

# EXLIBRIS

Biblioteka Gerontologii Społecznej

Tom 27 Numer 2 Rok 2024

# EXLIBRIS

Social Gerontology Journal

Volume 27 Issue 2 Year 2024

ISSN: 2719-9045

An abstract graphic design featuring several overlapping circles in various shades of blue and teal. The circles are semi-transparent, creating a layered effect. The design is positioned in the lower half of the page, partially overlapping the text area.



# EXLIBRIS

**Biblioteka Gerontologii Społecznej**

---

**Social Gerontology Journal**

**© Wydawca / Publisher:**

Akademia WSB

Stowarzyszenie Gerontologów Społecznych

**Akademia WSB**

Dzielnica Górnica, Kraków, Chorzów, Żywiec, Olchów, Głubisz, Tychy

**WSB University**



**Recenzenci / Reviewers:**

<https://ojs.wsb.edu.pl/index.php/bgs/recenzenci>

**Rada Redakcyjna / Editorial Board**

**Redaktor naczelny / Editor-in-chief:**

**Artur Fabiś** (WSB University, Poland)

**Zastępcy redaktora naczelnego / Vice-Editors-in-Chief:**

**Zofia Szarota** (WSB University, Poland), **Marcin Muszyński** (University of Lodz, Poland)

**Redaktorzy tematyczni / Thematic Editors:**

**Dział gerontologii edukacyjnej / Educational gerontology section:**

**Jolanta Maćkowiak** (Pedagogical University of Krakow, Poland), **Arkadiusz Wąsiński** (University of Lodz, Poland),

**Christian Gleser** (Karlsruhe University of Education, Germany)

**Dział socjologiczno-polityczno-filozoficzny / Sociological-political-philosophical section:**

**Marek Niezabitowski** (Silesian University of Technology, Poland), **Dorota Gierszewski** (Jagiellonian University, Poland),

**Mihael Nedeljko** (Alma Mater Europaea, Slovenia)

**Dział psychologii i nauk o zdrowiu / The psychology and health sciences section:**

**Aleksandra Błachnio** (Kazimierz Wielki University, Poland), **Joanna Wnęk-Gozdek** (Pedagogical University of Krakow, Poland),

**Rene Szotkowski** (Palacký University Olomouc, Czech Republic)

**Redaktor statystyczny / Statistical editor:**

**Agnieszka Kozerska** (Jan Długosz University, Poland)

**Sekretarze Redakcji / Editorial Assistants:**

**Joanna K. Wawrzyniak** (WSB Merito University in Opole, Poland), **Jakub Fabiś** (University of Lodz, Poland)

**Rada Naukowa / Scientific Board**

**Przewodnicząca / Chair of Scientific Board:**

**Elżbieta Dubas** (University of Lodz, Poland)

**Członkowie / Members:**

**Beata Bugajska** (University of Szczecin, Poland), **Bojana Filej** (Alma Mater Europaea, Slovenia), **Marvin Formosa** (University of Malta, Malta), **Dorota Gierszewski** (Jagiellonian University, Poland), **Małgorzata Halicka** (University of Białystok, Poland), **Boris Miha Kaučič** (Faculty of Health Sciences in Celje, Slovenia), **Mechthild Kiegelmann** (Karlsruhe University of Education, Germany), **Kamil Kopecký** (Palacký University Olomouc, Czech Republic), **Giovanni Lamura** (National Institute of Health and Science on Ageing, Italy), **Nadia Lutsan** (Vasyl Stefanyk Precarpathian National University, Ukraine), **Kate de Medeiros** (Miami University, USA), **Edward Alan Miller** (University of Massachusetts Boston, USA), **Pamela Nadash** (University of Massachusetts Boston, USA), **Thomas Scharf** (Newcastle University, UK), **Mala Kapur Shankardass** (University of Delhi, India), **Michal Šerák** (Charles University in Prague, Czech Republic), **Sylvia Słowińska** (University of Zielona Góra, Poland), **Agnieszka Stopińska-Pojak** (WSB University, Poland), **Elżbieta Trafialek** (Jan Kochanowski University of Kielce, Poland)

**Projekt okładki / Cover design:**

Magdalena Muszyńska

ISSN 2719-9045

DOI 10.57655/EXLIBRIS\_2\_2024

**Skład / DTP:**

Wojciech Ciegła Studio DTP, [www.dtp-studio.pl](http://www.dtp-studio.pl)

EXLIBRIS Biblioteka Gerontologii Społecznej, Nr Rej. Pr. 2898,  
jest uwzględniona w bazie czasopism naukowych Index Copernicus oraz CEJS

# EXLIBRIS

Biblioteka Gerontologii Społecznej

---

Social Gerontology Journal

27 (2) /2024

Redakcja / Editors

Marcin Muszyński

Artur Fabiś



# Spis treści

## Table of contents

|                    |   |
|--------------------|---|
| <b>Wstęp</b> ..... | 7 |
|--------------------|---|

|                           |   |
|---------------------------|---|
| <b>Introduction</b> ..... | 9 |
|---------------------------|---|

|                                          |    |
|------------------------------------------|----|
| <b>Artykuły</b><br><b>Articles</b> ..... | 11 |
|------------------------------------------|----|

Anna Duda-Machejek

|                                                                                                                                                                                                                      |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Warsztaty dla seniorów z zakresu rozwiązywania konfliktów i efektywnej komunikacji – ewaluacja projektu / Workshops for seniors on conflict resolution and effective communication – project evaluation</b> ..... | 13 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

Elvira Molina Fernández, Fernando Barragán Medero

|                                                                                                                           |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Older Women's Everyday Life in the Canary Islands / Życie codzienne starszych kobiet na Wyspach Kanaryjskich</b> ..... | 29 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

Julian Kazimierz Auleytner

|                                                                                                                                                     |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Rola opieki długoterminowej w zapewnieniu godnego życia seniorom / The role of long-term care in ensuring a dignified life for seniors</b> ..... | 49 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

Anna Zawada

Instytucjonalna opieka nad osobami starszymi – domy pomocy społecznej czy domy niedostatecznej pomocy społecznej? / Institutional care for the older adults – social welfare homes or homes with insufficient social care? ..... 65

Joanna Kwinta-Odrzywołek

Hackathon jako partycypacyjna metoda generowania pomysłów oraz sposób aktywizacji osób starszych – studium przypadku / Hackathon as a participatory method of generating ideas and activation of older people – a case study ..... 87

Anna Leszczyńska-Rejchert

Kategorie istotne w przygotowaniu się osób w średniej dorosłości do zmian związanych z wiekiem w perspektywie geragogiki – szkic teoretyczny / Categories important in the preparation of people in middle adulthood for age-related changes in the perspective of geragogy – theoretical sketch ..... 103

Anna Gutowska, Jacek Wódz

Zaburzenia depresyjne jako współwystępujące w starości / Depressive disorders as comorbidities in old age ..... 121

## **Recenzje**

**Book Reviews** ..... 135

Katarzyna Zaremba

Jolanta Maćkiewicz, *Satisfied Ageing* ..... 137

# Wstęp

Drugi numer z roku 2024 jest zróżnicowany tematycznie, choć głównym motywem jest zdrowie w różnych jego odsłonach oraz opieka i wsparcie osób starszych w ich wielorakich problemach. Całość rozpoczyna tekst Anny Dudy-Majcherek, która prezentuje wyniki ewaluacji warsztatów skierowanych do osób w późnej dorosłości. Celem warsztatów było przede wszystkim rozwijanie kompetencji komunikacyjnych, z wykorzystaniem mediacji w sytuacjach spornych. Czytelnik poznaje więc nie tylko podstawy programowe warsztatów, ale także ocenę ich efektywności z perspektywy uczestników.

Z kolei tekst autorstwa Moliny Fernández i Fernando Barragána Medero otwiera dyskusję o znaczeniu opieki i wsparcia w starości. Ukazuje on życie codzienne starszych kobiet na Wyspach Kanaryjskich. Ten niezwykle wartościowy poznawczo artykuł przedstawia wiejskie środowisko wysp w kontekście jakości życia starszych kobiet i ich potrzeb. Podstawą analizy są wywiady dotyczące opieki osób u progu starości i w jej zaawansowanym etapie.

Julian Kazimierz Auleytner koncentruje swoje rozważania na opiece długoterminowej w warunkach polskich. Ocenia obecny stan opieki długoterminowej w kontekście pomocy społecznej i medycznej. Jest to tekst przeglądowy, z uwzględnieniem perspektywy porównawczej.

Podobną problematykę z perspektywy instytucjonalnej podejmuje Anna Zawada. Domy pomocy społecznej i ich działalność stają się przedmiotem analizy autorki. Jednym z kluczowych aspektów rozważań dotyczących jakości usług oferowanych przez domy pomocy społecznej jest refleksja nad ich deinstytucjonalizacją.

Hackathon to mało znana w środowisku gerontologów metoda generowania pomysłów i aktywizacji. Dlatego cenne jest przybliżenie tej metody, zwłaszcza w oparciu o studium przypadku. Joanna Kwinta-Odrzywołek sprawnie opisuje i ocenia wykorzystaną metodę, dając jednocześnie podstawy do jej dalszego stosowania w praktycznych działaniach na rzecz osób starszych.

Kolejny tekst, autorstwa Anny Leszczyńskiej-Rejchert, podejmuje refleksję nad przygotowaniem się do starości osób w średniej dorosłości. Autorka wyróżnia trzy podstawowe kategorie decydujące o skuteczności działań przygotowawczych do starości: zdrowie, edukację i troskę o siebie.

Numer zamyka artykuł Anny Gutowskiej i Jacka Wodza. Autorzy dokonują w nim przeglądu literatury dotyczącej zaburzeń depresyjnych u osób w późnej dorosłości, uwzględniając ich przyczyny, objawy oraz współwystępujące choroby. Jest to ważny głos, uwrażliwiający na coraz powszechniejsze zjawisko występujące wśród najstarszych generacji. Tekst ten jest odpowiednią klamrą spinającą rozważania autorek i autorów, które składają się na kolejny numer „Exlibris Biblioteka Gerontologii Społecznej”.

Redaktorzy

# Introduction

The second issue of 2024 is thematically diverse. However, its central theme revolves around health in its various dimensions and the care and support of older adults in their multifaceted challenges.

The issue begins with a text by Anna Duda-Majcherek, presenting the evaluation results of workshops aimed at individuals in late adulthood. The primary goal of the workshops was to develop communication skills, mainly through mediation in conflict situations. Readers are introduced not only to the core program of the workshops but also to an assessment of their effectiveness from the participants' perspective.

In contrast, an article by Molina Fernández and Fernando Barragán Medero discusses the importance of care and support in old age. It explores the daily lives of older women in the Canary Islands. This highly insightful article portrays the rural environment of the islands in the context of the quality of life and the needs of older women. The analysis is based on interviews addressing care at the threshold of old age and in its advanced stages.

Julian Kazimierz Auleytner focuses his reflections on long-term care in Poland. He evaluates the current state of long-term care within the context of social and medical assistance. This is a review article that also incorporates a comparative perspective.

A similar issue, examined from an institutional angle, is addressed by Anna Zawada. The author analyzes the operations of residential care homes. One of the key aspects of her considerations on the quality of services provided by these homes is the reflection on their deinstitutionalization.

Hackathons are a little-known method for generating ideas and fostering engagement within gerontology. Therefore, presenting this method, primarily through a case study, is particularly valuable. Joanna Kwinta-Odrzywołek skillfully describes and evaluates the application of this method, providing a foundation for its further use in practical actions for older adults.

Another article, authored by Anna Leszczyńska-Rejchert, reflects on preparing for old age among individuals in midlife. The author highlights three primary categories determining the effectiveness of preparations for old age: health, education, and self-care.

The issue concludes with an article by Anna Gutowska and Jacek Wódz. The authors review the literature on depressive disorders in late adulthood, considering their causes, symptoms, and co-occurring illnesses. This vital contribution raises awareness of the increasingly common phenomenon affecting the oldest generations. This text is an apt conclusion to the authors' reflections, collectively forming the latest issue of the *Exlibris Social Gerontology Journal*.

Editors

## Artykuły Articles





Anna Duda-Machejek<sup>1</sup> 

# Warsztaty dla seniorów z zakresu rozwiązywania konfliktów i efektywnej komunikacji – ewaluacja projektu

## Workshops for seniors on conflict resolution and effective communication – project evaluation

### Streszczenie:

W artykule zaprezentowano wyniki badań ewaluacyjnych dotyczących uczestnictwa seniorów w warsztatach poświęconych rozwijaniu zdolności komunikacyjnych, edukacji prawnej oraz zdobywaniu wiedzy z zakresu mediacji jako polubownego sposobu rozwiązywania sporów. Warsztaty oraz ich ewaluację przeprowadzono w ramach programu ukierunkowanego na promocję wiedzy o mediacjach, realizowanego z inicjatywy Stowarzyszenia Mediatorzy Polscy. Uczestnikami warsztatów, a zarazem badań byli seniorzy, uczęszczający do Klubów Seniora na terenie województwa podkarpackiego.

### Słowa kluczowe:

starość, efektywność projektów, mediacja, komunikacja, edukacja prawna

### Summary:

The article presents the results of evaluation studies on the participation of seniors in workshops devoted to developing communication skills and gaining knowledge in mediation as an amicable dispute resolution method. The research and the workshops were carried out as part of a program implemented on the initiative of the Polish Mediators Association, aimed at promoting knowledge about mediation. The participants of the workshops, and at the same time of the research, were seniors attending Senior Clubs in the Podkarpackie Voivodship.

### Keywords:

old age, effectiveness of project, mediation, communication, legal education

---

1 Uniwersytet Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie, annakduda.up@gmail.com

## Wstęp

Zdolność komunikowania się jest najbardziej podstawową czynnością warunkującą przetrwanie. Już pierwszy płacz, uśmiech, gaworzenie pokazują otoczeniu, czego lub kogo potrzebuje człowiek. Z wiekiem zdolność ta rozwija się i okazuje się decydującym czynnikiem regulującym relacje społeczne i wpływającym na jakość życia. Wydaje się oczywiste, że „pozytywne relacje z innymi ludźmi stanowią jeden z warunków uzyskania dobrostanu psychicznego (obok samoakceptacji, celu życiowego, rozwoju, panowania nad otoczeniem oraz autonomii)” (Sygulska, Wnęk-Gozdek, 2019, s. 7). Jednakże Lidia Kataryńczuk-Mania i Jolanta Gebreselassie zauważają: „tymczasem zmiany, jakie następują w wyniku starzenia się, wpływają na relacje międzyludzkie, zarówno między-, jak i wewnątrzpokoleniowe” (Kataryńczuk-Mania, Gebreselassie, 2018, s. 151).

Nieodłącznym elementem komunikowania się z innymi jest uczestniczenie w sytuacjach konfliktowych. Zarówno komunikowanie się, jak i konflikty są uważane za jedno z najstarszych, najbardziej pierwotnych i najpowszechniejszych form ludzkiej aktywności społecznej. Istotne jest, abyśmy wraz z przyrostem kompetencji komunikacyjnych rozwijali także zdolności i strategie rozwiązywania sporów. Jedną z nich są mediacje, definiowane jako polubowny sposób rozwiązywania konfliktów przy pomocy bezstronnego mediatora (por. Duda, 2019; Rękas, 2010; Cebula, 2011; Moore, 2010). Współcześnie mediacje stanowią przestrzeń do poprawy komunikacji między stronami sporu w sytuacji trudnej, ale też są elementem systemu sprawiedliwości i realizują misję uproszczenia procedur sądowych poprzez możliwość przedsądowego, jak i pozasądowego<sup>2</sup> porozumienia się (art. 183 k.p.c.). Promocja wiedzy na temat mediacji przyczynia się również do wzrostu wiedzy prawnej.

## Idea realizacji warsztatów w grupie seniorów – uzasadnienie programu

W 2023 r. Stowarzyszenie Mediatorzy Polscy z siedzibą w Rzeszowie (SMP) oraz Instytut Pedagogiki Specjalnej, Szkolnej i Kształcenia Nauczycieli (IPSKN) Uniwersytetu Komisji Edukacji Narodowej przeprowadziły wspólnie bezpłatne warsztaty dla seniorów z zakresu rozwiązywania konfliktów i efektywnej komunikacji w rodzinie z elementami edukacji prawnej. Warsztaty były planowane od

2 O mediacjach przedsądowych mówi się wówczas, gdy jedna ze stron rozważa oddanie sprawy do sądu, ale podejmuje próbę polubownego poszukiwania rozwiązania, zanim złoży pozew. Mediacje pozasądowe to określenie dotyczące wszystkich rodzajów mediacji i oznacza cechę procesu, jaką jest poszukiwanie możliwości ugodowego rozwiązania sporu, nawet gdy sprawa już toczy się w sądzie. Następuje to jednak bez udziału sędziego.

2020 r., ale najpierw ich realizację uniemożliwiła pandemia, a następnie inne projekty i zobowiązania, których podjęli się członkowie Stowarzyszenia. Wreszcie wiosną 2023 powrócono do pomysłu wdrożenia programu, opracowanego trzy lata wcześniej, i po aktualizacji treści przystąpiono do organizacji przedsięwzięcia. Uzasadnienie i motywację podjęcia się organizacji warsztatów dla seniorów doskonale wyrażają słowa Marii Zrałek: „niezmiernie istotną wartością uczenia się jest przygotowanie do działania na rzecz społeczności, stawania się lepszym człowiekiem dla innych, podjęcia się nowych ról [...]. Daje to także możliwość łączności z innymi generacjami, przystosowując seniorów do nowych możliwości komunikacji” (2014, s. 119). Większość podobnych inicjatyw z zakresu mediacji jest zdecydowanie ukierunkowana na angażowanie dzieci, osób młodych i/lub aktywnych zawodowo. Jak wskazuje Maria Zrałek, seniorzy są grupą zdefaworyzowaną, a podejmowane – chociażby przez władze lokalne – działania zaspokajają zaledwie procent potrzeb widniejących w tej grupie, co potwierdzają również wyniki raportu o sytuacji osób starszych (senior.gov.pl, 2022), chociaż na przestrzeni ostatnich lat widoczny jest znaczący progres. Co ważne, „podejmowanie działań edukacyjnych oraz pomoc w zapewnianiu osobom dorosłym ścieżek poprawy ich wiedzy i kompetencji zapewnia alternatywne możliwości dostępu do wiedzy dorosłym osobom z defaworyzowanych grup społecznych, a w szczególności seniorom” (Zrałek, 2014, s. 118). Tymczasem potrzeba edukacji prawnej w zakresie mediacji, wiedza o dostępności wymiaru sprawiedliwości i komunikacji nie są ograniczone tylko dla wybranych grup. Wręcz przeciwnie – stanowią uniwersalne prawo każdego obywatela, zagwarantowane konstytucyjnie oraz zgodne z koncepcją całościowego uczenia się (*Life-long learning*). Praktyka i doświadczenia mediatorów wskazują, że osoby starsze są wykluczane z dyskursu na temat alternatywnych sposobów rozwiązywania sporów, takich jak: mediacja, koncyliacja czy arbitraż, a jednocześnie są grupą społeczną o wiele bardziej narażoną na przestępstwa popełniane względem nich, jak i na manipulacje czy nadużycia, również ze strony najbliższych (por. Fidelus, 2023; Krawętkowski, 2021; Szatur-Jaworska, 1991).

Z raportu na stronie Biura Prewencji Komendy Głównej Policji dotyczącej bezpieczeństwa seniorów wynika, że „w kilku ostatnich latach seniorzy najczęściej padali ofiarami kradzieży, włamań i oszustw. Przestępcy wykorzystują łatwość i obniżony poziom czujności starszych i samotnych osób. Jednym z najczęściej popełnianych przestępstw na szkodę osób starszych jest oszustwo dokonywane metodami «na wnuczka» i «na policjanta». Jest ono szczególnie dotkliwe, ponieważ bardzo często seniorzy w wyniku działania oszustów tracą oszczędności całego życia. Blisko 80% pokrzywdzonych to osoby powyżej 70. roku życia. Z policyjnych statystyk wynika, że przestępcy najczęściej działają w dużych

miastach”. Prócz wymienionych przestępstw seniorzy bywają ofiarami przemocy w rodzinie czy też zaniedbań. Brakuje empirycznych danych dotyczących udziału osób starszych w mediacjach, ale doświadczenia mediacyjne wskazują, że osoby w podeszłym wieku nieczęsto podejmują się mediacji. Wiąże się to z jednej strony z ogólnie niskim poziomem wiedzy wśród dorosłych Polaków na temat pozasądowych sposobów rozwiązywania sporów. Drugim czynnikiem jest słaba wiara w siłę systemu sądowego i przekonanie, że „sąd sądem, ale sprawiedliwość musi być po naszej stronie”, co oznacza przede wszystkim „wygraną”, bez uwzględniania ewentualnych kosztów takiej „walki” (por. Rojek-Socha, 2018; Rudolf, Matysiak i in., 2014; Plucińska-Nowak, 2021).

Dodatkową motywacją podjęcia działań skierowanych do grupy seniorów jest zmieniająca się rzeczywistość społeczna i technologiczna, z którą muszą się oni mierzyć. Coraz więcej nowych rozwiązań technologicznych, pojawiających się w olbrzymim tempie, a także przyrost wiedzy o świecie powodują, że nie tylko seniorzy, ale już osoby w późnej dorosłości miewają trudności w zrozumieniu i podążaniu za zmianami zachodzącymi w otaczającym ich świecie. Bezdyskusyjny jest fakt, iż: „proces starzenia się społeczeństwa stanowi obecnie jedno z najważniejszych wyzwań społecznych, gospodarczych i politycznych współczesnych państw. Tak duży udział ludzi starszych wymaga nowego podejścia do rozwiązywania problemów związanych ze zmianą organizacji życia w społeczeństwie” (Zrałek, 2014, s. 112). Z tak szybkim tempem zmian społeczno-gospodarczych, w tym demograficznym starzeniem się społeczeństw, wiążą się coraz większe koszty związane z opieką i zaspokojeniem potrzeb osób starszych. Wyzwała to konflikty międzygeneracyjne o podłożu nie tylko obyczajowym, ale i ekonomicznym. „Być może dlatego, pomimo rosnącego szybciej niż kiedykolwiek w skali kraju i europejskiej udziału osób starszych, są one odrzucane, rodzi się ageizm i gerontofobia” (Zrałek, 2014, s. 112, por. Brzezińska, 2011; Szatur-Jaworska, 1991). W związku z tym konieczne wydaje się wyposażenie seniorów w narzędzia ułatwiające im radzenie sobie w trudnych sytuacjach społecznych, a także pobudzenie umiejętności poprawiających ich komunikowanie się i podnoszących szanse na porozumienie. Takie podejście uwzględnia, że „osoby starsze są dynamicznymi, sprawnymi i istotnymi członkami naszego społeczeństwa. Przekazują one wiedzę, umiejętności i doświadczenie następnym pokoleniom. Wnoszą wkład, w sposób zarówno indywidualny, jak i zbiorowy, w naszą gospodarkę, w nasze otoczenie oraz przekazują nam historię. Jako członkowie rodziny osoby starsze są odpowiedzialne za wspieranie spójności i solidarności w naszym społeczeństwie” (Zrałek, 2014, s. 112).

Uzasadnieniem do opracowania programu warsztatów są również wyniki badań i znajomość dobrych praktyk w zakresie aktywizowania strategii zaradczych

poprzez proaktywne działania nakierowane na seniorów. Przykładem takich działań są szczególnie zorganizowane spotkania tematyczne, skoncentrowane na rozwijaniu i treningu zachowań zaradczych względem stresu doświadczanego przez osoby w późnej dorosłości i seniorów (por. Brzezińska, 2011; Theiss, 2006) lub partycypacja społeczna w zorganizowanych grupach, jednak badania wskazują, że zaledwie około 7% populacji seniorów uczestniczy w takich formach aktywności. Jednocześnie poczucie zadowolenia z życia jest w tej grupie seniorów pozytywniej oceniane (por. Kawińska, 2021). Działania takie jak wyżej opisane lub omawiany program warsztatów są zgodne z założeniami WHO z 2002 roku, która podkreśla, że aktywne starzenie się jest szansą na optymalizację stanu zdrowia, partycypacji społecznej i poczucia bezpieczeństwa.

Działalność SMP jest powiązana z modelem polityki społecznej obecnej w regionie, która opiera się na dialogu międzysektorowym. Współcześnie kładziony jest nacisk na współpracę różnych podmiotów realizujących działania na rzecz seniorów, począwszy od państwa, poprzez zadania samorządów terytorialnych i organizacje trzeciego sektora. Największe jednak sukcesy w tym zakresie mają placówki edukacyjne, towarzystwa i organizacje pozarządowe, które bardzo aktywnie wspierają nieformalne grupy, np. organizujące się przy wspólnotach wyznaniowych lub kołach zainteresowań. Tego typu działania wspierają tworzenie się warunków partycypacji społecznej seniorów. Dobra organizacja takich miejsc wzmacnia zaangażowanie osób starszych w życie społeczności lokalnej.

## Miejsce prowadzenia warsztatów w kontekście ewaluacji programu

Andrzej Rokicki o Klubach Seniora napisał: „Głównym zadaniem Klubów Seniora jest przełamywanie izolacji i samotności, z jaką często borykają się ludzie starsi. To forma wspierania i zaspokajania wielu potrzeb osób starszych. Uczestnictwo w Klubie Seniora jest dobrowolne i niezobowiązujące. Głównym celem działalności Klubów Seniora, podobnie jak UTW, jest aktywizacja i integracja osób starszych. Kolejnymi ważnymi celami i zadaniami Klubów Seniora są: tworzenie nowych więzi społecznych przez integrację i organizowanie wzajemnej pomocy, ale też zapobieganie rosnącej przepaści między seniorami a młodym pokoleniem, które w oczywisty sposób jest lepiej przygotowane do nowych warunków gospodarczych i społecznych” (2016, s. 195). Ze względu na funkcję lokalne Kluby Seniora stały się naturalnym miejscem spotkań warsztatowych, zapewniającym szanse aktywizacji i współpracy.

Miejsce prowadzenia takich badań, ale też warsztatów i spotkań odgrywa ważną rolę w procesie organizacyjnym projektów i programów, szczególnie jeśli

ich uczestnikami mają być seniorzy lub inne osoby, które mogą mieć trudności z alokacją i mobilnością. Kluby Seniorów to miejsca, które mają swoją tradycję, specyficzną dla społeczności lokalnej kulturę, a przede wszystkim tworzące już względnie zintegrowane środowisko. Ponadto takie organizacje jak Kluby Seniorów lub Koła Gospodyń przeważnie posiadają swoje niezależne lokum (np. z zasobów gminnych lub kościelnych), w których istnieje możliwość organizowania rozmaitych wydarzeń.

## O programie

W ramach programu każda grupa zrealizowała 3 spotkania. Jeden warsztat trwał 2,5 godziny zegarowej z przerwami (co łącznie daje 7,5 godziny na grupę) i obejmował tematycznie:

- 1) Komunikowanie afirmatywne i aktywne słuchanie;
- 2) Podstawy psychologii konfliktu;
- 3) Podstawy mediacji i wiedzy prawnej;
- 4) Trening asertywności i obrony przed manipulacją;
- 5) Trening umiejętności mediacyjnych.

Zarówno warsztaty, jak i ich ewaluacja były prowadzone w ramach programu promocji wiedzy na temat mediacji, wynikającego z zadań statutowych Stowarzyszenia, przy współpracy z IPSKN. Program był realizowany na Podkarpaciu w trzech lokalizacjach: w Rzeszowie, Jarosławiu i Łańcucie.

## Badanie – ewaluacja programu

Badanie miało na celu ewaluację programu warsztatów przygotowanych przez SMP, które po raz pierwszy ukierunkowane byłyby na grupę seniorów. Wzięły w nim udział 42 osoby z 3 Klubów Seniora oraz Rady Parafialnej.

Gerontolodzy wymieniają najczęściej 3 cykle starości (Rokicki, 2016, s. 187):

- a) młodzi-starzy (*young-old*), czyli osoby w wieku 60/64–74 lata;
- b) starzy-starzy (*old-old*), czyli osoby w wieku 75–84 lata;
- c) najstarsi starzy (*the oldest old*), czyli osoby w wieku 85 lat i więcej.

Najmłodszy uczestnik badania miał 69, a najstarszy 89 lat, jednak przeważały osoby w przedziale *old-old*, a średnia wieku wynosiła 77 lat. Metoda doboru próby miała charakter kwotowy na podstawie określonych cech. Seniorzy utworzyli łącznie 4 optymalne grupy uczestników warsztatów z 3 różnych miejscowości na Podkarpaciu.

Seniorzy i seniorki zostali zrekrutowani do udziału w warsztatach poprzez udostępnienie informacji w lokalnych Kołach Gospodyń Wiejskich, wspólnotach

kościelnych i Klubach Seniora. Trzy z nich udostępniły swoje lokale do przeprowadzenia zajęć.

Kwestionariusz został przygotowany tak, aby nie sprawiał trudności z odczytem oraz nie wywołał efektu znużenia. Składał się z dwóch części: 1) ewaluacja warsztatu (skala zadowolenia), 2) samoocena rozwoju w związku z udziałem w programie. Pytania dotyczące samooceny w wybranych obszarach stanowią kontekst wdrożeniowy i służą ocenie możliwości uzyskania efektów długofalowych, wynikających między innymi z poczucia samoskuteczności (*self-efficacy*) seniorów.

Przeprowadzone badanie miało wskazać podstawy do wytyczenia ewaluatywnej ścieżki realizacji i rozwoju podobnych programów, prowadzonych przez organizacje pozarządowe w przyszłości.

## Analiza i dyskusja wyników

Chociaż charakter badań jest podstawowy, to wnioski z nich płynące są zgodne z obecnym stanem wiedzy i dobrymi praktykami z dziedziny zarządzania projektami i animacją kulturalną. Ponadto ukazują nowe przestrzenie do zagospodarowania w dyskursie naukowym, zarówno w obszarze geragogiki, jak i mediacji wraz z edukacją prawną nakierowaną na potrzeby seniorów.

Wszyscy uczestnicy warsztatów zgodzili się również na udział w badaniu i odpowiedzieli na pytania kwestionariusza. Podczas analizy odpowiedzi uczestników projektu płeć nie stanowiła zmiennej, bowiem w prowadzonych badaniach grupy były bardzo sfeminizowane. Andrzej Rokicki (2016) wskazuje, że feminizacja starości jest w Polsce statystycznie zjawiskiem o ogromnej skali, zachodzącym na kilku płaszczyznach. Pierwsza z nich odnosi się do faktu, iż kobiety w Polsce mają statystycznie wyższą średnią długość życia niż mężczyźni. Druga kwestia to większa aktywność kobiet w zorganizowanych zajęciach i innych formach partycypacyjnych. Wśród uczestników warsztatów było 39 kobiet i 3 mężczyzn. W klubach, w których były prowadzone warsztaty, na co dzień obecnych jest więcej mężczyzn niż wśród uczestników projektu, jednak udział w zajęciach był dobrowolny i nie podjęli oni tej formy aktywności.

Badani w bardzo wysokim stopniu byli zadowoleni z udziału w warsztatach – 92,89% z nich oceniło wysoko ich przydatność. Tyle samo uczestników w przyszłości byłoby zainteresowanych udziałem w podobnym przedsięwzięciu. Zaledwie 7,14% w mniejszym stopniu wzięłoby udział w takich zajęciach. Kolejne pytanie dotyczyło czynników podnoszących satysfakcję z udziału w warsztatach. Pytanie miało charakter otwarty i uczestnicy swobodnie udzielali odpowiedzi, które następnie skategoryzowano. Nikt nie pominął tego pytania. Odpowiedzi

ułożono w kolejności od najczęściej występujących. To, co przyniosło największą satysfakcję seniorom dzięki udziałowi w zajęciach, to:

- a) spotkanie z innymi/z koleżankami (30 osób);
- b) poznanie, co to mediacja (30 osób);
- c) rozmowy i dyskusje z prowadzącym (28 osób);
- d) okazja dowiedzenia się czegoś nowego (27 osób);
- e) jak bronić się przed manipulacją (24 osoby);
- f) ćwiczenia i zabawy zaproponowane w trakcie spotkań (17 osób);
- g) miłe i profesjonalne prowadzące (15 osób);
- h) dobra atmosfera / miły klimat spotkania (9 osób);
- i) „zrozumienie, dlaczego ludzie mają pewne zachowania” (1 osoba);
- j) „coś, co muszą powiedzieć wnukom” (1 osoba).

Poproszono także seniorów, aby wskazali, w jakich dziedzinach bądź obszarach życia codziennego mogliby wykorzystać zdobytą wiedzę i umiejętności. Pytanie ponownie miało charakter otwarty, a odpowiedzi podzielono wedle następujących kategorii:

- a) poprawa/troska o dobre relacje z wnukami/prawnukami (21 osób);
- b) poprawa/troska o dobre relacje z dziećmi (18 osób);
- c) w relacjach z sąsiedztwem (6 osób);
- d) w relacjach z innymi ludźmi/sklepikarką<sup>3</sup> (5 osób);
- e) chronić się przed manipulacją, oszustwami (4 osoby);
- f) być bardziej asertywną (4 osoby);
- g) jeszcze nie wiem (2 osoby).

Wyniki uzyskane na tym etapie analizy jasno wskazują, jak istotne są dla seniorów dobre relacje z bliskimi. Poprawienie obecnych relacji oraz troska o ich utrzymanie jest dla wielu badanych najważniejsza (nawet dla osób nieposiadających rodziny). Istotne z punktu widzenia codzienności seniorów są również relacje pozarodzinne, z najbliższym otoczeniem (jak sąsiedzi czy wymieniona sklepikarka), i są warte podjęcia wysiłku na rzecz ich poprawy.

Relacje są jednym z kluczowych komponentów dobrostanu (por. Czapliński, 2015; Diener i in., 2003; Dąbrowski, 1985). „Na dobre samopoczucie człowieka mają wpływ: bliskość, wzajemne wsparcie i akceptacja, zaufanie, zrozumienie oraz troska” (Sygulska, Wnęk-Gozdek, 2019, s. 7) i właśnie słowo „troska” bardzo często padało w odpowiedziach badanych. Dlatego też – adekwatnie do wcześniejszych wskazań – w badanej grupie seniorów okazało się, że czują potrzebę poprawy relacji z własnymi dziećmi (18 wskazań), 17 osób

---

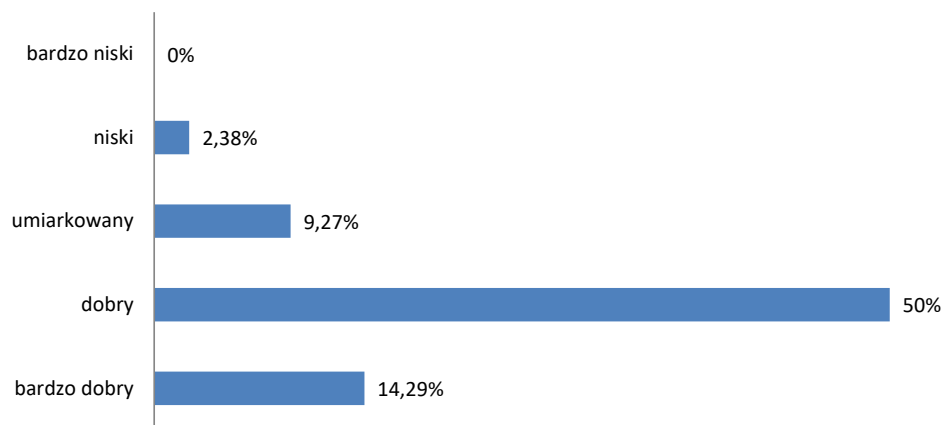
3 W jednej z ankiet pojawiła się wyraźnie podkreślona odpowiedź dotycząca relacji ze sprzedawczynią („sklepikarką”) z GS-u.

wskazało potrzebę poprawy relacji ze współmałżonkami, w relacjach z wnuczkami (11 wskazań), w relacjach towarzyskich (5 wskazań), w innych relacjach (2 wskazania). Spośród wszystkich uczestników warsztatów 11 osób nie wskazało nikogo.

Następnie zadaniem seniorów było określenie, w jakim stopniu byliby zainteresowani udziałem w mediacji i skorzystaniem z pomocy bezstronnego mediatora w sytuacji konfliktu. Pytanie to odzwierciedlało założenie dotyczące transmisji wiedzy o mediacjach na postawy względem rozwiązywania sporów. Badani zadeklarowali, że w konfliktowej sytuacji zdecydowanie chcieliby podjąć się mediacji (90,48%), gdyby byli stronami sporu. Zaledwie 9,52% badanych być może skorzystałoby z takiej pomocy.

Zgodnie z założeniem programu jednym z elementów ewaluacji był pomiar samooceny zdolności komunikacyjnych i mediacyjnych. Poproszono seniorów o dokonanie samooceny w trzech aspektach związanych z tematyką warsztatów. Pierwszy z nich dotyczył zdolności komunikacyjnych, drugi zdolności rozwiązywania konfliktów, a trzeci oceny relacji z bliskimi osobami. Sposób, w jaki seniorzy, którzy uczestniczyli w warsztatach, oceniają swoje zdolności mediacyjne, zaprezentowano na wykresie 1.

**Wykres 1.** Samoocena zdolności mediacyjnych seniorów



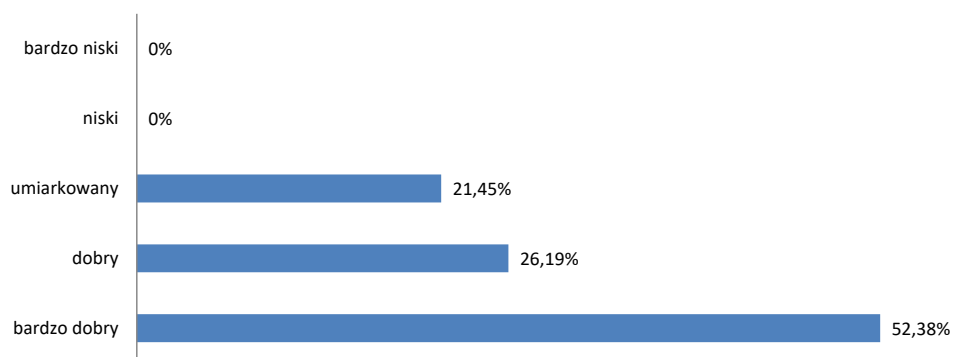
*Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy wyników badań.*

Ocena swoich zdolności mediacyjnych przez seniorów jest ważnym składnikiem ewaluacji projektu. Samoocena zdolności związanych z zastosowaniem zdobytej wiedzy i umiejętności ma znaczenie w modelach wdrożeniowych i wiąże się z poczuciem własnej skuteczności (por. Zbonikowski, 2020). Seniorzy po programie oceniają swoje zdolności mediacyjne przeważnie jako dobre, a wielu

jako bardzo dobre. Nieco mniej – na poziomie umiarkowanym, czyli wystarczającym. Należy jednak wskazać, że celem warsztatów nie było przygotowanie uczestników do pełnienia formalnej roli mediatorów, a jedynie wprowadzenie ich w tę tematykę i przećwiczenie pewnych umiejętności.

Nieco lepiej seniorzy oceniają swoje zdolności komunikacyjne. Ich wskazania zaprezentowano na wykresie 2.

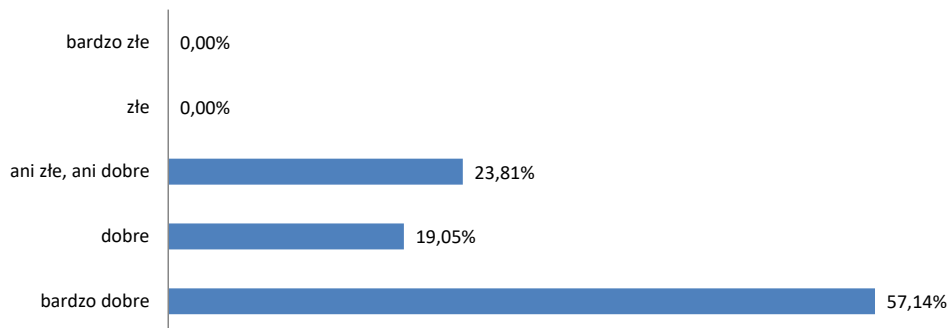
**Wykres 2.** Samoocena zdolności rozwiązywania konfliktów



*Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy wyników badań.*

Większość seniorów ocenia swoje zdolności komunikacyjne jako bardzo dobre. Ludzie starsi wg badań cechują się wyższą rozmownością, szczególnie po 70. roku życia. Jednak trudności komunikacyjne, takie jak osłabienie narządów artykulacyjnych, utrata zębów, a także te związane z zapamiętywaniem wątków, dygresjami oraz (mimo większego słownictwa niż u pokoleń zstępných) zapominanie słów, mylenie znaczeń i brak nowego słownictwa, aktualnego np. u osób młodych, ograniczają ich zdolności porozumiewania się (Kataryńczuk-Mania, Gebreselassie, 2018). Relacje rodzinne – również te pośrednie, np. rozmowa telefoniczna – najczęściej są wystarczające do zaspokojenia potrzeb komunikacyjnych osób starszych, o ile są powiązane z takimi cechami jak: troska, częstotliwość kontaktów, uznanie (Sanecka, 2015). Właśnie na podstawie tych interakcji seniorzy budują niejako mentalną mapę otaczającego ich świata oraz otrzymują *feedback* na temat istniejącej (lub nie) więzi z innymi.

Następny wykres prezentuje odpowiedzi seniorów dotyczące oceny relacji z bliskimi. Pytanie o ocenę relacji rodzinnych seniorów uczestniczących w warsztatach jest powiązane z warunkami wdrożenia treści i umiejętności nabytych podczas spotkań, co jest ważnym kryterium oceny efektów długofalowych uzyskanych po warsztatach.

