- 2,0–3,0 promile – zaburzenia mowy (bełkotliwa), wyraźne spowolnienie i zaburzenia równowagi (chód na szerokiej postawie, chwieianie i przewracanie się, wzmożona senność, znacznie obniżona zdolność do kontroli własnych zachowań (trudno mówić o samodzielnym działaniu i wykonywaniu skoordynowanych ruchów),
- 3,0–4,0 promile – spadek ciśnienia krwi, obniżenie ciepłoty ciała, zanik ruchów fizjologicznych oraz głębokie zaburzenia świadomości prowadzące do śpiączki,
- pow. 4,0 promili – głęboka śpiączka, zaburzenia czynności ośrodka naczyniowo-ruchowego i oddechowego, możliwość porażenia tych ośrodków przez alkohol. Stan zagrożenia życia<sup>49</sup>.

Stężenie alkoholu we krwi zależy nie tylko od ilości wypitego alkoholu, ale także od rodzaju (czystości chemicznej wynikającej z przestrzegania technologii produkcji) spożywanych napojów alkoholowych. Nie mniej ważne są takie cechy człowieka jak: płeć, wiek, budowa fizyczna, aktualne zmęczenie, stan zdrowia, indywidualne predyspozycje odpornościowe na ilość spożywanego alkoholu. Istotne znaczenie, odgrywa wielkość dawek przyjmowanego jednorazowo alkoholu, czas jego konsumpcji i brak czy rodzaj towarzyszącego konsumpcji jedzenia.

Wchłanianie alkoholu etylowego rozpoczyna się natychmiast po wprowadzeniu go do organizmu, tj. już w jamie ustnej. Szybkość wchłaniania zależy m.in. od wypełnienia żołądka treścią pokarmową a także od zawartości tłuszczu w pożywieniu. Do maksymalnego stężenia alkoholu we krwi dochodzi przeważnie po godzinie do półtorej od chwili jego spożycia<sup>50</sup>.

<sup>48</sup> Stężenie alkoholu etylowego w najczęściej używanych napojach alkoholowych wynosi: w piwie około 5%, w winie około 12%, w wódce około 40% (do 70% np. w niektórych śliwovicach). Oznacza to, że człowiek spożywa 10g alkoholu etylowego, gdy wypija małe piwo (250 ml), lampkę wina (100 ml) lub kieliszek wódki (25 ml), za: K. Zajączkowski, *Uzależnienia od substancji psychoaktywnych*, Warszawa 2003, s. 26–27.

<sup>49</sup> B.T. Woronowicz, *Alkoholizm jako choroba*, Warszawa 1994, s. 7.

<sup>50</sup> Zob. B.T. Woronowicz, *Jak poradzić sobie z uzależnieniem od alkoholu*, Warszawa 2008, s. 11.

Problemy zakłóceń w funkcjonowaniu człowieka w wyniku picia alkoholu, nie dotyczą wyłącznie osób ciągle pijących, ale także tych, którzy sytuacyjnie lub okresowo nadużywają alkoholu. W naszym społeczeństwie najwięcej mamy osób pijących umiarkowanie.

Alkohol działa szkodliwie na wszystkie tkanki i narządy. Raport Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) dotyczący zdrowia globalnego (2002) wymienia blisko 60 chorób i urazów występujących na tle nadużywania alkoholu. Alkohol jest trzecią główną przyczyną ogólnego obciążenia chorobami i odpowiada za 10,8% ogólnego obciążenia chorobami w Regionie Europejskim. W Europie blisko 6,2% przypadków śmierci rokrocznie można przypisać nadużywaniu alkoholu.

Choroby występujące na tle nadużywania alkoholu to przede wszystkim choroby układów<sup>51</sup>: nerwowego, pokarmowego, krążenia, oddechowego, moczowego, hormonalnego a także nowotwory, zmiany skórne czy zakłócenia okresu ciąży. Osobną grupę stanowią rozmaite powikłania psychiatryczne.

- **Układ nerwowy** jest szczególnie wrażliwy na działanie alkoholu etylowego. Tutaj najszybciej i najwyraźniej można zauważyć zachodzące zmiany, w postaci zaburzeń czucia nerwobóli, co w dalszej kolejności może doprowadzić do wystąpienia niedowładów a nawet porażeń. Tym zmianom towarzyszą prawie zawsze zmiany mięśniowe (osłabienie siły, postępujący w dłuższym czasie zanik mięśni czy osłabienie skurczu mięśni gładkich). W różnych doniesieniach naukowych podaje się, że 50–90% zmian w ośrodkowym układzie nerwowym dotyczy zmian zanikowych mózdzku i mózgu, co związane jest z występowaniem drgawkowych napadów abstynenckich (tzw. padaczka alkoholowa). Na podłożu alkoholowym może rozwinąć się psychoza Korsakowa, w której na plan pierwszy wysuwają się zaburzenia pamięci świeżej (zapamiętywanie i przypomnianie) oraz wydarzenia zmyślone wypełniające luki pamięciowe.
- **Układ pokarmowy** jest niezwykle wrażliwy. Najczęściej tu spotykane zmiany dotyczą przewlekłych stanów zapalnych błon śluzowych jamy ustnej, przełyku, żołądka i dwunastnicy, zaburzenia perystaltyki jelit oraz upośledzenia wchłaniania. Nadmierne spożywanie alkoholu powoduje ostre oraz przewlekłe zapalenia trzustki i związane z tym uszkodzenia tkanki gruczołowej (wytwarzającej enzymy trawienne). W stanach bardziej zaawansowanych, powikłaniem zapalenia trzustki bywa cukrzyca. Występujące u alkoholików zmiany w wątrobie są częściowo wynikiem przewlekłego niedożywienia, a przede wszystkim toksycznego działania alkoholu na komórki, co wywołuje zmiany zapalne w wątrobie. W wątrobie w której metabolizowana jest większość alkoholu, następują kolejne reakcje: stłuszczenia, zapalenia i na końcu marskość wątroby. Ogólna częstotliwość występowania przewlekłych chorób wątroby jest funkcją skumulowanego spożycia alkoholu na przestrzeni lat.
- **Układ oddechowy** narażony jest dość często u osób nadmiernie pijących na przewlekłe zapalenia błony śluzowej tchawicy i oskrzeli. Prowadzi to do zniszczenia tzw. rzęsek i gruczołów śluzowych. Konsekwencją tego stanu jest zwiększona podatność na choroby układu oddechowego. Dodatkowym czynnikiem, który nasila te stany jest dym papierosowy.

<sup>51</sup> Na podstawie: H.P. Rang, M.M. Ritter, *Farmakologia kliniczna...*, s. 618–624.

- **Układ moczowy** pod wpływem oddziaływania toksyczności alkoholu może podlegać ostrej niewydolności nerek lub – w wyniku wzrostu stężenia kwasu moczowego we krwi – może dojść do zapalenia stawów (spowodowanych gromadzeniem się złogów moczanowych).
- **Układ hormonalny** w wyniku intensywnego spożywania alkoholu ulega zakłóceniom i powoduje nieprawidłowe wydzielanie testosteronu, zmniejszenie ruchliwości plemników i zniszczenie ich struktury. (U mężczyzn dochodzi czasem do objawów feminizacji a u kobiet do zaniku jajników).
- **Zmiany skórne** pojawiają się pośrednio i są skutkiem działania alkoholu na układ pokarmowy i wątrobę. Najbardziej widoczne są przebarwienia i pajęczkowate znamiona naczyń, zwłaszcza na skórze twarzy, oraz przekrwienie twarzy połączone z zapaleniem spojówek i obrzękami. Nierzadko towarzyszy im ogólny świąd, który może poprzedzać wystąpienie objawów marskości wątroby.
- **Nowotwory** mogą mieć również związek ze zwiększonym ryzykiem powstawania pewnych odmian raka, szczególnie; wątroby, przetyku, części nosowej gardła, krtani i tchawicy. Zaobserwowano również, że u kobiet częściej pijących alkohol, może występować rak sutka. Wiąże się to m.in. z osłabieniem systemu odpornościowego organizmu.
- **Zakłócenia okresu ciąży.** Osobnym typem szkód zdrowotnych są uszkodzenia płodu, powstałe na tle spożywania alkoholu przez kobiety ciężarne, do tych szkód zaliczamy: niską wagę urodzeniową, opóźnienie wzrostu, obniżenie odporności, uszkodzenie systemu nerwowego. Na tle nadużywania alkoholu przez ciężarne może wystąpić zespół FAS (*Fetal Alcohol Syndrom*) – alkoholowy zespół płodowy. FAS jest zespołem umysłowych i fizycznych zaburzeń, które mogą wyrażać się jako opóźnienie umysłowe, dysfunkcja mózgu, anomalia rozwojowe, zaburzenia w uczeniu się i zaburzenia psychologiczne. Efekty mogą być groźne lub średnio nasilone i wyrażają się obniżeniem IQ, zaburzeniami uwagi i zdolności uczenia się, aż do wad serca, dysfunkcji mózgu i śmierci włącznie. Wiele dzieci doświadcza poważnych zaburzeń zachowania i funkcjonowania społecznego. W USA np. co roku rodzi się ponad 5000 dzieci z FAS. Około 35000 do 50000 ma inne zaburzenia poalkoholowe. Około 70% dzieci z FAS nie osiąga nigdy zdolności do samodzielnego życia<sup>52</sup>.
- **Powikłania psychiatryczne.** Do najczęstszych tego typu powikłań wynikających z uzależnienia alkoholowego można zaliczyć: majaczenie, ostrą halucynozę i przewlekłą halucynację.
- **Majaczenie alkoholowe** – (majaczenie, drżenie, *delirium tremens*, biała gorączka) jest najczęściej spotykaną chorobą alkoholową. Objawy majaczenia pojawiają się wówczas, kiedy spadnie poziom alkoholu we krwi i towarzyszą zawsze innym zespołom abstynencyjnym. Najpierw obserwuje się niepokój i lęk oraz bezsenność, do których dołączają zaburzenia świadomości (dezorientacja co do miejsca i czasu), urojenia, iluzje i omamy. Charakterystyczne dla majaczenia jest nasilenie objawów, kiedy jest ciemno lub w nocy.
- **Ostra halucynozą alkoholową** jest drugą co do częstości występowania psychozą alkoholową i towarzyszy zawsze odmiennym od poprzednich objawów zespołu

<sup>52</sup> *Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2006–2010*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2007, s. 9.



abstynenckiego. W sposób nagły chory zaczyna słyszeć głosy, które mu grożą, czasami oskarżają lub niekiedy żywo dyskutują na jego temat. Zdarza się, że nakazują popełnić mu samobójstwo. Przewlekła halucynacja alkoholowa najczęściej dotyka mężczyzn po 40 roku życia. Chory słyszy głosy, występuje nadmierna podejrzliwość wraz z urojeniami co do wierności partnerki. Stąd ciągłe sprawdzanie, pogroźki, agresja wobec partnerki i jej domniemyanych kochanków oraz wymuszanie przyznania się do winy. Przy rozwiniętej chorobie dochodzi do zawężenia wszelkich zainteresowań, zaniedbania w pracy. Następuje koncentracja na znalezieniu dowodów winy partnerki.

### **Spoleczne skutki alkoholizmu**

Skutki alkoholizmu przejawiają się w różnych dziedzinach życia społecznego, ekonomicznego a nawet kulturowego<sup>53</sup>. O skali problemu i jego znaczeniu społecznym najlepiej świadczy powołanie w 1993 roku Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

Najbardziej dolegliwe skutki alkoholizmu, choć najczęściej trudno wymierne, to koszty społeczne. W przypadkach uzależnienia od alkoholu, najbardziej dramatyczną wymowę mają następstwa wiążące się z rodziną (jest przyczyną niedostatku i może doprowadzić do nędzy). Alkoholizm destrukcyjnie wpływa na małżeństwo i wychowanie dzieci. Często są przypadki awantur, bicia żon i dzieci<sup>54</sup>. „Szacuje się, że jedna czwarta małżeństw rozpada się z tego powodu<sup>55</sup>.

Za rodzinę z problemem alkoholowym, uważa się rodzinę, w której co najmniej jeden z jej członków nadużywa alkoholu. Otoczenie zazwyczaj potępia alkoholika i wyraża solidarność z jego rodziną, ale jednak po pewnym okresie czasu pojawia się niechęć do całej rodziny. W naszym życiu codziennym, nie lubimy mieć problemów innych osób potrzebujących pomocy.

Alkoholizm jest chorobą całej rodziny. W początkowym okresie choroby rodzina, podobnie jak alkoholik, zaprzecza istnieniu kłopotów alkoholowych. Nikt z członków rodziny nie myśli o szukaniu jakiegokolwiek pomocy, stąd członkowie rodziny solidarnie chronią go przed ponoszeniem konsekwencji picia. Następnym etapem picia, to dla rodziny etap chaosu, w którym znika nadzieja na poprawę sytuacji i nastaje czas bezwolnego poddania się biegowi wydarzeń. Z konieczności niepijący małżonek przejmuje odpowiedzialność za całość spraw rodzinnych. Pijący jest coraz mniej tolerowany i chroniony przez rodzinę. Jeżeli nie chce podjąć leczenia, wówczas rodzina podejmuje próbę izolowania a w dalszej kolejności definitywnego usunięcia go z rodziny.

<sup>53</sup> Szerzej: M. Jarosz, *Samozniszczenie, samobójstwo, alkoholizm, narkomania*, Wrocław 1980, s. 195 i n.

<sup>54</sup> *Substancje psychoaktywne. Postawy i zachowania Polaków. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych 2002*, oprac. J. Sierośławski, Warszawa 2004, s. 70.

<sup>55</sup> Ok. 85% rozwodów w Polsce ma związek z alkoholizmem, najczęściej mężczyzn. Wśród małżeństw, w których mężowie nadużywali alkoholu, 56,5% rozpadło się, a 34% żyło w ciągłym konflikcie. Do sądów wpływa ok. 100 tys. spraw rocznie, a około 10 tys. osób uchyła się od tego obowiązku”, za: W. Ratyński, *Problemy i dylematy polityki społecznej w Polsce*, t. 2, Warszawa 2003, s. 115.

Rodzina, w której występuje problem alkoholizmu zazwyczaj nie wypełnia prawidłowo swoich funkcji. Patologiczna atmosfera wpływa w sposób znaczący na rozwój i kształtowanie osobowości dzieci<sup>56</sup>.

Psychologiczne skutki wychowywania dzieci w rodzinie alkoholowej to m.in. poczucie braku kontroli nad własnym życiem, poczucie niższej wartości i związana z nim potrzeba ciągłej aprobaty, brak zaufania do ludzi, nieumiejętność zaspokojenia potrzeby odpoczynku i zabawy. W rodzinie w której rodzic pije jest on w centrum uwagi wszystkich (niezależnie od aktualnego stanu trzeźwości, nietrzeźwości czy leczenia kaca). Atmosfera w domu jest napięta, nerwowa. Na przemian występują: wybuchy żalu, wypominanie rzeczywistych i urojonych krzywd, a także często pojawia się złość i nienawiść ze strony pijącego i innych domowników. Dziecko żyje w ciągłym poczuciu niepewności i braku kontroli nad własnym życiem.

Lęk i brak zaufania do najbliższych pozostawiają w psychice dziecka trudne do usunięcia ślady. Odczuwa jednocześnie poczucie krzywdy i własnej winy za sytuację w rodzinie, równocześnie pojawia się uczucie wstydu za pijącego. W tym chorym środowisku rodzinnym oddziaływującym destrukcyjnie na psychikę dziecka – niepewności jutra towarzyszy brak emocjonalnego wsparcia, a przy złej komunikatywności jednocześnie często występuje nadmierna swoboda różnego typu zachowań. Ich przejawy u dzieci i młodzieży to niska motywacja do nauki w szkole. Jeśli chodzi o zachowanie, to zwykle są aroganccy i agresywni w stosunku do kolegów i nauczycieli, buntują się (często bez powodu), są wulgarni nadpobudliwi ruchowo, psychoruchowo. Używają wulgarnej słownictwa, towarzysza temu występki chuligańskie, drobne kradzieże, włóczęgostwo, a także palenie papierosów, patologiczne zachowania seksualne itd. Często stają się członkami grup przestępczych, skutkiem czego trafiają do domów poprawczych a potem do kolejnego więzienia. Wszystko zaczyna się od tego, że takie dzieci żyją w atmosferze stałego niepokoju i napięcia. W rodzinie alkoholika nie jest dostrzegana obecność dziecka ani jego potrzeby<sup>57</sup>.

Podobnie jak rodzice, dzieci próbują zapomnieć o swoich problemach, porażkach czy niechęci otoczenia poprzez picie alkoholu. Wiek sięgnięcia po pierwszy kieliszek stale się obniża, rodzice często przyzwalają dzieciom na próbowanie alkoholu sami je częstując w wieku 7–10 lat przy różnych okazjach np., nadchodzącego nowego roku czy świąt rodzinnych. W większości przypadków dzieci stykają się z alkoholem przed ukończeniem 18 roku życia. Wśród motywów picia alkoholu wymienia się: picie dla zabawy, dla przyjemności, by nie być gorszym, bo nie wypada odmówić. Te stwierdzenia świadczą, jak bardzo obyczaj picia w środowisku młodzieżowym jest podobny do zwyczajów dorosłych<sup>58</sup>.

Alkohol w miejscu pracy ma szczególną społeczność i ekonomiczną szkodliwość. Przystępowanie do pracy po użyciu alkoholu lub picie go w czasie pracy jest nie tylko poważnym problemem etycznym. Ma to bezpośredni związek z takimi zakłóceniami

<sup>56</sup> Szacuje się, że 38% dzieci wychowuje się w rodzinach, które zmagają się z problemem alkoholowym, a 40% młodzieży stwierdziło, że picie alkoholu przez domowników stanowi dla nich problem. Prawdopodobieństwo wystąpienia aktów przemocy w rodzinie zmagającej się z problemem alkoholowym jest dwukrotnie większe niż w pozostałych, za: *Substancje psychoaktywne. Postawy i zachowania Polaków...*

<sup>57</sup> Por. R. Ilinicka, *Sytuacja dziecka w rodzinie z problemem alkoholowym*, „Praca Socjalna” 2008, nr IX–X, s. 37–44.

<sup>58</sup> M. Ochmański, *Alkoholizm ojców a sytuacja szkolna i rodzinna dzieci*, Lublin 2001, s. 39.

w pracy jak: spadek wydajności pracy, obniżenie jej jakości, zwiększona absencja, czy wzrost zagrożenia wypadkami w pracy czy poza pracą (np. nietrzeźwość użytkowników dróg)<sup>59</sup>. Alkohol bywa przyczyną zakłóconych relacji ze współpracownikami (w wyniku okazywania nadmiernej nerwowości) powoduje nieuzasadnione obrażanie się, nadmierną wrażliwość na krytykę (wymagowaną i rzeczywistą), nagminne zaciąganie i nieoddawanie pożyczek<sup>60</sup>.

Degradacja społeczna związana z długotrwałym nadużywaniem alkoholu prowadzi do wielokrotnej przestępczości. Najczęściej dotyczy to przestępstw przeciwko: życiu, zdrowiu, mieniu; rodzinie; porządkowi publicznemu a także seksualnych (głównie gwałty) lub drogowych<sup>61</sup>.

### Skutki ekonomiczne

Według różnych szacunków, koszty produkcji alkoholu stanowią zaledwie 10% wartości sprzedaży. Niemalą część ceny alkoholu stanowi akcyza pobierana przez państwo. Alkohol jest z jednej strony składnikiem dochodów budżetowych, a z drugiej składnikiem ponoszonych kosztów nadużywania alkoholu i ujemnych skutków stąd wynikających.

Dla krajów UE około 20% kosztów konsumpcji alkoholu to koszty bezpośrednie; wydatki na działalność służb medycznych, socjalnych i prawnych. Szkody materialne szacuje się na 10% kosztów ogólnych. Pozostałe 70% to utracone zarobki osób, które zmarły przedwcześnie lub nie mogły wypełniać swoich obowiązków, w sposób, jaki wykonywałyby je nie pijąc alkoholu<sup>62</sup>. W krajowych budżetach w Europie szacowany koszt konsumpcji alkoholu jest porównywalny z wydatkami rządowymi na kwestie socjalne i wynosi ca 255 mld euro wydatków na zdrowie. Zaprezentowane dane ekonomiczne powiązane ze skutkami społecznymi przemawiają za prowadzeniem polityki zmierzającej do zmniejszenia spożycia alkoholu<sup>63</sup>.

W USA w badaniach dotyczących oceny kosztów ekonomicznych nadużywania alkoholu (w latach 80. XX wieku) – wg wyliczeń Herwooda wynosiły one rocznie ok. 116 mld dolarów<sup>64</sup>. Podstawowe kategorie kosztów tutaj dotyczą: nakładów na leczenie, zmniejszenie wydajności pracy w wyniku nadużywania alkoholu, strat wynikających z przedwczesnych zgonów<sup>65</sup>.

<sup>59</sup> I. Wald, *Alkohol...*, op. cit., s. 156; a także: I. Cierpiatkowska, B. Trepliński, *Alkohol a bezpieczeństwo pracy*, Warszawa 1983, s. 52–53.

<sup>60</sup> Por. B.T. Woronowicz, *Na zdrowie. Jak poradzić sobie z uzależnieniem alkoholowym*, Warszawa 2008, s. 232–233.

<sup>61</sup> Około 70% zabójstw dokonywano po spożyciu alkoholu. 95% sprawców rozbojów działało pod wpływem alkoholu. 57% wszystkich wypadków drogowych spowodowali nietrzeźwi użytkownicy dróg, szerzej zob.: B. Hołyst, *Kryminologia*, Warszawa 2004, s. 655 i n.

<sup>62</sup> *Światowy Raport Zdrowia. Zdrowie psychiczne: nowe spojrzenie, nowa nadzieja*, Genewa 2001.

<sup>63</sup> Por. *ibidem*.

<sup>64</sup> *Alcohol Alert*, „National Institute on Alcohol” 1991, nr 11.

<sup>65</sup> Aby ocenić koszty, naukowcy opracowali standardowe kategorie kosztów. Większość kosztów spowodowanych nadużyciem alkoholu z niekorzystnego oddziaływania alkoholu na zdrowie. Szerzej: *ibidem*.

W porównaniu ze średnim spożyciem alkoholu w Europie, Polska znajduje się w grupie krajów o wysokim poziomie konsumpcji. Średnie spożycie szacowane na podstawie badań ankietowych wynosi 9–12 litrów czystego 100% alkoholu. Obserwuje się stałą tendencję wzrostu spożycia alkoholu. W sumie wydajemy rocznie na trunki ok. 22 mld zł; wydatki na alkohol rosną u nas szybciej niż pensje<sup>66</sup>. Zakupujemy dodatkowo alkohol z szarej strefy (w 2009 r. na kwotę 2 mld zł; prawie co 10 złotych wydawana w Polsce na mocne alkohole trafia do nielegalnych wytwórni)<sup>67</sup>.

Nasi konsumenci coraz częściej sięgają po droższe trunki zarówno krajowe, jak i zagraniczne. Liderem w sprzedaży mocnych alkoholi pozostaje wódka (7 mld zł rocznie), rośnie spożycie win (4 l rocznie, na kwotę 2,5 mld zł), spożycie piwa stabilizuje się na poziomie 91–93 l.

W warunkach przebiegającego kryzysu, konsumenci nie mogą preferować konsumpcji wyrobów alkoholowych. Przeprowadzany wzrost akcyzy jest częścią „Planu Stabilności Finansowej”, który ma na celu wzmocnić polską gospodarkę w czasie światowego kryzysu. Zwiększenie stawek akcyzy oznacza, że cena piwa wzrośnie o 4%, a wódki o 10%. Ma to przynieść zwiększenie wpływów do budżetu około 1 mld zł<sup>68</sup>. Zmniejszone dochody ludności wpłyną na ograniczenie zakupów wyrobów alkoholowych, a w ślad za tym, na obniżenie wpływów do budżetu.

Straty ekonomiczne spowodowane nadużyciem alkoholu wg GUS wynoszą rocznie ponad 15 mld zł (w tym koszty leczenia, wypadki, śmiertelność, straty produkcyjne, itd.).

### Sposoby rozwiązywania kwestii alkoholizmu

W oficjalnych raportach oceniających skutki spożycia alkoholu w Polsce podaje się, że wśród blisko 20 milionów pijących od 2 do 4 milionów cierpi na alkoholizm w różnych stadiach tej choroby<sup>69</sup>. Rozpoznanie alkoholika kojarzy się na ogół z chwiejną postawą, nieskoordynowanymi ruchami i mniej lub bardziej zakłóconą wymową. Natomiast ocena stopnia zaawansowania choroby jest często dyskusyjna. Najczęściej wymienia się trzy kolejne stadia choroby, uwzględniające stopień nasilania i pogłębienia choroby<sup>70</sup>: wczesna faza, zaawansowana faza, późna faza.

Wczesna faza. Przeważnie alkohol zaczyna się pić w jakimś gronie osób. Stopniowo zwiększa się ilość wypijanego alkoholu, wzrasta częstotliwość picia. Niektóre osoby nie zauważają punktu krytycznego, momentu upojenia alkoholowego i piją dalej. Rezultatem tego jest silne zatrucie alkoholowe. Towarzyszą temu niejednokrotnie luki w pamięci, polegające na niemożności odtworzenia zdarzeń towarzyszących picciu po odzyskaniu względnej trzeźwości. Kolejny krok to brak kontroli podczas picia, przekładający się na upijanie się w nieodpowiednich miejscach i nieodpowiednich momentach.

W tej fazie picia, pijący jeszcze potrafi nie pić przez jakiś czas – przez kilka tygodni, a nawet miesięcy. Ta faza wczesnego alkoholizmu przy próbach abstynencji może trwać nawet 10 lat. Pod koniec tego okresu rodzina i otoczenie zwracają uwagę, że

<sup>66</sup> *Wydatki na alkohol rosną szybciej niż pensje*, [www.nowiny24.pl](http://www.nowiny24.pl).

<sup>67</sup> *Bimber zalewa polski rynek*, „BizPoland Magazine”, <http://biznespolska.pl> (29.09.2009).

<sup>68</sup> *Ostatni taki dobry rok?*, „Rynki Alkoholowe” 2009, nr 8.

<sup>69</sup> W. Ratyński, *op. cit.*, s. 108.

<sup>70</sup> *Ibidem*, s. 109.

nasilają się nieporozumienia, konflikty z rodziną i otoczeniem. Później podejmowane są kolejne próby zaprzestania picia i szukanie wytłumaczenia dlaczego musiał się napić.

Zaawansowana faza. Picie alkoholu, łączy się z narastającym poczuciem winy. Równocześnie alkoholik zaczyna unikać ludzi, którzy odnoszą się do niego krytycznie; częściej pije samotnie lub w tajemnicy. Ukrywa zapas alkoholu przed otoczeniem. Zaczyna być przekonany, że to otoczenie jest winne, że on pije, gdyż jest źle traktowany. Odczuwane przez niego przykrości powodują agresywne zachowania wobec otoczenia i trudne do zniesienia poczucie winy. Alkoholik zaczyna funkcjonować rano dopiero po wypiciu tzw. klina. Picie codzienne wchodzi w nawyk i staje się obsesją. Skutkuje to nieporozumieniami w domu, a także utratą pracy. Dla nałogu, alkoholik może poświęcić wszystko: rodzinę, przyjaciół, pieniądze, zdrowie (narastające kłopoty zdrowotne wymagają leczenia).

Późna faza alkoholizmu to tzw. ciągi pijackie. Bez właściwej terapii alkoholika czeka degradacja społeczna moralna, utrata zdrowia fizycznego i psychicznego, a często przedwczesna śmierć.

Coraz poważniejszym problemem jest rozpoczęcie picia alkoholu przez dzieci i młodzież, przed 16-tym rokiem życia. Jest to problem obserwowany nie tylko w Polsce, ale także w wielu krajach. Działania państwa polskiego wobec problemu pijaństwa i alkoholizmu obejmują działania legislacyjne i prawno-karne, programy prewencji, pomoc społeczna, izby wytrzeźwień, opiekę medyczną oraz działalność organizacji społecznych, Kościoła i związków wyznaniowych. Niektóre z przepisów regulujących zagadnienia związane z alkoholem to: przepisy określające role i zadania administracji oraz organizacji społecznych w walce z alkoholizmem, przepisy regulujące zasady produkcji, oznaczania, sprzedaży i spożywania napojów alkoholowych, przepisy regulujące zasady odpowiedzialności za nieprzestrzeganie określonego ustawą obowiązku trzeźwości oraz za czyny popełnione pod wpływem alkoholu, przepisy regulujące zasady pomocy osobom nietrzeźwym i uzależnionym.

Jednym z elementów kształtowania polityki wobec problemu alkoholizmu jest Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałania alkoholizmowi z dnia 26 października 1982 roku (wraz z późn. zm.)<sup>71</sup>. Ustawa ta zobowiązuje władzę i administrację państwową do podejmowania działań zmierzających do ograniczenia spożycia napojów alkoholowych, a także do popierania, tworzenia i rozwoju organizacji społecznych krzewiących trzeźwość, do współdziałania z Kościołem i związkami wyznaniowymi w dziedzinie wychowania w trzeźwości i przeciwdziałania alkoholizmowi.

Państwa Unii Europejskiej dostrzegały problemy związane z alkoholizmem od wielu lat. Stąd powstawały różne narodowe programy w zakresie profilaktyki i minimalizowania skutków alkoholizmu. Podjęwane były również różne wspólne kroki i inicjatywy<sup>72</sup>. Parlament Europejski przyjął Rezolucję w dn. 5 września 2007 roku w sprawie strategii UE w zakresie wspierania państw członkowskich w ograniczaniu szkodliwych skutków spożywania alkoholu. W podjętej rezolucji zwraca się uwagę na

<sup>71</sup> Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałania alkoholizmowi z dnia 16.10. 1982 r., tekst jednolity: Dz.U. z 2007 r., Nr 147, poz. 1231 z późn. zm.

<sup>72</sup> Np. Europejski plan działania w sprawie alkoholu na lata 2000–2005 przyjęty przez Europejski Oddział Światowej Organizacji Zdrowia w 1999 r.

różnorodną szkodliwość alkoholu dla organizmu ludzkiego z uwzględnieniem grup szczególnego zagrożenia: płodu ludzkiego, ludzi młodych, starych, prowadzących pojazdy mechaniczne itp. Zwraca się uwagę na stworzenie specjalnych różnorodnych programów edukacyjnych. Ważnym działaniem jest ograniczenie sprzedaży alkoholu dla ludzi młodych. Konieczne jest zaostrożenie przez państwa członkowskie sankcji za jazdę pod wpływem alkoholu w postaci odbierania prawa jazdy na dłuższy czas. Za celowe uznano zagwarantowanie dostępności alternatywnych środków transportu dla kierowców spożywających alkohol. Podkreśla się, że należy wspierać wszelkie skuteczne środki zapobiegające prowadzeniu pojazdów w stanie nietrzeźwym, w tym blokad oraz innych instrumentów, które w sposób mechaniczny uniemożliwiają prowadzenie pojazdu pod wpływem alkoholu, szczególnie przez kierowców zawodowych. Rezolucja wzywała państwa członkowskie do poszerzenia i koordynacji działań w zakresie zwalczania różnych form uzależnień i podjęcia kompleksowych badań w tym zakresie. W okresie obecnego kryzysu ekonomiczno-finansowego, postulowane w rezolucji działania, realizowane są wybiórczo, w miarę możliwości.

Leczenie alkoholizmu, wymaga od chorego współdziałania w trakcie leczenia. Osoba uzależniona może korzystać z profesjonalnej pomocy odwykowej, przyłączyć się do wspólnot Anonimowych Alkoholików, bądź zostać członkiem klubu abstynenta. Nadrzędnym celem jest trzeźwienie, całkowita abstynencja, a skuteczną pomocą – korzystanie z doświadczeń i wsparcie innych alkoholików<sup>73</sup>.

---

<sup>73</sup> O leczeniu z alkoholizmu szerzej m.in. S. Brown, *Leczenie alkoholików – model rozwojowy, model powrotu do zdrowia*, Warszawa 1990; *Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2006–2010*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2007.

### 3. Narkotyki

#### Podstawowe pojęcia

Narkomania<sup>74</sup> to nałóg polegający na uzależnieniu od narkotyków, prowadzący zwykle do stanów chorobowych, wyniszczający organizm, głównie układ nerwowy. Przez narkotyk rozumie się: substancje odurzające pochodzenia roślinnego lub syntetycznego, używane czasem jako środek nasenny, przeciwbólowy, uspokajający itp., w większych dawkach, wywołujący stany euforii, upojenia, halucynacje; używanie go prowadzi do uzależnienia i stopniowego wyniszczania organizmu, a przedawkowanie powoduje śmierć<sup>75</sup>.

Dotychczas nie ma jednej definicji pojęcia narkomanii; istnieją różnorodne koncepcje dotyczące nazwania pojęcia narkomanii, jednakże najczęściej termin ten jest rozumiany jako „najcięższa postać toksykomanii, która jest rodzajem przewlekłych świadomych zatruć pod wpływem systematycznego używania substancji działających w swoisty sposób na układ nerwowy i psychikę człowieka”<sup>76</sup>.

Różnice w definiowaniu narkomanii rodzą się z odrębnych stanowisk i przekonań odnoszących się zarówno do zespołu przyczyn, jak i motywacji istnienia tegoż zjawiska patologicznego. Niemniej jednak w określaniu pojęcia narkomanii występują prawie we wszystkich definicjach pewne wspólne elementy, aczkolwiek ich wymiar nadrzędności bywa różny. Niektórzy narkomanię rozpatrują jako czynności konsumpcyjne, które polegają na doustnym, inhalacyjnym (przez wdychanie), iniekcyjnym (przez wstrzyknięcie) zażywaniu środków wywołujących charakterystyczne przeżycia euforyzujące<sup>77</sup>.

Zgodnie z definicją zawartą w art. 9 ustawy o zapobieganiu narkomanii z 1985 r., narkomania to „stałe lub okresowe przyjmowanie w celach nie medycznych środków odurzających lub psychotropowych albo środków zastępczych, w wyniku czego może powstać lub powstała zależność”<sup>78</sup>. Wymienione uzależnienie ma charakter głównie psychiczny i rzadziej fizyczny. Na te rodzaje uzależnień zwróciła uwagę Światowa Organizacja Zdrowia. Komitet Ekspertów WHO zdefiniował omawiane uzależnienia jako „stan psychiczny, a czasem fizyczny, będący wynikiem interakcji pomiędzy żywym or-

<sup>74</sup> Łac. *narcomania*, pochodzi od greckich słów *narke* odurzenie i *mania* – szaleństwo, za: *Słownik wyrazów obcych...*, s. 455.

<sup>75</sup> Zob. *Słownik współczesnego języka polskiego...*, t. 1, s. 567.

<sup>76</sup> A. Nowak, E. Wysocka, *Problemy i zagrożenia we współczesnym świecie. Elementy patologii społecznej i kryminologii*, Katowice 2001, s. 62.

<sup>77</sup> S. Szumpich, *Aktualne problemy narkomanii wśród młodzieży*, „Państwo i Społeczeństwo” 2006, nr 3, s. 27–35.

<sup>78</sup> Ustawa o zapobieganiu narkomanii z dnia 31 stycznia 1985 r., Dz.U. z 1985 r., Nr 4.

ganizmem a środkami odurzającymi, charakteryzujący się reakcjami, wśród których występuje zawsze przymus brania leków, stale lub okresowo, w celu doznania jego psychicznych efektów, a czasem dla uniknięcia dolegliwości spowodowanych jego brakiem”<sup>79</sup>.

Poza wymienionymi uzależnieniami: psychicznym i fizycznym, od środków odurzających powinno się również wspomnieć o uzależnieniu egzystencjonalnym. Według J. Malec narkomania to: „brak należycie wykształconych ważnych potrzeb psychicznych, których sukcesywne zaspokajanie czyni życie człowieka satysfakcjonującym i budzącym uznanie otoczenia społecznego. Mówiąc inaczej życiowa pustka sprzyja szukaniu w sposób sztuczny satysfakcji, która pozwoliłaby uciec od nudy i poczucia bezsensu egzystencji”<sup>80</sup>.

T. i W. Hanauskowie oprócz ww. czynników wyodrębniają w narkomani także czynniki historyczno-społeczne i socjologiczno-psychologiczne, będące podłożem umożliwiającym zaistnienie procesu narkomanii<sup>81</sup>.

Rozpatrując uzależnienia od narkotyków, przede wszystkim trzeba zwrócić uwagę na trzy jego aspekty: psychiczny, fizyczny i społeczny.

Uzależnienie psychiczne jest znacząco pogłębionym przymusem zażycia środka lub wykonania pewnej czynności. Przymus objawia się narastającym napięciem, lękiem i niepokojem. Osoba uzależniona ma wrażenie, że bez wzięcia odpowiedniego środka nie pokona tego przymusu. Narastające emocje są tak silne, że stopniowo zakłócają racjonalne myślenie. Równocześnie procesy intelektualne nakierowują człowieka na osiągnięcie celu, jakim jest rozładowanie napięcia za wszelką cenę. Jeżeli człowiek w silnym stanie napięcia napotyka jakąś przeszkodę w dostępności do narkotyku, to wtedy napięcie wzrasta i kumuluje się, narasta złość gniew, o różnym natężeniu – w formie od słownej do czynnej. W stanie takiego poziomu napięcia człowiek jest zdolny, w mniejszym lub większym stopniu złamać nakazy swojego sumienia czy swoje zasady moralne. Uzależnienie psychiczne jest przymusem spowodowanym silnym napięciem emocjonalnym, niwelującym przesłanki intelektualne i uniemożliwiającym odroczenie czynności, czy przesunięcia jej w czasie. Uzależnienie wtedy połączone jest z utratą kontroli nad własnym życiem.

Mechanizmy uzależnienia psychicznego i towarzyszące im zmiany narastają najczęściej stopniowo, początkowo niedostrzegalnie także dla najbliższego otoczenia. Choroba niejednokrotnie trwa latami, zanim otoczenie zorientuje się o narastającym problemie. Uzależnienie psychiczne dość często nie daje objawów, które zwykliśmy uważać za chorobę. Uzależnienie fizyczne to stan biologicznego przystosowania do przyjmowanej substancji. Jej brak w organizmie prowadzi do dolegliwości fizycznych wszystkich układów i wtedy pojawia się zespół absencyjny. Objawy tego zespołu mogą wystąpić wtedy, gdy organizm dostanie zbyt małą dawkę w stosunku do zapotrzebowania. Zespół absencyjny objawia się drżeniem, potliwością, podnieceniem, nudnościami, bólami i skurczami mięśni, zaburzeniami postrzegania, napadami drgawkowymi itp. Objawy te powodują, że osoba uzależniona od narkotyków nie może już sobie wmawiać, że sama decyduje o tym, kiedy je weźmie. Decyduje ob-

<sup>79</sup> K. Frieskie, R. Sobiech, *Narkomania. Interpretacje problemu społecznego*, Warszawa 1987, s. 67–68.

<sup>80</sup> J. Malec, *Narkomania*, „Człowiek i Światopogląd” 1986, nr 7/8, s. 77.

<sup>81</sup> W. Ratyński, *op. cit.*



jaw, decyduje ciało. Stopniowo, w miarę upływu czasu, aby uzyskać pożądaný efekt, systematycznie i coraz częściej musi przyjmować coraz większe dawki środka uzależniającego. Cała aktywność życiowa zaczyna być kierowana na zdobycie narkotyku, a wszystko inne przestaje być ważne.

O społecznych skutkach uzależnień mówi się w kontekście zjawisk patologicznych, związanych ze szkodami ponoszonymi przez społeczeństwo. Ten aspekt społeczny uzależnienia jest niezwykle istotny dla samego narkomana, co wyraża się m.in. w tym, że kontakty z narkotykami (cel i sposób ich przyjmowania, kontynuacja, rodzaj używanego narkotyku, następstwa i powikłania) mają swoje uwarunkowania społeczne<sup>82</sup>, zazwyczaj narkotyk po raz pierwszy przyjmowany jest w grupie znanych sobie osób. Stopniowo brany jest coraz częściej. Pojawia się coś wspólnego, co łączy i fascynuje.

Narkotyk zwalnia z wysiłku nawiązywania kontaktów z innymi ludźmi. Człowiek coraz bardziej traci kontakt ze światem zewnętrznym. Nieraz łatwiej poradzić sobie z odstawieniem narkotyku niż z rozstaniem się z grupą narkomanów, poza którą nie ma się już żadnego życia towarzyskiego. Człowiek zostaje sam z nieumiejętnością bycia z innymi ludźmi; świat niebiorących narkotyki jest tak inny, tak obcy, że trzeba się uczyć od nowa żyć.

Innym aspektem społecznym uzależnienia jest samo zdobywanie narkotyków lub pieniędzy żeby je kupić. Z biegiem czasu zażywający narkotyki traci zdolność do ponoszenia nawet małego wysiłku fizycznego i psychicznego.

### *Geneza środków odurzających na świecie*

Wzmianki na temat środków oszałamiających można znaleźć w mitologii wielu ludów. Człowiek nieomal od zawsze pragnął mieć wpływ na możliwość choć krótkookresowej zmiany w stanie psychiki swej czy innych osób. Używanie substancji narkotyzujących, psychoaktywnych, zmniejszających świadomość, utrzymywane było w społecznościach tradycyjnych pod ścisłą kontrolą (na co dzień był to temat tabu).

Stosowanie tych substancji mogło dokonywać się w trzech sferach:

- sakralnej – wtedy substancje zmniejszające stan świadomości przyjmowano w celu nawiązania kontaktu z duchami opiekuńczymi i duchami przodków. Czynił to kapłan lub osoby przez niego inicjowane<sup>83</sup>,
- rytualnej – gdy w trakcie ważnych świąt, plemiennych obrzędów oraz rytuałów, pewna liczba wybranych osób była dopuszczana do użycia środków psychoaktywnych. To działanie miało na celu wzmocnienie integracji społecznej grupy przez oddziaływanie ważnego rytuału, dokonywanego w stanie pogłębionej świadomości. Osobą która udostępniała substancje odurzające na te obrzędy, był naczelnik plemienia lub szaman<sup>84</sup>,
- uzdrowień – dokonywał szaman. Uzdrowienie odbywało się na dwa sposoby;
- środki zmieniające świadomość zażywał sam szaman, wchodząc w odmienny stan świadomości, w którym odbywał „podróż w inny wymiar”. Odkrywał wtedy przyczynę choroby pacjenta i dokonywał uzdrawiania;

<sup>82</sup> Ustawa z dnia 24 czerwca 1997 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (z późn. zm.), Dz.U. z 1997 r., Nr 75, poz. 468, art. 6, pkt. 3.

<sup>83</sup> W. Bursza, *Antropologia kultury*, [w:] *Obrzędy i symbole*, Poznań 1999, s. 101–108.

<sup>84</sup> P. Karpowicz, *Używanie narkotyków w perspektywie historycznej*, [w:] *Człowiek i jego dzieło*, red. P. Karpowicz, Białystok 2004, s. 208.

– innym sposobem uzdrawiania przez szamana było podawanie choremu środka zmieniającego świadomość. Otwierało to pacjenta na zabiegi lecznicze. Uzdra-  
wiał więc mógł podawać cierpiącej osobie odpowiednio przygotowane lekarstwa.

Udokumentowane źródła o stosowaniu środków odurzających wiążą się z naj-  
starszą cywilizacją świata tzn. cywilizacją sumeryjską (ok. 3500 lat p.n.e.)<sup>85</sup>; na glinia-  
nych tabliczkach opisane zostały sposoby uprawy oraz przygotowania opium przez  
Sumerów. Kolejne wzmianki na temat uprawy roślin o właściwościach odurzających  
500 lat p.n.e. pochodzą z takich krajów jak: Egipt, Chiny, Indie. W Egipcie opium zna-  
no jako „zdolne do wstrzymywania dzieci od zbyt silnego płaczu”. Natomiast w Chi-  
nach i Indiach przetwory makowe znane były jako wprowadzające w stan oszołomie-  
nia a haszysz był środkiem znieczulającym przy bolesnych zabiegach. Wielu lekarzy  
pomiędzy V a II w p.n.e. ostrzegało o niebezpiecznym działaniu opium, natomiast  
odmienne zdanie miał Hipokrates oraz Galen<sup>86</sup> którzy zalecali stosowanie opium  
w leczeniu różnych chorób.

Kolejnym z tych środków jest marihuana<sup>87</sup>, która była początkowo używana jako  
środek znieczulający. W starożytności i w czasach późniejszych popularne było rów-  
nież przyjmowanie żywicy konopi – haszyszu, który w Chinach, Indiach i krajach is-  
lamskich używano jako środek znieczulający przy operacjach.

Do Ameryki Północnej konopie dotarły wraz z osadnikami z Afryki. Początkowo  
były uprawiane do produkcji włókien, ale szybko znalazły zastosowanie jako środek  
przeciwbólowy i relaksujący. W wieku XVIII i XIX wieku w Wielkiej Brytanii i Amery-  
ce Północnej roślina ta była uznana jako lek ziołowy wpływający psychoaktywnie  
na organizm – tak jak morfina czy kokaina. W 1804 roku z alkaloidów opiumowych  
oczyszczonych wyodrębniono morfinę, i już w 1832 roku wytworzono kodeinę, oraz  
najbardziej niebezpieczny w tym okresie środek narkotyczny – heroinę (odkrytą  
w 1918 r.). Popularnością przez pewien czas cieszyła się kokaina, aż odkryto jej zgub-  
ne dla organizmu ludzkiego działanie.

W latach 1861-1865 w stanach Zjednoczonych w czasie wojny secesyjnej, w po-  
lowych szpitalach przy ciężkich zranieniach i operacjach zaczęto stosować powszechnie  
morfina jako środek znieczulający. W efekcie kuracji z zastosowaniem morfiny  
wielu rannych żołnierzy zostało od niej uzależnionych. Ten rodzaj uzależnienia na-  
zwano mianem „choroby żołnierskiej”<sup>88</sup>.

Już na przełomie XVIII i XIX wieku nastąpił rozwój kontaktów handlowych w skali  
światowej; ekspansja kolonialna państw europejskich – Hiszpanii, Portugalii, Francji,  
a przede wszystkim Wielkiej Brytanii, doprowadziła do przekroczenia progów naro-  
dowościowych, etnicznych i kulturowych. Przedmiotem zyskownego handlu okazały  
się substancje narkotyzujące, a w szczególności opium. Substancje psychoaktywne  
dotychczas o charakterze ekskluzywnym szybko ulegały rozpowszechnieniu, a ich  
używanie z tradycyjnego medycznego charakteru – zmieniło się na relaksacyjny  
i rozrywkowy. Taka sytuacja stwarzała poważne zagrożenie zdrowotne i społeczne.  
Od 1875 roku w Stanach Zjednoczonych oraz krajach Europy Zachodniej wzrosła

<sup>85</sup> Zob. J. Skodlarski, R. Matera, *Gospodarka światowa. Geneza i rozwój*, Warszawa 2004, s. 15.

<sup>86</sup> Lekarz cesarza rzymskiego Marka Aureliusza.

<sup>87</sup> Susz żeńskich kwiatostanów konopi indyjskich.

<sup>88</sup> Zob. P. Karpowicz, *op. cit.*, s. 213 i n.

liczba preparatów leczniczych dostępnych w aptekach, zawierających w swym składzie opium oraz kokainę. Kokaina wchodziła również w skład „lekkich drinków”<sup>89</sup>.

Wymienione środki zyskują popularność wśród modernistycznej cyganerii artystycznej oraz Europejczyków przyjmujących je z ciekawości czy snobizmu. Zbiegiem czasu okazyjne używanie tych środków przekształciło się w nałóg. Ich popularyzacja w Europie oraz Ameryce Północnej wywołała narkomanie, która skłoniła rządy poszczególnych państw do wewnątrzpaństwowego ustawodawstwa zajmującego się tą kwestią a następnie zawierania międzynarodowych umów, na których podstawie zjawisko to miało być zwalczane. Koordynacją polityki antynarkotykowej zajmowała się Liga Narodów. Po II wojnie światowej nastąpił znaczny wzrost narkomanii. Funkcje Ligi Narodów w omawianym zakresie zastąpiło ONZ. Podpisano m.in. w 1961 roku Jednolitą Konwencję o Środkach Odurzających. Nie przyniosło to większych rezultatów. Pojawiły się nowe syntetyczne środki m.in. LSD, Amfetamina i inne. Obecnie narkotyki „rozpowszechnione są na całą skalę światową”<sup>90</sup>.

Kwestia ochrony zdrowia ludzkiego została uregulowana, zarówno przez ustawodawstwo międzynarodowe, jak i wspólnotowe oraz przepisy krajowe poszczególnych państw. Zapisano także wiele inicjatyw ustawodawczych, w tym m.in. programu walki z AIDS i narkomanią, co dowodzi masowości tego problemu.

W październiku 1993 roku Urząd Ochrony Środowiska i Zdrowia Publicznego oraz Obrony Interesów Konsumenta opublikował raport nt. Public Health after Maastricht. Wkrótce po opublikowaniu raportu Komisja Europejska ogłosiła dokument pod nazwą Zakres działalności w dziedzinie zdrowia publicznego. Paragraf 122 tego dokumentu zgodnie z wnioskiem Ministrów Zdrowia Krajów Unii Europejskiej określił programy do wdrożenia w pierwsze kolejności, w tym m.in. program zwalczania uzależnień lekowych oraz narkomanii. W obszarze ochrony zdrowia Polska zgłosiła chęć udziału we wspólnotowych programach, w tym również na rzecz zapobiegania uzależnieniu od narkotyków<sup>91</sup>.

### *Zjawisko narkomanii w Polsce*

Historię polskiej narkomanii (datowanej na przełom XIX i XX wieku) można podzielić na kilka okresów.

- pierwszy okres to lata międzywojenne, czyli czas pierwszych prób rozpoznania u nas tego zjawiska i rozpoczęcie kształtowania państwowej polityki wobec narkomanii. Zjawisko narkomanii dotyczyło niewielkiej grupy osób z wąskich kręgów zawodowych, którzy mieli dostęp do narkotyków, a więc farmaceutów, lekarzy, pielęgniarek oraz artystów i ludzi bogatych. We wczesnych latach 20. XX wieku do najczęściej przyjmowanych środków odurzających należały: opium, morfina, eter oraz bardzo rzadko heroina czy kokaina. Eter był znacznie tańszy do morfiny<sup>92</sup>. O ile przypadki uzależnienia od morfiny liczono rocznie w setkach, o tyle od eteru – w tysiącach. Eter był narkotykiem dla uboższych, a morfina była używana

<sup>89</sup> <http://narkomania.akcjasos.pl/content/view/46/9>.

<sup>90</sup> *Ibidem*.

<sup>91</sup> Por. K. Głębicka, *Polityka społeczna w Unii Europejskiej. Aspekty aksjologiczne i empiryczne*, Warszawa 2001, s. 313–314.

<sup>92</sup> Wdychany eter początkowo powoduje stany euforii, odurzenia, następnie zmienia świadomość funkcji psychicznej. Zob. C. Cekiera, *Ryzyko uzależnień*, Lublin 1994, s. 52.

przez zamożniejszą część społeczeństwa. W okresie międzywojennym ujawniono przemysł narkotyków przez nasz kraj.

- drugi okres to lata 50. i 60. XX w. to lata ideologicznie uzasadnianego kwestionowania narkomanii jako groźnego zjawiska społecznego. Do końca lat 60. narkomania w Polsce miała niewielkie rozmiary (100-170 osób). Dotyczyła przede wszystkim osób dorosłych, które z racji wykonywanego zawodu lub przebytego leczenia stykały się z środkami uzależniającymi.
- trzeci okres obejmuje lata 70. XX w. W tym okresie wzrosła liczba uzależnień, przede wszystkim wśród młodzieży. Zażywanie narkotyków związane było z ideologią ruchu Hoppe i służyło osiągnięciu odmiennych stanów świadomości niedostępnych dla przeciętnych ludzi. Część młodzieży fascynowała się wspólnym braniem narkotyków, gdyż utrzymywało to i wzmacniało więzi w grupie, zwiększało jej spójność, równocześnie było świadectwem wyzwolenia z konwenansów<sup>93</sup>.

W latach 70. w Polsce opracowana została domowa metoda produkcji heroiny, określanej mianem polskiej heroiny albo kompotu. Środek ten miał właściwości o wiele silniejsze niż morfina. Prosta technologia produkcji tego narkotyku, oraz łatwy dostęp do niezbędnych substancji potrzebnych do produkcji, doprowadziła do tego, że większość narkomanów zaczęła samodzielnie wytwarzać kompot<sup>94</sup>. W latach 70. narkomania młodzieżowa była już publiczną tajemnicą. Zaczęto dostrzegać powagę zagrożenia dla młodzieży. Według szacunków pod koniec lat 70. w Polsce nadużywało środków odurzających około 120 tys. osób.

- czwarty okres obejmuje lata 80. i 90. XX w. Od 1980 roku zjawisko narkomanii w Polsce uległo znacznemu rozprzestrzenieniu w tzw. okresie makowym. Obniżyła się dolna granica wieku osób przyjmujących środki narkotyczne do 15, a nawet 13 roku życia i nastąpiła moda na zażywanie czystej heroiny. W 1985 roku została uchwalona pierwsza w Polsce ustawa o zapobieganiu narkomanii. Miała ona charakter leczniczo-profilaktyczny, jej główne założenia to bezpłatne leczenie narkomanów, i zasada dobrowolności w poddaniu się leczeniu i rehabilitacji, przy czym zażywanie i posiadanie środków odurzających nie było karane. Ustawa przyczyniła się do zahamowania rozwoju uzależnień. Liczba uzależnionych na przełomie lat 80. i 90. wynosiła 200 tys. osób<sup>95</sup>.

### Rodzaje narkotyków dostępnych w Polsce i ich działanie

#### *Opiaty*

W skład tej grupy wchodzi narkotyki pochodzenia roślinnego i syntetycznego, takie jak m.in.: opium, morfina, heroina i metadon<sup>96</sup>. Wszystkie opiaty są narkotykami wykazującymi działanie uspakajające, także najczęściej silne działanie przeciwbólowe. Po ich zażyciu świat jest obojętny, problemy życia codziennego stają się odległe. Po ustaniu działania narkotyku problemy, które skłoniły do wzięcia go, ciężą jeszcze bardziej i dlatego trzeba na powrót wziąć to lekarstwo. Opiaty uzależniają zarówno

<sup>93</sup> K. Zajączkowski, *op. cit.*, s. 11–12 i 19.

<sup>94</sup> J. Rogala-Obłękowska, *Młodzież i narkotyki*, Warszawa 1999, s. 15–18.

<sup>95</sup> B. Hołyst, *Kryminalistyka*, Warszawa 2003, s. 104–105.

<sup>96</sup> Opium uzyskuje się z maku ogrodowego. Środki półsyntetyczne to morfina, etorfina, kodeina, heroina, „kompot” – preparat zawierający kodeinę. Środki syntetyczne to np. metadon.

fizycznie, jak i psychicznie, mają określoną dawkę śmiertelną, np. w przypadku kodeiny jest to 0,5–1,0 g.

Opium otrzymuje się z mlecza dojrzewających makówek (sok wypływający z torebki maku po jej nacięciu zawiera 4–21 g morfiny) i po obróbce otrzymuje się trzy rodzaje produktów:

- preparowane opium, używane do palenia w specjalnych fajkach,
- opium w postaci proszku, tabletek lub płynu przeznaczanego do celów medycznych,
- alkaidowe opium.

Efekt zażywania opium jest zależny od tego, czy bierze się go po raz pierwszy, czy kolejny. Podczas pierwszego zażycia mogą wystąpić nieprzyjemne objawy, takie jak nudności, wymioty, bóle głowy. Przy wielokrotnym zażywaniu rozwija się tolerancja organizmu na narkotyki i aby w dalszym ciągu uzyskiwać przyjemne odczucia, trzeba zwiększać dzienne dawki. W końcu dochodzi do uzależnienia i bierze się narkotyki nie tyle dla przyjemności, ale dla uniknięcia „przykrych objawów abstynenckich”<sup>97</sup>.

Morfina jest otrzymywana z opium. Jest skutecznym środkiem przeciw bólowym. Morfina jest środkiem 10-krotnie silniejszym od swojego pierwotnego produktu – opium, cieszy się od niego większym uznaniem a zarazem posiada większą zdolność uzależnienia, morfina występuje w postaci białych kryształków, tabletek lub płynów, po odpowiednim przygotowaniu stosuje się ją do palenia, czasem stosuje się doustnie lub w zastrzyku.

Heroina (pochodna morfiny) jest środkiem półsyntetycznym, ma hamujący wpływ na centralny układ nerwowy i działa odprężająco przez 3 do 6 godzin, osoba pozostająca pod jej wpływem wydaje się ospała i może przysypiać. Większość zażywających ją odczuwa długotrwałą przyjemność. Regularne zażywanie jej prowadzi do uzależnienia w ciągu kilku tygodni; powoduje uszkodzenie wątroby, łatwo przenika do mózgu i niszczy komórki mózgowe. Heroina znosi odczuwanie bólu, ale utrudnia normalne funkcjonowanie i w wielu przypadkach staje się przyczyną konwulsji, śpiączki a nawet śmierci<sup>98</sup>. Heroina z uwagi na jej szkodliwość nigdy nie znalazła powszechnego zastosowania w medycynie<sup>99</sup>.

Polska heroina jest najczęściej stosowanym narkotykiem produkowanym w warunkach domowych. Ma wygląd mocnej herbaty zwanej „kompotem”. Podawana jest dożylnie w warunkach dalekich od higieny. Dłuższa przerwa w zażywaniu wywołuje wymioty, biegunkę, silne bóle mięśni i gorączkę.

Brown sugar jest to heroina o niższym stopniu czystości (15–45%). Występuje w postaci brązowych lub żółtych kryształków. Można ją brać dożylnie.

*Kodeina* jest pochodną morfiny. Częsteczką kodeiny powstaje po niewielkiej modyfikacji morfiny. To powoduje zmianę właściwości farmakologicznych substancji. Kodeina posiada właściwości przeciwbólowe i narkotyczne choć 6 razy słabsze od morfiny. Wykazuje jednak silne działanie przeciwkaszlowe. Obecnie, ze względu na istnienie leków o takim samym działaniu i pozbawionych wszelkich właściwości narkotycznych, nie jest już stosowana jako lek przeciwkaszlowy. Wykorzystuje się ją

<sup>97</sup> C. Cekiera, *op. cit.*, s. 23.

<sup>98</sup> D.J. Wilmes, *Jak wychować dziecko, które mówi: nie alkoholowi i narkotykom*, Gdańsk 2005, s. 39–40.

<sup>99</sup> K. Zajączkowski, *op. cit.*, s. 30.

jako dodatek do niesterydowych leków przeciwzapalnych w celu przeciwbólowego działania<sup>100</sup>.

*Metadon* jest syntetycznym środkiem narkotycznym, działającym 10 razy mocniej przeciwbólowo niż opium i kodeina a słabiej odprężająco od morfiny i heroiny, jest on stosowany w leczeniu osób długotrwałe uzależnionych od heroiny. Dłużej niż heroina pozostaje w organizmie, może więc być stosowany raz dziennie. Przyjmuje się go doustnie, podskórnie lub domięśniowo w celu łagodzenia objawów zatrucia. Ma właściwości przeciwkaszlowe przeciwbólowe, łagodzi zespół objawów abstynencyjnych. Podobnie jak inne narkotyki powoduje stan euforii, przy jednoczesnym braku uczucia głodu. W wyniku jego przedawkowania śmierć następuje na skutek porażenia układu oddechowego. Przy dłuższym stosowaniu uzależnienia. Osoby zażywające metadon nie powinny prowadzić pojazdów mechanicznych ani obsługiwać maszyn oraz pić alkoholu<sup>101</sup>.

### *Barbiturany*

W skład drugiej grupy narkotyków wchodzi barbiturany i pochodne kwasu barbiturowego<sup>102</sup>, które szeroko stosowane są w leczeniu. Niejednokrotnie są to środki ogólnodostępne. Barbiturany są bardzo popularnymi środkami farmakologicznymi używanymi przez ludzi nadpobudliwych, wylęknionych, mających problem z zasypianiem<sup>103</sup>. Najpopularniejszymi środkami są takie leki jak: luminal, relanium, reladorm, barbital, diazepam, nitrozepam itp. Przy dłuższym okresie zażywania tych leków można zauważyć takie objawy jak wyciszenie a równocześnie lęki, depresje, zaburzenia mowy i pamięci, otępienie myślowe, drżenie rąk. Przedawkowanie objawia się płytkim nieregularnym oddechem, obniżoną temperaturą ciała, niskim ciśnieniem krwi, słabo wyczuwanym pulsem. Nadużywanie tych leków prowadzi do uzależnienia, a przyjęcie zbyt dużych dawek może doprowadzić do śmierci<sup>104</sup>.

### *Amfetamina*<sup>105</sup>

Trzecią grupę środków odurzających stanowią amfetamina i jej pochodne, np. MDMA (extasy), metamfetamina (ice – postać krystaliczna, crank – postać proszku), MDA (love pili), MDE (eve), mieszanka amfetaminy z heroiną (frisco speed). Tak więc pod pojęciem amfetaminy występuje cała grupa środków psychostymulujących pochodnych fenylopropylanu. Środki te powodują trwałe pobudzenie szybko uzależniają psychicznie, zwiększają aktywność, przyspieszają kojarzenie poprawiają nastrój, zwiększają popęd płciowy, znoszą uczucie głodu i zwiększają wydolność fizyczną. Przy dłuższym zażywaniu powoduje zaburzenia snu, halucynacje, lęki, sztywność mięśni, podwyższone ciśnienie krwi, przyspieszoną akcję serca, szybki oddech itp. Szczególnie należy zwrócić uwagę na extazy. jako jeden z najbardziej popularnych środków używanych na imprezach, stopniowo, wyniszczający organizm.

<sup>100</sup> <http://farraakognozja.farmacja.pl/alkaloid/39kode.html>.

<sup>101</sup> T.L. Chruściel, *Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii – komentarz*, Warszawa 2000, s. 124–125.

<sup>102</sup> *Mała encyklopedia powszechna PWN*, Warszawa 1970, s. 79.

<sup>103</sup> C. Cekiera, *op. cit.*, s. 60.

<sup>104</sup> M. Moneta-Malewska, *Narkotyki w szkole i w domu. Zagrożenia*, Warszawa 2004, s. 89.

<sup>105</sup> *Słownik współczesnego języka polskiego...*, t. 1, s. 12.

### *Kokaina*<sup>106</sup>

Do czwartej grupy zalicza się kokainę, czyli alkaloid ekstrahowany z liści czerwono-krzewu *Erythroxylon Coca*, względnie *Erythroxylon granatense*<sup>107</sup>. Kokaina jest pół-syntetyczną substancją, występującą w postaci chlorowodoru kokainy 9 (czysta kokaina to biały krystaliczny proszek, który jest wdychany lub przyjmowany dożylnie) lub w postaci mieszaniny chlorowodoru z substancją zasadową (gdzie amoniak lub dwuwęglan sodu) nadaje się do palenia, kokaina w tej postaci nosi nazwę crack<sup>108</sup>. Crack bywa 20 do 50 razy czystszy niż uliczna kokaina i wywołuje odurzenie w ciągu kilku sekund. Obie postaci mają podobne działanie na ośrodkowy układ nerwowy, zwiększając ilość dopaminy. Kokaina zwykle jest wdychana podczas podgrzewania tej substancji na łyżce. Kokaina opóźnia objawy zmęczenia, zmniejsza potrzebę snu, powoduje wzrost ciśnienia krwi. Z czasem w miejsce dobrego samopoczucia przychodzi bezsenność, niepokój i lęk, wzmagają się drażliwość i agresja. nałóg prowadzi do uzależnienia fizycznego. Kokaina powoduje zaburzenia przemiany materii, utrudnia wchłanianie pokarmów, prowadzi do zwyrodnienia wątroby i serca – dawka śmiertelna wynosi około 1 g.

### *Halucynogeny*

Piątą grupę stanowią halucynogeny, a głównie LSD (dietyloferygamid – 25-LSD) i meskalina (wchodząca w skład meksykańskiego kaktusa peyote), ponadto, PCP (fencyklidyna, potocznie zwana angel dust), psylocyna, psylocybina i inne substancje wchodzące w skład grzybów halucynogennych, a także niektóre syntetyczne pochodne amfetaminy (MDMA – extasy, MDA). Halucynogeny powodują zaburzenia systemów komunikacji wewnętrznej mózgu, co powoduje zmiany percepcji i zaburzenia czynności wszystkich zmysłów. Dzięki zdolności pobudzenia określonych ośrodków mózgu, wywołują różnego rodzaju halucynacje. Narkotyki zaczynają działać po pół godziny, a efekty jego działania trwają 4 do 6 godzin. Dawka śmiertelna LSD szacowana jest na 0,1–1 mg/kg ciężaru ciała<sup>109</sup>.

### *Konopie indyjskie*

Do szóstej grupy narkotyków należą przetwory i preparaty z konopi. W Polsce największa liczba młodych osób pali marihuanę i haszysz. Te substancje w zależności od dawki powodują zaburzenia czasu i przestrzeni, zaburzenia wykonywania złożonych czynności, halucynacje, nudności, zawroty głowy itp. Marihuana najczęściej palona jest w papierosach (przy czym skręt zawiera bądź tylko marihuanę, bądź mieszaninę marihuany z tytoniem). Haszysz, czyli żywica konopi i łodygi i liście konopi palone są w skrętach bądź w szklanej rurce. Nadużywanie przetworów i preparatów konopi może prowadzić m.in. do chorób układu oddechowego, krążenia lub braku chęci do podejmowania jakichkolwiek działań itp. Omawiane preparaty są pomocne w leczeniu jaskry, epilepsji, stwardnienia rozsianego, migren, przy bólach menstruacyjnych i porodowych<sup>110</sup>.

<sup>106</sup> S.I. Witkiewicz, *Narkotyki – niemyte dusze*, Warszawa 1975, s. 113–116.

<sup>107</sup> S. Petrović, *Narkotyki i człowiek! i co dalej*, Warszawa 1998, s. 96.

<sup>108</sup> T.L. Chruściel, *op. cit.*, s. 133–135.

<sup>109</sup> C. Cekiera, *op. cit.*, s. 43–49.

<sup>110</sup> J. Stelmach, *Narkotyki, co? gdzie? kiedy?*, Sosnowiec 1985, s. 16–18.

### *Rozpuszczalniki*

Siódma grupa narkotyków to środki odurzające. Należą do niej: lotne rozpuszczalniki kleje organiczne (benzen, aceton, butapren, ksylen, trójchloroetylen), efektem wdychania tych substancji są silne stany euforyczne, czasem halucynacje, niekiedy utrata kontroli nad rzeczywistością. Poprzez układ krwionośny uszkadzają różne narządy.

### *Dopalacze*

W sprzedaży internetowej i sklepowej pojawiają się różne substancje, które nie są typowymi narkotykami, ale ich działanie choć o mniejszej sile szkodliwego działania na organizm ludzki przypomina działanie narkotyków. Substancje te nazwano dopalaczami. Ich nazwy ang. smart, legal high, herbal high, smart drugs (mądre narkotyki) – mają świadczyć o ich nieszkodliwości. Dopalacze to termin niemającym charakteru naukowego. Używa się go potocznie dla określenia grupy różnych substancji lub ich mieszanek o rzekomym bądź faktycznym działaniu psychoaktywnym. Te substancje nie znajdują się na liście substancji kontrolowanych przepisami ustawy o przeciw działaniu narkomani<sup>111</sup>.

Dystrybucję tych środków na szeroką skalę rozpoczęto w Anglii. Funshopy to sieć sklepów należących do firmy Word Wide Supplen z siedzibą w Manchesterze. Pierwszy sklep tego typu w internecie powstał w 2007 roku. Punkty handlowe tego typu produktami znajdują się w każdym większym kraju. W Polsce pierwsze sklepy tego typu powstały w 2008 roku w Łodzi, następnie w Warszawie, Poznaniu, Wrocławiu, Szczecinie. Powstawaniu sklepów towarzyszyły informacje, że dopalacze są legalną alternatywą dla niebezpiecznych i pochodzących z niewiadomego źródła używek. W krótkim czasie eksperci zaczęli ostrzegać, że dopalacze są niebezpieczne dla zdrowia i uzależniają podobnie jak narkotyki. Szczególnie niebezpieczne jest zażywanie dopalaczy razem z lekami albo mieszanie ich z alkoholem<sup>112</sup>. Dopalacze występują w najczęściej jako tabletki lub kapsułki. Substancje zawarte w dopalaczach, mimo że nie są dotychczas zabronione, mają działanie bardzo podobne do narkotyków. Większość dopalaczy zawiera w sobie pochodne piperazyny (BZP), działającą podobnie do amfetamina, choć dziesięciokrotnie słabiej.

BZP jest substancją psychoaktywną o działaniu stymulującym. Wprowadza w stan euforii, zwiększa koncentrację oraz ogólne uczucie przyjemności i daje więcej efektów ubocznych niż np. amfetamina. W przypadku BZP są to; drgawki, tachykardia, bezsenność, mdłości, psychozy i bóle głowy.

Inną grupą dopalaczy to substancje, które w swym działaniu zbliżone są do marihuany. W zależności od nastroju i innych czynników, wprowadzają człowieka w stan euforii lub uspokajają go. Tak działają różne mieszanki ziołowe np. suszone muchomory czerwone. Niektóre z tych substancji powodują halucynacje, stany lekowe, a także napady szału i depresję. Istnieje też preparat, którego zażywanie powoduje efekty zbliżone do tych po zażyciu opium<sup>113</sup>.

<sup>111</sup> Więcej na ten temat szczególnie w internecie m.in. R. Lipnicka, *Charakterystyka środków zawartych w „dopalaczach”. Ich wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne.*

<sup>112</sup> *Ibidem*, m.in. M. Barczyk, *Dopalacze w ofensywie*, Wiadomości 24.pl, XII 2009.

<sup>113</sup> *Ibidem*, m.in. R. Skwara, *Dopalacze.*



Dopalacze podobnie jak wszystkie inne substancje pozwalające uciec od rzeczywistości, potrafią uzależnić od siebie. Przez szereg lat sprzedaż ich w Polsce była legalna, wpisywanie takich produktów na listę zabronionych skutkowało drobną korektą składu i ponownym wprowadzeniem do sprzedaży. Podejmowane są różne działania w poszczególnych krajach, zarówno natury legislacyjnej jak i edukacyjnej. Np. w Polsce dokonano zamknięcia punktów sprzedaży dopalaczy, co było chwilowym zaskoczeniem a nie rozwiązaniem bolącego problemu. Kolejne próby sprowadzały się do nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z 29 lipca 2005 r. (Dz.U. 2005, nr 179, poz. 1485), w nowelizacji z 30 marca 2009 r. (Dz.U. 2009, nr 63, poz. 520) poszerzono listę substancji psychoaktywnych, podobnie jak w nowelizacji z dnia 2010 r. (Dz.U. 2010, nr 143, poz. 962) w tej nowelizacji dodatkowo wprowadzono kary pieniężne od 20 tysięcy do miliona złotych – za produkcję i handel dopalaczami. W kolejnej nowelizacji z dnia 15 kwietnia (Dz.U. 2011, nr 105, poz. 614) poszerzono zakres o kolejne zabronione substancje psychoaktywne a kontrole nad sposobem obrotu tych środków powierzono Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu. Producenci i handlarze próbują sprzedaż dopalaczy za pomocą internetu zlokalizowanego zagranicą. Pomimo tych wszystkich działań, kwestia dopalaczy zarówno zagranicą, jak i w Polsce choć została w swych rozmiarach ograniczona, to jednak ciągle stanowi realne zagrożenie społeczne i zdrowotne.

### Narkobiznes

Produkcja i handel narkotykami jest w czołówce najbardziej dochodowych przedsięwzięć – zaraz za handlem bronią, a przed produkcją i handlem elektroniką. W przypadku tak wielkiego źródła dochodów istnieje rynek, który rządzi się prawami identycznymi z regułami panującymi w handlu każdym innym towarem. Jedyna różnica polega na tym, że narkotyki to towar nielegalny, nie ma więc możliwości np. reklamacji<sup>114</sup>.

Na rynku narkotyków najczęściej podaż nadąża za popytem, a więc nielegalny rynek jest w miarę stabilny.

Sieć sprzedaży narkotyków zbudowana jest podobnie jak każda struktura sprzedaży bezpośredniej. Na samym dole znajduje się detalista zaopatrujący narkomanów z handlu hurtowego lub z wytwórni własnej korporacji. Sprzedażą narkotyków zajmują się młodzi ludzie, którzy sami trochę ich używają, albo drobni przestępcy, szukający w handlu narkotykami sposobu na osiągnięcie zysków. Niektórzy specjalizują się w zakresie poszczególnych narkotyków. Np. marihuanę uczniom „załatwiają” koledzy. Amfetaminę można kupić na ulicy, szczególnie w sąsiedztwie szkół.

Narkotyki można dostać niemal wszędzie w dyskotekach, klubach, pubach, zamówić telefonicznie. Rynek narkotykowy szybko dostosowuje się do potrzeb konsumenta – zmienia się nadążając za przemianami społeczeństwa. Tutaj też pojawiają się swoiste tendencje mody; jedne środki stają się „trendy” a inne są już „passé”<sup>115</sup>. Rosnący popyt na narkotyki sprawił, że w Polsce bardzo szybko zaczął się rozwijać narkobiznes powiązany ze środowiskami mafijnymi, krajowymi i międzynarodowymi, osiągającymi zyski w dziesiątkach milionów złotych.

<sup>114</sup> J. Rogala-Oblekowska, *Przyczyny narkomanii*, Warszawa 1999, s. 18.

<sup>115</sup> Por. W. Wanat, *Narkotyki i narkomania*, Warszawa 2006, s. 178.

Z danych policyjnych wynika, że międzynarodowe grupy przestępcze coraz częściej wykorzystują terytorium Polski do tranzytu przemytu narkotyków<sup>116</sup>. Odrębnym problemem jest nielegalna, prowadzona na dużą skalę produkcja wysokiej jakości amfetaminy, prawie w całości przemycana za granicę.

Ze względu na rozmiary narkomanii, Polska stanowi znaczący i dochodowy rynek dla narkobiznesu. Według szacunków Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej czy Monaru nałogowo zażywa narkotyki 300 do 400 tys. osób, z czego 40 tys. osób stanowią zarejestrowani narkomani. Najbardziej zagrożone są największe ośrodki miejskie: Warszawa, Katowice, Trójmiasto, Wrocław, Kraków i Szczecin.

Specjaliści wskazują na epidemiczny charakter narkomanii występujący wśród młodzieży. Coraz częściej eksperymenty z narkotykami rozpoczyna młodzież w wieku 11–14 lat. Narkomania dla wielu szczególnie młodych osób staje się sposobem na przeżycie. Uleganie negatywnym wzorcom i wpływom grup rówieśniczych, nieradzenie sobie z problemami życia codziennego, wzmacniane jest dodatkowo niejednokrotnie przez nieprawidłowo funkcjonującą rodzinę. Narkomania wywołuje szereg szkodliwych skutków w sferze zdrowotnej (uzależnienia i zatrucia), ogólnospołecznej (uderza w podstawę stosunków rodzinnych i ma charakter przestępczotwórczy), wyszczą od strony ekonomicznej, dając dochody dla narkobiznesu.

### Uregulowania prawne

Po odzyskaniu niepodległości przez Polskę po pierwszej wojnie światowej dostrzeżono dolegliwość społeczną narkomanii, co znalazło swój wyraz w odpowiednich aktach prawnych.

Prawodawstwo narkotyczne w Polsce zapoczątkowało oświadczenie rządowe z 30 grudnia 1922 roku w przedmiocie przystąpienia Rzeczypospolitej Polskiej do Międzynarodowej Konwencji Opiumowej, podpisane w Hadze 23 stycznia 1923 roku.

Podstawowym aktem w zakresie zwalczania narkomanii była ustawa z dnia 22 czerwca 1923 roku w „przedmiocie substancji i przetworów odurzających” (Dz.U. Nr 72, poz. 559), następnie doszedł artykuł 222 kk z 1932 roku.

20 maja 1929 roku wydano rozporządzenie dotyczące zapisywania środków narkotycznych dla celów leczniczych (Dz.URZ. RP Nr 48, poz. 42). Rok później Naczelną Izba lekarska wydała dwa okólniki dotyczące stosowania środków odurzających w lecznictwie.

Polskie prawo po II wojnie światowej ustosunkowało się do problemu narkomanii wprowadzając ustawę o środkach farmaceutycznych i odurzających dnia 8 stycznia 1951 roku oraz artykuły sanitarne (Dz.U. NR 1/51, poz. 4) oraz szczegółowe rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 13 września 1956 roku (Dz.U. Nr 42 /56, poz. 196 z późn. zm.: Dz.U. Nr 43/58, poz. 212 oraz Dz.U. Nr 33/60, poz. 190).

W 1961 roku Międzynarodowa Rada ds. Kontroli Narkotyków uchwaliła Jednolitą konwencję o Środkach Odurzających<sup>117</sup>, w 1971 roku – Konwencje o Substancjach

<sup>116</sup> Zob. szerzej: T. Hanausek, K. Sławik, *Wprowadzenie do kryminalistyki i kryminologii*, Bydgoszcz 1995.

<sup>117</sup> Dz.U. z 1996 r. Nr 45, poz. 277.

Psychotropowych<sup>118</sup>, a w 1988 roku Konwencją o Zwalczaniu Nielegalnego Obrotu Środkami Odurzającymi i Substancjami Psychotropowymi<sup>119</sup>. Polska ratyfikowała tę konwencję.

31 stycznia 1985 roku uchwalono nową ustawę o zapobieganiu narkomanii, regulującą zasady leczenia i profilaktyki oraz zasady dostępności do środków psychoaktywnych. Ustawa ta miała charakter profilaktyczno-leczniczy. Przyjęto zasadę dobrowolności leczenia i rehabilitacji, a zażywanie i posiadanie środków odurzających nie było karane. Ograniczono uprawy maku a kary przewidziano tylko dla producentów i handlarzy przyłapanych na gorącym uczynku<sup>120</sup>. Ustawa określała również kompetencje organów państwowych, ośrodków naukowych i placówek leczniczych do prowadzenia odpowiedniej działalności. Utworzono odpowiedni fundusz przeznaczony na zapobieganie narkomanii i organizację leczenia. Odpowiednie rozporządzenie ministra oświaty i wychowania z dnia 29 maja 1986 roku regulowało formy działalności profilaktyczno-wychowawczej, skierowanej do młodzieży zagrożonej narkomanią.

24 czerwca 1997 roku uchwalono nową ustawę, regulującą kwestie związane z polityką antynarkotykową w Polsce<sup>121</sup>. Ustawa powstała w wyniku kilkuletniej debaty w różnych środowiskach i organizacjach zaangażowanych w przeciwdziałanie narkomanii. Próbowano pogodzić poglądy służby zdrowia, porządku publicznego i systemu oświaty. Określono zasady postępowania wychowawczo-zapobiegawczego, utrzymano zasadę dobrowolności oraz bezpłatności leczenia i rehabilitacji, zapewniono możliwości leczenia substytucyjnego<sup>122</sup>. Ustawa ta jednak w odróżnieniu od poprzedniej wprowadziła kary za posiadanie środków odurzających bez karnia posiadania ich w nieznacznej ilości, przeznaczonej na własny użytek. Ta forma ustawy ograniczała kryminalizację wszystkich tych, którzy mniej lub bardziej przypadkowo zażywali środki odurzające. Kolejne ustawy z października 2000 i 2005 roku<sup>123</sup> nie tylko wykluczyły posiadanie narkotyków, ale przewidziały kary pozbawienia wolności do lat 5. Stworzono listę substancji, które uznano za narkotyki.

### Profilaktyka uzależnień

Profilaktykę rozumiemy jako zapobieganie chorobom. Jest to postępowanie mające na celu przeciwdziałanie oraz likwidację wywołujących je przyczyn<sup>124</sup>. Uzależnienie od narkotyków jest rodzajem choroby, która wymaga pomocnych działań. Nie wystarczą tu różne rozwiązania natury prawnej. Potrzebna jest na przykład informacja o różnych zgubnych skutkach dla osoby uzależnionej, a także na temat możliwości leczenia osoby uzależnionej.

<sup>118</sup> Dz.U. z 1976 r. Nr 31, poz. 180.

<sup>119</sup> Dz.U. z 1994 r. Nr 43, poz. 162.

<sup>120</sup> E. Łuczak, *Narkomania jako problem społeczny*, Olsztyn 1995, s. 32.

<sup>121</sup> Ustawa z dnia 24 czerwca 1997 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (z późn. zm.), Dz.U. z 1997 r. Nr 75, poz. 468, art. 6, pkt 3.

<sup>122</sup> Por. Z. Jarczyński, *Narkomania*, Warszawa 2002, s. 29–30.

<sup>123</sup> Dz.U. z 2005 r. Nr 179, poz. 1485.

<sup>124</sup> *Mała encyklopedia powszechna PWN...*, s. 872.

### *Zapobieganie uzależnieniom*

W zapobieganiu uzależnieniom od narkotyków wyodrębnić można dwa kierunki działań:

- oddziaływanie na podaż ma na celu ograniczenie dostępności środków odurzających. Skutkuje to jednak zastępowaniem jednych środków przez inne. Można: stosować środki zabezpieczające przed fałszowaniem recept, wzmoc ochronę leków przed kradzieżą itp. Ważna jest również penetracja środowisk związanych z narkomanią;
- w oddziaływaniu na popyt wyróżnia się dwie metody; działalność informacyjno-ostrzegawczą, wychowawczą prowadzoną przez środki masowego przekazu, resort edukacji i ruchy społeczne (np. Monar – działania rehabilitacyjne, resocjalizacyjne, profilaktyczne).

Profilaktyka uzależnień powinna obejmować oddziaływanie na jednostkę (głównie grup wysokiego ryzyka) oraz jej najbliższe otoczenie (tj. osoby zagrożone uzależnieniem, a także osoby uzależnione, potrzebujące wsparcia w wytrwaniu w abstynencji).

W takim ujęciu skuteczność przeciwdziałania zjawisku uzależnień zależy od harmonijnego powiązania różnych kierunków oddziaływań:

- prawnego – przez ustawodawstwo ograniczające rozprzestrzenianie się uzależnień,
- polityki państwa, a w tym polityki społecznej, mającej na celu ograniczenie dostępności środków odurzających,
- wczesnej diagnozy klinicznej i możliwości wczesnego rozpoznania nałogu, w celu zapewnienia właściwej opieki, następnie terapii, rehabilitacji i resocjalizacji osobom uzależnionym.

### *Leczenie osób uzależnionych*

Narkomania podobnie jak alkoholizm, jest w pewnym sensie nieuleczalna, gdyż osoba uzależniona traci naturalną biologiczną barierę odporności na środki uzależniające. Dlatego jedynym skutecznym środkiem jest całkowita abstynencja zachowywana do końca życia.

Bardzo ważną rzeczą w sytuacji uzależnienia jest motywacja, aby wywołać u narkomana chęć wyjścia z nałogu. Człowiek musi sam znaleźć taki cel lub potrzebę, aby zmusił się do podjęcia radykalnych i w pełni odpowiedzialnych decyzji. Najczęściej taka osoba potrzebuje wsparcia innych ludzi, aby wytrwać przy realizacji przyjętego celu.

Leczenie osoby uzależnionej, w zależności od jej stanu zdrowia, warunków rodzinnych, zawodowych czy lokalnych ośrodków, może być prowadzone w lecznictwie otwartym (w poradniach leczenia uzależnień), po rehabilitację w wyspecjalizowanych ośrodkach. Realizowany jest wtedy odpowiedni program detoksykacyjno-leczniczy. Dochodzenie do zdrowia psychicznego trwa zwykle kilka miesięcy. Uczenie się nowego sposobu życia, bez narkotyków, i odnalezienie swego miejsca w życiu – trwa nawet kilka lat.

## 4. Dewiacje seksualne

### Prostytucja

#### *Geneza i natura problemu*

Po roku 1990, w życiu Polaków nastąpiły zmiany nie tylko w ustroju społeczno-gospodarczym kraju, ale także w życiu każdego obywatela. Gospodarka rynkowa doprowadziła do dużego zróżnicowania warunków życia i pracy dla prawie wszystkich (tych wygranych i tych bardzo wielu przegranych). Po latach nieobecności na dużą skalę powróciło bezrobocie, dla wielu głodowe pensje. Równocześnie coraz powszechniej wdzierał się agresywny i konsumpcyjny styl życia jako cel, który miał pomóc w zaspokojeniu szeroko pojętych potrzeb. Pękały przy tym niejednokrotnie hamulce moralne a nawet poczucie zwykłej przyzwoitości ludzkiej. Rozprzestrzeniły się różne formy patologii, niektóre z nich przez lata zapomniane; bezdomność, żebractwo, (skrywana przez lata) prostytucja.

Do specyficznych problemów społecznych, których rozwiązanie stwarza dylematy przy ustalaniu sposobów ich traktowania, należy prostytucja. Przy rozpatrywaniu prostytucji celowym jest uwzględnianie takich właściwości i dyspozycji natury człowieka jak: wolność, odpowiedzialność, autonomia, kierowanie się wartościami tworzącymi zasady etyki indywidualnej.

System zachowań seksualnych akceptowany przez człowieka związany jest najczęściej z jego własnym poglądem na życie seksualne, w którym uwzględnione powinny być jego rzeczywiste, oparte na podłożu biologicznym, potrzeby i sposób zaspokojenia taki jaki człowiek pragnie. Napotkać to może na sprzeczność, jaką stanowią normy etyczne, społeczne, obyczajowe, a nawet tabu. Dołącza się też do tego odmienny pogląd partnera o innej indywidualności i często o odmiennym systemie zainteresowań, pragnień i wartości. W życiu seksualnym może dochodzić w wielu przypadkach do zanegowania wartości i godności wyznawanych przez jednego z partnerów<sup>125</sup>.

Prostytucja powala na doprowadzanie do odprężenia seksualnego, niekiedy eliminując różne napięcia psychiczne. Rozładowania seksualnego poszukują różni mężczyźni: wdowcy, rozwiedzeni, kawalerowie szukający kontaktu seksualnego bez wiązania uczuciowego, mężczyźni oczekujący od prostytutki nie tylko rozładowania seksualnego, ale i nowych odmian technik i pogłębienia doświadczeń seksualnych. Żonaci szukają tego, czego im brak w małżeństwie a równocześnie nie chcą rezygnować z małżeństwa; zwłaszcza mężczyźni uprawiający seks, którego nie zna lub nie chce uprawiać partnerka<sup>126</sup>.

<sup>125</sup> Por. szerzej: W. Drabik, *Prostytucja i związane z nią niektóre problemy społeczne i etyczne*.

<sup>126</sup> *Ibidem*.

Prostytucja w polityce społecznej zaliczana jest do jednej z najważniejszych patologii społecznych. Jest ona naruszeniem podstawowych zasad – etyki i współżycia społecznego. W życiu seksualnym rodziny dochodzi wtedy od zanegowania godności i wartości. Naruszona zostaje godność kobiety jako żony i jako człowieka, któremu zburzono wiarę w nienaruszalność tego, co jest jego własnością. Zdradę piętnując wszystkie największe religie. Katechizm Kościoła Katolickiego określa prostytutkę jako plagę społeczną a oddawanie się prostytutce – uznaje za grzech ciężki.

Prostytucja w Polsce stwarza (podobnie jak w innych krajach na świecie) poważne problemy. Prowadzenie szerokich badań, i podejmowanie dotychczasowych rozwiązań legislacyjnych nie przyniosło satysfakcjonujących rezultatów. Pozostaje więc dalsze poszukiwanie racjonalnych rozwiązań problemów związanych z prostytutką.

Prostytucja uwarunkowana jest splotem czynników społecznych, ekonomicznych, kulturowych i fizjologicznych. Poglądy na przyczyny prostytutki są obecnie bardzo zróżnicowane.

Do czynników, które prowadzą do prostytutki dość często zalicza się:

- wadliwą strukturę rodziny,
  - złą atmosferę wychowawczą w domu rodzinnym,
  - niski poziom wykształcenia i przygotowania zawodowego,
  - alkoholizm lub nadużywanie alkoholu w rodzinach prostytutek,
  - zmienność środowisk wychowawczych,
  - niski status materialny rodziny,
  - niski poziom wykształcenia rodziców,
  - wczesne rozpoczynanie życia seksualnego z przygodnymi partnerami<sup>127</sup>.
- M. Poznańska oprócz ww. punktów dodatkowo wyróżnia:
- niezdolność do nawiązywania i utrzymywania prawidłowych i społecznie pozytywnych, kontaktów uczuciowych,
  - zaburzenia w sferze motywacji, obniżenie uczuciowości wyższej,
  - zaburzenia popędowe<sup>128</sup>.

Na podstawie szeroko przeprowadzonych badań wśród młodych prostytutek M. Jasieńska, twierdzi, że przyczynami uprawiania nierządu są najczęściej:

- alkoholizm rodziców w 67% przypadków,
- analfabetyzm rodziców w 72% przypadków
- złe życie rodziców w 70% przypadków,
- brutalne traktowanie w domu w 40% przypadków.

W uzupełnieniu przytoczonych wyników, autorka badań stwierdza, że wejście na drogę prostytutki nierazko poprzedzał udział w grupie chuligańskiej lub złodziejskiej<sup>129</sup>.

Z kolei M. Antoniszyn i A. Marek uważają, że „należy odrzucić szkodliwy stereotyp prostytutki, jako dziewczyny, która po nieszczęśliwym dzieciństwie i obcowaniu z chorymi na alkoholizm rodzicami albo pod wpływem zaburzeń osobowości i z powodu niskiej inteligencji rozpoczęła uprawiać nierząd. Pogląd taki przedstawia pro-

<sup>127</sup> U. Świętochowska, *Patologie cywilizacji współczesnej*, Toruń 1997.

<sup>128</sup> M.W. Poznańska, *Prostytucja*, [w:] *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, t. IV, red. T. Pilch, Warszawa 2005, s. 996.

<sup>129</sup> M. Antoniszyn, A. Marek, *Prostytucja w świetle badań kryminologicznych*, Warszawa 1985, s. 118.

stytutkę jako bezbronną ofiarę środowiskowych lub biologicznych uwarunkowań, jako mechanistycznie pojmowany produkt patologii rodziny albo osobę niesprawną umysłowo lub wręcz psychicznie chorą<sup>130</sup>.

Na podstawie obserwacji, rozmów prowadzonych przez autora wyłania się bowiem obraz obecnej prostytutki nie tylko obciążonej skutkami środowiskowymi czy charakterologicznymi, ale coraz częściej kobiety inteligentnej wywodzącej się z normalnych rodzin o niezłym statusie materialnym. Zjawisko prostytucji w ostatnich latach przeszło swoistą ewolucję, sprawiając, że głównym motywem uprawiania nierządu (niezależnie od pochodzenia i środowiska uprawiających go kobiet) jest korzyść materialna. Nierządem zajmują się kobiety i mężczyźni, niewątpliwie jednak dominują kobiety.

Element zapłaty i handlu własnym ciałem wywołuje potępienie szeroko rozumianej opinii publicznej. Oficjalnie mówi się, że grupa osób uprawiających nierząd jest gorszą częścią społeczeństwa jako zdemoralizowana, niezdolna i nieprzystosowana do życia w społeczeństwie.

Na osobne z punktu widzenia społecznego podkreślenie zasługuje również waga tematyki prostytucji nieletnich i motywy jej podejmowania.

### *Pojęcia definicyjne*

Prostytucja jest jednym z najstarszych zjawisk patologii społecznej; równocześnie mamy wiele sprzecznych opinii na temat tego, czym jest, jakie są jej formy i jakie niesie za sobą skutki. W literaturze przedmiotu spotykamy wiele definicji prostytucji, które różnie akcentują poszczególne znamiona tego zjawiska.

Dużo definicji nie jest już adekwatnych dla współczesnych form prostytucji. W niektórych zwracani uwagę na te cechy zjawiska, które uległy zmianie. Stąd bardzo trudno w każdym przypadku ustalić, czy obecnie dane zdarzenie jest, czy nie jest prostytucją<sup>131</sup>. Jak ocenić postępowanie kobiety często zmieniających partnerów życiowych lub mężatkę przyjmującą kosztowne prezenty od znajomego, z którym łączy ją okazjonalne kontakty o seksualnym charakterze. Nie można tu nie zauważyć pewnej ekwiwalentności dóbr i usług, w danym okresie.

W obecnych czasach, w warunkach często akceptowanej nadmiernej tolerancji trudno jest wyznaczyć granice między normą dopuszczalnego postępowania a zachowaniem o charakterze patologicznym, naruszającym obowiązujące kanony moralne.

Za prostytucję uważa się sprzedawanie własnego ciała partnerowi, który za tę usługę płaci. Element zapłaty stanowi zasadniczy motyw działania, bez względu na formę zapłaty, która w przeszłości, jak i współcześnie jest bardzo różna. Otwarty natomiast pozostaje problem, jakimi kategoriami ocenić dobrowolny związek, w którym kobieta odpłatnie oddaje się mężczyźnie w celu zaspokojenia swojego popędu płciowego.

W różnego rodzaju publikacjach znajdujemy podobne, mniej lub bardziej szczegółowe, definicje omawianego zjawiska. Do najczęściej przywoływanych należą:

<sup>130</sup> M. Jasińska, *Proces społeczny wykołajenia młodocianych dziewcząt*, Warszawa 1967, s. 141.

<sup>131</sup> Por. m.in. M. Antoniszyn, A. Marek, *op. cit.*, s. 5.

- Prostytycja (z. łac.) uprawianie stosunków płciowych w celach zarobkowych<sup>132</sup>.
- Prostytycja (łac. *prostitutio*) uprawianie nierządu w celach zarobkowych<sup>133</sup>.
- Prostytycja to zjawisko w skali społecznej polegające na tym, że większa lub mniejsza liczba osób będących członkami danej społeczności uprawia proceder polegający na świadczeniu usług seksualnych w zamian za korzyści materialne<sup>134</sup>.
- Prostytycja, to negatywne zjawisko społeczne, polegające na uprawianiu nierządu w celach zarobkowych, wiążące się ściśle z szerzeniem chorób wenerycznych i przestępczością<sup>135</sup>.
- Prostytytka, kobieta pobierająca opłaty za świadczenia usług seksualnych klientom, potocznie określa się to zajęcie jako „najstarszy zawód świata”<sup>136</sup>.
- Prostytytka to osoba, która zaspokaja potrzeby seksualne przygodnych partnerów, bez zaangażowania uczuciowego i w zasadzie bez możliwości wyboru<sup>137</sup>.

### Rys historyczny

Najwcześniejsze doniesienia na temat prostytycji pochodzą ze starożytnej Mezopotamii, Egiptu, Grecji, Rzymu, Palestyny oraz Chin i Indii. W tym okresie występowały dwie formy prostytycji gościnna i sakralna. Na terenie Mezopotamii zapoczątkowano formę gościnną. Goście należało oddać do dyspozycji wszystko, czym dysponował gospodarz, nawet żonę lub córkę, gdyż jego obecność przynosiła szczęście domowi. Forma religijna funkcjonowała dwutorowo. Po pierwsze, kapłanki miały obowiązek oddawać się, aby przyczynić się do dobrych zbiorów i sukcesów w hodowli; natomiast młode Babilonki zgodnie z obowiązującym prawodawstwem musiały się raz w życiu oddać za pieniądze obcemu mężczyźnie, a otrzymane pieniądze musiały darować kapłanom jako ofiarę dla bogów<sup>138</sup>.

W Starożytnym Egipcie prostytycja była legalna. Stąd kobietę czerpiącą zyski z tego proceduru traktowano jak handlarzkę. Równocześnie funkcjonowały prostytycja świątynna i świecka (bardziej rozpowszechniona)<sup>139</sup>. W Starożytnej Grecji również funkcjonowały dwa rodzaje prostytycji, a o jej popularności może świadczyć fakt, że w Koryncie znajdowało się ich ponad tysiąc, stąd wywodzi się określenie prostytytki – „córa Koryntu”. Z Grecji wywodzi się również określenie „hetera”, co oznacza kobietę lekkich obyczajów, na ogół o wysokim poziomie umysłowym, o wykształceniu literackim, filozoficznym czy muzycznym<sup>140</sup>. Pierwszym państwem greckim, które objęło prostytycję kontrolą były Ateny, przy czym tą formę kontroli rozwinęli Rzymianie, upatrując w nim istotnego źródła dochodów i możliwości kontroli prostytycji legalnej i nielegalnej<sup>141</sup>. Już w Rzymie istniała nie tylko kontrola

<sup>132</sup> *Nowa encyklopedia powszechna PWN*, red. D. Kalisiewicz, Warszawa 1994.

<sup>133</sup> *Słownik wyrazów obcych...*, *op. cit.*

<sup>134</sup> M. Jasińska, *op. cit.*

<sup>135</sup> *Mała encyklopedia medycyny*, Warszawa 1990.

<sup>136</sup> Z. Lew-Starowicz, *Miłość i seks. Słownik encyklopedyczny*, Warszawa 1999.

<sup>137</sup> M. Jasińska, *op. cit.*

<sup>138</sup> Por. m.in. *Seksuologia kulturowa*, red. K. Imieliński, Warszawa 1980, s. 318.

<sup>139</sup> Zob. F.S.P. Dufour, *Historia prostytycji*, t. 1, Gdynia 1998, s. 35–41.

<sup>140</sup> *Słownik współczesnego języka polskiego...*, t. 1, s. 303.

<sup>141</sup> A. Marek, *Prawo karne. Zagadnienia teorii i praktyki*, Warszawa 1997, s. 514.



prostytek, ale także ich podział na poszczególne kategorie. Domy publiczne uważano za miejsce mające zapobiegać uwodzeniu żon<sup>142</sup>. W II wieku p.n.e. prostytutki zostały spisane w specjalnym rejestrze i musiały odtąd posiadać pozwolenie na wykonywanie zawodu<sup>143</sup>.

W dawnych Chinach prostytutki musiały posługiwać się wyrafinowaną sztuką miłosną; zależnie od klasy prostytutki przypisywane były poszczególne stany społeczne. Te związane z najwyższymi stanami „miały uznanie towarzyskie” i wysokie dochody<sup>144</sup>.

W Indiach szeroko rozpowszechniona była prostytutka religijna. Obok kapłanów, kobiety te były darzone szczególnym szacunkiem i należały do najlepiej wykształconych w kraju. prostytutki cieszyły się uznaniem i szacunkiem, zachowały prawa obywatelskie i nigdy nie były prześladowane. To właśnie z Indii pochodzi słynna księga Kamasutra, związana z zachowaniami seksualnymi<sup>145</sup>.

Japonię charakteryzowała prostytutka rozwarstwiona: prostytutki zwykłe, gejsze i ojran-y. Zgodnie z normami kulturowymi. prostytutkom, gejszom i ojranom przysługiwało prawo szacunku. Wszystkie klasy prostytutek obsługiwały mężczyzn legalnie. prostytutki po odsłużeniu pewnej liczby lat wracały do normalnego życia i znów uchodziły za porządne kobiety. Ówczesne żony aprobowały wizyt swych mężów w domach publicznych.<sup>146</sup>

W okresie średniowiecza kościół, władze oraz społeczeństwo uważały prostytucję za mniejsze zło, z którego czerpano zyski. Istniały nawet domy publiczne zakładane m.in. przez zakony lub kapituły<sup>147</sup>. Sam św. Tomasz z Akwinu – mówił o prostytucji jako o zjawisku społecznie koniecznym i odgrywającym rolę toalety w pałacu. Wraz z końcem średniowiecza ograniczono możliwości oficjalnego uprawiania prostytucji, zamykano domy publiczne, zarówno w krajach protestanckich, jak i katolickich. We Francji w 1560 roku wydano dekret zakazujący uprawiania prostytucji. Anglia deportowała w latach 1700–1780 około 10 tys., kobiet skazanych za uprawianie prostytucji. Jednak nie wszędzie nierząd był poddawany takim restrykcjom, np. w Rzymie prostytutki bardzo dobrze rozwinęły swoją działalność<sup>148</sup>.

Na początku XIX wieku wobec nieskuteczności działań represyjnych zaczęto na powrót organizować domy publiczne (np. we Francji wprowadził je Napoleon Bonaparte).

W XIX wieku trzeba zwrócić uwagę na nasilenie procesów emancypacji. Kobiety domagały się takich samych praw, co mężczyźni w instytucji małżeństwa, czyli wierności i czystości obyczajów. Feministki zwalczały podwójną moralność, w tym opinii mężczyzn o konieczności istnienia prostytucji; wykazywały, że źródłem jej jest upośledzenie kobiety – brak możliwości edukacji, dopuszczenie do swobody seksualnej mężczyzn i potępienie za nią kobiet. Zapoczątkowany przez angielską Josephine Butler

<sup>142</sup> B. Hołyst, *Kryminologia*, wyd. 9 rozszerzone, Warszawa 2007, s. 1029.

<sup>143</sup> Za: F. Dufour, *op. cit.*, t. 1, s. 63–218.

<sup>144</sup> K. Imieliński, *Manowce seksu. Prostytucja*, Łódź 1990, s. 25.

<sup>145</sup> *Ibidem*, s. 25.

<sup>146</sup> Z. Lew-Starowicz, *Erotyzm i techniki seksualne Wschodu*, Warszawa 1999, s. 55–64.

<sup>147</sup> J. Rossiad, *Prostytucja w średniowieczu*, Warszawa 1997, s. 39–54.

<sup>148</sup> Zob. M. Kurzel-Runtscheiner, *Córy Wenus. Kurtyzany XVI-wiecznego Rzymu*, Gdynia 1998.

oraz Daniela Cooper'a w 1864 roku ruch abolicjonistyczny wymierzony był przeciw organizowaniu przez państwo prostytucji a zwłaszcza przeciw dozorowi urzędniczemu. Dążył on do zniesienia reglamentacji prostytucji, którą uważał za zło moralne, przymus i wyzysk kobiet<sup>149</sup>. Doszło więc do reform, które zawierały propozycje m.in. badań okresowych prostytutek. Niezależnie od tych prób poprawy sytuacji kobiet uprawiających nierząd, XIX wiek uchodzi za okres bezprecedensowego rozkwitu prostytucji związanego z kapitalistycznymi przeobrażeniami na świecie<sup>150</sup>.

W Polsce porozbiorowej obowiązywało prawodawstwo krajów zaborców. Po odzyskaniu niepodległości przez Polskę w 1919 roku, Ministerstwo Zdrowia Publicznego wydało dekret o zamknięciu domów publicznych. Okres międzywojenny, to okresy bezrobocia, kryzysu lat 30., gdy złe warunki materialne sprzyjały rozwojowi prostytucji zarówno w Polsce, jak i innych krajach europejskich, z tym, że stopień zorganizowania i legalności uprawiania prostytucji był zróżnicowany.

Po drugiej wojnie światowej prostytucja rozkwitała w różnorodnych formach. W PRL nie pozwalano na legalizację prostytucji. Domy publiczne działały jak wszędzie, ale w podziemiu. Prostytutki były rejestrowane (często wraz ze zdjęciem i odciskami palców). W latach 70. i 80. XX wieku liczba zaewidencjonowanych wahała się w granicach 10–13 tys. prostytutek<sup>151</sup>. W latach 70. widoczne były symptomy poprawy pozycji finansowej prostytutek ich wykształcenia i poziomu intelektualnego. Przejściowe zahamowanie zjawiska prostytucji zaobserwowano w okresie stanu wojennego w 1981 roku<sup>152</sup>.

### *Formy prostytucji*

Prostytucja to jedyne zawód cieszący się zainteresowaniem, które z roku na rok coraz bardziej wzrasta. Jego wykonywanie może przyjmować różne formy, poczynając od sprzedawania się za środki pieniężne czy za prezenty (gratyfikacje rzeczowe o różnej wartości); w niektórych sytuacjach połączone jest z możliwością wyboru partnerów z uwzględnieniem ich zamożności, wyglądu, czy intelektu.

Najczęściej wymienianymi odmianami prostytucji są<sup>153</sup>:

- prostytucja heteroseksualna – gdzie osoba odczuwa pociąg seksualny do osób płci przeciwnej, odnosi się to zarówno do kobiet, jak i mężczyzn<sup>154</sup>,

<sup>149</sup> Zob. N. Roberts, *Dziwki w historii: prostytucja w społeczeństwie zachodnim*, Warszawa 1997.

<sup>150</sup> Z bogatej literatury dotyczącej tego okresu wiemy, że w XIX wieku w Londynie przebywało 250 tys. prostytutek, w Paryżu 1000 tys. w Berlinie 50 tys. a w Sankt Petersburgu 35 tys. Nawet jeżeli te dane są znacznie zawyżone to i tak świadczą o olbrzymich rozmiarach omawianego procederu. Szerzej m.in.: A. Rząśnicki, *W sprawie prostytucji*, Warszawa 1911, s. 4; J. Sikora-Kulesza, *Zło tolerowane. Prostytucja w Królestwie Polskim w XIX wieku*, Warszawa 2004, s. 5; L. Adler, *Życie codzienne w domach publicznych w latach 1830–1930*, Wrocław 1999.

<sup>151</sup> *Rozmiary prostytucji w Polsce*, [w:] *Przeciwdziałania wobec zjawiska przymuszonej prostytucji i handlu kobietami*, red. A. Czarnocki, Warszawa 2003, s. 55.

<sup>152</sup> Zob. A. Bielska, *Analiza wybranych społecznych konsekwencji prostytucji w Polsce*, „Przeгляд Policijny” 1991, nr 2.

<sup>153</sup> *Słownik współczesnego języka polskiego...*, op. cit.

<sup>154</sup> *Ibidem*, s. 303.

- prostytutka homoseksualna – gdy kierowany jest popęd seksualny do osobników tej samej płci<sup>155</sup>, tj.: prostytutka męska (pederastyczna); prostytutka damska (lesbijska),
- prostytutka biseksualna – gdy popęd seksualny skierowany jest ku obu płciom<sup>156</sup>.

### *Dewiacje seksualne*

Klientela prostytutek niejednokrotnie ma swoje dodatkowe oczekiwania odnośnie różnych form zaspokajania seksualnego, mieszczące się w pojęciu określanym mianem dewiacji seksualnej.

Dewiacje seksualne<sup>157</sup> obejmują wszelkie formy stałego zaspokajania popędu seksualnego w sposób odbiegający od typowego w danej kulturze; obejmuje zarówno jednostki seksuologiczne naruszające normy społeczne (np. transseksualizm, fetyszizm, masochizm), jak i normy medyczne, zboczenia płciowe (np. niektóre postacie sadyzmu, pedofilii, ekshibicjonizmu); poza zboczeniami płciowymi wyodrębnia się dewiacje seksualne pod względem obiektu zainteresowań seksualnych (np. gerontofilia, pigmalionizm, nekrofilia), sposobu realizacji popędu seksualnego (np. oglądactwo) oraz tzw. nietypowe zachowania seksualne (transseksualizm, kazirodztwo); granica między zachowaniami mieszczącymi się w normie a dewiacjami seksualnymi jest płynna i zmienna, np. w zależności od kręgu kulturowego.

Ze względu na miejsce wykonywania, występują następujące rodzaje prostitucji:

- prostytutka uliczna

Kobiety pracujące na ulicy oferują szeroki zakres usług seksualnych po stosunkowo niskich cenach. Ceny są niższe w porównaniu z cenami za usługi oferowane przezprostituujących się ogłoszeniodawców czy pracownice zatrudnione w agencjach towarzyskich. Ceny usług prostytutek są najczęściej wyższe niż tzw. tirówek wpływają na to głównie warunki świadczenia usług. Kobiety pracujące na ulicy mają zazwyczaj ostry (krzykliwy) makijaż. Sam ubiór sygnalizuje ich profesję<sup>158</sup>.

Kobiety większość zarobionych środków finansowych przeznaczają na utrzymanie siebie i rodziny. Podczas gdy chłopcy „pracujący” w parku zarabiają więcej i przeważnie nikogo nie mają na utrzymaniu. To pozwala im wydawać na własne potrzeby np. firmowe ubrania, sprzęt stereofoniczny, płyty, kasety czy akcesoria do komputera. Niekiedy chłopcyprostituujący się są jeszcze pod opieką rodziców, którzy nie interesują się, skąd syn ma pieniądze. Niektórzy z chłopaków to osoby heteroseksualne, które mieszkają ze swoimi partnerkami. Partnerki rzadko wiedzą, na czym naprawdę polega praca ich chłopaka w odróżnieniu od mężówprostituujących się kobiet, którzy zazwyczaj wiedzą, czym zajmuje się żona przynosząca pieniądze do domu.

Do prostitucji ulicznej należą także chłopcy „pracujący” w okolicach szaleatów miejskich i na dworcu PKP lub w każdym miejscu, wskazanym przez klienta<sup>159</sup>:

<sup>155</sup> *Ibidem*, s. 307.

<sup>156</sup> *Ibidem*, s. 60.

<sup>157</sup> Szerzej o wyspecyfikowanej tematyce m.in. w: <http://pl.Wikipedia.org/wiki/Nekrofilia> itd.

<sup>158</sup> M. Kowalczyk-Jamnicka, *Społeczno-kulturowe uwarunkowania prostitucji w Polsce*, Bydgoszcz 1998, s. 57.

<sup>159</sup> Szerzej: *ibidem*, s. 60.

- prostytutka na drogach dojazdowych

Z usług tej grupy kobiet korzystają zazwyczaj przejeżdżający kierowcy, zajmujący się transportem ciężarowym, kierowcy zawodowi. Realizacja usługi następuje w samochodzie klienta;

- prostytutka w agencjach towarzyskich

Agencje towarzyskie, są rejestrowane na zasadzie działalności gospodarczej, mają prawo działać wszędzie jako night club, centrum rekreacyjne, salon masażu, czy klub biznesmena. Kobiety pracujące w agencji, korzystają z pomieszczenia i z ochrony wewnątrz lokalu. Same z chęcią podejmują taką formę działania, odkładając część zysków na rzecz właściciela agencji, a zarobki są niemałe.

Kobiety pracujące w agencji często mają dobre maniery, znają języki obce, są estetycznie ubrane i używają drogich kosmetyków. Pracują na ogół w przyjemnie urządzonej czystym miejscu. W przypadkach niewłaściwego zachowania klientów mają prawo odmówić pracy, licząc na pomoc ochrony. Kobiety pracujące w agencji z reguły nie przekraczają trzydziestego roku życia. Występuje tutaj duża konkurencja i znaczna rotacja kadrowa. Z usług agencji korzystają przede wszystkim mężczyźni klasy średniej i wyższej.

- prostytutka w lokalach rozrywkowych

W lokalach rozrywkowych, szczególnie do tych w których uczęszcza młodzież przebywają dziewczyny nieletnie i nieco starsze. Z ich usług seksualnych korzystają przeważnie rówieśnicy. Formą zapłaty jest często tzw. sponsoring. Usługa odbywa się na miejscu, w samochodzie klienta lub mieszkaniu prywatnym. Dziewczyn tych nie uważa się na ogół za prostytutki, tylko za dziewczyny rozwiązłe. Najczęściej pochodzą z rodzin z problemem niedostosowania społecznego<sup>160</sup>;

- prostytutka wakacyjna i studencka

Każdego roku ucieka z domów – najczęściej podczas wakacji – ponad 5 tys. dzieci. Trudno jest określić, ile z nich płaci sobą za mieszkanie, jedzenie itp. wykrywalność takich spraw jest minimalna. Sezonowe prostytutki wiedza, że robią źle, ale skoro taki był tydzień, to już następny taki miesiąc nie zaszkodzi. Tak było w przypadku pewnej studentki, dzisiaj mężatki i matki. W czasach młodzieńczych, przez siedem lat, rokrocznie przez okres wakacji pracowała w domu publicznym, zarabiając na kieszonkowe na okres całego roku. Była na swój sposób dumna, że zarabiała, nikogo nie okradając<sup>161</sup>. Niektóre studentki (na ogół z rodzin ubogich) pracują w agencjach, inne przez internet proponują masaże lub sprzątanie w skąnym stroju. Prostitution studentów jest na ogół działalnością indywidualną i okazjonalną<sup>162</sup>.

### *Prostitution nieletnich*

Zjawisko to, nasila się, lecz tylko częściowo jest rozpoznane, dotyczy ono w większości przypadków dziewcząt, ale coraz częściej również chłopców. Ważnym problemem prostitution dziecięcej jest stręczycielstwo i handel, które nie rzadko ma związek z rodzinami. Obok dzieci, które uprawiają seks, żeby nie głodować, jest też grupa nastolatków, w których domach pieniędzy nie brakuje.

<sup>160</sup> *Ibidem*, s. 63.

<sup>161</sup> „Newsweek” 1999, nr 10.

