

acji życiowych starszych ludzi w porównaniu z innymi grupami ludności i wyrównuje nierówności społeczne w starości. Działania te mogą być prowadzone w formie podmiotowego wsparcia materialnego, a także przez udostępnianie infrastruktury specyficznej dla potrzeb starości czy adresowanej do tej grupy usług niematerialnych (s. 154).

Wskazuje się, że kształtowaniem zasad polityki społecznej zajmują się podmioty międzynarodowe oraz krajowe. Spośród tych drugich są podmioty centralne, samorządowe oraz organizacje pozarządowe. W wykładzie dostarcza się uporządkowanej wiedzy o ich zadaniach i realizowanych wyzwaniach.

W rozdziale czwartym wyodrębniono zagadnienia: 1. Potrzeby i problemy ludzi starych; 2. Źródła utrzymania i poziomu życia; 3. Sytuacja mieszkaniowa i rodzinna; 4. Stan zdrowia i poziomu sprawności; 5. Aktywność zawodowa i społeczna. Są to nośne poznawczo segmenty polityki społecznej.

Charakteryzując potrzeby ludzi starych podkreśla się, że odczuwają oni silne potrzeby akceptacji i aktywności, odgrywania różnorodnych ról społecznych, w miarę swych możliwości rzeczywistego uczestniczenia w codziennym życiu rodzinnym, a także lokalnym: towarzyskim, sąsiedzkim, religijnym. Na pierwszym planie jest dla nich rodzina, lecz istotne są także relacje z szeroko pojętym otoczeniem społecznym (s. 197). W wykładzie dostarcza się uporządkowanej wiedzy o potrzebach ludzi starych; czytelnie się je objaśnia i wpisuje w kontekst urzeczywistniania polityki społecznej. Podobnie z dużą starannością poznawczą charakteryzuje się źródła utrzymania i poziomu życia ludzi starych, ich sytuacji mieszkaniowej i rodzinnej.

W prezentacji kwestii zdrowotnych wskazuje się, że starość towarzyszy wielochorobowość i przewlekły charakter dolegliwości. Wraz z wiekiem wzrasta częstotliwość chorób. Proces ten ulega szczególnie już po ukończeniu 50. roku życia. Kobiety częściej niż mężczyźni chorują przewlekłe i zasadniczo gorzej oceniają swój stan zdrowia. Problem zadowolenia z życia często obniża się wraz z wiekiem, ponieważ z upływem lat pojawiają się problemy m.in. zdrowotne i rodzinne. Wskazuje się przy tym, że brak systematycznych rozwiązań w zakresie opieki geriatrycznej stanowią ważne wyzwanie dla ochrony zdrowia (s. 293).

Aktywność zawodowa osób starszych w Polsce ujawnia obecnie tendencję malejącą. W wieku powyżej 65 lat pracuje ok. 4,7% tej grupy wiekowej. Zauważa się, że aktywność zawodowa i społeczna w znacznej mierze przyczynia się do podniesienia poziomu zawodowego z życia w starości.

W *Zakończeniu* refleksyjnie zarysowuje się problem ludzi starych w Polsce oraz sytuowanie ich w polityce społecznej. Podkreśla się, że rodzina jest najbardziej pożądanym przez seniorów podmiotem pomocy zarówno potencjalnej, jak i rzeczywistej. Wyzwaniem dla Polski jest polityka społeczna na rzecz ludzi starych zarówno obecnych, jak i przyszłych.

Integralną część pracy stanowi *Bibliografia*, która jest wykonana z dużą starannością poznawczą. Pełni ona swoisty przewodnik bibliograficzny rozpoznawania problemu ludzi starych w Polsce oraz wyzwań polityki społecznej w tym zakresie.

W refleksji uogólniającej należy stwierdzić, że prezentowana książka: 1. jest ważnym przewodnikiem, dotyczącym ludzi starych; 2. jest nośnym studium poznawczym, ukazującym problemy demograficzne na tle współczesnych przemian kulturowo-cywilizacyjnych; 3. dostarcza się w niej usystematyzowanej wiedzy metodologicznej dotyczącej rozpoznawania problemów ludzi starych, określanych mianem seniorów; 4. definiuje się w niej rzeczywistość kulturową ludzi starych w Polsce; 5. zawarta w niej wiedza deskryptywna oraz eksplanacyjna i predykcyjna osadzona jest starannie w materiałach źródłowych i literaturze przedmiotu. Zasluguje na uwagę czytelnica, znawców polityki społecznej, a w tym specjalistów w zakresie rozpoznawania problemów ludzi starych, jak też osób uświadamiających prawdę życiową, że one też staną się kategorią ludzi starych.