**Wykres 3.** Ocena poziomu jakości relacji seniorów z bliskimi

*Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy wyników badań.*

Według większości uczestników jakość relacji, jakie posiadają, jest bardzo dobra, ale też wysoki odsetek badanych (23,81%) wskazał odpowiedź „ani złe, ani dobre”. Jest to bliskie wynikom dotychczasowych badań (por. m.in. Kutyla, 2012; Fabiś, Wawrzyniak, Chabior, 2014; Lada, 2018), które z jednej strony wskazują, iż relacje w najbliższym otoczeniu zdaniem seniorów wpływają na jakość życia i korelują z obecnością osób bliskich, ale też znacznie częściej niż inne grupy społeczne seniorzy są osobami samotnymi, pozostającymi bez jakichkolwiek (dobrych lub złych) bliskich relacji. W tej grupie też jest większe ryzyko wystąpienia zjawiska opuszczenia, a nawet zaniedbania i zaniechania opieki nad starszym członkiem rodziny.

Jakość posiadanych relacji z bliskimi, zdolności komunikowania się i rozwiązywania sporów bezsprzecznie są ze sobą powiązane i mają znaczenie (na co wskazują badania) dla kształtowania się pozytywnej oceny własnego życia – jego jakości. Ta triada przyczynia się także do większej aktywności ludzi starszych i częstszej partycypacji w wydarzeniach i inicjatywach społecznych.

## Podsumowanie

Wnioski zarówno po warsztatach, jak i te wynikające z badań ewaluacyjnych rysują się wielowarstwowo i wielokontekstowo, a ich katalog nie zostanie wyczerpany w tym artykule, gdyż jest to dopiero otwarcie dyskusji i poszukiwań zarówno możliwości rozwoju działalności organizacji pozarządowych na rzecz osób starszych, jak i nowych pól badawczych, pozostających w związku z praktyką i codziennością seniorów.

Z perspektywy organizatorów programu mającego na celu promocję wiedzy o mediacjach wśród seniorów, można się spodziewać, że podobne wydarzenia

będą się cieszyły powodzeniem, gdyż tematyka ta w odbiorze uczestników jest ważna, sensowna i adekwatna do ich potrzeb. Seniorzy dostrzegają, że zdobytą wiedzę i umiejętności mogą wykorzystać w codziennym życiu. Dodatkowo cenią sobie możliwość spotkania w grupie, spędzenia czasu w dobrej atmosferze i zrobienia czegoś sensownego (jak w tym przypadku: dowiedzą się, jak chronić się przed manipulacją).

W rozważaniach nad przeprowadzonymi warsztatami i badaniami nie mogło umknąć uwadze, że uzyskanych wyników nie można generalizować na całą populację seniorów. Jedynie w przybliżonym stopniu mówią one o tych, którzy i tak już są aktywnymi członkami społeczności lokalnych poprzez uczestnictwo w spotkaniach i wydarzeniach organizowanych czy to przez Kluby Seniorów (do których należą), czy przez rady parafialne i wspólnoty kościelne. Badanie oparło się na tej grupie, wybranej z populacji, wobec której działania zmierzające ku przeciwdziałaniu wykluczeniu społecznemu już odniosły pewien sukces. Jednocześnie seniorzy uczestniczący w warsztatach wykazali dużą życzliwość i gotowość do kilkugodzinnych spotkań, podczas których uczyli się i aktywnie pracowali.

Trening komunikacji powiązany z mediacjami i edukacją prawną jest istotny w procesie podnoszenia poziomu kompetencji społecznych, jak i poprawy relacji (por. m.in. Duda, 2019; Sanecka, 2015; Kataryńczuk-Mania i in., 2018). Ponadto, zgodnie z teorią Pierre’a Bourdieu, są to kluczowe czynniki warunkujące rozwój kapitału społecznego. Ten wybitny socjolog zdefiniował kapitał społeczny jako „zbiór rzeczywistych i potencjalnych zasobów, jakie związane są z posiadaniem trwałej sieci mniej lub bardziej zinstytucjonalizowanych związków wspartych na wzajemnej znajomości i uznaniu lub, inaczej mówiąc, z członkostwem w grupie, która dostarcza każdemu ze swych członków wsparcia w postaci kapitału posiadanego przez kolektyw” (Bourdieu: za Zarzycki, 2004, s. 47).

Inkluzyjne traktowanie ludzi starszych sprzyja poszerzaniu się kapitału społecznego. Dostrzeżenie i uznanie potencjału seniorów jest podstawą wszczęcia działań nakierowanych na wzmacnianie go i aktywizowanie ich do uczestnictwa w życiu społecznym. Inkluzyjne podejście odzwierciedla się także w działaniach, takich jak „identyfikowanie, łagodzenie, zapobieganie i przeciwdziałanie barierom utrudniającym pełnoprawne życie osób starszych w społeczeństwie” (Zrałek, 2014, s. 113).

Interesujące jest to, jaki byłby udział seniorów posiadających predyspozycje mediacyjne w populacji, gdyby rozszerzyć badania na inne grupy poza Klubami Seniorów, również te mniej dostępne. Jest to grupa, w której z pewnością tkwi duży potencjał do działania w społeczeństwie na rzecz promocji idei mediacji i porozumienia bez przemocy.

Z zaprezentowanych badań jasno wynika, że seniorzy mają dużą otwartość na udział w polubownym rozwiązywaniu sporów, jakim są mediacje. Wśród zalet mediacji wymienia się: szybsze i tańsze rozwiązanie sporu niż przed sądem, wpływ na szybkość postępowania, jasne zasady procesu mediacyjnego, ograniczenie kosztów postępowania sądowego, wpływ na treść ugody, gwarantowana poufność i bezstronność mediatora oraz wiele innych (por. Rękas, 2010). Wiedza o dostępności mediacji umożliwia osobom starszym, pełniącym różne role życiowe, z których mogą wynikać spory – szybsze, skuteczniejsze i bardziej satysfakcjonujące ich rozwiązywanie, z szansą na zachowanie dobrych relacji rodzinnych, sąsiedzkich.

Seniorzy są szczególnie narażeni na samotność, a pojawiające się trudności w nawiązywaniu relacji interpersonalnych dodatkowo pogłębiają ten stan, przyczyniając się do izolacji społecznej i wpływając na inne aspekty ludzkiego życia (Sygulska, Wnęk-Gozdek, 2019; por. także Theiss, 2006). Osamotnieniu towarzyszy nieufność wobec innych, a jednocześnie, gdy pojawia się możliwość nawiązania głębszej relacji, seniorzy często tracą uważność i czujność, stając się łatwymi ofiarami manipulacji i nadużyć. Seniorzy uczestniczący w warsztatach mieli możliwość zapoznania się z bazowymi informacjami dotyczącymi przepisów prawa nie tylko w zakresie mediacji. Szansa ukazuje się w wynikach badań dotyczących ponownego udziału w warsztatach. Tematyka, która wydaje się nieco pomijana w często oferowanych spotkaniach dla osób starszych (np. w Uniwersytetach Trzeciego Wieku), to edukacja prawna. Jest to ważna informacja zwrotna zarówno dla instytucji samorządowych, jak i dla organizacji zajmujących się wspieraniem osób starszych i całożyciową edukacją.

Senior w roli mediatora – takie podejście często pojawia się jako motyw w kulturze i literaturze, ilekroć nobliwy człowiek rozsądza jakąś sprawę lub nestor/nestorka rodu wysłuchuje i jedna członków rodziny. Taka imaginacja ma swoje korzenie w obecnych do niedawna w Polsce strategiach rozwiązywania sporu z pomocą osoby nobliwej, godnej zaufania. Przykładem jest *Pan Tadeusz* i obecna w utworze postać Macieja. Znaczenie ludzi starszych ewoluowało wraz ze zmianami społeczno-gospodarczymi, ale w dobie tak wielu konfliktów, napływu informacji i opinii (gdzie trudno odróżnić jedno od drugich) dystans, jaki potrafią zachować seniorzy, a także ich doświadczenia życiowe mogłyby doskonale sprawdzić się na polu mediacji. Być może jest to obszar nie tylko sentymentalnych wspomnień o dawnych czasach, kiedy to „młodszy słuchali się starszych”, ale przyczynek do swoistego treningu, przygotowującego ich do roli mediatora w sprawach cywilnych<sup>4</sup>. „Stąd też działania powinny być ukierunkowane na wspiera-

---

4 Mediatorem „ad hoc” może być każdy obywatel, który ukończył 18 lat i jest osobą godną zaufania, posiadającą zdolności pojednawcze.

nie i wzmacnianie potencjału osób starszych oraz aktywnego ich uczestnictwa w życiu społecznym i równocześnie identyfikowanie, łagodzenie, zapobieganie i przeciwdziałanie barierom utrudniającym pełnoprawne życie osób starszych w społeczeństwie” (Zrałek, 2014, s. 113) oraz potraktowanie ich potencjału jako realnego czynnika wspierającego rozwój mediacji.

Najważniejszą puentą wydaje się jednak refleksja na temat tego, że wystarczyłoby traktować ludzi starszych nie jak „balast”, ale jak pełnoprawnych, wartościowych, bogatych w doświadczenia obywateli, członków społeczeństwa... członków własnych rodzin. Wiele trudności związanych z partycypacją społeczną seniorów ma powiązanie z nastawieniem społeczeństwa i okrutnie kreowanym obrazem starości w mediach. Jak podkreśla ponownie Zrałek: „wysoki poziom kapitału społecznego występuje, gdy ludzie mają dobre relacje z innymi członkami społeczności, obdarzają się zaufaniem i wspólnie lub indywidualnie działają z myślą o poprawieniu warunków życia” (2014, s. 117). Troska o seniorów i możliwość bycia przy nich wobec tego wydaje się przywilejem oraz szansą. Wzajemne towarzyszenie – bycie razem i poznawanie się – przynosi obopólne korzyści i może uczynić świat chociaż odrobinę lepszym.

## Bibliografia

- Bourdieu, P. (1985). The Forms of Capital. In: J. G. Richardson (Eds.), *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. Greenwood-NewYork.
- Brzezińska, M. (2011). *Proaktywna starość. Strategie radzenia sobie ze stresem w okresie późnej dorosłości*. Difin.
- Chabior, A. (2014). Rodzina i jej znaczenie w życiu ludzi starszych. W: A. Chabior, A. Fabiś, J. K. Wawrzyniak, *Starzenie się i starość w perspektywie pracy socjalnej* (ss. 49–65). Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich.
- Czapiński, J. (2015). Indywidualna jakość i styl życia. W: J. Czapiński, T. Panek (red.), *Diagnoza społeczna 2015. Warunki i jakość życia Polaków. Raport. Contemporary Economics*, 9(4), 200–331.
- Dąbrowski, K. (red.). (1985). *Zdrowie psychiczne*. PWN.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being. Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54(1), 403–425.
- Duda, A. (2019). *Masz prawo do mediacji w szkole. Zarys pracy mediatora szkolnego*. Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Duda, A., Mróz, A., Mądry-Kupiec, M., Zawisza-Wilk, E., Skrzypek, W., & Koperna, P. (2022). Predyspozycje mediacyjne kandydatów na mediatorów rówieśniczych w wieku 11–13 lat. *Studia Paedagogica Ignatiana*, 25(1), 107–132.
- Dz. U. Unii Europejskiej, seria C11/04 z 15 stycznia 2013.

- Fidelus, A. (2023). *Przemoc wobec ludzi starszych*. SWPS.
- Kataryńczuk-Mania, L., Gebreselassie, J. (2018). Kompetencje komunikacyjne seniorów – wybrane wątki. *Dyskursy Młodych Andragogów*, 19, 151–161.
- Kutyla, M. (2012). Integracja społeczna ludzi starszych. W: N. Pikuła (red.), *Starość może być atrakcyjna*. Scriptum.
- Lada, A. (2018). Jakość życia seniorów. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio J – Paedagogia-Psychologia*, 31(2), 331–345.
- Plucińska-Nowak, M. (2021). *Status i oblicza mediacji w społeczeństwie polskim*. Wydawnictwo Nauk Społecznych i Humanistycznych UAM, Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Rękas, A., Sroka, T. (2010). *Czy tylko sąd rozstrzygnie w sporze? Mediacja i sądownictwo polubowne*. Ministerstwo Sprawiedliwości.
- Rokicki, A. (2016). Starość nie znaczy bierność – współczesne metody aktywizowania seniorów. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio J – Paedagogia-Psychologia*, 29(1), 185–198.
- Rudolf, A., Cichowicz-Major, M., Matysiak, M., Pałka, S., Pieniążek, W., Przybył, C. (2014). *Diagnoza stanu stosowania mediacji oraz przyczyn zbyt niskiej do oczekiwanej popularności mediacji*. Ministerstwo Sprawiedliwości.
- Sanecka, A. (2015). Psychiczne i społeczne bariery komunikacyjne seniorów. W: M. Synowiec-Piłat, B. Kwiatkowska, K. Boryślawski (red.), *Inkluzja czy ekskluzja? Człowiek stary w społeczeństwie*. Wrocławskie Towarzystwo Naukowe.
- Sygulska, K., Wnęk-Gozdek, J. (2019). Wstęp. *Exlibris Biblioteka Gerontologii Społecznej*, 17(2), 7–10.
- Szatur-Jaworska, B. (1991). Społeczna kwestia ludzi starszych. W: B. Rysz-Kowalczyk, *Społeczne kwestie starości*. Ośrodek Badań Społecznych.
- Theiss, W. (2006). Edukacja środowiskowa – wprowadzenie. W: W. Theiss, B. Skrzypczak (red.), *Edukacja i animacja społeczna w środowisku lokalnym*. Centrum Wspierania Aktywności Lokalnej CAL.
- Zarycki, T. (2004). Kapitał społeczny a trzy polskie drogi do nowoczesności. *Kultura i Społeczeństwo*, 48(2), 45–65.
- Zbonikowski, A. (2020). Samorealizacja młodzieży akademickiej u progu kariery zawodowej. Wyznaczniki psychologiczne i kierunki wsparcia. W: W. Welskop (red.), *Przyszłość edukacji – Edukacja przyszłości* (ss. 101–108). Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Biznesu i Nauk o Zdrowiu w Łodzi.
- Zrałek, M. (2014). Tworzenie podstaw dla partycypacji osób starszych w życiu społecznym. W: A. Kamińska, E. Kraus, K. Ślęczka (red.), *Jak możliwy jest dialog?* Oficyna Wydawnicza Humanitas.

## Netografia:

- Bezpieczeństwo seniorów, <https://policja.pl/pol/kgp/biuro-prewencji/wydzial-profilaktyki-sp/bezpieczenstwo-osob-sta/174854,BEZPIECZENSTWO-SENIOROW.html> [dostęp: 10.08.2024].
- Cebula, R. (2012). *Mediacje w kodeksie postępowania cywilnego*, <https://www.gov.pl/attachment/71d853fc-265b-4e23-95e9-45b905b80b89> [dostęp: 10.08.2024].
- Krawętkowski, Ł. (2021), Przemoc wobec seniorów, <https://psychologiwpraktyce.pl/artikul/przemoc-wobec-seniorow> [dostęp: 20.10.2024].
- Rojek-Socha, P. (2018). Mediacje w Polsce zbyt rzadko wykorzystywane, <https://www.prawo.pl/prawnicy-sady/mediacje-w-polsce-zbyt-rzadko-wykorzystywane,315473.html> [dostęp: 10.08.2024].

Elvira Molina Fernández<sup>1</sup> 

Fernando Barragán Medero<sup>2</sup> 

# Older Women's Everyday Life in the Canary Islands

## Życie codzienne starszych kobiet na Wyspach Kanaryjskich

### Summary:

This research aims to a) understand the implications of aging for older women in rural contexts, b) reflect on the impact of public services for older adults, and c) propose lines of action to increase the quality of life of older women. To this end, a qualitative study was designed in which 20 semi-structured interviews were conducted with women over 60 years of age in rural contexts on the island of Tenerife (Spain). The interviews addressed these three thematic dimensions: 1) being a woman and an older person, 2) the role in society, and 3) the personal project. A subcategory related to the meaning of care emerged from the responses, which is the one presented in this article. The results speak of the care older women provide throughout their lives, including in old age, to their descendants and ascendants. However, social mandates do not ensure the same response when care refers to their needs. The future of their care, the need for care planning, or even the consideration of their opinion is a matter of doubt. We conclude by focusing on the need to review and reflect on the principles on which the responses to the needs of older adults are based and propose the incorporation of tenderness, the democratic perspective, and care for older persons.

### Keywords:

older women, care, qualitative research

### Streszczenie:

Celem niniejszego badania jest: a) zrozumienie konsekwencji starzenia się dla starszych kobiet w kontekście wiejskim, b) analiza wpływu usług publicznych na sytuację osób starszych oraz c) zaproponowanie działań na rzecz poprawy jakości życia starszych kobiet. W badaniu przeprowadzono analizę jakościową, obejmującą 20 częściowo ustrukturyzowanych wywiadów z kobietami w wieku powyżej 60 lat zamieszkującymi obszary wiejskie Teneryfy

---

1 University of Granada, Spain; e-mail: emf@ugr.es

2 University of La Laguna, Spain; e-mail: fbarraga@ull.edu.es

(Hiszpania). Wywiady koncentrowały się na trzech głównych obszarach tematycznych: 1) doświadczeniu bycia kobietą i osobą starszą, 2) pełnionych przez starsze kobiety rolach społecznych oraz 3) realizowanych przez nie projektach osobistych. Z odpowiedzi narratorek wyłoniła się podkategoria związana ze znaczeniem opieki, której wyniki zaprezentowano w niniejszym artykule.

Analiza ujawniła, że starsze kobiety przez całe życie, również w wieku podeszłym, pełnią rolę opiekunek wobec swoich potomków oraz przodków. Jednak społeczne wzorce oczekiwań dotyczące opieki nad obecnie starszymi kobietami są niesymetryczne względem rodzaju opieki, jaką one same świadczyły innym. Kwestie dotyczące przyszłości ich opieki, konieczności planowania oraz uwzględniania ich opinii budzą wiele wątpliwości. Autorzy podkreślają potrzebę rewizji zasad, na których opierają się działania na rzecz osób starszych, oraz wskazują na konieczność uwzględnienia demokratycznych zasad i społecznej wrażliwości, odpowiadających na potrzeby starszych kobiet.

### **Słowa kluczowe:**

starsze kobiety, opieka, badania jakościowe

## **Introduction**

International organizations agree that it is a reality that life expectancy is increasing as a result of the improvement in living conditions for part of the world's population. Both circumstances imply an increase in the population over 60 and the demand for public and private institutions to respond to this social reality. The World Health Organization (WHO) refers to the 2020-2030 Agenda as a tool for promoting initiatives towards healthy aging (WHO, 2023). This organization understands that healthy aging is a process that promotes and maintains functional capacity and well-being in old age. The United Nations also urges that no one should be left behind in an aging world and assumes that this situation has clear social and economic implications (UN, 2023). This organization exposes both the economic benefits of this reality and the economic challenges it brings to governments. It emphasizes the elements that, together with age, can increase inequality, including, in addition to economic factors, gender and access to care (United Nations, 2023). Given this analysis, the United Nations reminds us that inequalities must be fought from birth, and not only in old age, or that adequate pensions are a tool to improve the lives of older people.

This situation and the interest of institutions have also been reflected in academic research and publications. Many of these publications have focused on specific aspects of older people's health (Wilson & Dewing, 2020; Dreizler et al., 2014). The traditional link between health and older people has contributed to many of the analyses of older people's needs being directed solely at aspects of health (Santoyo-Sánchez & Reyes-Morales, 2024). Meanwhile, the demands

regarding how to care for older adults are becoming more and more cross-cutting and comprehensive, in addition to quality health care, sufficient funding, access to technology, and the participation of older people (Hu et al., 2023). Also, in health-related contexts, an approach to older people is promoted that transitions from the perspective of the sick person to that which demands greater participation of older people in the planning of their care, services, and policies that affect them (Cook & Klein, 2005), as subjects in their lives.

However, the health of older adults has been approached over time by incorporating increasingly comprehensive and interdisciplinary perspectives that contemplate general well-being and not only disease. In this way, a look at health beyond disease is added and incorporates a transversal point of view towards well-being and improving quality of life. Thus, new disciplines not directly related to medicine have joined the research on the well-being of older adults. Research justifies the built space's impact on older people's health (Tuckett, 2018). Along these lines, the well-being and improved health of older people are related to their choices about the use of public transport as a means to facilitate an active and non-isolated life (Rambaldini-Gooding et al., 2021). Studies accredit that such well-being is also related to living and housing environments so that home design understands the capabilities and lifestyles of older people (Xu et al., 2024). Even research addressing the needs of older people about technology has incorporated this critical eye and calls for more creative approaches to older people's literacy (Rasi et al., 2021).

Other lines of research question whether this increase in the elderly population is accompanied by a greater presence of this group in social participation in general and in research in particular. In order to assess the real impact of all these processes on society, it is interesting to take a closer look at the business world and its relationship with older adults. In this context, living labs and co-creation are being developed to inspire design and research based on the direct observation of older people as users (Knight-Davidson et al., 2020). Incorporating older people into inquiry and research processes is recognized as applicable, and research focusing on the knowledge and attitudes of people working with older people is common (Alamri & Xiao, 2017). However, this role seems insufficient in recognizing and overcoming stereotyping. Therefore, there is a tendency towards an increase in co-research between researchers and older people in the last 20 years (James, 2023), but this increase is still insufficient. For example, in medical research, older people are often not included in clinical trials, which has consequences that need to be addressed by proposals that include this group (Goodwin, 2023). In turn, the underrepresentation of older women in clinical trials is a consequence (Goodwin, 2023).

The negative and stereotypical view associated with old age has become so relevant that it is called under a particular term: ageism (Barber et al., 2024). These prejudices have also affected the choice of research designs focused on older adults, whose role has been mainly that of the object of study. However, the path toward overcoming this “ageist” perspective is marked by incorporating educational approaches and positive intergenerational proposals (Barber et al., 2024). Moreover, in the context of research, it invites the development of research in which older people also have a role as study subjects (Buffel, 2019; Corrado et al., 2020). Some participatory research with older people concludes that this design promotes community leadership among the participating older people (Bendien et al., 2022). So-called ageism is an unmistakable expression of violence towards older people because it implies undervaluing and disregarding the integrity of older people.

Together with the methodological contribution that participatory research brings to research with older people, this type of research contributes to the achievement of conclusions that recognize the diversity within the group of older people and propose the inquiry into answers and customizable formulas in various aspects such as the way of living together (Baldwin et al., 2019). Progressively, the interest has been directed to the protagonism of older adults in decisions that affect them and involve issues beyond health. Thus, knowledge and understanding of older collectives in their particular contexts and their roles as part of communities is claimed (Nakai et al., 2014). New research refers to “age-friendly” approaches and offers creative proposals by bringing together the demands of older adults with technological options, for example, in housing design (Facchinetti et al., 2023; Xu et al., 2024).

In synthesis, the above serves as a germ for the genesis of research, services, and education initiatives that are appropriate and adjusted to each reality. Thus, the need to provide answers from a local context to the needs of older adults, with the incorporation of the perspective that places the older adult as the protagonist from an ethic of care and with a gender perspective, constitute the pillars of the creation of the institutional Chair, life cycles and older people of the Cabildo de Tenerife and the University of La Laguna in Spain (Barragán, 2024). Within the framework of the research activities developed by the Chair, this study is proposed, the objectives of which are developed below.

## Research objectives

The general objective (OG1) of this research is to increase the understanding of the needs of older women on the island of Tenerife. This is specified in the following operational objectives (OP):

- OP1. To collect first-person narratives about the characteristics and meanings of the daily life of older rural women in the local and national context.
- OP2. To increase understanding of the implications of aging for older women in the rural context.
- OP3. To reflect on the impact of public services oriented to older adults.
- OP4. To propose courses of action aimed at improving the quality of life of older women.

## Research method and design

The design of this research is framed within the qualitative paradigm, from where the conception of the study adopts a critical perspective of social reality woven from the interrelation of areas and disciplines (Denzin & Lincoln, 2011). As part of the qualitative research, we opted for an approach to reality from the interpretative method of biographical and narrative data. From this methodological positioning, we show interest in focusing attention on people's experiences, and we assume "the importance of narratives as a constitutive element of human experience and their key role in social intention and the collective representation of reality" (Villar & Serrat, 2017, p. 217). This research proposes understanding particular situations "to find the meanings, metaphors, the purpose of life, synchronic and diachronic elements of lived experience" (Rodríguez-Abad & Montalvo-Vargas, 2023, p. 85). The knowledge generated can contribute to improving the services that are already implemented with older adults, to glimpse new ways of action that could contribute to the achievement of objectives to improve the lives of older adults, as well as to detect situations that hinder the access, enjoyment, benefit, and knowledge of the already existing services.

Twenty semi-structured interviews were conducted as information production tools with women over 60 from rural contexts on the island of Tenerife (Spain). A purposive selection method was chosen for the women participants, considering the inclusion criteria of age, gender, and place of residence. The personal data of the interviewed women were coded, as summarized in Table 1.

**Table 1.** Profile of the women interviewed

| Nº | Code    | Ege | Dedication           |
|----|---------|-----|----------------------|
| 1  | EI1_78  | 78  | Housewife            |
| 2  | EI2_86  | 86  | Betting Games        |
| 3  | EI3_84  | 84  | Housewife            |
| 4  | EI4_75  | 75  | Retired              |
| 5  | EI5_69  | 69  | Housewife            |
| 6  | EI6_71  | 71  | Housewife            |
| 7  | EI7_74  | 74  | Retired              |
| 8  | EI8_67  | 67  | Retired              |
| 9  | EI9_80  | 80  | Retired              |
| 10 | EI10_72 | 72  | Housewife            |
| 11 | EI11_78 | 78  | Retired              |
| 12 | EI12_77 | 77  | Retired              |
| 13 | EI13_63 | 63  | Temporary disability |
| 14 | EI14_81 | 81  | Retired              |
| 15 | EI15_63 | 63  | Unemployed           |
| 16 | EI16_84 | 84  | Retired              |
| 17 | EI17_84 | 84  | Housewife            |
| 18 | EI18_95 | 95  | Housewife            |
| 19 | EI19_76 | 76  | Retired Nurse        |
| 20 | EI20_80 | 80  | Retired hairdresser  |

Source: Own elaboration

These interviews were conducted during November 2023 and April 2024 based on an interview script in which 20 questions were proposed for conversation covering three dimensions: 1) Being a woman and an elderly person; 2) Role in society; and 3) Personal project.

From an ethical point of view, the interviews were conducted after informing the women participants about the objective and nature of the research and having their consent for recording. In addition, to ensure a relaxed and comfortable conversational climate, each interview was conducted by a person from the research team who maintained closeness and empathy with the interviewee.

Twenty semi-structured interviews were conducted with women over 60 from rural contexts on Tenerife Island (Spain). For the women participants, a purposive selection method was chosen that considered the inclusion criteria of age, gender, and place of residence. These interviews were conducted during November 2023 and April 2024 based on an interview script where 20 questions were proposed for a conversation covering three dimensions: 1) being a woman and an older adult, 2) role in society, and 3) personal project.

From an ethical point of view, the interviews were conducted after informing the women participants about the objective and nature of the research and having their consent for recording. In addition, to ensure a relaxed and comfortable conversational climate, each interview was conducted by a research team member who maintained closeness and empathy with the interviewee.

## Results on non-aging care

The narratives of the women interviewed about the three dimensions offered engaging narratives in several categories. Of these, we decided to focus on the "care" category in this article. To do so, we begin the presentation of the results with a visual representation in the form of a word cloud based on the narratives the older women expressed concerning care. In this visual representation, we can stop and observe the women's words to address this topic. The concepts most frequently repeated in the responses that allude to care are shown to be more significant in this cloud. When observing the generated image, it can be seen that the words "home" and "need" are the ones with the most significant size because they have been the most frequently mentioned about this topic. Others, such as "life" and "always," seem to remind us of the inevitability of these tasks. In contrast, words such as "elderly," "children," or "person" reflect that care is necessary for everyone. Finally, other terms such as "bathing," "meals," "cleaning," and the like show some of the activities involved.

**Image 1.** Word cloud on care



Source: Own elaboration

Although this image can help us understand caregiving's role in the daily lives of older women, we will continue to explore some of the ideas expressed below.

The responses of the older women participants refer to “care” as a continuous task that has accompanied them throughout a large part of their lives and is still present today. These women recall the care required to raise their sons and daughters.

In my first years, when I had my children—she had four—I dedicated myself body and soul to them (EI1\_78).

In many cases, the tasks related to family care continue with the care of descendants.

... Then, at noon, to take care of the grandchildren, I pick them up from school, make lunch, and some of my children come to eat. My husband and I have a busy day in the afternoon (EI7\_74).

Now that I am a pensioner, I take care of grandchildren. I used to have six grandchildren, all males, but now I only care for two; before, I took care of more (EI8\_67).

Well, shopping, walking, taking care of the great-grandchildren... (EI14\_81).

In other cases, care refers to ascendants, partners, or other adults.

Yes, well, right now I am here. I am in charge of my mother, who is one hundred and one years old, with help, but I still take care of her, who is in charge of me, and... normal, an everyday life (EI12\_77).

Well, getting up and caring for my mother's housekeeping (...) Of course, yes, she is older now. I spend some time with her, and then I try to... well, that... take care of her daily. Well, meals, cleaning the house... more or less, that is what I do daily (EI15\_63).

I go to see my mother, who lives upstairs, and I always spend a lot of time with her (...). I do not know, but I am a good person; I care for my mother even at my age (EI19\_76).

Well, maybe that will help. As an older woman, the family will probably ask for help because of the rhythm of life that the generation that comes after us also has regarding work, children, and schedules—well, they will ask for help. That is what I think they need from us (EI15\_63).

When referring to caregiving, older women often recognize how these processes determined some vital choices and resignations. However, their narratives expose this reality from a great understanding, love, and shared assumption.

(...) Moreover, I could never have it (a job) because I could not find it; there was none. You dedicated yourself to sewing and embroidering and going to the Town Hall to get medication for the illnesses I had at home (Of course, because you took care of your siblings a lot) (EI2\_86).

(...) Very good, very nice. You dedicate part of that to them because I have one playing there. You take them to soccer, you bring them, you take them to school, and they call you from school because the children work. Normally, you have to give them a hand, well yes, they sleep with you sometimes at night, most of the days of course, then you no longer have a bed in my room, it became small, I have to put another one, but very nice (EI8\_67).

Yes, it has taken a lot out of me because of my husband's illness I have taken a lot out of me (...) Yes, because we always went out (...) I can not anymore, I am more limited (...) I can not go out like before... (before) I would go out on Sunday mornings and come back in the afternoon (EI3\_83).

Although everyone needs care, providing it is not equally universal. That is to say, in the narratives of older women, the inequality between the care they offer and the care they receive is exposed.

They do not think about me. I think more about them than they do about me (...) Moreover, I understand that they must look out for... for their life and maintain a good relationship at home. So, some people forget a little bit that I exist (EI11\_78).

However, other, less common discourses recognize a bi-directionality in the care relationship to the extent that those cared for are now caregivers.

...One comes, one bathes me. For example, I had no problem with the boy bathing me, and he kept bathing me when he came. When he comes, he bathes me, and when he does not come, I bathe myself (EI2\_86).

Thus, care is evidenced as a vertical task performed from the older person to the younger person but does not find its way back with the same ease. The care these older women may require is not addressed in the family context beforehand, nor is it agreed with the parties to determine the older woman's wishes.

I think I can proceed as long as I can manage, and then we will decide (EI1\_78).

I can not know that because I do not know how I will find myself (EI8\_67).

I can not tell you that (EI10\_X).

No, I have never thought about it. I do not know because I trust they will help me when needed (EI14\_81).

No, we have not talked about that at all. Usually, it is not something we talk about... So, I do not consider myself old enough to plan a situation like that. When the time comes, we will see what path to take (EI15\_63).

Far less common are narratives that address future care as a topic in which listening to the needs and wishes of the older woman is a priority.

Yes, she was the first one who did not want to put us anywhere, and she took care of us. At least Lali is the same, because Lali is crazy and I went upstairs for a week. Moreover, you have the house there, she has it right there, because it is in the mocan, next door, but she insisted and she is making an apartment for me, so that I can go upstairs. Licit. Look, he has the room for

me. He has already finished the living room. The bathroom is missing. He still had to put the pieces in, and he put them in so he would not be inside them. That is on the outside. Everything like that (EI3\_83).

Yes, we have talked about it because there are certain days or times when I cannot do things. Then they give me a hand, they help me, and we talk about... if this is going to continue to grow, then what can be done..., because for the time being we will be able to palliate and seeing the future... the needs that we may have. Like... fixing the bathroom, for example, because we had a bathtub, now we have a shower, well, the items for... for the hands, for pain, for such, and we are looking at it... and looking for the solution (EI13\_63).

The future of elderly women's care is narrated as a burden from which the women themselves seem to intend to relieve their families, which is evidenced as another sign of care.

What I tell them is that they should not take charge, that when I cannot, they should put me in a nursing home (EI6\_71).

Look, I do have the same thing I have now; I prefer to go to a nursing home and leave my children free (EI7\_74).

...I would not like to take care of my children; I would like them to be in a center where they could live their lives and not depend on anyone (EI8\_67).

Ah, that is true. I would not like to go, but if I have no choice (EI10\_X).

Along with caring for others, older women incorporate in their narratives frequent responsibilities with household chores that they also assume constitute an essential part of their daily activities and lives.

Here, in the house, I scrub the floor, I make the stew, and I make the food normally. All my life has been very, very sacrificed (EI2\_86).

When I take care of them, I don't do the housework, but when I have my grandchildren, I have to organize myself differently (EI4\_81).

When I stay home all day, I fold clothes, wash clothes, make the bed, and wash dishes (EI19\_76).

I make food, clean the house... (EI20\_80).

The care needs of older women are also addressed by public institutions.

They did help your aunt. We were very grateful (EI2\_86).

(...) I think they comply with what is stipulated (EI12\_77).

However, it is very good for older people who cannot (EI14\_81).

I stay home, and a girl comes in the afternoon to accompany me (EI18\_95).

However, the public services offered are sometimes insufficient because they fail to respond to women's real demands.

The City Council (...) told me we had no right to anything. I didn't answer him because I didn't feel like talking. After all, it wasn't a place to come and talk about something like that (...). It has never helped us (...), but it hasn't helped me (EI2\_86).

The City Council gives some help, but it is not... enough.

The elderly are bathed, and some, maybe, are fed or washed, or the house is cleaned, but it is not enough with what it is... The elderly should have more dedication, which is what they say when elected, and they never comply with what they say (EI11\_78).

(...) But maybe there are times when people do not all need the same. Some people are very lonely and may need a little more hours than they are given (EI12\_77).

## Discussion

After describing the results that the women interviewed have expressed care in the form of narratives, we will now analyze and reflect on the meanings and implications of their narratives on caring. To do so, we resort to Tronto's (1993) division of the care process into 5 moments: 1) Caring about, 2) Taking care of, 3) Caregiving, 4) Care-receiving, and 5) Care-receiving.

When we put the first process („caring about”) and the women's narratives into dialogue through the visual representation with the word cloud, we observe that the concern for care is reflected with the words „need,” „home,” and „people,” which are the words most often mentioned together with this theme. These associations remind us that care is often produced in a private context, the home,

but everyone throughout our lives requires it. In short, it is a way of recognizing a need to be met. Care goes hand in hand with the fact of being people and living in society, so the vindication of this „need” is nothing more than a cry for evidence in a social and economic context where care has been devalued and hidden, as Vargas (2023), among others, has already pointed out.

In addition to recognizing this need, the women interviewed assume some responsibility and discuss how they respond. Tronto (1993) calls the second care process „taking care.” It is observed how the care of descendants and ascendants is integrated into their daily routines, and these tasks can even modify their daily activities if necessary or determine some of their life choices. Caregiving is even narrated as another responsibility, on par with other types of dedication. They used to „dedicate themselves” to a specific productive sector and now „dedicate themselves to caring for their grandchildren.” These accounts only confirm what Dimier (2022) points out in recognizing the important role of older adults in families as promoters of solidarity, help, and stability.

Regarding caregiving, as the third process mentioned by Tronto (1993), the older women interviewed are involved in caring for vital needs (food, cleaning, grooming, etc.). However, their way of describing it shows that their way of caring is much more than offering a service and that they are involved in the emotional dimension. On the other hand, when they allude to the receipt of this care by their relatives or by public institutions, the perspective of care of a more health-oriented nature stands out, which is also the one that guides many public policies (Van Rompaey & Scavino, 2020). Older women's care is less evident in which a more emotional dimension is addressed, where accompaniment, listening, valuing, etc., are considered. The lesser presence of emotional care for older people may reflect the negative image that society has built of old age (North & Fiske, 2012). In any case, the notion of care that is claimed should involve not only the provision of service but the transformation of societies towards models that recognize the interdependence of all members, as Glenn (2000) explained decades ago, as a way to internalize care that includes the emotional dimensions as another basic need.

The fourth process included in Tronto (1993) is „taking care of” and involves the step to action, that is, giving a response to the need for care. In this respect, the women interviewed offer us a life lesson in which care is not about illness but about life. They themselves provide care that is given but only sometimes received. Care is not seen as a welfare service but as an act of love. From their narratives, care approaches what Barragan (2024) calls an ethic of tenderness, which differs from care as a mere technical and labor exchange. However, without the analysis proposed by the author, the idea of care from love can lead to a romanticization of

care that hinders the incorporation of other issues that directly affect these women. As we have already said in Molina-Fernández and Flores (2024), the romanticization of caregiving should not steal a critical look at it, the questioning of the structure in which it is developed or the implication that caregiving involves people who are cared for and people who are caregivers. We say this because romanticization cannot be separated from the traditional construction of gender roles in which the role assigned to women is caregiver (Vargas, 2023). Limiting the view of caregiving to a romantic view can make it difficult to make practical decisions about planning the way, the person, or the place where they want to receive care throughout their lives.

On the other hand, the social assignment of responsibility for care, based on being in a loving relationship, whether family, couple, friendship, or fraternal, leaves those who do not have such relationships in a vulnerable situation; it can place an additional unchosen burden on other people and, at the same time, exonerates public institutions of their responsibility in the protection and provision of care. In other words, the abandonment of the responsibility to care and the right to receive care to social norms does nothing more than reproduce the designs of patriarchy in gender roles, both in private and public decisions, because „public policies are not gender neutral” (Vargas, 2023, p. 175). In fact, the longevity narrated by these women is strongly feminized, along the lines proposed by Osorio et al. (2022), where gender roles are also perpetuated in older ages, and the mandated consequences of patriarchy are observed in the private spheres of the family institution with the attribution of care to women.

Arguments that try to romanticize the care that older women develop based on criteria of „maternal love,” for example, forget that sometimes care is also perceived as an „obligation,” which is not always chosen by older adults but can feel „adjudicated” as part of the role of „grandmother.” The assumption of these family care tasks by older women has an evident impact on their lives. It can be observed in the allusions to their organizational changes or the need for help. On the other hand, this „moral obligation” is not such for their descendants when they are the ones who need it. In these cases, the social system values the contribution of sons or daughters to the productive system as greater value than caring for their elders. Consequently, it is worth asking what system of protection of the rights of older adults would be built from a paradigm based on the ethics of care and not on capitalist production.

Finally, Tronto (1993) includes the need to know how the care has been received („care-receiving”) in order to assess satisfaction as to whether or not the care has been provided. In this regard, we would like to highlight the narratives of older women who indicate that they are not cared for as they have been cared

for, that they do not know what this care will be like, or that they understand that caring for them is nothing more than a burden and not an act of love as they interpret caring for other people to be. In these words, it is interpreted that there is a constructed inequality between what society sees as dedicating time to older adults.

The life narratives of older women refer to caregiving as a reality present throughout their lives and incorporating people of all ages. The ambiguity we detected in other studies (Barragán & Molina-Fernández, 2024) about the work experience after retirement is even more evident in the case of caregiving. For these women, there is no age to stop caring. Being a woman and being of advanced age go hand in hand with continuing to care. However, older women also require care, and thus, a heterogeneous picture is drawn in which Aguirre and Scanivo (2018) speak of „old-young women” (between 65 and 75) who continue to care for and „old-old women” as the people who are cared for. Care is posed as a private and family issue and a matter of public policy. Care appears as horizontal practices, which are given and received, but at other times, it is perceived as imposed and naturalized. At other times, the expected care is not planned and is left to the decisions of others.

## Conclusions

If one of the questions we ask about older women is their daily needs, their narratives have forcefully answered us by stating “care” as a central task. Taking care of husbands, sons, daughters, grandsons, and granddaughters, the shared home occupies a large part of their day and mind. Caring and caring for themselves or being cared for, although to a different extent. However, these activities are not recognized or valued from a paradigm in which the production of monetary capital takes precedence. The narratives of older women remind us of the importance of giving greater recognition and value to an ethic not only of care but also of tenderness as a response to current social demands. This recognition involves reflecting on formulas that accompany caring for grandchildren and imagining care services that go beyond domestic work, including a complex perspective of care, and endowing it with greater empathy. Care is linked to tenderness as a reciprocal expression of love and generosity. It is opposed to the concept of care ethics of feminism and attachment theory because of its markedly patriarchal character and, therefore, contrary to women's gender rights.

The new social reality of older women shows that the mandates of the patriarchy also permeate older age groups and, to the extent that they imply inequality, they contribute to the perpetuation of violence. The responsibility of

public institutions in promoting the welfare of older people in general and gender equality in the case of older women makes clear the urgency of including the gender perspective in the proposals and public services implemented.

