



**UNIWERSYTET MARII CURIE SKŁODOWSKIEJ**  
**Wydział Pedagogiki i Psychologii**

---

**Rozprawa doktorska**

**mgr Renata Karina Lemańczyk**

**Poczucie jakości życia seniorów polskich i niemieckich  
a funkcjonowanie systemów opieki w obu krajach  
- analiza porównawcza**

**Promotor**

**dr hab. Elżbieta Gawel-Luty, prof. AMW**

**Promotor pomocniczy**

**dr Ewa Jówko**

**Lublin 2022**

## **Podziękowania**

*Pragnę złożyć serdeczne podziękowania Pani prof. dr hab. Elżbiecie Gawel-Luty za okazaną pomoc, cenne rady i wskazówki, za poświęcony czas podczas konsultacji przy tworzeniu niniejszej dysertacji, za pomoc w jasnym formułowaniu myśli naukowej oraz inspirację do zgłębiania zagadnień naukowych.*

*Chciałabym także podziękować wszystkim dyrektorom i kierownikom polskich i niemieckich ośrodków za umożliwienie przeprowadzenia badań, wsparcie organizacyjne, cenne informacje i nieocenioną pomoc w trakcie prowadzenia badań.*

*Dziękuję przede wszystkim badanym, którzy mi zaufali i zgodzili się wziąć udział w moich badaniach.*

*I wreszcie dziękuję moim najbliższym za ogromną cierpliwość i wyrozumiałość, nieustanne wsparcie w trudnych momentach oraz wiarę w moje możliwości.*

# Spis treści

<b>Wstęp</b> .....	6
<b>Rozdział 1. Teoretyczne uzasadnienia starości i starzenia się</b> .....	10
1.1. Definicje i typologie starzenia się.....	11
1.2. Koncepcje starzenia się i przystosowania do starości .....	18
1.3. Konsekwencje procesu starzenia się.....	27
1.4. Zagrożenie wykluczeniem społecznym seniorów .....	39
<b>Rozdział 2. Specyfika opieki nad osobami starszymi w Polsce i w Niemczech</b> .....	46
2.1. Polityka społeczna wobec seniorów w Polsce i w Niemczech.....	47
2.2. Sytuacja socjalna seniorów w Polsce i w Niemczech.....	73
2.3. Wybrane instytucje opieki gerontologicznej w obu państwach.....	83
<b>Rozdział 3. Jakość życia seniorów w literaturze naukowej</b> .....	89
3.1. Jakość życia – ujęcia terminologiczne.....	90
3.2. Przegląd koncepcji i modeli jakości życia.....	95
3.3. Wybrane wymiary jakości życia.....	106
3.4. Przegląd badań nad jakością życia.....	114
<b>Rozdział 4. Podstawy metodologiczne badań własnych</b> .....	123
4.1. Przedmiot i cele badań.....	123
4.2. Problemy i hipotezy badawcze .....	124
4.3. Zmienne i wskaźniki .....	128
4.4. Metody, techniki i narzędzia badawcze .....	131
4.5. Charakterystyka terenu badań i badanej populacji .....	133
4.6. Organizacja i przebieg badań.....	165

<b>Rozdział 5. Poczucie jakości życia badanych osób starszych w Polsce i w Niemczech w świetle badań własnych .....</b>	<b>168</b>
5.1. Samoocena stanu zdrowia seniorów polskich i niemieckich.....	168
5.2. Poziom zadowolenia z życia seniorów polskich i niemieckich.....	173
5.3. Plany życiowe seniorów polskich i niemieckich .....	179
5.4. Postrzeganie swojego miejsca w społeczeństwie przez seniorów polskich i niemieckich .....	181
5.5. Aktywność społeczna, edukacyjna i kulturalna seniorów polskich i niemieckich.....	183
<b>Rozdział 6. System opieki nad seniorami w Polsce i w Niemczech w świetle badań własnych .....</b>	<b>194</b>
6.1. System opieki nad seniorami w Polsce i w Niemczech w opinii badanych seniorów .....	194
6.2. Ocena funkcjonowania ośrodków opieki, w których przebywają badani seniorzy .....	198
6.3. Oczekiwania badanych seniorów wobec podmiotów odpowiedzialnych za zapewnienie im opieki .....	206
<b>Rozdział 7. Wybrane uwarunkowania poziomów poczucia jakości życia badanych osób starszych w świetle badań własnych .....</b>	<b>212</b>
7.1. Poziomy poczucia jakości życia seniorów polskich i niemieckich .....	212
7.2. Poziomy poczucia jakości życia osób starszych a ich ocena systemu opieki nad seniorami .....	218
7.3. Poziomy poczucia jakości życia osób starszych a ocena funkcjonowania ośrodków opieki, w których przebywają badani .....	219
7.4. Poziomy poczucia jakości życia osób starszych a oczekiwania odnośnie podmiotów odpowiedzialnych za zapewnienie im opieki .....	227
<b>Rozdział 8. Model optymalizujący formy opieki nad osobami starszymi .....</b>	<b>235</b>
8.1. Autorska propozycja modelu .....	235
<b>Zakończenie i wnioski.....</b>	<b>239</b>
<b>Spis tabel.....</b>	<b>248</b>

<b>Spis wykresów</b> .....	253
<b>Spis schematów</b> .....	256
<b>Bibliografia</b> .....	257
<b>Aneks</b> .....	279
Kwestionariusz wywiadu dla seniorów .....	279
Fragebogen für Senioren/innen .....	286
Kwestionariusz oceny jakości życia SF-36 .....	294
Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36).....	298

## Wstęp

W społeczeństwach Europy obserwuje się wzrost odsetka osób starych, wydłużanie się czasu trwania ludzkiego życia, przy jednoczesnym spadku możliwości sprawowania nad nimi opieki przez członków rodziny. Zachodzące zmiany demograficzne prowadzą zatem, do rozbudowy systemu instytucjonalnej pomocy opiekuńczej i społecznej z uwzględnieniem poprawy jakości życia tej grupy społecznej.

Zmiany w globalnej demografii mają obecnie duży wpływ na politykę państw europejskich oraz budzą zainteresowanie nauk społecznych. Obecnie obserwuje się wzrost osób starszych w globalnej demografii zarówno w Polsce, jak i w Niemczech, który związany jest z wieloma problemami społecznymi i ekonomicznymi starzenia się społeczeństw polskich i niemieckich. Niewątpliwie zmiany wywołane przez procesy demograficzne, migracje ludzi młodych ograniczają możliwości udzielenia pomocy i wsparcia seniorom przez rodzinę. To zjawisko prowadzi do przygotowania innych działań polityki społecznej państw europejskich na rzecz instytucjonalnych form opieki, wsparcia i pomocy dla zwiększającej się grupy osób starszych.

Zauważa się ciągle wzrastający wskaźnik problemu starzenia się społeczeństw Europy oraz konsekwencje procesu starzenia się związane z wydłużaniem się ludzkiego życia. Moją intencją, jaką kierowałam się w wyborze tematyki niniejszej dysertacji było wskazanie, zauważenie i dokonanie analizy zagadnień pozwalających na głębsze zrozumienie i interpretację procesu starzenia się, miejsca ludzi starszych we współczesnym świecie z uwzględnieniem ich dobrostanu psychicznego. Także w literaturze wskazuje się na coraz więcej zróżnicowanych ujęć teoretycznych wyjaśniających proces przystosowania się jednostki do starości oraz analiz wyjaśniających kwestie pozycji osób starszych w strukturze społecznej, jakości ich życia oraz podejmowanych przez nich aktywności (Fabiś, Wawrzyniak, Chabior, 2019; Kanios, 2018; Szweda-Lewandowska, 2011, 2017; Pikuła, 2011, 2016; Brudek, 2016; Steuden, 2011, 2014; Erikson, 2012; Malec, 2012; Bugajska, 2012; Timoszyk-Tomczak, Bugajska, 2012, 2014; Szarota, 2010, 2015; Halicki, 2006, 2010, 2017; Felce, Perry, 1996).

Prezentowana przeze mnie problematyka jakości życia człowieka starszego w kontekście przemian społecznych, cywilizacyjnych, biomedycznych

i instytucjonalnych obejmuje przegląd i analizę głównych koncepcji starzenia się i starości oraz jakości życia. Zagadnienia te najczęściej analizowane są z wieloaspektowych perspektyw i koncentrują na poznaniu przyczyn i mechanizmów starzenia się. Teorie biologiczno-medyczne wyjaśniają prawidłowości procesów biologicznych, zmian anatomicznych i fizjologicznych. Analiza założeń społecznych koncepcji starzenia się i starości podkreśla potrzeby i rolę osób starszych w systemie społecznym zarówno w kategoriach makrospołecznych i mikrospołecznych, zjawisk mikrostrukturalnych, interpersonalnych i świadomościowych, koncepcji biegu i cyklu życia, zmiany ról społecznych i aktywności (Synak, 2002, s. 145-146; Halicki, 2006, s. 258-259; Halik, 2002, s.17-18; Klimczuk, 2012, s. 23-28; Gawęł-Luty, 2017, s. 5-7).

Z punktu rozpatrywanej przeze mnie problematyki związanej z jakością życia osób starszych, założyłam, że wysoka jakość życia seniorów wiąże się z ich zadowoleniem i umiejętnością cieszenia się światem (Steuden, 2011, s. 166). Dlatego też dokonuję analizy procesu, jakim jest adaptacja człowieka starszego do starości, oceny jego życia jako jakościowo dobrego. Na podstawie rozważań teoretycznych procesy te zależne są w moim rozumieniu od dwóch czynników: od zmiany cech posiadanych przez daną osobę i zmiany cech środowiska społecznego, czyli otoczenia, w jakim znajduje się osoba starsza. Dla potrzeb niniejszej koncepcji oraz ze względu na kierunek moich założeń badawczych, skupiłam się ponadto na wartościowych koncepcjach przystosowania się do starości.

Istotnym w kontekście jakości życia człowieka starszego jest dobry stan zdrowia, dobra kondycja psychiczna i fizyczna, zachowana samodzielność funkcjonalna, dogodne warunki życiowe (bytowe), sprzyjające czynniki środowiskowe, dobre stosunki rodzinne, mocna sieć wsparcia społecznego, posiadanie wykształcenia jednostki, prawidłowe nawyki, zachowana aktywność życiowa i społeczna, poczucie szczęścia, doznanie satysfakcji życiowej, pozytywny bilans życia. Z tymi wskaźnikami korelują czynniki definiujące tzw. dobrostan jednostki. Powyższe zagadnienia przyczyniły się również do podjęcia badań i wskazań związanych z najważniejszymi czynnikami ograniczającymi sprawność i samodzielność funkcjonalną jednostki.

Problematyka starzenia się i jakości życia osób starszych stała się moim przedmiotem zainteresowań oraz badań naukowych. Jakość życia seniorów odnoszę w niniejszej dysertacji do wielu obszarów życia seniorów, co jednocześnie stanowi o szerokiej perspektywie badawczej.

W literaturze odnajdujemy różne kryteria dobrej jakości życia wspólne dla wszystkich populacji, są to przede wszystkim: sytuacja zdrowotna, sytuacja rodzinna, dobre relacje społeczne i rodzinne, zadawalająca sytuacja finansowa pozwalająca na zaspokajanie potrzeb, samodzielność w wykonywaniu czynności dnia codziennego, itp. (Pott, 2016, s. 65). Badania w tym zakresie wskazują, że najważniejszymi czynnikami dla jakości życia osób starszych są: dobre zdrowie, niezależność, sprawność funkcjonalna, bezpieczeństwo materialne, dobre relacje z rodziną i przyjaciółmi. Niektórzy badacze wymieniają również dobrostan psychiczny, stabilność emocjonalną, samoakceptację, panowanie nad otoczeniem, wykonywanie pracy zawodowej, uczestnictwo w wolontariacie lub innych formach zachowań prospołecznych (Studen, 2011; Pikuła, 2016). Mimo, iż w literaturze naukowej odnajdujemy wiele definicji związanych najczęściej z takimi kategoriami, jak styl życia, poczucie dobrostanu, zadowolenia z warunków oraz możliwości zaspokajania najistotniejszych życiowych potrzeb, dotychczas nie opracowano jednej, przyjmowanej przez wszystkich bez zastrzeżeń definicji jakości życia.

Prezentowana praca składa się z ośmiu rozdziałów i ma charakter teoretyczno-empiryczny.

Odwołując się do rozważań teoretycznych nad jakością życia w pierwszej części niniejszej dysertacji, przedstawiam uzasadnienia różnorodnych teorii i koncepcji wyjaśniających proces starzenia się oraz przystosowania jednostki do starości i warunków życia w ostatniej fazie życia człowieka, specyfikę opieki nad osobami starszymi w Polsce i w Niemczech, w tym instytucjonalną opiekę gerontologiczną w obu krajach. Problem starzenia się i starości ukazuję jako ważny problem polityki państwa europejskich. W tej części pracy przedstawiam ponadto teoretyczne postawy jakości życia seniorów wyrażane wieloaspektowo w prezentowanych koncepcjach i modelach jakości życia.

W drugiej części dysertacji omawiam założenia metodologiczne badań oraz dokonuję analizy poczucia jakości życia badanych seniorów w Polsce i w Niemczech w aspekcie instytucjonalnym.

W moim rozumieniu właściwe funkcjonowanie modelu opieki nad osobą starszą powinno się skupiać nie tylko na modyfikacji postaw społeczeństwa wobec seniorów, ale również powinno prowadzić do zwiększenia realizacji zapotrzebowania na usługi opiekuńcze świadczone przez placówki instytucjonalne, zaangażowane w pomoc ludziom starszym. Znamiennym jest więc udzielanie pomocy i wsparcia w placówkach



instytucjonalnych, dzięki czemu osoba starsza mimo braku bliskich osób w swoim otoczeniu (rodziny, przyjaciół, znajomych), może odczuwać zadowolenie z jakości własnego życia, cieszyć się dobrym samopoczuciem i być szczęśliwą.

Rozważania na temat jakości życia stały się obiektem prowadzonych przeze mnie analiz naukowych w tym zakresie. Wynika to z jednej strony z charakteru podejmowanej tematyki przez wielu badaczy, z drugiej zaś związane jest z nowymi wyzwaniami dla polityki społecznej i zmianą struktury wiekowej społeczeństw Europy.

W prezentowanej dysertacji kieruję się przede wszystkim wieloaspektowym spojrzeniem na jakość życia seniorów mieszkających w placówkach instytucjonalnych, co ma prowadzić do zaproponowania modelu optymalizującego formy opieki nad osobami starszymi w Polsce i w Niemczech. Jednocześnie zdaję sobie sprawę z tego, iż w niniejszej dysertacji nie jestem w stanie odnieść się szczegółowo do wszystkich aspektów badanego zjawiska, a mianowicie jakości życia osób starszych. Mam natomiast nadzieję, iż stanie się ona przyczynkiem do wieloaspektowych i zróżnicowanych badań w kształtowaniu poczucia jakości życia osób starszych w ujęciu międzynarodowym.

Interdyscyplinarne i międzynarodowe podejście do analizy poczucia jakości życia seniorów powinno w moim rozumieniu służyć nie tylko poszerzeniu zakresu badań porównawczych, ale również zaprojektowaniu lepszego modelu opieki instytucjonalnej nad osobami starszymi.

Niniejszą dysertację wieńczy zakończenie, formułujące wnioski i dyskusję wyników badań. Dobrą jakość życia badanych przez mnie seniorów upatruję bowiem we właściwym funkcjonowaniu badanych placówek instytucjonalnych zorientowanych na potrzeby tej grupy docelowej.

Wybór tematu niniejszej dysertacji wydaje się zatem zasadny. Starzenie się społeczeństw oraz jakość życia seniorów przebywających w domach opieki ma szczególne znaczenie dla wprowadzania bardziej zróżnicowanych, efektywniejszych form wsparcia i pomocy. Dlatego też problematyka jakości życia seniorów w Polsce i w Niemczech stała się przedmiotem moich zainteresowań badawczych.