Andrzej Chodubski

Szymon Józef Kawalko, *Polityka zdrowotna w Polsce a europejska przestrzeń ochrony zdrowia*, Wydawnictwo Athenae Gedanenses, Gdańsk 2016, ss. 441.

W prezentowanej książce ukazuje się zagadnienia polityki zdrowotnej, będącej jednym z fundamentalnych wyzwań i zadań funkcjonowania państwa, warunkujących właściwy rozwój czło-

wieka oraz realizację jego praw. Definiuje się w niej istotę polityki zdrowotnej w Polsce na tle rozwoju współczesnej europejskiej ochrony zdrowia.

Problem poznawczy ukazuje się w czterech rozdziałach, zatytułowanych kolejno: I Istota, funkcje i zadania polityki ochrony zdrowia; II Polityka ochrony zdrowia w Unii Europejskiej; III Współczesne kształtowanie polityki ochrony zdrowia w Polsce; IV Strategia i taktyka zmian w polityce ochrony zdrowia w Polsce. Wykład poprzedza *Słowo wstępne*. Wskazuje się w nim, że zdrowie i jego ochrona jest szczególną wartością kulturową oraz jednym z podstawowych dóbr cenionych przez ludzi. W wymiarze indywidualnym zdrowie jest czynnikiem warunkującym jakość życia oraz możliwości realizacji podstawowych zadań kulturowych i podtrzymywania więzi społecznych. Ochrona zdrowia jest jedną ze sfer zabezpieczenia społecznego, a dostęp do świadczeń medycznych jest elementem wpływającym na poczucie bezpieczeństwa socjalnego.

Przypomina się, że zgodnie z *Konstytucją Światowej Organizacji Zdrowia*, korzystanie z najwyższego, osiągalnego poziomu zdrowia jest jednym z podstawowych praw każdej istoty ludzkiej, bez względu na rasę, religię, przekonania polityczne, warunki ekonomiczne i społeczne.

Wskazuje się, że europejska przestrzeń ochrony zdrowia rozumiana jest jako wspólnota krajów Unii Europejskiej, koncentrujących swe działania na zapewnieniu i poprawie zdrowia społeczeństw państw członkowskich.

Podjęto w pracy próbę odpowiedzi na pytania dotyczące m.in. określenia zakresu i funkcji polityki zdrowotnej oraz usytuowania jej w polityce społecznej; wskazania organów państwowych i organizacji międzynarodowych właściwych w dziedzinie prowadzenia ochrony zdrowia, a także generowania funkcjonalno-formalnych aspektów ich działalności; ukazania ochrony zdrowia w polityce społecznej Unii Europejskiej z uwzględnieniem regulacji normatywnoprawnych i założeń strategicznych wspólnoty w tym obszarze; określenia procesów finansowania sektora zdrowotnego i zabezpieczenia infrastruktury medycznej w celu zapewnienia konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia ogółu obywateli; krytycznego przedstawienia założeń i strategii polityki zdrowotnej w Polsce wraz ze wskazaniem barier jej rozwoju.

W prezentacji istoty, funkcji i zadań polityki ochrony zdrowia ukazano analityczne kwestie: 1. definiowania polityki zdrowotnej; 2. zakresu i klasyfikacji polityki ochrony zdrowia; 3. funkcji polityki ochrony zdrowia; 4. dziejów ochrony zdrowia na świecie; 5. ewolucji założeń i strategii polityki zdrowotnej w Polsce. Przypomina się, że zgodnie z definicją *Światowej Organizacji Zdrowia* (WHO), zdrowie oznacza stan samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, pozwalającego na prowadzenie przez człowieka produktywnej, sensownej i twórczej aktywności w życiu kulturowo-cywilizacyjnym. Przez pojęcie to rozumie się nie tylko brak choroby czy niedomagania, ale i dobre samopoczucie oraz taki stopień przystosowania biologicznego, psychicznego i społecznego, jaki mogłaby osiągnąć dana jednostka lub dana zbiorowość ludzka w najkorzystniejszych warunkach.

