

Anna Prokop

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Natalia Ożegalska-Łukasik

Uniwersytet Jagielloński

Marketing społeczny a stygmatyzacja osób starszych z demencją i depresją oraz ich rodzin w wybranych krajach Europy

Streszczenie

W kontekście procesów starzenia się populacji kontynentu europejskiego i działań podejmowanych na rzecz budowania społeczeństwa inkluzywnego uwagę socjologów zwraca pozycja seniorów z zaburzeniami psychicznymi, głównie demencją i depresją. Podwójne wykluczenie tej grupy jest związane ze stereotypami i negatywnymi postawami społecznymi, z jednej strony wobec osób starszych oraz z drugiej strony – wobec osób chorujących psychicznie. Sytuacja ta pociąga za sobą gorsze radzenie sobie z chorobą, późne podejmowanie działań diagnostycznych i procesu leczenia, jak również obniżenie jakości życia seniorów i opiekujących się nimi członków rodzin. Wobec utrzymującego się tabu kulturowego w sferze trudności związanych z występowaniem zaburzeń psychicznych w grupie seniorów ważną rolę odgrywa marketing społeczny. Autorki artykułu wykorzystując metodę analizy treści badały materiały z kampanii społecznych dotyczących zdrowia psychicznego osób starszych prowadzonych w ostatnich latach w pięciu krajach Europy. W odniesieniu do aktualnych badań zjawiska stygmatyzacji seniorów z zaburzeniami psychicznymi oraz ich rodzin wyniki analizy zostaną wykorzystane do przygotowania rekomendacji w zakresie promocji zdrowia psychicznego osób starszych oraz poprawy stanu wiedzy i kształtowania pozytywnych postaw w społeczeństwach europejskich wobec seniorów z demencją lub depresją.

Słowa kluczowe: marketing społeczny, ageizm, stygmatyzacja, demencja, depresja

Wprowadzenie

Zmiany demograficzne polegające na wydłużaniu się przeciętnego dalszego trwania życia, spadku urodzeń, a w konsekwencji zwiększania się liczby osób starszych w populacji stanowią wielkie wyzwania, zarówno społeczne, jak i gospodarcze dla większości państw na świecie. Peter Peterson nazywa ten proces „początkiem siwieńia świata” (Peterson 1999). Starzenie się populacji wiąże się z licznymi zadaniami dla polityki publicznej. Zadania te wynikają m.in. ze zwiększania się kosztów świadczeń emerytalnych, opieki zdrowotnej i opieki nad osobami w podeszłym wieku, co w konsekwencji prowadzi do spowolnienia potencjalnego wzrostu gospodarczego z powodu wzrostu obciążeń socjalnych. Ponadto obciążenia osób w wieku produkcyjnym związane z utrzymaniem coraz liczniejszej grupy ludzi starszych mogą i coraz częściej prowadzą do napięć międzypokoleniowych. Problem dyskryminacji

oraz negatywnej stereotypizacji osób starszych wydaje się być zatem szczególnie aktualny, zarówno w kontekście globalnym (Bytheway 1995, Palmore 1999, Nelson 2002, Butler 2008), jak i w kontekście lokalnym (Szukalski 2004, Perek-Białas, Ruzik 2004, Szatur-Jaworska 2008, Stypińska 2010, Hrynkiewicz 2012). Warto jednak podkreślić, że problem ten nie jest nowy, gdyż pierwsze studium socjologiczne opisujące sytuację osób starszych na amerykańskim rynku pracy pochodzi już z XIX wieku (Segrave 2001).

Niezwykle ważnym aspektem umożliwiającym aktywne przeżywanie starości, a przede wszystkim funkcjonowanie osób starszych w społeczeństwie, jest ich zdrowie psychiczne. Wraz z procesem starzenia się związanym z osłabieniem układu nerwowego i zachodzącymi w tym układzie zmianami, rośnie ryzyko wystąpienia problemów psychicznych (Seligman i in. 2003). Przedmiotem badań socjologicznych jest przede wszystkim społeczno-kulturowy kontekst zaburzeń zdrowia psychicznego. Szczególnie dużo uwagi poświęcono analizom chorób psychicznych z wykorzystaniem kategorii piętna. Termin ten, wprowadzony do nauk społecznych przez Ervinga Goffmana, stał się popularną kategorią umożliwiającą opis funkcjonowania jednostek, których wybranym cechom jest przypisywane szczególne znaczenie oraz znamienność na nie reakcja otoczenia (Goffman 1963). Analizy tego zjawiska, zintensyfikowane przez ostatnie dwie dekady, unaocznily szeroką skalę i dużą stabilność stereotypów i wrogich postaw wobec osób z zaburzeniami psychicznymi w większości krajów Europy (Schomerus i in. 2012, Coppens i in. 2013).

Istotną rolę w podejmowaniu walki z ciągłym utrzymywaniem się tych tendencji jest marketing społeczny uskuteczniany w rozmaitych formach. Celem niniejszego artykułu jest opis materiałów pochodzących z kampanii społecznych dotyczących zdrowia psychicznego osób starszych prowadzonych w ostatniej dekadzie w pięciu krajach Europy. W ramach badania autorki będą chciały odpowiedzieć na następujące pytania badawcze:

- Kto podejmuje działania marketingu społecznego w zakresie problematyki osób starszych z demencją i depresją?
- Jaki przekaz niosą te kampanie społeczne?
- Jakie środki wyrazu i strategie komunikacyjne są wykorzystywane przy tworzeniu kampanii?
- Do kogo adresowane są te kampanie?

Wyniki badań, rozważone w odniesieniu do aktualnych prac nad zjawiskiem stygmatyzacji seniorów z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin, zostaną wykorzystane do przygotowania rekomendacji w zakresie promocji zdrowia psychicznego osób starszych oraz poprawy stanu wiedzy i kształtowania pozytywnych postaw w społeczeństwach europejskich wobec seniorów z demencją lub depresją.

Ageizm i piętno choroby psychicznej – podwójne wykluczenie?

Termin ageizm, opisujący problem dyskryminacji ze względu na wiek, został wprowadzony w 1969 roku przez amerykańskiego noblistę, dyrektora amerykańskiego Narodowego Instytutu ds. Starości i Starzenia się (*National Institute on Aging*), Roberta Butlera. Wówczas odnosił się on do zjawiska systematycznej stereotypizacji i dyskryminacji ludzi z powodu ich starszego wieku (Butler 1969). Nieco

inną definicję ageizmu wprowadził Bill Bytheway, dla którego „ageizm generuje i wzmacnia strach przez dezintegrację związaną z procesem starzenia się jednostki w odniesieniu do jej kompetencji” (Bytheway 1995, s. 14). Takie ujęcie umożliwia określenie grup ludzi, które posiadają utrudniony dostęp do zasobów i szans, jakie są dostępne dla pozostałych członków społeczeństwa. Polski socjolog Piotr Szukalski bazując na propozycji Bytheway’a tworzy następującą definicję: „ageizm to przejaw przekonań, uprzedzeń i stereotypów mających swe podstawy w biologicznym zróżnicowaniu ludzi, związanym z procesem starzenia się, które dotyczą kompetencji i potrzeb osób w zależności od ich chronologicznego wieku. W rezultacie wiek kalendarzowy używany jest do wyodrębnienia grup, których dostęp do różnorodnych zasobów społecznych podlega systematycznej kontroli. Ów proces kontroli nazywany jest dyskryminowaniem” (Szukalski 2004). Aktualnie definicja ageizmu jest znacznie szersza, rozumiana jako uprzedzenia i dyskryminacja ludzi ze względu na ich wiek (Palmore 1999). *Słownik socjologii i nauk społecznych* pod redakcją Roberta Marshalla podaje definicję „wiekizmu” (pojęcie stosowane jako synonim dla ageizmu, jego spolszczona wersja) ujętą w następujących słowach: „(...) przez analogię do takich terminów jak rasizm czy seksizm, ageizm to dyskryminacja oraz wyznawanie irracjonalnych poglądów i przesądów dotyczących jednostek lub grup i opartych na ich wieku. Przyjmuje się stereotypowe założenia na temat fizycznych i umysłowych cech ludzi z określonej grupy wiekowej i zwykle wyraża się je w sposób poniżający. Najczęściej wiekizm kieruje się wobec ludzi starych” (Marshall 2005, s. 242).

Zagadnienie ageizmu i doświadczania starości znalazło swoje miejsce także w polskiej literaturze naukowej (Szatur-Jaworska 2000, Szukalski 2008, Zalewska 2009). Doświadczenie starości wydaje się być w dzisiejszych czasach doświadczeniem zmiany, reakcją na tę zmianę, a także próbą radzenia sobie z nią. W doświadczeniach osób starszych zmianie ulegało niemal wszystko od czasów ich młodości: od otoczenia fizycznego poczynawszy, przez życie społeczne i – co być może najtrudniejsze do zniesienia – zmieniło się także „ja”: biologiczne (starzenie się ciała) i społeczne (zmiana roli na poprodukcyjną). Człowiek stary zachowuje się i jest traktowany dzisiaj inaczej niż w czasach swojej młodości i dorosłości. Źródła dyskryminacji ze względu na wiek, jak wskazują badaczki (Szatur-Jaworska 2000, Miszczak 2006, Zalewska 2009) można doszukiwać się w dominującym w kulturze masowej kulcie młodości. Starość traktowana jest jako „nieatrakcyjny i niepopularny etap życia (...) w kulturze, w której obowiązuje kult młodości i piękna, starsze osoby przestają być pełnoprawnymi członkami społeczeństwa, a ich doświadczenia i przeżycia nie są brane pod uwagę (...)” (Łysak, Zierkiewicz 2005, s. 31).