## **Rozdział 1. Teoretyczne uzasadnienia starości i starzenia się**

Starość i starzenie się ludności stanowi obecnie jeden z ważniejszych problemów polityki państw europejskich. Życie ludzkie w ostatnich latach uległo znacznemu wydłużeniu i w konsekwencji Europa jest demograficznie najstarszym kontynentem (Żołądowski, 2017, s. 30). Proces demograficznego starzenia się ludności prowadzi w konsekwencji do wielu problemów społecznych i dotyczy większości państw europejskich. Wzrost procentowego udziału osób starszych w populacji w ostatnich latach oraz wzrost znaczenia potrzeb starszego pokolenia, uważa się za obecnie za niezwykle ważne zjawisko, wobec którego władze poszczególnych państw – zarówno regionalne, jak i lokalne – muszą podjąć najważniejsze decyzje wobec procesu starości i starzenia się (Szatur-Jaworska, 2017, s. 7; Kanios, 2018, s. 15).

W rozdziale 1 analizuję definicje starości i starzenia się na podstawie literatury naukowej, z punktu widzenia biologicznego, psychologicznego i społecznego procesu starzenia się jednostki oraz zmian, zachodzących w strukturze i funkcjonowaniu organizmu człowieka starszego. Starość prezentuję jako taki stopień zaawansowania procesów starzenia się człowieka, który w znacznym stopniu ogranicza procesy biologiczne i adaptacyjne. Proces starzenia się i starości próbuję zdefiniować w odniesieniu do różnorodnych teorii wyjaśniających proces przystosowania się jednostki do starości, gdzie poszukuję jednocześnie wyjaśnień dotyczących osób starszych w różnych procesach i strukturach. Przegląd i analiza koncepcji starości i starzenia się na przykładzie literatury przedmiotu pozwalają mi na zrozumienie człowieka starszego w strukturze jego życia biologicznego, psychologicznego i społecznego. Okazuje się, że proces starości i starzenia się jest związany z różnego rodzaju problemami osób starszych w różnych aspektach ich życia. Proces starzenia się jednostki wraz z jego konsekwencjami w wymiarze jednostkowym i społecznym omawiam w ostatnim podrozdziale rozdziału 1.

W tej części pracy chciałabym podkreślić problemy i trudności wynikające ze zmian w okresie życia człowieka starszego, a jednocześnie zwrócić uwagę na zmianę roli i potrzeb osób starszych w różnych aspektach ich życia oraz związanych z nimi zagrożeń dla osób starszych w społeczeństwie.

## 1.1. Definicje i typologie starzenia się

Proces starzenia się i starości coraz częściej staje się przedmiotem zainteresowania różnorodnych dyscyplin naukowych: psychologii, pedagogiki, socjologii, medycyny, antropologii, itp. Rozważania na temat starości i starzenia się, jak wynika z analizy literatury naukowej, są skomplikowane i związane z dużymi zmianami w życiu człowieka. Analiza starości i procesu starzenia się, jednoznacznie wiąże się z określeniem ram czasowych okresu starości oraz z funkcjonowaniem osób starszych wobec przemijającego czasu. Starość bowiem to końcowy okres procesu starzenia się, nieunikniony etap w życiu człowieka.

Analizując definicje starości i starzenia się w literaturze naukowej, można odnaleźć typologie podziału omawianego przedziału życia w wymiarze indywidualnym oraz zbiorowym. W pierwszym z nich spotykamy się najczęściej z biologicznym, psychologicznym i społecznym ujęciem starzenia się jednostki pojawiającym się wraz z wiekiem, polegającym na stałym zmniejszaniu się aktywności biologicznej organizmu, zmianami i przemianami fizjologicznymi, psychicznymi i społecznymi organizmu, zachodzącymi w strukturze i funkcjonowaniu organizmu oraz w procesach przystosowawczych jednostki (Bromley, 1969; Szarota, 2004; Zych, 2001; Pędich, 2007; Leszczyńska-Reichert, 2016; Kanios, 2018; Steuden, 2011; Nowicka, 2008; Kowaleski, Szukalski, 2008; Pikuła, 2011; Stuart-Hamilton, 2006).

Również definicja procesu starzenia się i starości według P. Błędowskiego bazuje na wyżej wymienionych kryteriach: biologicznym oraz demograficzno-społecznym. Autor trafnie określa starość jako fazę życia człowieka, w której niekorzystnym zmianom związanym z osłabieniem biologicznym organizmu i obniżeniem sprawności psychofizycznej towarzyszą zmiany w pozycji społecznej, statusie materialnym, aktywności zawodowej i sytuacji rodzinnej. P. Błędowski postrzega przy tym starość jako kontynuację sytuacji życiowej z poprzednich faz życia: sytuacja poszczególnych osób w wieku starszym uzależniona jest w znacznej mierze od warunków życia i pracy we wcześniejszych okresach (Kędzior, 2009, s. 168).

W świadomości społecznej okres starości jawi się bowiem jako ten, w którym następuje stopniowe obniżenie sił fizycznych i psychicznych, pojawiają się liczne choroby, a wraz z nimi zniedołężnienie fizyczne, a często i psychiczne. Starość sama w sobie nie jest czymś nadzwyczajnym w życiu człowieka. Jest ona częścią

długotrwałego procesu rozwojowego. Dlatego w rozważaniach na temat starości powinno się uwzględnić dwie podstawowe kwestie: starzenie się będące procesem przemian dokonujących się na poziomie biologicznym, psychicznym czy społecznym oraz starość jako okres w życiu człowieka mający określoną charakterystykę psychologiczną, kulturową i społeczną (Steuden, 2014, s. 18).

Starość to taki stopień zaawansowania procesów starzenia się człowieka, który w znacznym stopniu ogranicza procesy biologiczne i adaptacyjne i zależy nie tylko od danej jednostki ludzkiej, ale również od czynników społecznych, ekonomicznych, biologicznych, psychologicznych, ekologicznych, historycznych i kulturowych (Leszczyńska-Rejchert, 2016, s. 14).

Starość i starzenie się w ujęciu biologicznym jest końcowym okresem procesu starzenia się, nieuniknionym etapem w życiu człowieka mającym charakter statyczny (Olszewski, 1998, s. 855). To naturalny proces, w ciągu którego wraz z wiekiem zmniejsza się aktywność biologiczna organizmu, zaś śmierć jest nieunikniona.

W tym kontekście najczęściej rozpatruje się pojęcie starości i starzenia się, co według wielu autorów przejawia się w mniejszej zdolności do regeneracji i adaptacji, prowadzi do upośledzenia funkcjonowania komórek, tkanek, narządów i układów, zwiększa podatność na choroby (Szarota, 2004, s. 23). Starzenie się jest bowiem naturalnym, długotrwałym i nieodwracalnym procesem fizjologicznym, zaczynającym się u człowieka już w wieku średnim i nasilającym się wraz z upływem czasu. Jest więc zjawiskiem dynamicznym, przebiegającym w czasie (Pędich, 2007, s. 3).

Według D. B. Bromleya (1969, s. 36-37) starzenie się ludzi jest zespołem zmian zachodzących w strukturze i funkcjonowaniu organizmu oraz w procesach przystosowawczych jednostki. Starość może być następstwem kumulowania się chorób i urazów ciała bądź naturalnych procesów starzenia się komórek i tkanek. Najbardziej charakterystycznymi dla procesu starzenia się zmianami biologicznymi są zmiany związane z wyglądem zewnętrznym, pierwszymi zmianami w narządach, zmianami w kondycji fizycznej czy sprawności umysłowej (Kukła, 2011, s. 406).

Starzenie się jest uwarunkowane biologicznie poprzez czynniki genetyczne oraz procesy fizjologiczne odbywające się na poziomie komórki, tkanki i narządu, ale istotny wpływ mają również czynniki społeczne i psychologiczne, wpływające na osobowość człowieka oraz jego życie emocjonalne i duchowe (Jaczewski, 2005, s. 298).

Starzenie się to nieodwracalne, naturalne, nasilające się przemiany metabolizmu oraz właściwości fizykochemicznych komórek. Przemiany te prowadzą do zaburzeń samoregulacji i regeneracji organizmu, jak również do zmian czynnościowych i morfologicznych jego tkanek i narządów. W znaczeniu psychospołecznym starzenie się jest dynamicznym ciągłym procesem zmian, który przebiega w czasie. Obejmuje ono przemiany fizjologiczne organizmu oraz zmiany społeczne i psychiczne (Zych, 2001, s. 203; Kanios, 2018, s. 35).

Starzenie psychologiczne to głównie zmiany w osobowości, w życiu emocjonalnym i duchowym, do jakich dochodzi wraz z upływem czasu. Jest ono ściśle związane ze zmianami biologicznymi, które zachodzą w całym organizmie. Z jednej strony, w okresie starości człowiek rozumie otaczający go świat poprzez pryzmat swoich doświadczeń, z drugiej zaś strony, utrudniony kontakt ze światem zewnętrznym, a także poczucie osamotnienia, powoduje zawężenie kręgu zainteresowań bądź powolne wycofywanie się z życia, negatywną ocenę przeżytych lat, obniżenie samooceny, poczucia własnej wartości, poczucia zagrożenia i niepokoju, często depresji (Jaczewski, Komosińska, 2004, s. 306; Kukła, 2011, s. 407).

P. Błędowski postrzega starość jako fazę życia, w której niekorzystnym zmianom w kondycji biologicznej oraz sprawności psychofizycznej towarzyszą zmiany w pozycji społeczno-zawodowej, statusie ekonomicznym, sytuacji rodzinnej (Błędowski, 2012, s. 63-64).

Starzenie się ma charakter indywidualny i zależy nie tylko od cech biologicznych i psychicznych człowieka, ale też od jego biografii. Zatem tempo i nasilenie procesów starzenia się są inne dla każdego człowieka (Jaczewski, Komosińska, 2004, s. 302-303; Kukła, 2011, s. 405) oraz uwarunkowane wieloma czynnikami, m.in. posiadany genotypem, podejmowanymi formami aktywności, zachowaniami prozdrowotnymi i czynnikami środowiskowymi, warunkami pracy, oddziaływaniem stresu oraz czynnikami społeczno-kulturowymi, w tym realizowanymi rolami społecznymi czy stylem życia (Kanios, 2018, s. 35).

Proces starzenia się człowieka jest również uzależniony od sytuacji społecznej i warunków życiowych, w jakich dana osoba znalazła się u progu starości. Znacząco zależy od tego, jak stary człowiek odnajdzie się w nowych rolach życiowych, jakie zajmie miejsce w rodzinie, a także od postaw społecznych wobec starości dominujących w środowisku życia seniora (Pędich, 1996, s. 8). Na proces starzenia się znaczący wpływ ma postawa, jaką przyjmie człowiek wobec tego etapu życia. Zdaniem

J. Vaniera funkcjonują dwa sposoby starzenia się społecznego. Pierwszy, realizują ludzie cały czas zakorzeni w przeszłości, krytykujący wszystko i wszystkich dookoła. Ich charakter, niestety, odpycha ludzi młodych – w konsekwencji pozostają smutni i samotni. Drudzy, świadomi swych ograniczeń, próbują w tym okresie odnaleźć „nową” młodość. To istoty łagodne i litościwe – można by rzec symbol współczucia i przebaczenia (Kukla, 2011, s. 407-408).

W wymiarze zbiorowym wymienia się za A. Leszczyńską-Rajchert (2016, s. 16):

- starzenie się demograficzne, które oznacza co najmniej 12% udziału osób powyżej 60 r.ż. lub 7% ludzi powyżej 65 r.ż. w ogólnej strukturze ludności;
- podwójne starzenie się społeczeństw, czyli zwiększenie się liczby osób, które ukończyły 80 r.ż. w ogólnej populacji osób starszych, tj. osób, które przekroczyły 60 r.ż.

Starzenie się można określić, jako swoiste działanie czasu na osobę. Spośród wielu wymienionych wyżej uwarunkowań biologicznych – czynniki genetyczne i procesy fizjologiczne są istotne, ale na proces starzenia się wpływają również czynniki psychologiczne i społeczne. Przywołane przeze mnie wyżej czynniki, powodujące biologiczne, psychologiczne i społeczne starzenie się człowieka, są ze sobą ściśle powiązane i wzajemnie zależne od siebie (Kukla, 2011, s. 405-406).

Trudno jednoznacznie określić próg starości. W definiowaniu starości zwraca się uwagę na wiele czynników wyznaczających jej początek oraz poszczególne stopnie starzenia się. Umowny początek starości często jest utożsamiany z uzyskaniem wieku emerytalnego. Niewątpliwie jest to proces indywidualny dla każdego człowieka. Podobnie jak zróżnicowane są stanowiska dotyczące progu starości, różne są propozycje jej periodyzacji (Steuden, 2014, s. 20). Najczęściej wyróżnia się trzy kategorie wieku człowieka starego: wiek chronologiczny (metrykalny, kalendarzowy i socjoekonomiczny) określany według daty urodzin; wiek biologiczny uważany za miarę starzenia się człowieka oraz wiek psychologiczny ustalany na drodze badania jego funkcji intelektualnych, funkcjonowania niektórych zmysłów, sprawności psychomotorycznej i/lub zmian osobowościowych. W literaturze wyodrębnia się dodatkowo tzw. wiek czynnościowy, określający aktualną sprawność życiową człowieka zaawansowanego wiekowo (Birch, Malim, 2016; Kawula, 2003).

W literaturze gerontologicznej istnieje wiele klasyfikacji starości. Niektórzy gerontolodzy wyróżniają dwa bądź trzy stopnie starzenia się. Według Światowej

Organizacji Zdrowia za próg starości przyjmuje się umownie 60 rok życia, wyróżniając jednocześnie następujący podział okresu starości (WHO, 2019; Pędich 2007, s. 3; Kanios, 2018, s. 39):

- wiek podeszły (starość wczesna) między 60 a 74 rokiem życia;
- wiek starczy (starość późna) między 75 a 89 rokiem życia;
- wiek sędziwy (długowieczność) – 90 i więcej lat.

W bardzo podobny sposób fazy starości ujmuje A. Kamiński (Szarota, 2004, s. 27; Kanios, 2018, s. 39):

- rozpoczynająca się starość – około 60 r.ż.;
- wczesna starość – około 75 r.ż.;
- Starość sędziwa – powyżej 80 r.ż.

D.B. Bromley wskazuje na trzy fazy starości (Szarota, 2004, s. 27):

- do 65 lat: czas przed wycofaniem się z pracy;
- powyżej 65 lat: emerytura;
- ponad 70 lat: wiek starczy (max. do 110 lat; późna starość).

Za N. Pikułą wskazuje się na dwa stopnie starzenia się (2011, s. 429):

- wczesną starość – obejmuje wiek od 65 do 74 lat;
- późną starość – zaczyna się powyżej 75 roku życia.

Za A. Bochenek wskazuje się z kolei na trzy stopnie starzenia się (Szarota, 2004, s. 27; Kanios, 2018, s. 39):

- I stopień: od 60 do 70 r.ż.;
- II stopień: od 70 do 80 r.ż.;
- III stopień: od 80 do 90 r.ż.

J. Kocemba dzieli natomiast starość na (Szarota, 2004, s. 27; Kanios, 2018, s. 39):

- starość wczesną – tzw. III wiek, young - old (60-75 lat);
- starość dojrzałą – tzw. old-old (75-90 lat);
- długowieczność, wiek sędziwy – longlife (90-110-120 lat).

Z punktu rozpatrywanej przeze mnie problematyki, na szczególną uwagę zasługuje podział starości sformułowanej przez K. Dzieńcio i B. Szatur-Jaworską. Autorzy dzielą starość na cztery podokresy starości (Szatur-Jaworska, 2000; Kuś, Szwed, 2012; Szarota, 2004, s. 27; Leszczyńska-Rejchert, 2006, s. 41; Steuden, 2014, s. 20):

- okres wczesnej starości: 60-69 lat;
- okres przejściowy: 70-74 lata;
- okres zaawansowanej starości: 75-84 lata;
- okres starości późnej: powyżej 85 lat.

Trudności w ustaleniu jednoznacznego progu starości oraz stadiów tego okresu wynikają z indywidualnego tempa starzenia się, niejednorodnego obrazu starości oraz różnic preferencyjnych w wyborze kryteriów starości (Straś-Romanowska, 2004, s. 265). M. Straś-Romanowska zwraca uwagę, że w charakterystyce ostatniej fazy życia człowieka zwykle uwzględnia się trzy kryteria. Pierwsze z nich to kryterium biologiczne określone przez uchwytne zmiany funkcji fizjologicznych organizmu. Kolejnym jest kryterium socjoekonomiczne, które wynika z podporządkowania przestrzeni życiowej współczesnego człowieka czynnikom socjologicznym, instytucjonalnym oraz ekonomicznym. Można zauważyć, że najbardziej rozbudowane jest kryterium psychologiczne, które obejmuje przeobrażenia w sferze procesów psychicznych, osobowości oraz w sferze subiektywnych doświadczeń (Nowicka, 2008, s. 18).