Wskazuje się, że polityka zdrowotna będąc częścią polityki społecznej (socjalnej) państwa, wpływa na regulacje dotyczące zatrudnienia oraz takie sfery życia kulturowo-cywilizacyjnego, jak: kształcenie, kultura, struktura dochodów i wydatków oraz zabezpieczenie społeczne (emerytury i renty). Poczucie bezpieczeństwa socjalnego i zdrowotnego stanowi dla większości obywateli istotny czynnik decydujący o poziomie zaufania do władzy.

Wskazuje się, że według WHO celami polityki zdrowotnej jest: zmniejszenie nierówności w zakresie ochrony zdrowia, zapewnienie dostępu do poprawy zdrowia, umacnianie zdrowia poprzez zapobieganie chorobom, wypadkom i zagrożeniom, zapewnienie takiej organizacji procesów leczenia, aby z fachowej pomocy i opieki zdrowotnej mogły korzystać osoby tego potrzebujące i aby organizacja tej opieki i pomocy zapewniała poszanowanie godności chorego.

Zauważa się, że od końca XIX w. ujawnia się zaangażowanie państw w finansowanie, wprowadzanie regulacji prawnych i organizacje świadczeń związanych ze zdrowiem. Przypomina się, że w II połowie XIX w. uznano zdrowie jako jedną z naczelných wartości społecznych. Obecnie tworzenie i ewolucja założeń ochrony zdrowia związana jest z rozwojem społeczno-cywilizacyjnym, które wraz z postępem nauk medycznych doprowadziły do uznania kompleksowej ochrony zdrowia jako dobra publicznego i akceptacji

odpowiedzialności władz państwowych za bezpieczeństwo zdrowotne ogółu populacji.

Charakteryzując politykę ochrony zdrowia w Unii Europejskiej wyodrębniono analityczne kwestie: 1. Usytuowanie ochrony zdrowia w polityce społecznej; 2. Regulacje normatywnoprawne; 3. Finansowanie polityki ochrony zdrowia; 4. Profilaktyka a leczenie; 5. Założenia strategiczne ochrony zdrowia. Wskazując na wagę kulturową poszczególnych kwestii dostarcza się bogatej warstwy deskryptywnej, którą objaśnia się zgodnie z wartościami współczesnej rzeczywistości kulturowo-cywilizacyjnej. Wskazuje się tu, że ochrona zdrowia jest jednym z priorytetów Unii Europejskiej. W traktacie z Maastricht podkreśla się, że jej dążeniem jest dążenie do osiągnięcia wysokiego poziomu ochrony zdrowia. W państwach członkowskich zakres odpowiedzialności i nadzór prowadzony przez państwo, jak i stosowane rozwiązania instytucjonalne oraz stopień zaangażowania organów administracji państwowej w obszarze zdrowia wykazuje duże zróżnicowanie. Za realizację polityki zdrowotnej Unii Europejskiej odpowiedzialna jest powołana w 1999 r. Dyrekcja Generalna ds. Zdrowia i Ochrony Konsumentów. Aczkolwiek podstawowa odpowiedzialność za politykę ochrony zdrowia i system opieki zdrowotnej spoczywa na państwach członkowskich. Wydatki na politykę społeczną i zdrowotną stanowią zasadniczą część finansów budżetów krajowych, stanowiąc około połowę wydatkowanych środków w strukturze finansów publicznych. Istotę problemu ilustruje się w wykresach i diagramach.

Istotną część polityki zdrowotnej stanowi profilaktyka, rozumiana jako działania służące zapobieganiu rozwojowi choroby. W wykładzie dostarcza się o niej usystematyzowanej wiedzy, a w tym egzemplifikacyjnej. Odwołując się do literatury przedmiotu podkreśla się wagę profilaktyki chorób cywilizacyjnych. Zwraca się też uwagę, że profilaktyka jest wykorzystywana jako instrument niwelowania nierówności w ochronie zdrowia.

Wskazuje się, że kraje europejskie w większości prowadzą politykę zdrowotną zorientowaną na długofalowe założenia, zawarte w dokumentach o charakterze aktów zatwierdzanych na poziomie ministrów lub parlamentów. W polskim systemie prawnym, a także w obowiązujących dokumentach strategicznych nie ma odrębnej

definicji krajowych ram strategicznych polityki w obszarze ochrony zdrowia.