Anthony Giddens (2001) zwraca uwagę na dwa przeciwstawne procesy związane z postrzeganiem starości. Z jednej strony w społeczeństwach nowoczesnych starsi ludzie mają z reguły niższy status społeczny i mniej władzy niż w kulturach przednowoczesnych. W kulturach tradycyjnych starość utożsamiana była z mądrością, autorytetem i władzą. W społeczeństwach nowoczesnych, w których zachodzą ciągłe zmiany, wiedza i doświadczenie starszych ludzi nie stanowi już dla młodego pokolenia punktu odniesienia i jest często raczej zbiorem nikomu niepotrzebnych przestarzałych informacji. Jednocześnie mamy jednak do czynienia z procesem przeciwnym. Starzenie się przestaje być traktowane przez wielu ludzi starszych jako nieuchronny proces degeneracji fizycznej i psychicznej, coraz częściej bowiem wielu

seniorów przeżywa „jesień swojego życia” właśnie w sposób aktywny. Badania społeczne poświęcone opiniom społeczeństw na temat starości i roli starszych osób są ponadto ważnym elementem tworzącym diagnozy na temat sytuacji seniorów w konkretnym państwie. Wyrażane przekonania mogą wyznaczać bariery niechęci i stereotypy, a tym samym wpływać na jakość życia osób starszych. Negatywne postrzeganie starości sprzyja bowiem marginalizacji osób starszych i ich „samowykluczaniu” z życia społecznego (Osiecka-Chojnacka 2012).

Wśród badań dotyczących zjawiska ageizmu i jego przejawów realizowanych na gruncie europejskim warto wspomnieć o wynikach Europejskiego Sondażu Społecznego, którego celem była obserwacja zmian społecznych zachodzących w Europie w ostatnich latach. Czwarta runda tego badania, dotycząca problemu starzenia się społeczeństw, przeprowadzona w 2008 roku, objęła swym zasięgiem 31 państw, w tym również Polskę. Skrócony raport z badań wskazuje, że zdecydowana większość Europejczyków doświadczyła dyskryminacji, uprzedzeń i niesprawiedliwego traktowania wynikających z wieku. Skala zjawiska ageizmu jest różna – jego istnienie potwierdza bowiem niezależnie od wieku, z jednej strony: jeden na dwóch Czechów, Finów czy Holendrów, a z drugiej: jeden na sześciu Cyprijczyków czy Portugalczyków. Wśród krajów będących przedmiotem zainteresowania w niniejszym artykule rozróżnienie nie jest tak znaczące. W Danii wskaźnik ten nie przekracza 20%, w Niemczech i Polsce przyjmuje wartość ok. 25%, zaś w Wielkiej Brytanii – około 15% (*European Social Survey* 2013). Źródło tych różnic jest trudne do jednoznacznego wskazania – nie wynikają one jedynie ze wskaźników takich jak wsparcie socjalne państwa, czy status ekonomiczny danego kraju (zob. *Global AgeWatch Index* 2013). Co istotne, we wszystkich krajach respondenci potwierdzali częstsze doświadczanie dyskryminacji ze względu na wiek niż np. z powodu płci lub pochodzenia etnicznego (*European Social Survey* 2013). Aż 40% Polaków uznało, że kwestia dyskryminacji i gorszego traktowania ze względu na wiek jest poważnym problemem w naszym kraju. Jednak na pytanie o poczucie przynależności do grupy dyskryminowanej (ogólnie) jedynie niecałe 5% populacji odpowiadało, że czuło się gorzej traktowane, co wskazywałoby na fakt, iż nasze społeczeństwo jest niezwykle tolerancyjne. Wyniki różnią się w poszczególnych kategoriach wiekowych – największy odsetek (7%) osób odczuwających dyskryminację plasuje się w kategorii wiekowej 50-67 lat. Tak niskie wartości rzeczonych wskaźników mogą wskazywać na niską świadomość istnienia zjawiska ageizmu wśród respondentów, w szczególności w odniesieniu do ich własnych doświadczeń (Stypińska 2010, s. 168).

Nieco odmienne wyniki badań dotyczących omawianego zagadnienia można znaleźć w raportach polskich ośrodków. Kwestiom starości, starzenia się i doświadczania dyskryminacji poświęcone były ogólnopolskie badania opinii publicznej realizowane przez Centrum Badania Opinii Społecznej w latach 1998, 2000, 2007, 2009 i 2010. Bardziej szczegółowo zjawiskom dyskryminacji ze względu na wiek zajmowały się z kolei przede wszystkim środowiska związane z organizacjami pozarządowymi, takie jak np. Akademia Rozwoju Filantropii czy Forum 50+. Problematykę tę podejmowało również polskie środowisko naukowe (Szukalski 2004, Szatur-Jaworska 2000), jednak jak wskazuje Piotr Szukalski (2008), wciąż brakuje szeroko zakrojonych badań socjologicznych analizujących tę kwestię z całościowej perspektywy. W okresie od 1998 do 2007 roku można zaobserwować, że zainteresowanie Polaków starością oraz jej doświadczaniem znacznie wzrosło. Ze stwierdzeń

respondentów wynikało, że osoby starsze są w Polsce bardzo różnie traktowane. Życzliwy stosunek do seniorów dominuje w rodzinie (79%) i w sąsiedztwie (68%), a z najmniejszą serdecznością spotykają się oni w placówkach służby zdrowia (39%), w urzędach (32%) czy na ulicy (25%). Co czwarty badany uważał, że w jego środowisku osoby starsze spotykają się z brakiem zainteresowania i obojętnością (21%) (CBOS 2007). Raport z badań w roku 2009 wskazuje z kolei, że aż 87% badanych uważa osoby starsze za potrzebne społeczeństwu, a jedynie 9% traktuje ich jako obciążenie. Co ciekawe jednak, same osoby mające 65 lat i więcej twierdzą, że stanowią dla społeczeństwa swoisty balast (CBOS 2009). O niezaprzeczanym doświadczeniu dyskryminacji ze względu na wiek, mającym miejsce na rynku pracy, wspomina raport pt. *Rynek pracy a osoby bezrobotne 50+* (Akademia Rozwoju Filantropii 2007). Aż 63% respondentów z grona osób długotrwale pozostających na bezrobociu, a będących po 50. roku życia, wskazało bowiem właśnie swój wiek jako przyczynę niemożności znalezienia stałego zatrudnienia.

Zaburzenia zdrowia psychicznego, głównie demencja i zaburzenia nastroju, są udziałem dużej części osób w podeszłym wieku (Blinkiewicz 1996). Częstość ich występowania związana jest z wiekiem (kilkakrotnie wyższy odsetek zaburzeń psychicznych wśród seniorów powyżej 85. roku życia niż w grupie powyżej 65. roku życia) czy kontekstem środowiskowym (wyższy odsetek zaburzeń psychicznych wśród osób przebywających w zakładach zamkniętych lub w szpitalach na oddziałach internistycznych) (Semple i in. 2007).

W raporcie pt. *Dementia – a public health priority*, Światowa Organizacja Zdrowia przedstawiła dane dotyczące aktualnego stanu i prognoz zachorowań na demencję. W 2010 roku około 9.95 mln starszych Europejczyków doświadczało demencji. Szacuje się, że do 2030 roku liczba ta wzrośnie o 40% (13.95 mln), a przez dwie kolejne dekady o 86% (18.65 mln) (WHO 2012). Demencja, zwana otępieniem, to postępujący w czasie proces deterioracji możliwości poznawczych i zmian stanu emocjonalnego u osoby w podeszłym wieku. W późniejszej fazie choremu mogą towarzyszyć także: osłabienie możliwości odtwarzania starych i zapamiętywania nowych treści, rozpoznawania znanych osób lub przedmiotów (agnozja), pogorszenie zdolności językowych (afazja) lub obniżenie sprawności ruchowej (apraksja). W końcowym stadium dochodzi do osłabienia funkcji korowych i wynikających z niego trudności w planowaniu i kontrolowaniu zachowań (Seligman i in. 2003). W diagnostyce klinicznej wymieniane są cztery najczęściej występujące typy demencji: choroba Alzheimera, demencja naczyniowa, demencja z ciałami Lewy’ego, demencja czołowo-skroniowa (WHO 2012).

Drugim problemem dotyczącym osób starszych w sferze funkcjonowania psychicznego są zaburzenia nastroju – głównie depresja. Odsetek osób doświadczających depresji w populacji osób starszych jest szacowany na 10%–20% w zależności od kontekstu kulturowo-społecznego (WHO 2001). Objawami depresji wspólnymi dla osób młodszych i tych w starszym wieku są: utrzymujący się w czasie depresyjny nastrój, utrata zainteresowania oraz poczucie bezwartościowości, zmęczenie i bezsenność (American Psychological Association 1994). W porównaniu do osób chorujących na depresję z młodszych grup wiekowych, u seniorów znamienne są objawy spowolnienia psycho-ruchowego, zaburzenia poznawcze, złudzenia depresyjne, dolegliwości lękowe, somatyczne i hipochondryczne (Katona i in. 2003, Semple i in. 2007).

W zależności od natężenia objawów zaburzeń psychicznych, osoby ich doświadczające są różnie postrzegane przez otoczenie społeczne. Osoby z lekkimi zaburzeniami psychicznymi są odbierane jako takie, które powinny „wziąć się w garść”, a te doświadczające ostrych epizodów – jako niebezpieczne, agresywne czy nieprzewidywalne (Gaebel i in. 2006). Percepcja osób chorujących psychicznie jako zagrażających bezpieczeństwu wiąże się z reagowaniem na nie lękiem, litością czy złością (Angermeyer i in. 2003). Wyrazem dystansu społecznego wobec osób po kryzysach psychicznych jest utrzymujące się niskie przyzwolenie opinii publicznej na pełnienie przez nie ról społecznych związanych z odpowiedzialnością za najbliższe jednostki otoczenia (Wciórka, Wciórka 2005). W związku z siłą piętna choroby psychicznej osób leczących się psychiatrycznie, gro osób doświadczających trudności psychicznych nie zgłasza się do specjalisty lub sięga po tę pomoc dopiero, gdy dochodzi do znaczącego zaostrzenia dolegliwości. Późna diagnoza i rozpoczęcie leczenia w zaawansowanej fazie utrudniają lub spowalniają proces zdrowienia (Link, Phelan 2001).