E. Trafiałek podaje również progi wyznaczające początek starości (E. Trafiałek, 2003, s. 580), tj.:

- próg kalendarzowy, którym jest osiągnięcie wieku emerytalnego (w Polsce dla kobiet 60, a dla mężczyzn 65 rok życia);
- próg biologiczny (wyznaczany funkcjonalną sprawnością organizmu);
- próg prawny (tożsamy z ustawowym przymusem rezygnacji z aktywności zawodowej);
- próg ekonomiczny (związany ze spadkiem dochodów);
- próg społeczny (związany z utratą prestiżu i ról społecznych);
- próg technologiczny (utożsamiany z lękiem przed nowoczesnymi urządzeniami).

Najczęściej stosowaną miarą starzenia się ludności jest procentowy udział osób po 60 r.ż. w ogólnej strukturze społeczeństwa. Wtedy bowiem nasila się wiele zjawisk, które zazwyczaj jej towarzyszą, jak: pogorszenie się stanu zdrowia i sprawności fizycznej, obniżanie się zdolności adaptacyjnych, nieuchronność przejścia na emeryturę, redukcja więzi społecznych, utrata i zmiana ról społecznych (Szarota, 2010, s. 45;



Kanios, 2018, s. 36). Takie kryterium podziału ludzi starych przyjął A. A. Zych (2001, s. 203):

- osoby, które osiągnęły wiek emerytalny, nieaktywne zawodowo (kryterium ekonomiczne i socjalne, najbardziej jednoznaczne, wymierne i operatywne, funkcjonujące powszechnie w praktyce społecznej);
- osoby powyżej określonego wieku (kryterium demograficzne);
- osoby o obniżonej kondycji fizycznej i psychicznej (kryteria biologiczne i psychologiczne).

Generalnie można uznać, że w okresie wczesnej starości większość osób zachowuje sprawność fizyczną, psychiczną i jest samodzielna, natomiast w okresie późnej starości u większości osób obserwuje się znaczne ograniczenie sprawności psychofizycznej, wzrasta potrzeba korzystania z pomocy medycznej oraz wsparcia innych osób w wykonywaniu codziennych czynności. Ciekawe jest to, że znaczna część osób długowiecznych (wiek powyżej 90 lat), charakteryzuje się większą sprawnością psychofizyczną w porównaniu z grupą poprzednią. Analiza literatury przedmiotu wskazuje na używanie określeń trzeci wiek (60-90 lat) i czwarty wiek (powyżej 90 roku życia) – kryterium podziału jest tutaj poziom aktywności psychospołecznej oraz styl życia (Steuden, 2014, s. 21).

Wobec powyższego niektórzy autorzy wyróżniają pięć faz w procesie starzenia się ludności (Szarota, 2010, s. 45):

1. Brak oznak starości demograficznej – wskaźnik udziału osób starszych w ogólnej liczbie ludności wynosi poniżej 8%.
2. Wczesna faza przejściowa pomiędzy stanem młodości i starości demograficznej – wskaźnik udziału osób starszych w ogólnej liczbie ludności mieści się w granicach około 10% lub więcej.
3. Późna fala przejściowa pomiędzy stanem młodości i starości demograficznej – oznacza, że 1-12% ogółu ludności osiągnęło 60 r.ż.
4. Stan starości demograficznej – występuje, jeżeli w danym społeczeństwie udział osób starszych przekracza 12% ogólnej liczby ludności.
5. Stan zaawansowanej starości demograficznej – gdy udział osób starszych przekracza 15% ogółu ludności danego kraju.

W niektórych badaniach nad populacją ludzi starych wskazuje się dodatkowo na charakterystyczne cechy starości (Kanios, 2011):

- feminizację starości, czyli przewagę liczby kobiet nad liczbą mężczyzn;
- podwójne starzenie się, czyli wzrastającą liczbę osób starszych w tzw. zaawansowanej fazie starości (po 80 r.ż.);
- singularyzację, czyli wzrost odsetka osób starszych, które zamieszkują same lub ze współmałżonkiem.

Proces postępującego starzenia demograficznego, czyli wzrost odsetka osób powyżej 60 r.ż. w Europie lub 65 r.ż. w USA i Wielkiej Brytanii, to nieunikniona konsekwencja przemian dwóch składowych: rozrodczości i umieralności (Szukalski, 2006, s. 13). Populacja ludzi starszych w krajach europejskich jest zbiorowością dynamiczną, która będzie się powiększać, zaś jej rola i znaczenie będą wzrastać. Trzeba więc podejmować starania o jak najszersze upowszechnianie zagadnień związanych z tą fazą życia ludzkiego i występować przeciw negatywnym stereotypom towarzyszącym postrzeganiu starości (Pikuła, 2011, s. 428).

Długofalowe prognozy związane z procesem starzenia się społeczeństw powodują jednocześnie zwiększone zainteresowanie problematyką starzenia się i starości, w szczególności w odniesieniu do wydatków socjalnych w formie emerytur, opieki zdrowotnej oraz instytucjonalnej. Wzrost populacji ludzi starszych jest spowodowany wydłużonym przeciętnym trwaniem życia wraz ze wzrostem średniego dalszego trwania życia.

Populacja ludzi starszych w krajach europejskich jest zbiorowością dynamiczną, która będzie się więc powiększać, zaś jej rola i znaczenie będą wzrastać. Należy więc podejmować starania o jak najszersze upowszechnianie zagadnień związanych z tą fazą życia ludzkiego i występować przeciw negatywnym stereotypom towarzyszącym postrzeganiu starości.

## **1.2. Koncepcje starzenia się i przystosowania do starości**

Wzrastający wskaźnik problemu starzenia się społeczeństw Europy oraz konsekwencje procesu starzenia się związane z wydłużaniem się ludzkiego życia występują obecnie we wszystkich sferach życia społecznego i stanowią z tego względu interesujący aspekt teoretyczny oraz badawczy dla wielu dyscyplin naukowych. Zagadnienia pozwalające na głębsze zrozumienie i interpretację procesu starzenia się

i miejsca ludzi starszych we współczesnym świecie odnajdujemy w wielu opracowaniach i analizach obejmujących przedmiotową tematykę. Coraz bardziej zróżnicowane ujęcia teorii wyjaśniających proces przystosowania się jednostki do starości dostarczają nam wyjaśnień w kwestii pozycji osób starszych w strukturze społecznej, jakości ich życia oraz podejmowanych przez nich aktywności (Synak, 1999; Zych, 2005; Halicki, 2006; Leszczyńska-Rejchert, 2006; Steuden, 2011, 2014; Brudek, 2016; Erikson, 2012; Malec, 2012; Timoszyk-Tomczak, Bugajska, 2012).

Prezentowana przeze mnie problematyka starzenia się i przystosowania się do starości oraz jakości życia człowieka starszego w kontekście przemian społecznych, cywilizacyjnych, biomedycznych i instytucjonalnych odwołuje się do przeglądu i analizy głównych koncepcji starzenia się i starości. W literaturze psychologicznej, socjologicznej czy pedagogicznej funkcjonują różne teorie wyjaśniające przystosowanie do starości, jednak zasadniczo odwołują się one do trzech klasycznych już dzisiaj teorii (Steuden, 2014, s. 71-72):

- teorii wycofania się, w której wyłączenie się z życia społecznego stanowi naturalną i funkcjonalnie ważną potrzebą rozwojową człowieka starszego, choć motywy owego wyłączenia u poszczególnych osób mogą być różne;
- teorii stresu starości, w której wskazuje się na konieczność dostosowania się osoby do swoich możliwości, a także wymagań związanych ze zmieniającymi się warunkami społecznymi, ekonomicznymi, kulturowymi, cywilizacyjnymi, które działają jak stresory;
- teorii aktywności, która wskazuje na możliwość podtrzymania aktywności człowieka starszego w różnych obszarach życia.

#### *Biologiczno-medyczne koncepcje starzenia się i starości*

Zagadnienia analizowane z perspektywy biologiczno-medycznej i koncentrują na poznaniu przyczyn i mechanizmów starzenia się, prawidłowości procesów biologicznych, zmian anatomicznych i fizjologicznych oraz uniknięcia śmierci (Leszczyńska-Rejchert, 2010, s. 46; Pakuła, 2010, s. 32).

Analizując ujęcia starości wchodzące w skład wymiaru biologiczno-medycznego, możemy odnaleźć przede wszystkim teorie redukujące starość oraz teorie starzenia się rozumiane jako specyficzne programowanie organizmu, który posiada zaprogramowany wewnętrzny zegar określający specyficzny dla każdego gatunku czas życia. Odnoszą się

one nie tylko do opisu procesu starzenia się ludzkiego organizmu, zaniku zdolności reprodukcyjnych komórek i ich stopniowej degeneracji, obniżonej sprawności fizycznej, większej męczliwości, mniejszej aktywności, występowania chorób i dolegliwości, ale coraz szerzej opierają się na czynnikach genetycznych.

Jedną z takich teorii jest teoria L. Hayflica „Zegar życia”. Zakłada ona, że istnieje wewnątrzustrojowy zegar, który reguluje zmiany podziału komórkowego i w ten sposób wpływa na procesy wzrostu, dojrzewania, starości i śmierci. Wszystkie gatunki mają właściwą sobie długość życia, zależną od podziałów komórkowych (Kanos, 2018, s. 29).

Inną teorią biologiczną jest teoria autoimmunologiczna, według której w miarę upływu lat system obrony autoimmunologicznej człowieka słabnie, nie broni się przed wnikaniem obcych lub własnych zmienionych substancji, a nawet może zacząć produkcję przeciwciał skierowanych ku prawidłowym komórkom własnego ustroju, co prowadzi do zniszczeń i uszkodzeń typowych dla starości (Leszczyńska-Rejchert, 2006, s. 45-46).

Badania naukowe przyczyniają się do dostrzeżenia trzech wymiarów starzenia się i starości: fizjologicznego, optymalnego i patologicznego (Kijak, Szarota, 2013, s. 14). W przypadku starzenia się fizjologicznego można mówić o naturalnych procesach biologicznych zgodnie z obrazem biologicznego zegara. Współcześnie analizuje się ponadto warunki, przyczyniające się do tzw. „pomyślnego” starzenia się. Warunkiem pomyślnego starzenia się jest dobry stan zdrowia, małe ryzyko niepełnosprawności oraz zachowana aktywność życiowa, wyrażająca się w wysokim poziomie sprawności fizycznej i umysłowej. Czynnikiem optymalizującym fizjologiczne starzenie się są nie tylko zadatki genetyczne (ich wpływ można zaprzepaścić poprzez niewłaściwy tryb życia bądź poprzez profilaktykę uprzedzić niekorzystny dla organizmu rozwój chorób i czynników stresogennych). Istotnym zatem w pomyślnym starzeniu się jest dobry stan zdrowia, dobra kondycja psychiczna i fizyczna, zachowana samodzielność funkcjonalna, dogodne warunki życiowe (bytowe), sprzyjające czynniki środowiskowe, dobre stosunki rodzinne, mocna sieć wsparcia społecznego, dobre wykształcenie jednostki, prawidłowe nawyki, zachowana aktywność życiowa i społeczna, poczucie szczęścia, doznanie satysfakcji życiowej, pozytywny bilans życia. Z tymi wskaźnikami korelują czynniki definiujące tzw. dobrostan jednostki. Można hamować postępy starzenia się jednostki, można i przyspieszyć własną starość. Zły stan zdrowia jest najważniejszym czynnikiem ograniczającym sprawność i samodzielność funkcjonalną

jednostki. Złe starzenie się i starość patologiczna obciążone są cierpieniem, będącym skutkiem przewlekłych chorób, doznanych w przeszłości urazów, złą jakością stosunków społecznych czy negatywnym bilansem życia (Błędowski, Mossakowska, Więcek, 2012, s. 11-23; Szarota, 2010, s. 34-38, s. 127-135; Halicki, 2006, s. 14-43, s. 62; Zych, 2010, s. 180-183).

Inną koncepcją biologiczną jest koncepcja kumulacji stresów autorstwa Hansa H. Selye'a, który wiąże proces starzenia się ze stresem. Starzenie się jest tu wynikiem sumy oddziaływań wszystkich stresów, na które organizm był wystawiony w ciągu całego życia. Uważa się, że koncepcja Selye'a jest swego rodzaju pomostem łączącym biologiczne i społeczne teorie starzenia się, ponieważ stres jest dość często wynikiem działania środowiskowego, w tym otoczenia społecznego (Zych, 1995, s. 31).

### *Spoleczne koncepcje starzenia się i starości*

Analizując założenia i ujęcia teoretyczne społecznych koncepcji starzenia się i starości warto podkreślić potrzeby i rolę osób starszych w systemie społecznym w kategoriach makrospołecznych i mikrospołecznych, zjawisk mikrostrukturalnych, interpersonalnych i świadomościowych, koncepcji biegu i cyklu życia, zmiany ról społecznych i aktywności. W społecznych analizach starości i starzenia się można wyróżnić kilka orientacji teoretycznych (Synak, 2002, s. 145-146; Halicki, 2006, s. 258-259; Halik, 2002, s. 17-18; Klimczuk, 2012, s. 23-28; Gaweł-Luty 2017, s. 5-7):

- nurt strukturalistyczny, w którym starość analizuje się w kategoriach makrospołecznych i mikrospołecznych. Zawiera on teorie wyłączenia/wycofania, aktywności, stratyfikacji wieku, podkultury (subkultury), załamania społecznego/kompetencji i politycznej ekonomii starości;
- nurt interakcjonistyczny, w którym problematykę ludzi starych rozpatruje się w kategoriach zjawisk mikrostrukturalnych, interpersonalnych i świadomościowych. Zawiera on teorię wymiany i naznaczania społecznego, teorię fenomenologiczną i teorię środowiskową;
- inne orientacje, oparte na koncepcji biegu i cyklu życia oraz teorii modernizacji oraz fenomenologii społecznej.

Najtrafniej ujmuje teorie społeczne, m.in. wycofania, modernizacji, stratyfikacji wiekowej, biegu życia, aktywności i inne, poniższa tabela:

**Tabela 1. Socjologiczne teorie starzenia się**

<b>Główne teorie socjologiczne</b>	<b>Główne teorie starzenia się</b>
Strukturalny funkcjonalizm	Teoria wycofania
	Teoria modernizacji
	Teoria stratyfikacji wiekowej
	Teoria biegu życia
Teoria wymiany	Teoria wymiany
Symboliczny interakcjonizm	Teoria aktywności
	Teoria załamania społecznego/kompetencji
	Teoria subkultury
Marksizm	Teoria ekonomii politycznej wieku
Fenomenologia społeczna	Fenomenologia społeczna

Źródło: J. Halicki, *Społeczne teorie starzenia się*. W: M. Halicka, J. Halicki (red.), *Zostawić ślad na ziemi*. Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2006, s. 258.

Osoba starsza wraz z zaprzestaniem aktywności zawodowej poszukuje i angażuje się w inne role społeczne. Teoria wyłączenia/wycofania analizuje proces starzenia się przez pryzmat organizacji życia społecznego oraz zakłada, że starzenie się to nieunikniony proces ograniczania interakcji między starszym człowiekiem a innymi członkami społeczeństwa. Zmiana ta jest funkcjonalna dla obydwu stron, naturalna i powszechnie akceptowana. Wyłączenie/wycofanie się z życia społecznego jest efektem pełnej socjalizacji jednostki. Ludzie starsi, wyłączając się/wycofując, robią bowiem miejsce dla młodszych i bardziej wydajnych oraz przygotowują się do śmierci (Synak, 2002, s. 145; Halicki, 2006, s. 258-259; Halik, 2002, s. 17-18; Gaweł-Luty 2017, s. 5-7).

Teoria modernizacji próbuje wyjaśnić czynniki warunkujące postawy wobec starości oraz zakłada, że proces przejścia od społeczeństw zacofanych do nowoczesnych zmienił rolę społeczną i obniżył status ludzi starych (Synak, 2002, s. 263). Wymienia się tutaj cztery elementy modernizacji (technologia zdrowotna, technologia ekonomiczna, urbanizacja, masowa edukacja), które spowodowały obniżony status ludzi starszych (Halicki, 2006, s. 259).

Zróznicowanie ludzi starych zależne od okresów ich urodzenia oraz dostępu do bogactwa, władzy i prestiżu oraz ról społecznych, norm, wartości, tożsamości społecznej i wspólnych przeżyć, zakłada model stratyfikacji wieku (Synak, 2002, s. 145; Halicki, 2006, s. 260).