The response to patriarchy must include the voices that have been silenced, as in this research, we have tried to do with the narratives of older women, specifically about caregiving. The model on which the provision of resources to older adults is based needs to be revised. The reasons for this revision are based on the changes in the community of older people, but also on a demand for more democratic and inclusive practices that involve the voices of older people and where there is a transition towards intergenerational models that permeate society.

## Funding

This research was funded by the Chair Cycles of Life and Elder People University of La Laguna and the Honorable Cabildo de Tenerife

## References

- Aguirre Cuns, R. & Scavino Solari, S. (2018). *Vejece de las mujeres. Desafíos para la igualdad de género y la justicia social en Uruguay*. Doble Clic Editoras. <https://archivo.cepal.org/pdfs/ebooks/Vejecesdelasmujeres.pdf>
- Alamri, B. H., & Xiao, L. D. (2017). Health professionals' knowledge and attitudes toward older people in primary care in Saudi Arabia. *Saudi Medical Journal*, 38(3), 229-236. <https://doi.org/10.15537/smj.2017.3.19293>
- Baldwin, C., Dendle, K., & McKinlay, A. (2019). Initiating Senior Co-Housing: People, Place, and Long-Term Security. *Journal of Housing For the Elderly*, 33(4), 358-381. <https://doi.org/10.1080/02763893.2019.1583152>
- Barber, S. J., Shoemaker, K. J., & Dotson, V. M. (2024). Ageism Harms Older People's Health, Cognition, and Well-Being: A Selective Review and Policy Recommendations. *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences*, 11(2), 190-198. <https://doi.org/10.1177/23727322241268400>
- Barragán Medero, F. (2024). La ética del cuidado, la ternura y las personas mayores. En Fernando Barragán Medero, David Pérez Jorge & Elvira Molina Fernández (Eds.), *Salud, calidad de vida y género en personas mayores*. Octaedro Ediciones. pp. 109-126
- Barragán Medero, F., & Molina-Fernández, E. (2024). Qué necesitan las personas mayores? En Fernando Barragán Medero, David Pérez Jorge & Elvira Molina Fernández (Eds.) *Salud, calidad de vida y género en personas mayores*. Octaedro Ediciones

- Barragán Medero, F. (2024). Cátedra institucional, ciclos de vida y personas mayores. Cabildo de Tenerife y Universidad de La Laguna. Una propuesta para la felicidad, la ternura y la igualdad. *Análisis y Modificación de Conducta*, 50(182), 97-107. <https://doi.org/10.33776/amc.v50i182.8102>
- Bendien, E., Groot, B., & Abma, T. (2022). Circles of impacts within and beyond participatory action research with older people. *Ageing and Society*, 42(5), 1014-1034. <https://doi.org/10.1017/S0144686X20001336>
- Buffel, T. (2019). Older Coresearchers Exploring Age-Friendly Communities: An "Insider" Perspective on the Benefits and Challenges of Peer-Research. *The Gerontologist*, 59(3), 538-548. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx216>
- Cook, G., & Klein, B. (2005). Involvement of older people in care, service and policy planning. *Journal of Clinical Nursing*, 14(1), 43-47. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01159.x>
- Corrado, A. M., Benjamin-Thomas, T. E., McGrath, C., Hand, C., & Laliberte Rudman, D. (2020). Participatory Action Research With Older Adults: A Critical Interpretive Synthesis. *The Gerontologist*, 60(5), e413-e427. <https://doi.org/10.1093/geront/gnz080>
- De Andrés del Campo, S., & de-Lima-Maestro, R. (2014). Critical analysis of government vs. Commercial advertising discourse on older persons in Spain. *Comunicar*, 21(42), 189-197. <https://doi.org/10.3916/C42-2014-19>
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2011). *Manual de investigación cualitativa* (1a ed). Gedisa.
- Dreizler, J., Koppitz, A., Probst, S., & Mahrer-Imhof, R. (2014). Including nurses in care models for older people with mild to moderate depression: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 23(7-8), 911-926. <https://doi.org/10.1111/jocn.12237>
- Dimier De Vicente, M. D. (2022). Desafíos actuales: La feminización del cuidado de los vínculos intergeneracionales. *Persona y Familia*, 11(1), 89-113. <https://doi.org/10.33539/peryfa.2022.n11v1.2567>
- Facchinetti, G., Petrucci, G., Albanesi, B., De Marinis, M. G., & Piredda, M. (2023). Can Smart Home Technologies Help Older Adults Manage Their Chronic Condition? A Systematic Literature Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2), 1205. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021205>
- Gilligan, C. (2013). *La ética del cuidado*. Cuadernos de la Fundació Victor Grifols i Lucas, 30
- Goodwin, V. A., Low, M. S. A., Quinn, T. J., Cockcroft, E. J., Shepherd, V., Evans, P. H., Henderson, E. J., Mahmood, F., Ni Lochlainn, M., Needham, C., Underwood, B. R., Arora, A., & Witham, M. D. (2023). Including older people in health and social care research. Best practice recommendations based on the INCLUDE framework. *Age and Ageing*, 52(6), afad082. <https://doi.org/10.1093/ageing/afad082>
- Hu, B., Rodrigues, R., Wittenberg, R., & Rhee, Y. (2023). Editorial. Long-term care for older people: A global perspective. *Frontiers in Public Health*, 11, 1178397. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1178397>
- James, H., & Buffel, T. (2023). Co-research with older people: A systematic literature review. *Ageing and Society*, 43(12), 2930-2956. <https://doi.org/10.1017/S0144686X21002014>

- Knight-Davidson, P., Lane, P., & McVicar, A. (2020). Methods for co-creating with older adults in living laboratories: A scoping review. *Health and Technology*, 10(5), 997-1009. <https://doi.org/10.1007/s12553-020-00441-6>
- Molina-Fernández, E. & Flores Tena, M<sup>a</sup> J. (2024). La población mayor, situación laboral o profesional, centros asistenciales, servicios y necesidades. En Fernando Barragán Medero, David Pérez Jorge & Elvira Molina Fernández (Eds.) *Salud, calidad de vida y género en personas mayores*. Octaedro Ediciones.
- Naciones Unidas. Asamblea General. (2023). *Situación social en el mundo 2023: No dejar a nadie atrás en un mundo que envejece*. (A/78/157). <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N23/203/18/PDF/N2320318.pdf?OpenElement>
- Nakai, A., Kawamura, K., & Morioka, I. (2024). A Review of the Literature on the Regional Strengths Perceived by Older People Living in Local Japanese Communities. *SAGE Open Nursing*, 10. <https://doi.org/10.1177/23779608241233142>
- North, M. S., & Fiske, S. T. (2012). An inconvenienced youth? Ageism and its potential intergenerational roots. *Psychological Bulletin*, 138(5), 982-997. <https://doi.org/10.1037/a0027843>
- OMS (2023). *Década del envejecimiento saludable (2020-2030)*. <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
- Osorio, P., Arteaga, C., Rodríguez, B., Navarrete, I. & Jiménez, A. (2022). Curso de vida y familias de mujeres centenarias en Chile. *Revista Mexicana de Sociología*, 84(4), 979-1009. <http://dx.doi.org/10.22201/iis.01882503p.2022.4.60389>
- Prieler, M. (2020). Gender Representations of Older People in the Media: What Do We Know and Where Do We Go from Here? *Asian Women*, 36(2), 73-95. <https://doi.org/10.14431/aw.2020.6.36.2.73>
- Rambaldini-Gooding, D., Molloy, L., Parrish, A.-M., Strahilevitz, M., Clarke, R., Dubrau, J. M.-L., & Perez, P. (2021). Exploring the impact of public transport including free and subsidised on the physical, mental and social well-being of older adults: A literature review. *Transport Reviews*, 41(5), 600-616. <https://doi.org/10.1080/01441647.2021.1872731>
- Rasi, P., Vuojärvi, H., & Rivinen, S. (2021). Promoting Media Literacy Among Older People: A Systematic Review. *Adult Education Quarterly*, 71(1), 37-54. <https://doi.org/10.1177/0741713620923755>
- Rodríguez Abad, A. & Montalvo Vargas, R. (2024). La narrativa gerontológica de Guadalupe, mujer centenaria en un contexto rural. *Revista Forum*, 25, 72-98. <https://doi.org/10.15446/frdcp.n25.108140>
- Santoyo-Sánchez, G., & Reyes-Morales, H. (2024). Necesidades de salud de personas mayores: Un reto para la atención primaria de salud. *Gaceta Médica de México*, 160(3), 14954. <https://doi.org/10.24875/GMM.24000070>
- Tronto, J. C. (1993). *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. New York: Routledge.

- Tuckett, A. G., Banchoff, A. W., Winter, S. J., & King, A. C. (2018). The built environment and older adults: A literature review and an applied approach to engaging older adults in built environment improvements for health. *International Journal of Older People Nursing*, 13(1), e12171. <https://doi.org/10.1111/opn.12171>
- Vargas, M. C. (2023). Destejiendo los hilos de romantización sobre el trabajo de cuidado no remunerado en pandemia. "Eso que llaman amor es trabajo no pago". *Revista de Estudios y Políticas de Género*, 9, 145-183.
- Villar Posada, F., & Serrat, R. (2017). Hable con ellos: Cuidados narrativos en el marco de una atención centrada en la persona. *Revista española de geriatría y gerontología: Órgano oficial de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología*, 52(4). <https://doi.org/10.1016/j.regg.2016.06.004>
- Wilson, K., & Dewing, J. (2020). Strategies to prevent dehydration in older people with dementia: A literature review. *Nursing Older People*, 32(1), 27–33. <https://doi.org/10.7748/nop.2019.e1208>
- Xu, Z., Bao, Y., Dong, H., Wu, Y., & Tang, G. (2024). Heart of the future home: A multidimensional model of inclusive kitchen for older people in the UK. *Humanities and Social Sciences Communications*, 11(1), 990. <https://doi.org/10.1057/s41599-024-03508-1>



Julian Kazimierz Auleytner<sup>1</sup> 

# Rola opieki długoterminowej w zapewnieniu godnego życia seniorom

## The role of long-term care in ensuring a dignified life for seniors

### Streszczenie:

Unia Europejska uznaje opiekę długoterminową za jeden z elementów europejskiego filaru praw socjalnych. Opieka ta odnosi się do organizacji i świadczenia szerokiego zakresu usług i pomocy osobom, których zdolność do samodzielnego życia jest ograniczona w dłuższym przedziale czasowym. Usługi te mają na celu minimalizację stopnia utraty niezależności w funkcjonowaniu fizycznym i umysłowym, przywracanie sprawności lub zapobieganie skutkom jej utraty.

Autor poddaje ocenie stan obecny istniejących form opieki długoterminowej oraz przyznawanych świadczeń w ramach polskiego ustawodawstwa w systemie pomocy społecznej i medycznej. Wskazuje jednocześnie na konieczność zwiększenia rozwoju oraz dostępności usług opieki długoterminowej dla polskich seniorów. Przekłada się to na godne życie seniorów. Godne życie osób starszych jest kwestią wielowymiarową i wymaga holistycznej strategii na rzecz poprawy warunków życia tych osób. Tezą badawczą niniejszego artykułu jest stwierdzenie, że w nadchodzących latach będzie wzrastało zapotrzebowanie na usługi opieki długoterminowej.

### Słowa kluczowe:

senior, opieka długoterminowa, opieka pielęgnarska

### Summary:

The European Union recognizes long-term care as an element of the European Pillar of Social Rights. This care refers to the organization and provision of a wide range of services and assistance to people whose ability to live independently is limited over a long period. These services are aimed at minimizing the degree of loss of independence in physical and mental functioning, restoring fitness, or preventing the effects of its loss.

---

1 EF Academy Oxford, juli.aule@share.efacademy.org

The article evaluates the current state of existing forms of long-term care and the benefits granted under the Polish legislation in the social and medical assistance system. At the same time, it points to the need to increase the development and availability of long-term care services for Polish seniors. This translates into a dignified life for seniors. A dignified life for older people is multidimensional and requires a holistic strategy to improve their living conditions.

The research thesis of this article is that the demand for long-term care services will increase in the coming years.

### **Keywords:**

senior, long-term care, nursing care

## **Wprowadzenie**

Ludność Polski zalicza się do społeczeństwa starzejącego się. Obecnie osoby powyżej 65. roku życia stanowią 19,5% ogółu społeczeństwa, a osoby powyżej 80. roku życia – 4,2% (Bank Światowy, 2024). Według prognoz GUS w 2040 r. osoby w wieku 65 lat i starsze będą stanowić 24,6% polskiego społeczeństwa, a osoby w wieku 80 lat i starsze – 8,7% (GUS, 2023). Zmienia się również struktura gospodarstw domowych. Rodziny wielopokoleniowe zastępowane są rodzinami nuklearnymi, dwupokoleniowymi, co negatywnie wpływa na możliwość zapewnienia seniorom długoterminowej opieki nieformalnej, którą do tej pory sprawowali przede wszystkim członkowie rodziny oraz w dalszej kolejności przyjaciele, znajomi i sąsiedzi. Te dwa czynniki w znaczący sposób wpływają na rosnące zapotrzebowanie na usługi związane z opieką długoterminową.

W obliczu narastającego efektu demograficznego opieka długoterminowa w Polsce jest niezwykle ważnym zagadnieniem, które dotyczy osób starszych, przewlekle chorych oraz niepełnosprawnych wymagających stałej pomocy w codziennym życiu. Ma ona zasadnicze znaczenie dla zapewnienia godziwych warunków życia seniorom, którzy nie są w stanie samodzielnie funkcjonować. Dlatego połączenie polityki zdrowotnej, zabezpieczenia społecznego i polityki senioralnej jest kluczowe dla zapewnienia kompleksowej opieki i wsparcia dla niesamodzielnych osób starszych, które wymagają wsparcia i pomocy w wymiarze długoterminowym (Iwański, 2024). Zapewnienie wszystkim potrzebującym terminowej, kompleksowej i przystępnej cenowo opieki długoterminowej, w tym godnych warunków życia, to główny cel Europejskiej Strategii Opieki Długoterminowej (Komisja Europejska, 2022).

Zgodnie z definicją WHO opieka długoterminowa jest systemem działań podejmowanych przez opiekunów nieformalnych (rodzinę, przyjaciół, sąsiadów) oraz przez profesjonalistów (medycznych, społecznych), mających na celu zapewnienie osobie, która nie jest w stanie samodzielnie wykonywać czynności

samoobsługowych, możliwie najwyższej jakości życia, zgodnie z jej osobistym wyborem i wymaganiami, przy jednoczesnym zachowaniu najwyższego możliwego poziomu niezależności, autonomii, uczestnictwa oraz godności osobistej (Ziębińska, 2019). *Godne życie seniora* to termin, który odnosi się do sytuacji, w której osoby starsze mają zapewnione odpowiednie warunki do życia w komfortowych i pełnych poszanowania ich godności okolicznościach. Oznacza to, że seniorzy powinni mieć dostęp do zasobów, które pozwalają im cieszyć się spokojem, zdrowiem, bezpieczeństwem i niezależnością w miarę starzenia się.

Unia Europejska uznaje opiekę długoterminową (ODT) za jeden z elementów europejskiego filaru praw socjalnych (Auleytner, Głąbicka-Auleytner, 2024). Zgodnie z definicją przyjętą przez Komisję Europejską *opieka długoterminowa* oznacza „usługi i wsparcie dla osób, które w wyniku słabości i/lub niepełnosprawności psychicznej lub fizycznej potrzebują pomocy w czynnościach życia codziennego i/lub stałej opieki pielęgniariskiej” (Komisja Europejska, 2021). Zgodnie z definicją Ministerstwa Zdrowia opieka długoterminowa oznacza długookresową, profesjonalną pielęgnację i rehabilitację oraz kontynuację leczenia farmakologicznego i postępowania dietetycznego w warunkach domowych dla osób wymagających stałego wsparcia z powodu przewlekłych chorób, niepełnosprawności lub podeszłego wieku ([www.gov.pl](http://www.gov.pl)). Natomiast opieka domowa długoterminowa to opieka nad obłożnie i przewlekle chorymi przebywającymi w domu, którzy ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają udzielania systematycznych i specjalistycznych świadczeń zdrowotnych, realizowanych przez pielęgniarki dyplomowane (<https://das.mpips.gov.pl>).

## Skala problemu

W Polsce wskaźnik osób w wieku 65+ objętych opieką długoterminową jest stosunkowo niski i wynosi ok. 4%. Podobnie jest we Włoszech, gdzie większość opieki nad osobami starszymi opiera się na rodzinach, a publiczna opieka długoterminowa obejmuje około 5–6% seniorów (European Commission. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, 2021).

W Polsce na opiekę długoterminową przeznaczają się około 0,6% PKB, co jest jednym z najniższych wskaźników w Europie. Dla porównania, w krajach zachodnioeuropejskich, takich jak Niemcy czy Francja, wydatki na opiekę długoterminową wynoszą 2–3% PKB. Wskaźnik udziału osób w wieku 65 lat i więcej objętych opieką długoterminową w Niemczech i Francji wynosi około 10–12% (Ibidem). System opieki długoterminowej w Niemczech jest dobrze rozwinięty dzięki systemowi ubezpieczeń, które pokrywają część kosztów związanych z opieką długoterminową. Umożliwia to większą dostępność usług dla osób starszych. Francja oferuje

szeroką sieć usług opieki długoterminowej, zarówno publicznych, jak i prywatnych. Warto również zauważyć, że w krajach takich jak Niemcy czy Holandia opieka długoterminowa jest bardziej zinstytucjonalizowana i finansowana z funduszy publicznych, co prowadzi do większych nakładów na ODT.

Natomiast państwa skandynawskie, Szwecja czy Dania, przeznaczają jeszcze więcej, w zakresie 3–4% PKB, co pokazuje, że mają bardziej rozwinięte systemy wsparcia w obszarze opieki długoterminowej. W Szwecji, która posiada jeden z najbardziej rozwiniętych systemów opieki długoterminowej w Europie, około 12–13% osób w wieku 65+ objętych jest opieką długoterminową. Szwecja inwestuje znaczną część swoich zasobów w opiekę nad osobami starszymi, oferując szeroki zakres usług instytucjonalnych lub w formie domowej.

Polskie dane wskazują na przyszłe potrzeby i zróżnicowanie regionalne ODT. W miastach opieka długoterminowa jest bardziej rozwinięta (71,2%) aniżeli na terenach wiejskich (28,2%). Częściej takiej opieki potrzebują kobiety (67,7%) aniżeli mężczyźni (32,3%). Analiza struktury wieku wskazuje, że 53,8% osób powyżej 80. roku życia korzysta z opieki długoterminowej. W wieku 65–70 lat z takiej opieki korzysta 32,5% pacjentów, a w wieku 60–64 lata tylko 4,3% (<https://analizy.mz.gov.pl/>).

Choć zakładów opieki długoterminowej przybywa, to wciąż zbyt wolno w stosunku do potrzeb. Z danych Głównego Urzędu Statystycznego wynika, że na koniec 2022 roku było 611 zakładów typu leczniczo-pielęgnacyjnego (o 2,7% więcej niż w 2021) i 222 placówki hospicyjno-paliatywne. Na przyjęcie do zakładów opiekuńczo-leczniczych czekało ponad 11 tys. osób (GUS, 2023).

Łącznie w zakładach opieki długoterminowej na koniec 2022 roku przebywało 65,4 tys. osób, w tym 12,6% stanowili pacjenci opieki psychiatrycznej (prawie 8,3 tys. osób, o 7,3% więcej niż w 2021). Wśród pensjonariuszy przeważały kobiety. Na koniec 2022 roku było ich w zakładach blisko dwa razy więcej (23,8 tys.) niż mężczyzn. Kobiety potrzebują średnio około 3,7 roku opieki długoterminowej, zaś mężczyźni – około 2,2 roku.

Dodatkowo opiekę cierpiącym pacjentom u schyłku życia zapewniało 131 hospicjów stacjonarnych, 44 oddziały opieki paliatywnej oraz 47 oddziałów paliatywnych w szpitalach (GUS, 2023).

Liczba pacjentów, którym udzielono świadczenia w ramach opieki długoterminowej na 100 tys. ludności, była również zróżnicowana w poszczególnych województwach. Najwyższą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa: opolskie (456), śląskie (448), podkarpackie (433), zaś najniższe wskaźniki odnotowano w województwach: pomorskim (156), podlaskim (204) i warmińsko-mazurskim (217). Średnia dla kraju wynosiła 286. Wartość poniżej średniej odnotowano w 11 województwach (Mapa potrzeb zdrowotnych, 2022).

Na podstawie badań przeprowadzonych w 2015 roku przez Bank Światowy przewiduje się, że do 2050 roku proporcja 11 osób zdrowych przypadających na 1 osobę wymagającą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w stopniu znacznym, zmieni się na 5 osób zdrowych przypadających na 1 osobę wymagającą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w stopniu znacznym (Bank Światowy, 2015). Tak niekorzystny prognozowany stosunek liczby potencjalnych opiekunów nieformalnych do liczby osób wymagających opieki wskazuje na potrzebę dalszego rozwijania usług opieki formalnej.

## Usługi ODT

Termin *usługi opieki długoterminowej* odnosi się do organizacji i świadczenia szerokiego zakresu usług i pomocy osobom, których zdolność do samodzielnego życia jest ograniczona w dłuższym czasie. Usługi te mają na celu minimalizację stopnia utraty niezależności w funkcjonowaniu fizycznym i umysłowym, przywracanie sprawności lub zapobieganie skutkom jej utraty oraz obejmują pomoc przy wykonywaniu takich czynności jak: kąpiel, ubieranie się, jedzenie czy też inne czynności higieniczne i pielęgnacyjne, przygotowywanie posiłków, sprząatanie i różne zadania organizacyjne, w tym robienie zakupów, gospodarowanie pieniędzmi, podawanie leków czy organizacja transportu (Ziębińska, 2019).

W Polsce usługi ODT są realizowane w sektorze ochrony zdrowia oraz w sektorze pomocy społecznej, a świadczenia dzielą się na różnego rodzaju usługi oraz pomoc pieniężną. Usługi mogą być realizowane w trybie stacjonarnym (placówki całodobowe), dziennym oraz środowiskowym lub domowym.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U.2024.253t.j.), świadczenia gwarantowane są realizowane w warunkach stacjonarnych lub domowych (art. 4). Zgodnie § 6 pkt 2 rozporządzenia przyznaje się następujące rodzaje wsparcia:

- 1) świadczenia udzielane przez pielęgniarkę;
- 2) przygotowanie świadczeniobiorcy i jego rodziny do samoopieki i samopielęgnacji, w tym kształtowanie umiejętności w zakresie radzenia sobie z niesprawnością;
- 3) świadczenia pielęgnacyjne, zgodnie z procesem pielęgnowania;
- 4) edukację zdrowotną świadczeniobiorcy oraz członków jego rodziny;
- 5) pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku domowym;
- 6) pomoc w pozyskiwaniu sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego niezbędnego do właściwej pielęgnacji i rehabilitacji świadczeniobiorcy w domu.

Świadczenia gwarantowane obejmują:

- 1) świadczenia udzielane przez lekarza;
- 2) świadczenia udzielane przez pielęgniarkę;
- 3) rehabilitację ogólną w podstawowym zakresie, prowadzoną w celu zmniejszenia skutków upośledzenia ruchowego oraz usprawnienia ruchowego;
- 4) świadczenia psychologa;
- 5) terapię zajęciową;
- 6) leczenie farmakologiczne;
- 7) leczenie dietetyczne;
- 8) zaopatrzenie w wyroby medyczne;
- 9) edukację zdrowotną, polegającą na przygotowaniu świadczeniobiorcy i jego rodziny lub opiekuna do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych.

## Pielęgniarska opieka długoterminowa

Pielęgniarska opieka długoterminowa realizowana jest w domu chorego (<https://pacjent.gov.pl/opieka-dlugoterminowa>).

Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa stanowi dziedzinę realizowanych świadczeń zdrowotnych specjalistycznych i pielęgnacyjnych w zakresie procesu pielęgnowania oraz w zakresie działań ratujących życie i zdrowie, ukierunkowanych na osoby z dużymi deficytami zdrowia, niesamodzielnych w zakresie samoopieki i samoobsługi w każdym wieku (Auleytner, Głębicka-Auleytner, 2024).

Osoby, które wymagają stałej opieki zdrowotnej i pielęgniarskiej z powodu chorób przewlekłych, niepełnosprawności lub stanu zdrowia uniemożliwiającego samodzielne funkcjonowanie, mogą ubiegać się o pielęgniarską opiekę długoterminową. Proces ten wiąże się z koniecznością uzyskania odpowiednich orzeczeń od lekarzy, zgłoszenia do NFZ oraz realizowania świadczeń w ramach systemu opieki zdrowotnej.

Warunkami objęcia świadczeniobiorcy pielęgniarską opieką długoterminową domową są: 1) nieobjęcie opieką przez hospicjum domowe; 2) nieobjęcie opieką przez inny zakład opiekuńczy udzielający świadczeń gwarantowanych w warunkach stacjonarnych; 3) nieobjęcie opieką przez zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie; 4) niepozostawanie w ostrej fazie choroby psychicznej.

Świadczenia gwarantowane, o których mowa w § 6 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r., są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, do którego dołącza się kartę oceny

świadczeniobiorcy do objęcia pielęgniarstwą opieką długoterminową domową (rozporządzenie, art. 10).

Głównymi narzędziami oceniającymi stan zdrowia pacjentów w pielęgniarstwie opiece domowej długoterminowej są: skala Barthel i skala Norton (<https://pacjent.gov.pl/opieka-dlugoterminowa>).

Skala Barthel zakłada kwalifikowanie osób w zakresie samoobsługi i samopielęgnacji w przedziale punktowym od 0 do 100. Skala Barthel ocenia stan chorego przede wszystkim pod względem jego samodzielności przy wykonywaniu codziennych czynności, takich jak: spożywanie posiłków, siadanie, przemieszczanie się, ubieranie, kontrolowanie potrzeb fizjologicznych, utrzymanie higieny osobistej.

Zarówno w opiece stacjonarnej, jak i domowej świadczenia gwarantowane z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej będą udzielane świadczeniobiorcom, którzy w ocenie skalą poziomu samodzielności uzyskali od 0 do 40 punktów.

Stan pacjenta w większości przypadków jest również oceniany za pomocą skali Glasgow, która umożliwia ocenę ilościową stanu świadomości pacjenta (Obwieszczenie Ministra Zdrowia, 2015).

Kolejnym narzędziem jest skala Norton, która w swoim założeniu ocenia ryzyko powstania odleżyn u osób ciężko chorych i niepełnosprawnych, które zostały objęte pielęgniarstwą opieką domową długoterminową ([www.medonet.pl](http://www.medonet.pl)). Skala Norton opracowana została przez Doreen Norton, która była pielęgniarzką ze specjalizacją w pielęgniarstwie geriatrycznym i wyznaczyła następujące czynniki ryzyka:

- Stan fizyczny: może on być oceniony jako dobry (4 punkty), dość dobry (3 punkty), średni (2 punkty), bardzo ciężki (1 punkt);
- Stan świadomości: pełna przytomność i świadomość – 4 punkty, apatia – 3 punkty, zaburzenia świadomości – 2 punkty, stupor albo śpiączka – 1 punkt;
- Aktywność (zdolność przemieszczania się): chodzi samodzielnie – 4 punkty, chodzi z asystą – 3 punkty, porusza się tylko na wózku inwalidzkim – 2 punkty, stale pozostaje w łóżku – 1 punkt;
- Stopień samodzielności przy zmianie pozycji: pełna – 4 punkty, ograniczona – 3 punkty, bardzo ograniczona – 2 punkty, całkowita niesprawność – 1 punkt;
- Czynność zwieraczy odbytu i cewki moczowej: pełna sprawność zwieraczy – 4 punkty, sporadyczne moczenie się – 3 punkty, zazwyczaj nietrzymanie moczu – 2 punkty, całkowite nietrzymanie stolca – 1 punkt.

Ubiegający się o opiekę długoterminową pacjent maksymalnie może otrzymać 20 punktów. 14 pkt stanowi wartość graniczną i oznacza zwiększone ryzyko

rozwoju odleżyn. Im mniej punktów, począwszy od 14 pkt, tym większe ryzyko. Skala Norton szczególnie przydatna jest w zakładach opieki medycznej oraz w domach seniora do oceny ryzyka rozwoju odleżyn u danej osoby.

## Regulacje prawne ODT

Świadczenia opieki długoterminowej zostały uregulowane zarówno w ramach ustawy o pomocy społecznej, jak i ochrony zdrowia.

Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r. (Dz. U. 2004, nr 64, poz. 593, z późn. zm.) reguluje zasady organizowania i świadczenia pomocy społecznej w kontekście osób, które wymagają długoterminowej opieki, zarówno w placówkach (np. domach pomocy społecznej), jak i w formie opieki w miejscu zamieszkania (np. pielęgniarstwa opieka domowa). Celem pomocy społecznej jest m.in. zapewnienie opieki i pomocy osobom, które nie są w stanie samodzielnie funkcjonować z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności. Opieka ta może obejmować usługi pielęgniarstwa, zwłaszcza w kontekście osób, które wymagają długotrwałej opieki (art. 6 ups). Art. 10 ustawy określa, że pomoc społeczna może być świadczona w różnych formach, w tym poprzez placówki opiekuńcze, takie jak domy pomocy społecznej, oraz poprzez usługi opieki w miejscu zamieszkania. Pielęgniarstwo długoterminowe w tym kontekście jest jednym z elementów świadczonej pomocy społecznej, zwłaszcza dla osób, które wymagają opieki medycznej i pielęgniarstwa w codziennym życiu.

Pielęgniarstwo długoterminowe może być realizowane w ramach usług opiekuńczych świadczonych przez gminy, które obejmują pomoc w codziennych czynnościach oraz świadczenia medyczne, w tym pielęgniarstwo, które są niezbędne do zapewnienia odpowiedniej opieki (art. 17 ups).

Art. 50 ustawy o pomocy społecznej odnosi się do usług opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania osoby wymagającej opieki. W ramach tych usług osoby starsze lub przewlekłe chore mogą otrzymywać pomoc pielęgniarstwa, w tym opiekę długoterminową, polegającą na wykonywaniu czynności pielęgnacyjnych, administracji leków, monitorowaniu stanu zdrowia oraz innych działaniach wspierających codzienne życie. Pielęgniarstwo długoterminowe w ramach usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania jest jednym z kluczowych elementów wsparcia osób, które nie mogą funkcjonować samodzielnie, a wymagają stałej opieki, zarówno w zakresie pielęgniarstwa, jak i ogólnej pomocy w codziennych czynnościach. Dodatkowo w ustawie określono zasady funkcjonowania domów pomocy społecznej, które świadczą całodobową opiekę dla osób wymagających stałej pomocy, w tym osób przewlekłe chorych, niepełnosprawnych oraz starszych (art. 51 ups). W domach pomocy społecznej często

świadczona jest opieka pielęgniarska długoterminowa, polegająca na zapewnieniu odpowiedniego wsparcia medycznego i pielęgnacyjnego. W takich placówkach pielęgniarki i pielęgniarze mają za zadanie zapewnienie odpowiedniej opieki zdrowotnej, monitorowanie stanu zdrowia pacjentów oraz wykonywanie niezbędnych zabiegów medycznych i pielęgnacyjnych.

Ustawa o pomocy społecznej reguluje organizację i świadczenie usług opiekuńczych w Polsce, ale aby zapewnić odpowiednią opiekę medyczną i pielęgnarską, uwzględnia się uregulowania z systemu ochrony zdrowia, w tym z NFZ. Rozporządzenia Ministra Zdrowia mają kluczowe znaczenie w organizowaniu tych świadczeń i zapewnianiu wysokiej jakości opieki nad pacjentami.

**Tabela 1.** Przepisy prawne dotyczące opieki długoterminowej w systemie polityki zdrowotnej

| Akt prawny                                                                                                                                              | Opis                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. – Dz. U. 2004, nr 210, poz. 2135 (z późn. zm.) | Ustawa ta reguluje zasady organizowania, finansowania i realizowania świadczeń zdrowotnych w Polsce, w tym opieki paliatywnej i hospicyjnej. Określa, że świadczenia zdrowotne w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej są finansowane ze środków publicznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). |
| Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 r. – Dz. U. 1991, nr 91, poz. 408 (z późn. zm.)                                            | Określa zasady organizowania i funkcjonowania placówek opieki zdrowotnej, w tym placówek świadczących opiekę paliatywną i hospicyjną. Zawiera przepisy dotyczące wymagań dla placówek opiekuńczych, ich funkcjonowania, a także procedur dotyczących kwalifikacji personelu.                           |
| Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. – Dz. U. 2011, nr 112, poz. 654 (z późn. zm.)                                               | Ustawa ta reguluje zasady funkcjonowania podmiotów leczniczych, w tym hospicjów i placówek oferujących opiekę paliatywną. Dotyczy także procedur organizacyjnych, finansowych i administracyjnych związanych z działalnością placówek opieki paliatywnej.                                              |
| Ustawa o organizowaniu i finansowaniu specjalistycznej opieki zdrowotnej z dnia 27 sierpnia 2004 r. – Dz. U. 2004, nr 210, poz. 2135 (z późn. zm.)      | Ustawa ta szczegółowo reguluje zasady organizowania i finansowania świadczeń zdrowotnych w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej. Ustawa odnosi się do placówek świadczących te usługi, takich jak hospicja i oddziały paliatywne, oraz do wymagań w zakresie organizacji takich usług.              |

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie organizacji i świadczenia usług medycznych w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej z dnia 12 czerwca 2018 – Dz. U. 2022, poz. 635

To rozporządzenie określa szczegółowe zasady organizacji opieki paliatywnej i hospicyjnej w Polsce. Dotyczy zarówno organizacji pracy w placówkach hospicyjnych (w tym w hospicjach stacjonarnych, domowych i dziennych), jak i wymagań dotyczących personelu medycznego oraz standardów opieki nad pacjentami.

Rozporządzenie zawiera wymagania dotyczące minimum kwalifikacji personelu, sprzętu medycznego oraz organizacji procesu leczenia pacjentów, w tym osób w terminalnym stadium choroby.

*Źródło: opracowanie własne.*

## Formy opieki długoterminowej

Opieka długoterminowa jest realizowana zarówno w systemie ochrony zdrowia, jak i w systemie pomocy społecznej (Paszkowska, 2022). Opieka długoterminowa obejmuje różnorodne formy wsparcia dla osób, które z powodu wieku, przewlekłych chorób, niepełnosprawności czy innych trudności życiowych wymagają stałej pomocy w codziennym funkcjonowaniu. W Polsce system opieki długoterminowej jest zróżnicowany, by dostosować się do różnych potrzeb osób potrzebujących wsparcia.

Główne formy opieki długoterminowej zależą od miejsca ich realizacji (instytucjonalna, domowa), czasu ich wykonywania (całodobowo, dzienne), rodzaju usług (lecnicze, rehabilitacyjne, psychologiczne), grupy docelowej.

Opieka długoterminowa w systemie ochrony zdrowia w ramach ubezpieczenia zdrowotnego jest realizowana w warunkach stacjonarnych (zakłady opiekuńczo-lecznicze i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze) oraz domowych (przez zespoły długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie oraz pielęgniarstwa opieki długoterminowej). Opieka domowa jest świadczona przez personel pielęgniarstwa opieki długoterminowej w domu pacjenta. Pielęgniarstwą opieką długoterminową są objęci pacjenci, którzy nie wymagają leczenia w warunkach stacjonarnych. Ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają jednak systematycznej i intensywnej opieki realizowanej we współpracy z lekarzem POZ. Kryterium kwalifikacyjnym do objęcia opieką długoterminową jest stan zdrowia pacjenta, który determinuje zapotrzebowanie na dany charakter świadczeń. Opiekę nieformalną świadczy rodzina, przyjaciele, znajomi oraz sąsiedzi, natomiast opieka formalna jest organizowana i finansowana z rozmaitych środków publicznych.

W Polsce opieka długoterminowa (ODT) jest w większości świadczona nieformalnie (w około 80%, pozostałe 20% to opieka formalna), przy czym należy się spodziewać wzrostu zapotrzebowania na formalne i nieformalne usługi opiekuńcze (Bank Światowy, 2024).

Instytucje opieki długoterminowej odnoszą się do placówek opieki i domów opieki, które zapewniają zakwaterowanie i opiekę długoterminową jako pakiet.

**W sektorze pomocy społecznej** do placówek stacjonarnych zalicza się przede wszystkim domy pomocy społecznej (DPS), które zapewniają opiekę znacznemu odsetkowi potrzebujących opieki osób starszych i osób z niepełnosprawnością oraz realizują szeroką gamę usług bytowych, opiekuńczych, wspomagających i edukacyjnych. Są to także rodzinne domy pomocy (RDP), tj. znacznie mniejsze placówki opieki całodobowej dla osób wymagających stałego wsparcia ze względu na wiek lub niepełnosprawność. 48% wszystkich zakładów stacjonarnych pomocy społecznej stanowiły domy pomocy społecznej. Na koniec 2019 r. na terenie Rzeczypospolitej Polskiej działało 875 domów pomocy społecznej i 385 placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, w ramach działalności gospodarczej lub statutowej. Ośrodki te dysponowały łącznie 96,6 tys. miejsc (w tym 82,8 tys. miejsc zostało zapewnionych w DPS i 13,8 tys. miejsc w placówkach zapewniających całodobową opiekę niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku). Na koniec 2019 r. w placówkach stacjonarnych pomocy społecznej przebywało 112,5 tys. osób ([https://analizy.mz.gov.pl/app\\_direct/mpz\\_2020\\_dluga/](https://analizy.mz.gov.pl/app_direct/mpz_2020_dluga/)).

**W sektorze ochrony zdrowia** funkcjonują zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL) i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO), które w zależności od potrzeb, oprócz usług bytowych, zapewniają również usługi medyczne. Jedną z form opieki długoterminowej, rozwijaną od 2015 r. w Polsce, są dzienne domy opieki medycznej (DDOM). Skierowane zostały one do osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w szczególności do osób w wieku od 65 lat wzwyż, których stan zdrowia nie wymaga całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarstwa realizowanego w trybie stacjonarnym. Świadczenia w dziennym domu opieki medycznej udzielane są pacjentom wymagającym ze względu na stan zdrowia świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a niewymagającym hospitalizacji w oddziale szpitalnym, którzy w ocenie skalą Barthel otrzymali 40–65 punktów. Świadczenia w DDOM nie są świadczeniami gwarantowanymi. W ramach programu pilotażowego prowadzone były 53 ośrodki w latach 2015–2019. Tworzone są również w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych, dzięki czemu do sierpnia 2019 r. powstało 78 dziennych domów (Ministerstwo Zdrowia, 2015).

W Polsce liczba osób zainteresowanych skorzystaniem z instytucjonalnej pomocy i wsparcia w zakresie opieki długoterminowej zdecydowanie przewyższa liczbę dostępnych miejsc w instytucjach takich jak domy opieki czy hospicja. Problem ten wynika z kilku czynników, w tym rosnącego zapotrzebowania na tego typu usługi, starzejącego się społeczeństwa, a także ograniczonego finansowania i dostępności miejsc w publicznych instytucjach opieki długoterminowej. W Polsce, według szacunków, w 2021 r. było około 150 tys. osób potrzebujących opieki długoterminowej w instytucjach takich jak domy opieki, a także szpitalach, hospicjach czy zakładach opiekuńczo-leczniczych (GUS, 2023). Liczba osób potrzebujących tego typu pomocy rośnie, szczególnie w kontekście starzejącego się społeczeństwa. Polska zmagą się z rosnącą liczbą osób w wieku senioralnym, co prowadzi do zwiększonego zapotrzebowania na opiekę długoterminową.

## ODT a godne życie seniora

Godne życie seniora przekłada się na zapewnienie tej grupie obywateli dostępu do opieki zdrowotnej. Osoby starsze powinny czuć się bezpieczne, mieć dostęp do służb ratunkowych, wsparcia społecznego, zachowania niezależności w codziennym życiu, zaspokojenia podstawowych potrzeb, w tym dostępu do odpowiednich warunków mieszkaniowych, odpowiedniej ilości żywności, ciepła, wygody oraz higieny. Godne życie seniora nie jest tylko kwestią materialną, ale również emocjonalną i społeczną. Jego celem jest zapewnienie osobom starszym pełni komfortu psychicznego, fizycznego i społecznego, pozwalającego im cieszyć się życiem, mimo wyzwań związanych z procesem starzenia się (Kubiak, 2016).

Dlatego tak ważne jest zapewnienie ODT dla seniorów. Opieka długoterminowa jest kluczowa dla godnego życia seniorów z kilku powodów, które dotyczą zarówno ich zdrowia, jak i jakości życia. W miarę jak ludzie starzeją się, często tracą zdolność do samodzielnego wykonywania codziennych czynności, takich jak jedzenie, ubieranie się, kąpiel czy poruszanie się. Opieka długoterminowa zapewnia pomoc w tych zadaniach, co pozwala seniorom na zachowanie jak największej niezależności i godności. Opieka długoterminowa realizuje główne założenia polityki senioralnej, w ramach której jakość życia ludzi w starszym wieku pozostaje priorytetem (Trafiałek, 2016). Właściwa opieka długoterminowa może znacznie poprawić jakość życia seniorów, dając im poczucie bezpieczeństwa i komfortu. Dzięki wsparciu w codziennych czynnościach, ale także zapewnianiu towarzystwa, seniorzy mniej odczuwają samotność i mogą prowadzić bardziej satysfakcjonujące życie.