Badania nad subiektywnym doświadczeniem piętna pozwoliły pogłębić rozumienie konsekwencji fałszywych wyobrażeń i wrogich reakcji otoczenia na funkcjonowanie osób z trudnościami psychicznymi. Osoby chorujące psychicznie w związku ze swoimi dolegliwościami doświadczają lekceważenia w relacjach interpersonalnych, niższej jakości życia, utrudnionego dostępu do instytucji medycznych, trudności w znalezieniu pracy czy nawiązaniu i utrzymaniu bliskich relacji (Schulze, Angermeyer 2003, Angell i in. 2006, Świtaj 2008, Thornicroft i in. 2009). Pozostawanie w otoczeniu kierującym się w swoich negatywnych reakcjach wobec osób chorujących psychicznie stereotypami, może powodować u nich obniżenie samooceny i poczucia samoskuteczności, a to z kolei rezygnację z aktywności i tendencję do wycofywania się z życia społecznego (Lee 2002). Wyniki analiz wskazują, że doświadczenie piętna jest dla chorujących tak obciążające, że badacze nazywają je „drugą chorobą” (Finze, w: Schulze, Angermeyer 2003, s. 299). Dzięki studiom socjologicznym w tym zakresie wiemy także coraz więcej o nazwanym przez Goffmana zjawisku piętna przeniesionego. Dotyczy ono osób związanych z jednostkami stygmatyzowanymi ze względu na ich społecznie znaczącą cechę. W przypadku osób chorujących psychicznie najbardziej zagrożeni piętnem przeniesionym są ich bliscy krewni i opiekunowie, mniej zaś profesjonaliści z obszaru psychiatrii. Badania wskazują, że ci pierwsi w związku z chorobą bliskiej osoby doświadczają wstydu, obwiniania, odrzucenia czy unikania (Larson 2008, Karnieli-Miller i in. 2013).

Dynamika zmian postaw niechętnych osobom chorującym psychicznie i ich bliskim w społeczeństwach Europy jest zróżnicowana, choć, jak pokazują wyniki badań sondażowych prowadzonych w poszczególnych państwach, wiele przekonań, reakcji emocjonalnych i zachowań występuje w wielu krajach europejskich. Badania niemieckie analizujące trendy w zakresie nastawienia Niemców do osób chorujących psychicznie pokazały, że w przeciągu ostatniej dekady XX wieku rozpowszechnienie przekonań dewaluujących tę grupę osób zmalało, a przekonanie o występowaniu dyskryminacji osób po kryzysach psychicznych jest raczej stabilne. Więcej Niemców niż w latach dziewięćdziesiątych uważa, że osoby po leczeniu psychiatrycznym są równie inteligentne (39,1%, wzrost o 7,6%) i godne zaufania jak pozostali (29,8%, wzrost o 7,8%). Większa liczba mieszkańców Niemiec byłaby także w stanie zaakceptować jako swojego przyjaciela osobę po kryzysie

psychicznym (39%, wzrost o 9,5%). Na przełomie XX i XXI wieku nic się natomiast nie zmieniło w zakresie dyskryminacji osób chorujących psychicznie na rynku pracy (61,8% respondentów uważa, że pracodawca będzie wolał zatrudnić osobę bez doświadczenia leczenia psychiatrycznego) oraz w obszarze relacji intymnych (61,1% respondentów uważa, że kobieta nie będzie chciała wejść w relację z mężczyzną wiedząc, że ten był hospitalizowany z powodu choroby psychicznej) (Angermeyer, Matschinger 2005). Inaczej niż w społeczeństwie niemieckim, w Austrii nadal silne są przekonania dewaluujące osoby chorujące psychicznie. Badania z 2007 r. wykazały, że podobnie jak we wcześniejszych latach u większości Austriaków (64,1%) silne są stereotypowe wyobrażenia dotyczące niebezpieczeństwa, jakie stanowią dla ogółu społeczeństwa osoby chorujące na schizofrenię (Grausgruber i in. 2009). W Polsce przekonanie o gwałtowności osób z zaburzeniami psychicznymi podzielane jest przez coraz mniejszy odsetek osób (w 2005 roku 25%, a w 2008 19% respondentów spostrzegało osoby chorujące psychicznie jako agresywne w stosunku do innych; ta tendencja jest podobna w odniesieniu do przekonań o stosowaniu przez osoby z zaburzeniami psychicznymi agresji wobec siebie). Pomimo spadku, nadal wysoki jest odsetek osób przekonanych, że osoby chorujące psychicznie zachowują się niezrozumiale (38% w 2008 r., spadek o 7% w stosunku do 2005 roku), mówią od rzeczy (38% w 2008 r., spadek o 5% w stosunku do 2005 roku). Wśród Polaków nieznacznie wzrósł odsetek osób przekonanych o możliwości wyleczenia osób chorujących psychicznie (59% w 2008 r., wzrost o 1% w stosunku do 2005 r.) (Wciórka, Wciórka 2008).

Dyskryminacja z jednej strony seniorów, a z drugiej strony stygmatyzacja osób chorujących psychicznie, powodują, że sytuacja osób w podeszłym wieku doświadczających zaburzeń psychicznych jest szczególnie trudna. Odnosząc się do dostępnej wiedzy na temat reakcji społecznych wobec tych dwóch kategorii, zasadna wydaje się być hipoteza, że osoby w podeszłym wieku z trudnościami psychicznymi mogą być zagrożone podwójnym wykluczeniem. W kontekście wyzwań wynikających z procesu starzenia się społeczeństw europejskich w ramach działań ośrodków badawczych oraz agend do spraw osób starszych, instytucji narodowych i międzynarodowych oraz lokalnych organizacji pozarządowych, podejmowane są inicjatywy na rzecz promocji leczenia i profilaktyki chorób niezakaźnych dotyczących najstarszych, rozwoju optymalnych dla osób starszych systemów wsparcia oraz aktywizacji i włączania seniorów w życie wspólnot (WHO 2001, Derejczyk i in. 2012, Tobiasz-Adamczyk i in. 2013). Problem ageizmu jest niezwykle ważny z punktu widzenia Unii Europejskiej, która w trosce o ograniczanie obszaru dyskryminacji osób starszych i promowanie solidarności międzypokoleniowej rok 2012 wyznaczyła rokiem aktywnego starzenia się i solidarności międzypokoleniowej (*European Year of Active Ageing and Solidarity between Generations*). W wielu krajach Europy w ostatniej dekadzie priorytetem były także działania promujące zdrowie psychiczne i destygmatyzujące chorobę psychiczną (Evans-Lacko i in. 2010, Watson, Corrigan 2006). Autorki artykułu przeanalizowały tę część europejskich kampanii społecznych, które poświęcone były problematyce osób starszych z demencją lub depresją. Celem badania było zweryfikowanie zawartości materiałów kampanii, tj. dyskutowanych w nich problemów, promowanych wartości i postaw oraz strategii przyjętych do ich popularyzacji.

Kształtowanie postaw a marketing społeczny

W związku z wielowymiarowymi uwarunkowaniami postaw, ich zmiana jest procesem złożonym i długotrwałym (Wojciszke 2006). Tradycyjnie stosowanymi mechanizmami w kształtowaniu pozytywnych postaw są edukacja i regulacje prawne (Weinreich 2010). Przykładowo w Wielkiej Brytanii w 2005 roku, w ramach *Disability Discrimination Act*, uwzględniono zapisy zabezpieczające osoby chorujące psychicznie od dyskryminacji na rynku pracy i w dostępie do dóbr i usług. W Niemczech z kolei, zapisy prawne dotyczące warunków wynagradzania osób, które pozostają w stosunku pracy, na równi traktują problemy zdrowia fizycznego i psychicznego (WHO 2008). Jednak w stosunku do wyzwania wprowadzenia trwałych zmian zachowań dużych grup osób wymienione środki są niewystarczające (Weinreich 2010).

Narzędziem wykorzystywanym od początku lat 70. XX wieku do rozpowszechniania wartości prospołecznych jest wywodzący się z praktyk sprzedaży artykułów handlowych marketing społeczny. Marketing społeczny, podobnie jak jego pierwotna forma, zasadzają się na relacji wymiany między zaangażowanymi aktorami i wykorzystują proces komunikacji między nimi (Kotler, Zaltman 1971). Podczas gdy przedmiotem tradycyjnego marketingu są towary i usługi, a beneficjentem ich producent, celem kampanii społecznych jest promocja celów niekomercyjnych instytucji i koncepcji społecznych. W przypadku marketingu społecznego korzyści odnoszą jednostka i społeczeństwo (Weinreich 2010). Analogicznie do rozwoju technologii zarządzania marketingiem w handlu, także w prowadzeniu marketingu społecznego istotny jest proces projektowania, wdrażania i kontrolowania programów nacełowanych na szerzenie akceptacji dla promowanych postaw, poprzedzony fazą kreowania produktu, kalkulowania kosztów, planowania strategii komunikacyjnych i dystrybucji oraz badaniami rynku (Kotler, Zaltman 1971).