<sup>162</sup> K. Raczyński, *Kobieta niewolnicą XX wieku*, Poznań 1999, s. 23.

### *Handel kobietami*

Handel kobietami nie jest typowym rodzajem prostytucji, choć ściśle z prostytucją jest związanym. Zmiany polityczno-ekonomiczne zachodzące w naszym kraju od 1990 roku, przyniosły szereg zmian pozytywnych i negatywnych. Wśród najbardziej dolegliwych, przeobrażeń jest utrzymujące się zubożenie pewnej części społeczeństwa, powiązane z bezrobociem.

Jednocześnie w prasie zaczęły się pojawiać ogłoszenia o intratnych pracach w różnych krajach zachodnioeuropejskich. Oferty skierowane były głównie do dziewczyn i młodych kobiet (w ogłoszeniu szczególnie podkreślano młody wiek kandydatek). Przeważnie obiecywano następujące prace: opiekunka do dzieci i osób starszych, kelnerka, sprzątaczką, modelką i hostessą. Nie wymagano odpowiedniego wykształcenia, doświadczenia czy biegłej znajomości języków. Ogłoszeniodawcy oferowali pomoc w załatwieniu wszelkich formalności urzędowych związanych z wyjazdem i pobytem w obcym kraju oraz udzielenie pożyczek finansowych dotyczących zagospodarowania w nowym miejscu pobytu.

Możliwość otrzymania intratnej pracy, połączona z powszechnie funkcjonującym mitem lepszego życia na Zachodzie – sprawiło, że wiele kobiet wyjeżdżało za granicę w przekonaniu, że jadą do oczekiwanej, umówionej pracy, dopiero na miejscu okazywało się, że będą pracowały w tzw. seks-biznesie.

Młode kobiety trafiały za granicę również w wyniku porwań dokonywanych na dyskotekach z użyciem środków odurzających. Wiele rozczarowań przynosiły także małżeństwa zawierane z cudzoziemcami – niejednokrotnie była to jedna z metod rekrutacji do uprawiania prostytucji. Stręczyciele zabierali przywiezionym kobietom dokumenty, zastraszały je, znęcali się fizycznie i psychicznie, zabierając przy tym większość, jeśli nie całość zarobków. Ofiary często przebywały w danym kraju nielegalnie i obawiały się deportacji, jak również wstydu czy upokorzenia po powrocie do kraju.

Handel kobietami z terenu Europy Środkowo-Wschodniej stał się domena zorganizowanych grup przestępczych, zarówno z Europy Zachodniej, jak i z kraju pochodzenia ofiar. Jedną z cech wyróżniających przestępczość zorganizowaną jest to, że zawsze zajmują się działalnością, która przynosi największe korzyści, np. handel bronią i narkotykami, oszustwa podatkowe – podobne zyski zaczął przynosić handel młodymi kobietami na chłonnym rynku europejskim. Już na początku lat 90. do kraju zaczęły docierać pierwsze doniesienia o handlu kobietami. W krajowych gazetach pisano o polskich kobietach zmuszanych do prostytucji w domach publicznych Europy Zachodniej. Brakowało jednak rzetelnych informacji na temat dręczonych i wykorzystywanych podstępnie kobiet<sup>163</sup>.

W 1995 roku powstała pozarządowa organizacja La Strada, która zajmuje się wyłącznie pomocą dla ofiar handlu i jego zwalczaniem. La Strada współpracuje w ramach wielu państw z Interpolem. Działalność ta prowadzona jest w formie trzech kampanii: kampanii prasowej i lobingowej, kampanii prewencji i edukacji, i kampanii pomocy społecznej. Ponadto La Strada prowadzi działalność szkoleniową i wydawniczą. Nawiązano wiele kontaktów międzynarodowych i starano się wywrzeć wpływ na autorytety społeczne i przedstawicieli różnych instytucji publicznych.

<sup>163</sup> Zob. S. Szumpich, *Prostytucja jako rodzaj dysfunkcji rodziny w sytuacji bezrobocia*, [w:] *Wymiary przestrzeni życiowej współczesnej rodziny*, red. G. Makiełto-Jarża, Kraków 2008, s. 168.

Wciąż nie ma spójnego systemu pomocy ofiarom handlu, który mógłby zaferować kompleksowe wsparcie np. schronisko, pomoc finansową, psychologiczną i prawną. Stworzenie takiego systemu wymaga współpracy odpowiednich struktur z obu krajów.

### Prostytucja jako fenomen masowy

#### *Dylematy polskiej prostytucji*

Obecnie w Polsce prostytucja nie jest zakazana przez prawo, tylko niektóre czyny z nią związane są zabronione. Sytuację prawną tego zjawiska przesądziła w 1952 roku ratyfikacja Konwencji międzynarodowej w sprawie handlu kobietami i eksploatacji prostytucji z 1950 roku. Konwencja składa się z 28 artykułów. W art. 1–2, strony zgadzają się ukarać każdego, kto dostarcza, zwabia lub uprowadza w celach prostytucji inną osobę nawet za jej zgodą, utrzymuje, prowadzi, finansuje dom publiczny albo wynajmuje pomieszczenia dla celów prostytucji innych osób. Artykuł 6 omawianej konwencji zobowiązuje strony przyjmujące konwencję do całkowitego uchylenia prawa lub zarządzenia o specjalnej rejestracji osób zajmujących się prostytucją oraz cofnięcia wszelkich specjalnych wymagań co do nadzoru lub zgłaszania się. Natomiast artykuł 16 nakłada obowiązek podjęcia działań oświatowych, zdrowotnych, społecznych i gospodarczych dla zapobiegania prostytucji oraz przysposobienia prostytutek do pracy.

Prostytucja w Polsce sama w sobie nie jest karana. Karane jest natomiast: stręczycielstwo, kuplerstwo i sutenerstwo. Mówią o tym dwa artykuły a mianowicie art. 203 i 204 kodeksu karnego<sup>164</sup>. Według art. 203 k.k. podlega karze pozbawienia wolności od roku do dziesięciu lat ten; „kto przemocą groźbą bezprawną podstępem lub wykorzystując zależność lub krytyczne położenie, doprowadza inną osobę do uprawiania prostytucji”. Art. 204 par. 1 i 2 z kolei dotyczy sutenerstwa i kuplerstwa. Pierwszy paragraf mówi, iż karze pozbawienia wolności do lat 3 podlega ten „kto w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, nakłania inną osobę do uprawiania prostytucji lub jej to ułatwia”. Paragraf 2, iż karze określonej w paragrafie 1 podlega osoba trudniąca się sutenerstwem, czyli żerowaniem i czerpaniem korzyści majątkowych z cudzej prostytucji. Istnieją jeszcze art. 3 i 4, które dotyczą prostytucji osób małoletnich. Według art. 3 kara wynosi od roku do dziesięciu lat. Jeżeli osoba zwabia lub uprowadza inną osobę do uprawiania prostytucji zagranicą, to podlega karze na podstawie art. 204 par. 4.

W Polsce nie ma oficjalnych danych na temat liczby prostytutek. Dane które służą najczęściej jako podstawa do tego typu analiz związane są z popełnionymi przestępstwami odnotowanymi przez policję. Według różnych ocen, skala tego zjawiska dotyczy 10 000 do 12 000 lub 40 000, a nawet, według niektórych szacunków 100 000 osób<sup>165</sup>, z czego około 10% nie ukończyło 18 lat<sup>166</sup>.

<sup>164</sup> Kodeks karny z wprowadzeniem, Warszawa 2004.

<sup>165</sup> Zob. m.in. Cz. Grzeszczyk, *Etiologia polskiej przestępczości*, [w:] *Przestępczość w Polsce w latach 90.*, red. F. Prusak, Warszawa 2002, s. 24; U. Świętochowska, *op. cit.*

<sup>166</sup> Por. J. Moczyłowska, *Rodzinne uwarunkowania prostytucji nieletnich*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 1996, nr 10; P. Smoleński, *Młodość i prostytucja*, „Gazeta Wyborcza” 2003, nr 2, s. 5.

Po roku 2000 najmłodsza zatrzymana przez policję prostytutka miała 12 lat. Zgodnie z danymi policji, z jednej strony wzrasta liczba młodocianych prostytutek, a z drugiej – ujawnia się prostytucja chłopięca. W Polsce pracuje 2000 do 3000 prostytutek przyjezdnych, głównie z Ukrainy, Bułgarii, Rumunii. Wśród cudzoziemek bywają też dziewczęta w wieku 14–14 lat. Poza zasięgiem rejestracji policji są prostytutki internetowe.

Z przeprowadzonych badań wynika, że najwięcej prostytutek jest w dużych miastach. Wiek większości prostytutek mieści się w przedziale 17–35 lat. Zdecydowana większość z nich wywodzi się z rodzin robotniczych (60–70%) i ma wykształcenie podstawowe. Są przeważnie niezamężne, jednak wiele z nich posiada dzieci. Bywają tu również coraz częściej mężatki, które są żonami bezrobotnych mężów (np. górników). Rodzinom mówią, że jadą do innego miasta do pracy Robią zakupy i szykują jedzenie na czas swej nieobecności. Zostawiają pieniądze dla męża i dzieci. Wtedy mąż o nic nie pyta<sup>167</sup>. Proces wchodzenia w zawód prostytucji był najczęściej stopniowy w pokonywaniu wstydu i upokorzenia.

Z biegiem czasu kobiety myślą o zaprzestaniu prostytucji. Zazwyczaj po 3 latach szczególnie niektóre panny próbują odejść od zawodu, czasem z jednym ze swoich klientów. Po 10 latach większość myśli o zakończeniu tej pracy.

#### *Funkcjonowanie prostytucji w różnych krajach europejskich*

Prostytucja jest poważnym problemem wielu krajów Unii Europejskiej. Po upadku muru berlińskiego i zniesieniu kontroli granicznej fala kobiet zalała europejski rynek seks-biznesu według szacunków przybyło och około trzystu tysięcy z Europy Wschodniej do krajów Europy Zachodniej, nie licząc prostytutek z anglojęzycznej Afryki<sup>168</sup>.

W Wielkiej Brytanii szacuje się, że około 70 tysięcy kobiet i mężczyzn trudni się prostytucją, przy czym państwo formalnie dopuszcza prostytucję, jednak utrudnia ją przez ustawodawstwo, zabraniające nagabywania klientów, prowadzenia domów publicznych i lokowania w bankach pieniędzy uzyskanych od klientów. Najbardziej wpływowymi osobami, które decydują o losie prostytutek są lokalni radni i policja. W Niemczech od 1 stycznia 2002 roku na mocy nowych przepisów „pracownicy świadczący usługi seksualne” nie prowadzi działalności sprzecznej z dobrymi obyczajami, jak uprzednio ujmował to kodeks karny. Każdego dnia w Niemczech całkowicie legalnie prostytuuje się 40 000 do 60 000 kobiet. Świadczą one usługi dla 1,2 miliona mężczyzn rocznie, przy obrotach sięgających, 4 miliarda euro. Usługi te objęte są podatkiem dochodowym. W świetle nowych przepisów, prostytutki mogą pociągnąć do odpowiedzialności kłopotliwych klientów, mają również prawo do świadczeń socjalnych, w tym zasiłków dla bezrobotnych, z dochodu odprowadzają składki emerytalne (muszą zawierać umowy o prace z właścicielami agencji lub bezpośrednio z klientami).

We Francji 80% prostytutek to cudzoziemki. Według ustawodawstwa narodowego uprawianie nierządu jest przestępstwem. Prostytuujące się osoby nie są uznawane za przestępców, policja może jednak zgodnie z prawem z marca 2003 roku

<sup>167</sup> M. Kudroń, M. Skowrońska, *Ile żon górników utrzymuje domy z prostytucji?*, <http://gazeta.pl/kraj1,34317.htm>.

<sup>168</sup> Tekst o prostytucji w krajach zachodnioeuropejskich został przygotowany na podstawie dostępnej literatury i szeregu rozmów z Polakami mieszkającymi w tych krajach.

o Bezpieczeństwie Wewnętrznym, represjonować publiczne następstwa prostytucji (nierząd karany jest grzywną do 3500 euro i możliwością zatrzymania do 6 miesięcy). Zgodnie z wymienioną ustawą (nazywaną również prawem Sakozy'ego) karalne jest również „bierne werbowanie”<sup>169</sup>.

Prawie 60 lat temu we Włoszech zlikwidowano domy publiczne i zakazano prostytucji w miejscach zamkniętych, dzięki czemu rozrosła się uliczna prostytucja. Włoskie prawo z jednej strony uznaje prostytucję za sprawę prywatną, ale ściga wykorzystywanie prostytucji (czynność pozyskiwania i ułatwianie prostytucji)<sup>170</sup>.

Prostytucja w Hiszpanii nie jest zakazana. Kodeks karny zawiera sankcje za zmuszanie do nierządu, nie wspomina o oferowaniu usług. W Barcelonie prostytucja karana jest grzywną. W Grenadzie obowiązują wysokie grzywny (do 3 tys. euro) za oferowanie usług seksualnych i nagabywanie prostytutek w odległości 200 m od szkół, dzielnic mieszkalnych, centrów handlowych lub biznesowych<sup>171</sup>.

W Grecji prawo legalizuje i reguluje prostytucję. Nie sprzyja to jednak ochronie kobiet, które stały się ofiarami handlu, gdyż ofiary handlu przywiezione do Grecji są od razu zalegalizowane. Grecja dotychczas nie przyjęła Protokołu z Palermo i Konwencji Rady z 2005 roku, co utrudnia prawną ochronę ofiar handlu kobietami.

Prostytucja w Szwecji uznawana jest jako przemoc mężczyzn wobec kobiet i dzieci. Od 1 stycznia 1999 roku, kupowanie lub próba kupienia usług seksualnych stanowi przestępstwo karne podlegające karze grzywny lub pozbawienia wolności do 6 miesięcy. Kobiety, które są ofiarami prostytucji i handlu nie ponoszą skutków prawnych. 1 kwietnia 2005 roku legislacja zabraniająca zakupu usług seksualnych została rozszerzona na przypadki, gdzie opłata była obiecana lub uiszczona przez kogoś innego (w nowelizacji uwzględniono karę za kupowanie usług seksualnych dzieci). Od 1 stycznia 2008 roku prostytucja w Czechach jest legalna. Zniesiono również obowiązujący od 1992 roku zakaz prowadzenia domów publicznych. Osoby, które będą mogły uprawiać prostytucję, muszą mieć ukończone 18 lat. Kobiety i mężczyźni, którzy chcą uprawiać ten zawód, będą musieli uzyskać urzędowe zezwolenie, płacić podatki i poddawać się okresowym badaniom lekarskim, za naruszenie tych przepisów obowiązują wysokie grzywny. W Rosji i na Ukrainie, na Węgrzech, Rumunii rozważa się możliwość legalizacji prostytucji.

### *Aspekty ekonomiczne*<sup>172</sup>

Prostytucja, podobnie jak pornografia jest zjawiskiem występującym powszechnie na całym świecie. Roczny przychód z agencji turystyki seksualnej przez internet wynosi 1 mld euro. W wielu krajach dochody z prostytucji są istotnym elementem składowym Dochodu Narodowego Brutto (DNB). Np. w Brazylii stanowi to 5%, w Japonii

<sup>169</sup> Por. <http://cafebabel.pl/article/30415/strasburg-walczy-prostytucja...>

<sup>170</sup> A. Smolińska, *Włoski rząd walczy z uliczną prostytucją*, <http://www.wiadomości24.pl/artykul/wloski-rzad-walczy-z-uliczna...>

<sup>171</sup> Wiadomości PAP.arb., 10.11.2009.

<sup>172</sup> Przy opracowaniu aspektów ekonomicznych prostytucji wykorzystano m.in.: *Globalna prostytucja*, <http://religiapokoiu.blox.pl/2009/02/Globalna-prostytucja.html>; *Zawodowa prostytucja w Czechach*, <http://www.racjonalista.pl/index.php/s.11/t.4899>; *Prostytutki pomagają Ukrainie w kryzysie*, <http://www.tvn24.pl/0.1588059,0,1.prostytutki-pomoga-ukrainie-w-k;Handel-ludźmi>, <http://pl.wikipedia.org/wiki/Handel-lud%C5%BAmi>.



szacuje się w granicach 1 do 3%, a w Danii dochody z pornografii sytuują się na trzecim miejscu DNB. Przedsięwzięcia finansowe związane z seksem przynoszą ogromne korzyści i są ważną pozycją w płatniczych bilansach, jak i płynnych kontaktach różnych krajów. Prostyytucja wchodzi do strategii rozwoju wielu krajów azjatyckich, zmuszonych spłacać zagraniczne długi. Międzynarodowy Fundusz Monetarny i Bank Światowy sprzyjają takim strategiom, udzielając pożyczek na rozwój przemysłu turystycznego i rozrywkowego związanego z seksem.

Poważnym problemem w różnych krajach świata jest zmuszanie do prostytucji. W ostatnim dziesięcioleciu z Południowo-Wschodniej Azji przemycono 33 miliony kobiet przeznaczonych do prostytucji. Przykładowo – w 2002 roku 75% kobiet-ofiar tego przemytu miała poniżej 25 lat, część stanowiły osoby niepełnoletnie.

Kraje europejskie czerpią zróżnicowane dochody z opodatkowania legalnej prostytucji. W Niemczech prostytucję uprawia 400 tys. kobiet w wyniku czego obroty w tym sektorze wynoszą 14,5 mld euro rocznie. Usługi te objęte są przez państwo podatkiem dochodowym. Rząd Czech (w 2008 r.) uznał prostytucję za legalną. Według oficjalnych szacunków zawód ten wykonuje 25 tys. prostytutek.

Rumunia rozważa legalizację prostytucji. Na podstawie szacunków wiadomo, że legalizacja prostytucji przyniosłaby państwu około 100 milionów euro rocznie.

Ukraina rozważa zaostrzenie prawa, ale równocześnie wyliczono, że wartość pracy funkcjonujących nielegalnie prostytutek wynosi ponad 2,5 miliarda złotych.

### *Szczególne odmiany zbliżenia*

Zbliżenie oznacza między innymi przechodzenie do zażyłości<sup>173</sup>. Przy czym gdy zażyłość ma związek z seksualizmem, i odnosi się do dużych zbiorowości, to wiąże się zagadnieniami nie tylko etyki seksualnej, ale także świadomości społecznej. Ze względu na społeczną wagę problemów, scharakteryzowane tu zostaną takie dolegliwe problemy jak pornografia, czy pedofilia.

### *Pornografia*

Istnieją zjawiska społeczne, które trudno dokładnie zdefiniować, a przy tym w potocznym rozumieniu mogą powodować szkody społeczne<sup>174</sup>. Człowiek jest istotą ukierunkowującą swoje zainteresowania „ku komuś lub czemuś”. Obiektami, na które ukierunkowuje człowiek swoje myślenie i odczucia, może być on sam, inna osoba<sup>175</sup> (na ogół innej płci). Sztuka jest twórczością artystyczną, której wytworami są dzieła z zakresu, literatury, muzyki, malarstwa itp. spełniające wymogi harmonii, estetyki, stanowiące trwałą dorobek kultury. Sztuka (literatura, film, plastyka, malarstwo) przedstawia i interpretuje rzeczywistość, stosując przyjętą konwencję artystyczną. Przedstawia przejawy życia i zachowanie w tym też zachowania seksualne włączone w całość życia. Dzięki takiej sztuce jej odbiorca może poznać dziedziny życia o niezwykłych urokach, kryjące w sobie radość, napięcia i konflikty zależne od

<sup>173</sup> *Słownik współczesnego języka polskiego...*, t. 2, w. 106.

<sup>174</sup> Szerzej: W. Drabik, *Pornografia jako problem społeczny i moralny*, <http://www.nil.org.pl/xml/oil/oi164/gazeta/numery/n2007/200701/n...>

<sup>175</sup> K. Ostrowska, *Pornografia – jej ocena w aspekcie rozwoju osobowości człowieka* (fragment artykułu), <http://www.twoja sprawa.org.pl/index.php/inne-materiały-i-linki/113-...>

konkretnej sytuacji człowieka. Sztuka taka spełniać może funkcje osobowościowo-społeczne<sup>176</sup>.

W formach przekazu twórczości literackiej i w filmie, seks może być w sposób artystyczny lub symboliczny, bez wynaturzeń, z zachowaniem przesłania o wartości miłości, choć może połączonej z przeszkodami i cierpieniem. Gdy mówimy o miłości, to łączy się ona z pięknem nagości ciała ludzkiego. Od czasów starożytnej Grecji przedstawiano nagie ciało w malarstwie i rzeźbie. Nagość na ogół wiąże się ze wstydem. Wstyd jest indywidualną cechą osobowości, zawiera potrzebę zachowania szacunku i intymności. Uwzględniając element nagości w sztuce, artysta sądzi, że odbiorca sztuki będzie zwracał uwagę przede wszystkim na kryteria estetyczne i na piękno ciała ludzkiego. Niejednokrotnie prawie niewidzialna jest granica tego, co nas zachwyca, pozwala na głębokie przeżycia a tym co nas oburza, obraża czy wręcz napawa obrzydzeniem.

Pornografia określa zjawisko z dziedziny seksu (odmienne od erotyki). S. Luft definiuje pornografię jako „wszelkie kompozycje plastyczne, teksty lub widowiska [...], które są przygotowywane i rozpowszechniane nie tyle w celu informacji o życiu seksualnym, ile dla wywołania u odbiorcy obscenicznego, lub lubieżnego podniecenia seksualnego”<sup>177</sup>.

Dość jednoznaczna definicja pornografii – stwierdza, że jest to przedstawienie ludzkich zachowań seksualnych i nagości w sposób rozpustny lub perwersyjny. Tak więc nie chodzi w ogóle o zachowania seksualne czy nagość tylko o określoną formę zachowania. Przy tym nie jest pornografią reprodukcja dzieła sztuki<sup>178</sup>.

W celu uniknięcia nieporozumień związanych np. z rozróżnieniem pomiędzy pornografią a sztuką lub erotyką, w wielu publikacjach za pornografię uznaje się wszelkie materiały ukazujące ludzkie organy rozrodcze w akcie seksualnym. Trzeba jednak tu, zwrócić uwagę, że tego rodzaju sceny przedstawiają, szeroko uznane niektóre dzieła malarskie i graficzne<sup>179</sup>.

Pornografię dzieli się na: soft core (słabego stopnia) i hard core (mocnego stopnia). Pornografia miękka jest z pogranicza erotyki i seksu, natomiast do pornografii twardej zalicza się m.in. treści ilustrujące genitalia w stanie rozbudzenia, czy akty perwersyjnych zachowań. Rozpowszechnianie tego rodzaju pornografii jest ścigane przez prawo.

Ustawodawstwo w różnych krajach, rozmaicie traktuje problem legalności pornografii, poczynając od pełnej legalności, przez częściową legalność i całkowity zakaz pornografii. Unia Europejska poprzez swoje dyrektywy zwraca uwagę na zwalczanie pornografii dziecięcej i zobowiązuje kraje członkowskie do wprowadzania ustawodawstwa wspierającego zwalczanie pornografii dziecięcej.

Polski kodeks karny nie podaje definicji pornografii. Kodeks karny w art. 202 przewiduje odpowiedzialność karną dla osób, które publicznie prezentują treści pornograficzne w taki sposób że mogłyby narzucić ich odbiór osobom, które tego sobie

<sup>176</sup> M. Gołaszewska, *Seks w świetle antropologii filozoficznej*, [w:] *Seksuologia społeczna*, red. K. Imieliński, Warszawa 1984.

<sup>177</sup> S. Luft, *Pornografia*, hasło w: *Słownik bioetyki*, red. A. Muszala, Radom 2007, s. 449.

<sup>178</sup> *Nowa encyklopedia PWN*, Warszawa 1998, s. 254.

<sup>179</sup> Por. P. Czarnecki, *Dylematy etyczne współczesności*, Warszawa 2008, s. 150–151.

nie życzą. Odnosi się to również do osób poniżej piętnastego roku życia (art. 202 par. 1 i 2 kk). Zakazane jest w celu upowszechniania produkcja, utrwalanie, sprowadzanie, przechowywanie, posiadanie, rozpowszechnianie, publiczne prezentowanie treści pornograficznych z udziałem małoletniego, lub związanych z prezentowaniem przemocy (art. 202 par. 4 i 4a kk).

Niemalą rolę odgrywa zyskowy przemysł pornograficzny zajmujący się produkcją i dystrybucją materiałów o charakterze pornograficznym<sup>180</sup>.

### Homoseksualizm

Każda kultura mieści w sobie pojęcie dobra i zła, które warunkują zachowania uznane za dobre oraz formułują zakazy wykonywania czynności, oceniane za złe w znaczeniu moralnym. Ocena ludzkich zachowań, ulega przemianom w różnych okresach historycznych.

Każdy człowiek rodzi się z predyspozycjami seksualnymi, co wiąże się z odczuwaniem pociągu płciowego do „drugiej osoby”. Obecnie dominującą orientacją jest heteroseksualizm<sup>181</sup>. Warto zwrócić uwagę, że odczuwanie pociągu płciowego zdecydowana większość ludzi traktuje łącznie jako pożądanie seksualne i związku uczuciowego z osobą płci przeciwnej. Preferuje się związki sformalizowane (małżeństwa), ze względu, na potwierdzenie stałości uczuć, wychowywanie dzieci, wyznawaną religię, kontynuowanie tradycji i konsekwencje formalno-prawne.

#### *Pojęcie i rodzaje homoseksualizmu*

Homoseksualizm pochodzi od połączenia dwóch słów: *homoios* (grec.) – taki sam, jednakowy, równy oraz *sexualis* (łac.) – płciowy. To oznacza przeciwny naturze pociąg płciowy<sup>182</sup>. W *Słowniku współczesnego języka polskiego* (t. 1, s. 307) homoseksualizm określa się jako kierowanie popędu seksualnego do osobników tej samej płci. Próbę szerszego spojrzenia na pojęcie homoseksualizmu podjął Z. Lew-Starowicz według którego homoseksualizm oznacza wyłącznie lub prawie wyłącznie ukierunkowanie zainteresowań i potrzeb seksualnych na osoby płci własnej w połączeniu z zachowaniami o charakterze homoseksualnym, przy nieskrępowanej możliwości swobodnego wyboru partnera erotycznego<sup>183</sup>.

Wyróżnia się dwa podstawowe rodzaje homoseksualizmu<sup>184</sup>:

- homoseksualizm naturalny (wrodzony) – jest to orientacja ukierunkowana psychicznie i genetycznie przez naturę. Tego rodzaju obopólne związki są dosyć trwałymi związkami opartymi na przyjaźni i uczuciach,
- homoseksualizm nabyty (niejednokrotnie wymuszony) między innymi z uwagi na: brak akceptacji i zrozumienia przez rodzinę i otoczenie, zaistniałej sytuacji jednostkowej, rozczarowanie dotychczasowym związkiem heteroseksualnym. Niejednokrotnie jest to spowodowane molestowaniem w dotychczasowych

<sup>180</sup> Szerzej: <http://pl.wikipedia.org/wiki/Pornografia>.

<sup>181</sup> Od gr. *heteros* tzn. inny i łac. *sexualis* – płciowy, *Słownik wyrazów obcych...*, s. 270.

<sup>182</sup> *Ibidem*, s. 278.

<sup>183</sup> Z. Lew-Starowicz, M. Lew-Starowicz, S. Dulko, *Homoseksualizm*, [w:] *Homoseksualizm. Perspektywa interdyscyplinarna*, red. K. Slany i inni, Kraków 2005, s. 39.

<sup>184</sup> Na podstawie: *O orientacjach i odstępstwach seksualnych*, <http://wiadomosci.onet.pl/waszymzdaniem/47570,o-orientacjach-i-o...>

związkach. Ta orientacja opiera się na pożądlności i zaspokajaniu popędu seksualnego, nie ma podstawy uczuciowej. Z przypadkami tego rodzaju homoseksualizmu można się niekiedy spotkać w szkołach, internatach w wojsku tj. miejscach gdzie mamy duże zgromadzenie przez długi czas osobników tej samej płci.

Z homoseksualizmem wiąże się niekiedy biseksualizm i transseksualizm<sup>185</sup>.

Biseksualizm to skłonność seksualna do obojga płci. Wyraz jest splotem dwóch facińskich słów; *incertus* – nieokreślony i *sexum* – seks, pożądanie cielesne co oznacza nieokreślony seksualnie. W tej sytuacji cierpią przede wszystkim nieświadomi nieraz przez wiele lat dotychczasowi legalni partnerzy czy partnerki. Transseksualizm (z łac. *transire* – przechodzenie), polega na odczuwaniu rozbieżności między płcią fizyczną a mentalną, występuje psychiczne identyfikowanie się z płcią przeciwną zwykle połączone z silnym pragnieniem zmiany własnej płci na przeciwną (metodami chirurgicznymi).

### *Problemy demograficzne i społeczne*

Statystyki demograficzne związane z odmienną orientacją seksualną mają charakter szacunkowy, gdyż są trudne do ustalenia<sup>186</sup>.

Po pierwsze, dyskusyjne jest wyznaczenie granicy liczby zachowań homoseksualnych, od której możemy nazwać kogoś homoseksualistą.

Po drugie, część osób o orientacji homoseksualnej obawia się ujawnienia swoich preferencji seksualnych z obawy na powszechną dezaprobatę, co przyczynia się do znaczącego obniżenia liczby osób przyznających się do uprawiania homoseksualizmu, szacuje się, że wśród populacji ludzkiej jest 2–13% osób o orientacji homoseksualnej<sup>187</sup>.

Według różnych badań, odsetek osób homoseksualnych w poszczególnych społeczeństwach jest zbliżony. W Polsce według badań grup reprezentacyjnych (podobnie jak badania w innych krajach) pozwalają na stwierdzenie, że w całej dorosłej populacji homoseksualizm to 2–6%<sup>188</sup>.

Homoseksualizm w Polsce stanowi ważny problem społeczny, nie tylko ze względu na jego rozmiary. Budzi on dość często znaczne negatywne emocje społeczne, ludzie o tej orientacji seksualnej są często wyszydzani, odrzucani, wręcz prześladowani, występuje często brak wiedzy, funkcjonuje na co dzień wiele przesądów na temat zakażenia HIV, różnych dewiacji itp.

Początkowo psychologia i medycyna zakładała, że homoseksualność jest stanem patologicznym. W wyniku wieloletnich (35-letnich) wszechstronnych badań, psychologowie, psychiatrzy-specjaliści zajmujący się zdrowiem psychicznym – zgodzili się co do faktu, że homoseksualność nie jest chorobą. W 1990 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), wykreśliła homoseksualizm z Międzynarodowej Statystycznej Klasy-

<sup>185</sup> Na podstawie: *Słownik współczesnego języka polskiego...*, t. 1, s. 60 i t. 2, s. 436.

<sup>186</sup> D. Black, G. Gates, S. Sanders, L. Taylor, *Demographics of the Gay and Lesbian Population in the United States: Evidence from Available systematic Data Sources*, „Demography”, May, 2000, Vol. 37, No.2, s. 139–154.

<sup>187</sup> Szczegółowy wykaz bibliografa z tego zakresu zob. m.in. <http://wikipedia.org/wiki/homoseksualizm>.

<sup>188</sup> Na podstawie literatury przedmiotu w sposób wyczerpujący zarówno o homoseksualizmie metodach oceny jego rozmiarów pisze m.in. I. Pospiszyl, *Patologie społeczne. Resocjalizacja*, Warszawa 2008, s. 219 i inne.

fikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych i równocześnie stwierdziła, że nie powinna być przez nikogo traktowana jako zaburzenie.

### *Aspekty prawne i stosunek religii*

Na 195 krajów na świecie w 70 krajach homoseksualizm jest karalny (sposób zróżnicowany), szczególnie w niektórych krajach Afryki i Azji. W wielu krajach islamskich (np. w Iranie, Arabii Saudyjskiej, Mauretanii, Sudanie, czy Jemenie) za kontakt homoseksualny można karać nawet śmiercią. Natomiast w różnych krajach rozwiniętych, nie tylko homoseksualizm nie podlega karze, ale następuje prawne uznanie związków osób tej samej płci. Wyraża się to w legalizacji związków homoseksualnych jako małżeństw lub związków partnerskich (umowy cywilnoprawne, w których zawarte są zróżnicowane uprawnienia i obowiązki podobne jak w małżeństwach).

Poszczególne religie mają zróżnicowany stosunek do związków homoseksualnych i możliwości wychowywania w nich dzieci. Aktywności homoseksualnej nie akceptuje większość kościołów chrześcijańskich, jako sprzecznych działań z prawem naturalnym i zagrażających podstawowym wartościom społecznym (rodzynie).

### **Pedofilia**

W świadomości społecznej już sama myśl o kontaktach seksualnych dorosłych z dziećmi budzi powszechny, głęboki sprzeciw, oburzenie i jednoznaczne potępienie sprawców.

„Problem wykorzystywania seksualnego jest jednym z najpoważniejszych zjawisk patologii społecznej. W istotny sposób wpływa zarówno na aktualne życie ofiary, jak i na jej przyszłość. Ponieważ ma charakter ukryty, stąd jest tylko szacowany, a rzeczywiste wskaźniki jego rozmiaru zanizone. Wiele dzieci dotkniętych traumą wykorzystania jest zbyt przerażonych, wystraszonych, zawstydzonych i zakłopotanych, aby komuś o tym powiedzieć”<sup>189</sup>.

### *Pojęcie pedofilii i jej rodzaje*

Pedofilia doczekała się różnych definicji w literaturze przedmiotu. W jednych zwraca się uwagę na skłonności psychoseksualne potencjalnego sprawcy a w innych na jego zachowania seksualne. Z. Lew-Starowicz określa, że pedofilia to popęd płciowy do dzieci, psychoseksualna skłonność do dzieci i młodzieży płci obojga<sup>190</sup>. Bardziej jednoznacznie pedofilię określono w *Słowniku współczesnego języka polskiego* (t. 2, s. 27) stwierdzając, że jest to dewiacja seksualna, polegająca na odczuwaniu popędu płciowego do dzieci. Natomiast z definicji zwracających uwagę na świadome zachowania pedofilne, określa się szeroko; czyn pedofilny jako każde zachowanie o charakterze seksualnym<sup>191</sup>.

Amerykański uczoney J. Money dzieli pedofilię ze względu na wiek i stopień dojrzenia:

- nepiofilę gdy dotyczy dziecka w wieku przedszkolnym,

<sup>189</sup> M. Ożarowska, *Wykorzystanie seksualne dziecka: istota zjawiska, objawy, skutki*, „Horyzonty Psychologii” 2011, t. 1, nr 1, s. 89.

<sup>190</sup> Z. Lew-Starowicz, *Miłość i seks...*

<sup>191</sup> W. Czernikiewicz, B. Pawlak-Jordan, *Wykorzystywanie seksualne dzieci, fundacja dzieci nicyje*, Warszawa 1998, s. 9.

- pedofilię gdy obiektem zainteresowania jest dziecko w wieku szkolnym, ale przed okresem dojrzewania,
- efebofilię związaną z zainteresowaniem dzieckiem w wieku dojrzewania<sup>192</sup>.

### *Rodzaje molestowania seksualnego*

1. Bez kontaktu fizycznego: rozmowy o treści seksualnej; ekspozycja swojej anatomii i czynności seksualnych; podglądactwo.
2. Kontakty seksualne polegające na pobudzaniu intymnych części ciała.
3. Kontakty oralno-genitalne.
4. Stosunki udowe.
5. Penetracja seksualna.
6. Emocjonalne molestowanie seksualne. Rodzic wiąże się jednym z dzieci. Związek może się łatwo przerodzić w związek romantyczny i seksualny, a dziecko potrzebuje rodzica nie współmałżonka.
7. Kazirodztwo. Jest to współżycie seksualne między spokrewnionymi osobami, z czego jedna ma mniej niż 15 lat. szczególną formą kazirodztwa są zachowania seksualne osób dorosłych, głównie ojców w stosunku do własnych bądź przysposobionych dzieci. Kazirodztwo wobec dziecka zalicza się do czynów pedofilnych<sup>193</sup>.

### *Skala problemu i aspekty prawne*

Skala problemu wykorzystywania pedofilskiego dzieci jest znacznie większa niż wskazują rejestry policyjne czy ewidencje prowadzone w ośrodkach udzielających pomocy. Zastraszenie ofiar, zobowiązanie ich do tajemnicy, wstyd, obawa przed zemstą nie sprzyjają ujawnianiu tajemnic.

Na podstawie analizy wyników szeroko przeprowadzonych badań w USA w latach 80. stwierdzono, że odsetek dorosłych respondentów, którzy doświadczyli w dzieciństwie wykorzystywania wahał się w przypadku kobiet od 2% do 62%, a w przypadku mężczyzn 3% do 16%. (Różnice wskazań zależały od doboru respondentów, techniki gromadzenia informacji i treści zadawanych pytań)<sup>194</sup>.

W Polsce w 2001 roku przeprowadzono reprezentatywne badania z relacji osób dorosłych i ich doświadczeń z dzieciństwa związanych z pedofilią. Najważniejsze stwierdzenia respondentów to<sup>195</sup>:

- 5% badanych doświadczyła obnażania się osoby dorosłej w ich obecności w celach erotycznych,
- 5,8% wbrew własnej woli było zmuszonych do obecności przy stosunku seksualnym osób dorosłych,
- 3,7% badanych było dotykanych w celach erotycznych,
- 3,3% było namawianych do oglądania pism lub filmów pornograficznych,
- 1,3% miało stosunek seksualny przed ukończeniem 15 roku życia.

---

<sup>192</sup> *Ibidem*.

<sup>193</sup> M. Ożarowska, *Wykorzystanie seksualne dziecka*, op. cit., s. 89–100.

<sup>194</sup> Badania zrealizował OBOP na 1058 osobowej próbie. W założeniu przyjęto okres górnej granicy wiekowej wcześniejszych doznań do 15 roku życia. M. Sajkowska, *Dzieci wykorzystywane seksualnie – polskie badania*, „Niebieska Linia” 2002, nr 3.

<sup>195</sup> *Ibidem*.

Przytoczone wyniki badań wymagają weryfikacji w kolejnych programach badawczych.

### *Pedofilia a prawo polskie*

W naszym społeczeństwie pedofilia jest surowo oceniana. Nawet w zakładach karnych pedofile są na samym dnie hierarchii więziennej. Wiele osób od dawna domaga się kastracji pedofilów. O czynnościach seksualnych wobec małoletnich poniżej 15 roku życia mówi Art. 200 par. 1 kodeksu karnego, który przewidywał karę od 2 do 12 lat pozbawienia wolności. Od 8 czerwca 2010 roku obowiązuje znowelizowany kodeks karny, który zaostrza kary za pedofilię i kazirodztwo. Karane będą nie tylko kontakty seksualne z dziećmi, ale również ich propagowanie. Najważniejsze zmiany to:

- ustawodawca wprowadził możliwość odpowiedzialności karnej nieletniego za zgwałcenie,
- osoba, która w chwili popełnienia gwałtu ze szczególnym okrucieństwem miała ukończone lat 15, będzie mogła od dziś odpowiadać karnie,
- kryminalizacji podlega również tzw. grooming, czyli nawiązywanie przez internet kontaktu z dzieckiem w celu jego seksualnego wykorzystania,
- karane jest także utrwalanie lub rozpowszechnianie nagiego wizerunku lub stosunku,
- nowy kodeks wprowadza obowiązkową terapię dla sprawców zgwałcenia pedofilskiego i kazirodczego,
- przestępstwo zgwałcenia osoby małoletniej zagrożone jest kara od 3 do 15 lat więzienia.

**Zalecana literatura do rozdziału I***(wybrane pozycje)*

- Bobrowski K., *Używanie substancji psychoaktywnych i inne zachowania problemowe młodzieży gimnazjalnej*, „Alkoholizm i Narkomania” 2005, t. 18, nr 1–2, s. 27–38.
- Boski B., *Kulturowe ramy zachowań społecznych*, Warszawa 2009.
- Cekiera C., *Toksykomania. Narkomania, alkoholizm, nikotynizm*, Warszawa 1994.
- Cekiera C., *Ryzyko uzależnień*, Lublin 1994.
- Cline V.B., *Skutki pornografii. Dowody eksperymentalne i kliniczne*, tłum. H. Poszumski, Gdańsk 1996.
- Dąbrowska K., Żulewska-Sak J., *Relacje między dostępnością alkoholu a problemami zdrowotnymi i społecznymi – przegląd literatury*, „Alkoholizm i Narkomania” 2005, t. 18, nr 4, s. 25–39.
- Dufour P., *Historia prostytucji od czasów najdawniejszych do XX wieku*, tłum. A. Baniukiewicz, Gdynia 1997.
- Duracz-Walczak A., *Bezdomni*, Warszawa 1996.
- Dutton D.G., *Przemoc w rodzinie*, tłum. P. Kołyszko, Warszawa 2001.
- Dymek-Balcerek K., *Patologie zachowań społecznych*, Radom 2000.
- Gąsior K., *Typy alkoholizmu u kobiet*, „Alkoholizm i Narkomania” 2005, t. 18, nr 1–2, s. 39–56.
- Gola B., *Modele zachowań seksualnych*, Kraków 2008.
- Guerreschi C., *Nowe uzależnienia*, tłum. A. Wieczorek-Niebielska, Kraków 2006.
- Izdebski Z., *Zachowania seksualne kobiet świadczących usługi seksualne, mężczyzn homoseksualnych i osób uzależnionych od narkotyków*, Warszawa 2004.
- Izdebski Z., *Handel ludźmi i prostytucja*, [w:] *Handel ludźmi*, red. L. Lasocik, Warszawa 2006.
- Kowalczyk-Jamnicka M., *Spółeczno-kulturowe uwarunkowania prostytucji w Polsce*, Bydgoszcz 1998.
- Kurzępa J., *Młodzież pogranicza – „świnki”, czyli o prostytucji wśród nieletnich*, Kraków 2001.
- Niewiadomska I., Brzezińska M., Lelonek B., *Hazard*, Lublin 2005.
- Lew-Starowicz Z., Lew-Starowicz M., *Homoseksualizm*, Warszawa 2006.
- Nowak A., Wysocka E., *Problemy i zagrożenia społeczne we współczesnym świecie*, Katowice 2001.
- Piekut-Brodzka D., *Bezdomność*, Warszawa 2006.
- Pospiszyl K., *Przestępstwa seksualne*, Warszawa 2006.
- Stankiewicz L., *Zrozumieć bezdomność*, Olsztyn 2002.
- Sztobryn-Giercuszkiewicz J., *Psychologiczne aspekty prostytucji*, Łódź 2004.
- Thille Z., Zgirski L., *Toksykomanie. Zagadnienia społeczne i kliniczne*, Warszawa 1976.
- Woydyłło E., *Wyzdrowieć z uzależnienia*, Warszawa 2004.



## **Część II**

# **Problemy wstydlive nie tylko rodziny**



## Wprowadzenie

Przemiany społeczno-gospodarcze dotyczą nie tylko społeczeństwa jako całości, ale, w zróżnicowanej formie, także poszczególnych grup społecznych, w tym rodzin. Dość wcześnie już w początkowym okresie polskiej transformacji gospodarczej dostrzeżono, że bez udziału państwa nie można będzie zaspokajać wielu podstawowych potrzeb społecznych, ponieważ poszczególne osoby, ich rodziny i pracodawcy oraz inne organizacje nie będą w stanie tego uczynić. Udzielana pomoc powinna mieć tylko „charakter pomocniczości”. Przede wszystkim o odpowiednie warunki bytu, powinni zadbać sami zainteresowani. Nawet najbogatsze państwo nie może wyręczać obywateli z ich obowiązku troski o własny los. Jeśli jednak sami z różnych względów nie radzą sobie, to państwo powinno, na miarę posiadanych środków, pomagać im okresowo lub trwale te problemy rozwiązywać<sup>1</sup>.

Wśród problemów wstydlivych polityki społecznej warto zwrócić uwagę na:

- kwestię zapewnienia opieki dla osób starszych,
- żebractwo jako sposób na życie,
- powrót do bezdomności,
- hospicjum jako miejsce bólu czy ukojenia.

### *Opieka nad starszymi*

W większości polskich rodzin w różnych formach utrzymuje się, zazwyczaj mniej lub bardziej systematyczne, kontakty z mieszkającymi osobno starymi rodzicami. Nie tak mała część osób starych, żyjących samotnie pozbawionych jest kontaktów z rodziną. Dostrzeganie przydatności i potrzeb osób sędziwych, nie zawsze równoległe idzie w parze z okazywaniem im szacunku i pomocy; szkoda że młodszy nie myślą, o tym iż także będą starzy. Stan zdrowia odpowiednio do wzrastającego wieku (a niejednokrotnie jeszcze szybciej) ulega pogorszeniu. Pociąga to za sobą znaczące wydatki zdrowotne i zastosowanie różnych rozwiązań organizacyjnych i instytucjonalnych. Znacząca rola przypada rodzinie (której brakuje możliwości), lekarzowi rodzinnemu, pielęgniarkę środowiskowej i innym...

### *Żebractwo jako sposób na życie*

Żebractwo wraz towarzyszącą mu biedą, znane były ludzkości od zawsze, przy czym w różnych okresach stawało się mniej lub bardziej widoczne. Nic nie wskazuje, że mimo okresowo podejmowanych różnych działań, żebractwo zginie z ulic naszych miast. Żebractwo rozprzestrzeniło się i stało dotkliwie widoczne w okresie ostatnich dwudziestu lat. Znacząca część tej zbiorowości stanowią obcokrajowcy (Rumuni, Cy-

---

<sup>1</sup> Por. *Polityka społeczna*, red. A. Kurzynowski, Warszawa 2003.

ganie i inni). Ocenia się że żebractwem w Polsce zajmuje się około 300 tys. osób. Datki dla jednego żebraka w ciągu dnia wynoszą nie mniej niż 50–150 zł. Oprócz żebrzących w potrzebie, część osób uprawiających żebractwo traktuje je jako sposób na życie.

#### *Powrót bezdomność*

Główne przyczyny bezdomności to: bezrobocie, eksmisje mieszkaniowe, brak miejsc w ośrodkach pomocy społecznej i przyczyny patologiczne. Szacuje się, że bezdomność dotyczy około 300 tys. osób. Na uwagę zasługują programy indywidualnego wychodzenia z bezdomności<sup>2</sup>.

#### *Hospicjum jako miejsce bólu czy ukojenia*

Działania na rzecz ludzi naznaczonych stygmatem śmierci jest bardzo trudnym i odpowiedzialnym rodzajem pomocy. Dość często proces umierania jako rozłożony w czasie, wymaga specjalistycznej opieki i możliwości skutecznego eliminowania lub obniżenia poziomu bólu chorego termalnie. Domownicy nawet przy najszczerzym współczuciu dla chorego, coraz częściej z różnych nie tylko natury zawodowej problemów nie są w stanie odpowiednio do potrzeb zająć się osobą bliską. W warunkach szpitalnych często brak możliwości zapewnienia odpowiedniej jakości warunków, takich jakie oczekuje umierający i paliatywna medycyna<sup>3</sup>. Takim miejscem godnego umierania jest hospicjum.

---

<sup>2</sup> O badaniach nad enklawami biedy prowadzonymi w Łodzi zob. W. Wojewoda-Kruszyńska, *Wielkomijska bieda w Polsce, w: Polska bieda w świetle Europejskiego Roku Walki z Ubóstwem i Wykluczeniem Społecznym*, red. H. Kubiak, Kraków 2012.

<sup>3</sup> W Krakowie oddział paliatywny Szpitala Uniwersyteckiego ma zakontraktowanych 19 łóżek.

## 5. Zapewnienie opieki osobom starszym

Powszechnie wydaje się, że wszystko rozumiemy i właściwie czynimy na rzecz ludzi starszych. Zazwyczaj nasze działania są okazjonalne (dotyczą uroczystości rodzinnych, czasu świąt, poważnej choroby) lub mają charakter akcyjny. Przy czym chętniej bierzemy niż dajemy. Opiekować się kimś powinni najbliżsi lub społeczność czy administracja lokalna<sup>4</sup>. Osobami starszymi opiekować należy się troskliwie<sup>5</sup>, szczególnie że dotyczy to osób o pogarszającym się stanie zdrowia i coraz trudniej radzących sobie z rutyną dnia codziennego. Nadchodzi czas, gdy nasi rodzice niedołęźnieją, nie radzą sobie z zwiększającym się bólem i brakiem sprawności, dlatego musimy im skutecznie pomagać tak jak oni nam pomagali, gdy byliśmy dziećmi.

Opieka zdrowotna nad ludźmi starszymi dostępna jest w różnych formach zarówno w miejscu, jak i poza miejscem zamieszkania. Znacząca rola przypada tu lekarzowi rodzinemu, który zapewnia podstawową opiekę medyczną i w razie potrzeby kieruje pacjenta do odpowiednich ośrodków leczenia lub pobytu. Współcześnie pomocną w opiece zdrowotnej dla ludzi starszych może się okazać bardziej dostępna (ze względów technicznych i ekonomicznych) telemedycyna. Nie można niedoceniać także różnych form rehabilitacji, pomagających poprawić stan kondycji fizycznej i psychicznej starszego pacjenta. Nie wystarczy chcieć pomagać, warto także wiedzieć, kto i w jaki sposób może nam w tym pomóc.

### Starzenie się człowieka

#### *Pojęcie starości*

Starość i starzenie się – to dwa pojęcia, które ciągle nie zostały jednoznacznie zdefiniowane, zarówno przez nauki biologiczne, jak i społeczne. Pierwsze z tych pojęć traktowane jest jako zjawisko występujące po przekroczeniu wieku średniego. Drugie natomiast jest określonym postępującym procesem, najczęściej niekorzystnych, zmian w organizmie człowieka. Starość jako etap, w życiu człowieka ma charakter statyczny, starzenie się natomiast, traktowane jako proces rozwojowy, jest zjawiskiem dynamicznym. Polepszenie warunków życia, rozwój i osiągnięcia medycyny, przyczyniają się do wydłużenia życia ludzkiego.

Niejednokrotnie zadajemy sobie pytanie, w jakim wieku ludzie zaczynają się starzeć i od kiedy zaczynają być osobami starszymi. Wiele jest z tym związanych obiegowych opinii i badań, np. na podstawie badań przeprowadzonych przez badaczy Pew

<sup>4</sup> Np. Miejski Ośrodek Opieki Społecznej.

<sup>5</sup> Troska może przejawiać się m.in. przez kontakt, działanie, uczucie, oraz mowę ciała. Zob. J. Philips, *Troska*, Warszawa 2009, s. 10.

Research Center wśród trzech tysięcy osób w wieku 18–65 lat określono że próg starości zaczyna się od ukończenia 68 roku życia. Ankietowani z grupy wiekowej 30–49 lat, uważają, że starość rozpoczyna się w wieku 69 lat, a osoby z grupy 50–64 lat za próg starości podają 72 lata. Zdaniem tych co ukończyli 65 lat, starość zaczyna się w wieku 74 lat<sup>6</sup>.

W przytoczonych wynikach badań zauważono, że większość ankietowanych oceniając początek okresu własnego starzenia podnosi ten próg o co najmniej kilka lat. Najczęściej za próg starości uważa się moment przejścia na emeryturę.

### *Definicje starości*

W literaturze przedmiotu występuje wiele definicji starości. Te częściej spotykane uznają starość za okres życia obejmujący lata po wieku dojrzałym do śmierci<sup>7</sup>. Starzeć się tj. nabierać cech właściwych starości<sup>8</sup>.

W słownikowym ujęciu starość to nieunikniony efekt starzenia się, w którym procesy biologiczne, psychiczne i społeczne prowadzą do naruszenia równowagi biologicznej i psychicznej bez możliwości przeciwdziałania temu – to końcowy okres procesu starzenia się<sup>9</sup>.

W VI wieku przed naszą erą Pitagoras wyznaczył rozpoczęcie proggu starości na 60 lat.

Słynny starożytny lekarz Hipokrates dzielił życie na 10 siedmioletnich cykli. Jak się przypuszcza początek starości umieszczał w cyklu dziewiątym, to znaczy między 56 a 63 rokiem życia.

Przenosząc się do wieku XIX napotykamy coraz liczniejsze klasyfikacje, z których wynika, że początek starości rozpoczyna się w 55,60,65 lub 70 roku życia<sup>10</sup>. W polskiej demografii powszechnie stosowany jest podział zaproponowany przez Kazimierza Dzieńko w którym wyodrębnia się cztery etapy<sup>11</sup>:

- 1) 60–69 lat – wiek początkowej starości,
- 2) 70–74 lata – wiek przejściowy między starością początkową a wiekiem o ograniczonej sprawności fizycznej i umysłowej,
- 3) 75–84 lata – wiek zaawansowanej starości,
- 4) 85 lat i więcej – niedołączna starość.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), za początek starości uznaje 60 rok życia. W tym podziale wyróżnia się trzy etapy<sup>12</sup>:

- 1) 60–75 lat – wiek zaawansowanej starości (wczesna starość),

<sup>6</sup> <http://www.zycie.senior.pl/147.o,definicja-starosci-zmienia-sie-wraz-8230-wiekciem-respondent..>

<sup>7</sup> *Słownik współczesnego języka polskiego...*, t. 2, s. 350.

<sup>8</sup> *Ibidem*.

<sup>9</sup> A. Zych, *Słownik gerontologii społecznej*, Warszawa 2001, s. 202.

<sup>10</sup> E. Rosset, *Proces starzenia się ludności*, Warszawa 1959, s. 107–114. Podano za: B. Szatur-Jaworska, *Społeczne problemy ludzi starych*, [w:] *Polityka społeczna*, red. A. Frączkiewicz-Wronka, M. Zrałek, Katowice 1998, s. 139.

<sup>11</sup> K. Dzieńko, *Zasoby ludzi w wieku ponad 60 lat w roku 2030*, [w:] *Problemy ludzi starych w Polsce*, Warszawa 1974.

<sup>12</sup> Z. Szarota, *Gerontologia społeczna i oświatowa. Zarys problematyki*, Kraków 2004, s. 27.

- 2) 76–90 lat – wiek starczy (tzw. późna starość),
- 3) 90 lat i więcej – wiek sędziwy (tzw. długowieczność).

Jak z przykładowych podziałów etapów starości wynika, granice percepcji starości są płynne, przy czym sam proces starzenia przebiega etapami. Ocena rodzaju starości w odbiorze poszczególnych osób jest umowna, można ją określać w różny sposób biorąc pod uwagę wiek<sup>13</sup>:

- indywidualny – kalendarzowy,
- biologiczny,
- psychologiczny,
- sprawnościowy,
- ekonomiczny,
- społeczny.

J. Halicki uważa, że czas starości można podzielić na dwa okresy oparte na kryterium wieku czynnościowego; wiek trzeci zaczyna się uwolnieniem od obowiązków zawodowych i rodzinnych, kończy utratą autonomii osobistej, oraz wiek czwarty, który charakteryzuje się uzależnieniem od innych osób<sup>14</sup>. Takie zmiany ról i uzależnienia to wynik postępujących procesów (fizycznego i psychicznego) pogłębiającego się zniezdolnienia osób starszych.

#### *Cechy charakterystyczne starzenia*

Do charakterystycznych zmian związanych ze starzeniem się człowieka należy zaliczyć:

- zmniejszenie możliwej do wydatkowania siły i wytrzymałości fizycznej,
- postępujące zmniejszanie odporności psychicznej na zdenerwowanie i stresy,
- spadek podstawowej przemiany materii,
- zmniejszenie perystaltyki jelitowej
- upośledzenie czynności wątroby, spadek aktywności enzymów,
- pogorszenie pamięci krótkotrwałej,
- postępujące upośledzenie słuchu,
- łysienie,
- spadek masy kośćca i mięśni,
- zmniejszenie wysokości ciała,
- zmniejszenie się wchłaniania z jelit,
- przekształcanie budowy i czynności skóry prowadzące do osłabienia jej roli jako bariery ochronnej organizmu,
- obniżenie kwasowości soku żołądkowego,
- obniżenie stężenia albumin w osoczu.

<sup>13</sup> S. Klonowicz, *Zdolność do pracy a wiek człowieka*, Warszawa 1973, s. 15 i n.

<sup>14</sup> Z. Szarota, *Starzenie się i starość w wymiarze instytucjonalnego wsparcia*, Kraków 2010, s. 31.

### ***Wpływ starzenia się na poszczególne układy narządów<sup>15</sup>***

#### *Układ krążenia*

Serce u starszych ludzi znacznie częściej boli bez znanej nam bezpośredniej przyczyny, naczynia wieńcowe są zwężone i ilość przetłaczanej krwi w ciągu jednej minuty, już w wieku 60 lat jest dwukrotnie mniejsza niż w wieku 20 lat. Wpływa to na zmniejszone zaopatrywanie komórek w tlen, co przyspiesza odczucie zmęczenia. Między 40 a 60 rokiem życia zmniejsza się o człowieka ilość krwi (o 7% u mężczyzn i 5% u kobiet). W wyniku starzenia się ścian komór serca i naczyń krwionośnych podczas wysiłku fizycznego dochodzi do wzrostu ciśnienia w komorach serca i tętnicach.

#### *Układ oddechowy*

W wieku starszym występują zmiany czynności płuc, określane jako rozedma, oraz pewne ograniczenia ruchomości klatki piersiowej (w wyniku zwapnienia żeber i zmian zesztyniających kręgosłup). Następuje zanik pęcherzyków płucnych, elastyczność tkanki płucnej zmniejsza się, na skutek czego krew jest niedostatecznie utleniona; zauważa się stopniowe ograniczenie pojemności życiowej płuc z następowym zaburzeniem wentylacji, co sprawia trudności w oddychaniu. Pojemność życiowa płuc w siódmej dekadzie życia jest o 20–25% mniejsza niż w połowie trzeciej; maksymalna minutowa wentylacja w wieku 70 lat spada do 65% wartości szczytowej.

#### *Układ mięśniowo-szkieletowy*

Zmiany w tym układzie następują po 50 roku życia, dochodzi do zaniku tkanki kostnej. Proces ten intensywniej przebiega u kobiet niż u mężczyzn. Występuje osteoporoza, co skutkuje częstszymi złamaniami. Zmienia się struktura kości, powodując garbienie się, a tym samym obniżaniem wzrostu; spadek masy kośćca pojawia się pomiędzy 55 a 75 rokiem życia.

#### *Układ pokarmowy*

W procesie starzenia się ściany jelita stają się coraz cieńsze; traci elastyczność mięśniówka jelit, w wyniku czego zmniejsza się perystaltyka jelit. Przy tym ulega zmianie skład flory jelitowej, towarzyszy temu zmniejszone wydzielanie gruczołów ślinowych i żółtkowych, to schorzenie nazywane jest starczą niedokwaśnością spowodowaną zmniejszeniem wydzielania kwasu solnego. Zwiotczenie powłok brzusznych może spowodować u ludzi starszych przepuklinę, prace przewodu pokarmowego utrudnia także pogarszający się stan naczyń brzusznych.

#### *Układ nerwowy*

Na skutek procesów starzenia dochodzi do zmniejszenia się masy mózgu. Zmiany te nie przebiegają jednakowo; najsilniej kurczą się płaty czołowe, z którymi wiąże się siedlisko myśli; mogą wówczas wystąpić kłopoty z koncentracją i zmniejszeniem

<sup>15</sup> Na podstawie: S. Klonowicz, *op. cit.*; Moniczka, *Wpływ starzenia się organizmu na wydolność wysiłkową człowieka*, <http://www.fizioterapiarepublika.pl/student/starzenie-sie-y-lek-fizyczny.htm>; *Geriatrya – wpływ procesów starzenia się na organizm ludzki*, <http://www.sciaga/tekst/69729-geriatrya-wplyw-procesow-starzenia>; *Biomedyczne podstawy rozwoju i wychowania – starzenie się człowieka – gerontologia*, <http://www.sciaga.pl/tekst/44839-45-biomedyczne-podstawy-rozwoju-i-wychowania-starzenie-si...>



zdolności skupienia się na kilku rzeczach jednocześnie. Zaobserwowano zmiany w hipokampie, tj. narządzie odpowiedzialnym za powstawanie i przywoływanie wspomnień, z czasem zmniejsza się liczba połączeń pomiędzy komórkami nerwowymi i co za tym idzie zdolność wykonywania pewnych czynności, obniżeniu ulega sprawność zmysłów, przez co wydłuża się czas reakcji i zmniejsza szybkość ruchów dowolnych. U osób w starszym wieku częściej występują zaburzenia psychiczne, takie jak otępienie, zwłaszcza choroba Alzheimera, depresja i zaburzenia świadomości.

#### *Układ moczowy*

Nerki mogą tracić z czasem do 50% swojej wydolności, co staje się przyczyną m.in. niewydolności nerek (mocznicą), nadciśnienia tętniczego i niewydolności krążenia.

### **Problem starości demograficznej**

Na świecie nie tylko wrasta liczba ludności, ale także udział procentowy w ogólnej populacji – ludzi starszych, według statystyk Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) 7% całej populacji świata stanowią ludzie powyżej 65 roku życia. Oznacza to, że ludność przekroczyła granice starości demograficznej<sup>16</sup>. Według umiarkowanych prognoz w 2020 roku co czwarty mieszkaniec Polski przekroczy 60 rok życia<sup>17</sup>.

Od wielu lat obserwujemy wydłużanie się średniego wieku przeżycia człowieka szacuje się, że w roku 1900 wynosił on lat 47, natomiast obecnie w wieku XXI – w granicach 75 lat. Obecnie w Polsce średnia długość życia kobiet wynosi 80 lat natomiast mężczyzn 71,3<sup>18</sup>.

W 1950 roku na świecie żyło około 200 milionów ludzi w wieku 60 lat i powyżej. Ta grupa światowej populacji liczy obecnie około 500 milionów. Około 2020 roku liczba ludzi starszych na świecie osiągnie 1 miliard, a do roku 2025 wzrośnie do 1,2 miliarda seniorów. Jeszcze bardziej gwałtowny wzrost spodziewany jest w grupie osób powyżej 80 lat (8 do 10 razy).

Starzenie się społeczeństwa podobnie jak na całym świecie występuje w całej Europie. Odsetek ludzi w wieku 65 lat i więcej w krajach Unii Europejskiej wynosi średnio 16,5%. Społeczeństwo polskie, podobnie jak w większości krajów europejskich jest społeczeństwem okresu starości demograficznej. Obecnie w Polsce zamieszkuje 5 mln ludzi w wieku powyżej 65 lat<sup>19</sup>, przeważająca liczba osób tej populacji choruje na 3–4 choroby przewlekłe, w tej liczbie 2% to są osoby obłożnie chore, pozostające w łóżku, a 17% – ludzie z trudem poruszający się w obrębie mieszkania<sup>20</sup>.

Od wielu lat podkreśla się negatywne skutki starzenia się ludności, takie jak: wzrost kosztów ubezpieczeń i świadczeń socjalnych, jednocześnie zapominając o bardzo znaczącym wkładzie tej grupy w życie społeczeństw, a także w rozwój gospodarczy.

<sup>16</sup> Demograficzna starość określa udział ludności w wieku 60 lat i więcej w całej populacji. Zob. E. Rosset, *Starzenie się społeczeństw – problem demograficzny XX wieku*, Warszawa 1974, s. 11.

<sup>17</sup> Por. M. Laskowska-Szcześniak, *Czas geriatry*, <http://www.medicus.lublin.pl/2006/11/13-geriatria.htm>

<sup>18</sup> Zob. Statystyki demograficzne GUS – opracowane w oparciu o wyniki Narodowego Spisu Powszechnego 2011 r.

<sup>19</sup> K. Szczerbińska, *Organizacja opieki nad osobami starszymi w Polsce i Europie*, <http://www.docedu.klwrp.pl/print.php?id=135>.

<sup>20</sup> Por. *ibidem*.

### *Szczególne aspekty zabezpieczenia*

W kategoriach społeczno-ekonomicznych zabezpieczenie społeczne obejmuje system zaspokajania potrzeb wszystkich członków społeczeństwa, a w naukach prawnych ujęcie to ograniczone jest do systemu zaspokajania potrzeb w zasadzie jedynie do ludności pozbawionej lub o umniejszonej zdolności do zatrudnienia<sup>21</sup>. W przypadku ludzi starszych znaczące jest postrzeganie ich potrzeb przez rodzinę i otoczenie społeczne.

### *Postrzeganie ludzi starszych*

W większości polskich rodzin utrzymuje się zazwyczaj (mniej lub bardziej systematyczne) kontakty z mieszkającymi, najczęściej osobno, starymi rodzicami. Dokonuje się wówczas sporadycznie, okolicznościowo lub cyklicznie – swoista wymiana usług, przy czym przekazywane są w różnej wysokości darowizny. Nie zmienia to faktu, że nie mała jest liczba osób starych żyjących samotnie, pozbawionych kontaktów z rodziną, czy to z powodu obojętności dzieci, ich emigracji czy przedwczesnej śmierci<sup>22</sup>. Towarzyszy im przy tym dość często uczucie osamotnienia, o wiele trudniejsze do pokonania niż uczucie głodu czy bólu.

Co pewien czas przeprowadzane są badania na temat ludzi starszych; w jednym z przeprowadzonych badań przez Centrum Badania Opinii Społecznej (w listopadzie 2009) respondenci przedstawiali swoje opinie na temat ludzi starszych, najważniejsze z nich to<sup>23</sup>:

- 87% ankietowanych uważa, że ludzie starsi są w społeczeństwie potrzebni, przy tym najbardziej ceniony jest czas, który poświęcają wnukom, wówczas gdy ich rodzice intensywnie pracują,
- 90% docenia pomoc finansową dzieciom i wnukom,
- 95% docenia wiedzę i doświadczenie rodziców i twierdzą, że warto z tego korzystać,
- 96% respondentów zwraca uwagę, że ludzie starsi są dobrymi sąsiadami i zwracają uwagę na to, co się dzieje w ich najbliższym otoczeniu.

W odpowiedzi na pytanie, czy ludzie starsi są obciążeniem dla społeczeństwa i dlatego respondenci zwrócili uwagę na to że:

- leczenie ludzi starych pochłania więcej pieniędzy, ponieważ częściej i ciężiej chorują (94%),
- są uzależnieni od pomocy innych ludzi (79%),
- mają różne przywileje (ulgi komunikacyjne, po 70 roku życia nie płacą za TV, przejazdy miejskimi środkami komunikacji itp.) za co płacą inni podatnicy (60%),
- nie pracują a tym samym nie przyczyniają się do rozwoju gospodarczego kraju (57%). Respondenci mają przeważnie lepszą opinię o poszanowaniu osób starszych w swoim otoczeniu niż w całym społeczeństwie. Prawie co czwarty ankietowany (24%) uważa, że ludzie z jego otoczenia odnoszą się do osób starszych zdecydowanie życzliwie, ponad połowa (57%) dostrzega umiarkowaną życzliwość.

<sup>21</sup> C. Jackowiak, *Zabezpieczenie społeczne*, [w:] W. Jaśkiewicz, C. Jackowiak, W. Piotrowski, *Praca w zarysie*, Warszawa 1985, s. 447.

<sup>22</sup> M.in. na podstawie: B. Szatur-Jaworska, *op. cit.*, s. 148.

<sup>23</sup> CBOS, *Komunikat z badań*, Warszawa, listopad 2009, nr BS/157/2009. Polacy wobec ludzi starszych i własnej starości. Badania przeprowadzono 4–9 listopada 2009 r. na liczącej 1022 osoby reprezentatywnej próbie losowej dorosłych Polaków.

Mniejsza życzliwość (powyżej 50%) wobec osób w podeszłym wieku występuje w sklepach, placówkach służby zdrowia, urzędach, w środkach komunikacji, na ulicy oraz ze strony ludzi młodych.

Analiza roli i pozycji ludzi starych w różnych kulturach i epokach stanowi interesujący kontekst do rozważań na temat wieku człowieka. Już w czasach antycznych Platon idealizował starość a jego uczeń Arystoteles był surowym krytykiem starości i ludzi starych. Rozważania o dyskryminacji osób starszych z powodu ich wieku prowadzone są w Europie, Stanach Zjednoczonych i Kanadzie od kilku dekad. W Polsce, podobnie jak w innych państwach, problem ten został uświadomiony, wraz z całą jego złożonością dopiero od kilkunastu lat.

Dyskryminacja ze względu na wiek, czasem jest wynikiem świadomych i zamierzonych działań, a czasem bierze się z niezrozumienia potrzeb ludzi starych<sup>24</sup>. Coraz częściej zauważamy, że ludzie starzy, ze względu na ich wygląd, ograniczenia zdrowotne (niekoniecznie ich ograniczające), nie zawsze mogą korzystać z przysługujących im uprawnień, a przy tym są traktowani gorzej niż inni obywatele. Jednak o dyskryminacji osób starszych w Polsce można mówić wtedy, gdy odmawia się im zaspokojenia jakiejś ważnej potrzeby, i gdy głównym powodem tej odmowy jest ich wiek<sup>25</sup>.

W różnych okresach zmienia się wzorcowy model człowieka starszego a w ślad za tym dostrzegane jego pozytywy i negatywy. Dość często wybrana, wąska grupa seniorów otaczana była szacunkiem, a pozostałych traktowano mniej przychylnie; warto przy tym pamiętać, że postawa wobec osób starszych, bez względu na epokę, zależna była także od indywidualnego usytuowania w hierarchii społecznej i stopnia zamożności. Dla omawianej problematyki pojawiły się nowe określenia, takie jak dyskryminacja wiekowa (nierówne, gorsze traktowanie ludzi ze względu na ich wiek) i ageizm.<sup>26</sup> Pojęcie ageizmu doczekało się wielu definicji. Pierwszą definicję sformułował w 1969 roku Robert Butler (amerykański gerontolog), zdaniem którego uprzedzenia i dyskryminacja ze względu na wiek to proces systematycznego tworzenia stereotypów i gorszego traktowania ludzi z powodu, że są starzy<sup>27</sup>. Według E.B. Palmore'a ageizm to każdy stereotyp bądź dyskryminacja na niekorzyść jakiejś grupy wiekowej<sup>28</sup>. W oparciu o te definicje P. Szukalski stwierdza, że ageizm to przejaw przekonań, uprzedzeń i stereotypów mających podstawy w biologicznym różnicowaniu ludzi, związanym z procesem starzenia się, które dotyczą kompetencji i potrzeb osób w zależności od ich chronologicznego wieku<sup>29</sup>.

Wszelkie przejawy dyskryminacji przynoszą wymierne straty społeczno-gospodarcze wykluczenie pewnych grup czy kategorii osób nie pozwala na wykorzystanie ich potencjału, doświadczeń i umiejętności. Zależność ta w sposób wyraźny widocz-

<sup>24</sup> Szerzej: J. Nicole-Urbanowicz, *Ageizm i dyskryminacja ze względu na wiek*, „Niebieska Linia” 2006, nr 6.

<sup>25</sup> W życiu społeczno-gospodarczym występują trudności z uzyskaniem pracy po ukończeniu 50 lat lub kłopoty z dostępem do badań specjalistycznych powyżej 70 roku życia.

<sup>26</sup> Pojęcie ageizm pochodzi z języka angielskiego, po polsku mówimy wiekizm; odnosi się ono do postaw (stereotypów i uprzedzeń wobec starości).

<sup>27</sup> R. Butler, *Ageism: Another form of bigotry*, „The Gerontologist” 1969, nr 9, s. 243–246.

<sup>28</sup> E. Palmore, *Ageism: Negative*, New York 1990.

<sup>29</sup> P. Szukalski, *Uprzedzenia i dyskryminacja ze względu na wiek (ageizm)*, „Polityka Społeczna” 2004, nr 2, s. 11–15.

na jest w odniesieniu do dyskryminacji ze względu na wiek na rynku pracy. W 2000 roku przyjęta została dyrektywa o równości zatrudnienia (2000/78/WE), w tym ze względu na wiek. W Polsce podobny przepis znalazł się z nowelizowanym kodeksie pracy (od 1 stycznia 2004 r.). W 2005 roku dzięki wsparciu UE realizowano Program „Stop dyskryminacji osób starszych”. Podstawowe wnioski z tego wynikające to: niska świadomość o problemie; brak świadomości o prawach ludzi starszych w społeczeństwie i u przedstawicieli różnych instytucji i odczuwanie przez ludzi starszych zbyt często objawów lekceważenia ich potrzeb, możliwych do spełnienia.

Z dniem 1 stycznia 2013 r. weszła w życie ustawa z dnia 11.05.2012 r. o zmianie ustawy o emeryturach i rentach (Dz.U. z 2012 r. poz. 637), która przewiduje stopniowe wydłużanie powszechnego wieku emerytalnego aż do 67 roku, oraz zrównanie wieku emerytalnego dla kobiet i mężczyzn. Wprowadzono nowe świadczenia, w postaci emerytur częściowych oraz ochrony przedemerytalnej. Po nowelizacji ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników, w ustawie przewidziano możliwość częściowej emerytury rolniczej.

### Zabezpieczenie ekonomiczno-prawne

Problemy uregulowań prawnych w zakresie zabezpieczenia społecznego znalazły swoje uregulowania, zarówno w międzynarodowych, jak i polskich aktach prawnych.

- Zgodnie z Deklaracją Powszechna Praw Człowieka<sup>30</sup> art. 25, poz. 1 – Każdy człowiek i jego rodzina ma prawo do stopy życiowej zapewniającej... prawo do ubezpieczenia na wypadek starości...
- Międzynarodowa Organizacja Pracy przyjęła Konwencję nr 102<sup>31</sup> dotyczącą minimalnych norm zabezpieczenia społecznego, m.in. wpisała prawo każdego do ubezpieczenia społecznego na starość art. 28 i 29 (ww. Konwencji).
- W Europejskiej Karcie Społecznej Rady Europy zapisano szereg praw; m.in. każda osoba w podeszłym wieku ma prawo do ochrony socjalnej<sup>32</sup>.
- Protokół dodatkowy do Europejskiej Karty Społecznej<sup>33</sup> zawiera stwierdzenie, że „każda osoba w podeszłym wieku ma prawo do ochrony socjalnej”. Stąd podjęte zostaną stosowne środki poprzez:
  - stworzenie odpowiednich zasobów umożliwiających im prowadzenie godzwej egzystencji,
  - dostarczanie informacji o usługach i ułatwieniach dostępnych dla osób w podeszłym wieku oraz możliwościach korzystania z nich,
  - umożliwienie osobom w podeszłym wieku swobodnego wyboru sposobu życia oraz prowadzenie niezależnej egzystencji w znanym im środowisku, tak długo jak będą sobie życzyli i będą do tego zdolni.

<sup>30</sup> Powszechna Deklaracja Praw Człowieka uchwalona na trzeciej Sesji Ogólnego Zgromadzenia ONZ w Paryżu 10 grudnia 1948 r.

<sup>31</sup> Konwencja Nr 102 MOP przyjęta 4 czerwca 1952 r. (weszła w życie 27.04.1952 r.).

<sup>32</sup> Europejska Karta Społeczna Rady Europy została przyjęta 18 października 1961 r. Zob. K. Głąbicka, *Polityka społeczna w Unii Europejskiej. Aspekty aksjologiczne i empiryczne*, Warszawa 2001, s. 150–151.

<sup>33</sup> W. Ratyński, *Problemy i dylematy polityki społecznej w Polsce*, t. 2, Warszawa 2003, s. 466–467.

- W polskiej Konstytucji z 1997 roku<sup>34</sup> zapisano prawo każdego obywatela do zabezpieczenia społecznego po osiągnięciu wieku emerytalnego (art. 67). Zakres i formy zabezpieczenia społecznego określa ustawa.
- Ustawa o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych<sup>35</sup>. W ustawie określono: warunki nabywania prawa do świadczeń pieniężnych z ubezpieczeń emerytalno-rentowych, jak również zasady wysokości świadczeń a także zasady i tryb przyznawania oraz wypłaty świadczeń. Uprawnienia do otrzymania emerytury związane są z uzyskaniem obowiązującego wieku emerytalnego, odpowiedniego stażu pracy w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze. Wysokość emerytury i ewentualnych dodatków wynika z wysokości otrzymywanych zarobków, stażu pracy i innych uwarunkowań podanych ww. ustawie. Zabezpieczenie emerytalne stanowi wyraźnie wyodrębniony pod względem podmiotowym (materialny aspekt ryzyka starości) podsystem w ramach systemu zabezpieczenia.
- Stały zasiłek wyrównawczy przysługuje osobie pełnoletniej, samotnie gospodarującej, pozostającej w rodzinie, niezdolnej do pracy z powodu wieku lub niepełnosprawności, jeżeli jej dochód jest niższy od kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej. Zgodnie z Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 29 lipca 2009 r. w sprawie zweryfikowanych kryteriów dochodowych oraz kwot świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej (Dz.U. z 13.08.2009 r., Nr 127, poz. 1055), kwota kryterium dochodowego oraz zasiłku stałego nie uległa zmianie.

### Zróżnicowanie form opieki zdrowotnej nad ludźmi starszymi

Starzenie się społeczeństw dotyka obywateli wszystkich państw. W związku z wydłużeniem się przeciętnego okresu trwania życia ludzkiego powiększa się zbiorowość żyjących ludzi starszych. Potrzeby zdrowotne tej części społeczeństwa wymagają nie tylko znacznych nakładów finansowych, ale także zróżnicowanych form organizacyjnych i odpowiednio przygotowanych kadr.

Celem polityki zdrowotnej powinna być stała poprawa jakości życia ludzi starszych, której realizacja ma umożliwić jak najdłuższe trwanie tej grupy ludzi w kondycji, pozwalającej na samodzielne funkcjonowanie we własnym otoczeniu.

Podstawowe modele opieki zdrowotnej nad starszymi ludźmi można sprowadzić do:

- hospitalizacji domowej, hospitalizacji w szpitalach specjalistycznych,
- przebywania w ośrodkach przejściowej (tymczasowej) opieki,
- realizacji kompleksowej opieki nad ludźmi starszymi.

#### *Hospitalizacja domowa*

Pomysł hospitalizacji domowej powstał we Francji w 1961 roku. Następnie wdrażano ją w różnych krajach, między innymi w USA, Kanadzie czy Holandii. Również w Polsce popularyzowana jest ta forma opieki.

Według K. Szczerbińskiej hospitalizacja domowa jest definiowana jako „świadczenia obejmujące aktywne leczenie, realizowane przez klinicystów w domu pacjen-

<sup>34</sup> Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Tekst ogłoszony w Dz.U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483, późn. zm. Dz.U. z 2001 r. Nr 28, poz. 319, 26.03.2001.

<sup>35</sup> Ustawa z 17 grudnia 1998 r. (tekst jednolity Dz.U. Nr 41 poz. 401 z dnia 15.03.2005 r.).

ta, w przypadku schorzeń, które zwykle wymagają leczenia w oddziale szpitalnym. Należy jednak podkreślić że hospitalizacja domowa ogranicza się tylko do okresu, gdy stan pacjenta wymaga skierowania do leczenia w szpitalu<sup>36</sup>. Zasadniczym jej celem jest zapobieganie hospitalizacji, jeżeli jest to możliwe.

Wskazania do hospitalizacji domowej różnią się znacznie w poszczególnych krajach i uzależnione są od dostępności określonych rodzajów świadczeń w ramach omawianej formy opieki.

Przy kwalifikacji osób do hospitalizacji domowej trzeba zwrócić uwagę na rodzaj schorzenia, możliwość i czas obecności rodziny (względnie opiekuna) w domu i warunki mieszkaniowe pacjenta, łączność telefoniczną itp. W świetle wyników z obserwacji hospitalizacji domowej w różnych krajach, okazuje się, że nie zawsze wyniki tej formy terapii są lepsze od innych, ze względu na konieczność stosowania w warunkach domowych specjalistycznej aparatury leczniczo-diagnostycznej.

### *Hospitalizacja w szpitalach specjalistycznych*

Szpital jest jedną z najważniejszych jednostek organizacyjnych lecznictwa zamkniętego leczenia pacjentów. W szpitalu pacjent otrzymuje całodobową opiekę lekarską oraz pielęgniarską. W niektórych szpitalach jest szeroki profil leczenia różnych schorzeń, inne mają charakter specjalistyczny np. szpitale psychiatryczne, szpitale geriatryczne itp.

### *Dzienny szpital geriatryczny w Wielkiej Brytanii<sup>37</sup>*

Szpital tego rodzaju jest częścią Narodowej Służby Zdrowia i świadczy przede wszystkim opiekę medyczną w postaci konsultacji lekarskich, zabiegów pielęgnacyjnych, rehabilitacji, terapii zajęciowej, logopedii itp. Poza tym zapewnia pacjentom transport i posiłki.

Do dziennego szpitala geriatrycznego przyjmowani są pacjenci bezpośrednio po leczeniu szpitalnym lub skierowani przez geriatrę, lub lekarza rodzinnego z powodu nagłego pogorszenia stanu zdrowia (niedowład po udarze mózgu lub niesprawność spowodowana zmianami zapalno-zwyrodnieniowymi stawów). Podstawowym celem pobytu jest rehabilitacja, mająca na celu przywrócenie pacjentowi możliwej do osiągnięcia sprawności i zdolności do funkcjonowania w społecznym środowisku. Równie ważne są kontynuacja leczenia i realizacja tych zabiegów pielęgnacyjnych, których pacjent nie może otrzymać w ramach opieki środowiskowej.

### *Ośrodki opieki przejściowej<sup>38</sup>*

W ramach różnych modeli amerykańskich w zakresie opieki nad ludźmi w podeszłym wieku, interesującym rozwiązaniem są ośrodki opieki przejściowej, przejmujące ze szpitala starszych pacjentów w celu rehabilitacji i przygotowania ich do powrotu do domu.

W omawianym ośrodku jest najczęściej 15 łóżek przygotowanych do przyjęcia pacjentów w ramach opieki poszpitalnej. Ośrodek współpracuje ściśle z określonym

<sup>36</sup> K. Szczerbińska, *Wybrane modele opieki geriatrycznej na świecie*, „Służba Zdrowia”, 3–4 sierpnia 2000, nr 61–64.

<sup>37</sup> Szerzej *ibidem*.

<sup>38</sup> Opracowano na podstawie: *ibidem*.

szpitalem; przyjmowane są osoby wymagające rehabilitacji kardiologicznej, po zabiegach ortopedycznych i udarach mózgu oraz osoby niepełnosprawne, które ze względu na swój stan zdrowia nie mogą pozostawać same w domu.

Opiekę zdrowotną sprawuje wielodyscyplinarny zespół lekarzy geriatrów, pielęgniarek wyspecjalizowanych w geriatricii wraz z personelem zakładu opiekuńczego, praca w takim zespole pozwala na przygotowanie i realizowanie planu indywidualnej opieki nad poszczególnymi chorymi. Takie postępowanie terapeutyczne umożliwia skrócenie pobytu w szpitalach w porównaniu z pobytem w innych placówkach. Pobyt pacjenta w takim ośrodku wiąże się z mniejszym ryzykiem rehospitalizacji i jest o 38% tańszy niż inne alternatywne formy opieki kierowanej do osób starszych.

### *Kompleksowa opieka nad ludźmi starszymi*<sup>39</sup>

Wśród funkcjonujących rozwiązań opieki nad ludźmi starszymi w USA najbardziej efektywnym okazał się Program całościowej opieki nad ludźmi starszymi (Pace – Program All Inclusive Care for Elderly).

Uczestniczenie w tym programie umożliwia osobom zakwalifikowanym (powyżej 55 lat) przyjęcie do zakładu opiekuńczego i funkcjonowanie w środowisku domowym w warunkach pełnego zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych, socjalnych i rehabilitacyjnych. Świadczenia medyczne realizowane są w każdym miejscu pobytu pacjenta przez różnych specjalistów, współpracujących w zespole terapeutycznym. Często pacjenci to osoby mające około 80 lat, cierpiące na 7–8 schorzeń. Świadczenia w ośrodku PACE są realizowane głównie w ośrodku, co daje lepszą możliwość obserwacji pacjentów i wdrożenia szybkiej interwencji medycznej.

Wielka Brytania dopiero po II wojnie światowej rozwinęła program świadczeń społecznych. Za organizację pakietu pomocy dla konkretnej osoby odpowiedzialny jest pracownik socjalny, który ocenia potrzeby tej osoby i dobiera dla niej odpowiedni pakiet opieki stacjonarnej lub domowej. Ocenie podlega także wielkość dochodów i majątku danej osoby, co pozwala określić do jakiego poziomu pacjent będzie musiał współfinansować opiekę długoterminową<sup>40</sup>.

Pomoc społeczna obejmuje: pomoc dzienną (domy dziennego pobytu), krótkotrwałą pomoc instytucjonalną, poradnictwo i doradztwo, działalność informacyjną i usługi transportowe. W zakresie stacjonarnej długoterminowej opieki funkcjonują; zakłady pielęgnacyjne i domy dla osób starszych. Prowadzą je zarówno władze lokalne, jak i osoby prywatne<sup>41</sup>.

Szwecja jest uznawana za kraj posiadający najstarszą populację w świecie z 18% ludzi w wieku 65 lat. Dorosłe dzieci w Szwecji – co różni się od przypisów innych krajów – nie mają obowiązku brać odpowiedzialności za starzejących się rodziców. Obowiązkiem państwa jest wypłacanie pensji oraz zorganizowanie opieki i ubezpieczenia osobom w podeszłym wieku. O ile w 1980 roku 62% populacji powyżej 80 roku życia

<sup>39</sup> *Ibidem*.

<sup>40</sup> Świadczenia zdrowotne są przeważnie bezpłatne, poza leczeniem stomatologicznym i lekarskim, z tym, że dla osób powyżej 60 roku życia te ostatnie są również bezpłatne. Natomiast za pobyt w zakładach pielęgnacyjnych i w domach dla osób starszych ponosi się opłatę w zależności od wielkości majątku. Dostępna jest także pomoc domowa, przy czym zasady odpłatności ustalają władze lokalne, uwzględniając możliwości finansowe pacjenta.

<sup>41</sup> Na podstawie: A. Buniewicz, *Opieka nad osobami starszymi w Europie. Wielka Brytania*, <http://www.senior.pl>, 2006–2011.

korzystało z domów opieki społecznej, to w 2000 roku procent takich pensjonariuszy zmniejszył się do 44%. Dużym ułatwieniem dla osób starszych przebywających w domu było utworzenie funkcji „osobistego asystenta”<sup>42</sup>.

W Niemczech zakres ustawowej pomocy społecznej obejmuje oprócz pomocy materialnej także pomoc niematerialną (usługi osobiste, pielęgnację chorych, ofertę związaną ze spędzeniem czasu i pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego). Istnieją dwie podstawowe formy pomocy; stacjonarna i śródowniskowa. Problemem jest zbyt mała liczba opiekunów w stosunku do liczby pensjonariuszy.

W Polsce, podobnie jak w innych państwach występują zróżnicowane formy opieki zdrowotnej nad ludźmi starszymi. Jednak u nas wydatki na ochronę zdrowia (na osobę) są o dwie trzecie niższe niż przeciętnie w Unii Europejskiej, co odbija się na poziomie i dostępności usług.

W obecnych warunkach rodzina niezależnie od swych chęci i starań dość często nie jest w stanie sama zapewnić potrzebnej pomocy seniorom. Dlatego należy wspierać rodzinę w jej funkcjach opiekuńczych. O prawie osób w podeszłym wieku do opieki instytucjonalnej i obowiązkach instytucji świadczących tę formę pomocy stanowi Europejska Karta Społeczna.

Państwo zabezpiecza i gwarantuje przede wszystkim świadczenia pieniężne. Jednak obecny system emerytalno-rentowy budzi wiele zastrzeżeń, gdyż otrzymywane kwoty pieniężne, nie zabezpieczają wielu potrzeb. Dlatego m.in. zostały powołane różne instytucje niosące pomoc ludziom w starszym wieku.

Jedną z podstawowych instytucji służących osobom starszym jest Ośrodek Pomocy Społecznej (OPS). Zakres usług oferowanych w takich ośrodkach określa Ustawa o Pomocy Społecznej z dnia 29 listopada 1998 roku (wraz z późn. zm.). Celem głównym takiego ośrodka jest dążenie do jak największej samodzielności jej podopiecznych i ich aktywizacja w podejmowaniu działań zmierzających do poprawy jakości własnego życia. Usługi opiekuńcze są realizowane przy ścisłej współpracy z Polskim Czerwonym Krzyżem (PCK) oraz Polskim Komitetem Pomocy Społecznej (PKPS).

Biorąc pod uwagę podstawową zasadę pomocy ludziom starszym, w której sformułowano postulat o tym, że człowiek starszy możliwie jak najdłużej powinien przebywać w swoim dotychczasowym, rodzinnym, czyli dobrze znanym mu środowisku, powstały ośrodki dziennego pobytu. Zadaniem takich ośrodków jest zapewnienie opiekuńczego otoczenia i wsparcia emocjonalnego w ciągu dnia.

Ośrodkiem, który udziela pomocy typowo środowiskowo-otwartej jest Dom Pobytu Dziennego (DDP). Domy Dziennego Pobytu są tworzone z myślą o osobach starszych przeżywających różnorodne problemy (materialne, rodzinne, społeczne, zdrowotne, psychiczne). Zadaniem takich ośrodków jest zapewnienie opiekuńczego otoczenia i wsparcia emocjonalnego w ciągu dnia.

Ośrodek w związku z tym zazwyczaj zapewnia:

- pobyt w godz. 8.00 do 16.00 od poniedziałku do piątku,
- całodzielne wyżywienie i ewentualnie posiłki na wynos,
- terapię zajęciową,
- udział w kółkach zainteresowań,
- usługi opiekuńczo-rehabilitacyjne,

<sup>42</sup> Opracowano przy wykorzystaniu: J. Piec, *Opieka nad osobami starszymi w Europie. Szwecja*, <http://www.senior.pl>, 2011.



- zabiegi higieniczne (kąpiel, strzyżenie),
  - zabiegi rekreacyjno-kulturalne (zabawy, taneczne, występy artystyczne, wycieczki,
  - pomoc w załatwianiu codziennych spraw, stanowiących szczególną trudność.
- Dzięki pomocy środowiskowej, wiele osób stara się uniknąć zamieszkania w Domu Pomocy Społecznej.

Polskie domy pomocy społecznej do niedawna oceniano jako pozostałość z przeszłości tzw. separacyjnego modelu opieki społecznej. Stąd potrzeba doskonalenia i wprowadzanie nowych rozwiązań legislacyjnych, organizacyjnych a także zmiany sposobu funkcjonowania placówek<sup>43</sup>. Dwa główne kierunki reformy to demedycyzacja (to jest odejście od organizacji życia codziennego do podobnej jak w szpitalach) i normalizacja (polegająca na zbliżaniu się do warunków życia poza sformalizowaną instytucją). Daleko idące zmiany rozpoczęły się od 1990 roku<sup>44</sup>. Domy pomocy społecznej są placówkami przeznaczonymi dla osób, które nie kwalifikują się do leczenia szpitalnego, lecz uwagi na podeszły wiek, schorzenia i warunki rodzinne, mieszkaniowe i materialne oraz sytuację życiową wymagają stałej opieki<sup>45</sup>. W związku powyższym przyjęto następujące założenia: potrzebę zróżnicowania oraz możliwie maksymalne dostosowanie warunków i charakteru domu do sprawności i zdrowia mieszkańców, oraz nadanie domom charakteru rodzinnego i prywatnego, żeby podopieczni czuli się w nich jak najlepiej<sup>46</sup>.

Domy pomocy społecznej funkcjonują jako zakłady budżetowe lub jako prywatne placówki stałego pobytu. Domy dla ludzi w podeszłym wieku mogą być prowadzone jako odrębne placówki względnie na zasadzie łączenia różnych typów domów, np. placówki dla osób w podeszłym wieku i przewlekle somatycznie chorych<sup>47</sup>. Jest to rozwiązanie korzystne, pozwalające na bardziej racjonalne wykorzystywanie, pomieszczeń i sprzętu specjalistycznego itp. Domy pomocy społecznej zajmują się przede wszystkim zapewnieniem usług opiekuńczych, które przysługują osobom wymagającym całodobowej opieki m.in. z powodu zawansowanego wieku, zazwyczaj osoby te kierowane są do odpowiedniej placówki w pobliżu dotychczasowego miejsca zamieszkania. Osoby starsze przyjmowane są na podstawie wyników wywiadu przeprowadzonego przez pracownika socjalnego MOPS-u<sup>48</sup>.

W domach organizowana jest pomoc mieszkańcom w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych przysługujących na podstawie odrębnych przepisów. Placówka pokrywa opłaty ryczałtowe i częściową odpłatność do wysokości limitu ceny, przewidziane w przepisach o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszy Zdrowia. Może także pokryć wydatki ponoszone na niezbędne usługi pielęgnacyjne w zakresie wykraczającym poza uprawnienia wynikające z przepisów<sup>49</sup>.

<sup>43</sup> Szerzej: E. Tarkowska, *Ludzie w instytucji totalnej*, Warszawa 1997, s. 121–122.

<sup>44</sup> W 2004 r. dokonano zmiany m.in. w nazewnictwie: domy pomocy społecznej dla osób starych zastąpiono określeniem domy pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku (Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, art. 56).

<sup>45</sup> A. Świętochowska, *Wizja modelu domu pomocy społecznej*, „Opieka, Wychowanie, Terapia” 1994, nr 2, s. 19.

<sup>46</sup> A. Zych, *Dom pomocy społecznej*, [w:] *Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej i pracy socjalnej*, red. D. Lalak, T. Pilch, Warszawa 1999, s. 61.

<sup>47</sup> Od roku 2007 możliwość m.in. łączenia na podstawie zmian w ustawie o pomocy społecznej (ustawa z dnia 16 lutego 2007, art. 1, ust. 14).

<sup>48</sup> *Ibidem*, art. 54, ust. 1–4.

<sup>49</sup> *Ibidem*, art. 58, ust. 1–4.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami opłaty za pobyt ponoszą w kolejności mieszkańiec domu, małżonek, gmina wnosi opłatę zastępczą (jeżeli zobowiązane do tego osoby uchylają się; gmina może dochodzić zwrotu kwot poniesionych od osób zobowiązanych). Podopieczny płaci nie więcej niż 70% swego dochodu, który może być potrącony z emerytury czy renty itp.

### *Lekarz rodzinny człowieka starszego*

Lekarza, znającego całą rodzinę, będącego wsparciem w różnych sytuacjach znają z doświadczenia tylko nieliczne osoby urodzone przed drugą wojną światową. Po drugiej wojnie światowej funkcjonowali jeszcze nieliczni tacy lekarze. Wszechstronny szybki postęp wiedzy medycznej sprawił zapotrzebowanie na dobrze przygotowanych specjalistów w stosunkowo wąskich dziedzinach a zwłaszcza w szpitalnictwie. Podobne procesy można było zaobserwować w wielu innych krajach. W latach 50. ubiegłego wieku podjęto szereg działań, próbujących zaradzić tej sytuacji. Przykładowo w Wielkiej Brytanii i Holandii rozwinęto ideę lekarza rodzinnego (*family doctor huisarts*)<sup>50</sup>.

W Polsce dyskusje nad kształtem reformy zdrowia łącznie z możliwością wyboru usługodawców trwały od lat 80. Dopiero w 1997 roku Sejm uchwalił Ustawę o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym<sup>51</sup>, w tym również o opiece zdrowotnej lekarza rodzinnego.

Jednym z najbardziej istotnych elementów reformy polskiej służby zdrowia była zmiana starego systemu podstawowej opieki zdrowotnej na model sprawdzony w wysoko rozwiniętych krajach zachodnich oparty na instytucji lekarza rodzinnego, pozwalała to na zapewnienie wszystkim członkom rodziny, będącej pod opieką lekarza rodzinnego całościowej opieki medycznej. Zasadniczym celem medycyny rodzinnej jest utrzymywanie pacjentów w dobrej kondycji psychicznej i fizycznej, a także leczenie najczęstszych schorzeń.

W Polsce, większość osób po 65 roku życia pozostaje pod opieką lekarzy rodzinnych. Tacy pacjenci wymagają odpowiedniego do nich podejścia. Lekarz rodzinny musi poznać swego podopiecznego.

Przy prowadzeniu wywiadu, musi zwrócić uwagę na:

- niezrozumienie treści pytania przez chorego,
- wątpliwą wiarygodność odpowiedzi,
- odpowiedź mającą na celu przypodobanie się rozmówcy,
- zaburzenia pamięci, dygresje, reminiscencje,
- lęk przed poznaniem prawdy o swej chorobie,
- trudności z ustaleniem początku dolegliwości i w precyzowaniu objawów dolegliwości.

Rolą lekarza rodzinnego<sup>52</sup> jest pomagać pacjentowi w usuwaniu bieżących dolegliwości, zachowaniu stanu zdrowia odpowiedniego do wieku, przebytych chorób i szeroko pojętych warunków życia.

<sup>50</sup> Na podstawie: Ł. Nowak, *Lekarz rodzinny – kto to?*, <http://www.erodzina.com/index.php?id=18,1023,0,0,1,0>.

<sup>51</sup> Dz.U. z 1997 r. Nr 28, poz. 153.

<sup>52</sup> Zob. M. Koziarska-Rościszewska, *Rola lekarza rodzinnego w opiece geriatrycznej*, <http://www.rola...com.pl>.

Według European Health Committee tylko 16% problemów, z jakimi osoby starsze zgłaszają się do lekarza dotyczy spraw czysto medycznych. Celem leczenia osób starszych<sup>53</sup>, wedle WHO jest nie tyle dążenie do całkowitego wyleczenia chorób, ale – pomoc w utrzymaniu takiego stanu zdrowia i rozwijaniu takich zdolności, które zapewnią choremu jak największą autonomię i możliwość samoopieki.

Przy diagnozowaniu, dość często występują problemy utrudniające porozumienie z pacjentem.

Wobec niejednoznacznych objawów i wątpliwych odczuć pacjenta, dość często trudno jest rozpoznać symptomy niektórych chorób. Podstawowe zadania lekarza rodzinnego w ramach opieki nad pacjentami w starszym wieku to:

- prewencja pierwotna – zapobieganie wystąpieniu choroby,
- prewencja wtórna – wczesne wykrywanie choroby i zapobieganie jej progresji,
- prewencja trzeciorzędowa to zapobieganie powikłaniom lub opóźnianie rozwoju powikłań.

Oprócz zadań podstawowych występują problemy szczególne wymagające odpowiedniego postępowania lekarza rodzinnego:

- widoczne skutki przemocy rodzinnej w stosunku do starszych pacjentów,
- zaniedbywanie (fizyczne, psychiczne) przez opiekunów czy rodzinę,
- wykorzystywanie osób starszych – finansowe, majątkowe, zapisy itp.,
- zagadnienia etyczne i prawne (ubezważnienie, niekonieczne leczenie przymusowe).

Liczna pacjentów w tym seniorów, w związku z pogarszaniem się kondycji zdrowotnej społeczeństwa i wydłużaniem przeciętnej długości życia będących pod opieką lekarza rodzinnego stale wzrasta. Odsyłanie do lekarzy specjalistów wydłuża czas uzyskania pomocy przez pacjenta. W przypadku ludzi starszych, najlepszym rozwiązaniem wydaje się pomoc lekarza geriatry.

Według K. Wiśniewskiej-Roszkowskiej geriatria jest medycyną starości<sup>54</sup>, rozwój geriatry datuje się od okresu starożytności. Lekarze greccy i rzymscy opisywali choroby ludzi starych i udzielali trafnych porad profilaktycznych, które były oparte na obserwacji. Nowoczesna geriatria rozwija się od dwustu lat, równoległe do naukowego postępu medycyny. W 1909 roku lekarz Amerykanki, Nasher wprowadza termin „geriatria” (ang. *geriatrics*) dla nowej dziedziny medycyny, zakłada pierwsze czasopismo naukowe oraz towarzystwo lekarskie<sup>55</sup>.

Dzisiejszy pacjent geriatryczny to osoba, która ukończyła 60–65 lat i więcej, występuje u niej zazwyczaj kilka nakładających się chorób. Wyróżnia się zazwyczaj dwa typy chorób. Pierwszy – obejmuje choroby, które przebiegają odmiennie i nietypowo dla procesu starzenia, natomiast drugi – choroby typowe dla okresu starości; choroba Alzheimera, Parkinsona czy nadciśnienie tętnicze, otępienia, osteoporoza, skutki upadków, zaburzenia funkcji zwieraczy, a u chorych leżących odleżyny.

Zgodnie ze współczesnymi standardami na każde 100 tys. mieszkańców powinna być 1 poradnia geriatryczna z 2 etatami lekarskimi, szpitalny oddział z 20–25 łózkami,

<sup>53</sup> Według WHO zdrowie starszej osoby to taki stan dobrego samopoczucia fizycznego i psychicznego, który pozwala na optymalne funkcjonowanie we własnym środowisku.

<sup>54</sup> Zob. *Gerontologia dla pracowników socjalnych*, red. K. Wiśniewska-Roszkowska, Warszawa 1982, s. 3.

<sup>55</sup> *Ibidem*, s. 3, 4.

oddział dzienny o podobnej liczbie łózek. Osobami starszymi powinien opiekować się specjalistyczny, interdyscyplinarny zespół opieki geriatrycznej, w którym współpracują: lekarz geriatra, pielęgniarka geriatryczna, rehabilitant, psycholog, pracownik socjalny i w miarę możliwości inni specjaliści<sup>56</sup>.

Celem leczenia powinno być przywrócenie w miarę możliwości dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego choremu, maksymalne wydłużenie życia oraz zminimalizowanie dyskomfortów ograniczających codzienne funkcjonowanie.

Opieka nad pacjentem w starszym wieku musi mieć charakter holistyczny, to znaczy powinna uwzględniać wszystkie jego potrzeby zdrowotne.

Reasumując, głównym założeniem geriatry jest, „dodać więcej lat do życia i więcej życia do lat”<sup>57</sup>.

### Telemedycyna w opiece zdrowotnej ludzi starszych

Od dłuższego czasu na całym świecie stosowane są w medycynie techniki telekomunikacyjne i teleinformatyczne (telediagnostyka, telekonsultacje, operacje chirurgiczne sterowanych zdalnie na odległość lub wykonywane przy użyciu telerobotów). Te zastosowania teletechniki w medycynie określono nazwą telemedycyna<sup>58</sup>.

Zastosowanie omawianych technik w medycynie pozwala równocześnie na tworzenie zasobów informacyjnych, o zmianach w stanie zdrowia pacjenta i bieżącej sytuacji dostępnych w każdym momencie zarówno dla lekarza prowadzącego, jak i w sytuacji nagłej interwencji czy przez lekarza konsultanta.

W USA, Japonii, Australii, Chinach i krajach Europy Zachodniej od kilkunastu lat telemedycyna należy do priorytetowych programów badawczych, które dotyczą różnych rodzajów zastosowań, bardzo zaawansowane technologicznie badania prowadzone są w USA i Japonii. Te rozwiązania są bardzo drogie i dostępne tylko dla ludzi zamożnych<sup>59</sup>.

W Holandii, Francji, krajach skandynawskich – w nowoczesne urządzenia telemedyczne wyposażane są domy opieki dla osób starszych. Wyniki badań uzyskane przez szereg niezależnych ośrodków naukowych jednoznacznie wskazują na to, że zastosowanie telemedycyny w opiece domowej nad pacjentami starszymi istotnie zmniejsza liczbę i częstotliwość koniecznych hospitalizacji i nagłych wezwań pogotowia ratunkowego<sup>60</sup>.

Aktualnie opracowano wiele urządzeń medycznych, które mogą być włączone do systemu telemetrycznego w zależności od indywidualnych potrzeb pacjentów. Elektroniczny stetoskop umożliwia lekarzowi lub wykwalifikowanej pielęgniarce środowiskowej zdalne osłuchiwanie serca i płuc z zastoinową niewydolnością krążenia. Elektroniczny ciśnieniomierz i pulsoksymetr monitorują na bieżąco wartości ciśnienia tętniczego i wysycenie tlenem krwi tętniczej u osób z chorobami układu krążenia

<sup>56</sup> M. Laskowska-Szcześniak, *op. cit.*

<sup>57</sup> K. Ziąja, *Co to jest geriatrya?*, <http://www.we-dwoje.pl/co;to;jest;geriatria,artykul,11127.html>.

<sup>58</sup> Zob. *Nowe paradygmaty przetwarzania danych w sieciach inteligencji otoczenia w dużej skali. Monitorowanie osób starszych i projekt EDFAS*, Instytut Łączności. Państwowy Instytut Badawczy. Praca nr 06300048, Warszawa 2008.

<sup>59</sup> *Ibidem*.

<sup>60</sup> M. Bujnowska-Fedak *Telemedycyna – przyszłość i postęp w medycynie rodzimej*, „Służba Zdrowia”, 23 października 2004, nr 73–76 (3373–3376).

i układu oddechowego, system można wyposażyć również w elektroniczną wagę, cyfrowy termometr, sprzężony z komputerem glukometr, niezbędny w monitorowaniu na odległość pacjentów z cukrzycą. W zdalnej opiece nad chorymi z astmą nie do przecenienia usługę oddaje sprzężony z komputerem lub wyposażony w specjalną przestawkę do telefonu osobisty przenośny spirometr.

W Polsce teledygnostyka wykorzystywana jest do całodobowego nadzoru telekardiologicznego<sup>61</sup>. Przyszłość medycyny dla ludzi starszych związana będzie z użyciem nowych technologii, pozwalających skuteczniej pomagać.

### *Rehabilitacja*

Osoby w starszym wieku dotknięte są różnego rodzaju chorobami, które utrudniają im codzienne funkcjonowanie.

Do schorzeń najczęściej dolegliwych dla ludzi starszych można zaliczyć<sup>62</sup>:

- choroby układu ruchu, które połączone są z ciągłym silnym bólem i często nie leczone prowadzą do kalectwa,
- osłabienie siły mięśni utrudnia poruszanie się, wykonywanie codziennych czynności (np. wstawanie z łóżka, siadanie na krzesło),
- wszelkie inne schorzenia, powodujące ograniczenia np. poruszania się i swobodę operowania dłońmi itp.

Rehabilitacja może pomóc w podniesieniu codziennego standardu życia osoby starszej, przez ograniczenie natężenia odczuwanego bólu poprawiając standard życia osoby starszej. „Być może (w życiu codziennym) niewiele osób [...] jest w stanie uświadomić sobie, jaki wpływ zarówno na ciało, jak i umysł ma trwający przez długo czas, nieznośny ból... W takich męczarniach zmienia się charakter człowieka, najbardziej uprzejmy zaczyna się irytować, żołnierz staje się tchórzem”<sup>63</sup>.

Stary chory człowiek zazwyczaj samotnie zmaga się z bólem nie tylko w wymiarze fizycznym, ale także psychicznym, społecznym i duchowym. Odczuwany ból odbierany jest jako cierpienie. Według Rutkiewicza minimalnym celem rehabilitacji geriatrycznej jest uzyskanie przez pacjenta – minimum samowystarczalności. Po latach ten zakres oczekiwanych możliwości został poszerzony, obecnie ma ona na celu utrzymanie jak najlepszego stanu zdrowia, poprawę stanu kondycji fizycznej i psychicznej pacjenta. Rehabilitacja ma na celu przywrócenie osób starszych do codzienności społecznej środowiska, w którym człowiek stary funkcjonuje. Pozytywne jej efekty możemy szczególnie zauważyć, gdy osoba starsza powraca do domu i kontynuuje sama niektóre elementy ćwiczeń<sup>64</sup>.

Podtrzymanie aktywności rodzinnej, społecznej i ewentualnie zawodowej (jeżeli jest ona możliwa) jest bardzo ważne dla zdrowia psychicznego każdego człowieka. Pozytywne nastawienia do życia i otoczenia danej osoby przynosi szybciej pozytywne skutki terapii.

<sup>61</sup> Pacjenci korzystający z usług takich firm, za cenę od 40 do 70 złotych miesięcznego abonamentu, otrzymują ciągły zdalny monitoring pracy serca oraz 24-godzinny dostęp do lekarza kardiologa.

<sup>62</sup> S. Bogustawski, *Mała encyklopedia medycyny*, t. 2, Warszawa 1990, s. 858.

<sup>63</sup> S.W. Mitchell, *Injuries of nerves and their consequences*, Philadelphia 1872.

<sup>64</sup> J. Rutkiewicz, *Geriatrya*, Warszawa 1979, s. 20–46.

Na rehabilitację medyczną składają się: kinezyterapia, fizykoterapia, masaż leczniczy<sup>65</sup>. Kinezyterapia to leczenie ruchem, uważana jest za jedną z najważniejszych form rehabilitacji. Kinezyterapia stosowana jest najczęściej przy schorzeniach i dysfunkcjach narządu ruchu w zespołach bólowych kręgosłupa, po udarach mózgu, po zawale serca, w niektórych chorobach układu oddechowego, przy chorobach reumatoidalnych.

Wśród metod kinezyterapeutycznych wyróżniamy:

- metody mechaniczne (np. McKenzie, Cyriaxa, Karskiego, Kaltenboma-Evienta). Podstawowym celem jest bezpośrednia i lokalna zmiana właściwości tych tkanek narządu ruchu, które są związane z określonym miejscem zaburzenia organizmu,
- metody neurofizjologiczne (np. PNF, Vojty, NDP Bobath) przy nauce nowych wzorców ruchowych wykorzystuje się przede wszystkim odruchy warunkowe, co umożliwia hamowanie odruchów patologicznych,
- metody edukacyjne (np. Domana, Pilatesa). Oprócz uprzednio wymienionych metod konieczne należy włączyć świadomość, wolę i determinację osiągnięcia poprawy stanu zdrowia.

Fizykoterapię stosuje się zazwyczaj jako formę leczenia uzupełniającego, głównie w leczeniu schorzeń mięśniowo-szkieletowych. Zabiegi te mają charakter przeciwpalny i przeciwbólowy; stosowane są w leczeniu chorób narządu ruchu szczególnie o charakterze przewlekłym. Masaż leczniczy polega na odpowiednim ucisku tkanek ciała ludzkiego, w celu wywołania uczucia odprężenia, jak również złagodzenia sztywności, napięcia i bólu mięśni.

Masaż jest także jednym z elementów terapii osób cierpiących na nerwice, bezsenność i depresję.

W rehabilitacji osób starszych często potrzebne jest odpowiednie zaopatrzenie ortopedyczne; protezy, sprzęt pomocniczy (kule, laski, podpórki, wózki, specjalne obuwie). Rehabilitacja medyczna ukierunkowana jest na optymalne przywrócenie sprawności chorych stanowi podstawową część szerokiego procesu rehabilitacji. W starzejącym się organizmie dochodzi do wielu zmian fizjologicznych i patofizjologicznych. Odsetek niepełnosprawności wzrasta w starszych grupach wiekowych, osiągając 50% u osób po 80 roku życia, wzrasta również liczba chorób współistniejących. Rehabilitacja osób starszych musi być prowadzona wielopłaszczyznowo.

---

<sup>65</sup> *Geriatrya – wpływ procesów starzenia się na organizm ludzki*, <http://www.sciaga.pl/tekst/62729-70geriatria...>; a także: *Rehabilitacja*, <http://www.medisystem.pl/indexphp/site-show/22/Rehabilitacja.html>.

## 6. Żebractwo jako sposób na życie

Żebractwo wraz z biedą towarzyszą ludzkości od zarania dziejów. W ciągu wieków zmieniały się techniki i stopień nasilenia żebractwa, ale pewne cechy, pomimo upływu czasu, pozostały bez zmian. Choć żebractwo nie pojawiło się nagle, gdyż istniało zawsze tam, gdzie były choroby i doskwierało ubóstwo, to nie cieszyło się nadmiernym zainteresowaniem badaczy, choć samo zjawisko było niejednokrotnie poddawane analizom historycznym<sup>66</sup>.

Od pewnego czasu, pod wpływem mediów i obiegowych opinii, społeczny wizerunek osób żebrzących, można sprowadzić do dwóch postaw: jawnej niechęci, objawiającej się w przypisywaniu osobom żebrzącym cech: lenia, pijaczyny, pasożyta w społeczeństwie. Druga postawa jest współczująca, w imię społecznej solidarności. W obu wymienionych typach postaw występuje rezerwa do żebrzących. Jedna postawa ujawnia otwartą wrogość a druga – przywołuje ich społeczne kalectwo. Na podstawie dokumentów historycznych możemy zapoznać się z różnymi sposobami traktowania żebractwa. Okazuje się, że żebractwo od dawna było pewnym określonym stylem życia i równocześnie rzemiosłem. Istniały prawa wynikające z niepisanego kodeksu, tzw. statuty żebracze, które określały granice rzemiosła, wygląd zewnętrzny osoby żebrzącej, naukę rzemiosła, metody jego uprawiania, organizację wewnętrzną i obyczaj. Na przestrzeni dziejów zróżnicowany był stosunek władzy do żebractwa. Na przykład w Polsce, w czasach Jagiellonów, odpowiedzią na szerzącą się plagę żebractwa i włóczęgostwa było wydanie w 1496 roku ustawy zobowiązującej miasta, właścicieli wiosek oraz parafie do przeprowadzenia ewidencji żebrzących, sporządzenia list oraz wydania świadectw zezwalających na uprawianie tego procederu. Inaczej potraktowano żebractwo w szesnastowiecznej Anglii. Na skutek znacznego wzrostu żebractwa i włóczęgostwa ogłoszono prawa, które zawierały sformułowanie, iż żebractwo jest czynnością nielegalną.