W opiece długoterminowej kluczowym elementem jest traktowanie seniorów z szacunkiem, niezależnie od ich stanu zdrowia czy zdolności do samodzielnego funkcjonowania. Pomaga to seniorom zachować poczucie wartości i unikać dehumanizacji, która może występować w sytuacji, gdy nie otrzymują odpowiedniego wsparcia (Szatur-Jaworska, 2000).

Opieka długoterminowa nie skupia się tylko na fizycznych potrzebach seniorów, ale także na ich emocjonalnym dobrostanie. Pomoc w codziennym życiu, rozmowy, wspólne spędzanie czasu czy angażowanie w aktywności pomagają w utrzymaniu pozytywnego nastroju i przeciwdziałają depresji, która często dotyka osoby starsze (Worach-Kardas, 2014).

Właściwie zaplanowana opieka długoterminowa może pomóc seniorom w utrzymaniu jak największej samodzielności. Wsparcie w codziennych czynnościach, jak i odpowiednia rehabilitacja, może umożliwić osobom starszym prowadzenie bardziej niezależnego życia przez dłuższy czas (Kubiak, 2016).

Wszystkie te aspekty podkreślają, jak ważna jest opieka długoterminowa w zapewnieniu seniorom poczucia bezpieczeństwa, godności i komfortu, co jest niezbędne, aby mogli cieszyć się pełnią życia w podeszłym wieku mimo wynikających z tego wyzwań.

## Zakończenie

Większość pacjentów w zakładach opieki długoterminowej to seniorzy – osoby powyżej 65. roku życia, a wśród nich dominują osoby starsze (pow. 80. r.ż.), ponieważ to one w większym stopniu potrzebują takiej opieki z powodu chorób przewlekłych, demencji, osłabienia funkcji życiowych itp. Polska ma jeden z najniższych wskaźników ODT w Europie, a krajami z wyższymi wskaźnikami są te, które mają bardziej rozwinięte i dostępne systemy opieki długoterminowej. Większość krajów o wyższych wskaźnikach zapewnia bardziej kompleksową opiekę instytucjonalną oraz dbałość o finansowanie systemu opieki, co przekłada się na lepszy dostęp do usług dla osób starszych.

Zapotrzebowanie na instytucjonalną opiekę długoterminową w Polsce jest znacznie wyższe niż liczba dostępnych miejsc. W praktyce oznacza to, że wiele osób nie ma dostępu do potrzebnej opieki, zwłaszcza w ramach systemu publicznego, i często musi korzystać z prywatnych usług, które wiążą się z wysokimi kosztami. Taki stan rzeczy jest poważnym wyzwaniem dla polskiego systemu opieki społecznej i zdrowotnej, który będzie musiał zmierzyć się z rosnącym zapotrzebowaniem na usługi opieki długoterminowej w nadchodzących latach.

## Bibliografia

- Auleytner, J., Głabicka-Auleytner, K. (2024). *Nowy wymiar polityki społecznej Unii Europejskiej. Od kwestii socjalnych do praw socjalnych*. Wydawnictwo Elipsa.
- Bank Światowy (2015). *Stan obecny i przyszłość opieki długoterminowej w starzejącej się Polsce. Uwagi na potrzeby opracowania polityki dotyczącej opieki długoterminowej*. Bank Światowy.
- Bank Światowy (2024). *Przegląd strategiczny systemu opieki długoterminowej w Polsce*. BIP Ministerstwa Zdrowia.
- European Commission. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion. (2021). *Long-term care report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society. Volume II, Country profiles*. Publications Office.
- GUS (2023). *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2022 roku*. Główny Urząd Statystyczny – Urząd Statystyczny w Krakowie.
- GUS (2023). *Prognoza ludności na lata 2023–2060*. Główny Urząd Statystyczny.
- Iwański, R. (2024). *Opieka długoterminowa nad osobami starszymi* (wyd. III). Wydawnictwo CeDeWu.
- Komisja Europejska (2021). *Europejski filar praw socjalnych*. Bruksela.
- Kubiak, M. (2016). *Polityka społeczna wobec ludzi starych w Polsce na tle współczesnych przemian społeczno-gospodarczych*. Uniwersytet Gdański.
- Ministerstwo Zdrowia (2015). *Dzienny dom opieki medycznej. Organizacja i zadania*. Ministerstwo Zdrowia.
- Paszkowska, M. (2022). *Formy opieki długoterminowej nad osobami starszymi i niepełnosprawnymi w Polsce*. Wydawnictwo Difin.
- Pełnomocnik Rządu ds. Polityki Demograficznej (2021). *Strategia demograficzna 2040*. Pełnomocnik Rządu ds. Polityki Demograficznej.
- Szatur-Jaworska, B. (2000). *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*. Oficyna Wydawnicza Aspra-JR.
- Trafiałek, E. (2016). *Innowacyjna polityka senioralna XXI wieku. Między ageizmem, bezpieczeństwem socjalnym a active ageing*. Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Worach-Kardas, H. (2015). *Starość w cyklu życia. Społeczne i zdrowotne oblicza późnej dorosłości*. Wydawnictwo „Śląsk”.
- Wunderlich, G. S., & Kohler, P. O. (red.). (2001). *Improving the quality of long-term care*. The National Academies Press.
- Ziębińska, B. (2019). *Polityczne, społeczno-demograficzne i zdrowotne uwarunkowania opieki nad ludźmi starszymi*. Wydawnictwo „Śląsk”.

## Netografia

[https://analizy.mz.gov.pl/app\\_direct/mpz\\_2020\\_długa/](https://analizy.mz.gov.pl/app_direct/mpz_2020_długa/) [dostęp: 30.12.2024]

<https://pacjent.gov.pl/opieka-dlugoterminowa> [dostęp: 13.11.2024]

<https://www.medonet.pl/zdrowie,skala-norton---czego-dotyczy-i-jak-oraz-kiedy-sie-ja-sto-suje,artykul,1732049.html> [dostęp: 12.11.2024]

[www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl) [dostęp: 03.11.2024]

[www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/\\_public/dla\\_pacjenta/fop/przewodnik\\_dla\\_opiekunow\\_osob\\_niesamodzielnych](http://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/_public/dla_pacjenta/fop/przewodnik_dla_opiekunow_osob_niesamodzielnych) [dostęp: 09.11.2024]

[www.gov.pl/zdrowie](http://www.gov.pl/zdrowie) [dostęp: 07.11.2024]

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/przegląd-strategiczny-opieki-długoterminowej-w-polsce-opracowany-przez-bank-swiatowy> [dostęp: 30.10.2024]

<https://cowzdrowiu.pl/aktualnosci/post/opieka-długoterminowa-w-polsce-mz-opublikowalo-raport> [dostęp: 28.10.2024]

[https://employment-social-affairs.ec.europa.eu/news/european-care-strategy-caregivers-and-care-receivers-2022-09-07\\_en#navItem-relatedDocument](https://employment-social-affairs.ec.europa.eu/news/european-care-strategy-caregivers-and-care-receivers-2022-09-07_en#navItem-relatedDocument) [dostęp: 03.11.2024]

<https://www.gov.pl/web/uw-lodzki/mapa-potrzeb-zdrowotnych-2022---2026> [dostęp: 03.11.2024]

## Akty prawne

Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz. U. 2004, nr 64, poz. 593 (z późn. zm.)

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. z 2021 r., poz. 1285 (z późn. zm.)

Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, Dz. U. 1991, nr 91, poz. 408 (z późn. zm.)

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz. U. 2011, nr 112, poz. 654 (z późn. zm.)

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2018 r. w sprawie świadczeń pielęgnarskich i położniczych, Dz. U. 2018, poz. 1504

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 sierpnia 2021 r. w sprawie organizacji i świadczenia usług medycznych w ramach pielęgnarskiej opieki długoterminowej, Dz. U. 2021, poz. 1499

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardów organizacyjnych i wymaganych kompetencji dla placówek świadczących usługi opieki długoterminowej, Dz. U. 2023, poz. 1324

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2022 r. w sprawie wymagań dotyczących organizacji i zakresu świadczeń w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej, Dz. U. 2022, poz. 635

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 czerwca 2018 r. w sprawie organizacji i świadczenia usług medycznych w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej, Dz. U. 2022, poz. 635

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, Dz. U. 2015, poz. 1658

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, Dz. U. 2020, poz. 460

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, Dz.U.2024.253 t.j.

Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych, Dz. U. z dnia 30 sierpnia 2021, poz. 69

Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, Dz. U. 2015, poz. 1240

Anna Zawada<sup>1</sup> 

# Instytucjonalna opieka nad osobami starszymi – domy pomocy społecznej czy domy niedostatecznej pomocy społecznej?

## **Institutional care for the older adults – social welfare homes or homes with insufficient social care?**

### **Streszczenie:**

Jest oczywiste, że każdy, kto podejmuje decyzję o zamieszkaniu w domu pomocy społecznej (DPS), oczekuje dobrej jakości życia, która przekłada się na kompleksową opiekę, poczucie bezpieczeństwa, dobrą dietę i dobrze zagospodarowany czas wolny. Współczesny mieszkaniec DPS-u coraz częściej jest sprawny fizycznie, z reguły nie posiada rodziny bądź z różnych przyczyn nie ma z nią kontaktu lub kontakt jest sporadyczny, ma przeciętną emeryturę/rentę, zatem nie stać go na prywatny dom opieki, ale jest bardziej świadomy swoich praw, aktywny, odważny i nastawiony w znacznie większym stopniu na wyższą jakość życia. Poziom jakości życia w DPS-ach niewątpliwie jest kwestią bardzo złożoną. Dlatego coraz częściej mówi się o deinstytucjonalizacji systemu opieki stacjonarnej. Proces ten nie powinien oznaczać likwidacji DPS-ów, ale takie ich przekształcenie, by w jak największym stopniu były dostosowane do kondycji zdrowotnej mieszkańców i nie odbierały im godności. Domy pomocy społecznej powinny zyskać charakter rodzinny i prywatny (Zych, 1999). Niezbędne zatem są gruntowne reformy w zakresie organizacji i finansowania infrastruktury stacjonarnej opieki społecznej, która w obecnym wymiarze nie jest dostosowana do zachodzących zmian demograficznych w strukturze wiekowej i współczesnego seniora. Reorganizacja domów pomocy społecznej powinna być priorytetowym zadaniem polityki społecznej państwa.

### **Słowa kluczowe:**

deinstytucjonalizacja, dom pomocy społecznej, jakość życia, opieka instytucjonalna, senior

---

1 Uniwersytet Bielsko-Bialski, azawada@ubb.edu.pl

### Summary:

Anyone who decides to live in a social welfare home (SWH) expects a good quality of life, translating into comprehensive care, a sense of security, a good diet, and well-managed free time. A modern nursing home resident is increasingly often physically fit, usually does not have a family or, for various reasons, does not have contact with them or that contact is sporadic, and has an average old-age pension/disability pension. Thus, they cannot afford a private nursing home but are more aware of their rights; they are active, courageous, and much more focused on a higher quality of life. The quality of life in nursing homes is undoubtedly a very complex issue. That is why the idea of deinstitutionalizing the residential care system is discussed more and more often. This process should not mean closing down SWHs but their transformation to adapt them to the health condition of the residents to the highest possible degree and not deprive them of dignity. Social welfare homes should gain a family and private character (Zych, 1999). Therefore, thorough reforms are necessary for the organization and financing of the stationary social care infrastructure, which, in its current dimension, needs to be adapted to the demographic changes in the age structure and the modern senior citizen. The reorganization of social care homes should be a prime concern of the state's social policy.

### Keywords:

deinstitutionalization, social welfare home, quality of life, institutional care, senior citizen

## Wprowadzenie

Starzenie się jest nieuniknionym procesem każdego ludzkiego życia, które przekłada się na procesy demograficzne. Analizując dane Głównego Urzędu Statystycznego można zauważyć, że w Polsce rośnie udział osób starszych w populacji. W 2022 r., podobnie jak w latach wcześniejszych, nastąpił wzrost liczby mieszkańców Polski w wieku 60 lat i więcej – na koniec roku populacja osób starszych wyniosła 9797,7 tys. i w stosunku do 2021 roku zwiększyła się o 0,7%. Najliczniejszą grupę seniorów w 2022 roku stanowiły osoby w przedziale wiekowym 65–69 lat. Ich udział w ogólnej liczbie osób starszych wyniósł 25,7%. Na przeciwnym kontynuum znalazły się osoby w wieku 80–84 lata oraz 85 lat i więcej. Zarówno w jednym, jak i w drugim przypadku udział w ogólnej liczbie osób starszych ukształtował się w 2022 r. na poziomie 8,2% (GUS, 2022).

Z najnowszej prognozy GUS wynika, że w 2030 roku liczba ludności w Polsce w wieku 60 lat i więcej ma osiągnąć poziom 10,8 mln (wzrost o 10,8% w stosunku do 2021 r.), a w 2040 – 12,3 mln (wzrost o 26,0%). W 2050 r., jak wynika z danych szacunkowych, ma być 13,7 mln osób w wieku poprodukcyjnym (tj. o 40,8% więcej niż w 2021 r.), co stanowić będzie 40,4% społeczeństwa. Kobiety w wieku 60 lat i więcej w 2050 r. będą stanowiły 22,2% ogółu ludności kraju, natomiast mężczyźni – 18,2%. Przewiduje się, że udział kobiet w wieku 60 lat i więcej w populacji kobiet wzrośnie z 28,9% w 2021 r. do 43,3% w 2050 r., a w przypadku

mężczyzn wskaźnik ten zwiększył się z 22,2% w 2021 r. do 37,3% w 2050 r. Wśród mieszkańców miast udział osób w wieku poprodukcyjnym wzrósł z 27,7% w 2021 r. do 42,4% w 2050 r., z kolei wśród populacji wiejskiej zwiększył się z 22,3% do 37,8% (Ibidem).

Prognozy demograficzne wskazują także na kontynuację procesu wydłużania się życia ludzi; fakt ten należy łączyć z permanentnym rozwojem społeczno-gospodarczym, który niewątpliwie ma wpływ na jakość życia, oraz szybkim postępem w dziedzinie medycyny, umożliwiającym wcześniejsze i dokładniejsze diagnozowanie chorób, co przekłada się na skuteczniejsze ich leczenie (Zawada, 2024). Według najnowszych polskich tablic średnia prognozowana długość życia w 2024 r. w Polsce dla 60-latków wynosi 264,2 miesiąca (w 2022 r. było to 238,9 miesiąca, czyli niespełna 20 lat, w 2023 r. – 254,3 miesiąca), a dla 65-latków 218,9 miesięcy (w 2022 r. było to 196,2 miesiąca, tj. 16 lat i 4 miesiące, w 2023 r. – 210,0 miesięcy) (Komunikat GUS, 2022a, 2023, 2024).

W 2030 r. przeciętna długość trwania życia dla kobiet będzie wynosiła około 84,0 lata, natomiast dla mężczyzn 80,0 lat (GUS, 2014). Jednak średnia długość trwania życia społeczeństwa nie jest skorelowana z trwaniem życia w zdrowiu (liczba lat, w których dana osoba może spodziewać się, że jej życie będzie przebiegało bez ciężkich lub umiarkowanych problemów zdrowotnych), które w 2021 r. wyniosło 59,1 roku dla mężczyzn oraz 63,1 roku dla kobiet (Bojanowska, 2023 za: GUS, 2022b). Obserwuje się wysoką zachorowalność na schorzenia związane ze stylem życia, takie jak udar mózgu, choroby serca, cukrzyca, otyłość, nowotwory, depresja. W ostatnim okresie wzrosła również zachorowalność na choroby układu oddechowego, które powodują 7% wszystkich zgonów, tj. nieco mniej niż przeciętnie w krajach OECD (10%) (GUS, 2021)<sup>2</sup>. Ponadto seniorzy bardzo często chorują na schorzenia narządu ruchu (zwyrodnienia stawów, osteoporoza, łamliwość kości), układu moczowego, ośrodkowego układu nerwowego (np. choroba Alzheimera) (Steuden, 2014). Na uwagę należy mieć także sytuację pandemiczną – COVID-19, która w znacznym stopniu ograniczyła korzystanie ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz wywołała, jak wskazują badacze zjawiska, dług zdrowotny bardzo trudny do oszacowania (Bojanowska, 2023).

Z reguły osoby starsze chorują nie na jedną, ale kilka chorób przewlekłych, które w znacznym stopniu utrudniają, a nawet uniemożliwiają im wykonywanie czynności samoobsługowych oraz ujemnie wpływają na ich dobrostan i jakość życia. Jak podają Wiktoria Wróblewska i Radosław Antczak (2019), już co dziesiąta osoba w wieku 60–64 lata, co czwarta w wieku 75–79 lat i prawie co trzecia w wieku 80–84 lata wykazuje ograniczenia w samodzielnym

2 Dane za rok 2018.

wykonywaniu przynajmniej jednej z podstawowych czynności (Skala Podstawowych Czynności Życia Codziennego – *Activities of Daily Living*, ADL), tj. ubieranie się, chodzenie, kąpiel, jedzenie, wstawanie z łóżka, korzystanie z toalety. Seniorom z takimi ograniczeniami w zakresie wykonywania czynności samoobsługowych potrzebna jest na co dzień pomoc. W pierwszej kolejności za udzielanie pomocy powinny być odpowiedzialne dzieci. Zorganizowanie opieki przebiega bez większych problemów, jeśli dzieci mieszkają razem z rodzicami lub w tej samej miejscowości. Problem pojawia się wówczas, kiedy dzieci mieszkają w miejscowości oddalonej o kilka czy kilkadziesiąt kilometrów od rodziców lub poza granicami kraju, bądź też jeśli senior nie ma dzieci. Jak wykazują badania, częściej na brak opieki narażeni są również ci rodzice, którzy żyli w związkach nieformalnych lub są rozwiedzeni (w szczególności ojcowie, którym sąd z reguły nie powierza opieki rodzicielskiej) (Błędowski, 2019). Są również i takie przypadki, kiedy jedynym opiekunem jest samotne dziecko aktywnie zawodowo lub dziecko, które samo za pewien czas będzie potrzebowało pomocy. Sytuacja taka wymusza konieczność korzystania z pomocy najbliższej rodziny bądź sąsiedzkiej, na które bardzo często nie można liczyć. Relacje międzyludzkie w dużej mierze oparte są na wyrachowanym instrumentalizmie, a to nie sprzyja rozwojowi opieki nieformalnej.

## Plany Polaków związane ze zorganizowaniem na starość życia swojego i swoich bliskich

Firma badawcza ARC Rynek i Opinia na zlecenie emeis Polska, lidera stacjonarnej opieki długoterminowej, przeprowadziła w marcu 2024 badanie na temat postrzegania przez Polaków pomocy instytucjonalnej. Badanie zostało powtórzone po dekadzie, a głównym założeniem było uchwycenie różnic w nastawieniu do opieki długoterminowej. Wyniki badań pokazały, że w 2014 r. ponad połowa respondentów (52%) zdecydowałaby się na opiekę nad swoim bliskim, niezdolnym do samodzielnego funkcjonowania, sprawowaną przez rodzinę w domu. Tylko 23% badanych skorzystałoby z pomocy zewnętrznego ośrodka. Po 10 latach proporcje te uległy zmianie – do 37% spadł odsetek osób, które wyraziły gotowość opiekowania się swoimi bliskimi w domu, natomiast do 34% wzrósł odsetek osób wskazujących na opiekę w specjalistycznym ośrodku (<https://pracodawcydlazdrowia.pl/raport-emeis-polska-opieka-dlugoterminowa-w-opinii-polakow/>).

Polityka senioralna powinna zatem uwzględniać nie tylko specyficzne zmiany demograficzne, tj. feminizację starości, która jest wynikiem nadumieralności mężczyzn, singularyzację starości – zjawisko to wiąże się z wysokim odsetkiem seniorów mieszkających samotnie – oraz podwójne starzenie się, czyli

szybki wzrost odsetka osób najstarszych w całej populacji osób starszych, których potrzeby zdrowotne, społeczne i bytowe są bardzo swoiste i zróżnicowane (Szukalski, 2019), ale również przemiany zachodzące w życiu społeczno-kulturowym. Przede wszystkim mamy do czynienia, o czym wspomniano, z migracją wewnętrzną i zewnętrzną, także trwałą, młodych ludzi. Po drugie, spada liczba gospodarstw wielopokoleniowych, w których osoby młodsze mają możliwość opiekowania się starzejącymi się rodzicami czy dziadkami. Po trzecie, obserwujemy wzrost jakości życia, rosną płace, w szczególności w dużych aglomeracjach, zatem więcej osób może pozwolić sobie na zakwaterowanie najbliższych w domu pomocy. Po czwarte, cechą charakterystyczną współczesnej epoki jest odchodzenie od wielu tradycyjnych modeli i wzorów życia, wcale nie mały odsetek ludzi reprezentuje styl życia zalecany przez konsumpcjonizm. Dzieci wychowywane są w poczuciu złe pojętej wolności i przekonaniu, że są najważniejsze. Rodziny natomiast coraz częściej oparte są na układzie kohabitacyjnym, konkubenckim, patchworkowym, związkach homoseksualnych.

Nieformalny potencjał opiekuńczy jest zatem bardzo zagrożony. Pozostaje wówczas skorzystanie z instytucjonalnej formy pomocy. Trzeba jednak podkreślić, że niewielki odsetek seniorów decyduje się na takie rozwiązanie.

Z badań przeprowadzonych przez CBOS w 2012 r. wynika, że zdecydowana większość badanych (64%) na starość chciałaby pozostać we własnym mieszkaniu, korzystając z doraźnej pomocy osób bliskich – rodziny, przyjaciół, sąsiadów. Zdecydowanie mniej osób myśli o całkowitym związaniu swojego życia z dziećmi, wnukami lub dalszą rodziną (15%). Mniej więcej co dziesiąty respondent chciałby mieszkać we własnym mieszkaniu, korzystając z odpłatnej stałej pomocy (8%) bądź z bezpłatnej opieki, np. pomocy społecznej, Czerwonego Krzyża, Caritasu lub innych wolontariuszy (3%). Incydentalnie wybierają badani dom spokojnej starości – zarówno prywatny, jak i państwowy, oraz możliwość zamieszkania wspólnie z innymi starymi ludźmi w celu wzajemnego wspierania się (CBOS, 2012).

Z kolei we wspomnianych już badaniach przeprowadzonych przez firmę badawczą ARC Rynek i Opinia, badani zapytani o formę opieki dla siebie samych w przyszłości, gdyby zaistniała taka potrzeba, wybrali w kolejności: opiekunkę lub pielęgniarkę przychodzącą do domu (w 2014 r. – 35%, w 2024 – 41%), ośrodek opieki (odpowiednio: 34% i 30%), opiekę rodziny (29% i 23%), inne rozwiązanie (2% i 6%).

W porównaniu do wyników sprzed 10 lat spadł zatem odsetek tych, którzy chcieliby, aby opiekę zapewnił im ośrodek opieki oraz rodzina, ale wzrósł statystycznie istotnie odsetek tych, którzy chcieliby pozostać w domu, korzystając z profesjonalnej pomocy.

Truizmem jest twierdzenie, że własny dom czy mieszkanie to najlepsze miejsce dla starzejącego się człowieka. Niewątpliwie własne lokum to nie tylko dach nad głową, wartość bytowa. Dom jest również centrum wartości życiowych – tak właśnie jest pojmowany w kulturze tradycyjnej. Jest on połączeniem „szczęścia, dobrobytu, harmonii rodzinnej, wspólnotą nie tylko żywych, ale i przodków” (Toporkov, 1995).

Jednak osobom, które nie mają żadnej rodziny, chętnych do opieki i wsparcia znajomych, należy zapewnić takie warunki, aby starzenie się przebiegało z godnością i równocześnie zachowaniem poczucia bezpieczeństwa. Nie zawsze poczucie bezpieczeństwa gwarantuje środowiskowa pomoc w postaci usług opiekuńczych czy pomoc świadczona przez pielęgniarki środowiskowe. Niskiej jakości usługi środowiskowe niejednokrotnie przyspieszają decyzję seniorów o zamieszkaniu w domach pomocy społecznej.

Odpowiednio prowadzony dom pomocy społecznej powinien zapewnić seniorom wsparcie w życiu codziennym, opiekę medyczną i uchronić przed izolacją społeczną.

## **Domy pomocy społecznej dla seniorów na tle istniejących uwarunkowań prawnych**

W przepisach prawnych pomocy społecznej *de facto* funkcjonują trzy formy zapewnienia całodobowej opieki seniorom: domy pomocy społecznej (Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dział 2, rozdz. 2 „Domy pomocy społecznej”), rodzinne domy pomocy (Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 lipca 2024 r. w sprawie rodzinnych domów pomocy) oraz domy opieki związane z działalnością gospodarczą. Działalność gospodarcza w zakresie prowadzenia placówki zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku została uregulowana w Dziale 2, rozdz. 3 Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 1283, 1572). W tej części aktu prawnego znajdują się m.in. istotne przepisy regulującego kwestie zezwoleń na prowadzenie placówki (art. 67) oraz opisujące usługi świadczone przez prywatny dom opieki (art. 68).

W prywatnych placówkach można liczyć na szybkie przyjęcie i dużą dostępność miejsc, jednak z reguły są one poza zasięgiem przeciętnego emeryta i rencisty, których nie stać na ponoszenie wysokich kosztów pobytu. Ceny w prywatnych domach opieki uzależnione są w dużym stopniu od standardu placówki. Im wyższy standard usług, bogatsze zaplecze rehabilitacyjne, wyższy standard pokoi, tym cena zakwaterowania jest wyższa. Cena za prywatny dom spokojnej starości jest

również uzależniona od jego lokalizacji. Największą popularnością cieszą się placówki zlokalizowane na obrzeżach dużych miast lub w niewielkiej od nich odległości. Dobry dojazd do miasta oraz urokliwa okolica placówki czynią z niej atrakcyjne miejsce pobytu stałego. Nie bez znaczenia jest też liczba miejsc w pokojach, ceny za pokój jednoosobowy w domach opieki o podwyższonym standardzie niejednokrotnie przekraczają 6000–8000 zł ([https://kb.pl/ceny/cenniki-medyczne/cennik-domow-opieki-zobacz-ile-kosztuje-dom-spokojnej-starosci-\\_med/](https://kb.pl/ceny/cenniki-medyczne/cennik-domow-opieki-zobacz-ile-kosztuje-dom-spokojnej-starosci-_med/)).

Zatem osoby przewlekle chore, samotne, posiadające niskie świadczenia właściwie nie mają żadnego wyboru mieszkalnictwa poza domami pomocy społecznej. Rodzinne domy pomocy społecznej są bowiem nieliczne (w całym kraju na 31 grudnia 2023 r. funkcjonowały 23 RDP) (GUS, 2024a), ponieważ brakuje osób chętnych do prowadzenia tego typu placówek. RDP prowadzone są bowiem na podstawie działalności gospodarczej przez osoby lub rodziny, które zawierają z gminą porozumienie określające obowiązki obu stron (Zawada, 2017). Od prywatnych domów opieki prowadzonych przez osoby fizyczne lub podmioty prawne różnią się przede wszystkim tym, że nie są nastawione na zysk.

Zezwolenie na prowadzenie domu pomocy społecznej wydaje wojewoda właściwy ze względu na położenie domu (art. 57.2 ustawy o pomocy społecznej). Mogą prowadzić je (art. 57.1):

- 1) jednostki samorządu terytorialnego;
- 2) Kościół katolicki, inne kościoły, związki wyznaniowe oraz organizacje społeczne, fundacje i stowarzyszenia;
- 3) inne osoby prawne;
- 4) osoby fizyczne.

Zgodnie z obowiązującym Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (t.j. Dz.U. 2018.0.734; par. 5, ust. 1) domy pomocy społecznej dla osób starszych winny świadczyć następujące usługi:

- 1) w zakresie potrzeb bytowych, zapewniając:
  - a) miejsce zamieszkania,
  - b) wyżywienie,
  - c) odzież i obuwie,
  - d) utrzymanie czystości;
- 2) opiekuńcze, polegające na:
  - a) udzielaniu pomocy w podstawowych czynnościach życiowych,
  - b) pielęgnacji,
  - c) niezbędnej pomocy w załatwianiu spraw osobistych;
- 3) wspomagające, polegające na:
  - a) umożliwieniu udziału w terapii zajęciowej,

- b) podnoszeniu sprawności i aktywizowaniu mieszkańców domu,
- c) umożliwieniu zaspokojenia potrzeb religijnych i kulturalnych,
- d) zapewnieniu warunków do rozwoju samorządności mieszkańców domu,
- e) stymulowaniu nawiązywania, utrzymywania i rozwijania kontaktu z rodziną i społecznością lokalną,
- f) pkt f, g – nie dotyczą osób starszych (przyp. autorki),
- h) zapewnieniu bezpiecznego przechowywania środków pieniężnych i przedmiotów wartościowych,
- i) finansowaniu mieszkańcowi domu nieposiadającemu własnego dochodu wydatków na niezbędne przedmioty osobistego użytku, w kwocie nieprzekraczającej 30% zasiłku stałego, o którym mowa w art. 37 *zasiłek stały* ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, zwanej dalej „ustawą”,
- j) zapewnieniu przestrzegania praw mieszkańców domu oraz zapewnieniu mieszkańcom dostępności do informacji o tych prawach,
- k) sprawnym wnoszeniu i załatwianiu skarg i wniosków mieszkańców domu.

Ustawodawca określił także szczegółowo zasady odpłatności za pobyt w DPS. Kwestię tę reguluje art. 58.1 ustawy o pomocy społecznej, który mówi, że „Wydatki związane z zapewnieniem całodobowej opieki mieszkańcom oraz zaspokajaniem ich niezbędnych potrzeb bytowych i społecznych w całości pokrywa dom pomocy społecznej”. DPS ma również obowiązek zapewnić mieszkańcom świadczenia zdrowotne (art. 58.2); usługa ta realizowana jest najczęściej w oparciu o współpracę z Narodowym Funduszem Zdrowia. Ponadto ustawa określa wskaźniki wysokości odpłatności za miesięczny pobyt mieszkańca (art. 60) i reguluje obowiązek wnoszenia opłaty za pobyt w domu pomocy społecznej. W pierwszej kolejności zobligowany do opłaty jest mieszkaniowiec domu (nie więcej jednak niż 70% swojego dochodu), a w dalszej kolejności małżonek, zstępni przed wstępnymi, gmina, z której osoba została skierowana do domu pomocy społecznej. Przy czym rodzina i gmina nie mają obowiązku wnoszenia opłat, jeżeli mieszkaniowiec domu ponosi pełną odpłatność.

## Senior w domu pomocy społecznej

Polska, obok Węgier, Rumunii i Litwy, uznawana jest za kraj o słabo rozwiniętym pod względem organizacyjnym systemie opieki długoterminowej. Tym samym nasz system został skategoryzowany jako jeden z najmniej przyjaznych dla odbiorcy wśród państw europejskich (Bakalarczyk, 2021 za: Kraus et al., 2010).

Cechuje go niski poziom nakładów publicznych, słabo rozwinięty sektor usług opieki formalnej, znaczna rola sektora nieformalnego (głównie rodziny), przy jednoczesnym ograniczonym wsparciu dla opiekunów nieformalnych.

Jak wynika z raportu *Health at a Glance* OECD, w naszym kraju w 2017 r. udział publicznych wydatków na opiekę długoterminową (łącznie w segmencie społecznym i zdrowotnym) wyniósł 0,4% PKB, natomiast średnia dla krajów rozwiniętych stanowiła 1,7% PKB (Bakalarczyk, 2021 za: OECD, 2019). Zdaniem Rafała Bakalarczyka relatywnie niskie nakłady publiczne na opiekę długoterminową, przy sukcesywnie rosnących potrzebach opiekuńczych, mogą prowadzić do częściowego niedoboru zaspokojenia tych potrzeb oraz do konieczności nakładów prywatnych na ten cel (Bakalarczyk, 2021).

Można mieć poczucie, że decydenci odpowiedzialni za politykę społeczną nie biorą pod uwagę skali problemów, jakie dotknęły opiekę długoterminową, oraz jak brak systemowych rozwiązań będzie odczuwalny w kolejnych latach, w szczególności dla osób gorzej sytuowanych ekonomicznie. Doktor Zofia Szweda-Lewandowska z Instytutu Gospodarstwa Społecznego SGH w Warszawie na czwartej edycji ogólnopolskiej konferencji „Opieka długoterminowa w Polsce – dzisiaj i jutro” pt. „Demograficzna srebrna era. Co dalej z opieką długoterminową?”, zorganizowanej w listopadzie 2022 r. w Warszawie przez Związek Stowarzyszeń „Koalicja na pomoc niesamodzielnym”, podsumowała taką postawę jednym zdaniem: „Nie myślimy o przyszłości, reagujemy dopiero po incydencie” (<https://zdrowie-polakow.pl/opieka-dlugoterminowa-w-polsce-w-zapasci/>).

Proces deinstytucjonalizacji opieki długoterminowej jest więc niezbędny. Co prawda w ostatnim okresie zaszło kilka pozytywnych zmian w opiece długoterminowej, ale jak możemy przeczytać w raporcie „Starość po polsku. Propozycja reformy systemu opieki nad osobami starszymi”: „mają one charakter punktowy, nieskoordynowany w ramach jednej przemyślanej całości, a dodatkowo są opatrzone niewielkimi środkami i nie działają w ramach powszechnie obowiązujących ustaw, a jedynie w trybie konkursowym, który obejmuje tylko część społeczności lokalnych” (Bakalarczyk, 2021, s. 38).

Warto w tym miejscu zaznaczyć, że proces deinstytucjonalizacji niejednokrotnie jest źle rozumiany. W dokumencie „Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności” jest informacja, a wręcz nawet zalecenie: „Wszędzie tam, gdzie jest to możliwe, w niniejszych wytycznych unika się używania terminu *deinstytucjonalizacja*, ponieważ jest on często rozumiany po prostu jako zamknięcie zakładów” (<https://niezaleznezycie.pl/ogolnoeuropejskie-wytyczne-dotyczace-przejscia-od-opieki-instytucjonalnej-do-opieki-swiadczonej-na-poziomie-lokalnych-spolesnosci>). Natomiast założeniem tego procesu nie jest

konieczność likwidacji opieki instytucjonalnej, lecz wzmocnienie opieki środowiskowej i przysługujące seniorowi prawo wyboru, czy chce zamieszkać w instytucji opiekuńczej, czy możliwie długo pozostawać w środowisku.

Profesor Piotr Błędowski, redaktor naukowy raportu *Deinstytucjonalizacja opieki długoterminowej w Polsce. Cele i wyzwania* (2021) we wstępie wyjaśnia: „Nasza filozofia deinstytucjonalizacji opiera się na konieczności zapewnienia osobie zależnej możliwości wyboru formy wsparcia. To traktujemy jako punkt wyjścia do zmian i odrzucenia jakże częstej sytuacji, w której czynnikiem decydującym o udzielaniu świadczeń jest ich podaż, dostępność, a nie faktyczne potrzeby świadczeniobiorcy” (s. 4). Zatem osoby w podeszłym wieku, o ile są w pełni świadome, powinny mieć prawo decydowania o sobie oraz dokonywania samodzielnego wyboru we wszystkich obszarach, które ich dotyczą. Działania skierowane na seniorów powinny uwzględniać poszanowanie ich praw, godności, upodobań, preferencji.

Proces deinstytucjonalizacji powinien polegać na odchodzeniu od dużych instytucji na rzecz małych, bardziej kameralnych, przypominających warunki życia domowego.

Alternatywa dla opieki stacjonarnej to ograniczenie liczby miejsc w ośrodkach wsparcia i DPS do 30 oraz tworzenie rodzinnych domów pomocy (Łuczak, 2021). Instytucje opiekuńcze powinny być maksymalnie sprofesjonalizowane, sprofilowane i dofinansowane.

Osoby sędziwe powinny mieć standardy opieki na najwyższym poziomie, aby miały poczucie bezpieczeństwa, dowartościowania. Istotna jest przede wszystkim autonomia mieszkańca w różnych dziedzinach jego życia, która daje poczucie samostanowienia o sobie. Aktualnie mieszkańcy mają niewielki wpływ na jakość swojego życia.

Eksperti apelują: deinstytucjonalizacji nie należy traktować jako szansy na oszczędności. Proces ten powinien być traktowany jako cel strategiczny polityki społecznej państwa, który wymaga i będzie wymagał dla osiągnięcia wymiernych efektów szczegółowego określenia i zabezpieczenia źródeł finansowania. W przeciwnym razie może dojść do sytuacji, w której niskiej jakości opieka stacjonarna zostanie zastąpiona przez jeszcze niższej jakości opiekę środowiskową (Raport *Deinstytucjonalizacja opieki długoterminowej w Polsce. Cele i wyzwania*, 2021).

Temat deinstytucjonalizacji usług społecznych jest ważny m.in. ze względu na potrzebę zaangażowania różnych podmiotów pozarządowych, także wyznaniowych, w realizację zadań społecznych na szczeblu lokalnym. Ponadto pojawia się on w kontekście dyskusji o kompetencjach, kwalifikacjach pracowników systemu pomocy społecznej oraz nowych profesjach społecznych, które mogą

odegrać kluczową rolę m.in. w realizowaniu usług społecznych oferowanych przez Centrum Usług Społecznych (CUS), powołane do życia Ustawą z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych (Dz.U.2019. poz. 1818). Nie bez znaczenia są także przemiany prawne, społeczno-demograficzne i kulturowe, które dokonały się w ostatnich latach.

W kontekście dyskusji, która toczy się wokół procesu deinstytucjonalizacji, nie powinno się zapominać, że tzw. nowi starzy chcą żyć inaczej, zmiany świadomościowe są wyraźnie widoczne. Trzeba mieć również na uwadze fakt, że aktualnie w dobie przemian społeczno-demograficznych i kulturowych mieszkańcami DPS dla osób w podeszłym wieku nie są wyłącznie – a takie stereotypy jeszcze funkcjonują – osoby leżące, niesamodzielne, schorowane. Są to również osoby sprawne fizycznie i żywotne intelektualnie, ale z racji wieku wymagające usług opiekuńczych zwykłych. Jednak niskiej jakości usługi opiekuńcze, co nie należy do rzadkości, bądź nieufność osób starszych w stosunku do osób udzielających im wsparcia w środowisku domowym, przyczyniają się do przyspieszonej decyzji o zamieszkaniu w DPS.

Decyzję tę przyspiesza także samotność i pojawiające się w związku z tym: lęk, brak poczucia bezpieczeństwa psychicznego, stany depresyjne. Starość to ten etap życia, gdy człowiek nie powinien być sam. Samotni seniorzy szybciej się starzeją, są w gorszej kondycji psychosomatycznej. Codziennego kontaktu z drugą osobą nie zastąpi krótka wizyta raz lub dwa razy w tygodniu opiekunki społecznej. Zatem wielu samotnych seniorów woli jesień życia spędzić w domu spokojnej starości w towarzystwie osób, które mają podobne problemy, potrzeby, niż żyć samotnie. To jest ich prawo do samodecydowania o sobie, własny wybór.

Oczekiwania seniorów dotyczące wysokiej jakości życia w placówkach opiekuńczych wymagają konkretnych działań, sprawą istotną jest więc, aby DPS-y nie były pozbawione odpowiedniego wsparcia finansowego.

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego w końcu grudnia 2023 r. działało w kraju 2138 zakładów stacjonarnych pomocy społecznej, które posiadały łącznie 132,6 tys. miejsc, a przebywało w nich 121,9 tys. mieszkańców. Domy pomocy społecznej stanowiły 42,3% (904) wszystkich zakładów stacjonarnych pomocy społecznej, a placówki zapewniające całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku w ramach działalności gospodarczej lub statutowej stanowiły 30,5% (652) (GUS, 2023a).

Obecnie najważniejszą instytucją, ze względu na dostępność dla przeciętnego seniora, są domy pomocy społecznej. Wprawdzie w ostatnim okresie standard DPS-ów w naszym kraju wyraźnie uległ poprawie, ale sytuacja ta dotyczy głównie wyposażenia i estetyki pomieszczeń. Ponadto zauważa się, że coraz częściej

poszczególne placówki starają się wypracować własny profil działania, dostosowany do potrzeb mieszkańców.

Jednak ogólna ocena autorki artykułu dotycząca funkcjonowania domów pomocy społecznej jest bardzo krytyczna.

Główną bolączką tych placówek jest ich wielkość, a to uniemożliwia stworzenie takich warunków, które zbliżone byłyby w jak największym stopniu do środowiska naturalnego. Obecnie średnio w placówce jest około 100 mieszkańców, a to czyni te instytucje „oziębłymi” molochami, w których trudno o kameralną atmosferę i spersonalizowane relacje. Współczesne DPS-y nie zaspokajają więc jednej z najważniejszych potrzeb człowieka – potrzeby poszanowania intymności, własnej przestrzeni życiowej. W jednym pokoju zamieszkuje kilka obcych sobie osób (2–3; jeżeli pokój zajmują wyłącznie osoby leżące, może być on czteroosobowy) (Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej, t.j. Dz.U. 2018.0.734).

Nasuwa się zatem pytanie, jak mają funkcjonować ze sobą osoby, które różnią cechy charakteru, środowisko pochodzenia, kultura osobista, zainteresowania, system wartości, a więc cechy, które praktycznie są nie do pogodzenia? Mieszkańcy kłócą się, rodzi się agresja; sytuacja taka nie tylko ujemnie wpływa na jakość ich życia, ale również destabilizuje pracę personelu.

## **Jakość świadczonych usług w domach pomocy społecznej – na podstawie Raportu Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (KMPT) w 2022 r. oraz wybranych wyników badań własnych**

Celem analizy literatury przedmiotu oraz wybranych wyników badań własnych było zapoznanie się ze sposobem funkcjonowania stacjonarnej opieki długoterminowej w zakresie realizacji podstawowych potrzeb mieszkańców, w tym respektowania prawa do wolności.