Metodologia badania

W celu odpowiedzi na postawione pytania badawcze autorki sięgnęły po jakościową analizę treści. Metoda ta jest wykorzystywana do badania zarówno jawnej zawartości tekstu, jak i niejawnych znaczeń. W jakościowej analizie treści można wydzielić podstawowy poziom analizy, na którym badane są tematy i główne koncepcje, oraz ukryty, w ramach którego badany jest kontekst danego źródła (Mayring 2000). Działania podjęte w ramach badania obejmowały zweryfikowanie zawartości materiałów z kampanii społecznych dotyczących demencji i depresji u seniorów, jak również zastosowanych w nich środków wyrazu i strategii komunikacyjnych. Badaczki ponadto analizowały związek aktorów społecznych podejmujących inicjatywy na rzecz promocji pozytywnych postaw wobec osób starszych chorujących psychicznie z instytucjami rządowymi i pozarządowymi oraz adresatów prowadzonych działań. Analiza zebranego materiału, w tym proces kodowania i porównań między przypadkami, została przeprowadzona z wykorzystaniem programu do analizy jakościowej MaxQda¹.

¹ <http://www.maxqda.com/>

Jednostką analizy w przeprowadzonym badaniu były materiały wizualne przygotowane w ramach kampanii społecznych poświęconych kwestiom zdrowia psychicznego osób w podeszłym wieku, tj. plakaty, broszury, filmy video. Materiał badawczy został dobrany celowo. Dobór polegał na wyszukaniu programów promocyjnych po określonych słowach kluczowych w języku polskim, angielskim, niemieckim i duńskim w zasobach Internetu. W procesie tym wykorzystano następujące słowa-klucze: kampania społeczna, seniorzy, demencja/depresja osób starszych, choroba Alzheimera – odpowiednio w każdym z czterech języków (ang.: *social campaign, seniors, dementia/depression of elderly people, Alzheimer's disease*; niem.: *Sozialkampagne, Senioren, Demenz/Depression bei Senioren, Alzheimerkrankheit*; duń.: *Socialkampagne, ældre personer med demens/depression, Alzheimers sygdom*). Dodatkowym kryterium wyboru materiałów do analizy był rok i kraj opublikowania kampanii. Do puli materiałów analizowanych włączane były kampanie upowszechnione w przedziale czasowym od 2004 do 2014 roku. Europa, choć budowana na tym samym fundamencie kulturowym, jest konglomeratem zbudowanym z wielu różnych kultur narodowych. Interpretacja różnic kulturowych pomiędzy krajami, których kampanie społeczne będą analizowane w ramach tego studium dotyczy krajów Unii Europejskiej. W określeniu europejskości Unii naczelną rolę odgrywają czynniki historyczne i kulturowe oraz wspólna tożsamość i identyfikacja z wartościami demokratycznymi (Wallner 2006). Nie sposób jednak zaprzeczyć, że każdy kraj członkowski UE posiada własne partykularyzmy kulturowe, historyczne i mentalne. Dla ich zarysowania do analizy zostało wybranych następujących pięć krajów:

1) Polska jako stosunkowo nowy kraj EU (data wstąpienia do UE: 2004 r.) jako reprezentant Europy Środkowo-Wschodniej, kraj postkomunistyczny,

2) Dania jako przedstawiciel regionu Skandynawii i tzw. skandynawskiego modelu państwa opiekuńczego,

3 i 4) Niemcy i Austria jako kraje reprezentujące kulturę Europy Zachodniej, których mieszkańcy posługują się jednym językiem,

5) Wielka Brytania – kraj pod wieloma względami, podobnie jak kraje skandynawskie, pozostawiający sobie autonomiczność względem pozostałych krajów członkowskich UE.

Decyzja o takim doborze krajów do analizy wynikała z chęci uzyskania wglądu w podejmowane działania antystygmatyzujące w kontekście odmiennych warunków społeczno-kulturowych, w tym postaw wobec osób starszych i chorujących psychicznie, dominujących wartości społecznych oraz warunków życia seniorów. Podczas gdy pierwsze dwa zagadnienia w odniesieniu do specyfiki pięciu wybranych krajów zostały omówione powyżej, warto jeszcze zwrócić uwagę na pozostałe różnicujące je charakterystyki.

W kontekście działań inkluzyjnych, jedną z ważniejszych cech społeczeństw jest poziom zaangażowania w rozwój społeczeństwa obywatelskiego i działanie na rzecz włączania wykluczonych grup społecznych. Wśród wybranych państw europejskich społeczeństwo duńskie dominuje pod względem odsetka członków aktywnych w pozarządowych organizacjach działających na rzecz pomocy grupom osób wykluczonych (6% w porównaniu z 5% w Austrii, 3% w Wielkiej Brytanii, 2% w Niemczech i 1% w Polsce) (*European Survey of Values* 2008). Poziom dystansu społecznego wobec osób z trudnościami ze zdrowiem psychicznym jest odmienny w poszczególnych krajach: wyraźnie zarysowuje się wśród Polaków, w mniejszym

stopniu wśród Austriaków czy Brytyjczyków (odpowiednio 55%, 36% i 28% respondentów w tych krajach wolałoby uniknąć sąsiedztwa osób nie zrównoważonych emocjonalnie). Natomiast tylko co 10 Niemiec i co 15 Duńczyk miałby obiekcje w takiej sytuacji. Ponadto poziom zaufania społecznego w Danii jest znacząco wyższy niż w pozostałych krajach wybranych do analizy. 75% Duńczyków spostrzega swoje otoczenie społeczne jako godne zaufania, podczas gdy poziom zaufania w pozostałych krajach waha się na poziomie około 60%. Badania *European Value Survey* z 2008 r. pokazały także zróżnicowanie pod względem odsetka osób zaniepokojonych o warunki życia seniorów. Aż 75% Duńczyków i 76% Niemców zadeklarowało poddawanie tej kwestii regularnej refleksji. Kwestia ta jest znacząca dla ponad połowy Polaków i Brytyjczyków oraz 48% Austriaków (*European Value Survey* 2008).

Taki wybór krajów pozwolił także uchwycić materiał badawczy w kontekście zróżnicowanych warunków życia oraz poziomu rozwoju opieki psychogeriatrycznej dostępnych dla osób starszych w wyselekcjonowanych krajach Europy. Międzynarodowa organizacja pozarządowa HelpAge, działająca na rzecz podnoszenia jakości życia seniorów, monitoruje poziom jakości życia osób starszych mierzony obiektywnymi wskaźnikami, takimi jak: bezpieczeństwo finansowe, status zdrowotny, edukacja i zatrudnienie, dostępność otoczenia i kontakty społeczne oraz polityka społeczna w zakresie wsparcia seniorów². W raporcie z 2013 roku państwa ujęte w prezentowanej w tym artykule analizie zostały ulokowane na miejscach: Niemcy – 3; Austria – 11 w skali świata, 7 w skali Europy; Wielka Brytania – 13 w skali świata, 9 w skali Europy; Dania – 17 w skali świata, 13 w skali Europy; Polska – 62 w skali świata, 33 w skali Europy. Wszystkie wymienione kraje uzyskują wysokie lub dość wysokie wartości wskaźników związanych z zasobami materialnymi (Austria – 5, Niemcy – 9, Wielka Brytania – 10, Polska – 20, Dania – 21). Wskaźniki³ edukacji i aktywności zawodowej przyjmują wartość z najwyższego przedziału tylko w Niemczech (6), dla pozostałych krajów są one raczej wysokie (Dania – 20, Wielka Brytania – 24) lub średnie (Austria – 42 i Polska – 54). Dostępność otoczenia dla seniora jest na bardzo wysokim poziomie w Austrii (2), Niemczech (6) i Danii (10). Mniejsza dostępność doświadczana jest przez seniorów z Wielkiej Brytanii (17) i w Polsce (43). Duże zróżnicowanie między wybranymi krajami widoczne jest także pod względem oczekiwanej długości życia i stanu zdrowia. Najlepszym stanem zdrowia charakteryzują się seniorzy niemieccy (6), austriaccy (17) i brytyjscy (19). Znacząco gorzej funkcjonują zdrowotnie starsi Duńczycy (40) i Polacy (87) (HelpAge 2013).

Dla pokazania istotnego dla kontekstu przeprowadzonych badań zróżnicowania włączonych do analizy państw, warto wskazać różnice w ofercie systemów zdrowotnych skierowanych do seniorów w poszczególnych społeczeństwach. Ilustracją dostępności konsultacji medycznych dla osób starszych ze specjalistą z dziedziny geriatricznej jest liczba seniorów przypadająca na jednego geriatrę. W Austrii na jednego geriatrę przypada 2962,70 seniorów starszych niż 65 lat i 810,00 starszych niż 80 lat, w Niemczech odpowiednio 7496,78 i 1727,18, w Danii 12001,90 i 3139,61,

² Dane brane pod uwagę do wyliczenia współczynnika pochodzą z danych WHO, OECD, World Bank, EuroStat, Gallup WorldView, Institute of Health Metrics and Evaluation in Seattle, ILO, Barro and Lee.

³ Wskaźnik dobrostanu przyjmuje wartość 1–100. Wartość wskaźnika informuje, jak daleko dany kraj jest od idealnej wartości.

w Wielkiej Brytanii 8871,00 i 4266,00 (Ekdahl i in. 2012) W Polsce liczbę seniorów powyżej 65 roku życia przypadającą na jednego lekarza geriatrę szacuje się na 8333 (Derejczyk i in. 2012). W Polsce w 2009 roku dostępnych było 450 łóżek na oddziałach geriatrycznych (1,2 łóżka na 100 000 mieszkańców i 0,9 na 10 000 seniorów) podczas gdy w Danii 568 (10,5 łóżka na 100 000 mieszkańców i 6,7 na 10 000 osób w podeszłym wieku) (Kropińska i in. 2009).