W Polsce ponowne nasilenie żebractwa odczuliśmy w trakcie transformacji ustrojowej od roku 1990. W tym okresie wielu ludzi miało trudności w dostosowaniu się do nowych warunków społeczno-ekonomicznych. Podobna sytuacja wystąpiła w pozostałych krajach Europy Środkowo-Wschodniej. Stąd żebracy w niemałej liczbie dotarli do nas. Współcześnie żebractwo występuje w różnych rozmiarach, praktycznie we wszystkich krajach świata.

Żebractwo wiąże się często z innymi przejawami patologii czy degradacji – bezdomnością, alkoholizmem, narkomanią, przestępczością, upośledzeniem umysłowym czy samotnością. W powszechnym odbiorze żebractwo stanowi szczególnie dotkliwy wyraz egzystencjalnej i społecznej degradacji jednostki ludzkiej.

<sup>66</sup> K.W. Frieska, H. Kubiak, G. Lisowski J. Mucha, J. Szacki, M. Ziółkowski, *Encyklopedia socjologii*, Warszawa 2002, s. 372.

### Kwestia żebractwa

Problem żebractwa jako skutku biedy istniał od zawsze. W różnych okresach zmieniały się techniki i stopień nasilenia żebractwa, ale pewne cechy, pomimo upływu lat, pozostały bez zmian. W dzisiejszym świecie obfitości (nie tak pełnej dla wszystkich) – jak stwierdza Jeffrey Sachs<sup>67</sup> – więcej niż miliard ludzi żyje w krańcowej biedzie, która wcześniej czy później kończy się śmiercią z powodu wycieńczenia organizmu. Kiedyś to się nazywało śmiercią głodową, natomiast dziś końcową biedą, z którą związane jest zjawisko żebractwa. Każdego roku około 8 milionów osób (więcej niż 1/5 populacji Polski) umiera z powodu braku pożywienia. Według standardów Banku Światowego, bieda końcowa, odnosi się do sytuacji, w której codzienny dochód, nie wynosi nawet jednego dolara na osobę. To jest równoznaczne z niemożnością zaspokojenia nawet najbardziej podstawowych potrzeb. Ludzie należący do tej grupy są notorycznie głodni, często nie mają wody pitnej, nie podlegają żadnej opiece zdrowotnej. Nie mają prawdziwego dachu nad głową. Omawiana sytuacja na szczęście nie jest związana z Polską.

Zjawisko żebractwa jest jednym z dolegliwych przejawów szczególnych problemów społecznych. Żebractwo to kwestia bardzo złożona, powiązana z szerokim kontekstem ekonomiczno-społecznym, obecna zarówno wśród dorosłych, jak i wśród dzieci i młodzieży. Termin ten ma wiele definicji, które są do siebie bardzo podobne:

*Słownik współczesnego języka polskiego* definiuje żebractwo i jego wszelkie synonimy jako „prośenie o jałmużnę, zajęcie żebraka, chodzić po prośbie, usilnie błagać o coś, uporczywe natrętne prośenie o coś”<sup>68</sup>.

Żebak z reguły jest określany jako: „Ktoś kto bierze, kto żyje z jałmużny – datków wyproszonych od innych”<sup>69</sup>.

Żebracy definiowani są jako osoby, których jedynym zajęciem i głównym źródłem dochodu są datki pieniężne, niekiedy rzeczowe, o które osoby te ubiegają się najczęściej w miejscach publicznych<sup>70</sup>.

Można wyróżnić trzy podstawowe formy żebractwa: zawodowe (żebranie jest sposobem zarabiania pieniędzy, traktowanym jako zajęcie codzienne); z przymusu (decyzja podjęta z przyczyn zewnętrznych o jedno- lub kilkakrotnym żebraniu na ulicy); importowane (przyjeżdżający do Polski lub innego kraju cudzoziemcy, żebrzący na ulicy)<sup>71</sup>.

Poza wymienionymi formami spotyka się często: żebractwo stacjonarne i domokrajne, żebractwo indywidualne, rodzinne oraz oparte na powiązaniach typowych dla gangów miejskich, okazjonalne i trwałe<sup>72</sup>.

Występowanie poszczególnych typów żebractwa jest zależne od wielu czynników: rodzinnych, mieszkaniowych, zdrowotnych, losowych czy charakterologicznych.

<sup>67</sup> W. Wosińska, *Oblicza globalizacji*, Sopot 2008, s. 253.

<sup>68</sup> *Słownik współczesnego języka polskiego...*

<sup>69</sup> *Encyklopedia Bryttanica*, Vol. 3, E.B., INC 1960.

<sup>70</sup> *Encyklopedia socjologii*, red. S. Marmuszewski, Z. Bokszański, Warszawa 2002, t. 4, s. 372; a także S. Marmuszewski, J. Świątłowski, *Rola żebracza i jej ekspresja*, „Kultura i Społeczeństwo” 1994, nr 4, s. 82–103.

<sup>71</sup> J. Auleytner, K. Głąbicka, *Polskie kwestie socjalne na przestrzeni wieków*, Warszawa 2001.

<sup>72</sup> S. Marmuszewski, *Żebak i przechodzień w przestrzeni publicznej*, Kraków 1995.



Przyczyny zaistnienia żebractwa można zakwalifikować przede wszystkim do przyczyn materialnych. W okresie transformacji gospodarczej wielu ludzi pozbawionych pracy, czy wyeksmitowanych z mieszkań z powodu niespłaconych pożyczek w banku itp. stało się żebrakami. Innymi drogami do ubóstwa są:

- Choroby, takie jak AIDS, alkoholizm, narkomania, lekomania. Wraz z zachorowaniem dochodzi w życiu tych ludzi dość często do daleko idących zmian. Szczegółe przeszkody występują przy braku woli leczenia lub niechęci wyjścia z nałogu. Tacy ludzie zostają odrzuceni przez środowisko, w którym do tej pory żyli wraz ze wszystkimi ekonomicznymi, społecznymi i psychologicznymi konsekwencjami. Są skazani na wyobcowanie i samotność, często także są pozbawieni dotychczasowego miejsca zamieszkania i posiadanych dóbr. Utracili lub tracą pracę. Brak stałego miejsca zamieszkania powodował utrudnienia w staraniu się o pracę i świadczenia z pomocy społecznej (dotyczy to osób bezdomnych). W ten sposób po pewnym czasie zostają bez środków do życia.

- Kalectwo. Można je traktować jako chorobę, ale droga do ubóstwa w stosunku do wcześniej wymienionej jest inna. Kaleki człowiek w przeciwieństwie do chorego najczęściej nie obarcza się winą za stan zdrowia, w jakim się znajduje. Odrzucenie następuje na zasadzie eliminowania odmiennego od innych, obcego i niechcianego dla innych wizerunku doświadczonego przez los człowieka. Odrzucenia najczęściej dokonują dotychczasowi znajomi, przyjaciele, natomiast kaleka zazwyczaj nie zostaje odrzucony przez rodzinę. Z reguły następstwem kalectwa jest utrata przez poszkodowanego wykonywanej pracy i znaczna trudność znalezienia innej. Dlatego w efekcie tych zdarzeń, po krótszym lub dłuższym okresie sytuacja materialna takiej osoby ulega pogorszeniu, aż do całkowitego zubożenia. Brak dokumentacji uprawniającej do podjęcia procedury starania się o świadczenia rentowe czy emerytalne jest dodatkowym utrudnieniem w poprawie sytuacji życiowej osoby niepełnosprawnej.

- Niefrasobliwość życiowa. Jest to droga popadnięcia w ubóstwo dla osób, które w okresie młodości pracowały, czasem bardzo ciężko, ale zazwyczaj dorywczo, bez ubezpieczenia społecznego. Małżeństwo i rodzinę traktowali jako balast, który przeszkadza w prowadzeniu swobodnego życia. W miarę upływu czasu taka niefrasobliwość powoduje: popadanie w bezdomność, zakłócenie więzi społecznej, brak możliwości uzyskania pomocy od rodziny, poczucie niezrozumienia przez otoczenie i postępująca marginalizację. Kończy się praca, kończą się pieniądze, a regularna odmowa zamieszkania w ośrodku dla bezdomnych lub w domu pomocy społecznej nie pozwala na normalne, skromne życie.

- Przystępstwo. W trakcie przebywania w zakładzie karnym najczęściej następują niekorzystne zmiany w psychice skazanego, co po powrocie z więzienia ogranicza możliwości adaptacji do nowych warunków, podjęcie pracy i funkcjonowanie w rodzinie. Czasami dotychczasowi znajomi i przyjaciele odsuwają się od byłego więźnia. Jednocześnie byli więźniowie, na skutek różnych zdarzeń tracą posiadane dobra materialne w okresie odbywania kary.

- Pech. Ta droga popadnięcia w ubóstwo prowadzące do żebractwa ma pewne cechy wspólne z kalectwem. Podobnie jak tam dana osoba właściwie nie jest winna sytuacji, w której się znajduje. Pech nie powoduje ułomności fizycznych czy psychicznych, jednakże w znacznym stopniu utrudnia człowiekowi codzienne życie wśród innych ludzi.

Wśród wielu funkcjonujących typologii żebractwa najbardziej syntetyczną i wyczerpującą jest typologia opracowana na podstawie własnych badań przez K. Król<sup>73</sup>. Wyróżnia ona:

- 1) żebractwo stacjonarne – w tym wypadku osoba żebrząca pochodzi najczęściej z miejscowości, w której uprawia ten proceder;
- 2) żebractwo wędrowne – jednostki często zmieniają miejsce zebrania. Są to najczęściej osoby deklarujące brak lub zerwane kontakty z rodziną;
- 3) żebractwo bierne – jednostka izoluje się, nie prosi bezpośrednio o jałmużnę lecz stosuje liczne znaki, które mają skłonić przechodnia do pomocy, np. informacja o sytuacji na kartce;
- 4) żebractwo czynne – bezpośredni kontakt, np. poprzez stosowanie figur żebrzących;
- 5) żebractwo płytkie – okazjonalne prośenie o pomoc;
- 6) żebractwo głębokie – dotyczy osób, dla których jest to wypróbowany sposób na przetrwanie.

Dla większości żebractwo to wybór, a nie konieczność. Większość żebraków niechętnie przyjmuje jedzenie, wolą pieniądze. Często są natrętni i wywołują niepokój przechodniów lub kierowców.

Wszystkie te i inne nie wymienione działania żebracze wymagają działań prewencyjnych odpowiednich służb. Przykładem takich wzorcowych działań mogą być podejmowane cyklicznie działania prewencyjne pod nazwą „Żebractwo” przez Wydział Prewencji KWP w Poznaniu<sup>74</sup>.

### Żebractwo na przestrzeni dziejów

Pierwszych żebraków opisywał już Homer w *Iliadzie*, ale w Europie era żebractwa zaczęła się dopiero w średniowieczu. Żebractwo ma długą historię, której istotnym aspektem była religijność. Chrześcijaństwo poprzez nowotestamentową formułę „Cokolwiek uczyniliście jednemu z braci moich najmniejszych, mnieście uczynili”<sup>75</sup> nakazywało traktowanie żebraków z miłosierdziem, szacunkiem i współczuciem. Pomoc ubogim była dla darczyńców zapowiedzią zbawienia i miłosierdzia bożego. Podobnie św. Bazyli Wielki uważał, że „posiadacz, który spotkawszy bliźniego w potrzebie, nie wesprze go, nie korzysta z szansy spełnienia dobrego uczynku, ale popełnia grzech”<sup>76</sup>.

Wspieranie ubogich na szeroką skalę rozpowszechniło się wraz z chrześcijaństwem. Feudalni władcy dawali także wyraz uznania tego imperatywu, ustanawiając prawa i podatki na rzecz ubogich. Islam uznawał pomoc najuboższym za nieodłączny element kultu religijnego, m.in. jałmużna dla żebraków stanowi jeden z pięciu filarów wiary. W Indiach w hinduizmie żebractwo stanowiło legalny i uznany sposób życia w tzw. czwartej aśramie, kiedy człowiek po założeniu rodziny i wypełnieniu

<sup>73</sup> K. Król, *Zjawisko żebractwa wśród dzieci w Polsce współczesnej*, [w:] *Pokolenie wygranych?*, red. J. Sztumski, Katowice 2006, s. 67–70. Powyższa typologia dotyczy zarówno żebrzących dzieci, jak i żebrzących osób dorosłych.

<sup>74</sup> <http://www.wielkopolska.policja.gov.pl/prewencja/index.php?option=com-content&task=view&id...>

<sup>75</sup> *Pismo Święte Nowego Testamentu i Psalmi*, wyd. 9, Poznań 1996, s. 48.

<sup>76</sup> *Encyklopedia socjologii*, red. S. Marmuszewski, Z. Bokszański..., t. 4, s. 372.

obowiązków wobec społeczeństwa powinien oddać się życiu duchowemu, wędrując i żebrząc (sannjasa), natomiast w buddyzmie żebractwo było uznaną formą utrzymania mnichów.

Dopiero protestantyzm, wiążący obietnicę zbawienia z wartością uczynków doczesnych, a przede wszystkim pracy, przyniósł zmiany w postrzeganiu żebractwa. Powodzenie materialne uzyskane przez pracę stało się drogą do zbawienia, natomiast ascetyzm i skrajne ubóstwo poczęto postrzegać jako wynik niewłaściwego i niepożądanego sposobu na życie.

W średniowieczu żebracy stanowili zjawisko powszechne; skupiali się w miastach, pomieszkując przy uliczkach prowadzących wzdłuż murów, w rejonach cmentarzy i kościołów. Stanowili oni 1–2% ogółu społeczności miejskich. Wielu z nich wędrowało, przy czym trasę i czas tych wędrówek wytyczał kalendarz świąt kościelnych i odpustów oraz uroczystości świeckich a także pielgrzymek i jarmarków. Z biegiem czasu żebracy zaczęli tworzyć korporacje i cechy włączane w ramy miejskich struktur organizacyjnych, co pomagało utrzymać nad nimi kontrolę. Obecność żebraków świadczyła o spełnianiu przez daną społeczność obowiązku miłosierdzia, Status żebraków uzyskiwali tylko ludzie starzy, chorzy i kalecy, natomiast wszystkich tych których uznano za zdrowych i zdolnych do pracy, traktowano jako ludzi luźnych i przepędzano lub karano za włóczęgostwo. Liczba żebraków w dużych miastach była znaczna, np. w Gdańsku w XV wieku ok. 1,5–2% mieszkańców<sup>77</sup>.

Istniało również jałmużnictwo zbiorowe prowadzone nierazko na rzecz tysięcy żebraków przez klasztory i przedstawiciele najzamożniejszych warstw społecznych. Powstawały liczne fundacje charytatywne, prowadzące szpitale, przytułki, kuchnie itp., których tradycje sięgały XII wieku.

Zarówno zmiany religijne, jak towarzyszące im przeobrażenia mentalne, normatywne i obyczajowe zachodzące w XVI wieku spowodowały narastanie niechęci do osób żebrzących<sup>78</sup>.

Istniejąca w Europie tendencja pauperyzacyjna w XVI i XVII wieku powiększała sferę ubóstwa, a więc i odsetek żebraków. Powodem tej sytuacji były działania wojenne, klęski naturalne, czy perturbacje natury gospodarczej. Np. okoliczni mieszkańcy Paryża masowo przenosili się do miasta i nic nie było w stanie powstrzymać tej migracji. Ówczesne władze próbowały oddzielić „falszywych biednych” od dotychczasowych „prawdziwych biednych”. Powstałe w tych okolicznościach antywłóczęgowskie ustawodawstwo zakładało udzielanie wsparcia ludziom niezdolnym do pracy (ułomni, chorzy, starzy, wdowy i sieroty).

Wzrost liczby biednych wystawił na ciężką próbę tradycyjną doktrynę dobroczynności i opieki nad biednymi. Najważniejszą rolę w tym zakresie odgrywało szpitalnictwo. Szpital średniowieczny był przede wszystkim przytułkiem, a chorzy nie byli jego wyłącznymi lokatorami. Ówczesne funkcje szpitala to: żywienie i leczenie chorych, a także utrzymywanie żebraków. Bywały też przytułki specjalistyczne. Np. Ludwik IX założył specjalny przytułek dla ślepców, który dawał schronienie 300 pensjonariuszom, ich żonom i przewodnikom. Mieli oni tam zapewnione mieszkanie i racje żywności. Mogli oprócz tego żebrać w mieście. Zazwyczaj chodzili po Paryżu parami.

<sup>77</sup> W. Wallas, *Integracja europejska a globalizacja. Dylematy krajów Europy Środkowo-Wschodniej*, Poznań 2003, s. 109.

<sup>78</sup> *Encyklopedia socjologii*, red. S. Marmuszewski, Z. Bokszański..., t. 4, s. 372.

Dużą grupę żebraków stanowili trędowaci. Wzbudzali strach zdrowych, dlatego byli wykluczeni z normalnego społeczeństwa. Paryskie leprozoria były ulokowane poza skupiskiem miejskim, ale na tyle blisko miasta, żeby można było je łatwo zaopatrzyć w żywność. Co ciekawe w średniowiecznym Paryżu trędowaci posiadali prawo do żebrania w jeden dzień tygodnia. W tłumie wyróżniali się ubiorem oraz kołatką, której dźwięk uprzedzał przechodniów o trądzie. Mogli oni liczyć na jałmużnę wynikającą ze strachu darczyńcy (jaki wzbudzała ta straszna choroba)<sup>79</sup>.

W omawianym okresie dokuczliwym zaczyna być problem pozornej nędzy i fałszywych żebraków. Aby temu zaradzić Karol VII wydaje rozporządzenie nakazujące karać fałszywych żebraków<sup>80</sup>.

W XVI i XVII wieku w Europie znacznie powiększyła się strefa biedy, co spowodowało wzrost liczby żebrzących. W związku z tym miasta zwłaszcza wielkie, zaczęto zamykać przed obcymi żebrakami, wzmacniając równocześnie nadzór nad tymi, którzy już w nich przebywali. Pojawiają się opcje licencjonowania i ewidencjonowania żebraków i wyznaczania im stałych opiekunów oraz stałych miejsc pobytu<sup>81</sup>. O status żebraka mógł się ubiegać jedynie kaleka, starzec lub obłożnie chory. Licencjonowani żebracy mogli żebrać tylko w granicach obszaru wyznaczonego przez władze lokalne. Tego typu zarządzenia miały chronić wielkie miasta przed napływającymi a budzącymi groźbę hordami żebraków. Obcy byli bezwzględnie karani i przepędzani<sup>82</sup>. W Norymberdze władze miasta ustaliły że nikt nie mógł żebrać, jeśli nie miał specjalnego metalowego znaczka. Specjalny funkcjonariusz miejski sprawował nadzór nad żebrakami, prowadził rejestr żebraków oraz dokonywał weryfikacji ich sytuacji. Obcy żebracy mieli prawo zatrzymywania się w Norymberdze tylko przez trzy dni<sup>83</sup>. Św. Tomasz z Akwinu potępiał tych, którzy proszą o wsparcie nie będąc zmuszeni skrajną koniecznością<sup>84</sup>. Nasilało się potępienie próżniactwa i pochwała pracy (m.in. Erazm z Rotterdamu, J.L. Vives; w Polsce już w XV wieku Jan z Ludziska, później Andrzej Frycz Modrzewski). Żebracy spotykali się z jednej strony z różnymi formami pomocy i opieki, z drugiej zaś z surowymi represjami.

Pierwsze akty prawne przeciw żebrakom pojawiają się w Europie w XIV wieku (angielskie Statute of Labores w 1351 r. oraz Poor Law Act w 1388 r.). Pojawiły się domy pracy przymusowej, pierwszy przed 1557 roku Londyński Bridewell, o więziennej dyscyplinie, przymusowo zatrudniający zdrowych żebraków (wkrótce w Anglii powstało ok. 200 takich domów pracy). Następne tego typu domy powstały u schyłku XVI wieku w Amsterdamie a potem w całej Holandii. Na początku XVII wieku kolejne domy powstają w Niemczech; w Bremie, Lubece, Hamburgu. We Francji w samym tylko Paryżu (w 1611 r.) podjęto próbę zamknięcia żebraków w trzech przytułkach; Szpital Ubogich Zamkniętych (ok. 2,2 tys. ubogich), z przymusową pracą, Paryski szpital Generalny (miał ok. 6 tys. pensjonariuszy, w części żebraków – więźniów. Praca w warsztatach szpitalnych nie przynosiła jednak zysków.

<sup>79</sup> M. Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris 1961.

<sup>80</sup> B. Geremek, *Świat opary żebraczej. Obraz włóczęgów i nędzarzy w literaturach europejskich XV–XVII w.*, Warszawa 1989.

<sup>81</sup> *Encyklopedia socjologii*, red. S. Marmuszewski, Z. Bokszański..., t. 4, s. 373.

<sup>82</sup> <http://www.wici.info/modules.php.name=article&sid=2752>.

<sup>83</sup> B. Geremek, *Litość i szubienica*, Warszawa 1989, s. 57.

<sup>84</sup> *Ibidem*, s. 58.

Na tle dyskusji i publikacji międzynarodowych na temat traktowania żebractwa jako problemu społecznego, wyróżnia się traktat społeczno-polityczny autorstwa Andrzeja Frycza Modrzewskiego *O poprawie Rzeczypospolitej*. Pisał tam m.in.: „Toteż trzeba pilnie opatrzyć, aby od próżnowania nie nikczemnieli ubodzy, aby każdy z nich zrobił to, co może i ile może [...] trzeba albo jakkolwiek podatek składać, albo jakim innym obyczajem opatrzyć [...] niech będzie na to wybrany urząd, który by miał staranie o ubogich”. Tak więc A.F. Modrzewski, potępia żebractwo, skłania się ku nakazowi pracy. Dla chorych ma być publiczna opieka. Domagał się też powołania świeckiego urzędu ds. pomocy ubogim – podobnie jak w krajach Europy Zachodniej.

W Polsce swoistą wojnę z żebrakami rozpoczął Jan Olbrycht, który pod koniec XV wieku zsyłał włóczęgów na kresy Rzeczypospolitej. W 1496 roku uchwalono, że żebraków w miastach, miasteczkach i po wsiach ma być tylu, ile im miejsc pozwoli mieć panowie lub pospólstwo; włóczący się, mają być łapani i na służbę do starostw królewskich oddani. Poznańska rada Miasta kazała w 1579 roku opuścić jego mury wszystkim żebrakom bez licencji, strasząc ich przymusowymi robotami i zakuciem w kajdany.

W Polsce pierwsze domy pracy przymusowej zorganizowano najpierw w Gdańsku (1929), Elblągu (1631), później m.in. w Krakowie (ok. 1720 r.) i w Warszawie (1736).

Żebractwo zaczęto traktować jako przestępstwo w XVII i XVIII wieku, (choć już wcześniej było uważane za zjawisko kryminogenne). Odpowiednie prawodawstwo (w Polsce np. Uniwersały Komisji nad Szpitalami i Komisji Edukacyjnej z 1776–1777 czy Uniwersał króla Stanisława Augusta Poniatowskiego i Rady Nieustającej z 1786 r.) miało służyć jego ograniczeniu. Za szkodliwe uznawano wspieranie żebraków, głosząc potrzebę ograniczenia do minimum instytucjonalnych form opieki nad nimi.

Liczba żebraków zmniejszyła się znacząco dopiero w XIX wieku i wówczas przestali być oni bardzo poważnym problemem społecznym. Współczesne żebranie występuje we wszystkich krajach świata. Różnice między krajami i formami żebrania są znikome. W Polsce po roku 1989 w wyniku przemian politycznych, ekonomicznych i społecznych, zjawisko żebractwa pojawiło się w niespotykanej od wielu lat skali<sup>85</sup>.

### Figury i uzasadnienie próśb żebraczych

Żebractwo jako wzór kulturowy niesie za sobą potrzebę umiejętności sugestywnego wyrażania uzewnętrznionych stanów emocjonalnych, które mają przekonać przechodniów o celowości wsparcia pieniężnego. Wygląd, mimika i określone rekwizyty, mają świadczyć o znaczeniu i sensie pewnych schematów poznawczych, na podstawie których żebrak jest zwyczajowo identyfikowany. Poniżej przedstawione rodzaje figur, które są określoną konkretyzacją roli żebraczej.

1. Pierwszą figurą jest tak zwany „NIKT”. Ta osoba właściwie niczym nie wyróżnia się z tłumu, z wyjątkiem starej zniszczonej odzieży, niejednokrotnie brudnej. Najczęściej siedzi bezpośrednio na chodniku, czasem na kawałku opakowania tekturowego. Postać jest zazwyczaj skulona, obrócona czasem bokiem do mijających ludzi, wpatruje się najczęściej w odległy punkt. Jedyнным określonym przedmiotem będącym czytelnym znakiem rozpoznawczym oczekiwać jest pojemnik na datki umieszczony

<sup>85</sup> *Popularna encyklopedia powszechna*, Warszawa 2002, s. 372; a także *Encyklopedia socjologii*, red. S. Marmuszewski, Z. Bokszański..., t. 4, s. 372.

obok nóg, to sprawia, że między oczekującym na datki a przechodniami niema nachalności.

2. Drugą figurę można nazwać „OFIARĄ LOSU”. Osoba taka od poprzedniej różni się, na pierwszy rzut oka jednym elementem – mianowicie tabliczką lub kartką z informacjami o nieszczęściach, jakie spadły na nią lub jej rodzinę. Uczucie skrzywdzenia przez okrutny los dobitnie podkreśla pozycja ciała i mimika twarzy: najczęściej przykuca lub siedzi, jej oczy są spuszczone, a ręce bezwładnie opadają na kolana, stara się nie poruszać. Nie patrzy na przechodniów. Uwagę ludzi ma zwracać tabliczka z informacjami o nieszczęściach.

3. Figurą kontrowersyjną, silnie ekspresyjną jest „KALEKA”. Taka osoba nie ma nic do ukrycia. Największym atutem jest podkreślenie doznanych uszkodzeń lub tego co jest zdeformowane lub mogłoby wywierać takie wrażenie (np. brak rąk, nóg, oczu, uszkodzenia twarzy itp.). W tym przypadku nie ma znaczenia odzież, czy pozycja ciała, chyba że służy podkreśleniu deformacji lub pozorowanych uszkodzeń. Kaleka prawie szturmem wchodzi w otoczenie, anektuje przestrzeń przeznaczoną dla innych. Zależy mu na tym, aby skupić na sobie uwagę przechodniów.

4. Kolejna figura to „KWESTARZ”. Podstawowym atrybutem wyróżniającym kwestarza wśród przechodniów podobnie jak w przypadku „ofiary losu” jest tabliczka z wykazem nieszczęść innych osób, a nie jego samego. Tak więc jest on pośrednikiem, rzecznikiem cudzego tragicznego losu, uobecnionego w postaci informacji o skali i zakresie nieszczęścia. Ta postać niczym szczególnym nie wyróżnia się z tłumu, nie musi epatować swoim nieszczęściem, jedyne co nadaje jej cechy dramatyczności to determinacja i upór, z jakim oddaje się swojemu zajęciu. W związku z tym potencjalny jałmużnik staje przed podwójnym dylematem: bezradności ofiary oraz zauważalnego poświęcenia kwestarza. wszystkie te elementy pokazują uwrażliwienie na los innych i trudność pozostawienia samemu sobie kogoś, kogo dotknęło nieszczęście.

5. Przekonywującą formą jest „FIGURA Z REKWIZYTEM”. Rekwizyt ma wywołać współczucie, wzbudzić refleksję wśród przechodniów i skłonić ich do jałmużny. Te rekwizyty to małe najlepiej jeszcze niechodzące dziecko a czasem dwoje dzieci, z których jedno już chodzi i prosi wyciągniętą rączką. Psy natomiast, najczęściej dwa, leżą spokojnie i dają się pogłaskać. Obok psów leży kartka – „zbieramy na jedzenie dla pszków”.

6. Rola „WSPÓŁCZESNEGO TRĘDOWATEGO” najczęściej odgrywają osoby chore na przewlekłe nieuleczalne choroby. Typowym przykładem są nosiciele wirusa HIV lub chorzy na AIDS. Ludzie ci przebywając w miejscach publicznych, próbują odseparować się od otoczenia w taki sposób, żeby pozostawali nierozpoznawalni. Uczuciu bezradności w tym przypadku towarzyszy poczucie winy. Dobroczyńcy skłonni są bowiem uważać, iż osoby chore na AIDS winne są swej chorobie i poddały się jej przez własną głupotę lub nierozwagę.

7. Figura „DZIADA” – osoba odgrywająca te rolę przyjmuje najczęściej pozycję modlitewną: klęczy ze spuszczoną głową, ręce ma złożone do modlitwy, jest skulona, zamknięta w sobie. „Dziad” jest figurą przywołującą na myśl piętnastowiecznych żebraków, zwanych dziadami proszalnymi. Wągabundowie, ponieważ tak brzmiała ich poprawna nazwa, odwoływali się do wartości sakralnych, prosząc o miłosierdzie i szacunek dla bliźnich. Współczesny „dziad” apeluje do chrześcijańskiego miłosierdzia, prosząc o zmiłowanie. U postaci tej spotkać można typowe dla liturgii kościelnych akcesoria: różaniec, książeczkę do nabożeństwa, święte obrazki. Kościół stanowi dla

niej szczególną niszę ochronną; przed świątynią żebrak jest u siebie, w przestrzeni, gdzie jego obecność jest naturalna.

8. „MENEL” to postać kontrowersyjna. Niczego nie stara się ukryć, stonować czy podkreślić. Nie przejawia wspólnych z jałmużnikami systemów wartości. Reprezentuje sobą ciemną stronę porządku społecznego. Jest odważny, bez skrępowania spogląda przechodniom w oczy; zaskakuje swą zaczepnością i nieokiełznaniem. Nie ma w nim pokory, a żebractwem zajmuje się głównie z powodu braku innego zajęcia, które przynosiłoby wymierne korzyści.

9. „ŻEBRAK OKAZJONALNY” w zasadzie nie różni się wyglądem od pozostałych przechodniów. Ten żebrak stara się wszelkimi sposobami podkreślić tymczasowość swojej sytuacji. Jedynym atrybutem żebraczym tej postaci jest kartka, na której widnieje informacja o przyczynach tymczasowego parania się żebractwem. Tymczasowego ponieważ osoba ta informuje o konkretnym celu, na jaki przeznaczone będą zebrane pieniądze (np. na niezwłoczne przeprowadzenie operacji). Żebrak okazjonalny jest pewnego rodzaju odzwierciedleniem ogólnej w danym okresie kondycji ekonomicznej społeczeństwa.

10. Figura „WĘDROWCA” znacznie różni się od pozostałych. Żebrak nie stara się być anonimowym. Swą prośbę kieruje do konkretnej osoby, dystans osobniczy zostaje zmniejszony do minimum. Kontakt jest krótkotrwały. „Wędrowca” najczęściej spotykamy na dworcach kolejowych lub w pociągach. Dostajemy informację, np. że osoba żebrząca została okradziona i nie ma pieniędzy na kontynuowanie podróży, prośba z pewnym zażenowaniem czy zawstyżeniem jest powtarzana. Niekiedy towarzyszy temu forma nachalna lub wręcz obrażająca<sup>86</sup>.

Zaprezentowane powyżej figury żebracze zakładają wewnętrzną spójność postaci. Dość często daje się zaobserwować przemieszanie różnych kontekstów pochodzących z różnych postaci, a nawet wprowadzenia składników zupełnie obcych.

Okoliczności i przyczyny, które spowodowały podjęcie się żebractwa są zróżnicowane i stąd zasługują na bliższe rozpoznanie. Uzasadnienie ma być swoistym wyrażeniem przez żebraka potrzeb i wartości, na które prawie w sposób automatyczny powinni pozytywnie zareagować ludzie znajdujący się aktualnie w jego najbliższym otoczeniu. Spośród wielu stosowanych uzasadnień prośb, najczęściej można zauważyć cztery charakterystyczne typy<sup>87</sup>:

1. „jestem biedny” – biedak zawsze jest ubogi, ale stan w jakim się znajduje, nie jest podobny do ogólnie spotykanej biedy. Występują tu dwa warianty nędzy: pierwszy jest tym typem, który uniemożliwia przeżycie, żebranie okazuje się jedynym sposobem na przetrwanie. Nędza jest tu łączona z brakiem zaspokojenia podstawowych potrzeb: głodu, zdrowia, zimna, możliwości mieszkania. Wariant drugi żebraczej nędzy jest o szerszym wymiarze. Osoba prosząca posiada środki zapewniające biologiczne przetrwanie, lecz jej ubóstwo tworzy barierę uniemożliwiającą radzenie sobie z trudnościami innego rodzaju. Środki gromadzone za pomocą żebrania mają mu pomóc w (co najmniej) zbliżeniu się do ludzi ze „świata normalnego”.

2. „jestem samotny” – zwykle człowiek znajdujący się w sytuacji dla siebie tragicznej, pierwsze kroki kieruje do rodziny, przyjaciół i znajomych i z reguły otrzymuje

<sup>86</sup> Figury 1–10 opracowano na podstawie literatury przedmiotu m.in. S. Marmuszewski, J. Świątłowski, *op. cit.*; E. Pinecka, *Rzeczpospolita żebracza*, „Przegląd Tygodniowy” 2000, nr 2.

<sup>87</sup> *Encyklopedia socjologii*, red. S. Marmuszewski, Z. Bokszański..., *op. cit.*

pomoc z ich strony. Żebrak tego nie czyni, jest bowiem sam, bez rodziny i dawnych przyjaciół. Samotność ta ma jeszcze inne strony, np. nie udzielono mu wsparcia ze strony instytucji do tego powołanych. Nie posiada emerytury, renty i nie jest objęty działaniami opieki społecznej. Przede wszystkim jest on samotny w sensie społecznym, wyizolowany z normalnego życia społecznego.

3. „jestem bezradny” – żebrak sam nie może poradzić sobie z własną sytuacją. To nie oznacza nieporadności. Przyczyny bezradności umiejscowione są poza sferą indywidualnych działań, a w szczególności jego indywidualnej odpowiedzialności. On jako człowiek w swoim rozumowaniu zrobił wszystko co mógł. Nikt nie tłumaczy żebrania alkoholizmem lub życiową niezaradnością. Jednak determinizm przeszłości wyznacza także stan obecny, ale co więcej, w jakimś zakresie wyznacza jego przyszłość.

4. „jestem uczciwy” – mimo pewnej skrajności, w jakiej się żebrak znalazł lub nawet sytuacji granicznej, nie chce on podejmować i nie podejmuje wzorców działania, które byłyby niezgodne z powszechnie akceptowanymi normami. Dlatego że jest uczciwy, nie decyduje się na niegodziwe życie, a będąc uczciwym w sytuacji trudnej podejmuje tylko żebranie.

Poszczególne typy uzasadnień informują potencjalnych dobroczyńców o przyczynach krytycznej sytuacji życiowej żebraka. Bieda powoduje trudności w zaspokajaniu podstawowych potrzeb. Takie przedstawienie sytuacji w postaci prośby umożliwia równocześnie staranie się o pieniądze i różnego rodzaju produkty. Uwzględnienie samotności spowodowanej brakiem rodziny i przyjaciół oraz towarzysząca temu bezradność, w powiązaniu z kłopotami zdrowotnymi – wymaga przekonywującego wiarygodnego przekazu o uczciwości żebraka. Żebracy chcą udowodnić, że choć los doświadczył ich okrutnie, to są takimi ludźmi jak jałmużnicy i podobnie jak oni zaślugują na dobro, miłosierdzie i pomoc<sup>88</sup>.

Stereotyp żebraka jest istotnym elementem teatru, spektaklu, w którym on gra główną rolę. Przypadkowi przechodnie odgrywają tylko epizody.

### Problematyka badawcza związana z żebractwem

Przed II wojną światową rozpoczęto badania nad sferami ubóstwa oraz żebractwa w Polskim Instytucie Socjologicznym kierowanym przez Floriana Znanieckiego oraz Instytucie Gospodarstwa Społecznego kierowanym przez Ludwika Krzywickiego. Tą problematyką zajmowali się również studenci z Koła Socjologów Uniwersytetu Warszawskiego. Po wojnie w okresie PRL-u, ze względu na założenia ustrojowe, uznano, że oficjalnie problem żebractwa nie występuje, stąd nie ma potrzeby zauważania go.

W okresie transformacji społeczno-gospodarczej pierwsze badania rozpoczęto w 1993 roku. Badania prowadził zespół z udziałem przedstawicieli kilku dyscyplin humanistycznych. Badania osób żebrzących przeprowadzono na terenie Wrocławia, Katowic, Łodzi, Krakowa i Częstochowy, wykorzystując technikę wywiadów swobodnych i jeden eksperyment uliczny. Zebrane materiały i studia literaturowe zaowocowały wydaniem stosunkowo kompleksowej monografii pod redakcją S. Marmuszewskiego i A. Bukowskiego pt. *Żebracy w Polsce*<sup>89</sup>. Kolejną pozycją piśmienniczą dotyczącą żebractwa, w której żebractwo rozpatruje się jako ważną kwestię socjalną jest książka

<sup>88</sup> S. Marmuszewski, J. Świątłowski, *op. cit.*

<sup>89</sup> S. Marmuszewski, A. Bukowski, *Żebracy w Polsce*, Kraków 1995.



autorstwa J. Auleytnera i K. Głąbickiej<sup>90</sup>. Dane odnośnie rozmiarów i struktury osób żebrzących autorzy zapożyczyli z badań przeprowadzonych przez W. Surmacza<sup>91</sup>.

W latach 1996–2001 badaniami w zakresie problematyki żebractwa zajmowała się K. Król. Przedmiotem jej badań było 186 żebraków z terenu Poznania i kilku wybranych miast Polski, a ponadto dostępne materiały badawcze i statystyczne. Na podstawie analizy danych, autorka zwróciła uwagę, że występuje tendencja wzrostu liczby żebraków w czasie. Zwraca ona także uwagę na niewielkie rozpoznanie na temat żebractwa dzieci, które są najczęściej wykorzystywane jako „rekwizyt żebraczy”, który ma za zadanie wzbudzać współczucie i litość (szczególnie przy wykorzystaniu do tego celu dzieci niepełnosprawnych). Na zajmowanie się procederem żebractwa wpływa w dużym stopniu nie tylko sytuacja rodzinna, ale także liczne zaniedbania w różnych sferach życia, a droga dojścia do żebractwa to wachlarz zdarzeń, w którym przyczyna staje się skutkiem i na odwrót. Osoby utrzymujące się z jałmużny, są najczęściej grupą wewnątrznie zorganizowaną, posiadającą swój własny styl życia i system wartości. W podsumowaniu swych rozważań badaczka postuluje potrzebę diagnozy społecznej żebractwa w Polsce. Taka diagnoza powinna stanowić podstawę dla działań władz samorządowych w celu ograniczenia rozmiarów i skutków żebractwa.

Z różnych przyczynkowych publikacji dotyczących żebractwa, dowiadujemy się, że metody żebrania zmieniają się wraz z postępem cywilizacji np. przez wykorzystanie internetu do proszenia o pomoc. Pionierką tego typu żebractwa, była kobieta uzależniona od zakupów, która otrzymane w ten sposób pieniądze przeznaczała na spłatę zaciągniętych długów. Wśród żebrzących w ten sposób „są samotne matki, zubożali artyści, bezpłodne pary zbierające na sztuczne zapłodnienie, czy dokarmiaczki bezpańskich zwierząt. Inni przy pomocy sieciowej braci chcą zrealizować swój życiowy cel”<sup>92</sup>.

Zgodnie z wyliczeniami D. Piekut-Brodzkiej i M. Oliwy-Ciesielskiej w każdym społeczeństwie około 1% ludności trudni się żebractwem lub włóczęgostwem (to dla Polski 300 tys. osób)<sup>93</sup>.

Jak wynika z przeprowadzonych badań, osoby żebrzące najczęściej podkreślały, że brak środków do życia, brak pracy i ubóstwo są przyczyną ich żebractwa. Wymienione czynniki w powiązaniu z niefrasobliwością, nieodpornością na stres i niepowodzenia życiowe są przyczyną niezaradności życiowej. Na podstawie przeprowadzonych badań wśród wielu dolegliwych przyczyn powodujących popadnięcie w żebractwo za szczególnie dotkliwe można uznać:

- Choroby takie jak AIDS, alkoholizm, narkomania. Tego typu choroby zazwyczaj wywołują znaczne w skutkach konsekwencje. Wraz z chorobą dochodziło w życiu tych ludzi (obecnie żebraków) do daleko idących zmian. Zostawali odrzuceni lub

<sup>90</sup> J. Auleytner, K. Głąbicka, *op. cit.*

<sup>91</sup> Na podstawie badań W. Surmacza z pracy magisterskiej pt. *Żebractwo w III RP*, WDiNP UW, Warszawa 1999. Brak informacji o wielkości próby badawczej utrudnia wnioskowanie, czy wielkość próby odnosi się do małej zbiorowości, czy pozawala na uogólnienie odnoszące się do całej populacji żebrzących.

<sup>92</sup> M. Rybacka, *Cyberbegging, czyli o sieciowych żebrakach*, <http://doza.o2.pl/?s=4097&t=8393> (29.10.2007).

<sup>93</sup> *Polska klasa żebracza*, <http://www.gazetafinansowa.pl/?d=kraj&id=757> (29.10.2007).

zapomniani przez środowisko, w którym do tej pory żyli, a więc rodzinę przyjaciół. Stąd określone konsekwencje: psychologiczne, społeczne i ekonomiczne. Zostali skazani na wyobcowanie i samotność, często pozbawieni dotychczasowego miejsca zamieszkania i posiadanych dóbr, wcześniej czy później tracili pracę.

- Kalektwo. Kaleki na ogół w przeciwieństwie do chorego nie obarcza się winą za stan zdrowia, w jakim się znajduje. Odrzucenie przez otoczenie następuje na powszechnie znanej zasadzie eliminowania odmiennego, obcego, co dość często czynią jego dotychczasowi znajomi. Rodzina toleruje kalekę. Poszkodowany najczęściej traci dotychczasową pracę i nie może znaleźć innej.
- Niezaradność życiowa. W odróżnieniu od niefrasobliwych, niezaradni mimo prób i chęci, nie potrafią skutecznie dbać o swoje sprawy i przyszłe potrzeby; ich kłopoty zaczynały się zazwyczaj od konieczności walki o utrzymanie pracy i osiąganego poziomu dochodów i utraty dotychczasowego zatrudnienia. W nowych warunkach transformacji gospodarczej nie umiały utrzymać zagrożonego miejsca pracy dla siebie, ani znaleźć nowej.
- Niefrasobliwość życiowa. Ta droga popadnięcia w ubóstwo dotyczy osób najczęściej w zawansowanym wieku. Takie osoby w młodości pracowały, jednak zazwyczaj dorywczo, bez ubezpieczenia społecznego, umożliwiającego na starość pobieranie emerytury; do dramatu doszło w momencie, gdy organizm odmówił posłuszeństwa, skończyła się praca, skończyły się pieniądze, a wraz z biedą nadeszła samotność.
- Przepięstwa i czyny karalne bywają niejednokrotnie przyczyną ubóstwa. Niejednokrotnie podczas pobytu w więzieniu utracili zgromadzone dobra (mieszkanie, dobra materialne).

W Polsce istnieją pewne regulacje prawne w kwestii żebractwa. Bezpośrednich zapisów na temat żebractwa nie ma w aktach międzynarodowych i ustawodawstwach krajowych. Jest o nim mowa tylko w sposób pośredni. W kodeksie wykroczeń z 20 maja 1971 roku, w rozdziale „Wykroczenia przeciwko porządkowi i spokojowi publicznemu” jest art. 58 zawierający następujące zapisy: „kto mając środki egzystencji lub będąc zdolny do pracy, żebrze w miejscu publicznym, podlega karze ograniczenia wolności, grzywny albo karze nagany” oraz „kto żebrze w miejscu publicznym w społecznej, ale wymienione w art. 3 tej ustawy powody udzielenia pomocy dotyczą bezpośrednio przyczyn żebractwa, tak więc na podstawie ustawy o pomocy społecznej przyznaje się pomoc również osobom żebrzącym”<sup>94</sup>.

Szczególnym przypadkiem regulacji prawnej na temat żebractwa jest ochrona dzieci przed żebraniem. Tą problematykę rozpatruje się w dwóch aspektach. Po pierwsze, ochrony przed skłanianiem dzieci do zebrania przez osoby dorosłe, a po drugie, oceny zebrania dzieci. Skłanianie do zebrania jest szczególnym nadużyciem dziecka. Ma to demoralizujący wpływ na małego, gdyż uczy zdobywania środków niezbędnych do egzystencji w sposób społecznie nieaprobowany<sup>95</sup>. Kodeks wykroczeń z dnia 20 maja 1971 roku w art. 104 zawiera przepis, który zabrania skłaniania do zebrania m.in. małego, ma to na celu ochronę osób małoletnich, a zawarty jest ten przepis w rozdziale XII kodeksu wykroczeń „wykroczenia przeciwko

<sup>94</sup> Zob. J. Auleytner, K. Głębicka, *op. cit.*, s. 181.

<sup>95</sup> V. Konarska-Wrzošek, *Ochrona dziecka w polskim prawie karnym*, Toruń 1999, s. 79.

osobie<sup>96</sup>. Z wykroczeniem ww. mamy do czynienia, bez względu na to, czy skłaniana osoba podjęła się już żebrania, czy jeszcze nie<sup>97</sup>.

Skłanianie dziecka do żebrania oraz przyzwolenie na to stanowią, przejaw nieprawidłowego sprawowania władzy rodzicielskiej, która powinna być wykonywana, tak jak tego wymaga dobro dziecka i interes społeczny (art. 95, par. 3 kodeksu rodzinnego i opiekuńczego z dnia 25 lutego 1964 roku)<sup>98</sup>.

Żebractwo zawodowe to specjalny typ przedsiębiorczości. Rozmiary tego zjawiska w Polsce oceniane są szacunkowo. Ocenia się, że żebractwem społecznym zajmuje się około 300 tys. osób. Grupa ta obejmuje zarówno profesjonalnych żebraków, jak i amatorów a także osoby, które pod przykrywką „z biedy” potrafią uzyskiwać pomoc od państwa i organizacji społecznych. Grupę profesjonalnych żebraków ocenia się na około 30 tysięcy. A. Bukowski i S. Marmuszewski socjologowie z Uniwersytetu Jagiellońskiego opisali w swojej książce *Żebracy w Polsce* najskuteczniejsze metody żebrania. Dzięki długim i wnikliwym obserwacjom stworzyli ranking najlepiej zarabiających żebraków. Na jego szczycie są „kaleka” i „ofiara losu” i „współczesny trędowaty”; profesjonalni żebracy nie pracują dłużej niż 10 godzin dziennie. Każdy szanujący się żebrak jest kojarzony z jednym obrazem, jest wpisany w jedno miejsce i tylko z nim kojarzony. W zbieraniu pieniędzy pomagają mu rekwizyty. Występuje u nas swoista polska gościnność dla żebraków pochodzących z innych państw (szczególnie Rumuni i Cyganie). W wielu miastach pracują oni w grupach, niejednokrotnie z małymi dziećmi<sup>99</sup>.

<sup>96</sup> T. Grzegorzczak, A. Gubiński, *Prawo wykroczeń*, Warszawa 1996, s. 245.

<sup>97</sup> M. Bojarski, Z. Świda, *Podstawy materialnego i procesowego prawa o wykroczeniach*, Wrocław 2002, s. 157.

<sup>98</sup> Dz.U. z 1964 r. Nr 9, poz. 59 z późn. zm.

<sup>99</sup> E. Giętka, *Na czarne oczy*, „Polityka” 2008, nr 28, s. 14.



## 7. Problem bezdomności<sup>100</sup>

Oprócz korzyści, wynikających z otwarcia na świat gospodarki, rozbudzenia przedsiębiorczości, zmiany struktury własnościowej gospodarki i wprowadzania gospodarki rynkowej – ujawniły się też ujemne konsekwencje naszej transformacji w postaci obniżenia poziomu życia znacznej części społeczeństwa, społeczeństwo zaczęło się rozwarstwiać na bardzo biednych, biednych i (w różnej skali) bogatych.

Skala, tempo i początkowo szokowy charakter zmian przy wprowadzaniu niektórych reform ekonomicznych, spowodowały ujawnianie się zjawisk skrajnych i negatywnych. Pojawiły się dość powszechne trudności ze znalezieniem pracy, problemy natury finansowej i rozszerzała się sfera biedy, pogarszał się stan zdrowia ludności, pojawiły się na szerszą skalę różnego rodzaju zachowania o charakterze patologicznym.

Bezdomność jest jednym z najbardziej kontrowersyjnych problemów współczesnych przemian. Bezdomność widać wszędzie, jednak się o niej nie mówi. Ludzie traktują ten temat jako wstydlivy; bezdomność najczęściej kojarzy się z ubóstwem i nie dbaniem o swój los. W warunkach określonej rzeczywistości społecznej, dość często doprowadza do niej zespół postaw, zachowań determinowanych predyspozycjami osobowościowymi, a także sytuacja społeczno-gospodarcza. Dość często tragedie osobiste zapoczątkowują kroki w kierunku bezdomności: np. utrata rodziny, śmierć bliskiej osoby. Według ONZ na świecie jest ponad 100 milionów bezdomnych<sup>101</sup>.

Główne przyczyny bezdomności w Polsce to przede wszystkim bardzo duże bezrobocie, brak wystarczającej liczby mieszkań, eksmisje mieszkaniowe, brak miejsc w domach opieki społecznej lub w szpitalach dla obłożnie chorych, oraz przyczyny patologiczne: alkoholizm, przestępczość, brak opieki ze strony najbliższych, narkomania czy prostytutka. Szerzy się pogląd, że bezdomność to poważny problem społeczny, gdyż dotyczy on w Polsce około 300 tys. osób, stąd należy go traktować jako jedną z istotnych kwestii społecznych. W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę, że trudno jest ustalić wielkość populacji bezdomnych w Polsce<sup>102</sup>. Szacunek stanu bezdomności wg L. Frąckiewicz w naszym kraju opiera się głównie na mniej lub bardziej dokładnych danych dotyczących pomocy udzielanej bezdomnym, a podawa-

---

<sup>100</sup> Przy opracowaniu tekstu tego rozdziału wykorzystano głównie tekst autora: S. Szumpich, *O bezdomności jako kwestii społecznej*, „Państwo i Prawo” 2007, s. 85–98.

<sup>101</sup> <http://biznes.interia.pl/galerie/ludzie-i-pieniadze/bezdomni/zdziecie/duze,624499,1,500> (12.09.2010).

<sup>102</sup> Szerzej m.in. L. Frąckiewicz, *Bezdomność jako syndrom ubóstwa*, [w:] *Ubodzy i bezdomni*, red. P. Dąbrowski, I. Mądry, Katowice 1998, s. 12; L. Stankiewicz, *Zrozumieć bezdomność*, Olsztyn 2002, s. 27.

ne wartości orientacyjne cechuje duża rozpiętość (20–300 tys. osób)<sup>103</sup>. Stan badań bezdomności w różnych ośrodkach Polsce szeroko omawia A. Przymerński, który również sam prowadzi takie wieloletnie badania<sup>104</sup>. Przymerński stwierdza, że wyniki dotyczące rozmiarów bezdomności były wielokrotnie zawyżone, a szczególnie te prezentowane przez M. Kotańskiego (200–500 tys.). Przypuszcza, że to zawyżane liczby bezdomnych było celowe, aby podkreślić wagę tego problemu społecznego<sup>105</sup>. Naszym zdaniem, po zapoznaniu się z dostępnymi materiałami można przyjąć, że liczba bezdomnych w Polsce przekracza 100 tys. osób i ma tendencję rosnącą.

Bezdomność ze względu na skalę występowania tego zjawiska, jego rangę i dolegliwość trzeba rozpatrywać jako ważną kwestię społeczną.

Przez termin kwestia społeczna rozumie się w szerszym znaczeniu – ogół skutków niedostosowania organizacji życia społecznego do indywidualnych i zbiorowych potrzeb lub przez sytuacje, w której podstawowe interesy nabierają cech patologicznych; w węższym znaczeniu to konkretny problem społeczny o najwyższym stopniu dotkliwości, generujący sytuacje krytyczne w życiu jednostek i zbiorowości, a zarazem powodujący zakłócenia w funkcjonowaniu.

W obliczu takich problemów szczególne znaczenie trzeba przypisać aktywnej polityce społecznej i pracy socjalnej państwa oraz działaniom samopomocowym i charytatywnym, o randze bezdomności wśród problemów społecznych decydują nie tylko trudne do uchwycenia parametry ilościowe, ale również zróżnicowana specyfika i trudne losy ludzkie, syntetyczne opracowania z dziedziny polityki społecznej zwracają uwagę na narastające tempo występowania tego zjawiska<sup>106</sup>.

### Pojęcie i geneza bezdomności

Określenie bezdomności nastrocza wiele trudności. Można ją rozpatrywać z różnych punktów widzenia np. jako element sytuacji życiowej konkretnej osoby, względnie jako zjawisko społeczne, lub przejaw patologii, a także jako trudny problem społeczny<sup>107</sup>. Bezdomność jest przedmiotem zainteresowania wielu dyscyplin naukowych. Dlatego bezdomność może być rozpatrywana z punktu widzenia polityki społecznej, socjologii, psychologii, filozofii, kryminologii czy pedagogiki. Stąd występuje wiele różnych definicji.

Na treść definicji mają wpływ również takie czynniki jak: poziom rozwoju cywilizacyjnego, czy tradycje danego narodu, lub system norm, bądź wartości wpływające

<sup>103</sup> *Ibidem*.

<sup>104</sup> Zob. m.in. A. Przymerński, *Aktualny stan problemu bezdomności w Polsce. Aspekt polityczno-społeczny*, [w:] *Oblicza bezdomności*, red. M. Dębski, K. Stachura, Gdańsk 2008, s. 22–36

<sup>105</sup> Zjawisko przeszacowania skali problemu społecznego „kłamstwa dla sprawiedliwości” do szacunku liczby bezdomnych w USA użył R. White, podają za: Ch. Jencks, zob. A. Przymerński, *op. cit.*, s. 21.

<sup>106</sup> Na tle bogatej literatury na temat kwestii społecznych, szczególnie w sposób wyczerpujący pisze J. Auleytner. Omawia zarówno definiowanie kwestii społecznych, jak i ich podział na kwestie o charakterze przedmiotowym i podmiotowym, w tym kwestię bezdomności. Zob. J. Auleytner, K. Głąbicka, *op. cit.*

<sup>107</sup> *Pedagogika społeczna*, red. T. Pilch, I. Lepalczyk, Warszawa 1995, s. 433.

na poziom kultury mieszkaniowej. W wielu publikacjach spotyka się rozważania z niejasnościami definicyjnymi bezdomności i osoby bezdomnej<sup>108</sup>.

W Polsce informacje dotyczące ludzi bezdomnych datują się z okresu, gdy nastąpiło nasilenie zniszczeń wojennych w drugiej połowie XVII wieku i początkach XVII stulecia<sup>109</sup>. Ludzie, którzy w ten sposób stracili swe domy, zostali nazwani „ludźmi luźnymi”. Termin bezdomny upowszechnił się w polskim słownictwie na przełomie XVIII/XIX wieku i był związany ze skutkami wojen i powstań. Następnie wszedł on do codziennego słownictwa i oznaczał osoby, które utraciły mieszkanie. Okres wojny i okupacji dla wielu Polaków znaczyły opór, przetrwanie i wzajemna pomoc. Był to czas masowej pomocy osobom, które utraciły miejsce zamieszkania w wyniku zniszczeń, wysiedleń i różnych form terroru.

Nawiązuje do tego pojęcia definicja podana w *Słowniku języka polskiego*, według której bezdomnym jest człowiek, który nie ma gdzie mieszkać, który opuścił mieszkanie lub jest wygnańcem<sup>110</sup>.

Stosunkowo niedawno, bo w latach międzywojennych, bezdomność została uznana formalnie i prawnie – za problem społeczny<sup>111</sup>. W polskim ustawodawstwie sprawa bezdomności pojawiła się po raz pierwszy w ustawie „O opiece społecznej” z 16 sierpnia 1923 roku<sup>112</sup>. W ustawie podkreślono, że opieka społeczna ma zaspokajać ze środków publicznych niezbędne potrzeby życiowe osób, które trwale lub chwilowo własnymi środkami materialnymi lub własną pracą uczynić tego nie mogą. Precyzując zakres opieki społecznej wymieniono opiekę nad bezdomnymi, dodając, że są to osoby ciężko poszkodowane, ludzie niezdolni do pracy, opuszczone sieroty, chorzy nieuleczalnie, lub więźniowie po odbyciu kary. Do bezdomnych nie zaliczono włóczęgów, żebraków, alkoholików i nierządnicę uważając, że osoby te nie powinny być objęte pomocą, gdyż zabierałyby środki innym osobom, które nie ze swej winy stały się bezdomne.

Po II wojnie światowej z definicją osoby bezdomnej spotykamy się w Ustawie o pomocy społecznej, gdzie za osobę bezdomną uważa się „osobę nie zamieszkujejącą w lokalu mieszkalnym w rozumieniu przepisów o ochronie praw lokatorów i mieszkaniowym zasobie gminy i nie zameldowaną na pobyt stały, w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności – dowodach osobistych, a także osobę nie zamieszkujejącą w lokalu mieszkalnym i zameldowaną na pobyt stały w lokalu, w którym nie ma możliwości zamieszkania”<sup>113</sup>.

W okresie międzywojennym wyodrębniono bezdomność jako zjawisko społeczne i bezdomność osoby, natomiast nie zdefiniowano pojęcia bezdomności. Aktualnie bezdomność najogólniej określa się jako względnie trwałą sytuację człowieka nieposiadającego własnego mieszkania, albo w ogóle pozbawionego dachu nad głową<sup>114</sup>.

<sup>108</sup> M. Abucewicz-Szcześniak, *Bezdomność we współczesnej literaturze przedmiotu*, „Polityka Społeczna” 2001, nr 1.

<sup>109</sup> B. Baranowski, *Ludzie gościńca w XVII–XVIII w.*, Łódź 1986, s. 43.

<sup>110</sup> D. Piekut-Brodzka, *O bezdomności i bezdomnych*, Warszawa 2000, s. 27.

<sup>111</sup> L. Stankiewicz, *Zrozumieć bezdomność...*, s. 16.

<sup>112</sup> Dz.U. Nr 92, poz. 726, s. 1002/1923.

<sup>113</sup> Ustawa z dnia 29 listopada 1990 r. o pomocy społecznej z późniejszymi zmianami, art. 2a, pkt. 1, 5a.

<sup>114</sup> B. Bartosz, B. Błażej, *O doświadczeniu bezdomności*, Warszawa 1998, s. 6.

Zjawisko bezdomności istniało w Polsce zawsze, lecz w czasach PRL było przez państwo ukrywane. Wszelkie wywodzące się jeszcze z okresu II Rzeczypospolitej formy pomocy (głównie realizowane przez Kościół katolicki oraz nieliczne organizacje zakonne i świeckie) były systematycznie likwidowane. W latach 50. XX wieku zabroniono podejmowania działalności przytułkom funkcjonującym przy kościołach, misionarstwu „Caritas”, kuchniom ludowym. Zamknięte również zostały domy noclegowe oraz domy przymusowej pracy dla dorosłych, zajęto się likwidowaniem tzw. izb przejściowego pobytu. Osoby bezdomne podlegały wprawdzie opiece społecznej, ale jedynie na ogólnych zasadach nierespektujących charakteru ich sytuacji życiowej. Likwidacja wspomnianych instytucji nie oznaczała równoczesnego rozwiązania kwestii bezdomności – zjawiska w Polsce dostrzeżonego dopiero w okresie międzywojennym i po raz pierwszy wtedy potraktowanego jako problem społeczny, wymagający pomocy państwa.

Zachodzące w Polsce na przełomie lat 80.–90. XX wieku przemiany społeczno-polityczne i urynkowienie gospodarki przyczyniły do spotęgowania skali wielu rodzajów patologii społecznej. Wprowadzanie rynkowych zasad gospodarowania, również w zakresie zatrudnienia spowodowało masowe bezrobocie. W pierwszej kolejności objęło ono mieszkańców likwidowanych hoteli robotniczych. Wielu badaczy zwraca uwagę, że bezdomność jest przede wszystkim zjawiskiem społecznym w określonej rzeczywistości gospodarczej. Jednak, ani formalne prawo do zamieszkiwania w danym lokalu, ani brak tego prawa nie przesądzają niczego w kwestii bezdomności<sup>115</sup>. Niektóre definicje bezdomności w literaturze przedmiotu dość trudno odnosić do konkretnych sytuacji związanych z bezdomnością, np. czy za bezdomnych w tradycyjnym rozumieniu należy uznać także mieszkańców Trzeciego Świata zamieszkujących slumsy na obrzeżach wielkich metropolii. Stąd przy definiowaniu bezdomności celowym byłoby uwzględnienie upośledzenia społecznego wynikającego z braku posiadania standardu mieszkaniowego typowego dla społeczeństw przemysłowych<sup>116</sup>.

W literaturze socjologicznej i polityki społecznej wyróżnia się bezdomność *sensu stricte* i bezdomność *sensu largo*. Bezdomność *sensu stricte* (nazywana rzeczywistą bądź jawną) oznacza brak własnego mieszkania i jednocześnie jakiegokolwiek innego, możliwie stałego, choćby zastępczo traktowanego schronienia przeznaczonego i jako przystosowanego do zamieszkania. Natomiast bezdomność *sensu largo* (nazywana również utajoną lub społeczną) opiera się na ocenie posiadanego lokum jako niespełniającego kryteriów mieszkania przez znaczące różnice wynikające z odstępstwa od minimalnych standardów mieszkaniowych, albo ze względu na kulturowo usprawiedliwione aspiracje<sup>117</sup>.

Jerzy Marszałkiewicz wyróżnia dwie kategorie bezdomnych ze względu na czas trwania bezdomności: aktualnych i potencjalnych. Bezdomni aktualni to ludzie w danym czasie bez dachu nad głową, którzy od rana do wieczora myślą, gdzie można znaleźć schronienie na noc. Bezdomni potencjalni są to ludzie nieposiadający własnego mieszkania, chwilowo gdzieś wegetujący, ale w każdej chwili mogący utracić dach nad głową. Do nich należy zaliczyć bezdomnych przebywających w zakładach

<sup>115</sup> A. Przyemeński, *Geografia i skala bezdomności w Polsce*, [w:] *Bezdomność*, red. T. Kamiński, W. Łazewski, H. Skorowski, „Roczniki Naukowe Caritas” 1997.

<sup>116</sup> [www.wikipedia.pl](http://www.wikipedia.pl).

<sup>117</sup> M. Porowski, *Bezdomność – obraz zjawiska i populacji ludzi bezdomnych*, [w:] *Pedagogika społeczna...*, s. 434.



karnych, szpitalach, sanatoriach przeciwgruźliczych, leczeniu odwykowym, schroniskach, noclegowniach, w miejscach wykonywania prac sezonowych, lub ogrodniczo-rolnych, chwilowych kwaterach, stancjach i melinach<sup>118</sup>. Oprócz ww. Małgorzata Kostecka wymienia bezdomność ukrytą, która wyraża się zagęszczeniem lokali z powodu braku możliwości wyprowadzenia się części lokatorów. Chodzi tu zwłaszcza o dorosłe dzieci zakładające własne rodziny (gospodarstwa domowe) w mieszkaniu rodziców, czy też małżeństwa po rozwodzie, wspólnie zamieszkujące lokal<sup>119</sup>.

Szczepan Kurzymski dostrzega w bezdomności wielu aspektów. Zauważa, że ludzi nią dotkniętych można podzielić również na dwie charakterystyczne grupy: zmuszonych do prowadzenia takiego trybu życia i tych, którzy taki los wybrali, czyli bezdomnych z wyboru<sup>120</sup>. Analizując pierwszą grupę, podzielił ją na dwie podgrupy:

- ludzi uczciwych, nawet mądrych i wykształconych, ale niezaradnych, niepotrafiących przystosować się do zmieniającej się w szybkim tempie rzeczywistości,
- ludzi przyzwyczajonych, że pracuje, kto chce, nawet wykonując swoją pracę nieodpowiedzialnie. W okresie PRL Konstytucja zapewniała pracę każdemu obywatelowi i nikt nie musiał się martwić z powodu jej utraty. Dopiero w 1989 r. przemiany społeczno-gospodarcze sprawiły, że sytuacja uległa zmianie – kto nie pracuje, ten nie ma środków utrzymania i jest na drodze do bezdomności.

### Przyczyny i pogłębianie bezdomności

Przyczyn bezdomności jest wiele, wynikają one z różnych uwarunkowań, niejednokrotnie wzajemnie powiązanych, zarówno w wymiarze indywidualnym, jak i społecznym. Badania przeprowadzone przez Stowarzyszenie Lekarzy Świata na obszarze Warszawy wykazały, że do głównych przyczyn bezdomności należą:

- rozwody, rozbięcie rodziny,
- alkoholizm,
- utrata pracy i brak środków do życia,
- załamanie nerwowe,
- śmierć kogoś bliskiego,
- dobrowolne opuszczenie środowiska w obawie przed szyderczymi spojrzeciami społeczeństwa.

Szerokiego przeglądu literatury na temat klasyfikacji przyczyn bezdomności dokonał L. Stankiewicz (*Zrozumieć bezdomność*)<sup>121</sup>.

Za podstawowe czynniki powstawania bezdomności A. Duracz-Walczak uważa:

- czynniki społeczne; do których zalicza zaistniałą sytuację społeczno-ekonomiczną wywołującą bezrobocie, a w ślad za tym postępującą likwidację hoteli robotniczych, brak miejsc w szpitalach i zakładach opiekuńczych, brak miejsc dla rencistów, emerytów i starców w domach opieki społecznej itd.,

<sup>118</sup> J.A. Marszałkowicz, *Bezdomność w latach 1945–1997*, referat wygłoszony na konferencji we Wrocławiu 10–11 kwietnia 1997 r. (tekst dostępny na stronie internetowej [www.bratalbert.org.pl](http://www.bratalbert.org.pl)).

<sup>119</sup> M. Kostecka, *Bezdomność w świetle polityki mieszkaniowej*, referat wygłoszony na konferencji we Wrocławiu 10–11 kwietnia 1997 r. (tekst dostępny na stronie internetowej [www.bratalbert.org.pl](http://www.bratalbert.org.pl)).

<sup>120</sup> S. Kurzymski, *Skrzydzeni przez los. Zwierzenia ludzi bezdomnych*, Gdańsk 2001, s. 10.

<sup>121</sup> L. Stankiewicz, *Zrozumieć bezdomność...*, s. 61.

- patologie i choroby, takie jak alkoholizm, prostytutka, znęcanie się nad rodziną,
- powody natury psychologicznej – świadomy wybór innego sposobu życia, odmiennego systemu wartości,
- powody natury prawnej, wynikającej z możliwości eksmitowania lokatora za długi i zaległości w opłatach czynszu<sup>122</sup>.

K. Wierzbicka wskazała na istnienie syndromu pięciu czynników przyczyniających się do powstania bezdomności:

- czynniki osobowościowe,
- czynniki środowiskowe,
- czynniki systemowe,
- czynniki zdrowotne,
- przypadek losowy<sup>123</sup>.

L. Frąckiewicz zwraca uwagę na powiązania powstawania bezdomności z syndromem ubóstwa i zjawiskami patologicznymi połączonymi z dysfunkcją rodziny. Większość bezdomnych, to osoby, których trudne warunki i różne warunki sytuacyjne pozbawiły domu<sup>124</sup>.

Wśród bezdomnych w Polsce pojawili się bezdomni cudzoziemcy, przede wszystkim ci, którzy decydują się na długotrwały pobyt, wybierając żebraczo-koczowniczy tryb życia. Ludzie ci zasiedlają między innymi wysypiska śmieci, a całe dni spędzają na ulicach<sup>125</sup>.

Zastanawiając się nad przyczynami bezdomności, powinniśmy zadać sobie pytanie: czy bezdomnym może zostać każdy z nas? Niezbyt często tak formułujemy pytanie, które dotyczy przyczyn bezdomności. Wręcz obawiamy się podświadomie takiego postawienia sprawy a może sami określimy swój przyszły los. Przecież mogą zaistnieć warunki lub przyczyny popadnięcia w bezdomność. Wiemy, że przyczyn bezdomności jest wiele i układają się one w grupy problemów wzajemnie powiązanych i warunkujących się wzajemnie.

Wraz ze zmianą sytuacji tych osób, zmienia się ich osobowość – tracą ambicje i własną godność, zaczynają żyć z dnia na dzień, akceptują, własny niedostatek, wybieranie resztek ze śmietników, żebranie. Wszystko to stopniowo prowadzi do bezdomności.

Na podstawie jednej z pierwszych analiz dotyczących powstawania i rozwijania bezdomności w krajach Wspólnoty Europejskiej w latach 1991–1992 można wyróżnić cztery główne przyczyny:

- materialne, związane np. z utratą mieszkania, złą kondycją finansową,
- rodzinne, związane m.in. z szerokim spektrum problemów życia małżeńskiego,
- osobiste, związane np. ze złym stanem zdrowia fizycznego, psychicznego,
- instytucjonalne, związane np. z wcześniejszym pobylem w zakładach penitencjarnych, czy problemem uchodźstwa<sup>126</sup>.

<sup>122</sup> A. Duracz-Walczak, *Bezdomni*, Warszawa 1996.

<sup>123</sup> <http://www.money.pl/gospodarka/wiadomosci/artkul/etykalekarzy;butelkakoniaku;to prezent;nielapowka,54,0>; K. Wierzbicka, *Problem bezdomności w Polsce*, [w:] *Strefy niedostatku i nędzy w Polsce*, Warszawa 1990.

<sup>124</sup> L. Frąckiewicz, *op. cit.*, s. 11.

<sup>125</sup> R. Pawłowska, E. Jundziłł, *Pedagogika człowieka samotnego*, Gdańsk 2000, s. 84–86.

<sup>126</sup> *Encyklopedia pedagogiczna XXI w.*, t. I: A–F, Warszawa 2003.

### Etapy przechodzenia w stan bezdomności

Na proces przechodzenia w stan bezdomności składa się wiele czynników i ludzkich nieszczęść, charakterystyczna jest sekwencja zdarzeń, powodująca bezdomność. Bezdomność nie jest efektem jakiegoś jednego aktu, jest to szereg postępujących po sobie trudnych sytuacji zakończonych wyrzuceniem określonej osoby z kręgu osób funkcjonujących w tzw. normalnym codziennym życiu.

Procesy te nie tylko trwają w różnych okresach, ale mają także swoją dynamikę przebiegu. Jest ona uzależniona od indywidualnych cech osoby, zdarzeń i jej losów. L. Stankiewicz prowadził własne badania nad bezdomnością, wykorzystując literaturę przedmiotu i własne przemyślenia, zaproponował podział na pięć etapów przechodzenia w stan bezdomności (patrz tabela na s. 111–112)<sup>127</sup>.

Etap I – załamanie planu życiowego i rozpad rodziny. We współczesnym polskim społeczeństwie ryzyka, życie stawia przed jednostkami trudne, często ponad jej siły wymagania. Sytuacje ryzyka dotyczą, m.in.: bezrobocia, rozwarstwienia, ubożenia społeczeństwa, kwestii bezpieczeństwa i różnych patologii społecznych. Nie widząc szans na poprawę sytuacji, szukają „pocieszenia” sięgają po alkohol, narkotyki itp., przez co pomnażają swoje problemy. Ważną przyczyną bezdomności jest dysfunkcjonalność niektórych rodzin.

Etap II – ubóstwo. Dużo osób przesuwa się do tzw. strefy ubóstwa; nie zawsze starcza im pieniędzy na jedzenie, brakuje pieniędzy na stałe opłaty (mieszkanie, elektryczność, gaz itp.). Stopniowo pojawia się poczucie bezradności. Istnieją też osoby, które w takich sytuacjach tracą dom rodzinny, ale unikają schronisk i noclegowni w przekonaniu, że dopiero korzystanie z nich daje status bezdomnego. Aby nie przeżywać poczucia winy i wstydu wobec siebie i rodziny, ostatecznego załamania własnej wartości i godności, człowiek coraz gwałtowniej zaprzecza swojej rzeczywistej bezdomności.

Etap III – różne wymiary stawiania się bezdomnym (kulturowy, egzystencjalny, psychologiczny, etyczno-moralny, itp.).

Etap IV – przystosowanie do bezdomności. Popadanie w stan bezdomności poprzedzone jest krótszym lub dłuższym okresem kumulowania się negatywnych problemów osobistych, sytuacji i losów życiowych. Dotyka osoby pochodzące z różnych środowisk i z różnymi doświadczeniami. Przy zmianie statusu i pozycji społecznej zmienia się osobowość człowieka. Pojawia się poczucie bezsensu życia, spada aktywność i wymagania wobec siebie. Rozpoczęcie utożsamiania się z bezdomnymi i uznanie swojej przynależności do tej kategorii ludzi jest formą przystosowania do wytworzonej sytuacji. Niejednokrotnie pojawiają się postawy roszczeniowe.

Etap V – bezdomność właściwa (utrwalona). Ostatnim etapem pogłębionej bezdomności jest bezdomność utrwalona, w okresie od 6 do 10 lat. Człowiek bezdomny jest już osobą zdegradowaną. Wobec takich ludzi społeczeństwo wyraża swój niechętny stosunek, nazywając ich włóczęgami, pijakami, złodziejami, nierobami, darmozjadami. Sam bezdomny sprawia wrażenie pogodzonego z losem, pozostała mu tylko bierność i apatia. Bezdomność jest skrajną formą ubóstwa, stanem, w którym człowiek egzystuje na marginesie życia.

<sup>127</sup> L. Stankiewicz, *Zjawisko bezdomności. Zarys problematyki*, „Edukacja” 1999, nr2 (66), a także: „Auxilium Socjale” 1999, nr 1–2.

Tabela. Etapy przechodzenia w stan bezdomności

Lp.	Etap	Opis	Wartości i zasady pracy socjalnej	Cele pól działania	Potencjalne skutki
I	Załamanie planu życiowego i rozpad rodziny	– kryzys uczuciowy, zrywanie więzi, kontaktów. – „zamykanie się”, izolacja – utrata kwalifikacji zawodowych, bezrobocie, – losowe trudności ze zdrowiem, inwalidztwo, kalectwo, – trudności materialne i finansowe, – brak planu wyjścia z trudnej sytuacji, – patologiczne zachowania, skłonności do nałogów, – utrata poczucia bezpieczeństwa, – inne. np. desperackie kroki	– działania na rzecz samostanowienia, – podtrzymywanie, afirmacja osobowości, – afirmacja racjonalności – zapewnienie dostępu do zasobów	– wzmocnienie klientów w celu rozwiązania problemu, – przygotowanie alternatywy określenia ról – uzyskanie perspektywicznego spojrzenia, – korzystanie z zasobów, – różne formy wsparcia, – wzbogacenie poprzez lokalne programy, – praca socjalna w dziedzinie zatrudnienia	Wyjście z etapu I lub brak efektów etapu II
II	Ubóstwo	– niedostatek pożywienia, długi – cierpienia wynikające z braku odzieży, leków itp. – brak środków finansowych na podstawowe potrzeby, – pogłębienie utraty poczucia bezpieczeństwa	– działania na rzecz samostanowienia, – podtrzymywanie, – afirmacja osobowości, – afirmacja racjonalności, – zapewnienie dostępu do zasobów	– tworzenie polityki lokalnej, – koordynacja świadczeń, – praca socjalna w dziedzinie zatrudnienia, – budowanie więzi	Wyjście z etapu II lub brak efektów etapu III
III	Różne wymiary stawiania się bezdomnym (kulturowy, egzystencjalny, psychologiczny, etyczny-moralny itp.)	– akceptacja emocjonalna, – świadomościowa, utrata miejsca zamieszkania – nowe nawyki „wędrówca”, – nowe kręgi kulturowe osób o podobnym położeniu, – przystosowanie do braku środków materialnych i finansowych,	– działania na rzecz samostanowienia – podtrzymywanie, – afirmacja osobowości, – afirmacja racjonalności, – zapewnienie dostępu do zasobów	– afirmacja racjonalności, – tworzenie polityki lokalnej i programów, – wspomaganie i świadczenia, – opieka zdrowotna i rehabilitacja, – praca socjalna w dziedzinie zatrudnienia	Wyjście z etapu III lub brak efektów etapu IV

		<ul style="list-style-type: none"> <li>– patologie i dewiacje,</li> <li>– rezygnacja</li> <li>– otaczający świat bez wartości</li> </ul>			
IV	Przystosowanie do bezdomności	<ul style="list-style-type: none"> <li>– świadomościowa i emocjonalna,</li> <li>– akceptacja stanu bezdomności,</li> <li>– nabywanie nawyków bezdomnego w zakresie przemieszczania się, higieny, ubioru, itp.,</li> <li>– patologie i dewiacje,</li> <li>– akceptacja własnego upadku życiowego</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– przeciwdziałanie utracie własnej wartości,</li> <li>– działania na rzecz samostanowienia</li> <li>– zapewnienie dostępu do zasobów,</li> <li>– zarządzanie w sytuacji kryzysowej</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– wspomaganie i świadczenia,</li> <li>– programy prewencyjne,</li> <li>– świadczenia w domach opieki,</li> <li>– praca socjalna w dziedzinie zatrudnienia</li> </ul>	Wyjście z etapu IV lub brak efektów etapu V
V	Bezdomność właściwa (utrwalona)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– osobowość bezdomnego,</li> <li>– akceptacja stanu bezdomności,</li> <li>– „wypalenie”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– przeciwdziałanie utracie własnej godności.</li> <li>– świadczenia opieka i zdrowie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– programy wsparcia społecznego,</li> <li>– świadczenia w schroniskach dla bezdomnych</li> </ul>	Możliwość wyjścia z etapu V w szczególnych przypadkach

### Pomoc bezdomnym w Europie

Rozmiary bezdomności (najtrudniejsze do określenia), przyczyny i tempo rozwoju znacznie różnią się w krajach rozwijających się i krajach gospodarczo rozwiniętych. Już w 1987 roku Papieaska Komisja, „Institia et Pax” z okazji Międzynarodowego Roku Schronienia dla Bezdomnych oszacowała, iż około miliarda osób (1/5 ludności świata) nie ma mieszkania godnego tej nazwy. Na obszarze krajów Unii Europejskiej w 2012 r., według badań szacunkowych zamieszkiwało 3,5 mln bezdomnych. Najwięcej bezdomnych jest w Niemczech, Wielkiej Brytanii, Francji, natomiast najmniej w Hiszpanii, Portugalii, Danii<sup>128</sup>.

Znaczna część bezdomnych utrzymuje się całkowicie lub częściowo z pracy zarobkowej. Przeważnie jest to praca dorywcza niewykwalifikowana, nisko płatna, tylko w nielicznych przypadkach jest ona stała. Najczęstszymi barierami zatrudnienia, które napotykają osoby bezdomne to nieufność społeczeństwa wobec ludzi bez stałego miejsca zamieszkania, brak meldunku w miejscu pobytu, brak warunków, w których bezdomny nadawałby się do pracy.

Zjawisku bezdomności towarzyszy często zły stan zdrowia, możliwość przenoszenia wielu chorób i zagrożenie spokoju.

Kwestia bezdomności została w aktach wtórnych m.in. decyzji Rady nt. zwalczania wykluczania społecznego z 29 września 1989 roku, gdzie uznano, że problem mieszkaniowy jest tak samo ważny jak zatrudnienie, zdrowie i edukacja. W grudniu 1989 roku dobyte się w Lille nieformalne spotkanie ministrów odpowiedzialnych za problematykę mieszkaniową w poszczególnych państwach „12”, gdzie uznano kwe-

<sup>128</sup> Raport z badań w 2012 r. przeprowadzonych przez Europejskie Obserwatorium Bezdomność FEANTSA.

stię mieszkaniową za ważny problem społeczny zjednoczonej Europy. W 1991 roku w Amsterdamie z inicjatywy ministrów oraz ośmiu organizacji działających na terenie UE została podpisana Europejska Karta Prawa do Mieszkania i Walki z Wykluczeniem Społecznym. Biorąc pod uwagę problem bezdomności oraz duży procent ludzi żyjących w warunkach substandardowych i związaną z tym marginalizację społeczną Komisja do Spraw Socjalnych i Zatrudnienia postanowiła podjąć działania zmierzające do integracji w dziedzinie polityki mieszkaniowej, poprzez wprowadzenie wspólnych instrumentów strukturalnych na szczeblu europejskim.

W Europie w sposób zasadniczy na liczbę bezdomnych wpływają imigranci, a także struktura budowy rynku mieszkaniowego. Zwiększa się udział społecznego budownictwa mieszkaniowego przy dofinansowaniu państwa (ok. 18%). Równocześnie (eksperymentalnie) wtedy pobierany jest czynsz regulowany niezależnie od zasad wolnego rynku. Nową inicjatywą ma być utworzenie Europejskiego Forum Mieszkaniowego jako organu doradczego<sup>129</sup>.

W krajach europejskich pomoc w wychodzeniu z opresji życiowych, a zwłaszcza profilaktyka i identyfikacja problemów mogących być przyczynami patologii społecznych (w tym bezdomności), mają dużo dłuższą tradycję niż w Polsce. Organizacje pozarządowe w takich krajach jak np. Niemcy, Dania czy Szwecja mają mocno ugruntowaną pozycję. Wczesne rozpoznanie problemu, umożliwia sprawne działanie i dobre rozdysponowanie funduszy.

Wśród europejskich organizacji pomocy bezdomnym szczególne znaczenie ma Europejska Federacja Krajowych Organizacji Pracujących z Bezdomnymi – FEANTSA. Została ona utworzona w 1989 roku jako stowarzyszenie nonprofit. Ma ona na celu promowanie i wspieranie organizacji pozarządowych, które zajmują się świadczeniem usług na rzecz osób bezdomnych<sup>130</sup>.

### Pomoc bezdomnym w Polsce

Pomoc osobom bezdomnym i przeciwdziałanie bezdomności jest zadaniem państwa polskiego wynikającym z ustawy zasadniczej. Art. 75 Konstytucji RP z 1997 roku zobowiązuje władze publiczne do prowadzenia polityki sprzyjającej zaspokojeniu potrzeb bezdomnym. Szczegółowe zasady udzielania pomocy osobom bezdomnym, reguluje ustawa z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Dz.U. z dnia 15 kwietnia 2004 r.), która określa m.in., że:

- pomocy społecznej udziela się osobom i rodzinom w szczególności z powodu bezdomności;
- osoba lub rodzina ma prawo do schronienia, posiłku i niezbędnego ubrania, jeżeli jest tego pozbawiona;
- udzielenie schronienia następuje przez przyznanie tymczasowego miejsca noclegowego w noclegowniach, schroniskach, domach dla bezdomnych i innych miejscach do tego przeznaczonych;
- osoba bezdomna może zostać objęta indywidualnym planem wychodzenia z bezdomności, polegającym na wspieraniu osoby bezdomnej w rozwiązywaniu jej problemów życiowych, w szczególności rodzinnych i mieszkaniowych, oraz pomocy w uzyskiwaniu zatrudnienia.

<sup>129</sup> *Ibidem*, s. 328.

<sup>130</sup> European Federation of National Organisations Working with the Homeless (FEANTSA).

W przypadku braku możliwości opiekuńczych w miejscu zamieszkania, osoba wymagająca z powodu wieku pomocy innych osób, może korzystać z usług opiekuńczych i bytowych w formie rodzinnego domu pomocy.

Wspiera powyższe działania Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej, z dnia 17 kwietnia 2007 roku (Dz.U. Nr 70 z dnia 19 kwietnia 2007 r.), w sprawie finansowego wsparcia na tworzenie noclegowni i domów dla bezdomnych.

Pomoc bezdomnym wynikająca z ustawy o pomocy społecznej należy do zadań własnych gminy. Pomoc ta może przybierać formy: udzielania schronienia, posiłku, ubrania, a także zasiłku celowego na leczenie. Gminy mogą zlecić wykonanie tych zadań organizacjom pozarządowym. Do najbardziej znanych ogólnopolskich organizacji specjalizujących się w tym zakresie należą: Towarzystwo Pomocy im. św. Brata Alberta oraz założone przez Marka Kotańskiego Stowarzyszenie „Monar” i jego wyspecjalizowana jednostka „Mar-Problem”. W 2000 roku w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej opracowano resortowy Program „Bezdomność”, w którym zostały uwzględnione działania o charakterze:

- profilaktycznym – zapobiegające utrwalaniu się poszerzaniu zjawiska bezdomności, skierowane do najbardziej zagrożonych bezdomnością grup społecznych
- osłonowym – zapobiegające degradacji biologicznej i społecznej osób bezdomnych z zastosowaniem standartowych rodzajów i form świadczeń pomocy społecznej oraz podstawowych elementów pracy socjalnej,
- aktywizującym, zmierzające do wyprowadzenia z bezdomności konkretnych osób i grup społecznych, rokujących perspektywy przezwyciężenia tej sytuacji.

Na uwagę zasługują działania w ramach programu indywidualnego wychodzenia z bezdomności. Program taki jest opracowany wspólnie przez bezdomnego i pracownika socjalnego. Jego realizacja wymaga aktywnego działania ze strony bezdomnego w rozwiązywaniu własnych problemów życiowych. Ze strony pracownika socjalnego bezdomny może oczekiwać pomocy m.in. w leczeniu uzależnień, uzyskaniu zatrudnienia, konsultacji prawnej i psychologicznej, a także przy rozwiązywaniu problemów rodzinnych i mieszkaniowych. Osoba bezdomna uczestnicząca w programie wychodzenia z bezdomności zostaje także objęta ubezpieczeniem zdrowotnym. Szczególne znaczenie ma pierwszy kontakt osoby wspomagającej z bezdomnym. Od tej rozmowy zależeć będzie gotowość podjęcia współpracy, uwierzenie w możliwość zmiany sposobu życia, bądź utwierdzenie się w przekonaniu o nierozwiązywalności narosłych problemów<sup>131</sup>.

Reasumując, problem zjawiska bezdomności jako jedna z ważnych kwestii społecznych, uwarunkowanych społeczno-ustrojowymi zmianami okresu polskiej transformacji staje się coraz bardziej poważny i obejmuje coraz więcej ludzi. Jest to jeden ze skutków bezrobocia i ubożenia części społeczeństwa.

<sup>131</sup> *Ibidem*.





## 8. Hospicjum – miejsce bólu czy ukojenia?

Współcześnie wysoko ceni się urodę, młodość, sprawność oraz sukces. Nieuleczalna choroba czy śmierć to zjawiska na ogół trudno akceptowane społecznie. Ludzie na co dzień starają się myśleć i żyć tak jakby one nie istniały. Dlatego osoby ciężko chore i umierające postrzegane są niejednokrotnie jako kłopotliwe. Skłania to do refleksji nad sensem istnienia, wywołuje stan niepewności, strachu a co najmniej psychicznego dyskomfortu. Pośpiech życia ludzi zdrowych, brak czasu – powoduje, że często osoba chora narażona jest na samotność w swoim nieszczęściu, cierpieniu i odchodzeniu ze świata żywych.

Z teologicznego punktu widzenia śmierć jest przejawem pełni bytu, końcem pewnego etapu życia i początkiem nowego lepszego; natomiast z medycznego punktu widzenia, śmierć to „nieodwracalne ustanie wszystkich czynności ustroju oraz procesów przemiany materii we wszystkich jego komórkach”<sup>132</sup>.

Przez wiele stuleci umieranie było kolejnym naturalnym i ważnym etapem życia, któremu towarzyszyła rodzina i bliscy. Współcześnie ludziom przed śmiercią (jeśli nie jest ona nagła) towarzyszy najczęściej strach, ból, cierpienie, poczucie samotności i dość często utrata godności.

Ludzie coraz częściej umierają poza domem, np. w szpitalu – w którym pobyt powinien wynikać z potrzeby leczenia a nie tylko pielęgnacji i opieki. Umierający człowiek, którego nie można wyleczyć potrzebuje przede wszystkim wsparcia i złagodzenia cierpienia, jakie niesie za sobą wyniszczająca choroba. Szpital jako instytucja nie jest na to nastawiona i długo umierający pacjent nie jest pierwszym podmiotem podejmowanych działań. „Normalne rutynowe działania i aktywności w przypadku umierającego tracą swoje znaczenie, nie są efektywne, nie przynoszą korzyści ani satysfakcji, zarówno tym którzy je wypełniają, jak i tym którzy je otrzymują”<sup>133</sup>.

Wielu nieuleczalnie chorych pozostaje krócej lub dłużej w szpitalach, a faktyczną przyczyną śmierci mogą okazać się zupełnie inne schorzenia. Chorzy podłączeni do licznych urządzeń, nie za często odwiedzani przez bliskich, pozbawieni nadziei i godności odchodzą samotni. W wielu przypadkach, kiedy już wiadomo, że nie da się wyleczyć chorego, wypisuje się go ze szpitala i w domu przy niedostatecznej opiece lub jej braku następuje proces umierania.

Problem śmierci godnej – nie tylko samotnej, czy pozbawionej bólu – dotyczy każdego człowieka. „Przez śmierć godną rozumie się dzisiaj świadome jej przyjęcie, pogodzenie się z losem, akceptację, o której mowa przy świadomości otwartej”<sup>134</sup>.

<sup>132</sup> *Słownik języka polskiego*, t. III, Warszawa 1981, s. 449.

<sup>133</sup> A. Ostrowski, *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*, Warszawa 1991, s. 140.

<sup>134</sup> M. Górecki, *Hospicjum w służbie umierających*, Warszawa 2000, s. 43.

Rozwiązaniem problemu instytucjonalnej opieki nad ludźmi terminalnie chorymi stały się hospicja lub oddziały opieki paliatywnej, a niekiedy opieka domowa.

### Problem opieki nad umierającymi

Praca z ludźmi naznaczonymi stygmatem śmierci<sup>135</sup> jest bardzo trudnym i odpowiedzialnym rodzajem pomocy i służby społecznej. Wymaga nie tylko bezinteresownego poświęcenia własnych sił i czasu dla dobra drugiego człowieka, ale przede wszystkim determinacji, wrażliwości, wytrzymałości, umiejętności łączenia współczucia ze sprawnością działania, wyrozumiałości, cierpliwości, dyscypliny emocjonalnej – a więc cech, które znamionują dojrzałą osobowość i układają się w postawę roztropnej życzliwości.

W miarę upowszechniania różnych form opieki nad chorymi pojawiały się kolejne problemy; przedstawiciele różnych specjalizacji medycznych sygnalizowali trudności, na jakie napotykali podczas wykonywania swej pracy, co dało początek nowej specjalności – medycyna paliatywna – ukierunkowanej na przynoszenie ulgi w cierpieniu. Termin medycyna paliatywna – *palliatyve* powstał w języku angielskim, a pochodzi od łacińskich słów *pallium* i *palliatius*. Pierwsze określenie oznacza wszelkiego rodzaju okrycie, przykrycie lub grecki płaszcz, drugie oznacza odziany w płaszcz, ubrany w płaszcz lub okryty kołdrą. Angielskie *palliative care* powstało z dwóch słów *palliation* i *palliative*. Oznaczają one; łagodzenie objawów choroby bez jej wyleczenia, złagodzenie cierpienia lub bólu, pomoc w dusznościach lub przypadkach ciężkich chorób postępujących, których nie można wyleczyć<sup>136</sup>.

Z czasem poza pojęciem medycyny paliatywnej wprowadzono również pojęcie opieki paliatywnej. Niektórzy uważają, że jest ono synonimem opieki hospicyjnej, inni poszerzają je o znaczenie profesjonalnej opieki sprawowanej przez wielospecjalistyczne zespoły w zorganizowanych jednostkach służby zdrowia, ograniczając nazwę opieka hospicyjna do opieki sprawowanej wolontaryjnie (ochotniczo). Podsumowując, medycyna paliatywna jest specjalnością lekarską, która wypracowuje optymalne sposoby leczenia i opieki w zaawansowanym stadium choroby a opieka hospicyjna (czy paliatywna) jest całościową opieką nad ludźmi chorującym nieuleczalnie na postępujące choroby w terminalnym okresie<sup>137</sup>.

Według powstałego w 1990 roku raportu Światowej Organizacji Zdrowia opieka hospicyjna jest to „aktywna, dotycząca wszystkich sfer życia opieka nad pacjentem cierpiącym na schorzenie nie poddające się leczeniu przyczynowemu”. Definicja ta wskazywać może również na pomoc chorym nieznajdującym się w stanie terminalnym, z potencjalną możliwością wyleczenia. W późniejszym czasie opieka paliatywna została przez WHO określona jako „podejście poprawiające jakość życia pacjentów w obliczu śmiertelnych chorób oraz ich rodzin”. Należy zwrócić uwagę, że współczesna idea opieki hospicyjnej nie wyrasta z niedostatków medycyny czy systemu opieki zdrowotnej, ale powinna współpracować z nimi i korzystać z ich osiągnięć. Jej zadaniem

<sup>135</sup> *Człowiek w zmieniającym się świecie*, [w:] *Pedagogika społeczna...*, s. 452.

<sup>136</sup> *Słownik łacińsko-polski*, oprac. K. Kumaniecki, Warszawa 1981, s. 349.

<sup>137</sup> K. Rawska, *Pozamedyczne formy opieki paliatywne*, referat wygłoszony na spotkaniu Klubu Inteligencji Katolickiej w Krapkowicach 15 lutego 2006 roku.

nie jest przyspieszenie czy opóźnienie śmierci chorego. Jest ona nakierowana na utrzymanie najwyższej możliwej jakości życia pacjenta aż do końca jego życia<sup>138</sup>.

Opieka paliatywna i hospicyjna są zgodnie z definicją World Health synonymami.

Medycyna paliatywna jako odrębna specjalność lekarska, podobnie jak inne kliniczne dyscypliny medyczne – dotyczy leczenia i opieki nad chorym oraz badań nad tą opieką.

Opieka ta dotyczy chorych z ustalonym rozpoznaniem, z objawami czynnej postępującej choroby w stopniu tak zaawansowanym, że należy oczekiwać zgonu w najbliższej przyszłości. Obejmuje ona przede wszystkim chorych z nasilającymi się objawami somatycznymi oraz narastającym cierpieniem psychosocjalnym i duchowym.

Celem medycyny paliatywnej nie jest dążenie do wyleczenia ani nawet zahamowania postępu choroby, co w tej finalnej fazie choroby jest niemożliwe, ale poprawienie jakości szybko uciekającego życia. Uzyskuje się to fachowym leczeniem objawowym oraz wsparciem psychosocjalnym i duchowym, udzielanym choremu i jego najbliższemu. Wymaga to wiedzy i umiejętności praktycznych z wielu dziedzin medycyny i psychologii oraz umiejętności komunikowania się i właściwych cech osobowościowych.

Opieka paliatywna nad pacjentami ze schorzeniami ograniczającymi życie jest aktywnym całościowym podejściem obejmującym fizyczne, emocjonalne, społeczne i duchowe elementy. Skupia się na poprawie jakości życia pacjenta i wspieraniu rodziny. Obejmuje czas pobytu w hospicjum, opiekę w czasie umierania i wspieranie rodziny w czasie żałoby.

Dla racjonalnego działania opieki paliatywnej istotne jest określenie: celów, zasad i zadań.

Cele opieki paliatywnej:

- poprawa jakości życia pacjenta (a nie jego przedłużanie kosztem dodatkowych cierpień),
- ochrona pacjenta jego rodziny przed działaniami patogennymi w ostatnim okresie życia.

Zasady opieki paliatywnej:

- służyć najlepszym interesom pacjenta,
- szacunek dla życia, godności i autonomii pacjenta,
- akceptacja nieuniknionej śmierci jako naturalnego zakończenia nieuleczalnej choroby,
- niestosowanie uporczywej terapii w celu przedłużania życia.

Zadania opieki paliatywnej:

- leczenie dotkliwych objawów choroby,
- wsparcie psychologiczne, socjalne i duchowe,
- wsparcie w żałobie.

Hospicja zgodnie z założeniem nie przypominają oddziałów szpitalnych i nie powinny być typowymi instytucjami sprawującymi pełną kontrolę nad żyjącym w nich pacjentem. Nie powinno być wyznaczonych godzin odwiedzin, bo mają być domem otwartym na gości. Pacjent w zakresie prywatnego funkcjonowania zachowuje autonomię i jest wspomagany w swoich działaniach przez wolontariuszy. Wolontariusze

<sup>138</sup> *Encyklopedia PWN*, Warszawa 2001.

spełniają specyficzną rolę w działalności hospicjów. Spędzają oni czas na pielęgnacji chorych, na rozmowie z nimi, czytają im i wspólnie oglądają telewizję itp. „Wolontariusz to ten, kto wypełniwszy swoje obowiązki członka rodziny, pracownika, obywatela, oddaje się do nieodpłatnej dyspozycji społeczeństwa, ze szczególną uwagą dla najbardziej potrzebujących i odsuniętych na marginesie życia”<sup>139</sup>.

Wolontariusz powinien zostać prawdziwym przyjacielem chorego, przede wszystkim po to, aby poświęcić się mu w bezpośrednich formach opieki (higiena osobista, jedzenie, ubieranie). Na barkach wolontariusza pozostaje często odciążenie personelu medycznego i często rodziny. Przed podjęciem pracy są szkoleni, tak aby profesjonalnie służyć pacjentowi.

### Rys historyczny opieki hospicyjnej

Idea opieki nad chorymi i osobami umierającymi związana jest z początkiem istnienia ludzkości. W czasach pogańskich chorzy szukali pomocy u szamanów, czarowników i kapłanów i często musieli pozostawać pod ich opieką dłuższy czas (do wyzdrowienia lub do śmierci). Pojęcie hospicjum odpowiadało wówczas znaczeniu gościnności<sup>140</sup>. W starożytnej Grecji przy siedzibach świeckich lekarzy powstają szpitaliki. Przy niektórych świątyniach, np. na wyspie Kos istniały pokoje dla osób wymagających dłuższego leczenia i przewlekłe chorych. Już w starożytnym Rzymie, na kresach imperium powstają wielkie lazarety dla rannych i chorych żołnierzy i niewolników, istniały pewne formy sprawowania opieki i udzielania pomocy osobom chorym i umierającym.

Formy opieki o charakterze hospicyjnym w Europie w okresie średniowiecza związane są z chrześcijaństwem. Znalazły one swoje miejsce również w instytucjonalnych regulacjach wśród uchwał soboru nicejskiego z 325 roku. Postanowiono, że każde miasto powinno stworzyć pozostające pod nadzorem diakona, położone poza granicami miasta miejsce, w którym znajdowałoby schronienie wszyscy ludzie znajdujący się w potrzebie. Licznie powstały przytułki dla starców i ubogich. Słynna sieć hospicjów powstała wzdłuż tras, którymi pielgrzymowali chrześcijanie do Ziemi Świętej. Hospicja w średniowieczu istniały w wielu krajach Europy. Najszlachetniejsze średniowieczne hospicjum św. Bernarda znajdowało się na szlakach w Alpach Apeńskich.

W okresie Odrodzenia i Oświecenia wiele instytucji dobroczynnych prowadzonych przez kościół zostało przejęte przez zarząd świecki. Powstało wiele szpitali, sierocińców, zakłady opieki społecznej, pierwsze schroniska przeznaczone wyłącznie dla osób umierających<sup>141</sup>.

W czasach nowożytnych działalność hospicyjna dla ludzi nieuleczalnie chorych i umierających została zainicjowana przez Janne Gamier. Hospicjum powstało w roku 1842 w Lyonie. Nazwano je Hospicjum lub Kalwaria. W późniejszym okresie wiele podobnych ośrodków, które do czasów obecnych odgrywają istotną rolę w rozwijaniu opieki paliatywnej na terenie Francji<sup>142</sup>. Irlandzkie zgromadzenie katolickie Sióstr Miłosierdzia założyło w 1879 roku hospicjum Najświętszej Marii Panny w Dublinie.

<sup>139</sup> L. Salino, *Śmiertelnie chory*, Kraków 2000, s. 57.

<sup>140</sup> *Historia medycyny*, red. T. Brzeziński, Warszawa 1988.

<sup>141</sup> E. Bartoszewska, *Formy pomocy dziecku nieuleczalnie choremu i jego rodzinie w hospicjum*, Kraków 2005, s. 12.

<sup>142</sup> M. Górecki, *op. cit.*, s. 56.

Następnie w 1905 roku objęto misją także Anglię i założono hospicjum św. Józefa w Londynie. Obydwa domy były przeznaczone dla pacjentów nieuleczalnie chorych i umierających<sup>143</sup>.

Powszechnie przyjmuje się, że powstanie współczesnego ruchu hospicyjnego zostało zapoczątkowane przez Cicely Saunders.<sup>144</sup> W 1967 roku dzięki jej staraniom powstało Hospicjum Świętego Krzysztofa, które stało się wzorem dla tego typu instytucji.

Początkowo w hospicjum Świętego Krzysztofa opiekę nad umierającymi łączono z całodobowym pobytem pacjenta w hospicjum; w 1969 roku rozszerzono opiekę na osoby przebywające we własnym domu<sup>145</sup>.

Dzięki działaniom Cicely Saunders ruch hospicyjny w Europie i na całym świecie zaczął się szybko i dynamicznie rozwijać. Jej inicjatywa okazała się potrzebna i bardzo wartościowa dla ludzi, pozbawionych należytej opieki medycznej, często też umierających w osamotnieniu bez bliskości drugiego człowieka<sup>146</sup>. Dążyła także do wypracowania skutecznych metod uśmierzenia bólu. W latach 60. przewidywała skuteczność opieki hospicyjnej jako alternatywy dla eutanazji<sup>147</sup>.

Idea hospicjów upowszechniła się na całym świecie. Rozszerzył się zakres jej pacjentów m.in. o osoby chore na AIDS. Według zgodnej opinii specjalistów nie ma żadnej różnicy między opieką nad chorymi z zespołem nabytego upośledzenia odporności (AIDS) a opieką nad chorymi z zaawansowanym nowotworem<sup>148</sup>. Organizacja hospicjów zależy od kultury i warunków właściwych danemu społeczeństwu, formacji ludzi, którzy je tworzą, nabytych doświadczeń, rodzaju medycyny jaka się posługują i samego pojmowania śmierci.

W 1991 roku w Wielkiej Brytanii było ponad 150 hospicjów stacjonarnych i ponad 320 zespołów opieki domowej. Zaczęły też powstawać podobne instytucje w innych krajach Europy Zachodniej (Holandia, Belgia, Niemcy, kraje skandynawskie), różniące się przede wszystkim stopniem instytucjonalizacji. Bez względu na różnice form, w jakich były inicjowane, u podstaw filozofii nowo powstałych instytucji leżała koncepcja poznania pacjenta jako człowieka, traktowania całej rodziny jako jednostki objętej opieką, monitorowania i wspomagania całego przebiegu procesu umierania<sup>149</sup>. Wiele hospicjów powstało także w Ameryce Północnej (w 1996 roku w Stanach Zjednoczonych funkcjonowało ponad 2700 hospicjów i programów opieki) Australii,

<sup>143</sup> L. Kulesza, *Czym jest hospicjum*, Warszawa 2000, s. 5.

<sup>144</sup> W 1944 roku, kiedy podjęła pracę w szpitalu Świętego Łukasza w Londynie. Podczas tej pracy zajmowała się opieką nad nieuleczalnie chorym polskim lotnikiem – Dawidem Taśmą. Pomysł założenia ośrodka dla ludzi umierających narodził się w trakcie jednej z rozmów z polskim Żydem umierającym na nowotwór w wielkich bólach, z dala od bliskich. Cicely chciała stworzyć miejsce, w którym ludzie chorzy, umierający będą mogli uporządkować swoje życie i przygotować się do odejścia z tego świata. Realizacja tego pomysłu zajęła 19 lat. W tym czasie Cicely ukończyła studia medyczne i odbyła praktykę zawodową w szpitalu Świętego Józefa, który specjalizował się w opiece nad ludźmi umierającymi.

<sup>145</sup> M. Górecki, *op. cit.*, s. 58–59.

<sup>146</sup> W. Ratyński, *op. cit.*

<sup>147</sup> *Opieka paliatywna nad dziećmi*, red. T. Dangiel, Łowicz 2001, s. 4.

<sup>148</sup> *Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej...*, s. 100.

<sup>149</sup> A. Ostrowska, *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*, Warszawa 2005, s. 178.

Japonii, Republice Południowej Afryki. Przybrały tu one inne formy niż w Europie, modyfikowane kulturowo i odmiennością całego systemu służby zdrowia.

Początkowo były one postrzegane jako dość eksperymentalne miejsca, głównie dla klas średnich. Wiązało się to przede wszystkim z faktem, że pierwsze lata systemem pokrywający wydatki na szpital nie chciał pokryć rachunków z hospicjów (w sposób naturalny eliminowano więc pacjentów biedniejszych). Sytuacja jednak uległa zmianie, gdy stwierdzono, że koszt jednego miejsca w szpitalu jest wyższy od miejsca w hospicjum<sup>150</sup>.

Drugą ważną osobą, która przyczyniła się do rozwoju ruchu hospicyjnego a także która wywarła duży wpływ na przemianę postaw wobec ludzi umierających, była Elisisabeth Kiibler-Ross. Przeprowadzone przez nią badania w Chicago, ukazały, że podstawową sprawą w opiece paliatywnej staje się zrozumienie negatywnych uczuć doświadczanych przez pacjentów w obliczu śmierci<sup>151</sup>.

Nie można pominąć cennego wkładu jaki wniosła w opiekę nad umierającymi Agnes Onxha Bojaxhiu, znana jako Matka Teresa. W 1952 roku w Kalkucie otworzyła pierwszy dom dla umierających, głównie na trąd. Nosił on nazwę Nimal Hriday, czyli Dom Czystego Serca. W ślad za tym uruchomiono 98 ośrodków na terenie Indii, gdzie siostry pracują przy ludziach chorych, głodujących i umierających.

W Polsce prekursorką opieki hospicyjnej była Hanna Chrzanowska, która w Krakowie organizowała pielęgniarstwo domowe. Celem jego było objęcie opieką osób przewlekle chorych<sup>152</sup>. Pierwszy polski ośrodek typu hospicyjnego powstał w Krakowie a jego początki związane są z działalnością grupy katolików z nowohuckiej parafii Arki Pana. Inicjatorami tego ruchu byli Halina Bortnowska i ksiądz Józef Gorzelany. Celem jaki wyznaczyła sobie ta grupa, to było otoczenie miłością chorych i cierpiących, objęcie opieką we własnych domach osób przewlekle chorych i chorych terminalnie z uwzględnieniem ich potrzeb fizycznych jak i duchowych<sup>153</sup>.

Dr Cicely Saunders odwiedziła kilka razy Polskę, a jej wizyta w 1978 roku przyczyniła się do powstania 3 lata później pierwszego w Polsce Hospicjum Świętego Łazarza w Krakowie<sup>154</sup>, prowadzonego przez Towarzystwo Przyjaciół Chorych (29 września 1981 roku zostało ono zarejestrowane). Działania towarzystwa przez wiele lat napotykały na liczne przeszkody, zarówno natury administracyjnej, jak i społecznej, np. niechętnie reakcje i protesty ewentualnych przyszłych sąsiadów hospicjum (decyzja o jego lokalizacji została podjęta dopiero po wyroku Sądu Administracyjnego w Warszawie w roku 1988).

Drugim mocno rozwijającym się w Polsce ośrodkiem, który powstał w Gdańsku w roku 1984 było Hospicjum Pallotinum. Jego założycielami byli ksiądz Eugeniusz Dudkiewicz oraz profesor Joanna Muszkowska-Penson, która kierowała jednym z oddziałów kliniki Akademii Medycznej w Gdańsku. Zrodził się plan opieki zespołowej nad ludźmi chorymi terminalnie. Koncepcja ta polegała na ulepszeniu zabiegów me-

<sup>150</sup> *Ibidem*, s. 179.

<sup>151</sup> *Opieka paliatywna nad dziećmi...*, s. 6.

<sup>152</sup> W. Ratyński, *op. cit.*, s. 403.

<sup>153</sup> M. Górecki, *op. cit.*, s. 76.

<sup>154</sup> O powstaniu ruchu hospicyjnego w Polsce i jego pierwszych latach pisze J. Drązkiewicz, *O ruchu hospicjów w Polsce*, [w:] *W stronę człowieka umierającego. O ruchu hospicjów w Polsce*, red. J. Drązkiewicz, Warszawa 1989.

dycznych, poszerzeniu opieki zaspokajającej potrzeby psychiczne a także duchowe chorych<sup>155</sup>.

Trzecie Hospicjum św. Jana Kantego powstało w Poznaniu w 1987 roku. W 1990 roku Zespół Opieki Paliatywnej został przekształcony w Klinikę Opieki Paliatywnej, prowadzoną przez profesora Jacka Łuczaka<sup>156</sup>.

Obecnie działa w Polsce około 2000 jednostek opieki paliatywno/hospicyjnej, które zapewniają różnego rodzaju formy opieki: domową, najbardziej rozpowszechnioną – działającą w oparciu o poradnie opieki paliatywnej i leczenia bólu, oddziały stacjonarne – dysponujące około 500 łózkami, oddziały opieki dziennej, zespoły szpitalne wspierające i zespoły wsparcia dla osieroconych. W hospicjach pracuje ponad 2500 wolontariuszy.

28 października 1992 roku zostało zarejestrowane Ogólnopolskie Forum Ruchu Hospicyjnego (OFRH)<sup>157</sup> zrzeszające ponad 90 hospicjów. Celem forum jest doskonalenie i propagowanie opieki hospicyjnej poprzez współpracę między ośrodkami, wymianę doświadczeń, organizowanie zjazdów, konferencji szkoleń oraz współpracę z innymi ośrodkami medycznymi, edukacyjnymi i religijnymi.

Hospicja w większości mają podpisany kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Od 10 lat, we współpracy z wiodącym ośrodkiem opieki paliatywnej Światowej Organizacji Zdrowia Sir Michel Sobell House z Oxfordu, poznańska Klinika Opieki Paliatywnej organizuje coroczne anglojęzyczne kursy doskonalące z zakresu medycyny paliatywnej, w których oprócz lekarzy, pielęgniarek i psychologów uczestniczą również pracownicy ośrodków opieki paliatywnej i hospicyjnej z Europy Środkowo-Wschodniej oraz Holandii. Kursy dla pracowników zespołów hospicyjnych, przy udziale renomowanych wykładowców z Hospicjum św. Krzysztofa organizuje współpracujące z nim Hospicjum św. Łazarza.

### **Podstawowe zasady i główne typy opieki hospicyjnej**

Z realizowanych programów, statutów, materiałów instruktażowych, kodeksów deontologicznych oraz dyrektyw postępowania można wyprowadzić podstawowe zasady, które powinny być respektowane w pracy hospicyjnej:

#### *Zasada pierwsza*

Leczenie ukierunkowane jest na objawy choroby (ból, wymioty, osłabienia, zaparcia, duszności, depresja, itp.). Blisko 60% pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową cierpi z powodu silnego bólu. W większości przypadków udaje się go usunąć, a w każdym razie bardzo go zmniejszyć pod warunkiem dokładnego rozpoznania etiologii. Przy takiej formie leczenia, chory zachowuje przytomność i świadomie przeżywa ostatni okres życia. W opiece nad umierającym, oprócz uśmierzenia bólu i zniesienia wszelkich innych objawów choroby, bardzo ważna jest opieka psychiczna i duchowa. Chory cierpi nie tylko z powodu dolegliwości somatycznych, ale i psychicznych, takich jak: poczucie opuszczenia i bezradności, lęk przed bólem, przed hospitalizacją, czy obawą o rodzinę. Dlatego oprócz środków przeciwbólowych hospicjum

<sup>155</sup> B. Kromlicka, *Wolontariusz w służbie człowiekowi umierającemu*, Szczecin 2000, s. 24.

<sup>156</sup> W. Ratyński, *op. cit.*

<sup>157</sup> *Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej...*, s. 101.

powinno dysponować personelem, który zawsze ma czas na cierpliwe wysłuchanie chorego, umie taktownie usługiwać, z pełnym zaangażowaniem i spokojem. Rozmowa z umierającym wymaga ponadto rygorystycznego przestrzegania dodatkowych reguł. Po pierwsze, inicjatywa musi wyjść od wspomaganego. Od niego też zależy jej treść i on kieruje jej przebiegiem. Nie należy wyjaśniać mu niczego, o co sam nie pyta i nigdy nie udzielać kłamliwych odpowiedzi na zadawane pytania. W tej sytuacji ostrość prawdy nie łagodzi taktyka przez omijanie, ale przez sposób, w jaki zostanie ona odkryta i udzielenie właściwej pomocy w jej przeżyciu.