W rozdziale trzecim, prezentując współczesne kształtowanie ochrony zdrowia w Polsce, wyodrębniono analitycznie zagadnienia: 1. Rozwiązania prawne; 2. Instytucjonalizacja polityki ochrony zdrowia w Polsce; 3. Główne podmioty polityki ochrony zdrowia w Polsce; 4. Opinia społeczna a ochrona zdrowia w Polsce; 5. Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce. Dostarcza się tu bogatej warstwy deskryptywnej ukazującej istotę poszczególnych kwestii. Wykorzystuje się w opracowaniu zagadnienia starannie zgromadzone materiały źródłowe oraz najnowszą literaturę przedmiotu.

Dostarcza się w tym rozdziale bogatej warstwy wiedzy normatywnej, m.in. o prawnych rozwiązaniach funkcjonowania ochrony zdrowia w Polsce. Wskazuje się, że znajduje się ona jako przedmiot planowania strategicznego, obecna jest w dokumentach dotyczących średnio- i długookresowego rozwoju kraju, opracowywanych przez Ministerstwo Rozwoju Regionalnego.

Odwołując się do dziedzictwa przeszłości, wskazuje się, że od 1918 r. ochrona zdrowia stała się jednym z najważniejszych zadań władzy publicznej. Aczkolwiek w okresie międzywojennym zasoby systemu ochrony zdrowia w Polsce były znacząco poniżej ówczesnych standardów międzynarodowych. W latach 30. XX w. normy międzynarodowe przewidywały cztery łóżka szpitalne na tysiąc mieszkańców. W tym okresie rozwój służby zdrowia zaczął bazować na samorządzie terytorialnym, który miał m.in. zapewnić chorym należną opiekę lekarską, pomoc dla położnic, opiekę nad chorymi psychicznie i zwalczać alkoholizm; zwalczać choroby weneryczne, prowadzić szczepienia ochronne; prowadzić działalność na rzecz ochrony środowiska; kontrolować postrzeganie przepisów sanitarnych.

Po II wojnie światowej powzięto ideę finansowania służby zdrowia w całości z budżetu państwa. Uznawano, że wszystkie instytucje służby zdrowia miały stanowić organizacyjną i funkcjonalną całość skupianą pod jednym kierownictwem. Istotne zmiany zaszły w tym względzie w latach 90. XX w. Jedną z fundamentalnych zmian systemowych zmian było uchwalone 6 lutego 1997 r. ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. W ślad za nią ogłoszono dalsze

regulacje w zakresie ochrony zdrowia, które w wymiarze usystematyzowania prezentuje się w charakteryzowanej pracy.

Wskazując stan opinii społecznej, dotyczącej polityki zdrowotnej, przekonuje się, że obywatele polscy w porównaniu do 28 państw Unii Europejskiej, krytycznie oceniają (znacząco mniej ocen pozytywnych i więcej ocen negatywnych) funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w swoim kraju (s. 176). Najwyżej ocenianym obszarem systemu opieki zdrowotnej w Polsce jest dostępność do świadczeń lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. W odbiorze społecznym także nowoczesność aparatury medycznej; innowacyjność administracji, pomoc w nagłych przypadkach oraz jakość leczenia oceniana jest wyraźnie pozytywnie. Najgorzej ocenianym punktem ochrony zdrowia w Polsce jest dostępność do badań diagnostycznych i lekarzy specjalistów, co jest uzasadnione, gdyż średni czas oczekiwania na gwarantowane świadczenia medyczne (szpitalne) wynosi nawet 12 miesięcy; obraz zjawiska ilustruje się w ujęciach wykresowych oraz diagramach.

Nośny z punktu widzenia rozpoznawanego problemu jest rozdział czwarty. Wyodrębniono w nim zagadnienia: 1. Infrastruktura i zasoby ochrony zdrowia w Polsce; 2. Sektor publiczny a sektor prywatny; 3. Recepcja społeczna systemu ochrony zdrowia w Polsce. Wyniki badań ankietowych; 4. Bariery rozwoju ochrony zdrowia; 5. Globalizacja a procesy ochrony zdrowia. W prezentacji problemu dostarcza się bogatej warstwy wiedzy faktograficznej, ilustrującej zachodzące zjawiska i procesy ujawniające się w polskiej i europejskiej przestrzeni ochrony zdrowia. Bogaty materiał egzemplifikacyjny zaprezentowano w formie ujęć tabelarycznych, wykresowych, diagramowych. W eksploracji wskazuje się, że w Polsce, podobnie jak w systemach ochrony zdrowia krajów wysoko rozwiniętych sektor prywatny pełni w stosunku do sektora publicznego rolę uzupełniającą. Liczba osób korzystających ze świadczeń medycznych w prywatnych placówkach widocznie zwiększa się wraz z wielkością aglomeracji, co jest konsekwencją utrudnionego dostępu do tego typu usług na terenach wiejskich i małych miast.