Badania dotyczące jakości życia mieszkańców DPS są szczególnie ważne w kontekście toczących się dyskusji na temat deinstytucjonalizacji usług opieki długoterminowej. W niektórych kręgach związanych z pomocą społeczną proces deinstytucjonalizacji usług społecznych nie znajduje poparcia. Jest to wynik, jak już zaznaczono, niezrozumienia, czym właściwie jest deinstytucjonalizacja. Tymczasem deinstytucjonalizacja jest nie tylko szansą na polepszenie standardów materialnych, ale również może w pewnym zakresie przeciwdziałać instytucjonalnemu sposobowi zaspokajania potrzeb.

Autorka uznała zatem za stosowne przedstawić wyniki badań własnych (z konieczności skrótowo), które przeprowadzone zostały w latach 2010–2020 w wybranych DPS-ach zlokalizowanych w województwach śląskim i małopolskim<sup>3</sup>. Z uwagi na grupę respondentów za najbardziej adekwatną technikę badawczą uznano wywiad kwestionariuszowy (Dudziak, 2010), który uzupełniony został swobodną rozmową. W kilku DPS-ach wywiad przeprowadzony był przez pracowników placówki – przełożoną pielęgniarek i psycholog oraz studentów uczestniczących w seminariach dyplomowych i magisterskich autorki. Autorka połączyła tutaj naukę z dydaktyką. Studenci-seminarzyści mogli bowiem sprawdzić nabytą wiedzę w praktyce, a doświadczenie wykorzystać przy opracowywaniu materiału empirycznego podczas pisania pracy licencjackiej czy magisterskiej.

Miejsmem spotkań z mieszkańcami były przede wszystkim ich pokoje, w mniejszym zakresie świetlica, sala terapii zajęciowej. Grupę badawczą stanowili wyłącznie mieszkańcy, którzy sami wyrazili chęć udziału w badaniach i jednocześnie potrafili odnieść się do swojej dawnej i aktualnej sytuacji. Ponadto zostały przeprowadzone rozmowy z dyrektorami placówek.

Aktualny stan jakości świadczonych usług w DPS-ach przybliży także Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (KMPT), dlatego też autorka zdecydowała się na przedstawienie wybranych wyników badań. Audyt przeprowadzony został przez Krajowy Mechanizm Prewencji Tortur w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2022 roku w 10 placówkach całodobowej opieki, 7 domach pomocy społecznej i w jednym zakładzie opiekuńczo-leczniczym. Niewątpliwie z raportem powinny zapoznać się wszystkie osoby pracujące w systemie opieki długoterminowej, by mieć świadomość, jaki jest standard opieki w audytowanych domach i jaki wpływ może mieć zastana sytuacja na jakość życia ich mieszkańców.

Już ponad dwie dekady temu eksperci krytycznie odnosili się do szeroko pojętej opieki w DPS-ach (zob. m.in. Liszewska, 1997). Zwracano uwagę na brak doboru mieszkańców w zależności od typu schorzenia czy uprzedniej sytuacji społeczno-zawodowej oraz na kwaterowanie seniorów uzależnionych od alkoholu i bezdomnych w DPS-ach dla osób w podeszłym wieku. Analiza struktury

---

3 Aktualnie autorka prowadzi badania nad jakością życia mieszkańców mieszkających w wybranych DPS-ach na terenie województwa śląskiego, wykorzystując do badań kwestionariusz WHOQOL-Bref w polskiej adaptacji Wołowickiej i Jaracz. WHOQOL-Bref zawiera 26 pytań i umożliwia otrzymanie profilu jakości życia w zakresie funkcjonowania fizycznego, psychicznego, społecznego i funkcjonowania w środowisku. Wyniki badań poddane zostaną analizie statystycznej. Badania przeprowadzone zostaną także przy pomocy techniki wywiadu swobodnego oraz autorskiej ankiety. Na koniec grudnia 2024 roku uzyskano ponad 200 kwestionariuszy ankiet.

organizacyjnej funkcjonowania DPS-ów od zawsze wskazywała, i nadal wskazuje, sporo przejawów dysfunkcjonalności. Przede wszystkim DPS-y mierzą się z permanentnymi trudnościami finansowymi. Z drugiej strony możemy mówić o nieadekwatności przepisów w stosunku do rzeczywistej sytuacji beneficjentów oraz o przewadze medycznego modelu opieki, który koncentruje się na świadczeniach usług pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych, w stopniu znaczącym ograniczając bądź pomijając rolę społecznych potrzeb.

Jak wynika z raportu KMPT w większości DPS-ów dla osób w podeszłym wieku (także przewlekłe somatycznie chorych) kwaterowane są osoby uzależnione od alkoholu i opuszczające schroniska dla bezdomnych. Taki stan rzeczy absolutnie nie powinien mieć miejsca. Personel opiekuńczo-terapeutyczny nie jest przygotowany do pracy z tzw. trudnymi mieszkańcami, a takie osoby mocno zaburzą funkcjonowanie placówki. Również z badań autorki oraz bieżących informacji studentki-wolontariuszki (informacje z IV kwartału 2024 roku), która ma systematyczny kontakt z jednym z DPS-ów w Bielsku-Białej wynika, że osoby mające problem z alkoholem z reguły zachowują się agresywnie, pozbawione są podstawowych zasad kultury osobistej, nie dbają o higienę.

Seniorzy zamieszkujący DPS-y mają zazwyczaj bardzo skomplikowaną sytuację rodzinną i/lub zdrowotną, tym bardziej oczekują zaspokojenia nie tylko potrzeb bytowych, zdrowotnych, ale również ciekawego zagospodarowania czasu wolnego, spokoju, poczucia bezpieczeństwa, prywatności, a przede wszystkim poszanowania własnej godności.

Wprawdzie 11 maja 2013 roku weszły w życie przepisy, które przewidują możliwość tworzenia domów pomocy społecznej dla osób z problemami alkoholowymi, jednak rzeczywistość okazuje się zupełnie inna. Jak do tej pory, mimo dużego zapotrzebowania na tego typu placówki – o czym informują sami dyrektorzy DPS, m.in. na spotkaniach organizowanych przez organy władzy samorządowej czy konferencjach – funkcjonuje tylko jeden DPS tego typu. Samodzielny specjalistyczny DPS dla osób uzależnionych od alkoholu działa od 26 czerwca 2012 roku w Krakowie. Jest to jednostka organizacyjna gminy miejskiej Kraków, docelowo przeznaczona dla 55 dorosłych osób obojga płci z terenu całej Polski. Na 31 grudnia 2023 r. w placówce przebywały 52 osoby (<https://www.gov.pl/web/rodzina/statystka-za-rok-2023>).

Podstawową barierą tworzenia tego typu placówek są oczywiście finanse. Koszt utrzymania mieszkańca w tego typu DPS-ie przewyższa koszty utrzymania w klasycznym domu pomocy. Jest to wynik obligatoryjnego zatrudnienia specjalistycznej kadry i prowadzenia zajęć według specjalnie opracowanego programu terapeutycznego. Pozostałe wymogi są jednak zbliżone do tych, jakie występują w standardowych domach pomocy społecznej.

Kolejna kwestia to stosowanie praktyk, które naruszają poszczególne prawa mieszkańców. Z raportu możemy się dowiedzieć, że zarzuty dotyczyły m.in. braku zapewnienia odpowiedniego bezpieczeństwa i wsparcia mieszkańcom w sytuacjach przemocowych, do jakich dochodzi pomiędzy nimi. Problem przemocy wynika zazwyczaj z czynników chorobowych mieszkańców – zaburzenia psychiczne, intelektualne, zaburzenia emocjonalne, uzależnienie od alkoholu. Przemocy fizycznej (np. popychanie, uderzanie w plecy), psychicznej doświadczają mieszkańcy także ze strony niektórych pracowników. Ponadto zdarza się, że personel poniża, krytykuje, ocenia. W niektórych placówkach mieszkańcy ponosili kary za łamanie zasad obowiązujących w DPS. Karą był np. zakaz wyjazdu na najbliższą wycieczkę.

Przedstawiciele KMPT odnotowali kilka przypadków dyscyplinowania mieszkańców przez personel. Trzeba podkreślić, że w aktualnym stanie prawnym nie ma regulacji, na mocy których pracownicy placówek opiekuńczych posiadaliby prawo nakładania jakichkolwiek kar na mieszkańców oraz prawo do dyscyplinowania ich. Wymierzanie kar mieszkańcom czy dyscyplinowanie narusza wolność osobistą jednostki, która chroniona jest przez art. 31 ust. 1 Konstytucji RP. Zgodnie z ww. artykułem każda regulacja dotycząca wolności osobistej musi mieć wyraźne umocowanie ustawowe.

Nieprawidłowości wykryto w sferze postępowania z depozytem i środkami pieniężnymi mieszkańców. Przykładowo, na upoważnieniu do odbioru emerytury/renty i innych świadczeń, do dokonywania opłat za pobyt w DPS oraz wpłat pozostałych pieniędzy na konto depozytowe DPS były wyłącznie podpisy pracowników DPS, którzy byli wymienieni w upoważnieniu do dysponowania środkami pieniężnymi. Natomiast w miejscu przeznaczonym na podpis mieszkańca zwykle była adnotacja, że ze względu na stan zdrowia mieszkaniowiec nie mógł się podpisać. Taka sytuacja prowadzi do nadużyć, wykorzystywania osoby starszej, tak ze strony personelu, jak i rodziny, która niejednokrotnie swojego bliskiego traktuje jak „bankomat”. Zatem mieszkaniowiec nie ma wsparcia w tym zakresie, nie jest zabezpieczony jego interes.

Nie najlepiej dzieje się w sferze zdrowotnej. Braki występują w kadrze pielęgniarskiej, odnotowano także przypadki niewłaściwego podawania leków.

Z badań autorki oraz obserwacji studentki-wolontariuszki również wynika, że mieszkańcy mają spore zarzuty dotyczące opieki zdrowotnej. Lekarze współpracujący z tymi placówkami z reguły odwiedzają je niesystematycznie, a w przypadku wizyt kontakt z mieszkańcami jest pobieżny. Jedna z mieszkanek żaliła się, że „lekarz poogląda mieszkańca jak rzecz, brak specjalnego zainteresowania, i idzie sobie, nie ma z kim porozmawiać” [kobieta, rozwiedziona, lat 70, wykształcenie średnie zawodowe] (Zawada, 2017). Z kolei 87-letni schorowany mężczyzna

z bardzo dużym ubytkiem wzroku stwierdził, że wszyscy są życzliwi, ale brakuje zwykłych codziennych rozmów: „Pielęgniarki nie przychodzą porozmawiać, zapominają o mnie, brak kontaktu, brak rozmowy, właściwie całymi dniami siedzę przed telewizorem” [mężczyzna, wdowiec, lat 87, wykształcenie średnie ogólnokształcące] (Ibidem).

Studentka-wolontariuszka zwróciła również uwagę na fakt, iż nie wszystkie pokoje były wyposażone w instalację przywoławczą, która służy do wzywania pomocy w nagłych wypadkach. Natomiast w pokojach, w których była zainstalowana, nie zawsze funkcjonowała. W rezultacie dochodziło do tego, że mieszkańcy musieli głośno krzyczeć, kiedy chcieli przywołać pielęgniarkę, a efekt był taki, że nie zawsze mogli doczekać się na jej przybycie. Taki stan rzeczy z całą pewnością nie sprzyja poczuciu bezpieczeństwa psychicznego seniorów, może przyczynić się do rozwoju choroby, stanów apatii, niepokoju czy poczucia bycia nikomu niepotrzebnym.

Brakuje także pieniędzy na regularne specjalistyczne zabiegi rehabilitacyjne. W DPS-ach, w których przeprowadzone były badania, zazwyczaj 1–2 razy w tygodniu były prowadzone zajęcia ogólnousprawniające z wykorzystaniem piłek, kijków, taśmy, woreczków z ziarenkami itp. Tymczasem zajęcia rehabilitacyjne powinny być priorytetem w DPS-ach, ponieważ pomagają w utrzymaniu dobrej kondycji fizycznej i ogólnej sprawności seniorów, opóźniają procesy starzenia się, zapobiegają powstawaniu wielu chorób, a przede wszystkim poprawiają samopoczucie (Zawada, 2018).

Aktywizacja mieszkańców i oddziaływania terapeutyczne to kolejne sfery, które nie są wolne od zastrzeżeń. W przywołanym raporcie podano, że w jednym z DPS-ów organizowano dość często wyjazdy rekreacyjne, ale korzystała z nich nieliczna grupka osób. Selektywny dobór uczestników wycieczek uwarunkowany był pojemnością samochodu, którym dysponowała placówka. Jednakże takie podejście, na co zwrócił uwagę KMPT, może powodować konflikty wśród mieszkańców i wywoływać poczucie nierównego traktowania.

W innej placówce nie prowadzono indywidualnych planów wsparcia podopiecznych. Zatem formy terapii były dobierane w sposób dość przypadkowy, bez uwzględniania potrzeb seniorów.

Z kolei z badań autorki wynika, że w DPS-ach dominują dwa typy aktywności – receptywna oraz rekreacyjno-hobbistyczna. Ta pierwsza sprowadza się z reguły do oglądania programu telewizyjnego, słuchania radia, czytania książek, prasy, druga – do spacerów, organizowania ognisk, wycieczek (najczęściej po regionie) czy wyjazdów do miejsc kultu religijnego. Inną formą aktywności rekreacyjno-hobbistycznej są wyjścia do placówek kulturalnych – do kina, teatru, na wystawy. Nie są to jednak częste wyjścia ze względu na brak funduszy.

W niewielkim stopniu rozwinięta jest aktywność zorientowana na działania publiczne i społeczne, także aktywność integracyjna, która ma najczęściej okazjonalny charakter.

Biorąc natomiast pod uwagę fakt, że większość mieszkańców DPS skarżyła się na ograniczenie swobody w postaci ustalonych procedur, regulaminów, które szczegółowo wyznaczają rytm dnia, tym bardziej zasadne wydaje się, aby mieszkańcy DPS-ów mieli możliwość zagospodarowania czasu wolnego poza placówką. Należałoby jednak zadbać o likwidację barier w realizacji tego przedsięwzięcia. Podstawową barierą może być dojazd do miejsc, w których odbywają się zajęcia, bądź koszty uczestnictwa w zajęciach (jeśli takie są), bariera psychiczna oraz bariera społeczna. Okazuje się, iż niektórzy mieszkańcy mają odczucie, że nie w każdym miejscu czuliby się komfortowo, np. na uniwersytecie trzeciego wieku. Z obawy o utratę własnej godności, wartości, rezygnują z przebywania w miejscach, które postrzegają jako nieprzyjazne dla siebie (Zawada, 2017). Uważają też, że w niektórych miejscach są dyskryminowani. Najczęściej wymieniają środowisko służby zdrowia, co jest zrozumiałe, biorąc pod uwagę stan zdrowia (przewlekłą chorobę, dysfunkcje poszczególnych układów lub narządów), który wymusza na ogół wielokrotne i długoletnie kontakty z poradniami specjalistycznymi (Zawada, 2013).

Zapewnienie właściwych, profesjonalnych kontaktów na linii DPS – służba zdrowia to duże wyzwanie dla placówki. Nie należy bowiem zapominać, że powszechna dostępność opieki medycznej i wysoka jej jakość gwarantują osobom starszym poczucie bezpieczeństwa zamieszkiwania w domu pomocy społecznej (zob. też Koziół, 2002).

Warto w tym miejscu przytoczyć opinię Marii Lehman, która podkreśla, że dyskryminacja osób zamieszkujących domy pomocy społecznej nie jest fikcją. Psycholog zwraca uwagę m.in. na język aktów prawnych. W art. 54.1 ustawy o pomocy społecznej z 2004 r. jest mowa o umieszczaniu starszej osoby w DPS-ie: „To «umieszczanie», potocznie: «oddawanie do domu starców», to tylko zapowiedź tego, jak starsi ludzie są traktowani w domach pomocy społecznej” (Zdziarski, 2012, s. 103).

Praca w DPS wiąże się m.in. z odpowiedzialnością za mieszkające w nim osoby, dlatego kadra powinna być przeszkolona w zakresie praw mieszkańców, metod postępowania z mieszkańcami agresywnymi, uzależnionymi od alkoholu, radzenia sobie w sytuacjach trudnych, konfliktowych, ale również w zakresie udzielania pierwszej pomocy (Raport KMPT).

DPS-y powinny zatem zatrudniać osoby, które wykazują się odpowiednimi predyspozycjami do pracy z osobami w podeszłym wieku, powinno unikać się przyjmowania ludzi przypadkowych.

Aktualnie jednak DPS-y mają coraz większe problemy kadrowe, co znacząco obniża jakość życia ich mieszkańców. Strukturalne problemy kadrowe szczególnie uwidoczniły się w okresie pandemii, kiedy zaczęło brakować ludzi przeszkolonych do pracy w tych placówkach.

Pozycja pracowników DPS wśród innych zawodów jest nadal stosunkowo niska, zatem należałoby rozważyć wzrost wynagrodzeń i prestiżu zawodów w opiece długoterminowej, a z całą pewnością zyskaliby na tej zmianie mieszkańcy.

Analiza funkcjonowania domów pomocy społecznej powinna posłużyć ich ocenie i skłonić decydentów do projektowania i realizowania pożądanych zmian, które przyczynią się do godnego przeżycia ostatniej fazy życia (Zawada, 2024).

## Zakończenie

Chociaż proces deinstytucjonalizacji już się rozpoczął, to placówki stacjonarne dla osób w podeszłym wieku będą jeszcze długo funkcjonowały. Również w definicji deinstytucjonalizacji Komisji Europejskiej jest wyartykułowane, że proces ten powinien być rozumiany „nie tylko jako dążenie do zamknięcia zakładów opieki, ale jako proces rozwoju usług społecznych na poziomie rodziny i lokalnej społeczności, który miałby umożliwić pozostawanie przez osobę potrzebującą pomocy jak najdłużej w swoim środowisku zamieszkania” (<http://www.gov.pl/attachment/4453eb0c-f209-4e2b-bce9-0a5c23623ed7>).

Proces deinstytucjonalizacji może przyczynić się do obalenia negatywnego stereotypu funkcjonującego jeszcze w obiegowej opinii społecznej, że faza starości to wyłącznie zniedołężnienie, zależność od innych, apatia, do postrzegania starości jako okresu wartościowego, w którym osiąga się spokój i równowagę wewnętrzną (Hehman & Bugental, 2013).

Aby domy pomocy społecznej nie zyskały miana domów niedostatecznej pomocy, powinny ulec przekształceniu w kierunku:

- bardziej środowiskowej i kameralnej formuły funkcjonowania;
- dostosowania infrastruktury do indywidualnych potrzeb mieszkańców. Mieszkańcy nie powinni mieć ograniczonej wolności osobistej, mają pełne prawo do poszanowania osobistych potrzeb i prywatnej przestrzeni. Zatem każdy senior powinien mieszkać w pokoju jednoosobowym;
- likwidacji w jak największym stopniu elementów placówki totalnej;
- większego respektowania praw mieszkańców;
- integracji placówek ze środowiskiem lokalnym;
- podjęcia działań na rzecz możliwości zagospodarowania sprawnym mieszkańcom czasu wolnego poza placówką;
- nawiązania współpracy (o ile to możliwe) z rodziną beneficjenta;

- zapewnienia wysokiej jakości usług zdrowotnych;
- zwiększenia nakładów na regularne zabiegi rehabilitacyjne;
- zapewnienia wysokiej jakości życia u jego kresu;
- poprawy sytuacji kadrowej w placówkach poprzez wzrost wynagrodzeń, także nadanie określonych kompetencji zawodowych;
- zmiany nazewnictwa „dom pomocy społecznej”, który ma wydźwięk pejoratywny.

3 czerwca 2024 r. w odpowiedzi na interpelację poselską Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej poinformował o realizowanej i rozwijanej reformie systemu opieki długoterminowej, w tym funkcjonowania domów pomocy społecznej prowadzonych przez jednostki samorządu terytorialnego. Oby tylko na drodze do podniesienia poziomu jakości życia mieszkańców DPS nie pojawiła się bariera finansowa.

## Bibliografia

- ARC Rynek i Opinia (2024). *Opieka długoterminowa w opinii Polaków*. ARC Rynek i Opinia.
- Błądowski, P. (red.). (2019). *Opieka długoterminowa w Polsce dzisiaj i jutro*. OCI Sp. z o.o.
- Błądowski, P. (red.). (2021). *Deinstytucjonalizacja opieki długoterminowej w Polsce. Cele i wyzwania*. OCI Sp. z o.o.
- Bojanowska, E. (2023). Sytuacja zdrowotna osób starszych w czasie i po pandemii. *Polityka Społeczna*, 1, 16–21.
- CBOS (2012). *Polacy wobec własnej starości. Komunikat z badań*. Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej.
- Dudziak, B. (2010). *Wprowadzenie do metod i technik badań społecznych*. Wydawnictwo Akademii Techniczno-Humanistycznej.
- Europejska Grupa Ekspertów ds. Przejścia od Opieki Instytucjonalnej do Opieki świadczonej na poziomie Lokalnych Społeczności (2012). *Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności*. Wydrukowano w Brukseli.
- GUS (2014). *Prognoza ludności na lata 2014–2050*. Zakład Wydawnictw Statystycznych.
- GUS (2021). *Ku lepszemu życiu. Polska w OECD*. Zakład Wydawnictw Statystycznych.
- GUS (2022). *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2021 roku*. Główny Urząd Statystyczny – Urząd Statystyczny w Białymstoku.
- Hehman, J., & Bugental, D. B. (2013). „Life stage-specific” variations in performance in response to age stereotypes. *Developmental Psychology*, 49(7), 1396–1406.
- Kozioł, W. (2002). Warunki realizacji obowiązującego standardu usług na przykładzie Domu Pomocy Społecznej w Różance. *Praca Socjalna*, 4, 94–105.

- Kraus, M., Riedel, M., Mot, E., Willemé, P., Röhring, G., & Czipionka, T. (2010). *A typology of long-term care systems in Europe*, ENEPRI Research Report No. 91.
- Liszewska, M. (1997). Dom pomocy społecznej dla seniorów: pytania o jakość opieki. *Tematy*, 10, 2–6.
- Łuczak, P. (2021). Zakres przedmiotowy deinstytucjonalizacji. W: P. Błędowski (red.), *Deinstytucjonalizacja opieki długoterminowej w Polsce. Cele i wyzwania* (ss. 15–16). OCI Sp. z o.o.
- OECD (2019). *Health at a Glance 2019*. OECD Publishing.
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz.U. 2018.0.734).
- Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 lipca 2024 r. w sprawie rodzinnych domów pomocy (Dz.U.2024 r. poz. 1129).
- Steuden, S. (2014). *Psychologia starzenia się i starości*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Toporkov, A. (1995). Dom. W: A. Toporkov (red.), *Slavjanskaja mifologia. Enciklopedičeskij slovar* (ss. 168). Moskwa.
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2024 r., poz. 1283, 1572).
- Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych (Dz.U.2019. poz. 1818).
- Wróblewska, W., Antczak, R. (2019). Sytuacja zdrowotna osób w wieku okołoemerytalnym i starszych w Polsce na tle innych krajów. W: I. Kotowska, A. Chłoń-Domińczak, D. Holzer-Żelaźewska (red.), *Pokolenia 50+ w Polsce i w Europie: aktywność, stan zdrowia, warunki pracy, relacje międzypokoleniowe i wykluczenie* (ss. 69–84). Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.
- Zawada, A. (2013). Opieka nad osobami starszymi w domach pomocy społecznej na przykładzie podregionu bielsko-bialskiego. W: A. Fabiś (red.), *Biblioteka Gerontologii Społecznej. Współczesne oblicza starzenia się* (ss. 152–166). Wydawnictwo Naukowe „Śląsk” – Wyższa Szkoła Administracji w Bielsku-Białej.
- Zawada, A. (2017). Instytucjonalna opieka seniorów – konieczność czy sposób na dobrą jakość życia? *Praca Socjalna*, 5, 131–149.
- Zawada, A. (2018). W trosce o dobrą jakość w ośrodkach pobytu stałego dla osób starszych. *Praca Socjalna*, 2, 76–95.
- Zawada, A. (2024). Instytucjonalna forma wsparcia i opieki nad osobami starszymi – wyzwania i rekomendacje. W: E. Reczek, M. Kapuścińska (red.), *Współczesne wyzwania i dylematy systemu pomocy społecznej w Polsce. Ujęcie interdyscyplinarne* (ss. 11–26). Wydawnictwo Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi.
- Zdziarski, M. (2012). Szacunek i godność. Rozmowa z Marią Lehman, psychologiem, animatorką działań na rzecz seniorów. W: M. Zdziarski, *OswoićStarość.pl* (ss. 95–107). Instytut Łukasiewicz.

Zych, A. A. (1999). Dom pomocy społecznej. W: D. Lalak, T. Pilch (red.), *Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej i pracy socjalnej* (ss. 61). Wydawnictwo Akademickie „Żak”.

## Netografia

- Bakalarczyk, R. (2021). *Starość po polsku. Propozycja reformy systemu opieki nad osobami starszymi*. Współfinansowano przez Narodowy Instytut Wolności – Centrum Rozwoju Społeczeństwa Obywatelskiego ze środków Programu Rozwoju Organizacji Obywatelskich na lata 2018-2030, <https://klubjagiellonski.pl/wp-content/uploads/2021/04/starosc-po-polsku-xxx-wersja-online-1.pdf> [dostęp: 19.11.2024]
- GUS (2022a). *Komunikat Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 28 marca 2022 r. w sprawie tablicy średniego dalszego trwania życia kobiet i mężczyzn*. Załącznik do komunikatu Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 28 marca 2022 r., <https://stat.gov.pl/sygnalne/komunikaty-i-obwieszczenia/lista-komunikatow-i-obwieszczen/komunikat-w-sprawie-tablicy-sredniego-dalszego-trwania-zycia-kobiet-i-mezczyzn,285,10.html> [dostęp: 10.10.2024]
- GUS (2022b). *Trwanie życia w zdrowiu w 2021 r. Informacje sygnalne*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-w-zdrowiu-w-2021-r-,5,2.html> [dostęp: 10.10.2024]
- GUS (2023). *Komunikat Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 27 marca 2023 r. w sprawie tablicy średniego dalszego trwania życia kobiet i mężczyzn*. Załącznik do komunikatu Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 27 marca 2023 r., <https://stat.gov.pl/sygnalne/komunikaty-i-obwieszczenia/lista-komunikatow-i-obwieszczen/komunikat-w-sprawie-tablicy-sredniego-dalszego-trwania-zycia-kobiet-i-mezczyzn,285,11.html> [dostęp: 10.10.2024]
- GUS (2023a). *Zakłady stacjonarne pomocy społecznej w 2023 roku*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia/ubostwo-pomoc-spoleczna/zaklady-stacjonarne-pomocy-spolecznej-w-2023-roku,18,8.html> [dostęp: 10.10.2024]
- GUS (2024). *Komunikat Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 26 marca 2024 r. w sprawie tablicy średniego dalszego trwania życia kobiet i mężczyzn*. Załącznik do komunikatu Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 26 marca 2024 r., <https://stat.gov.pl/sygnalne/komunikaty-i-obwieszczenia/lista-komunikatow-i-obwieszczen/komunikat-w-sprawie-tablicy-sredniego-dalszego-trwania-zycia-kobiet-i-mezczyzn,285,12.html> [dostęp: 10.10.2024]
- Ogólnopolskie ramowe wytyczne tworzenia lokalnych planów deinstytucjonalizacji usług społecznych. Wprowadzenie w proces deinstytucjonalizacji usług społecznych, <https://www.gov.pl/attachment/f54b5d71-9dd1-41d5-bf03-b1261402d4a3> [dostęp: 10.10.2024]
- Opieka długoterminowa w Polsce w zapaści – Zdrowie Polaków, <https://zdrowie-polakow.pl/opieka-dlugoterminowa-w-polsce-w-zapasci/> [dostęp: 10.10.2024]

- Pietryka, E. (2025). *Cennik domów opieki 2025 – zobacz, ile kosztuje dom spokojnej starości*, [https://kb.pl/ceny/cenniki-medyczne/cennik-domow-opieki-zobacz-ile-kosztuje-dom-spokojnej-starosci-\\_med/](https://kb.pl/ceny/cenniki-medyczne/cennik-domow-opieki-zobacz-ile-kosztuje-dom-spokojnej-starosci-_med/) [dostęp: 05.01.2025]
- Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z działalności w Polsce Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, Nieludzkiego, Poniżającego Traktowania lub Karania w 2022 r., <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-raport-dzialalnosc-kmpt-2022> [dostęp: 10.10.2024]
- Sprawozdanie MRiPS-05 za 2023 rok, <https://www.gov.pl/attachment/cb0085f6-c0a0-4863-aa96-92c40b8a45ef> [dostęp: 10.10.2024]
- Szukalski, P. (2019). Polska – kraj starych ludzi! ¼ Polaków ma przynajmniej 60 lat. *Demografia i Gerontologia Społeczna – Biuletyn informacyjny*, 3, 3, <https://dspace.uni.lodz.pl/xmlui/bitstream/handle/11089/29640/2019-03%20Staro%C5%9B%C4%87.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [dostęp: 10.10.2024]

Joanna Kwinta-Odrzywołek<sup>1</sup> 

# Hackathon jako partycypacyjna metoda generowania pomysłów oraz sposób aktywizacji osób starszych – studium przypadku<sup>2</sup>

## Hackathon as a participatory method of generating ideas and activation of older people – a case study

### Streszczenie:

Celem artykułu jest zaprezentowanie hackathonu jako wartościowej metody generowania nowych pomysłów z obszaru innowacji społecznych oraz sposobu aktywizacji osób starszych. Hackathon – metoda wywodząca się ze społeczności programistów, wykorzystywana głównie do generowania rozwiązań technologicznych – może z powodzeniem przysłużyć się rozwiązywaniu problemów społecznych. Hackathony są skuteczne we wprowadzaniu innowacji w wielu obszarach społecznych, w tym takich jak starzenie się społeczeństwa. Artykuł przedstawia studium przypadku organizacji hackathonu, zrealizowanego w Krakowie w 2023 roku, którego celem było wypracowanie przez zespoły międzypokoleniowe rozwiązań odpowiadających na potrzeby osób starszych.

1 Centrum Ewaluacji i Analiz Polityk Publicznych UJ, joanna.kwinta-odrzywolek@uj.edu.pl

2 Opisywane wydarzenie zorganizowano w ramach zadań z projektu INTEGER: Interconnecting 4 Helix Innovation Ecosystems in European Regions (GA numer: 101096563, Call: HORIZON-EIE-2022-CONNECT-01), realizowanego w terminie luty 2023 – styczeń 2025 przez partnerów z Hiszpanii, Niemiec, Portugalii, Holandii, Irlandii oraz Polski. Specjalne podziękowania za zaangażowanie w organizację przedsięwzięcia i tym samym wkład w niniejszą publikację należą się polskimi partnerom projektu: Krakowskiemu Parkowi Technologicznemu (zespół w składzie: Monika Machowska, Agnieszka Włodarczyk-Gębik, Agnieszka Podkowa, Mateusz Kowacki) oraz Centrum Ewaluacji i Analiz Polityk Publicznych UJ (zespół w składzie: prof. Jolanta Perek-Białas, Natalia Krygowska-Nowak, Anna Szczucka). Więcej informacji o projekcie: <https://integercollab.eu/>

## Słowa kluczowe:

hackathon, innowacje społeczne, aktywne starzenie się, zdrowe starzenie się, metoda partycypacyjna

## Summary:

Hackathons – which originate from the software development community and are mainly used to find technological solutions – can successfully help solve social issues as a participatory innovation method. Hackathons effectively introduce innovations in social areas, such as the aging population and related needs. This article presents a case study of a hackathon held in Krakow in 2023, the aim of which was for intergenerational teams to develop solutions to meet the needs of older people.

## Keywords:

hackathon, social innovation, active ageing, healthy ageing, participatory method

## Wprowadzenie

Pojęcie *innowacje społeczne* wzbudza coraz większe zainteresowanie nie tylko w sferze nauki, ale także polityki społecznej i praktycznego wdrażania (Ziegler, 2017). Innowacje społeczne są skierowane na rozwój i podnoszenie jakości życia, dzięki wspólnym wysiłkom podmiotów reprezentujących państwo, biznes i społeczeństwo (Olejniczuk-Merta, 2013).

Innowacje społeczne to działania, które mają na celu przynoszenie korzyści całemu społeczeństwu, a nie tylko pojedynczym jednostkom. Zgodnie z popularną definicją OECD są one ukierunkowane na poszukiwanie nowych rozwiązań problemów społecznych poprzez tworzenie i wdrażanie usług, procesów czy nowych kompetencji, które poprawiają jakość życia zarówno jednostek, jak i społeczności. W tym kontekście innowacje społeczne można postrzegać jako narzędzie służące poprawie jakości życia oraz budowaniu dobrostanu jednostek i społeczności, w ścisłym powiązaniu z aktywnością społeczną i zawodową (OECD, 2011).

W nauce innowacje społeczne są przedmiotem analizy jako narzędzie rozwiązywania problemów systemowych, takich jak nierówności społeczne, dostęp do edukacji czy zmiany demograficzne. Z kolei w polityce społecznej są postrzegane jako potencjalny sposób na zwiększenie efektywności działań publicznych, wspieranie zrównoważonego rozwoju i angażowanie społeczności w procesy decyzyjne. Na poziomie praktycznym innowacje społeczne znajdują zastosowanie w projektach lokalnych, inicjatywach obywatelskich czy działaniach sektora NGO, przyczyniając się do testowania i wdrażania nowych rozwiązań, które odpowiadają na zmieniające się potrzeby społeczeństwa. Współczesne wyzwania, takie jak starzenie się populacji czy cyfryzacja, dodatkowo intensyfikują

zainteresowanie tym obszarem, czyniąc go kluczowym zarówno dla badaczy, jak i praktyków.

Innowacje społeczne to także obszar, w którym zastosowanie mają metody partycypacyjne, włączające osoby zainteresowane w tworzenie nowych rozwiązań. Proces tworzenia innowacji opiera się na współpracy oraz otwartości na wzajemne rozpoznawanie i uwzględnianie potrzeb. Kluczowym celem innowacji społecznych jest poprawa jakości życia oraz codziennego funkcjonowania społeczności lokalnych. Z tego względu partycypacja społeczna stanowi nieodzowny element ich powstawania (Markowicz, 2019). Partycypacja sprzyja współdziałaniu wiedzy, zasobów oraz doświadczeń, co pozwala na lepsze zrozumienie złożoności problemów i wypracowanie bardziej efektywnych oraz akceptowalnych rozwiązań.

Generowanie innowacji społecznych w ten sposób wzmacnia poczucie współodpowiedzialności uczestników za procesy zmian, jednocześnie budując kapitał społeczny i zaufanie między różnymi grupami. Partycypacja stanowi proces, w ramach którego obywatelom przyznawany jest rzeczywisty wpływ na podejmowanie decyzji oraz umożliwia się ich aktywne upodmiotowienie. Wykracza ona daleko poza tradycyjne formy konsultacji społecznych, oferując bardziej zaawansowane i angażujące mechanizmy włączania obywateli w procesy decyzyjne. Współczesne podejście do planowania nie ogranicza się już jedynie do bycia inkluzywnym (*inclusive*) czy uczestniczącym (*participation*). Obecnie kluczowy nacisk kładzie się na współpracę opartą na dialogu (*collaborative planning*). Co więcej, centralnym aspektem tych działań staje się przekazanie obywatelom realnych kompetencji do sprawczego działania, a także stymulowanie ich kreatywności w procesach współtworzenia polityk i strategii rozwoju (Kotus, Sowada, Rzeszewski, Pazder, 2019). Organizacja hackathonów w obszarze technologii znacząco usprawniła przebieg procesu innowacji. Doprowadziła do skrócenia go do minimum i zaoszczędzenia czasu oraz nakładów pracy. Dzięki takim wydarzeniom wiele firm w bardzo krótkim czasie otrzymuje pomysł gotowy do wprowadzenia i zastosowania na szerszą skalę (Łapińska, 2021).

Chociaż zainteresowanie badaniami nad hackathonami znacząco wzrosło, dopiero w ostatnich latach podjęto próby systematycznego przeglądu tej metody. Pojawiają się pierwsze analizy wypełniające tę lukę poprzez kompleksowy przegląd istniejącej literatury, identyfikację kluczowych aspektów projektowych czy wskazanie obszarów wymagających dalszych badań, szczególnie w kontekście trwałości efektów uzyskiwanych podczas hackathonów (Angarita, Nolte, 2020). Literatura podkreśla kluczowe znaczenie otwartości na różnorodne perspektywy oraz współpracy między specjalistami z różnych dziedzin (Falk i in., 2024).

Interdyscyplinarne podejście pozwoli skutecznie zidentyfikować i rozwiązać złożone wyzwania, z jakimi mierzy się np. grupa docelowa w postaci osób starszych.

Hackathony, jako metoda generowania pomysłów, oferują unikalne zalety w porównaniu z tradycyjnymi technikami, takimi jak burza mózgów czy warsztaty innowacyjne. Jedną z głównych zalet hackathonów jest ich intensywny, skoncentrowany charakter, który sprzyja szybkiemu prototypowaniu i testowaniu pomysłów (Briscoe, Mulligan, 2014). Ponadto hackathony często przyciągają uczestników o zróżnicowanych umiejętnościach, co sprzyja interdyscyplinarnej współpracy i powstawaniu bardziej innowacyjnych rozwiązań. Z drugiej strony hackathony mają również wady, takie jak ograniczony czas trwania, co może prowadzić do powierzchownego opracowania pomysłów (Rosell, Kumar & Shepherd, 2014). Dodatkowo intensywność tych wydarzeń może być wyzwaniem dla niektórych uczestników, co wpływa na ich zdolność do efektywnej pracy przez cały czas trwania hackathonu (Komssi et al., 2014). Mimo tych ograniczeń hackathony pozostają cennym narzędziem w arsenale metod generowania pomysłów, szczególnie w kontekstach, gdzie priorytetem jest szybkie iteracyjne podejście.

Niniejszy artykuł zaprezentuje przykład wykorzystania hackathonu jako metody stymulowania kreatywności w procesie współtworzenia rozwiązań społecznych z udziałem osób starszych. Na przykładzie wydarzenia w Krakowie, zrealizowanego w ramach międzynarodowego projektu, zostanie pokazane, jak wykorzystując partycypacyjną metodę hackathonu, nie tylko zaangażować i aktywizować osoby starsze, ale także wygenerować wartościowe rozwiązania, odpowiadające na współczesne wyzwania społeczne.

## Koncepcja – opracowanie wyzwania (zadania) na hackathon

Wydarzenie – hackathon, pod zmienioną na potrzeby projektu nazwą – Ahathon (*Active Healthy Ageing*), miało miejsce w Krakowie w dniach 29 listopada – 1 grudnia 2023 i odbyło się w ramach konferencji *Life Science Open Space 2023*. Hackathon stanowił integralną część międzynarodowego projektu INTEGER Interconnecting 4 Helix Innovation Ecosystems in European Regions (Horizon), zakładającego realizację podobnych wydarzeń w trzech europejskich miastach (oprócz Krakowa również w Barcelonie i Hamburgu) (Caro-González, 2023).

Intencją tego zadania w projekcie INTEGER było wygenerowanie wartościowych innowacji dla rozwoju bardziej solidnych, zrównoważonych i integracyjnych ekosystemów innowacji społecznych. Hackathony były częścią tworzenia modelu „współpracy” (*collaboratory model*), wyrażonego w projekcie jako

następna generacja laboratoriów innowacji/żywych laboratoriów (*living lab*) poczwórnej helisy (4H, *quadruple helix*). Są to instrumenty współpracy oparte na podejściu tworzenia równorzędnych sieci lub równorzędnego sieciowania innowacji biznesowych, społecznych i technologicznych zgodnie z modelem *peer to peer*. Model opiera się na dynamice regionalnej potrójnej helisy, ale wykracza poza nią i obejmuje poczwórną helisę (obywateli oraz podmioty i podmioty społeczne) w procesach innowacyjnych.

Proces współtworzenia w ramach projektu INTEGER rozwijał się poprzez szereg działań, ale szczególny nacisk został położony na regionalne hackathony, które odbyły się w regionach projektu – Krakowie, Hamburgu i Barcelonie. Niezależnie od faktu, że trzy regiony ostatecznie podczas hackathonów pracowały nad różnymi wyzwaniami, proces identyfikacji i rozwoju tych wyzwań był taki sam i miał swój początek we wcześniejszych działaniach w ramach projektu. Po przeprowadzeniu badań wizytacyjnych (*study visits*) w każdym z krajów, które pomogły zrozumieć regionalny ekosystem innowacji społecznych, odbyło się spotkanie online – INTEGER Pre-Model Event on Healthy living and Social innovation, podczas którego interesariusze z każdego regionu zaangażowali się w dyskusje w celu zidentyfikowania listy głównych wyzwań w zakresie zdrowego stylu życia i dobrostanu. Następnie za pomocą ankiety kwestionariuszowej zidentyfikowano i wybrano ostatecznie trzy kluczowe wyzwania, które zostały zaprezentowane na poszczególnych hackathonach. Powyższe etapy pokazują, że proces wskazania kluczowych wyzwań, nad którymi pracowali uczestnicy hackathonu, był przeprowadzony przy udziale ekspertów i interesariuszy reprezentujących szeroki ekosystem innowacji społecznych oraz z aktywnym udziałem osób starszych, dając im możliwość aktywizacji.