Po drugie, należy zapewnić umierającego, że opiekujące się nim osoby zrobią wszystko, by mu pomóc i że nie zostanie pozostawiony sam sobie, z tym wiąże się reguła trzecia, która nakazuje podtrzymanie pacjenta przy pomocy słowa. Nie bez znaczenia jest również życzliwa obecność innych osób.

#### *Zasada druga*

Pacjent hospicyjny traktowany jest jako osoba, a nie jednostka chorobowa lub „rzecz”, którą należy uratować czy wyleczyć.

Implikuje to:

- nienaruszalność godności ludzkiej i możliwości podejmowania decyzji przez przytomnego chorego,
- prawo do poszanowania oraz ochrony własnej tożsamości, poglądów i przekonań,
- prawo do śmierci bez przedłużania bolesnego procesu umierania,
- prawo do życia (problem eutanazji).

#### *Zasada trzecia*

Integralną częścią opieki nad umierającym jest opieka nad jego rodziną, zarówno w czasie choroby jak i po śmierci. Trzeba umieć wysłuchać nie tylko chorego, lecz również osoby mu bliskie. Wiele osób po śmierci najbliższych nie może poradzić sobie z własną rozpaczą i poczuciem winy. W takich przypadkach pracownik hospicyjny powinien, o ile jest to możliwe, pomóc.

#### *Zasada czwarta*

Polega na włączeniu rodziny do opieki nad chorymi. Do etosu środowiska rodzinnego należy pielęgnowanie swoich najbliższych aż do śmierci. Jest to odczuwane jako podstawowa powinność moralna. Oddanie chorego pod opiekę zespołu hospicyjnego lub do szpitala nie zwalnia od tej powinności. W pielęgnacji chorych powinny być włączone dzieci. Nie należy izolować ich od umierających, ale pozwolić im pozostać przy nich. W ten sposób będą mogły oswoić się ze śmiercią oraz traktować umieranie jako naturalną część życia.

#### *Zasada piąta*

Opieka nad chorymi prowadzona jest przez zespół pracowników hospicyjnych nawzajem siebie wspierających. Jedna osoba nie jest w stanie zaspokoić wszystkich fizycznych, psychicznych i duchowych potrzeb umierającego. Ciągły kontakt ze śmiercią wymaga odpowiedniej dojrzałości psychicznej, wewnętrznego spokoju, cierpliwości i tolerancji. Nie każdy nadaje się do sprawowania opieki nad umierającymi.



### *Zasada szósta*

Opieka hospicyjna ma charakter ciągły, niezależnie od tego, czy pacjent przebywa w domu, w hospicjum czy w szpitalu. Wiąże się to z towarzyszeniem mu przez cały czas cierpienia.

### *Zasada siódma*

Personel opiekujący się chorym powinien być dla niego dyspozycyjny w każdej chwili, bez względu na porę dnia czy nocy<sup>158</sup>.

W Polsce od lat 80. XX wieku ukształtowały się następujące główne formy opieki hospicyjnej:

### *Zespoły domowej opieki hospicyjnej*

Stanowią podstawową, nieodpłatną formę opieki, zapewnianą przez lekarzy, pielęgniarki, psychologa, kapłana, i wolontariuszy niezwiązanych ze środowiskiem medycznym. Hospicja te nie działają w sposób schematyczny – dopuszcza się w nich dużą elastyczność postępowania w konkretnych przypadkach. Poza kontrolą bólu i innych objawów towarzyszących chorobie bardzo dużo uwagi poświęca się wsparciu psychosocjalnemu oraz opiece duchowej nad pacjentem i jego rodziną.

### *Hospicja stacjonarne*

Stanowią drugą wciąż rozwijającą się formę opieki nad terminalnie chorymi. Przeznaczone są dla osób samotnych, bezdomnych bądź wymagających całodobowej opieki, niemożliwej do przeprowadzenia w domu pacjenta. Są to ośrodki o stosunkowo niewielkiej liczby łóżek, dzięki czemu nie są biurokratyzowane<sup>159</sup>.

### *Ośrodki opieki paliatywnej*

Organizowane są w specjalnie wydzielonych oddziałach szpitalnych. Opieka paliatywna łączy zabiegi medyczne z pomocą duchową i psychologiczną. Pomoc tego typu może być świadczona w ambulatoriach oraz prywatnych gabinetach specjalistycznych.

### *Hospicja dla dzieci*

Opieka paliatywna dla dzieci i młodzieży ze schorzeniami ograniczającymi życie w sposób aktywny i całościowy obejmuje fizyczne, emocjonalne, duchowe elementy. Skupia się na podniesieniu jakości życia i wspieraniu rodziny. Obejmuje leczenie nieprzyjemnych objawów, niesienie ulgi i wytchnienia rodzinie oraz zapewnienie opieki w czasie umierania i w okresie żałoby. Siedem hospicjów specjalizuje się w opiece nad dziećmi. Hospicja dla dorosłych również przyjmują dzieci (szczególnie te zmagające się z chorobami nowotworowymi). System domowej opieki paliatywnej nad dziećmi jest zróżnicowany zarówno pod względem standardu świadczonej opieki, jak liczby pacjentów w poszczególnych regionach Polski.

<sup>158</sup> *Pedagogika społeczna...*, s. 447–450.

<sup>159</sup> M. Górecki, *op. cit.*, s. 73.

### *Ośrodki konsultacyjne*

Tworzone są jako wyspecjalizowane poradnie, które udzielają informacji chorym i ich rodzinom na temat różnych form pomocy, pomagają nawiązywać kontakt z hospicjum lub ośrodkiem opieki paliatywnej.

### **Bezinteresowna pomoc między cierpieniem a umieraniem**

Celem hospicyjnej opieki jest umożliwienie choremu optymalnego procesu leczenia, przy możliwie najmniej odczuwanym poziomie bólu (fizycznego, psychicznego i duchowego). Hospicjum stara się zapewnić choremu jak najlepszą w danych warunkach jakość życia i wsparcie jego otoczenia. Wszystkie te działania wymagają zsynchronizowanej współpracy: lekarzy, pielęgniarek, psychologów, kapelanów, sallowych, pracowników socjalnych oraz wolontariuszy medycznych i niemedycznych. Celem działań wielodyscyplinarnego zespołu jest dążenie do poprawy jakości szybko uciekającego życia.

Coraz ważniejszym elementem opieki paliatywnej staje się organizacja czasu wolnego od znaczącego bólu i innych czynności życiowych człowieka chorego. Pomaga to w zaspokajaniu ważnych potrzeb człowieka chorego i utrzymaniu jego sprawności psychicznej i fizycznej poprzez wyzwalanie mechanizmów obronnych osobowości<sup>160</sup>. Aspekt ten ma też bardzo duże znaczenie społeczne – ułatwia kontakty międzyludzkie, podtrzymuje poczucie własnej wartości, umożliwia przeżywanie twórczych emocji. Przywraca choremu autonomię i znosi przykre napięcia emocjonalne<sup>161</sup>.

Wolontariat to bezpłatne, dobrowolne, świadome działanie na rzecz innych, wykraczające poza więzi rodzinno-koleżeńsko-przyjacielskie<sup>162</sup>. W hospicjach rozróżniamy wolontariat medyczny i akcyjny (niemedyczny). Wolontariusz medyczny ma bezpośredni kontakt z pacjentem, pomagając mu w zabiegach pielęgnacyjnych, karmieniu, a przede wszystkim – towarzysząc mu (na spacerach, udzielając pomocy przy chodzeniu, rozmowa z chorymi, czytanie prasy, książek itp.) W warunkach domowych wolontariusz jest pomocny w drobnych pracach porządkowych. Do tego rodzaju pomocy kierowane są w zasadzie pełnoletnie osoby, które przeszły specjalistyczny kurs. W przypadku młodzieży szkolnej wymagana jest zgoda rodziców. Natomiast wolontariuszem akcyjnym może zostać praktycznie każdy, kto pomaga hospicjum podczas akcji charytatywnych lub w jego codziennym funkcjonowaniu. Bardzo często wolontariusze akcyjni w pracy na rzecz hospicjum wykorzystują umiejętności zawodowe i związane ze swoimi zainteresowaniami np. zajmują się ogrodem, prowadzą strony internetowe, zdobywają sponsorów, itp.

W przypadkach podejmowania pracy wolontariusza przez młodego człowieka niejednokrotnie pojawia się pytanie, dlaczego warto być wolontariuszem? Powodów jest wiele a wolontariat oprócz satysfakcji wynikającej z pomocy innym, stwarza każdemu szansę na rozwój własnej osobowości, a poza tym:

- uczy wrażliwości na potrzeby drugiego człowieka,
- jest dobrym przygotowaniem do przyszłej pracy,

<sup>160</sup> Por. szerzej A. Markiewicz, *Opieka hospicyjna nad człowiekiem starszym*, [w:] *Seniorzy w społeczeństwie XXI wieku*, red. M. Torbicki, Z. Szarota, Kraków 2004, s. 190–192.

<sup>161</sup> A. Bohusz-Dobosz, *Pedagogiczne, psychologiczne i rehabilitacyjne oddziaływanie na postawę wobec śmierci u osób terminalnie chorych*, Poznań 2004.

<sup>162</sup> Definicja za: [www.wolontariat.org.pl](http://www.wolontariat.org.pl).

- rozwija różne umiejętności,
- ułatwia nawiązywanie nowych znajomości i przyjaźni,
- daje poczucie satysfakcji,
- ciekawe i twórcze spędzenie wolnego czasu,
- odkrywa poczucia sensu pomagania innym,
- daje cenne doświadczenie w późniejszym życiu zawodowym (w życiorysie ważna informacja – „bycie wolontariuszem”).

### Czas odczuwania bólu i umierania<sup>163</sup>

Prawie każda nieuleczalna choroba często związana jest z bólem i cierpieniem. Procesom odczuwania bólu, cierpienia i umierania towarzyszą dwa stany emocjonalne – lęk i strach. Lęk określamy zazwyczaj jako niepokój, zły stan samopoczucia, wobec którego człowiek czuje się bezbronny. Strach z kolei, odbierany jest przez człowieka jako stan zagrożenia lub niebezpiecznej sytuacji. W obliczu śmierci rzadko kiedy występuje akceptacja dla jej nadejścia w danej chwili, gdyż budzi ona dość często strach, niepewność (co potem), niepokój, trwogę. Zdaniem L. Sandrina „bardziej niż śmierci ludzie boją się umierania; zwłaszcza uzależnienia, bezsilności i bólu, które często występują w chorobach terminalnych”<sup>164</sup>. Podobny był pogląd Jana Pawła II, który stwierdził, że: „od jakiegoś czasu pojawił się nowy dylemat – bardziej niż samej śmierci ludzie boją się powolnego umierania, sytuacji w której przedłużanie życia oznacza okrutną udękę. [...] Poza bólem umierając najczęściej skarżą się na utratę godności, strach – szczególnie strach przed nieznanym – a także nudę, osamotnienie, zdanie na stałą opiekę, dezorientację, bezruch, zamęt”<sup>165</sup>.

A. Zych zadaje niezwykle ważne pytanie związane z umieraniem: czy będę umierał w samotności wśród obcych mi ludzi i przedmiotów, porażony bólem i cierpieniem przekraczającym granice wytrzymałości, czy też pośród najbliższych i kochanych osób, mając za sobą uporządkowane sprawy życia?<sup>166</sup> Z naszych obserwacji i doznań związanych z odchodzeniem osób bliskich nasuwają się kolejne spostrzeżenia. Osoby bliskie niejednokrotnie zamieszkują w innym mieście lub kraju i często nie zdają się pożegnać bezpośrednio a tylko przez telefon, imielem, czasami dopiero na pogrzebie. Gorzej gdy bliskie kochane przez nas osoby, dla których wiele poświęciliśmy, nie znajdują czasu na odwiedziny i ostatnie pożegnanie, mieszkając kilka ulic dalej.

Czas poprzedzający umieranie, to opieka nad chorą osobą i pielęgnacja jej. Oprócz kwalifikacji medycznych, ważne są także kwalifikacje ludzkie. Stosunek do chorego człowieka, nie może cechować niecierpliwość, złośliwość, nawet przypadkowe odruchy brutalności. Zachowania takie jak: takt, wrażliwość, empatia, życzliwość,

<sup>163</sup> Wieloletnie obserwacje i przemyślenia autora na temat umierania, przeplatały się z poznaniem różnych cennych pozycji literaturowych m.in. J. Szczepańskiego, *Sprawy ludzkie*, wyd. 3 rozszerzone, Warszawa 1984; T. Kotarbiński, *Medytacje o życiu godziwym*, Warszawa 1986; A.A. Zych, *Przekraczając smugę cienia. Szkice z gerontologii i tanatologii*, Katowice 2009.

<sup>164</sup> L. Sandrin, *Wobec cierpienia. Zrozumieć, przyjąć, wytłumaczyć cierpienie*, Kielce 2000, s. 93.

<sup>165</sup> Zob. *Budowanie kultury życia. Przemówienie Jana Pawła II do biskupów*, „Więź” 1999, nr 2, s. 28–34.

<sup>166</sup> A.A. Zych, *Przekraczając smugę cienia...*, s. 196.

opanowanie, a przede wszystkim umiejętność wysłuchania pacjenta, nie powinny sprawiać personelowi trudności.

Niejednokrotnie dyskusyjne jest powiedzenie o faktycznym stanie zdrowia chorego. Czy mu powiedzieć lub jak mu to przekazać? „Jeśli lekarz z pacjentem chorym na raka potrafi rozmawiać szczerze o jego chorobie, nie utożsamiając ją ze śmiercią odda mu wielką przysługę. Powinien jednocześnie uchylić drzwi nadziei, to znaczy powiedzieć o nowych lekarsztwach, kuracjach i nowych zdobyczach techniki medycznej i odkryciach naukowych. Najważniejsze jednak jest, by umiał przekonać pacjenta, że nie wszystko stracone, że nie rezygnuje z dalszego leczenia, że walkę tę – niezależnie od rezultatu toczyć będą wspólnie: pacjent, rodzina i lekarz”<sup>167</sup>.

Każdy człowiek umiera inaczej, każdy potrzebuje więc pomocy indywidualnej, świadczonej przez kogoś bliskiego, co najmniej przyjaznego, okazującego zrozumienie i umiejętność słuchania. trzeba być spokojnie obecnym, pomocnym w drobnych sprawach: zwilżyć spierzchnięte usta, podać picie, lekarstwo, czytać, czy rozmawiać na banalne tematy, jeżeli tego chory chce. Umierający wiedzą, że każdy dzień, czy część dnia jest czasem dodatkowo дарowanym.

Umieranie jest procesem, do którego w zasadzie nikt nie jest przygotowany, nawet jeżeli liczy się z tym, że to już niedługo. Dotyczy to zarówno chorego, partnera życiowego, dzieci, rodziców, rodziny czy przyjaciół.

Niektórzy pacjenci szczególnie młodzi buntują się, przeciw chorobie, cierpieniu i nadchodzącej śmierci, wyraża się to w zniecierpliwieniu, złości i agresji w stosunku do najbliższego otoczenia.

Następne jest stadium targowania się lub negocjacji, które polega na tym, że umierający próbuje pertraktować z Bogiem, lekarzami i z każdym kto – jak sądzi – może powstrzymać lub odroczyć nadchodzącą śmierć i ochronić przed nią. Temu stadium przedstawiania swoich racji, towarzyszy niejednokrotnie siła emocji.

Przy braku pozytywnej odpowiedzi „nieba” zaczyna towarzyszyć rozgoryczenie, ale równocześnie następuje uświadomienie sobie zaistnienia śmiertelnej choroby i akceptacji zbliżającej się śmierci. Towarzyszy temu poczucie straty obiektów dotychczasowych miłości.

W końcu przychodzi stadium akceptacji, będące końcową fazą umierania. Jest ono spokojnym oczekiwaniem i pełną aprobatą nieuchronności nadejścia śmierci. Osoba umierająca albo pragnie być w takiej chwili sama, lub z osobami, które akceptuje. Pragnie najczęściej tylko jednego – uwolnić się od nieznosnego bólu i cierpienia.

Śmierć przecina nici odczuwania przez człowieka dolegliwości choroby, bólu i świadomość konieczności umierania. W miarę upływu czasu pogarsza się jego stan zdrowia, opuszczają go siły i chory potrzebuje pomocy w walce z chorobami i natężającym się bólem. Medycyna stara się ból somatyczny opanować w miarę swoich możliwości. Chory natomiast zazwyczaj samotnie zмага się z bólem w wymiarze psychicznym, spofecznym i duchowym<sup>168</sup>. Niejednokrotnie warunki domowe uniemożliwiają zapewnienie właściwej pomocy i opieki. Taką opiekę wielu osobom zapewniają

<sup>167</sup> E. Kubler-Ross, *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, Warszawa 1979; nowe wyd. Poznań 2007, s. 46.

<sup>168</sup> Por.m.in. K. Klimek, *Rozważania o tajemnicy i sensie ludzkiego cierpienia*, [w:] *Ból i cierpienie*, red. G. Makiełło-Jarża, Z. Gajda, Kraków 2006, s. 21.

zakłady opieki, w których spędzają ostatnie chwile swego życia; szpitale na ogół nie są przygotowane do opieki nad umierającymi w wyniku długotrwałej choroby. Rozwiązaniem problemu opieki instytucjonalnej nad ludźmi terminalnie chorymi stały się hospicja lub oddziały opieki paliatywnej. Głównym celem działania tych placówek jest opieka i pielęgnacja chorych w ostatnim stadium życia i zapewnienie warunków godnej śmierci. Postępowanie z pacjentem ma być indywidualne, oprócz koniecznych zabiegów, potrzebne jest wsparcie i rozmowa. Kładzie się nacisk na jak najlepszy komfort życia. Jakość ta oznacza wyeliminowanie bólu oraz cierpienia zarówno fizycznego, jak i psychicznego. Pacjent powinien umierać w spokoju<sup>169</sup>.

Hospicjum łagodząc dramat umierania, okazuje dar życzliwej obecności ludzkiej w najtrudniejszych momentach oraz służy godnej śmierci. Każdy z nas, bez względu kim jest i jakie wie dzie życie – powinien godnie przeżyć ostatni okres swego życia, z dala od bólu i cierpienia, czując bliskość życzliwej osoby, a także ciepło jej dłoni<sup>170</sup>.

---

<sup>169</sup> Zob. S. Szumpich, *Hospicjum – miejsce bólu czy ukojenia*, [w:] *Ból i cierpienie*, red. G. Makiełło-Jarża, Z. Gajda, Kraków 2008, s. 37–52.

<sup>170</sup> *Ibidem*.

**Zalecana literatura do rozdziału II***(wybrane pozycje)*

- Adamczyk B.T., *Przemoc wobec starszych*, Kraków 2009.
- Bień B., *Nie wolno ignorować starości*, Warszawa 2001.
- Bień B., *Sytuacja zdrowotna osób w podeszłym wieku*, Warszawa 2006.
- Bogusławska M., Zalewska B., *Zdrowie seniora, Poradnik dla osób starszych i ich rodzin*, Warszawa 2004.
- Chodkiewicz J., *Psychologia zdrowia. Wybrane problemy*, Łódź 2005.
- Flakus J., *Hospicjum jako instytucjonalna forma pomocy i wsparcia społecznego w chorobie terminalnej*, rozprawa doktorska US pod kierunkiem E. Syrek, Katowice 2008.
- Gębska-Kuczerowska A., *Ocena zależności między aktywnością a stanem zdrowia ludzi w podeszłym wieku*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2002, nr 56.
- Gilden F., *Bogactwo i ubóstwo*, Poznań 2001.
- Golinowska S., Morecka Z. i inni, *Od ubóstwa do wykluczenia społecznego. Badania. Koncepcja. Wyniki. Propozycje. Polska. Europa. Świat*, Warszawa 2008.
- Górecki M., *Hospicjum w służbie umierających*, Warszawa 2000.
- Grętkowski A., *Nowotwór to jeszcze nie wyrok. Wybrane zagadnienia z psychoonkologii*, Płock 2008.
- Heszen I., Sek H., *Psychologia zdrowia*, Warszawa 2007.
- Kiibler-Ross E., *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, Warszawa 1979.
- Król K., *Żebractwo w Polsce jako kwestia społeczna*, [w:] *Działania społeczne w pracy socjalnej na progu XXI wieku*, red. E. Kantowicz, A. Olubiński, Toruń 2003.
- Kurowska A., *Czy osoby starsze są grupą szczególnie zagrożoną biedą w Polsce*, Warszawa 2008.
- Kurzynski A., *Skrzywdzeni przez los – zwierzenia ludzi bezdomnych*, Gdańsk 2001.
- Muszalik M., Kędziora-Komatowska K., *Jakość życia przewlekle chorych pacjentów w starszym wieku*, „Gerontologia Polska” 2006, nr 14 (4), s. 185–189.
- Ogonowska I., *Bezdomność w krajach Wspólnoty Europejskiej (1991–1992)*, Warszawa 1994.
- Parent R., *Życie jako zmaganie się ze śmiercią*, Kraków 2004.
- Polityka społeczna*, red. A. Kurzynowski, Warszawa 2003.
- Siedlecki P., *Dlaczego należy mówić prawdę*, Warszawa 1996.
- Szatur-Jaworska B., *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*, Warszawa 2000.
- W obliczu starości*, red. L. Frąckiewicz, Katowice 2007.
- Wilczek-Różycka E., *Empatia w sytuacji kryzysowej*, [w:] *Promocja zdrowia rodziny*, Lublin 2004.
- Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, red. H. Sęk, R. Cieślak, Warszawa 2004.

## **Część III**

# **Zagrożenia związane z pracą**





## Wprowadzenie

Praca dla człowieka jest równocześnie potrzebą i koniecznością. Połączona bywa częściej z trudem niż z radością. Daje ona środki do utrzymania, kosztem niejednokrotnie nadmiernego wysiłku, a w dłuższym okresie powoduje nierzadko pogorszenie stanu zdrowia. Jednak w warunkach zagrożenia lub utraty pracy, dostrzegamy jej dobre strony.

Osoba pozostająca bez pracy, zarejestrowana w urzędzie pracy, czynnie ją poszukująca jest zaliczana do grona osób bezrobotnych. W miarę wydłużania się okresu bezrobocia pogarsza się standard dotychczasowego życia, aż do popadania w ubóstwo. Zauważalne jest pogorszenie się w tym czasie stanu zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego. Wszystkie przeprowadzone dotychczas badania pozwalają na stwierdzenie zależności między dłuższym okresem trwania bezrobocia a rosnącą liczbą chorób psychicznych, psychosomatycznych i zaburzeń osobowości. Bezrobotny stopniowo traci umiejętność właściwych zachowań w kontaktach indywidualnych i społecznych – co jest związane ze stanem zdrowia psychicznego.

Skutki bezrobocia dotyczą nie tylko bezrobotnego, ale także jego rodzinę, której nie wystarczy, istnienie w sensie formalnym czy usługowo-bytowym, potrzebny jej jest dobry klimat psychiczny, gwarantujący bezpieczeństwo. Niejednokrotnie jednak bezrobocie to wynik zahamowań lokalnych procesów gospodarczych, które wymagają różnych form wsparcia odpowiednich władz.

Dla wielu ludzi praca jest źródłem stresu. Stres w miejscu pracy występuje wtedy, kiedy pracownicy i pracodawcy odczuwają, że warunki i wymagania przekraczają ich możliwości. Nie wszyscy jednakowo odczuwają taki sam poziom natężenia stresu. Stres sprzyja rozwojowi wielu schorzeń, szczególnie, choroby niedokrwiennej serca, układu odpornościowego, zaburzeń mięśniowo-szkieletowych itp. Pochodnymi stresem w miejscu pracy są: pracoholizm i wypalenie zawodowe.

Dla pracoholika praca jest niezbędną częścią życia i jest on od niej uzależniony, nie bacząc na ujemne skutki natury rodzinnej i zdrowotnej. Pracoholicy mogą być zaangażowani w pracę nawet gdy nie pracują (jest to pewien stan świadomości).

Natomiast wypalenie zawodowe jest stanem fizycznego, emocjonalnego i psychicznego wyczerpania spowodowanego przez długotrwałe zaangażowanie w sytuacje, które są obciążające pod względem emocjonalnym. Płaci się za to różnymi schorzeniami psychosomatycznymi.

Problematyka mobbingu i molestowania seksualnego dotyczy przemocy w miejscu pracy. Mobbing postrzegany jest jako wszelkie niewłaściwe długotrwałe postępowanie, które przez swą powtarzalność narusza godność osoby, narażając ją na utratę zdrowia i pracy. Molestowanie seksualne to każde nieakceptowane zachowa-

nie o charakterze seksualnym odnoszące się do płci pracownika, którego celem lub skutkiem jest naruszenie godności lub poniżenie, lub upokorzenie pracownika; na takie zachowanie mogą się składać fizyczne, werbalne lub pozawerbalne elementy. Molestowanie jest bezprawne, gdy ofiara wyraża jasno sprzeciw.

## 9. Utrata pracy

### Praca w życiu człowieka

Praca (od łacińskiego słowa *labor* – wysiłek lub trud) towarzyszy człowiekowi w różnych formach przez całe życie. Pierwsze wiadomości człowieka o pracy, pierwsze umiejętności wykonywania prostych prac, wdrażanie do porządku, słuchania poleceń, naukę dyscypliny czasu czy obowiązek pomagania innym poznajemy dzięki rodzinie. Pojęcie pracy doczekało się wielu definicji. Wśród nich zwrócimy uwagę na definicję Tadeusza Kotarbińskiego, który stwierdził, „że praca to wszelki splot czynów dla zadość uczynienia czymś istotnym potrzebom”<sup>1</sup>. Pracując zaspokajamy nie tylko własne, ale przede wszystkim potrzeby innych. Można ją zatem określić jako „wszelką działalność, człowieka, prowadząca do zaspokojenia dowolnych potrzeb ludzkich, posiadającą społeczną doniosłość i zapewniającą jednostkom i grupom, które ją wykonują, określoną pozycję w społeczeństwie”<sup>2</sup>. Według Jana Pawła II „praca jest dobrem człowieka – dobrem jego człowieczeństwa, bowiem człowiek nie tylko przekształca przyrodę, dostosowując ją do swoich potrzeb, ale także urzeczywistnia siebie jako człowieka, także poniekąd bardziej staje się człowiekiem”<sup>3</sup>. Papież zwrócił uwagę na to, że praca uszlachetnia, ucłowiecza, uspołecznia i wzbogaca.

Praca jako wartość ogólnoludzka i możliwości jej podejmowania są wymieniane wśród najważniejszych uprawnień człowieka między innymi w: Deklaracji Praw Człowieka (art. 23), Paktach Praw Człowieka (cz. III, art. 6), Europejskiej Karcie Społecznej (cz. II, art. 1).

We wszystkich tych aktach prawnych pojawia się zwrot „prawo do pracy”, a to oznacza tylko moralne uprawnienie do uzyskania zatrudnienia. Również w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej (art. 67) zapewnia się ochronę prawa do pracy<sup>4</sup>.

Prawie każda praca wymaga dobrego przygotowania ogólnego i zawodowego. To wymaga sukcesywnego uzupełniania kwalifikacji. Kwalifikacje zawodowe są to umiejętności pozwalające wykonywać zadania na konkretnym stanowisku pracy (lub innym nowym). Podstawowym warunkiem racjonalnego wykorzystania kwalifikacji zawodowych jest umiejętność efektywnego zastosowania wiedzy teoretycznej w praktyce. Natomiast oczekiwane obecnie kwalifikacje pracownicze to nie tylko nowe umiejętności wykonywania zadań zawodowych, ale także cechy charakteru

<sup>1</sup> T. Kotarbiński, *Traktat o dobrej robocie*, Wrocław 1958, s. 89.

<sup>2</sup> S. Szumpich, *Warunki pracy ludzi starszych*, Warszawa 1984, s. 16.

<sup>3</sup> Jan Paweł II w encyklice z 1987 roku „*Sollicitudo rei socialis*” zwraca uwagę na jakość bycia człowiekiem w procesie pracy.

<sup>4</sup> Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Dz.U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483.

pracowników, ich postawy wobec pracy, przekonania, odpowiedni stan zdrowia, czy odporność na stresy.

Znaczenie pracy w życiu człowieka i współczesnego społeczeństwa jest ogromne. Oprócz zwiększających się uzasadnionych oczekiwań w zakresie poprawy warunków bytu, praca kształtuje nową osobowość, wynikającą z nieustannej rywalizacji zawodowej. Równocześnie daje ona radość, zadowolenie i satysfakcję, mimo że jest źródłem trudności, zmartwień i niepowodzeń.

### Pojęcie bezrobocia

Podstawowym następstwem utraty pracy jest bezrobocie. Bezrobocie ze względu na występujące uwarunkowania i skutki stanowi przedmiot zainteresowania zarówno gospodarki, jak i nauki. W literaturze ekonomicznej sformułowano wiele definicji bezrobocia i bezrobotnego<sup>5</sup>. Początki tego zjawiska sięgają dość odległych czasów. Na początku określano je jako „nadmiar ludności”. Dokładniej pojęcie bezrobocia zostało sprecyzowane przez angielskiego ekonomistę J.A. Hobsona w połowie lat 50. XIX wieku, który dał temu pojęciu wymiar przymusowej bezczynności zawodowej<sup>6</sup>.

Cały wiek XX bezrobocie było tematem licznych debat i dyskusji na arenie międzynarodowej. związane to było z odczuwalnymi we wszystkich wymiarach społecznych skutkami: ekonomicznymi, socjologicznymi, psychologicznymi i politycznymi. Bezrobocie stanowiło i stanowi zbyt często jeden z ważnych argumentów w kampaniach wyborczych, o których się za szybko zapomina. Potem niejednokrotnie daje znać o sobie w ujemnych wynikach gospodarki i różnych formach niezadowolenia społecznego.

Bezrobocie jest określonym stanem rynku pracy, w którym podaż realnych zasobów siły roboczej przewyższa popyt na nie. M. Olędzki rozważając bezrobocie jako ważny element polityki zatrudnienia zwrócił uwagę, że jest to sytuacja w której występuje chęć podjęcia pracy przy warunkach niemożliwości jej otrzymania<sup>7</sup>. L.E. Bonne i D.L. Kurtz uważają podobnie, że bezrobocie oznacza brak pracy dla ludzi, którzy aktywnie ją poszukują<sup>8</sup>. Trzeba jednak zwrócić tu uwagę, że aktywne poszukiwanie pracy charakteryzuje częściej bezrobotnych w krajach zachodnich niż w Polsce. A. Rajkiewicz akcentuje przymusowy charakter bezrobocia<sup>9</sup>, natomiast M. Kabaj stwierdza, że „[...] bezrobocie jest negacją zatrudnienia, gdyż oznacza to przesunięcie zasobów pracy ze sfery wytwarzania (działalności celowej i społecznie użytecznej) do sfery bierności zawodowej”<sup>10</sup>.

Z dotychczasowych rozważań wynikają dwa wnioski dotyczące identyfikacji bezrobocia. Po pierwsze, bezrobotni należą do zasobów siły roboczej; po drugie, bezrobotnymi są ci, którzy nie są zatrudnieni.

<sup>5</sup> Pisze o tym szerzej m.in. S. Szumpich, *Przemiany gospodarcze a dylematy bezrobocia*, Kraków 2003, s. 77 i n.

<sup>6</sup> E. Kwiatkowski, *Bezrobocie. Podstawy teoretyczne*, Warszawa 2002, s. 77.

<sup>7</sup> M. Olędzki, *Polityka zatrudnienia*, Warszawa 1998, s. 14.

<sup>8</sup> L.E. Bonne, D.L. Kurtz, *Contemporary Business*, Orlando 1987, s. 56–57.

<sup>9</sup> *Mała encyklopedia ekonomiczna*, Warszawa 1974, s. 57.

<sup>10</sup> M. Kabaj, *Aktywna polityka zatrudnienia i środki walki z bezrobociem. Wybrane problemy*, Warszawa 1990, s. 11.

W przytoczonych definicjach bezrobocia i innych<sup>11</sup> w literaturze wyróżnia się stosunkowo często, że:

- dotyczy wszystkich osób pozostających bez pracy,
- dotyczy osób zdolnych i gotowych do podjęcia pracy na typowych warunkach występujących w gospodarce,
- dotyczy osób poszukujących pracę.

Biorąc powyższe kryteria pod uwagę można zdaniem E. Kwiatkowskiego<sup>12</sup>, zdefiniować bezrobocie jako zjawisko polegające na tym, że część ludności w wieku produkcyjnym, zdolnej do pracy i gotowej do podjęcia pracy odpowiadającej typowym warunkom występującym w gospodarce, pozostaje bez pracy, pomimo podjętych poszukiwań.

W polityce zatrudnienia ważna jest jednoznaczna interpretacja pojęcia bezrobotnego.

W poszczególnych państwach przyjmuje się różne kryteria kwalifikacyjne, których spełnienie jest podstawą uznania osoby fizycznej za bezrobotną<sup>13</sup>. Na przykład według ustaleń Międzynarodowej Organizacji Pracy bezrobotny to osoba, która jednocześnie<sup>14</sup>:

- pozostaje bez zatrudnienia,
- poszukuje pracy,
- w ciągu miesiąca poprzedzającego badanie rynku pracy efektywnie szukała pracy,
- w momencie badania oczekuje na podjęcie pracy w ciągu 15 najbliższych dni.

W krajach Unii Europejskiej przyjęto unormowania spraw bezrobocia, co znalazło swój wyraz już w Rozporządzeniu Komisji (WE) Nr 1897/200 z dnia 7 września 2000 roku. Definicję bezrobotnego sformułowano zgodnie z normami MOP, przyjętymi przez 13 i 14 Międzynarodową Konferencję Statystyki Pracy (ILCS) do celów badania sondażowego siły roboczej. Stąd osoby bezrobotne to osoby w wieku od 15 do 74 roku życia, które:

- pozostawały bez pracy podczas tygodnia referencyjnego, tj. nie były zatrudnione za wynagrodzeniem ani nie pracowały na własny rachunek (przez godzinę lub więcej),
- są obecnie gotowe do podjęcia pracy, tj. były gotowe podjąć zatrudnienie za wynagrodzeniem lub pracę na własny rachunek, przed końcem dwóch tygodni poprzedzających tydzień referencyjny,
- aktywnie szukały pracy, tj. podjęły konkretne czynności w ciągu czterotygodniowego okresu kończącego się tygodniem referencyjnym w celu poszukiwania zatrudnienia za wynagrodzeniem lub pracy na własny rachunek, lub znalazły pracę,

<sup>11</sup> M.in. D. Begg, S. Fischer, R. Dormbusch, *Makroekonomia*, Warszawa 1997, s. 18; D. Możdżeńka-Mrozek, M. Szyłko-Skoczny, *Kwestia bezrobocia*, [w:] *Polityka społeczna. Materiały do studiowania*, red. A. Rajkiewicz, J. Supińskiej, M. Książopolskiego, Katowice 1998, s. 171; W. Ratyński, *Problemy i dylematy polityki społecznej w Polsce*, Warszawa 2003, t. 1, s. 33; S. Szumpich, *Przemiany...*, op. cit.

<sup>12</sup> E. Kwiatkowski, *Bezrobocie i zatrudnienie*, [w:] *Elementarne zagadnienia ekonomii*, Warszawa 1995, s. 246.

<sup>13</sup> Szerzej zob. A. Wojtyna, *Nowe trendy w zachodniej ekonomii*, Kraków 1998, s. 10.

<sup>14</sup> J. Gogolewska, *Regulowanie rynku pracy*, [w:] *Polityka ekonomiczna*, red. B. Winiarski, wyd. 3. zm., Wrocław 2006, s. 404.

która miała rozpocząć się później, tj. w okresie co najwyżej następnych trzech miesięcy.

W praktyce gospodarczej stosowanej w państwach europejskich będących członkami UE, za bezrobotną uznaje się zazwyczaj osobę pozostającą przez pewien czas bez pracy i zarejestrowaną w urzędzie pracy. Prawo niemieckie zalicza do grona bezrobotnych osoby pozostające w sytuacji tymczasowego braku umowy o pracę, które można zaliczyć do grupy pracobiorców. Krótkotrwałe zajęcie (poniżej 18 godzin tygodniowo) nie wyklucza zaliczenia do grupy bezrobotnych. Równocześnie, rygorystycznie stosuje się zasadę dyspozycyjności bezrobotnego, co oznacza obowiązek zgłaszania się do urzędu zatrudnienia na każde wezwanie. Zignorowanie wezwania bez podania ważnych przyczyn przez bezrobotnego, powoduje, że w ciągu dwóch tygodni zostaje pozbawiony przysługujących mu dotychczasowych świadczeń<sup>15</sup>. We Francji za bezrobotną uznaje się osobę pozbawioną płatnego zatrudnienia lub zarobkowego zajęcia i aktywnie poszukującą pracę oraz gotową do jej podjęcia w ciągu tygodnia<sup>16</sup>.

W Holandii bywa, że notowana liczba bezrobotnych w tym samym czasie może się różnić nawet o 60%. Uzależnione jest to od źródła informacji, tzn. czy stopa bezrobocia podawana jest przez Centralne Biuro Statystyczne, czy Ministerstwo Spraw Socjalnych i Zatrudnienia. Wiąże się to z dwiema funkcjonującymi definicjami osoby bezrobotnej. Według Centralnego Biura Statystycznego za bezrobotną uznaje się osobę, która jest oficjalnie zarejestrowana, systematycznie aktualizuje dane osobowe i jest gotowa do podjęcia zaoferowanej pracy, zgodnie z podanymi informacjami przechowywanymi w biurze zatrudnienia, w ciągu dwóch tygodni od momentu otrzymania oferty. Oferowana praca musi jednak obejmować co najmniej połowę etatu. Bezrobotny nie musi systematycznie zgłaszać się do biura celem potwierdzenia swej gotowości do pracy, ale instytucja wypłacająca zasiłek systematycznie fakt obecności – sprawdza. W Centralnym Biurze Planowania natomiast bezrobotna jest osoba pozostająca bez pracy co najmniej jeden miesiąc i gotowa do podjęcia każdej pracy, bez względu na jej wymiar czasowy<sup>17</sup>.

Z przedstawionych przykładowo różnych pojęć bezrobotnego w krajach Unii Europejskiej wynika, że bezrobotny to osoba pozostająca krótszy lub dłuższy czas bez pracy, na ogół wyczekująca na propozycję pracy i różnie wykorzystująca ten okres. Ze względu na przyznawany zasiłek, osoby bezrobotne powinny lub muszą (w zależności od przepisów w danym kraju) zgłaszać się bądź w określonych terminach, bądź na wezwanie do Urzędu Pracy – pod groźbą utraty zasiłku dla bezrobotnych.

W Polsce aktualne unormowania dotyczące bezrobocia zawarte są w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy<sup>18</sup>.

Bezrobotny wg wymienionej ustawy to osoba:

- niezatrudniona i niewykonywująca innej pracy zarobkowej,
- zdolna i gotowa do podjęcia zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy obowiązującym w danym zawodzie lub służbie albo innej pracy zarobkowej, albo je-

<sup>15</sup> G. Chorążykiewicz, *Wybrane problemy bezrobocia*, „Polityka Społeczna” 1991, nr 5–6, s. 35.

<sup>16</sup> I. Reszke, *Wobec bezrobocia: opinie i stereotypy*, Warszawa 1995, s. 12.

<sup>17</sup> A. Kateyn, K. de Vos, *Social Security and Labor-Force participation in the Netherlands*, „The American Economic Review”, June 1998, s. 164–165.

<sup>18</sup> Dz.U. z 2004 r. Nr 99, poz. 1001.

- zeli jest osobą niepełnosprawną, zdolną i gotową do podjęcia zatrudnienia co najmniej w połowie tego wymiaru czasu pracy,
- nieucząca się w szkole, z wyjątkiem uczącej się w szkole dla dorosłych lub przystępującej do egzaminu eksternistycznego z zakresu szkoły lub w szkole wyższej w systemie wieczorowym, zaocznym lub eksternistycznym,
  - zarejestrowana we właściwym dla miejsca zameldowania stałego lub czasowego powiatowym urzędzie pracy,
  - oraz poszukująca zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej.

Natomiast bezrobotni wg BAEL<sup>19</sup> to osoby w wieku 15–74 lat, które jednocześnie:

- w okresie badanego tygodnia nie były osobami pracującymi,
- aktywnie poszukiwały pracy w ciągu 4 tygodni,
- były gotowe podjąć pracę w ciągu 2 tygodni następujących po badanym tygodniu.

Do bezrobotnych zalicza się także osoby, które nie poszukiwały pracy, ponieważ miały prace załatwioną i oczekiwały na jej rozpoczęcie przez okres nie dłuższy niż 3 miesiące oraz były gotowe tę pracę podjąć (do 2003 r. włącznie, definicja nie uwzględniała ich gotowości do podjęcia pracy).

Dość często nieprecyzyjne rozumiane jest aktywne poszukiwanie pracy. Powstają przy tym niejednokrotnie pytania o formy aktywności. Czy wystarczy dopytywanie i śledzenie informacji na tablicach informacyjnych w urzędach pracy, lub czy trzeba odwiedzać strony ogłoszeniowe gazet.

Wystarczy jednak podjąć kroki zaproponowane przez MOP w wymienionym wcześniej Rozporządzeniu Komisji Nr 1897/2000, polegające na:

- bezpośrednim zwracaniu się do pracodawców,
- pytaniu przyjaciół, krewnych, związków zawodowych itp. w celu znalezienia pracy,
- pozostawaniu w kontakcie z agencją prywatną w celu znalezienia pracy,
- studiowaniu ogłoszeń dotyczących pracy,
- umieszczeniu lub odpowiadaniu na ogłoszenia dotyczące pracy,
- poddaniu się testowi lub egzaminowi rekrutacyjnemu lub odbycie rozmowy kwalifikacyjnej
- składaniu podań o zezwolenia, licencje lub środki finansowe.

### Rodzaje bezrobocia

W literaturze można spotkać różne rodzaje bezrobocia<sup>20</sup>, podajemy jedną z częścię wymienianych klasyfikacji<sup>21</sup>.

<sup>19</sup> BAEL – badanie aktywności ekonomicznej ludności. Zgodnie z metodyką Międzynarodowej Organizacji Pracy – badania prowadzone są od 1992 r. GUS prowadzi badania ankietowe na temat aktywności ekonomicznej ludności; takie badanie zapewnia porównywalność danych w skali międzynarodowej.

<sup>20</sup> Z względu na dużą różnorodność funkcjonujących definicji przytaczanych w literaturze przypomnimy tylko niektórych częścię wymienianych autorów: J.J. Hughes, R. Perlman, *The Economics of Unemployment: A Comparative Analysis of Britain and the United States*, New York 1984, s. 26; *Kompendium wiedzy o gospodarce*, red. E. Cyrson, Warszawa–Poznań 1996, s. 84 i n.; E. Kwiatkowski, *Bezrobocie. Podstawy teoretyczne...*, s. 46 i n.; *Mikro i makroekonomia*, red. S. Marciniak, wyd. 2, Warszawa 1998, s. 193–195; *Polityka społeczna*, red. A. Frączkiewicz-Wronka, M. Zralek, Katowice 1998, s. 67.

<sup>21</sup> Uzupełnione opracowanie własne: S. Szumpich, *Problemy bezrobocia wielokrotnego*, Kraków 2000, s. 67, 80.

Przy klasyfikowaniu bezrobocia uwzględnia się zazwyczaj kryteria, takie jak:

- czas trwania [krótkookresowe do 3 miesięcy; średniookresowe 3–6 miesięcy; długookresowe 6–12 miesięcy; wielokrotne występują naprzemiennie okresy pracy i bezrobocia; długotrwałe pow. 12 miesięcy; chroniczne pow. 24 miesięcy],
- powstawanie przyczyn zjawiska [bezrobocie frykcyjne jest bezrobociem typu krótkookresowego (zazwyczaj kilkudniowego). Ma charakter bezrobocia przejściowego, związanego ze zmianą pracodawcy i miejsca wykonywania pracy; bezrobocie sezonowe, jest efektem zmian klimatycznych, powodujących okresowe zatrudnienie (zbierania owoców i warzyw, niektóre prace budowlane); bezrobocie strukturalne jest rezultatem ogólnej nierównowagi, między podażą zasobów siły roboczej a popytem na pracę. Nierównowaga ta wynika z sytuacji; restrukturyzacji lub likwidacji nierentownych gałęzi produkcji, co powoduje masowe bezrobocie i konieczność przekwalifikowania; w wyniku niekorzystnych zmian demograficznych (wyż demograficzny, migracje); w wyniku zmian techniczno-technologicznych (powodujących zmniejszenie zatrudnienia); bezrobocie cykliczne (koniunkturalne) – wywołane jest spadkiem popytu konsumpcyjnego i inwestycyjnego, co powoduje zmniejszenie zapotrzebowania w danym okresie na siłę roboczą],
- uwarunkowania demograficzne i społeczno-zawodowe [płeć (kobiety, mężczyźni); wiek (młodzież, ludzie starsi); zawód (robotnicy wykwalifikowani, niewykwalifikowani, różne kategorie zawodowe)],
- zasięg terytorialny [powszechne, regionalne, lokalne],
- przyjmowane założenia teoretyczne [klasyczne to bezrobocie dobrowolne; keynesowskie to bezrobocie przymusowe; stopień pewności; bezrobocie jawne, ujmwane w oficjalnych statystykach; bezrobocie ukryte – tworzą obok niezarejestrowanych bezrobotnych, także ci którzy pracują w niepełnym lub nieregularnym czasie pracy].

### Skutki bezrobocia

Bezrobocie pociąga za sobą wiele psychospołecznych, ekonomicznych i politycznych konsekwencji. Tylko niektóre z nich mają charakter wymierny. Następstwa bezrobocia są dotkliwe w wymiarze zarówno indywidualnym, jak i ogólnospołecznym. Najczęściej skutki bezrobocia kojarzą się ze skutkami negatywnymi, jednakże w pewnych przypadkach, jak zauważa Zofia Dach, mogą wystąpić pozytywne aspekty, szczególnie przy bezrobociu frykcyjnym. Do pozytywnych następstw związanych z bezrobociem można zaliczyć:

- pewną nadwyżkę podaży nad popytem na rynku pracy, która umożliwi przedsiębiorstwom lepsze przeprowadzanie procesów restrukturyzacji i inwestycji poprzez wymianę i dobór pracowników o pożądanym kwalifikacjach,
- możliwość zwolnienia ludzi nieprzydatnych, usunięcie bezrobocia ukrytego, redukcję kosztów zatrudnienia i wzrost wydajności pracy dzięki usprawnieniom organizacji pracy wprowadzaniu postępu technicznego i technologicznego,
- konkurowanie o miejsca pracy, szczególnie, w atrakcyjnych, dobrze płatnych zawodach, a w związku z tym zainteresowanie adekwatnym do potrzeb poziomem kwalifikacji, a co za tym idzie, satysfakcji z pracy, zadowolenia i zaspokojenia aspiracji pracowników.
- wzmocnienie dyscypliny pracy, obniżenie liczby zwolnień lekarskich<sup>22</sup>.

<sup>22</sup> Z. Dach, *Ekonomiczno-społeczne skutki bezrobocia*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 1993, nr 2, s. 12.



*Indywidualne skutki bezrobocia*

Indywidualne konsekwencje ponosi zarówno osoba bezrobotna, jak i jej rodzina. Należy tu wyróżnić:

- koszty z tytułu utraty dotychczasowych zarobków,
- pogorszenie standardu życia, a nawet postępujące ubóstwo,
- uniemożliwienie zakupu, np. potrzebnej standardowej odzieży,
- trudności w realizowaniu świadczeń związanych z mieszkaniem,
- ograniczanie przez bezrobotnego kontaktów towarzyskich,
- zauważalne pogarszanie stanu zdrowia osób pozbawionych pracy.

*W skali makroekonomicznej bezrobocie powoduje:*

- drenaż finansów publicznych na zasiłki i inne świadczenia socjalne,
- koszty z tytułu realizacji programów na rzecz przeciwdziałania bezrobociu,
- koszty utrzymania instytucji zajmujących się obsługą bezrobotnych,
- organizowanie robot publicznych,
- niewykorzystanie potencjału pracy jako czynnika rozwoju gospodarczego – zmniejszenie dochodów budżetowych, ponieważ bezrobotni nie uzyskują poprzedniej wysokości dochodów i stąd są niskie podatki dochodowe i obniżone składki na ubezpieczenie społeczne<sup>23</sup>.

Przy ocenie skutków makroekonomicznych bezrobocia zwrócono uwagę, że tendencjom spadkowym w gospodarce towarzyszy wzrost bezrobocia, natomiast wzrostowi produktu – spadek bezrobocia. Wielkość powstającej stąd w wyniku bezrobocia straty PKB oszacował A. Okun, stwierdzając, że na każdy 1 punkt procentowy przewyższający naturalną stopę bezrobocia, PKB zmniejsza się o 2 punkty procentowe. Pomimo matematycznego zapisu omawianego prawa, trzeba zwrócić uwagę, że prawo to oparte jest przede wszystkim na obserwacjach i wynikach empirycznych. Dlatego nie negując znaczenia poznawczego dla określenia wielkości strat PKB należy uznać za przybliżone (mogą być inne dla każdego państwa, zależnie od czasu prowadzonego badania). Jedną z implikacji w stosowaniu prawa Okuna może być fakt, że wzrost produktywności nie musi pociągać za sobą wzrostu liczby pracowników, jeżeli dokonamy zmiany technologii czy parku maszynowego, umożliwiających zwiększenie wydajności przy zmniejszonym zatrudnieniu<sup>24</sup>.

Innym skutkiem bezrobocia jest poczucie zagrożenia z powodu utraty pracy oraz emigracja wysoko wykształconych kadr<sup>25</sup>.

Pogorszenie stanu zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego W USA stwierdzono, że wzrostowi bezrobocia o 1% w ciągu 6 lat towarzyszył wzrost umieralności na choroby serca o 1,9%. Zwrócono również uwagę na zaburzenia sercowonaczyniowe, zwiększone ryzyko zawału serca itp. Z badań niemieckich wynika, że bezrobotni po 1,5 rocznym okresie pozostawania bez pracy są w znacznie gorszym stanie zdrowia niż pracujący. Przy długotrwałym bezrobociu wzrasta liczba podejmowanych usiłowań samobójstw, przy czym liczba ich jest dwukrotnie wyższa niż w całej

<sup>23</sup> S. Szumpich, *Problemy...*, s. 84–85.

<sup>24</sup> Prawo Okuna jest często przytaczane w literaturze: M.F.J. Prachowny, *Okun's Law: Theoretical Foundations and Revised*, „The Review of Economics and Statistics”, May 1993, Vol. 75, No. 2 s. 331–336; M. Burda, C. Wypłosz, *Makroekonomia. Podręcznik europejski*, Warszawa 1995; J. Unolt, *Ekonomiczne problemy rynku pracy*, Katowice 1999, s. 51.

<sup>25</sup> Por. m.in. Pilch, *op. cit.*, s. 374.

populacji pracowniczej. Dotychczasowe wycinkowe badania polskie potwierdzają tę zależność.

W świetle badań młodych bezrobotnych w krajach zachodnich obserwuje się trwałe i groźne zmiany w psychice. Frustracja, obojętność, zahamowanie rozwoju osobowości, obniżenie aspiracji edukacyjnych, lęk o przyszłość w rezultacie prowadzi do alkoholizmu, narkomanii, prostytucji i przestępczości<sup>26</sup>.

Badania psychologiczne bezrobotnych dotyczyły także zmian w sposobie odczuwania przez nich utraty pracy. Ich wyniki pokazały, że wiele negatywnych odczuć zanika, gdy bezrobotni ponownie podejmują pracę<sup>27</sup>.

Bezrobotny wraz z utratą pracy przestaje używać swoje indywidualne i społeczne umiejętności, które pozwalają mu funkcjonować z powodzeniem wśród ludzi, stając przy tym istotny czynnik zdrowia psychicznego.

### Swoiste cechy bezrobocia długotrwałego i wielokrotnego

Bezrobocie długotrwałe to najważniejsza kwestia społeczna w większości krajów OECD. Istnieje liczna grupa krajów, w których udział bezrobocia długotrwałego osiąga lub przekracza 50% bezrobocia ogółem (Irlandia – 70%, Włochy – 68%, Belgia 61%, Niemcy 52%, Słowacja 52%, i Hiszpania 50%). W polskiej gospodarce bezrobocie długotrwałe osiągnęło skalę masową pod koniec 2000 roku i wyniosło 1207 tys. osób, tj. 45% bezrobocia ogółem<sup>28</sup>.

Bezrobocie długotrwałe wywołuje także negatywne skutki psychospołeczne. Ilustrację tych skutków przedstawiono poniżej.

### Skutki bezrobocia na płaszczyźnie społecznej



Źródło: H. Jacobs, *Arbeitslosigkeit in der BRD*, Ernst Klett, Stuttgart 1979, s. 28, [za:] M. Szylo-Skoczny, *Bezrobocie jako kwestia społeczna. Studium społecznych i prawnych problemów bezrobocia w RFN*, IPISS, Warszawa 1987, s. 30.

<sup>26</sup> *Ibidem*, s. 375 i 383.

<sup>27</sup> Por. *Bezrobocie. Podręcznik pomocy psychologicznej*, red. A. Bańki, Poznań 1992, s. 28.

<sup>28</sup> Szerzej: *Badanie bezrobocia długotrwałego*, red. M. Kabaj, Raport IPISS, z. 21, Warszawa 2001, s. 10–12.

Bezrobocie najpierw bywa często szokiem. Po pewnym czasie nadchodzi okres optymizmu związanego z możliwością otrzymania pracy, później następuje etap nadziei na otrzymanie pracy i w końcu popadanie w fatalizm.

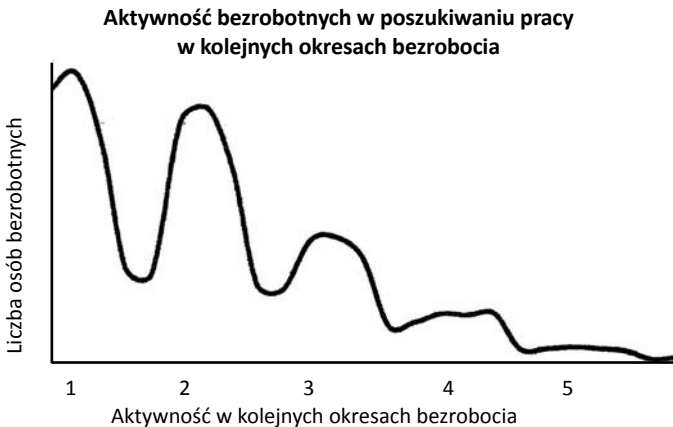
W okresie optymizmu warto zastanowić się, co może bezrobotny zrobić, aby pomóc sobie w znalezieniu pracy. Czy zmienić: zawód, miejsce zamieszkania, a może podjąć pracę za niższą płacą od poprzednio otrzymywanej. Może również zaprzestać prób podjęcia (jego zdaniem nieodpowiedniej) pracy, do czasu aż przyjdzie ta odpowiednia.

W fazie pesymizmu, narastają kłopoty finansowe, oprócz narastającego znudzenia, frustracji, następuje spadek odczucia wartości swoich możliwości<sup>29</sup>.

Swoje szanse na ponowne zatrudnienie bezrobotni oceniają jako zdecydowanie malejące, szczególnie w dłuższym okresie.

Bezrobocie wielokrotne związane jest z osobami, które więcej niż raz w życiu doświadczyły bezrobocia. Bezrobocie wielokrotne zaczęło stanowić w Polsce rosnący problem od połowy lat 90. Jeszcze w 1994 roku stanowiło ono 43% bezrobocia ogółem, a już w 1998 roku osiągnęło 71%<sup>30</sup>.

Dotychczasowe wstępne przeprowadzone przez nas badania dla subpopulacji osób wielokrotnie bezrobotnych, pozwalają na sformułowanie wniosku, iż w polskich warunkach XXI wieku maleje aktywność bezrobotnych w poszukiwaniu pracy przy kolejnym bezrobociu. Maleje liczba wolnych miejsc pracy. Wciąż wiele możliwości zatrudnienia występuje w szarej strefie. Oprócz rejestrowanej występuje w znacznej skali okresowa migracja zarobkowa. Omawiane zależności zmniejszającej się aktywności w poszukiwaniu pracy przedstawiono na wykresie poniżej<sup>31</sup>:



Źródło: S. Szumpich, *Problemy bezrobocia wielokrotnego*, Kraków 2000, s. 60.

<sup>29</sup> Por. S. Szumpich, *Przemiany...*, s. 85–87.

<sup>30</sup> Szerzej: S. Szumpich, *Problemy...*, *op. cit.*

<sup>31</sup> Badania przeprowadzono na próbie obejmującej 984 osób bezrobotnych wielokrotnie. Praca wykonana w ramach projektu badawczego nr 1 HO2F 00315 finansowanego przez KBN.

Przy pierwszym bezrobociu, po okresie zaskoczenia i szoku rozpoczyna się okres poszukiwania pracy. Towarzyszą temu refleksje, jaką można uzyskać pracę. Jest to okres nadziei i wzrastającej aktywności w poszukiwaniu pracy. Bezrobotny zostaje na powrót pracownikiem, choć nie na miarę swoich oczekiwań.

Przy następnym bezrobociu szok jest nieco mniejszy. Oczekiwania i wymagania odnośnie nowej pracy z reguły są mniejsze niż w sytuacji pierwszego bezrobocia. Poszukiwania zostają uwierczone otrzymaniem nowego zatrudnienia.

W miarę stawania się po raz kolejny bezrobotnym, szok jest mniejszy, nadzieje na otrzymanie pracy coraz bardziej maleją, oczekiwania płacowe – minimalizują się, aktywność poszukiwania pracy spada.

W zależności od stanu psychicznego, stopnia pogarszającego się stanu zdrowia, warunków rodzinnych i wysokości opłat związanych z mieszkaniem, choć w sposób zróżnicowany, u poszczególnych bezrobotnych nie tylko zmniejsza się, ale zanika aktywność poszukiwania pracy – co prowadzi do trwałego bezrobocia.

Proces adaptacji społecznej do wielokrotnego bezrobocia wymaga nie tylko określonego poziomu świadomości społecznej o funkcjonowaniu nowego modelu okresu życia zawodowego przeplatanego kolejnymi okresami kolejnego zatrudnienia i bezrobocia. Wymaga to określonych planowych działań i odpowiednich środków finansowych ze strony państwa.

### Samopoczucie i stan zdrowia

Samopoczucie<sup>32</sup> jest określonym odczuwanym stanem psychicznym, który jest wyrażany najczęściej przez emocje. Emocje<sup>33</sup> są odzwierciedleniem stosunku danego człowieka do sytuacji, do siebie samego. Wynikają z zagrożenia, ograniczenia i niezaspokojenia potrzeb spowodowanych sytuacją życiową bezrobotnego. W sytuacji bezrobocia wartość emocji jest ujemna, gdyż stwarza stan zagrożenia. Ruchliwość emocji jest zróżnicowana od znacznej (wściekłość, oburzenie, irytacja) do dezaktywującej (apatia, przykrość, żal, depresja). Czas trwania emocji jest zróżnicowany i waha się w granicach od sekund (np. wściekłość, oburzenie) aż po dłuższy okres (odczucie przykrości, poczucie bezradności)<sup>34</sup>.

Emocje mogą mobilizować do zmiany sytuacji<sup>35</sup> lub niekorzystną sytuację pogłębiać, powodując w dłuższym okresie również pogorszenie stanu zdrowia<sup>36</sup>.

Stan zdrowia kojarzy się z jego jakością. Zdrowie według Światowej Organizacji Zdrowia ujmuje się nie tylko jako brak choroby, ale również jako pełnię fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu jednostki ludzkiej i jej zdolność do adapta-

<sup>32</sup> Zob. *Słownik współczesnego języka polskiego*, Warszawa 1998, t. 2, s. 292.

<sup>33</sup> Definicje emocji doczekały się bardzo wielu sformułowań w literaturze przedmiotu, m.in. W. Szewczyk, *Psychologia*, Warszawa 1990, s. 486–489; A.P. Sperrling, *Psychologia*, Poznań 1995.

<sup>34</sup> Szerzej S. Szumpich, *Bezrobocie wielokrotne. Lokalne problemy społeczno-ekonomiczne*, Bielsko-Biała 1999, s. 108–109.

<sup>35</sup> *Natura emocji. Podstawowe zagadnienia*, red. P.E. Ekman, R.J. Davidson, Gdańsk 1999, s. 43.

<sup>36</sup> Wiele badań dotyczących określonych niekorzystnych skutków emocji dla bezrobotnych dotyczyło szczególnie okresu wielkiego kryzysu. Zob. m.in. J.F. Terelak, *Psychologia pracy i bezrobocia*, Warszawa 1993, s. 280 i n.

cji do zmieniających się warunków otaczającego środowiska<sup>37</sup>. Dlatego bezrobocie może być bezpośrednią lub pośrednią przyczyną różnych naruszeń stanu zdrowia.

W okresie polskiej transformacji prowadzono szereg badań związanych ze skutkami bezrobocia. Przytoczmy przykładowe zestawy wyników badań prowadzonych w dwóch różnych instytucjach badawczych w 1999 i w 2007 roku<sup>38</sup>.

Samopoczucie bezrobotnego ogólnie jest bardzo złe. U wielu osób stan bezrobocia wywołuje złość, zdenerwowanie (24,1%), rozżalenie poczucie krzywdy połączone z nadzieją, że coś się zmieni (19,7%), bezradność, załamanie, brak możliwości wyjścia z tej sytuacji (16,6%)<sup>39</sup>.

W kolejnych badaniach (2007) ponad połowa bezrobotnych deklarowała, że obserwuje u siebie pogorszenie nastroju i napięcie nerwowe. Blisko 48% odczuwało irytację, a 25% miało poczucie krzywdy i upokorzenia, blisko 40% badanych odczuwało lęk o egzystencję swoją i rodziny<sup>40</sup>.

Samocena stanu zdrowia dokonana przez bezrobotnych wykazała, że prawie 16% bezrobotnych zauważyło, iż odkąd utracili zatrudnienie ich stan zdrowia uległ wyraźnemu pogorszeniu. 34,2% badanych zauważyła w okresie bezrobocia nowe dolegliwości. Najczęściej (54%) skarżono się na bezsenność. W dalszej kolejności (36%) zauważano częściej występujące bóle głowy. Ponad 22% odczuwało ból w klatce piersiowej a 14,2% respondentów odczuwało bóle brzucha. Bóle całego ciała zaczęło odczuwać 9,2% badanych. Omawiane dolegliwości występowały częściej u mężczyzn niż u kobiet. Zwrócono także uwagę, że dolegliwości związane są częściej z bezrobotnymi od dwóch lat<sup>41</sup>.

Ponad połowa respondentów w okresie bezrobocia została zdiagnozowana lub zaostrzyła się u nich choroba przewlekła. Objęci badaniami lekarskimi wskazywali przede wszystkim na zaburzenia psychiczne (ok. 17%), w następnej kolejności: choroby układu pokarmowego (12,5%), choroby układu krążenia (prawie 12%) i choroby układu oddechowego (dotyczyły 5%). Choroby przewlekłe występowały częściej u mężczyzn (57,7%), niż wśród kobiet (47,1%). Mężczyzn częściej dotyczyły zaburzenia psychiczne (21,2% w stosunku do 13,2% kobiet) i choroby układu oddechowego (7,75 w porównaniu do 2,9%). Wraz z postępującym wiekiem zwiększało się występowanie chorób układu krążenia. Pozostałe choroby wcześniej wymienione, występowały najczęściej w grupie bezrobotnych w przedziale wieku 45–54 lat<sup>42</sup>.

<sup>37</sup> Szereg definicji zdrowia wraz z ich omówieniem przytacza L. Frąckiewicz, *Polityka ochrony zdrowia*, Warszawa 1983, s. 19 i n.

<sup>38</sup> W obydwu badaniach jako narzędzie badania wykorzystano kwestionariusze ankiety.

<sup>39</sup> *Badanie bezrobocia długotrwałego...*, s. 126. Przytoczono wyniki z terenu województwa lubelskiego.

<sup>40</sup> S. Kostrzewski, H. Worach-Kardas, *Zdrowotne i społeczno-ekonomiczne aspekty długotrwałego bezrobocia w środowisku wielkomiejskim*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2008, nr 89 (4), s. 504–510. Wyniki obejmują badanych bezrobotnych długotrwanie z terenu Łodzi w 2007 roku.

<sup>41</sup> Na podstawie: S. Kostrzewski, H. Worach-Kardas, *op. cit.*, s. 507.

<sup>42</sup> *Ibidem*, s. 507–508.

### Bezrobocie wielokrotne<sup>43</sup>

Bezrobocie wielokrotne uzależnione jest zarówno sytuacją gospodarczą kraju, jak i na rynku pracy, ważne są także zmiany aktywności poszukiwania pracy w okresach kolejnego bezrobocia. Jednym z ujemnych skutków tego rodzaju bezrobocia są narastające niekorzystne zmiany stanu zdrowia bezrobotnych.

Przy ustalaniu samopoczucia bezrobotnych w kolejnych pięciu okresach bezrobocia uwzględniono nasilenie lub brak występowania dziewięciu wytypowanych emocji. Stopniowo występuje tu wygaszanie poziomu występowania emocji i bezrobotny przestaje wierzyć w możliwość powodzenia w poszukiwaniach pracy.

Szczegółowe dane liczbowe przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela. Samopoczucie osób bezrobotnych w kolejnych okresach bezrobocia

Emocje w okresie bezrobocia	Pierwsze bezrobocie		Drugie bezrobocie		Trzecie bezrobocie		Czwarte bezrobocie		Piąte bezrobocie		Ogółem
	licz-bowo	w %	licz-bowo	w %	licz-bowo	w %	licz-bowo	w %	licz-bowo	w %	
	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Wściekłość	88	9,0	52	5,3	35	3,6	15	1,5	12	1,2	202
Oburzenie	56	5,7	39	4,0	20	2,0	13	1,3	7	0,7	135
Irytacja	53	5,4	41	4,2	17	1,7	15	1,5	11	1,1	137
Poczucie bezradności	90	9,2	69	7,0	72	7,3	35	3,6	19	1,9	285
Apatia	31	3,2	24	2,4	16	1,6	9	0,9	8	0,8	88
Depresja	39	4,0	24	2,4	42	4,3	29	3,0	6	0,6	140
Rozczarowanie	105	11,0	68	6,9	21	2,1	9	0,9	6	0,6	209
Odczucie przykrości	76	7,7	60	6,1	38	3,9	17	1,7	4	0,4	195
Żal	62	6,1	47	4,8	19	1,9	11	1,1	7	0,7	146
	600	63,5	424	43,1	280	28,4	153	15,5	80	8,1	1537

Źródło: Kwestionariusze wywiadu.

Charakterystyka nasilenia występowania poszczególnych emocji przedstawia się następująco:

- wściekłość. Najsilniej ta emocja występuje w pierwszym okresie bezrobocia (9%), później częstotliwość jej zmniejsza się z 9 do 1,2%. Częściej występuje u mężczyzn niż u kobiet,
- oburzenie. Przy pierwszym bezrobociu odczuwa 5,7% respondentów, później stopniowo maleje (szczególnie od trzeciego bezrobocia 2%) do 0,7% przy piątym bezrobociu),
- irytacja. Skala jej odczuwania jest podobna do wyników emocji – oburzenia,
- poczucie bezradności. Odczuwa prawie co dziesiąty z badanych i też – maleje w miarę kolejnych okresów bezrobocia,

<sup>43</sup> W ramach projektu badawczego nr 1 H02F 0031 zleconego przez KBN podjęto po raz pierwszy w 1998 r. na szeroką skalę (1000 osób) badania osób bezrobotnych wielokrotnie. Wyniki badań autorskich zamieszczono w publikacji: S. Szumpich, *Bezrobocie wielokrotne...*, s. 193.

- depresja. Dotyczy 4% ankietowanych i stopniowo zmniejsza się,
- rozczarowanie. Przy pierwszym bezrobociu obejmuje najwięcej respondentów (aż 11%). Następnie znacząco spada (do 0,6%). Przy pierwszym bezrobociu jest wynikiem przede wszystkim zaskoczenia, dlatego mniej to spotkało i nie czekają na mnie inne propozycje pracy. Kolejne wyczekiwania to zdecydowane spadki nadziei,
- odczucie przykrości. Też bardzo znaczące (7,7%). Ulega również wydatnemu zmniejszeniu w kolejnych etapach bezrobocia (do 0,45%),
- żal. (6,3%) Jak każdy żal z czasem przemija (do 0,7%). Szczególnie dotkliwie żal odczuwają kobiety, które czują się zagubione i kolejne zwolnienia odbierają jako narastającą niesprawiedliwość.

Opisywany stan emocjonalny towarzyszy zdecydowanie mniejszej części zbiorowości bezrobotnych wielokrotnie, niż to się powszechnie uważa. Pozwala to na przyjęcie hipotezy, że przeważająca część bezrobotnych wielokrotnie zaczyna przyzwyczajać się do zmiennych okresów zatrudnienia i bezrobocia. Na ogół ludzie w młodszych grupach wiekowych szybciej przyzwyczajają się do takiej zmienności losów. Starsi szczególnie w wieku przedemerytalnym traktują to jako swoiste fatum i zły los.

Wszystkim badanym wielokrotnie bezrobotnym towarzyszą w kolejnych etapach bezrobocia narastające niedomagania zdrowotne. Stan zdrowia w okresie bezrobocia wielokrotnego: 20% respondentów ocenia jako bardzo dobry, 47% jako odpowiedni do wieku, natomiast 33% stwierdza, że ciągle im coś dolega. Metodą badawczą oceny stanu zdrowia był sondaż diagnostyczny na próbie 1000 osób. W ten sposób ustalono odczuwane w okresie przeprowadzanych wywiadów dolegliwości zdrowotne badanej populacji. Najczęściej występowały: choroby układu nerwowego (37%), bóle głowy (12%), choroby serca i krążenia (11%), choroby reumatyczne (10%), choroby układu mięśniowo-kostnego (9,3%), choroby przewody pokarmowego (75%), choroby kobiece (6,2%), choroby układu oddechania (5%), inne (tarczycza, alergie, zylaki) (3,7%), urazy ciała (2,4%).

Zdaniem przedstawicieli nauk medycznych<sup>44</sup> i polityków ochrony zdrowia; szczególnie choroby układu nerwowego, bóle głowy, choroby serca i krążenia w znacznej liczbie przypadków mają związek ze społeczno-psychologicznymi konsekwencjami bezrobocia wielokrotnego.

### **Wpływ bezrobocia na podstawowe funkcje rodziny**

Prawidłowo rozwijająca się rodzina, nie tylko ma istnieć w sensie formalnym czy spełniać rolę usługowo-bytową, ale powinna spełniać szereg istotnych funkcji<sup>45</sup>. Bezrobocie najczęściej zakłóca a niejednokrotnie uniemożliwia wypełnianie obligatoryjnych zadań rodziny.

Dłuższe pozostawanie bez pracy nie tylko nie sprzyja zawieraniu nowych małżeństw, ale wpływa także na powstawanie procesów dezintegracyjnych w istnieją-

<sup>44</sup> Prof. dr hab. med. Janusza Indulskiego IMP Łódź i prof. zw. dr hab. L. Frąckiewicz, AE Katowice.

<sup>45</sup> Funkcje rodziny omawia szczegółowo J. Szczepański, *Elementarne pojęcia socjologii*, Warszawa 1974; *Polityka społeczna. Zarys wykładu wybranych problemów*, red. L. Frąckiewicz, Katowice 2002; J. Pilch, *Bezrobocie nowa kwestia społeczna*, [w:] *Pedagogika społeczna*, red. T. Pilch, I. Lepalczyk, Warszawa 1995.

cych rodzinach (zwiększa się liczba rozwodów). Zjawisko bezrobocia wywala często postawy przemocy w rodzinie<sup>46</sup>.

Powyższe stanowisko potwierdza S. Kozak, który zwraca uwagę, że pogorszenie warunków materialnych rodziny w wyniku bezrobocia może przyczyniać się do wzrostu przestępczości. Depresja materialna ma wpływ na zahamowanie w czasie tworzenia się nowej rodziny. Ci którzy decydują się na zawarcie małżeństwa, odkładają w czasie decyzję posiadania potomka, tłumacząc potrzebą stworzenia warunków do wychowania dziecka<sup>47</sup>.

W sytuacji bezrobocia zagrożona jest realizacja czterech funkcji przypisywanych rodzinie, takich jak:

- 1) ekonomiczno-konsumpcyjna [bezrobocie powoduje pauperyzację, która istotnie obniża jakość życia],
- 2) opiekuńczo-wychowawcza [m.in. obniżenie aspiracji edukacyjnych],
- 3) emocjonalno-ekspresyjna [zakłócenie emocjonalnych potrzeb członków rodziny związanych ze współżyciem rodzinnym, takich jak: nabywanie umiejętności okazywania i przyjmowania miłości, szacunku, zrozumienia, jak również akceptacji takiego jakim się jest. Funkcja ta ma zapewniać poczucie bezpieczeństwa i oparcia we własnej rodzinie, szczególnie w chwilach niekorzystnych i tragicznych w życiu jednostki]<sup>48</sup>. Bezrobotny traci pozycję w małżeństwie i w rodzinie, obniża się jego autorytet. Źłe zaczynają układać się stosunki dzieci–rodzice, ponieważ rodzice nie są w stanie zaspokoić oczekiwań konsumpcyjnych dzieci, co obniża ich pozycję w środowisku rówieśniczym. U dorosłych narasta poczucie lęku o przyszłość własną i rodziny, co zagraża poczuciu bezpieczeństwa<sup>49</sup>,
- 4) socjalizacyjna [czyli kulturywanie, przekazywanie systemu wartości, norm postępowania i wzorów zachowania swoim członkom; nie ma klimatu do rozbudzania aspiracji kształtowania pozytywnego systemu wartości, czy norm postępowania. Sytuacja taka sprzyja roszczeniowym postawom wobec państwa, z wyłączeniem nawet własnej współodpowiedzialności]<sup>50</sup>.

### Poziom bezrobocie i sposoby jego ograniczania

Bezrobocie jest zjawiskiem obecnym w Polsce, w Unii Europejskiej oraz na całym świecie. Tylko w 2009 roku na świecie straciło pracę 27 mln osób, a liczba bezrobotnych wzrosła do 212 mln osób. W USA stopa bezrobocia w maju 2012 roku wyniosła 9,7%, w Japonii w tym okresie – 5,1% a w Unii Europejskiej – 10,1% (Niemcy – 7,7%, Hiszpania – 20%, Irlandia – 13%, Szwecja 10,5%, Grecja 10%, Włochy – 8%). Bezrobocie w strefie UE jest najwyższe od 12 lat<sup>51</sup>.

<sup>46</sup> Por. E. Kwiatkowski, W. Kwiatkowska, *Bezrobocie i jego skutki społeczno-ekonomiczne w okresie transformacji systemu społeczno-gospodarczego w Polsce*, Szkoła Wyższa im. P. Włódkowica w Płocku, „Zeszyty Naukowe” 1998, t. 10, s.68–69.

<sup>47</sup> Zob. S. Kozak, *Patologie w środowisku pracy. Zapobieganie i leczenie*, Warszawa 2009, s. 287.

<sup>48</sup> Na podstawie: *Polityka społeczna. Zarys wykładu...*, s. 55.

<sup>49</sup> Na podstawie: J. Pilch, *op. cit.*, s. 378.

<sup>50</sup> Szczególnie na podstawie: *Pedagogika społeczna...*

<sup>51</sup> Zob. <http://www.forbes.pl/tagi/1233?bezrobocie?gelid=CIDemJelvalCFQ...>



Bezrobocie w Polsce po drugiej wojnie światowej pojawiło się w początkowym okresie, politycznej i gospodarczej transformacji (w 1990 roku) i gwałtownie przeobraziło charakter ówczesnego rynku pracy. O zmniejszeniu liczby pracujących zdecydowały przede wszystkim procesy zmian własnościowych, restrukturyzacja niektórych dziedzin gospodarki, połączona z restrukturyzacją zatrudnienia, jak również zmiany w technice, technologii a także zmiany w organizacji pracy.

W wyniku tych procesów nastąpił spadek liczby zatrudnionych. W ciągu dwóch pierwszych lat (1990–1991) liczba bezrobotnych przyrastała w tempie przekraczającym średnio 1 milion rocznie, osiągając w końcu 1991 roku poziom 2,2 mln. Kolejne lata charakteryzowały się dalszym choć wolniejszym tempem wzrostu bezrobocia (o około 400 tys. rocznie). W pierwszym kwartale 1994 roku bezrobocie wyniosło ponad 2950 tys. osób. W styczniu 2002 roku osiągnęło swoiste apogeum – 18,5% (3,25 mln osób). W następnych latach bezrobocie malało i wzrastało, nie osiągając już tak drastycznych rozmiarów<sup>52</sup>.

Kryzys ekonomiczno-finansowy o zasięgu światowym rozpoczęty w 2008 roku miał swoje odbicie również w zakresie znacznego wzrostu bezrobocia. Polska jest jedynym krajem w Unii Europejskiej, który utrzymał wzrost gospodarczy. Ekspansja kredytowa była tu o wiele wolniejsza niż w innych krajach i nie było także eksplozji cen aktywów. Towarzyszyło temu utrzymanie w Polsce rygorystycznej polityki budżetowej, wartość złotego obniżyła się o 30%, co zamortyzowało szok dla eksporterów. Dalsze wyniki gospodarcze Polski zależą w znaczącym stopniu od ożywienia gospodarczego w Niemczech, gdyż znaczny wolumen naszego eksportu związany jest z tym krajem. Na rozmiary naszego bezrobocia ważny wpływ ma spożycie wewnętrzne, gdy jest ono większe to bezrobocie jest mniejsze<sup>53</sup>.

W polskich Urzędach Pracy w grudniu 2012 r. zarejestrowano 2136,8 tys. bezrobotnych, co daje stopę bezrobocia 13,4%. Natomiast w styczniu 2013 r. liczba ta wzrosła o 159,2 tys. osób bezrobotnych, co skutkuje wzrostem stopy bezrobocia do 14,2% bezrobotnych. Wzrost bezrobocia wystąpił we wszystkich województwach. Ostatni tak wysoki poziom bezrobocia zanotowano sześć lat wcześniej w marcu 2007 r., kiedy wskaźnik ten sięgał 14,3%. W Polsce bezrobociem dotknięty jest już co trzeci młody człowiek, chociaż trudno to porównywać np. z sytuacją w Grecji czy Hiszpanii, gdzie pracy nie ma blisko 60% osób poniżej 25 roku życia. W krajach UE poziom bezrobocia jest znacznie zróżnicowany, co wynika z ich różnego poziomu rozwoju gospodarczego i umiejętności wychodzenia ze skutków obecnego kryzysu ekonomiczno-finansowego. W Polsce przeciwdziałania bezrobociu są nie w pełni wykorzystane, choćby taki jak uelastycznienie instrumentów prawno-ekonomicznych w celu lepszego wykorzystania potencjału małych i średnich przedsiębiorstw. Jak wynika z danych CBOS: 62% bezrobotnych poszukuje pracy z różnym powodzeniem, z czego 59% gotowych jest szybko ją podjąć. Wynik ten jest znacznie wyższy (78%), jeśli weźmiemy pod uwagę tylko bezrobotnych zarejestrowanych w Urzędach Pracy. Niemalą grupę (27%) stanowią niezdecydowani którzy nie wierzą już w swoje szanse na rynku pracy. Zdarzają się również tacy (7%), którzy pracy nie szukają, ale gotowi szybko ją podjąć, jeśli nadarzy się taka okazja<sup>54</sup>.

<sup>52</sup> *Polityka społeczna. Zarys wykładu...*, s. 182.

<sup>53</sup> <http://biznes.gazetaprawna.pl/artykuly/336277,polska-jedyna-w-ue-...>

<sup>54</sup> Według informacji Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej (na stronach internetowych i w publikacjach prasowych).

Z różnych prowadzonych od lat badań wynika, że ponad połowa Polaków uważa, iż bezrobotni nie pracują z powodu lenistwa; bezrobotny kojarzy się nam z kimś niewykształconym, niezaradnym i biernym. Polskie społeczeństwo nie przywykło jeszcze do myśli, że bezrobocie i częsta zmiana pracy to coś naturalnego. Odchodzi w przeszłość model jednego miejsca pracy na całe życie<sup>55</sup>.

### Problemy ograniczania bezrobocia

Przeciwdziałanie bezrobociu stało się znaczącym wyzwaniem dla polityki społecznej wielu państw.

Na skuteczność realizowanej przez państwo polityki społecznej w zakresie bezrobocia wpływa, w istotny sposób, zakres i charakter regulacji prawnej środków i instrumentów, które mają na celu ograniczenie rozmiarów i skutków społecznych bezrobocia oraz ilość środków finansowych na ten cel i efektywność ich wykorzystania. W Polsce sprawy związane z bezrobociem i działaniami w tym zakresie reguluje Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, która określa zadania państwa w zakresie promocji zatrudnienia, łagodzenia skutków bezrobocia oraz aktywizacji zawodowej<sup>56</sup>.

Ustawa przewiduje pasywne i aktywne instrumenty przeciwdziałania bezrobociu.

Pasywna polityka państwa – opiera się na instrumentach, które zmierzają do zmniejszenia lub łagodzenia ujemnych, ekonomicznych i społecznych konsekwencji bezrobocia; obejmuje ona:

- zasiłki dla bezrobotnych,
- jednorazowe odszkodowania dla osób zwalnianych z pracy,
- dodatki związane z wcześniejszym przechodzeniem na emeryturę,
- popieranie systemów elastycznego kształtowania zarobków, redukcja płac realnych już zatrudnionych pracowników,
- skracanie czasu pracy, przymusowe urlopy,
- zasiłek dla bezrobotnych.

Prawo do zasiłku przysługuje bezrobotnemu za każdy dzień kalendarzowy po upływie 7 dni od dnia zarejestrowania w powiatowym urzędzie pracy. Zasiłek jest świadczeniem okresowym wypłacanym generalnie przez 12 miesięcy (przy spełnieniu odpowiednich warunków odnośnie stażu, gotowości i zdolności do podjęcia pracy oraz braku propozycji zatrudnienia). Wysokość zasiłku uwzględniona jest kwotowo i zależy od długości okresu uprawniającego do zasiłku<sup>57</sup> (od 80 do 120% kwoty zasiłku).

Aktywna polityka zatrudnienia opiera się na:

- narzędziach, które mają na celu zwiększenie liczby miejsc pracy,
- działaniach zmierzających do ograniczenia bezrobocia na danym terenie, takich jak: szkolenia, staż u pracodawcy i przygotowanie zawodowe w miejscu pracy, wsparcie działalności gospodarczej, prace interwencyjne, prace społecznie użyteczne, roboty publiczne, aktywizacja bezrobotnych w ramach programów specjalnych i zajęć w klubach pracy.

<sup>55</sup> *Ibidem*.

<sup>56</sup> Dz.U. z 2004 r. Nr 99, poz. 1001 z późn. zm.

<sup>57</sup> Szerzej w ustawie *ibidem*.

W ramach aktywnej polityki zatrudnienia, służącej ograniczaniu rozmiarów lokalnego bezrobocia, upatrywano możliwości w tworzeniu inkubatorów przedsiębiorczości i specjalnych stref ekonomicznych. Te działania nie obejmowały zbyt licznej rzeszy bezrobotnych. Funkcjonowało i funkcjonuje wiele inkubatorów przedsiębiorczości przy niewielkich stosunkowo rozmiarach zatrudnienia. Powstanie specjalnych stref ekonomicznych również nie przyczyniło się do znaczącego ograniczenia bezrobocia<sup>58</sup>.

### **Barriere i czynniki sprzyjające ograniczeniu bezrobocia**

Na ogół ekonomiści tłumaczą bezrobocie niedopasowaniem kwalifikacji bezrobotnych do oczekiwań pracodawców. Wini się także regulacje prawne, z jednej strony np. zbyt wysokie podatki a z drugiej – płaca minimalna i zbliżone do niej zasiłki dla bezrobotnych. Wpływ na rozmiary bezrobocia ma na pewno koniunktura gospodarcza (*hossa lub bessa*). Nie bez znaczenia są regulacje prawne zawarte w kodeksie pracy, określające warunki przyjmowania i zwalniania pracowników czy obowiązek utrzymania etatu dla kobiet powracających z urlopów macierzyńskich i wychowawczych, co jest obciążeniem dla przedsiębiorstwa.

W krajach Europy Zachodniej występuje zróżnicowana ochrona prawna zatrudnienia. Znajduje to swoje odbicie w zatrudnianiu m.in. w niepełnym wymiarze czasu pracy. Na przykład, w 2005 roku we Włoszech jedynie 45,3% kobiet w wieku produkcyjnym (15–64 lat) pracowało zarobkowo, wobec 65% w Holandii<sup>59</sup>.

Wielkość bezrobocia związana jest także z pozapłacowymi kosztami pracy. Na ten rodzaj kosztów składają się wszelkie obciążenia w postaci podatków i składek ubezpieczeniowych, które stanowią różnicę pomiędzy całkowitymi kosztami pracy, jakie ponosi pracodawca, a wynagrodzeniem na rękę, które otrzymuje pracownik. Część wymienionej kwoty przeznaczona jest na przyszłe emerytury, a reszta na inne wydatki, takie jak: wcześniejsze emerytury, renty chorobowe czy transfery dla bezrobotnych. Pozapłacowe koszty pracy, określa się jako klin podatkowy<sup>60</sup>. Wysoki klin podatkowy przyczynia się do relatywnie niskich płac, to z kolei sprawia zainteresowanie pracą w szarej strefie; rośnie również zainteresowanie dostępnością dochodów niezwiązanych z wykonywaniem pracy (głównie wysokimi zasiłkami dla bezrobotnych i zasiłkami z pomocy społecznej).

Pewien wpływ (choć zróżnicowany w różnych krajach) pośrednio na poziom bezrobocia mają związki zawodowe. Siła przetargowa związków zawodowych zależy od siły, którą dysponują pracownicy w negocjacjach z pracodawcami. W przypadku gdy warunki pracy są ustalane bezpośrednio pomiędzy pracodawcami i poszczególnymi pracownikami, to o wysokości wynagrodzeń decydują faktyczne kwalifikacje i kon-

<sup>58</sup> Bardziej wyczerpująco patrz: S. Szumpich, *Przemiany...*, s. 174–176.

<sup>59</sup> Zob. W. Wojciechowski, *Skąd się bierze bezrobocie?*, Warszawa 2008, s. 8.

<sup>60</sup> Dla porównań międzynarodowych wysokość pozapłacowych kosztów pracy wyraża się jako procentowy udział tych obciążeń w całkowitych kosztach pracy. Na tym tle występują duże różnicowania dla różnych krajów; Irlandia 25,7%, Wielka Brytania 29,1%, Francja 50,1% a Belgia 55,4%. Przy najniższym klinie podatkowym wśród państw OECD – stopa bezrobocia wynosiła odpowiednio 4,3% i 4,6%. Natomiast we Francji i w Belgii, gdzie klin podatkowy jest jednym z najwyższych wśród krajów rozwiniętych, stopa bezrobocia jest wysoka; 9,9% i 8,1%.

kurencja rynkowa. Negocjacje branżowe umożliwiają wymuszanie na pracodawcy wzrost wynagrodzeń w porównaniu do zwiększonej wydajności pracy. Bezrobocia nie da się uniknąć, trzeba nauczyć się umieć z niego szybko wychodzić.

Polscy pracownicy muszą się przyzwyczaić, że nie będzie już jednej pracy na całe życie. Od długiego czasu towarzyszy nam wysokie bezrobocie, przy równoczesnym nacisku na ograniczenie kosztów zatrudnienia i upowszechnienie elastycznych krótkoterminowych form zatrudnienia. Wysoki stopień posiadanej specjalistycznej wiedzy powoduje, że przy szybko zmieniających się wymaganiach rynkowych, coraz trudniej dostosować wzajemne potrzeby i oczekiwania producenta i pracownika. Tym sytuacjom często towarzyszy brak poczucia bezpieczeństwa związanego z niepewnym zatrudnieniem. Stąd musi wzrosnąć odpowiedzialność jednostki za jej bezpieczeństwo zatrudnienia i zwiększenie mobilności zawodowej, związanej z koniecznymi zmianami pracy. W sytuacji niepewności na rynku pracy i pełzającego kryzysu ekonomiczno-finansowego, zdolność do uczenia się i elastycznego proaktywnego przystosowania do zmian, w istotny sposób przyczyniają się do bezpieczeństwa zatrudnienia jednostki. W okresie ostatnich kilku lat problematyka rozwoju zatrudnialności pracowników (*employability*) przechodziła różne metamorfozy. Pojęcie to pojawiło się latach 50. i było kojarzone z poszukiwaniem pracy dla bezrobotnych<sup>61</sup>. W latach 80. i 90. wraz ze zmianami na rynku pracy (wzrostem konkurencji) zaczęto zwracać uwagę na odpowiedniość przydatności zawodowej pracownika poprzez odpowiednią rekrutację i selekcję kandydatów na określone stanowiska pracy. Od połowy lat 80. do końca lat 90. rozpowszechniły się stopniowo elastyczne formy zatrudnienia (wraz ze wzrostem możliwości utraty pracy).

Zaczęto zwracać uwagę na konieczność odpowiedzialności pracownika za rozwój własnej kariery zawodowej, realizowanej zarówno na wewnętrznym jak i zewnętrznym rynku pracy. Stąd obecnie zatrudnialność zaczęto wiązać z umiejętnością przewidywania, a także zdolnością do przystosowania się do zmian, elastycznością pracowników oraz ich konkurencyjnością na wewnętrznym i zewnętrznym rynku pracy<sup>62</sup>. Wprowadzono także pojęcie dyspozycyjnej zatrudnialności (*dispositioncil employability*), którą rozumie się jako zbiór indywidualnych cech predystynujących jednostki do proaktywnej adaptacji w pracy lub karierze. To pozwala jednostce nie tylko radzić sobie na rynku pracy, ale także tworzyć i realizować szanse na rozwój kariery zawodowej. W podejściu opartym na kompetencjach zatrudnialność jest ujęta jako zdolność stałego utrzymywania, zdobywania lub tworzenia pracy, dzięki optymalnemu wykorzystaniu posiadanych przez jednostkę kompetencji zawodowych. Pod koniec dekady lat 90. wzrastające bezrobocie sprawiło, że problem zatrudnialności nabrał znaczenia zarówno społecznego, jak i politycznego. Sformułowano (w 1997 r.) Europejską Strategię Zatrudnienia, w której określono działania państw Unii na rzecz walki z bezrobociem, ubóstwem i marginalizacją społeczną.

W Polsce w ramach programu operacyjnego opracowanego przez Ministerstwo Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej na pierwszym miejscu wymieniono „dbałość

<sup>61</sup> Problem ten rozpatrywano z punktu widzenia makroekonomicznego, co wiązało się z odpowiedzialnością państwa za zmniejszanie bezrobocia i utrzymywanie wysokiego poziomu zatrudnienia.

<sup>62</sup> Teraz ten problem rozpatruje się z punktu widzenia mikroekonomicznego i odpowiedzialności indywidualnej jednostki za swój los na rynku pracy, co nie oznacza braku polityki makroekonomicznej w dziedzinie zatrudnienia.

o poprawę zatrudnialności społeczeństwa” oraz „aktywną walkę z bezrobociem poprzez podwyższenie potencjału kwalifikacyjnego”<sup>63</sup>. Dbałość o ludzi, o ich przyszłość zawodową i szanse na rynku pracy zyskują podstawowe znaczenie, zarówno dla organizacji, w której aktualnie pracują, jak i dla społeczeństwa.

---

<sup>63</sup> Ministerstwo Gospodarki i Polityki Społecznej, *Polska. Narodowy Plan rozwoju 2004–2006*, dokument przyjęty przez Radę Ministrów 14 stycznia 2003, s. 97, <http://www.pkpb.uz.zgora.pl/strukturalne/npr.pdf> (l 0.01.2009).



## 10. Stres w miejscu pracy

Praca należy do najważniejszych form aktywności człowieka. Poprzez pracę człowiek dąży do zaspokojenia potrzeb własnych i innych ludzi (rodziny społeczeństwa). Stres w miejscu pracy kojarzy się większości ludzi negatywnie. W życiu codziennym w zależności od okoliczności występują dwa rodzaje stresu: stres pozytywny, motywujący, oraz stres negatywny, demotywujący, powodujący czasem negatywne konsekwencje zawodowe, społeczne i zdrowotne, w tym choroby psychosomatyczne. Przy oddziaływaniu stresu pozytywnego – wymagania w pracy są dostosowane do możliwości fizycznych czy psychicznych człowieka, a w przypadku koniecznym pracownik potrafi korzystać z pomocy osób drugich. Poradzenie sobie z trudnościami kończy się sukcesem. Negatywny stres powodują wymagania przekraczające możliwości radzenia sobie pracownika w danym momencie. Długotrwały stres w miejscu pracy może prowadzić do wyczerpania fizycznego i psychicznego każdej osoby oraz odczuwania przez nią dolegliwości somatycznych. Utrzymanie tego stanu, może z biegiem czasu doprowadzić do różnych zmian w stanie zdrowia<sup>64</sup>.

Pochodnymi stresu w miejscu pracy są: pracoholizm i wypalenie zawodowe.

Pracoholizm jest to uzależnienie od pracy, polegające na poświęcaniu jej nadmiernie dużo energii i czasu, kosztem wypoczynku, życia osobistego itp. Pracoholikami są zazwyczaj ludzie aktywni lub ponadprzeciętnie zdolni. Jako przyczyny pracoholizmu specjaliści wymieniają najczęściej: niepewność finansową, lęk przed przełożonymi i utratą pracy, ale także czasem brak związków uczuciowych, których miejsce zastępuje zaangażowanie w pracę. W Polsce firmy lubią pracoholików i chętnie ich zatrudniają. Wśród pracowników panuje dość powszechnie wymuszona konkurencyjność<sup>65</sup>.

Sytuacja nazywana wypalaniem zawodowym dotyczy konsekwencji stresu powstałych na skutek przepracowania<sup>66</sup>. Wypalenie zawodowe jest to stan wyczerpania emocjonalnego jednostki, przejawiający się zmniejszonym zainteresowaniem pracą, obniżoną aktywnością oraz brakiem satysfakcji, z wykonywanych czynności służbowych. Osoba która dotychczas doskonale sobie radziła z obowiązkami zawodowymi, zaczyna nagle wątpić w swoje umiejętności i poddaje w wątpliwość zasadność dalszej pracy. Wypalenie zawodowe nie pojawia się z dnia na dzień – zaczyna się bardzo powoli i niezauważalnie, a ujawnia się nagle z dużą siłą.

---

<sup>64</sup> Por. D. Schultz, S.E. Schultz, *Psychologia dzisiejszej pracy. Wyzwania*, tłum. G. Kranas, Warszawa 2002, s. 422 i n.

<sup>65</sup> Zob. *Praca – pracowstręt i pracoholizm*, <http://socjospieg.blox.pl/2007/01/Praca-III-Pracowstret-i-pracoholi>.

<sup>66</sup> Zob. D. Schultz, S.E. Schultz, *op. cit.*, s. 447.

Najczęściej stres jest uważany za zjawisko szkodliwe dla człowieka. W rzeczywistości działanie niepożądane przynosi tylko stres zbyt silny lub długotrwały. Natężeniu umiarkowanemu stresu towarzyszą możliwości adaptacyjne do wymogów otoczenia i mobilizacja do wykonywania pracy

Stres jest rozumiany niejednokrotnie w sposób zróżnicowany, stąd wiele jego definicji. Według D. i S. Schultzów stres to fizjologiczne i psychologiczne reakcje na niezwykle i zazwyczaj nieprzyjemne bodźce, lub zagrażające wydarzenia w otoczeniu<sup>67</sup>. Szerzej i bardziej wielostronnie przedstawiono pojęcie stresu w Encyklopedii Organizacji i Zarządzania, gdzie przez stres rozumie się występowanie szczególnego rodzaju czynników bądź sytuacji oddziałujących na człowieka, do których należą: zagrożenie (niebezpieczeństwo, deprawacja), zakłócenie (przeszkoda, brak, zwłoka, zaskoczenie), oraz sytuacje (okoliczności) zapowiadające uszkodzenie lub stratę<sup>68</sup>. Natomiast w *Słowniku współczesnego języka polskiego* mówi się nie tylko o oddziaływaniu szkodliwym bodźców fizycznych i psychicznych na człowieka, ale także, w zależności od sytuacji o mobilizacji sił<sup>69</sup>. W psychologii stres jest definiowany jako dynamiczna relacja adaptacyjna pomiędzy możliwościami jednostki a wymogami sytuacji, charakteryzująca się brakiem równowagi. Podejmowanie zachowań zaradczych jest próbą przywrócenia równowagi, natomiast w terminologii medycznej, stres jest zaburzeniem homeostazy spowodowanym czynnikiem fizycznym lub psychologicznym; czynnikami powodującymi stresy mogą być czynniki umysłowe, fizjologiczne, anatomiczne i fizyczne<sup>70</sup>. Najbardziej syntetyczną i jednoznaczną definicję stresu sformułował biochemik H. Selye, który o stresie mówi wówczas, gdy organizm reaguje aktywnością na jakiś bodziec pochodzący ze środowiska<sup>71</sup>.

Stres jest aktywną reakcją organizmu na stawiane mu wymagania i pojawiające się zagrożenia, czyli stresory. Stresory dzielimy na<sup>72</sup>:

- stresory fizyczne: wahania temperatury (zimno, ciepło), zmiany ciśnienia powietrza, hałas, głód, infekcje, urazy fizyczne, praca (trudna, ciężka), nadmiar bodźców,
- stresory psychiczne: obawa o niewykonalność postawionych zadań, lub nadmierne obciążenie zadaniami. Pośpiech, brak czasu powodujący utratę kontroli nad wykonywaniem zadań,
- stresory społeczne: konflikty, izolacja, mobbing, strata bliskich osób itp.

Rozpatrując pojęcie stresu należy zwrócić uwagę, że w życiu codziennym w przypadku zaistnienia pojedynczego lub kilku stresorów, nie każdą uciążliwą sytuację człowiek odbiera jako stres. Równocześnie, im bardziej jako trudną lub uciążliwą określamy zaistniałą sytuację, tym większy stres odczuwamy. Nie wszyscy ludzie jednakowo odczuwają taki sam poziom natężenia stresu. Nawet ten sam człowiek może w zależności od stanu zdrowia, wieku czy sytuacji zupełnie inaczej odbierać dane obciążenie.

<sup>67</sup> *Ibidem*, s. 423.

<sup>68</sup> *Encyklopedia organizacji i zarządzania*, Warszawa 1981, s. 497.

<sup>69</sup> *Słownik współczesnego języka polskiego...*, s. 360.

<sup>70</sup> Stres z Wikipedii: <http://pl.wikipedia.org/wiki/Stres>.

<sup>71</sup> Zob. S.M. Litzke, H. Schuh, *Stres, mobbing i wypalenie zawodowe*, tłum. M. Wojdak-Piątkowska, Gdańsk 2007, s. 11.

<sup>72</sup> Na podstawie *ibidem*, s. 11–12.



Stres nie musi zawsze wywoływać choroby, pomimo wielu codziennych sytuacji w których czujemy się nadmiernie obciążeni. Reagujemy nadmiernym pobudzeniem, niespokojnością. U wielu ludzi zmiany wywołują stres, a inni przeciwnie czują się zmotywowani do tego, aby niepowodzenie zamienić w sukces. Szczególnie jest to ważne w dobie przemian i rywalizacji.

Na sposób odbioru sytuacji stresowych mają wpływ także cechy wrodzone człowieka, jego doświadczenie, osobowość i sposoby radzenia sobie z trudnymi sytuacjami. O tym, czy człowiek odczuwa daną sytuację jako stres, decyduje jego indywidualna ocena. Stres stał się nieodłącznym towarzyszem życia ludzkiego.

Amerykański Narodowy Instytut Bezpieczeństwa Zdrowia i Pracy zwraca uwagę, że stres w pracy wynika z rozbieżności pomiędzy wymaganiami środowiska pracy a możliwościami i potrzebami pracownika<sup>73</sup>. W praktyce przemysłowej określona szkodliwość działania stresu uzależniona jest od tego, czy występuje stres: umiarkowany, silny czy długotrwały. Skutki stresu umiarkowanego, są stosunkowo szybko opanowane przez siły adaptacyjne organizmu ludzkiego. Przewyciężenie skutków stresu silnego wymaga dłuższego okresu, natomiast stres zbyt silny czy długotrwały może przyczynić się do rozwoju zaburzeń psychicznych (np. zaburzenia lękowe, depresyjne itp.), a przy stresie zbyt silnym o charakterze traumatycznym może wystąpić zespół stresu pourazowego, a czasami zaburzenia osobowości.

Stwierdzono, że stres odgrywa istotną rolę w rozwoju wielu różnych schorzeń takich jak: choroba niedokrwienna serca, zaburzenia mięśniowo-szkieletowe (karku, barków, kręgosłupa), dermatologiczne, gastryczne. Stres przyczynia się do osłabienia układu odpornościowego. Skutki stresu są widoczne w takich zachowaniach, jak nadużywanie leków, tytoniu, alkoholu, w bezsenności oraz zaburzeniu funkcjonowania zawodowego przejawiającym się skłonnością do wypadków, zwiększonej absencji, zmniejszonej wydajności pracy, czy myśleniu o zmianie pracy<sup>74</sup>.

W zależności od sytuacji i przyczyny stresu można też odczuwać różnego rodzaju uczucia takie jak strach, lęk, złość, gniew. Gdy sytuacja w miejscu pracy nie ulega zmianie, z czasem może pojawić się apatia, smutek, poczucie bezradności, poczucie winy utrata zaufania do innych i siebie<sup>75</sup>.

Stres związany z pracą zawodową to obecnie drugi po bólach pleców najważniejszy problem zdrowotny pracowników w krajach Unii Europejskiej. Dotyczy on blisko 1/3 ogółu zatrudnionych. Koszty z tego tytułu ocenia się na co najmniej 20 mld euro rocznie. Z badań wynika, że 50–60% nieprzepracowanych dniówek w krajach UE ma związek ze stresem. Podobna sytuacja występuje również w innych krajach. Przykładowo, szacuje się, że w USA 54% przypadków absencji ma związek ze stresem, a 11 mln pracowników narażonych jest na stres o natężeniu stanowiącym zagrożenie dla zdrowia<sup>76</sup>.

<sup>73</sup> *Stress... at work*, National Institute for Occupational Safety and Health. 1998, Publication No. 99–101.

<sup>74</sup> A. Łuczak, D. Żołąnierczyk-Zreda, *Praca a stres*, „Bezpieczeństwo Pracy” 2002, nr 10, s. 2.

<sup>75</sup> *Stres w pracy. Program prewencyjny PIP*, <http://www.pip.gov.pl/html/prewencja/stres/03110002.htm>.

<sup>76</sup> Stres związany z pracą zawodową, na podstawie informacji Europejskiej Agencji Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy: <http://osha.eu/ew2002>.

Jak wynika z przeprowadzonego badania „Stres w pracy – Raport Melisany Klosterfrau” w 2009 roku aż 85% aktywnych zawodowo Polaków odczuwa stres w pracy, tylko 11% pracowników traktuje pracę jako spełnienie marzeń i źródło przyjemności, a dla ponad 60% jest przede wszystkim sposobem zarobienia na życie<sup>77</sup>.

W okresie obecnego kryzysu ekonomiczno-finansowego w ramach międzynarodowego badania przeprowadzonego w różnych krajach (ponad 11 tys. respondentów) – 58% badanych stwierdziło, że w tym okresie odczuwają dużo wyższy poziom stresu<sup>78</sup>. Najwyższy poziom stresu zanotowano w Chinach (86%). Najniższy – odczuli badani pracownicy w Niemczech i Holandii<sup>79</sup>.

Światowa Organizacja zdrowia (WHO) przewiduje, że w dobie szybko postępującej globalizacji wraz z dalszym upowszechnieniem nowych technologii, materiałów, procesów i zmian w środowisku pracy, znacząco wzrośnie dla pracowników poziom depresji i stresu w pracy. Dodatkowo na podwyższenie odczuwanego poziomu stresu będą miały wpływ wprowadzane konieczne modyfikacje sposobów planowania, organizacji oraz zarządzania pracą. Równocześnie według prognoz starzenie się populacji europejskiej, zmieni na niekorzyść proporcje pomiędzy grupami czynnymi zawodowo i będącymi na emeryturze (zmniejszy się liczba pracujących). Stąd wśród pracujących zwiększy się nie tylko obciążenie pracą, ale także podwyższonym stresem<sup>80</sup>.

Nowy raport Europejskiej Agencji Bezpieczeństwa i Zdrowia Pracy (EU-OSHA) sygnalizuje nowe istotne zagrożenia związane z: formami umów o pracę, niepewnością zatrudnienia, intensyfikacją pracy, dużym obciążeniem emocjonalnym, przemocą w pracy, zaburzoną równowagą pomiędzy życiem zawodowym a prywatnym. Raport zwraca uwagę, że życie zawodowe w Europie zmienia się szybciej niż kiedykolwiek dotąd. Niepewność zatrudnienia przy wykonywanej niejednokrotnie pracy w kilku miejscach, w połączeniu z dużą intensywnością pracy, mogą powodować stres związany ze zmęczeniem oraz zagrażać zdrowiu pracowników. Stąd walka ze stresem związanym z zatrudnieniem jest jednym z największych europejskich wyzwania w dziedzinie bezpieczeństwa pracy<sup>81</sup>.

Aktualnie często występującymi czynnikami stresującymi pracowników i zagrażającymi ich zdrowiu są:

- brak stałej pracy. Przy okresowym lub dorywczym zatrudnieniu otrzymuje się na ogół niskie wynagrodzenie. Osoby te często wykonują najbardziej niebezpieczne zajęcia. Pracują w gorszych warunkach, daje to poczucie niepewności, co może wpływać na zwiększenie odczuwanego stresu;
- intensyfikacja pracy. Napięte terminy wykonania określonej pracy i wysokie tempo sprawiają, że wielu pracowników odczuwa dużą presję związaną z wykonywaną pracą i dużym obciążeniem. Na wzrost odczuwanego poziomu stresu wpływają też informacje dotyczące: redukcji etatów i związane z tym większe

<sup>77</sup> Badanie zrealizowane na zlecenie firmy Klosterfrau Healthcare Group.

<sup>78</sup> Zob. *Rosnący stres w pracy*, <http://biznes.interia.pl/prasa/gazeta-mps/news/rosnacy-stres-w-pracy>.

<sup>79</sup> *Ibidem*.

<sup>80</sup> Zob. *Stres w pracy*, portal BHP.pl. z dn. 10.02.2010, a także Vita Clinic (<http://aktywni.pl/profil/vita-clinic>).

<sup>81</sup> *Ibidem*: Stres w pracy.

wymagania wobec mniejszej liczby pracowników. Zwiększające się w stosunku do dotychczasowych wymagania kwalifikacyjne;

- niedociążenie pracą, powoduje praca która jest zbyt prosta, nie wypełnia całego czasu pracy, lub też nie wymaga kompetencji posiadanych przez zatrudnionego. Brak stymulacji w pracy (niski poziom stresu) może być podobnie szkodliwy, jak nadmierna stymulacja. Inaczej mówiąc znudzenie i monotonia mogą przynosić taki sam efekt, jak zbyt wielka ilość pracy do wykonania;
- zmiana w organizacji dość często bywa stresująca. Jedni pracownicy zmianę traktują jako ciekawe wyzwanie, drudzy jako zagrożenie. Wiele osób niepokoi się prawie każdą zmianą, odczuwa potrzebę oporu wobec czegoś nowego, co może ewentualnie przynieść dodatkowy wysiłek albo po prostu kłopoty. Każda zmiana stosowanych dotychczas procedur, urządzeń czy ludzi – budzi obawy;
- niejednoznaczność ról i konflikt ról. Niejednoznaczność ról występuje wtedy, gdy pracownik nie ma pewności, czego się od niego oczekuje, lub nie wie, co powinien robić. Natomiast konflikt ról występuje w sytuacji, w której wymagania wobec pracy są niespójne lub wykonywanie pracy wymaga zachowań, które niezgodne są z indywidualnym systemem wartości.

Inne codzienne stresory. Dla wielu osób źródłem stresu może być ocena wykonywanych przez nich zadań. Wstrzymywanie oczekiwanego awansu może prowadzić do stresu, nawet jeżeli przyczyną jest brak jednoznacznych postępów zawodowych. Niekiedy stresujące już jest podejmowanie decyzji o przyznaniu premii uznaniowych lub ukaraniu osób winnych<sup>82</sup>.

W zakresie ochrony pracowników, nie ma ustaw antystresowych, natomiast pewne obowiązki pracodawców w tym zakresie są implikowane w obowiązujących przepisach. Są to:

- dyrektywa ramowa (89/391/EWG); pracodawcy mają „obowiązek zagwarantowania bezpieczeństwa i zdrowia pracowników we wszystkich aspektach związanych z wykonywaniem obowiązków służbowych”;
- dyrektywy ramowe 90/270/EWG; i 92/85/EWG; w obu tych dokumentach wymieniających minimalne standardy bezpieczeństwa i higieny pracy, zawarte są m.in. konkretne odniesienia stwierdzające potrzebę uwzględnienia czynników stanowiących obciążenie psychiczne.

Poza tym w „Wytycznych w sprawie ryzyka w miejscu pracy” Komisja Europejska postuluje przeprowadzanie analiz „czynników natury psychologicznej, społecznej i fizycznej, które mogą być źródłem stresu w pracy zawodowej, ich wzajemnych zależności oraz interakcji z innymi czynnikami, składającymi się na organizację i środowisko pracy”<sup>83</sup>.

W ramach badań nad stresem, co pewien czas przeprowadzane są ankiety na temat warunków pracy lub sposobów na stres w pracy. W jednej z ostatnich ankiet na temat sposobów pokonywania stresu uzyskano następujące odpowiedzi:

- rozmowa z bliską osobą (31%),
- pozytywne myślenie (24%),
- zmiana pracy (17%),
- używki (11%),
- leki (3%).

<sup>82</sup> Na podstawie: D. Schultz, S.E. Schultz, *op. cit.*, s. 442–444.

<sup>83</sup> Szerzej: <http://osha.europa.eu/ew2002>.

Respondentami byli internauci w liczbie 2764. Wiele odpowiedzi było szerzej komentowanych. Przeważały odpowiedzi, że najlepszym lekarstwem na łagodzenie skutków stresu jest rozmowa z bliską osobą, do której ma się zaufanie i która nie będzie zniecierpliwiona w trakcie rozmowy. W następnej kolejności uznano, że pokonanie stresu ułatwia pozytywne myślenie. Dalsze miejsca w rozważaniach zajęła możliwość zmiany pracy. Towarzyszyła temu obawa, czy w następnej pracy będzie lepiej. Wiara w zapomnienie o stresie za pomocą alkoholu czy narkotyków towarzyszyła tylko 11% respondentów, tj. o wiele rzadziej niż we wcześniejszych okresach badań. Najmniej osób w sytuacji stresowej wierzy w pomoc dostępnych leków. Reasumując, na sytuację stresową najlepiej pomaga kontakt z drugim życzliwym człowiekiem i pozytywne myślenie<sup>84</sup>.

W przedsiębiorstwie (organizacji) najlepsze rezultaty daje usuwanie źródeł powodujących stresogenne sytuacje. Najważniejszymi działaniami w tym zakresie są:

- doskonalenie organizacji i precyzyjne wyznaczanie granic organizacyjno-zawodowych dla pracownika,
- zapewnienie właściwego przepływu informacji niezbędnych do wykonania pracy,
- ciągła poprawa warunków i poszczególnych czynników środowiska pracy,
- stwarzanie pracownikom możliwości rozwoju zawodowego samorealizacji m.in. poprzez czytelny i sprawiedliwy system ocen i kryteriów ich stosowania.

W wyniku przeciwdziałania i przewyciężania ujemnych skutków stresu w pracy uzyskuje się następujące rezultaty:

- zmniejszenie awaryjności, wypadkowości, absencji i zmniejszenie z tego tytułu kosztów ponoszonych przez przedsiębiorstwo,
- polepszenie stosunków społecznych i dobrostanu psychicznego i fizycznego<sup>85</sup>.