Ostatnią kwestią związaną z doбором materiału badawczego była kategoria nadawcy przekazów. Warto w tym miejscu podkreślić, że intensywny rozwój technologii internetowej umożliwia promowanie wartości prospołecznych zarówno przez instytucje, jak i osoby prywatne (na blogach, vlogach czy kontaktach na serwisach społecznościowych). Kampanie społeczne prowadzone przez obie grupy nadawców zostały uwzględnione w analizie. W związku ze spełnieniem określonych warunków w badaniu przeanalizowano 25 kampanii.

Analiza uzyskanego materiału badawczego

Między społecznymi opiniami o starszych osobach chorujących psychicznie, a tym, jak oni sami przeżywają doświadczenie dyskryminacji i/bądź wykluczenia, zachodzi swoiste sprzężenie zwrotne. Z jednej strony stereotypowe opinie kształtują sytuację tych osób, z drugiej zaś: nadawcy czy też bohaterowie kampanii społecznych w danym społeczeństwie mogą przyczyniać się do zmiany utartych przekonań na temat osób starszych chorujących na demencję lub depresję.

Nadawcami badanych kampanii społecznych w obszarze zdrowia psychicznego osób starszych w znacznej części były narodowe agendy zdrowia lub pomocy społecznej. Jednak duża część inicjatyw została podjęta także przez krajowe organizacje pozarządowe. Należy podkreślić, że zakres działań przygotowywanych przez wspomniane podmioty był najbardziej znaczący. Inicjatywy przeprowadzane na mniejszą skalę prowadzone były przez lokalne organizacje. Ostatnią grupę nadawców kampanii stanowiły osoby prywatne, które w szczególny sposób – czy to ze względu na chorobę bliskiego krewnego, czy własne trudności zdrowotne – inicjują działania mające na celu zwrócenie uwagi na problem seniorów chorujących psychicznie. Godne odnotowania jest również to, że organizacje pozarządowe często stanowiły wsparcie dla takich jednostek.

Główne tematy podejmowane w przeanalizowanych kampaniach dotyczyły: omówienia objawów i wyjaśnienia przyczyn demencji i zaburzeń nastroju oraz procesu ich leczenia u seniorów; osłabienia stygmatyzującego charakteru chorób psychicznych oraz kształtowania pozytywnych postaw wobec osób starszych z demencją lub depresją.

Pierwszy z wymienionych wątków – wskazanie granicy normy i zaburzenia psychicznego – był poruszany w większości analizowanych kampanii. W celu zwrócenia uwagi na tę podstawową w zakresie zdrowia psychicznego kwestię, w wielu kampaniach zestawiane były egemplifikacje stanu zdrowia i choroby, np. doświadczany okresowo przez wszystkich smutek porównywano z przedłużającym się obniżeniem nastroju i anhedonią, czy też zwykłe zapomnienie z utrzymującym się problemem funkcji poznawczych. Dobrą ilustracją realizowania tego zagadnienia

jest duńska kampania zatytułowana „Aktywni z demencją”⁴. W kampanii różnica między „zwykłym zapominaniem”, a trudnościami poznawczymi osób z chorobą Alzheimera została przedstawiona za pomocą zaskakujących zastosowań przedmiotów codziennego użytku, np. buty sportowe zostały wykorzystane jako doniczka na kwiaty. Hasło tej kampanii, odpowiednio do powyżej opisanej ilustracji, brzmi: „Można zapomnieć gdzie się położyło buty. Czym innym jest jednak zapomnieć, do czego one służą”. Obrazowe wyjaśnianie kluczowych objawów zaburzeń pozwala odbiorcom kampanii zdobyć podstawową wiedzę na temat różnic między objawami chorobowymi, a zwykłymi omyłkowymi zachowaniami.

Kolejnym zagadnieniem, na które zwrócono uwagę w analizowanych kampaniach społecznych, są przyczyny społeczne pojawiania się trudności psychicznych u osób w starszym wieku. Jedną z analizowanych polskich kampanii, zatytułowaną „Samobójstwa osób starszych”⁵, została poświęcona problemowi samobójstw wśród seniorów, często łączonych z zaburzeniami nastroju. Kampania zwraca uwagę odbiorców na to, że bieda i samotność są doświadczeniem, które często decyduje o złym psychicznym funkcjonowaniu osób starszych. Na samotność i izolację najstarszych członków społeczeństwa zwraca uwagę także brytyjska kampania „Skończyć z samotnością”⁶. W ramach tej kampanii na stronie internetowej i podczas organizowanych wydarzeń omawiane są negatywne konsekwencje samotności w późnym wieku. Inne kampanie, np. duńska „Aktywni z demencją”⁷, zawierają komunikaty, które można zaklasyfikować jako przykłady klasycznych działań prewencji zdrowotnej. W kampanii silnie podkreśla się znaczenie aktywności fizycznej dla utrzymania dobrej kondycji psychicznej u seniorów.

Jednym z najbardziej wyraźnych przekazów w analizowanych kampaniach jest zachęta do konsultacji ze specjalistą. Jest ona kierowana zarówno do osób zaniepokojonych zmianą własnych możliwości poznawczych i labilnością stanów afektywnych (np. „Samopomoc w demencji”⁸), jak i do obserwujących pogorszenie funkcjonowania swoich najbliższych (np. „Dzień do zapamiętania”⁹). Jednym z haseł promujących zachowania prozdrowotne w tym obszarze we wspomnianej kampanii Towarzystwa Alzheimera z Wielkiej Brytanii jest stwierdzenie: „Demencja. Jeśli się martwisz, zgłoś się do lekarza”¹⁰.

Badania nad rodzinami osób z zaburzeniami psychicznymi typu demencja, wskazują na ogromne znaczenie pomocy najbliższych, ale i jednocześnie obciążenia wynikające z opieki nad chorującym (Boss 2011). Adekwatne do zapotrzebowania jest kierowanie kampanii właśnie do rodzin seniorów z demencją. W wielu programach tego typu narrację prowadzą osoby, których najbliżsi doświadczyli trudności psychicznych z tej grupy zaburzeń. Przykładowo w kampanii brytyjskiego Towarzystwa Alzheimera zatytułowanej „Dzień do zapamiętania” krewni opowiadają

⁴ „Aktiv med demens”, Dania.

⁵ „Samobójstwa osób starszych”, Polska.

⁶ „End loneliness”, Wielka Brytania.

⁷ „Aktiv med demens”, Dania.

⁸ „Selbsthilfe demenz”, Niemcy.

⁹ „A Day to remember”, Wielka Brytania.

¹⁰ „A Day to remember”, Wielka Brytania.

o swoich niepokojach związanych z niezrozumiałym zachowaniem bliskiej osoby w początkowym stadium demencji oraz o obawach poruszania z nią tego tematu. Podkreślają także korzyści płynące z diagnozy oraz dzielą się troskami wynikającymi z opieki nad chorującym członkiem rodziny. Jedną z nich obrazuje niemiecka kampania „Zostać zapomnianym”¹¹. Doświadczenie rodzinnych opiekunów osób z demencją prezentują zdjęcia stylizowane na lata 50. Fotografie rodzinne przypominają radosne wydarzenia z życia rodziny, np. ślub, pierwsze urodziny dziecka. To co burzy radość wspomnień to fakt, że tylko jedna z osób na zdjęciu jest widoczna. Nieobecność na fotografii drugiej osoby – opiekuna (dziecka lub małżonka osoby z demencją), oddaje jedną z konsekwencji postępującego otępienia – nierozpoznanie przez chorujących swoich najbliższych. Kampania podkreśla, jak ważne jest wsparcie rodzin doświadczających – w związku z towarzyszeniem chorującym seniorom – wielu emocjonalnie obciążających sytuacji. W przywołanej wcześniej kampanii „Dzień do zapamiętania” jeden z prezentowanych w filmie mężczyzn, opowiadających o chorobie matki, tak nazywa największe wyzwanie rodzin seniorów z demencją: „Końcowym problemem, z którym trzeba się zmierzyć, jest fakt utraty bliskiej osoby zanim ona umrze”. Wątkiem wspólnym dla kampanii skupionych wokół rodzin seniorów z zaburzeniami psychicznymi jest także przywoływanie pozytywnych wspomnień z okresu zdrowego funkcjonowania krewnego, najczęściej rodzica. Dysonans pomiędzy sielską przeszłością, a obecnymi możliwościami krewnego, stanowi osnowę intensywnych emocji budowanych w tych przekazach.

W celu nazywania silnych emocji rodzących się w odpowiedzi na kulturowe uwarunkowania procesu starzenia się, jedna z austriackich inicjatyw sięgnęła po język sztuki. Malarstwo, rzeźba, poezja i muzyka zostały wykorzystane w kampanii „Projekt demencja”¹² jako platforma do dialogu społecznego na temat problemów psychicznych osób starszych. Artyści reprezentujący wszystkie pokolenia, odwołując się do osobistych doświadczeń towarzyszenia krewnym seniorów z trudnościami psychicznymi lub obserwowania osób starszych w domach pogodnej starości, w swoich dziełach oddają emocje wywoływane przez kondycję człowieka doświadczającego procesu starzenia się i zaburzeń psychicznych. W tej kampanii sztuka staje się wentylem dla społecznie nienazwanych obaw i nadziei.

Pewna grupa kampanii bazuje także na przekazie osobistego doświadczenia osób, u których zdiagnozowano zaburzenia psychiczne. Strategia ta została zastosowana w niemieckiej „Wyjście z cienia”¹³ i austriackiej publikacji „Jestem kim jestem. Życie z demencją”¹⁴ oraz brytyjskich programach „Zostań przyjacielem demencji”¹⁵ i „Wspólnota przyjazna demencji”¹⁶. W przypadku kampanii dotyczących demencji, zaangażowane są osoby będące we wczesnym stadium choroby (kilka lat po diagnozie). Bohaterowie kampanii dzielą się doświadczeniem niepokojących objawów z okresu przed diagnozą, przynoszącego poczucie nadziei leczenia i codziennych trudów wynikających z choroby. W sposób przystępny dla osób niezaznajomionych

¹¹ „Vergessen werden”, Niemcy.