Koncepcja biegu i cyklu życia bierze pod uwagę procesy społeczne, które mają miejsce od urodzin do śmierci jednostki oraz kształtowane są przez czynniki społeczne i kulturowe. Przyjmuje się, że człowiek odbiera swoją starość, w zależności od przebiegu poprzednich faz jego życia (Synak, 2002, s. 260).

Teoria wymiany społecznej traktuje relacje interpersonalne z perspektywy wzajemnych korzyści. Osoby starsze mają w tym ujęciu niewiele wartości wymiennych, dlatego też niewiele otrzymują od innych (Halicki, 2006, s. 260-261).

W teorii aktywności przyjmuje się założenie, że naturalną rzeczą dla człowieka jest aktywna adaptacja do życia w starości, gdyż aktywność jest psychiczną i społeczną potrzebą odczuwaną w każdym wieku. Teoria ta wskazuje przede wszystkim na korzyści płynące z aktywnego spędzania czasu w podeszłym wieku. W celu utrzymania pozytywnego obrazu siebie osoby starsze powinny zastąpić role, które utraciły (ze względu na przejście na emeryturę lub ze względu na proces starzenia się) nowymi rolami i odnajdywać się w nowo zdobytych rolach (Halicki, 2006, s. 262).

Do powyższej teorii nawiązuje teoria podkultury (subkultury) starości. Ludzie starzy tworzą bowiem zbiorowość o odrębnym sposobie życia w wyniku wykluczenia z interakcji z innymi grupami wieku, wzrostu kontaktów z rówieśnikami oraz poczucia wspólnoty poglądów i zainteresowań. W ramach subkultur ludzie starzy tworzą własne normy i wartości, np. w domach pomocy społecznej, klubach seniora, stowarzyszeniach i wspólnotach osób starszych śmierci (Synak, 2002, s. 145; Halicki, 2006, s. 263-264).

Wskazuje się na pozytywne i negatywne efekty funkcjonowania subkultury starości. Pozytywnym efektem określa się podejmowanie przez ludzi starych wspólnych działań dla przyjemności i rekreacji, negatywnym mogą być działania wynikające z poczucia wykluczenia społecznego lub wyrazy sprzeciwu wobec kultury dominującej (Klimczuk, 2012, s. 24).

Teoria politycznej ekonomii starości zakłada, że starość to efekt polityki socjalnej, podziału pracy, różnic ekonomicznych i społecznych. Problemy ludzi starych należy tutaj rozpatrywać w kontekście gospodarki światowej, funkcji państwa, rynku pracy i podziału na płeć, grupy etniczne i klasy. Teoria ta wskazuje na istnienie zjawiska dyskryminacji ze względu na wiek, tzw. ageizm (Klimczuk, 2012, s. 25).

Społeczeństwo przyznaje bowiem ludziom starszym status osób zależnych, np. ogranicza ich dochody, dostęp do dóbr i pozycję społeczną.

Teoria naznaczania społecznego, załamania społecznego lub kompetencji odwołuje się do narastających trudności osób starszych w interakcjach ze środowiskiem. Osoby starsze etykietowane są jako niesamodzielne, zależne od zewnętrznego naznaczania negatywnego, dochodzi do utraty kompetencji społecznych.

Fenomenologia społeczna indywidualizuje proces starzenia się, analizuje społeczny proces konstruowania rzeczywistości. W kontekście procesów starzenia się kładzie nacisk na sytuacyjne i konstytutywne cechy doświadczeń wynikających z tego procesu w codziennym życiu.

Teoria środowiskowa zakłada, że środowisko działania ludzi starszych jest dwustronne i budowane przez wymiar społeczny i indywidualny.

Istnieją teorie, które rozpatrywane są zarówno w ujęciu psychologicznym, jak i socjologicznym. Należą do nich: teorie wycofania/aktywności i wyłączenia. W badaniach nad starzeniem się psychologowie zajmują się bowiem zdolnościami adaptacyjnymi jednostki, a socjologowie wyjaśniają zmiany ról społecznych i aktywności (Halicki, 2006, s. 257).

#### *Psychologiczne koncepcje starzenia się i starości*

Najcenniejsze badania skupiają się na analizie procesu starości, czy też ludzi starych z perspektywy psychologicznej. Psychologia starości koncentruje się bowiem na ich zachowaniach, przyczynach i konsekwencjach procesu związanego z zachodzącymi wraz z wiekiem u osób starszych, zmianami i ich zróżnicowaniem (Halicki, 2006, s. 265).

Z perspektywy psychologicznej i zachodzących zmian w osobowości i inteligencji osób starszych, osłabienia pamięci i zainteresowań, zmienności nastrojów, ograniczenia reakcji i aktywności, utraty bliskich osób, przystosowania się do nowych warunków, dużej ilości strat wzbudzających negatywne emocje można wyróżnić kilka orientacji teoretycznych rozpatrujących konsekwencje tych zmian oraz poszukujących rozwiązań mających na celu redukcję przyczyn i skutków tych procesów oraz poprawy życia osób starszych.

Do teorii psychologicznych zaliczyć należy (Leszczyńska-Rejchert, 2010, s. 48-51):



- deficytowy model starości (starość jako rodzaj utraty, rozpadu, straty, braku sprawności psychofizycznej, słabości, niezdolności);
- teorię odpowiedników (człowiek nie nabywa nowych cech);
- teorię przypadków (brak pracy nad sobą i wpływu na własną osobowość i styl życia);
- orientację historyczną opartą na wcześniejszych okresach życia osoby starszej;
- teorię deprivacji;
- teorię stresu starości (radzenie sobie z codziennym stresem, adaptacja do zmieniających się warunków);
- teorię wysokich schodów (zanikanie kompetencji i zdolności w różnych sferach życia);
- psychospołeczną teorię rozwoju osobowości/teorię osobowości człowieka starego w ujęciu E. H. Eriksona (jednostka w ostatniej fazie życia staje przed koniecznością sprostania walce o własną integralność, o nową jakość życia, poprzez akceptację czegoś, co musiało się dokonać);
- teorię indywidualizacji Junga/teorię gerotranscendencji (zmiana percepcji czasu i przestrzeni, redefinicja sensu życia i śmierci, wzrost poczucia więzi, obniżenie zainteresowania sprawami materialnymi, zmniejszenie koncentracji na sobie samym, głębsza i bardziej refleksyjna koncentracja na życiu).

Na szczególne podkreślenie, wynikające z przyjętej przeze mnie perspektywy badawczej, zasługuje teoria E. H. Eriksona. Podkreśla ona, iż jednostka w ostatniej fazie życia staje przed koniecznością sprostania walce o własną integralność, o nową jakość życia, poprzez akceptację czegoś, co musiało się dokonać (Gaweł-Luty 2017, s. 5-7).

Z punktu rozpatrywanej przeze mnie problematyki, wysoka jakość życia osób starszych wiąże się z ich zadowoleniem i umiejętnością cieszenia się światem (Steuden, 2011, s. 166). Proces ten, jak i adaptacja starości, oceny swojego życia jako jakościowo dobrego, zależy od dwóch czynników: od zmiany cech posiadanych przez daną osobę i zmiany cech środowiska zewnętrznego, czyli otoczenia, w jakim znajduje się człowiek stary.

Dla potrzeb niniejszej koncepcji oraz ze względu na kierunek moich założeń badawczych, warto tutaj wymienić teorie przystosowania się do starości łączące elementy różnych koncepcji, przedstawione przez S. Steuden (2011, s. 71-81):

- Teoria selektywnej optymalizacji z kompensacją (psychologiczny model pomyślnego starzenia się Paula Baltesa – SOK). Starzenie się rozumiane jest tutaj jako maksymalizowanie pozytywnych efektów i minimalizowania strat. Wymaga to koncentracji na ważnych aspektach życia i pomijania błałych. Przystosowanie się do starości wskazuje na trzy znane mechanizmy – selekcji, optymalizacji i kompensacji – odpowiednia proporcja i wzajemne uzupełnianie się tych mechanizmów gwarantuje dobrą starość.
- Teoria oscylacji pomiędzy asymilacją i akomodacją – zakłada, że okres starości łączy się z wieloma wyzwaniem biologicznymi, fizycznymi i społecznymi, a także z licznymi stratami.
- Teoria społeczno – emocjonalnej selektywności, według której zmniejszenie liczby kontaktów w okresie starości wiąże się z istotnymi zmianami, jakie dokonują się w zakresie określonych celów społecznych i preferencją relacji opartych na więzi uczuciowej.
- Teoria gerotranscendencji – skupia się nie na tym, czym starszy wiek jest faktycznie, ale na tym, jakim może on się stać. Gerotranscendencja jest bowiem naturalnym procesem obejmującym wiele przemian w świadomości osoby oraz odnosi się do różnych aspektów jej funkcjonowania, np. zmiana percepcji czasu i przestrzeni, redefinicja sensu życia i śmierci, wzrost poczucia więzi, obniżenie zainteresowania sprawami materialnymi czy też zmniejszenie koncentracji na sobie samym, a jednocześnie głębsza i bardziej refleksyjna koncentracja na życiu.

Teoria gerotranscendencji stała się kluczową w gerontologii w krajach skandynawskich. Jednak nie koncentruje się ona na tym, czym starszy wiek jest faktycznie, ale na tym, jaki może on się stać. Można ją zaliczyć do ważnych ze względu na to, że umożliwia analizę historii życia, dokonanie przeglądu życia i reminiscencji, a także wzmocnienie poczucia własnej tożsamości i zmian osobowych, jakie dokonują się u osób starszych (Tornstam, 1989, 1992, 2011; Coleman, O’Hanlon, 2004, s. 40-41; Jönson, Magnusson, 2001; Steuden, 2014, s. 81).

Inną ze znanych współcześnie i akceptowanych teorii psychologicznych jest teoria „szkoły bolońskiej”. Zakłada ona, że starość nie jest efektem wyłącznie przeżytych lat życia, lecz jest głównie ukształtowanym obrazem siebie połączonym ze stanem zdrowia, cechami osobowości i aktywnością życiową. Teoria ta zakłada, że

istnieje możliwość zmian w zachowaniu, osiągniętych na drodze uczenia się (Kędzior, 2009, s. 171; Kanios, 2018, s. 33).

Istotnym w pomyślnym starzeniu się jest dobry stan zdrowia, dobra kondycja psychiczna i fizyczna, zachowana samodzielność funkcjonalna, dogodne warunki życiowe (bytowe), sprzyjające czynniki środowiskowe, dobre stosunki rodzinne, mocna sieć wsparcia społecznego, dobre wykształcenie jednostki, prawidłowe nawyki, zachowana aktywność życiowa i społeczna, poczucie szczęścia, doznanie satysfakcji życiowej, pozytywny bilans życia (Błędowski, 2012, s. 11-23). Z tymi wskaźnikami korelują czynniki definiujące tzw. dobrostan jednostki. Można hamować postępy starzenia się jednostki, można i przyspieszyć własną starość. Zły stan zdrowia jest najważniejszym czynnikiem ograniczającym sprawność i samodzielność funkcjonalną jednostki. Starzenie się i starość patologiczna obciążone są cierpieniem, będącym skutkiem przewlekłych chorób, doznanych w przeszłości urazów, złą jakością stosunków społecznych czy negatywnym bilansem życia (Kijak, Szarota, 2013, s. 14).

Jak wynika z przedstawionych wyżej rozważań, w zasadzie trudno przyjąć jedną uniwersalną teorię wyjaśniającą mechanizmy przystosowania do starości. Złożoność życia ludzkiego, bogactwo doświadczeń i odmienność przeżywania życia stanowi o indywidualnym i właściwym dla danej osoby sposobie przystosowania do starości (Studen, 2014, s. 81).

Teorie psychologiczne podejmują próby wyjaśniania zmian w osobowości i funkcjonowaniu człowieka starszego, natomiast autorzy teorii socjologicznych poszukują wyznaczników starości społecznej. Specyficzne mechanizmy przystosowania się do starości, podkreślają jednak za S. Studen (2014, s. 81) teorie selektywnej optymalizacji i kompensacji, oscylacji między asymilacją i akomodacją, społeczno – emocjonalną selektywnością, gerotranscendencją. Wspólną ich cechą jest bowiem podkreślanie właściwej każdemu człowiekowi zdolności wartościowania i preferencji najbardziej optymalnych dla niego sposobów przystosowania.

### **1.3. Konsekwencje procesu starzenia się**

Stały wzrost udziału osób starszych w krajach europejskich, jest konsekwencją wydłużania się życia ludzkiego przy jednoczesnym spadku liczby urodzeń. W ostatnich latach obserwujemy starzenie się ludności na niespotykaną dotychczas skalę.

Konsekwencje procesu starzenia się generują jednocześnie różnego rodzaju problemy osób starszych, które wiążą się z takimi aspektami ich życia, jak: sytuacja ekonomiczna, sytuacja mieszkaniowa, marginalizacja i wykluczenie społeczne, sytuacja rodzinna, problemy adaptacyjne, problemy emocjonalne, samotność i osamotnienie, uzależnienie od pomocy (Kosińska, 2016, s. 27, Kanios, 2018, s. 48).

Dla wielu badaczy ważny jest nie sam proces starzenia się, jak jego konsekwencje dla jednostki, gospodarki i całego społeczeństwa. Należy bowiem spoglądać na starzenie się ludności w wymiarze jednostkowym, jak i dotyczącym lokalnych społeczności oraz całego społeczeństwa (Błędowski, Szweda-Lewandowska, 2016, s. 35). Biorąc pod uwagę stronę indywidualną, należy podkreślić, że ludzie starsi mają problem z przystosowaniem się do szybko następujących zmian ekonomicznych i społecznych. Także nie potrafią poradzić sobie z poczuciem samotności, zmniejsza się ich samodzielność życiowa i coraz częściej potrzebują pomocy innych, w związku z czym wzrasta ich zależność od najbliższego otoczenia. W aspekcie społecznym przemianie ulega socjalne położenie osoby w ostatnim okresie życia. Zmienia się dotychczasowe pełnienie ról zawodowej, społecznej, rodzinnej (Chabior, 2000, s. 21).

W literaturze przedmiotu wymienia się kilka grup problemów, które dotyczą wiele osób starszych (Steuden, 2014, s. 25):

- Trudności związane z sytuacją finansową, lokomocją, wykonywaniem codziennych obowiązków domowych.
- Trudności związane z postępem cywilizacyjnym i technicznym, które wymagają nabycia nowych umiejętności (obsługa telefonu komórkowego, obsługa komputera, obsługa sprzętu gospodarstwa domowego, korzystanie z bankomatu).
- Relacje z rodziną czy innymi ludźmi wyrażające się brakiem wzajemnego zrozumienia i właściwego miejsca w systemie rodzinnym.
- Konieczność zmiany mieszkania ze względu na warunki finansowe (wysoki czynsz) oraz bariery architektoniczne (brak windy, duża odległość od punktów usługowych, sklepu, itd.).
- Negatywny bilans własnego życia i związana z tym negatywna samoocena, brak akceptacji własnego losu, poczucie osamotnienia.
- Nakładanie się negatywnych zdarzeń życiowych związanych ze stratą: pogorszenie stanu zdrowia, obniżenie sprawności fizycznej i psychicznej.

Z. Szarota wskazuje, że problemami osób starszych są najczęściej: wielochorobowość, inwalidztwo, samotność, brak środków finansowych na zaspokojenie podstawowych potrzeb oraz poczucie nieprzydatności, które powodują, iż osoby starsze są zagrożone marginalizacją i wykluczeniem społecznym. Starość zależna jest bowiem determinowana wieloma czynnikami, najczęściej sprzężonymi ze sobą, co przedstawia poniższa tabela (Szarota, 2010, s. 234):

**Tabela. 2. Czynniki zależności osoby starszej od opieki**

<b>Czynniki zdrowotne</b>	<b>Czynniki społeczne</b>
Choroba przewlekła, somatyczna lub psychiczna	Samotne zamieszkiwanie
Zespoły geriatryczne	Wydarzenia losowe (wypadek, kradzież, pożar)
Upośledzenie zmysłów	Bezdziethość
Kalectwo	Trudna sytuacja materialna (ubóstwo)
Niedożywienie	Pełnienie roli głównego opiekuna osoby niesprawnej
Zaawansowana starość	Nadużycia, zaniedbania, przemoc w rodzinie

Źródło: Z. Szarota, *Starzenie się i starość w wymiarze instytucjonalnego wsparcia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków 2010, s. 234.