Wartościową część poznania stanowi prezentacja wyników badań własnych. W refleksji uogólniającej stwierdza się, że zdecydowana większość

ankietowanych pacjentów uważa, że ochrona zdrowia w Polsce, w porównaniu do innych krajów Unii Europejskiej, jest na niższym poziomie i wymaga zmian i reform, podając jako główne przyczyny takiego stanu rzeczy długie kolejki do specjalistów, konieczność korzystania z prywatnych usług medycznych oraz biurokrację. Ankietowani pracownicy ochrony zdrowia wyrazili opinię o potrzebie zmian i reform polskiego sektora ochrony zdrowia; jako główne obszary w tym zakresie wskazując złą organizację służby zdrowia, dużą biurokrację i negatywne gospodarowanie środkami finansowymi. Zauważa się, że jednym z warunków systematycznego funkcjonowania sektora zdrowotnego są ściśle powiązania z zachodzącymi zmianami w systemie politycznym, administracyjnym danego kraju. Warunkiem skutecznego ochrony zdrowia jest efektywny system zabezpieczenia społecznego, zapewniający bezpieczeństwo socjalne ogółowi społeczeństwa. Czynniki determinującymi zmiany funkcjonowania systemu ochrony zdrowia są zachodzące we wszystkich państwach kwestie demograficzne, postęp cywilizacyjny i technologiczny oraz bieżąca sytuacja ekonomiczna kraju. Wzrost poziomu występowania chorób cywilizacyjnych w połączeniu ze starzeniem się społeczeństwa stanowią istotne obciążenie dla krajowych systemów ochrony zdrowia, w tym w sferze wydatków przeznaczonych na świadczenia medyczne, jak i wykorzystanie zasobów, jakimi dysponuje system.

Wskazuje się, że widoczna jest zmiana w podejściu do ochrony zdrowia w skali globalnej, przejawiająca się rezygnacją z pasywnych rozwiązań na rzecz aktywnego wykorzystania zagrożeń w tym obszarze.

W *Zakończeniu* podkreśla się, że zdrowie i jego ochrona jest jednym z fundamentalnych dóbr społecznych oraz czynnikiem warunkującym jakość życia i możliwość realizacji zadań społecznych. Umieędzynarodowienie polityki społecznej i ochrony zdrowia jest konsekwencją globalizacji oraz akceleracji procesu integracji w ramach Unii Europejskiej.

Opracowując problem zgromadzono i wykorzystano z dużą starannością materiały źródłowe oraz literaturę przedmiotu. Wykaz ich zawarto w zestawieniu bibliograficznym. Wykład wzbogacono zamieszczeniem w aneksie niektórych dokumentów oraz kwestionariusza ankiety wykorzystanego w rozpoznawaniu problemu.

W refleksji ogólnej należy stwierdzić, że prezentowane studium jest ważnym osiągnięciem poznawczym ukazującym obraz współczesnej polityki zdrowotnej w Polsce na tle europejskiej przestrzeni ochrony zdrowia. Najistotniejsze jego ogniwa stanowią: 1. dostarczenie usystematyzowanej wiedzy o współczesnej polskiej polityce ochrony zdrowia; 2. wskazaniu bogatej warstwy egzemplifikacyjnej, nierzadko trudnodostępnej w procesie rozpoznawania problemu; 3. zgromadzenie i wykorzystanie bardzo starannie materiałów źródłowych i literatury przedmiotu. Jest tu zaprezentowany stan badań, dotyczący polityki ochrony zdrowia w Polsce; 4. wpisanie polityki ochrony zdrowia w nurt współczesnych przemian kulturowo-cywilizacyjnych; 5. stanowi usystematyzowane kompendium wiedzy dla strategów i faktów kształtowania ochrony zdrowia w Polsce.