### Pracoholizm

#### *Pojęcia i definicje*

Pojęcie pracy na przestrzeni dziejów ulegało różnym zmianom. W starożytności praca była uważana za zajęcie, które przystoi, raczej więźniom, niewolnikom i pracownikom najemnym. W średniowieczu postrzegano pracę jako źródło środków do życia. Obecnie praca jest synonimem niezależności ekonomicznej i integracji społecznej. Każda praca łączy się z trudem jej wykonywania i wydatkowaniem (mniejszym lub większym) wysiłku fizycznego i psychicznego. Wykorzystanie nowych generacji maszyn i nowoczesnych technologii daje człowiekowi (jako pracownikowi) umownie więcej wolnego czasu niż poprzednio, otwierając przed nim możliwości do korzystania z dóbr kultury i wypoczynku<sup>86</sup>. W procesie pracy człowiek rozwija swoje umiejętności oraz poczucie odpowiedzialności, i samorealizację własnej osoby. Szybkie tempo życia, rosnące wymagania pracodawców i ciągła presja niepewności zatrudnienia sprawia, że podstawowe funkcje pracy ulegają wypaczeniu. Wypełnianie obowiązków zawodowych przybiera często postać uzależnienia określanego mianem pracoholizmu<sup>87</sup>.

<sup>84</sup> <http://praca.wp.pl/ankieta>.

<sup>85</sup> A. Rygorowicz, *Stres w pracy i sposoby przeciwdziałania jego negatywnym skutkom*, Kędzierzyn-Koźle 2006.

<sup>86</sup> M.in. C. Guerreschi, *Nowe uzależnienia*, Kraków 2005, s. 119–120.

<sup>87</sup> *Nowe oblicza uzależnień*, red. E. Łuczak, Olsztyn 2009, s. 151.

Twórcą tego pojęcia jest Wayn Oates amerykański uczonec i psycholog religii. Słowo *pracoholizm* (*workaholizm*) składa się z dwóch członów *work* (praca) oraz *holizm* od *holos* (gr. = cały); dosłowne tłumaczenie oznacza „cały pracą”. Oates był pierwszym autorem definicji *pracoholizmu*, który w 1971r zdefiniował ją następująco: „*pracoholik* to osoba, której potrzeba pracy jest tak wielka, że zaspokojenie jej wywołuje znaczne dolegliwości i wywiera negatywny wpływ na stan zdrowia, osobiste szczęście, relacje międzypersonalne i społeczne”. W definicji tej zwrócono uwagę, że praca stała się niezbędną częścią składową życia człowieka i że jest on od niej uzależniony, w taki sposób, że poświęca pracy zbyt dużo czasu nie bacząc na ujemne skutki natury rodzinnej i zdrowotnej.

Praca zawodowa jest dziś powszechnie cenioną wartością, pozwalającą rozwijać zdolności i umiejętności, umożliwiając zarazem uzyskiwanie odpowiedniego statusu społecznego. Wzrastające zapotrzebowanie firm na ludzi aktywnych i oddanych pracy zawodowej wpłynęło na postrzeganie pracy jako wartości o dużym znaczeniu dla człowieka. To sprzyja powstawaniu nałogu pracy u ludzi, którym praca wypełnia życie. Tak tworzy się coraz większa rzesza *pracoholików*.

L. Golińska słusznie zauważa, że *pracoholizm* jest jedynym uzależnieniem, któremu nie towarzyszy zawstydzenie lub próba ukrycia, jest ono demonstrowane w intencji – spotkania się z uznaniem i aprobatą ze strony niewtajemniczonych obserwatorów, którzy dostrzegają pozytywne strony zapracowania, a mianowicie zyski finansowe, prestiż w firmie, dobrobyt rodziny; *pracoholizm* w potocznym mniemaniu uaktywnia też stereotyp myślenia o takiej osobie, że reprezentuje ona takie cechy jak: solidność, odpowiedzialność, konsekwencja, wytrwałość<sup>88</sup>.

Punkty widzenia na zjawisko *pracoholizmu* są różnorodne. Według Machlowitz *pracoholicy* mają pewne wspólne cechy, takie jak energia, rywalizacja oraz niestabilne poczucie własnego ja. To powoduje, że łatwo tracą pewność swej wartości, przedkładają pracę nad wypoczynkiem, przez większość doby są aktywni, przy czym granice między pracą a przyjemnością są u nich rozmyte. Kohn zwraca uwagę na powstające u *pracoholików* problemy lękowe i depresyjne – jako forma zabezpieczenia przed lękiem, związanym z porażką. Kontrola przebiegu pracy jest możliwa tylko w okresie początkowym. Natomiast gdy *pracoholizm* się nasila, człowiek traci kontrolę i zaczyna dominować przymus pracy. Tak kończy się miłe odczucie z tytułu wykonywanej pracy<sup>89</sup>. Spence i Robbins uporządkowały terminologię i definicje dotyczące *pracoholizmu*, a także zwróciły uwagę na konsekwencje z nim związane. Jednoznacznie stwierdziły, że *pracoholizm* charakteryzuje skrajne przywiązanie do pracy, wyrażające się między innymi w przeznaczaniu bardzo dużej ilości czasu na ten rodzaj aktywności. Według nich, to nie zewnętrzne okoliczności, takie jak wymagania otoczenia, czy dążenie do przyjemności odczuwanej pracy wywołują motywację do pracy, lecz czynniki wewnętrzne, dlatego ich zdaniem, charakterystycznym elementem uzależnienia od pracy jest odczuwanie stresu i poczucia winy w chwilach wolnych od pracy. Rozszerzyły także pojęcie *pracoholizmu* zakładając, że może dotyczyć

<sup>88</sup> Zob. L. Golińska, *Pracoholizm: uzależnienie czy pasja?*, Warszawa 2008, s. 12. Szerzej na ten temat: S. Retkowski, *Pracoholizm – próba teoretycznego zdefiniowania zjawiska*, [w:] *Osobowość a procesy psychiczne i zachowanie*, red. B. Wojciszke, M. Płopa, Kraków 2003.

<sup>89</sup> Szerzej na ten temat: L. Golińska, *op. cit.*, s. 13; a także E. Sęk, *Pracoholizm*, Biblioteka Fides et Ratio, s. 4–5.

wszelkiej działalności o charakterze pracy, także pozazawodowej. Na podstawie tych charakterystyk stworzono wstępną definicję pracoholizmu opierającą się na wysokim zaangażowaniu w pracę, przy poczuciu wewnętrznego przymusu wykonywania pracy oraz niskim zadowoleniu z pracy. Uzależnienie od pracy nie jest tylko „zewnętrznym objawem, ale stanowi pewien stan świadomości”<sup>90</sup>. Dlatego pracoholicy mogą być zaangażowani w pracę, nawet wtedy gdy nie pracują, a tylko pograżają się w myśleniu o pracy. Wielu autorów twierdzi, że pracoholizm jest jednym ze sposobów ucieczki od trudów w życiu prywatnym.

#### *Charakterystyka pracoholików i narastanie uzależnienia*

Pracoholikami są dość często osoby niepewne siebie, nieśmiałe, niedowartościowane i bojące się otoczenia. Bywają w tej grupie osoby pilne, perfekcyjne, ambitne, lubiące rywalizować, wygrywać, dążące konsekwentnie do sukcesu i osiągnięcia prestiżu społecznego, z drugiej strony podchodzące z niedowierzaniem do własnego talentu, możliwości spontaniczności czy posiadania polotu, fantazji. Niektórzy ludzie w ten sposób wypełniają czas pracą, uciekając od konfliktowych sytuacji w rodzinie, lub ograniczają wolny czas w sytuacji osamotnienia<sup>91</sup>.

Najbardziej narażeni na pracoholizm są ludzie, pracujący na różnych ekspozowanych stanowiskach, w tym na kierowniczych. Dość często są to przedstawiciele lub właściciele firm. Proces narastania uzależnienia od pracy można przedstawić w trzech etapach:

##### I Etap

- stały pośpiech,
- brak wolnych dni,
- niezdolność powiedzenia „nie”,
- ciągłe myślenie o pracy,
- wygórowana ocena własnych zdolności.

##### II Etap

- często towarzyszą narkotyki, alkohol, nadmierne objadanie się,
- pojawiają się dolegliwości somatyczne (ból głowy, bezsenność),
- nasilają się inne dolegliwości (podwyższone ciśnienie, wrzody żołądka, apatie),
- życie rodzinne i towarzyskie staje się coraz bardziej zagrożone,

##### III Etap

- pustka emocjonalna,
- alienacja,
- bankructwo duchowe i emocjonalne (prowadzi do wycieńczenia i do zejścia śmiertelnego)<sup>92</sup>.

Niepokojące objawy, które mogą świadczyć o pracoholizmie, to m.in. praca ponad 50 godzin tygodniowo. Psychologowie oceniają, że około 5% wszystkich pracowników stanowią pracoholicy, czyli jest nim co 20 pracowników<sup>93</sup>. W Japonii jest około 20% pracoholików, w Hiszpanii odnosi się to do 12% ogółem pracujących osób.

<sup>90</sup> B. Killinger, *Workaholics: The Respectable Addicts*, New York 1991.

<sup>91</sup> Por. m.in. W. Oniszczenko, *Stres to brzmi groźnie*, Warszawa 1998.

<sup>92</sup> *Pracoholizm*, <http://www.elstudento.org/articles.php?article-id=1377>.

<sup>93</sup> D. Schultz, S.E. Schultz, *op. cit.*

W Polsce pracoholizm jest zjawiskiem dość powszechnym i wynika z obaw o utratę pracy, wynosi około 10%.

W ciągu roku najdłużej pracują Koreańczycy średnio 2305 godzin, w następnej kolejności Japończycy 2168 godzin, w USA – 1949 godzin, Niemcy 1642 godziny, około 1300 Francuzi. W Unii Europejskiej średnio w tygodniu pracuje się około 40 godzin, co nie oznacza, że w każdym kraju wszyscy przepracowują taką samą liczbę godzin w tygodniu. Według statystyk przeciętny Polak pracuje najdłużej w Europie: 41,6 godzin tygodniowo, natomiast Hiszpanie 35,9, Irlandczycy 37,9, Włosi 39,3 godzin tygodniowo<sup>94</sup>.

Polacy pracują bardzo ciężko. Według GUS na prawie 16 mln pracujących, 11 mln Polaków zostaje po godzinach. Przy czym prawie co dziesiąty z nas nie zadowolona się jednym etatem i próbuje szukać dodatkowych możliwości zarobkowania. Trzeba jednak zwrócić uwagę, że nasza wydajność pracy wynosi 65% średniej unijnej. Według Eurostatu w ubiegłym roku była niższa niż w Słowenii i Czechach. Jest to jedna z podstawowych przyczyn dłuższego siedzenia w pracy. Ze względu na niskie płace (które dodatkowo obniżył kryzys), według GUS co dziesiąty Polak ma dodatkowe zajęcie<sup>95</sup>. Równocześnie mamy 12,9% bezrobocie (według GUS w marcu 2010 r.).

### *Skutki pracoholizmu*

#### *Problemy rodziny*

Osoba uzależniona od pracy jest przeświadczona, że najlepiej zaspokaja potrzeby swojej rodzinie odnosząc sukcesy w pracy. Pracoholik tak postępując zmierza do autodestrukcji, niszcząc przy tym stabilność życia swojej rodziny. Pracoholicy są tak bardzo zajęci, że nie uczestniczą w różnych fazach rozwoju swoich dzieci, przez co odbierają je jako kogoś obcego, dzieci takie cierpią z tego powodu przez co są bardziej znerwicowane. Pracoholicy z jednej strony są ludźmi odpowiedzialnymi w pracy, ale dość często odpowiedzialność w ich życiu osobistym zanika. Tracą umiejętność wchodzenia w związku intymne, zanika u nich zdolność kochania i serdeczności na co dzień wobec bliskich.

#### *Konsekwencje zdrowotne pracoholizmu*

Pracowitość zmienia się z czasem w pracoholizm, który powoli wyniszcza organizm.

Pracoholik zaczyna odczuwać zmęczenie, przestaje czerpać satysfakcję z wykonywanych zadań staje się mniej kreatywny i pomysłowy. Pojawiają się dolegliwości zdrowotne. Ludzie zapadający na pracoholizm, podobnie jak w przypadku innych uzależnień, często nie zdają sobie sprawy, że są chorzy i potrzebują pomocy. Pojawiają się różne symptomy niedyspozycji zdrowotnych<sup>96</sup>:

<sup>94</sup> Dane liczbowe zaczerpnięto m.in. z danych GUS i <http://www.agri-mfo.eu/polski-t-worktime.php>.

<sup>95</sup> Szerzej na ten temat: K. Klinger, *Przepracowana Polska*, „Dziennik Gazeta Prawna” 2010, nr 84, s. 1 i A7.

<sup>96</sup> Takie jak: bóle głowy, kręgosłupa, brzucha, serca,

- wyczerpanie,
- trudności z zasypianiem,
- zaburzenia koncentracji,
- utraty przytomności,
- nerwobóle,
- zaburzenia nerwicowe, lękowe, seksualne,

Pracoholizm można i należy leczyć. Pomocni tu będą lekarze specjaliści, niekiedy terapeuta od uzależnień. Nie zawsze wystarczy urlop, aby organizm mógł wypocząć i zregenerować siły; liczy się nie tylko liczba dni urlopu, ale także sposób, w jaki go spędzamy. Należy starać się odpoczywać aktywnie, bez kontaktu i myślenia na temat pracy, kontrolować stan zdrowia i nie zaniedbywać życia osobistego<sup>97</sup>. Życie przy długotrwającym przepracowaniu oznacza nieubłagane konsekwencje. Jest pewna granica wytrzymałości organizmu ludzkiego obciążenia pracą, której przekroczenie kończy się śmiercią. Najwcześniej na ten problem (*karoshi*)<sup>98</sup> zwrócono uwagę w Japonii w 1969 roku, gdy nagle zmarł na zawał 29-letni pracownik działu dystrybucji największej japońskiej gazety. Po pięcioletnich dociekaniach i debatach japońskie Ministerstwo Pracy przyznało rodzinie odszkodowanie, uznając za przyczynę zgonu przepracowanie<sup>99</sup>.

Jak podaje Takashi Haratani w Encyklopedii Zdrowia i Higieny Pracy [ILO], „karoshi nie jest terminem czysto medycznym. To socjomedyczne określenie odnosi się do przypadków zgonów lub poważnych uszczerbków na zdrowiu spowodowanych schorzeniami krążeniowosercowymi (jak zawał mięśnia sercowego) i bardzo silnym przeciążeniem pracą”.

W wyniku badań 203 przypadków zgonów w Japonii w latach 1974–1990 związanych z przepracowaniem, decydującą rolę przypisano nadmiernej liczbie godzin pracy (60 i więcej godzin tygodniowo, przy niewykorzystaniu ponad połowy urlopów i weekendów). Z relacji współpracowników wiadomo, że późniejsze ofiary zazwyczaj wykazywały zadowolenie z pracy i zaangażowanie, zazwyczaj nie zdając sobie sprawy z potrzeby wypoczynku i już istniejących symptomów chorobowych. Liczba japończyków pracujących ponad 60 godzin tygodniowo (co daje 3120 godzin rocznie) wzrosła od 3 mln (15%) do 7 mln (24%) w 1987 roku. W Japonii śmierć z przepracowania „karoshi” w 1991 roku dotyczyła około 10 tys. osób, a w obecnych czasach niektórzy eksperci szacują, że liczba ofiar wynosi 30–50 tys. osób.

### Wypalenie zawodowe

#### *Rys historyczny i definicje zespołu wypalenia zawodowego*

Praca, jeśli jest źródłem zadowolenia i satysfakcji, to może dawać poczucie sensu egzystencji człowieka. Jednak w wielu przypadkach może dawać odczucie: apatii, beznadziejności, niezadowolenia z życia<sup>100</sup>.

- nadpobudliwość emocjonalna,
- wrzody żołądka, dwunastnicy,
- choroby układu krążenia,
- zawał; za: D. Kozak, *Pracoholizm i neurotyzm. Osobowościowe uwarunkowania uzależnienia od pracy*, s. 5 i n., <http://www.e-mentor.edu.pl/artukul/index/numer/12/id/224>.

<sup>97</sup> Por. m.in. S. Kozak, *Patologie w środowisku pracy...*, s. 126 i n.

<sup>98</sup> Termin „karoshi” pochodzi z Japonii i przyjętą się powszechnie na świecie. Oznacza on śmierć z przepracowania. W języku japońskim ten termin ma dwa znaczenia na określenie tego zjawiska, które różni się od siebie rodzajem śmierci: *karoshi* co znaczy dosłownie śmierć z przepracowania, spowodowana przez zawał lub wylew i *karo-jisatsu*, która jest samobójstwem z przepracowania.

<sup>99</sup> B. Siewierski, *Karoshi – Śmierć z przepracowania*, <http://www.exbis.pl/vademecum/vademecum.php?dzial=06>.

<sup>100</sup> Por. szerzej m.in. A.M. Pines, *Wypalenie zawodowe – w perspektywie egzystencjonalnej*, [w:] *Wypalenie zawodowe: przyczyny, mechanizmy, zapobieganie*, red. H. Sęk, Warszawa 2000, s. 32–57.



W latach 70. XX wieku w krajach zachodnich a w Polsce pod koniec lat 80., zwrócono uwagę na fakt, że ludzie, którzy zawodowo pomagają innym np. nauczyciele, lekarze, pielęgniarki, pracownicy służb społecznych, ratowniczych, policjanci ponoszą wysokie koszty emocjonalne. Jedną z konsekwencji permanentnego stresu może być wypalenie zawodowe. Wypalenie zawodowe (z języka angielskiego *job burnout*) kojarzy się z brakiem energii, wyczerpaniem sił. Wspólne oddziaływanie na siebie osób, konfrontacja z negatywnymi emocjami i cierpieniem, przeżywanie niepowodzeń, stopniowy brak sukcesów, uczucie bezsilności powodują, że przedstawiciele wyżej wymienionych zawodów są coraz bardziej przeciążeni psychicznie (zmęczeni i emocjonalnie wyczerpani). Powoduje to, że dystansują się od osób, którym niosą pomoc, traktując je coraz bardziej sucho i obojętnie<sup>101</sup>. Wypalenie zawodowe jest kolejną chorobą cywilizacyjną, która może być udziałem prawie każdego z nas.

Jako pierwszy zjawisko wypalenia zawodowego badał i opisał H. Freudenberger (psychiatra o zainteresowaniu psychoanalitycznym), określając je jako: „Swoisty zespół objawów, na które składa się: zmęczenie, ból głowy, wzmożona podatność na zachorowania, drażliwość, zmienność zachowań oraz uczucie stałego znudzenia i zniechęcenia”<sup>102</sup>.

Wśród wielu definicji wypalenia zawodowego najczęściej przytaczanych zwraca się uwagę na to, że niepowodzenia w realizacji oczekiwanego i pożądanego celu, a także praca z ludźmi lub długotrwałe zaangażowanie się w sytuacje obciążające pod względem emocjonalnym, prowadzą stopniowo do utraty złudzeń, wywołują przy tym stan zmęczenia i wyczerpania emocjonalnego. Być wypalonym oznacza, że zużyło się całą energię psychiczną dla podtrzymania swojego zapału życiowego w trakcie procesu pracy. Punktem przełomowym był moment gdy wymagania realizacyjne przekroczyły psychiczne możliwości organizmu ludzkiego<sup>103</sup>. W 1976 roku C. Maslach (przedstawicielka psychologii społecznej) zdefiniowała wypalenie zawodowe jako odpowiedź organizmu na stres związany z pracą, przejawiającą się utratą troski o wszystkich ludzi, z którymi się pracuje<sup>104</sup>.

W pierwszym sformułowaniu definicji, autorka zwróciła szczególną uwagę na dwa elementy: wyczerpania emocjonalnego i depersonalizacji. W wyniku dalszych badań w późniejszym okresie włączyła jeszcze jeden element – obniżone poczucie dokonań osobistych<sup>105</sup>. Definicja ta sugeruje, że do opisu zjawiska wypalenia zawodowego niezbędne będzie scharakteryzowanie trzech wyżej wymienionych elementów składowych, takich jak:

1. wyczerpanie emocjonalne (*emotional exhaustion*) objawia się zniechęceniem do pracy, zmniejszającym się zainteresowaniem sprawami zawodowymi, obniżoną aktywnością, pesymizmem, drażliwością, chronicznym zmęczeniem, bólami głowy, bezsennością, zaburzeniami gastrycznymi.

<sup>101</sup> Bardziej wyczerpująco: J. Fengler, *Pomaganie mężczyznom*, Gdańsk 2001.

<sup>102</sup> W. Schaufeli, D. Enzmann, *The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis*, London 1998.

<sup>103</sup> Por. T. Bilska, *Wprowadzenie do psychologii. Aspekty policyjne*, Szczytno 2007, s. 193.

<sup>104</sup> *Stres w pracy zmianowej. Przyczyny, skutki strategii działania*, red. I. Iskra-Golec, G. Costa, S. Folkard et al., Kraków 1998, s. 215–219.

<sup>105</sup> Szerzej: A. Kamrowska, *Wypalenie zawodowe*, „Polski Merkurusz Lekarski” 2007, t. XXIII, s. 317.

2. depersonalizacja (*depersonalization*) związana jest z obojętnością, dystansowaniem się wobec problemów klienta, skróceniem czasu pracy, cynizmem, obwinianiem innych za niepowodzenia w pracy, czasami może być świadomą lub nieświadomą formą ochrony siebie przed dalszym eksploatowaniem w pracy,
3. obniżone poczucie dokonania osobistych (*reduced personal accomplishment*), wiąże się z tendencją widzenia swojej pracy z klientami w negatywnym świetle. Połączone jest to niejednokrotnie z utratą wiary we własne możliwości i zdolności do rozwiązywania<sup>106</sup> pojawiających się problemów.

Alternatywne rozumienie wypalenia zaproponowali Pines i Aronson – według nich jest to „stan fizycznego, emocjonalnego i psychicznego wyczerpania, spowodowany przez długotrwałe zaangażowanie w sytuacje, które są obciążające pod względem emocjonalnym”<sup>107</sup>.

Według Fabera wypalenie zawodowe jest skutkiem stresu, który nie został zmodyfikowany własną aktywnością zaradczą. Zwiększające się wymagania środowiska pracy powodują, że u osób z niskim poczuciem własnej skuteczności z upływem czasu dochodzi do pojawienia się uczucia rozczarowania, rezygnacji, apatii i cynizmu. Natomiast u osób z wysokim poczuciem skuteczności, które znajdują się pod wpływem oddziaływaniem rosnących obciążeń środowiska, następuje uruchomienie mechanizmów przystosowawczych bądź zmieniających niekorzystne warunki<sup>108</sup>.

Rozpatrując wypalenie zawodowe z punktu widzenia społeczno-poznawczego wybitna polska uczona H. Sęk sformułowała następującą definicję: „wypalenie [...] definiuje się jako zespół objawów pojawiających się u osób wykonujących zawody, u których bliski kontakt interpersonalny, pełen zaangażowania i cechy osobowości profesjonalisty stanowią podstawowe instrumenty czynności zawodowych, decydujących o poziomie wykonywania zawodu, o sukcesach i niepowodzeniach zawodowych”<sup>109</sup>.

Pomimo wielu definicji funkcjonujących w piśmiennictwie literatury przedmiotu, nie ma w zasadzie powszechnie przyjętej definicji wypalenia zawodowego. Ogólnie można powiedzieć, że jest to przedłużona reakcja na przewlekłe działające w pracy stresory emocjonalne i interpersonalne<sup>110</sup>.

### *Objawy i przyczyny wypalenia zawodowego*<sup>111</sup>.

Najczęstsze objawy wypalenia zawodowego to:

- fizyczne znużenie,
- zaburzenia somatyczne i czynnościowe,
- wybuch gniewu i irytacja,
- okres beczynności w pracy,
- inicjowanie konfliktów w pracy,
- ucieczka przed decyzjami,

<sup>106</sup> E. Biłska, *Jak feniks z popiołów czyli syndrom wypalenia zawodowego*, „Niebieska Linia” 2004, nr 4, z. 5, s. 2.

<sup>107</sup> A.M. Pines, *op. cit.*, s. 32–57; a także M. Antczewska, P. Świtaj, J. Roszczynska, *Wypalenie zawodowe*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 2005, nr 14 (2), s. 69.

<sup>108</sup> M. Antczewska, J. Roszczynska, *Jak uniknąć objawów wypalenia w pracy z chorymi*, Warszawa 2004, s. 13–25.

<sup>109</sup> *Wypalenie zawodowe: przyczyny...*

<sup>110</sup> A.M. Pines, *op. cit.*

<sup>111</sup> A. Kamrowska, *op. cit.*, s. 318.

- nadmierne spożywanie alkoholu,
  - brak poczucia identyfikacji z zawodem.
- Przyczyny wypalenia zawodowego lokalizowane są w trzech płaszczyznach:

- indywidualnej,
- interpersonalnej,
- organizacyjnej<sup>112</sup>.

Czynniki indywidualne:

- niska samoocena,
- niepewność,
- defensywność,
- zależność, bierność,
- poczucie kontroli zewnętrznej,
- nieracjonalne przekonania o roli zawodowej,
- niskie poczucie skuteczności zaradczej,
- wysoka reaktywność,
- silna motywacja do pracy,
- perfekcjonizm.

Czynniki interpersonalne:

- relacje między pracownikiem a klientami instytucji (emocjonalne zaangażowanie, relacja pomocy, kontakt z osobami w trudnej sytuacji życiowej),
- kontakty z przełożonymi i współpracownikami (konflikty interpersonalne, rywalizacja, brak wzajemnego zaufania, zaburzona komunikacja, przemoc psychiczna, agresja, mobbing).

Czynniki organizacyjne:

- brak lub mała przejrzystość zasad obowiązujących w firmie,
- częste zmiany zasad i charakteru pracy,
- zbyt szeroki lub zbyt wąski zakres zadań,
- biurokratyczne decyzje przełożonych,
- niskie zarobki w stosunku do wysiłku lub odpowiedzialności i duże wymagania szefów,
- brak możliwości uczestniczenia w podejmowaniu decyzji,
- nikłe perspektywy awansu,
- cele organizacji sprzeczne z systemem wartości,
- zła komunikacja wewnętrzna.

Interesujący, syntetyczny, opis procesu wypalenia zawodowego zaproponowali psychologowie z American Psychology Association, którzy wyróżniają w nim pięć charakterystycznych faz:

1. Miodowy miesiąc (*honeymoon*) – okres zauroczenia pracą niezrażanie się niepowodzeniami. Energia, entuzjazm, radość – to uczucia towarzyszące wtedy człowiekowi.
2. Przebudzenie (*awaking*) – czas, w którym człowiek zauważa, że jego wcześniejsze podejście do pracy, nie jest dobre, zaczyna więcej pracować.
3. Szorstkość (*brownnout*) – praca wymaga więcej wysiłku, w tym etapie zaczynają się pojawiać kłopoty w kontaktach społecznych zarówno z kolegami w pracy, jak i klientami.

<sup>112</sup> Zob. E. Biłska, *Jak feniks z popiołów...*, op. cit.

4. Wypalenie pełnoobjawowe (*full scale burnout*) – rozwija się pełne wyczerpanie psychiczne, pojawiają się stany depresyjne, poczucie pustki, osamotnienia, ogólne zmęczenie
5. Odradzanie się (*phoenix phenomenon*) – to okres leczenia „ran” powstałych w wyniku wypalenia zawodowego<sup>113</sup>.

Dotychczas ogromną popularnością cieszy się koncepcja wypalenia C. Masłach. Przymiemy wypalenie zawodowe opisywane jest tu jako trój etapowy proces; w którym na początku pojawiają się objawy wyczerpania emocjonalnego, następnie przychodzi obojętność wobec klientów i obwinianie innych, aby w końcu utracić wiarę we własne możliwości rozwiązywania problemów. Trzeba jednak zwrócić uwagę, że w metodzie amerykańskich psychologów, pojawia się nadzieja na odradzanie się z ran powstałych na skutek wypalenia zawodowego. Można upaść, ale trzeba umieć się odrodzić, aby trwać pożytecznie dalej.

#### *Stopnie wypalenia zawodowego*

Proces ten można przedstawić wykorzystując stopnie wyrządzonej szkody:

- Pierwszy stopień – tak zwane stadium ostrzegawcze, charakteryzuje się uczuciem przygnębienia, irytacji. Mogą pojawić się w nim ustępujące bóle głowy, bezsenność. Powrót do prawidłowego, optymalnego funkcjonowania, w tym czasie nie jest jeszcze trudny. Wystarczy zmniejszyć obciążenie pracą, krótki odpoczynek, zajęcie się jakimś hobby.
- Proces wypalenia trwa już dłuższy czas i jest stały. Charakterystycznymi objawami są: gorsze wykonywanie zadań, częste wybuchy irytacji i wręcz pogardliwa postawa wobec innych osób. Powrót do normy będzie trudniejszy. Może pomóc dłuższy urlop (także zdrowotny, ponieważ wypalenie zawodowe można potraktować jako chorobę o kodzie ICD – 10 z 73.0). Dobrze jest podjąć czynności niezwiązane z pracą. Ważny jest odpoczynek w gronie przyjaciół.
- Trzeci stopień, to chroniczność symptomów, trwająca przez długie tygodnie, a nawet miesiące. Następuje rozwój wszystkich negatywnych objawów: fizycznych, psychicznych i psychosomatycznych. Zagrożone stają się nie tylko procesy poznawcze, emocjonalne, ale zachwianiu ulega cała struktura osobowości. Typowymi objawami dla tego stadium są: uczucie osamotnienia i alienacji, kryzysy małżeńskie, depresja. Wypalenie zawodowe na tym etapie wyraźnie dotyka nie tylko osobę poszkodowaną, ale całe jej otoczenie (członków rodziny, przyjaciół, współpracowników). Najczęściej wymagana jest już profesjonalna pomoc (lekarz, terapeuta, psycholog). Czasami jedynym rozwiązaniem skutecznym może być tylko zmiana pracy<sup>114</sup>.

#### *Koszty wypalenia zawodowego*

Koszty wypalenia zawodowego obciążają wszystkich obywateli, nawet wtedy, gdy wypalenie nie jest bezpośrednio ich problemem. American Institute of Stress podaje, że

<sup>113</sup> *Ibidem*.

<sup>114</sup> E. Starostka, *Wypalenie zawodowe – przyczyny, objawy i konsekwencje dla funkcjonowania społecznego jednostki*, <http://www.psychologia.net.pl/artukul.php?level=245>; a także m.in. K. Golińska, *Wypalenie zawodowe*, <http://praca.wbiurze/2029020.94428.6647108>, wypal.

prawie połowa pracujących zawodowo odczuwa dolegliwości będące konsekwencją wypalenia zawodowego. Straty, jakie corocznie ponosi gospodarka amerykańska z powodu stresu w pracy, szacowane są na 300 bilionów dolarów. Są one spowodowane głównie absencją pracowników, zmniejszeniem produktywności, fluktuacją kadr, co za tym idzie – koniecznością przyuczania ich do nowych zadań, jak również ponoszeniem wydatków związanych z leczeniem pracowników i z funduszem ubezpieczeń, czy też kosztami wynikającymi z tytułu odszkodowawczych rozpraw sądowych<sup>115</sup>.

#### *Zapobieganie wypaleniu zawodowemu*

W praktyce istnieją trzy obszary oddziaływań: higiena psychiczna, radzenie sobie i oparcie społeczne.

Higiena psychiczna ma służyć ochronie przed tym, co negatywne. Człowiek powinien wybierać intuicyjnie (poszerzenie zainteresowań), hobby, przejawiać aktywność fizyczną, towarzyską, robić dla siebie drobne zakupy wybierać, ulubione jedzenie.

Radzenie sobie to próby znalezienia pozytywnych stron w trudnej sytuacji, zajęcie myśli, aby odsunąć w czasie trudny problem lub potraktowanie go jako wyzwania.

Oparcie społeczne jest formą samopomocy, której udzielają sobie członkowie różnych grup społecznych – rodziny, przyjaciół, sąsiadów, współpracowników. Warto pamiętać, że definicja oparcia społecznego brzmi: człowiek odbiera komunikat, który go informuje, że jest kochany, ceniony i uważany za osobę wartościową<sup>116</sup>. Dodajmy inni powinni chcieć mu pomóc.

---

<sup>115</sup> Na podstawie: E. Biłska, *Jak feniks z popiołów...*, *op. cit.*

<sup>116</sup> M. Antczewska, P. Świtaj, J. Roszczyńska, *op. cit.*



## 11. Mobbing i molestowanie seksualne

Problematyka mobbingu lub molestowania seksualnego dotyczy przemocy głównie w miejscu pracy, choć występuje także w szkołach czy innych instytucjach; jest to problem społeczny wiążący się zarówno z ochroną zdrowia i godności człowieka, jak i zapewnieniem pracownikom odpowiednich i bezpiecznych warunków w miejscu pracy. Próbę ochrony interesów i dóbr osobistych osób pokrzywdzonych w wyniku mobbingu i molestowania seksualnego podejmują osoby zajmujące się prawem pracy.

Najogólniej mobbing określa się jako długotrwałe nękanie, dokuczanie, poniżanie, straszenie wybranej osoby przez jej współpracowników lub przełożonego. Z mocą psychiczną mamy do czynienia tam, gdzie ludzie przebywają ze sobą w grupie przez dłuższy okres. Powstawaniu takich sytuacji sprzyja nieporadność życiowa osoby krzywdzonej, słaba odporność na sytuacje stresowe, nieśmiałość, bezczelność i poczucie bezkarności osób krzywdzących. W warunkach gospodarki rynkowej i przy zmieniających się uwarunkowaniach funkcjonowania przedsiębiorstw i instytucji, od pracowników oczekuje się wszechstronności, dyspozycyjności i umiejętności przetrwania, w tym psychicznego. To sprawia, że pracownicy wykonują zadania pod silną presją psychiczną a czasem w atmosferze wzajemnego wyniszczania. Udowodniono, że tego typu działania powodują pogorszenie stanu psychicznego pracownika i uznano je za jeden z czynników ryzyka zawodowego, wynikający z oddziaływania środowiska społecznego pracy, podobnie jak nadmierny poziom hałasu czy wibracji itp.

Podczas przeżywania molestowania psychicznego, uaktywnia się ta sama część kory mózgowej i w taki sam sposób, jak podczas odczuwania bólu. Stąd silnie odrzucone, zranione poczucie wartości własnej osobowości czy sponiewierana godność<sup>117</sup> mają dla organizmu człowieka takie same konsekwencje, jak ból wynikający z chorób somatycznych lub spowodowany przez środowisko fizyczne.

Określenie, co jest a, co nie jest molestowaniem seksualnym przez przedstawicieli obu płci jest niejednokrotnie problematyczne. Dla jednej osoby jest to zachowanie w granicach żartu (np. uszczyplenie czy klepnienie w pośladek) a inna czuje się upokorzona. Żarty o tematyce erotycznej czy sprośne zaczepki słowne, różnie są odbierane przez różne kobiety. Mężczyźni powinni wystrzegać się zachowań, które mogłyby być odczytane przez kobiety jako propozycja seksualna, a tym bardziej jako molestowanie seksualne, nie mówiąc już o zachowaniach z użyciem siły. Molestowanie seksualne jest zachowaniem, które stanowi przejaw dyskryminacji bez względu na płeć, jest także naruszeniem dóbr osobistych pracownika, takich jak godność lub stan zdrowia.

Zarówno mobbing, jak i molestowanie seksualne mogą pociągać za sobą określone skutki prawne. Osoby poddane mobbingowi mogą dochodzić także swoich praw

---

<sup>117</sup> Tzw. zakręt obręczy.

w oparciu o przepisy prawa cywilnego. Natomiast sprawców molestowania seksualnego w miejscu pracy można pociągnąć do odpowiedzialności cywilnej lub karnej.

### Mobbing

Od wielu lat w naukach zajmujących się zdrowiem i bezpieczeństwem zatrudnionych pracowników zwracano uwagę nie tylko na występowanie, ale i nasilanie się tzw. psychospołecznych stresorów w miejscu pracy. Zauważono przy tym, że o ile przemoc fizyczna wobec pracowników jest zjawiskiem łatwym do wykrycia poddającym się obserwacji i kontroli, to istnieje przemoc psychiczna, której konsekwencje są nie mniej poważne, natomiast przejawy jej występowania są znacznie trudniejsze do określenia. Po raz pierwszy na to zjawisko w sensie analitycznym i opisowym zwrócił uwagę szwedzki badacz psychiatra Heinz Leymann, określając je mianem „mobbingu”<sup>118</sup>. Mobbing określił jako „terror psychiczny w życiu zawodowym charakteryzujący się wrogimi i nieetycznymi zachowaniami, które są powtarzane systematycznie przez jedną osobę lub większą liczbę osób, skierowanymi głównie przeciwko pojedynczej osobie, która w ich wyniku zostaje pozbawiona szans na pomoc i obronę. Działania te występują bardzo często i przez długi okres. Duża częstotliwość i długi okres występowania tego wrogiego zachowania skutkuje poważnymi problemami mentalnymi, psychosomatycznymi i społecznymi”<sup>119</sup>.

Mobbing to słowo pochodzące z języka łacińskiego: *mobile vulgus* – tłum o zmieniających uczuciach. W języku angielskim rzeczownik *mob* oznacza tłum, hołotę, motłoch, pospólstwo. Czasownik to *mob* – szarpać, atakować, nękać, rzucać się na kogoś<sup>120</sup>.

W literaturze brak jest jednego powszechnie przyjętego terminu określającego przemoc w miejscu pracy. W Polsce coraz powszechniej używanym terminem jest mobbing.

Komisja Europejska wskazuje na mobbing jako na wszystkie te sytuacje, w których pracownik jest obrażany, zastraszany lub atakowany w okolicznościach związanych z pracą i stanowi to wprost lub pośrednio zagrożenie jego bezpieczeństwa, dobrego samopoczucia i zdrowia<sup>121</sup>.

Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy określa mobbing, jako nieuzasadnione zachowanie skierowane przeciwko pracownikowi lub grupie pracowników, które stwarza zagrożenie jego/ich zdrowia i bezpieczeństwa, gdzie nieuzasadnione zachowania to takie, które świadoma i rozsądna osoba, biorąc pod uwagę wszystkie okoliczności, identyfikuje, jako spychające ją do roli ofiary, poniżające i naruszające jej godność<sup>122</sup>.

<sup>118</sup> H. Leymann zapożyczył ten termin od K. Lorenza (który stworzył go dla określenia w świecie zwierząt dręczenia jednego osobnika przez zorganizowaną grupę innych).

<sup>119</sup> H. Leymann, *Mobbing and Psychological Terror at Workplaces*, „Violence and Victims”, summer, 1990, s. 87–89, s. 123–135.

<sup>120</sup> J. Krynicka, *Mobbing. Rok 2007. Europejskim Rokiem Równych Szans dla Wszystkich*, Kancelaria Senatu, Biuro Informacji i Dokumentacji, Dział Informacji i Ekspertyz, Maj 2007, s. 3.

<sup>121</sup> R. Wynne, N. Clarin, T. Cox et al., *Guidance on the Prevention of Violence at Work. Draft Report for the European Commission*, DG-V, 1995, [w:] J. Krynicka, *op. cit.*, s. 3.

<sup>122</sup> EASH, *European Agency for Safety and Health at Work, Bullying at Work. Facto 23,2002*, [w:] J. Krynicka, *op. cit.*



Międzynarodowa Organizacja Pracy (MOP), w swojej definicji stwierdza, że mobbing to: agresywne zachowanie, które możemy określić jako mściwe, okrutne, złośliwe lub upokarzające usiłowanie zaszkodzenia jednostce lub grupie pracowników. [...] Obejmuje ono sprzysięganie się lub mobbing przeciwko wybranemu pracownikowi, który staje się przedmiotem psychicznego dręczenia. Mobbing charakteryzuje się stałymi negatywnymi uwagami lub krytyką, społecznym izolowaniem danej osoby, plotkowaniem lub rozprzestrzenianiem fałszywych informacji<sup>123</sup>.

W Polskim (znowelizowanym) Kodeksie Pracy w art. 94 § 2 mobbing traktuje się jako działania lub zachowania dotyczące pracownika lub skierowane przeciw pracownikowi, polegają na uporczywym i długotrwałym nękaniu lub zastraszaniu pracownika, wywołujące u niego zaniżoną ocenę przydatności zawodowej, powodujące lub mające na celu poniżenie lub ośmieszenie pracownika, izolowanie go lub wyeliminowanie z zespołu współpracowników<sup>124</sup>.

Działania mobbingowe mają specyficzny charakter i polegają na dręczeniu i niszczeniu ofiary, co odróżnia mobbing od zwykłego konfliktu. Próbowano określić różne zachowania świadczące o mobbingu. Heine Leymann wyodrębnił 45 różnych zachowań z tym związanych. Zostały one zgrupowane w 5 obszarach w zależności od skutków, do jakich prowadzą:

1. działania zakłócające proces komunikacji. Wśród nich wyróżnia się: ograniczanie i/lub utrudnianie ofierze wypowiedzania się, stałe przerywanie wypowiedzi, reagowanie na wypowiedzi i uwagi ofiary krzykiem i wyzwiskami; ciągłą krytyką życia zawodowego, wykonywanej pracy, życia osobistego; groźby i pogróżki ustne, nękanie telefoniczne, wykonywanie poniżających obraźliwych gestów, kierowanie w stronę ofiary spojrzeń o ładunku emocjonalnym jednoznacznie negatywnym oraz operowanie językiem obfitującym w różnego rodzaju aluzje i unikanie jasnego wypowiedzania się wprost;
2. działania osłabiające więzi społeczne. Ta kategoria zachowań dotyczy; unikania przez przełożonego kontaktu, m.in. rozmów z ofiarą, izolację ofiary w miejscu pracy, np. umieszczanie jej w osobnym pokoju z zakazem kontaktowania się ze współpracownikami, stwarzanie sytuacji, w których ofiara nie może się wypowiedzieć, zabranianie pracownikom kontaktów i rozmów z izolowaną osobą, ignorowanie poszkodowanej osoby, traktowanie jej lekceważąco;
3. zachowania pogarszające reputację pracownika. Stosuje się takie zachowania jak: obmawianie ofiary mobbingu, rozsiewanie plotek na jej temat, ośmieszanie jej, żarty na temat jej życia osobistego, parodiowanie sposobu mówienia, chodzenia czy gestykulowania, atakowanie jej przekonań politycznych i/lub religijnych, wyśmiewanie i atakowanie ofiary ze względu na jej narodowość czy wyśmiewanie jej kalectwa, zwracanie się do ofiary używając przezwisk, wulgarnych, upokarzających zwrotów, składanie propozycji o charakterze seksualnym, sugerowane choroby psychicznej, kierowanie na badania psychiatryczne;
4. działania podważające pozycję zawodową pracownika. Przejawiają się one; wydawaniem poleceń służbowych wymuszających wykonywanie prac, które naruszają godność osobistą, kwestionowane decyzji podejmowanych przez ofiarę,

<sup>123</sup> International Labour (ILO), *When Working Becomes Hazardous*, „World of Work” 1998, No. 26.

<sup>124</sup> Kodeks Pracy – stan prawny na dzień 18 stycznia 2009 r., art. 943 (830 § 2).

drażnienie pracownika poprzez nieprzydzielanie mu obowiązków i pokazywanie że jest niepotrzebny, wydawanie absurdalnych lub sprzecznych poleceń, przydzielanie mu zadań zbyt trudnych, w celu wykazania jego niekompetencji lub zlecanie ofierze zbyt wielu obowiązków, z których nie może się wywiązywać;

5. działania wywierające negatywne skutki na zdrowie fizyczne pracowników. Działania te obejmują: zlecanie obowiązków szkodliwych dla zdrowia, grożenie użyciem siły fizycznej, a także stosowanie niewielkiej przemocy fizycznej, działania o podłożu seksualnym, a nawet wykorzystywanie seksualne, wyrządzanie szkód psychicznych w miejscu pracy lub w miejscu zamieszkania ofiary<sup>125</sup>.

### *Rodzaje mobbingu*

W zależności od tego, kto jest dręczycielem rozróżnia się:

1. mobbing pionowy, zstępujący – występuje w relacji przełożony przeciw podwładnemu. Ten rodzaj relacji jest szkodliwy dla zdrowia ofiary, ponieważ czuje się ona odizolowana i trudno znajduje wsparcie;
2. mobbing poziomy, horyzontalny – zwykle ma miejsce w relacji pracownik przeciw innemu pracownikowi. Sytuacja taka ma miejsce przy różnego rodzaju rywalizacjach między pracownikami, lub gdy dwóch pracowników rywalizuje między sobą. Niejednokrotnie trudna rola przypada przełożonemu, gdyż nie zawsze jest on przekonany, po czyjej stronie stanąć i nie podejmuje wtedy żadnych kroków, żeby nie być posadzonym o stronniczość;
3. mobbing wstępujący – w relacji podwładny przeciw przełożonemu. Zdecydowanie jest to najrzadziej występująca sytuacja. Sprzyja temu przeświadczenie o nikłych umiejętnościach przełożonego. Któryś z podwładnych próbuje zająć jego miejsce. Mobbing wstępujący przybiera różne formy, najczęściej są to fałszywe oskarżenia o molestowanie seksualne, lub reakcje zbiorowe całej grupy nakierowane na pozbycie się nieakceptowanego przełożonego;
4. mobbing mieszany jest swoistym połączeniem formy pierwszej i drugiej. Przeciw pracownikowi występuje przełożony, równocześnie naprzemiennie z innymi pracownikami<sup>126</sup>.

### *Fazy mobbingu*

Badacze problematyki mobbingu akcentują występowanie tego zjawiska o charakterze procesu, w którym można wyodrębnić kolejne fazy płynnie po sobie następujące. Nie ma zgodności odnośnie liczby faz. W literaturze przedmiotu funkcjonuje duża liczba modeli, przybliżymy dwa najbardziej charakterystyczne:

1. trzyetapowy model Einarsen'a i Bjorkvist'a oparty na obserwowanej zmianie intensywności wzajemnych oddziaływań stron;
2. niezwykle szczegółowy model pięcioetapowy, opisany przez S.M. Litzke i H. Schuha;

### *Model Einarsen'a i Bjorkvist'a*

Faza I. Działania pośrednie typu rozsiewanie plotek: ma na celu poniżenie ofiary w oczach innych ludzi.

<sup>125</sup> H. Leymann, *The Mobbing Encyclopaedia*, 1996, <http://www.leymann.se>.

<sup>126</sup> Zob. M.F. Hirigoyen, *Molestowanie w pracy*, Poznań 2003.

Faza 2. Działania bardziej bezpośrednie (izolacja, ośmieszanie, publiczne krytykowanie), ma przez to publicznie usprawiedliwić własne zachowania.

Faza 3. Działania skoncentrowane (wizerunek ofiary jako chorej umysłowo, i szantaż ofiary), ma uniemożliwić ofierze dochodzenie swych praw i przeciągnięcie opinii środowiska przeciw ofierze<sup>127</sup>.

W poszczególnych fazach działania koncentrują się na intencjach sprawcy, które w zasadniczy sposób kierunkują jego działania przeciw ofierze. Towarzyszy temu dość elastyczny dobór środków do aktualnej sytuacji, mającej coraz bardziej pogrążać ofiarę, budować jej obraz jako umysłowo chorej.

#### *Model pięciu faz*

##### Faza 1. Konflikty, pojedyncze zajścia

Konflikty są zdarzeniami normalnymi nieomal codziennymi w każdym miejscu pracy. Nie jest obojętna skala, natężenie i czas trwania konfliktu. Często konflikt zostaje w krótkim czasie załagodzony, co jest niejednokrotnie powiązane z przeprosinami. Jeżeli dłużej pozostaje nierozwiązany, to tli się i może za pewien czas wybuchnąć z nową siłą. Wśród pracowników wytwarza się atmosfera nerwowości, tymczasowości, wzrasta prawdopodobieństwo powstania zarzewia mobbingu.

##### Faza 2. Rosnący przymus samoobrony jako podprogowa przesłanka mobbingu

Spór merytoryczny schodzi na plan dalszy, a konflikt zaczyna być traktowany osobiście, niepewność rośnie. Następują kolejne prowokacje mające doprowadzić do utraty twarzy osoby prześladowanej. W tej fazie pojawiają się pierwsze objawy stresu.

##### Faza 3. Eskalacja konfliktu

Prawie nikt już nie chce współpracować z ofiarą mobbingu, gdyż traci ona stopniowo powszechną akceptację i szacunek. To zwiększa tylko niepewność ofiary, która w wyniku napiętej sytuacji, zaczyna popełniać błędy a to przyczynia się do utrwalania jej (sugerowanego) złego wizerunku. Prześladowanemu podpowiada się, że powinien sam zwolnić się z pracy.

W tej fazie konfliktu czynniki oficjalne powinny podjąć odpowiednie kroki. Interwencja nie zawsze, zmierza w kierunku pomocy ofierze, a niejednokrotnie jest skierowana przeciw ofierze jako zakłócającej pracę. Nadzieja osoby prześladowanej na sprawiedliwość znika. Wówczas wydaje się prawdopodobne ciche przeniesienie osoby prześladowanej do innego działu, towarzyszy temu plotka o nieudaczniku, jeszcze przed jego przeniesieniem.

##### Faza 4. Błędne diagnozy lekarskie i psychologiczne

Stan zdrowia osoby prześladowanej pogarsza się w takim stopniu, że odwiedza lekarza lub psychologa. W diagnozach stawianych przez specjalistów dość często nie dostrzega się, że główną przyczyną zmian chorobowych psychosomatycznych są określone warunki pracy. Wielu specjalistów dysponuje nikłą wiedzą o środowisku pracy i dlatego zmian chorobowych upatrują w postępującym wieku itp. Lekarz najczęściej ma mało czasu dla chorego lub też nie zawsze stwarza atmosferę sprzyjającą do zwierzeń ze strony pacjenta.

<sup>127</sup> P. Chomczyński, *Mobing w pracy z perspektywy interakcyjnej, proces stawiania się ofiarą*, Łódź 2008, s. 92–93.

#### Faza 5. Faza końcowa

Prześladowani są odstawiani na boczny tor. Wielu z nich nie zwalnia się, ale otrzymują zadania zawodowe poniżej własnych możliwości i doświadczają społecznej izolacji. Sposobem pozbycia się niewygodnych osób jest wysyłanie ich na długotrwałe zwolnienia lekarskie, rentę chorobową wcześniejszą emeryturę lub wręcza się im zwolnienie w wyniku reorganizacji. W ekstremalnych przypadkach, ofiary próbują rozwiązywać konflikty w pracy, uciekając się do przemocy lub popełniają samobójstwo<sup>128</sup>.

Podstawowym problemem mobbingu jest molestowanie psychiczne i izolacja społeczna. Nawet jeżeli w początkowym okresie tylko jedna osoba stosuje praktyki mobbingowe, to w wyniku jej ataków zmienia się zazwyczaj reakcja otoczenia, na nieprzychylną dla ofiary, a co najwyżej na bierną. Niektórzy nie uczestniczą wprawdzie w mobbingu, ale ze strachu z obawy, przed możliwością ich zaatakowania milczą. Rozsiewane plotki powodują, że pracownicy dotychczas pozbawieni uprzedzeń w stosunku do ofiary opowiadają się przeciwko niej. Znamienna jest reakcja ofiary. Często myśli ona jeszcze w kategoriach winy i zadośćuczynienia, co odbierane jest szczególnie przez prześladowców jako trudny do wytłumaczenia upór i skutkuje jeszcze większą izolacją otoczenia. Brak wsparcia społecznego znacząco obniża potencjał ofiary i jej pogarszające się możliwości poradenia sobie z zaistniałą sytuacją.

Coraz częściej ofiara zaczyna reagować nieufnie i opryskliwe, co jest odbierane jako zachowanie aroganckie. Powstaje przysłowiowy „zakłęty krąg”; im bardziej rozpaczliwie broni się ofiara, tym ciaśniej zaciska się pętla przemocy. 5–10% prześladowanych doświadcza na skutek mobbingu ciężkich zaburzeń psychicznych. Rozpoczynają się one złym samopoczuciem, bólami głowy, problemami żołądkowymi, przygnębieniem. To może zakończyć się depresją lub uzależnieniem<sup>129</sup>.

W praktyce nie każdy prześladowany zawsze doświadcza wszystkich faz mobbingu, jednak 60% ofiar przechodzi przez wszystkie fazy. Co czwarty mobbingowany był źle traktowany raz w tygodniu, a co trzeci kilka razy na tydzień. Najczęściej okres trwania mobbingu wynosił około 12 miesięcy. W przeważającej liczbie przypadków wrogie działania wobec ofiary w różnej formie wykazywało 3–5 osób. Trzy czwarte ofiar podaje, że rozpoczęcie działań typu mobbingowego inicjowała jedna osoba, do której z upływem czasu dołączali kolejni pracownicy<sup>130</sup>.

#### *Przyczyny i skutki*

W celu skutecznego zapobiegania mobbingowi należy rozpoznać czynniki mające wpływ na jego powstawanie. Na ogół upatruje się trzy główne kategorie takich przyczyn.

Do pierwszej kategorii należą cechy indywidualne jak: płeć, wiek, wykształcenie, stan cywilny, cechy osobowości ofiary i sprawcy, odmienność zachowania. Ważne jest zajmowane stanowisko przez pracownika w układach formalnych i nieformalnych układach hierarchicznych zawodowych a także pozycja zawodowa, itp.

<sup>128</sup> Szerzej: S.M. Litzke, H. Schuh, *op. cit.*, s. 138–140.

<sup>129</sup> O skutkach zdrowotnych mobbingu, zob. B. Zuschlag, *Mobbing. Schikane am Arbeitsplatz*, Gettlingen 2001.

<sup>130</sup> Wyczerpująco na ten temat: B. Meschkutat, M. Stackelbeck, G. Langenhoff, *Der Mobbing-Report – Eine Repräsentativstudie für die Bundesrepublik Deutschland*, Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund–Berlin 2002.

- prześladowca czyli mobber niejednokrotnie ma takie cechy osobnicze jak; tendencje do zawiści, prawie chorobliwa zazdrość, zbyt wygórowane zdanie na temat swoich kwalifikacji, agresywność, impulsywność itp. Sprawcami przemocy psychicznej częściej stają się mężczyźni, choć wzrasta liczba „ambitnych” kobiet pnących się do góry;
- ofiara czyli mobbowany to bardzo często osoby w wieku 20–40 lat. Przeważnie to kobiety samotne lub rozwiedzione o niskim poziomie wykształcenia. Do potencjalnych ofiar można także zaliczyć pracowników o niskiej samoocenie, uległych, zdecydowanych bardziej przeczekać niż ingerować. Również zagrożeni są pracownicy w wieku przedemerytalnym, szczególnie po ukończeniu 50 lat, gdyż są inni od odmłodzonego personelu przedsiębiorstwa. Coraz częściej pojawiają się poglądy, że lepiej obrzydzić im życie, bo sami się zwolnią, a to taniej będzie kosztować niż wypowiedzenie z pracy; zagrożeni są także młodzi pracownicy dobrze wykształceni, znający dobrze obce języki, po stażach zagranicznych, gdyż mogą stanowić konkurencję dla starej kadry. Zazwyczaj się to tłumaczy, że brak jest im długoletniego doświadczenia zawodowego.

Druza kategoria czynników wpływających na pojawianie się zjawiska mobbingu związana jest z czynnikami organizacyjnymi. Wpływ tu ma zarówno nieodpowiednie kierownictwo, złe zarządzanie, niewłaściwa organizacja pracy, wadliwa kultura organizacji, nieprzyjazny klimat pracy, stresujące środowisko. Złe zarządzanie z wyższych szczebli powiela się na niższych szczeblach zarządzania.

Trzecią kategorię stanowią czynniki społeczne o zasięgu lokalnym i krajowym. Są to: poziom przestępczości (np. stwierdzono, że w krajach o wysokim wskaźniku zabójstw, przypadki występowania przemocy w pracy są częstsze, niż w krajach o niższym wskaźniku), zmiany ekonomiczne (gospodarka o charakterze globalnym wymusza dość częste restrukturyzacje przedsiębiorstw, gdyż jest to jednym z warunków oparcia się konkurencji i utrzymania się na rynku, ale to wywołuje napięcia w środowiskach pracowniczych, szczególnie w tych zagrożonym redukcją zatrudnienia), szybko postępujące zmiany społeczne (zubożenie społeczeństwa, obniżenie poziomu nauczania, brak dozoru nad dorastającą młodzieżą zanikanie wielopokoleniowego modelu rodziny, wzrastający wskaźnik rodzin niepełnych), wzrost liczby imigrantów, rozwój szarej strefy w gospodarce<sup>131</sup>.

W skali społecznej przemoc psychiczna oznacza znaczne koszty z tytułu leczenia, rehabilitacji i świadczeń związanych z przejściem na rentę lub wcześniejszą emeryturę. W Szwecji oszacowano, że 20–40% wcześniejszych emerytur spowodowanych było zdecydowanie złymi stosunkami panującymi w środowisku pracy. Trzech na pięciu wczesnych emerytów doświadczało mobbingu<sup>132</sup>. Według Międzynarodowej Organizacji Pracy, liczba absencji pracowniczych spowodowanych mobbingiem szacowana w skali roku wynosi 27 milionów dni roboczych. Liczba pracowników, którzy corocznie, muszą szukać sobie nowej pracy z tego tytułu, wynosi 200 tysięcy. Gospodarka niemiecka z tytułu mobbingu ponosi koszty na poziomie 15–50 miliardów euro<sup>133</sup>.

<sup>131</sup> Przyczyny mobbingu na podstawie m.in. H. Kaczorowski, *Mobbing: niektóre aspekty socjologiczne*, [w:] *Socjologiczne i psychopedagogiczne aspekty przemocy*, red. J. Wawrzyński, Łódź 2007, s. 69–82; a także W. Matuszyński, *O źródłach i sposobach przezwyciężania mobbingu w organizacji*, Łódź 2004.

<sup>132</sup> W. Matuszyński, *op. cit.*

<sup>133</sup> S.M. Litzke, H. Schuh, *op. cit.*, s. 156.

W ostatnich latach zostały przeprowadzone badania przez Europejską Fundację Poprawy Warunków Życia i Pracy, w których przedstawiono skalę mobbingu w krajach Unii Europejskiej (badania nie dotyczą krajów, które weszły do UE 1 maja 2004 r.)<sup>134</sup>.

Odsetek pracowników doświadczających przemocy w miejscu pracy kształtował się następująco:

Finlandia	15%
Luksemburg	7%
Holandia	14%
Niemcy	7%
Wielka Brytania	14%
Austria	6%
Szwecja	12%
Grecja	5%
Belgia	11%
Hiszpania	5%
Francja	10%
Portugalia	4%
Irlandia	10%
Włochy	4%
Dania	8%

W krajach UE mobbing dotyczy 10% kobiet i 8% mężczyzn pracujących zawodowo. Największe zagrożenie mobbingiem występuje w krajach Europy Północnej: Finlandii, Holandii i Wielkiej Brytanii, a najniższe zagrożenie w krajach śródziemnomorskich.

Ze względu na sektory gospodarki mobbing w krajach UE przedstawiał się następująco:

- Administracja publiczna i służby mundurowe – 14%
- Edukacja, służba zdrowia – 12%
- Hotelarstwo, gastronomia – 12%
- Handel – 9%
- Nieruchomości – 7%
- Przemysł przetwórczy, górnictwo – 6%
- Budownictwo – 5%
- Usługi finansowe – 5%

Z przedstawionego zestawienia wynika, że wyższe ryzyko mobbingu występuje w sektorze publicznym niż prywatnym, a może to wynika z wyższego odsetka zatrudnionych kobiet.

W Polsce przeprowadzono badania ankietowe w 2002 r. przez „Newsweek Polska”, dotyczące mobbingu. Podobnie jak w UE, częściej występuje on w sektorze publicznym (65%) niż prywatnym (30%). W 81% nękańcami są przełożeni, w 14% – równi rangą, a tylko w 5% podwładni<sup>135</sup>. W tym samym okresie badania na próbie

<sup>134</sup> <http://www.mbbing.most.org.pl/publikacja-3.htm>.

<sup>135</sup> B. Maciejewska, *Terroryści w biurze*, „Newsweek Polska” 2002, nr 2, s. 71.

1047 dorosłych osób przeprowadził CBOS<sup>136</sup>. Chodziło o uzyskanie informacji o działaniach mobbingowych w ostatnich pięciu latach. Wśród badanych szykanowanych było przeciętnie 17% pracowników, przy czym 5% deklaroowało częste nękania. W 40% sprawcami byli przełożeni, a w 6% współpracownicy. Najczęściej wymuszano pozostawanie po godzinach pracy (24%), poza tym szantażowano zwolnieniem z pracy (14%), odmawiano udzielenia urlopu (16%), kierowano pod adresem pracowników złośliwe uwagi czy niestosowne żarty (14%).

#### *Najczęściej spotykane sposoby przeciwdziałania mobbingowi*

Mobbing w miejscu pracy jest jedną z patologii zarządzania zasobami ludzkimi.

Zapobieganie mobbingowi nie może polegać tylko na wprowadzaniu nowych: przepisów lub tworzeniu kolejnych służb specjalistycznych. Zapobieganiu ma pomóc dobra komunikacja i skuteczny dialog między pracownikami. Ciekawy plan zapobiegawczy zaproponowała M. F. Hirigoyen<sup>137</sup>. Dzieli ona proces mobbingu na etapy, zwracając przy tym uwagę na: uwrażliwienie pracowników na problem mobbingu, kształcenie specjalistów, kształcenie kadry, zredagowanie określonych regulacji prawnych mających na celu wprowadzenie ogólnych norm.

W wielu krajach Europy, Stanach Zjednoczonych, Kanadzie i Australii ustanawiane są specjalne programy badawcze tzw. *task force*, których celem jest opracowanie optymalnych sposobów prewencji ograniczających ryzyko przemocy w pracy, w tym ryzyko mobbingu<sup>138</sup>. Podstawową przesłanką towarzyszącą tym planom jest przekonanie o konieczności wielowymiarowego podejścia do problemu mobbingu, z uwzględnieniem zjawisk i czynników szkodliwych dla zdrowia i funkcjonowania człowieka.

W świetle zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia, ww. programy profilaktyczne powinny obejmować trzy zasadnicze rodzaje działań:

- prewencję pierwotną,
- prewencję wtórną,
- prewencję trzeciorzędową.

Prewencja pierwotna ma na celu ograniczenie/lub eliminację agresji poprzez odpowiednie warunki pracy, stwarzające wysoki poziom bezpieczeństwa pracy dla zatrudnionych pracowników. Ogranicza się prawdopodobieństwo napaści ze strony osób z zewnątrz. Budowanie odpowiedniej kultury organizacyjnej ma wspierać współpracę między pracownikami, równocześnie ograniczać popełnianie nadużyć wobec współpracowników i pracowników niższych rangą. W dobrym klimacie organizacyjnym, pracownicy czują się szanowani i doceniani, dlatego są lojalni i zaangażowani w wykonywaną pracę. Klimat organizacyjny może ulec dalszej poprawie poprzez systematyczne szkolenie kadry kierującej, szczególnie przełożonych różnych szczebli.

Prewencja wtórna. Ważne jest przypominanie o właściwym zachowaniu (które obowiązuje wszystkich), zachowaniu spokoju, aby nie eskalować spirali agresji i in-

<sup>136</sup> W. Derczyński, *Szykany w miejscu pracy. Raport CBOS, 2002*, [www.mobbing.pl](http://www.mobbing.pl).

<sup>137</sup> Zob. M.F. Hirigoyen, *op. cit.*, s. 297–299.

<sup>138</sup> Por. szerzej: D. Merez, A. Mosicki, M. Drabek, *Mobbing w środowisku pracy. Charakterystyka zjawiska, jego konsekwencje, aspekty prawne i sposoby przeciwdziałania*, Instytut Medycyny Pracy, Łódź 2005, s. 20 i n.

nych symptomów mobbingu. Ważne jest także tworzenie procedur monitorowania i dokumentowania zachowań o charakterze mobbingowym oraz skuteczne wykorzystywanie istniejących do ochrony ofiary przed dalszym nękaniami.

Prewencja trzyczęściowa to działania na rzecz osób poszkodowanych, uskarżających się na zły stan zdrowia, co utrudnia im funkcjonowanie zawodowe i pozazawodowe.

Największe doświadczenie w realizacji programów prewencji przemocy w pracy mają kraje skandynawskie i – w oparciu o ich doświadczenia – inne kraje Europy. Najlepsze efekty daje realizacja programów uwzględniających krajową specyfikę (w tym prawną, społeczną i kulturową). Kolejnym krokiem jest dopiero wdrażanie na poziomie lokalnym i firm<sup>139</sup>.

W Polsce nie prowadzi się na szerszą skalę tego rodzaju programów przeciwmobbingowych.

#### *Aspekty prawne związane z mobbingiem*

Kraje Unii Europejskiej a także USA i Kanada wypracowały lub są w trakcie przygotowywania aktów prawa antymobbingowego<sup>140</sup>, Parlament Europejski w 2001 roku przyjął rezolucję w sprawie nękania w miejscu pracy (2001/2339)<sup>141</sup>, wzywając państwa członkowskie do przeciwdziałania mobbingowi i molestowaniu seksualnemu w miejscu pracy i jeśli jest to konieczne, do uzupełnienia istniejącego ustawodawstwa do roku 2005.

Szwecja była pierwszym krajem, który w 1977 roku uregulował prawne kwestie związane z mobbingiem. Wprowadzono wtedy przepis stanowiący, że pracownik ma prawo do ochrony zarówno zdrowia fizycznego, jak i psychicznego. Określono wtedy mobbing jako „powtarzające się naganne lub wyraźnie negatywne działania mające obraźliwy charakter, skierowane przeciwko pracownikowi, których skutkiem może być wyłączenie pracownika ze społeczności w miejscu pracy”. Pracodawców zobowiązano do przeciwdziałania gnębieniu pracowników, a w przypadku pojawienia się jakichkolwiek symptomów mobbingu, nakazano podejmować kroki, które mają wyeliminować to zjawisko.

Francja przyjęła pierwszy projekt ustawy regulującej kwestie mobbingu w roku 1999. Pełne regulacje prawne w tym zakresie zostały wprowadzone poprzez Ustawę o modernizacji socjalnej z dnia 17 stycznia 2002 roku. Jednocześnie znowelizowane zostały: kodeks pracy, kodeks karny i ustawa o prawach i obowiązkach pracowników służby cywilnej. Sprawcy nękania moralnego w miejscu pracy ponoszą odpowiedzialność karną pozbawienia wolności nawet do jednego roku lub grzywny do 15 000 euro (zgodnie z zapisami kodeksu karnego).

Belgia jest kolejnym krajem, w którym problem mobbingu został uregulowany prawnie w sposób kompleksowy w ustawie z dnia 11 czerwca 2002 roku. Jednocześnie znowelizowano ustawę dotyczącą ochrony pracowników w miejscu pracy oraz kodeks karny w części dotyczącej ochrony przed przemocą. Belgijskie regulacje

<sup>139</sup> Wzorcowym programem może być program zrealizowany w Irlandii pt. „Przygotowanie rekomendacji do prewencji bullingiu w pracy”. Źródło: M. Sheehan, P. McCarthy, M. Baker. M. Henderson, *A Model for Assessing the Impacts and Costs of Workplace Bullying*.

<sup>140</sup> [www.mobbing.pl](http://www.mobbing.pl).

<sup>141</sup> <http://www.mobbing.most.org.pl/publikacja-3.htm>.



antymobbingowe, podobnie jak francuskie mają charakter bardzo szczegółowy i wyczerpujący. Interesujące jest wprowadzenie instytucji doradcy do spraw prewencji i osoby zaufania. Ma to pomóc rozwiązywać problemy związane z mobbingiem na poziomie przedsiębiorstwa, a równocześnie realizować działania prewencyjne.

W Hiszpanii stosuje się w praktyce ogólne przepisy Dekretu Królewskiego o statusie Pracowników<sup>142</sup>, w szczególności art. 4 gwarantujący pracownikom prawo do poszanowania ich prywatności i godności. Hiszpańskie sądy, mimo braku przepisów bezpośrednich, bazują na przejrzystej linii orzeczniczej.

Dania nie ma unormowań prawnych dotyczących mobbingu. Wynika to z długoletniej tradycji regulacji stosunków społecznych opartej przede wszystkim na umowie społecznej. Próby wprowadzenia przez Duńskie Ministerstwo Pracy nadzoru nad psychologicznymi i fizycznymi aspektami bezpieczeństwa pracy, zostały źle przyjęte i określone jako nieuzasadniona interwencja. Bardzo popularne są tu poradniki lub spisane wytyczne dotyczące ograniczania ryzyka przemocy w pracy. W 2002 roku Ministerstwo Zatrudnienia i Pracy wprowadziło do przepisów dotyczących wykonywania pracy tzw. § 9a, w którym zwrócono uwagę, że „praca nie może stwarzać ryzyka zaburzeń zdrowia psychicznego i fizycznego z powodu bullingiu/nękania i molestowania seksualnego”.

Finlandia przyjęła w 2002 roku ustawę dotyczącą przemocy fizycznej i psychicznej, włączając groźbę przemocy, nękanie psychiczne, molestowanie seksualne i bulling. Zgodnie z zapisami tej ustawy, pracodawca zobowiązany jest do monitorowania środowiska pracy, sytuacji społeczności pracującej oraz udzielania pomocy ofiarom przemocy. Zgodnie z ustawą pracownik nie jest jedynie przedmiotem ochrony, ale także ma wykorzystywać wszelkie dostępne mu środki, dbać o bezpieczeństwo swoje i innych pracowników.

#### *Irlandia, Niemcy, Wielka Brytania, Włochy*

W tych krajach nie ma przepisów prawnych bezpośrednio regulujących problemy związane z mobbingiem. Wykorzystuje się istniejące akty prawne możliwie zbliżone. Przygotowywane są również procedury ochrony pracowników przed mobbingiem i pomocy ofiarom mobbingu. Stosowanie się do tych wytycznych jest dobrowolne, jednak działanie lokalnych grup nacisku powoduje, że zalecenia nabierają charakteru quasiprawnego. Pomimo braku regulacji prawnych, praktyka orzecznicza dowodzi, że ofiary mobbingu mogą liczyć na właściwą ochronę prawną.

#### *Stany Zjednoczone Ameryki Północnej*

Nie ma tu żadnych bezpośrednich federalnych regulacji prawnych odnoszących się do mobbingu. Pewne odniesienia z tym związane są zawarte w Ustawie o bezpieczeństwie i zdrowiu zatrudnionych<sup>143</sup>, która zapewnia każdemu pracownikowi zdrowe i bezpieczne warunki pracy. Ograniczoną ochronę ofiar mobbingu gwarantuje także Narodowa Ustawa o stosunkach pracy (National Labor Relations Act). Ponadto w prawie amerykańskim występuje tzw. instytucja umyślnego powodowania proble-

<sup>142</sup> Real Decreto Legislativo por El que Se aprueba El txto Refundido de La Ley del Estatuto de Los Trabajadores.

<sup>143</sup> Occupational Safety and Health Act of 1970.

mów emocjonalnych<sup>144</sup>. Wywodzi się ona z cywilnych regulacji i często jest odnośzona do sytuacji osób, które doświadczyły mobbingu. W Stanach Zjednoczonych zakres ochrony ofiar mobbingu praktycznie jest węższy, niż w wielu krajach Europy Zachodniej.

#### *Kanada*

Podobnie jak w USA, nie ma tu regulacji prawnych związanych z mobbingiem na poziomie federalnym. Każda prowincja ma własne regulacje prawne. Ofiary mobbingu mogą dochodzić swoich praw w oparciu o konstrukcję prawną tzw. niedbalstwa powodującego szok nerwowy<sup>145</sup>. Należy też wspomnieć o tzw. dorozumianym rozwiązaniu umowy<sup>146</sup>, które może nastąpić w przypadku poważnego naruszenia umowy o pracę przez pracodawcę, takie rozwiązanie jest szczególnie pomocne dla tych osób, które z powodu mobbingu zmuszone są odejść z pracy, a nie mogą skorzystać z okresu wypowiedzenia<sup>147</sup>.

#### *Polska*

Polska jako czwarty kraj europejski wprowadziła regulacje prawne mające na celu przeciwdziałania mobbingowi. Przepisy znowelizowanego 14 listopada 2003 roku kodeksu pracy odnoszą się nie tylko do mobbingu, ale także do wszelkich przejawów dyskryminacji, w tym molestowania i molestowania seksualnego, nowe przepisy kodeksu pracy weszły: 1 stycznia 2004 roku – w dniu uzyskania przez Polskę członkostwa w UE. Art. 94,3. znowelizowanego kp. określa, że:

§ 1. Pracodawca jest obowiązany przeciwdziałać mobbingowi.

§ 3. Pracownik, u którego mobbing wywołał rozstrój zdrowia, może dochodzić od pracodawcy odpowiedniej sumy tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. Ponadto odpowiedzialność pracodawcy za krzywdę pracownika w postaci rozstroju zdrowia ma charakter absolutny – pracodawca ponosi ją nawet w sytuacji, gdy o stosowaniu mobbingu wobec pracownika przez innego lub innych pracowników nie wiedziały osoby kierujące zakładem<sup>148</sup>.

§ 4. Pracownik, który wskutek mobbingu rozwiązał umowę o pracę, ma prawo dochodzić od pracodawcy odszkodowania w wysokości nie niższej niż minimalne wynagrodzenie za pracę, ustalone na podstawie odrębnych przepisów.

§ 5. Oświadczenie pracownika o rozwiązaniu umowy o pracę powinno nastąpić na piśmie z podaniem przyczyny, o której mowa w § 2, uzasadniającej rozwiązanie.

Szereg zapisów istotnych dla osób mobbingowanych zawiera także Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej (z dnia 2 kwietnia 1997 r.)<sup>149</sup>.

Art. 24. Praca znajduje się pod ochroną Rzeczypospolitej Polskiej. Państwo sprawuje nadzór nad warunkami wykonywania pracy.

<sup>144</sup> Intentional Infliction of Emotional Distress.

<sup>145</sup> Negligent Infliction of Nervous Shock.

<sup>146</sup> Constructive Dismissal.

<sup>147</sup> O aspektach prawnych mobbingu w różnych krajach szerzej: M. Chakowski, *Mobbing. aspekty prawne*, Warszawa–Bydgoszcz 2005, s. 17–63.

<sup>148</sup> J. Skoczyński, *Kodeks pracy*, Warszawa 2004, s. 416.

<sup>149</sup> Ustawa z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. z 1964 r. Nr 78, poz. 483). Sprostowanie (Dz.U. z 2001 r., Nr 28, poz. 319).

Art. 30. Przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela, jest ona nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych.

Art. 32.1. Wszyscy wobec prawa są równi, wszyscy mają prawo do równego traktowania przez władze publiczne.

Nikt nie może być dyskryminowany w życiu publicznym, społecznym lub gospodarczym z jakiegokolwiek przyczyny.

Art. 45.1. Każdy ma prawo do sprawiedliwego i jawnego rozpatrzenia sprawy bez nieuzasadnionej zwłoki przez właściwy, niezależny, bezstronny i niezawisły sąd.

1. Wyłączenie jawności rozprawy może nastąpić ze względu na moralność, bezpieczeństwo państwa i porządek publiczny oraz ze względu na ochronę życia prywatnego stron lub inny ważny interes prywatny, wyrok ogłaszany jest publicznie.

Art. 66. Każdy ma prawo do bezpiecznych i higienicznych warunków pracy. Sposób realizacji tego prawa oraz obowiązki określa ustawa.

Art. 80. Każdy ma prawo wystąpienia, na zasadach określonych w ustawie, do Rzecznika Praw Obywatelskich z wnioskiem o pomoc w ochronie swoich wolności lub praw naruszonych przez organy władzy publicznej.

Osoby poddane mobbingowi mogą dochodzić swoich praw w oparciu o przepisy prawa cywilnego. Artykuł 23 Kodeksu cywilnego, mówiący o ochronie dóbr osobistych podaje, że „dobra osobiste człowieka, jak w szczególności zdrowie, wolność, cześć, swoboda sumienia [...] pozostają pod ochroną prawa cywilnego niezależnie od ochrony przewidzianej w innych przepisach”<sup>150</sup>. Mobbing niewątpliwie narusza wiele dóbr osobistych, zwłaszcza zdrowie i cześć człowieka, ofiary mogą wytoczyć proces z powództwa cywilnego, domagając się odszkodowania za doznane szkody.

W Kodeksie karnym wymienia się sankcje grożące osobie, która powoduje u innej osoby uszczerbek na zdrowiu, trwałą chorobę psychiczną całkowitą lub znaczną trwałą niezdolność do pracy<sup>151</sup>.

Art. 156. § 1 i 2. Kto powoduje uszczerbek na zdrowiu [...] w postaci trwałej choroby psychicznej, podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.

Art. 157. § 2. Kto powoduje [...] rozstrój zdrowia trwający nie dłużej niż 7 dni, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności, albo pozbawienia wolności do lat 2.

Poniżanie, znieważanie pozwalają wkroczyć na drogę sądową w dochodzeniu swoich praw. Wielu sprawców psychicznego prześladowania nie zawsze ucieka się do jawnych czy jednoznacznych środków przemocy. Na początku sprawca stara się wyizolować ofiarę z jej dotychczasowego otoczenia, co sprawia, że nie łatwo znaleźć świadków, nawet długotrwałego prześladowania psychicznego. Ofiary mobbingu często nie wiedzą, jak się bronić, do kogo się zwrócić i że mobbing nie jest bezkarny.

### Molestowanie seksualne

#### *Pojęcie i definicje molestowania seksualnego*

Molestować to znaczy natrętnie o coś prosić, nudzić ciągłymi prośbami, naprzykrzać się<sup>152</sup>. Seksualnie wiąże się z nadpobudliwością, nienasyceciem seksualnym, chęcią wykorzystania kogoś seksualnie<sup>153</sup>.

<sup>150</sup> W. Cieślak, J. Stelina, *Niektóre aspekty prawne mobbingu*, „Prokuratura i Prawo” 2002, nr 10, s. 70.

<sup>151</sup> Kodeks karny. Ustawa z dnia 2 sierpnia 1977 r. (Dz.U. Nr 88, poz. 553).

<sup>152</sup> *Słownik współczesnego języka polskiego...*, t. 1, s. 531.

<sup>153</sup> *Ibidem*, t. 2, s. 301.

Pojęcie molestowania seksualnego pochodzi od angielskiego słowa *harass*, oznaczającego nękać (atakami). Ogólnie oznacza ono niepożądane przez osobę, na którą jest skierowane zainteresowanie seksualne. Molestowanie seksualne w miejscu pracy to przede wszystkim niechciane zachowanie o podłożu seksualnym, które odbierane jest przez ofiarę jako determinujące warunki zatrudnienia lub kreujące nieprzyjemne środowisko pracy<sup>154</sup>. Bardziej syntetyczne sformułowanie podaje, że molestowanie seksualne to zachowanie o charakterze seksualnym naruszające godność, nieakceptowane przez społeczeństwo jako sprzeczne z normami społecznymi<sup>155</sup>.

Termin molestowanie seksualne pojawił się w Ameryce Północnej w końcu lat 70., a następnie w latach 80., sformułowano jego definicję prawną; molestowanie seksualne zdefiniowano jako umyślne i powtarzające się uwagi, gesty lub kontakt fizyczny o charakterze seksualnym, odbierane przez osoby, ku którym je skierowano, jako niepożądane<sup>156</sup>.

Komisja Wspólnot Europejskich wydała zalecenie 92/13 1/EWG z 27 listopada 1991 roku w sprawie ochrony godności kobiet i mężczyzn w pracy, do którego dołączono kodeks postępowania w sprawie zwalczania molestowania seksualnego. W myśl tego zalecenia, molestowaniem seksualnym jest każde niewłaściwe zachowanie naruszające godność kobiety i mężczyzny w miejscu pracy, molestowaniem jest każdy przejaw zachowania względem przedstawicieli innej płci nieakceptowany przez adresata<sup>157</sup>.

Kolejnym krokiem związanym z rozumieniem i definiowaniem molestowania seksualnego w krajach Unii Europejskiej było wydanie dyrektywy ramowej nr 2000/78/WE, w której zawarto szerszą definicję molestowania seksualnego<sup>158</sup>. Molestowanie seksualne należy uważać za formę dyskryminacji, gdy ma miejsce czyjeś niepożądane zachowanie się ze względu na religię lub przekonania, niepełnosprawność, wiek lub orientację seksualną, a jego celem lub skutkiem jest naruszenie godności osoby oraz stworzenie atmosfery zastraszenia, wrogości, poniżenia, upokorzenia lub obrazy. Molestowanie przejawia się w ciągłych napaściach o charakterze fizycznym lub psychicznym z reguły nieprzewidywalnych, irracjonalnych i nieusprawiedliwionych na poszczególne osoby zatrudnione lub ich grupy. Zjawisko to nie wynika jedynie z cech poszczególnych ludzi, lecz jest zakorzenione w szerszym kontekście społecznym, gospodarczym, organizacyjnym i kulturowym<sup>159</sup>. Według Dyrektywy ramowej, pojęcie molestowania może być definiowane zgodnie z ustawodawstwem i krajową

<sup>154</sup> J. Warylewski, *Molestowanie seksualne w miejscu pracy*, „Państwo i Prawo” 1999, nr 3, s. 60.

<sup>155</sup> <http://pl.wikipedia.org/wiki/Molestowanie-seksualne>.

<sup>156</sup> Zob. szerzej: P. Szewiec, *Molestowanie w miejscu pracy*, „Zarządzanie Zasobami Ludzkiemi”, 28.05.2009.

<sup>157</sup> H. Szewczyk, *Molestowanie seksualne i mobbing w miejscu pracy lub w związku z pracą – nowe wyzwania dla polskiego prawa pracy*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 2002, nr 6, s. 4.

<sup>158</sup> Por. m.in. K. Gromel-Broc, *Europejska polityka socjalna przed i po Traktacie z Amsterdamu*, „Państwo i Prawo” 2002, nr 10, s. 44 i n.; H. Lewandowski, *Wpływ prawa wspólnotowego (Unii Europejskiej) na polskie prawo pracy*, [w:] *Wpływ prawa wspólnotowego (Unii Europejskiej) na prawo wewnętrzne*, red. H. Lewandowski, D. Makowski, Warszawa 2003, s. 388–389.

<sup>159</sup> Por. L. Mitrus, *Stosunek pracy*, Kraków 2005, s. 161 i n.

praktyką państw członkowskich UE, co daje określoną swobodę w zakresie krajowych regulacji z zastrzeżeniem, że krajowe regulacje nie mogą naruszać istoty prawa wspólnotowego. W Dyrektywie odstąpiono też, od ogólnej reguły, że powód ma obowiązek udowodnienia faktu molestowania. Na stronę pozwaną przechodzi udowodnienie, że nie doszło do molestowania. Natomiast sankcje z tytułu zaistniałego molestowania mogą polegać na wypłaceniu odszkodowania ofierze i powinny być przy tym skuteczne, proporcjonalne i dolegliwe.

W Polsce, w rozumieniu potocznym molestowanie seksualne w miejscu pracy samo w sobie jest kojarzone z niewłaściwym zachowaniem przyszłego lub obecnego pracodawcy, względnie kierowników lub pracowników, które jest bezprawne i ma charakter/lub jest o podtekście seksualnym. Od kilku lat pod wpływem ustawodawstwa w UE w kolejnych nowelizacjach kodeksu pracy wprowadzono przepisy dotyczące równości traktowania w zatrudnieniu oraz zakazu dyskryminacji osób zatrudnionych. Zgodnie z postanowieniami Kodeksu pracy w świetle art. 18(3a) § 5 molestowanie seksualne rozumiane jest jako zachowanie, którego celem lub skutkiem jest naruszenie godności albo poniżenie bądź upokorzenie pracownika. Zgodnie z tym samym artykułem kp § 6<sup>160</sup> molestowanie seksualne jest szczególnym rodzajem dyskryminacji związanej z płcią, gdzie podłożem jest sfera seksualna człowieka. Polega ono na nieakceptowanym zachowaniu, składającym się z werbalnych lub pozawerbalnych elementów, o charakterze seksualnym lub odnoszącym się do płci pracownika, którego celem jest naruszenie godności lub poniżenie albo upokorzenie pracownika<sup>161</sup>.

W praktyce orzecznictwa sądowego zwrócono uwagę, na obowiązek zapewnienia osobie zatrudnionej bezpiecznych i higienicznych warunków pracy polegających na stworzeniu bezpiecznego środowiska pracy. Miało to odniesienie do sytuacji, w której pracodawca wiedząc o stanie zagrożenia zdrowia a nawet życia pracownika w wyniku molestowania seksualnego, nie pojął odpowiedniej reakcji. Było to podstawą do wydania wyroku sądowego<sup>162</sup>. W przypadku postępowania sądowego związanego z dyskryminacją pracownika w wyniku molestowania, ciężar dowodu spoczywa na pozwanym (podmiocie zatrudniającym). Niekiedy jedynie we wstępnej fazie postępowania sądowego osoba zatrudniona może być obciążona ciężarem dowodu dyskryminacji, gdyż pracodawca zna rzeczywisty stan rzeczy i choć nie zawsze to może próbować się bronić<sup>163</sup>. Szkoda, że w Kodeksie pracy, dotychczas nie wprowadzono zapisu o ochronie świadków zeznających w obronie molestowanych. Obawa przed reakcją pracodawcy, „pogarsza pamięć świadków” i utrudnia obronę swych racji osobie pokrzywdzonej.

### *Formy molestowania seksualnego*

Molestowanie seksualne przyjąć może dwie podstawowe formy: seksualnego szantażu bądź stwarzania nieprzyjaznych warunków pracy:

- *Quid pro quo* („coś za coś”), nazywane także szantażem lub przymusem seksualnym występuję wtedy, gdy osoba molestująca sprawuje funkcje przełożonego wobec swojej ofiary. Ma miejsce, gdy pracodawca/przełożony domaga się lub

<sup>160</sup> Kodeks Pracy – stan prawny na dzień 18 stycznia 2009 r., art. 18(3a).

<sup>161</sup> *Leksykon Prawa Pracy. 100 podstawowych pojęć*, red. J. Selina, Warszawa 2008, s. 108–110.

<sup>162</sup> Zob. Wyrok SN z 5 marca 1970 r., I PR 2/70, OSNCP 1970, nr 11, poz. 205.

<sup>163</sup> Zob. wyrok SN z 6 marca 2003 r., IPK 171/02, OSNAPiSP 2004, nr 15, poz. 258.

żąda seksualnych względów w zamian za zatrudnienie, utrzymanie pracy lub awans. Ta forma molestowania często połączona jest ze stosowaniem gróźb;

- Stwarzanie nieprzyjaznych warunków pracy (molestowane typu wrogie środowisko), gdzie osoba molestującą może być przełożony, ewentualnie kolega z pracy, lub osoba niezwiązana bezpośrednio z danym miejscem pracy, np. klient, partner handlowy firmy, petent w urzędzie, pacjent w szpitalu. Są to zachowania niechciane, niepożądane lub ofensywne, czy wrogie, krzywdzące zachowanie źle wpływające na atmosferę w pracy i obniżające jej efektywność.

Wyróżnia się przy tym dwa rodzaje zachowań:

- niepożądane zainteresowania seksualne, obejmujące m.in. takie zachowania jak; dotykanie mające charakter seksualny, komentarze i żarty o tematyce seksualnej, eksponowanie przedmiotów lub materiałów o charakterze seksualnym (fotografie, rysunki, kalendarze), osobiste uwagi dotyczące seksu, komentarze dotyczące seksualności wyglądu danej osoby i udawanie, że nie dostrzegło się jej obecności;
- molestowanie z uwagi na przynależność do danej płci, to forma molestowania skierowana przeciwko osobie jako reprezentantowi danej płci. Ta forma często jest traktowana pobłaźliwie, jako odgrywanie społecznych rytuałów, a mniej jako przejaw seksualnego zainteresowania np. „mocne przeklinanie, ironiczne uwagi o tym, że kobiety nie są dobrymi menedżerami, czy, że nie mają zdolności do czynności technicznych”.

#### *Niejednoznaczność oceny molestowania seksualnego*

Zarówno samo zjawisko, jak i definicje molestowania seksualnego w miejscu pracy zawodowej, niejednokrotnie budzą spory, wątpliwości, zarówno u pracodawców, pracowników, jaki w rozmowach codziennych między ludźmi. Takie same lub bardzo podobne zachowania, niekiedy mogą być postrzegane i oceniane inaczej przez te same osoby, w zależności od okoliczności, nastroju, lub reakcji osób, których to dotyczyło; zdarzenia takie mogą być rozpatrywane jako niewinny flirt lub jako bezczelne poniżające upokorzenie. Pomędzy tymi skrajnymi formami zachowań istnieje wiele stanów i odcieni pośrednich.

Zachowania, które mogą być uznane za molestowane seksualne to zachowania o podłożu seksualnym, takim jak kontakt fizyczny, czy próby doprowadzenia do niego, czynienie uwag o podłożu seksualnym, prezentowanie w różnej formie treści materiałów o charakterze pornograficznym (pisma, druki, kalendarze, fotografie, filmy, wizerunki i inne przedmioty w celu wywołania u odbiorcy podniecenia seksualnego)<sup>164</sup> i czynienie propozycji lub wręcz żądanie gratyfikacji seksualnych. Komisja Ekspertów w raporcie z 1988 roku wymienia listę konkretnych zachowań, które mogą być uznane za molestowane seksualne. Do nich zaliczane są między innymi; słowne zniewagi, obelgi, insynuacje, niestosowne uwagi na temat; ubioru, uczesania, wieku, sytuacji rodzinnej. Także różne gesty o konotacji seksualnej, „drobne” pieśszoty, lubieżne spojrzenia lub też stosowanie protekcyjnych lub paternalistycznych stosunków w pracy, które naruszają godność osobistą ofiary<sup>165</sup>.

<sup>164</sup> Nowa encyklopedia PWN, Warszawa 1998, s. 254; a szerzej na ten temat: P. Czarnecki, *Dylematy etyczne współczesności*, Warszawa 2008, s. 150–156.

<sup>165</sup> Szerzej: J. Warylewski, *op. cit.*, s. 20.

W życiu codziennym w pracy, granica która oddziela jeszcze tolerowane zachowania od zachowań niepożądanych, wyznaczana jest każdorazowo w sposób zindywidualizowany. Trzeba się liczyć z możliwymi konsekwencjami przed gestem czy słowem uwzględniając dodatkowo w czyjej obecności się to czyni. Taka granica między żartami, flirtami i innymi próbami nawiązania bliskiej znajomości od zachowań niepożądanych jest płynna. Każdy z pracowników musi sam głośno i wyraźnie określić, na jakie zachowania się godzi, a jakie są dla niego nie do zaakceptowania. Konieczne jest postawienie wyraźnych granic dopuszczalnego zachowania, a w przypadkach przekraczania ich przez molestujących, ofiara powinna wyrazić swój stanowczy sprzeciw. Dopiero od tej chwili, kiedy zostaną przekroczone określone granice dla konkretnego przypadku, można mówić o molestowaniu seksualnym i traktować je jako zachowane bezprawne. Wyrażenie niezgody na takie czyny (szczególnie z użyciem siły) nie jest konieczne<sup>166</sup>.

Molestowane może też nie ograniczać się jedynie do miejsca, w którym świadczona jest praca. Z tego względu należałoby mówić o molestowaniu mającym związek z zatrudnieniem.

Nadal też można się spotkać z akceptacją różnych form seksualnego zachowania pracodawców w stosunku do kandydatek poszukujących pracy. Np. badania przeprowadzone we Francji wśród kobiet starających się o pracę wykazały, że 20% badanej populacji nie uważa za molestowanie seksualne konieczności rozebrana się przed pracodawcą który o to prosi w trakcie rozmowy kwalifikacyjnej. Również aż 48% kobiet we Francji nie traktuje jako molestowane seksualne sytuacji, gdy kobieta oczekująca awansu jest poproszona przez swojego przełożonego o towarzyszenie mu podczas weekendowego wyjazdu w dwoje<sup>167</sup>. Według raportu Światowej Organizacji Pracy (ILO) od 40 do 90% kobiet doświadcza w ciągu swojego życia zawodowego molestowania seksualnego, co świadczy o wyjątkowej wadze tego problemu. Ofiarami stają się zazwyczaj w przeważającej większości kobiety młode w miejscu pierwszej ich pracy, lub kobiety o atrakcyjnym wyglądzie.

W USA, według raportu amerykańskiego Funduszu na Rzecz Obrony Prawnej i Edukacji ponad 50% kobiet – ofiar przemocy odchodzi z pracy z powodu molestowania seksualnego, ponad 70% zatrudnionych kobiet przyznaje, że były ofiarami przemocy w miejscach swej pracy. W ostatnich latach rośnie liczba przypadków molestowania, w tym mężczyzn (ok. 12%)<sup>168</sup>.

Decydenci struktur europejskich dopiero od drugiej połowy lat 80. powoli zaczęli dostrzegać problem molestowania seksualnego w miejscu pracy. Na zlecenie Komisji Europejskiej wykonano badania, które jednoznacznie wykazały powszechność występowania molestowania, w organizacjach działających w Europie<sup>169</sup>. Stwierdzono, że w 2004 roku około 50% kobiet i 10% mężczyzn jest molestowanych seksualnie w miejscu pracy. Komisja podjęła wiele inicjatyw w celu zmniejszenia tego zjawiska, nie uzyskała jednak spodziewanych rezultatów<sup>170</sup>.

<sup>166</sup> Szerzej: *ibidem*, s. 27.

<sup>167</sup> Patrz: *ibidem*, s. 28.

<sup>168</sup> Szerzej: P. Siwiec, *Molestowanie seksualne w miejscu pracy*, <http://www.wnp.pl/artykuly/molestowanie-seksualne-w-miejscu-pracy,5571.html>

<sup>169</sup> Przez organizacje rozumiemy – przedsiębiorstwo lub instytucję czy szkołę.

<sup>170</sup> P. Szewiec, *op. cit.*

W Polsce w 1996 roku Pracownia Badań Społecznych przeprowadziła sondaż na temat molestowania seksualnego. Tylko 5% ankietowanych przyznało, że zetknęło się z tym problemem.

Trzy lata później ponad 30% kobiet pytanych przez CBOS, czy doświadczyły niechcianych zalotów i zaczepek seksualnych, odpowiedziało twierdząco. Jak słusznie zauważył B. Hołyst, wcześniejszy wynik był wyrazem zbyt dowolnej interpretacji pytań<sup>171</sup>. Z badań wynikało, że najczęściej, że molestowania seksualnego doświadczyły kobiety z wykształceniem podstawowym (niewykwalifikowane robotnice traktowane szczególnie protekcyjnie i bezpardonowo) oraz kobiety z wykształceniem wyższym wyczułone na formy traktowania<sup>172</sup>. Z badań CBOS z 2007 roku wynika, że ponad jedna piąta osób pracujących i uczących się przyznała, że spotkała się z jakąś formą molestowania seksualnego<sup>173</sup>. Różne badania szacunkowe w roku 2009 i 2010 (na niewielkich populacjach) określają liczbę osób molestowanych seksualnie w granicach 20–30%. Naszym zdaniem dotychczas w Polsce rozumienie wagi i skutków występowania problemu molestowania seksualnego nie jest powszechna. Odnosi to się zarówno do pracodawców, szeroko pojętego kierownictwa jak i pracowników wykonawczych. Brakuje również, dość często wiedzy w tym zakresie wśród dorosłych i młodzieży. Sytuacja społeczno-gospodarcza w okresie transformacji i podczas kryzysu ekonomiczno-finansowego szczególnie sprzyja poczuciu bezkarności nękania wobec pracowników i większej ich uległości w warunkach znacznego bezrobocia (12%) i zwiększonego zatrudniania „na czarno”<sup>174</sup>.

#### *Konsekwencje ekonomiczne i zdrowotne*

Z badań przeprowadzonych w 1988r wśród 160 amerykańskich organizacji z listy Fortune 500 wynika, że organizacja zatrudniająca co najmniej 24 tysiące pracowników straci rocznie około 7 milionów dolarów z uwagi na spadek produktywności, wzrost poziomu absencji i rezygnacji z pracy z powodu molestowania seksualnego. Nie są to jednak jedyne koszty, na jakie narażone są organizacje w związku z występowaniem tego zjawiska. W grę wchodzi także koszty obsługi prawnej i odszkodowań wypłaconych ofiarom tych praktyk. Warto zwrócić uwagę, że te kwoty nie są małe. Przykładowo, w 1996 roku Astra USA wypłaciła około 10 milionów dolarów odszkodowania po tym, jak uznano, że niektórzy pracownicy zmuszali kobiety do uprawiania seksu pod groźbą zwolnienia z pracy. Z podobnym problemem spotkały się firmy Mitsubishi i Ford, które pod koniec lat 90., wypłaciły swoim pracownikom odpowiednio 34 i 17,5 milionów dolarów odszkodowania. Nawet indywidualne pozwy przynoszą czasem duże odszkodowania. Np. pilotka marynarki wojennej, która pijani koledzy obmacywali podczas zjazdu koleżeńkiego, wywalczyła przed sądem 7 mln dolarów<sup>175</sup>.

W Polsce dotychczas niewiele spraw o molestowanie trafia dotychczas do sądu i kończą się one z nie zawsze zadawalającym skutkiem. Pozytywnym przykładem była sprawa pracownicy filii firmy amerykańskiej w Polsce. Udało się jej wynegocjować

<sup>171</sup> Zob. B. Hołyst, *Patologia w miejscu pracy*, „Prokuratura i Prawo” 2004, nr 1.

<sup>172</sup> *Ibidem*.

<sup>173</sup> J. Piotrowska, *Musicie same sobie poradzić*, [http://www.feminoteka.pl/readarticle.php?article\\_id=540](http://www.feminoteka.pl/readarticle.php?article_id=540).

<sup>174</sup> Patrz. B. Siwiec, *op. cit.*

<sup>175</sup> Zob. B. Hołyst, *op. cit.*, s. 26



odszkodowanie w wysokości 40 tys. zł bez odwoływania się do sądu. Natomiast wrocławskie pielęgniarki, doprowadziły do skazania na rok w zawieszeniu molestującego je dyrektora<sup>176</sup>. Bywają też pozwy o molestowanie wątpliwe dowodowo, a mające na celu osiągnięcie tylko korzyści.

Osoby prześladowane i molestowane seksualnie są pod wpływem silnego stresu a to sprzyja rozwojowi zaburzeń psychosomatycznych. Stres może też obniżyć odporność organizmu niezbędną w walce z nowotworami. Stres może się przyczynić do śmierci człowieka<sup>177</sup>. Jak zauważa B. Hołyst towarzyszą temu dość często stany lękowe powodujące tak zwany syndrom stresu pourazowego (*post-traumatic stress disorder*), taki sam jakiego doznawały, osoby, które przeżyły wojnę lub uszły z życiem z zamachu terrorystycznego<sup>178</sup>. Nie wszystkie czynniki stresujące wpływają na ludzi w taki sam sposób. Dla wielu osób odporność na stres i możliwość radzenia sobie z nim zależy od istniejących lub brakujących więzi rodzinnych – społecznych.

### *Reagowanie na molestowanie seksualne*<sup>179</sup>

W przypadku gdy jesteś ofiarą:

1. Głośno i wyraźnie należy żądać zaprzestania działań będących molestowaniem (art. 24 Kc),
2. Ignorowanie molestowania seksualnego jest traktowane jako przyzwolenie na podjęcie śmielszych działań przez sprawcę,
3. Należy zażądać od pracodawcy zadośćuczynienia pieniężnego lub zapłaty odpowiedniej sumy pieniężnej na wskazany cel społeczny (art. 18 Kp i Kc).

Jeżeli jesteś świadkiem molestowania:

1. Zwróć uwagę osobie, która molestuje, że nie ma prawa tak się zachowywać,
2. Osobie molestowanej, powiedz, że w razie potrzeby możesz być świadkiem w sprawie,
3. Porozmawiaj z innymi osobami w pracy o tym, co się stało.

Reakcja firmy / instytucji:

1. Pracodawca jest osobą odpowiedzialną za utrzymanie należytych warunków współpracy wśród personelu, dlatego na poziomie organizacyjnym muszą być tworzone procedury przeciwdziałające molestowaniu seksualnemu, które zapewniłyby potencjalnym ofiarom odpowiednie sposoby postępowania w sytuacji, w której czułyby się molestowane;
2. Firmy powinny organizować szkolenie poruszające problem molestowania, w celu zapobieganiu takim zachowaniom. Pracownicy powinny przy tym określić granice swojej strefy intymnej, które po przekroczeniu przez inną osobę odczuwają jako swój niedopuszczalny dyskomfort. To jasno ustala nieprzekraczalne granice;

<sup>176</sup> Por. *ibidem*, s. 27.

<sup>177</sup> Zob. D. Schultz, S.E. Schultz, *op. cit.*, s. 422.

<sup>178</sup> B. Hołyst, *op. cit.*, s. 27.

<sup>179</sup> Na podstawie: 1) *Anies. Molestowanie w pracy*, <http://www.superia.pl/node/2629>; 2) *Powiedz NIE molestowaniu seksualnemu w pracy*, oprac. Biuro Pełnomocnika Rządu do Spraw Równego Traktowania, Warszawa 2009; 3) *Procedura przeciwdziałania mobbingowi, dyskryminacji i wykorzystywaniu seksualnemu w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym*, Załącznik nr 1 do Zarządzenia Nr 101/2008 Rektora WUM z dnia 23 października 2008 r.

3. Bardzo ważną sprawą jest powołanie odpowiedniej osoby, do której ofiara molestowania może mieć pełne zaufanie, uzyskać informację i wsparcie w celu załatwienia swojej sprawy;
4. Dla większego bezpieczeństwa potencjalnych ofiar, pomocne mogą być środki wyposażenia technicznego: przeszklone drzwi, monitoring itp.

## 12. Choroby związane z wykonywaną pracą

Ryzyko zawodowe wiąże się z prawdopodobieństwem wystąpienia niepożądanych zdarzeń związanych z wykonywaną pracą, w szczególności narażenia pracowników na niekorzystne skutki zdrowotne. Mogą one zachodzić zarówno z tytułu nadmiernej obciążenia samą pracą, albo niekorzystnego stanu czynników fizycznego i społecznego środowiska pracy, jak i w wyniku sposobu wykonywania pracy.

Nieprawidłowe relacje między pracą a życiem zawodowym utrudniają często pełnienie ról niezwiązanych z pracą, co odbija się negatywnie na życiu rodzinnym. Próba sprostanania wszystkim oczekiwaniom kończy się niepowodzeniem. Potrzebny jest czas na odpoczynek, inaczej nie starczy czasu na wykonanie wszystkiego. Zdrowie to nie tylko nieobecność choroby czy zniechęcenia, lecz także zdolność znoszenia różnych przypadłości. Przy czym zdrowie to także możliwość pozyskiwania środków finansowych dla utrzymania siebie i rodziny, czerpania radości z możliwości czynnego aktywnego życia. Dobre zdrowie nie jest nam dane raz na zawsze, musimy również sami przyczynić się do jego dobrego stanu. W kwestiach zdrowia nie możemy się jedynie koncentrować na chorobach i próbach ich zwalczania; powinniśmy poprzez odpowiednie działania prewencyjne starać się zapobiegać chorobom. Siły zdrowotne można wzmacniać przez odpowiedni tryb życia (zdrowe odżywienie, sen, ruch fizyczny), pozytywne myślenie i właściwe radzenie sobie z naszymi emocjami.

Choroby mające związek z pracą wynikają z:

- wpływu czynników środowiska pracy na stan zdrowia pracowników,
- istniejących chorób zawodowych dla określonych zawodów,
- wpływu niektórych warunków pracy, przy powstawaniu chorób parazawodowych.

Ustrój ludzki reaguje określonymi zmianami chorobowymi na niekorzystne parametry bodźców fizycznego środowiska pracy, a w tym szczególnie na czynniki: mikro-klimatu (temperatury, wilgotności i ruchu powietrza), zanieczyszczeń powietrza (pyłami i oparami różnych związków chemicznych). Również niekorzystnie oddziałują drgania mechaniczne. Właściwości i czas działania czynników fizycznego środowiska pracy, decydują o tym czy środowisko pracy jest tylko uciążliwe, czy stwarza zagrożenie dla zdrowia, a nawet życia pracowników.

Chorobami zawodowymi nazywa się wszelkie zaburzenia stanu zdrowia swoiście związane ze środowiskiem pracy zawodowej lub sposobem jej wykonywania. Odnosi się to do schorzeń ostrych lub przewlekłych, pozostających w bezpośrednim związku przyczynowym z wykonywaną pracą i powstałe w wyniku charakteru samej pracy, bądź na skutek warunków, w jakich praca się odbywa. Do uznania danej choroby za zawodową oprócz badań specjalistycznych, musi być dana choroba umieszczona w obowiązującym wykazie chorób zawodowych.

Choroby parazawodowe nie znajdują się w wykazie chorób zawodowych, co utrudnia uzyskiwanie świadczeń z tego tytułu. Choroby parazawodowe są to choroby o złożonej etiologii, w której warunki pracy stanowią jeden z możliwych czynników ryzyka, wpływających na ujawnienie lub pogorszenie przebiegu choroby.

### Wpływ czynników środowiska pracy na stan zdrowia

Człowiek w trakcie wykonywania pracy podlega różnego rodzaju obciążeniom wynikającym nie tylko z samej pracy, ale również z oddziaływania warunków środowiska w którym pracuje. Warunki środowiska pracy kształtowane są przez czynniki (fizyczne, chemiczne, biologiczne), których źródłem są procesy technologiczne przetwarzające surowce, półprodukty i materiały. Ustrój ludzki reaguje na bodźce środowiska w zależności od ich rodzaju, czasu oddziaływania, nasilenia, ciężkości pracy i indywidualnej wrażliwości na dany czynnik lub zespół czynników. Prawie w każdym środowisku pracy oddziałują na człowieka wiele różnych czynników, które w skutkach bądź niwelują się, bądź nakładają, potęgując oddziaływanie na jego ustrój. Stopień natężenia ich właściwości decydując tym, czy środowisko pracy jest tylko uciążliwe, albo czy stwarza zagrożenie dla zdrowia a nawet życia pracowników<sup>180</sup>.

Przeanalizujemy teraz różne reakcje organizmu ludzkiego na wpływ czynników fizycznego środowiska pracy. Czynniki fizycznego środowiska, obejmują: mikroklimat w miejscu pracy, zanieczyszczenia powietrza, promieniowanie, drgania mechaniczne.

### Mikroklimat

Mikroklimat jest zespołem elementów typowych pod względem wartości i charakteru zmian cechujących ograniczone pomieszczenie wykonywania pracy. Według definicji GUS mikroklimatem gorącym są warunki środowiska pracy określone temperaturą powietrza w pomieszczeniu powyżej 30°C i względną wilgotnością powietrza powyżej 65%, lub bezpośrednim oddziaływaniem otwartego źródła promieniowania cieplnego w pomieszczeniach (np. piece hutnicze, odlewnicze)<sup>181</sup>. Pojęcie mikroklimatu obejmuje następujący zespół czynników fizycznych: temperaturę, wilgotność względną i prędkość ruchu powietrza<sup>182</sup>.

Podwyższona temperatura prowadzi do przegrzania i zachwiania równowagi cieplnej organizmu, objawiającej się zaburzeniami procesów termoregulacyjnych, np. wzrost temperatury skóry, rozszerzenie naczyń krwionośnych, zagęszczenie i zwiększenie przepływu krwi, zwiększenie skurczów serca, przyspieszenie oddechu, zaburzenie gospodarki wodnej i elektrolitycznej organizmu. Pojawia się znużenie,

<sup>180</sup> J. Penc, S. Szumpich, *Ergonomia przemysłowa a wydajność pracy*, Warszawa 1978, s. 55.

<sup>181</sup> Według publikacji GUS: *Warunki pracy – 2005*.

<sup>182</sup> Optymalne parametry powietrza w pomieszczeniach produkcyjnych to:

- temperatura powietrza 23–25°C latem oraz 20–22°C zimą,
- wilgotność względna powietrza od 35% do 70%. Wahania wilgotności  $\pm 10\%$  nie są odczuwalne w sposób przykry,
- prędkość powietrza w lecie od 0,2 do 0,3 m/s, a w zimie 0,15 m/s. W razie przekroczenia dopuszczalnej prędkości może powstać uczucie przeciągu, które jest szczególnie przykre, gdy strumień powietrza jest skierowany na nogi, bark lub szyję pracownika. Czynniki materialnego środowiska pracy szkodliwe lub uciążliwe dla zdrowia pracowników, <http://home.agh.edu.pl/~nawstan/wyklad2html>.

osłabienie fizyczne, zawroty głowy, nudności. Zdarzają się przypadki nagłego załabnięcia, utraty przytomności. Może wystąpić udar cieplny, albo wyczerpanie ciepłe<sup>183</sup>. Taki stan nadmiaru ciepła może prowadzić do różnych chorób dróg oddechowych i systemu sercowo-naczyniowego<sup>184</sup>.

W latach 2000–2005 według danych GUS, w zakładach zatrudniających 10 i więcej osób w warunkach gorącego mikroklimatu zatrudnionych było rocznie prawie 20 tys. osób.

### Zanieczyszczenia powietrza<sup>185</sup>

Każdy człowiek posiada określoną odporność na działanie czynników toksycznych i zdolność ich zwalczania. W ustroju ludzkim zachodzą bowiem samoczynne reakcje odtruwające organizm i neutralizujące toksyczne działanie trucizny, czyli tzw. proces detoksykacji ustrojowej. Wchłonięte trucizny ustrój wydalą w postaci niezmienionej bądź częściowo zmienionej naturalnymi drogami i procesami. Jeśli jednak ilość trucizny docierająca do organizmu przekroczy jego możliwości zwalczania jej skutków, wówczas następują specyficzne zaburzenia stanu zdrowia, zwane zatruciem zawodowym.

Warunki środowiska pracy, jak również przebieg procesu technologicznego mają także duży wpływ na poziom toksyczności. Takie parametry jak: temperatura, wilgotność, wpływają na szybkość parowania substancji trujących, a poza tym równolegle oddziałując na procesy fizjologiczne zatrudnionych pracowników mogą zmniejszać ich odporność. Stąd też zatrucia zawodowe występujące w trakcie tych samych procesów technologicznych w różnych przedsiębiorstwach mogą mieć odmienny przebieg, w zależności od wyposażenia technicznego, prowadzonych na sali równolegle innych procesów technologicznych oraz warunków środowiskowych.

W warunkach przemysłowych zdolność trującego działania zależy m.in. od ich skłonności wchodzenia w związki chemiczne z tkankami i narządami pracującego człowieka. Pod względem działania na organizm ludzki rozróżnia się trucizny, które wykazują działanie drażniące, powodujące tzw. głód tlenowy (działanie duszące), działanie narkotyczne oraz działanie mieszane.

W ostatnich latach najczęstszą przyczyną zatruc są leki, na drugim miejscu alkohol etylowy, następnie pestycydy, rozpuszczalniki organiczne oraz grzyby.

Niektóre leki i związki chemiczne mogą np. powodować nadmierne przyspieszenie czynności serca (atropina, nikotyna, kokaina), inne zwalniają tą czynność (naparstnica, fizostygmina, muskargna, związki fosforoorganiczne), jeszcze inne mogą powodować zaburzenia rytmu serca (naparstnica, leki antydepresyjne)<sup>186</sup>.

Szkodliwe działanie pyłów jest odmierne od działania gazów ze względu na różnice w ich stanie fizycznym. Pyły są jednym z głównych czynników szkodliwych występujących w środowisku pracy. Według danych GUS w 2001 roku w warunkach

<sup>183</sup> E. Krasuska, *Ocena warunków pracy w mikroklimacie gorącym*, „Praca i Zdrowie” 2007, nr 7–8.

<sup>184</sup> J. Penc, S. Szumpich, *op. cit.*, s. 59.

<sup>185</sup> Przy omawianiu zanieczyszczeń powietrza wykorzystano tekst zawarty w: J. Penc, S. Szumpich, *op. cit.*, s. 59 i n.

<sup>186</sup> Podstawowa charakterystyka toksykologiczna i leczenie zatruc, [hyperreal/info/node/2226](http://hyperreal/info/node/2226).

narażenia na ich szkodliwe działanie pracowało w przemyśle 119 tys. pracowników. Na przemysłowe pyły zwłókniające narażonych było 85,5 tys. osób, w tym na pyły rakotwórcze 17,9 tys. osób.

Pyły są cząsteczkami stałymi rozproszonymi w gazach, powstałymi w procesach mechanicznych lub w skutek zawirowań. Należą łącznie z dymami i mgłą do aerozoli<sup>187</sup>.