Zjawisko to rodzi konsekwencje w sferze ogólnospołecznego rozwoju, jak i w sferze bezpieczeństwa socjalnego seniorów. Ze zmieniającą się strukturą demograficzną łączy się wiele problemów rzutujących na gospodarkę kraju, na system pomocy społecznej i opieki zdrowotnej, a także na relacje międzypokoleniowe. Starzenie się społeczeństw staje się więc kwestią społeczną i niesie ze sobą poważne skutki ekonomiczne (Kędzior, 2009, s. 172). Według P. Błędowskiego są to ważne problemy społeczne, które tworzą sytuacje krytyczne w życiu jednostek, stanowiąc tym samym zakłócenia w funkcjonowaniu społeczeństwa (2002, s. 12).

W literaturze naukowej konsekwencje procesu starzenia się rozpatruje się w perspektywie zmian biologicznych, psychologicznych i społecznych.

#### *Biologiczne konsekwencje starości*

Do zmian biologicznych występujących w fazie starości, należą: zmiany w wyglądzie zewnętrznym, funkcjonowaniu zmysłów, ograniczenia i zmienione

przejawy seksualności, zaburzenia funkcjonowania poszczególnych układów organizmu, różnego typu schorzenia. Starość charakteryzuje się przewagą procesów katabolicznych. W tej fazie życia metabolizm ulega spowolnieniu, dlatego tempo destrukcji w starości jest mniejsze niż tempo budowy w młodości. Analizując zmiany biologiczne w medycynie, mówi się nie tylko o wieku biologicznym, ale również o wieku czynnościowym (funkcjonalnym), który wyraża się stopniem sprawności życiowej rozumianej jako suma przystosowań biologicznych, psychologicznych i społecznych.

W wieku starszym nasilają się określone kłopoty zdrowotne, które w konsekwencji prowadzą do różnych chorób. Choroby osób w wieku starszym można podzielić na trzy grupy:

- choroby wieku wcześniejszego, nękające dane osoby od wielu lat;
- choroby, które pojawiły się dopiero w okresie starości, ale niezwiązane bezpośrednio z procesem starzenia się;
- procesy patologiczne spowodowane głównie starzeniem się.

Do najczęściej występujących chorób przewlekłych należą: choroba nadcisnieniowa, reumatoidalne zapalenie stawów, choroby kości, niedokrwienna choroba serca, miażdżyca, demencja, choroba Alzheimera i Parkinsona. Problemem najstarszych grup wiekowych, niezwykle utrudniającym życie, jest niemożność utrzymania moczu i stolca, co jest nazywane przez gerontologów chorobą trzeciego wieku (Szatur-Jaworka, Błędowski, Dzięgielewska, 2006, s. 49-51; Kanios, 2018, s. 40-41).

#### *Psychologiczne konsekwencje starości*

Psychologiczne aspekty starzenia się określane są przez specyficzne zmiany w aktywności psychicznej (intelekt, osobowość), pogorszenie stanu zdrowia i sprawności fizycznej, przekształcanie i ograniczanie różnych form działania człowieka starego, zmiany w relacjach społecznych. Psychologiczne problemy człowieka starego wiążą się z (Wysocka, 2007, s. 247; Kanios, 2018, s. 41):

- brakiem akceptacji dla upływu i zmniejszonej wydolności psychofizycznej;
- trudnościami przystosowawczymi do sytuacji trudnych, zagrażających psychicznemu i fizycznemu funkcjonowaniu;
- niską tolerancją dolegliwości fizycznych;

- konsekwencjami ponoszonych strat dotyczących pozycji społecznej, dochodów, pracy, warunków bytowych, możliwości oraz osób bliskich;
- samotnością (subiektywną i obiektywną);
- zagrożeniem poczucia własnej wartości, samooceny, sensu życia, możliwości samorealizacji, załamaniem się struktury celów i dążeń życiowych, pojawieniem się mechanizmu somatyzacji (czyli reakcji na negatywny bilans życiowy w postaci nadmiernego skupiania się na własnym zdrowiu), częstymi wizytami u lekarza,
- lękiem przed śmiercią i umieraniem, chorobami i zaburzeniami psychicznymi.

Konsekwencje zmian psychologicznych związane są przede wszystkim z przygnębieniem, utratą zainteresowań, czy izolacją, unikaniem kontaktów społecznych. Osoba starsza staje wobec konieczności poradzenia sobie z nowymi i problemami. Stres związany ze starzeniem się prowadzi do zmiany priorytetów życiowych. Najważniejsze stają się czynniki, które były istotne w okresie dzieciństwa: dobrostan fizjologiczny, poczucie bezpieczeństwa, potrzeba podtrzymania aktywności i stymulacji. Jednym z negatywnych aspektów starości jest zmiana perspektywy czasowej – przyszłość i związana z nią świadomość przybliżania się kresu ludzkiego życia stają się czymś bliskim i realnym. Osoba starsza nie może nie uwzględniać rzeczywistości śmierci, a tym bardziej zaprzeczać jej istnieniu, niezależnie od tego, w jakim stopniu jest z nią pogodzona. S. Steuden wskazuje tutaj na trudne doświadczanie różnego typu strat, które mogą dotyczyć spraw (Steuden, 2014, s. 24-25):

- osobistych, np. utrata zdrowia, niepełnosprawność, utrata więzi z innymi ludźmi, śmierć osób bliskich;
- egzystencjalnych, np. brak poczucia sensu życia, negatywna samoocena, negatywny bilans życiowy, poczucie izolacji i osamotnienia;
- materialnych, np. utrata domu, mieszkania, środków do życia;
- społecznych, np. utrata wsparcia społecznego, złe warunki socjalno-bytowe.

### *Społeczne konsekwencje starości*

Społeczne konsekwencje procesu starzenia się są rozpatrywane głównie w kontekście zmieniających się ról społecznych osób starszych, a także postaw społeczeństwa wobec ludzi starszych i ich pozycji zajmowanej w społeczeństwie. Czasy

nam współczesne poważnie zachwiały pozycję człowieka starego w społeczeństwie. Przejawia się to gorszym postrzeganiem osób starszych na rynku pracy, w środowisku rodzinnym czy lokalnym. Złożyło się na to wiele czynników, m.in.: gwałtowny wzrost liczby ludzi starych w strukturze społecznej wynikający z rozwoju medycyny, higieny życia i wzrostu stopy życiowej, wzmożone tempo zmian, nastawienie poszczególnych osób i społeczeństw ku przyszłości, co deprecjonuje wartość przeszłości, a tym samym ludzi starych (Wysocka, 2007, s. 244).

Společne konsekwencje procesu starzenia się są również związane z szybkim postępem nauki i techniki, co w znacznej mierze ogranicza możliwości i fachowe doświadczenie ludzi starszych, wzrasta przedział obyczajowy między pokoleniami. Szybkie zmiany cywilizacyjne zachwiały pozycją ludzi starszych. Seniorzy przestali być przekazicielami tradycji, wiedzy i mądrości życiowej, zaczęli tracić swój autorytet. Model naszej cywilizacji dość często wiąże się z wydajnością i użytecznością jako kryterium wartości człowieka. Kult młodości, sprawności, zdrowia i sukcesu stanowi trudną do pokonania barierę uczestnictwa ludzi starszych w życiu społecznym, ze względu na zmniejszające się wraz z wiekiem zdolności przystosowawcze (Frąckiewicz, 2000, s. 41).

Zjawisko to stwarza niebezpieczeństwo izolacji ludzi starszych. Sprzyjają temu: spadek autorytetu zawodowego po przejściu na emeryturę, mały udział ludzi starszych w życiu społecznym oraz skłonność do zamykania się w kręgu osób ze swojego pokolenia. Utrata bądź znaczne ograniczenie dawnych ról społecznych i związanego z nimi prestiżu bywa niekiedy powodem wycofywania się starszego człowieka z dotychczasowych sfer działalności, środowiska pracy, aktywności społecznej. Wiąże się z tym całkowita zmiana trybu życia. Pojawia się duża ilość czasu wolnego, którego zagospodarowanie może nastreczyć poważnych trudności, zwłaszcza osobom o niskiej kulturze wypoczynku, o nieukształtowanych wcześniej zainteresowaniach i nawykach (Kędzior, 2009, s. 173-174).

Společne konsekwencje samotnej starości wiążą się przede wszystkim z tendencją do ograniczania kontaktów międzyludzkich do grona rodziny i osób w zbliżonym wieku. Prowadzi to do utraty więzi ludzi starszych ze społecznością lokalną i jeszcze głębszego poczucia osamotnienia. Zjawisko to jest o tyle ważne, że seniorzy stanowią grupę społeczną, która odczuwa ogromną potrzebę akceptacji oraz aktywności społecznej i pragnie być pożyteczna dla innych. (Kędzior, 2009, s. 173-174). Problem ten nabiera coraz większego znaczenia wobec dość powszechnego braku



rozumienia dla ich potrzeb i zachowań, oczekiwań oraz nastawienia do życia (Frąckiewicz, 2000, s. 70). Zakłada się, że każdy człowiek jest rozumiany wówczas, kiedy analizuje się go ze względu na kontekst społeczny i relacje z innymi ludźmi. Dzieje się tak dlatego, że od momentu narodzin do śmierci pozostaje on w różnych relacjach z innymi ludźmi. Potrzebuje drugiej osoby do opieki, pomocy, poczucia bezpieczeństwa, a także doświadczania sensu życia. Niezależnie od wieku człowieka wszelkie relacje międzyludzkie odzwierciedlają wzajemne oddziaływanie osób na siebie, a to stymuluje również mózg do aktywności i zmiany, co oczywiście jest możliwe dzięki jego plastyczności. Koncepcja starzenia się z perspektywy neuronauki stworzona przez L. Cozolino odnosi się do każdej formy relacji społecznej (przyjaźń, małżeństwo, rodzicielstwo, bycie dziadkami, udział w życiu społecznym) i w każdym okresie życia może aktywować procesy neuroplastyczne oraz przyczyniać się do zmiany struktury i funkcji mózgu. Poza tym wszelkie stymulacje związane z stawianymi zadaniami i wyzwaniem, istniejące potrzeby, w tym także potrzeba sensu życia, potrzeba godności, własnej wartości czy bycia potrzebnym innym ludziom, sprawiają, że mózg staje się czujny – gromadzi energię, a dzięki temu uczy się nowych rzeczy i rozwija się. Natomiast brak stymulacji w postaci nowych wyzwań, rutyna w wykonywaniu zadań, izolacja społeczna przyczyniają się do stagnacji, generują zachowania o charakterze nieadaptacyjnym, a także wpływają na ujawnianie się dolegliwości chorobowych. Zdaniem L. Cozolino zabezpieczanie przyszłości przez koncentrację wyłącznie na dobrach materialnych (gromadzenie ich) łączy się z ryzykiem wyłączenia się z aktywności i rezygnacji ze stawiania sobie nowych wymagań, które stymulują i wzmacniają rozwój. Optymalna jest sytuacja, w której osoby starsze nadal stają przed różnymi wyzwaniami, czują się komuś potrzebne – dotyczy to relacji rodzinnych i społecznych, a także pełnionych ról. Dlatego podstawowym warunkiem podtrzymania zdrowego życia, a także jego długości jest siła przywiązania i bliskości z innymi ludźmi (Cozolino, 2008, s. 37; Steuden, 2014, s. 37-38).

Poważnym problemem starości jest niski poziom wykształcenia seniorów. Jak wskazują badacze, połowa emerytów legitymuje się wykształceniem podstawowym, niecałe 13% – średnim, a jedynie 4% – wyższym. To skutek uwarunkowań historycznych, dostępności do szkolnictwa, utrwalonych wzorów kulturowych i obyczajowych. Należy zaznaczyć, że wykształcenie jest jednym z ważniejszych

czynników wpływających na jakość życia w okresie starości, styl życia oraz sposób wykorzystania czasu wolnego (Frąckiewicz, 2000, s. 39; Kędzior, 2009, s. 174).

Jak zauważa wielu autorów istotnym problemem osób starszych jest ich samotność (alienacja, izolacja, poczucie odrzucenia, opuszczenie, pojawienie się stanów depresyjnych) i osamotnienie, np. samotne życie po śmierci współmałżonka, wewnętrzne odczuwanie, przeżywanie braku kontaktów z innymi ludźmi, braku akceptacji, zrozumienia, empatii (Trafiałek, 2001, s. 81-82; Wrótniak, 2015, s. 94-95; Czapiński, Błędowski, 2014, s. 40; Kanios, 2018, s. 51-53).

Samotność bardzo często sprzyja pojawieniu się stanów depresyjnych. Jak wynika z badań, osoby starsze przejawiają silniejszą tendencję do nasilenia symptomów depresji psychicznej niż osoby młodsze. Wskaźnik ten wzrasta wraz z wkraczaniem w wiek zaawansowanej starości, czyli po 80 r.ż. Ponadto we wszystkich grupach wiekowych to kobiety przejawiają wyższy wskaźnik depresji niż mężczyźni (Czapiński, Błędowski, 2014, s. 40; Kanios, 2018, s. 53).

W literaturze gerontologicznej wskazuje się również na inny wielowymiarowy problem, związany z zapewnieniem bezpieczeństwa osobom starszym, którego rozwiązania należy szukać w działaniach lokalnych, jak i państwowych. Planowanie działań w tym zakresie powinno mieć na uwadze zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego, bezpieczeństwa socjalnego, schronienia, bezpieczeństwa ekonomicznego, zapewnienie poszanowania godności, zapewnienie ochrony prawnej (Siudyło, 2010, s. 46-47; Kanios, 2018, s. 53).

Zmiany w przebiegu procesu starzenia się człowieka polegają przede wszystkim na spowolnieniu tego procesu tak, by jego faza określana jako późna starość lub czwarty wiek rozpoczyna się coraz później. Sam okres starości trwa znacznie więcej lat niż dawniej. Te dwie cechy konstytuują niejako starość na nowo: jako proces trwający coraz dłużej oraz jako okres, w którym początkowo cechy społeczne i ekonomiczne ulegają coraz częściej oddzieleniu od cech biologicznych. Podobnie, jak przed laty, wraz z osiągnięciem wieku około 60-65 lat w przypadku większości osób następuje zmiana ról społecznych i ekonomicznych. Badania medyczne i biologiczne wskazują jednak, że obecnie sprawność sześćdziesięciolatka jest lepsza niż przed laty, a co więcej, można się spodziewać, że kolejne pokolenia będą się znajdować w jeszcze lepszej kondycji (Mossakowska, Więcek, Błędowski, 2012). Starzenie nie musi łączyć się zatem z obniżeniem sprawności psychicznej i fizycznej czy wycofywaniem się z ról społecznych. Potwierdzają to badania psychologiczne nad rozwojem człowieka

w okresie całego życia prowadzone w Ameryce Północnej i Europie (Baltes, 1990; Fernández-Ballesteros, 2006). Wynika z nich, że faktyczny obraz osób starszych nie odpowiada funkcjonującym stereotypom społecznym. Innym przykładem są badania prowadzone w Niemczech przez Fry'a oraz Dittman-Kohli (Coleman, O'Hanlon, 2004), w których porównywano osoby starsze (średnia wieku 74 lata) z młodszymi (średnia wieku 24 lata). Wykazano, że osoby starsze w porównaniu z osobami młodszymi miały bardziej pozytywną postawę wobec siebie i były bardziej zadowolone ze swojego wyglądu fizycznego. Podobne rezultaty uzyskano w badaniach populacji amerykańskiej (Coleman, O'Hanlon, 2004; Kanios, 2018, s. 19).

### *Negatywne konsekwencje starzenia się*

Osoby starsze bardzo różnią się między sobą w sposobie przeżywania starości, związanych z nią aspektów pozytywnych i negatywnych. Dlatego sposób wartościowania cech związanych ze starością ma charakter indywidualny, zależny od kontekstu społecznego, rodzinnego, ekonomicznego, a także zasobów wewnętrznych, takich jak system wartości, dojrzałość psychiczna, integracja osobowości, dotychczasowy sposób funkcjonowania psychospołecznego (Steuden, 2014, s. 22).