¹² „Projekt Demenz”, Austria.

¹³ „Aus dem Schatten treten”, Niemcy.

¹⁴ „Ich bin wer ich bin. Leben mit Demenz”, Austria.

¹⁵ „Become Dementia Friend”, Wielka Brytania.

¹⁶ „Dementia-friendly Community”, Wielka Brytania.

z tematem zdrowia psychicznego wyjaśniają przyczyny demencji lub depresji, znaczenie diagnozy i korzyści z podejmowanego leczenia. Obok przekazu skupiającego się na wyłożeniu podstawowej wiedzy na temat choroby, niektóre z kampanii przeprowadzonych w ramach formuły dzielenia się doświadczeniem przez osoby chorujące zawierają treści nacechowane emocjonalnie. Osoby występujące w tych kampaniach otwarcie dzielą się swoimi obawami związanymi z przyszłością, głównie z możliwością realizowania swojej roli społecznej, np. rodzinnej, zawodowej. Bohaterowie tych kampanii jako motyw swojego zaangażowania i otwartego dzielenia się wstydliwą chorobą wskazują, że taka forma zaangażowania społecznego jest aktywnością nadającą sens ich życiu z demencją oraz stanowiącą formę swoistej terapii spowalniającej jej rozwój. Niektórych motywuje chęć zmiany stereotypów i osłabienia wykluczających ich z życia społecznego postaw i polityk.

Naczelnym celem większości przeanalizowanych kampanii jest wprowadzenie tematu problemów seniorów do dyskursu społecznego i destygmatyzacja problemu zaburzeń psychicznych osób w podeszłym wieku. Kampanie albo w bardziej bezpośredni sposób przekonywały do otwartego dzielenia się doświadczeniami, np. w duńskiej kampanii: „Opowiedz o demencji”¹⁷, albo w pośredni sposób, poprzez modelowanie gotowości do mówienia o trudnościach osobistymi historiami znanych osób lub jednostek, u których zdiagnozowano demencję, np. w brytyjskiej kampanii „Dzień do zapamiętania”. Gotowość do rozmowy na temat trudności psychicznych seniorów miało także wzmocnić wskazywanie możliwości wpływu każdego członka społeczeństwa na zmianę sytuacji seniorów (np. w niemieckiej kampanii „Demencja dotyczy nas wszystkich”¹⁸). Otwarte dyskutowanie o doświadczeniach osób starszych z objawami demencji i depresji ma uwrażliwiać opinię publiczną na trudności, z jakimi mierzą się seniorzy w związku z chorobą. Inna niemiecka kampania, „Nie zapomnij pomóc”¹⁹, w formie plakatów i broszur przekłada doświadczenie zapominania kluczowych informacji biograficznych – np. własnego imienia i nazwiska, faktu posiadania dzieci, miejsca zamieszkania – na szeroko stosowaną, także wśród zdrowych osób, metodę zapisywania na wnętrzu dłoni codziennych spraw do zapamiętania. Plakaty ze zdjęciami dłoni, mających zagwarantować utrzymanie ważnych danych biograficznych osób z demencją, stały się inspiracją do rozbudowy galerii dłoni. Setki osób wpierających idee kampanii wzbogaciło galerię fotografiami swoich dłoni zawierających ważne dla nich zapiski.

Innym wykorzystywanym w poddanych analizie kampaniach sposobem walki z wykluczeniem społecznym seniorów z zaburzeniami psychicznymi jest budowanie wizerunku osób w podeszłym wieku chorujących psychicznie w sposób alternatywny do wąsko ujmujących kwestie starości stereotypów. Punkt ciężkości w tak zaprojektowanych kampaniach położony jest na zasoby seniorów. Przykładowo brytyjska, oddolnie przygotowana kampania „Mogę! Zrobię to!”²⁰, za pomocą plakatu zawierającego zbiór pozytywnie nacechowanych czasowników nazywa codzienne aktywności seniorów. Na liście pojawiają się słowa takie jak „osiagam”, „bloguję”, „bawię się”, „ćwiczę”, „startuję”, „podnoszę” itd. Hasło: „Żyć z demencją, a nie umierać” innej

¹⁷ „Tal om demens”, Dania.

¹⁸ „Demenz geht uns alle an”, Niemcy.

¹⁹ „Helfen nicht vergessen”, Niemcy.

²⁰ „I can! I will!”, Wielka Brytania.

brytyjskiej kampanii także dobrze obrazuje to podejście. Zachęca do zmiany perspektywy – z koncentracji na ograniczeniach, na myślenie o możliwościach radzenia sobie. W ramach niemieckiej kampanii zatytułowanej „Konfetti w głowie”²¹, organizowane są budzące kreatywność i aktywizujące seniorów działania, np. warsztaty, występy, potańcówki. Duży nacisk w tej kampanii położony jest na włączanie osób chorujących na demencję do życia radosnego i aktywnego. Taki obraz seniorów chorujących psychicznie jest wysyłany do lokalnej wspólnoty. O zmianę sztywnego i uogólnionego wyobrażenia na temat wszystkich chorujących seniorów walczy także inna niemiecka kampania zatytułowana „Demencja jest inna”²². Skonstruowany w formie obwoźnej wystawy fotoreportaż prezentuje sylwetki osób z demencją. Wystawa dobrze oddaje różnorodność trajektorii doświadczania demencji. Pokazuje każdego z uwiecznionych na zdjęciach seniorów z jego specyficznym przeżywaniem choroby i indywidualnym radzeniem sobie z nią. Tym samym rozszerza dominujące wyobrażenie o pasywnej egzystencji do palety indywidualnie uwarunkowanych sytuacji. Formuła przedstawionych sylwetek uwzględnia zdjęcia ujmuje seniorów w ich codzienności oraz krótki opis, przenoszący uwagę z piętna wstydlivej choroby na ich upodobniania, imponujące przymioty czy zwykłe przyzwyczajenia.

W końcu działania prowadzone w ramach kampanii planowane są tak, aby nakłonić odbiorców do wprowadzenia do swojej codzienności zachowań sprzyjających inkluzji osób starszych z demencją lub depresją. W ramach wielu kampanii odbiorcom dostarczana jest nie tylko wiedza na temat problemów zdrowia psychicznego osób starszych czy nowa perspektywa ich możliwości, ale również, poprzez angażowanie ich w prospołeczne formy aktywności, proponowana jest im zmiana behawioralnego aspektu postawy. Brytyjska kampania „Zostań przyjacielem demencji”²³ oprócz materiałów edukacyjnych pozwalających zauważyć trudności i poszerzyć rozumienie doświadczenia społecznie niewidocznej grupy seniorów, proponuje odbiorcom włączenie się w krąg „przyjaciół demencji”. Udział w nim wiąże się z budowaniem w społeczeństwie otoczenia rozumiejącego problemy starszych i gotowego udzielać im wsparcia. Podobne działania podjęły lokalne organizacje pozarządowe w Wielkiej Brytanii, które stawiają sobie za cel rozwijanie wspólnoty przyjaznej osobom z demencją. Inspirację do podjęcia tych działań stanowił zdiagnozowany na demencję mężczyzna, który w formie krótkich filmów publikowanych w sieci Internet opowiada o swoich przeżyciach związanych z chorobą. W ramach współpracy z organizacją pozarządową zrzeszającą osoby zainteresowane zwiększaniem akceptacji osób doświadczających demencji, oddolnie rozwijają wśród pracowników sklepów, urzędów i instytucji publicznych umiejętności udzielania wsparcia osobom z otępieniem. W podobnym nurcie skonstruowano brytyjską kampanię „Skończyć z samotnością”. W jej ramach organizatorzy zapraszają odbiorców do zaangażowania w różnorodne działania, poczynając od lobbingu na rzecz zmiany polityki społecznej, przez promowanie wiedzy na temat skutków samotności w najstarszej grupie wiekowej, po udzielanie wsparcia wykluczonym seniorom. Strona internetowa kampanii stanowi ponadto narzędzie do budowania sieci kontaktów między

²¹ „Konfetti im Kopf”, Niemcy.

²² „Demens ist anders”, Niemcy.

²³ „Become dementia friend”, Wielka Brytania.

osobami zainteresowanymi udziałem we wprowadzaniu zmian w jakość życia seniorów z trudnościami psychicznymi.

Jako środek przekazu w kampaniach wykorzystywane są wszystkie dostępne aktualnie media. Nadal duża część kampanii prowadzona jest w formie tradycyjnych środków przekazu: plakatów rozmieszczanych w przestrzeni publicznej, w formie wystaw lub poprzez publikacje prasowe; spotów telewizyjnych i radiowych; publikacji książkowych czy broszur kolportowanych w instytucjach. Niektóre z przeanalizowanych kampanii idą jednak o krok dalej i wykorzystują korzyści płynące z rozwoju Internetu. Na specjalnie przygotowanych stronach internetowych lub podstronach organizatora kampanii publikowane są zbiory materiałów promocyjnych (plakaty, filmy wideo), edukacyjnych i informacyjnych, przekierowanie do innych przydatnych źródeł czy dane kontaktowe do specjalistów. Zasięg kampanii wykorzystujących Internet jest dużo szerszy, bo nieograniczony obszarem i czasowo. Treści przygotowane w ramach kampanii są ponadto dostępne dla wszystkich użytkowników sieci. Co więcej, koszty związane z prowadzeniem kampanii tym narzędziem są znacznie niższe niż koszty publikowania materiałów w tradycyjnych mediach.