- Z uwagi na rodzaj działania chrobotwórczego pyłu wyróżniamy pyły o działaniu<sup>188</sup>:
- drażniącym; należą do nich pyły pochodzące z nierozpuszczalnych ciał stałych, które po przejściu do płuc zostają zatrzymane na błonach śluzowych wyścielających drogi oddechowe, wywołując nieżyty i nieswoiste choroby układu oddechowego,
  - drugą grupę stanowią pyły o działaniu zwłókniającym – należą do nich pyły pochodzenia mineralnego, zawierają krystaliczne formy dwutlenku krzemu. Związki te prowadzą do uszkodzenia układu oddechowego i krążenia. Zwiększają predyspozycje płuc w kierunku chorób gruźlicy, a niekiedy nowotworów układu oddechowego (np. azbestu),
  - do trzeciej grupy zaliczamy pyły o działaniu alergizującym. Są to pyły uczulające głównie pochodzenia organicznego, takie jak: bawełny, lnu, konopi, wełny, jedwabiu, sierści, tytoniu, zboża itp. Są one przyczyną takich schorzeń jak dychawica oskrzelowa, odczyny skórne lub nieżyty górnych dróg oddechowych,
  - ostatnią czwartą grupą są pyły o działaniu toksycznym. Większość z nich to na ogół związki dobrze rozpuszczalne w wydzielinie śluzówki dróg oddechowych. Zatrucie organizmu następuje przede wszystkim na skutek wdychania aerozoli pyłów podczas procesów produkcyjnych. Po rozpuszczeniu w drogach oddechowych, ulegają wchłonięciu do krwi, powodując typowe zatrucia tymi związkami.

Obserwuje się zróżnicowaną odporność indywidualną na działanie różnych zanieczyszczeń powietrza. Różnice występują w zależności od stanu zdrowia, wieku i płci. Na ogół ludzie zdrowi, będący w dobrej kondycji fizycznej, mają większą odporność na działanie czynników toksycznych. Ludzie wyczerpani chorobą, źle odżywiani reagują natomiast szybciej i są bardziej podatni nawet na małe dawki trucizny. Większa wrażliwość na czynniki toksyczne i mniejsza odporność na ich działanie cechuje pracowników młodocianych. Odnosi się to również do kobiet w okresie ciąży i karmienia, gdyż trucizna może szkodzić dzieciom jeszcze nie narodzonym<sup>189</sup>.

### Promieniowanie elektromagnetyczne

Promieniowanie elektromagnetyczne różnicuje się według długości jego fali. W zależności od rodzaju promieniowania, przekroczenie granic dopuszczalnego natężenia wywiera określony szkodliwy wpływ na organizm ludzki.

Nie każdy z nas zdaje sobie sprawę, że większość urządzeń w naszym otoczeniu funkcjonuje dzięki wykorzystaniu fal elektromagnetycznych. Można tu przykładowo wymienić odbiorniki radiowe i telewizyjne, kuchnie elektryczne, kuchenki mikrofalowe czy telefony komórkowe. Promieniowanie elektromagnetyczne dociera także do nas z kosmosu. Fala elektromagnetyczna określonej długości odbierana jest przez nas jako światło potrzebne przyrodzie i człowiekowi.

<sup>187</sup> H. Valentin et al., *Medycyna pracy*, Warszawa 1985, s. 255.

<sup>188</sup> Zob. m.in. *Medycyna pracy*, t. III: *Patologia zawodowa*, red. K. Marek, S. Smolik, Łódź 1991, s. 20 i n.; J. Olszewski, *Podstawy ergonomii i fizjologii pracy*, Poznań 1997, s. 104–108.

<sup>189</sup> Por. J. Penc, S. Szumpich, *op. cit.*, s. 60–61.

Fale elektromagnetyczne można podzielić umownie na zakresy w zależności od długości fali i odpowiadającym im częstotliwościom: fale radiowe – to fale o największej długości. Fale te wykorzystywane są w radiofonii; promieniowanie mikrofalowe – to fale wykorzystywane w telekomunikacji satelitarnej, radiolokacji kuchenkach mikrofalowych i medycynie, promieniowanie podczerwone – obejmuje fale w przedziale od 760 nanometrów do 2000 mikrometrów. Emitują je wszystkie rozgrzane obiekty, poza tym wykorzystuje się je w suszeniu, diatermii, ogrzewaniu, światło widzialne mieści się w zakresie 380 do 780 nanometrów. Jest to promieniowanie, które pozwala na odbiór szeregu barw od fioletowej, poprzez niebieską zieloną żółtą do pomarańczowej i czerwonej. Światło jest niezbędne dla życia, promieniowanie ultrafioletowe – to długość fal od 390 do 10 nanometrów. Te fale są emitowane przez słońce (część tej energii tracona jest na jonizację atomów w atmosferze). Większe dawki tych promieni są niebezpieczne. Mniejsze pozwalają na opalenie skóry ciała. Ultrafiolet wykorzystuje się w świetłówkach, promieniowanie rentgenowskie – zawierają się w zakresie 12–0,012 nanometrów. Jest to promieniowanie bardzo przenikliwe. Promieniowanie rentgenowskie szeroko stosuje się w diagnostyce medycznej.

Każdy z wymienionych rodzajów promieniowania może przekroczyć granice dopuszczalne dla organizmu ludzkiego i działać szkodliwie. Jednym z efektów są zmiany w tkankach i narządach. Największą wrażliwość pod tym względem wykazują tkanki obwodowego i ośrodkowego układu nerwowego. Pod wpływem pola mogą powstać zmiany w strukturze samych komórek nerwowych. Pole elektromagnetyczne stanowi również zagrożenie dla prawidłowej czynności układu sercowo-naczyniowego.

Znany jest negatywny wpływ promieniowania na ustrój ludzki, a jego szkodliwość objawia się najczęściej w postaci: bólów głowy, zaburzeń snu, ogólnego osłabienia i zmęczenia, zaburzeń pamięci, uczucia duszności, bólów okolicy serca, zawrotów głowy<sup>190</sup>. Zmniejszenie zagrożenia skutkami promieniowania elektromagnetycznego mogą być<sup>191</sup>:

- usytuowanie urządzeń w odpowiedniej odległości, aby bezpiecznie zmniejszyć zagrożenia dla zdrowia,
- zmniejszenie mocy urządzeń celem mniejszego poziomu bezpośredniego zagrożenia,
- powszechne wprowadzenie odzieży i obuwia chroniących przed promieniowaniem.

### **Organia mechaniczne<sup>192</sup>**

Hałas jest nieodłącznym elementem procesów pracy i życia codziennego. Ogólny poziom hałasu wzrósł o 11% w ostatnim dziesięcioleciu i wszystko wskazuje na to, że ta tendencja wzrostu, utrzyma się w przyszłości<sup>193</sup>.

<sup>190</sup> Szerzej: E. Strzesak, *Oddziaływanie pola magnetycznego na organizm ludzki*, <http://www.delta.poznan.pl/news>.

<sup>191</sup> Zob. m.in. *Odzież chroniąca przed oddziaływaniem elektromagnetycznym*, <http://www.ciop.pl/1475.html>.

<sup>192</sup> Opracowano na podstawie: S. Szumpich, *Polityka ochrony pracy w przedsiębiorstwie*, Warszawa 1989, s. 83–86.

<sup>193</sup> S.L. Staples, *Human Response to Environmental Noise. Psychological Research and Public Policy*, „American Psychologist” 1996, Vol. 51, s. 143–150.

Hałasem nazywa się każdy dźwięk, który przeszkadza człowiekowi lub ujemnie wpływa na jego organizm. Dźwięk jako zjawisko fizyczne jest ruchem fal odbywającym się w powietrzu, w wodzie lub innym sprężystym ośrodku. Fale dźwiękowe powstają w wyniku drgań ośrodku sprężystego. Ucho ludzkie słyszy jako dźwięki jedynie drgania o częstotliwości od 16 do 20 000 cykli na sekundę. Fale o częstotliwości wyższej nazywamy ultradźwiękami.

Szkodliwość hałasu zależy od natężenia dźwięku, jego częstotliwości, rodzaju źródeł hałasu jak również od tego, czy hałas ma charakter ciągły, czy impulsywny, a także od czasu oddziaływania.

Natężenie dźwięku określa się jako strumień energii na jednostkę powierzchni. Jego jednostką są decybele (dB). Przyjmuje się, że hałas o poziomie 85 dB jest dopuszczalny, a 90 dB maksymalny<sup>194</sup>.

Na podstawie literatury przedmiotu dokonano zestawienia ujemnych skutków hałasu na organizm ludzki w zależności od natężenia poziomu hałasu<sup>195</sup>.

Emisja hałasu przemysłowego, a tym samym stopień jego szkodliwości uzależniona jest w znacznym stopniu od realizowanego procesu technologicznego i stanu technicznego maszyn i urządzeń. Nieobjęta jest liczba jednocześnie czynnych maszyn jako źródeł tworzenia hałasu o określonej izolacyjności akustycznej. Na zwiększenie ogólnego poziomu uciążliwości hałasu w pomieszczeniach produkcyjnych mają wpływ: instalacje wentylacyjne, sprężarki, przepompownie, urządzenia chłodnicze, środki transportu wewnętrznego i inne. Źródła hałasu mogą być mechaniczne, areodynamiczne, hydrodynamiczne i technologiczne.

Zapobieganie szkodliwemu oddziaływaniu hałasu ma istotne znaczenie dla zdrowia pracowników. Profilaktyka w tej dziedzinie powinna polegać przede wszystkim

<sup>194</sup> oddychanie	– 10
szept z odległości 1,5 m, szmer liści w lesie	– 30
ciche biuro	– 40
rozmowa odbywająca się w odległości 1 m	– 70
ruch uliczny	– 80
urządzenia kuchenne	– 95
przeciętna fabryka	– 100
zmechanizowane roboty ziemne	– 110
placzące dzieci	– 110
młot pneumatyczny, odległy o 1 m	– 120
występ zespołu rockowego z elektronicznym nagłośnieniem	– 140
samolot podczas startu	– 150
za: D. Schultz, S.E. Schultz, <i>op. cit.</i> , s. 367.	

- <sup>195</sup>
- hałas poniżej 30 decybeli nie przeszkadza człowiekowi i nie daje skutków ujemnych,
  - hałas w przedziale 30–70 dB powoduje zmęczenie, zaburzenia snu, obniżenie czułości zmysłów na bodźce,
  - hałas o natężeniu 70–85 dB przy długotrwałej ekspozycji przynosi bóle głowy i zaburzenia nerwowe,
  - hałas w przedziale 85–130 dB jest przyczyną zaburzenia układów krążenia, pokarmowego i zmysłu równowagi,
  - przedział hałasu 130–150 dB łączy się z trwałymi schorzeniami różnych organów ciała,
  - powyżej 150 dB hałas, po upływie 5 minut paraliżuje funkcjonowanie wszystkich organów ludzkiego ciała, za: m.in. S. Szumpich, *Polityka ochrony...*, *op. cit.*; J. Olszewski, *op. cit.*, s. 95–99.



na przestrzeganiu norm higieniczno-sanitarnych. W przypadkach gdy istniejące warunki w przedsiębiorstwie nie są wystarczające, wtedy można stosować w zasadzie dwie metody, a mianowicie; osłabianie rozprzestrzeniania się dźwięków i stosowanie ochron osobistych. Pierwsza metoda polega na obniżaniu poziomu hałasu (a także wibracji) przy źródle jego powstawania przez przykrywanie hałaśliwych części maszyn hermetycznymi okrywkami (w przypadkach gdy ze względów technicznych jest to możliwe), tłumienie drgań rezonansowych, stosowanie akustycznych układów izolujących, umieszczanie maszyn na elastycznych podstawach, oraz na wytlumianiu pomieszczeń poprzez stosowanie ekranów (stojących, podwieszanych) i wykładanie ścian płytami dźwiękochłonnymi. Druga metoda polega na stosowaniu ochron narządu słuchu w postaci: wkładek do przewodu usznego, nauszników i hełmów. Najbardziej skuteczne są hełmofony, gdyż wytlumiają hałas o 15 dB w paśmie 400 Hz, 20 dB w paśmie 800 Hz, 25 dB w paśmie 1600 Hz i ponad 30 dB w paśmie 3200 Hz. Łączne stosowanie hełmofonów i wkładek pozwala wytlumić hałas w większym stopniu: 25–27 dB w paśmie 125–500 Hz, 30–35 dB w paśmie 500–2000 Hz i 45 dB w paśmie 5000 Hz<sup>196</sup>.

Wymienione środki ochrony osobistej przed hałasem są dość skuteczne, ale ze względów psychofizjologicznych należy je stosować tylko wtedy, gdy wszystkie zabiegi i środki techniczne w danych warunkach nie zmniejszą w wystarczającym stopniu panującego natężenia hałasu.

Drugim ważnym zespołem drgań mechanicznych związanych z maszynami i urządzeniami jest wibracja – czyli drgania przenoszące się bezpośrednio lub pośrednio na człowieka nimi się posługującego<sup>197</sup>. Przy drganiach niskiej częstotliwości (poniżej 16 Hz) pewna część widma akustycznego ma zdolność stosunkowo głębokiego przenikania do tkanek ciała ludzkiego, jeśli drgania te są przenoszone bezpośrednio z ośrodka drgającego. Drgania te są znane pod nazwą wibracji lub zespołu wibracyjnego<sup>198</sup>.

Wibracje są zjawiskiem fizycznym charakteryzującym się naprzemiennymi ruchami punktów materialnych wokół położenia ich równowagi i opisywanymi takimi parametrami jak przyspieszenie i częstotliwość<sup>199</sup>. Bardziej syntetycznie wibracje (lub zespół wibracyjny) określiła A. Goździk stwierdzając, że jest to wynik oddziaływania na organizm ludzki drgań mechanicznych emitowanych przez narzędzia (naszym zdaniem, także maszyn) podczas pracy<sup>200</sup>. Skutki biologiczne narażenia na działanie drgań mechanicznych nazywamy chorobą wibracyjną.

W zależności od rodzaju narażenia, energia drgań mechanicznych może być kumulowana w miejscu kontaktu organizmu ze źródłem drgań lub może oddziaływać na cały organizm. Stąd dla dalszych rozważań ważne jest stwierdzenie, czy na danym stanowisku roboczym w przemyśle pracownik jest narażony na oddziaływanie wibracji miejscowej lub ogólnej. Wibracja miejscowa oddziałuje na organizm ludzki poprzez narzędzie czy urządzenie, a niekiedy przez obrabiany materiał; przenika przez

<sup>196</sup> Zob. J. Penc, S. Szumpich, *op. cit.*, s. 116.

<sup>197</sup> Szerzej: *Medycyna pracy*, t. III: *Patologia zawodowa...*, *op. cit.*, s. 165 i n.

<sup>198</sup> S. Szumpich, *Polityka ochrony...*, *op. cit.*, s. 86.

<sup>199</sup> B. Stasiów, *Problemy diagnostyczne postaci kostno-stawowej zespołu wibracyjnego*, „*Medycyna Pracy*” 2001, nr 52, s. 139.

<sup>200</sup> A. Goździk, *Choroba wibracyjna – objawy*, [http://www.drewno.pl/?pid=info\\_article\\_details&aid=5447](http://www.drewno.pl/?pid=info_article_details&aid=5447).

ręce lub inne części czy powierzchnie ciała. Wibracja ogólna oddziałuje na człowieka przez podłoże, bądź z siedzisk pojazdów mechanicznych.

Dla oceny skutków wibracji istotne są takie parametry fizyczne takiej jak: częstotliwość drgań, prędkość drgań, amplituda i inne. Dla oceny wpływu wibracji na ustrój i występowanie następstw dla zdrowia najistotniejsza jest częstotliwość drgań. Nie bez znaczenia są także inne czynniki, takie jak: wiek, stan zdrowia pracownika, przebyte choroby czy sposób wykonywania pracy, typ i stan techniczny wirujących maszyn. Dla rozpoznania faktycznego stanu narażenia bądź stopnia zaawansowania choroby wibracyjnej u danego pracownika, konieczne jest przestrzeganie terminów okresowych badań lekarskich. Niezależnie od badań okresowych, pracownik wykonujący pracę w warunkach zagrożenia wibracją powinien zwrócić uwagę na występowanie pewnych niepokojących symptomów zdrowotnych.

W przedsiębiorstwie działania zmierzają głównie do redukcji drgań akustycznych maszyn, służy temu: wibroizolacja maszyn, pasty antywibracyjne, tłumienie na granicy dwóch ośrodków (konstrukcje z materiałów mieszanych).

Stosowane środki indywidualnej ochrony antywibracyjnej to: antywibracyjne rękawice ochronne AV-1, obuwie antywibracyjne, pasy przeciw wstrząsowe, poduszki i klęczniki amortyzujące.

Unormowania prawne dotyczące ochrony pracowników przed wibracjami zawarto m.in. w Ustawie z dnia 8 stycznia 2004 r. – Konwencji nr 148 Międzynarodowej Organizacji Pracy (przyjętej w Genewie dnia 20 czerwca 1977 r.) i Oświadczenie Rządowe RP z dnia 20 stycznia 2005 r. o obowiązywaniu Konwencji MOP nr 148.

### **Choroby zawodowe**

#### *Aspekty definicyjne i prawne*

Choroba zawodowa jest pojęciem lekarsko-prawnym, warunkiem jej rozpoznania i stwierdzenia przez inspektora sanitarnego jest wykazanie bezsporne lub z wysokim prawdopodobieństwem, że choroba została spowodowana działaniem czynników szkodliwych dla zdrowia występujących w środowisku pracy albo w związku ze sposobem wykonywania pracy<sup>201</sup>.

Zagadnienia prawne związane z chorobami zawodowymi reguluje kilka aktów prawnych. Najważniejsze z nich to: Kodeks pracy, ustawa z dnia 30 października 2002 roku o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 199, poz. 1673) oraz rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 roku w sprawie chorób zawodowych (Dz.U. z 2009 r. Nr 105, poz. 869). Termin choroba zawodowa jest pojęciem medyczno-prawnym określonym w art. 235 Kodeksu pracy. Jeśli dany pracownik wykonywał pracę w warunkach narażenia na występowanie określonego schorzenia i ta choroba została ujęta w wykazie chorób zawodowych, to istnieje domniemanie związku przyczynowego między zachorowaniem a warunkami pracy narażającymi na jej powstanie. Uznanie choroby za zawodową wymaga oceny warunków pracy w celu uznania, że została ona „spowodowana działaniem czynników szkodliwych dla zdrowia występujących w środowisku pracy albo w związku ze sposobem wykonywania pracy” oraz gdy

<sup>201</sup> K. Marek, *Nowelizacja wykazu chorób zawodowych*, „Bezpieczeństwo Pracy” 2004, nr 4, s. 16.

została ona wymieniona w wykazie chorób zawodowych. Obie przesłanki muszą wystąpić łącznie<sup>202</sup>.

Uchwalona ustawa wprowadza do kodeksu pracy istotny element prawa materialnego, który definiuje pojęcie choroby zawodowej, jak również reguluje zasady zgłaszania chorób zawodowych oraz zasady postępowania w razie podejrzenia choroby zawodowej. Omawiana ustawa stanowi realizację wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 19 czerwca 2008 roku w zakresie w jakim uprzednio nieokreślono precyzyjnie szczegółowych zasad postępowania związanych z podejrzanym zachowaniem na chorobę zawodowa i zgodnością w tych sprawach z art. 92, ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

#### Wykaz chorób zawodowych w Polsce z 2009 roku

1.	Zatrucia ostre albo przewlekłe lub ich następstwa wywołane przez substancje chemiczne
2.	Gorączka metaliczna
3.	Pylice płuc
4.	Choroby opłucnej lub osierdzia wywołane pyłem azbestu
5.	Przewlekłe obturacyjne zapalenie oskrzeli
6.	Astma oskrzelowa
7.	Zewnątrzpochodne alergiczne zapalenie pęcherzyków płucnych
8.	Ostre uogólnione reakcje alergiczne
9.	Byssinoza
10.	Beryloza
11.	Choroby płuc wywołane pyłem metali twardych
12.	Alergiczny nieżyt nosa
12.	Zapalenie obrzękowe krtani o podłożu alergicznym
13.	Przedziurawienie przegrody nosa
14.	Przewlekłe choroby narządu głosu
15.	Choroby wywołane działaniem promieniowania jonizującego
16.	Nowotwory złośliwe
17.	Choroby skóry
18.	Przewlekłe choroby układu ruchu
19.	Przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego
20.	Obustronny trwały odbiorczy ubytek słuchu typu ślimakowego lub czuciowo-nerwowego
21.	Zespół wibracyjny
22.	Choroby wywołane pracą w warunkach podwyższonego ciśnienia atmosferycznego
23.	Choroby wywołane działaniem wysokich albo niskich temperatur otoczenia
24.	Choroby układu wzrokowego
25.	Choroby zakaźne lub pasożytnicze albo ich następstwa

Źródło: Rozporządzenie Rady Ministrów z 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych.

<sup>202</sup> Zob. B. Świątkowska, *Aspekty powrotu do aktywności zawodowej po chorobie związanej z pracą*, „Prewencja i Rehabilitacja” 2009, nr 3, s. 1–2 oraz ww. akty prawne.

W większości krajów świata funkcjonują wykazy chorób zawodowych. W Europie tylko Szwecja i Holandia nie mają takich wykazów. Choroby zawodowe są uwzględniane w prawie pracy Unii Europejskiej. Jednak w obecnym stanie prawnym w państwach członkowskich Unii Europejskiej obowiązują różne listy chorób zawodowych.

Na rekomendowanej przez Unię Europejską liście chorób zawodowych znajdują się 92 pozycje jednostek chorobowych, a w tym 50 to choroby spowodowane przez substancje chemiczne, 10 – to choroby skóry, 13 – choroby układu oddechowego, 5 – choroby zakaźne i 14 choroby wywołane czynnikami fizycznymi<sup>203</sup>.

Propozycje wykazu chorób zawodowych przygotowało także Międzynarodowe Biuro Pracy. Zawiera on 29 podstawowych pozycji i 27 pozycji uzupełniających<sup>204</sup>.

W wielu krajach wykazy chorób zawodowych mają charakter otwarty, co oznacza że w różnych przypadkach i po spełnieniu określonych warunków inne choroby nie zamieszczone w wykazie, mogą być uznane za chorobę zawodową. Takie rozwiązanie przyjęto w pięciu krajach europejskich: Austrii, Danii, Finlandii, Luksemburgu i we Włoszech.

Międzynarodowa Organizacja Pracy szacuje, że 159 500 pracowników w Unii Europejskiej umiera co roku wskutek chorób zawodowych<sup>205</sup>.

W Polsce w okresie ostatnich 30 lat liczba przypadków stwierdzonych chorób zawodowych uległa wydatnemu zmniejszeniu. W pierwszej dekadzie była w granicach od 8305–10 640 przypadków, w drugiej dekadzie od 8991–12 017 przypadków natomiast w trzeciej 7339–3146 przypadków (w 2009 r.). Szczególnie się obniżyła (do poziomu trzech tysięcy) w ostatnich czterech latach. Na choroby zawodowe częściej chorują mężczyźni i niż kobiety (o około 30%). Wśród stwierdzonych chorób w 2009 roku według liczby przypadków przeważają: choroby zakaźne i ich następstwa – 888, pylice płuc – 634, przewlekłe choroby narządu głosu – 623, ubytek słuchu – 261, przewlekłe obwodowego układu nerwowego – 161, przewlekłe choroby układu ruchu – 104, zespół wibracyjny – 85, choroby układu wzrokowego – 22<sup>206</sup>.

### *Rys historyczny*<sup>207</sup>

Historia chorób zawodowych jest związana z rozwojem cywilizacji od najdawniejszych czasów. Pierwsze wzmianki z około 2000 roku p.n.e. dotyczą wyrobu narzędzi i broni z krzemienia – zaobserwowano wtedy przypadki pylicy płuc i zgony z tym związane. W epoce brązu wytwarzanie narzędzi z miedzi i innych metali było przyczyną zatrucia tymi metalami. Chorobotwórcze działanie ołowiu znane było greckim, arabskim i rzymskim lekarzom jeszcze przed narodzeniem Chrystusa. Ołów był stosowany przez człowieka zarówno w postaci metalu, jak i tlenków, biel ołowiana i tlenek ołowiu (minia) były najstarszymi znanymi barwnikami stosowanymi w kosmetyce. Kółka ołowicza została po raz pierwszy opisana przez Hipokratesa w 370 roku p.n.e.

<sup>203</sup> European Schedule of Occupational Diseases. Rekomendacja z dnia 22 maja 1990 r., nr 90/326/EEC.OJ.NoL 1115.

<sup>204</sup> List of Occupational Diseases (ILO). ILO 1991.

<sup>205</sup> Zob. <http://www.rynekzdrowia.pl/Zdrowie-publiczne/W-Europie-tysiace...>

<sup>206</sup> Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera: Dane o zapadalności.

<sup>207</sup> Opracowane na podstawie literatury przedmiotu, a szczególnie: N. Szeszenia-Dąbrowska, *Rys historyczny (chorób zawodowych)*, [w:] *Choroby zawodowe*, red. K. Marek, Warszawa 2001.

W okresie odrodzenia wzrastało zainteresowanie chorobami mającymi związek z wykonywaniem pracy. W szesnastym wieku opublikowano kilka znaczących pozycji na temat chorób spowodowanych wykonywaniem określonej pracy:

- w 1524 roku wydano traktat Ellenborga o truciznach przemysłowych *Morbi metallici*, którym opisano rțęćicę i ołowicę wśród górników wydobywających złoto,
- w 1556 roku Georgius Aricola (Georg Bauer z zawodu lekarz, niemiecki humanista, górnik, metalurg i mineralog) przedstawił wykaz chorób i wypadków dotyczących górników,
- w 1567 roku Theopastus Bombatus von Hoeheinheim znany jako Paracelsus, w swej monografii przedstawił choroby zawodowe górników i odlewników. Opisane objawy chorób w postaci duszności, trudności w oddychaniu i wyniszczenia organizmu wśród górników nie wiązał przyczynowo z narażeniem na oddziaływanie pyłu występującego podczas pracy.

Początki naukowej medycyny pracy datowane są od 1700 r., kiedy to wydano pierwszy podręcznik medycyny pracy *De morbis artificum diatriba* napisany przez Bernardino Ramazziniego – profesora medycyny w Padwie, uznanego współcześnie za ojca medycyny pracy. W tym dziele opisał zagrożenia dla zdrowia i choroby związane z 52 zawodami. Zwrócił tu także nie tylko na kliniczne aspekty chorób, ale również na problemy społeczne związane z chorobami spowodowanymi warunkami pracy. Pisał on; „[...] jakoż wiele jest sztuk i rzemioł, które często stają się przyczyną chorób dla tych, co się im oddają, a nieszczęśliwy rzemieślnik, napotykając coraz niekiedy cięższe choroby, tam gdzie się spodziewał znaleźć sposób na utrzymanie własnego i ubogiego swej rodziny życia, umierał złorzecząc swej profesji”. Zwrócił w ten sposób uwagę lekarzom, że problemem pacjenta jest nie tylko sama choroba i jej leczenie, ale także ponoszony trud dla rodziny w celu jej utrzymania.

W 1832 roku lekarz Charles Turner Thackrah wydał pierwszą angielską książkę z dziedziny medycyny przemysłowej.

Dalszy krokiem wiedzy o chorobach zawodowych było odbycie w 1906 roku I Międzynarodowego Kongresu chorób zawodowych, z inicjatywy profesora Luigi De-voto, który 1910 roku w Mediolanie założył pierwszą klinikę chorób zawodowych.

Okres międzywojenny i po drugiej wojnie światowej cechuje szybki rozwój nowych technologii, w tym informatycznych, co zmienia stopień obciążenia pracą, wysiłek dynamiczny zastępowany jest częściej wysiłkiem statycznym.

### Procedury związane z chorobami zawodowymi<sup>208</sup>

#### *Ogólne zasady profilaktyki*

W zapobieganiu chorobom zawodowym największe znaczenie należy przypisać profilaktyce technicznej. Polega ona na zastosowaniu różnych rozwiązań technicznych mających co najmniej zminimalizować występujące na danych stanowiskach pracy zagrożenia zawodowe, celem stworzenia maksymalnie bezpiecznych warunków pracy. Prawodawstwo polskie nakłada ten obowiązek na zakłady pracy.

Pracodawca musi przy pomocy osób czy instytucji do tego uprawnionych: oceniać i dokumentować ryzyko powstania chorób zawodowych. Następnie powinien zastosować niezbędne środki profilaktyczne zmniejszające ryzyko (np. zmiana technologii na bardziej bezpieczną hermetyzacja obudowy maszyn itp.). Pracodawca ma

<sup>208</sup> Kodeks pracy, rozdział VI; *Choroby zawodowe*, red. K. Marek..., s. 18–22, 588–590.

obowiązek poinformować pracowników o ryzyku zawodowym, które wiąże się z wykonywaną pracą oraz o zasadach ochrony przed zagrożeniami. Nie wolno dopuścić pracownika do pracy, do której wykonywania nie posiada on wymaganych kwalifikacji lub potrzebnych umiejętności, a także dostatecznej znajomości przepisów bhp.

Pracownicy obowiązkowo podlegają: wstępnym, okresowym czy dodatkowo specjalistycznym badaniom stanu zdrowia. Pracownicy obowiązkowo podlegają wstępnym, okresowym udokumentowanym szkoleniom bhp i muszą się poddawać sprawdzianom z tego zakresu.

Profilaktyka medyczna oparta jest głównie na wynikach: badań wstępnych, okresowych i czynnego poradnictwa. Wstępna diagnoza i rozpoznanie choroby zawodowej musi być poprzedzone dokładnym wywiadem o narażeniu zawodowym i zapoznaniu się z charakterystyką stanowiska pracy.

Etapy rozpoznania choroby zawodowej:

1. Podejrzanie choroby zawodowej zostaje określone przez lekarza sprawującego profilaktyczną opiekę nad pracownikami.
2. Ustalenie rozpoznania jest zastrzeżone dla jednostek organizacyjnych takich jak: przychodnie i poradnie chorób zawodowych, oddziały i kliniki chorób zawodowych akademii medycznych i instytutów naukowo-badawczych.
3. Stwierdzenie choroby zawodowej lub braku podstaw do jej stwierdzenia zostaje wydane poprzez decyzję powiatowego inspektora sanitarnego na odstawie orzeczenia lekarskiego w sprawie choroby zawodowej.

#### *Roszczenia związane z chorobą zawodową*

Zgodnie z Art. 18 ustawy pt. Świadczenia z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz.U. 1983,30.144), pracownikowi, który na skutek choroby zawodowej stał się niezdolny do pracy, przysługuje: 1) renta stała – jeżeli niezdolność do pracy jest trwała, 2) renta okresowa, jeżeli niezdolność do pracy jest okresowa. Pracownikowi, w stosunku do którego orzeczono celowość przekwalifikowania zawodowego ze względu na niezdolność do pracy w dotychczasowym zawodzie, przysługuje renta szkoleniowa przez sześć miesięcy (okres ten ulega wydłużeniu na czas niezbędny do przekwalifikowania zawodowego nie dłużej niż 30 miesięcy). Osobie uprawnionej do renty inwalidzkiej na podstawie powyższego oraz do emerytury na podstawie innych przepisów wypłaca się zależnie od jej wyboru: jedno całe świadczenie i połowę drugiego, lub odwrotnie – drugie i połowę pierwszego.

### **Choroby parazawodowe**

#### *Pojęcie, definicje i rodzaj postępowania*

Niekorzystny wpływ różnych warunków pracy na stan zdrowia pracowników, nie ogranicza się tylko do zmian chorobowych odpowiadającym klasycznym chorobom zawodowym w ich lekarsko-prawnym ujęciu. Szkodliwości i uciążliwości zawodowe mogą być czynnikiem modyfikującym przebieg lub współdziałającym w powstaniu niektórych chorób przewlekłych, uwarunkowanych różnymi przyczynami, nie zawsze dostatecznie poznanyymi.

Choroby te nie znajdują się w większości istniejących na świecie wykazów chorób zawodowych i nazywane są chorobami związanymi z pracą, według angielskiej terminologii *work related diseases*. W Polsce przyjęła się nazwa choroby parazawodowe.

Choroby parazawodowe są to choroby o złożonej etiologii, w której warunki pracy stanowią jeden z możliwych czynników ryzyka, wpływających na ujawnienie lub pogorszenie przebiegu choroby<sup>209</sup>.

Znaczenie chorób parazawodowych od wielu lat uważane jest za bardziej istotne niż klasycznych chorób zawodowych. W różnych krajach świata prowadzi się w tym zakresie liczne badania, które napotykają jednak duże trudności metodyczne kwestia selekcji i wyodrębnienia specyficznych dla pracy zawodowej czynników ryzyka.

Większość ludzi zna zarówno mocne, jak i słabe strony swego organizmu. Jedni natychmiast zauważają symptomy choroby i natychmiast skutecznie przeciwdziałają, drudzy zapobiegając korzystają z pomocy specjalistów; jeszcze inni bagatelizują sygnały ostrzegawcze organizmu, aż dochodzi do stanu niedającej wyleczyć się choroby.

Pewne choroby występują z dużą częstotliwością. Należą do nich tak zwane choroby cywilizacyjne, takie jak: zespoły bólowe kręgosłupa, nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca<sup>210</sup>.

### Charakterystyka chorób

#### *Zespoły bólowe kręgosłupa*

Jest to zespół trzech odcinków kręgosłupa: kręgosłup szyjny (szyja i kark), plecy (kręgosłup piersiowy (zbudowany z dwunastu kręgów), kręgosłup lędźwiowy (pięć kręgów – na ostatnim i leżącej pod nim kości krzyżowej spoczywa główny ciężar ciała)<sup>211</sup>.

Kręgosłup z wiekiem ulega zmianom zwyrodnieniowym, czasem zmianom zapalnym lub zmianom zwyrodnieniowo-zapalnym, co może być punktem wyjścia do zmian nowotworowych.

Badania wskazują, że około 60% osób dorosłych cierpi na okresowe bóle kręgosłupa, które w ponad 20% powodują czasową niezdolność do pracy, przez co sprawiają, że jest to poważny, narastający problem społeczno-ekonomiczny rozwiniętych krajów<sup>212</sup>.

#### *Nadciśnienie tętnicze*

Nadciśnienie tętnicze inaczej choroba nadciśnieniowa to choroba układu krążenia, w której występuje stałe lub okresowo podwyższone ciśnienie tętnicze krwi. Podwyższone ciśnienie w większości przypadków nie powoduje żadnych dolegliwości. Bóle głowy, niespokojność serca i ogólne złe samopoczucie występują zazwyczaj dopiero wówczas, gdy ciśnienie jest wysokie (powyżej 140/90mmHg). U wielu osób cierpiących na nadciśnienie trudno określić przyczyny jego powstania. Lekarze takie nadciśnienie nazywają pierwotnym albo samoistnym, tłumaczy się to zazwyczaj uwarunkowaniem genetycznym. Nadciśnienie krwi jest chorobą przewlekłą, która podlega długotrwałemu leczeniu, niejednokrotnie do końca życia<sup>213</sup>.

<sup>209</sup> *Interna*, red. W. Januszkiewicz, F. Kokot, Warszawa 2006, s. 1653; a także m.in. A. Affelska-Jercha, A. Steinmetz-Beck, E. Lewczuk, *Choroby parazawodowe*, „Polska Medycyna Rodzinna” 2004, nr 6 (3), s. 871–874.

<sup>210</sup> Szerzej: *Medycyna pracy*, t. III: *Patologia zawodowa...*, s. 277.

<sup>211</sup> V. Corazza et al., *Podręczna encyklopedia zdrowia*, tłum. zespół pod kier. G. Jonderki, Poznań 2002, s. 431–432.

<sup>212</sup> <http://www.informed.com.pl/main/index.php?showArticle=67>.

<sup>213</sup> *Nadciśnienie tetnicze*, <http://rodzina.dlapolski.pl/Nadcisnienie-tetnicze-nl64.html>.

Konsekwencje nieleczzonego lub niewłaściwie leczonego nadciśnienia tętniczego to m.in. uszkodzenia nerek, udary mózgu, upośledzenie wzroku, choroba niedokrwienna serca, uszkodzenie serca itp.<sup>214</sup> Nikotyna alkohol i kofeina sprzyjają nadciśnieniu. Na ogół wraz ze starzeniem się człowieka wzrasta ryzyko wzrostu ciśnienia krwi. Wpływ na nadciśnienie ma codzienny stres zawodowy, zagrożenie utratą pracy i niewłaściwe warunki pracy.

W 2000 roku 972 miliony dorosłych ludzi chorowało na nadciśnienie tętnicze, z czego 639 milionów w krajach rozwiniętych. Przewiduje się, że w 2025 roku będzie na świecie żyło 1,5 miliarda z nadciśnieniem<sup>215</sup>.

#### Klasyfikacja ciśnienia tętniczego

Kategoria	Ciśnienie skurczowe	Ciśnienie rozkurczowe
	(mmHg)	(mmHg)
Ciśnienie optymalne	poniż. 120	poniż. 80
Ciśnienie prawidłowe	120–129	80–84
Ciśnienie wysokie prawidłowe	130–139	85–89
Nadciśnienie stopień 1 łagodne	140–159	90–99
Nadciśnienie stopień 2 umiarkowane	160–179	100–109
Nadciśnienie stopień 3 ciężkie	180	110

Źródło: Klasyfikacja przyjęta przez Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego w 2003 r. na podstawie wytycznych w tymże roku European Society of Hypertension (ESH) i European Society of Cardiology (ESC).

#### *Choroba wieńcowa serca*<sup>216</sup>

Najczęstszą chorobą serca jest choroba wieńcowa, określana także jako choroba niedokrwienna serca. Pojęcie to obejmuje różne choroby serca, takie jak: dusznica bolesna, zawał serca, niewydolność serca.

Dusznica bolesna wiąże się najczęściej z takimi objawami jak: uczucie ściskania, duszność i bóle w klatce piersiowej, promieniujące do szyi, szczęki, do pleców i ramion. W rzadkich przypadkach, bóle występują tylko w ramionach, nadgarstkach i karku. Zawał serca wywołuje podobne dolegliwości jak napad dusznicy bolesnej. Charakteryzuje go, utrudniony oddech, głębokie tępe bóle promieniujące do szyi, szczęki dolnej, pleców i do ramion. Towarzyszy temu zimny pot szybkie tętno, lęk przed śmiercią. Pojawiają się także niejasne dolegliwości w podbrzuszu, lekki ucisk za mostkiem, połączone z niejasnym bólem jednego ramienia lub w szczęce. Zawał serca jest najczęściej spowodowany zmianami miażdżycowymi tętnic wieńcowych

<sup>214</sup> *Ibidem*.

<sup>215</sup> Według normy przyjętej przez Światową Organizację Zdrowia, w Polsce co czwarty mieszkaniec ma nadciśnienie i co czwarty ciśnienie graniczne. Tylko połowa z nich o tym wie. Spośród nich połowa będzie leczona a z pośród leczonych tylko połowa otrzyma dostateczne leczenie. Oznacza to, że tylko co ósmy człowiek z nadciśnieniem będzie tak leczony, że wysokość jego ciśnienia osiągnie znowu prawidłowy zakres. Dane za: Wikipedia, wolna encyklopedia (29.05.2010).

<sup>216</sup> A. Affelska-Jercha, A. Steinmetz-Beck, E. Lewczuk, *op. cit.*, s. 871–874; V. Corazza et al., *Podręczna encyklopedia...*, s. 316–324.



serca. W Polsce z powodu zawału rocznie umiera 300 tys. osób, bardziej zagrożeni są mężczyźni. Szczególnie na zawał zapadają: osoby z wysokim ciśnieniem, nadwagą, pracujące w warunkach dużego stresu i w niewłaściwych warunkach pracy. Choroba może doprowadzić do przedwczesnej śmierci<sup>217</sup>.

### *Choroba wrzodowa*

Choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy powoduje ubytek w obrębie błony śluzowej, drążący do warstwy mięśniowej ich ściany. Jest jedną z najczęstszych chorób układu pokarmowego dorosłej populacji. Mężczyźni chorują dwukrotnie częściej niż kobiety, w przypadku wrzodu dwunastnicy, natomiast u osób chorych na wrzód żołądka nie występuje różnicowanie dla płci<sup>218</sup>. Ponad 60% stwierdzonych wrzodów dotyczy dwunastnicy<sup>219</sup>.

Do przyczyn występowania choroby wrzodowej najczęściej zalicza się<sup>220</sup>: 92% przypadków choroby dwunastnicy i prawie 70% chorób żołądka spowodowane jest zakażeniem bakterią *Helicobacter pylori*; czynniki genetyczne wynikają z wrodzonej skłonności do powstawania wrzodu, w wyniku sytuacji obciążających takich jak; stres w życiu zawodowym i towarzyskim, pośpiech, nadużywanie nikotyny czy alkoholu; niektóre leki czy środki przeciwbólowe (leki przeciw reumatyczne, środki przeciwbólowe zawierające kwas acetylosalicylowy), ułatwiają powstawanie i utrudniają gojenie wrzodów; ciężkie przypadki i operacje mogą w ciągu kilku godzin spowodować powstanie tzw. wrzodu stresowego.

Ryzyko zachorowania występuje szczególnie: w wyniku wykonywania bardzo ciężkiej pracy w systemie akordowym, pracy przy taśmie, lub pracy wielozmianowej i nieregularnym odżywianiu się, przy braku wypoczynku i snu. Po pomyślnym zakończeniu leczenia choroby wrzodowej ryzyko ponownego zachorowania wynosi około 85% i jest wyższe u palaczy tytoniu.

### *Bóle głowy*

Ból to wszelkiego rodzaju przykre odczucia fizyczne lub psychiczne doznania wskazujące na jakieś niedomagania, zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu bądź jego uszkodzenie<sup>221</sup>.

Mało która dolegliwość jest tak psychicznie wyczerpująca jak ból głowy. Ból głowy jest subiektywnym objawem, wywołuje go często stres.

Bóle głowy dzielimy na: bóle samoistne, o niewyjaśnionej do tej pory przyczynie, bóle objawowe wywołane konkretną chorobą np. nadciśnieniem tętniczym, hałasem itp.

Ze względu na długotrwałość bólu głowy wyróżniamy: bóle ostre, które wystąpiły pierwszy raz w życiu w ciągu kilku godzin lub dni (bóle objawowe); bóle przewlekłe lub nawracające, które występują od dawna i są zwykle bólami samoistnymi.

<sup>217</sup> *Niewydolność serca*, <http://www.ksrdiolo.pl/niewydolność.htm>.

<sup>218</sup> G. Herold, *Medycyna wewnętrzna*, Warszawa 2005, s. 514–515.

<sup>219</sup> *Choroby wewnętrzne*, red. A. Szczeklik, Kraków 2005, t. 1, s. 779.

<sup>220</sup> Na podstawie: V. Corazza et al., *Podręczna encyklopedia...*, s. 364–366 (choroba wrzodowa), s. 40–42, 216–217 (bóle głowy).

<sup>221</sup> *Słownik współczesnego języka polskiego...*, t. 1, s. 70.

Szacuje się, że około 1/5 ludzi cierpi na przewlekłe bóle głowy, u przynajmniej połowy występuje migrena. Migrena należy do chorób, których głównym objawem jest, powtarzający się o charakterze napadowym ból głowy, zazwyczaj odczuwany po jednej stronie głowy, za okiem, w okolicach czoła lub skroni; trwa zazwyczaj od kilku do kilkudziesięciu godzin, czasem od 1–3 dni. Ból nasila się szczególnie pod wpływem emocji i wysiłku fizycznego i zmian pogodowych. Migrena występuje u 12–28% ludzi. Kilkakrotnie częściej chorują na nią kobiety<sup>222</sup>.

---

<sup>222</sup> Szerzej: E. Herzberg, *Migrena*, Poznań 1995.

**Zalecana literatura do rozdziału III**  
(wybrane pozycje)

- Bilski B., *Higiena pracy dla fizjoterapeutów: choroby zawodowe i parazawodowe*, Poznań 2005
- Borowicz R., *Kwestie społeczne: trudne do rozwiązania czy nierozwiązywalne*, Toruń 2008.
- Choroby zawodowe*, red. K. Marek, Warszawa 2001.
- Gazon J., *Ani bezrobocie, ani opieka społeczna. Od wyboru etycznego do ekonomicznej realizacji*, Warszawa 2008.
- Golińska L., *Pracoholizm. Uzależnienie czy pasja*, Poznań 2007.
- Guerrrschi C., Maraziti M., *Nowe uzależnienia*, Kraków 2005.
- Homowska E., Paluchowski W.J., *Praca – skrywana obsesja, wyniki badań nad pracoholizmem*, Warszawa 2007.
- Horst W., *Ergonomia*, Warszawa 2007.
- Kłos B., *Mobbing*, Kancelaria Sejmu. Biuro Studiów i ekspertyz. Informacja 941, listopad 2002.
- Kotlarska-Miehska A., *Zadania rodziny w sytuacji bezrobocia*, Kraków 1997.
- Murgatroyd S., *Poradnictwo i pomoc*, tłum. E. Turlejska, Poznań 2000.
- Pacho W., Garbicz M., *Wzrost gospodarczy a bezrobocie i nierówności w podziale dochodu*, Warszawa 2000.
- Rogińska T., *Strategie radzenia sobie z obciążeniem psychicznym w pracy zawodowej*, Zielona Góra 2001.
- Sajkiewicz A., Sajkiewicz Ł., *Nowe metody pracy z ludźmi*, Warszawa 2002.
- Sęk H., *Wypalenie zawodowe, przyczyny i zapobieganie*, Warszawa 2004.
- Skinder M., *Polityka społeczna. Wybrane aspekty*, Bydgoszcz 2009.
- Socjologia bezrobocia*, BPS, Katowice 1999.
- Spencer A., *Psychologia współczesna*, Gdańsk 2004.
- Społeczne dylematy Europy*, red. D. Gizicka, Toruń 2009.
- Szałkowski A., *Problem mobbingu w miejscach pracy*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 2002, nr 9.
- Szeszenia-Dąbrowska N., Wilczyńska U., Szymczak W., *Choroby zawodowe w Polsce 2008*, Łódź 2009.
- Szewczyk H., *Molestowanie seksualne i mobbing w miejscu pracy, lub w związku z pracą – nowe wyzwania dla polskiego prawa pracy*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 2002, nr 9.
- Terelak J.F., *Człowiek i stres*, Bydgoszcz 2008.
- Toksykologia współczesna*, red. W. Seńczuk, Warszawa 2005.
- Zagórowski J., *Choroby zawodowe i parazawodowe w rolnictwie*, Lublin 2000.
- Znaniecki F., *Socjologia bezrobotnych*, „Kultura i Społeczeństwo” 1992, nr 1.



## **Część IV**

### **Swoiste zagrożenia nagłe i narastające**



## Wprowadzenie

Zdarzenia to zespół okoliczności, w których coś dzieje się w sposób nagły lub narastający. Nagłe zdarzenia występują na ogół bez ostrzeżenia. Natomiast te narastające przebiegają niejednokrotnie prawie niezauważalnie, ale w końcowym etapie miewają charakter traumatyczny.

Zdarzenia, które dotyczą dużych zbiorowości społecznych o charakterze katastrof lub klęsk żywiołowych wywołują wyrazy współczucia, mniej czy bardziej efektywną pomoc rzeczową, medyczną czy finansową, przynajmniej w pierwszym okresie po zaistnieniu zdarzenia. Natomiast na problemy lub dramaty poszczególnych osób, lokalna społeczność, poza nagłościami przypadkami, reaguje obojętnie (dotyczy to często również najbliższej rodziny).

Skłonni jesteśmy mówić o ludzkiej obojętności wobec schorowanych pozbawionych opieki starszych osób czy niepełnosprawnych. Oburzamy się na kradzieże, ale ok. 80% oprogramowania naszych komputerów, to oprogramowania bez licencji. Denerwuje nas korupcja w służbie zdrowia, ale dajemy łapówkę, aby operował nas lekarz A nie B.

Współcześnie wśród problemów wstydlivych i kłopotliwych zagraża nam:

- **wszechobecna przemoc**, wszelkie nieprzypadkowe akty, wykorzystujące przewagę sprawcy, które godzą w osobistą wolność jednostki, przyczyniają się do jej fizycznej lub psychicznej szkody i wykraczają poza społeczne normy wzajemnych kontaktów. Obiektem przemocy, może być człowiek w każdym przedziale wiekowym, niezależnie od płci, stanu posiadania czy statusu społecznego. Najczęściej przemoc odnosi się do: rodziny, dzieci, partnerów, starszych. Coraz bardziej niepokoi przemoc i agresja młodych ludzi; denerwuje wandalizm, budzą lęk zagrożenia terrorystyczne.
- **wypadki przy pracy i w otoczeniu zewnętrznym**, najbardziej niebezpiecznymi miejscami zagrożonymi wypadkami są drogi i miejsca pracy, w następnej kolejności miejsca użyteczności publicznej, dom/mieszkanie. Każdy wypadek wiąże się z różnorodnymi skutkami zdrowotnymi, materialnymi, prawnymi, które ponoszą uczestnicy zdarzenia.
- **niepełnosprawność w życiu i w pracy** stanowi dziś jeden z poważniejszych problemów społecznych. W Polsce dotyczy już 14,3% ogółu ludności. Ważną kwestią dla osób niepełnosprawnych jest możliwość wykonywania pracy, rehabilitacja i akceptacja społeczna.
- **czynny naganne i nienaganne**; każdy człowiek funkcjonujący samodzielnie ma różne zobowiązania i związane z nimi płatności. Towarzystwą nam kradzieże mie-

nia, pieniędzy, tożsamości – to wywołuje żal. Równocześnie przywłaszczamy sobie np. oprogramowania komputerowe, a przy korzystaniu z usług służby zdrowia przekupstwo nas oburza, ale chcemy szybciej dostać się do lekarza specjalisty. Powstaje pytanie, czy tak musi być?



### 13. Wszechobecna przemoc

Pradzieje przemocy sięgają początków naszej cywilizacji. Niezależnie od dominujących i zmieniających się wartościujących idei, nigdy nie brakowało niepotrzebnie przelanych łez i mniej lub bardziej przemyślanych form zadawania cierpień, łącznie z narzucaniem siłą swoich wymagań. Druga wojna światowa i chaos, który po niej nastąpił, pokazał bezkarność zła i siły. Naruszane były uznane i obowiązujące wartości, ład etyczny, normy prawne, a także wszystko to, co jest ważne dla człowieka, jego rodziny i najbliższego otoczenia.

Człowiek żyjący w XXI wieku, atakowany jest na co dzień różnego rodzaju nadmiarem informacji o katastrofach, napadach, zbrodniach, wymuszeniach, aktach agresji i przemocy. Obserwujemy wzrost brutalizacji życia.

#### Definicje przemocy

Zdefiniowanie terminu przemoc napotyka na wiele trudności, gdyż każda dyscyplina naukowa rozpatruje go ze swego punktu widzenia, np. według R. Gellesa i M.A. Strausa trudności definicyjne zjawiska przemocy wynikają stąd, że przemoc nie jest ani pojęciem klinicznym, ani naukowym, lecz politycznym, dlatego jego rozumienie będzie się zmieniało wraz ze zmianą sytuacji społecznej<sup>1</sup>. W świetle dotychczasowego dorobku poszczególnych dyscyplin naukowych nie można rozpatrywać zjawiska przemocy tylko w kontekście zmian politycznych.

Przemoc to nadużywanie siły, wykorzystywanie przewagi nad kimś, do jakichś celów, w tym użycie siły, w celach przestępczych; gwałt, przymus, nacisk<sup>2</sup>.

Przemoc jest to każde urzeczywistnione zachowanie, którego przynajmniej po części świadome (bezpośrednie lub pośrednie) sprawstwo daje się przypisać innej osobie, mające na celu narzucenie woli drugiemu człowiekowi poprzez użycie siły fizycznej lub groźbę jej użycia, a zmierzające do naruszenia zdrowej, psychicznej lub fizycznej, integracji osoby, ograniczenia jej wolności, aż do pozbawienia życia włącznie<sup>3</sup>.

Przemoc w *Słowniku socjologicznym* zdefiniowano jako: jeden z głównych, obok groźby, środków przymusu, polega na użyciu siły fizycznej, przez jednostkę czy grupę, często wbrew obowiązującemu prawu, w celu zmuszenia jakiejś osoby czy członków grupy do określonego działania czy też uniemożliwienia podjęcia działań lub zaprzestania wykonania czynności już rozpoczętej; także bezprawne narzucenia władzy<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> I. Pospizyl, *Przemoc w rodzinie*, Warszawa 1984, s. 14.

<sup>2</sup> *Słownik współczesnego języka polskiego*, t. 2, s. 179.

<sup>3</sup> P. Mazurkiewicz, *Przemoc w polityce*, Wrocław 2006, s. 49.

<sup>4</sup> K. Olechnicki, P. Załęcki, *Słownik socjologiczny*, wyd. 2 poprawione, Toruń 1988, s. 167.

Przemoc to wszelkie nieprzypadkowe akty godzące w wolność osobistą jednostki lub przyczyniające się do fizycznej, lub psychicznej szkody, wykraczające poza społeczne zasady wzajemnych relacji<sup>5</sup>.

Jeszcze inni nazywają przemocą każde zachowanie, którego intencją jest wyrządzenie krzywdy drugiemu człowiekowi lub czyn, który jest postrzegany jako mający taką intencję<sup>6</sup>.

W prakseologii przemoc rozumiana jest jako nacisk fizyczny (siła fizyczna), zastosowanie bodźców (ekonomicznych, elektrycznych itp.).

Pedagogika określa przemoc jako wszelkie nieprzypadkowe akty, wykorzystujące przewagę sprawcy, które godzą w osobistą wolność jednostki, przyczyniają się do jej fizycznej lub psychicznej szkody i wykraczają poza społeczne normy wzajemnych kontaktów, albo też wszelkie akty udręczania i okrucieństwa<sup>7</sup>.

Bardziej pełną definicję zaproponowała A.L. Ganley, według której przemoc to zjawisko określające zespół atakujących, nadzorujących i kontrolujących zachowań, obejmujących przemoc fizyczną, przemoc seksualną i przemoc emocjonalną. Jest to spójna całość, ciąg zachowań o charakterze zamierzonym i instrumentalnym, których celem jest zniewolenie ofiary, wyeliminowanie jej suwerennych myśli i działań i podporządkowanie jej żądaniom i potrzebom sprawcy<sup>8</sup>. Zwraca się tutaj uwagę, że zachowania sprawcy nie wynikają z braku jego kontroli nad swoimi czynami. Jego intencją jest demonstracja złości w celu zastraszenia ofiary, przy czym jednocześnie celowo wybiera on miejsce i czas ataku, aby zapewnić jego skuteczność przy jak najmniejszym ryzyku.

Odmienne zjawisko przemocy definiowane jest przez prawo, gdyż oprócz rodzaju i stopnia nasilenia przemocy podaje przypisane do tego sankcje karne dla sprawcy. Przepis art. 207 k.k. wskazuje:

§ 1. Kto znęca się fizycznie i psychicznie nad osobą najbliższą lub nad inną osobą pozostającą w stałym lub przemijającym stosunku zależności od sprawcy albo nad małoletnim lub osobą nieporadną ze względu na jej stan psychiczny lub fizyczny, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 2. Jeżeli czyn określony w § 1 połączony jest ze stosowaniem szczególnego okrucieństwa, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od roku do 10 lat.

§ 3. Jeżeli następstwem czynu określonego w § 1 lub 2 jest targnięcie się pokrzywdzonego na własne życie, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od lat 2 do 12<sup>9</sup>.

Przyjmuje się, że najbardziej pewnym sposobem powstrzymania sprawcy od popełnienia kolejnych przestępstw jest odizolowanie go od potencjalnych ofiar (uwięzienie). Przymusowe powstrzymanie od przemocy zmusza sprawcę do przemyśle-

<sup>5</sup> L. Krzywicka, *Przemoc w rodzinie. Specyfika pracy socjalnej z ofiarami przemocy*, [w:] *Praca socjalna wobec współczesnych problemów społecznych*, red. S. Pawłas-Czyż, Toruń 2007, s. 122

<sup>6</sup> W. Badura-Madej, A. Dobrzyńska-Mesterhazy, *Przemoc w rodzinie. Interwencja kryzysowa i psychoterapia*, Kraków 2000, s. 12.

<sup>7</sup> I. Pospiszyl, *Przemoc w rodzinie. Resocjalizacja. Teoria i praktyka pedagogiczna*, red. B. Urban, J.M. Stanik, Warszawa 2008, t. 2, s. 57.

<sup>8</sup> Zob. A. Lipowska-Teutsch, *Wychowywać, wyleczyć, wyzwolić*, Warszawa 1998, s. 12.

<sup>9</sup> Ustawa z dn. 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny, Dz.U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553.

nia odpowiedzialności za własne czyny i refleksji na temat krzywd wyrządzonych ofierze<sup>10</sup>. Zdefiniowanie terminu przemoc nie należy do łatwych, mimo wielu prób podejmowanych przez przedstawicieli różnych dyscyplin naukowych. Jedni analizowali zamiary, intencje oraz pobudki, którymi kierował się sprawca dla wyrządzenia określonej osobie krzywdy, inni natomiast zwracali uwagę na skutki przemocy dla ofiary. Wszystkie wymienione definicje mają jednak jedną wspólną cechę, mianowicie zachowanie sprawcy ma zaspokoić jego potrzeby, poprzez dojście do założonego uprzednio celu<sup>11</sup>.

Zazwyczaj definicje przemocy biorą pod uwagę trzy podstawowe kryteria:

- rodzaj zachowania,
- intencje,
- skutki przemocy.

Przemoc może mieć charakter:

- instrumentalny – środek do realizacji określonych celów,
- bezinteresowny – poszukiwanie zadowolenia w znęcaniu się nad innymi,
- zbiorowy – indywidualny.

### Rodzaje przemocy

W literaturze przedmiotu najczęściej jako podstawowe opisuje się cztery formy złego traktowania: przemoc fizyczną, znęcanie psychiczne, wykorzystywanie seksualne i zaniedbywanie<sup>12</sup>. Nie zawsze jednoznacznie można ocenić, który rodzaj przemocy jest bardziej dolegliwy. Uzależnione to jest od sytuacji, w jakiej dana osoba się znajduje, od jej wytrzymałości psychicznej i czasu stosowania przemocy.

Celem przemocy fizycznej jest wymuszenie na ofierze takiego zachowania, jakiego życzy sobie sprawca. Ma wywołać lęk lub stanowić karę za złamanie reguł ustanowionych przez sprawcę.

Przemoc psychiczna nie zawsze jest uchwytana w odbiorze jako forma złego traktowania i pozornie nie pozostawia widocznych śladów. Stąd nie można precyzyjnie określić rozmiarów psychicznego krzywdzenia. Dość często u ofiar występują zaburzenia snu, różne formy nerwicy i psychozy.

Przemoc seksualna w powyżej 90% przypadków – dotyczy kobiet. Przemoc ta wyraża się w zmuszaniu osoby do aktywności seksualnej wbrew jej woli lub kontynuowaniu aktywności seksualnej, gdy osoba nie jest w pełni jej świadoma, lub gdy obawia się odmówić. Niekiedy już sama obecność sprawcy i jego sposób bycia budzi w kobiecie lęk o własne bezpieczeństwo czy bezpieczeństwo dzieci.

Zaniedbywania nie odbiera się powszechnie jako formy przemocy. Zaniedbywanie to zapominanie, lub zaniechania obowiązku wobec innych. Uznawane jest jako naganne, ale niejednokrotnie tłumaczy się: już brakiem siły, cierpliwości i niesfornym, i trudnym, a nawet złośliwym zachowaniem podopiecznych czy obłożnie chorych. Zaniedbanie w literaturze rozumiane jest jako niezapewnienie lub uniemożliwienie zaspokojenia podstawowych potrzeb jednostce zależnej, potrzeb biologicznych i psychicznych. Obejmuje ono także: brak właściwej opieki nad chorym, brak zaintereso-

<sup>10</sup> K. Fenik, *Terapia sprawców przemocy seksualnej*, „Niebieska Linia” 2002, nr 3, s. 9–12.

<sup>11</sup> Por. M. Markiewicz-Matyja, *Przemoc jako zjawisko społeczne*, [w:] *Socjologiczne i psychopedagogiczne aspekty przemocy*, red. J. Wawrzyniak, Łódź 2007, s. 44.

<sup>12</sup> J. Mazur, *Przemoc w rodzinie. Teoria i rzeczywistość*, Warszawa 2002, s. 37–55.

wania, ignorowanie czyjegoś bólu, brak troski o dom, okazywanie niecierpliwości, niechęci.

Do ważnych form przemocy należy zaliczyć przemoc: słowną, ekonomiczną i symboliczną.

Przemoc słowna jest najczęściej spotykaną formą przemocy. Przemocą słowną jest zastraszanie, obwinianie, zawstydzanie, krytykowanie, dyskryminacja, poniżanie, obrażanie, plotkowanie, kłamstwa, przeklinanie itd. Jest to szczególnie dolegliwa forma przemocy, bowiem:

- nigdy się nie kończy, gdyż to co się usłyszało, niejednokrotnie na lata pozostało w naszej pamięci,
- ponieważ nie pozostawia fizycznych ran, jej skutki są niedostrzegane, a czasem lekceważone,
- powoduje obniżenie poczucia własnej wartości,
- osoba tak traktowana niejednokrotnie zwraca się odruchowo do ludzi jej bliskich w taki sam sposób, jak do niej się odnoszono,
- taka forma przemocy może prowadzić do wyobcowania<sup>13</sup>.

Przemoc słowna jest spotykana na co dzień, niestety na ogół się na nią nie reaguje. Tolerancja wobec tego rodzaju przemocy jest często traktowana jako swoisty problem kulturowy<sup>14</sup>. Przysłowiowa linia, która oddziela przemoc słowną od fizycznej jest bardzo cienka; narastającego gniewu z powodu napaści słownych nie można zawsze ukrywać, choć odreagowanie skutkuje na ogół przeciw ofierze:

- przemoc słowna nastawiona jest na zadawanie bólu, a rzadko na wyrażanie emocji,
- osoba posługująca się tą formą przemocy, próbuje dotknąć nasze wrażliwe punkty na krytykę,
- przemoc słowna najczęściej pozostaje w dysproporcji relacji użytej nadmiernej dolegliwości w stosunku do ewentualnego przewinienia,
- osobie stosującej przemoc zależy na tym, aby ofiara dobrze zapamiętała tę konfrontację.

Przemoc słowna w jednej chwili potrafi zniszczyć zaufanie i zaangażowanie ofiary. Znika wzajemne wsparcie między członkami grupy i tworzy się równocześnie atmosfera oczekiwania na możliwość rewanżu, i do tego dochodzą w krótszym lub dłuższym czasie mniej lub bardziej odczuwalne skutki zdrowotne:<sup>15</sup>

- ludzie gniewni, poirytowani pięć razy częściej umierają przed 50 rokiem życia niż spokojni i ufni<sup>16</sup>.

Przemoc ekonomiczna to bezprawne finansowe wykorzystywanie i/lub kontrolowanie środków niezbędnych do utrzymania ekonomicznej zależności ofiary. Zmuszenie jej do pozostawania w stanie materialnej zależności. Przemoc ekonomiczną

<sup>13</sup> <http://www.mateusz.pl/mz/ws-zuc/4-przemoc-zaniedbanie.htm>.

<sup>14</sup> Szerzej: A.H. Bell, *Nie musisz tego słuchać*, Poznań 2006, s. 12.

<sup>15</sup> Pojawiają się wrzody żołądka, dwunastnicy, migreny, bóle głowy, podwyższone ciśnienie, ataki alergii, depresja itp., – stwierdzono związek pomiędzy relacjami społecznymi i zdrowiem, przy czym ludzie żyjący w większej izolacji społecznej, albo mniej zintegrowani z otoczeniem, cieszą się gorszym zdrowiem psychicznym i fizycznym i wcześniej umierają, za: „Scence”, 19 VI 1988

<sup>16</sup> „The New York Times” 17 I 1989

odnosi się najczęściej do sytuacji, gdy ofiara staje się zależna od partnera w dostępie do niezbędnych środków finansowych<sup>17</sup>. Przemoc ekonomiczna niekiedy występuje przy pracy w szarej strefie lub gdy przedsiębiorstwo nie wypłaca na czas należnego wynagrodzenia pracownikom za wykonaną pracę. Przemoc symboliczna polega na narzuceniu przez jedną grupę innym własnych norm, wartości, wzorów i zachowań. Przemoc ta może mieć, określoną postać zmateralizowaną i wiązać się z przyzwoleniem dla niektórych aktów agresji, przy równoczesnym minimalizowaniu ich znaczenia. Możemy uznać, że przemoc symboliczna to „przekaz wzorców zachowań, symboli i znaków zastanej kultury z narzucaniem ich znaczeń i interpretacji”<sup>18</sup>.

Dużą rolę odgrywa tutaj proces socjalizacji, w którym uczymy się tych postaw i znaczeń, gdy wpajane są nam poglądy i wartości. W szkole uczymy się z podręczników czy książek, ale interpretację wielu zdarzeń przyjmujemy tą, którą podaje określony nauczyciel. Niekiedy, wiedza o pewnych zdarzeniach, przekazywana jest przez bliskich z ich interpretacją. Między państwami, klasami, partiami toczy się ciągła walka symboliczna o to komu uda się narzucić własną interpretację świata politycznego czy społecznego (np. dyktatura czy ustrój demokratyczny). Systemy symboliczne pełnią również polityczną funkcję narzędzi legitymizowania i narzucania dominacji<sup>19</sup>.

Nie tylko w polityce mamy do czynienia z przemocą symboliczną, spotykamy się z nią codziennie w filmach, telewizji, i przekazach innych mediów masowych. W filmach cieszących się powodzeniem króluje sensacja i przemoc. Agresja i przemoc na ekranie przedstawia zachowanie człowieka w sytuacjach granicznych. Strach towarzyszy bezsilności. Wszystko to (o dziwo) widzów dość często bardziej podnieca, zachwyca niż zniechęca czy napawa obrzydzeniem<sup>20</sup>.

### Przemoc w rodzinie

Rodzina i dom są naszym naturalnym, najbliższym i najbardziej cenionym środowiskiem, gdzie każdy do niej należący powinien czuć się bezpiecznie. W codziennej rzeczywistości, często nie dla wszystkich dom rodzinny jest miejscem pełnym naturalnego ciepła, miłości i bezpieczeństwa.

Zbyt często wiele osób w domu rodzinnym doznaje krzywd, cierpienia, towarzyszy im przy tym poczucie niepewności, wyobcowania, lęk.

Przemoc domowa zwana też przemocą w rodzinie, to zamierzone i wykorzystujące przewagę sił działanie skierowane przeciw członkowi rodziny, które narusza prawa i dobra osobiste, powodując cierpienie i szkody<sup>21</sup>.

Dość często, ze względu na panujące zwyczaje, tradycyjne zachowania rodziców i dzieci, niejednokrotnie trudno ocenić, czy to jeszcze przyjęte działania dyscyplinujące, bądź element wzburzenia, czy to już przemoc.

Przemoc stosowana przez pewien czas może sprawić, że ofiara będzie postępowała tak jak żąda sprawca przemocy. Nie można nikogo zmusić do kochania czy zapominania o doznanych krzywdach, To mit, że bite dziecko będzie posłuszne, że

<sup>17</sup> <http://www.pismo.niebieskalinia.pl/index.php?id=227>.

<sup>18</sup> P. Bourdieu, J.C. Passeron, *Reprodukcja. Elementy teorii systemu nauczania*, Warszawa 1990, s. 124.

<sup>19</sup> P. Mazurkiewicz, *op. cit.*, s. 39.

<sup>20</sup> R. Syska, *Film i przemoc*, Kraków 2003, s. 17.

<sup>21</sup> W. Badura-Madej, A. Dobrzyńska-Mesterhazy, *op. cit.*, s. 12.

maltretowana żona nie zdradzi, czy sponiewierany mąż z własnej woli lepiej zadba o rodzinę. Oprócz poczucia upokorzenia, krzywdy u ofiary, rodzi się z czasem nienawiść, pragnienie zemsty, może dochodzić do próby wyrównania krzywd i nakręcania spirali przemocy.

W literaturze prawnej, psychologicznej, socjologicznej i medycznej na określenie zamierzonego działania przeciw członkowi rodziny, najczęściej używa się terminu przemoc w rodzinie. Wszyscy starają się poszerzyć dotychczasową wiedzę w omawianym zakresie, by przyczynić się do skuteczności w ograniczaniu tego zjawiska.

Przez dziesiątki lat przemoc domowa była określana jako: „awantury domowe”, „nieporozumienia rodzinne” lub „sprzeczki małżeńskie”. Choć w relacjach międzyludzkich istniała ona od zawsze, to dopiero w ostatnich dwudziestu latach zmienia się mentalne nastawienie społeczeństwa do tego problemu. Z zagadnieniem przemocy w rodzinie związane są dwa bardzo poważne poznawcze problemy od szczegółowego rozpoznania, których uzależnione jest dotarcie i szybka pomoc dla krzywdzonych osób. Pierwszy problem wynika stąd, że zazwyczaj pokrzywdzone osoby nie chcą przyznać się, że są ofiarami przemocy Drugi – wiąże się z trudnościami przeprowadzenia wiarygodnych badań, odnośnie skali zjawiska i faktycznych uwarunkowań z tym związanych. To utrudnia a czasem uniemożliwia zebranie potrzebnych danych, co w następstwie nie pozwala na opracowania realnych projektów mogących skutecznie pomóc pokrzywdzonym. Znaczna część społeczeństwa uważa, że głośne awantury, krzyki za ścianą to sprawy prywatne, do których nie należy się mieszać Każda forma przemocy jest złem; przemoc w rodzinie może być zarówno skutkiem, jak i przyczyną dysfunkcji w rodzinie i należy ją zakwalifikować do kategorii zachowań negatywnych o dużej szkodliwości społecznej.

### **Krzywdzenie i wykorzystywanie dzieci**

Z powodu niskiego statusu w hierarchii władzy wynikającej z przewagi fizycznej i dysponowania środkami finansowymi, dzieci są szczególnie narażone na różne formy przemocy ze strony rodziców i innych dorosłych krewnych. Nawet w przypadkach, gdy ludzie nie używają przemocy wobec innych dorosłych osób, to w różnej formie rzadziej lub częściej karzą w sposób uznaniowy własne dzieci. Jeżeli chodzi o płęć krzywdzącego to (jak wynika z naszych kilkudziesięciu lat obserwacji) matki najczęściej wymierzają karę najczęściej cielesną, bowiem poczuwają się do odpowiedzialności za opiekę nad dziećmi, szczególnie małymi. Doznanie krzywdy od własnych rodziców jest dla dzieci najczęściej doświadczeniem zapadającym na długo w pamięć. Skutkami krzywdzenia fizycznego są: niskie poczucie własnej wartości, lęk, niezdolność do nawiązywania więzi z innymi osobami w oparciu o wzajemne zaufanie. Takie osoby, gdy zostaną rodzicami, mogą w stosunku do własnych dzieci stosować znaną sobie z dzieciństwa przemoc.

Wykorzystanie seksualne dzieci jest dla nich bardzo trudnym doświadczeniem, które skutkuje wysokim odsetkiem depresji, poczuciem osamotnienia, zaburzeniami snu i myślami samobójczymi. U wielu ofiar zauważa się objawy zespołu zaburzeń stresu pourazowego PTSD (*post traumatic stress disorder*)<sup>22</sup>. Przemoc seksualna w rodzinie to najbardziej okrutna forma przemocy ze strony tych bliskich czy znajomych rodziny, którym się najbardziej ufa. Pozostawia ona głęboki ślad na psychice

<sup>22</sup> B. Krahe, *Agresja*, Gdańsk 2004, s. 151.

dzieci, niejednokrotnie może się przełożyć na nieudane życie seksualne w dorosłym życiu.

### Przemoc partnerska

Przemoc partnerska obejmuje przemoc fizyczną, agresję werbalną<sup>23</sup>, psychiczną i seksualną, do jakiej dochodzi między partnerami. w związkach przedmażeńskich i małżeńskich. Przemoc w omawianych związkach można zdefiniować jako „popętnienie lub groźbę aktu fizycznej przemocy ze strony co najmniej jednego partnera wobec drugiego”<sup>24</sup>. Naszym zdaniem nie chodzi tu tylko o przemoc fizyczną, ale także psychiczną. W Polsce przyjętą się pogląd, że szczególnie często jej ofiarą padają kobiety. W świetle badań prowadzonych w USA, stwierdza się że najczęściej, większości aktów przemocy w związkach dopuszczają się mężczyźni, a natomiast na randkach inicjują przemoc w jednakowym stopniu zarówno kobiety, jak i mężczyźni<sup>25</sup>.

Z badań opartych również na statystykach sądowych i policyjnych prowadzonych w Polsce wynika, że na przemoc najczęściej są narażone kobiety o niskim wykształceniu, bez zawodu finansowo zależne od męża, mające liczne potomstwo. Socjologowie dodatkowo wracają uwagę, że wysoki status społeczny kobiety nie chroni jej przed przemocą ze strony partnera.

Konsekwencje krzywdzenia fizycznego to niejednokrotnie poważne obrażenia, wzrost częstości występowania chorób o podłożu psychosomatycznym związanych ze stresem, skutki ekonomiczne osób pokrzywdzonych (deprawacja materialna w rezultacie zerwania związku z osobą wyrządzającą krzywdę). Pośród skutków natury psychologicznej występować może depresja, lęk, negatywna samoocena, brak ufności interpersonalnej.

Powszechnym losem ofiar krzywdzonych przez partnera jest swoiste uwięzienie w związku, oparte na mechanizmach psychologicznych takich jak: zaprzeczenie istniejących zdarzeń, oskarżanie siebie jako osoby winnej zaistniałej sytuacji i adaptacja do warunków zaistniałej przemocy. Nawet spośród osób, które dokonują próby zerwania i szukania pomocy w placówkach dla ofiar przemocy, część z nich ostatecznie wraca do krzywdzącego je partnera<sup>26</sup>.

Przemoc nie jest sposobem na rozwiązanie problemów ani dla krzywdzącego, ani jego ofiary.

### Przemoc wobec osób starszych

Krzywdzenie osób starszych przez ich opiekunów zaznacza się mniej wyraźnie w świadomości społecznej niż pozostałych osób w rodzinie. Ludzie starsi mają często ograniczony kontakt z osobami ze świata zewnętrznego. Z wstydlivością i oporem wspominają o krzywdzeniu ich przez opiekunów<sup>27</sup>. Co więcej, osoby krzywdzone przez synów czy córki czują się dość często winne, że tak wychowały dzieci.

<sup>23</sup> Werbalna – wyrażona słowem nie poparta doświadczeniem. *Słownik współczesnego języka polskiego*, t. 2, s. 506.

<sup>24</sup> Por. B. Krahe, *op. cit.*, s. 157.

<sup>25</sup> *Ibidem*, s. 158.

<sup>26</sup> Por. I. Pospiszyl, *Razem przeciw przemocy*, Warszawa 1999, s. 31 i n.

<sup>27</sup> Por. S. D. Herzberger, *Przemoc domowa*, Warszawa 2002, s. 27.

- W literaturze przedmiotu wyróżnia się cztery formy przemocy osób starszych<sup>28</sup>:
- przemoc fizyczna, polegająca na zadawaniu bólu fizycznego lub powodowanie obrażeń (bicie, krępowanie ruchów lub szarpanie i popychanie),
  - przemoc psychiczna i emocjonalna, które definiuje się jako „dehumanizację ofiary przez wzbudzenie w niej strachu przed przemocą lub innymi konsekwencjami rozniewiania sprawcy”. Obejmuje ono napaści słowne, groźby i infantyлизację<sup>29</sup>,
  - wykorzystanie finansowe, które polega na „bezprawnym i niewłaściwym użytkowaniu własności i zasobów osoby starszej”. Wiele osób starszych ze względu na stan zdrowia musi zaufać swoim opiekunom,
  - zaniedbanie, czyli powstrzymanie się od odpowiedniej opieki, która zaspokajała by fizyczne, medyczne, psychiczne potrzeby osoby starszej. Zaniedbanie w odróżnieniu od innych form przemocy polega na zaniechaniu wykonywania określonych działań na rzecz osoby starszej, w połączeniu z niewłaściwym zachowaniem wobec niej.

### Skala zjawiska

Wyniki badań przedstawione w 1999 r na kongresie WHO wykazały, że w 24 krajach na czterech kontynentach, od 20% do 50% uczestniczących w badaniach kobiet doświadczyło przemocy ze strony swoich partnerów<sup>30</sup>. Na podstawie badań przeprowadzonych w USA i Wielkiej Brytanii przynajmniej co czwarta kobieta przyznaje się do pobicia przez męża. Aż 1/3 kobiet w Wielkiej Brytanii doświadczyła kiedyś poważnej przemocy fizycznej od męża<sup>31</sup>.

Ocena skali występowania zjawiska przemocy w rodzinie w Polsce możliwa jest w oparciu o badania opinii publicznej przez CBOS, dane Komendy Głównej Policji, mówiące o liczbie rodzaju przeprowadzanych interwencji.

W badaniu przeprowadzonym w 2005 roku na liczącej 1089 osób reprezentatywnej próbie losowej dorosłych Polaków, ponad jedna trzecia respondentów (37%) przyznała, że zna przynajmniej jedną osobę, która jest ofiarą przemocy swojego partnera. Mniej więcej co ósmy Polak (12%) twierdzi, że przynajmniej raz został uderzony przez współmałżonka w czasie kłótni. Połowa osób z tej grupy co najmniej kilkakrotnie padła ofiarą przemocy, zbliżony odsetek (11%), którzy byli w stałym związku, przyznaje się do tego, że zdarzyło mu się uderzyć partnera; wyzwick, krzyków, agresji słownej ze strony partnera doświadcza ponad jedna czwarta badanych pozostających w związku (27%, w tym 5% często. Co dziesiąty (10%) narażony jest na poniżenia kpiny. Ograniczanie kontaktu z innymi ludźmi jest udziałem 7% osób żyjących w stałych związkach, nieco mniejsza liczebnie grupa (6%) doświadcza ze strony part-

<sup>28</sup> Zob. B. Krahe, *op. cit.*, s. 163–165.

<sup>29</sup> Infantyлизacja – stosowanie dziecinnej mowy, pokazywanie kogoś w sposób naiwny, nie przystający do czyjegoś wieku lub pozycji. Zob. *Słownik współczesnego języka polskiego*, t. 1, s. 320.

<sup>30</sup> Cz. M. Cekiera, *Przemoc w rodzinie i w społeczeństwie, nadużywanie substancji psychotropowych oraz ich profilaktyka*, [w:] *Zagrożenia w wychowaniu i socjalizacji młodzieży oraz możliwości ich przezwyciężania*, red. T. Sołtysiak, Bydgoszcz 2005, s. 181; B. Gruszczynska, *Przemoc wobec kobiet w Polsce. Aspekty prawnokryminologiczne*, Warszawa 2007, s. 141.

<sup>31</sup> J. Mellibruda, *Patrząc na przemoc*, „Świat Problemów” 1996, nr 5 (40), s. 5.



nera gróźb, szantażu. Tyle samo twierdzi, że czasem bywają przez partnera szarpane i popychane. Zdecydowana większość (68%) przyznaje, że w ich domach zdarzają się różnego rodzaju konflikty, sprzeczki lub awantury. Jednak w większości gospodarstw domowych (53%) są one sporadyczne. Kilka razy w miesiącu lub częściej kłóci się 15% dorosłych. Najczęściej wymienianą przyczyną konfliktów jest brak pieniędzy<sup>32</sup>.

Dane Komendy Głównej Policji dotyczą wyłącznie interwencji domowych.

Liczba interwencji z powodu przemocy w rodzinie od wielu lat utrzymuje się na stałym poziomie i wynosi około 90.000 interwencji w skali roku. W roku 2008 interweniowano 86 455 razy. Liczba ofiar przemocy domowej wynosiła 139 747 osób, w tym 81 985 to kobiety, 10 664 – mężczyźni, 31 669 – dzieci do lat 3, 15 339 – nieletni od 13 do 18 lat. Sprawcami przemocy w przeważającej większości byli mężczyźni – 95%. najwięcej interwencji domowych bo aż 76%, było z powodu przemocy pod wpływem alkoholu<sup>33</sup>.

### Strategie powstrzymywania przemocy wobec kobiet<sup>34</sup>

Ofiary psychofizycznej przemocy domowej, oprócz różnych urazów ciała, doznają pod wpływem silnego stresu cierpienia psychicznego, lęku, przygnębienia i rozpacz. W badaniach przeprowadzonych wśród 1000 kobiet amerykańskich bitych przez partnerów próbowano wyodrębnić najbardziej typowe metody postępowania wobec krzywdzicieli. Wyodrębniono siedem podstawowych strategii. Badania wśród bitych Polek pozwoliły na stwierdzenie stosowania podobnych strategii postępowania:

- bite kobiety często próbują rozmawiać ze sprawcami przemocy fizycznej na temat tego, co zrobili. Mówią o swoim cierpieniu i krzywdzie. Próbują uzyskać przyrzeczenie, że to się nie powtórzy. Sprawcy niejednokrotnie dla świętego spokoju przyrzekają zaprzestanie bicia, po czym znów w krótkim czasie wracają do poprzedniej formy przemocy, rozmowy mogą prowokować do ponownego ataku złości, więc kobieta w wyniku tego uczy się milczeć,
- odwoływanie się kobiety do miłości, moralności i do tego, co powiedzą sąsiedzi czy dzieci. To pomaga, szczególnie w pierwszym okresie nasilania się przemocy, sprawca spontanicznie obiecuje, że już nigdy więcej tak się nie zachowa,
- straszenie sprawców to jeden ze sposobów postępowania ofiar, które grożą powiadomieniem policji, opuszczeniem domu, rozwodem, skargą w zakładzie pracy itp. Na ogół sprawcy nie traktują tych gróźb zbyt poważnie, liczą na obawy ofiary przed skutkami dla rodziny i jej samej, szczególnie natury finansowej,
- ukrywanie się przed sprawcą. Polega na wybieganiu z domu, chowaniu się w innym pokoju, zamykaniu w łazience, piwnicy czy szafie. Z reguły odracza to chwilowo przemoc, ale przed nią nie chroni. Mężczyzna utwierdzony powodzeniem okresowych przemocy, przekonany jest o swej dominacji i władzy i dlatego wydaje mu się, że może kontrolować nie tylko zachowanie, ale i miejsca, w których znajduje się ofiara. Dotarcie do ofiary przebywającej w prowizorycznym miejscu utwierdza sprawcę w poczuciu władzy i bezkarności,

<sup>32</sup> Centrum Badania Opinii Publicznej, *Przemoc i konflikty w domu. Komunikat z badań*, Warszawa, luty 2005.

<sup>33</sup> Dane ze strony internetowej: <http://www.policja.pl>.

<sup>34</sup> Na podstawie: <http://www.niebieskalinia.pl/przewodnik-ustawa/poradnik-ekspert-radz/01.JerzyMeliibruda.pdf>.

- pasywna obrona jest próbą osłonięcia się dłońmi, ramionami stopami, poduszką lub sprzętami domowymi przed ciosami sprawcy. Jest to zazwyczaj działanie odruchowe, które na ogół ma na celu powstrzymanie sprawcy przed agresją, choć nie zawsze jest skuteczne, gdyż tylko rozpraszcza jeszcze bardziej sprawcę i skłania do kontynuowania przemocy,
- unikanie agresywnego ataku. Kobiety przeczuwając jego nadejście starają się schodzić z oczu swemu ciemiężcy. Zazwyczaj próbują opuścić dom na chwilę przed powrotem męża lub unikają dyskusji w przypadku zaczepek słownych, prowokujących sytuacje przemocy. Niejednokrotnie powstrzymują się od pewnych zachowań, które mogły by zostać niewłaściwie odczytane przez męża takich jak: rozmowa (nawet na tematy obojętne) czy tańczenie z innymi mężczyznami na przyjęciach,
- walka – obronna podejmowana w obawie o własne życie.

Występują jeszcze tzw. strategie poniżające, w których, bez słowa skargi czy sprzeciwu kobiety godzą się na wszystko co niegodziwe, kobiety płacą wtedy wysoką cenę za niszczenie własnej podmiotowości i uzależnienie się od sprawcy przemocy fizycznej. Nie czynią to z własnego wyboru, ale pod psychicznym przymusem, któremu nie potrafią się oprzeć.

### **Instytucjonalne zapobieganie przemocy w rodzinie**

„Pozytywne pełne uczucia relacje rodzinne działają jak bufor chroniący przed wewnętrznym i zewnętrznym stresem. [...] Istnieją dwie najważniejsze cechy rodzin, w których dochodzi do przemocy: brak umiejętności niezbędnych do radzenia sobie z konfliktami i wprowadzenie dyscypliny oraz wysoki wskaźnik zachowań agresywnych”<sup>35</sup>. W społecznym odbiorze, mimo nadal funkcjonujących wielu stereotypów, przemoc jest coraz bardziej potępiana. Postępowanie w sprawach przemocy często jest jeszcze bardzo trudne. Milczenie świadków przemocy skutecznie udaremnia pomoc osobom, które jej doznają. W celu przeciwdziałania przemocy domowej, odpowiednie zapisy umieszczono w: Kodeksie karnym, Kodeksie rodzinnym i opiekuńczym, Ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałania alkoholizmowi.

Osoby które zostały pokrzywdzone na skutek przemocy domowej, jak również świadkowie takiego zdarzenia, mogą złożyć, w prokuraturze bądź na policji zawiadomienie o przestępstwie. Obowiązek pomocy w ww. zakresie ciąży również na władzach lokalnych. Policja oprócz wykrywania tego rodzaju przestępczości, ścigania sprawców i interwencji na miejscu zdarzenia, inicjuje i uczestniczy w działaniach profilaktycznych i społecznych zajmujących się wsparciem i pomocą rodzinie w różnych obszarach jej funkcjonowania (socjalnym, prawnym, zdrowotnym, wychowawczym, edukacyjnym, poznawczym)<sup>36</sup>.

Od 1998 roku obowiązuje w policji Procedura wobec przemocy w rodzinie „Niebieskie Karty” umocowana Zarządzeniem nr 162/08 KGP z dnia 18 lutego 2008 roku, której celem jest rozpoznanie przemocy, jak również usprawnienie pomocy

<sup>35</sup> K. Browne, M. Herbert, *Zapobieganie przemocy w rodzinie*, Warszawa 1999, s. 54–55.

<sup>36</sup> *Raport o zjawiskach patologii społecznej, stanie przestępczości i demoralizacji nieletnich oraz przedsięwzięciach w zakresie prewencji kryminalnej w 2005 r. KGP*, Warszawa 2006, s. 35.

oferowanej przez przedstawicieli różnych służb lokalnych oraz stwarzanie warunków do systemowego, interdyscyplinarnego modelu pracy z rodziną<sup>37</sup>.

Pomoc społeczna ma na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężenia trudnych sytuacji życiowych, których nie są w stanie samodzielnie pokonać, a także zapobieganie takich sytuacji; ma również pomagać w sytuacji przemocy w rodzinie<sup>38</sup>.

Służba zdrowia, przemoc domową kwalifikuje do sytuacji objętych świadczeniami zdrowotnymi. Oprócz udzielenia ofiarom pomocy medycznej, istotne jest rozpoznanie sygnałów świadczących o występowaniu przemocy, szczególnie gdy świadkowie próbują to ukryć, ważna jest też umiejętność prowadzenia rozmowy umożliwiającej rozpoznanie form przemocy i częstotliwości jej występowania<sup>39</sup>.

### Przemoc i agresja młodych

Relacje o agresji ludzi młodych wypełniają serwisy informacyjne całego świata. Jej ofiarą padają ludzie na wszystkich kontynentach, niezależnie od kultury, środowiska czy klimatu. Ostatnie lata wykazują że przejawy agresji i przemocy przybierają drastyczne formy a przy tym obniża się również wiek sprawców.

W Polsce w ciągu ostatnich dwudziestu lat narasta fala przemocy, w tym wśród dzieci i młodzieży<sup>40</sup>.

Młodociani przestępcy, stają się coraz bardziej okrutni i bezwzględni, a jednocześnie czują się bezkarni. Zachowania niebezpiecznie agresywne wśród uczniów są poważnym problemem wychowawczym prawie w każdej szkole, nie licząc karygodnych zachowań poza szkołą. Konieczne staje się więc zrozumienie bardzo niepokojących przyczyn tych zdarzeń oraz poznanie metod zapobiegania. Bardzo istotną rolę powinni odegrać tu rodzice w zakresie wychowania i bezpieczeństwa swych dzieci. Obecne warunki życia i pracy pozostawiają niewiele czasu na wychowanie dzieci. Trzeba przy tym zwrócić uwagę na często niewystarczającą wiedzę rodziców na temat wychowania dzieci.

Przemoc i agresja mają swoje źródło w problemach i zmaganiach wewnętrznych człowieka, niejednokrotnie próbuje się przedstawić przemoc i agresję jako pojęcia tożsame. Różnice między tymi pojęciami próbuje wyjaśnić m.in. I. Pospiszyl stwier-

<sup>37</sup> H.D. Sasal, *Niebieskie Karty. Przewodnik do procedury interwencji Policji wobec przemocy w rodzinie*, Warszawa 1999, s. 98–99.

<sup>38</sup> Ustawa z dnia 29 lipca o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, Dz.U. z 2004 r. Nr 180, poz. 1493. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz.U. z 2004 r. Nr 64, poz. 593.

<sup>39</sup> *Przemoc w rodzinie. Poradnik dla doznających pomocy*, red. M. Głuszak, Kraków 2006.

<sup>40</sup> Szczególnie bulwersujące przykłady:

- 13-latką z krakowskiego gimnazjum zaatakowała nożem na terenie szkoły swoją koleżankę, która tylko przez przypadek nie straciła życia,
- trzy koleżanki gimnazjalistki brutalnie pobiły na terenie szkoły koleżankę,
- 16-latką chciała poronić. Namówiła chłopaka, żeby uderzył ją w brzuch, gdyż inne metody wywołania poronienia zawodły. Kilka dni później urodziła w domu. Dziecko wyrzuciła na śmietnik,
- w szpitalu w Zabrze zmarł 55-letni mężczyzna, skatowany przez 16-letnią kochankę (skakała po jego głowie i kopała go w twarz),
- młody zboczeniec, groził, że zabije 20-letnią studentkę i brutalnie ją zgwałcił. Informacje pochodzą z mediów, m.in. <http://fakt.pl>.

dzając, że: „celem przemocy jest wywarcie pewnego wpływu na ofiarę aby zmusić ją do określonego postępowania, natomiast celem agresji jest zaszkodzenie ofierze”<sup>41</sup>. Pokrewnym terminem przemocy i agresji jest przymus. Tedeschi i Felson definiują przymus jako „działanie podjęte z intencją wyrządzenia szkody drugiej osobie lub wymuszenia jej posłuszeństwa”<sup>42</sup>. Przy czym działanie przymuszające może przybrać formę gróźb, kar lub siły fizycznej. Według Krahe „przymus jest pojęciem szerszym od agresji, natomiast termin przemoc oznacza podtyp agresji obejmujący skrajne formy agresji fizycznej.

#### *Przejawy przemocy i agresji w szkołach*<sup>43</sup>

Przyczyn zachowań agresywnych jest wiele. Niektóre z nich wynikają z powodu wadliwego funkcjonowania rodziny ucznia, jego środowiska pozaszkolnego, kłopotów w nauce, nieumiejętności przystosowania się bądź zazdrości. Należy pamiętać, że nie tylko uczniowie mający trudności w nauce mogą sprawiać kłopoty wychowawcze, zdolni uczniowie, którzy intelektualnie wyprzedzają swoich rówieśników, mogą być przez nich izolowani od grupy, co może skutkować takimi zachowaniami jak np. egoizm, niekoleżeńskość, zarozumiałość. W odczuciu uczniów najczęstszym źródłem przemocy w szkole są nauczyciele. Sami nauczyciele są zbyt pochłonięci własnymi sprawami i nie są w stanie dostrzec pojawiania się zachowań agresywnych już w zarodku.

Agresja rówieśnicza koncentruje się głównie na tzw. odmieńcach, tzn. dzieciach jękających się, niedowidzących, niedosłyszących, bardzo niskich i szczupłych, bądź też tęgich, czy inaczej ubranych, czy zaniedbanych. Ofiara jest najczęściej osobą pod jakimś względem słabszą od innych.

#### *Przestępczość nieletnich*

W strukturze przestępczości nieletnich w 2008 roku dominują przestępstwa o charakterze kryminalnym tj. kradzież mienia, kradzież z włamaniem, zabójstwa, zgwałcenia, pobicia, rozboje<sup>44</sup>.

W 2009 roku w wyniku postępowania wyjaśniającego, sądy skierowały sprawy na posiedzenie lub rozprawę w związku z demoralizacją wobec 22 576 nieletnich (w 2000 r. – wobec 10 242, w 2005 r. – wobec 17 723, w 2008 r. wobec 24 494) i w związku z czynami karalnymi wobec 36 526 nieletnich (w 2000 r. – wobec 38 924, w 2005 r. – wobec 38 526, w 2008 r. – wobec 39 705).

W 2009 r. sądy pierwszej instancji orzekły środki wychowawcze, poprawcze lub kary wobec 24 315 nieletnich w związku z demoralizacją (w 2000 r. – wobec 15 453, w 2005 r. wobec 19 598, w 2008 r. – wobec 26 638 oraz wobec 34 745 – wobec nieletnich w związku z czynami karalnymi (w 2000 r. – wobec 31 177, w 2005 r. – wobec 36 418, w 2008 r. – wobec 37 826).

<sup>41</sup> Por. I. Pospiszyl, *Przemoc w rodzinie*, Warszawa 1994, za: [www.wychowawca.pl](http://www.wychowawca.pl).

<sup>42</sup> J.T. Tedeschi, R.B. Felson, *Violence, Aggression and Coercive Actions: A Social-Interactionist Perspective*, Washington 1994, s. 168.

<sup>43</sup> Opracowano m.in. na podstawie: T. Garstka, *Przemoc rówieśnicza z perspektywy psychoanalitycznej*, „Niebieska Linia” 2003, nr 3; L. Falandysz, *Wiktymologia*, Warszawa 1979; J. Surzykiewicz, *Agresja i przemoc w szkole*, [w:] *Pedagogika*, red. Z. Kwiecińska, B. Śliwerski, t. 2, Warszawa 2004.

<sup>44</sup> „Mały Rocznik Statystyczny Polski 2010”, Warszawa, r. LIII, s. 100; dane [www.policia.pl](http://www.policia.pl) o przestępczości nieletnich.

### *Zapobieganie przemocy wśród nieletnich*

Zmniejszanie rozmiarów przemocy nie zależy tylko od wielkości wynikających stąd kar. Podobnie jak w przypadku choroby musimy zdiagnozować, co to za choroba. Agresja i przemoc wśród nieletnich też nie pojawiają się nagle i tylko z jednego powodu i dlatego znając konkretne przyczyny danych zachowań możemy im zapobiegać.

Znaczący wpływ na zachowanie młodego człowieka ma jego najbliższe otoczenie tzn. rodzina, grupy rówieśnicze i szkoła. Podstawowa część wychowania powinna przypadać rodzinie: poprzez budowanie poczucia bezpieczeństwa w domu, pocieszenia, odreagowania niepowodzeń, mądrą radę, uczenie porządku, obowiązkowości, szacunku i pomocy dla innych. Trzeba też uczyć, że wszystko co żyje również odczuwa zadawany ból. Nauka tych elementów współżycia powinna zacząć się jak najwcześniej. Proces wychowania odbywa się zbyt często w grupie rówieśniczej. Szkoła stosunkowo często nie spełnia swoich zadań wychowawczych. Nauczyciele wielokrotnie przymykają oczy na wybryki podopiecznych.

Na ograniczeniu przemocy powinno zatem zależeć zarówno państwu i reprezentującym je instytucjom, jak i wszystkim, żyjącym w danej społeczności lokalnej. Podstawowe działania powinny być skoncentrowane na prewencji. Program prewencyjny<sup>45</sup> powinien być realizowany na czterech poziomach: indywidualnym, związków interpersonalnych, społeczności lokalnych i całego społeczeństwa. Prewencja na poszczególnych poziomach ma być wynikiem współpracy między wieloma sektorami.

Prewencja na poziomie indywidualnym to promowanie zdrowych postaw i zachowaniu dzieci i młodzieży w celu ochrony przed znalezieniem się w roli ofiary lub agresora a także do zmiany postaw u tych osób które doświadczyły albo stosowały przemoc.

Drugi poziom to związki interpersonalne – mowa tu o kontaktach ofiary i sprawcy przemocy (konflikty małżeńskie, skłócenia dzieci i rodzice).

Trzeci poziom to działania społeczności lokalnych; kampanie edukacyjne, zajęcia dodatkowe dla młodzieży (sportowe, teatralne, muzyczne), działania typu bezpieczne miasto.

Działania na poziomie całego społeczeństwa skupiają się na czynnikach ekonomicznych, kulturowych, socjalnych.

Reasumując zapobieganie agresji i przemocy wśród nieletnich jest trudne i złożone. Uczą się oni zachowań agresywnych w ciągu wielu lat z różnych źródeł, a sprzyjają temu rozluźnione więzi rodzinne wynikające z przemian kulturowych.

### **Wandalizm**

Wandalizm polega na bezmyślnym niszczeniu cennych przedmiotów, dóbr kultury, wartości<sup>46</sup>. Definicja wandalizmu nie ma jednoznacznego charakteru, np. zniszczenie własności publicznej. Tłum rozgorączkowanych pseudokibiców niszczący wszystko, co pod ręką; od ławek na stadionie, po samochody na ulicy, czy wystawy sklepowe. Inaczej ocenimy uszkodzenie automatu telefonicznego, czy wybite szyby w szkole przez uczniów. Jeszcze inaczej ocenimy graffiti na murze domu; jako dzieło wandalizmu lub dzieło sztuki. Niekiedy próbujemy społecznie sankcjonować niektóre zachowania jak np. niszczenie maszyn przez luddystów w XVIII-wiecznej Anglii, zniszczenia

<sup>45</sup> Światowy raport WHO na temat przemocy i zdrowia.

<sup>46</sup> *Słownik współczesnego języka polskiego*, t. 2, s. 497.

dokonane w toku rewolucji, powstań lub działań wojennych, natomiast z oburzeniem przyjmujemy wiadomość o niszczeniu bezcennych posągów Buddy przez Talibów. Ocena nie dotyczy tylko rozmiarów szkód i liczby osób w nich uczestniczących, ale także wartości materialnej i niematerialnej, jak również wartości moralnej czy dziedzictwa kultury.

- C. Cohen<sup>47</sup> wyróżnił sześć typów wandalizmu ze względu na jego motyw i cel:
- zaborczy (*acquisitive*) – mszczenie w celu uzyskania korzyści majątkowej, np. okradanie z monet automatów, kradzież przewodów trakcji kolejowej,
  - taktyczny (*tactical*) – zniszczenie szyby przez bezdomnego w celu spędzenia zimy w areszcie,
  - ideologiczny (*ideological*) – protest o charakterze politycznym, np. malowanie hasel przeciw rządzącym na murach,
  - mściwy (*vindictive*) – mający na celu rewanż za domniemaną krzywdę, zniszczenie przedmiotu należącego do nasyłającego policję, sąsiada,
  - zabawowy (*play*) – niszczenie dla zabawy (dominującym motywem jest nuda),
  - złośliwy (*malicious*) – wyrażenie złości i frustracji, np. niszczenie mienia przez kibiców po przegranym meczu.

Wandalizm jako przestępstwo jest przedmiotem zainteresowania prawa karnego, natomiast jako zachowanie patologiczne – kryminologii i psychologii społecznej. Fakt, że przeciętny obywatel czuje się coraz bardziej zagrożony i ma mniejsze poczucie bezpieczeństwa, jest dla wszystkich oczywisty. Przyczyną są zjawiska na pozór błahe, które w sumie dają jednak obraz społeczeństwa zagrożonego wandalizmem<sup>48</sup>. Osłabła kontrola społeczna, społeczeństwo stało się bardziej wyrozumiałe, przy większej tolerancji i pobłażliwości rodziców wobec zachowania swych dzieci. Problem zwalczania wybrków jest dość złożony, gdyż nie chodzi tylko o podejście prawnicze, ale także socjologiczne i moralne<sup>49</sup>. Sprawa dotyczy nie tylko państwa, instytucji i organów władzy, ale także społeczeństwa i rodziny. Tylko współdziałanie wszystkich może poprawić omawiana sytuację.

Słowo graffiti W. Kopaliński<sup>50</sup> utożsamia z rysunkiem i napisami wyrytymi na (staroż.) naczyńiach, kamieniach, ścianach<sup>51</sup> i porównuje słowo *graffito* (spray art., sztuka ulicy, sztuka szablonu), obrazowy komunikat uliczny malowany na ścianach domów sprayem (rozpylaczem z farbą), pędzlem sprayem przez szablon, rozpowszechniony na świecie w latach 1968–1990, który z czasem rozwinął się jako jeden z kierunków plastyki współczesnej.

Współczesne graffiti ukształtowało się na przełomie lat 70. i początku 80. XX wieku.

Graffiti jest zjawiskiem międzynarodowym, wzbudzającym kontrowersje, dla jednych jest to „sztuka ulicy”, dla drugich stanowi sztukę wandalizmu w wykonaniu osób społecznie niedostosowanych. Nieomal na każdym kroku spotykamy rysunki obsceniczne, wulgarne napisy nieestetyczne malowidła na obiektach zabytkowych, elewacjach budynków mieszkalnych i użyteczności publicznej, pomnikach pociągach,

<sup>47</sup> *Co to jest wandalizm*, <http://www.zgapa.pl/zgapeda/wandalizm.html>.

<sup>48</sup> S. Tkocz, *Wandalizm*, <http://www.opoka.org.pl/biblioteka/P/PS/wandalizm.html>.

<sup>49</sup> Por. *ibidem*.

<sup>50</sup> W. Kopaliński, *Podręczny słownik wyrazów obcych*, Warszawa 1999, s. 287.

<sup>51</sup> Zob. także: *Mała encyklopedia kultury antycznej*, Warszawa 1998, s. 293.

klatkach schodowych na drzwiach oraz tzw. „tagi” na znakach drogowych. Trudno jednoznacznie stwierdzić, czy graffiti jest pasją tworzenia, czy tylko pasją niszczenia. W szkole graffiti można uznać za jedną z form aktywności plastycznej, która dla wielu uczniów jest ciekawym elementem możliwości wyrażenia swego stosunku do otaczającej rzeczywistości. W przeprowadzonych badaniach w zbiorowości graffitiarzy<sup>52</sup>, na pytanie dlaczego w Polsce rozprzestrzenił się ten nurt najczęściej odpowiadali, że jest to sposób na nudę i wyładowanie swej złości wobec otaczającej rzeczywistości. Dla pozostałych, to niezależna kultura, która daje upust twórczej wyobraźni, pozwala wyżyć się i spełniać swoje potrzeby artystyczne. 63,4% badanych widzi możliwość ograniczenia wandalizmu poprzez stworzenie dostępnych miejsc do malowania. Dla pozostałych osób ważny jest wysoki poziom adrenaliny, która wiąże się z nielegalnym malowaniem. Za dzięki działania graffitiarzy w większości krajów, również w Polsce karze się grzywnami a nawet karami pozbawienia wolności, zgodnie z art. 415 kc.: „Kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia”<sup>53</sup>. W sytuacji, gdy sprawca czynu zabronionego popełnił wykroczenie, to naraża się na odpowiedzialność określoną w prawie o wykroczeniach (z art. 63a Kodeksu wykroczeń<sup>54</sup>). Malowanie graffiti jest legalne na własnej przestrzeni lub za zgodą właściciela obiektu, w pozostałych przypadkach nie.

Wśród ludzi nauki problem graffiti nie jest zjawiskiem jednoznacznym. Jest czymś z pogranicza sztuki i barbarzyństwa, prawdy i fałszu, odwagi i strachu, a także głębokiej treści i banału. Choć nie jest powszechnie akceptowane, to jednak wyrosło z kultury i jakby na przekór, przeciw tej kulturze zwrócone<sup>55</sup>.

### Zagrożenia terrorystyczne

Pojęcie terroryzmu jest stosunkowo, wieloznaczne, podobnie jak skala występowania tego zjawiska. Mamy tu do czynienia z różnymi ludzkimi zachowaniami takimi jak: działania o charakterze anarchistycznym czy rewolucyjnym, sprawiedliwej zemsty, wyrównania rachunków, czy ukarania za nieprzestrzeganie obowiązujących praw religijnych, a nawet niektórych czynów o charakterze kryminalnym.

Terroryści w swym działaniu posługują się szantażem, przemocą, różnorodną bronią, materiałami wybuchowymi. Występuje u nich przy tym brak szacunku dla życia cudzego i własnego.

Niejednokrotnie ta sama sytuacja, w zależności od opcji politycznej, religijnej, czy etnicznej, jest interpretowana jako przejaw terroryzmu, albo np. walki narodowowyzwoleńczej np. akcje IRA czy ETA, które dla części irlandzkich czy baskijskich nacjonalistów są formą walki o niepodległość, a dla większości opinii publicznej to przejaw terroryzmu<sup>56</sup>.

<sup>52</sup> Z. Bartkowiak, *GRAFFITI – sztuka czy wandalizm*, Zielona Góra 2008, <http://www.bezpieczniemiasto.gora.pl/files/graffiti.pdf>.

<sup>53</sup> Kodeks cywilny. Dz.U. z 23 kwietnia 1964 r. Nr 16, poz. 93.

<sup>54</sup> Kodeks wykroczeń (tekst jednolity) Dz.U. Nr 70, poz. 473. Ustawa z dn. 6 czerwca 1971 r.

<sup>55</sup> G. Sawicka, *Językowy obraz rzeczywistości społecznej i politycznej w graffiti*, [w:] *Język a Kultura*, t. XI s. 163.

<sup>56</sup> Zob. S. Wojciechowski, *Terroryzm. Analiza sytuacji*, „Przegląd Bezpieczeństwa” 1990, nr 1, s. 54.

Działania terrorystyczne najczęściej to działanie zorganizowanych grup, które muszą mieć znaczne środki do prowadzenia swej działalności. Środki te uzyskują poprzez żądanie okupu za uprowadzonych ludzi lub napadając na banki. W ostatnich latach niektóre organizacje terrorystyczne prowadzą handel narkotykami, bronią oraz przemyt. Wiele organizacji o zasięgu światowym korzysta z pomocy państw, które dla osiągnięcia pewnych celów politycznych posługują się terrorystami m.n. Libia, Iran, Syria itp.<sup>57</sup> Kolejnym elementem wspomagającym działania terrorystyczne (choć może są to przypadki, nie zawsze uświadomione) gdy ośrodki decyzyjne (choćby politycy) lub opiniotwórcze (np. media) celowo posługują się pojęciem terroryzm, terrorysta itp., chcąc w ten sposób wpłynąć na opinię publiczną, aby zdyskredytować jakąś osobę lub formację, uzasadnić jakieś swoje działania, znaleźć tzw. temat zastępczy czy zyskać na popularności. Słowo to może pełnić funkcje manipulacyjną, przynosząc określone polityczne lub materialne profity, komplikując jednak w ten sposób jego prawidłowe zrozumienie<sup>58</sup>.

Terroryzm to temat coraz bardziej aktualny, wiele uwagi poświęcają mu historycy, politycy i politolodzy, o terroryzmie międzynarodowym pisali m.in. T. Aleksandrowicz<sup>59</sup>, M. Madej<sup>60</sup>, J. Lotkiewicz<sup>61</sup>.

#### *Definicje, cechy i zasięg terroryzmu*

Termin terroryzm pochodzi z języka greckiego *treo* – bać się, oraz łacińskiego *terreo* wywoływać przerażenie, straszyć. Problemem jest do tej pory brak jednoznacznie sformułowanej definicji terroryzmu<sup>62</sup>, mimo podjęcia takich prób przed drugą wojną światową. Pierwszą próbę w skali międzynarodowej przedstawiono w „Konwencji o zapobieganiu i zwalczaniu terroryzmu” z 1937 roku opracowanej w ramach Ligi Narodów – w której terroryzm określono jako: Wszystkie działania przestępcze skierowane przeciw państwom, których celem jest wytworzenie stanu terrorku w umysłach ludzi, grup osób lub społeczeństwa<sup>63</sup>.

Kolejne próby wypracowania powszechnej definicji terroryzmu w prawie międzynarodowym podjęto w latach 70. XX wieku, w reakcji na wykształcenie się i działania nowoczesnego terroryzmu międzynarodowego, szczególnie jako reakcja na wydarzenia podczas Igrzysk Olimpijskich w Monachium<sup>64</sup>. Społeczność międzynarodowa potępiła akty terrorku, m.in. poprzez podjęcie Rezolucji przez Radę Bezpieczeństwa ONZ nr 1269 w 1999 roku, w której czytamy: Stanowczo potępiamy wszelkie akty, metody i praktyki terrorystyczne jako nieusprawiedliwione, niezależnie od tego kiedy i przeciwko

<sup>57</sup> M. Borucki, *Terroryzm zło naszych czasów*, Warszawa 2002, s. 5.

<sup>58</sup> S. Wojciechowski, *op. cit.*

<sup>59</sup> T. Aleksandrowicz, *Współczesny terroryzm polityczny*, Warszawa 1993.

<sup>60</sup> M. Madej, *Międzynarodowy terroryzm polityczny*, Warszawa 2001.

<sup>61</sup> J. Lotkiewicz, J. Skoczylas, *Problematyka terroryzmu międzynarodowego w pracach ONZ*, Warszawa 1975.

<sup>62</sup> Definicji dotyczących terroryzmu w literaturze przedmiotu jest aktualnie ponad 200.

<sup>63</sup> *Definicje terroryzmu*, dokument opracowany przez Ośrodek Informacji ONZ w Warszawie na podstawie materiałów ONZ, luty 2003 r.

<sup>64</sup> M. Madej, *op. cit.*, s. 64.



komu zostały popełnione, zwłaszcza te, które zagrażają międzynarodowemu pokojowi i bezpieczeństwu<sup>65</sup>.

Do tej pory, chyba najstłynniejszą definicją terroryzmu jest sformułowana przez Weitlinga. Jego zdaniem terroryzm jest tworzeniem nieba na ziemi piekielnymi metodami przez kryminalistów<sup>66</sup>. Znaczną część sformułowanych definicji koncentruje się na psychospołecznym i karnoprawnym wymiarze omawianego zjawiska, odwołując się do takich określeń jak: strach, zastraszanie, lub wywoływanie strachu<sup>67</sup>. Według K. Indeckiego, akt terrorystyczny to „...szczególna odmiana czynu zabronionego przez prawo [...] różniącego się od innych relatywnie większą zawartością społecznej szkodliwości, wynikającej ze sposobu działania, wywołanych skutków i stopnia winy”<sup>68</sup>. Natomiast B. Hołyst uważa za terroryzm, metodę podstępnego działania charakteryzującą się wzbudzeniem i szerzeniem strachu wśród społeczeństwa, przy zastosowaniu środków przemocy, najczęściej nadmiernie intensywne w stosunku do osiągnięcia zamierzonego celu<sup>69</sup>. Polski politolog B. Bolechów zwraca uwagę, że: Terroryzm jest formą przemocy politycznej, polegającej na stosowaniu morderstw lub zniszczenia (albo zagrożeniem stosowania takich środków) w celu wywołania szoku i ekstremalnego zastraszania jednostek, grup, społeczeństw, rządów, czego efektem mają być wymuszenia pożądanych ustępstw politycznych, sprowokowanie nieprześlanych działań lub/i zademonstrowanie/nagłośnienie politycznych przekonań<sup>70</sup>.

Bardzo znaczącą definicją – często przytaczaną w literaturze przedmiotu – jest definicja Departamentu Stanu USA. Według niej terroryzm to celowe, polityczne motywowane użycie przemocy skierowane przeciw celom niewojskowym, obliczone na wywołanie wpływu na opinię publiczną<sup>71</sup>. W prezentowanych definicjach często się podkreśla, że ofiarami aktów terrorystycznych są przypadkowe osoby.

Po przeanalizowaniu ponad 100 definicji terroryzmu, Aleks Schmidt wyodrębnił w nich szereg wspólnych cech:

- stosowanie przemocy, siły lub groźby ich użycia,
- polityczna motywacja sprawców,
- działanie w celu wywołania strachu, groźby,
- chęć wywołania psychologicznych skutków i reakcji,
- rozróżnienie celu zamachu i bezpośredniej ofiary,
- celowość i planowanie działania,
- metoda walki,
- konflikt z obowiązującymi regułami zachowań społecznych,
- wymuszenia,
- wykorzystywanie mediów w celu poszukiwania rozgłosu,

<sup>65</sup> *Definicje terroryzmu, op. cit.*

<sup>66</sup> Za: I. Pospiszyl, *Patologie społeczne. Resocjalizacja*, Warszawa 2010, s. 66.