Negatywne konsekwencje starzenia się i problemy egzystencjalne osób starszych w odniesieniu do różnych aspektów ich życia, w sposób szczegółowy prezentuje A. Kanios (2018, s. 49):

**Tabela. 3. Wybrane problemy egzystencjalne osób starszych**

<b>Rodzaj problemu</b>	<b>Główne cechy</b>	<b>Główne przyczyny</b>
Sytuacja ekonomiczna	– trudności finansowe (brak pieniędzy na opłacenie mieszkania, wyżywienie, lekarstwa i odzież).	– zmiany polityczne, społeczne, gospodarcze (wzrost bezrobocia, niedoskonałość systemu rewaloryzacyjnego, masowe zwalnianie osób starszych z pracy, trudności w dorobieniu do emerytury, udzielanie pomocy finansowej dzieciom).
Sytuacja mieszkaniowa	– brak właściwego wyposażenia (wodociąg, WC, centralne ogrzewanie, windy).	– zamieszkiwanie starych zasobów mieszkaniowych, – środki finansowe niewystarczające na remonty, – brak wiedzy na temat możliwości uzyskania pomocy w zakresie dotacji do remontu.

<p>Marginalizacja i wykluczenie społeczne</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– utrudniony dostęp do kontynuowania pracy zawodowej,</li> <li>– słabsza pozycja ekonomiczna,</li> <li>– uzależnienie leczenia od wieku,</li> <li>– dystansowanie (unikanie kontaktu z osobami starszymi),</li> <li>– dewaluowanie (upowszechnianie przekonań o negatywnych cechach ludzi starszych),</li> <li>– delegitymizacja (utrwalanie w postaci aktów prawnych negatywnego stosunku jednych osób wobec innych, co prowadzi do zaliczenia danej jednostki do kategorii społecznie pozbawionej określonych praw),</li> <li>– segregacja (polega na izolowaniu jednostek lub grup od środowiska społecznego),</li> <li>– eksterminacja (biologiczne wyniszczenie ludzi).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– rewolucja naukowo-techniczna, oświatowa, demograficzna,</li> <li>– uznanie seniorów za mniej użytecznych od młodszych osób,</li> <li>– pomniejszanie znaczenia i potrzeb osób starszych przez młodsze pokolenia,</li> <li>– gerontofobia (lęk przed starością),</li> <li>– negatywny stereotyp starości,</li> <li>– postrzeganie osób starszych jako balastu dla budżetu państwa,</li> <li>– utrwalanie opinii na temat uciążliwości wieku podeszłego,</li> <li>– niska aktywność ludzi starszych w walce o swoje prawa i przywileje,</li> <li>– ograniczony dostęp do informacji,</li> <li>– ignorowanie ludzi starszych przez media,</li> <li>– brak zainteresowania sprawami i potrzebami ludzi starszych przez decydentów,</li> <li>– słaba identyfikacja osób starszych z zachodzącymi przemianami.</li> </ul>
<p>Sytuacja rodzinna</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– osłabienie kontaktów człowieka starszego z młodszymi członkami rodziny,</li> <li>– ograniczenie funkcji opiekuńczej rodziny wobec seniorów,</li> <li>– konflikty rodzinne,</li> <li>– utrata prestiżu osoby starszej w rodzinie,</li> <li>– doznawanie przemocy ze strony rodziny.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– przeobrażenia współczesnej rodziny (zmiana jej struktury, modelu życia rodzinnego, relacji, międzypokoleniowych)</li> <li>– zmiany w strukturze zatrudnienia rodziny,</li> <li>– wzrost mobilności i ruchliwości młodego pokolenia,</li> <li>– rozwój instytucjonalnych form opieki.</li> </ul>
<p>Problemy adaptacyjne człowieka starego</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– izolacja,</li> <li>– próby samobójcze,</li> <li>– przestępstwa,</li> <li>– uzależnienia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– wraz z wiekiem, na skutek zmniejszających się zdolności przystosowawczych, zwiększają się trudności w zakresie adaptacji do nowych sytuacji,</li> <li>– niesprawiedliwość systemu społecznego,</li> <li>– niewystarczające emerytury,</li> <li>– złe warunki materialne,</li> <li>– brak poradnictwa psychiatrycznego,</li> <li>– transformacja ustrojowa,</li> <li>– śmierć współmałżonka,</li> <li>– przejście na emeryturę.</li> </ul>

Problemy emocjonalne	<ul style="list-style-type: none"> <li>– brak akceptacji cech starości,</li> <li>– wzrost poziomu lęku (autohomofonia),</li> <li>– choroby psychiczne.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– ograniczone możliwości kompensacji strat,</li> <li>– zbliżająca się nieuchronnie śmierć.</li> </ul>
Samotność i osamotnienie człowieka starego	<ul style="list-style-type: none"> <li>– unikanie kontaktu z innymi ludźmi,</li> <li>– zaniżona samoocena,</li> <li>– bierność.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– niski standard ekonomiczny,</li> <li>– zła sytuacja mieszkaniowa,</li> <li>– zły stan zdrowia,</li> <li>– obniżenie możliwości adaptacyjnych,</li> <li>– cechy osobowości (nieufność, zgorzkniałość),</li> <li>– ograniczenia w zakresie zdolności poruszania się,</li> <li>– śmierć bliskiej osoby,</li> <li>– procesy migracyjne i emigracyjne.</li> </ul>
Problem uzależnienia od pomocy	<ul style="list-style-type: none"> <li>– konieczność korzystania z pomocy innych,</li> <li>– trwały charakter poszukiwania wsparcia materialnego.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– spadek sił fizycznych i psychicznych,</li> <li>– utrata ról życiowych, członków rodziny i przyjaciół,</li> <li>– predyspozycje osobowościowe,</li> <li>– styl wcześniejszego życia,</li> <li>– trudna sytuacja materialna.</li> </ul>

Źródło: A. Kanios, *Postawy pracowników zawodów pomocowych wobec osób starszych*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2018, s. 49-51.

Starzenie się społeczeństw, jak przedstawiłam wyżej, wiąże się z wieloma konsekwencjami społecznymi, medycznymi, kulturowymi, ekonomicznymi. Zarysowana sytuacja i konsekwencje starzenia się przekonują o konieczności poszukiwania rozwiązań systemowych w zakresie pomocy społecznej, czyli zapotrzebowaniem na pomoc społeczną i socjalną, instytucjonalną czy opiekuńczą. W aspekcie medycznym wzrasta zapotrzebowanie na wsparcie lecznicze, rehabilitacyjne. W aspekcie kulturowym ważne staje się zapewnienie osobom starszym uczestnictwa w życiu społecznym, podtrzymanie różnych form ich aktywności, umożliwianie im dalszego kształcenia i nabywania nowych umiejętności.

W aspekcie ekonomicznym problemem staje się zachwianie równowagi między osobami czynnymi zawodowo, gromadzącymi i wypracowującymi środki służące finansowaniu instytucji państwowych, a tymi, którzy z takich środków korzystają (Stuart-Hamilton, 2006; Steuden, 2014).

Rzeczywistość demograficzna drugiej połowy XX wieku i początków bieżącego stulecia w Polsce, jak i w populacjach krajów europejskich ukazuje rosnące udziały osób starszych i sędziwych. Na dzień dzisiejszy, nie jest znany żaden mechanizm pozwalający zatrzymać proces starzenia się. Postępujące starzenie demograficzne, to bowiem nieunikniona konsekwencja przemian dwóch składowych – rozrodczości i umieralności (Szukalski, 2006, s. 13). Wydłużanie się ludzkiego życia jest wypadkową takich czynników, jak: stan zdrowia, aktywność, poziom i styl życia oraz zaspokojenie potrzeb na godziwym poziomie. Istotne jest, by starszy człowiek czuł się potrzebny i użyteczny, by odczuwał satysfakcję ze swojego życia, brak której powoduje pogorszenie się zdrowia we wszystkich jego płaszczyznach (Jaczewski, 2004, s. 308).

Dzięki rozwojowi cywilizacji i zdobyczom nauki na przestrzeni lat, udało się wydłużyć czas życia ludzkiego (Kukla, 2011, s. 409). Obecnie jednak dużo istotniejsze staje się, by za wydłużeniem życia postępowała jeszcze poprawa jego jakości, bowiem za M. Fosel (Jaczewski, 2004, s. 310), możemy przyjąć, że „zwykle nie kochamy samego życia, kochamy życie zdrowe. Ceny to, co stanowi o jego wartości (...). Powinniśmy życzyć sobie wydłużenia czasu trwania zdrowia, a nie życia”.

W krajach europejskich, w tym także w Polsce, wydłużanie się życia współwystępuje ze spadkiem liczby i udziału rodzin wielopokoleniowych tworzących wspólne gospodarstwa domowe. Więż rodzinna pomiędzy generacjami dziadków i wnuków coraz częściej realizuje się „na odległość”, przy oddzielnym zamieszkiwaniu (Kowaleski, Szukalski, 2008, s. 15). Ludzie starzy stają się coraz częściej problemem dla rodziny. Współczesny rynek pracy wymusza aktywność zawodową wszystkich dorosłych członków rodziny. W konsekwencji praca zawodowa i codzienne obowiązki pochłaniają tak dużo czasu, że nie wystarcza już go na skupienie uwagi na potrzebach seniorów. Taka sytuacja prowadzi do konieczności dokonania zmian w systemie rodzinnym i podjęcia działań mających na celu jego ustabilizowanie. Najczęściej osoby starsze są wyłączone wcześniej czy później z życia rodzinnego. Decyzję tę podejmuje rodzina lub sama osoba starsza, która nie chce być ciężarem dla bliskich i postanawia skorzystać z pomocy opieki instytucjonalnej (Wrótniak, 2015, s. 55).

Dla wielu osób starszych ogromną trudnością jest bowiem obniżająca się samodzielność i narastająca zależność od innych ludzi. W związku z tym coraz częściej pojawia się zapotrzebowanie na pomoc i wsparcie. Większość osób starszych musi korzystać z różnych form opieki społecznej i medycznej (instytucjonalnej, stacjonarnej, ambulatoryjnej). Badania pokazują, że około 30% spośród nich uważa, że

decydowałyby się na instytucjonalne formy pomocy, gdyby ich sytuacja zdrowotna, rodzinna, ekonomiczna czy społeczna tego wymagała (Steuden, 2014, s. 26).

Słuszne wydaje się zatem ukierunkowanie na wspomaganie osób starszych w zakresie funkcji opiekuńczo-zabezpieczającej. Jak podaje J. Kędzior (2009, s. 173), w wielu sytuacjach ograniczone możliwości sprawowania opieki nad starszymi osobami w ich naturalnym środowisku powodują zwiększenie zapotrzebowania na korzystanie z usług świadczonych przez instytucje pomocy społecznej, których ilość niestety, jak się okazuje, jest wciąż niewystarczająca.

#### **1.4. Zagrożenie wykluczeniem społecznym seniorów**

Populacja ludzi starszych jest zbiorowością dynamiczną, która w kolejnych generacjach będzie się powiększać, zaś jej rola i znaczenie w funkcjonowaniu państwa, jak i poszczególnych jednostek czy rodzin, będą wzrastać. Wraz ze wzrostem liczebności i proporcji ludzi starszych w populacjach wielu krajów, rozszerzaniem się zjawiska marginalizacji społecznej emerytów, utrwalają się negatywne stereotypy starości i człowieka starego. Starość kojarzy się jako etap niepomysłny, w którym maleje sprawność życiowa człowieka, pogarsza się sytuacja ekonomiczna i pozycja społeczna, słabnie zdrowie (Kędzior, 2009, s. 175; Kanios, 2018, s. 43). Ludzie starsi z racji różnorodnych ograniczeń, plasowani są zarówno w odczuciach własnych, jak i w odbiorze społecznym, w kategoriach niskiego statusu społecznego i stanowią grupę, w której mimo gwarancji stałych dochodów z tytułu uzyskiwanych świadczeń społecznych, ryzyko marginalizacji czy wykluczenia społecznego występuje znacznie częściej niż w pozostałych grupach społecznych. Z racji różnorodnych ograniczeń, plasowani są też, zarówno w odczuciach własnych, jak i w odbiorze społecznym, w kategoriach niskiego statusu społecznego (Grudniewicz, 2001).

Według wielu autorów zjawisko to z pewnością będzie oznaczać ubóstwo i trwanie na marginesie życia społecznego. Obserwuje się, że coraz więcej ludzi, z wielkim trudem, zaspokajają swoje potrzeby materialne i rozwojowo-edukacyjne, a ich sytuacja egzystencjalna staje się coraz bardziej niekorzystna. Z tej grupy rekrutują się najczęściej osoby zmarginalizowane i społecznie wykluczone (Kawula, 2006, s. 13-14; Mielczarek, 2014, s. 316).

Osoby starsze stają wobec konieczności poradzenia sobie z nowymi zadaniami i problemami. Obniżanie się sprawności psychofizycznej współwystępuje z trudnymi doświadczeniami i wpisuje się w proces starzenia się. Obniżająca się samodzielność i narastająca zależność od innych ludzi (rodziny, przyjaciół, znajomych), ryzyko utraty zdolności do samodzielnego funkcjonowania wskazują zapotrzebowanie na pomoc i wsparcie. W zakresie relacji interpersonalnych pojawiają się nowe problemy i nowe zadania dla ludzi starych i młodych, na które zwraca uwagę S. Steuden (2014, s. 26):

- Starszy człowiek przechodzi z pozycji osoby niezależnej, zaradnej, pomocnej na pozycję osoby zależnej, potrzebującej wsparcia.
- Przejście na emeryturę niewątpliwie łączy się z utratą społecznego znaczenia.
- Większość osób starszych musi korzystać z różnych form opieki społecznej, medycznej i instytucjonalnej.

### *Ageizm*

Traktując o pozycji człowieka starszego w społeczeństwie, należy zauważyć, że należą oni do grupy osób zagrożonych wykluczeniem społecznym. Starość w wymiarze społecznym ulega przemianom, a negatywne stereotypy na jej temat nadal funkcjonują. Upředzenia wobec ludzi starszych prowadzą do dyskryminacji, która ogranicza dostępne dla nich możliwości, izoluje ich i powoduje u ludzi starszych negatywny obraz samego siebie (Hałaj, 2008, s. 134).

Osoby starsze niejednokrotnie doświadczają przejawów dyskryminacji ze względu na wiek. Jak zauważa B. Szatur-Jaworska (2005, s. 8) o dyskryminacji osób starszych w Polsce można bez wątpienia mówić wówczas, gdy odmawia się im zaspokojenia jakiejś ważnej potrzeby, a głównym powodem tej odmowy jest wiek. Problem dyskryminacji osób starszych przejawia się w (Kanios, 2018, s. 44):

- uznawaniu ich za mniej użytecznych od młodszych, pomniejszaniu ich potrzeb i znaczenia, ponieważ przeżyli już swoje;
- utrudnionym dostępie do rynku pracy;
- usuwaniu ich poza nawias życia społecznego czy rodzinnego;
- niskiej pozycji osób starszych w społeczeństwie (zanika szacunek dla wieku, pojawia się obojętność, a nawet niechęć wobec osób starszych i starości, tzw. gerontofobia);



- negatywnym stereotypie starości, czyli przekonaniu, iż starość to niekorzystne zmiany biologiczne, psychiczne i społeczne, utrata zdrowia, urody, zmiana pozycji społecznej, izolacja i samotność.

Proces systematycznego tworzenia stereotypów dyskryminowania ludzi z powodu tego, iż są starzy określany jest w literaturze jako ageizm. W przypadku ludzi starych, istota ageizmu polega na założeniu, iż powyżej pewnego wieku każda osoba bezwzględnie nie jest w stanie poprawnie wykonywać określonych ról społecznych, zwłaszcza zaś tych, które przez społeczeństwo uznane są za produktywne (Kowaleski, Szukalski, 2008, s. 156).

Dyskryminacja osób starszych może wynikać z różnorodnych czynników, do których należą (Szatur-Jaworska, 2005, s. 45-46):

- negatywne stereotypy dotyczące starości i wynikające z nich uprzedzenia wobec ludzi starych;
- brak rzetelnej wiedzy o starości i potrzebach ludzi starych wśród decydentów w środowiskach opiniotwórczych (media) oraz wśród profesjonalistów pracujących z ludźmi starszymi (lekarze, pracownicy socjalni);
- normy społeczne wzmocnione przez rozwiązania instytucjonalne nakazujące społeczeństwu szczególną troskę o dzieci i ludzi młodych rozpoczynających dorosłe życie, a także przyzwolenie, by działało się to nawet kosztem starszych pokoleń;
- konkurencja pomiędzy osobami starszymi i młodszymi o udział w rynku pracy i transferach społecznych;
- dynamika przemian cywilizacyjnych i technologicznych;
- unormowania systemu zabezpieczenia społecznego i rynku pracy sprzyjające wypychaniu osób starzejących się z rynku pracy;
- wadliwe funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w odniesieniu do starszych pacjentów wyrażające się w przekonaniu, że starszy pacjent to drogi pacjent;
- słaba pozycja osób starszych jako konsumentów dóbr i usług;
- organizacja przestrzeni publicznej (transport, bariery architektoniczne, system informacji utrudniająca osobom w starszym wieku korzystanie z niej);
- cechy fazy starości (pogarszający się stan zdrowia, niepełnosprawność, rosnące ryzyko uzależnienia od osób trzecich).