Podstawą dla opracowania wyzwania na krakowskie wydarzenie były globalne zmiany społeczne. Starzenie się społeczeństw, w tym także polskiego, jest jednym z najważniejszych wyzwań demograficznych współczesnego świata (Baranowska, 2017). Polska, będąca jednym z najszybciej starzejących się krajów w Unii Europejskiej, stoi w obliczu dynamicznych przemian, które w szczególnie sposób wpływają m.in. na obszary miejskie (Słabiak, 2022). Starzenie się populacji niesie ze sobą szereg wyzwań, ale daje również nowe szanse, które mogą być odpowiednio wykorzystane poprzez innowacyjne podejście do tworzenia polityk społecznych.

Rezultatem opisanego powyżej wieloetapowego (*study visits*, spotkanie interesariuszy online, badanie kwestionariuszowe) procesu identyfikacji konkursowego wyzwania na krakowski hackathon było sformułowanie problemu w następującej postaci:

*Polska jest jednym z najszybciej starzejących się społeczeństw w UE, a starzenie się społeczeństwa jest wyzwaniem nie tylko globalnym, ale przede wszystkim widoczne jest na poziomie lokalnym (w miastach i na terenach wiejskich). Niewystarczające wykorzystanie potencjału starzejącej się populacji oznacza marnowanie ich doświadczenia, wiedzy i umiejętności. Innowacje społeczne mogą być sposobem na aktywizację osób starszych, niwelując tym samym bariery i wykluczenie społeczne w wielu obszarach (np. cyfrowym, architektonicznym, rynku pracy). Czy w dynamicznym i nieprzewidywalnym współczesnym świecie istnieje możliwość wdrożenia innowacyjnych rozwiązań, które wychodzą naprzeciw wyzwaniom płynącym ze zmian demograficznych na poziomie lokalnym i międzynarodowym? Jak wykorzystać potencjał starzejącego się społeczeństwa w regionach – miastach oraz na terenach wiejskich?*

## Organizacja wydarzenia

Krakowski hackathon (Ahathon) odbył się w siedzibie Krakowskiego Parku Technologicznego w dniach 29 listopada – 1 grudnia 2023. Wydarzenie zostało zorganizowane przez trzech partnerów: Uniwersytet Jagielloński, Krakowski Park Technologiczny oraz Klaster Life Science Kraków.

### Warunki uczestnictwa

W stworzonym na potrzeby wydarzenia regulaminie określono konkretne warunki uczestnictwa w konkursie, wśród których jako kluczowe dla niniejszego artykułu można wymienić:

- 1) dobrowolne i bezpłatne uczestnictwo w wydarzeniu;
- 2) brak konieczności posiadania jakichkolwiek umiejętności wstępnych czy wcześniejszego doświadczenia w zakresie innowacji, przedsiębiorczości czy opieki zdrowotnej;
- 3) konieczność przygotowania rozwiązania w całości w trakcie wydarzenia. Rozwiązanie stworzone przez zespół nie mogło być wcześniej publikowane ani prezentowane na żadnym innym wydarzeniu lub konkursie o podobnym charakterze.

Wprowadzenie powyższych warunków uczestnictwa w regulaminie konkursu odegrało kluczową rolę w zapewnieniu równości szans, transparentności procesu oraz sprzyjało kreatywności uczestników. Omawiając warunki kolejno, dobrowolne i bezpłatne uczestnictwo umożliwiło szerokie otwarcie konkursu na

różnorodne grupy społeczne, niezależnie od ich wieku, wykształcenia, statusu ekonomicznego czy innych ograniczeń. Dzięki temu wydarzenie przyciągnęło zarówno profesjonalistów, jak i osoby niezwiązane z tematyką innowacji, zwiększając tym samym potencjał odkrywania nowatorskich rozwiązań. Dobrowolność udziału podkreśliła również ideę zaangażowania wynikającego z autentycznej motywacji, co sprzyja wyższemu poziomowi zaangażowania i współpracy uczestników. Drugi warunek – brak konieczności posiadania wstępnych umiejętności czy doświadczenia – otworzył drogę do konkursu dla osób spoza wąsko wyspecjalizowanych środowisk, umożliwiając włączenie uczestników o różnych perspektywach i kompetencjach. Taka różnorodność przyczyniła się do generowania bardziej interdyscyplinarnych i kreatywnych pomysłów. Ponadto obniżyło to barierę wejścia i zachęciło do udziału osoby, które mogłyby obawiać się rywalizacji w bardziej wymagającym środowisku. Ostatni wymóg – stworzenia rozwiązania wyłącznie w trakcie wydarzenia, bez możliwości korzystania z wcześniej przygotowanych projektów – promował uczciwość i równą rywalizację wśród uczestników. Eliminując projekty uprzednio publikowane lub prezentowane, organizatorzy zapewnili, że każde zgłoszone rozwiązanie było unikalne i stworzone z myślą o specyfice konkursu. Dzięki temu wydarzenie nabrało charakteru kreatywnego procesu współtworzenia, w którym zespoły musiały wykazać się nie tylko wiedzą, ale także zdolnością do intensywnej współpracy i adaptacji w ograniczonym czasie. To wszystko stworzyło środowisko, które sprzyjało innowacyjności, inkluzywności i równości, a jednocześnie wzmocniło wiarygodność i jakość wyników konkursu.

## Przebieg wydarzenia

Hackathon został zaplanowany zgodnie z podanym wcześniej do publicznej informacji harmonogramem, który uwzględniał trzy kluczowe etapy:

- 1) Pierwszy etap objął zgłaszanie chęci uczestnictwa, co pozwoliło organizatorom na zebranie grupy uczestników o różnorodnych kompetencjach i doświadczeniach;
- 2) Kolejne dni, tj. 29–30 listopada 2023, zostały przeznaczone na intensywną pracę zespołową wspieraną przez sesje mentoringowe;
- 3) Finał wydarzenia odbył się 1 grudnia 2023, kiedy zespoły zaprezentowały wypracowane rozwiązania przed jury, dokonującym oceny i ogłaszającym wyniki konkursu.

Ważnym elementem wpływającym na jakość i efektywność pracy zespołowej była infrastruktura oraz wsparcie oferowane przez organizatorów. Uczestnikom zapewniono dostęp do przestrzeni roboczej (wygodne sale i stanowiska warsztatowe) wyposażonej w niezbędne udogodnienia techniczne (Internet). Ponadto

organizatorzy zadbali o dostarczenie informacji potrzebnych do opracowania rozwiązań, w tym możliwość konsultacji projektów z ekspertami i mentorami. Takie podejście nie tylko sprzyjało efektywnej współpracy w zespołach, ale także pozwoliło uczestnikom na weryfikację zasadności i potencjału ich pomysłów, co znacząco podniosło poziom merytoryczny prezentowanych rezultatów. Organizatorzy zapewnili uczestnikom optymalne warunki do realizacji ich innowacyjnych projektów.

### Praca nad rozwiązaniami

Na wydarzenie zapisało się 36 uczestników reprezentujących różne grupy – osoby starsze, studentów, przedstawicieli administracji publicznej oraz inne osoby dorosłe zainteresowane udziałem w przedsięwzięciu. Osoby starsze stanowiły większość (20) wszystkich uczestników. Nie wszyscy uczestnicy pracowali do końca – finalnie przez całe trzy dni nad rozwiązaniami pracowało pięć grup (liczących od 4 do 7 osób). Przedział wiekowy zespołów obejmował osoby w wieku 23–82 lata. Uczestnicy pracowali warsztatowo, mając cały czas dostęp do wiedzy ekspertów i mentorów.

**Rysunek 1.** Uczestnicy krakowskiego hackathonu podczas pracy nad rozwiązaniami



Hackathon z udziałem osób starszych uwzględniał warunki sprzyjające integracji międzypokoleniowej (zespoły międzygeneracyjne), stymulowanie ich aktywności intelektualnej oraz wykorzystanie ich bogatego doświadczenia życiowego i praktycznej wiedzy. Na początku wydarzenia uczestnicy zostali zapoznani z celami, zasadami i oczekiwaniami, co umożliwiło zrozumienie wyzwań oraz określenie kierunku działań. Następnie uformowały się zespoły, składające się ostatecznie z grup mieszanych pokoleniowo – starszych i młodszych uczestników.

Proces pracy nad rozwiązaniami wspierali eksperci i mentorzy, udzielający konsultacji oraz wsparcia w definiowaniu problemów i opracowywaniu innowacyjnych pomysłów. Hackathon zakończył się prezentacją wypracowanych rozwiązań (w postaci krótkich sesji pitchingowych) przed jury, które dokonało ich oceny pod kątem innowacyjności, przydatności oraz potencjału wdrożeniowego. Wyłoniono jednego zwycięzcę – projekt SąsiadeX oraz przyznano cztery równorzędne wyróżnienia. Decyzją jury wszystkie zespoły otrzymały nagrody finansowe, a zwyciężskiemu zespołowi zaoferowano dodatkowo specjalnie dedykowany mentoring oraz możliwość realizacji działań wdrożeniowych jako kolejny krok ich projektu.

Wydarzenie umożliwiło przełamanie barier wiekowych, sprzyjało integracji społecznej oraz pozwoliło lepiej zrozumieć potrzeby i oczekiwania osób starszych, co czyniło je ważnym krokiem w kierunku rozwijania innowacji społecznych.

## Ograniczenia metody

Mimo wielu zalet hackathonu jako metody generowania pomysłów, istnieją również pewne ograniczenia, które mogą wpływać na efektywność takich wydarzeń. Jednym z kluczowych ograniczeń jest niewielka liczebność grup, która może prowadzić do zredukowanego zróżnicowania pomysłów i innowacyjności. Choć w omawianym hackathonie uczestniczyło 36 osób, z których powstało 5 grup, mała liczba uczestników może ograniczać różnorodność podejść i doświadczeń, co zmniejsza potencjał do wypracowania szerokiego wachlarza innowacyjnych rozwiązań. Dodatkowo subiektywność oceny przez jury, szczególnie w kontekście projektów o innowacyjnym charakterze, może prowadzić do wyników zależnych od osobistych preferencji i doświadczeń oceniających, a nie wyłącznie od obiektywnych kryteriów innowacyjności.

Kolejnym ograniczeniem hackathonów jest specyfika lokalna oraz zróżnicowanie umiejętności uczestników. W omawianym przypadku, w którym dominowały osoby starsze, może wystąpić potrzeba dostosowania metod pracy, narzędzi oraz technologii do różnych poziomów zaawansowania uczestników. Zróżnicowany poziom kompetencji technologicznych uczestników może

prowadzić do nierównomiernej dynamiki pracy w grupach, co wpływa na ogólną efektywność przedsięwzięcia. Ponadto czas trwania hackathonu, mimo że sprzyja intensyfikacji pracy, może ograniczać głębokość analizy i rozwinięcia pomysłów, zwłaszcza w kontekście bardziej skomplikowanych problemów, wymagających długotrwałej weryfikacji i testowania.

## Analiza trudności

Organizacja hackathonu, takiego jak krakowski Ahathon, wiąże się z wieloma trudnościami, które należy wziąć pod uwagę. Przede wszystkim ważnym wyzwaniem jest zapewnienie równości szans i uczestnictwa szerokiej grupie osób. Z jednej strony, wydarzenie otwarte na różnorodne grupy społeczne sprzyja inkluzyjności, z drugiej – może prowadzić do trudności związanych ze zróżnicowaniem poziomu kompetencji uczestników, co wpływa na efektywność współpracy w zespołach. Zróżnicowanie kompetencji technologicznych i doświadczeń może prowadzić do nierównomiernego podziału pracy w grupach, co w pewnym stopniu utrudnia generowanie innowacyjnych pomysłów.

Kolejnym wyzwaniem organizacyjnym jest kwestia czasowa – trzydniowy hackathon, mimo że sprzyja intensywnej pracy, ogranicza możliwość głębszej analizy problemów czy długotrwałego testowania pomysłów. W rezultacie może prowadzić do powierzchownych rozwiązań, które nie są w pełni dopracowane. Dodatkowo, niejednoznaczność w ocenie przez jury, szczególnie w przypadku innowacyjnych projektów, może wprowadzać subiektywizm, który utrudnia obiektywne porównanie pomysłów.

Organizatorzy muszą także zadbać o odpowiednią przestrzeń i wsparcie technologiczne. Dostosowanie lokalizacji do potrzeb starszych uczestników czy zapewnienie odpowiednich materiałów edukacyjnych stanowi dodatkowe wyzwanie, zwłaszcza jeśli chodzi o uczestników mniej zaznajomionych z nowoczesnymi technologiami. Również odpowiednie tempo pracy oraz przerwy dostosowane do potrzeb osób starszych są istotne dla utrzymania efektywności zespołów i dobrego samopoczucia uczestników.

## Hackathon jako wydarzenie dla starszych uczestników – dobre praktyki i rekomendacje dla organizatorów

Metodyka organizacji hackathonu opiera się na precyzyjnym zdefiniowaniu problemu do rozwiązania oraz stworzeniu środowiska, które aktywnie wspiera uczestników w opracowywaniu kreatywnych i innowacyjnych rozwiązań. Kluczowym elementem tego podejścia jest motywowanie uczestników do

swobodnego eksplorowania różnych perspektyw i metod działania, co sprzyja tworzeniu oryginalnych koncepcji. Hackathony wyróżniają się także otwartością na różnorodność źródeł innowacji, nagradzając pomysły niezależnie od doświadczenia, wieku czy pochodzenia ich autorów. Hackathon jest bardzo użytecznym narzędziem sprawnego rozwiązywania różnych problemów społecznych i biznesowych. Wykorzystanie hackathonu sprzyja budowaniu i rozwojowi naturalnego ekosystemu innowacji, ekosystemu, w którym jest możliwa głęboka i stała współpraca międzysektorowa różnych interesariuszy procesu rozwoju społeczno-gospodarczego na poszczególnych etapach powstawania innowacji i wdrażania ich w gospodarce (Bembenek, 2020).

Przykład hackathonu organizowanego w Krakowie wskazuje, że tego rodzaju wydarzenia mogą skutecznie wychodzić poza tradycyjną grupę odbiorców, angażując osoby narażone na wykluczenie społeczne, takie jak osoby starsze. Dzięki temu hackathony nie tylko przyczyniają się do generowania innowacyjnych rozwiązań, ale również wspierają procesy inkluzywności społecznej, włączając grupy, które często pozostają na marginesie głównego nurtu działań innowacyjnych. Taka metodyka umożliwia zatem zarówno rozwój kreatywności, jak i budowanie bardziej sprawiedliwych i różnorodnych przestrzeni dla innowacji.

W oparciu o obserwacje poczynione w trakcie niniejszego studium przypadku można wskazać kilka dobrych praktyk, które mogą znacząco podnieść jakość organizacji hackathonów angażujących osoby starsze.

**Stworzenie międzypokoleniowych zespołów.** Współpraca zespołów międzypokoleniowych w hackathonie stanowiła istotną wartość dodaną, wzbogacając cały proces innowacyjny. Starsi uczestnicy wydarzenia dzięki swojemu doświadczeniu życiowemu i zawodowemu wnosili cenne uwagi do tworzenia rozwiązań, podczas gdy młodsze osoby, biegłe w nowych technologiach, wprowadzały świeże spojrzenie i znajomość narzędzi cyfrowych. Połączenie tych kompetencji prowadziło do kreatywnych i kompleksowych rozwiązań. Ponadto zespoły międzypokoleniowe sprzyjały integracji społecznej, eliminując bariery wiekowe i aktywizując osoby starsze, co miało szczególne znaczenie w kontekście włączenia ich w społeczeństwo innowacyjne.

**Dostosowanie przestrzeni.** Kluczowym elementem planowania hackathonu z udziałem starszych uczestników jest staranny wybór lokalizacji. Zaleca się, aby miejsce wydarzenia było znane uczestnikom, co może ułatwić im orientację i zmniejszyć stres związany z udziałem. W przypadku braku dostępu do takiego miejsca, optymalnym rozwiązaniem będzie wybór przestrzeni charakteryzującej się prostym układem, minimalizującym ryzyko dezorientacji. Hackathon w Krakowie odbywał się na jednym poziomie, na parterze. Kwestia dostosowania przestrzeni w kontekście hackathonów z udziałem osób starszych była

dotychczas rzadko poruszana w literaturze, co wynika z ograniczonej liczby wydarzeń tego typu dedykowanych osobom starszym (Kopeć i in., 2017).

**Stosowanie przerw adekwatnie do potrzeb starszych uczestników.** Przerwy podczas hackathonu odgrywają istotną rolę w utrzymaniu efektywności i dobrostanu osób starszych, które mogą być bardziej podatne na zmęczenie związane z długotrwałym wysiłkiem poznawczym i fizycznym. Regularne przerwy podczas krakowskiego wydarzenia umożliwiły uczestnikom regenerację, redukując stres i przeciążenie, co jest kluczowe dla utrzymania zdolności do kreatywnego myślenia i współpracy. Uczestnicy krakowskiego Ahathonu mieli specjalną przerwę, podczas której zaproszono ich na sesję jogi. Ponadto chwile odpoczynku były doskonałą okazją do nawiązania nieformalnych relacji w zespołach, wzmacniając poczucie integracji społecznej.

**Wsparcie technologiczne i opracowanie przyjaznych materiałów i instrukcji.** Wsparcie techniczne oraz zapewnienie czytelnych instrukcji może być szczególnie istotne dla osób starszych, redukując bariery ich uczestnictwa i wspierając ich pełne zaangażowanie. Dodatkowo obecność mentorów lub innych osób wspierających pomoże minimalizować stres związany z koniecznością wykorzystania nowoczesnych technologii. Z kolei czytelne, przystępne instrukcje dostosowane do potrzeb (np. większa czcionka, proste wyjaśnienia) ułatwią zrozumienie zadań i aktywny udział w procesie twórczym.

**Kontakt z uczestnikami po zakończeniu hackathonu** jest szczególnie istotny w przypadku osób starszych, ponieważ wzmacnia ich poczucie przynależności i wartości ich wkładu w wydarzenie. Osoby starsze, często narażone na społeczną izolację, mogą dzięki takiemu kontaktowi podtrzymać nowe relacje nawiązane podczas hackathonu, co sprzyja ich integracji społecznej oraz poprawie samopoczucia. Dalsza komunikacja, np. w formie podziękowań, informacji o postępach wdrażania pomysłów czy zaproszeń do kolejnych inicjatyw, pozwala poczuć, że ich zaangażowanie miało realne znaczenie i było docenione. Może to także motywować starszych uczestników do dalszego uczestnictwa w podobnych wydarzeniach oraz rozwijania zdobytych umiejętności. Ponadto kontakt ten daje organizatorom możliwość pozyskania cennych informacji zwrotnych, które mogą posłużyć do poprawy przyszłych edycji hackathonu. Z perspektywy uczestników jest to także szansa na monitorowanie realnego wpływu ich pomysłów, co wzmacnia ich wiarę w sens podejmowanych działań oraz buduje zaufanie do takich inicjatyw.

Organizacja hackathonów, szczególnie tych, które angażują różnorodne grupy wiekowe, w tym osoby starsze, stawia przed organizatorami szereg wyzwań. Aby zapewnić wszystkim uczestnikom, niezależnie od wieku czy doświadczenia, równe szanse na zaangażowanie i stworzenie wartościowych rozwiązań, ważne jest uwzględnienie specyficznych potrzeb tej grupy. Rekomendacje przedstawione

w poniższej tabeli koncentrują się na kluczowych aspektach, takich jak tworzenie inkluzywnej atmosfery, zapewnienie odpowiednich zasobów edukacyjnych, dostosowanie metod pracy do zróżnicowanych umiejętności uczestników oraz dbanie o dobrostan fizyczny i psychiczny. Implementacja tych zasad pomoże w stworzeniu środowiska, które wspiera zarówno innowacyjność, jak i integrację społeczną, co jest istotne dla sukcesu hackathonów włączających osoby starsze.

**Tabela 1.** Rekomendacje dla organizatorów na podstawie zrealizowanego hackathonu

| Rekomendacja                                                | Szczegóły działania                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Zróżnicowanie grup uczestników</b>                       | Angażowanie osób o różnym poziomie doświadczenia, kompetencji i w różnym wieku, w tym osób starszych, sprzyja wielości perspektyw. Tworzenie międzypokoleniowych zespołów pozwala na wymianę wiedzy i doświadczeń, co może prowadzić do bardziej kreatywnych rozwiązań. Warto umożliwić współpracę osób młodszych, biegłych w nowych technologiach, z osobami starszymi, które wnoszą bogate doświadczenie życiowe i zawodowe.        |
| <b>Dostosowanie metod pracy do umiejętności uczestników</b> | Należy uwzględnić zróżnicowany poziom kompetencji technologicznych uczestników. Warto zaoferować pomoc mentorów, którzy będą wspierać osoby mniej doświadczone w korzystaniu z narzędzi cyfrowych. Dobrze jest dostarczyć materiały edukacyjne o różnym stopniu zaawansowania, aby każdy mógł w pełni zaangażować się w proces.                                                                                                       |
| <b>Czas trwania hackathonu</b>                              | Hackathon powinien mieć odpowiednią długość, aby uczestnicy mieli czas na głębszą analizę problemów i rozwijanie pomysłów. Długość wydarzenia powinna również umożliwić testowanie rozwiązań i konsultowanie ich z ekspertami. Zbyt krótkie wydarzenie może ograniczyć rozwój pomysłów, natomiast zbyt długie może prowadzić do zmęczenia uczestników.                                                                                |
| <b>Przerwy i dbałość o dobrostan uczestników</b>            | Regularne przerwy są kluczowe dla utrzymania energii i koncentracji, zwłaszcza u starszych uczestników. Przerwy mogą obejmować proste ćwiczenia fizyczne, takie jak joga lub rozciąganie, które pomagają w redukcji stresu i zmniejszają ryzyko przeciążenia. Odpowiednia częstotliwość przerw wspiera efektywność pracy i aktywność intelektualną uczestników.                                                                       |
| <b>Odpowiednia przestrzeń i infrastruktura</b>              | Lokalizacja hackathonu powinna być dobrze dostosowana do potrzeb uczestników. Ważne jest, aby przestrzeń była łatwa do nawigacji, zwłaszcza dla osób starszych. Warto zadbać o dostępność wygodnych stanowisk roboczych, zapewnienie technologii (Internet, sprzęt komputerowy) oraz przestrzeni do pracy zespołowej. Przestrzeń powinna być na jednym poziomie, aby uniknąć problemów z poruszaniem się po schodach lub korytarzach. |

| Rekomendacja                               | Szczegóły działania                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Przystępne materiały edukacyjne</b>     | Zapewnienie instrukcji i materiałów edukacyjnych dostosowanych do różnych poziomów zaawansowania uczestników. W przypadku osób starszych warto zastosować większą czcionkę, proste wyjaśnienia, a także wyjaśnienia krok po kroku. Dzięki temu uczestnicy łatwiej zrozumieją zadania, co ułatwi im aktywne uczestnictwo w hackathonie. Warto także udostępnić materiały w różnych formatach (np. wideo, dokumenty).                            |
| <b>Transparentność procesu oceny</b>       | Aby zapewnić sprawiedliwość, organizatorzy powinni ustalić obiektywne i jasne kryteria oceny projektów, które uwzględniają innowacyjność, użyteczność oraz potencjał wdrożeniowy. Warto unikać subiektywności oceny przez jury, która może wynikać z osobistych preferencji. Należy także zadbać o to, by oceny były oparte na konkretnych i mierzalnych wskaźnikach.                                                                          |
| <b>Kontynuacja kontaktu po hackathonie</b> | Utrzymywanie kontaktu z uczestnikami po zakończeniu wydarzenia jest ważne, zwłaszcza w przypadku osób starszych, które mogą czuć się odizolowane. Regularna komunikacja, jak np. podziękowania, zaproszenia do kolejnych edycji czy informowanie o postępach wdrażania pomysłów, zwiększa poczucie przynależności do społeczności hackathonowej i utrzymuje zaangażowanie. Może to również motywować do dalszego rozwoju.                      |
| <b>Wsparcie integracji społecznej</b>      | Hackathon powinien promować integrację społeczną, szczególnie wśród osób starszych, które mogą być narażone na wykluczenie. Tworzenie przestrzeni sprzyjającej wymianie doświadczeń i nawiązywaniu relacji między uczestnikami w różnych grupach wiekowych pozwala na przełamanie barier i wspiera zaangażowanie osób starszych w życie społeczne oraz innowacyjne.                                                                            |
| <b>Promowanie inkluzyjności</b>            | Hackathony powinny być zaprojektowane w taki sposób, aby umożliwić pełne uczestnictwo osobom narażonym na wykluczenie społeczne, w tym osobom starszym. Ważne jest, aby organizatorzy dbali o dostępność wydarzenia dla osób z różnymi potrzebami i wspierali rozwój sprawiedliwego społeczeństwa innowacyjnego. Otwieranie takich wydarzeń na szerokie grupy odbiorców nie tylko generuje nowe pomysły, ale także wspiera inkluzję społeczną. |

## Podsumowanie

Przykład hackathonu zorganizowanego w Krakowie, jakim był Ahathon – *Active Healthy Aging Hackathon* – ukazuje potencjał takich wydarzeń w generowaniu innowacyjnych rozwiązań, odpowiadających na kluczowe wyzwania społeczne. Trzydniowe wydarzenie, skupiające uczestników z różnych grup wiekowych, udowodniło, że współpraca międzypokoleniowa może prowadzić do tworzenia

wartościowych pomysłów, które uwzględniają zarówno specyficzne potrzeby osób starszych, jak i szersze wymagania regionu. Dzięki zróżnicowanemu podejściu uczestników możliwe było spojrzenie na problemy osób starszych z wielu perspektyw, co zwiększyło skuteczność wypracowanych rozwiązań. Podczas hackathonu szczególną uwagę poświęcono problemom, z którymi na co dzień borykają się osoby starsze, takim jak ograniczony dostęp do informacji, trudności transportowe oraz kwestie związane z dobrym samopoczuciem. Projekty opracowane w ramach wydarzenia dotyczyły realnych wyzwań i miały potencjał zastosowania w praktyce, co czyni je szczególnie wartościowymi. Wydarzenie pokazało również, jak ważne jest angażowanie starszych osób w proces tworzenia innowacji – zarówno jako źródła wiedzy i doświadczenia, jak i pełnoprawnych uczestników zmian społecznych. Ahathon jest doskonałym przykładem na to, że hackathony mogą stać się platformą nie tylko do tworzenia technologicznych rozwiązań, ale także do budowania mostów między pokoleniami, wzmacniania integracji społecznej i zwiększania świadomości na temat potrzeb starzejącego się społeczeństwa. To podejście może być inspiracją dla innych regionów, które stoją przed podobnymi wyzwaniami demograficznymi.

## Bibliografia

- Angarita, M., Nolte, A. (2020). What Do We Know About Hackathon Outcomes and How to Support Them? – A Systematic Literature Review. In: A. Nolte, C. Alvarez, R. Hishiyama, I. A. Chounta, M. Rodríguez-Triana, T. Inoue (eds.). *Collaboration Technologies and Social Computing, CollabTech 2020. Lecture Notes in Computer Science*, vol. 12324.
- Baranowska, A. (2017). Starzenie się społeczeństwa europejskiego jako wyzwanie XXI wieku. *Casus Polski. Opuscula Sociologica*, 22(4), 55–66.
- Bembenek, B. P. (2020). Hackathon dla rozwoju otwartych innowacji w klastrze. *Zeszyty Naukowe Politechniki Poznańskiej, seria Organizacja i Zarządzanie*, 82, 5–20.
- Briscoe, G., Mulligan, C. (2014). Digital innovation: The hackathon phenomenon. In: R. R. Reed (Ed.), *Proceedings of the 2014 International Conference on Digital Innovation* (pp. 34–39)
- Caro-González, A. (2023). Towards a More Inclusive Triple Transition and Quadruple Helix Innovation Ecosystems: The Case of the Catalanian Col-laboratori on Health and Wellbeing Within the INTEGER Project. *Slovenský národopis*, 71(3), 209–226.
- Falk, J., Nolte, A., Huppenkothen, D., Weinzierl, M., Gama, K., Spikol, D., Tollerud, E., Chue Kong, N. P., Knapper, I., Bailey Hayden, L. (2024). The Future of Hackathon Research and Practice. *IEEE Access*, 12(1), 133406–133425.
- Gaździcka, K. (2019). Identyfikacja efektów wprowadzenia innowacji społecznych oraz ich rola w rozwiązywaniu problemów stojących przed społeczeństwem. W: N. Laurisz, A. Stronczek (red.), *Ekonomia społeczna. Innowacje społeczne* (ss. 22–31). Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie.

- Komssi, M., Pichlis, D., Raatikainen, M., Kindström, K., & Järvinen, J. (2014). What are hackathons for? *IEEE Software*, 32(5), 60–67.
- Kopeć, W., Balcerzak, B., Nielek, R., Kowalik, G., Wierzbicki, A., & Casati, F. (2018). Older adults and hackathons. A qualitative study. *Empirical Software Engineering*, 23(4), 1895–1930.
- Kotus, J., Sowada, T., Rzeszewski, M., Pazder, D. (2019). *Zapraszamy Państwa do rozmów... Wędrówki po labiryncie wielkomiejskiej partycypacji*. Bogucki Wydawnictwo Naukowe.
- Łapińska, M. (2021). Sposoby poszukiwania innowacji przez organizacje – studium przypadku hackathonu. *Akademia Zarządzania*, 5(3), 21–33.
- Markowicz, A. (2019). Innowacje społeczne jako determinanty rozwoju społeczności lokalnych. *Ekonomia Społeczna*, 1, 32–40.
- Olejniczuk-Merta, A. (2013). Innowacje społeczne. *Konsumpcja i Rozwój*, 1(4), 21–34.
- Rosell, B., Kumar, R., Shepherd, J. (2014). Unleashing innovation through hackathons. *International Journal of Innovation Management*, 18(4).
- Słabiak, T. (2022). Realizacja polityki senioralnej w Polsce – wprowadzenie w tematykę. *Homo et Societas. Wokół Pracy Socjalnej*, 7, 92–106.
- Ziegler, R. (2017). Social innovation as a collaborative concept. *Innovation. The European Journal of Social Science Research*, 30(4), 388–405.

## Netografia

- INTEGER. Dokumentacja projektowa i opis projektu. Pobrane z: <https://integercollab.eu>
- OECD (2011). *Fostering Innovation to Address Social Challenges*. Pobrane z: <https://web-archiv.eocd.org/2012-06-14/96065-47861327.pdf>

Anna Leszczyńska-Rejchert<sup>1</sup> 

# Kategorie istotne w przygotowaniu się osób w średniej dorosłości do zmian związanych z wiekiem w perspektywie geragogiki – szkic teoretyczny

**Categories important in the preparation of people in middle adulthood for age-related changes in the perspective of geragogy – theoretical sketch**

## Streszczenie:

Przygotowanie do zmian związanych z wiekiem, określane też jako przygotowanie do starości, stanowi obecnie bardzo ważny obszar zainteresowań różnych nauk. Prym w tym zakresie wiedzy gerontologia (a w niej zwłaszcza geragogika) oraz polityka społeczna (przede wszystkim polityka senioralna). Zainteresowanie to wynika z intensywnego tempa starzenia się współczesnych społeczeństw i konieczności pilnego podjęcia stosownych działań m.in. w obszarze ochrony zdrowia oraz pomocy społecznej. Przygotowanie do starości ma walory jednostkowe i społeczne. Niestety, większość osób dorosłych nie podejmuje działań z tego zakresu. Celem artykułu jest wskazanie sposobów przygotowania się osób w średniej dorosłości do zmian związanych z wiekiem, które zostały omówione w kontekście kategorii istotnych z perspektywy geragogiki jako nauki. Jednocześnie w analizach wykorzystano założenia holistycznego modelu zdrowia w aspekcie jednostkowym. W związku z tym ustalono, że w przygotowaniu się osób w fazie średniej dorosłości do zmian związanych z wiekiem podstawę stanowić powinny trzy kategorie, a mianowicie: zdrowie, edukacja oraz troska o siebie. Podjęcie działań wpisujących się w wyodrębnione kategorie ułatwi niewątpliwie utrzymanie lub osiągnięcie samodzielności i sprawstwa, które są niezwykle istotne w życiu osób dorosłych, bez względu na fazę dorosłości, w jakiej się one znajdują.

---

1 Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie, [anna.leszczynska@uwm.edu.pl](mailto:anna.leszczynska@uwm.edu.pl)

## Słowa kluczowe:

geragogika, polityka senioralna, średnia dorosłość, przygotowanie do zmian związanych z wiekiem, przygotowanie do starości, wychowanie do starości

## Summary:

Preparation for age-related changes, also known as preparation for old age, is an essential area of interest for various sciences. Gerontology (especially geragogy) and social policy (primarily senior policy) are leading in this study area. This interest results from the intensive pace of aging in modern societies and the need to urgently take appropriate practical actions, for example, in health care and social assistance. Preparation for old age has individual and social values. Unfortunately, most adults do not take action in this area. The article aimed to identify ways for individuals in mid-adulthood to prepare for age-related changes, discussed within the context of categories significant from the perspective of geragogy. At the same time, the analyses used the assumptions of the holistic model of health in the individual aspect. Therefore, it was established that in preparing people in the middle adult phase for age-related changes, the basis should be health, education, and self-care. Taking actions that fit into separate categories will undoubtedly make it easier to maintain or achieve independence and agency, which are extremely important in the lives of adults, regardless of what stage of adulthood they are in.

## Keywords:

geragogy, senior policy, middle adulthood, preparation for age-related changes, preparation for old age, education for old age

## Wprowadzenie

Przygotowanie do zmian związanych z wiekiem, określane też w literaturze przedmiotu jako przygotowanie do starości, stanowi obecnie bardzo ważny obszar zainteresowań różnych nauk. Prym w tym zakresie wiedzy gerontologia (a w niej zwłaszcza geragogika) oraz polityka społeczna (przede wszystkim polityka senioralna). Zainteresowanie to wynika z intensywnego tempa starzenia się współczesnych społeczeństw i konieczności pilnego podjęcia stosownych działań m.in. w obszarze ochrony zdrowia oraz pomocy społecznej.

W związku z postępującym starzeniem się polskiego społeczeństwa oraz konsekwencjami tego procesu, polityka społeczna wobec osób starszych (wcześniej określana mianem polityki senioralnej – zob. Uchwała Rady Ministrów nr 238, 2013) stanowi w naszym kraju istotny element realizowanej polityki społecznej. Polityka społeczna wobec osób starszych definiowana jest jako „celowe, długofalowe i systemowe oddziaływanie państwa oraz innych podmiotów publicznych i niepublicznych na kształtowanie warunków prawnych, ekonomicznych oraz społecznych w celu tworzenia osobom starszym korzystnej dla nich sytuacji życiowej, dostosowanej do zmieniających się wraz z wiekiem potrzeb społecznych,

ekonomicznych oraz opieki i ochrony zdrowia w każdym okresie życia osoby w starszym wieku” (Uchwała Rady Ministrów nr 161, 2018, s. 4–5).

Warto podkreślić, że w Polsce obecnie polityka senioralna dotyczy nie tylko ludzi zaliczanych do grupy osób starszych, lecz także innych grup wiekowych. Zwraca się w niej bowiem uwagę, że istotne jest przygotowanie młodszych pokoleń do zdrowej i aktywnej starości. W Uchwale Rady Ministrów z dnia 26 października 2018 r. pt. „Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność”, określającej założenia tej polityki, wskazano m.in. na konieczność podejmowania działań mających na celu przygotowanie się do starości i jak najdłuższe zachowanie samodzielności oraz na edukację do starości, które to działania są adresowane do całego społeczeństwa (Uchwała Rady Ministrów nr 161, 2018). To pozostaje w zgodzie z poglądami gerontologów, którzy podkreślają, że o pomyślnym starzeniu się i o jakości życia w fazie starości decyduje w duże mierze funkcjonowanie we wcześniejszych latach oraz podejmowanie działań ukierunkowanych na przygotowanie się do starości (Szatur-Jaworska, 2006).

Termin *przygotowanie do starości* jest często stosowany w polskiej literaturze z zakresu gerontologii, nauk o polityce oraz nauk o wychowaniu. Natomiast badacze z innych krajów, np. z Niemiec, ze Stanów Zjednoczonych, coraz częściej posługują się w tym kontekście określeniem „przygotowanie do zmian związanych z wiekiem”, chociaż termin przygotowanie do starości również stosują (zob. Frechman i in., 2022; Hajek i in., 2018; Komatsu i in., 2018; Neville i in., 2021; Park i in., 2020). W polskich naukowych opracowaniach także pojawia się określenie „przygotowanie do zmian związanych z wiekiem”, przy czym nie jest ono doprecyzowane.

W niniejszym artykule, z uwagi na podjętą problematykę, która dotyczy osób w fazie średniej dorosłości, tj. w wieku 40–59 lat (granicę wiekową przyjęto za D. J. Levinsonem (1986), w aspektach z zakresu geragogiki oba określenia będą używane zamiennie. Jednocześnie warto nadmienić, że sformułowanie „przygotowanie do zmian związanych z wiekiem” podkreśla naturalność zmian pojawiających się z upływem lat, będących skutkiem procesu starzenia się w wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym. Taki sposób nazywania analizowanych działań być może przyczyni się do zachęcenia osób w wieku średniej dorosłości do podejmowania działań na rzecz dobrej jakości własnego życia, zarówno w obecnej fazie życia, jak i w fazie starości. Przygotowanie do starości kojarzyć się może bowiem *stricte* z działaniami realizowanymi na przedpolu starości i/lub w fazie starości. Natomiast przygotowanie się do zmian związanych z wiekiem może być odbierane w szerszym kontekście, i odnosić się również do zadań rozwojowych, jakie stoją przed jednostkami w poszczególnych podokresach fazy dorosłości.

Przygotowanie do zmian związanych z wiekiem ma walory jednostkowe i społeczne. Człowiek przygotowany do tych zmian w fazie starości żyje pełnią życia, ma dobrą sprawność psychofizyczną i jest zabezpieczony materialnie (np. w formie emerytury, dzięki której jest wolny od obowiązku zarabiania na utrzymanie). Z kolei przygotowanie społeczeństwa do starości zapewnia korzyści ekonomiczne: „Senior zadowolony i zdrowo żyjący jest «tańszy» dla systemu opieki zdrowotnej i opieki społecznej. Jest w znacznej części samowystarczalny” (Sto sposobów..., s. 5). Niestety, większość dorosłych Polaków wskazuje, że nie podejmuje działań z zakresu przygotowania do starości. Z kolei wśród tych, którzy postrzegają się jako osoby przygotowujące się do starości dominują ci, których działania z tego zakresu mają charakter deklaracyjny (planują je, ale raczej nie realizują) i dotyczą zazwyczaj zabezpieczenia materialnego oraz dbania o kontakty z rodziną (Leszczyńska-Reichert, 2019; Skowrońska, 2009; Szukalski, 2009). Podobnie jest z przygotowaniem się osób dorosłych do zmian związanych z wiekiem w innych krajach (Solhi i in., 2022).

Celem artykułu jest wskazanie sposobów przygotowania się osób w średniej dorosłości do zmian związanych z wiekiem w perspektywie geragogiki. Geragogika jest nauką, w której tworzy się teorie oraz formułuje wskazania pod adresem praktyki, m.in. w obszarze polityki senioralnej. Z geragogicznego punktu widzenia istotne jest, aby jednostki mogły doświadczać aktywnego, pomyślnego i pozytywnego starzenia się. Wymienione terminy, określające właściwości ludzkiego starzenia się, są powszechnie znane w literaturze gerontologicznej oraz opisane w publikacjach (m.in.: Baltes, Smith, 2003; Hill, 2009; Halicki, 2010; WHO, 2002). Ranga działań służących aktywnemu, pomyślnemu i pozytywnemu starzeniu się widoczna jest także w polityce senioralnej w skali lokalnej, krajowej i międzynarodowej. Świadczą o tym zapisy w aktach prawnych, w których wiąże się je z koniecznością przygotowania do zmian związanych z wiekiem zarówno osób starszych, jak i młodszych.

W tekście odniesiono się do osób w średniej dorosłości, gdyż w tej fazie życia pojawiają się zmiany o charakterze biologicznym, będące skutkiem trwających od około 35 r.ż. zmian degeneracyjnych (ale nie chorobowych), określanych jako efekty starzenia się ludzkiego organizmu (Woynarowska i in., 2021). Pojawianie się oznak starzenia się własnego organizmu, jak również obserwacja bliskich starszych osób, a czasem wczesne wchodzenie w role społeczne charakterystyczne dla fazy starości (jak rola babci, dziadka czy emerytki, emeryta), skłaniają do zastanowienia się nad zbliżającym się kolejnym okresem życia. To właściwy czas, aby podjąć lub/i zintensyfikować działania z zakresu przygotowania się do starości.

Możliwości przygotowania się osób w średniej dorosłości do zmian związanych z wiekiem będą omówione w kontekście kategorii istotnych w tych działaniach z perspektywy geragogiki jako nauki, a mianowicie: edukacji, zdrowia

i troski o siebie. Wybór owych kategorii wynika z kilku właściwości geragogiki. Po pierwsze, dlatego, że głównym przedmiotem zainteresowań geragogiki jest edukacyjne wspomaganie rozwoju osób w fazie późnej dorosłości oraz przygotowanie do starości wszystkich pokoleń (Leszczyńska-Rejchert, 2021). Po drugie, ponieważ w geragogice podkreśla się, że edukacja w życiu osób dorosłych pełni wiele funkcji, co przyczynia się do ich wszechstronnego rozwoju (Dubas, 2005), a podejmowanie aktywności edukacyjnej jest jedną ze strategii pozytywnego starzenia się (Konieczna-Woźniak, 2013). Z punktu widzenia geragogiki ważne jest, aby osoby będące w fazie średniej dorosłości przejawiały różne rodzaje aktywności edukacyjnej, w ramach edukacji całożyciowej, formalnej, pozaformalnej, nieformalnej oraz edukacji międzypokoleniowej.