Praca zasługuje na uwagę specjalistów z zakresu ochrony zdrowia, polityków społecznych, znawców współczesnych przemian cywilizacyjnych.

Andrzej Chodubski

Anna Sobecka, *Kalejdoskop. Spotkania z mniejszościami narodowymi*, Wydawnictwo Oskar, Gdańsk 2014, ss. 304.

Aktualnym tematem z europejskiej i polskiej perspektywy jest zjawisko emigracji z krajów muzułmańskich. Przedstawiciele państw zachodnich podkreślają swą gotowość do przyjmowania przybyszów, których określa się zbiorczym mianem uchodźców, grożąc jednocześnie palcem tym, którzy nie podzielają takiego punktu widzenia, w tym Polsce. Czy rzeczywiście Polska jest krajem niechętnym wobec cudzoziemców? Odpowiedzi na to pytanie można szukać w opracowaniu dziennikarki radiowej Anny Sobeckiej, które zatytułowano *Kalejdoskop. Spotkania z mniejszościami narodowymi*.

Na książkę składa się 17 wywiadów z osobami zamieszkującymi na ziemi gdańskiej, a będącymi przedstawicielami mniejszości narodowych i etnicznych. Są to: Władysław Zachariasiewicz, Miriema Walas, Helga Joachimiak, Joachim Penner, Władysław Straszewicz, Paraskiewia Staszko, Andrzej Mentuch, Michał Kościukiewicz, Tamara Sokołowska, Maciej (Musa) Konopacki, Ma-

tylda Wysznińska, Józef Uzdziło, Eugenia Firkowicz, Anna i Czesław Miekinowie, Helena Kwiatkowska, Leon Liefshes i Gagik Parsamian.

Przez kilkanaście lat dla Radia Gdańsk Anna Sobecka przygotowywała reportaże dokumentalne, które prezentowane były w ramach cyklu (ponad 350 audycji) zatytułowanego *Kalejdoskop*. Podejmowano tematykę związaną z funkcjonowaniem mniejszości narodowych i etnicznych przez pryzmat jednostkowych losów. Prezentując życiowe historie rozmówców Sobecka wskazywała na przeszłe i obecne problemy społeczności mniejszościowych, na dramatyzm ich losów, nie zapominając jednocześnie o ich dorobku kulturalnym, w tym literackim.

Od wieków na ziemiach polskich zamieszkują Ormianie. Po II wojnie światowej wielu przedstawicieli tej nacji znalazło się na Pomorzu. Do nich należy lwowiak Władysław Zachariasiewicz. W czasie studiów w Krakowie jednym z jego wykładowców był Eugeniusz Kwiatkowski, który zachęcił go do wyjazdu do Gdyni. Przybył tam w 1933 r. i podjął pracę w Żegludze Polskiej. Po wojnie, w czasie której przebywał w niemieckiej niewoli, osiedlił się w Gdańsku. Tam poznał ks. Kazimierza Filipiaka (1910–1992), przedwojennego duszpasterza ormiańskiego w Stanisławowie. Zachariasiewicz podkreśla jego rolę dla integracji ormiańskiej społeczności i to w sytuacji, gdy nie był on rodowitym Ormianinem.

Obok Ormian częścią tego, co polskie, są Tatarzy. Jedną z nich jest pochodząca z Wileńszczyzny Miriema Walas z domu Bohdanowicz. Podobnie jak w przypadku Zachariasiewicza jej życie było związane z Gdynią. Nad morze przyjechała w 1932 r., gdzie poznała przyszłego męża Waldemara Walasa. Pomimo że był on katolikiem jej muzułmańska wyznaniowość nie stanowiła problemu. Miriema Walas podkreśla, że dla niej jako osoby pochodzącej ze wschodniej Polski koegzystencja różnych nacji i religii była oczywistością. Stwierdziła: „...wszyscy Tatarzy żyli dobrze z Polakami i Żydami. Przed wojną w Rzeczypospolitej było dużo Tatarów. (...) A my jesteśmy mocno zasymilowani, choć zachowujemy odrębność. Zresztą Tatarzy, polscy Tatarzy, byli bardzo zyci z Polakami, z Białorusinami, z katolikami i prawosławnymi, bo przecież na Kresach były różne wyznania” (s. 38). Potwierdzeniem asymilacji Tatarów było zwieranie małżeństw z nie-Tatarami. Przyspieszało to proces