W przypadku negatywnych uprzedzeń i stereotypów niektóre osoby są osądzone na bazie swego wieku jako mniej zdolne i kompetentne do wykonywania pewnych czynności o charakterze manualnym, kognitywnym, bądź emocjonalnym. Bezpośrednio z uprzedzeniami i stereotypami związana jest kwestia dyskryminacji, która ze względu na wiek może przybrać dwie formy: indywidualną i instytucjonalną (Kowaleski, Szukalski, 2008, s. 158-159).

W pierwszym przypadku ageizm wyraża się w sposobie myślenia i działania poszczególnych jednostek, w ich hierarchii wartości, przybierając postać np. gerontofobii (obawa przed ludźmi starymi, przed kontaktem z nimi, jak i przed procesem starzenia się rozumianym jako proces przemijania) lub gerontofilii (upodobanie do przebywania w towarzystwie osób starszych i dostrzeganie pozytywów, takich jak nabieranie doświadczenia, umiarkowania, tolerancji).

W przypadku ageizmu instytucjonalnego chodzi o politykę instytucji bądź cechę struktury społecznej dyskryminującą osoby starsze. Może przybierać różne formy: odmawianie stosowania niektórych procedur medycznych z uwagi na wiek, zabranianie tylko ze względu na wiek, niezależnie od stanu zdrowia, kierowania pojazdami, czy przymus dezaktywacji zawodowej w przypadku ustalenia obligatoryjnego wieku emerytalnego.

A. Chabior wykazała istotny wpływ poglądów myślowych na postawy i zachowania seniorów, na sposób widzenia samych siebie i swoich ról w społeczeństwie. Ludzie starsi w obawie przed społecznym odrzuceniem godzą się na odgrywanie roli człowieka starego, wbrew własnym oczekiwaniom i potrzebom. Przystosowują się oni do schematów, niweczających ich odmienną, zmuszających do jednakowych form zachowania, obniżających poczucie własnej wartości i smak życia. Starość zamknięta w stereotypie pasywności, braku elastyczności, braku szans samorealizacji, zaniku sił do dalszego wzbogacania własnej osobowości, jawi się jako mało atrakcyjny okres ludzkiej egzystencji (Chabior, 2001, s. 97; Kędzior, 2009, s. 175). Człowiek wykluczony ma często świadomość utraty lub zagrożenia emocjonalnego kontaktów z innymi ludźmi, staje się człowiekiem samotnym, rodzi się w nim poczucie samotności i izolacji, żyje w stanie niepokoju i poczucia zagrożenia. Uczucia i oceny (postawy) członków grup marginalizowanych najczęściej cechuje: odczucie deprivacji, frustracja, poczucie zagrożenia, alienacja, fatalizm, niezdolność do kierowania własnym życiem, pesymizm, obawa przed przyszłością. Tym odczuciom towarzyszy: pasywność, absencja, apatia, hedonizm, konsumpcjonizm, wycofanie się,

brak zaufania, indywidualizm, ekstremizm, przemoc, bezradność i anomia, alienacja i dezorientacja (Krzysińska-Żach, 2006, s. 71).

Populacja ludzi starszych jest również wyjątkowo podatna na wszelkie formy przemocy, seniorzy stają się coraz bardziej zależni od swoich bliskich i otoczenia, stopniowo rezygnują z wykonywanych dotychczas czynności, osłabiają swoje więzi ze znajomymi i przyjaciółmi, izolują się od społeczeństwa (Kanios, 2018, s. 46).

W opinii niektórych badaczy, stereotypowe poglądy na temat osób w starszym wieku i niechętny stosunek do starości spotyka się w młodszych segmentach społeczeństwa, jak i wśród samych seniorów. Taki obraz kształtuje się, zarówno w Polsce, jak i innych krajach europejskich, w rezultacie upowszechnienia się nieuzasadnionych najczęściej stereotypów myślenia o rozpatrywanej fazie życia ludzkiego (Staręga-Piasek, 2006, s. 127-128; Kowaleski, Szukalski, 2008, s. 13). Należy do nich m.in. przekonanie o tym, że:

- ludzie w starszym wieku są najuboższą kategorią społeczeństwa;
- stanowią obciążenie ekonomiczne dla społeczeństwa i budżetu państwa;
- wraz z osiągnięciem wieku emerytalnego powstaje obowiązek przejścia na emeryturę;
- ludzie starzy są kategorią społeczeństwa podatną na wykluczenie bądź wręcz wykluczoną.

Badania nad dyskryminacją ludzi starych wykazały, że w naszym kraju seniorzy nie są traktowani z należyтым szacunkiem i są gorzej traktowani od innych grup. Do najczęstszych powodów dyskryminacji zalicza się lekceważenie, wyśmiewanie, żarty, obojętność. Ludzie starzy czują się dyskryminowani najczęściej w takich obszarach jak służba zdrowia, urzędy, sklepy, środki komunikacji publicznej. Do obszarów dyskryminacji seniorzy – respondenci zaliczali również najbliższe sąsiedztwo i rodzinę (Walkowska, 2006, s. 181).

Problem podatności osób starszych na wykluczenie społeczne mieści się zatem w społeczno-ekonomicznym aspekcie procesu starzenia się ludności. Jest on następstwem m.in. zmian sytuacji finansowo-materialnej po przejściu na emeryturę, zależnej od pogorszenia się stanu zdrowia, negatywnej samooceny własnej sytuacji życiowej. Kumulacja wymienionych okoliczności i czynników tworzy warunki wykluczenia, jest to jednak proces, który wyjąwszy szczególne sytuacje losowe nie

powinien być wprost łączony z określoną, punktową granicą wieku (Tokaj, 2008, s. 191-192).

Przemiany społeczno-obyczajowe zdeprecjonowały dotychczasową wysoką pozycję człowieka starszego. Obecnie podkreśla się wzrost kosztów ubezpieczeń i świadczeń socjalnych, jednocześnie pomijając wkład osób starszych w życie społeczeństwa, w tym rozwój gospodarczy. Wyzwania polityki społecznej mogą wyznaczać opisane wyżej specyficzne cechy sytuacji najstarszych obywateli naszego kraju: niekorzystna i nagła zmiana statusu społecznego po zakończeniu okresu pracy zawodowej, izolacja społeczna, osamotnienie, poczucie braku bezpieczeństwa, trudna sytuacja materialno-bytowa, zły stan zdrowia, brak adekwatnych propozycji form aktywności wypoczynkowej, brak przygotowania/wychowania do starości, niewłaściwe do niej nastawienie młodego pokolenia. Występowanie choćby kilku z tych czynników powoduje marginalizację seniorów i nie przystaje do łacińskiego słowa „emeritus”, czyli zasłużony, zgodnie z którym przywilejem starości powinno być czerpanie korzyści z dorobku całego życia, wypełnianie emerytalnego czasu wolnego (Kędzior, 2009, s. 175).

Biorąc pod uwagę fakt starzenia się naszego społeczeństwa i wydłużenie wieku emerytalnego konieczne jest wprowadzenie pewnych rozwiązań, które mogłyby przyczynić się do poprawy sytuacji osób starszych z uwzględnieniem ich potrzeb i zachowaniem zasady równego traktowania w społeczeństwie.

Długotrwałe braki w edukacji na rzecz starości, znikoma wiedza społeczeństwa na temat wad i zalet tego etapu naszego życia powoduje utrwalenie stereotypów. Dlatego potrzebujemy wielokierunkowych zmian, które obejmują całe społeczeństwo i wyposażą w rzetelną wiedzę na temat okresu starości. Pozytywny, a co najważniejsze rzeczywisty obraz późnej starości pomoże osobom starszym zaakceptować przemijający czas. Sama świadomość, iż dany wiek ma tyle samo plusów, co i minusów, jak każdy inny okres życia, z pewnością pomoże w pozytywnym postrzeganiu starości przez społeczeństwo i same osoby starsze. A jak wiadomo, nasze samopoczucie zależy również od tego, jak inni nas postrzegają (Hałaj, 2008, s. 136).

Popularyzacja powyższych założeń oraz takie postrzeganie pozwoli spojrzeć na ludzi starszych z innej perspektywy. Dyskryminacji ze względu na wiek nie uda się wyeliminować, można natomiast ograniczać częstość jej występowania. Coraz częściej mówi się o przewartościowaniu stosunku i nastawienia społeczeństwa i jego instytucji do starości i seniorów w kierunku budowy relacji sprzyjających łagodzeniu napięć

międzykulturowych. Potrzebne jest przełamanie zapóźnienia kulturowego, przekształcenie struktur możliwości tak, aby uwzględniały i uaktywniały potencjał seniorów, zadając równocześnie kłam opiniom o zniedołężnieniu tej grupy (Kowaleski, Szukalski, 2008, s. 180).

Postawa człowieka wobec starzenia się jest wypadkową takich czynników, jak: stan zdrowia, aktywność, poziom i styl życia oraz zaspokojenie potrzeb na godziwym poziomie. Istotne jest, by starszy człowiek czuł się potrzebny i użyteczny, by odczuwał satysfakcję ze swojego życia, brak której powoduje pogorszenie się zdrowia we wszystkich jego płaszczyznach (Jaczewski, 2004, s. 308).

Współczesne społeczeństwa charakteryzujące się wzrastającym udziałem seniorów, samoczynnie powinny stawać się coraz bardziej tolerancyjne wobec procesu starości oraz osób starszych. Z jednej strony pozwoli to na włączenie ich w aktywne życie, z drugiej zaś my skorzystamy z ich doświadczenia i mądrości.

## **Rozdział 2. Specyfika opieki nad osobami starszymi w Polsce i w Niemczech**

Proces demograficznego starzenia się ludności postępuje aktualnie nie tylko w Niemczech, problem większego udziału osób starszych zauważamy również w społeczeństwie polskim. Wydłużenie okresu życia przyniosło nowe cechy społeczne ludzi starych, wynikające z wewnętrznego zróżnicowania ich sytuacji potrzeb, a wśród nich wzrost poziomu aktywności życiowej i zwiększenie liczby osób dożywających późnego wieku, nawet gdy towarzyszy temu utrata samodzielności (Błądowski, 2002, s. 9). Rosnący wskaźnik starości demograficznej obu krajów generuje zmiany w postrzeganiu ludzi starych, ich aktywności i miejsca w społeczeństwie (Leszczyńska-Rejchert, 2012, s. 381). Ten proces przemian demograficznych ma znaczący wpływ na politykę społeczną. Spowodował on, że zmianom uległy priorytety polityki prowadzonej przez kraje europejskie, organizacja przestrzeni publicznej, ale także rozwijanie się instytucjonalnych form wsparcia świadczącego różne usługi na rzecz osób starszych.

Polityka wobec starzenia się społeczeństwa oraz konsekwencje demograficznego starzenia się stanowią w obu krajach przyczynę zainteresowań naukowych gerontologów, pedagogów, psychologów, demografów, polityków społecznych oraz ekonomistów. Analiza społecznych aspektów procesu starzenia się ludności wiąże się przede wszystkim z zapewnieniem potrzeb, jakie mają osoby starsze, właściwej opieki i jakości życia seniorów oraz wzrostem wydatków związanych z następstwami starzenia się ludności. Coraz częściej mówi się o podejmowaniu działań z udziałem osób starszych w obu społeczeństwach oraz o zapewnieniu tej grupie ludzi warunków godnych ich egzystencji. Te cele są ściśle związane z działaniami instytucji obu państw, które poszukują właściwych dróg zapewnienia osobom starszym bezpieczeństwa socjalnego i właściwej jakości życia w społeczeństwie.

W niniejszym rozdziale zwróciłam uwagę na wspomniany wyżej wymiar demograficznego starzenia się społeczeństwa w obu państwach oraz związanymi z tym zmianami w odniesieniu do konsekwencji starzenia się ludności. Polityczne znaczenie problemu zmian demograficznych w Polsce i w Niemczech ma wpływ na wszystkie dziedziny życia społeczno-ekonomicznego osób starszych, w tym na ich sytuację socjalną oraz zapewnienie instytucjonalnej opieki gerontologicznej tej grupie osób.

## 2.1. Polityka społeczna wobec seniorów w Polsce i w Niemczech

Zmiany demograficzne związane ze starzeniem się ludności oraz wzrastającą liczbą ludzi starych w społeczeństwie wymagają ciągłych wyzwań oraz skoordynowanej reakcji polityki państwa, co w rezultacie prowadzi do wykształcenia się polityk wobec starzenia się oraz wobec starości, dysponujących instrumentarium wielu polityk szczegółowych i wykorzystujących dostępne narzędzia do diagnozowania, formułowania strategii i programów, ich realizacji w celu zapewnienia zrównoważonego rozwoju całego społeczeństwa i gospodarki w warunkach nowej jakościowo struktury demograficznej (Błądowski, Szweda-Lewandowska, 2016, s. 29-30).

Procesy demograficznego starzenia się ludności w wielu społeczeństwach Europy prowadzą do istotnych zmian w życiu społecznym. Starzenie się ludności powoduje, że starość nie jest traktowana tylko jako zadanie dla rodziny, a stała się kwestią społeczną. Według wielu autorów to właśnie całe społeczeństwo konfrontowane jest z koniecznością przyjęcia na siebie ciężaru zapewnienia swoim członkom godnej i bezpiecznej starości, a zadaniem polityki społecznej staje się taka hierarchizacja jej celów, by potrzeby ludzi starych były traktowane jako równie ważne, co potrzeby innych kategorii ludności (Błądowski, 2002, s. 9). Odsetek ludności w wieku 65 lat i więcej w wielu krajach europejskich wskazuje na starzenie się ludności. Dane statystyczne z 2019 r. pokazują ogółem na 20,6% w tej grupie wiekowej w Niemczech i znajdują się na ósmym miejscu w Europie, w Polsce stanowią 17,7% (Senioren in Deutschland, Statista 2020). Co więcej, wkrótce nastąpi skokowy wzrost liczby osób osiągających wiek 80 lat oraz równie dynamiczny wzrost liczebności osób. Zakłada się, że od 2021 r. będziemy mieć do czynienia z bardzo szybkim wzrostem liczby osób osiągających wiek 75 lat, a od 2026 r. osób 80-letnich. Zakłada się zatem narastające zapotrzebowanie osób najstarszych na usługi wspomagające (Szukalski, 2017, s. 59; Kanios, 2018, s. 216).

Zgodnie z założeniami opracowanej przez Główny Urząd Statystyczny prognozy demograficznej, obejmującej okres do 2050 r., w nadchodzących latach w Polsce zwiększy się liczba i udział osób w wieku co najmniej 60 lat. Wskazuje się, że w latach 2010-2060 odsetek osób powyżej 65 roku życia wzrośnie z 17,4% do 29,5% ogółu

ludności. Odsetek osób powyżej 80 roku życia prawie potroi się i wyniesie 12% (Główny Urząd Statystyczny, 2014; Szamrej-Baran, 2018).

Z przedstawionej prognozy ludności, do 2050 roku w procentowym udziale osób powyżej 50 r.ż. w całkowitej populacji krajów Unii Europejskiej trzy pierwsze miejsca zajmować będą (Leszczyńska-Rejchert, 2012, s. 380):

- Włochy (2000 r. – 36,6% osób powyżej 50 r.ż., 2020 r. – 46,4%, 2050 r. – 51,9%);
- Szwecja (2000r. – 35,8%, 2020r. – 41,3%, 2050r. – 44,7%);
- Niemcy (2000r. – 35,2%, 2020r. – 45,3%, 2050r. – 48,1%).