Podstawę rozważań podjętych w niniejszym tekście stanowi przegląd wybranych koncepcji edukacji do starości, wychowania do starości oraz przygotowania do starości sformułowanych przez polskich geragogów. Jednocześnie w przedstawionych analizach kategorii, istotnych w przygotowaniu się osób w średniej dorosłości do zmian związanych z wiekiem, wykorzystano założenia holistycznego modelu zdrowia w aspekcie jednostkowym. W związku z tym ustalono, że w przygotowaniu do zmian związanych z wiekiem podstawę stanowić powinny działania edukacyjne oraz te związane z troską o siebie, a dokładniej z dbaniem o swoje zdrowie fizyczne, psychiczne, społeczne, seksualne i duchowe.

## **Przygotowanie do starości, edukacja do starości a wychowanie do starości – perspektywa polskich geragogów**

W polskiej geragogice akcentuje się potrzebę i konieczność przygotowania do starości wszystkich grup wiekowych. Jednocześnie wskazuje się, aby działania z tego zakresu podjęły osoby w wieku przedemerytalnym (Semków, 2010). Przygotowanie do starości ujmuje się jako działania o charakterze wychowawczym (wychowanie do starości, ujmowane szerzej jako edukacja do starości) i pozawychowawczym. W publikacjach z zakresu geragogiki odnaleźć można wiele koncepcji przygotowania, edukacji oraz wychowania do starości, które zostały opracowane m.in. przez Aleksandra Kamińskiego, Agatę Chabior, Elżbietę Dubas, Marię Kuchcińską, Zofię Szarotę, Katarzynę Uzar. W niniejszym tekście zarysowano kilka wybranych ujęć, najbardziej odpowiadających celowi artykułu.

Aleksander Kamiński opracował ponadczasową koncepcję wychowania do starości. Wskazał, że wychowanie do starości polega na wspomaganiu jednostki w nabywaniu aspiracji i zainteresowań, przyzwyczajęń i umiejętności, które podczas emerytury ułatwią jej znalezienie i wykonywanie użytecznej pracy oraz racjonalne korzystanie z czasu wolnego, co przyczyni się do utrzymania dobrej

sprawności i podejmowania różnych form aktywności. W wychowaniu do starości istotne jest, aby działania z tego zakresu były podejmowane przede wszystkim przez jednostkę, gdyż najważniejsza jest jej aktywność samowychowawcza. Przy czym wychowywać do starości może również rodzina, społeczność sąsiedzka, zakłady pracy, związki i stowarzyszenia itp., a funkcję instruktorską powinny pełnić środki masowego przekazu. Wychowanie do starości musi rozpocząć się w młodości, aby utrwaliły się właściwe przyzwyczajenia, i trwać powinno do końca życia. Działania wychowawcze powinny zintensyfikować się w czasie przedemerytalnym. Kamiński sformułował wychowawcze zadania gerontologiczne poszczególnych okresów życia, rozpoczynając od młodości. Biorąc pod uwagę tematykę artykułu, szczególnie pomocne są zalecenia odnośnie dwóch faz: 1) fazy młodości i dorosłości (tu autor zalecił kształtowanie nawyku racjonalnego wykorzystania czasu wolnego i obcowania z kulturą oraz przystosowywanie się do zmiany pracy); 2) fazy przedemerytalnej lub renty starczej (w tym okresie życia należy inspirować i rozwijać aktywność samowychowawczą, przeznaczać więcej czasu i aktywności własnej na zajęcia czasu wolnego, rozwijać zainteresowania, uczestniczyć w aktywności kulturalnej, rozrywkowej i społecznej, zapewnić sobie mieszkanie na przyszłość, rozważyć potrzebę kontynuowania pracy podczas emerytury, m.in. rodzaj i wymiar pracy) (Kamiński, 1971, 1975, 1978, 1982, 1986).

O wychowaniu do starości pisze także Katarzyna Uzar, która posługuje się pojęciem *wychowanie w perspektywie starości*. Termin ten definiuje jako: „całokształt sposobów i procesów o charakterze wychowawczym, kształceniowym i edukacyjnym, umożliwiających człowiekowi, żyjącemu w egzystencjalnej perspektywie starości, zwłaszcza przez samowychowanie oraz uczestnictwo w międzyosobowych relacjach, afirmację i urzeczywistnienie godności osobowej, przynależnej mu od chwili poczęcia do naturalnej śmierci” (Uzar, 2011, s. 145). Autorka wskazała dwie grupy sposobów przygotowania do fazy starości, ułatwiające pełne przeżywanie tego okresu życia, tj. działania z obszaru *ad intra* („ku sobie”) oraz działania z zakresu *ad extra* („ku światu”).

W skład oddziaływań „ku sobie” wchodzi pomoc w akceptacji aktualnego obrazu siebie i sytuacji życiowej oraz całego własnego życia poprzez rozbudzanie i/lub podtrzymywanie świadomości refleksyjnej, która jest poznawczym odniesieniem do zrealizowanych działań oraz ich oceną z perspektywy rozwoju osobowego. Dzięki temu człowiek może postrzegać siebie nie tylko jako uczestnika rzeczywistości, ale też jako sprawcę działań. Refleksyjność pomaga ukształtować dojrzałą postawę wobec własnego starzenia się i sprzyja transcendencji. Zdolność do transcendencji zaś ułatwia przewartościowanie w hierarchii celów i preferencji życiowych, odnalezienie sensu życia, wyrażenie wewnętrznej zgody na starzenie się. Rozbudzaniu świadomości refleksyjnej służą rozmowy reminiscencyjne

oraz samowychowanie. W samowychowaniu istotne jest nabywanie kompetencji biograficznej, tj. umiejętności kształtowania swojego życia i rozwoju oraz wspomagania rozwoju innych. Wspomaganie rozwoju w perspektywie *ad intra* polega również na pomocy w kształtowaniu umiejętności pozytywnego przeżywania samotności. Posiadanie tej umiejętności jest ważne, gdyż przyczynia się do analizy własnej odrębności, odzyskania wewnętrznej wolności, odkrycia sensu życia, nadania wartości zdarzeniom życiowym. W efekcie umiejętność pozytywnego przeżywania samotności ułatwia osiągnięcie pełni człowieczeństwa. W oddziaływaniach wychowawczych z tego zakresu należy: 1) zachęcać do medytacji, która sprzyja zrozumieniu przeżytych doświadczeń i odniesieniu tego do aktualnej rzeczywistości, a także transcendencji, co może przyczynić się do zmiany stylu życia, systemu wartości i postaw; 2) namawiać do rozwijania życia religijnego, pomagającego w odkrywaniu znaczenia i sensu życia, radzeniu sobie z sytuacjami trudnymi, akceptacji obecnego stanu psychofizycznego, obniżaniu lęków. Uczestnictwo w grupach religijnych zapewnia jednostce poczucie bycia we wspólnocie, a także daje nadzieję na uzyskanie wsparcia ze strony jej członków. Korzystanie z różnych form aktywności religijnej sprzyja rozwojowi duchowemu, jak i niwelowaniu niechcianej samotności (poczucia osamotnienia). W obszarze „ku sobie” mieści się także pomoc w kształtowaniu korzystnych relacji interpersonalnych.

Do działań geragogicznych „ku światu” Uzar zalicza m.in. zachęcanie do aktywnego stylu życia, gdyż – jak podkreśla – w formach aktywności człowieka tkwią walory prowadzące do rozwoju osobowego. Zdaniem tej autorki należy zachęcać – jednocześnie kierując się takimi wartościami personalizmu, jak indywidualność, podmiotowość i wolność człowieka – do angażowania się we wszelkie formy aktywności (Uzar, 2011).

Agata Chabior sformułowała wieloaspektową koncepcję przygotowania do starości. Wyróżniła następujące zakresy przygotowania do starości: biologiczny (działania mające na celu zachowanie sprawności fizycznej, tj. kształtowanie nawyku dbania o zdrowie i uprawiania aktywnego wypoczynku), socjalny (działania związane z zapewnieniem godnych warunków egzystencji, dostępu do usług medycznych, utrzymaniem więzi społecznych i aktywności społecznej), psychiczny (potrzeba zrozumienia i zaakceptowania starości, obniżenia lęków i obaw przed starzeniem się i starością, pozytywne myślenie o przyszłości), intelektualny i kulturalny (posiadanie umiejętności racjonalnego wykorzystania czasu wolnego, zaspokajania zainteresowań i poszukiwanie nowych) (Chabior, 2000).

Podobną koncepcję przygotowania do starości opracowała Zofia Szarota. Badaczka wskazała, że jednostka może w tym obszarze podjąć stosowne działania na poziomie: biologicznym (zadbać o zdrowie i higienę, nabyć stosowne nawyki,

jak uprawianie sportu i rekreacji na świeżym powietrzu), psychicznym (skoncentrować się na samopoznaniu, ukierunkować się na własne potrzeby, myśleć pozytywnie, racjonalnie postrzegać starość jako fazę życia), społecznym (zadbać o więzi rodzinne i towarzyskie, przyjmować nowe role społeczne, przejawiać różnorodne aktywności społeczne, przeciwstawiać się stereotypom starości), ekonomicznym (zadbać o godne warunki egzystencji i status materialny, racjonalnie prowadzić gospodarstwo domowe i zarządzać finansami) (Szarota, 2004, 2010). Przygotowanie do starości Szarota rozpatruje także w aspekcie edukacji do starości (tj. przygotowania młodszych i starszych pokoleń do fazy starości). Ten rodzaj edukacji ujmuje jako jeden z obszarów wychowawczo-edukacyjnych edukacji gerontologicznej, tzn. usystematyzowanego przekazu wiedzy na temat procesu starzenia się i starości. Stwierdza, że „celem edukacji do starości jest wyjście poza wiedzę potoczną, neutralizacja szkodliwych uprzedzeń i mitów społecznych związanych ze starzeniem się i funkcjonowaniem ludzi starych. Ważne jest przełamywanie stereotypów negatywnie (lub pseudopozytywnie) stygmatyzujących starość i starych ludzi. Celem tej edukacji powinno być doprowadzenie do sytuacji, w której podmiot uczący się życia i uczący się od własnego życia (...) posiada nawyki optymalizujące jakość późniejszej egzystencji w obszarze biologicznym, psychologicznym, społecznym, intelektualnym i ekonomicznym. Zdobędzie kompetencje niezbędne dla dialogu między- i wewnątrzpokoleniowego” (Szarota, 2015, s. 32).

Maria Kuchcińska również omawia edukację do starości, wykorzystując w analizach teorię rozwoju Erika H. Eriksona. Jej zdaniem edukacja do starości obejmuje edukację w zakresie uzyskania satysfakcjonującej jakości życia w starości, przyczyniającej się do integracji. Sugeruje, aby edukacja ta była edukacją upełnomocniającą, polegającą na wspieraniu wysiłków jednostki poprzez: „do-starczanie argumentów, budzenie motywacji do działań na rzecz kształtowania instytucji przyjaznych seniorom, tj. dających poczucie bezpieczeństwa, inspiracje rozwoju, możliwość odkrywania własnych zdolności i bycia twórczym” (Kuchcińska, 2004, s. 152). Edukacja do starości dotyczy m.in. zdrowia i rewitalizacji (higieny, odżywiania, wypoczynku), uczenia się, samorealizacji, życia rodzinnego, warunków mieszkaniowych, funkcjonowania instytucji, pracy i emerytury oraz zagadnień tanatologicznych (Kuchcińska, 2004).

Elżbieta Dubas z kolei, pisząc o przygotowaniu i edukacji do starości, nawiązuje do czynników losowych i konieczności podejmowania działań z tego zakresu w ramach całościowego uczenia się: „starość bywa także zaskakująca, gdyż zawiera zdarzenia zachodzące nieoczekiwanie dla człowieka (...). Przygotowanie do starości (...) jest więc procesem całego życia, uwzględniającym tak naturalną edukację do starości, w szczególności w rodzinie, jak i edukację instytucjonalną, profesjonalną, w tym szkolną, poczynając od dzieciństwa. Edukacja do starości

sprzyja całowyciowemu uczeniu się starości jako nabywaniu postawy wobec starości w ogóle i wobec własnej starości. (...) W kontekście nieprzewidywalności starości ma znaczenie kształtowanie dojrzałej postawy wobec zmian, nagłych wydarzeń oraz sytuacji trudnych” (Dubas, 2013, s. 146–147). Ponadto autorka formułuje koncepcję wychowania do pięknej starości, postulując m.in., aby dostrzegać rolę piękna w życiu człowieka, nabyć świadomość o prawie do pięknego i twórczego życia, rozbudzać i realizować potrzeby estetyzacyjne (Dubas, 2008).

Sposoby przygotowania się do zmian związanych z wiekiem odnaleźć można również w koncepcji profilaktyki gerontologicznej i profilaktyki starzenia się sformułowanej przez Adama A. Zycha. Wskazuje on, że celem profilaktyki gerontologicznej jest opóźnianie procesów starzenia się, ograniczanie patologii związanych z tymi procesami, starość wolna od chorób i niesprawności oraz zachowanie zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego. W ramach tej profilaktyki mieszczą się: ochrona zdrowia (przed chorobami i ich powikłaniami) oraz zwalczanie czynników zagrażających zdrowiu i przyspieszających starzenie się (np. niewłaściwe odżywianie, niska aktywność ruchowa, przeciążenia układu nerwowego, nagła zmiana środowiska, osamotnienie i izolacja społeczna, negatywne postawy wobec seniorów i starości, brak przygotowania do starości). Profilaktyka gerontologiczna ma dwie główne formy: 1) profilaktykę przedwczesnego starzenia się – to opóźnianie procesów starzenia się oraz utrzymanie jak najdłużej sprawności fizycznej i psychicznej we wczesnej starości; 2) profilaktykę niedołęstwa starczego – zmierza do uniknięcia bezradności spowodowanej zaawansowanymi procesami starzenia się i obejmuje działania leczniczo-rehabilitacyjne. Natomiast celem profilaktyki starzenia się jest zapewnienie prawidłowego starzenia się w wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym, a jej zadaniem jest tworzenie warunków do prowadzenia życia niezależnego oraz na odpowiednim poziomie, a także pomoc w pozytywnym postrzeganiu siebie jako osoby starzejącej się i starszej. Najważniejsze zasady profilaktyki starzenia się to: racjonalne odżywianie, zachowanie czynnej postawy psychicznej, aktywny styl życia, utrzymywanie kontaktów społecznych (Zych, 2011).

## **Kategorie istotne w przygotowaniu się osób w średniej dorosłości do zmian związanych z wiekiem w perspektywie geragogiki – aspekty jednostkowe**

Termin *kategoria* jest wykorzystywany m.in. w naukach przyrodniczych, w filozofii oraz w naukach o wychowaniu. Monika Sulik dokonała analizy interpretacji tego pojęcia, przytaczając poglądy przedstawicieli różnych nauk. Ustaliła m.in., że zdaniem Arystotelesa kategorie to najogólniejsze klasy bytów. Immanuel Kant

ujmuje je jako pewne zasady, zgodnie z którymi człowiek porządkuje doświadczenia, a także ze względu na które wyróżnia klasy przedmiotów. Martin Heidegger kategorie postrzega jako formy projekcji, które tworzymy, przeżywając siebie w czasie i byciu. W pedagogice m.in. Józef Górniewicz definiuje kategorie jako składowe rzeczywistości realnej lub symbolicznej, tworzące pewną funkcjonalną całość oraz stanowiące zestrojenie elementów należących do różnych obiektów rzeczywistości. Do kategorii pedagogicznych zalicza m.in.: podmiotowość, odpowiedzialność, samorealizację, tolerancję, twórczość, wyobraźnię. Inna badaczka procesów edukacyjnych – Joanna Rutkowiak ujmuje zaś kategorie jako pojęcia, które ukierunkowują nasze myślenie i organizują je wokół pewnych kwestii dynamicznych, a specyficzną cechą kategorii jest „pulsowanie” (Sulik, 2023).

Kategorie istotne w przygotowaniu się osób w średniej dorosłości do zmian związanych z wiekiem zostaną omówione w aspekcie jednostkowym. Pod uwagę brane będą te, które – z perspektywy geragogicznej – mogą pomóc starzeć się pomyślnie, pozytywnie i aktywnie oraz osiągnąć i zachować dobrą jakość życia zarówno w obecnej, jak i kolejnej fazie życia (tj. w późnej dorosłości).

Najważniejszą kategorią jest niewątpliwie zdrowie. Jednak człowiek może nie posiadać trwale lub przejściowo pełni zdrowia we wszystkich jego aspektach. Dlatego warto posłużyć się w tym kontekście określeniem *prozdrowotny styl życia*. Użycie tego pojęcia podkreśla podmiotowość jednostki oraz jej samodzielność i sprawstwo. Pomimo sprzyjających (lub nie) czynników natury genetycznej czy środowiskowej, wskazane jest, aby każda dorosła osoba podejmowała różnorodne działania służące zachowaniu lub polepszeniu swojego stanu zdrowia. Prozdrowotny styl życia wpływa bowiem niezwykle pozytywnie na sprawność psychofizyczną i samopoczucie oraz zmniejsza ryzyko chorób i niepełnosprawności. Zaangażowanie w ochronę własnego zdrowia i świadome kształtowanie prozdrowotnego stylu życia jest zatem w tym ujęciu jednym z najważniejszych zadań rozwojowych fazy średniej dorosłości.

Edukacja to kolejna istotna kategoria w przygotowaniu się osób w średniej dorosłości do zmian związanych z wiekiem. Jakość ich życia, zarówno w obecnym okresie, jak i później, jest zdeterminowana czynnikami natury biologicznej, psychicznej i kulturowej oraz sytuacjami losowymi. Charakterystyczne dla jakości życia części osób w średnim wieku jest podejmowanie nowych wyzwań, m.in. związanych z nową pracą zawodową, nową aktywnością edukacyjną, nową żoną/partnerką, nowym mężem/partnerem, a także doświadczanie strat, będących efektem np.: pogorszenia stanu zdrowia i sprawności fizycznej i/lub psychicznej, wyprowadzenia się domowników (gdy dorosłe dzieci opuszczają dom, co wiąże się z syndromem pustego gniazda), utraty aktywności zawodowej (jeśli jest potrzeba skorzystania z renty lub wcześniejszej emerytury). Zaakceptowanie

pojawiających się zmian, które kształtują jakość życia, a także ustosunkowanie się do nich to zatem bardzo ważne zadanie rozwojowe średniej dorosłości. Osobom w średnim wieku łatwiej jest sprostać wymienionym zadaniom rozwojowym, jeśli przejawiają aktywność edukacyjną. Dzięki uczestnictwu w różnych formach edukacji mogą nabyć lub wzbogacić swoją wiedzę o specyfice poszczególnych faz dorosłości oraz uświadomić sobie, że w fazie średniej, jak i późnej dorosłości można posiadać pełnię sił witalnych, doświadczać pełni życia oraz pełni człowieczeństwa. Bardzo pomocne osobom w średniej dorosłości w przygotowaniu się do zmian związanych z wiekiem może być zwłaszcza uczestnictwo w edukacji gerontologicznej. Niezbędne treści tej edukacji to wiedza o średniej i późnej dorosłości jako fazach rozwojowych, o własnym organizmie, o specyfice procesu starzenia się człowieka. Dobrze by było, aby osoby w średniej dorosłości wiedziały, że w każdym okresie dorosłości jest możliwe nabywanie wiedzy i umiejętności (np. kompetencji autokreacyjnej) oraz kształtowanie nawyków, postaw i zachowań, tj. doskonalenie się i bogacenie swojej osobowości. Warto, aby miały świadomość, że każdy człowiek posiada potencjał rozwojowy, który może nieustannie wykorzystywać i wzbogacać. Wskazane jest także, aby pamiętały, że rozwój jest koniecznością życiową dla osób dorosłych. Podejmowanie działań ukierunkowanych na własny rozwój przyczynia się bowiem do zachowania samodzielności, poprawy położenia życiowego, wzrostu poczucia własnej wartości i sensu życia, uzyskania osobistej satysfakcji, samorealizacji oraz aprobaty społecznej (Straś-Romanowska, 2000).

Osobom w średnim wieku należy przekazywać wiedzę z zakresu geriatrici oraz biologii starzenia się, aby potrafiły rozpoznać, czy ich organizm funkcjonuje prawidłowo (o czym świadczy np. dobra kondycja fizyczna, jasny umysł, zdolność koncentracji, spokojny sen), czy jego funkcjonowanie jest nieprawidłowe, m.in. wskutek zaniedbań. W szczególności warto zwrócić ich uwagę na to, że w wyniku procesu starzenia się organizmu zachodzą zmiany inwolucyjne we wszystkich jego układach, narządach, tkankach i komórkach, a wraz z zaawansowanym wiekiem ma miejsce coraz więcej tych zmian. Tempo ich pojawiania się jest zdeterminowane nie tylko czynnikami genetycznymi oraz środowiskowymi, ale również aktywnością jednostki (Woynarowska i in., 2021). Dobrze byłoby, aby wiedziały, że zachowaniu zdrowia i sił witalnych oraz doświadczeniu pełni życia i człowieczeństwa sprzyja percepcja własnego starzenia się w aspekcie nieustannie odradzającego się organizmu zgranego z otaczającym środowiskiem, a nie jako organizmu ulegającego wyłącznie rozpadowi (Chopra, 1995). Z kolei świadomość, że menopauza i andropauza mają swoją specyfikę, może pomóc im odróżnić, co jest naturalną konsekwencją procesu starzenia się organizmu, a co wynika z procesów chorobowych, oraz ukierunkować się na działania profilaktyczne

i/lub lecznicze. W 50.–55. r.ż. mogą pojawić się: problemy gastryczne, nadwaga, obniżony nastrój, pesymistyczne myśli, poczucie smutku, beznadziei, rozkojarzenie, przemęczenie, brak ochoty na zbliżenia. Przy czym należy podkreślić, że mogą to być efekty procesu starzenia się lub wyłącznie symptomy zaniedbań, np. konsekwencje braku lub niewłaściwego zaspokajania potrzeb organizmu (jak niedobory pokarmowe), nieuwzględniania wysyłanych przez organizm sygnałów świadczących o przeciążeniach. Nadużycia wobec własnego organizmu mogą być skutkiem: używania nadmiaru farmaceutyków, doznawania presji ze strony otoczenia społecznego, braku odporności na sytuacje trudne, braku umiejętności odreagowania stresu (Lipman, 2016).

Troska o siebie to następna bardzo istotna kategoria w przygotowywaniu się do zmian związanych z wiekiem. Obejmuje ona dbałość o każdy aspekt własnego zdrowia. Wskazane jest, aby osoby w fazie średniej dorosłości przygotowywały się do zmian związanych z wiekiem w sferach: fizycznej, psychicznej, społecznej, duchowej i seksualnej. Z punktu widzenia geragogiki ważne jest, aby dorośli w tym przedziale wiekowym posiadali odpowiednią wiedzę oraz nabywali określone umiejętności, a także nawyki, które wiążą się z daną sferą.

Dbanie o własne zdrowie fizyczne i kondycję fizyczną obejmuje przede wszystkim: systematyczną kontrolę stanu zdrowia fizycznego (włącznie z badaniami lekarskimi), stosowanie właściwie skomponowanej diety, podejmowanie działań mających na celu rozładowanie stresu (który, jeśli jest zbyt intensywny, negatywnie oddziałuje na fizyczność), regularną aktywność fizyczną. Przy czym aktywność ruchowa powinna być dobrana do indywidualnych preferencji, stanu zdrowia, a czasem też niezbędne jest omówienie jej zakresu i form z lekarzem lub fizjoterapeutą. Warto podkreślić, że zbyt intensywna aktywność fizyczna może przyczynić się do znacznych przeciążeń i spowodować problemy zdrowotne, a nawet doprowadzić do przedwczesnej śmierci.

Troska o własne zdrowie psychiczne i sprawność umysłową to m.in. zaakceptowanie faktu starzenia się swojego organizmu oraz faktu zbliżającej się późnej dorosłości (starości) oraz zmian, będących efektem starzenia się. Zmiany te pojawiają się w sferze: fizycznej (np. siwienie włosów, zmarszczki, mniejsza elastyczność skóry, zmniejszenie siły mięśniowej, słabsza kondycja fizyczna), psychicznej (zwolnienie tempa procesów myślowych, problemy z koncentracją, słabsza pamięć wydarzeń świeżych, obniżenie poziomu inteligencji płynnej) (Lipman, 2016), społecznej (wchodzenie w nowe role społeczne, np. w rolę babci, dziadka; doświadczanie strat, np. z powodu starzenia się lub śmierci najbliższych członków rodziny). Istotne jest także podejmowanie działań, mających na celu wyrównywanie doznawanych strat, np. poprzez ukierunkowanie się na nowe kontakty społeczne czy poprzez rozwój posiadanych zainteresowań i pasji, jak również odkrywanie

swoich możliwości. Bardzo ważne jest pozytywne myślenie – pomocna w tym zakresie może być psychologia pozytywna, analizująca skuteczne sposoby na odczuwanie dobrostanu w każdej fazie życia. Warto znać także założenia koncepcji pozytywnego starzenia się, w której podkreśla się, że każdy człowiek ma wpływ na jakość własnego życia. W tej koncepcji znajduje się wiele wskazówek, w jaki sposób poradzić sobie ze zmianami zachodzącymi wraz z wiekiem (np. ta dotycząca konieczności utrzymania samodyscypliny) (Hill, 2009). Nawet o procesie starzenia się własnego organizmu warto myśleć optymistycznie – np. należy nieustannie uświadamiać sobie, że wraz z procesami degeneracyjnymi zachodzi regeneracja komórek i układów. Dobrze byłoby, aby osoby w średnim wieku korzystały z podręczników, poradników w formie publikacji książkowych lub elektronicznych opisujących, w jaki sposób zadbać o sprawność umysłową. Ważne jest też, aby pamiętać, że branie udziału w konkursach, rozwijanie swoich zainteresowań i pasji, a także rozwiązywanie krzyżówek pomaga wzmocnić pamięć i procesy myślowe. Nadmienić należy, że dbałość o psychiczną sferę życia obejmuje również zwrócenie się z prośbą w sytuacjach trudnych o uzyskanie profesjonalnego wsparcia psychologa, psychoterapeuty czy psychiatry.

Niezwyczajnie ważnym zadaniem rozwojowym fazy średniej dorosłości jest dbanie o zdrowie społeczne. Budowanie wartościowych relacji międzyludzkich i sieci wsparcia społecznego polega na podejmowaniu starań na rzecz nawiązania i utrzymania dobrych relacji z innymi ludźmi (członkami rodziny, przyjaciółmi, kolegami, sąsiadami, osobami z obecnych lub byłych zakładów pracy itp.). Dobrym relacjom społecznym służy tzw. towarzyszenie, tj. relacja międzyludzka oparta na „współobecności, byciu razem” (Dubas, 2024, s. 83). W tym aspekcie analizowanego zdrowia społecznego ważne są także relacje z samym sobą. Wskazane jest, aby umieć wygospodarować i zaplanować czas wolny przeznaczony dla siebie i czas wolny razem z innymi. Istotne jest wyodrębnienie czasu z samym sobą i dostrzeganie potencjału, jaki w nim tkwi, co może być formą pogodzenia się z samotnością lub/i przygotowania do ewentualnej samotności. Samotność i osamotnienie to stany, których możemy doświadczać w każdej fazie życia, jednak starość wiąże się z takimi sytuacjami często. Warto skorzystać z wypracowanych na gruncie pedagogicznym wskazówek, jak radzić sobie z samotnością i osamotnieniem (Leszczyńska-Rejchert, 2010). Pomocne jest m.in. postrzeganie tych stanów jako szansy na własny rozwój, być może rozwój duchowy – jako czas na indywidualne kontemplowanie przeżyć z kategorii transcendentnych.

W fazie średniej dorosłości bardzo istotna jest także troska o zdrowie seksualne, bowiem ludzka seksualność jest równie ważną sferą życia jak pozostałe. Warto podkreślić, że aktywność seksualna realizowana we właściwy sposób ma pozytywny wpływ na rozwój osobowości, na komunikację międzyludzką oraz sprzyja

budowaniu, doświadczaniu i utrzymaniu relacji miłosnych (Woynarowska i in., 2021). Zdrowie seksualne posiada osoba, która jest wolna od przymusu i przemocy seksualnej (Woynarowska i in., 2021). W średniej dorosłości mogą pojawić się problemy związane ze zdrowiem seksualnym i wskazane jest, aby zgłosić się wtedy do profesjonalistów w celu ich rozwiązania. Wraz z wiekiem dokonują się w tej sferze zmiany i ważne jest, aby się do nich pozytywnie przystosować, czasem z pomocą lekarzy, psychologów czy terapeutów.

Inne ważne działania służące dobrej jakości życia to dbanie o zdrowie duchowe, które wiąże się z „doświadczaniem wewnętrznego spokoju i zgody z samym sobą oraz rozpoznawanie i wdrażanie w życie zasad i przekonań religijnych lub moralnych” (Woynarowska i in., 2021, s. 212). Jeśli jednostka jest osobą wierzącą, to jej zdrowie duchowe dotyczy przekonań, praktyk religijnych i wartości danej religii. Z kolei dla osoby niewierzącej wynika np. z jej osobistych przekonań i zasad, z praw natury (Woynarowska i in., 2021). Ukierunkowanie się ku duchowości w dorosłym życiu pomaga zachować poczucie sprawstwa, które jest bardzo ważną kategorią, a zarazem istotnym czynnikiem, warunkującym odczuwanie dobrostanu emocjonalnego, pomimo niemożności utrzymania całkowitej kontroli nad fizycznym starzeniem się ciała (Sadler, Biggs, 2006).

## Podsumowanie, wnioski, uwagi końcowe i postulaty

Z perspektywy geragogiki człowiek powinien przygotowywać się do zmian związanych z wiekiem przez całe życie. Dobra jakość życia w fazie starości zależy od wielu czynników. Zdaniem geragogów jakość życia osób dorosłych zdeterminowana jest przede wszystkim ich aktywnością, a zwłaszcza niezwykle cenna jest aktywność samowychowawcza. Antidotum na straty doświadczane wraz z procesem starzenia się w wymiarze biopsychospołecznym jest uczestnictwo w różnych formach aktywności, zgodnie z propagowanym w geragogice hasłem „dodajmy życia do lat”, by jak najdłużej cieszyć się pełnią człowieczeństwa i pełnią życia, odczuwać dobrostan. W świetle ujęć z zakresu geragogiki najbardziej wartościowa jest aktywność edukacyjna i w związku z tym ważne jest, aby osoby w średniej dorosłości przejawiały nie tylko prozdrowotny styl życia, ale również styl życia oparty na uczeniu się.

W artykule skoncentrowano się na kategoriach: zdrowie, edukacja oraz troska o siebie, które – z perspektywy geragogiki jako nauki – są niezwykle istotne w przygotowaniu się osób w średniej dorosłości do zmian związanych z wiekiem. W przedstawionych treściach mieszczą się jednocześnie pewne wskazówki, w jaki sposób jednostka może pokierować swoim życiem, aby starzeć się aktywnie, pomyślnie i pozytywnie, by zapewnić sobie godną i pomyślną starość. Dobrze

byłoby, aby osoby w fazie średniej dorosłości znały i podejmowały przedstawione w artykule działania w sferze fizycznej, psychicznej, społecznej, seksualnej, duchowej. Realizacja tych działań może bowiem przyczynić się do dobrej jakości życia, do cieszenia się pełnią człowieczeństwa i pełnią życia, do odczuwania dobrostanu w obecnym okresie życia, jak i w fazie starości.

Zagadnienia omówione w artykule nie wyczerpują podjętego tematu. Wymienić można jeszcze wiele innych kategorii ważnych w przygotowaniu się osób w średniej dorosłości do zmian związanych z wiekiem. Zaprezentowane refleksje stanowią przyczynek do dalszych analiz teoretycznych z tego zakresu.

Na koniec warto wskazać na pilną potrzebę podejmowania wszechstronnych przedsięwzięć, które będą stanowiły podstawę do opracowania konkretnych programów o charakterze edukacji gerontologicznej, pozwalających na optymalne wykorzystanie potencjału osób w fazie średniej dorosłości do podnoszenia jakości własnego życia oraz lepszego przygotowania się do zmian związanych z wiekiem, w tym do kolejnej fazy – późnej dorosłości. Podejmowanie działań w tym obszarze stanowi obecnie jeden z priorytetów polskiej polityki senioralnej i jest to niezwykle ważne, gdyż służy tworzeniu warunków aktywnego, pomyślnego oraz pozytywnego starzenia się. Tworzenie takich warunków jest istotne nie tylko w wymiarze jednostkowym, ale również w aspekcie społecznym.

## Bibliografia

- Baltes, P. B., Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: from successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49, 123–145.
- Chabior, A. (2000). *Rola aktywności kulturalno-oświatowej w adaptacji do starości*. Instytut Technologii Eksploatacji. Ośrodek Kształcenia i Doskonalenia Kadr.
- Chopra, D. (1995). *Życie bez starości. Młode ciało. Ponadczasowy umysł*. Wydawnictwo Książka i Wiedza.
- Dubas, E. (2005). Geragogika – dyscyplina pedagogiczna o edukacji w starości i do starości. W: A. Fabiś (red.), *Seniorzy w rodzinie, instytucji i społeczeństwie. Wybrane zagadnienia współczesnej gerontologii* (ss. 143–155). Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania i Marketingu.
- Dubas, E. (2008). Estetyzacja starości w kontekście pomyślnego starzenia się. W: J. T. Kowaleski i P. Szukalski (red.), *Pomyślne starzenie się w perspektywie nauk społecznych i humanistycznych* (ss. 111–124). Zakład Demografii i Gerontologii Społecznej UŁ.
- Dubas, E. (2013). Starość znana i nieznaną – wybrane refleksje nad współczesną starością. *Rocznik Andragogiczny*, 20, 135–152.
- Dubas, E. (2024). *Humanistyczny obraz starości. Przesłanki dla gerontologii humanistycznej*. Refleksje nad starością, tom 3. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

- Frechman, E., Dietrich, M. S., Buck, H. G., Rhoten, B. A., & Maxwell, C. A. (2022). PLAN. Preparing and Living for Aging Now; A descriptive study investigating older adults' readiness to plan for aging and frailty. *Geriatric Nursing*, 47, 164–170.
- Hajek, A., Lehnert, T., Wegener, A., Riedel-Heller, S. G., & König, H. H. (2018). Do individuals in old age prepare for the risk of long-term care? Results of a population-based survey in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(10), 2189.
- Halicki, J. (2010). *Obrazy starości rysowane przeżyciami seniorów*. Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku.
- Hill, R. D. (2009). *Pozytywne starzenie się. Młodzi duchem w jesieni życia*. MT Biznes Sp. z o.o.
- Kamiński, A. (1971). Wychowanie do starości. *Zdrowie Psychiczne*, 1–2, 93–102.
- Kamiński, A. (1975). Pedagogika w służbie gerontologii społecznej. *Człowiek w Pracy i w Osiedlu*, 4, 9–26.
- Kamiński, A. (1978). *Studia i szkice pedagogiczne*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Kamiński, A. (1982). *Funkcje pedagogiki społecznej. Praca socjalna i kulturalna*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Kamiński, A. (1986). Pedagogika w służbie starości. W: *Encyklopedia Seniora* (ss. 115–117). Wiedza Powszechna.
- Komatsu, H., Yagasaki, K., Kida, H., Eguchi, Y., & Niimura, H. (2018). Preparing for a paradigm shift in aging populations: listen to the oldest old. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 13(1), 1511768.
- Konieczna-Woźniak, R. (2013). Uczenie się jako strategia pozytywnego starzenia się. *Rocznik Andragogiczny*, 185–200.
- Kuchcińska, M. (2004). Edukacja do i w starości w kontekście kamieni milowych na drodze życia seniorów. W: M. Kuchcińska (red.), *Zdrowie człowieka i jego edukacja gerontologiczna* (ss. 145–159). Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej im. K. Wielkiego.
- Leszczyńska-Rejchert, A. (2010). *Człowiek starszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości*. Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie.
- Leszczyńska-Rejchert, A. (2019). *Wbrew stereotypom – pomyślna starość „wyjątkowych” seniorów. Studium z pedagogiki społecznej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie.
- Leszczyńska-Rejchert, A. (2021). *Wyzwania i zadania geragogiki*. Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie.
- Levinson, D. J. (1986). A conception of adult development. *American Psychologist*, 41, 3–13.
- Lipman, F. (2016). *Wiek to nie wyrok. 10 sekretów długowieczności*. Wydawnictwo Vital.
- Neville, S., Napier, S., Adams, J., Shannon, K., & Wright-St Clair, V. (2021). Older people's views about ageing well in a rural community. *Ageing & Society*, 41(11), 2540–2557.

- Park, J., Fung, H. H., Rothermund, K., & Hess, T. M. (2020). The impact of perceived control and future-self views on preparing for the old age: Moderating influences of age, culture, and context. *The Journals of Gerontology: Series B*, 75(5), e18-e28.
- Sadler E., Biggs S. (2006). Exploring the links between spirituality and „successful aging”. *Journal of Social Work Practice*, 20, 267–280.
- Semków, J. (2010). Poczucie bezpieczeństwa ludzi starych jako warunek konieczny ich dobrej kondycji psychofizycznej. W: M. Halicki, J. Halicki, K. Czykier (red.), *Zagrożenia w starości i na jej przedpolu* (ss. 121–130). Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku.
- Skowrońska, D. (2009). Edukacja i samorealizacja w procesie przygotowania do starości i wizji starości osób w wieku średnim – sprawozdanie z badań. *Chowanna*, 2, 63–75.
- Solhi, M., Pirouzeh, R., & Zanjari, N. (2022). Middle-aged preparation for healthy aging: A qualitative study. *BMC Public Health*, 22(1), 274.
- Straś-Romanowska, M. (2000). Paradoksy rozwoju człowieka w drugiej połowie życia a psychoprophylaktyka starości. W: B. Kaja (red.), *Wspomaganie rozwoju. Psychostymulacja i psychokorekcja*. Tom 2 (ss. 44–55). Wydawnictwo Uczelniane WSP.
- Sto sposobów na dobrą jakość życia seniora. *Na Temat*, czerwiec 2005, 2.
- Sulik, M. (2023). Kategorie pedagogiczne w perspektywie gerontologiczno-biograficznej (refleksje z badań). *Edukacja Dorosłych*, 89(2), 43–65.
- Szarota, Z. (2004). *Gerontologia społeczna i oświatowa. Zarys problematyki*. Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej.
- Szarota, Z. (2010). *Starzenie się i starość w wymiarze instytucjonalnego wsparcia na przykładzie Krakowa*. Wydawnictwo Uniwersytetu Pedagogicznego.
- Szarota, Z. (2015). Uczenie się starości. *Edukacja Dorosłych*, 72(1), 23–35.
- Szatur-Jaworska, B. (2006). Faza starości w cyklu życia człowieka – ogólna charakterystyka. W: B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, M. Dzięgielewska, *Podstawy gerontologii społecznej* (ss. 35–61). Oficyna Wydawnicza Aspra-JR.
- Szukalski, P. (2009). Podsumowanie. Wnioski i rekomendacje. W: P. Szukalski (red.), *Przygotowanie do starości. Polacy wobec starzenia się* (ss. 231–236). Fundacja Instytut Spraw Publicznych.
- Uchwała nr 161 Rady Ministrów z dnia 26 października 2018 r. w sprawie przyjęcia dokumentu „Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność” (MP, 2018, poz. 1169).
- Uchwała nr 238 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie przyjęcia dokumentu „Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020” (M.P. 2014, poz. 118).
- Uzar K. (2011). *Wychowanie w perspektywie starości. Personalistyczne podstawy geragogiki*. Wydawnictwo KUL.
- Wojnarowska, B., Kowalewska, A., & Izdebski, Z. (2021). *Biomedyczne podstawy rozwoju i edukacji*. Wydawnictwo Naukowe PWN.

Zych, A. A. (2011). Profilaktyka gerontologiczna a normalne i optymalne starzenie się. *Wspólne Tematy*, 1, 15–25.

## Netografia

WHO, *Active ageing: a policy framework*, Geneva 2002, <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/>, [dostęp: 30.10.2024]

Anna Gutowska<sup>1</sup> 

Jacek Wódz<sup>2</sup> 

# Zaburzenia depresyjne jako współwystępujące w starości

## Depressive disorders as comorbidities in old age

### Streszczenie:

W populacji osób w podeszłym wieku obserwuje się istotny problem wielochorobowości, w tym współwystępowania zaburzeń depresyjnych z innymi chorobami/zaburzeniami. Zjawisko to stanowi wyzwanie dla samych seniorów i ich rodzin, ale także dla systemu opieki zdrowotnej i pomocy społecznej. Ze względu na istnienie wielu czynników etiologicznych wywołujących depresję u seniorów jest to zjawisko złożone i skomplikowane. To problem zarówno zdrowotny (również pod względem klinicznym), jak i społeczny. Specyfika zaburzeń depresyjnych wynika nie tylko z występowania charakterystycznych objawów, ale także z nasilenia innych dolegliwości i ich istotnego wpływu na wszystkie sfery funkcjonowania seniora. W artykule, na podstawie analizy literatury przedmiotu, dokonano podsumowania najważniejszych aspektów, w tym objawów i przyczyn, współwystępowania zaburzeń depresyjnych w populacji osób starszych i towarzyszących temu problemów, oraz przedstawiono wybrane propozycje zaradcze.