<sup>67</sup> K. Kubiak, A. Makowski, P. Mickiewicz, *Polska wobec zagrożenia terroryzmem morskim*, Warszawa 2005, s. 49.

<sup>68</sup> K. Indecki, *Prawo karne wobec terroryzmu i aktu terrorystycznego*, Łódź 1998, s. 47.

<sup>69</sup> B. Hołyst, *Kryminalistyka*, Warszawa 2004, s. 86.

<sup>70</sup> B. Bolechów, *Terroryzm w świecie podwubiegunowym. Przewartościowania i kontynuacje*, Toruń 2003, s. 25.

<sup>71</sup> Por. m.in. K. Kumalski, *Problemy definicyjne pojęcia terroryzm*, <http://www.psz.pl/tekst-2968/Karol-Kumalski-Problemy-definicyjne-pojecia-terroryzm>.

- ślepa zbrodnia (przypadkowy dobór ofiar),
- wykorzystywanie symboliki,
- nieobliczalność działań sprawców,
- ukryty charakter organizacji stosującej metody terrorystyczne<sup>72</sup>.

#### *Zróżnicowanie pojęcia i zasięgu terroryzmu*

Niekiedy nie różni się terroryzmu od rządów terroru. Terroryzm rozumie się jako przemoc niektórych „słabszych” obywateli wobec silniejszych organów państwa. Natomiast terror określa się jako przemoc silniejszych organów państwa wobec słabszych obywateli.

Terroryzm występuje niejednokrotnie w łagodniejszej formie np. blokowania dróg, autostrad czy przejść granicznych. Na ogół nie ma przy tym ofiar. Terroryzm może mieć zasięg mały lub duży, w ramach jednego lub wielu krajów:

- państwowy (gdy chodzi o zastraszające działanie władzy państwowej wobec obywateli),
- międzynarodowy (gdy wykracza poza granice danego państwa, np. międzynarodowe grupy terrorystyczne działające we Włoszech, Francji, Turcji).
- separatystyczny; ugrupowania separatystyczne dążące do odłączenia ziem zamieszkałych przez swój naród i utworzenia własnej państwowości (np. Kurdowie czy Sikhowie).

Ze względu na motywację wyróżnia się terroryzm:

- kryminalny (jest działaniem z chęci zysku, zamachem na życie, nietykalność osobistą itd.) jest to podobieństwo działań; napadu, wymuszeń rozbójniczych,
- patologiczny (jest wynikiem zaburzeń umysłowych; np. Shirhan-Sirhan – zabójca Roberta Kennedygo, czy umysłowo chory z Fryburga, który podpalał budynki użyteczności publicznej),
- polityczny;
- agenturalny – terroryści są inspirowani, sponsorowani i sterowani przez obce państwo,
- ideowy – sprawcy przyświecają idee inne od powszechnie przyjętych, obce mu jest poczucie obywatelskie, etyka społeczna, czy poszanowanie współobywateli, fanatycznie dąży do obranego celu, odrzucając wszelkie wartości społeczne<sup>73</sup>.

Każdej z tych typologii społecznej można zarzucić to, że nie wyczerpuje wszystkich możliwych form terroryzmu, ponieważ zjawisko to ulega stałej eskalacji ilościowej i jakościowej<sup>74</sup>.

#### *Rys historyczny*

Skrytobójstwo należało do najstarszych metod terroru indywidualnego. Określano je jako; doraźne fizyczne usunięcie przeciwnika politycznego w podstępny sposób<sup>75</sup>.

<sup>72</sup> Zob. A.P. Schmidt *et al.*, *Political Terrorism: A New Guide to Actors, Authors, Concepts, Data Bases, Theories, and Literature*, New York 1988, s. 12 i n.

<sup>73</sup> R. Borkowski, *Terroryzm*, <http://winntbg.bg.agh.edu.pl/skrypty2/0073/roz08.pdf>.

<sup>74</sup> B. Hołyst, *op. cit.*, s. 85.

<sup>75</sup> J. Tomasiwicz, *Terroryzm na tle przemocy politycznej. Zarys encyklopedyczny*, Katowice 2002, s. 27.

Także w przypadku antycznej Grecji możemy znaleźć przykłady stosowania terroryzmu indywidualnego. Z tym, że zabójca tyrana cieszył się mianem bohatera, gdyż takie zabójstwa uznawano za usprawiedliwione i konieczność. Jak twierdził Seneka, dla bogów nie ma miłszej ofiary, niż krew tyrana.

Historia terroryzmu już XI wieku łączy się z islamem. Prorok Mahomet napadał ze swoimi zwolennikami na karawany kupieckie, mordując i grabiąc. Po śmierci Mahometa, jeszcze w VII wieku doszło do rozłamu na trzy główne kierunki: sunnitów, szytów i schizmatyków, które nawzajem się zbrojnie zwalczały.

Terroryzm przypisywani także wyprawom krzyżowym organizowanym od końca XI wieku, były one wykorzystywane do zrealizowania planów politycznych i działań zbrojnych, ale trudno je było porównywać do terroryzmu wyznawców Mahometa.

W Niemczech w okresie reformacji Thomas Münzer proboszcz parafii w Zwickau zapoczątkował plebejski (chłopski) nurt reformacyjny mający za cel przejęcie władzy. Wytłumaczenie swoich poczynań, próbował wyjaśnić przez zniekształconą kłamliwą interpretację Pisma Świętego. Marcin Luter potępił te niebezpieczne działania. Tego rodzaju nadużycia wielokrotnie popełniano w okresie reformacji<sup>76</sup>.

Kolejnymi wydarzeniami związanymi z terrorem nasyconym okrucieństwem była rewolucja francuska, najwięcej zbrodni (w tym z użyciem gilotyny) popełniono w okresie dyktatury jakobinów.

W XIX wieku ujawniał się terroryzm oparty o podłoże ekonomiczne i społeczne.

W Anglii w latach 20. i 30. XIX stulecia pojawił się ruch burzycieli maszyn, którego założycielem był Nedd Lud. Założona przez niego organizacja – Armia Naprawiaczy Krzywd – burzyła nowe wydajniejsze maszyny, chcąc wymusić powrót dawnych maszyn i tym samym zatrudnienie zwolnionych pracowników.

Amerykańskie organizacje zawodowe posługiwały się terroryzmem. Np. w Pensylwanii zawiązano tajne zrzeszenie górników Loly Maguires w celu obrony górników przed wyzyskiem. Jako formę obrony stosowano ataki, zamachy na właścicieli kopalń, urzędników i policjantów<sup>77</sup>.

Murzyni uzyskali wolność w wyniku wojny secesyjnej. W poprawce do Konstytucji Stanów Zjednoczonych (1865 r.) stwierdzono, że niewolnictwo nie będzie istniało w obrębie kraju. Po wojnie secesyjnej powstała organizacja terrorystyczna Ku-Klux-Klan<sup>78</sup>. W różnych wcieleniach od nieomal 150 lat jest ruchem nie tylko antymurzyńskim, ale także antyimigracyjnym. Na swoim koncie ma tysiące ofiar, ale od lat 70. XX wieku jego wpływy systematycznie maleją. Obecnie szacuje się, że do jego 150 oddziałów należy tylko ok. 6 tysięcy osób (w latach 20. XX wieku było to ok. 4 mln)<sup>79</sup>.

W XIX wieku nurtem terroryzmu był anarchizm. Anarchiści stosowali terror indywidualny, mordując skrytobójczo głowy państw, wyższych urzędników państwowych, szefów policji, właścicieli fabryk. Te działania miały świadczyć o istnieniu poszczególnych ruchów, przynieść rozgłos i pozyskać nowych zwolenników, w drugiej połowie XIX wieku i na początku XX wieku można wymienić długą listę ofiar zamachów ter-

<sup>76</sup> K. Karolczak, *Encyklopedia terroryzmu*, Warszawa 1995; a także T. Aleksandrowicz, *Terroryzm międzynarodowy*, Warszawa 2008.

<sup>77</sup> W wyniku aresztowań rozbito organizację w 1875 r.

<sup>78</sup> Por. m.in. Ira Berlin, *Pokolenie w niewoli. Historia niewolnictwa w Ameryce Północnej*, Warszawa 2010.

<sup>79</sup> M. Bosacki, *Ku-Klux-Klan znów morduje*, „Gazeta Wyborcza” 14.11.2008.

rorystycznych dokonanych przez anarchistów. „W 1881 r. car Aleksander II zginął od bomby rzuconej przez członka Narodowej Woli, Polaka J. Hryniewieckiego. W 1894 r. prezydent Francji M.F. Carnot został zabity przez anarchistę włoskiego S. Caserio. Inny włoski anarchista w 1898 r. zasztyletował w Genewie cesarzową austriacką Elżbietę. 1900 r. w zamachu anarchistycznym zginął prezydent USA W. McKinley. [...] 1903 r. stracił życie król Serbii Aleksander Obrenovic. W 1912 r. anarchista zabił premiera Hiszpanii Jose Canalejas O.)”<sup>80</sup>.

Po roku 1919 narastał stopniowo proces zastraszania państw i społeczeństwa rodził się faszyzm i nazizm. Hitler doszedł do władzy, niszcząc przeciwników politycznych, później prowadzi akcję masowych mordów i na wielką skalę masowego uśmiercania w obozach zagłady.

Po II wojnie światowej szczególnie w okresie zimnej wojny warunki sprzyjały rozwinieciu działań organizacji terrorystycznych (wspieranych przez kraje komunistyczne) w państwach zachodnich.

Po roku 1986 wprowadzono pojęcie „nowego terroryzmu” stwierdzając, że motywacja religijna nadaje nowy wymiar zagrożeniom terrorystycznym:

- fundamentalizm głosi, że świętość sprawy usprawiedliwia każdy środek wykorzystany w walce. Organizacje terrorystyczne z lat 70. i 80. miały jednak określone cele polityczne, dokonując zamachów terrorystycznych, kierowały się chęcią zwrócenia opinii publicznej na określone problemy, oczekując nawet choć częściowego zrozumienia podjętych działań,
- terroryzm judaistyczny, nawiązuje do idei świętej wojny, prapoczątki takich myśli mają swoje odniesienie do żydowskiej koncepcji wojny jako sądu Bożego. W biblijnej interpretacji wojna w ręku boga jest narzędziem kary lub okazaniem łaski. Pokonanego spotyka zasłużona kara, a zwycięzca musi być religijnie czysty, bowiem Bóg dał mu zwycięstwo. Współczesne przypisywanie religijnego wymiaru konfliktom zbrojnym jest podstawą ideologii fundamentalistycznych ugrupowań ultraortodoksyjnego judaizmu.
- terroryzm islamski oparty jest na zasadach religijnych islamu. Mahomet jest nie tylko pełen miłości, ale jest też patronem wojny, od swych wyznawców domaga się pokory, jedności i walki z niewiernymi, islamiści w znacznie mniejszym stopniu kierują się względami politycznymi. Sam akt terroru jest według nich wypełnieniem obowiązku religijnego i obroną przed sekularyzacją ze strony świata zachodniego. Do nadrzędnych celów tego terroryzmu należą:
  - obalenie świeckich, prozachodnich rządów w krajach muzułmańskich i upowszechnienie islamu oraz modelu państwa religijnego,
  - zniszczenie głównych wrogów islamu, za których uważa się; USA i Izrael,
  - zjednoczenie muzułmanów i wspieranie ich w walce z niewiernymi.

Tego typu postulaty budzą niepokój wśród wielu państw arabskich (np. Arabii Saudyjskiej, Algierii, Maroka). Sytuacja ta świadczy o złożoności świata islamu.

#### *Przykłady zamachów terrorystycznych*

1970 roku terroryści z Ludowego Frontu wyzwolenia Palestyny, 6 września porwali trzy samoloty pasażerskie. W skutek akcji Jordańskiej armii, uwolniono zakładników. Wszystkie samoloty zostały wysadzone w powietrze przed kamerami TV.

<sup>80</sup> M. Borucki, *op. cit.*, s. 10 i 11.

Monachium 1972 r. Był to pierwszy akt terroru dokonany podczas trwania Igrzysk Olimpijskich. Olimpiady nie przerwano...

5 września 1972 r. członkowie organizacji Czarny Wrzesień zajęli budynek, w którym mieszkali Izraelscy sportowcy, biorąc 11 zakładników.

Bejrut 1983 r. – zamach Hezbollahu

23 października 1983 r. zamachowiec samobójca wjechał ciężarówką wypełnioną materiałem wybuchowym na teren koszar US MARINES w Bejrucie. Podczas ataku zginęło 241 żołnierzy.

Nowy Jork 2001 r. – zamach Al-Kaidy

Był to pierwszy na tak dużą skalę zamach terrorystyczny, zginęło łącznie 2973 osoby, nie licząc 19 porywaczy i 26 osób uznanych za zaginione<sup>81</sup>.

Tragedia w Biesłanie 2004 r. – pochłonęła 339 osób, w tym 159 dzieci.

Dokonano tu szczególnie poruszającego aktu terroru bezpośrednio dotyczącego dzieci, w Północnej Osetii i 30 czecheńskich terrorystów wzięło za zakładników 1100 dzieci i ich rodziców przybyłych na akademię z okazji rozpoczęcia roku szkolnego. Zakładników spędzono do sali gimnastycznej, którą przygotowali do wysadzenia w powietrze. Szkołę otoczyły oddziały armii rosyjskiej i jednostki specjalne. Po rozmowach dwudniowych, rozpoczęto chaotyczny atak, terroryści wysadzili salę gimnastyczną.

#### *Rodzaje aktualnych i przyszłych zagrożeń*

Współczesny terroryzm ma różne oblicza<sup>82</sup>. Oprócz superterroryzmu czy megaterro- ryzmu (zamach z 11 września 2001 r.), istnieją rodzaje terroryzmu, których nazwy pochodzą od nazw rodzajów wykorzystywaniu broni – bioterroryzm, terroryzm nuklearny, terroryzm chemiczny, cyberterroryzm. Wywołuje to obawy, że w przypadku podjęcia tego rodzaju zamachów, mogą ulec zniszczeniu całe miasta, a skażeniu – znacząco duże obszary z nimi związane (np. atak na elektrownię atomową).

Na podstawie analizy przeprowadzonej przez ekspertów dla ONZ stwierdzono, że koszt wywołania tych samych skutków strat ludności cywilnej przy użyciu broni: konwencjonalnej – wynosi 2000 \$/km<sup>2</sup>, atomowej – 800 \$/km<sup>2</sup>, biologicznej – 1 \$/km<sup>2</sup><sup>83</sup>.

Bioterroryzm jest to wykorzystywanie czynników biologicznych (lub broni biologicznej) w celach terrorystycznych. Wykorzystuje się odpowiednie bakterie i organizmy, które odpowiednio rozprasa się w powietrzu, wodzie lub w żywności, co może wywołać panikę i poważne skutki społeczne na przykład podczas imprezy sportowej czy koncertu, który zgromadził tysiące osób.

Terroryzm nuklearny związany jest z prymitywnymi ładunkami nuklearnymi, takimi jak bomby walizkowe, brudne bomby<sup>84</sup>.

Cyberterroryzm polega na wykorzystywaniu techniki informacyjnej za pośrednictwem internetu do koordynacji rozproszonych w różnych miejscach komórek terro-

<sup>81</sup> T.R. Aleksandrowicz, *Zagrożenia współczesnym terroryzmem*, Bielsko-Biała 1997; D. Szlachter, *Walka z terroryzmem w UE – nowy impuls*, Toruń 2007.

<sup>82</sup> Szerzej: R. Borkowski, *Terroryzm ponowoczesny*, Toruń 2006, s. 37–67.

<sup>83</sup> Podano za: M. Sajek, *Bioterroryzm*, <http://www.hylostet.pl/igm/article/23>.

<sup>84</sup> Szerzej: Y. Alexander, M. Hoenig, *Superterroryzm biologiczny, chemiczny i nuklearny*, Warszawa 2001; W. Liss, *Bрудna bomba – mit czy realne zagrożenie*, „Raport. Wojsko – Technika – Obronność” 2002, nr 7.

rystycznych. Stosowanie złośliwych wirusów i robaków internetowych do niszczenia i fałszowania danych różnych instytucji (banków i przedsiębiorstw) ma powodować szkody gospodarcze w skali przedsiębiorstw czy branż.

#### *Problemy neutralizowania terroryzmu międzynarodowego*

Zagrożenia działaniami ze strony międzynarodowego terroryzmu, wymaga nieustannej czujności. Współcześni terroryści coraz częściej uczą się zarówno na sukcesach, jak i błędach poprzedników. Jutrzejsi będą bardziej wykształceni, o większych możliwościach rozporządzania jeszcze groźniejszym arsenałem dostępnych broni i technologii dla realizacji swoich niszczycielskich ambicji<sup>85</sup>.

Akty przemocy są zwykle zaplanowane i przeprowadzone w celu realizacji zamierzeń grupy terrorystycznej. Są ze sobą logicznie powiązane i odpowiadają bieżącej sytuacji: działaniom władz, stopniowi realizacji dotychczasowych postulatów i postawie opinii publicznej, akt terrorystyczny niesie ze sobą pewne przestanie i ma wywołać określony efekt<sup>86</sup>.

Dość często determinacja władzy w zaangażowaniu w walkę z terroryzmem jest określana miarą stopnia zagrożenia nim państwa w danym okresie. Duże znaczenie dla przeciwdziałania terroryzmowi ma współpraca międzynarodowa, która może niejednokrotnie przewyżczać podziały, zapobiegać powstawaniu nowych i eliminować główne źródła i przyczyny terroryzmu. Współpraca ta może wpłynąć na możliwość, jeżeli nie eliminacji to przynajmniej zmniejszenia obszarów nędzy, głodu i epidemii, bezrobocia i ignorancji. Beznadziejność, brak poczucia bezpieczeństwa są zarzewiem na którym rozpala się frustracja, fanatyzm i terroryzm<sup>87</sup>. Jedną z prób rozwiązań omawianych kwestii jest propozycja polityków i naukowców skupionych w tzw. Grupie Lizbońskiej (cztery fundamentalne pakt, które potraktowano jako instrumenty zmiany istniejącego stanu rzeczy w tym najważniejszy o wyrównaniu nierówności socjalno-ekonomicznych w świecie i zaspokojenia elementarnych potrzeb rozwoju biednych<sup>88</sup>. Nie można nie dostrzegać zagrożeń, jakie płyną z uczestnictwa Polski w koalicji antyterrorystycznej i naszego zaangażowania militarnego w Iraku a następnie w Afganistanie. Fundamentalisci islamscy prowadzą „świętą wojnę” – dżihad, kierują swoją agresją na wszystkich, którzy popierają czynnie lub politycznie Stany Zjednoczone i Izrael. Dlatego potrzebne są nie tylko plany przeciwdziałania terroryzmowi we współpracy międzynarodowej, ale ich dyskretna i skuteczna realizacja.

<sup>85</sup> Nowe rodzaje broni i technologii pojawiają się wynikiem szybkiego postępu technicznego.

<sup>86</sup> N. Narojek, *Terroryzm jako metoda prowadzenia walki*, [w:] *Terroryzm w świecie współczesnym*, Warszawa 2004, s. 47.

<sup>87</sup> Szerzej: J. Tomaszewicz, *Terroryzm na tle przemocy politycznej. Zarys encyklopedyczny*, Katowice 2002.

<sup>88</sup> Zob. J. Gryz, *Źródła terroryzmu międzynarodowego*, [w:] *Terroryzm w świecie współczesnym*, op. cit., s. 36.

## 14. Wypadki przy pracy i otoczeniu zewnętrznym

Wypadek to – nagle, niespodziewane zdarzenie, wyniku którego ktoś poniósł uszczerbek materialny, utracił zdrowie lub życie, bądź został narażony na takie niebezpieczeństwo<sup>89</sup>. Niebezpiecznymi miejscami w których mogą zaistnieć wypadki są: drogi, miejsca pracy, miejsca użyteczności publicznej i dom lub mieszkanie. Niejednokrotnie przy tym mówimy, że zaistniał wypadek losowy, określanany jako nieszczęście, któremu nie można było zapobiec<sup>90</sup>.

Wypadki na drogach spotykają nas jako użytkowników; kierujących środkami transportowymi, będącymi pasażerami lub przechodniami. Dotyczy to zarówno dróg; lądowych, wodnych jak i powietrznych.

Natomiast wypadki przy pracy mają bezpośredni związek z wykonywaną pracą, w trakcie której zaistniał określony uraz lub śmierć, które to zdarzenie dotyczy pojedynczej osoby lub większej liczby osób. Podobne zdarzenia, mogą być związane z innymi miejscami przebywania osoby poszkodowanej.

Każdy wypadek wiąże się z różnorodnymi skutkami zdrowotnymi a nawet materialnymi dla poszkodowanych i może przynosić konsekwencje nie tylko natury ekonomicznej, ale również i prawnej. Przedmiotem naszych rozważań będą wypadki komunikacyjne i wypadki przy pracy, gdyż częstotliwość ich występowania, udział w strukturze ilościowej i ciężaru szkód przez nie poczynionych jest większy od pozostałych rodzajów wypadków<sup>91</sup>.

### Wypadki komunikacyjne

#### *Zagadnienia definicyjne i prawne*<sup>92</sup>

W języku potocznym każde zdarzenie na drodze określa się mianem wypadku. Termin precyzyjny, z którego nie tylko wynika obowiązująca definicja, ale również skutki prawne, jest zawarty w kodeksie karnym w art. 157 § 1. W artykule tym mówi się o zdarzeniu drogowym, którego następstwem jest naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia, co skutkuje o odpowiednim wymiarze kary zgodnie z kodeksem karnym. Występek wypadku drogowego może być popełniony w każdym miejscu, gdzie faktycznie odbywa się ruch pojazdów. Podmiotem tego wystętku może być każdy uczestnik ruchu, a więc także pieszy, rowerzysta czy woźnica. Nie chodzi tu o ruch w sensie fizycznym, lecz o ruch w znaczeniu prawnym, w którym

<sup>89</sup> *Słownik współczesnego języka polskiego*, t. 2, s. 570.

<sup>90</sup> *Ibidem*.

<sup>91</sup> Dowodzą tego materiały statystyczne zawarte w „Rocznikach Statystycznych” GUS i materiałach Eurostatu.

<sup>92</sup> *Kodeks karny*, wyd. 9. Stan prawny na 1 września 2010 r., Warszawa 2010.

obowiązują określone reguły poruszania. Zasady bezpieczeństwa ruchu mogą być naruszone umyślnie albo nieumyślnie. Umyślnie naruszenie zasad bezpieczeństwa zachodzi wtedy, gdy świadomie, postępuje wbrew zakazom lub nakazom, natomiast nieumyślnie gdy dokonanie określonego manewru jest wynikiem błędnej oceny sytuacji istniejącej w ruchu.

W rozumieniu prawa rozróżnia się zdarzenia drogowe w zależności od powstałych skutków jako: kolizje drogowe lub wypadki drogowe.

Do kolizji drogowej dochodzi wtedy, gdy powstają tylko szkody materialne (postaci uszkodzeń pojazdów) lub niewielkie obrażenia ich uczestników (naruszające czynności narządów ciała na okres poniżej 7 dni). Natomiast wypadek drogowy skutkuje nie tylko uszkodzeniem pojazdów, ale także powoduje znaczące obrażenia ciała, czasem dłuższe lub trwałe kalectwo bądź śmierć.

Szkoda komunikacyjna ma miejsce w momencie, gdy dochodzi do kolizji drogowej, czyli zdarzenia bez ofiar dotyczących ludzi. Zazwyczaj w takich okolicznościach próbujemy dojść do porozumienia ze sprawcą kolizji. Nie ma przy tym obowiązku wezwania policji. Sprawca kolizji powinien wręczyć poszkodowanemu pisemne oświadczenie o spowodowaniu szkody. W oświadczeniu powinny znaleźć się podstawowe informacje o danych personalnych kierującego pojazdem, a także informacje związane z aktualnym stanem technicznym i jego ubezpieczeniem i ubezpieczycielem, wskazanym jest podanie danych osobowych świadków zdarzenia. W związku z powstaniem szkody komunikacyjnej nasuwają się następujące spostrzeżenia<sup>93</sup>:

- coraz częściej nieobecność policji na miejscu zdarzenia może utrudnić późniejszą likwidację szkody, gdyż sprawca po przemyśleniu zdarzenia, po ochłonięciu z emocji niejednokrotnie zmieniają swoje wcześniejsze oświadczenie dotyczące okoliczności zdarzenia, to może utrudnić uzyskanie odszkodowania przez poszkodowanego,
- najczęściej świadkowie zdarzenia, nie chcą być świadkami, którzy później muszą tracić wiele czasu nieraz na kilkakrotne składanie wyjaśnień w nie swojej sprawie,
- reasumując: lepiej wezwać Policję nawet narażając się na mandat (z tytułu popełnionego ewentualnie przekroczenia), gdyż notatka dotycząca zaistniałego zdarzenia, będzie dokumentem niepodważalnym przy uzyskaniu odszkodowania,
- w zdecydowanej większości kolizji, do których nie wzywa się Policji, ich sprawcy nie ponoszą odpowiedzialności. Większość poszkodowanych zadowala się uzyskaniem odszkodowania z OC,
- odszkodowanie z tytułu kolizji przysługuje zgodnie z art. 34 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych<sup>94</sup> z ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych przysługuje odszkodowanie, jeżeli posiadacz lub kierujący pojazdem mechanicznym są obowiązani do odszkodowania za wyrządzoną szkodę w postaci zniszczenia lub uszkodzenia mienia.

W ramach ponoszenia skutków z tytułu kolizji może jeszcze wchodzić ewentualna odpowiedzialność za wykroczenie z art. 86 § 1 Kodeksu wykroczeń, stosownie do

<sup>93</sup> Por. szerzej: <http://www.money.pl?ubezpieczenia/porady/szkoda/komunikacyjna>.

<sup>94</sup> Dz.U. z 2003 r., Nr 124, poz. 1152 z późn. zm.



którego, kto nie zachowuje należytej ostrożności – stwarza zagrożenie naruszenia mienia, podlega karze grzywny<sup>95</sup>.

Wiele definicji wypadku drogowego jest bardzo do siebie zbliżonych. Najczęściej wypadek drogowy określa się jako niedające się przewidzieć zdarzenie mające miejsce w ruchu drogowym, pozostające w związku przyczynowym w ruchu drogowym zdarzenie, wynikające z naruszenia zasad bezpieczeństwa obowiązujących w tym ruchu, którego skutkiem są nieumyślnie obrażenia ciała powodujące naruszenie narządu ciała lub rozstrój zdrowia, trwające dłużej niż 7 dni (tzw. średni wypadek drogowy), śmierć albo ciężki uszczerbek na zdrowiu (tzw. ciężki wypadek drogowy). Wypadek drogowy musi mieć miejsce na drodze publicznej przeznaczonej do ruchu pojazdów i powodować szkodę dla osób lub rzeczy<sup>96</sup>. Gdy mówimy o ruchu drogowym, na którym może zaistnieć wypadek drogowy to dotyczy dróg; krajowych, wojewódzkich, powiatowych i gminnych (art. 2, ust. 1 ustawy z dnia 21 marca 1985 r. o drogach publicznych)<sup>97</sup>. W orzecznictwie Sądu Najwyższego przyjmuje się, że wypadki drogowe mogą być popełnione nie tylko na drogach publicznych, ale również wszędzie tam, gdzie odbywa się ruch ogólny lub lokalny<sup>98</sup>.

Za spowodowanie wypadku w komunikacji powodującego konsekwencje dla zdrowia lub życia poszkodowanych sprawca ponosi odpowiedzialność karną w myśl przepisów Kodeksu karnego art. 177.

– Średni i lekki uszczerbek na zdrowiu:

Za naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia trwający nie dłużej niż 7 dni, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności lub pozbawienia wolności do dwóch lat. Przy działaniu nieumyślnym kara do jednego roku.

– Ciężki uszczerbek na zdrowiu:

Przy pozbawieniu wzroku, słuchu, mowy, zdolności płodzenia, ciężkiego kalektwa, nieuleczalnej choroby, zeszpecenia ciała, trwałej albo znacznej utraty zdolności do pracy, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od 1 roku do lat dziesięciu, przy działaniu nieumyślnym kara ograniczona jest do jednego roku.

– Spowodowanie śmierci:

Jeżeli następstwem wypadku jest śmierć, to sprawca podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

Niejednokrotnie osoba poszkodowana w wypadku komunikacyjnym miała również pewien wpływ na fakt zaistnienia wypadku. Poszkodowani swoim nierozumnym zachowaniem stwarzają niebezpieczną sytuację na drodze, a czasem nawet ich zachowanie przyczynić się do zaistnienia lub zwiększenia rozmiarów szkody. Tego typu postępowanie znalazło swe regulacje prawne w Kodeksie cywilnym (art. 362).

Wypadek komunikacyjny jest to pewne zdarzenie o mniejszej skali niż katastrofa. Katastrofą jest wydarzenie zakłócające w sposób nagły i groźny ruch lądowy i prowadzące konkretne i dotkliwe skutki obejmujące większą liczbę osób lub mienie w wielkich rozmiarach oraz niosące ze sobą zagrożenie bezpieczeństwa powszech-

<sup>95</sup> <http://www.eporady24.pl/drukuj-pytania-774.html>.

<sup>96</sup> K. Rajchel, Z. Nowakowski, *Pojęcie wypadku drogowego i system ewidencji*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Rzeszowskiej” 2006, z. 7, s. 103.

<sup>97</sup> Dz.U. z 2004 r. Nr 204, poz. 2086, z późn. zm.

<sup>98</sup> Uchwała Sądu Najwyższego z 5 grudnia 1995 r., WR 186/95, OSNKW 1996, nr 3–4, poz. 19.

nego<sup>99</sup>. Jako jeden ze skutków dla sprawcy katastrofy występuje odpowiedzialność karna na podstawie określonych artykułów kk.: 140 § 2, 173 § 11 i 300 § 3.

#### *Podstawowe przyczyny wypadków*

Wypadki komunikacyjne zdarzają się codziennie i stąd często powtarzające się pytanie: kto zawinił lub jakie były przyczyny. W literaturze przedmiotu spotykane są różne klasyfikacje<sup>100</sup>.

#### *Człowiek*

Kierowca, jeżeli jest zdrowy, sprawny i doświadczony to nie powinien stwarzać zagrożenia na drodze. Zbyt często występuje brawura, brak; wyobraźni, umiejętności przewidywania, a także brak doświadczenia (szczególnie u młodych kierowców). Również kultura jazdy naszych kierowców pozostawia wiele do życzenia. Chamskie zachowanie wobec innych, arogancja, brak życzliwości w stosunku do innych kierowców i pieszych.

Najczęściej występujące przyczyny wypadków:

- nadmierna prędkość i niedostosowanie jej do warunków atmosferycznych,
- nieprawidłowe wymijanie, wyprzedzanie, czy manewrowanie w trakcie jazdy,
- wymuszanie pierwszeństwa przejazdów,
- niedostosowanie bezpiecznego odstępu od poprzedzającego samochodu,
- jazda po nieprawidłowej stronie lub środkiem jezdni,
- niedostosowanie odpowiedniej sygnalizacji przy zmianie pasa jezdni czy kierunku skrętu,
- nieprzestrzeganie znaków drogowych oraz sygnalizacji służb drogowych,
- niezachowanie szczególnej ostrożności na skrzyżowaniach i pasach dla pieszych,
- jazda nocą na światłach drogowych i oślepianie innych uczestników ruchu drogowego. Niemniej istotny wpływ na zaistnienie wypadku samochodowego mają niedoceniane biorytmy człowieka oraz czynniki i uwarunkowania subiektywne:
- związek między typem osobowości, temperamentu a sposobem bezpiecznej jazdy,
- zmęczenie i wyczerpanie fizyczne wywołujące dość często zaśnięcie kierowcy,
- umiejętność podzielnosci uwagi na zdarzenia mające miejsce na drodze i poza drogą,
- wielogodzinna jazda bez wypoczynku, zwłaszcza nocą,
- jazda po spożyciu alkoholu lub lekarstw pogarszających koncentrację,
- jazda pod wpływem środków odurzających (narkotyków),
- pośpiech, zdenerwowanie, stres,
- rozmowa przez telefon komórkowy podczas jazdy.

Osoby piesze są najbardziej zagrożoną grupą uczestników ruchu drogowego. Zwyczaj jednak piesi sami powodują duże zagrożenie swoim zachowaniem. Najwięcej potrąceń i najtragiczniejsze ich skutki notuje się od lat w czwartym kwartale roku.

<sup>99</sup> Por. szerzej: <http://prawoity.pl/wiadomosci/katastrofa-w-komunikacji-przestepstwo-z-art-173-kodeksu-karn>.

<sup>100</sup> Szerzej: A. Kucharz, *Wypadki drogowe w Polsce i wybranych krajach UE w latach 2000–2004*, Kancelaria Sejmu. Biuro Studiów i Ekspertyz. Wydział Analiz Ekonomiczno-Społecznych. Sierpień 2005. Informacja Nr 1144; *Wypadki komunikacyjne. Przyczyny i pierwsza pomoc*, <http://web.pertus.com.pl/-ecz/wypkom.html>.

*Pojazd i jego stan techniczny*

W ciągu ostatnich lat znacznie wzrosła liczba pojazdów samochodowych poruszających się po drogach. To zjawisko spowodowało zarówno zwiększenie zagrożenia w ruchu drogowym jak też wpłynęło na szersze uświadomienie społeczne o szkodliwym oddziaływaniu motoryzacji na znaczący wzrost zagrożenia z tytułu szkodliwego oddziaływania na środowisko naturalne. Szczególnie zagrożenie wypadkowe stwarzały stare samochody sprowadzane do kraju w pierwszych dziesięciu latach polskiej transformacji gospodarczej.

Zbyt często jednak niska cena zachęca do kupna (ciągle nie za bogate społeczeństwo). Ciągle jeszcze zbyt wiele aut w nieodpowiednim stanie technicznym jeździ po polskich drogach.

*Warunki atmosferyczne*

Zróznicowane warunki atmosferyczne (deszcz, śnieg, mgła, grad, zamiecie, mrozy, lawiny w górach, powódzie, huragany) są przyczynami wielu wypadków komunikacyjnych. Niedostosowanie prędkości do czynników pogodowych, brawura, brak wyobraźni i doświadczenia przy niezachowaniu szczególnych środków ostrożności ze strony kierowców może być przyczyną wielu wypadków a nawet tragedii<sup>101</sup>.

*Zróznicowanie liczby wypadków i skutki ekonomiczne*

Według Światowej Organizacji Zdrowia, wypadki drogowe zajmują dziś siódme miejsce w statystyce największych zagrożeń zdrowia i życia, a za ćwierć wieku znajdą się na drugim miejscu. Na drogach całego świata ginie corocznie 1,2 miliona osób a liczba ta wzrosnie do ponad 2 mln w 2020 roku. Obecnie: liczba rannych szacuje się na około 50 mln, natomiast średnio co 30 sekund ginie człowiek. Kraje rozwijające się mają 20% ogólnej liczby samochodów, ale 80% ogółu zmarłych w wyniku wypadków. Jest tam wiele wypadków pieszych, np. w Indiach to ponad połowa ogółu zabitych to piesi<sup>102</sup>.

Szereg krajów Unii Europejskiej próbowało określić stratę wynikającą ze śmierci człowieka, który ginie wypadku samochodowym, wychodząc z założenia, że on już nic nie wyprodukuje i nie stworzy żadnych nowych miejsc pracy. Ostatnia opublikowana wartość wycieńzeń podana w Webtag brytyjskim podręczniku do szacowania tego rodzaju kosztów wynosi 1 mln 638 tys. 390 funtów. Polska traci na wypadkach komunikacyjnych rocznie minimum 2% produktu krajowego brutto<sup>103</sup>. Łączne koszty wypadków w naszym kraju w 2009 roku oszacowano na około 27 mld zł.

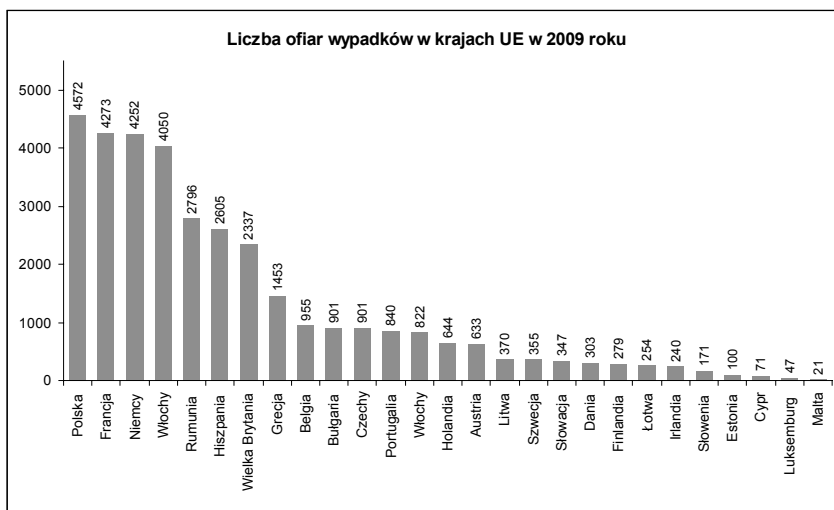
W tym czasie na drogach 27 państw wchodzących dziś w skład Unii Europejskiej w ponad 1,4 mln wypadków życie straciło 54 tys. osób.

W 2009 r. w żadnym kraju Unii Europejskiej nie zginęło więcej osób niż w Polsce, pomimo że w niektórych krajach zamieszkuje znacznie więcej ludności niż u nas.

<sup>101</sup> Zob. *Wypadki komunikacyjne, op. cit.*

<sup>102</sup> *Wypadki drogowe stają się jednym z największych światowych zabójców*, „The New York Times”, <http://translate.google.pl/pranlate?hl=pl&u=http.7/www.smh.com.au/article-s/2009/07/1081326797799.html>.

<sup>103</sup> Szerzej: Polska traci minimum 2%PKB w wypadkach drogowych.



Nasuwa się pytanie dlaczego w Polsce prawdopodobieństwo wypadku i śmierci jest wyższe niż w innych krajach Unii Europejskiej. Na terenie Polski ginie około 15 osób na 100 tysięcy mieszkańców, a np. w Norwegii, Szwecji czy Wielkiej Brytanii wskaźnik ten wynosi 6 osób. Na 100 tys. wypadków drogowych umiera u nas 12 ofiar, podczas gdy w Unii Europejskiej wskaźnik ten wynosi około 3.

Tym co nas wyróżnia jest bardzo duże zagrożenie pieszych jako uczestników ruchu drogowego; w Polsce stanowią oni 40% ofiar wypadków drogowych, natomiast w krajach Unii Europejskiej, odsetek ten wynosi 15%<sup>104</sup>.

#### Wypadki drogowe w latach 1990–2011

Rok	Wypadki	Zabici	Ranni	Kolizje
1990	50 432	7 313	59 611	106 693
1991	54 038	7 901	65 242	130 951
1992	50 990	6 946	61047	139 637
1993	48 901	6 341	58 812	146 650
1994	53 647	6 744	64 573	162 814
1995	56 904	6 900	70 226	197 159
1996	57911	6 359	71419	214 006
1997	66 586	7311	83 162	
1998	61 855	7 080	77 560	
1999	55 106	6 730	68 449	313 073
2000	57 331	6 294	71 638	334 797
2001	53 799	5 534	68 194	344 727

<sup>104</sup> <http://www.google.pl/serach?q=j+sadowski+stan+bezpieczeństwa+transportu+samo-chodowego>.

2002	53 559	5 827	67 498	358 807
2003	51 078	5 640	63 900	367 700
2004	51 069	5 712	64 661	424 938
2005	48 100	5444	61 191	401 440
2006	46 876	5 243	59 123	411 727
2007	49 536	5 583	63 224	386 934
2008	49 054	5 437	62 097	381 520
2009	44 196	4 572	56 046	381 769
2010	38 832	3 907	48 952	416 075
2011(X)	32 272	3 284	40 062	300 587

Z zaprezentowanych danych<sup>105</sup> odnośnie wypadków drogowych w latach 1990–2011 wynika, że szczególnie w ostatnich dwóch latach zmniejszyła się zarówno liczba wypadków, rannych, jak i zabitych. Wzrasta natomiast liczba kolizji.

W 2010 roku doszło do 38 832 wypadków drogowych, w których śmierć poniosło 3907 osób a 48 952 doznały różnego rodzaju obrażeń. W porównaniu z rokiem 2009, liczba wypadków zmniejszyła się o 5364, czyli o 12,7%. Po raz pierwszy liczba śmiertelnych ofiar wypadków drogowych spadła poniżej 4 tys. osób, to jest do 3907 osób. W 2010 roku do jednostek Policji zgłoszono 416 075 kolizji drogowych co w porównaniu do 2009 roku, w którym odnotowano 381 769 kolizji, liczba ta zwiększyła się o 9%.

W ostatnim dziesięcioleciu, najwięcej wypadków drogowych i osób rannych odnotowano w 2001 roku, natomiast ofiar śmiertelnych w 2002 r. W 2007 roku nastąpił wzrost liczby wypadków i ich ofiar, natomiast od 2008 roku zanotowano ponowne spadki. W 2010 roku 2455 wypadków było spowodowanych przez nietrzeźwych kierujących (około 10% wszystkich wypadków<sup>106</sup>).

W 2010 roku nietrzeźwi piesi byli przyczyną 960 wypadków.

Dla poprawienia bezpieczeństwa ruchu na polskich drogach służbę pełni około 300 nieoznakowanych radiowozów<sup>107</sup>, wyposażonych w wideorejestratory, które, jak pokazuje praktyka, są bardzo skutecznym narzędziem w walce z piratami drogowymi.

### *Interpretacja elementów warunkujących powstanie wypadków*

#### *1. Nagłość zdarzenia*

Nagłe zdarzenie w myśl przepisów ustaw wypadkowych to przede wszystkim zdarzenie jednorazowe, takie jak np. upadek, i uderzenie o twarde przedmioty w miejscu pracy, w następstwie którego poszkodowany pracownik doznał uszczerbku na zdrowiu<sup>108</sup>. W codziennym rozumieniu nagłość kojarzy się z natychmiastowym skutkiem dla człowieka: w przypadku widocznego krwawiącego skaleczenia, upadku z wyso-

<sup>105</sup> Na podstawie danych KGP; Wypadki drogowe w Polsce 2011.

<sup>106</sup> R. Sękałski, *Źniewo śmierci*, „Auto Świat” 2005, nr 2, s. 14.

<sup>107</sup> Policjanci są ubrani po cywilnemu i dopiero po zatrzymaniu samochodu, zakładają czapki i kamizelki z napisem „Policja”.

<sup>108</sup> Szerzej: Wyrok Sądu Najwyższego z 2.02.1997 r. III PRN 50/76, OSNCP 1998, nr 10 poz. 193.

kości połączonego z utratą przytomności lub głośnym jękiem, porażeniem prądem elektrycznym, postrzeleniem z broni palnej itp. Nagłość zdarzenia nie może odwoływać się do natychmiastowego wystąpienia negatywnych skutków dla zdrowia pracowników, ponieważ te skutki mogą być odroczone w czasie i nie jest to przeszkodą do uznania ich jako wypadku przy pracy. W orzecznictwie od lat istnieje powszechnie przyjęty pogląd, że zdarzenie nosi cechy nagłości, jeżeli nie przekracza czasu jednej dniówki roboczej<sup>109</sup>. Równocześnie, spotykane w praktyce przypadki długotrwałego oddziaływanie na organizm człowieka szkodliwych warunków zatrudnienia, które doprowadzają do nagłego ujawnienia się skutku chorobowego nie można zaliczać do wypadków przy pracy<sup>110</sup>.

Okres, w którym powinien zamknąć się przebieg nagłego zdarzenia, aby nie straciło ono charakteru wypadku, jest więc umowny, usankcjonowany w orzecznictwie, szeregiem innych orzeczeń, również oscyluje wokół jednej dniówki roboczej. Jednak ta granica czasowa, nie zawsze może być traktowana w sposób jednoznaczny, gdyż w warunkach gospodarki rynkowej, dniówka robocza w praktyce bywa krótsza lub znacznie dłuższa niż ustawowe 8 godzin.

## 2. Przyczyna zewnętrzna

W znacznym uproszczeniu za przyczynę zewnętrzną można uznać taką, która znajdowała się poza organizmem człowieka. Przyczyną mogą być wszelkiego rodzaju urazy mechaniczne (wywołane przez maszynę, pojazdy mechaniczne) czy obrażenia spowodowane przez spadające przedmioty, lub niewłaściwą nawierzchnię (powodującą poślizgnięcie i upadek z drabiny zakończony np. złamaniem nogi). Również w tym znaczeniu, mogą tu uczestniczyć siły przyrody, czyny innej osoby bądź nieprzewidywalne czynności samego poszkodowanego pracownika. W praktyce sądowej, różnego rodzaju schorzenia wewnętrzne, mogą zostać uznane za wypadek przy pracy, jeżeli towarzyszy temu element sprawczy o charakterze zewnętrznym i który pogłębi istniejący stan chorobowy. Wiele wątpliwości związanych z występowaniem przyczyny zewnętrznej wypadku znajduje swój epilog w sądzie, czasem dopiero ostateczne orzeczenia wydaje Sąd Najwyższy. Takie orzeczenia służą równocześnie jako wykładnia prawna dla podobnych przypadków.

- Przykładowo w sytuacji, gdy podczas pracy pracownika cierpiącego na niedokrwinną chorobę serca wystąpiły dwa zdarzenia o charakterze przyczyny wewnętrznej, tj. stres i wysiłek psychiczny, które ocenione osobno nie mogłyby stanowić przyczyny zewnętrznej wypadku przy pracy z tytułu zawału serca, to jednak wymaga oceny wiązek zachodzący między tymi zdarzeniami a mianowicie, czy stres psychiczny, który spowodował skurcz mięśni wieńcowych i niedokrwienie mięśnia serca, nie przyczynił się do powstania zawału<sup>111</sup>,
- w innym orzeczeniu Sąd Najwyższy zajął stanowisko, iż nadmierny wysiłek podczas pracy, który z największym prawdopodobieństwem, wespół z samoistnym

<sup>109</sup> Patrz: Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 3.06.1999, sygn. akt IIUKN 24/99, OSNP 20000/18/697; a także Orzeczenie Trybunału Ubezpieczeń Społecznych z dnia 19 września z 1958 r. TR111/58, OSPIKA 1960, nr 3, poz. 63.

<sup>110</sup> Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8.12.1998, sygn. akt IIUKN 349/98 OSNP 2000/2/78.

<sup>111</sup> Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22.11.2000, sygn. akt II UKN 63/00, OSNP 2002/13/316.

nadciśnieniem wywołał u pracownika udar mózgu, stanowiąc zarazem zewnętrzną przyczynę wypadku<sup>112</sup>,

- w kolejnym orzeczeniu stwierdzono, że związek pomiędzy nagłą zewnętrzną przyczyną wypadku a pracą polega na miejscowym i czasowym bądź funkcjonalnym powiązaniu przyczyny doznanego uszczerbku na zdrowiu albo śmierci pracownika z wykonywaniem czynności zmierzających do realizacji zadań pracodawcy, do których pracownik zobowiązał się w umowie o pracę lub będących przedmiotem polecenia przełożonych albo nawet podjętych samorzutnie w interesie pracodawcy<sup>113</sup>.

### 3. Związek z pracą

Trzecim przedmiotowo istotnym elementem składowym wypadku przy pracy jest związek z pracą. Wypadek musi pozostać w związku; czasowym, miejscowym i funkcjonalnym z pracą<sup>114</sup>. Ustawodawca w art. 3 ust. 1 pkt 1–3 precyzyjnie określił zakres czynności, podczas których musi dojść do zdarzenia mogącego zostać uznany za wypadek przy pracy. Ustawodawca przewidział trzy sytuacje, w których pracownik może ulec wypadkowi w związku z pracą:

- podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika zwykłych czynności lub poleceń przełożonych,
- podczas lub w związku z wykonywaniem przez pracownika czynności na rzecz pracodawcy, nawet bez polecenia oraz
- w czasie pozostawiania pracownika do dyspozycji pracodawcy lub w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy.

Przez zwykłe czynności, o których mowa w pierwszym wypadku, należy rozumieć, te czynności, które są nałożone na pracownika w ramach zawartej umowy o pracę lub wynikają z zakresu obowiązków określonych na danym stanowisku pracy.

W drugim przypadku, w literaturze przedmiotu uważa się, że przez polecenie przełożonego należy rozumieć wszystkie polecenia zwierzchnika, pod warunkiem, że nie są sprzeczne z przepisami prawa lub umową o pracę<sup>115</sup>. Będą to przed wszystkim polecenia dotyczące miejsca, czasu i sposobów świadczenia pracy.

W trzecim przypadku określono wyraźnie, że niewykonywanie żadnych obowiązków pracowniczych, a jedynie pozostawianie pracownika w dyspozycji pracodawcy i ulegnięcie w tym czasie wypadkowi, także może być uznane za wypadek przy pracy<sup>116</sup>.

### 4. Szkoła na osobie

Ostatnim elementem zaistnienia wypadku przy pracy, w oparciu o który buduje się definicję wypadku jest powstanie urazu ciała lub spowodowanie śmierci pracownika.

<sup>112</sup> Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29.01.1997, sygn. akt II UKN 70/96, OSNP 1998/12/370.

<sup>113</sup> Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7.08.1997, sygn. akt II UKN 245/07, OSNP 1998/12/370.

<sup>114</sup> Z. Salwa, *Prawo Pracy i Ubezpieczeń Społecznych*, Warszawa 1998, s. 248.

<sup>115</sup> Art. 100 Kodeksu pracy.

<sup>116</sup> A. Świątkowski, *Kodeks pracy – komentarz*, wyd. 2, Warszawa 2006, s. 900.

### Wypadki przy pracy

#### *Zagadnienia definicyjne i skutki wypadków*

Pracodawca jest zobowiązany do zapewnienia pracownikowi bezpieczeństwa w warunkach wykonywania czynności związanych pracą. Nieprzestrzeganie obowiązujących przepisów bhp przez pracodawcę lub pracownika może przyczynić się do wypadku przy pracy. Trzeba jednak zwrócić uwagę, że ryzyko wystąpienia wypadku przy pracy, jest ryzykiem zawodowym każdego pracownika, co prawda odpowiedzialność odszkodowawczą za wystąpienie wypadku ponosi pracodawca, ale wszystkie bolesne skutki tego zdarzenia ponosi pracownik. Konstytucja RP w art. 66 ust. 1 jasno określa, że „Każdy ma prawo do bezpiecznych i higienicznych warunków pracy. Sposób realizacji tego prawa określa ustawa”<sup>117</sup>. Dalsze rozwinięcie dotyczące omawianego prawa zawarte jest w kodeksie pracy w Dziale Dziesiątym<sup>118</sup>, a także akty wykonawcze do Kodeksu pracy, w tym rozporządzenie MPiSS z dnia 26.09.1997 r. w sprawie ogólnych przepisów bhp<sup>119</sup>. W wymienionych aktach prawnych zwraca się szczególną uwagę, na poszerzanie wiedzy związanej ze skutecznym podnoszeniem bezpieczeństwa pracy, zapobieganie wypadkom, co powinno być stałym obowiązkiem każdego pracodawcy.

Zdarzenie wypadkowe, które zaistniało począwszy od dnia 1 stycznia 2003 roku ma być kwalifikowane, zgodnie z art. 3 ust 1 Ustawy z dnia 30.10.2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych Dz.U. Nr 199, poz. 1673 z późn. zm. oraz z 2003 r. Nr 223, poz. 2217, jako wypadek przy pracy, jeżeli:

- 1) ma charakter nagły,
- 2) spowodowane jest przyczyną zewnętrzną,
- 3) nastąpiło w związku z pracą,
- 4) spowodowało uraz lub śmierć.

Brak któregokolwiek elementów przesądza o tym, że dane zdarzenie nie może być uznane za wypadek przy pracy.

Definicje terminu wypadek przy pracy zawiera art. 3 ust. 1 Ustawy wypadkowej, który stanowi, iż za wypadek uważa się nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powodując uraz lub śmierć, które nastąpiło w związku z pracą.

Rodzaje wypadków według skutków:

- wypadek śmiertelny przy pracy – to wypadek w wyniku którego nastąpiła śmierć w okresie nieprzekraczalnym 6 miesięcy od dnia wypadku,
- wypadek ciężki przy pracy – to wypadki powodujące niezdolność do pracy w okresie ponad 28 dni, np. uszkodzenie ciała pracownika – utrata kończyn, wzroku, słuchu, mowy, uszkodzenie podstawowych funkcji organizmu, choroba psychiczna, całkowita lub częściowa niezdolność do wykonywania pracy w zawodzie, zniekształcenie ciała,

<sup>117</sup> Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. Nr 102, poz. 643 wraz z późn. zm.).

<sup>118</sup> Kodeks pracy – Ustawa z dnia 26.06.1974 (test jednolity Dz.U. z 1998 r. poz. 94 ze zm. Aktualny stan prawny zawarto m.in. *Kodeks pracy, stan prawny na 1 września 2010 r.*, wydanie 5, Wyd. Lexis Nexis.

<sup>119</sup> Tekst jednolity Dz.U. z 2003 r. Nr 169, poz. 1650.



- wypadek śmiertelny – to sytuacja gdy śmierć nastąpiła na miejscu wypadku lub w ciągu 6 miesięcy od dnia jego zdarzenia,
  - wypadek zbiorowy ma miejsce – gdy w wyniku tego samego zdarzenia uległy mu co najmniej dwie osoby.
- Urazem, jest uszkodzenie tkanek ciała lub narządów człowieka wskutek działania czynnika zewnętrznego.

#### *Wypadki zawodowe:*

- wypadek przy pracy i w drodze do pracy i z pracy,
- wypadek traktowany na równi z wypadkiem przy pracy,
- wypadek przy innych czynnościach,
- wypadek przy pracy rolniczej,

Wypadek przy pracy i w drodze do pracy i z pracy.

Pomimo jednoznaczności określeń co jest wypadkiem przy pracy zawartych w ustawie o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (z 2002 r.), ustawodawca przewidział jednak szereg zdarzeń, które zrównuje z wypadkiem przy pracy, m.in. sytuacje związane z wypadkami w drodze do pracy i z pracy (art. 3 ust. 2 ustawy wypadkowej z 2002 r.).

Ustawa o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych nie przewiduje możliwości przyznawania świadczeń z tytułu wypadków w drodze do lub z pracy. Kwestie związane z tym zagadnieniem reguluje obecne Ustawa z 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych<sup>120</sup>. Gwarantuje ona prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy, nawet mimo braku wymaganego stażu pracy, jeśli niezdolność do pracy spowodowana została wypadkiem w drodze lub z pracy. Ustalenie okoliczności i przyczyn wypadku w drodze lub z pracy dokonuje pracodawca wobec ubezpieczonego pracownika.

#### *Wypadek traktowany na równi z wypadkiem przy pracy*

Na równi z wypadkiem przy pracy (art. 3 ust. 2 ustawy wypadkowej), w zakresie uprawnienia do świadczeń określonych w ustawie, traktuje się wypadek któremu uległ pracownik:

- 1) w czasie podróży służbowej, w okolicznościach innych niż wykonywanie pracy,
- 2) podczas szkolenia w zakresie powszechnej samoobrony,
- 3) przy wykonywaniu zadań zleconych przez działające u pracodawcy organizacje związkowe.

#### *Wypadek przy innych czynnościach*

Za wypadek przy pracy uważa się nagle zdarzenie podczas (art. 3 ust. 3 ustawy wypadkowej):

- 1) odpłatnego wykonywania pracy na podstawie skierowania do pracy w czasie odbywania kary w więzieniu,
- 2) odbywania szkolenia, stażu lub przygotowania zawodowego w miejscu pracy,
- 3) wykonywania pracy na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia lub umowy o świadczenie usług,
- 4) współpracy przy wykonywaniu pracy na podstawie umowy agencyjnej.

<sup>120</sup> Dz.U. z 2004 r. Nr 39, poz. 353 z późn. zm.

### *Wypadek przy pracy rolniczej*

Wypadki przy pracy rolniczej stanowią odrębną grupę wypadków przy pracy i są regulowane innymi przepisami niż wypadki przy pracy zawodowej. Zgodnie z Ustawą o ubezpieczeniu społecznym rolników art. 11 ust. 1<sup>121</sup> za wypadek przy pracy rolniczej uważa się nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które nastąpiło podczas wykonywania czynności związanych z prowadzeniem działalności rolniczej albo pozostających w związku z wykonywaniem tych czynności. Dotyczy to również wykonywania czynności związanych z pracą w obszarze gospodarstwa rolnego, ale także przebywania drogi z mieszkania do gospodarstwa rolnego, albo w drodze powrotnej, a także zwykłych czynności poza terenem gospodarstwa związanych z prowadzeniem działalności rolniczej.

### *Wypadki przy pracy w Polsce i Unii Europejskiej (wg skutków i przyczyn)*

#### *Sposób rejestracji wypadków i ich skutki*

Międzynarodowa Organizacja Pracy (ILO) szacuje, że co roku na świecie dochodzi do 270 milionów wypadków przy pracy. Prawie 350 tysięcy wypadków przy pracy to wypadki śmiertelne (prawie 1000 dziennie), szacuje się, że w wyniku wypadków przy pracy co roku traci życie 22 000 dzieci. Ogółem w wyniku nieodpowiednich warunków pracy (wypadków przy pracy i chorób zawodowych), co roku umiera prawie 2 miliony pracowników (ok. 500 osób dziennie).

Według statystyk, co roku w Unii Europejskiej w następstwie wypadków przy pracy umiera jedna osoba z przyczyn związanych z pracą a co cztery i pół sekundy jakiś pracownik w Unii Europejskiej ulega wypadkowi, powodującemu, że musi on pozostawać w domu przynajmniej przez trzy dni robocze, z tym, że prawie jedną trzecią tych zgonów powodują substancje niebezpieczne (np. 21 000 zgonów rocznie to wynik kontaktu z azbestem).

W Polsce w 2009 roku zanotowano ogółem 87 052 wypadków przy pracy, co świadczy o kolejnym spadku liczby tych zdarzeń, np. w stosunku do roku 1998 ich liczba spadła o ponad 17 tysięcy. Wśród podanej liczby wypadków ich struktura przedstawiała się następująco<sup>122</sup>: 85 824 stanowiły wypadki lekkie; 827 wypadki ciężkie; 401 wypadki śmiertelne.

Największy udział w liczbie zatrudnionych w gospodarce polskiej, podobne jak w Unii Europejskiej, stanowią zatrudnieni w małych i średnich przedsiębiorstwach. Wyniki kontroli przeprowadzonych przez Państwową Inspekcję Pracy wykazują bardzo niski poziom zapobiegania zagrożeniom wypadkowym i stanu bhp.

Urazy spowodowane wypadkami przy pracy powodują szereg kosztów natury finansowej nie licząc cierpienia i bólu poszkodowanych. Wypadki zwiększają zapotrzebowanie na różne usługi sektora publicznego (np. różne formy terapii, czy rehabilitacji). Te koszty pokrywają wszyscy obywatele niezależnie od tego, czy są tylko podatnikami czy również ich konsumentami.

Wypadki powodują znaczne straty w gospodarce. Według szacunków Europejskiej Agencji Bezpieczeństwa i Higieny Pracy w Bilbao, dla starych krajów UE wynoszą

<sup>121</sup> Ustawa z dnia 20.12.1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników, art. 7.1, art. 10.1 (tekst jedn.: Dz.U. z 2008 r. Nr 59, poz. 291).

<sup>122</sup> Przedstawione dane opublikował GUS na podstawie statystycznych kart wypadku.

2,6% do 3,8% PKB; dla Polski wynoszą od 17,4 do 21,75 mld zł, co stanowi 1,7% do 2,1% PKB<sup>123</sup>.

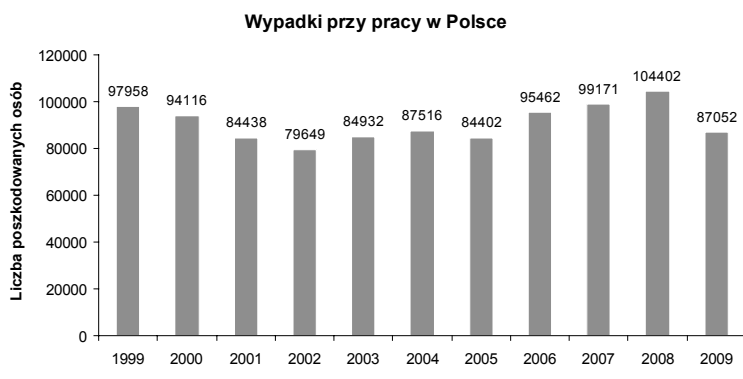
### *Rejestrowanie i analiza wypadków przy pracy*

W Polsce od 1 stycznia 2005 roku obowiązuje nowe rozporządzenie Ministra gospodarki i pracy w sprawie statystycznej karty wypadku przy pracy (Dz.U. z 2004 r. Nr 269, poz. 2672). Jeden egzemplarz statystycznej karty wypadku przy pracy pracodawca przekazuje do Urzędu Statystycznego właściwego województwa na którego terenie znajduje się siedziba pracodawcy. Drugi egzemplarz statystycznej karty wypadku pracodawca przechowuje wraz z protokołem powypadkowym.

Działania państw UE zmierzające do systematycznego zmniejszania liczby wypadków mają swoje uwarunkowania prawne w art. 137 (dawny art. 118a) Traktatu Wspólnoty Europejskiej, który był podstawą szeregu dyrektyw, w tym rejestracji wypadków przy pracy, przesyłanych dla opracowań zbiorczych Eurostatu.

### *Wypadki przy pracy w Polsce*

Poniższe dane statystyczne opracowane na podstawie sprawozdań – statystycznych kart wypadków przy pracy – przez Główny Urząd Statystyczny przedstawiają liczbę wypadków przy pracy na przestrzeni lat 1999–2009.

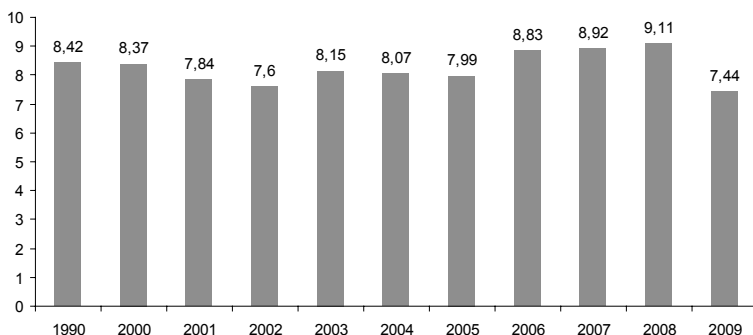


Na wykresie przedstawiono ogólną liczbę wypadków w omawianym okresie. Z wykresu odczytać można, że najwięcej wypadków zdarzyło się w roku 2008 – aż 104 402. W analizowanym roku, najczęściej wypadki dotyczyły pracowników w przemyśle przemysłowym. Wynikało to nie tylko z faktu, że jest to branża produkcyjna, która obejmuje duży zakres działalności i w której zatrudnionych jest bardzo dużo pracowników.

Okres analizowany obejmuje jedenaście ostatnich lat transformacji polskiej gospodarki, w tym czasie trwały przekształcenia dużych firm w wiele mniejszych, wiele firm zmieniło właściciela. Towarzyszyły temu zmiany przepisów w prawie pracy, jak również zmiany jakie następowały na przestrzeni lat w świadomości i wiedzy pracowników i pracodawców, co wpływało także na zróżnicowane podejście do przestrzegania zasad BHP.

<sup>123</sup> Zob. *Ekonomiczne aspekty kształtowania warunków pracy*, Centralny Instytut Ochrony Pracy, Warszawa 2007, s. 2.

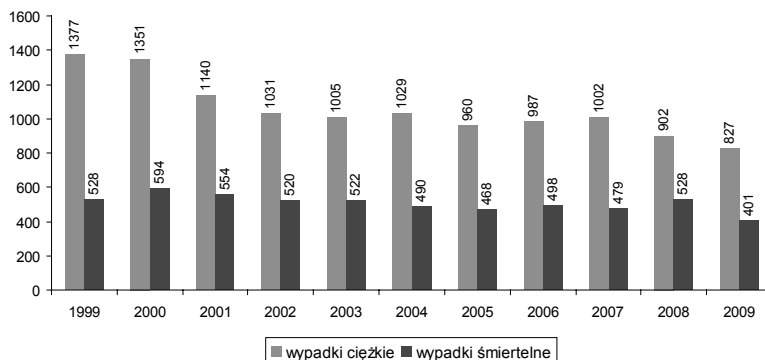
Wskaźnik częstotliwości wypadków w Polsce w latach 1999-2009



Wykres umieszczony powyżej ilustruje wskaźnik częstości wypadków przy pracy, określający liczbę wypadków na 1000 pracujących osób. Z wykresu wynika, że największy wskaźnik wystąpił, również w 2008 roku i wyniósł on 9,11 na 1000 pracujących, a najmniejszy odnotowano w 2009 roku, kiedy osiągnął wartość 7,44 wypadku na 1000 osób pracujących.

Na wykresie poniżej przedstawiono informacje dotyczące wypadków ciężkich i śmiertelnych. Z wykresu wynika, że najwięcej wypadków ciężkich zdarzyło się w roku 1999 i było ich aż 1377, w kolejnym, tj. 2000 roku zanotowano nieco mniej, bo 1351. Dużo większy spadek nastąpił w roku 2001 — w stosunku do roku poprzedniego, wypadków tych zanotowano tylko 1140. Tendencja spadkowa utrzymała się do roku 2003, kiedy liczba wypadków wyniosła 1005. Następnie do 2007 roku liczba wypadków na przemian miała tendencję wzrostową lub spadkową. Od roku 2008 liczba wypadków ciężkich maleje. Najwięcej wypadków śmiertelnych zdarzyło się w roku 2000 – 594. W następnych latach do 2007 roku ich liczba stopniowo zmalała do 479, po czym w 2008 roku wzrosła do 523 i znacząco zmalała 2009 roku do 401.

Wypadki ciężkie i śmiertelne w latach 1999-2009



### *Wypadki przy pracy w rolnictwie indywidualnym*

W 2009 roku według danych Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, rolnicy zgłosili 26 943 zdarzenia wypadkowe, tj. o 779 (o 2,8%) mniej niż w roku 2008. Za wypadki przy pracy rolniczej uznano 24 461 zdarzeń, tj. o 1438 (o 5,55) mniej niż w roku poprzednim. Wskaźnik wypadkowości mierzony liczbą poszkodowanych na 1000 ubezpieczonych rolników spadł do poziomu 11,2% i jest to mniej 0,1 w porównaniu z 2008 rokiem. Pomimo systematycznego zmniejszania się wskaźnika, wypadki przy pracy w rolnictwie indywidualnym nadal zdarzają się 1,5-krotnie częściej niż w pozostałych gałęziach gospodarki. W omawianym okresie odnotowano jednocześnie zwiększenie się (o 7,4%) liczby śmiertelnych ofiar wypadków pracy rolniczej – z 95 w 2008 roku do 102<sup>124</sup>.

Zmniejszenie się liczby poszkodowanych w wypadkach odnotowano we wszystkich dziedzinach gospodarki przy czym największy spadek dotyczył: przetwórstwa przemysłowego, rolnictwa, leśnictwa łowiectwa, rybactwa, komunikacji oraz budownictwa<sup>125</sup>. Liczba wypadków śmiertelnych w nieznacznym stopniu wzrosła tylko w górnictwie, przemyśle wydobywczym i obronie narodowej<sup>126</sup>.

### *Wypadki przy pracy w krajach Unii Europejskiej*

W krajach Unii Europejskiej pracuje około 250 mln osób. Każdego roku w wyniku wypadków przy pracy umiera ok. 167 tys. osób. Średnio co 3,5 minuty umiera człowiek w wyniku wypadku. Według informacji opublikowanych w 2010 roku przez Eurostat, w roku 2007 (dla 27 krajów UE) 5580 około 2,9% osób pracujących uległo wypadkom a w tym 5580 osób poniosło śmierć.

Liczba wypadków przy pracy na przestrzeni lat systematycznie maleje<sup>127</sup>. Np. w latach 1999–2006 liczba wypadków (w których absencja wyniosła ponad trzy dni) z 4 786 808 zmniejszyła się do 3 983 881, przy czym najwyższa liczba wypadków przy pracy wystąpiła tylko w 2000 roku – 4 015 629. Liczba wypadków śmiertelnych w omawianym okresie również ulegała systematycznie zmniejszaniu z 5275 w 1999 roku do 4011 w 2006 roku (ok. 20%).

Dla większości krajów UE zarówno liczba wypadków ciężkich, jak i śmiertelnych (choć w sposób zróżnicowany dla różnych krajów) maleje w czasie<sup>128</sup>.

Interesujące są wyniki badań podleganiu wypadkom ze względu na wiek:

- w wyniku oceny częstości wypadków ciężkich stwierdzono, że najczęściej wypadkom ulegają osoby młode, o małym doświadczeniu zawodowym w wieku 18–24 lat. Z tej grupy wiekowej, w roku 1999 wypadkom uległo aż 5,804 pracowników. W kolejnych latach, ta liczba maleje, żeby w roku 2005 osiągnąć 4,237 pracowników na 100,000. Najmniej wypadków przypada w grupie wiekowej 45–54 oraz 55–64 lat. W 1999 roku w przedziale wiekowym 45–54 lat dotyczyło to 3521 osób, a w przedziale 55–64 lat przydarzyło się ich 3577, w pozostałych grupach wiekowych obserwowano tendencje spadkową liczby zaistniałych wypadków przy pracy,

<sup>124</sup> Sprawozdanie GIP z działalności PIP w 2008 r., s. 159.

<sup>125</sup> *Ibidem*, s. 154.

<sup>126</sup> *Ibidem*.

<sup>127</sup> Źródło: *Causes and circumstances of accidents at work in the EU*, European Communities, 2009.

<sup>128</sup> Szerzej zob. dane 1998 2005: <http://www.ciop.pl/22606.html>

- w wyniku oceny wypadków śmiertelnych w UE, zauważono że najczęściej tego rodzaju wypadkom ulegają pracownicy w wieku 55–64 lat. Dość często występują tu przyczyny złożone np. w powiązaniu z zawałem serca. Najbardziej wypadkom śmiertelnym ulegają młodzi pracownicy od 18–24 lat i w wieku 25–34 lat. W badanym okresie 1999–2005 widoczna jest tendencja spadkowa zaistniałych wypadków<sup>129</sup>.

#### *Przyczyny wypadków przy pracy*

Najczęstszą przyczyną wypadków przy pracy (53% wszystkich wypadków) jest nieprawidłowe zachowanie się pracownika na stanowisku pracy. Kolejna przyczyna (10%) to niewłaściwy stan czynnika materialnego, lub niewłaściwe posługiwanie się tym czynnikiem. Samowolne (niefrasobliwe) zachowanie się pracownika (8%), niewłaściwa organizacja pracy (8%), niewłaściwa organizacja stanowiska roboczego (8%) – to najważniejsze przyczyny powstawania wypadków przy pracy. Pozostałe przyczyny to kilkuprocentowe (nieużywanie lub nieprawidłowe używanie sprzętu ochronnego itp.)<sup>130</sup>.

W celu dalszego zmniejszania liczby wypadków przy pracy, Komisja Europejska przyjęła pięcioletnią strategię na rzecz bezpieczeństwa i higieny pracy. Postanowiono do roku 2012 zmniejszyć o 25% w całej UE liczbę wypadków przy pracy. Stwierdzono, że spowodowana nieobecnością w pracy europejskich pracowników z tytułu wypadków przy pracy kosztuje około 1 miliarda euro rocznie<sup>131</sup>.

---

<sup>129</sup> Patrz: *Causes and circumstances...*

<sup>130</sup> *Ibidem.*

<sup>131</sup> <http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/07/204...>

## 15. Problemy osób niepełnosprawnych

### Pojęcia wprowadzające

W każdym społeczeństwie istnieje pewien procent osób niepełnosprawnych, które mają jakieś ograniczenia pod względem motorycznym, sensorycznym, somatycznym lub psychicznym<sup>132</sup>.

Zjawisko niepełnosprawności jest obecnie jednym z poważniejszych problemów współczesnego świata, dotyczy ono około 10% ludności całej populacji. W zbiorowości UE niepełnosprawni stanowią ok. 14%, a w Polsce 14,3% tj. 5456,700 niepełnosprawnych<sup>133</sup>. Co siódmy mieszkaniec naszego kraju jest osobą niepełnosprawną lub się za taką uważa<sup>134</sup>. Nie napawa optymizmem fakt, iż liczba osób niepełnosprawnych stale wzrasta.

Przez wiele lat dla określenia niepełnosprawności używano terminu inwalida. Najogólniej „inwalida (łac. *Yalidus* – silny, zdrowy, *in* – brak siły, bezsilny, słaby, brak zdrowia, chory) jest człowiek, u którego występują wady, deficyty fizyczne lub umysłowe o charakterze trwałym”<sup>135</sup>. Termin inwalida używany był także dość często zamiennie z określeniami takimi jak: „osoba z odchyleniami od normy” lub „osoba trwale poszkodowana na zdrowiu”.

W naszym kraju przyjęła się dość powszechnie definicja A. Hulka, według której „za inwalidę uważa się osobę [...] u której istnieje naruszenie sprawności i funkcji w stopniu wyraźnie utrudniającym (w porównaniu z osobami zdrowymi w danym kręgu kulturowym) pobieranie nauki w normalnej szkole, wykonywanie czynności życia codziennego, pracę zarobkową, udział w życiu społecznym oraz w zajęciach w czasie wolnym od pracy”<sup>136</sup>.

Polskim odpowiednikiem pojęcia inwalidztwo jest termin kalectwo. Dzisiaj używa się go dość często w znaczeniu ujemnym, np. chcąc komuś dokuczyć traktujemy go epitetem – „ty kaleko”.

Podobne znaczenie ma wywodzący się z łaciny termin defekt (*defectus*), który oznacza dosłownie: brak, uszkodzenie. łaciński termin oboczny *defectio* oznacza ponadto; odstępowanie, ubywanie, zanikanie, a nawet zmęczenie, czy wyczerpanie<sup>137</sup>.

Osoby, które mają jakieś ograniczenia pod względem fizycznym lub psychicznym określamy zatem terminami: osoba niepełnosprawna, inwalida, poszkodowana,

<sup>132</sup> Ograniczenia – motoryczne – przemieszczanie się,  
– sensoryczny – organy zmysłów,  
– somatyczny – ciało.

<sup>133</sup> Według ostatniego spisu prowadzonego przez Główny Urząd Statystyczny w czerwcu 2002 roku. K. Michalska, *Niepełnosprawni w Polsce*, „Niebieska Linia” 2003, nr 4.

<sup>134</sup> *Teraźniejszość i przyszłość osób niepełnosprawnych*, red. G. Miłkowska, B. Olszak-Krzyżanowska, Kraków 2008, s. 9.

<sup>135</sup> K.J. Zabłocki, *Psychologiczne i społeczne wyznaczniki rehabilitacji zawodowej inwalidów*, Warszawa 1992.

<sup>136</sup> A. Hulek, *Teoria i praktyka w rehabilitacji inwalidów*, Warszawa 1969.

<sup>137</sup> Zob. *Psychologia defektologiczna*, red. A. Wyszyńska, Warszawa 1987, s. 8.

defektywna, kaleka. Terminy te traktujemy jako równoważne dla pojęcia niepełnosprawności.

Niepełnosprawność stanowi dziś jeden z poważniejszych problemów społecznych, ekonomicznych i zdrowotnych. Jako społeczeństwo wolimy częściej pozostawać z deklaracjami współczucia czy litości niż konkretną potrzebną formą pomocy.

### Zróznicowane znaczenia definicyjne

Na świecie istnieje wiele definicji niesprawności, co wynika z odmiennych punktów widzenia na rozmaite niedomagania zdrowotne, w różnych krajach i obowiązujące w nich normy prawne i społeczne.

W roku 1980 Światowa Organizacja zdrowia przyjęła i ogłosiła Międzynarodową Klasyfikację Uszkodzeń, Niesprawności i Upośledzeń<sup>138</sup>, w której to koncepcja niepełnosprawności określana została jako biologiczna.

W procesie powstawania niepełnosprawności lub procesie stawania się osobą niepełnosprawną koncepcja ta przyjmuje trzy wymiary:

- uszkodzenie (*impairment*) – oznacza wszelki brak lub anormalność anatomicznej struktury narządów oraz brak lub zaburzenie funkcji psychicznych lub fizjologicznych organizmu, na skutek określonej wady wrodzonej, choroby lub urazu,
- niepełnosprawność funkcjonalna (*disability*) – oznacza wszelkie ograniczenie lub brak, wynikający z uszkodzenia, zdolności wykonywania czynności w sposób i w zakresie uważanym za normalny dla człowieka,
- upośledzenie lub niepełnosprawność społeczna (*handicap*) – oznacza mniej uprzywilejowaną lub mniej korzystną sytuację danej osoby, wynikającą z uszkodzenia i niepełnosprawności funkcjonalnej, która ogranicza lub uniemożliwia jej wypełnianie ról związanych z jej wiekiem, płcią oraz sytuacją społeczną i kulturową.

Przedstawiona ww. koncepcja była krytykowana i nie była powszechnie przyjmowana, za mocno akcentowane aspekty medyczne. Upatruje się w niej uszkodzenie jako źródło wszelkich trudności, ograniczeń i problemów osoby niepełnosprawnej, oraz uważa, że interwencja medyczna i rehabilitacja ma podstawowe znaczenie w przypadku ich usunięcia lub złagodzenia. Podkreśla się w tej koncepcji, że osoba niepełnosprawna musi dostosować się do zaistniałej sytuacji, nie zwracając uwagi na konieczność dostosowania środowiska społecznego i fizycznego dla potrzeb osób niepełnosprawnych.

Na tle krytyki tej koncepcji powstała koncepcja niesprawności, która dostrzegła wagę niesprawności jako problemu społecznego. W 1997 roku Światowa Organizacja Zdrowia przedstawiła zmodyfikowaną i skorygowaną wersję Klasyfikacji pod nazwą Międzynarodowa Klasyfikacja Uszkodzeń, Działań i Uczestnictwa z pod tytułem; Podręcznik Wymiarów Niesprawności i Funkcjonowania<sup>139</sup>, opartą na tzw. biopsychospołecznej koncepcji niesprawności, która stara się połączyć biologiczną i społeczną koncepcję niesprawności.

<sup>138</sup> International Classification of Impairments Disabilities and Handicaps, World Health Organization, Geneva 1980.

<sup>139</sup> International Classification of Impairments, Activities and Participation. A Manual of Disablement and Functioning. BETA-1 DRAFT FOR FIELD TRIALS, World Health Organization, Geneva 1997.



Zgodnie z założeniami tej koncepcji człowiek jest istotą złożoną. Z punktu widzenia fizycznego stanowi organizm o określonej strukturze i harmonijnym funkcjonowaniu. Jest również istotą społeczną co oznacza, że żyje w określonym środowisku i wypełnia w tym środowisku pewne role, zgodnie ze swoim wiekiem, płcią i pozycją społeczną.

Ze społecznego punktu widzenia niepełnosprawność nie jest tylko właściwością osoby, lecz także towarzyszącym jej zespołem warunków środowiska społecznego i fizycznego (wraz z barierami typu; społecznego, ekonomicznego, prawnego, architektonicznego i urbanistycznego), które to warunki powodują trudności, ograniczenia i problemy dla osoby niepełnosprawnej.

Człowiek funkcjonuje na trzech poziomach: biologicznym, jednostkowym i społecznym. Przeciętny człowiek – pełnosprawny funkcjonuje na poziomie ustalonym przez ogólnie przyjęte normy lub standardy zdrowotne oraz przyjęte w danym społeczeństwie i formy zachowania się. Akceptację społeczną może uzyskać, również osoba niespełniająca w pełni tych norm i zachowań na skutek pogorszonego stanu zdrowia czy wady, wynikającej z przebytej choroby, urazu, lub zmian starczych.

Osoba niepełnosprawna ma nie tylko te same prawa obywatelskie, co osoby pełnosprawne, ale również obowiązki. Nie może być tylko biorcą świadczeń i obiektem działań charytatywnych, ale w miarę swoich możliwości, musi stać się pełnoprawnym uczestnikiem życia społecznego<sup>140</sup>.

Interesująca jest rozszerzona definicja przyjęta przez Europejskie Forum Niepełnosprawności w Parlamencie Europejskim w 1994 roku: „Osobą niepełnosprawną jest jednostka w pełni swych praw, znajdująca się w sytuacji upośledzającej ją na skutek barier środowiskowych, ekonomicznych i społecznych, których z powodu występujących u niej uszkodzeń nie może przewyżczać w taki sposób, jak inni ludzie. [...] Do zadań społeczeństwa należy eliminowanie, zmniejszanie, kompensowanie tych barier, aby każdej jednostce umożliwić korzystanie z dóbr publicznych, jednocześnie respektując jej prawa i przywileje”<sup>141</sup>.

W tej definicji zwraca się uwagę, że bariery środowiskowe, ekonomiczne i społeczne są dla osób niepełnosprawnych jeszcze bardziej uciążliwe niż ich funkcjonalne ograniczenia.

W Polsce upowszechniła się definicja osoby niepełnosprawnej uchwalona 1 sierpnia 1997 roku przez Sejm Rzeczypospolitej Polskiej (Karta Praw Osób Niepełnosprawnych), która za osoby niepełnosprawne uznaje „osoby, których sprawność fizyczna, psychiczna lub umysłowa trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia życie codzienne, naukę, pracę oraz pełnienie ról społecznych, zgodnie z normami prawnymi i zwyczajowymi, mają [one] prawo do niezależnego, samodzielnego i aktywnego życia oraz nie mogą podlegać dyskryminacji”<sup>142</sup>.

<sup>140</sup> *Człowiek niepełnosprawny. Sprawność w niepełnosprawności. Vademecum dla osób niepełnosprawnych – przewodnik zawodowy, opracowano w CL i PKZ w Tarnowie na podstawie Ustawy z 27.0.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu niepełnosprawnych (Dz.U. Nr 123, poz. 776 z późn. zm.)*, red. M. Kościelska, Bydgoszcz 2009, s. 4–5.

<sup>141</sup> *Niepełnosprawni w środowisku społecznym*, red. L. Frąckiewicz, Katowice 1999, s. 7.

<sup>142</sup> Uchwała Sejmu RP z dnia 1 sierpnia 1997 r., „Monitor Polski” Nr 50, poz. 475.

Nieco inny punkt widzenia osób niepełnosprawnych i ich problemów przyjęło Europejskie Forum Niepełności, które w Parlamencie Europejskim w październiku 1994 roku) przyjęło następującą definicję: „Osobą niepełnosprawną jest jednostka w pełni swych praw, znajdująca się w sytuacji upośledzającej ją na skutek barier środowiskowych, ekonomicznych i społecznych, których z powodu występujących u niej uszkodzeń nie może przezwyciężyć w taki sposób jak inni ludzie. Bariery te zbyt często są zwiększone przez deprecjonujące postawy ze strony społeczeństwa”<sup>143</sup>

Interesującą próbę uporządkowania pojęcia niepełności zaproponował S. Jones poprzez przedstawienie niepełności w trzech modelach: medycznym, społecznym i prawnym<sup>144</sup>. Model medyczny koncentruje się na ograniczeniach osoby niepełnosprawnej, w modelu społecznym rozpatruje się niepełność jako kwestię społeczną. Model prawny rozpatruje niepełność z punktu widzenia obowiązującego prawa.

Niepełnosprawni mają prawo do zajmowania godnego miejsca w życiu społeczno-gospodarczym swojego kraju, państwa europejskie dążą do ujednoczenia swoich systemów ekonomicznych i społecznych w celu stworzenia polityki wspólnotowej państw członkowskich, między innymi na rzecz osób niepełnosprawnych<sup>145</sup>. Unia Europejska kładzie szczególny nacisk na zapewnienie osobom niepełnosprawnym równego dostępu do życia społecznego.

W traktacie amsterdamskim przyjętym 2 października 1997 roku (wszedł w życie 1999 roku) wskazano na potrzebę przeciwdziałania dyskryminacji osób niepełnosprawnych. Ważne znaczenie dla niepełnosprawnych miała Strategia Lizbońska przyjęta w marcu 2000 roku.

Strategia ta miała dotyczyć działań w okresie lat 2000–2010, związanych z przebudową europejskiego modelu społecznego przez tworzenie aktywnego państwa opiekuńczego i inwestowanie w ludzi.

Znaczącym krokiem w kierunku osób niepełnosprawnych było ogłoszenie w grudniu 2000 roku Karty Praw Podstawowych Unii Europejskiej, na mocy art. 21 Kart zakazano wszelkiej dyskryminacji ze względu na niepełność i zgodnie z art. 26 uznano prawo osoby niepełnosprawnej do korzystania ze środków zapewniających jej niezależność społeczną i zawodową integrację oraz uczestnictwo w życiu społecznym.

Ważnym faktem było ustanowienie roku 2003 Europejskim Rokiem Osób Niepełnosprawnych. Ten czas to okres promowania równości praw i dążenie do maksymalizacji uczestnictwa osób niepełnosprawnych w życiu społecznym.

W Polsce polityka społeczna państwa wobec osób niepełnosprawnych ma oparcie w przepisach o randze konstytucyjnej. Art. 69 Konstytucji RP stanowi, że „osobom niepełnosprawnym władze publiczne udzielają zgodnie z ustawą pomocy w zabezpieczeniu egzystencji, przysposobieniu do pracy oraz komunikacji społecznej”<sup>146</sup>.

<sup>143</sup> [www.izbaskarbowa.lodz.pl/download.php57kH960](http://www.izbaskarbowa.lodz.pl/download.php57kH960).

<sup>144</sup> N. Krzyżanowska, *Niepełność jako kwestia społeczno-ekonomiczna na przykładzie regulacji dotyczących niepełnosprawnych studentów brytyjskich*, [w:] *Teraźniejszość i przyszłość osób niepełnosprawnych...*

<sup>145</sup> H. Ochoczenko, *Kierunki działania w polityce Unii Europejskiej wobec osób niepełnosprawnych*, [w:] *Teraźniejszość i przyszłość osób niepełnosprawnych...*, s. 16.

<sup>146</sup> Konstytucja RP, <http://www.sejm.gov.pl/prawo/konst/polski/kon1.htm> (5.05.2010).

Centralne miejsce wśród aktów prawnych zajmuje ustawa o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz o zatrudnianiu niepełnosprawnych i wydane na jej podstawie akty prawne.

Jednym z ważnych dokumentów ujmujących uprawnienia osób niepełnosprawnych jest Karta Praw Osób Niepełnosprawnych, która została uchwalona przez Sejm Rzeczypospolitej Polskiej 1 sierpnia 1997 roku. Według zapisu w niej niepełnosprawni mają prawo do „niezależnego, samodzielnego i aktywnego życia oraz nie mogą podlegać dyskryminacji”<sup>147</sup>, karta ta stanowi najbardziej zwarty a zarazem najbardziej wyczerpujący dokument praw osób niepełnosprawnych.

Nowelizacja Ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej z grudnia 2002 roku<sup>148</sup> wprowadziła nowe definicje trzech stopni niesprawności: znaczny; umiarkowany; lekki:

- znaczny stopień niesprawności – określa osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej i wymagającą w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji,
- umiarkowany stopień niesprawności – określa osobę z naruszoną sprawnością organizmu niezdolną do pracy, albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej lub wymagającą czasowej, częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych,
- lekki stopień niepełnosprawności – określa osobę o naruszonej sprawności organizmu, powodującej w sposób istotny obniżenie zdolności do wykonywania pracy, w porównaniu do zdolności, jaką wykazuje osoba o podobnych kwalifikacjach zawodowych z pełną sprawnością psychiczną i fizyczną lub mającą ograniczenia w pełnieniu ról społecznych dające się kompensować przy pomocy wyposażenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze lub środki techniczne.

W przedstawionych definicjach obok kryteriów zawodowych wskazane są też kryteria społeczne, takie jak: zdolność do samodzielnej egzystencji i konieczność pomocy lub opieki ze strony innych osób. Podziały na stopnie niesprawności ujmują stan fizyczny lub psychiczny oraz zdolność do wykonywania pracy. Nie ma natomiast bliższego sprecyzowania ograniczeń w wykonywaniu poszczególnych zawodów, jak również trudności w znalezieniu pracy i możliwości długotrwałego jej wykonywania. Wykonywanie pracy zawodowej dla osoby niepełnosprawnej to nie tylko zapewnienie środków utrzymania, ale także możliwość potwierdzenia własnej wartości i przydatności jako człowieka pełnowartościowego.

Kraje członkowskie Unii Europejskiej mają niejednolite systemy orzekania niesprawności. Każde państwo stosuje własne kryteria orzekania. Obecnie w Polsce w tym zakresie obowiązują dwa rodzaje orzecznictwa regulowane odrębnymi ustawami i prowadzone przez różne instytucje<sup>149</sup>:

<sup>147</sup> Karta Praw Osób Niepełnosprawnych, <http://www.niepelnosprawni.gov.pl/karta-praw-osob-niepelnosprawnych> (16.07.2012).

<sup>148</sup> Ustawa z dnia 20 grudnia 2002 r. o zmianie ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2003 r. Nr 7, poz. 79).

<sup>149</sup> *Niepełnosprawni. Orzecznictwo rentowe i pozarentowe*, red. A. Siemaszko, wyd. 9, Warszawa 2009, s. 2.

- do celów rentowych – orzecznictwo rentowe prowadzone przez lekarzy orzeczników ZUS, oraz komisje lekarskie ZUS<sup>150</sup>,
- do celów pozarentowych – orzecznictwo pozarentowe prowadzone przez zespoły do spraw orzekania niesprawności<sup>151</sup>.

Problem niesprawności jest poruszany na gruncie różnych dokumentów strategicznych, zarówno krajowych jak i regionalnych. W Strategii Polityki Społecznej na lata 2007–2013 przygotowanej Ministerstwo Polityki Społecznej za jeden z priorytetów uznano kompleksową rehabilitację i aktywizację osób niepełnosprawnych (Priorytet III). W ramach priorytetu zakłada się m.in. następujące działania<sup>152</sup>:

- rehabilitacja zawodowa i społeczna osób niepełnosprawnych. Zasadniczym celem staje się stworzenie kompleksowego systemu rehabilitacji osób niepełnosprawnych, zarówno na poziomie centralnym, regionalnym, jak i lokalnym, który zwiększałby aktywność osób niepełnosprawnych, zwłaszcza w obszarze zatrudnienia. System ten w szczególności obejmuje:
  - a) rozwój możliwości pełnej diagnostyki osób niepełnosprawnych, której celem będzie określenie możliwości kontynuowania obecnie wykonywanego zawodu,
  - b) dla osób, które utraciły zdolność wykonywania dotychczasowego zawodu, zakłada się zapewnienie możliwości diagnozy (zdrowotnej i zawodowej), która określałaby dalsze szanse rozwoju zawodowego osoby niepełnosprawnej,
  - c) zapewnienie stałego dostępu do opieki pielęgniarstwa jako elementu wsparcia niepełnosprawnego,
  - d) objęcie fachową opieką osoby niepełnosprawnej, tak aby ją zmobilizować do poszukiwania innych niż dotychczasowe możliwości rozwoju i podejmowania zatrudnienia, efektem tej pracy powinna być świadoma zgoda na podjęcie rehabilitacji i kształcenia,
  - e) wspieranie budownictwa bez barier architektonicznych dla osób niepełnosprawnych ruchowo w istniejącym zasobie mieszkaniowym oraz tworzenie zasobu mieszkań chronionych (dla osób o innych typach niesprawności niż ruchowa),
  - f) zapewnienie osobom niepełnosprawnym dostępu do usług społecznych. Za główne zadania uznano tutaj: zwiększanie zakresu i dostępu do usług rehabilitacyjnych, opiekuńczych w tym specjalistycznych, rozbudowa i modernizacja infrastruktury instytucji kulturalnych, rozwój i wspieranie usług asystenckich,
  - g) rozwijanie całościowych systemów pomocy dla osób obciążonych nietypowymi rodzajami niesprawności, wymagających kompleksowych działań ze strony państwa.

Niepełnosprawność jest zróżnicowana nie tylko, ze względu na stopnie niesprawności i warunki funkcjonowania w danym środowisku, ale również, ze względu

<sup>150</sup> Podstawa prawna – Ustawa o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych z dnia 17 grudnia 1998 r (Dz.U. z 2004 r. Nr 39, poz. 353 z późn. zm.). Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 14 grudnia 2004 r. w sprawie orzekania o niezdolności do pracy (Dz.U. z 2004 r. Nr 273, poz. 2711).

<sup>151</sup> Podstawa prawna – Ustawa z 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (z późn. zm.) (Dz.U. z 2008 r., Nr 14, poz. 92 z późn. zm.). Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niesprawności (Dz.U. z 2003 r. Nr 139, poz. 1328.).

<sup>152</sup> Ł. Kutylko, P. Stronkowski, I. Wolińska, M. Zub, *Raport z badań. Bariery i możliwości integracji zawodowej osób niepełnosprawnych w województwie podkarpackim*, Europejski Fundusz Społeczny, Warszawa 2009, s. 20–21.

du na stałość lub możliwość zmniejszenia czy usunięcia określonej niesprawności. Stąd z problemem niesprawności wiąże się ściśle proces rehabilitacji, skierowany na ewentualną możliwość naprawiania zdrowia i szkód wyrządzonych przez chorobę lub uraz. Poddanie się rehabilitacji może dotyczyć także osób, o których wiadomo, że najprawdopodobniej sprawniejsze nigdy już nie będą. Chorzy którzy pomyślnie zostali poddani leczeniu klinicznemu mogą również szybciej dojść do pełnego zdrowia dzięki procesom rehabilitacji.

Pojęcie rehabilitacji doczekało wielu definicji, ze względu na rozległość wielu dysfunkcji wywołujących niesprawność – związanych z wypadkami w pracy, komunikacyjnymi, różnymi zatruciami itp.

Przy dysfunkcjonalności organizmu, definiuje się ją jako: „[...] proces zmierzający w pierwszym rzędzie do odbudowy i uzupełnienia fizycznych zdolności i sprawności umysłowej, w którym istotny jest udział nie jednej, lecz wielu specjalności”<sup>153</sup>.

Jeśli natomiast w niesprawności dostrzega się przede wszystkim aspekty psychologiczne, to rehabilitację określa się jako: „[...] proces, który powoduje uświadomienie sobie przez osobę niepełnosprawną potencjalnych możliwości oraz dostarcza środków do ich wykorzystywania”<sup>154</sup>.

Jeżeli niesprawność ma aspekt społeczny, to wówczas stwierdza się, że jest to: „złożony proces obejmujący oddziaływania lecznicze, społeczne, zawodowe, a przypadku dziecka – pedagogiczne, zmierzające do przywrócenia sprawności i umożliwienia samodzielnego życia w społeczeństwie człowiekowi, który takich możliwości nie miał lub z powodu przebytego urazu czy choroby je utracił”<sup>155</sup>.

A. Hulek zwracał uwagę na znaczenie rehabilitacji w przywracaniu niepełnosprawnego do procesu wykonywania pracy stwierdzając, że przez rehabilitację rozumimy zorganizowany system działania, którego celem jest przywrócenie osobom upośledzonym pod względem zdrowia najpełniejszej sprawności w sensie fizycznym, psychicznym, społecznym i zawodowym, chodzi o uaktywnienie tych osób, o włączenie ich do czynnego życia społecznego, w tym i do procesów pracy<sup>156</sup>.

W. Dega podkreślał, że „jest to metoda, która pozwala na przywrócenie zdolności do czynnej działalności zawodowej, inwalidzie, który na skutek choroby lub urazu zdolności te stracił, a który z powodu wad wrodzonych nigdy ich nie miał”. Rehabilitacja zawodowa według W. Degi opiera się na zasadach, że każda jednostka mimo swego kalectwa zachowuje określone sprawności, które mogą być wykorzystane w ich codziennym życiu i w pracy zawodowej oraz, że żadna praca nie wymaga od danej osoby, zaangażowania wszystkich sprawności fizycznych, psychicznych, intelektualnych i społecznych<sup>157</sup>.

<sup>153</sup> *Psychologia*, t. 3: *Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*, red. J. Strelau, Gdańsk 2005, s. 813.

<sup>154</sup> *Ibidem*.

<sup>155</sup> *Ibidem*.

<sup>156</sup> A. Hulek (jeden z twórców polskiej powojennej kompleksowej rehabilitacji), *System rehabilitacji inwalidów w PRL*, [w:] *Polityka społeczna*, wyd. 3, red. A. Rajkiewicz, Warszawa 1979, s. 523.

<sup>157</sup> J. Kubacki, M. Motow, I. Motow, *Wybrane zagadnienia edukacji społecznej w działalności profesora Wiktora Degi*, [w:] *Wybrane aspekty pracy z niepełnosprawnymi*, red. J. Rottermund, Kraków 2006, s. 59–67.

### Intymna i rodzinna sfera niepełnosprawności

#### *Problem indywidualny i społeczne tabu*

Nie często podejmowanym problemem osób niepełnosprawnych jest, intymna sfera ich życia a także aktywność seksualna oraz związane z nią problemy prokreacji. Społecznie ten temat traktowany jest jako wstydlivy lub w ogóle nie dotyczący osób niepełnosprawnych. Osoby te niezależnie od rodzaju i stopnia niesprawności, dość powszechnie uważa się za osoby niepełnosprawne również i pod tym względem. Ten obszar aktywności osób niepełnosprawnych, traktowany jest zazwyczaj przez najbliższych i środowisko, z brakiem zrozumienia i akceptacji, niezależnie od faktycznie występujących ograniczeń natury fizycznej lub ich braku.

O zdolności do miłości kobiety i mężczyzny w różnym wieku wiele się mówi, natomiast z dystansem, życzliwie ale ze współczuciem zauważa się miłość osoby niepełnosprawnej z pełnosprawną. Natomiast miłość dwojga osób niepełnosprawnych, to od razu sprawa gorsząca.

Tymi zagadnieniami z punktu widzenia nauk biologicznych, medycznych i społecznych interesuje się seksuologia, uważając je za szczególną wartość duchową i fizyczną człowieka<sup>158</sup>.

Współczesna seksuologia podejmuje próby analizy istoty miłości, przy czym dla jasności sprawy, dzieli zagadnienie na dwa aspekty. Pierwszy to miłość uczuciowa, polegająca na dążeniu do więzi z drugim człowiekiem. Drugi dotyczy biologicznego pożądania, czyli popędu do rozładowania napięcia seksualnego. Obydwa wątki splatają się w sposób trudny do rozdzielenia w całym dorosłym przebiegu życia ludzkiego. Proporcje dawania i brania miłości u ludzi zmieniają się stale w przebiegu życia, przeważając to w jedną, to w drugą stronę<sup>159</sup>.

Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) zdrowie seksualne jest integralną częścią zdrowia człowieka i w tym aspekcie należy je również pojmować. Ze względu na wagę tego tematu oraz jego wpływ na wiele sfer życia człowieka, przyjęto Ogólnopolski Program Zdrowia Seksualnego skierowany do szeroko pojmowanej opinii publicznej a także do osób, które dotknięte są bezpośrednio lub pośrednio dysfunkcjami seksualnymi, lub uprzedzeniami otoczenia co do seksualności osób niepełnosprawnych. Program zwraca też uwagę na życie seksualne osób niepełnosprawnych. Realizacja potrzeb seksualnych, własnej seksualności, nie jest dla osób niepełnosprawnych przywilejem, ale prawem – mówi prof. dr hab. Z. Izdebski. Każdy z nas ma prawo do szczęścia, na które składa się m.in. możliwość czerpania radości z życia erotycznego, prawo to mają także osoby niepełnosprawne. Dlatego w ramach programu zaplanowane zostały m.in. działania skierowane do osób z uszkodzonym rdzeniem kręgowym<sup>160</sup>.

Życie seksualne człowieka niesprawnego stymuluje go w pozytywnym kierunku, pobudza do aktywnych działań w różnych dziedzinach, przez to taki człowiek staje się ogólnie bardziej sprawny, łatwiej odnajduje nowe, dotąd uśpione możliwości. Tej sferze działań osoby niepełnosprawnej powinno towarzyszyć miłość bliskich i życzliwość a także okazywana akceptacja otoczenia.

<sup>158</sup> Zob. *Słownik współczesnego języka polskiego*, t. 2, s. 301.

<sup>159</sup> M. Wiśłocka, *Sztuka kochania*, Warszawa 1995, s. 9 i 11.

<sup>160</sup> Por. m.in. *Ogólnopolski Program Zdrowia Seksualnego 25.04.2008*, <http://www.funpzs.org.pl/index.php?option=com-content&id=26&Itemid=42>.

Miłość pozwala inaczej spojrzeć na siebie. Oprócz pojawiającej się i narastającej wiary we własne możliwości, człowiek niepełnosprawny zaczyna akceptować siebie w tym stanie, w jakim aktualnie się znajduje. Tak pięknie i przekonująco pisze na ten temat H. Viscardi, który urodził się bez nóg i został dyrektorem wielkiego przedsiębiorstwa oraz założył rodzinę: „Kiedy spotkasz kobietę, która cię pokocha, twoje kalectwo niknie dla niej. Miłość nie patrzy obiektywnym okiem. I dopóty nie zrobisz czegoś, by okaleczyć tę miłość, zniszczyć ją, oczy miłości będą pomniejszały twoje kalectwo, jak gdyby ono nie istniało” (*List do Jima*)<sup>161</sup>.

W wielu przypadkach w życiu codziennym oprócz barier ekonomicznych, oporów rodzin, istnieje szereg wątpliwości u samych zainteresowanych, czy podolają trudom, czy wystarczy im siły, cierpliwości i odporności psychicznej. Małżeństwo to nie tylko aktywność seksualna i piękne wzruszające uczucie miłości, macierzyństwa czy ojcostwa, to również ciągłe przezwyciężanie bólu i niesprawności własnej lub drugiej osoby. Czy to oznacza, że należy się wyrzekać możliwości zawarcia małżeństwa i rodzicielstwa, na pewno nie. Jednak wymaga to działania nie pod wpływem chwili, ale namysłu i rozwagi. Nie można zniszczyć własnej lub najbliższych – miłości poprzez brak zastanowienia, lub brak odwagi.

Sprawy miłości i małżeństwa są bardziej skomplikowane w przypadku osób chorych psychicznie chorych i upośledzonych umysłowo. Ludzi, u których obserwowane są takie zachowania określa się najczęściej mianem wariatów, odmieńców lub po prostu chorych o odmiennych od ogólnie przyjętych standardów zachowaniach<sup>162</sup>. Próbowano poznać wyobrażenia dotyczące ludzi psychicznie chorych lub z upośledzeniem umysłowym. Badania wykonano na reprezentatywnej 960-osobowej próbie w specjalnie skonstruowanym do potrzeb tych badań kwestionariuszu wywiadu<sup>163</sup>. Zdaniem respondentów liczba osób psychicznie chorych w naszym kraju jest większa niż dwadzieścia–trzydzieści lat temu. Obecność osób chorych psychicznie w swoim najbliższym otoczeniu – rodzinie, sąsiedztwie dostrzega ponad połowa z wszystkich respondentów. Przy rozróżnianiu „chorych psychicznie” od „osób upośledzonych umysłowo”, duża część respondentów przyznaje, że oba te terminy oznaczają to samo. O chorych psychicznie respondenci mówili, że:

- mówi i zachowuje się dziwnie,
- jest bezradny w życiu, nie dba i nie interesuje się rodziną,
- są to osoby niekontrolujące swego zachowania,
- osoby niebezpieczne, wymagające stałego nadzoru,
- osoby nie zrównoważone umysłowo,
- w społeczeństwie nie może żyć człowiek, łamiący normy społeczne (nie odpowiadając za swe czyny)<sup>164</sup>.

Ta grupa chorych ma najczęściej utrudnione kontakty z rówieśnikami, zarówno pełnosprawnymi jak i niepełnosprawnymi, stąd występują znaczne ograniczenia na

<sup>161</sup> Zob. Z. Kawczyńska-Butrym, *Niepełnosprawność – specyfika pomocy społecznej*, Katowice 1998, s. 55–56.

<sup>162</sup> Jeśli te osoby są ubezwłasnowolnione, to zawarcie przez nie związku małżeńskiego wymaga zgody sądu.

<sup>163</sup> P. Pankiewicz, J. Erenc, *Spółeczny wizerunek osób chorych psychicznie – wyniki badań*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska”, Vol. LV, Suppl. VII, 39, Lublin 2000.

<sup>164</sup> *Ibidem*, s. 190.

realizację zaspokojenia potrzeb miłości a w tym potrzeb seksualnych. W życiu codziennym, niejednokrotnie osoby chore psychicznie nie przywiązują znaczenia do żywienia, zdrowia, pracy, do posiadania, czy względem domu, w którym mieszka. Taki stosunek do życia, odpowiedzialności – wręcz uniemożliwia stworzenie normalnej rodziny, nie mówiąc już o wychowywaniu dzieci. Jeszcze trudniej w przypadku demencji mówić o partnerstwie seksualnym, gdy chory traktuje seks instrumentalnie i przedmiotowo. Łatwo wtedy chorzy stają się ofiarami wykorzystywania i przemocy seksualnej zarówno ze strony innych chorych, jak i zdrowych ludzi<sup>165</sup>.

### Dziecko niepełnosprawne w rodzinie

Twórca socjologii August Comte uważał rodzinę za najważniejszą podstawową grupę społeczną, na której opiera się całe społeczeństwo. Współcześni socjologowie i psychologowie scharakteryzowali istotne funkcje rodziny, jakie pełni ona w rozlicznych dziedzinach życia jednostki<sup>166</sup>.

Rodzina stanowi nie tylko grupę społeczną, ale także biologiczną. Szczególnie trudna sytuacja powstaje wraz z pojawieniem się w rodzinie dziecka niepełnosprawnego. Uświadomienie sobie prawdy o zaburzonem rozwoju dziecka i płynących z niego konsekwencjach jest zawsze dla rodziców bolesnym przeżyciem, ponieważ dotychczasowe życie rodziny ulega co najmniej zaburzeniu. Rodzice z chwilą uświadomienia sobie, że ich dziecko jest lub będzie niepełnosprawne, przeżywają bardzo silne emocje: poczynając od zawiedzenia, żalu, gniewu, złości, aż po agresję skierowaną do siebie lub na kogoś. Po pewnym czasie, przychodzi moment opamiętania się, następnie przystosowania do tej trudnej sytuacji, a potem akceptacji sytuacji, a następnie podejmowania wszelkich działań, aby pomóc dziecku niepełnosprawnemu.

Dziecko niepełnosprawne w rodzinie stawia rodziców w nowej niezwykle trudnej sytuacji życiowej. Powoduje to, że sytuacja takich rodzin, staje się bardzo skomplikowana. Angażując całe zasoby osobiste i materialne w pomoc potrzebującemu dziecku, członkowie rodziny rezygnują z wielu celów i aspiracji<sup>167</sup>, poczynając od kontaktów towarzyskich, ograniczenia godzin snu, osobistego wypoczynku aż po wyrzeczenia finansowe.

Los dziecka niepełnosprawnego zależy w znacznej mierze od sytuacji bytowej rodziny. Większość matek przerywa pracę zawodową, jednocześnie wzrastają wydatki związane z leczeniem, odpowiednim żywieniem, z kupnem sprzętu rehabilitacyjnego, opłacania rehabilitantów i terapeutów. Brak pieniędzy często prowadzi do wzrostu napięcia wśród małżonków. Zdarza się, że niektórzy ojcowie odrzucają dziecko, nie wierzą w poprawę stanu zdrowia i zrzucają wszystkie obowiązki związane z pielęgnacją i wychowaniem dziecka na żonę. Postępujące przeciążenie matki, permanentne zmęczenie może prowadzić do rozluźnienia a nawet rozpadu więzi uczuciowej między małżonkami.

Na prawidłowy rozwój dziecka niepełnosprawnego ogromny wpływ ma atmosfera domowa. Najbardziej korzystna jest atmosfera wzajemnej życzliwości, zrozumie-

<sup>165</sup> Szerzej: W. Ślósarz, *Psychoseksualne aspekty demencji*, Wrocław 2002, [www.seksuolog.pl](http://www.seksuolog.pl).

<sup>166</sup> Z. Tyszką, *Rodzina w świecie współczesnym – jej znaczenie dla jednostki i społeczeństwa*, [w:] *Pedagogika społeczna*, red. T. Pilch, I. Lepalczyk, Warszawa 1995, s. 137 i n.

<sup>167</sup> Szerzej: *Rodzina wobec współczesnych wyzwań społeczno-kulturowych*, red. J. Gorbańnik, B. Parysewicz, Lublin 2009, s. 237.



nia i zaufania, między wszystkimi członkami rodziny. Dziecko musi wiedzieć i czuć, że jest kochane przez bliskich. Dziecko niepełnosprawne niezależnie od wszystkich związanych z nim problemów, przynosi również chwile radości i satysfakcji swoim najbliższym. Przy nim uczymy się pokory, cierpliwości, wrażliwości, delikatności w kontaktach z drugim człowiekiem. Nie zapominajmy mówić dziecku, że jest dobre, że potrafi... i jest przez nas kochane...

### Szczególne utrudnienia

#### *Bariery architektoniczne*

Bariery architektoniczne czyli utrudnienia dla osób niepełnosprawnych, występujące w budynkach i ich elementach zewnętrznych, które ze względu na rozwiązania techniczne lub warunki użytkowania utrudniają lub uniemożliwiają swobodę ruchu osobom niepełnosprawnym<sup>168</sup>. Często są to bariery skazujące, na przymusowe przebywanie – w domu. W mieszkaniu pojawia się kolejna pętla niedogodności życia codziennego; śliska podłoga, zbyt wąskie drzwi, by móc przejechać wózkiem, niedostosowane do wysokości danej niesprawności rozmieszczenie urządzeń higieniczno-sanitarnych itp.

Badania statystyczne w tym zakresie są porażające, 80% osób poruszających się na wózku inwalidzkim, mieszka w mieszkaniach do tego nieprzystosowanych, a tylko 50% osób niepełnosprawnych może wykonywać podstawowe czynności domowe samodzielnie. W ocenie badanych w zakresie zadowolenia z warunków mieszkaniowych: 66,6% uznaje je za przeciętne, 30% ocenia jako złe, a tylko 3% uważa, że są dobre<sup>169</sup>.

W wielu aktach prawnych są przepisy o likwidowaniu barier architektonicznych i innych. Przykładem może być ustawa z dnia 7 lipca 1994 roku prawo budowlane<sup>170</sup>, w której postanawia się, że obiekt budowlany należy projektować, budować, użytkować zgodnie z przepisami, w tym techniczno-budowlanymi, obowiązującymi polskimi normami oraz zasadami wiedzy technicznej, w sposób zapewniający niezbędne warunki do korzystania z obiektów użyteczności publicznej i mieszkaniowego budownictwa wielorodzinnego przez osoby niepełnosprawne, w szczególności poruszające się na wózkach inwalidzkich, oraz ustawa z dnia 15 listopada 1984 roku prawo przewozowe<sup>171</sup>, w której postanawia się, że przewoźnik powinien podejmować działania ułatwiające korzystanie ze środków transportowych, punktów odprawy, przystanków, peronów osobom niepełnosprawnym, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich, a także ustawa z dnia 12 czerwca 2003 roku prawo pocztowe<sup>172</sup>, która obarcza podmiot świadczący usługę pocztową o charakterze powszechnym obowiązkiem zapewnienia osobom niepełnosprawnym dostępu do świadczonych usług.

W pokonywaniu barier architektonicznych decydującą rolę na szczeblu lokalnym odgrywają władze gmin, począwszy od planu zagospodarowania, a skończywszy na

<sup>168</sup> B.B. Paradowska, *Sytuacja osób niepełnosprawnych w Polsce*, Warszawa 2002, s. 41.

<sup>169</sup> Zob. H. Ochronczenko, N. Nowicka, *Potrzeby osób niepełnosprawnych w warunkach globalnych przemian społeczno-gospodarczych*, Kraków 2006, s. 80 i n.

<sup>170</sup> Dz.U. 06.156.1118, art. 5 z 7 lipca 1994 r.

<sup>171</sup> Dz.U. 00.50.601, art. 8 z 15 listopada 1984 r.

<sup>172</sup> Dz.U. 03.130.1138, art. 56 z 12 czerwca 2003 r.

pozwoleniach budowlanych. Niejednokrotnie występujące bariery to nie względy techniczne czy finansowe a społeczno-mentalnościowe.