Organizatorzy kampanii prowadzonych w ostatniej dekadzie sięgają chętnie po tak zwane „nowe nowe media”²⁴. Spoty reklamowe czy filmy informacyjne udostępniane są na serwisach internetowych umożliwiających bezpłatne ich odtwarzanie przez użytkowników. Zarówno organizacje, jak i osoby prywatne wykorzystują tę formułę do zabrania głosu na temat doświadczeń seniorów chorujących na zaburzenia nastroju czy demencję, ich rodzin oraz reakcji otoczenia. Innym nowym trendem obecnym w kampaniach społecznych jest prowadzenie działań na serwisach społecznościowych. W ramach specjalnie stworzonych na serwisach grup organizatorzy publikują materiały edukacyjne, informują o wydarzeniach oraz w trybie online wymieniają spostrzeżenia. Jedną z narodowych organizacji z Wielkiej Brytanii zachęca do dołączenia do grupy „Przyjaciół Demencji”, wykorzystując możliwość korzystania z serwisów społecznościowych umożliwiających mikroblogowanie czy uczestnictwo w spotkaniach grupy w swoich miejscach zamieszkania.

Rozwój mediów z pewnością sprzyja organizacji kampanii angażujących jednostki. Kampania zbudowana z wykorzystaniem „nowych nowych mediów” pozwala rozszerzyć tradycyjny model komunikacyjny „nadawca–komunikat–odbiorca”. Odbiorcy kampanii, dzięki możliwości włączenia się w tworzenie kampanii, mają szansę zidentyfikowania się z jej celami oraz trwałej zmiany postaw. Taki model pozwala także włączyć w kampanie osoby doświadczające trudności związanych z problemami psychicznymi. Wykorzystując w kampanii społecznej przekaz bezpośrednio od seniorów doświadczających zaburzeń nastroju lub demencji, czy też ich rodzin, organizator odnosi podwójną korzyść. Dzięki umożliwieniu kontaktu z osobą starszą chorującą na depresję lub demencję wzrasta efektywność przekazu. Włączenie osoby znajdującej się w sytuacji podwójnego wykluczenia związanego z wiekiem i trudnościami chorobowymi w działania kampanii przynosi ponadto wiele korzyści, m.in. daje jej szansę na inkluzję, stymuluje jednostkę do aktywności, czy nagłaśnia problem w dyskursie publicznym.

²⁴ Termin ukoję przez Levinsona na media umożliwiające nie tylko odbiór przekazów, ale także ich tworzenie i nadawanie, np. serwisy społecznościowe (Levinson 2010).

Rekomendacje i podsumowanie

Różnorodność tematów poruszanych w przeanalizowanych kampaniach społecznych odzwierciedla złożoność społecznej sytuacji seniorów chorujących na demencję lub depresję. Podnoszenie świadomości problemów tej grupy osób starszych wiąże się z informowaniem opinii publicznej o objawach, przyczynach wystąpienia zaburzeń i o procesie ich leczenia. W budowaniu społeczeństw inkluzyjnych, także dla seniorów z demencją czy depresją, bardzo ważne jest promowanie ich pozytywnego wizerunku. Gotowość włączania do życia wspólnoty seniorów z trudnościami psychicznymi będzie sprzyjać przekonaniu raczej o ich dużych możliwościach, niż niezdolności do aktywności i pasywności.

W związku z rozwojem technologii informatyczno-komunikacyjnych, stymulującym zmiany w przygotowywaniu i prowadzeniu działań kształtowania postaw prospołecznych, obok dostępnych rekomendacji związanych z prowadzeniem działań promocji zdrowia adresowanej do osób starszych opartej na dowodach (Tobiasz-Adamczyk i in. 2009, Woźniak i in. 2009), dobrych praktyk z zakresu marketingu społecznego (Weinreich 2010) i wniosków z badań efektywności dużych kampanii społecznych (Evans-Lacko i in. 2010, Evans-Lacko i in. 2013), przydatne mogą okazać się także rekomendacje z niniejszego badania. Jakościowa analiza materiałów z kampanii społecznych z różnych krajów Europy wskazuje, że wzmocnieniu zamierzonego efektu zmiany zachowań prozdrowotnych i prospołecznych sprzyja łączenie klasycznych form działań z wykorzystaniem „nowych nowych mediów”. Istniejąca w tej formule komunikacji możliwość angażowania odbiorców kampanii i udzielenia im przestrzeni do podejmowania działań zgodnych z jej celami służy utrwalaniu modelowanych postaw. Ponadto wirusowa dystrybucja materiałów z kampanii (*viral campaign*), charakterystyczna dla serwisów społecznościowych, zapewnia dotarcie do znacznie szerszego grona osób. Włączanie w działania promowania pozytywnego wizerunku seniorów doświadczających zaburzeń zdrowia psychicznego ich rodzin i ich samych może stanowić formę aktywizacji, służącą spowolnieniu rozwoju zaburzeń układu nerwowego. Jednocześnie ich obecność, włączająca ich w dyskurs publiczny na temat kwestii ich dotyczących, ma szansę wzmocnić głos apelu o destygmatyzację zaburzeń psychicznych oraz o zmiany w polityce społecznej i rozwój w obszarze psychogeriatry.

Wnioski z wcześniejszych analiz działań w zakresie promocji zachowań prozdrowotnych wśród seniorów w Polsce, wskazujące na niewystarczający poziom rozwoju tego sektora (Tobiasz-Adamczyk i in. 2009, Woźniak i in. 2009), znajdują potwierdzenie także w niniejszym badaniu. Zestawienie polskich kampanii z programami z innych krajów Europy pozwala stwierdzić, że problematyka ryzyka zaburzeń psychicznych w podeszłym wieku i zagrożenia wykluczeniem społecznym seniorów z demencją i depresją pozostaje w Polsce poza kręgiem dążeń inkluzyjnych. Istniejące kampanie dotyczące tej problematyki charakteryzuje minimalna obecność w sferze publicznej. Przyczyną ich małego znaczenia może być niewykorzystanie w prowadzonych działaniach możliwości, jakie oferuje współczesny dorobek marketingu społecznego. Uwzględnienie w działaniach kampanii możliwości „nowych nowych mediów” dałoby możliwość większej interaktywności. Działania prowadzone za ich pośrednictwem mogą przynosić lepsze efekty w zakresie kształtowania postaw społecznych, niż te obserwowane w przypadku kampanii wykorzystujących

tradycyjne środki przekazu. Możliwość włączenia się odbiorców w dyskurs związany z prowadzoną kampanią może stanowić także dodatkową formułę sprzyjającą zmianie postaw grup ludzi. Niskie zainteresowanie problematyką seniorów z problemami psychicznymi oraz mała widoczność istniejących projektów w Polsce może być wynikiem małego wsparcia instytucji krajowych udzielanego organizacjom pozarządowym w tym obszarze.

Bibliografia

- Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce. (2007). *Rynek pracy a osoby bezrobotne 50+. Bariery i szanse*. Warszawa. [online:] <http://www.rynekpracy.pl/pliki/pdf/3.pdf>, dostęp 7.07.2014 r.
- American Psychological Association. (1994). *DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Angell B., Cooke A., Kovac K. (2006). *First-Person accounts of stigma*. W: P.W. Corrigan (red.), *On the stigma of mental illness*. Washington, DC: American Psychological Association, s. 69–98.
- Angermeyer M.C., Matschinger H. (2004). *The Stereotype of Schizophrenia and Its Impact on Discrimination Against People With Schizophrenia: Results From a Representative Survey in Germany*. *Schizophrenia Bulletin*, 30, s. 1049–1061.
- Angermeyer M.C., Matschinger H. (2006). *The stigma of mental health in Germany. Analysis of trends*. *International Journal of Social Psychiatry*, 51, s. 276–284.
- Bilikiewicz A. (1996). *Depresja u ludzi w wieku podeszłym*. *Lęk i Depresja*, 1, s. 332–340.
- Boss P. (2011). *Kochając osobę z demencją. Jak znaleźć nadzieję, zmagając się ze stresem i żalem*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Butler R.N. (1969). *Age-ism. Another form of bigotry*. *The Gerontologist*, 9, s. 243–246.
- Butler R.N. (2008). *The longevity revolution. The benefits and challenges of living a long life*. New York: Public Affairs.
- Bytheway B. (1995). *Ageism*. Buckingham-Philadelphia: Open University Press.
- Centrum Badania Opinii Społecznej. (2007). *Czy zmienia się stosunek Polaków do starości?* Komunikat z badań (nr BS/33/2007). Warszawa: CBOS.
- Centrum Badania Opinii Społecznej. (2009). *Polacy wobec ludzi starszych i starości*. Komunikat z badań (nr BS/157/2009). Warszawa: CBOS. [online:] http://www.cbos.pl/SPI-SKOM.POL/2009/K_157_09.PDF, dostęp 7.07.2014 r.
- Coppens E., Van Audenhove C., Scheerder G., Arensman E., Coffey C., Costa S., Koburger N., Gottlebe K., Gusmão R., O'Connor R., Postuvan V., Sarchiapone M., Sisask M., Székely A., Feltz-Cornelis C., Hegerl U. (2013). *Public attitudes toward depression and help-seeking in four European countries baseline survey prior to the OSPI-Europe intervention*, *Journal of Affective Disorders*, 150(2), s. 320–329.
- Derejczyk J., Bień B., Szerbińska K. (2012). *Ochrona zdrowia osób starszych*. W: B. Szatur-Jaworska (red.), *Strategie działań w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje. Komisja Ekspertów ds. Osób Starszych*. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, s. 44–54.
- Derejczyk J., Bień B., Kokoszka-Paszkot J., Szczygieł J. (2008). *Gerontologia i geriatria w Polsce na tle Europy – czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju?* *Gerontologia Polska*, 16(3), s. 149–159.