### Słowa kluczowe:

współchorobowość, zaburzenia depresyjne, osoby starsze

### Summary:

In the older people population, a significant problem of multimorbidity is observed, including the co-occurrence of depressive disorders with other diseases/disorders. This phenomenon is a challenge for seniors themselves and their families, as well as for the healthcare and social assistance systems. Due to the existence of many etiological factors causing depression among seniors, it is a complex and complicated phenomenon. It is both a health problem

---

1 Uniwersytet Łódzki, [anna.gutowska@now.uni.lodz.pl](mailto:anna.gutowska@now.uni.lodz.pl)

2 Akademia WSB w Dąbrowie Górniczej, [jwodz@wsb.edu.pl](mailto:jwodz@wsb.edu.pl)

(also in clinical terms) and a social problem. The specificity of depressive disorders results not only from the occurrence of characteristic symptoms but also from the intensity of various other ailments and a significant impact on all spheres of the senior's functioning. In the article, based on an analysis of the literature on the subject, the most important aspects, including symptoms and causes of the co-occurrence of depressive disorders in the elderly population and the problems accompanying it, are summarized.

**Keywords:**

comorbidity, depressive disorders, older people

## Wprowadzenie

Wśród osób starszych często obserwuje się problem współwystępowania wielu chorób, w tym depresji razem z innymi zaburzeniami i schorzeniami. Takie zjawisko stanowi wyzwanie zarówno dla samych seniorów i ich rodzin, jak i dla systemu opieki zdrowotnej i społecznej. Ze względu na różnorodność czynników prowadzących do rozwoju depresji w tej grupie wiekowej problem ten jest wyjątkowo złożony. Ma wymiar zarówno zdrowotny (w tym kliniczny), jak i społeczny. Depresja u osób starszych nie tylko wiąże się z typowymi objawami, ale także jest często związana z innymi poważnymi dolegliwościami, które znacząco utrudniają codzienne funkcjonowanie tych osób. Artykuł ma na celu dostarczenie wiedzy na temat wyzwań związanych z diagnozowaniem i leczeniem depresji u osób w wieku senioralnym, w tym roli izolacji społecznej, przewlekłych chorób oraz utraty niezależności. Aby przedstawić tę problematykę w sposób systematyczny, posłużono się przeglądem narracyjnym. Metodyka działania zgodnie z tą metodą analizy pozwala na elastyczny dobór literatury, umożliwiając jednocześnie dokładne przedstawienie priorytetowych aspektów eksplorowanego tematu, ze wskazaniem na luki w doniesieniach na wybrany temat. Kluczowym elementem takiego opracowania jest umiejscowienie problematyki na szerokim tle teoretycznym, z implikacjami do praktyki. Słabą stroną przeglądu narracyjnego są mało restrykcyjne formalne kryteria selekcji literatury oraz potencjalna subiektywność wniosków (Sukhera, 2022).

Na podstawie analizy literatury przedmiotu dokonano podsumowania najważniejszych aspektów, w tym objawów i przyczyn, współwystępowania zaburzeń depresyjnych w populacji osób starszych i towarzyszących temu problemów oraz przedstawiono wybrane propozycje zaradcze. Jako kryterium doboru źródeł zastosowano relatywność tematyczną, wybierając literaturę gerontologiczną, psychologiczną, medyczną dotyczącą starości i starzenia się, zdrowia fizycznego i psychicznego seniorów, depresji, a także metod jej leczenia lub prewencji w tej grupie wiekowej.

## Współchorobowość

W literaturze przedmiotu, zwłaszcza medycznej, stosuje się kilka terminów na określenie współwystępowania chorób i/lub zaburzeń. Badacze stosują takie pojęcia jak: współwystępowanie (*co-occurrence*), współchorobowość (*comorbidity*), polipatologia, choroby towarzyszące, zaburzenia towarzyszące, zaburzenia sprzężone, podwójna diagnoza, współzachorowalność, współzapadalność, zaburzenia łączne (Grabski, Dudek, 2007). Definicje współwystępowania zaburzeń obecne są w różnych publikacjach od lat 70. ubiegłego wieku. I tak na przykład A. R. Feinstein (1970) uznał, że to „jakakolwiek jednostka kliniczna, która występuje lub może występować w trakcie klinicznego przebiegu określonej choroby u badanego pacjenta” (s. 11). Natomiast H. Wittchen (1996) uznał, że współwystępowanie zaburzeń to „obecność więcej niż jednego zaburzenia u danej osoby w ciągu całego życia albo w określonym okresie czasu” (s. 7).

Jest to zatem pojęcie stosowane do wskazania na łączne występowanie kilku chorób i/lub zaburzeń. Jak pisze B. Winczura, w literaturze przedmiotu spotyka się najczęściej dwa sposoby posługiwania się pojęciem współchorobowości (*comorbidity*). Pierwsze podejście wynika z założenia opisowego do klasyfikacji, w której jednostki chorobowe nie nakładają się na siebie. Opisowa klasyfikacja jest z natury tego podejścia tymczasowa, a rejestracja współwystępowania zespołów może doprowadzić do wypracowania podstaw do jej zmiany. Drugie podejście natomiast wypływa z hipotezy, że jeden typ zaburzeń psychicznych może stanowić czynnik ryzyka dla wystąpienia innego zaburzenia (s. 244).

W medycynie współwystępowanie chorób somatycznych jest zjawiskiem stosunkowo częstym, ale o współwystępowaniu chorób/zaburzeń psychicznych pisze się już rzadziej. Jak pisze Czapiga (2009), współchorobowość, współwystępowanie zaburzeń psychicznych to terminy stosowane do opisu objawów, zespołów psychopatologicznych towarzyszących bądź pojedynczych nieprawidłowych cech zachowania. Jest to podejście, które obejmuje zarówno pojedyncze znaczące zachowania, jak i zespoły objawów pojawiające się jako przejaw chorób psychicznych, a jednocześnie uznające fakt, iż wiele zaburzeń zachowania jest złożonym zbiorem trudnych do zakwalifikowania objawów (Bobińska, Gałęcki, 2010).

K. Wieczorowska-Tobis (2011), odnosząc się do wielochorobowości w starości, jako przykład wymienia współobecność choroby zwyrodnieniowej mięśnia sercowego, cukrzycę, osteoporozę, chorobę zwyrodnieniową stawów i depresję. Autorka pisze, że współwystępowanie przewlekłych chorób somatycznych i psychicznych w podeszłym wieku jest cechą charakterystyczną tego okresu życia. Podaje, że częstość łagodnych i przewlekłych zespołów depresyjnych

sięga według niektórych badaczy nawet 30% tej populacji, podczas gdy zespoły otępienne rozpoznaje się u około 10%<sup>3</sup> (Wieczorowska-Tobis, 2011, s. 18–28). Ponadto w literaturze przedmiotu podaje się, że współwystępowanie zaburzeń depresyjnych obserwuje się w chorobach nowotworowych (30–42%), po przebytym udarze (25–48%), w chorobach układu krążenia (15–20%), nadciśnieniu tętniczym (9–25%), cukrzycy (8,5–27,3%), niedoborze witamin (15–38%) (Filipska i in., 2015, s. 167).

## Starzenie się

Wielochorobowość u osób starszych to zjawisko, które nabiera szczególnego znaczenia w kontekście starzejącego się społeczeństwa i stanowi poważne wyzwanie zarówno dla systemu opieki zdrowotnej, pomocy społecznej, jak i dla samych pacjentów oraz ich rodzin. Starzenie się społeczeństwa jest zjawiskiem szeroko opisywanym w aktualnej literaturze przedmiotu. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego w Polsce na koniec roku 2022 liczba osób w wieku 60 lat i więcej wyniosła 9,8 mln i zwiększyła się o 0,7% w odniesieniu do roku poprzedniego. Prognozy demograficzne wskazują na dalszy istotny wzrost tej populacji. Szacuje się, że do 2060 roku liczba osób w wieku poprodukcyjnym w Polsce osiągnie blisko 12 milionów (GUS, 2024).

Jakość starzenia się może być, z osobniczego punktu widzenia, lepsza lub gorsza. Do tradycyjnych kryteriów tzw. dobrego starzenia się najczęściej zalicza się fizyczny brak chorób i zachowaną sprawność fizyczną i umysłową. Należy jednak zauważyć, że taka ocena ogranicza się do nacisku na chorobowość (patogenezę), a nie uwzględnia przyczyn zachowania zdrowia (salutogenezy). „Zdrowo” starzejących się ludzi jest zdecydowanie mniej, niż tych starzejących się patologicznie. Szacuje się, że tylko ok. 8–10% populacji osób starych nie choruje przewlekłe i umiera „ze starości” śmiercią naturalną (Duda, 2013). Chorobowe starzenie się jest zazwyczaj procesem dynamicznym i przynosi zmiany, które nie zawsze są łatwe do rozpoznania. Uważa się, że do jednych z częściej występujących zaburzeń w wieku podeszłym należą zaburzenia psychiczne – szacuje się, że występują u 12–50% populacji powyżej 60. roku życia (Bilikiewicz, Panowski, 2007). Co istotne, mogą mieć formę zaburzeń, których początek miał miejsce w przeszłości, pojawić się w okresie starości, ale też dynamicznie nasilać się lub przyjmować postać łagodniejszą (Muszalik i in., 2011). Zwiększonemu ryzyku zachorowalności wśród seniorów sprzyja wiele czynników o charakterze biologicznym, psychicznym i społecznym. Wśród nich wyróżnić można między innymi:

3 Po 90. roku wzrasta aż do 40%.

choroby neurodegeneracyjne<sup>4</sup>, metaboliczne<sup>5</sup>, układu krążenia, trudne doświadczenia, np. traumatyczne wydarzenia i zmiany życiowe (śmierć bliskiej osoby, przejście na emeryturę, przeprowadzka, trudności finansowe, utrata kontaktów międzyludzkich)<sup>6</sup>.

Wśród osób w podeszłym wieku obserwuje się istotny odsetek występowania depresji, często jako choroby współistniejącej z innymi chorobami/zaburzeniami. Depresja należy do tzw. wielkich problemów geriatrycznych i towarzyszy wielu problemom somatycznym. Co ważne, istotnie wpływa na wszystkie aspekty życia człowieka: jego stan emocjonalny, umysłowy i ogólny stan zdrowia (Rosenthal, Naughton, Williams, 2009).

## Zaburzenia depresyjne – charakterystyka

Szacuje się, że najczęściej występujące zaburzenia psychiczne u osób starszych to zaburzenia depresyjne. Bywają one często określane jako depresja wieku starczego, ponieważ mogą towarzyszyć im inne dolegliwości niż w przypadku osób młodszych. U seniorów depresja najczęściej objawia się przez większą nerwowość, drażliwość, skłonność do konfliktów, obniżenie nastroju, stałe przemęczenie, zaburzenia snu, gorszą pamięć i koncentrację. Warto wspomnieć również o tym, że depresja u seniorów może prowadzić do myśli samobójczych i samobójstw, więc nie powinno się jej lekceważyć (Krajewska-Kułąk, Kędziora-Kornatowska, Cybulski, Waszkiewicz, 2017).

W psychiatrii pojęcie *depresja* odnosi się do grupy zaburzeń nastroju i emocji. Jednak najbardziej charakterystyczną jej cechą jest istotny wpływ na funkcjonowanie osoby chorującej. Depresja jest chorobą występującą powszechnie na całym świecie i w niemal każdym wieku. Światowa Organizacja Zdrowia szacuje, że aktualnie choruje na nią około 300 milionów ludzi. Częstość występowania depresji<sup>7</sup> jest trudna do precyzyjnej oceny, głównie z uwagi na stosowanie różnych

---

4 Objawy depresji stwierdza się u 30–50% chorych z chorobą Parkinsona (Burzyńska, Maniecka-Bryła, 2013, s. 212).

5 Objawy psychotyczne obserwuje się u 10–50% osób z cukrzycą i innymi chorobami metabolicznymi (Burzyńska, Maniecka-Bryła, 2013, s. 212).

6 Osoby z poczuciem beznadziei i beznadziejności oraz świadomością, że ich wpływ na własną sytuację życiową i otoczenie jest znacznie ograniczony, częściej zapadają na depresję (Burzyńska, Maniecka-Bryła, 2013, s. 213). Gąbka-Dembal podaje, że depresje spowodowane niekorzystnymi czynnikami psychospołecznymi stanowią ok. 30% (2004).

7 Część treści została zaczerpnięta z artykułu autorki: Gutowska, A. (2016). Zaburzenia psychiczne w starości – perspektywa pedagoga. W: M. Halicka, J. Halicki, E. Kramkowska (red.), *Starość: poznać, przeżyć, zrozumieć* (ss. 65–80). Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymostku.

kryteriów diagnostycznych i klasyfikacyjnych (Bilikiewicz, 1998). Według WHO na depresję choruje około 7% populacji osób starszych<sup>8</sup>. Depresje wieku podeszłego mogą mieć podłoże organiczne, ale nie muszą. Czynnikiem je wyzwalającym może być także ciężkie przeżycie, np. śmierć współmałżonka. Zmieniająca się sytuacja, zmniejszający się krąg krewnych, znajomych może prowadzić do poczucia osamotnienia, dekompensacji mechanizmów przystosowawczych, a w konsekwencji do pogorszenia zdrowia fizycznego i psychicznego. W literaturze przedmiotu odnaleźć można także doniesienia o takich czynnikach wyzwalających depresję, jak choroby ośrodkowego układu nerwowego czy czynniki jatrogenne, wśród których najczęściej wymienia się polifarmakoterapię (Parnowski, 2014, s. 264–265). Rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych po 65. roku życia sięga nawet 25% (Staniec-Kutera, Waszkiewicz, 2023), a wśród seniorów korzystających z pomocy medycznej – nawet do 30% (Pużyński, 2009, s. 83). To wciąż narastający problem kliniczny i społeczny. Co ważne, występujące epizody depresyjne wśród seniorów często nie są dostrzegane i tłumaczone złym samopoczuciem, osłabieniem, złym stanem zdrowia, który niejako „naturalnie” występuje w tej grupie społecznej.

Stanisław Pużyński wśród czynników sprzyjających występowaniu zaburzeń depresyjnych w wieku podeszłym wymienia:

- brak aktywności, bezczynność, izolację związaną z przejściem na emeryturę, przerwaniem pracy zawodowej;
- zmianę warunków mieszkaniowych, miejsca zamieszkania, pobyt w placówkach opiekuńczych i inne;
- pogorszenie sytuacji materialnej;
- osamotnienie, brak wsparcia ze strony bliskich;
- utratę osób najbliższych (śmierć współmałżonka, odejście dzieci i inne);
- przewlekłe choroby somatyczne;
- obecność zaburzeń otępiennych (2009, s. 83–84).

Do czynników depresji w wieku podeszłym zalicza się także:

- cierpienie z powodu przewlekłych chorób (np. stan po udarze mózgu, zawał mięśnia sercowego, choroby naczyniowe, cukrzyca);
- stany niedoborowe (niedobór witaminy B12, witaminy D, kwasu foliowego);
- ograniczenie sprawności i aktywności oraz niezależności;
- zaburzenia endokrynologiczne (np. niedoczynność tarczycy);
- przewlekłe infekcje (np. WZW typu C, borelioza);
- choroby układu oddechowego (POChP, zespół bezdechu sennego) (Kałużka, 2014, s. 241).

---

8 [www.who.int/en/](http://www.who.int/en/) (dotyczy to depresji jednobiegunowej)

Zatem przyczyny depresji w późnej dorosłości można podzielić na cztery grupy:

- psychologiczne (etiologia reaktywna);
- somatyczne (choroby somatyczne, leki i zmiany naczyniowe);
- organiczne (zmiany ośrodkowego układu nerwowego);
- endogenne (nawracające zaburzenia afektywne).

Ostre rozgraniczenie powyższych przyczyn najczęściej jest trudne, a postępowanie lecznicze powinno mieć charakter kompleksowy, niezależnie od etiologii.

Objawy w depresji typowej można podzielić na dwie kategorie: podstawowe (osiowe) i nieswoiste (wtórne). Do pierwszych zaliczamy:

- obniżenie podstawowego nastroju – stan smutku, przygnębienia, niekiedy zubożnienia, niezdolność do przeżywania radości;
- osłabienie tempa procesów psychicznych i ruchowych, nazywane zahamowaniem psychoruchowym – spowolnienie tempa myślenia, osłabienie pamięci, poczucie niesprawności intelektu, spowolnienie ruchów lokomocyjnych, niekiedy całkowite zahamowanie ruchowe (osłupienie), niepokój;
- objawy somatyczne i zaburzenia rytmów biologicznych – zaburzenia rytmu snu i czuwania, wahania samopoczucia w ciągu dnia, napięciowe bóle głowy, wysychanie błon śluzowych jamy ustnej, brak łaknienia;
- lęk – „wolno płynący”, utrzymujący się niemal stale, wykazujący falujące nasilenie, może osiągać znaczne rozmiary i ujawniać się w sferze ruchowej (podniecenie) lub w postaci stanów paniki (Pużyński, 1998, s. 271).

Objawy wtórne to:

- depresyjne zaburzenia myślenia – negatywna ocena własnej osoby, stanu zdrowia, przeszłości i przyszłości, w natężeniu – urojenia nihilistyczne<sup>9</sup>, winy, kary, grzeszności, katastroficzne i hipochondryczne;
- zaburzenia aktywności złożonej – osłabienie kontaktów z otoczeniem, izolowanie się, zmniejszenie zakresu zainteresowań, samozaniedbywanie (Żakowska-Wachefko, Misztalscy, Czuma, 2010, s. 147).

Ponadto dość częstym zjawiskiem w depresji jest dysforia, której przejawem są takie objawy, jak: nastrój gniewliwy, zniecierpliwienie, rozdrażnienie. Dysforia może być przyczyną konfliktów z otoczeniem, ale także źródłem agresji i autoagresji, a nawet podejmowania prób samobójczych. Jak pisze A. Bilikiewicz, obraz depresji w wieku podeszłym, bez względu na etiologię, ma swoją specyfikę. Depresyjni seniorzy mają skłonność do lęku, zaburzeń snu i zgłaszania licznych skarg hipochondrycznych. Mogą pojawić się także urojenia depresyjne (poczucie winy, urojenia samooskarżające, urojenia grzeszności i potępienia),

9 Zaburzenia treści myślenia.

ale również urojenia ksobne<sup>10</sup>, prześladowcze czy nihilistyczne. Należy przy tym zauważyć, iż badania wykazują dwukrotnie wyższe ryzyko występowania samobójstw wśród osób z depresją w wieku podeszłym niż w młodszej populacji (Bilikiewicz, 2006, s. 392).

Rozpoznanie depresji w wieku podeszłym rodzi wiele trudności, co związane jest ze zmianami psychofizycznymi starzejącego się organizmu. Gorsze radzenie sobie z czynnościami życia codziennego, problemy z pamięcią, spowolnienie psychoruchowe, apatia mogą być objawami zarówno depresji, jak i rozwijającej się choroby otępiennej (Kałucka, 2014, s. 241). Do rozpoznania najczęściej stosuje się kryteria 10 edycji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-10), a także standardowe kryteria zaburzeń psychicznych DSM-V Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. W ICD-10 wśród kryteriów wyróżniono objawy podstawowe i dodatkowe, które pozwalają określić poziom nasilenia objawów. Do podstawowych zalicza się:

- obniżenie nastroju;
- anhedonię;
- zredukowanie energii (nasilona męczliwość).

Do dodatkowych kryteriów zalicza się:

- zaburzenia snu;
- tendencje samobójcze;
- niską samoocenę;
- poczucie winy;
- zmniejszony apetyt;
- pesymistyczne nastawienie;
- osłabienie koncentracji i uwagi (ICD-10).

Wszystkie można podzielić na symptomy o charakterze emocjonalnym, poznawczym, motywacyjnym i somatycznym.

Zgodnie z DSM-V ustalenie rozpoznania wymaga stwierdzenia objawów podstawowych (tożsame z objawami podstawowymi z ICD-10) oraz co najmniej 5 objawów z poniżej wymienionych, trwających przez co najmniej dwa tygodnie:

- 1) depresyjny nastrój przez większość dnia, prawie codziennie;
- 2) istotny spadek (niezwiązany z zastosowaniem diety odchudzającej) lub przyrost masy ciała (więcej niż 5% zmiany masy ciała);
- 3) zmniejszenie zainteresowania dotychczasowymi przyjemnościami i aktywnościami, występujące przez większość dnia, prawie codziennie;
- 4) nadmierna senność w ciągu dnia lub bezsenność, wczesne budzenie się w nocy, prawie codziennie;

---

10 Inaczej urojenia odnoszące, tj. fałszywe przekonanie o tym, że się jest w centrum zainteresowania.

- 5) brak energii, męczliwość, prawie codziennie;
- 6) poczucie winy nieuzasadnione, poczucie braku wartości, niemal codziennie;
- 7) spowolnienie lub pobudzenie psychomotoryczne;
- 8) obniżenie funkcji poznawczych, czyli trudności w myśleniu, koncentracji, podejmowaniu decyzji, prawie codziennie;
- 9) uporczywie nawracające myśli o śmierci i/lub samobójcze (DSM-V).

Lekarze w Polsce (i innych krajach europejskich) bazują głównie na klasyfikacji ICD-10.

Depresja w wieku podeszłym nie musi manifestować się wszystkimi objawami, może mieć charakter zaburzeń wybiórczych lub mieszanych (Kałużka, 2014, s. 244).

Leczenie chorego na depresję seniora jest trudne i żmudne. Wpływ na to mają różne czynniki:

- leki psychotropowe (w tym antydepresanty) bywają w późnym wieku źle tolerowane, co związane jest z niewydolnością układu cholinergicznego;
- współwystępowanie kilku chorób, a co za tym idzie konieczność stosowania wielu leków;
- ograniczone możliwości psychoterapii (Bilikiewicz, 1998, s. 392–393).

Dla uzyskania efektu terapeutycznego duże znaczenie ma poprawa ogólnego stanu seniora, zwłaszcza stanu układu krążenia, w tym krążenia mózgowego. Ważne jest także wyeliminowanie leków, które mogą powodować depresję, a także poprawa sytuacji psychosocjalnej chorego (Pużyński, 2009, s. 88).

## Depresja a samotność

Relacja między depresją a samotnością u seniorów jest złożona i może przybierać charakter obustronny. Depresja bywa uwarunkowana samotnością i odwrotnie – samotność wśród seniorów jest znaczącym czynnikiem, który może prowadzić do depresji oraz innych problemów zdrowotnych, zarówno psychicznych, jak i fizycznych. Badania wskazują, że samotność nie tylko często współwystępuje z depresją, ale może być zarówno jej przyczyną, jak i skutkiem. Co więcej, samotność może wpływać na nowe epizody depresyjne oraz na przebieg już istniejącej depresji (Bal, Imbimbo, Franceschi, Menesini, Nocentini, 2022). Rozwinięcie tego tematu wymaga zrozumienia kilku aspektów. Pierwszy to przyczyny samotności seniorów. Zalicza się do nich między innymi następujące czynniki:

- 1) Śmierć współmałżonka. Utrata partnera jest jednym z najtrudniejszych wydarzeń w życiu seniora. Strata osoby, z którą dzielił większość życia, może prowadzić do głębokiego poczucia samotności.

- 2) Oddalenie od rodziny i przyjaciół. Często dzieci seniorów wyjeżdżają w poszukiwaniu pracy lub lepszego życia, co skutkuje mniejszą częstotliwością osobistych spotkań.
- 3) Ubytek zdrowia fizycznego i ograniczenia mobilności. Problemy zdrowotne mogą utrudniać seniorom aktywne uczestnictwo w życiu społecznym, prowadząc do izolacji.
- 4) Emerytura. Przejście na emeryturę często wiąże się z utratą codziennych kontaktów społecznych i poczucia celowości, które były związane z pracą zawodową.

Kolejny aspekt związany jest z wpływem samotności na depresję. Wymienić tu można co najmniej trzy istotne elementy:

- 1) Izolacja społeczna. Samotność może prowadzić do izolacji społecznej, która jest silnie związana z depresją. Osoby starsze, które są izolowane, mogą doświadczać uczucia braku sensu i celu życia.
- 2) Poczucie bezużyteczności. Seniorzy, którzy czują się odcięci od społeczeństwa, mogą tracić poczucie własnej wartości i znaczenia, co jest znaczącym czynnikiem ryzyka depresji.
- 3) Zmiany w mózgu. Badania wskazują, że długotrwała samotność może wpływać na funkcjonowanie mózgu, zwiększając podatność na depresję poprzez zmiany w produkcji neurotransmiterów, takich jak serotonina i dopamina.

Depresja u seniorów często prowadzi (z różnych powodów) do samotności, tworząc błędne koło, które może zwiększać obie te trudności. Wśród tych powodów wymienić można:

- 1) Wycofanie społeczne. Depresja często prowadzi do wycofania się z życia społecznego. Osoby cierpiące na depresję mogą odczuwać zmniejszone zainteresowanie działaniami, które wcześniej sprawiały im przyjemność, co obejmuje również interakcje społeczne. To wycofanie może być wynikiem braku energii, uczucia bezwartościowości lub myśli, że są ciężarem dla innych. Seniorzy zmagający się z depresją mogą izolować się, ponieważ czują się zbyt przytłoczeni, aby angażować się w społeczne interakcje.
- 2) Zmniejszona zdolność do utrzymywania relacji. Depresja może wpływać na umiejętności komunikacyjne i interpersonalne, co utrudnia utrzymywanie istniejących relacji lub tworzenie nowych. Seniorzy z depresją mogą mieć trudności z wyrażaniem swoich uczuć, co może prowadzić do nieporozumień i konfliktów z bliskimi.
- 3) Percepcja otoczenia. Osoby starsze z depresją mogą postrzegać swoje środowisko społeczne mniej korzystnie, co może prowadzić do przeświadczenia,

że są izolowane lub odrzucone przez społeczeństwo. Takie negatywne postrzeganie może zniechęcać do uczestnictwa w aktywnościach społecznych, prowadząc do rzeczywistej izolacji. Depresja może zaburzać percepcję własnej wartości i relacji z innymi, co sprawia, że seniorzy mogą mieć poczucie bycia mniej wartościowymi i mniej pożądanymi jako towarzysze (University College London, 2020).

W badaniach stwierdzono, że samotność może przyczyniać się do depresji nawet po wielu latach, co pokazuje, że to zjawisko ma długofalowe konsekwencje. Interwencje mające na celu zmniejszenie samotności mogą więc potencjalnie zapobiegać depresji w przyszłości (University College London, 2020).

## Możliwości wsparcia

Rozumienie tego, jak depresja wpływa na samotność, pozwala na lepsze dostosowanie interwencji mających na celu poprawę jakości życia seniorów. Opracowanie kompleksowych strategii, które uwzględniają zarówno zdrowie psychiczne, jak i społeczne potrzeby seniorów, jest kluczowe dla zapobiegania samotności i jej negatywnym konsekwencjom. Ważne jest, aby strategie wsparcia obejmowały zarówno aspekty medyczne, jak i społeczne:

- 1) **Terapie psychologiczne.** Skuteczne leczenie depresji za pomocą różnych form i metod terapii psychologicznych, takich jak np. psychoterapia poznawczo-behawioralna, może pomóc w redukcji objawów depresji i poprawie funkcjonowania społecznego. Dostępność opieki zdrowotnej, w tym wsparcia psychologicznego, pozwolić może na regularne kontrole zdrowotne i pomóc we wczesnym rozpoznaniu i leczeniu depresji.
- 2) **Programy wsparcia społecznego.** Programy takie jak różne inicjatywy lokalne, kluby seniora, grupy wsparcia czy działania wolontariackie mogą pomóc osobom starszym w przełamywaniu barier izolacji i budowaniu nowych, zdrowych relacji. Zaangażowanie się w aktywne życie społeczne może pomóc odzyskać poczucie celu i wpływać na poprawę samopoczucia.
- 3) **Edukacja i świadomość.** Edukowanie seniorów, ich rodzin i opiekunów na temat związku między depresją a samotnością może prowadzić do lepszego rozpoznawania tych stanów i wcześniejszego poszukiwania pomocy. Ponadto nauka korzystania z nowoczesnych technologii może połączyć seniorów z rodziną i przyjaciółmi, nawet na odległość, co może zmniejszyć uczucie samotności, a także zabezpieczać przed wykluczeniem cyfrowym. Równie istotna jest edukacja pracowników służby zdrowia, pomocy społecznej, tak by skutecznie mogli reagować na ten rosnący problem zdrowotny i społeczny.

## Podsumowanie

Wielochorobowość jest wśród seniorów poważnym problemem, wymagającym kompleksowego podejścia. Niesie różne trudności, które wymagają nierzadko wsparcia społecznego, zdrowotnego i emocjonalnego. Zapobieganie izolacji i wykluczeniu seniorów, promowanie aktywności społecznej może znacząco przyczynić się do poprawy jakości ich życia i zmniejszenia ryzyka depresji. Wiedza na temat depresji wzrasta, między innymi dzięki licznym kampaniom społecznym, ale nadal jest niewielka. To choroba, która stanowi zagrożenie dla życia i którą należy leczyć. Najbliższe otoczenie nierzadko nie rozumie sytuacji chorego i radzi, żeby „się otrząsnąć”, „wziąć w garść”. Część osób nie jest świadoma swojej choroby i objawy przypisuje zmęczeniu, sezonowej chandrze, czy procesowi przemijania, starzenia się. Depresja ma różne objawy i zróżnicowany przebieg, które zwłaszcza w starszym wieku mogą być maskowane, czy źle interpretowane. Zbyt późno rozpoznana i nieleczona znacząco wpływa na jakość życia, może przyczyniać się do zwiększenia poziomu niesprawności, czy powodować niepełnosprawność, a nawet śmierć. Dlatego tak ważne jest umiejętne rozpoznanie i poszukanie specjalistycznej pomocy. Również podjęcie działań mających na celu zmniejszenie samotności i jej wpływu na zdrowie psychiczne osób starszych ma ogromne znaczenie. Słuszne wydaje się podejście biopsychospołeczne, czyli wielopłaszczyznowe, uwzględniające zarówno kontekst dolegliwości somatycznych, psychicznych, jak i sytuację społeczną. Psychoedukacja, prowadzona przez specjalistów przygotowanych do pracy z seniorami, czy inne zajęcia o charakterze geragogicznym, mogą okazać się skuteczną profilaktyką i rehabilitacją. Konieczne jest także zapobieganie izolowaniu starszych osób. Deprywacja sensoryczna i pozbawienie człowieka wysiłku intelektualnego pogłębia zaburzenia i deteriorację osobowości. Jak twierdzi A. Bilikiewicz, „izolacja jest postępowaniem niehumanitarnym, a z punktu widzenia psychoprofilaktycznego – szkodliwym. Pogłębia w starym człowieku poczucie odrzucenia, frustracji, krzywdy i dyskryminacji” (2006, s. 391). Potrzebne jest także edukowanie społeczeństwa – rzetelna wiedza z zakresu prewencji niepełnosprawności psychicznej, oswajanie lęku przed starością i śmiercią, a także „walka” ze stereotypami to zadania ciągle aktualne i potrzebne. Jest to nie tylko kwestia indywidualnej opieki nad seniorem, ale również wyzwanie dla polityki społecznej i zdrowotnej, których celem powinno być wspieranie integracji społecznej i dobrostanu seniorów.

## Bibliografia

- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.
- Bilikiewicz, A. (1998). Starzenie się i zaburzenia psychiczne wieku podeszłego (problemy psychogeriatric). W: A. Bilikiewicz (red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny* (ss. 383–394). Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Bilikiewicz, A. (2006). *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Bilikiewicz, A., Parnowski, T. (2007). Starzenie się i zaburzenia psychiczne wieku podeszłego. W: A. Bilikiewicz (red.), *Psychiatria* (ss. 457–502). Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Bobińska, K., Gałęcki, P. (2010). *Zaburzenia psychiczne u osób upośledzonych umysłowo*. Wydawnictwo Continuo.
- Burzyńska, M., Maniecka-Bryła, I. (2013). Występowanie depresji u osób starszych korzystających z pomocy społecznej – wstępne wyniki badania. *Acta Universitatis Lodziensis Folia Oeconomica*, 297, 211–223.
- Duda, K. (2013). Proces starzenia się. W: A. Marchewka, Z. Dąbrowski, A. J. Żołądź (red.), *Fizjologia starzenia się. Profilaktyka i rehabilitacja* (ss. 1–32). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Feinstein, A. R. (1970). The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *Journal of Chronic Diseases*, 23(7), 455–468.
- Filipska, K., Pietrzykowski, Ł., Ciesielska, N., Dembowski, Ł., Kędziora-Kornatowska, K. (2015). Zaburzenia depresyjne u osób w podeszłym wieku – przegląd literatury. *Gerontologia Polska*, 4, 165–169.
- Gębka, D., Kędziora-Kornatowska, K. (2012). Korzyści z treningu zdrowotnego u osób w starszym wieku. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 93(2), 256–259.
- Główny Urząd Statystyczny (2024). *Rozwój regionalny Polski – raport analityczny 2023*. Główny Urząd Statystyczny.
- Grabski, B., Dudek, D. (2007). *Współwystępowanie zaburzeń psychicznych a choroba afektywna dwubiegunowa*. Polskie Towarzystwo Psychiatryczne.
- Gutowska, A. (2016). Zaburzenia psychiczne w starości – perspektywa pedagoga. W: M. Halicka, J. Halicki, E. Kramkowska (red.), *Starość: Poznać, przeżyć, zrozumieć* (ss. 65–80). Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne* (1997). Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”.
- Kałucka, S. (2014). Cechy depresji w wieku podeszłym – etiologia, rozpoznanie i leczenie. *Geriatrics*, 8, 240–247.
- Krajewska-Kuślak, E., Kędziora-Kornatowska, K., Cybulski, M., Waszkiewicz, N. (2022). *Psychogeriatrics*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

- Muszałik, M., Zielińska-Więczkowska, H., Wojciechowska, A., Kędziora-Kornatowska, K. (2011). Funkcjonowanie pacjentów w starszym wieku z zaburzeniami psychicznymi w aspekcie jakości życia. *Psychogeriatrya Polska*, 8(2), 45–54.
- Parnowski, T. (2014). Depresja. W: K. Wieczorkowska-Tobis, D. Talarska, *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne* (ss. 326–332). Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Pużyński, S. (1998). Choroby afektywne. W: A. Bilikiewicz (red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny* (ss. 323–340). Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Pużyński, S. (2009). *Depresje i zaburzenia afektywne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Rosenthal, T., Naughton B., Williams M. (red.). (2009). *Geriatrya*. Wydawnictwo Czelej.
- Staniec-Kutera, M., Waszkiewicz, N. (2023). Depresja u osób starszych – pozycja w ortoksenii. *Psychiatria Spersonalizowana*, 2(4), 91–104.
- Sukhera, J. (2022). Narrative reviews in medical education. Key steps for researchers. *Journal of Graduate Medical Education*, 14(4), 418–419.
- Van As, B. A. L., Imbimbo, E., Franceschi, A., Menesini, E., & Nocentini, A. (2022). The longitudinal association between loneliness and depressive symptoms in the elderly: a systematic review. *International Psychogeriatrics*, 34(7), 657–669.
- Wieczorowska-Tobis, K. (2011). Specyfika pacjenta starszego. W: K. Wieczorowska-Tobis, T. Kostka, A. M. Borowicz (red.), *Fizjoterapia w geriatryi* (ss. 18–28). Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Winczura, B. (2018). Zaburzenia współwystępujące z autyzmem – uwarunkowania rozwojowe, symptomy kliniczne i dylematy diagnostyczne. *Logopedia*, 47(2), 243–263.
- Wittchen, H. U. (1996). What is comorbidity—fact or artefact? *The British Journal of Psychiatry*, 168(S30), 7–8.
- Żakowska-Wachelko, B., Misztalscy, A. T., Czuma, K. (2010). *Opiekun osób starszych*. Śląskie Stowarzyszenie Ad Vitam Dignam.

## Netografia

- University College London. (2020). Loneliness a leading cause of depression in older adults, <https://www.sciencedaily.com/releases/2020/11/201109184947.htm> [dostęp: 28.10.2024].

# Recenzje Book Reviews





## RECENZJA KSIĄŻKI

Jolanta Maćkowicz, *Satisfied Ageing*,  
Wydawnictwo Naukowe UKEN,  
Kraków 2024

## BOOK REVIEW

Jolanta Maćkowicz, *Satisfied Ageing*,  
Wydawnictwo Naukowe UKEN,  
Kraków 2024

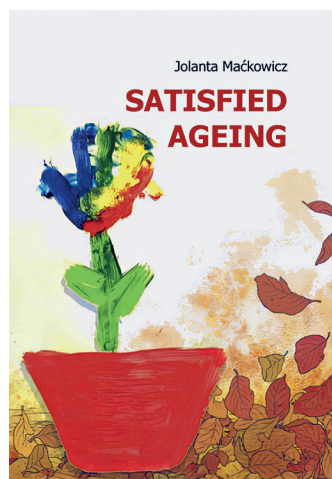
**Streszczenie:** W artykule przedstawiono recenzję książki pt. *Satisfied Ageing* Jolanty Maćkowicz. Autorka dokonała interdyscyplinarnej analizy procesu starzenia się, omawiając jego aspekty fizyczne, psychologiczne oraz społeczne. Podkreśliła możliwość prowadzenia satysfakcjonującego życia w starszym wieku, łącząc teoretyczne rozważania z praktycznymi rekomendacjami.

**Słowa kluczowe:** starzenie się, interdyscyplinarność, zdrowie psychiczne, zdrowie fizyczne, polityka społeczna, satysfakcja, seniorzy

**Summary:** The article reviews the book “Satisfied Ageing” by Jolanta Maćkowicz. The book provides an interdisciplinary analysis of the aging process, exploring its physical, psychological, and social aspects. It emphasizes the possibility of living a fulfilling life in old age, combining theoretical reflections with practical recommendations.

**Keywords:** ageing, interdisciplinarity, mental health, physical health, social policy, satisfaction, seniors

*Satisfied Ageing* Jolanty Maćkowicz to wieloaspektowa publikacja poświęcona problematyce starzenia się. Autorka przedstawia głęboki i kompleksowy wgląd w zjawisko starzenia się z perspektywy interdyscyplinarnej. Analizuje jakość życia osób starszych w kontekście rosnącej średniej długości życia i wyzwań demograficznych, zwraca uwagę na znaczenie zaspokajania potrzeb osób w późnej



<sup>1</sup> Uniwersytet Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie, katarzyna.zaremba@uken.krakow.pl

dorosłości, zwłaszcza w obliczu zmian demograficznych. Szacuje się, że do 2050 roku odsetek osób powyżej 60. roku życia znacząco wzrośnie, co podkreśla pilną potrzebę działania. Analiza Jolanty Maćkowicz opiera się na Międzynarodowym Planie Działań na rzecz Starzenia (MIPAA) przyjętym w Madrycie, który wyróżnia kluczowe zobowiązania dotyczące poprawy dobrostanu seniorów. Obejmują one m.in. poprawę opieki zdrowotnej, zapewnienie odpowiednich warunków życia oraz ochronę praw osób starszych.

Celem autorki jest ukazanie, jak osoby starsze postrzegają jakość swojego życia, opierając się na zarówno teoretycznych, jak i praktycznych przykładach. Publikacja składa się z sześciu rozdziałów. Pierwszy rozdział dostarcza podstaw – omawia starzenie się z różnych perspektyw, w tym społecznych i psychologicznych teorii starzenia. Kolejne rozdziały zgłębiają praktyczne wyzwania, z jakimi borykają się seniorzy, takie jak ageizm, wykluczenie z dostępu do usług i ograniczenia narzucone przez normy społeczne. Jednym z kluczowych problemów poruszanych w książce jest dyskryminacja ze względu na wiek, która ogranicza dostęp osób starszych do możliwości zatrudnienia i innych dziedzin życia. Autorka opisuje strategie przezwyciężania tych barier poprzez edukację, regulacje prawne oraz rozwój polityk integracyjnych.

Jolanta Maćkowicz podaje również przykłady udanego starzenia się, gdzie osoby w późnej dorosłości aktywnie uczestniczą w życiu społecznym, wnosząc swoje bogate doświadczenie i wiedzę, ale także zwraca uwagę, że należy wzmacniać ich relacje z otoczeniem i status w społeczeństwie poprzez tworzenie inicjatyw, w których mogą brać aktywny udział i które mogą współtworzyć. W ten sposób seniorzy odnajdują swoje miejsce w nowoczesnym społeczeństwie, co korzystnie wpływa na ich dobrostan i poczucie własnej wartości.

Piąty rozdział zawiera podstawy metodologiczne badań własnych. Szczególnie wartościowy jest szósty rozdział, zawierający autorskie badania, dostarczając nowe i oryginalne wnioski na temat doświadczeń osób starszych. W publikacji zaprezentowano wyniki badań nad jakością życia seniorów – uczestników różnych form aktywności oferowanych przez centrum Mayores Valores w Santa Cruz na Teneryfie.

Publikacja kończy się podsumowaniem, wnioskami i rekomendacjami. Reasumując, recenzowana książka jest wartościową pozycją, która w nowatorski sposób podejmuje istotny temat starzenia się w społeczeństwie. Autorka podkreśla, że starość powinna być postrzegana jako wartość, a nie jako bariera. Książka skierowana jest zarówno do badaczy, praktyków zajmujących się problematyką starzenia się społeczeństwa, jak i osób poszukujących naukowej refleksji na temat starzenia się w sposób *satisfied*, czyli satysfakcjonujący.