### Niepełnosprawni w procesie edukacyjnym

Edukacyjne problemy niepełnosprawnych zaczynają się od okresu wychowania przedszkolnego. Wiąże się to z wczesnym rozpoznaniem ograniczeń rozwojowych małego dziecka wynikających z jego różnych form niesprawności, szczególnie tych mało uchwytnych zewnątrznie. Ciągłe jest zbyt mało placówek diagnostyczno-terapeutycznych w tym zakresie.

Następny problem to wybór szkoły. Powinny tu pomóc poradnie psychologiczno-pedagogiczne. Wydawane jest tu zazwyczaj szybko orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego. Zgodnie z unormowaniami prawnymi, uczniowie niepełnosprawni mogą realizować obowiązek szkolny w trybie szkolnictwa specjalnego, w szkołach i klasach integracyjnych, w szkołach i klasach ogólnodostępnych oraz poprzez nauczanie indywidualne w domu. Szkoła jest zobowiązana do dostosowania treści, metod i form pracy do indywidualnych możliwości psychofizycznych uczniów. Często spotykany problem z tym związany, są kwalifikacje specjalistyczne nauczycieli w odniesieniu do pracy z uczniem o specjalnych potrzebach edukacyjnych.

Kolejną barierę dla niepełnosprawnych to możliwość kształcenia ponadgimnazjalnego, szkoły średnie prowadzą nabór segregacyjny. Nawet w stosunku do kandydatów pełnosprawnych, wykluczają możliwość przyjmowania uczniów z obniżonym ilorazem inteligencji. Przeszkodą niejednokrotnie bywa pogorszony słuch lub wzrok. Również występują problemy związane ze szkolnictwem zawodowym. Wyjątkiem są tu niezbyt liczne szkoły zawodowe specjalne przeznaczone dla uczniów upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim, i że realizują one taką samą podstawę programową, co szkoły ogólnodostępne. Natomiast młodzież z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym i niekiedy z połączonymi niesprawnościami może kończyć szkoły przysposabiające do zawodu, a następnie uczęszczać na zajęcia do warsztatów terapii zajęciowej<sup>173</sup>.

Konsekwencją pogorszonej dostępności do edukacji szkolnej, niezależnie od bariery niepełnosprawności jest niewysoki procent osób posiadających wykształcenie średnie. Np. w roku 2005 aż 70,8% osób niepełnosprawnych w wieku 15 lat i i więcej nie miało wykształcenia średniego, podczas gdy wskaźnik ten u osób sprawnych wynosił 51,5%. W krajach Unii Europejskiej, podobnie jak we wszystkich krajach świata, osoby z niepełnosprawnością, mają stosunkowo niższy poziom wykształcenia w porównaniu z osobami pełnosprawnymi. Kraje o wysokim wskaźniku osób niepełnosprawnych z wykształceniem zaledwie podstawowym, to Francja, Włochy, Hiszpania i Wielka Brytania. Najwięcej osób z niepełnosprawnych, kończy swoją edukację na poziomie uniwersyteckim we Francji i Finlandii. Na ogół niższy poziom wykształcenia tej grupy społecznej, w porównaniu z innymi grupami społeczeństwa, wynika częściowo z tego, że osoby z pewnymi szczególnymi rodzajami niepełnosprawności, mają trudności w uczeniu się (np. osoby z niesprawnością intelektualną). Różnice te,

<sup>173</sup> *A gdy już dorosnę... Aspekty kształcenia dzieci niepełnosprawnych*, „Wspólne Tematy” 2000, nr 1.

spowodowane są także efektem wieku, najwięcej osób z niepełnosprawnością, jest wśród ludzi starszych, w tym najstabiliej wykształconych<sup>174</sup>.

### Komputer, internet a niepełnosprawność

W XXI wieku, w życiu każdego człowieka ważną rolę odgrywają nowe technologie, szczególnie informatyczne: komputery, internet i połączona z nimi telefonia komórkowa. Jesteśmy otoczeni przez wirtualną rzeczywistość, która jest coraz bardziej obecna w naszym życiu. Najnowsze technologie, mogą znacząco ułatwić funkcjonowanie osób niepełnosprawnych w domu, otoczeniu społecznym a nawet pracy. Te ułatwienia, pozwalają na wykonywanie w niezależny sposób różne czynności, które wcześniej nie mogły być wykonywane bez pomocy innych ludzi, chociaż najnowocześniejsze technologie, posiadają coraz więcej programów zawierających specjalne funkcje, ułatwiające osobom niepełnosprawnym korzystanie z nich, to jednak posługiwanie się nimi może powodować dużo trudności.

Wysokie koszty zakupu specjalistycznego sprzętu i oprogramowania są jednym z najważniejszych problemów osób niepełnosprawnych. Należy wziąć pod uwagę, że przeważająca większość niepełnosprawnych osób, utrzymuje się z zasiłku lub renty, co sprawia, że koszt nowoczesnego komputera ze specjalnymi funkcjami, czy dostęp do internetu, może być dla nich za wysoki.

Internet jest dzisiaj jednym z najważniejszych nośników przekazu medialnego. Jego początki sięgają lat 60 tych dwudziestego wieku. W 1996 roku pojawiła się idea programu „Internet dla niepełnosprawnych” (<http://www.idn.org.pl>), której celem miało być ułatwienie osobom niepełnosprawnym korzystania z internetu<sup>175</sup>. Różne instytucje zaoferowały pomoc w formie pieniężnej, hostingu, czy wyposażając w sprzęt pracownie komputerowe objęte programem. W 2004 roku udało się „Internetowi dla niepełnosprawnych” dostać wsparcie i dofinansowanie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych<sup>176</sup>. Osoba niepełnosprawna korzystająca z internetu może się dowiedzieć, o ośrodkach rehabilitacyjnych, ofertach pracy, może porozmawiać z rodziną, znaleźć materiał do napisania referatu, dowiedzieć się o aktualnym repertuarze teatrów itp.

Powstają specjalne peryferia komputerowe kierowane do osób z różnymi niepełnosprawnościami, takie jak monitory brajlowskie, przekształcające informacje tekstowe i graficzne na pojawiające się na monitorze symbole alfabetu Brajla (np. Alva 544 satellite), ale także i drukarki, dzięki którym z łatwością z ekranu monitora przeniesiemy tekst na papier w zapisie brajlowskim. Dla niedowidzących przeznaczono doskonalone syntetyzatory mowy, które dość sprawnie odczytują przez głośniki tekst widoczny na ekranie komputera (np. popularny wśród internautów syntezytor mowy Iwona), a także specjalnie skonstruowane klawiatury charakteryzujące się trochę innym układem znaków oraz wielkością klawiszy. W tym obszarze postęp techniki następuje szybko.

<sup>174</sup> E. Wapiennik, R. Piotrowicz, *Niepełnosprawny – pełnosprawny obywatel Europy*, Urząd Komitetu Integracji Europejskiej, Warszawa 2002, s. 63–64.

<sup>175</sup> Szerzej: A. Zielak, *Niepełnosprawni w świecie internetu*, Warszawa 2005, s. 39.

<sup>176</sup> *Ibidem*, s. 40 i n.

### Problemy związane z pracą

#### *Rola pracy i miejsca pracy osób niepełnosprawnych*

Praca ma w życiu człowieka niepełnosprawnego znaczenie nie do przecenienia. Ważnym skutkiem pracy jest realizacja funkcji dochodowej, która umożliwiła pozyskanie środków do życia. Jest to szczególnie ważne w sytuacji braku innych źródeł dochodu (renty czy zasiłku) a szczególnie w sytuacji posiadania rodziny na utrzymaniu. Duże znaczenie, ma także możliwość samorealizacji i samoafirmacji człowieka<sup>177</sup>. Wyróżniamy trzy podstawowe funkcje pracy w życiu człowieka niepełnosprawnego<sup>178</sup>:

- dochodowa,
- rehabilitacyjna,
- socjalizacyjna.

Praca oprócz środków do utrzymania, funkcji terapeutycznej, uświadomienia sobie wartości, jakie dany człowiek reprezentuje, daje poczucie przynależności do społeczeństwa, jak również społecznej wartości tej pracy.

#### *Praca w zakładach pracy chronionej*

Zakłady pracy chronionej powstawały początkowo w miejscach spółdzielni inwalidów (likwidowanych na początku lat 90.), które często nie były w stanie dostosować się do wymagań gospodarki rynkowej i stanowiły swego rodzaju miejsca odosobnienia dla osób niepełnosprawnych, utrudniając im normalną integrację ze społeczeństwem. Obecnie o status zakładów pracy chronionej starają się firmy z wielu branż, gdyż wiąże się to m.in. z niższymi podatkami odprowadzanymi do skarbu państwa. Na podstawie wyników różnych badań szacuje się, że tylko co piąta niepełnosprawna osoba pracuje w zakładzie pracy chronionej. Kontrole przeprowadzane w zakładach pracy chronionej wykazują, że w wielu nich nie respektuje się praw osób niepełnosprawnych do odpowiednich warunków pracy i rehabilitacji<sup>179</sup>. Najprawdopodobniej więcej niż połowa osób niepełnosprawnych pracuje w pełnym wymiarze czasu pracy. Osoby te pracują głównie w sektorze prywatnym a szczególnie w rolnictwie indywidualnym. Zgodnie z obowiązującą klasyfikacją spółdzielczość zaliczana jest do sektora prywatnego, co wpływa na zwiększenie ewidencji liczby zatrudnionych w sektorze prywatnym. Cztery rodzaje działalności zapewniają pracę dla znacznej części osób niepełnosprawnych; zakłady przetwórstwa przemysłowego, handel i naprawy oraz obsługę nieruchomości i firm. Są to na ogół małe zakłady, w których liczba pracujących nie przekracza 10 osób. Rzadziej tego typu zatrudnienie oferują zakłady duże. Większość zatrudnionych pracuje 38,5 godzin, niektórzy dłużej, szczególnie w sektorze prywatnym i pracujący na rachunek własny.

#### *Wspomaganie osób niepełnosprawnych w dostępie do pracy*

Aby zachęcić pracodawców do zatrudniania osób niepełnosprawnych, w krajach Unii Europejskiej, stosuje się różne mechanizmy zachęt materialnych dla pracodawców, np. „dotacje na pokrycie kosztów wynagrodzenia, przystosowanie stanowiska

<sup>177</sup> Samorealizacja – dążenie jednostki do maksymalnego wykorzystania uzdolnień i kwalifikacji, samoafirmacja – akceptacja siebie samego jakim się jest.

<sup>178</sup> E. Wapiennik, R. Piotrowicz, *op. cit.*, s. 146.

<sup>179</sup> J. Chorążuk, *Bariery w aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych. Informator – 1734-0713, Łódź 2006.*

pracy czy zatrudnienie osobistego asystenta (lektora dla pracownika niewidomego, tłumacza języka migowego) pomagającego osobie z niepełnosprawnością w pełnej adaptacji zawodowej w nowym miejscu pracy<sup>180</sup>. Trzeba jednak zwrócić uwagę, że stworzone możliwości zatrudnienia dalekie są od powszechnego stosowania. Na wagę problemu zatrudniania osób niepełnosprawnych zwracają uwagę zarówno politycy, jak i wysocy przedstawiciele międzynarodowych instytucji gospodarczych np. James Wolfenshon Prezydent Banku Światowego (w 2002 r.), który stwierdził „Jeśli nie włączymy osób niepełnosprawnych w główny nurt rozwoju gospodarczego i społecznego, nie będzie możliwe osiągnięcie zaplanowanego na rok 2015 obniżenie rozmiarów ubóstwa o połowę”.

Liczba osób niepełnosprawnych, którzy poszukują pracy, jest znacznie większa niż liczba ofert pracy dla nich przeznaczonych, zarówno w Polsce jak i innych krajach. Głównym powodem niechęci zatrudniania takich osób jest niski poziom wykształcenia lub brak potrzebnych kwalifikacji. Pracodawcy unikają przyjmowania niepełnosprawnych pracowników, gdyż nadal panuje dość powszechne przekonanie, że nie są zdolni do pracy, jeżeli już pracują, to ich praca jest mniej efektywna i gorsza od pełnosprawnego pracownika. Dlatego pracodawcy nie chcą zatrudniać i utrzymywać „gorszych” pracowników, gdy mogą zastąpić ich „lepszymi”, i bardziej „wydajnymi” lub mogą zastosować nową technologię pozwalającą na zmniejszenie zatrudnienia. Osoby niepełnosprawne, zdają sobie sprawę, że nie potrafią sprostać oczekiwanym zadaniom w nowym miejscu pracy.

W celu bardziej efektywnego poszukiwania pracy odpowiadającej potrzebnym kwalifikacjom dla pracodawców, przy ewentualnym wykorzystaniu możliwości ich poszerzenia wprowadzono poradnictwo zawodowe<sup>181</sup>.

Zdaniem W. Rachalskiej poradnictwo zawodowe powinno:

- 1) „pomagać niepełnosprawnym w wyborze i zdobyciu zawodu, w którym ich niepełnosprawność nie jest wcale lub jeśli jest, to w nieznacznym stopniu utrudnieniem; ukazywać możliwości zwiększenia swoich szans na rynku pracy.
- 2) doradzać przedsiębiorcom, jak przygotować stanowiska pracy dla osób niepełnosprawnych, informować o korzyściach płynących z zatrudnienia niepełnosprawnych dla nich i dla przedsiębiorstwa<sup>182</sup>.

### Przyczynek ekonomii społecznej stosowanej

Z punktu widzenia społecznego w dość powszechnym odczuciu, niepełnosprawność to często codzienna uciążliwość związana z kilkunastoprocentową grupą społeczeństwa, z której tylko mała część samodzielnie zarabia na utrzymanie. Akcentuje się przede wszystkim wielkość wydatków ponoszonych przez państwo na rzecz niepełnosprawnych i ich rodzin. Przy tym wszystkim występuje (trudne do oszacowania) współczucie deklarowane i okazywane, jak również bezinteresowna rzeczywista pomoc tak bardzo potrzebna. Ekonomiczne bariery dla niepełnosprawnych są często

<sup>180</sup> E. Wapiennik, R. Piotrowicz, *op. cit.*, s. 54.

<sup>181</sup> G. Wieczorek, *Poradnictwo zawodowe dla osób niepełnosprawnych jako element postulatycznego modelu ich wspomagania*, [w:] *O trudnej sztuce bycia razem, czyli różne oblicza integracji*, red. A. Stankowski, M. Balukiewicz, Kraków 2006, s. 90.

<sup>182</sup> W. Rachalska, *Problemy orientacji zawodowej i poradnictwa zawodowego w Polsce*, „Pedagogika Pracy” 1994, nr 23.

codziennie spotykanymi barierami związanymi z tą grupą społeczną, bariery ekonomiczne w różnej skali dotyczą wielu ludzi, gdyż związane jest to z odwiecznym problemem ekonomii – problemem rzadkości<sup>183</sup>. Każdy człowiek, także niepełnosprawny, dysponuje określonym dochodem. Dochód ten wyznacza pewne ramy, tzn. pewną siłę nabywczą. Dochód określa to, co i za ile dana jednostka społeczna może kupić. Najczęściej dochody osób niepełnosprawnych są skromne. Przy tym należy pamiętać, że mają one znaczne wydatki związane z niepełnosprawnością.

Na podstawie analizy rodzajów ponoszonych przez osoby niepełnosprawne wydatków, koszty te można pogrupować następująco<sup>184</sup>:

1. Wydatki na leczenie i rehabilitację: obejmują zakup leków, materiałów pomocniczych i opatrunkowych, wizyty u lekarzy specjalistów oraz wyjazdy do sanatorium (w tym dodatkowe zabiegi, masaże itp.);
2. Wydatki na zaopatrzenie ortopedyczne; zakup sprzętu ortopedycznego, jego konserwację i naprawę, zakup dodatkowego sprzętu ułatwiającego samodzielne funkcjonowanie;
3. Wydatki na adaptację mieszkania: przebudowa łazienki, wymiana mebli, zakup łóżka ortopedycznego, wymiana podłogi, zamontowanie uchwytów itp.;
4. Inne wydatki, np. ewentualne dojazdy do lekarza, na specjalistyczną diagnostykę, czy telefoniczny abonament monitoringowy.

W przypadku osób niepełnosprawnych oszczędności w ww. zakresie często są niemożliwe, gdyż mogą skończyć się tragicznie, a przynajmniej pogorszyć ich aktualny stan zdrowia. Jednym choć nie zawsze możliwym sposobem oszczędności jest częściowa rezygnacja z wyjazdów na turnusy rehabilitacyjne do sanatorium i rezygnacja z dodatkowych zabiegów, czy prywatnych wizyt u lekarzy specjalistów. Oszczędności na i tak skromnym pożywieniu wydają się ostatecznością, ze względu na możliwe pogorszenie stanu zdrowia, nie mówiąc o samopoczuciu psychicznym. Nie wszyscy mogą sobie pozwolić na rezygnację z diety, choćby przy cukrzycy.

Porównując koszty do przychodów uzyskiwanych przez osoby niepełnosprawne (renta inwalidzka, renta socjalna, zasiłek pielęgnacyjny) smuci znaczna dysproporcja powodująca niedobór potrzebnych środków. Stąd niezbędna jest pomoc ze strony rodziny, sponsorów, fundacji, a także państwa.

<sup>183</sup> Co świadczy o tym, że dobra (ilość posiadanych pieniędzy) nie występują w takich ilościach w jakich są potrzebne. Zob. *Makro i mikro ekonomia. Podstawowe problemy*, red. S. Marciniak, Warszawa 1998, s. 15.

<sup>184</sup> A. Klinik, J. Rottermund, Z. Gajdzica, *Edukacja – Socjalizacja – Autonomia w życiu osoby niepełnosprawnej*, Kraków 2005, s. 150.

## 16. Czyny naganne i nienaganne

W życiu codziennym „emoz” – czyli etyka, moralność, obowiązek i zobowiązanie to swoisty kwartet naszych działań jako człowieka przyzwoitego. Przypomnijmy znaczenie tych słów:

- etyka (*ethics*) zajmuje się tym, co uważane jest za akceptowalne w ludzkim zachowaniu, tym co jest dobre lub złe...<sup>185</sup>,
- moralność (*morality*) zachowania, będące przejawem zasad lub zachowania, oceniane z punktu widzenia dobra i zła<sup>186</sup>,
- obowiązek, to co ktoś musi zrobić, do czego powinien się poczuwać, ze względów moralnych, prawnych, społecznych i in., z racji ciężącego na kimś obowiązku (np. czynsz trzeba płacić)<sup>187</sup>,
- zobowiązanie; to do czego ktoś jest zobowiązany (zobowiązania finansowe, płatnicze itp.)<sup>188</sup>.

Do normalnych powinności człowieka należy terminowe realizowanie zobowiązań, nie tylko wobec osób bliskich, ale wobec instytucji, takich jak:

- alimenty, wynikają z tytułu pokrewieństwa, lub zobowiązań z tytułu odszkodowania za wyrządzone szkody na zdrowiu. Mają one na celu zapewnienie podstawowych indywidualnych potrzeb; wyżywienia, mieszkania, leczenia, zakupu leków, opieki itp. Brak tych środków utrzymania, może pogorszyć lub uniemożliwić funkcjonowanie osób bezradnych,
- pożyczki bankowe stosunkowo łatwo się otrzymuje a trudniej się spłaca. Po pierwsze trzeba się zastanowić, czy pożyczka jest potrzebna i jaka wysokość rat jest realna do miesięcznego spłacania, w przypadku trudności spłat trzeba negocjować z bankiem wysokość raty. Takie postępowanie może nas uchronić od wielu kłopotów natury finansowej, egzekucyjnej, czy umieszczenia na liście dłużników,
- czynsz obejmuje wszystkie składniki kosztów związanych z eksploatacją lokalu i opłatami towarzyszącymi. Niespełnianie obowiązku płacenia czynszu przez co najmniej trzy miesiące, może spowodować wypowiedzenie umowy najmu i konieczność opuszczenia lokalu. Eksmisję spowodują brak komunalnych mieszkań zastępczych,
- media związane z mieszkaniem obejmującą zasilanie w energię elektryczną, gaz, wodę, odprowadzanie ścieków, wywóz nieczystości itp., współcześnie także tele-

<sup>185</sup> A.S. Reber, E.S. Reber, *Słownik psychologii*, polskie wydanie pod red. nauk. I. Kurcz, K. Skarżyńskiej, Warszawa 2008, s. 213.

<sup>186</sup> *Ibidem*, s. 401.

<sup>187</sup> *Słownik współczesnego języka polskiego*, t. 1, s. 634.

<sup>188</sup> *Ibidem*, t. 2, s. 666.

- wizor, radio, internet i telefony – które też mają swoich dostawców przekazu. Kradzieże i przepukstwo są czynami nagannymi.
- kradzieże to bezprawne zabranie dokonane bez wiedzy prawowitego właściciela jego własności, z użyciem metod specjalnych. Najczęściej kradzież związana jest z pieniędzmi, coraz częściej dotyczy kradzieży; tożsamości, własności intelektualnej, różnych dóbr w hipermarketach, paliwa na stacjach benzynowych,
  - korupcja i przychylność w sprawach zdrowia wynika z braku pieniędzy na różne świadczenia specjalistyczne w ramach NFZ, jak również braku lekarzy specjalistów.

### Zobowiązania realizowane nieterminowo

#### *Alimenty*

Wiele kryzysów małżeńskich zakończyło się rozwodem. Oprócz skutków prawnych, społecznych i moralnych, spowodowało to również skutki ekonomiczne, w tym z tytułu alimentów.

Alimenty kojarzą się zazwyczaj z obowiązkiem płacenia środków na czyjeś utrzymanie. Ma to zazwyczaj związek z członkami rodziny zarówno formalnej, jak i nieformalnej. Słowo alimenty pochodzi z języka łacińskiego *alimentatio*, co rozumiemy jako zasilanie czy obowiązek łożenia na utrzymanie określonych osób<sup>189</sup>. Według innej bardziej wyczerpującej definicji alimenty to środki, zwykle określone sądownie, dostarczane krewnym w linii prostej; rodzicom, współmałżonkom, dzieciom (w tym ze związków pozamałżeńskich)<sup>190</sup>. Tak więc alimenty są to regularne świadczenia na rzecz osób fizycznych, do których są zobowiązane inne osoby fizyczne.

Obowiązek alimentacyjny wynika z tytułu: pokrewieństwa, powinowactwa lub małżeństwa:

- pokrewieństwo obejmuje krewnych w linii prostej (tj. rodzice, dziadkowie, dzieci) oraz rodzeństwo, wszyscy oni są zobowiązani do wzajemnej alimentacji, jeżeli osoba do tego uprawniona znajduje się w potrzebie,
- powinowactwo występuje wówczas, gdy żądanie alimentów odpowiada zasadom współżycia społecznego. Np. mąż matki (ojczym) lub żona ojca (macocha) mogą oczekiwać od dorosłego dziecka alimentów, jeżeli przyczynili się do jego wychowania i utrzymania,
- małżeństwo powstaje z chwilą jego zawarcia i w zasadzie wygasa z chwilą jego ustania. Oboje małżonkowie obowiązani są – każdy według swoich sił oraz możliwości zarobkowych i majątkowych, przyczyniać się do zaspokajania potrzeb rodziny, którą przez swój związek założyli<sup>191</sup>.

Każdy człowiek żyjący w danym społeczeństwie ma określone indywidualne potrzeby. Jednak nie każdy człowiek ma dostępne potrzebne środki na zaspokajanie własnych potrzeb. Szczególnie dotyczy to osób małoletnich, którym oprócz podstawowych warunków bytu, trzeba zapewnić możliwość wykształcenia i rozwoju. Zapewnienie podstawowych środków utrzymania także dotyczy potrzebujących osób dorosłych ze względu na wiek, chorobę czy utratę możliwości zarobkowania. W zakresie świadczenia obowiązku alimentacyjnego, oprócz środków utrzymania, należy

<sup>189</sup> *Słownik wyrazów obcych*, wyd. 8, Warszawa 1962, s. 42.

<sup>190</sup> *Słownik współczesnego języka polskiego*, t. 1, s. 10.

<sup>191</sup> *Encyklopedia prawa*, red. M. Pawlus, Bielsko-Biała 2002, s. 27–29.



uwzględnić w miarę potrzeb i możliwości także inne potrzeby (np. zakupu lekarstw itp.).

Przy ustalaniu zakresu świadczeń alimentacyjnych powinno się brać pod uwagę zarówno potrzeby uprawnionego, jak też możliwości finansowe do nich zobowiązanego<sup>192</sup>.

Sądy orzekają corocznie kilkadziesiąt tysięcy wyroków przyznających alimenty. Unikanie płacenia alimentów w Polsce jest dość powszechne i spotyka się z dużą tolerancją społeczną. Podobnie nie traktujemy na serio wielu innych zobowiązań.

Obowiązki alimentacyjne rodziców wobec dzieci trwają zwykle do 18 roku życia, lub do ukończenia przez dziecko nauki szkolnej, nie dłużej jednak niż do ukończenia 25 roku życia. Wyjątek stanowi dziecko niepełnosprawne, które nie jest w stanie utrzymać się samodzielnie, dlatego alimenty temu dziecku przysługują dożywotnio. Gdy alimenty nie są płacone, mimo ich zasądzenia przez sąd, to w ściganiu nierzetelnego płatnika pomoc powinien komornik. Można też złożyć wniosek o wypłatę pieniędzy z funduszu alimentacyjnego.

Podstawą prawną regulującą zakres i zasady świadczeń alimentacyjnych jest Ustawa z dnia 25 lutego 1964 roku „Kodeks rodzinny i opiekuńczy”, wraz z nowelizacjami (z dnia 13 czerwca 2009 r.). Zasady związane z obowiązkiem alimentacyjnym opisuje „Dział III. Obowiązek alimentacyjny”. Szczególne rozwiązania dotyczą dzieci i współmałżonków.

Zgodnie z art. 58. § 1. w wyroku orzekającym rozwód, sąd rozstrzyga o władzy rodzicielskiej nad wspólnym małoletnim dzieckiem obojga małżonków oraz orzeka, w jakiej wysokości każdy z małżonków obowiązany jest do ponoszenia kosztów utrzymania i wychowania dziecka.

Natomiast w art. 60 § 1. małżonek rozwiedziony, który nie został uznany za wyłącznie winnego rozkładu pożycia i który znajduje się w niedostatku, może żądać od drugiego małżonka rozwiedzonego dostarczania środków utrzymania w zakresie odpowiadającym usprawiedliwionym potrzebom uprawnionego oraz możliwościom zarobkowym i majątkowym zobowiązanego.

Obowiązek dostarczania środków utrzymania osobom niemogącym sobie tego zapewnić, to nie tylko obowiązkowy przejaw humanizacji w stosunkach między ludźmi, ale także zagwarantowanie egzystencji osobom nie mogącym jej sobie zapewnić. Takie działanie stało się w pewnym okresie obowiązkiem prawnym, w celu wymuszenia właściwych zachowań dotyczących alimentacji wprowadzono odpowiednie restrykcje zapisane w kodeksie karnym<sup>193</sup>.

Uchylanie się od alimentacji (art. 209)

§ 1. kto uporczywie uchyla się od ciężącego na nim z mocy ustawy lub orzeczenia sądowego obowiązku opieki przez niełożenie na utrzymanie osoby najbliższej lub innej osoby i przez to naraża ją na niemożność zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

<sup>192</sup> Z. Krzemiński, *Alimenty i ojcostwo. Komentarz*, wyd. 3, stan prawny na 1 stycznia 2008 r., Warszawa, Dział 111 Obowiązek alimentacyjny.

<sup>193</sup> Por. Z. Kukuła, *Przestępstwo uchylania się od płacenia alimentów*, „Praca Socjalna” 2007, nr 5, s. 57.

§ 2. Ściganie następuje na wniosek pokrzywdzonego, organu opieki społecznej lub właściwej instytucji.

§ 3. Jeśli pokrzywdzonemu przyznano świadczenie z funduszu alimentacyjnego, to ściganie odbywa się z urzędu.

Maksymalna wysokość świadczenia, jakie może otrzymać rodzic, który nie otrzymuje zasądzonych alimentów, od października 2009 roku wynosi 500 zł. w pierwszym półroczu 2009 roku, 318 tys. osób otrzymywało świadczenia z Funduszu alimentacyjnego.

Przestępstwo uchylania się od alimentacji jest przestępstwem stałym. Ściganie tego przestępstwa zgodnie z art.209 kk. odbywa się na wniosek zainteresowanych osób lub instytucji, czy urzędu<sup>194</sup>.

Osoby, które są obciążone w Polsce płaceniem alimentów, niejednokrotnie zmieniają pracę czy miejsce zamieszkania, czasem zmieniają nazwisko chcąc uniknąć wywiązywania się ze swoich zobowiązań alimentacyjnych. Niektóre osoby zatają lub deklarują niższe dochody, lub pracują w szarej strefie. Czasami przepisują posiadany majątek na konkubinę, bądź na drugiego współmałżonka. Możliwość roszczeń występuje nawet wtedy, gdy ktoś wyjechał na stałe, a nawet zmienił obywatelstwo. Emigracja nie zwalnia nikogo z zobowiązań finansowych wobec własnego dziecka.

Skala zjawiska nie wywiązywania się z obowiązku alimentacyjnego wobec dzieci jest poważnym problemem, nie tylko przez wysokie bezrobocie, brak poczucia odpowiedzialności ojców, ale również z powodu nieskuteczności egzekucji. Pogarsza się sytuacja finansowa rodziny. Towarzyszy temu obojętność społeczna.

### Pożyczki bankowe – zobowiązania

Prawie każdy korzysta z jakiegoś konta bankowego, ponieważ wynagrodzenia, świadczenia i różne należności są przelewane na konta osobiste. Z naszych kont realizujemy przelewy bankowe dla różnych instytucji z tytułu różnych opłat i zobowiązań. Podstawowe normy tworzenia organizacji i funkcjonowania banków w Polsce określone zostały w Prawie bankowym<sup>195</sup>.

Wiele osób przy zaciąganiu kredytów nie zna towarzyszących temu uwarunkowań. Wszelkiego typu reklamy kuszą ofertami banków o łatwym dostępie do kredytów. W tej sytuacji zauroczenia reklamą często nie zastanawiamy się czy będziemy w stanie we właściwym czasie kredyt spłacić i ile łącznie z odsetkami będzie to nas kosztować.

Jedną z bardziej popularnych metod na uzyskanie dodatkowych środków finansowych, są wszelkiego rodzaju: kredyty gotówkowe i pożyczki bankowa

Kredyt bankowy jest zaciągany na podstawie umowy kredytowej. Umowa kredytowa zdefiniowana jest w przepisach prawa bankowego jako umowa, na podstawie której bank zobowiązuje się oddać do dyspozycji kredytobiorcy na czas oznaczony określoną kwotą środków pieniężnych z przeznaczeniem na określony cel, a kredytobiorca zobowiązuje się do korzystania z niej na warunkach określonych w umowie, zwrotu kwoty wykorzystanego kredytu wraz z odsetkami w oznaczonych terminach spłaty oraz do zapłaty prowizji od udzielonego kredytu<sup>196</sup>, bank podejmując decyzje

<sup>194</sup> L. Gardocki, *Prawo karne*, Warszawa 2006, s. 262 i n.

<sup>195</sup> Dz.U. z 2002 r. Nr 72, poz. 665 z późn. zm.

<sup>196</sup> *Encyklopedia prawa...*, s. 291–292.

o udzieleniu kredytu, bada tzw. zdolność kredytobiorcy, zdolność kredytowa to zdolność do spłaty kredytu wraz z odsetkami w ustalonym w umowie terminie. Udzielenie kredytu uwarunkowane jest przez bank uzyskaniem zabezpieczeń<sup>197</sup>.

W kodeksie cywilnym przez umowę pożyczki dający pożyczkę zobowiązuje się przenieść na własność biorącego określoną ilość pieniędzy, a biorący zobowiązuje się zwrócić tę samą ilość pieniędzy. Istotną cechą takiej formy pożyczania pieniędzy jest możliwość dowolnego ich wydania. Te pożyczki są procentowane i przy nich pobierana jest prowizja bankowa, co oznacza wzrost kwoty pożyczonej. Umową zbliżoną do pożyczki pieniężnej jest umowa o kredyt bankowy<sup>198</sup>. Zaciągając np. pożyczkę hipoteczną nie musimy precyzować celu jej pobrania. Dlatego teoretycznie te pieniądze możemy wydać w dowolny sposób. Jednak większość banków, w umowach zastrzega, że tym kredytem nie można finansować działalności gospodarczej.

W każdej umowie o kredyt konsumencki znajdują się szczegółowe zapisy dotyczące spłaty rat pożyczki w czasie i zapis dotyczący naliczania karnych odsetek i ich wysokość.

Klienci banku zaciągając zobowiązanie w postaci pożyczki czy kredytu, często podchodzą do tych zobowiązań bez uprzedniej oceny realnej możliwej wysokości kwoty spłacanych rat, a także oceny skutków finansowych na przyszłość podejmowanych zobowiązań dla siebie i swojej rodziny.

Opóźnienie kredytobiorcy z płatnościami jest traktowane jako zwłoka, co powoduje narastaniem odsetek. Najczęściej są to odsetki umowne, które zostały określone w umowie zawartej między bankiem a kredytobiorcą.

Banki jako instytucje zaufania publicznego, którym klienci powierzają swoje pieniądze, te pieniądze pożyczają innym klientom jako kredyty gotówkowe lub pożyczki bankowe; banki tak mają rozporządzać posiadany kapitałem, aby utrzymać płynność płatniczą i osiągać określony poziom zysku z tytułu prowadzonej przez siebie działalności. Instytucje te muszą liczyć się i przewidywać, że mogą wystąpić z różnych powodów kłopoty u klientów ze spłatą zobowiązań wobec banków. Instrumentem służącym bankom w dochodzeniu swoich należności od dłużników jest między innymi bankowy system egzekucyjny tzw. BTE.

Sens ekonomiczny bankowego tytułu egzekucyjnego polega na uproszczeniu procedury ściągania należności, przy czym dokumenty własne banku stanowią podstawę rozpoczęcia postępowania poprzez wystąpienie do sądu o nadanie klauzuli wykonalności. Istotny jest tu czas i szybkość postępowania. Prawo gwarantuje bankom maksymalnie 3-dniowy termin rozpoznania przez sąd w celu nadania klauzuli wykonalności. Jest to o tyle istotne dla interesów banku, że jakiegokolwiek opóźnienie w podejmowanych działaniach może narazić bank na ryzyko utraty zabezpieczeń lub ich wartości w skutek zagrożenia bezprawnym postępowaniem dłużnika – np. zadysponowaniem mieniem użytym jako zabezpieczenie. Podstawą prawną tych wszystkich działań jest bankowy tytuł egzekucyjny uregulowany w art. 96–98 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. Prawo bankowe (Dz.U. Nr 72 z 2002 r., poz. 665 z późn. zm.). Gdy sąd nada BTE klauzulę wykonalności, to sama egzekucja prowadzona jest w oparciu o przepisy Kodeksu postępowania cywilnego.

<sup>197</sup> *Ibidem*, s. 292.

<sup>198</sup> Zob. H. Chynał, *Kredyty bankowe i inne formy finansowania*, Warszawa 2008, s. 27–34.

Mniej radykalne kroki jakie może podjąć bank, to wezwanie klienta do przedstawienia dodatkowego zabezpieczenia – hipoteki, ubezpieczenia majątkowego poręczenia, weksli lub zastawu, jeżeli wcześniej, któraś z tych form nie została już wykorzystana.

Nie wszyscy mamy świadomość, że biorąc kredyt hipoteczny odpowiadamy całym swoim majątkiem, a nie tylko nieruchomością, która jest zabezpieczeniem kredytu. Polskie banki mają prawo do pełnego regresu, czyli prawo do zajęcia nawet całego majątku kredytobiorcy, jeśli ten zaprzestał spłaty kredytu. Rocznie dochodzi do ok. 1,5 tys. Postępowań egzekucyjnych wobec niespłacających kredytów hipotecznych, co stanowi zaledwie 0,66% wszystkich kredytów hipotecznych. W Polsce mamy jeden z najniższych w całej UE odsetek niespłacanych kredytów hipotecznych. Polacy szczególnie cenią mieszkanie lub dom i spłata kredytu na zakup tej nieruchomości to często pierwsza pozycja w domowym budżecie. Częściej zalegamy ze spłatą innych kredytów<sup>199</sup>.

Zobowiązanie możemy zdefiniować – jako stosunek prawny, w którym jedna osoba określona mianem wierzyciela jest uprawniona i może żądać od drugiej osoby – zwanej dłużnikiem – określonego świadczenia, a ta ostatnia powinna to świadczenie spłacić<sup>200</sup>. Zobowiązanie nie jest wykonane, jeżeli dłużnik nie spełnia świadczenia, które zgodnie z treścią stosunku prawnego należy się wierzycielowi. Źródłem prawa zobowiązań jest księga III kodeksu cywilnego w której są przepisy reżimu odpowiedzialności mające zastosowanie do wszystkich zobowiązań. Stąd wynikają m.in. obowiązujące określone skutki w wyniku nieprawidłowości związanych z pozyskiwaniem kredytów.

Oszustwo kredytowe popełnia ten kto, w celu uzyskania dla siebie lub innej osoby kredytu, pożyczki bankowej, gwarancji kredytowej, dotacji subwencji lub zamówienia publicznego, przedkłada fałszywe lub stwierdzające nieprawdę dokumenty albo nierzetelne, pisemne oświadczenia dotyczące okoliczności mających istotne znaczenie takiego kredytu, pożyczki bankowej, gwarancji kredytowej, dotacji, subwencji, lub zamówienia publicznego, podlega karze pozbawienia wolności od trzech miesięcy do lat 5.

Tej samej karze podlega, kto wbrew ciążącemu na nim obowiązкови nie powiadomiamia właściwego organu lub instytucji o powstaniu okoliczności mogących mieć wpływ na wstrzymanie lub ograniczenie wysokości udzielonego kredytu, pożyczki bankowej, dotacji, subwencji lub zamówienia publicznego.

Oszustwo kredytowe jest przestępstwem, które na przełomie lat 80 i 90 zachwiało polskim systemem bankowym. Wyłudzenia wielomiliardowych kwot były poważnym problemem wielu banków, doprowadzając niektóre z nich do upadku. Zagrożenie to zostało dostrzeżone przez ustawodawcę, który pod koniec 1994 roku wprowadził do polskiego prawa karnego szczególną formę oszustwa kredytowego (art. 3 Ustawy o ochronie obrotu gospodarczego)<sup>201</sup>.

<sup>199</sup> R. Grzyb, *Za niespłacony kredyt bank wejdzie na pensję*, „Gazeta Prawna” 2008, nr 187, s. 6.

<sup>200</sup> W. Czachurski, *Zobowiązania*, Warszawa 2007, s. 353.

<sup>201</sup> J. Karaźniewicz, *Kryminologiczne aspekty oszustw kredytowych w Polsce*, „Przegląd Policyjny” 2007, nr1 (85), s. 6.

Rośnie liczba wyłudzeń kredytów, według danych Komendy Głównej Policji w 2009 roku zatrzymano ponad 7,6 tys. podejrzanych, banki straciły na tym setki milionów złotych. Przestępcy zakładają fikcyjne firmy i zatrudniają dziesiątki fałszywych pracowników, dla których opłaca się nawet ZUS, a nawet spłaca kilka rat zaciągniętej pożyczki. Potem bank przestaje dostawać pieniądze i firma pod danym adresem nie istnieje<sup>202</sup>.

Na podstawie badań przeprowadzonych przez Instytut Rozwoju Gospodarczego Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie, wśród gospodarstw domowych w IV kwartale 2008 roku ok. 52% deklaroowało, że nie ma problemów z obsługą swoich zobowiązań finansowych. 36% określa obsługę swoich zobowiązań jako przebiegającą z niewielkimi problemami<sup>203</sup>.

W czwartym kwartale 2012 r. 48% gospodarstw domowych miało problemy ze swoimi zobowiązaniami finansowymi. Sytuacja ta świadczy o niewielkiej poprawie w sferze terminowości realizowania opłat. Jest to wynikiem zmiany struktury wydatków zadłużonych gospodarstw domowych<sup>204</sup>.

### Świadczenia związane z mieszkaniem

#### *Czynsz*

Czynsz jest świadczeniem, które spełnia najemca lub dzierżawca w zamian za korzystanie z rzeczy będącej własnością wynajmującego lub wydzierżawiającego. Może on mieć charakter pieniężny lub niepieniężny (świadczenie dóbr lub usług). Czynsz obejmuje wszystkie składniki kosztów związanych z eksploatacją lokum i opłatami towarzyszącymi<sup>205</sup>. Wielkość czynszu nie jest wielkością stałą w czasie. Zarządca lokalu ma prawo podwyższyć czynsz i inne opłaty związane z lokalem. Nie może tego czynić częściej niż co sześć miesięcy. Należy lokatorowi przedstawić na piśmie zestawienie poszczególnych opłat wraz z podaniem przyczyny ich podwyższenia<sup>206</sup>.

Dwie trzecie polskich spółdzielni ma problemy z zadłużeniem swoich mieszkańców. Nieterminowe opłaty powodują konieczność przesuwania terminów remontów, wpływając równocześnie na odniesienie kosztów działalności spółdzielni. W prawie 60% spółdzielni mieszkaniowych w Polsce zaległości czynszowe sięgają 10% rocznych wpływów z opłat, w co czwartej spółdzielni dług stanowi 15 do 20% wpływów. W okresie letnim zaległości zazwyczaj wzrastają ponieważ w wydatkach ludzie dają pierwszeństwo potrzebom urlopowym. Praktycznie prawie w każdej spółdzielni, w której jest około tysiąca członków, długi liczą zawsze w milionach złotych, a w co piątej spółdzielni zaległości w opłatach wynoszą 4 do 6 miesięcy. Część spółdzielców naprawdę i nie ma pieniędzy żeby terminowo regulować opłaty z tytułu czynszu. Dłużników nie przestraszają odsetki karne. Niewielki skutek przynoszą bezpośrednie

<sup>202</sup> Z. Czubkowska, *Miliony utopione w wyłudzonych kredytach*, „Gazeta Prawna” 2009, nr 229, s. 5.

<sup>203</sup> *Tylko 52% gospodarstw domowych nie ma problemów ze spłatą kredytów*, [http://biznes.gazetaprawna.pl/artykuly/93795,tylko\\_52\\_gospodarstw\\_domowych\\_nie\\_ma\\_proble-mow\\_ze\\_splata\\_kredytow.html](http://biznes.gazetaprawna.pl/artykuly/93795,tylko_52_gospodarstw_domowych_nie_ma_proble-mow_ze_splata_kredytow.html).

<sup>204</sup> Dane wg Instytutu Rozwoju Gospodarczego Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie.

<sup>205</sup> Szerzej na ten temat: *Encyklopedia prawa...*, s. 110–111.

<sup>206</sup> *Ibidem*, s. 111.

rozmowy z dłużnikami. Sprawy kończą się niejednokrotnie pozwem sądowym w celu egzekucji należności lub wydaniem orzeczenia o eksmisji z lokalu<sup>207</sup>.

Spółdzielnie mogą przekazywać dane o zaległościach czynszowych swoich mieszkańców do biur informacji gospodarczych. Jest to możliwe dopiero po wcześniejszej zapowiedzi, gdy upłynął co najmniej miesiąc od wysłania do dłużnika pisemnego wezwania do zapłaty z adnotacją ostrzeżenia o zamiarze przekazania danych do biura. Zgodnie z ustawą na liście dłużników biura informacji gospodarczej mogą być umieszczane osoby z zaległościami wynoszącymi już 200 zł (o ile są wymagalne co najmniej 60 dni). Wpis utrudni im dostęp do kredytów, pożyczek bankowych, leasingu, a nawet zakupu telefonu komórkowego. Jest to metoda szybka, tania, stosunkowo bardziej skuteczna od wytoczenia sprawy w sądzie<sup>208</sup>.

W sytuacji niepłacenia przez lokatora czynszu, wynajmujący ma możliwość podjęcia czterech rodzajów działań. Po pierwsze, może skorzystać z ustawowego prawa zastawu na rzeczach ruchomych w lokalu wynajmującego. Prawo to dotyczy również własności rzeczy ruchomych członków rodziny najemcy. Po drugie, zarządca domu może dochodzić roszczeń o zapłatę czynszu na drodze sądowej, a po ustaniu stosunku najmu może dochodzić odszkodowania za bezumowne korzystanie z lokalu. Po trzecie, wierzyciel może wnieść pozew o eksmisję. Postępowanie to może trwać nawet do kilkunastu miesięcy. Lokator ma prawo zamieszkiwać w lokalu do momentu uzyskania prawomocnego wyroku eksmisyjnego. W przypadku gdy dłużnikowi przysługuje prawo do lokalu socjalnego, właściciel musi tolerować obecność dłużnika w dotychczasowym lokalu do czasu przyznania mu przez gminę lokalu socjalnego. Wreszcie właściciel może dokonać wypowiedzenia umowy najmu, powołując się na pozostawanie lokatora w zwłóce z zapłatą czynszu, konieczne jest jednak uprzedzenie najemcy na piśmie o zamiarze wypowiedzenia umowy oraz wyznaczenie dodatkowego, miesięcznego terminu do zapłaty bieżących zaległości<sup>209</sup>.

27 stycznia 2010 roku weszła w życie nowelizacja ustawy o ochronie praw lokatorów, dzięki której wynajem mieszkań ma być dla ich właścicieli bezpieczniejszy. Zmieniły się przepisy o tzw. najmie okazjonalnym. Mogą z nich skorzystać wyłącznie właściciele (osoby fizyczne), którzy nie wynajmują mieszkań w ramach działalności gospodarczej. Nowe przepisy obejmują wyłącznie nowo zawierane umowy na czas oznaczony, nie dłuższy niż 10 lat. Ustawa przewiduje, że najemca będzie musiał złożyć oświadczenie, że jeśli nie wywiąże się z umowy, to wyprowadzi się na żądanie właściciela. Takie oświadczenie musi być poświadczone przez notariusza. Ponadto lokator musi wskazać miejsce, w którym mógłby zamieszkać, a dysponent tego lokalu, wyrazić na to zgodę (jego podpis musiałby być poświadczony przez notariusza). Gdyby lokator nie chciał się wyprowadzić, to właścicielowi wystarczy sądowa pieczęć nadająca żądaniu klauzulę wykonalności. Wówczas do akcji wkracza komornik. Przy podpisywaniu umowy właściciel może żądać od lokatora kaucji, która nie może przekraczać sześciokrotnego czynszu. Zarówno jego stawkę, jak i zasady podwyżek

<sup>207</sup> Por. szerzej: A. Makosz, *Spółdzielnie pogrążają się w długach swoich lokatorów*, „Gazeta Prawna” 2009, nr 152, s. 9.

<sup>208</sup> Zob. Ustawa o udostępnianiu informacji gospodarczych z 14 lutego 2003 r. (Dz.U. Nr 50, poz. 424 z późn. zm.).

<sup>209</sup> K. Wójcik-Adamska, *Brak opłat za czynsz nie musi oznaczać eksmisji*, „Gazeta Prawna” 2009, nr 34, s. 5.

właściciel i najemca ustalają sami w umowie. Nie dotyczą ich żadne ograniczenia, chyba, że taki wymóg znajdzie się w umowie najmu<sup>210</sup>.

Samowolne zaprzestanie płacenia czynszu bez względu na przestanki, które to spowodowały, może przyczynić się nawet do rozwiązania umowy najmu i konieczności opuszczenia zajmowanego mieszkania. Jednak niepłacenie różnicy między podwyższonym czynszem a dotychczasowym nie będzie mogło zostać uznane za samowolne niepłacenie czynszu i z tego tytułu lokatorowi nie będą groziły żadne sankcje<sup>211</sup>.

### *Media*

Media związane z mieszkaniem to przede wszystkim: „część infrastruktury budowlanej obejmująca zasilanie budynków w energię elektryczną, gaz, wodę, odprowadzanie ścieków itp.”<sup>212</sup> Współcześnie integralną częścią omawianych mediów są elektroniczne środki audiowizualne przeznaczone do porozumiewania się i odbioru za pomocą słuchu oraz wzroku (telefony, radio, telewizory i internet)<sup>213</sup>. Dostawców i odbiorców łączą stałe płatności i zaległości.

### *Energia elektryczna i gaz*

Typowy rachunek za media, który odbiorca otrzymuje w odstępach jedno lub kilku miesięcznych, zawiera tak wiele informacji, że przeciętnemu odbiorcy łatwo się pogubić. Dla większości są niezrozumiałe tabele rozliczeń, zarówno za prąd jak i za gaz. Gazownia oprócz należności za zużyte paliwo gazowe, pobiera opłatę: abonamentową, sieciową stałą i opłatę sieciową zmienną. Natomiast Zakład Energetyczny, oprócz opłaty za energię elektryczną, pobiera opłaty: abonamentową, dystrybucyjną zmienną, dystrybucyjną stałą, przejściową i opłatę jakościową. W stosunku do należności za zużyte media gazu i energii elektrycznej różnego typu opłaty bliżej odbiorcy nieobjaśnione stanowią ca 40–50% kwoty całego rachunku. Odbiorca nie wie, jaki mógłby być jego wpływ na zmniejszenie tych kwot.

Z badań przeprowadzonych przez TNS OBOP, na zlecenie RWE Polska, wynika, że ponad 3/4 Polaków jest skłonnych oszczędzać energię elektryczną z powodów finansowych. Jest to możliwe poprzez oszczędne oświetlenie i zakup nowych urządzeń (np. grzejników, pralek, lodówek).

### *Woda i ścieki i wywóz nieczystości*

Korzystanie z miejskiej sieci wodociągowo-kanalizacyjnej, w sensie opłat jest stosunkowo proste. Płaci się za pobrana wodę i za taka sama ilość ścieków (po niższej cenie) za wody opadowe, do tego dochodzi ca 20% opłata abonamentowa. Koszt wywozu nieczystości liczony jest poprzez ilość wywiezionych pojemników bez doliczania innych składników kosztów.

<sup>210</sup> <http://wyborcza.pl/1,91509,7499305,Lokatorzy-mniej-chronieni.html>.

<sup>211</sup> Por. M. Piasecka-Sobkiewicz, *Jakie sankcje mogą grozić lokatorom za niepłacenie czynszu i opłat za mieszkanie*, „Gazeta Prawna” 2008, nr 81, s. 6.

<sup>212</sup> Zob. *Słownik współczesnego języka polskiego*, t. 1, s. 501.

<sup>213</sup> *Ibidem*, s. 29.

*Abonament radiowo-telewizyjny i internet*

Jest to opłata za używanie odbiorników radiowych i telewizyjnych, traktowana jako podatek na utrzymanie publicznej telewizji i radia. Wysokość opłat jest ustalana przez krajową Radę Radiofonii i Telewizji<sup>214</sup>. Z danych KRRiT wynika, że w czerwcu 2009 roku na ok. 14–14,5 mln gospodarstw domowych w Polsce zarejestrowane odbiorniki miało blisko 7 mln gospodarstw, w tym 2 mln było zwolnionych z opłacania abonamentu (np. z tytułu ukończenia 75 lat). Abonament powinno płacić ponad 5 mln osób, z czego 3 mln zalegało z opłatą. KRRiT chce szybkiej nowelizacji ustawy o abonamencie, lub dopłat z budżetu, w zależności od konkretnego operatora sieci kablowej i udostępnianych określonych programów telewizyjnych zróżnicowane są miesięczne opłaty. Podobny tryb opłat jest stosowany za korzystanie z internetu (w zależności od danego operatora).

*Telefony stacjonarne i komórkowe*

Zgodnie z prawem telekomunikacyjnym operator sieci może ograniczyć świadczenie usług, jeżeli abonent spóźnia się z płatnością dłużej niż przez jeden okres rozliczeniowy a potem można rozwiązać umowę z takim abonentem, zaległe kwoty operator może odzyskać poprzez procedurę windykacyjną lub na drodze cywilnej w sądzie.

*Zawłaszczanie prądu elektrycznego*

Nielegalny pobór energii elektrycznej jest to pobieranie energii bez zawarcia umowy z przedsiębiorstwem energetycznym o świadczenie usług przesyłowych i sprzedaży lub niezgodnie z umową:

- 1) z całkowitym lub częściowym pominięciem układu pomiarowo rozliczeniowego,
- 2) w wyniku dokonywania w układzie pomiarowo rozliczeniowym uszkodzeń powodujących jego nieprawidłowe działanie,
- 3) poprzez samowolną manipulację w urządzeniu regulującym obliczeniowe natężenie przepływu energii elektrycznej<sup>215</sup>.

Jeszcze dość powszechnie kradzież prądu nie jest postrzegana jako przestępstwo. Złodzieje na forach internetowych tłumaczą, że owszem kradną, ale traci na tym duża firma, która sama obdziera ludzi z pieniędzy<sup>216</sup>. Energii elektryczną kradną klienci wszystkich zakładów energetycznych, kradzież prądu stanowi stały element tzw. strat sieciowych. Fachowcy twierdzą że odkąd nielegalny pobór energii elektrycznej stał się przestępstwem ściganym z urzędu, zagrożonym w kodeksie karnym (art. 278 § 5) karą pozbawienia wolności od trzech miesięcy do lat pięciu, to ten rodzaj kradzieży stał się coraz mniej opłacalny dla złodziei<sup>217</sup>.

Ludzie nie przestali jednak kraść energii elektrycznej na różne sposoby:

- a) omijanie licznika poprzez odłączenie przewodu doprowadzającego i podłączenie poza licznikiem. Prąd jest pobierany, bez wskazywania ilości jego zużycia<sup>218</sup>,

<sup>214</sup> Rozporządzenie Krajowej Rady Radiofonii i Telewizji z dnia 29 kwietnia 2009 r.

<sup>215</sup> Ustawa z dnia 10 kwietnia 1997 r. Prawo Energetyczne, tekst jedn. Dz.U. z 2006 r. Nr 89, poz. 625 z późn. zm.

<sup>216</sup> P. Miączyński, *Jak Polacy kradną gaz, prąd i wodę*, <http://gospodarka.gazeta.pl/html> (17.07.2009).

<sup>217</sup> Por. B. Hołyst, *op. cit.*, s. 175–176.

<sup>218</sup> M. Piławski, *Elementy obwodów prądu zmiennego*, Warszawa 1989, s. 54.



- b) kasowanie wskaźników licznika – poprzez zamianę kolejności przewodów, co powoduje wirowanie licznika w kierunku odwrotnym<sup>219</sup>,
- c) łączenie licznika indukcyjnego w sposób nieprawidłowy, co daje obroty tarczy w lewo,
- d) ukrywanie podłączenia pod tynkiem czy w ścianie, co można ustalić używając detektora,
- e) hamowanie tarczy, dokonywane poprzez nawiercanie otworu z tyłu obudowy licznika,
- f) podłączenia bezpośrednie z linii napowietrznych<sup>220</sup>.

W przypadku nielegalnego poboru energii, na początek oblicza się prawdopodobną ilość kradzionej energii, według najwyższych cen: za energię i stawki za usługi przesyłowe obowiązujące w dniu stwierdzenia wspomnianego przestępstwa. Dodatkowo układ pomiarowy (licznik) przenoszony jest na zewnątrz mieszkania, przy czym koszt takiej operacji ponosi kradnący prąd odbiorca, kradnącego prąd może oczekiwać rozprawa sądowa.

### Kradzieże okazjonalne

Pojęcie kradzieży jest ściśle związane z pojęciem własności. Kradzież to bezprawne zabranie dokonane bez wiedzy prawowitego właściciela jego własności<sup>221</sup>, z użyciem przemocy lub bez. Ofiara przemocy nie zawsze wie, że jest okradana, niejednokrotnie uświadamia sobie to dopiero po pewnym czasie, w szerszym znaczeniu pojęcie kradzieży nie ogranicza się tylko do zaboru mienia ruchomego. Często w mowie potocznej, mówi się o kradzieży pomysłu, wynalazku czy wytworu intelektualnego.

Istnieją różne rodzaje kradzieży w zależności od tego kto, kiedy i jak kradnie. Dość często mamy do czynienia z kradzieżą okolicznościową, opartą na zasadzie „okazja czyni złodzieja”. Przykładem takiego działania może być przyjęcie omyłkowo wydanej zbyt dużej kwoty reszty, przy pełnej świadomości tego faktu, lub nieoddanie czyjeś zguby, choć wiemy do kogo rzecz należy. Do takich działań można także m.in. zaliczyć okradanie ludzi chorych (nieprzytomnych), lub okradanie ofiar wypadków. Niektórzy kradzież traktują jak swoisty wyczyn sportowy. Zdarzają się również kradzieże, które próbuje się wytłumaczyć tzw. trudną sytuacją życiową, w jakiejś ktoś nagle się znalazł. Nagłe popadnięcie w długi. Niespodziewany szantaż, połączony z ograniczeniem czasu dostarczenia pieniędzy.

Złodziejstwo w Polsce jest zjawiskiem stosunkowo częstym, chociaż niewiele osób dokonujących drobnych kradzieży myśli o tym w takich kategoriach. Niektórzy Polacy kradną nie tylko w sklepach, lecz także w pracy i niektóre kradzieże związane są miejscem zamieszkania. W ankiecie przeprowadzonej przez serwis wp.pl znalazła się odpowiedź, że wynosi z biura drobne przedmioty, a „wszystko co się da” zabiera do domu co ósmy<sup>222</sup>.

Kradzież w Polsce jest przestępstwem przeciw mieniu i jest zagrożona karą pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 5 lat. Znalazło to swoje uregulowania w przepisach kodeksu karnego (art. 278 i 284 kk). Przy czym według prawa kradzież przedmiotów

<sup>219</sup> M. Karkowski, *Elektrotechnika teoretyczna*, Warszawa 1995, s. 103.

<sup>220</sup> J. Bąk, *Poradnik inżyniera elektryka*, Warszawa 1996, s. 34.

<sup>221</sup> Por. *Słownik współczesnego języka polskiego*, t. 1, s. 421.

<sup>222</sup> M. Gawrońska, J. Molińska, *Złodziej polski*, „Newsweek” 2008, nr 36, s. 65.

o wartości niższej od 250 zł jest wykroczeniem zagrożonym grzywną o odpowiedniej wysokości. Dość często w opinii społecznej małe kradzieże uważa się za wykorzystanie okazji, a nie za naruszenie prawa.

### Kradzież pieniędzy

#### *Kradzieże profesjonalne*

To kradzieże kieszonkowe, fałszowanie pieniędzy i kart płatniczych<sup>223</sup>.

Kradzieży kieszonkowej dokonują zarówno doświadczeni złodzieje, jak i początkujący. Zazwyczaj działają w zespole 2–4 osób. Pojedynczo kradną zazwyczaj złodzieje okolicznościowi. Działanie zespołowe jest bardziej bezpieczne dla kradnących, stwarza możliwość korzystania z pomocy i jeśli zajdzie taka potrzeba można manipulować łupem poprzez przekazywanie z rąk do rąk. Najlepszym miejscem do dokonania kradzieży kieszonkowej są zatłoczone tramwaje i autobusy. Kradzież na dworcach i peronach kieszonkowcy najczęściej „wykorzystują” podczas stania w kolejkach do kas, bufetach i wsiadaniu do pociągu. Jedną z najtrudniejszych sztuk jest kradzież zegarka czy pierścionka<sup>224</sup>.

Fałszowanie pieniędzy w skali międzynarodowej próbowano ograniczyć przez przyjęcie i ratyfikowanie Konwencji międzynarodowej z 20.04.1929 roku o zwalczaniu fałszowania pieniędzy<sup>225</sup>. W celu uniknięcia podrabiania banknotów stosuje się różnego rodzaju zabezpieczenia, w tym m.in. nieznanym użytkownikom skład papieru, znaki wodne, skład i receptura farb, technika druku, czy cechy ukryte. Fałszerze próbują podrabiać banknoty np. za pomocą małej poligrafii przy użyciu kserografów. Próbuje się też podrabiać pieniądze przez rysowanie ręczne, co jest jednak łatwe do wychwycenia. Inną metodą jest rozwarstwianie banknotów. Monety fałszuje się zazwyczaj za pomocą technik odlewniczych lub tłoczenia<sup>226</sup>.

#### *Kradzież z użyciem siły*

Kradzież z użyciem siły rozumiemy jako rozbój. Rozbój jest napadem na kogoś w celu ograbienia go, połączony na ogół z użyciem siły<sup>227</sup>. Ma na celu zabranie rzeczy ruchomej lub pieniędzy. Przestępcy stosują następujące metody:

- przemoc wobec osoby np. poprzez uderzenie czy wykręcenie ręki,
- groźenie użyciem przemocy, słownie lub przez inne zachowanie,
- doprowadzenie człowieka do stanu nieprzytomności.

Przykładami działań rozbójniczych mogą być napady na listonoszy, kasjerów, właścicieli kantorów czy na banki, lub kierowców taksówek w celu przejęcia samochodu lub pieniędzy<sup>228</sup>.

Rozboje różnią się od wymuszeń rozbójniczych, gdyż wymuszenia polegają na „zmuszaniu innej osoby do rozporządzania mieniem pod groźbą zamachu na życie lub zdrowie. Działanie sprawcy ma na celu osiągnięcie korzyści majątkowej”<sup>229</sup>.

<sup>223</sup> Zob. A. Urban, *Bezpieczeństwo społeczności lokalnych*, Warszawa 2009, s. 98–99.

<sup>224</sup> Por. B. Hołyst, *op. cit.*, s. 147–149.

<sup>225</sup> L. Gardocki, *op. cit.*, s. 340.

<sup>226</sup> B. Hołyst, *op. cit.*, s. 173–189.

<sup>227</sup> *Słownik współczesnego języka polskiego*, t. 2, s. 248.

<sup>228</sup> B. Hołyst, *op. cit.*, s. 133–134.

<sup>229</sup> L. Gardocki, *op. cit.*, s. 334–335.

### Kradzieże związane z tożsamością

Pojęcie kradzieży tożsamości nie zostało dotychczas zdefiniowane w polskich przepisach prawa karnego.

Kradzież tożsamości jest właściwie fałszerstwem tożsamości, ponieważ używając danych osobowych innej osoby (w tym numeru PESEL) wchodzi się w posiadanie obcych środków finansowych. Popyt rodzi podaż. Na czarnym rynku pojawia się coraz więcej numerów kart kredytowych, które cyberprzestępcy wykorzystują do popełniania oszustw. Zainfekowane oprogramowanie, sfałszowane strony internetowe, e-maile ze spamem: za pomocą specjalnie spreparowanych trojanów – pozwala na wyłudzenie danych od niczego nie podejrzewających internautów. Hakerskie oprogramowanie dokonuje weryfikacji danych, ustala numery kart kredytowych, hasła i wydobywa informacje bankowe. Szacuje się, że na czarnym rynku są już dostępne nielegalne dane kilku milionów Polaków: oprócz nazwisk i adresów są też numery kont bankowych, a często informacje majątkowe.

W porównaniu z potencjalnymi zyskami nakłady inwestycyjne internetowych oszustów są minimalne: służące do przechwytywania haseł i danych wpisanych do formularzy online, zestaw Zeus można kupić już za 2–3 tys. dolarów. W Polsce tak jak i innych krajach działają przedsiębiorstwa zajmujące się oficjalnym handlem danymi. Sprzedają one adresy firmom reklamowym. Legalne adresowe bazy danych są dostępne za niewielką cenę<sup>230</sup>.

Hakerzy gdy uzyskują dane bankowe czy numery kart kredytowych, mają dwie możliwości ich wykorzystania; albo użyją ich do dokonania zakupów, albo sprzedadzą dane na czarnym rynku.

Badania na temat kradzieży tożsamości są jeszcze stosunkowo nieliczne, ale wskazują na znaczącą skalę problemu. 3 marca 2009 roku 10 mln użytkowników internetu narażonych było na kradzież tożsamości. Firma Panda Security na podstawie analizy 67 mln komputerów stwierdziła, że 1,1% użytkowników internetu na całym świecie było narażonych na działanie oprogramowania do kradzieży tożsamości. Według firmy badawczej Javelin Strategy & Research średni koszt jednej kradzieży tożsamości w USA wyniósł 496 dolarów. Generuje to łączny koszt w wysokości ok. 1,5 miliarda dolarów, tylko w tym kraju<sup>231</sup>.

Siedem procent Polaków stało się ofiarami fałszowania tożsamości. Jest to wynik dwukrotnie wyższy niż podobny wskaźnik w rozwiniętych państwach europejskich<sup>232</sup>.

### Kradzież własności intelektualnej

Od początku XXI wieku obserwujemy coraz częściej nie liczenie się z obowiązującym prawem własności, co powoduje kradzież wielu wytworów intelektualnych. Dość powszechnie uważa się, że potrzebne programy czy interesujące pliki należy po prostu załatwić a nie kupować po wygórowanej cenie.

<sup>230</sup> Na podstawie: M. Adamczyk, *Ile jest wart numer naszego konta bankowego?*, „Chip” 2009, nr 6, s. 10.

<sup>231</sup> <http://www.purepc.pl/taxonomy/term/22?page=1>.

<sup>232</sup> <http://prawo.money.pl/aktualnosci/wiadomosci/artukul/kradziez;tozsamosci;polska;w;europejskiej,czolowce>.

Własność<sup>233</sup> stanowi rzecz należącą do danej osoby niezależnie od tego, czy jest to rzecz materialna czy intelektualna. Własność intelektualna jest formą niematerialnej własności, która daje właścicielowi wyłączne prawo do kontroli nad produkcją i sprzedażą danego produktu. W przypadku prawa autorskiego tym produktem jest „każdy przejaw działalności twórczej o indywidualnym charakterze, ustalony w jakiegokolwiek postaci, niezależnie od wartości, przeznaczenia i sposobu wyrażania” (art. 1 § 2 Ustawy o prawie autorskim)<sup>234</sup>. Prawo autorskie stanowi swoisty przywilej nadany jednostce przez państwo<sup>235</sup>.

W Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej w art. 21 mówi się o ochronie własności, podobnie w art. 64 § 1 napisane jest, że każdy ma prawo do własności i innych praw majątkowych. Podobnie stanowią przepisy Kodeksu Cywilnego (art. 23 i 24)<sup>236</sup>.

Prawa własności intelektualnej są zabezpieczone nie tylko przez polskie akty prawne, ale również przez międzynarodowe porozumienia i traktaty, a także odpowiednie dyrektywy Unii Europejskiej, których postanowienia zobowiązani jesteśmy uwzględnić w krajowym ustawodawstwie.

Prawo autorskie sankcjonuje pobieranie zysków za korzystanie z utworu. Jednak popyt i podaż na rynku na określoną własność intelektualną w przypadku masowego odbiorcy w niemałym stopniu uwarunkowana jest zamożnością potencjalnych klientów. Zbyt wysokie ceny na produkty własności intelektualnej przekładają się na różne formy kradzieży. Ocena moralna kradzieży jest jednoznacznie negatywna. Jednak trudno opanować rosnące potrzeby rynku samymi sankcjami, przy utrzymywaniu dość wysokich cen. Przy rozsądnym ich obniżeniu, wzrośnie legalny popyt a tym samym wzrosną zyski dla twórców.

W obecnej dobie wytwory myśli twórczej coraz częściej zapisywane są w postaci cyfrowej i kopiowane na dyski CD czy DVD oraz przesyłane za pośrednictwem internetu. Kradzież własności intelektualnej na znaczną skalę dotyczy szczególnie: fonogramów, wideogramów i programów komputerowych.

#### *Piractwo fonogramów i wideogramów*

Młodzi ludzie w Polsce wolą kupować muzykę w sieci. Najważniejsze to mieć swoje piosenki w domowym komputerze, czy przenośnym odtwarzaczu, nawet o gorszej jakości dźwięku. Ściąganie samych plików z internetu nie podlega karze, dopiero ich rozpowszechnianie jest karalne<sup>237</sup>.

Producentów fonogramów i wideogramów muzycznych w sprawach związanych ze zwalczaniem piractwa fonograficznego, od 1999 r. reprezentuje Związek Producentów AudioVideo. Od 2001 roku rozpoczęto monitorowanie internetu pod kątem nielegalnego umieszczania w sieci nagrań dźwiękowych. Związek współpracuje ściśle z organami ścigania w zakresie nielegalnej produkcji i dystrybucji nagrań dźwiękowych<sup>238</sup>.

<sup>233</sup> Zob. szerzej definicję własności: *Słownik współczesnego języka polskiego*, t. 2, s. 528.

<sup>234</sup> Ustawa o prawie autorskim i prawach pokrewnych z dnia 4 lutego 1994 r. (Dz.U. z 1997 r. Nr 24, poz. 83, tekst jednolity; Dz.U. z 2000 r. Nr 80, poz. 904).

<sup>235</sup> Szerzej omawia: K. Śledziński, *Własność intelektualna to kradzież*, <http://liberalis.pl/2009/02/18>.

<sup>236</sup> Kodeks Cywilny z dnia 23 kwietnia 1964 r. (Dz.U. z 1964 r. Nr 16, poz. 93).

<sup>237</sup> Szerzej: B. Brzozowicz, *Uwolnić muzykę*, „Newsweek” 2008, nr 48, s. 92.

<sup>238</sup> J. Barański, *Fonografia a prawo*, <http://www.zpav.pl> (8.12.2009).

Dość powszechnie uważa się, że za załamanie rynku fonograficznego w Polsce odpowiedzialne są przede wszystkim koncerty płytowe, a wraz z nimi wykonawcy. W ostatnich kilku latach wydawcy w porozumieniu z artystami obdarowali potencjalnych nabywców kilkoma setkami milionów, darmowych kompaktów w formie tzw. insertów, dołączanych do ilustrowanych magazynów. Można to próbować rozumieć jako jedną z mniej trafionych form promocji. Wydawnictwo Agora swoje produkty rozprowadza poprzez kioski z gazetami, w ten sposób dociera do znacznej liczby klientów, stosując do tego ceny dumpingowe. Dodaje srebrny krążek jako dodatek do okładek z kilkustronicową książeczką. Taki produkt nazywa się albumem muzycznym, a to oznacza niższy o 22% podatek VAT<sup>239</sup>.

W październiku 2009 roku w Warszawie redakcja „Metra” zorganizowała debatę o piractwie internetowym z udziałem piosenkarzy, przedstawicieli Ministerstwa Kultury, prawników, etyków oraz wydawców płyt. Inspiracją do tego spotkania był fakt, że w miesiącu wrześniu 2009 roku wykradzono najnowsze płyty kilku znanych zespołów i pokazały się one w sieci internetowej tuż przed ich premierą<sup>240</sup>. Zwolennicy tzw. wolnej kultury apelowali do artystów, o zrozumienie znaczenia internetu. Etyk W.J. Bober zwrócił uwagę, że przy rozpatrywaniu piractwa płytowego na co dzień praktycznie nie rozróżniamy ściągania plików legalnych od nielegalnych. Inna sprawa to podobne zaklasyfikowanie; działania zorganizowanej grupy, która rozpowszechnia nielegalnie pliki i przypadkowego Kowalskiego, który ściągnął sobie plik i przegrał go na komórkę córki<sup>241</sup>. Mimo ostrych w tonie dyskusji i sporów udało się wspólnie wypracować kompromisowe stanowisko. Ustalono, że potrzebna jest szeroko pojęta edukacja, najlepiej już w szkole. Trzeba wyjaśniać, że ściąganie plików z internetu i ich rozpowszechnianie jest niemoralne, nie mówiąc o skutkach prawnych. Po zapoznaniu się z wnioskami z odbytej debaty, Minister Kultury oświadczył, że trwają prace nad zmianą prawa autorskiego, a w szczególności dotyczą art. 118 o organizacjach zbiorowego zarządzania, które pobierają zbyt wysokie opłaty od artystów, co skutkuje nie małymi cenami płyt.

#### *Piractwo programów komputerowych*

W kradzieży komputerowej nie dochodzi do tradycyjnego zaboru rzeczy, gdyż do tychczasowy użytkownik może nadal korzystać z informacji posiadanego programu. Kradzież jest tu czymś w rodzaju nieautoryzowanego powielania informacji z posiadanego programu. Bez zgody osoby uprawnionej (właściciela programu) uzyskuje cudzy program komputerowy<sup>242</sup>.

Międzynarodowa organizacja Business Software Alliance zajmująca się promowaniem bezpiecznego i zgodnego z prawem korzystania z oprogramowania, opublikowała raport z badań przeprowadzonych przez IDC, wiodącą niezależną firmę badawczą rynku IT. Z raportu wynika, że ilość pirackiego oprogramowania zainstalowanego w komputerach osobistych w Polsce w 2008 roku spadła o 1% w porównaniu do roku 2007, kształtując się na poziomie 56%. Szkody poniesione przez produ-

<sup>239</sup> Zob. B. Brzozowicz, *op. cit.*, s. 92.

<sup>240</sup> M. Stangret, *Jaka edukacja dla ściągacza*, „Metro” 2009, nr 1692, s. 3.

<sup>241</sup> *Ibidem*.

<sup>242</sup> S. Łagodziński, *Przestępstwa przeciwko mieniu w kodeksie karnym*, „Prokuratura i Prawo” 1999, nr 2, s. 7.

centów oprogramowania wyniosły 648 mln dolarów, co oznacza wzrost w stosunku do roku poprzedniego.

Mamy podobny odsetek nielegalnych programów jak Litwini czy Łotysze. Krajami o wyższej skali piractwa komputerowego, są tylko Grecja 57%, Rumunia 66% oraz Bułgaria 68%. Jeśli chodzi o wartość kradzionych gier i programów, które używamy w Polsce, to zajmujemy 6 miejsce pośród krajów Unii Europejskiej. Jest to najwyższe miejsce ze wszystkich nowych członków Wspólnoty<sup>243</sup>.

Tabela. Skala piractwa komputerowego w Unii Europejskiej w 2008

Ranking	Kraj	Skala piractwa	Szkody producentów oprogramowania w mln dolarów
1.	Luksemburg	21%	21
2.	Austria	24%	184
3.	Belgia	25%	269
3.	Dania	25%	215
3.	Szwecja	25%	372
4.	Finlandia	26%	194
5.	Niemcy	27%	2.152
5	Wielka Brytania	27%	2.181
6.	Holandia	28%	563
7.	Irlandia	34%	118
8.	Czechy	38%	168
9.	Francja	41%	2.760
10.	Hiszpania	42%	1.029
10.	Portugalia	42%	212
10.	Węgry	42%	146
11.	Słowacja	43%	62
12.	Malta	45%	8
13.	Słowenia	47%	51
14.	Włochy	48%	1.895
15.	Estonia	50%	21
16.	Litwa	54%	40
17.	Łotwa	56%	31
17.	Polska	56%	648
18.	Grecja	57%	238
19.	Rumunia	66%	249
20.	Bułgaria	68%	239

Źródło: opracowanie Bisnes Software Alliance.

<sup>243</sup> Pierwsze miejsce pod względem wartości kradzieży programów przypada Francji. Pirackie programy na ich komputerach mają wartość czterokrotnie wyższą niż Polska. W skali piractwa więcej kradzieży programów komputerowych do światowej czołówki trzeba zaliczyć: Gruzję, Bangladesz, Armenię czy Zimbabwe, gdzie ponad 90% wszystkich programów stanowią programy pirackie. Zob. [www.bsa.org/globalstudy](http://www.bsa.org/globalstudy). (10.11.2009).

W Polsce po przeprowadzeniu kontroli firm okazało się że w prawie w każdej z nich używa się kradzionego oprogramowania. Pirackim procederem trudnią się również duże firmy handlujące sprzętem komputerowym. Oferują kupującym promocyjną instalacje oprogramowania w zakupionych u nich komputerach, po to aby zyskać klienta. Także serwisy komputerowe, mimo zobowiązania do kontroli legalności oprogramowania, nie sprawdzają pod tym względem programów w naprawianych urządzeniach<sup>244</sup>.

Od kilku lat systematycznie ulega zmniejszeniu odsetek nielegalnych programów używanych przez Polaków, choć jego szacunkowa wartość rośnie. Wynika to, ze zwiększającej się liczby internautów i komputerów, przy czym nadal (choć nieznacznie w mniejszym stopniu), instalowane jest w większości oprogramowanie pirackie.

Do najczęściej używanych nielegalnie w Polsce programów należy zaliczyć: system operacyjny Windows, oprogramowanie biurowe MS Office oraz programowanie do szeroko rozumianego projektowania graficznego, obejmującego software do obróbki zdjęć (Adobe Photoshop), grafiki (Corel Draw), a także specjalistycznego oprogramowania dla architektów (Autocad)<sup>245</sup>.

Korzystając z nielegalnych programów ryzykujemy oskarżenie nas kradzież tożsamości, z możliwością poniesienia skutków prawnych, nie pomoże stwierdzenie, że nie wiedzieliśmy o nielegalności zainstalowanego programu w naszym komputerze.

### Kradzież w placówkach handlowych

#### *Kradzież w hipermarketach*

Samoobsługowa forma sprzedaży stwarza nowe możliwości dokonywania kradzieży, ze względu na bezpośredni kontakt nabywcy z towarem. Według szacunków z polskich sklepów w ciągu roku złodzieje kradną towar o wartości 1,1 mln euro. Polska z takim rezultatem kradzieży plasuje się w środku światowej stawki kradnących. Więcej od nas kradną np. Francuzi, Węgrzy, Czesi, natomiast dużo mniej Austriacy, Szwajcarzy i Niemcy<sup>246</sup>.

W tego typu placówkach handlowych, na większą skalę kradną zorganizowane grupy przestępcze. Wśród amatorów złodziei osobną grupę stanowią „zaradni”. Przekleją metki z tańszego artykułu na droższy, dokładają towaru do już zważonych i ometkowanych torebek. Specjalna grupę złodziei sklepowych stanowią tzw. podjadacze. Najczęściej uważają, że dla dużego sklepu nie stanowi to znacznej straty, a oni nie popełniają przestępstwa<sup>247</sup>.

Od kilku lat obserwuje się spadek liczby kradzieży spowodowanej głodem. W przerobionych kieszeniach kurtek nie ginie już pasztetowa, czy mielona kawa, ale można tu znaleźć kawior lub drogie kosmetyki. W przymierzalniach zmienia się stare buty na nowe, wychodzi się w nowych biustonoszach<sup>248</sup>.

<sup>244</sup> M. Karpiński, *Cyberpiraci*, „Wprost” 2001, nr 14, s. 23.

<sup>245</sup> [http://manager.money.pl/news/arttykul/http:piratow:iest:wart2.5mldzfcrocznie/html\(4.12.2009\)](http://manager.money.pl/news/arttykul/http:piratow:iest:wart2.5mldzfcrocznie/html(4.12.2009)).

<sup>246</sup> Dane według raportu brytyjskiego instytutu Centre for Retail Research, [w:] P. Miączyński, *Kradną jak najęci*, [http://wyborcza.pl/1,76842,5913279,Kradna\\_jak\\_najeci.html\(13.01.2010\)](http://wyborcza.pl/1,76842,5913279,Kradna_jak_najeci.html(13.01.2010)).

<sup>247</sup> B. Hołyst, *op. cit.*, s. 180.

<sup>248</sup> J. Cwieliuch, *Byłem kasjerem w supermarkecie*, „Polityka” 2008, nr 38, s. 29.

Jeżeli chodzi o kradzieże dokonywane przez nieletnich, to ich łupem z reguły padają tzw. towary ładnie opakowane czy luksusowe. Działają pod wpływem chwili, w myśl zasady „okazja czyni złodzieja”. Rezultatem tego jest kradzież najczęściej produktów niskiej wartości, często mających na celu zaspokojenie głodu, pragnienia czy jednorazowej „zachcianki”<sup>249</sup>.

Znane są przypadki, gdy dodatkowo kradzieży dokonuje majątna osoba, mimo że w jej koszyku znajdują się produkty znamionujące zakupy na dużą kwotę. Przykładowo w jednym z hipermarketów trzykrotnie zatrzymano znaną panią doktor, która robiła zakupy np. za 500 zł, a dodatkowo kradła ramkę za 35 zł. Za każdym razem tłumaczyła, że to nie kleptomania, tylko chciała podnieść sobie poziom adrenaliny<sup>250</sup>.

Dla centrów handlowych prawdziwą plagą stanowią działania profesjonalnych grup przestępczych. Przychodzą wyposażeni w specjalne, wyłożone folią aluminiową torby, które ma za zadanie stłumić sygnał wysyłany przez klipsy zabezpieczające, czasem przekupią kogoś z ochrony, w czasie akcji, aby odwrócić uwagę wywołując awanturę przy kasie, czasem wystawiają jednego członka na wabia, który wpada przeprosza, płaci za towar i znika, tymczasem koledzy wynoszą znacznie więcej. Gangi kradną towar na zamówienie paserów, którzy po okazjnych cenach szybko sprzedadzą towar na „Z dużego centrum handlowego wyżyje bazarze kilka grup przestępczych”<sup>251</sup>.

Hipermarkety na ogół unikają zgłoszeń kradzieży na policję, wiąże się to z wypełnianiem stosu papierów, spisywaniem zeznań, z czasochłonnymi wizytami ochroniarzy w komendzie a potem w sądzie. Złodziej amator zazwyczaj otrzymuje karę grzywny, a sklepu trzeba pilnować ciągle. Ponadto ludzie notorycznie kradnący, dokładnie wiedzą za jaką kwotę wynoszą towar i uważają, żeby nie przekroczyć 250 złotych (co jest jeszcze przekroczeniem a nie przestępstwem), najczęściej złodzieje za pierwszym razem dostaną grzywnę, potem wyrok w zawieszeniu, na to żeby pójść do więzienia trzeba zostać przyłapanym kilka razy. W związku z tak przewlekłą w czasie procedurą prawną hipermarkety najczęściej wprowadzają własne taryfikatory: każą zapłacić za skradziony towar podwójną cenę, mandat ustalają w zależności od ocenianej zamożności klienta. Następnie złodzieje podpisują oświadczenie, że już nie wrócą do tego sklepu i odchodzą wolno.

Poważną kwestią są kradzieże dokonywane przez pracowników hipermarketów. Według raportu Centre for Retail Research statystyczny złodziej konsument za jednym razem wynosi towar za ponad 70 euro, natomiast złodziej pracownik wynosi za ponad 2 tys. euro. Część pracowników dużych sieci sprzedaży uważa, że są wykorzystywani a niektórzy z nich „po swoim” załatwiają sobie dodatkowe wynagrodzenie<sup>252</sup>.

Kradzieże dla handlowców są znaczącym problemem moralnym i finansowym. Ciągłe udoskonalają systemy zabezpieczające, ale także złodzieje udoskonalają metody obejścia stosowanych zabezpieczeń.

<sup>249</sup> B. Hołyst, *op. cit.*, s. 184.

<sup>250</sup> *Ibidem*, s. 183.

<sup>251</sup> P. Stasiak, *Gofrownica pod paltem*, „Polityka” 2003, nr 36, s. 38–41.

<sup>252</sup> P. Miączyński, *Jak Polacy kradną...*, *op. cit.*



### *Kradzież paliw na stacjach benzynowych*

Problem kradzieży paliwa na stacjach benzynowych jest bardzo dotkliwym od wielu lat. Śląscy policjanci w 2006 roku odnotowali ok. 1000 takich przypadków. Sprawcami w większości z nich byli członkowie zorganizowanych grup odsprzedających dalej kradzione paliwo. Schemat działania złodziei jest podobny, którzy przy dystrybutorach każdorazowo tankują dużą ilość paliwa. Tankując nie tylko do baku, ale też do przygotowanych pojemników. Następnie tankujący szybko odjeżdżają nie płacąc za paliwo<sup>253</sup>. Zdarzają się również kierowcy, którzy każdorazowo tankują nie płacąc i niejednokrotnie proceder ten trwa dość długo zanim policja go złapie.

Dość często kradnący przed tankowaniem zabierają komuś tablice rejestracyjne i montują do swoich samochodów. O skali tego procederu mogą świadczyć dane np. biura prasowego dolnośląskiej policji. Od stycznia do sierpnia odnotowano we Wrocławiu 711 kradzieży tablic. Użyto ich do popełnienia 413 przestępstw i wyroków<sup>254</sup>.

W obecnych czasach, w których kradzieże paliwa, artykułów ze sklepów oraz napady są bardzo częstym zjawiskiem właściciele decydują się na budowę systemu przemysłowego monitoringu, który umożliwi identyfikację pojazdów oraz rozpoznanie złodziei. Wysoka jego jakość, to powinien jeden z podstawowych sposobów zabezpieczeń większości stacji paliw.

### **Korupcja czy „przychyłość” w sprawach zdrowia**

Zgodnie z określeniem Światowej Organizacji zdrowia, zdrowie to nie tylko brak choroby, ale także pełnia fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu jednostki ludzkiej i jej zdolność do przystosowania się do zmieniających się warunków otaczającego środowiska<sup>255</sup>. Przez zdrowie należy rozumieć nie tylko brak choroby, ale dobre samopoczucie oraz taki stopień przystosowania biologicznego, psychicznego i społecznego, jaki może osiągnąć jednostka w najkorzystniejszych warunkach<sup>256</sup>. Współczesna medycyna realizuje swoje działania w trzech podstawowych obszarach:

- profilaktyka, czyli zapobieganie powstawania chorób,
- leczenie ma na celu rozpoznanie chorób i leczenie osób chorych,
- rehabilitacja, która zajmuje się przywracaniem zdrowia i sprawności, przy różnego rodzaju dysfunkcjach i upośledzeniach.

Stan zaspokojenia potrzeb związanych z ochroną zdrowia w Polsce jest w odczuciu społecznym bardzo odległy od zadowalającego, co gorzej – wykazuje tendencje rosnącą. Potrzeby są ograniczane przez wiele czynników, głównie natury ekonomicznej, lecz nie bez wpływu pozostają problemy kadrowe, baza szpitalna, braki materiałowe i niejednokrotnie niefunkcjonalność systemu ochrony zdrowia<sup>257</sup>.

<sup>253</sup> <http://www.money.pl/archiwum/wiadomosciagencyjne/pap/slaskie;masowekradziezenastacjambenzynowych.html> (24.10.2006).

<sup>254</sup> K. Łagowska, *Kradną paliwo na kradzionych tablicach*, <http://wroclaw.gazeta.pl/wroclaw/html> (4.12.2007).

<sup>255</sup> Zob. M. Gasińska, *Ochrona zdrowia i ubezpieczenia zdrowotne*, [w:] *Polityka społeczna*, red. A. Kurzynowski, Warszawa 2003, s. 204.

<sup>256</sup> L. Frąckiewicz, *Polityka ochrony zdrowia*, Warszawa 1983, s. 20.

<sup>257</sup> K. Podoski, W. Turnowiecki, *Polityka społeczna*, wyd. 2 uzupełnione, Gdańsk 2003, s. 117.

Wyraz korupcja wywodzi się od łac. *corruptio* – zepsucie; oznacza też demoralizację, rozluźnienie zasad moralnych wśród społeczeństwa<sup>258</sup>. Korupcja jest więc pojęciem moralnym należącym do kręgu semantycznego obejmującego m.in. takie pojęcia jak: oszustwo, łapownictwo, przekupstwo. W korupcji uczestniczy każdy, kto pełniąc funkcję, daje lub przyjmuje korzyść majątkową (np. pieniądze czy kosztowny prezent) czy osobistą lub też żąda korzyści majątkowej czy osobistej.

Korupcja może powstawać w warunkach szczególnego zepsucia moralnego, nadużywania władzy jak i przy sprawowaniu różnych funkcji<sup>259</sup>. Występują zawsze dwie strony; dająca i biorąca.

Korupcja w służbie zdrowia stała się jednym z istotnych elementów wpływających na bezpieczeństwo zdrowotne niemałej liczby chorujących<sup>260</sup>. W raporcie WHO z roku 2000 stawia się tezę, że jeżeli świadczenia zdrowotne są wszystkim oferowane bezpłatnie, to nie wszystkie świadczenia mogą być wykonywane. W gospodarkach niedoboru to powoduje, że są otwarte wrota dla zachowań korupcyjnych. Taka sytuacja dotyczy nie tylko Polski, ale i innych krajów, szczególnie postkomunistycznych.

Korupcja może się pojawiać na następujących poziomach opieki zdrowotnej<sup>261</sup>:

- 1) na styku pacjent – świadczeniodawca,
- 2) w kontaktach świadczeniodawca – Narodowy Fundusz Zdrowia,
- 3) na etapie kwalifikowania świadczeń i leków do „koszyka świadczeń refundowanych”.

Permanentne niedobory środków finansowych powodują mniejszą lub większą reglamentację poszczególnych świadczeń, co tworzy przestrzeń do arbitralnych decyzji o dostępie pacjentów do różnych metod diagnostycznych i form leczenia. Decyzje te podejmowane są przez bezpośrednich wykonawców świadczeń lub przez osoby zarządzające zakładami opieki, zdrowotnej. W związku z tym niektóre propozycje zmierzają do wprowadzenia na stałe wykorzystanie środków prywatnych obok środków publicznych, co może spowodować konkurencję w dostępie do świadczeń zdrowotnych, z przewagą dla pacjentów prywatnych.

Niektóre zachowania korupcyjne w służbie zdrowia próbuje się tłumaczyć zaniżonym poziomem płac w stosunku do innych sektorów gospodarczych. Stąd oczekiwanie możliwości pozyskiwania dodatkowych środków pieniężnych. Dodatkowa praca: dyżury, praca w pogotowiu, dodatkowe zatrudnienie na wielu częściach etatu (w różnych placówkach), to praca często ponad siły. Jak tu znaleźć jeszcze czas na doksztalcanie. Pomimo funkcjonującego systemu rynkowego dysproporcje płacowe choć w stopniu zróżnicowanym w poszczególnych placówkach ciągle jednak występują<sup>262</sup>.

Bardzo często pacjenci i ich rodziny tkwią w błędnym przekonaniu, że zobowiązani są do ponoszenia dodatkowych nieuzasadnionych kosztów za korzystanie z usług publicznej służby zdrowia. Można tu wymienić m.in. wręczanie kopert dla lekarzy, czy wykupywanie tzw. cegiełek na rzecz szpital, przychodni, czy uzależnianie udziele-

<sup>258</sup> *Słownik wyrazów obcych...*, s. 370.

<sup>259</sup> Por. G. Makowski, *Korupcja jako problem społeczny*, Warszawa 2008, s. 17.

<sup>260</sup> Por. *ibidem*.

<sup>261</sup> K. Bukiel, *Korupcja w ochronie zdrowia – gdzie i dlaczego powstaje, jak jej zapobiec*, [w:] Stanowisko OZZL przygotowane na posiedzenie Rady Społeczno-Zawodowej przy Ministrze Zdrowia w dniu 23 stycznia 2006 r.

<sup>262</sup> Opracowano na podstawie *ibidem*.

nia świadczeń opieki zdrowotnej od przekazania przez pacjenta darowizny na rzecz fundacji lub stowarzyszenia związanych z daną placówką służby zdrowia. Cegiełki, czy darowizny są bezprawne w sensie ich wymuszania. Opłaty nieformalne można traktować jako dokładanie się do kosztów usługi związanej ze zdrowiem. Zawsze można zapytać o podstawę prawną zapłaty. Z art. 68 Kodeksu etyki lekarskiej, wynika, że lekarz powinien spełniać swe obowiązki wobec powierzonych jego opiece chorych bez dodatkowych świadczeń finansowych z ich strony, i nie może żądać od tych chorych wynagrodzenia w jakiegokolwiek formie ani też uzależniać leczenia od uzyskania materialnej korzyści<sup>263</sup>. Lekarze przyjmując koperty muszą mieć świadomość swego zachowania korupcyjnego. Natomiast kwiaty, książki, obrazy, butelka koniaku, jeżeli wartość tych prezentów nie przekracza kwoty 200 zł uznaje się za prezent<sup>264</sup>.

---

<sup>263</sup> *Kodeks etyki lekarskiej*, tekst jednolity z dnia 2 stycznia 2004 r., Warszawa 2004, s. 30.

<sup>264</sup> <http://www.money.pl/gospodarka/wiadomosci/artkul/etykalekarzy;butelkakoniaku;to-prezent;nielapowka,54,0>.

**Zalecana literatura do rozdziału IV**  
(wybrane pozycje)

- Augustynek A., *Psychopatologia komunikacji sieciowej. Teoria uzależnień komputerowych*, Kraków 2011.
- Becker G.S, Becker G.N., *Ekonomia życia*, tłum. A. Żak, Gliwice 2006.
- Broda-Wysocki P., *Rozwój społeczeństwa obywatelskiego w Polsce*, Warszawa 2003.
- Chmiel N., *Psychologia pracy i organizacji*, Gdańsk 2007.
- Churski P., Dominiak J., *Rola innowacji w kształtowaniu regionów wzrostu i stagnacji w Polsce*, Warszawa 2011.
- Co się zmieniło w stylu życia Polaków w ostatnim dwudziestoleciu?*, CBOS, Warszawa 2009.
- Czapiński J., Panek T., *Diagnoza społeczna 2011. Warunki i jakość życia Polaków*, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa 2011.
- Działalność społeczna Polaków*, CBOS, Warszawa 2010.
- Europa regionów*, red. M. Gołoś, A. Kasińska-Metryka, Toruń 2011.
- Florida R., *Narodziny klasy kreatywnej*, tłum. T. Krzyżanowski, M. Penkala, Warszawa 2010.
- Frączak P., *Wolontariusz osoba poszukiwana*, „Niebieska Linia” 2006, nr 2 (99).
- Gabryszak R., *Wyzwania dla polityki społecznej*, Warszawa 2009.
- Info dług. Ogólnopolski Raport o zaległym zadłużeniu i klientach podwyższonego ryzyka*, BIG Info-monitor, Warszawa, maj 2010.
- Kiersztyn A., *Czy bieda czyni złodzieja. Związki między bezrobociem, ubóstwem a przestępczością*, Warszawa 2008.
- Koczy S., *Wykorzystywanie nowoczesnej techniki w kompensacji niepełnosprawności*, [w:] *Osoby niepełnosprawne. Szanse i zagrożenia godnego funkcjonowania w nowoczesnym społeczeństwie*, red. J. Ptak, Warszawa 2011.
- Kołaczek B., *Jaki model polityki społecznej wobec osób niepełnosprawnych?*, „Polityka Społeczna” 2011, nr 9.
- Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego*, Warszawa 2010.
- Kurowska A., *Wskaźniki społeczne w polityce społecznej. Historia, teoria i zastosowania w praktyce*, Warszawa 2011.
- Pawłowska Z., Bojanowski R., *Podstawy prewencji wypadkowej*, Warszawa 2008.
- Przemoc w rodzinie wobec kobiet i dzieci (agresja)*, red. A. Domińczak, Warszawa 2000.
- Rzepecki J., *Społeczne koszty wypadków przy pracy*, „Bezpieczeństwo Pracy” 2005, nr 7–8.
- Sekalski R., *Żniwo śmierci*, „Auto Świat” 2005, nr 2.
- Szafraniec K., *Anomia – przesilenie tożsamości. Jednostka i społeczeństwo wobec zmiany*, Toruń 1986.
- Szlendak T., *Socjologia rodziny. Ewolucja, historia, zróżnicowanie*, Warszawa 2010.
- Zespół Doradców Strategicznych Prezesa Rady Ministrów, *Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju. Polska 2030. Trzecia fala nowoczesności* (wersja robocza), Warszawa 2011.

## Postłowie

W refleksji nad człowiekiem, jego zachowaniem i wynikającymi z niego skutkami winę za istniejący stan rzeczy upatrujemy często albo w warunkach, w których żyje człowiek, albo w jego charakterze. W takim rozumowaniu jest zbyt uproszczenie, wynikające z tego, że człowiek to nadal istota mało poznana. Z chwilą przyścia na świat w pakiecie urodzinowym dostajemy już niektóre cechy kształtujące przyszły charakter. Wychowanie w rodzinie pozwala niektóre z tych cech rozwinąć, inne przytłumić. Najpierw rodzina, później szkoła, koledzy, znajomi mają wpływ na zmiany i kształtowanie określonych cech i systemu wartości. Każdy z nas zmienia się wraz z upływem czasu, nie tylko w wyniku wieku, ale także zmieniających się warunków, w których musi funkcjonować. Wpływ na to ma także bliższe i dalsze otoczenie oraz niejednokrotnie szereg mniej czy bardziej szczęśliwych przypadków. Szczęście lub pech niejednokrotnie decydują o rozwiązaniach naszych problemów. Czasem mówimy, że szczęściu trzeba pomagać, ale jak to zrobić, gdy wszystko jest przeciw nam. Może potrzebna jest refleksja na temat przyczyn zaistniałej sytuacji i „mojego” w tym udziału. Warto zrobić bilans swoich mocnych i słabych stron. Żyjemy w kraju z rozwiniętą kulturą narzekania. Niejednokrotnie odczuwamy zawiść. Z drugiej strony w przypadkach klęsk żywiołowych (i nie tylko) pracuje tysiące wolontariuszy dla ratowania czyjegoś mienia czy życia z narażeniem własnego. W okresach żałoby narodowej (jak np. po śmierci papieża Jana Pawła II); w przypadku zagrożenia życia, potrzeby finansowego wsparcia osób w trudnych sytuacjach życiowych – potrafimy być solidarni i hojni.

Na ogół towarzyszą nam niewspółmierne reakcje zarówno na porażki, jak i sukcesy.

Zbyt często jeszcze oczekujemy, że państwo zaspokoi wszystkie nasze potrzeby w zakresie oczekiwanych warunków bytu, bezpieczeństwa i wszelkiej pomyślności obywateli. Rzeczywistość jest i musi być nie na miarę chęci, ale możliwości – z uwzględnieniem aktualnych uwarunkowań ekonomicznych w skali międzynarodowej. Postępująca poprawa sytuacji bytowej społeczeństwa nie doprowadzi do wyrównania poziomu życia obywateli, ale wszystkim powinna zapewnić egzystencję w godnych warunkach i co najmniej względne bezpieczeństwo na co dzień<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Nie można wykluczyć z naszej codzienności różnych form przemocy: działań przestępczych czy działań terrorystycznych.

Nasze rozważania na temat dolegliwych zachowań społecznych w okresie przemian gospodarczych ograniczyliśmy do czterech bloków tematycznych: problemy wstydlive nie tylko rodziny, powszechne czynniki patogenne, zagrożenia związane z pracą, zagrożenia nagłe i narastające.

Z wiekiem maleją zdolności wysiłkowe człowieka, pogarsza się stan jego zdrowia. Ludzie starzy coraz trudniej radzą sobie z samodzielnym prowadzeniem gospodarstwa domowego, szczególnie gdy zostaje jedna osoba. W pierwszej kolejności pomaga jej rodzina, jednak nie zawsze jest to możliwe (np. ze względu na odległe miejsce zamieszkania). Wtedy powinno pomóc państwo za pośrednictwem pomocy społecznej czy placówek służby zdrowia. Na ostatnim etapie życia ważna jest możliwość godnego umierania, jaką dają dom, szpital lub hospicjum. Niepowodzenia życiowe skłaniają ludzi do zachowań niecodziennych, takich jak żebractwo i bezdomność. Czasami robią to tylko z własnego wyboru, najczęściej jednak przyczyną ich bywa nieporadność czy niefrasobliwość. Zastanówmy się nad potępianiem, jeżeli nie jesteśmy pewni powodów takich jednostkowych sytuacji.

Najważniejszymi wartościami cenionymi przez człowieka są zdrowie i możliwość odczuwania wrażeń przyjemnych, co nie zawsze idzie w parze.

Codzienne powszechne uzależnienia, takie jak: nikotynizm, kawa, herbata, lekomania i uzależnienia niechemiczne (hazard, zakupoholizm, uzależnienie od internetu) determinują jakość życia współczesnego człowieka. Palenie tytoniu staje się przyczyną wielu chorób, szczególnie układu oddechowego i schorzeń układu sercowo-naczyniowego (bagatelizuje się skutki biernego palenia, podczas gdy w Polsce jest ono powodem zgonu około 100 tys. osób rocznie). Kawa i herbata pite codziennie w dużych ilościach mają wpływ na powstawanie chorób serca, nadciśnienie tętnicze, podniesienie poziomu cholesterolu i poziom rozdrażnienia nerwowego. Wiele osób nie zdaje sobie sprawy z działań niepożądanych leków kupowanych bez recepty i ich indywidualnym wpływie na organizm. Kolejna grupa obejmuje uzależnienia innej natury, takie jak: hazard, zakupoholizm i uzależnienie od internetu. Hazard skutkuje utratą pieniędzy, naruszeniem stabilności systemu nerwowego i różnymi dolegliwościami psycho-fizjologicznymi. Zakupoholizm wiąże się z nabywaniem rzeczy zbędnych. Placówki handlowe stosują wiele form komercyjnego marketingu z wykorzystaniem różnych metod psychologicznego oddziaływania na klientów. Coraz częściej zwraca się uwagę na nadmierną szkodliwość długo trwającego użytkowania internetu i narastające uzależnienie od niego.

Z wymienionych tu rodzajów uzależnień zazwyczaj można wyjść samemu lub przy pomocy rodziny czy przyjaciół. W trudnych przypadkach należy szukać specjalistów lub specjalistycznych poradni. Najgroźniejsze rodzaje patologii społecznej związane są z występowaniem alkoholizmu, narkomanii i prostytucji. Wymieniona grupa czynników patogennych stwarza elementy zagrożenia, szczególnie z równoczesnym powiązaniem z innymi czynami o charakterze przemocy lub przestępstw kryminalnych.

Według badań, po zdrowiu Polacy najbardziej cenią pracę. Praca to nie tylko środki na utrzymanie i możliwość odczuwania swojej wartości jako człowieka i pracownika, to również czynnik dyscyplinujący i nadający sens życiu. Szczególnie dobrze wiedzą o tym ludzie tracący pracę lub ci, którzy przeszli na emeryturę i nie potrafią wypełnić nadmiaru wolnego czasu. Odzywają się różne niedyspozycje zdrowotne, pojawiają się załamania nerwowe, co przyczynia się nawet do przedwczesnej

śmierci. W pracy zawodowej często towarzyszy nam stres, czego wyrazem może być niewłaściwe zachowanie czy złe samopoczucie. Od pracy można się uzależnić, popaść w pracoholizm. Człowiek uzależniony od pracy poświęca jej zbyt dużo czasu, nie bacząc na ujemne skutki natury rodzinnej i zdrowotnej. Jedną z konsekwencji permanentnego stresu może być wypalenie zawodowe. Długotrwałe zaangażowanie w pracy w sytuacji obciążającej pod względem emocjonalnym wywołuje przy tym stan zmęczenia i wyczerpania emocjonalnego. W miejscach pracy coraz częściej zauważa się mobbing (długotrwałe nękanie, dokuczanie, poniżanie i straszenie wybranej osoby przez jej współpracowników lub przełożonego) i molestowane seksualne – i coraz głośniejsze mówi się o takich przypadkach. Pracownicy niejednokrotnie w warunkach konkurencji wykonują zadania pod silną presją psychiczną, co może skutkować chorobami na podłożu nerwowym. Określenie, co jest molestowaniem seksualnym, poza oczywistymi jego znamionami, bywa czasami problematyczne. Sprawców molestowania seksualnego w miejscu pracy można pociągnąć do odpowiedzialności cywilnej lub karnej. Osoby poddane mobbingowi mogą dochodzić swoich praw na podstawie przepisów prawa cywilnego. Po pewnym okresie wykonywania pracy w różnych niekorzystnych warunkach mogą wystąpić zmiany chorobowe, które zaliczamy do chorób zawodowych lub parazawodowych. Choroby zawodowe zostały zdefiniowane i umieszczone w oficjalnym wykazie, natomiast choroby parazawodowe mają złożoną etiologię, w której warunki pracy stanowią jeden z czynników ryzyka, wpływających na ujawnienie lub pogorszenie przebiegu choroby. Stwierdzenie choroby zawodowej skutkuje możliwością skorzystania z odpowiednich uprawnień, np. obniżenia wieku przyznawania świadczeń emerytalnych.

W życiu codziennym i zawodowym spotykamy się zarówno ze zdarzeniami nagłymi, jak i narastającymi. Coraz częściej dotyka nas przemoc, poczynając od przemocy słownej, przez ekonomiczną, do symbolicznej, która przez narzucenie obcych norm, wartości, zachowań i wymuszanie pod groźbą ekonomiczną – zmusza do niechcianych zachowań. Najbardziej dotkliwymi formami przemocy są przemoc fizyczna, psychiczna, a szczególnie seksualna. Nie mniej groźne jest stosowanie przemocy w rodzinie (poczynając od dzieci, partnerów czy osób starszych). Każdy przejaw przemocy zasługuje na potępienie, ale też na udzielenie natychmiastowej pomocy, jeżeli nie bezpośrednio, to poprzez powiadomienie policji. Zagrożenia terrorystyczne mają charakter potencjalny, ale należy być na nie przygotowanym, dbając o odpowiednie zachowanie w warunkach zagrożenia. Wypadki często nam towarzyszą, albo w nich uczestniczymy, albo dzieją się na naszych oczach. Każdy wypadek wiąże się z różnorodnymi skutkami; zdrowotnymi, materialnymi i odpowiedzialności. Przy tym cierpienie i ból są trudne do oszacowania. Wypadki często są z winy człowieka, braku wyobraźni i wiedzy. Wśród nas jest około 14% osób niepełnosprawnych, którzy oprócz wyposażenia, ułatwień architektonicznych i komunikacyjnych chcą na miarę swoich możliwości pracować, mieć rodziny, żyć w społeczeństwie. Szczególnie w dorosłym samodzielnym życiu człowiek ma obowiązek wywiązywać się ze swoich terminowych zobowiązań, niezależnie od tego, czy dotyczy to alimentów, czy jest to spłata raty pożyczki lub świadczenia związane z utrzymaniem mieszkania. To nie tylko poczucie obowiązku, ale także zagrożenie sankcjami. Równocześnie sami narażeni jesteśmy na kradzież mienia, tożsamości, pieniędzy, co wywołuje żal i oburzenie. Jednak przywłaszczamy sobie np. oprogramowanie komputerowe i to nas nie razi. Oburzamy się na korupcję, ale gdy nie możemy dostać się do lekarza specjalisty,

dajemy łapówkę, aby skrócić czas oczekiwania. Zmieniamy optykę oceny na bardziej dla nas korzystną.

Poznaliśmy charakterystykę dolegliwych problemów społecznych, ich rozmiary i skutki im towarzyszące. Poszczególne problemy dotyczą rozmaitych liczebności określonych subpopulacji. Dotychczasowe środki finansowe, instytucjonalne i prawne dla ograniczania zarówno rodzaju, jak i liczby omawianych zachowań, nie pozwoliły na znaczącą poprawę istniejącego stanu dolegliwości. Same rygory, wymierzanie kar, zwiększona skuteczność ich egzekwowania nie daje nadziei na wyraźną poprawę. Potrzebna jest zmiana mentalności i mniejsze przyzwolenie społeczne na tego rodzaju zachowania. Wychowywać trzeba w rodzinie od dziecka, włączając w to szkołę, telewizję, organizacje społeczne, stowarzyszenia itp.

Człowiek w różnych okresach swego życia zawsze może próbować sobie pomóc. Pomocna tu może być samoświadomość. Samoświadomość jest stanem psychicznym, w którym ludzie zdają sobie sprawę ze swoich cech, uczuć i zachowania. Każda forma samoświadomości może być chwilowa, jako następstwo szczególnej sytuacji, albo stała – odzwierciedlająca cechę osobowości, której nasilenie będzie różne u różnych osób. Wyróżniamy przy tym dwa typy samoświadomości: prywatny i publiczny, które mają odmienne konsekwencje dla własnego Ja<sup>2</sup>. Samoświadomość pomocna może być w poznaniu własnych zachowań i uwarunkowań im towarzyszących. To może pozwolić na stworzenie „własnego obrazu” i wyciągnięcie wniosków na skorygowanie dotychczasowego postępowania.

Na skorygowanie naszych dotychczasowych zachowań może mieć wpływ społeczeństwo, gdyż wówczas nasze myśli, emocje i zachowania niejednokrotnie prawie niespostrzeżenie zmieniają się w obecności innych osób i co dziwne niekoniecznie na chwilę.

Pozytywna zmiana, wzrost i rozwój osobisty mogą być wynikiem pojawienia się szansy (lub konieczności) na zmianę lub wyzwania dla naszych umiejętności radzenia sobie. Wśród tych szans jest niejednokrotnie możliwość porzucenia złych nawyków przy pomocy terapeuty. Wykorzystujemy wtedy swoje siły do dostosowania własnej strategii do wymagań sytuacji<sup>3</sup>.

Dolegliwe zachowania społeczne w znaczącej części są przedmiotem zainteresowania polityki społecznej, a w niej patologii społecznej, która jest nauką o takich formach ludzkiej aktywności, które spostrzegane są jako społeczne zło i przez społeczeństwo nie są akceptowane. Autor próbował przybliżyć czytelnikowi tę złożoną problematykę w warunkach zachodzących przemian gospodarczych.

<sup>2</sup> Szerzej: R.J. Crisp, R.N. Turner, *Psychologia społeczna*, Warszawa 2009, s. 26.

<sup>3</sup> W większości przypadków stan od dwóch trzecich do trzech czwartych pacjentów poprawia się po terapii psychologicznej. *Ibidem*, s. 368.



# Literatura zalecana

## I. Pozycje z zakresu polityki społecznej

- Anioł W., *Europejska polityka społeczna. Implikacje dla Polski*, Warszawa 2003.
- Auleytner J., *Polityka społeczna w Polsce i na świecie*, Warszawa 2011.
- Głąbicka K., *Polityka społeczna w Unii Europejskiej. Aspekty aksjologiczne i empiryczne*, Warszawa 2001.
- O roztropną politykę społeczną*, red. J. Auleytner, Katowice 2002.
- Polityka społeczna*, red. A. Kurzynowski, Warszawa 2003.
- Polityka społeczna*, red. G. Firlit-Fesnak, M. Szyłko-Skoczny, Warszawa 2008.
- Polityka społeczna. Teorie, pojęcia, problemy*, red. M. Lavalette, A. Prat, Warszawa 2010.
- Polska bieda w świetle Europejskiego Roku Walki z Ubóstwem i Wykluczeniem Społecznym*, pod redakcją naukową Hieronima E. Kubiaka, Kraków 2012.

## II. Pozycje obejmujące problemy społeczne na tle przemian gospodarczych

- Adamski F., *Rodzina. Wymiar społeczno-kulturowy*, Kraków 2002.
- Aleksandrowicz T., *Terroryzm międzynarodowy*, Warszawa 2008.
- Badanie bezrobocia długotrwałego*, red. M. Kabaj, Warszawa 2001.
- Carr A., *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu i ludzkich siłach*, Poznań 2009.
- Crisp R.J., Turner R.N., *Psychologia społeczna*, Warszawa 2009.
- Derwich Nowak A., *Patologiczny hazard*, Warszawa 2009.
- Dębski M., Stachura K., *W obliczu bezdomności*, Gdańsk 2007.
- Głąbicka K., *Rynek pracy w Unii Europejskiej. Stan i perspektywy*, Warszawa 1999.
- Hirigoyen M.F., *Molestowanie w pracy*, tłum. M. Żerańska, Poznań 2003.
- Kabaj M., *Strategie i programy przeciwdziałania bezrobociu w Unii Europejskiej i w Polsce*, Warszawa 2004.
- Kotarbiński T., *Medytacje o życiu godziwym*, Warszawa 1986.
- Krahe B., *Agresja*, Gdańsk 2006.
- Litzke M.S., Schuh H., *Stres, mobbing i wypalenie zawodowe*, Gdańsk 2007.
- Pedagogika społeczna*, red. T. Pilch, I. Lepalczyk, Warszawa 1995.
- Pospiszyl I., *Patologie społeczne. Resocjalizacja*, Warszawa 2010.
- Pospiszyl K., *Przestępstwa seksualne*, Warszawa 2006.
- Praca socjalna i polityka społeczna. Obszary współdziałania wobec wykluczenia społecznego*, red. K. Marzec-Holka, A. Rutkowska, M. Jachimowska, Bydgoszcz 2008.
- Problemy społeczne, pomoc socjalna, praca socjalna. Wymiar polski i europejski*, red. J. Krzyszkowski, R. Majer, Częstochowa 2004.
- Problemy współczesnej patologii społecznej*, red. B. Urban, Kraków 1998.

- Przeciw wykluczeniu osób niepełnosprawnych*, red. L. Frąckiewicz, Warszawa 2008
- Schultz D.P., Schultz S.E., *Psychologia a wyzwania dzisiejszej pracy*, tłum. G. Kranas, Warszawa 2002.
- Szumpich S., *Przemiany gospodarcze a dylematy bezrobocia*, Kraków 2003.
- Zych A., *Przekraczając smugę cienia. Szkice z gerontologii i tanatologii*, Katowice 2009.



Druk i oprawa:  
Ekodruk – Kraków  
[www.ekodruk.eu](http://www.ekodruk.eu)