- Ekdahl, Fiorini A., Maggi S., Pils K., Michel J.P., Kolb G. (2012). *Geriatric care in Europe – the EUGMS Survey Part II: Malta, Sweden and Austria*. *European Geriatric Medicine*, 3(6), s. 388–391.
- European Social Survey. (2013) *Exploring Public Attitudes, Informing Public Policy. Selected findings from the first five rounds*. Raport badawczy. Londyn: ESS. [online:] http://www.europeansocialsurvey.org/docs/findings/ESS1_5_select_findings.pdf, dostęp: 7.07.2014 r.
- European Value Survey. (2008). [online:] <http://www.atlasofeuropeanvalues.eu/new/home.php>, dostęp: 01.02.2014 r.
- Evans-Lacko S., Henderson C., Thornicroft G., McCrone P. (2013). *Economic evaluation of the anti-stigma social marketing campaign in England 2009–2011*. *British Journal of Psychiatry*, 55, s. 95–101.
- Evans-Lacko S., London J., Little K., Henderson C., Thornicroft G. (2010). *Evaluation of a brief anti-stigma campaign in Cambridge: do short-term campaigns work?* *BMC Public Health*, 10, s. 339.
- Gaebel W., Zäske H., Baumann A.E. (2006). *The relationship between mental illness severity and stigma*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, s. 41–45.
- Giddens A. (2001). *Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*. Warszawa: PWN.
- Goffman E. (1963). *Stigma. Notes on spoiled identity*. Engel Cliffs-New York: Prentice Hall.
- Grausgruber A., Schony W., Grausgruber-Berner R. et al. (2009). *„Schizophrenie hat viele Gesichter” – evaluierung der oesterreichischen Anti-Stigma-Kampagne 2000–2002*. *Psychiatr Prax*, 36, s. 327–333.
- HelpAge Global International. (2013). *Age Watch index 2013*. [online:] <http://www.helpage.org/global-agewatch/data/your-index/>, dostęp 17.09.2014 r.
- Hryniewicz J. (red.). (2012). *O sytuacji ludzi starszych*. Warszawa: Rządowa Rada Ludności.
- Karnieli-Miller O., Perlick D.A., Nelson A., Mattias K., Corrigan P., Roe D. (2013). *Family members’ of persons living with a serious mental illness: experiences and efforts to cope with stigma*. *Journal of Mental Health*, 22(3), s. 254–262.
- Katona C., Livingston G. (2003). *Depresja u osób w wieku podeszłym*. Gdańsk: Via Medica.
- Kotler P., Zaltman G. (1971). *Social marketing: an approach to planned social change*. *Journal of Marketing*, 36, s. 3–12.
- Kropińska S., Wieczorowska-Tobis . (2009). *Opieka geriatryczna w wybranych krajach Europy*. *Geriatrics*, 3, s. 12–16.
- Larson J.E., Corrigan P. (2008). *The stigma of families with mental disorders*. *Academic Psychiatry*, 32, s. 87–91.
- Lee S. (2002). *The stigma of schizophrenia: a transcultural problem*. *Current Opinion in Psychiatry*, 15(1), s. 37–41.
- Levinson P. (2010). *Nowe nowe media*. Kraków: WAM.
- Link B.G., Phelan J.C. (2001). *Conceptualizing stigma*. *Annual Review of Sociology*, 27, s. 363–385.
- Łysak A., Zierkiewicz E. (2005). *Starsze kobiety w kulturze i społeczeństwie*. Wrocław: Wydawnictwo MarMar.
- Marshall G. (2005). *Słownik socjologii i nauk społecznych*. Oxford: Oxford University Press.
- Mayring P. (2000). *Qualitative content analysis*. *Qualitative Social Research*, 1(2), art. 20.

- Miszcza E. (2006). *Stereotypowy obraz starego człowieka w Polsce*. W: J.T. Kowalski, P. Szukalski (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Nelson T.D. (2002). *Ageism: Stereotyping and Prejudice against Older Persons*. Massachusetts-Cambridge: Bradford Book-MIT Press.
- Osiecka-Chojnacka J. (2012). *Społeczne opinie o starości, a wdrażanie idei aktywnego starzenia się*. *Studia BAS*, 30, s. 101–128.
- Palmore E. (1999). *Ageism, negative and positive*. New York: Springer.
- Perek-Białas J., Rudzik A. (2004). *Aktywizacja starszych ludzi na rynku pracy: Bariery i możliwości*. W: J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Peterson P. (1999). *Grey Down. How the Coming Age Wave Will Transform America – and the World*. New York: Random House.
- Schomerus G., Schwahn C., Holzinger A., Corrigan P.W., Grabe H.J., Carta M.G., Angermeyer M.C. (2012). *Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125, s. 440–452.
- Schulze B., Angermeyer M. (2003). *Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals*. *Social Science & Medicine*, 56(2), s. 299–312.
- Segrave K. (2001). *Age Discrimination by Employers*. London-Jefferson: McFarland & Company, Inc.
- Seligman M., Walker E., Rosenhan D. (2003). *Psychopatologia*. Poznań: Zysk i S-ka.
- Semple D., Smyth R., Burns J., Darjee R., McIntosh A. (2007). *Oksfordzki podręcznik psychiatrii. Seria podręczników oksfordzkich*. Lublin: Wydawnictwo Czelej.
- Stypińska J. (2010). *Warunki Pan spełnia, ale PESEL nie ten, czyli o zjawisku ageizmu we współczesnej Polsce*. W: P. Szukalski, D. Kałuża (red.), *Jakość życia seniorów w XXI wieku z perspektywy polityki społecznej*. Łódź: Wydawnictwo Biblioteka, s. 162–173.
- Szatur-Jaworska B. (2000). *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*. Warszawa: ASPRA-JR.
- Szatur-Jaworska B. (red.). (2008). *Stan przestrzegania praw osób starszych w Polsce. Analiza i rekomendacje działań*. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich.
- Szukalski P. (2004). *Uprzedzenia i dyskryminacja ze względu na wiek (ageizm) – przyczyny, przejawy, konsekwencje*. *Polityka Społeczna*, 2, s. 11–15.
- Szukalski P. (2008). *Ageizm – dyskryminacja ze względu na wiek*. W: J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starzenie się ludności Polski – między demografią a gerontologią społeczną*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, s. 153–184.
- Świtaj P. (2008). *Doświadczenie piętna społecznego i dyskryminacji u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Thornicroft G., Brohan E., Rose D., Sartorius N., Leese M. (2009). *Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey*. *The Lancet*, 373, s. 408–415.
- Tobiasz-Adamczyk B., Brzyska M., Woźniak B., Kopacz M.S. (2009). *The current state and challenges for the future of health promotion in Polish older people*. *International Journal of Public Health*, 54, s. 341–348.
- Tobiasz-Adamczyk B., Golinowska S., Grodzicki T. (2013). *Starość i starzenie się – trudne wyzwanie przyszłości*. *Alma Mater*, 154, s. 18–20.
- Wallner M. (2006). *Polityczne i cywilizacyjne granice Europy – między otwartością a tożsamością*. [online:] <http://www.psz.pl/content/view/2920>, dostęp 17.09.2014 r.

- Watson A., Corrigan P. (2006). *Challenging public stigma: a targeted approach*. W: P.W. Corrigan (red.), *On the stigma of mental illness*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Wciórka B., Wciórka J. (2005). *Polacy wobec chorób psychicznych i osób chorych psychicznie*. Komunikat z badań. Warszawa: Centrum Badania Opinii Publicznej.
- Wciórka B., Wciórka J. (2008). *Osoby chore psychicznie w społeczeństwie*. Komunikat z badań. Warszawa: Centrum Badania Opinii Publicznej.
- Weinreich N.K. (2010). *Hands-On Social Marketing: A Step-by-Step Guide to Designing Change for Good*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Wojciszke (2006). *Psychologia społeczna*. Warszawa: Wydawnictwo Scholar.
- World Health Organization. (2001). *World Health Report: Mental Health: New Understanding New Hope*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2008). *Policies and practices for mental health in Europe – meeting the challenges*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization. (2012). *Dementia – public health priority*. Geneva: World Health Organization.
- Woźniak B., Tobiasz-Adamczyk B., Brzyska M. (2009). *Promocja zdrowia wśród osób starszych w Polsce w świetle badań przeprowadzonych w projekcie healthPROelderly – wypracowanie opartego na faktach przewodnika dotyczącego promocji zdrowia wśród osób starszych*. *Problemy Epidemiologii i Higieny*, 90(4), s. 459–464.
- Zalewska J. (2009). *Stary człowiek w kulturze młodości. Doświadczenie starości wśród warszawskich seniorów*. Praca doktorska. Warszawa: Szkoła Nauk Społecznych, Instytut Filozofii i Socjologii, Polska Akademia Nauk. [online:] http://www.wh.agh.edu.pl/other/materialy/40_2010_09_12_15_09_06_Joanna%20Zalewska%20Stary%20cz%20B3owiek.doc, dostęp 07.07.2014 r.

Social marketing and stigmatization of the elderly affected by dementia and depression in selected European countries

Summary

The aging processes of European societies and the efforts to create inclusive societies turn sociologists' attention to the social position of seniors with mental illnesses, i.e. dementia and depression. On the one hand, the double exclusion of this group results from stereotypes and adverse attitudes towards elderly people, and on the other – towards individuals with mental disorders. This often causes a disadvantageous way of coping with the illness, as well as hindering the life quality of the seniors and their families. Due to the taboo of discussing the mental illness of the elderly, social marketing plays a significant role. The authors studied social campaigns referring to the mental health of seniors launched in five European countries using a content analysis method. Referring to the most recent reports on the stigmatization of elderly people with mental health problems, the results of the conducted analysis were applied to prepare recommendations regarding the possibilities of promoting mental health among elderly people as well as promoting knowledge about the problems of seniors with dementia or depression and an openness towards them and their families.

Key words: social marketing, ageism, stigmatization, dementia, depression