Prognozy Eurostatu, na podstawie piramid wiekowych na lata 2015-2080 również pokazują, że następować będzie dalsze starzenie się ludności:

**Tabela 4. Współczynnik obciążenia demograficznego w Polsce i w Niemczech dla osób w wieku 65 lat i starszych w latach 2020-2080**

Lp.	Państwo	2020	2030	2040	2050	2060	2070	2080
		%						
1.	Unia Europejska	31,7	39,1	46,4	50,3	51,6	51,2	52,3
2.	Polska	27,8	37,0	42,2	54,6	64,8	62,4	61,5
3.	Niemcy	33,7	42,9	49,4	51,2	55,0	55,9	55,2

Źródło: *Starzenie się ludności w Unii Europejskiej – stan obecny i prognoza. Opracowania tematyczne OT-662*, Kancelaria Senatu, Warszawa 2018, s. 25-26.

Widoczne jest postępujące starzenie się starszej grupy ludności w obu krajach europejskich. Przewiduje się również, że w latach 2020-2080 odsetek osób w wieku 65 lat i starszych będzie wzrastał, a odsetek osób 80 lat lub starszych w latach 2016-2080 w liczbie ludności UE wzrośnie ponad dwukrotnie z 5,4% do 12,7%. Prognoza obciążenia demograficznego osób starszych dla Polski w 2080 r. wyniesie 61,5% co plasuje nasz kraj na 5. miejscu w Europie (Eurostat, 2017; Eurostat, 2018).

Oznacza to, że przyrost osób starszych w ogólnej strukturze społeczności europejskiej ma tendencję wzrostową. Zmiany demograficzne już dawno dotarły do Niemiec, kraju będącego przedmiotem zainteresowania w moim opracowaniu teoretycznym i analitycznym. Wzrost liczby osób starszych w społeczeństwie niemieckim zmienia ramy statystyczne w sposób niespotykany wcześniej. Opracowane



dane w 2019 roku przez Federalny Urząd Statystyczny w Niemczech wskazują, że co piąta osoba w Niemczech ma powyżej 66 lat (Statistisches Bundesamt, 2019). Grupa seniorów w wieku 65 lat i starszych stanowi według danych statystycznych 18,1 miliona osób, tj. około 22% całej populacji Niemiec (Statista, 2021).

Na uwagę zasługuje poniższa Tabela wyraźnie wskazująca na postęp zmian demograficznych w Niemczech:

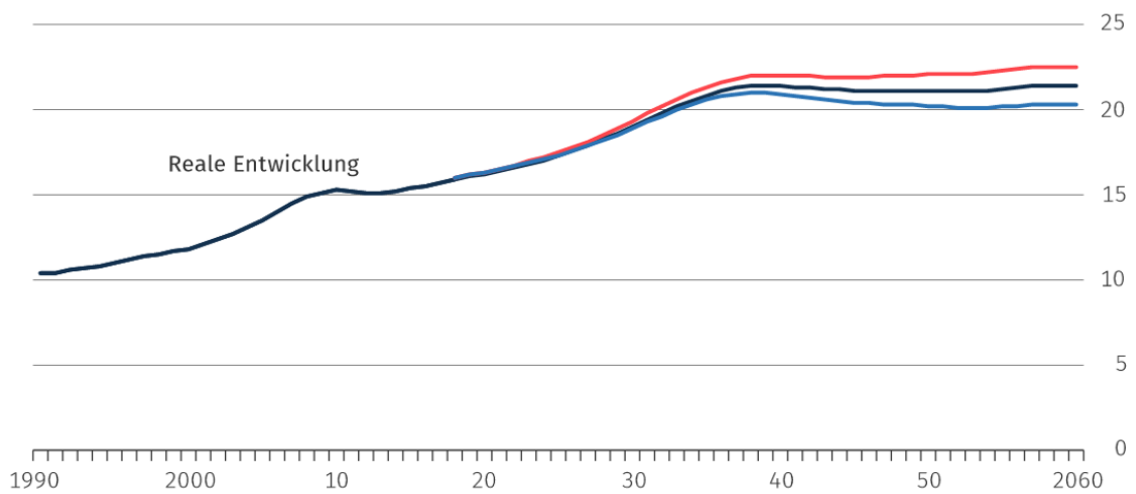
**Tabela 5. Prognoza struktury w mln ludności w Niemczech w latach 2020-2060**

<b>Rok</b>	<b>Wersja 1 G2-L2-W1 wzrost urodzeń 147 tys. osób rocznie</b>	<b>Wersja 2 G2-L2-W2 wzrost urodzeń 221 tys. osób rocznie</b>	<b>Wersja 3 G2-L2-W3 wzrost urodzeń 311 tys. osób rocznie</b>
<b>Ogół populacji</b>			
2020	83,4	83,4	83,4
2030	83,1	83,3	84,3
2040	80,7	82,1	84,2
2050	77,6	80,2	83,6
2060	74,4	78,2	83,0
<b>67-latkowie i starsi</b>			
2020	16,2	16,2	16,2
2030	19,0	19,0	19,0
2040	21,4	21,4	21,
2050	21,0	21,1	21,1
2060	21,0	21,4	21,6

Źródło: Prognoza struktury ludności w mln w Niemczech w latach 2020-2060 opublikowana przez Statistisches Bundesamt (Destatis) w dniu 04.07.2019 r.

Procesy zmian demograficznych w Niemczech według opracowanej prognozy struktury ludności w Niemczech, w najbliższej przyszłości ulegną znacznemu przyspieszeniu.

W szczególności wskazuje się, że liczba osób w wieku 67 lat i starszych będzie stale rosła (Wykres 1).



**Wykres 1. Ludność w wieku 67 lat i więcej w Niemczech w latach 2020-2050**

Źródło: Statistisches Bundesamt (Destatis), 2019.

Jak podaje Statistisches Bundesamt w Niemczech z 20 stycznia 2016 r., rozwój społeczeństwa w wieku senioralnym jest nieunikniony. Wskazuje się na ogromne różnice w liczbach osób młodszych i starszych grupach wiekowych. Prognozuje się, że liczba osób w wieku 67 lat i starszych wzrośnie co najmniej 21,5 miliona do 2040 roku. Będzie to 6,3 mln, czyli 42% więcej niż liczba osób w wieku 67 lat i więcej w 2013 roku (15,1 mln). Z drugiej strony najprawdopodobniej zmniejszy się liczba osób w wieku od 20 do 66 lat. Na rozwój tej grupy wiekowej istotny wpływ ma stały wzrost migracji. Bez wzrostu migracji liczba osób w wieku od 20 do 66 lat spadłaby o około 13 mln do 2040r. lub o 25% w porównaniu z 2013r. (Statistisches Bundesamt, 2016).

Zatem w najbliższych latach wraz ze starzeniem się populacji europejskiej będą rosły społeczne i indywidualne koszty tego procesu. Na przestrzeni lat odnotowujemy wydłużającą się długość życia, a także poprawę jakości życia w porównaniu z wcześniejszymi okresami w Polsce i w Niemczech. Jeżeli chcemy, aby europejska społeczność gwarantowała godne życie ludziom w każdym wieku, należy zadbać o to, aby prawa ludzi starszych nie były naruszane; co więcej, należy wdrażać różne rozwiązania i propozycje dające seniorom możliwość szeroko rozumianego uczestnictwa społecznego.

Obecnie polityka społeczna „stanowi jeden z ważniejszych kierunków polityki państwa w ogóle, a jej skuteczność, zarówno w skali kraju, jak i na płaszczyźnie stosunków międzynarodowych, jest ważnym wskaźnikiem poziomu rozwoju społeczno-gospodarczego państwa. Realizowana jest przez instytucje i jednostki administracyjne wszystkich szczebli zarządzania, co oznacza, że znajduje odniesienie do określonych obszarów działania” (Trafiałek, 2012, s. 20; Kanios, 2018, s. 18).

Termin „polityka starości” został po raz pierwszy użyty w literaturze przez A. Tymowskiego, gdzie podkreślono ważność problemów ludzi starszych, obszarów deficytowych w starości oraz zwrócono uwagę na potrzeby i oczekiwania społeczne oraz konsekwencje wydłużania się trwania życia ludzkiego (Tymowski, 1987, s. 123; Szweda-Lewandowska, 2011, s. 2). Potrzebę polityki społecznej w szerokim aspekcie analizuje B. Szatur-Jaworska, która zwraca uwagę na wspomaganie jednostek w radzeniu sobie z kryzysami rozwojowymi i sytuacyjnymi stosownymi dla okresu starości, zapewnienie osobom starym pozycji równoprawnej z innymi fazami życia oraz kształtowanie pozytywnego obrazu starości w świadomości społecznej (Szatur-Jaworska, 2000, s. 123).

W literaturze gerontologicznej najczęściej rozważa się o polityce społecznej w dwóch aspektach: jako politykę „wobec starości” (politykę starości) oraz politykę „wobec osób starszych”. Przedmiotem badania w pierwszym przypadku jest faza życia, a w drugim przypadku badanie odnosi się do zbiorowości osób, które przekroczyły granicę starości. Celem polityki „wobec starości” jest wspomaganie jednostek w radzeniu sobie z kryzysami rozwojowymi i sytuacjami, które są typowe dla tej fazy życia oraz stwarzanie członkom osobom starszym warunków do pełnego, optymalnego funkcjonowania w społeczeństwie (Szatur-Jaworska, 2000, s. 120; Szweda-Lewandowska, 2011, s. 2; Kanios, 2018, s. 18). Taka polityka powinna stanowić reakcję na potrzeby konkretnej zbiorowości ludzi starych, a punktem wyjścia dla niej jest bieżąca diagnoza tychże potrzeb. Polityka społeczna wobec ludzi starych powinna sprzyjać ich samodzielnemu – na miarę możliwości – życiu, zapewniać im ważną i stabilną pozycję w strukturze społeczności, w których żyją, uwzględniać ogromne zróżnicowanie sytuacji i potrzeb starszego pokolenia (Szatur-Jaworska, Błędowski, Dziegielewska, 2006, s. 292). Zdaniem P. Błędowskiego (1998, s. 49) polityka społeczna wobec ludzi starszych to system działań skierowanych do osób w wieku poprodukcyjnym oraz ich rodzin. Działania te mają na celu wszechstronną

kompensację malejących z wiekiem możliwości samodzielnego zaspokojenia potrzeb oraz integrację z lokalną społecznością.

Mając na uwadze powyższe cele polityki społecznej wobec ludzi starszych, wskazuje się przede wszystkim na (Szweda-Lewandowska, 2011, s. 113):

- integrację społeczną i partycypację w życiu społecznym;
- indywidualizację, czyli dostosowanie udzielanych świadczeń do rzeczywistych potrzeb jednostki;
- podniesienie standardu życia osób starszych przez system świadczeń materialnych i usługowych;
- zapewnienie im podmiotowości i samodzielności stosownej do ich poziomu sprawności życiowej;
- sprzyjanie integracji między- i wewnątrzgeneracyjnej;
- organizowanie badań naukowych dotyczących ludzi starszych i starości.

Analiza obu rodzajów polityki, wobec starości i wobec starzenia się populacji, pozwala na scharakteryzowanie pewnych różnic w hierarchii celów, roli i znaczenia poszczególnych przedmiotów oraz wykorzystywanych instrumentów, jednak skuteczność podejmowanych działań przez obie polityki jest podobna, niezależnie od modelu polityki społecznej (Księżpolski, 2012, s. 34).

Polityka wobec starości jako polityka wobec fazy życia osób starszych jest ściśle związana z cechami wynikającymi ze specyfiki życia osób starych. Wraz z wydłużaniem się czasu trwania tego okresu życia ujawniają się coraz większe różnice w stanie zdrowia, poziomie sprawności osób starszych, ich sytuacji materialnej i rodzinnej, strukturze potrzeb oraz możliwościach samodzielnego zaspokajania odczuwanych potrzeb. Jak wskazują P. Błędowski i Z. Szweda-Lewandowska, samo wewnętrzne zróżnicowanie tej fazy życia jest dostatecznym powodem, by uznać jej kształtowanie za ważne zadanie polityki społecznej. Dodatkowym argumentem wskazującym na potrzebę oddziaływania wobec osób starszych w tym okresie ich życia jest fakt wydłużającego się życia i przypadającego na niego coraz większej części czasu życia człowieka. Najbardziej istotne problemy w tej fazie życia człowieka pozwalają wskazać obszary, którymi polityka społeczna i polityka wobec starości powinna się zająć (Błędowski, Szweda-Lewandowska, 2016, s. 31-32):

- zdrowie i dostęp do świadczeń ochrony zdrowia;
- sytuacja materialna;

- warunki mieszkaniowe;
- aktywność i partycypacja społeczna;
- aktywność ekonomiczna;
- wsparcie dla rodziny opiekującej się niesamodzielną starszą osobą.

Osiągnięcie powyższych celów wymaga oczywiście długookresowych działań, a ich efekty mogą być zauważalne dopiero po upływie wielu lat. Adresatami polityki społecznej wobec starości są nie tylko ludzie starzy, ale i młodsze pokolenia przygotowywane do spotkania ze starością i do życia w społeczeństwie otwartym dla wszystkich grup wieku, respektującym specyfikę wszystkich faz życia (Szatur-Jaworska, Błędowski, Dzięgielewska, 2006, s. 292). Polityka wobec starości powinna dostrzec i uwzględnić te elementy, które wpływają pozytywnie na sytuację osób starszych. Wśród nich istotne znaczenie mają (Błędowski, Szweda-Lewandowska, 2016, s. 32-33):

- coraz większa liczba lat przeżytych w zdrowiu, co stwarza większe szanse na opóźnienie procesów związanych z obniżeniem poziomu sprawności i ewentualną utratą samodzielności;
- pewność dochodów uzyskiwanych ze świadczeń społecznych, co pozwala na większą samodzielność osoby starszej i zachowanie przez nią podmiotowości jako nabywcy i konsumenta dóbr i usług;
- wyższy poziom wykształcenia i aktywności społecznej, co umożliwia zapobieganie procesom wykluczenia społecznego i wzmocnienie pozycji populacji ludzi starych w środowisku lokalnym;
- coraz wyższy poziom aktywności ekonomicznej seniorów, wiążący się nie tylko z ich aktywną obecnością na rynku pracy, ale i z przedłużeniem okresu, w którym podstawą utrzymania jest dochód z pracy, a to z kolei wpływa na procesy integracji społecznej, bieżącą sytuację dochodową oraz wysokość przyszłej emerytury.

Postępujące procesy starzenia się społeczeństw zarówno w Polsce, jak i w Niemczech stawiają przed „polityką starości” zadanie zapewnienia osobom starszym godziwych warunków bytu i realizacji ich potrzeb. Starość niesie ze sobą także wiele szans i pozytywnych wartości dla społeczeństwa. Polityka wobec starości powinna mieć określone cele, które powinny nie tylko zaspokajać potrzeby typowe dla populacji starszych osób, ale również – zapewniając warunki do ich dalszego rozwoju

także w późnym wieku – wykorzystać w interesie całego społeczeństwa potencjał tkwiący w starszym pokoleniu. Polityka wobec starości ma stwarzać także warunki do samodzielnego lub wspieranego przez odpowiednie placówki zaspokajania potrzeb kulturalnych, edukacyjnych, o charakterze integracyjnym oraz sprzyjać zapewnieniu seniorom ważnej pozycji w lokalnej społeczności. Biorąc pod uwagę prognozy demograficzne oraz oczekiwane zmiany społeczne, jakie będą następowały w najbliższych latach, wskazane cechy polityki wobec starości można uznać za kluczowe dla skutecznego wspierania seniorów (Błędowski, Szweda-Lewandowska, 2016, s. 33). Jako równorzędny cel tej polityki powinno traktować się wspieranie sprawnych i aktywnych osób starszych. Jest to ważne nie tylko z punktu widzenia dzisiejszych seniorów, ale i osób, które obecnie są w wieku 45-55 lat, a same osiągną w przyszłości umowną granicę starości (Rocznik Demograficzny, GUS, 2015, s. 138).

Polityka wobec starości powinna kierować się zasadami, które warunkują jej integrujący charakter. Do najważniejszych zasad polityki wobec starości należą (Błędowski, 2003, s. 268; Szweda-Lewandowska, 2011, s. 114-115; Błędowski, Szweda-Lewandowska, 2016, s. 33-34; Kanios, 2018, s. 21):

- zasada subsydiarności (pomocniczości) polega na tworzeniu grup wsparcia w najbliższym otoczeniu seniora. W pierwszej kolejności są uwzględniani rodzina i najbliżsi znajomi. W miarę zmniejszania się samodzielności osób w podeszłym wieku do opieki włączane są następne osoby – z grup nieformalnych i organizacji pozarządowych, a także z instytucji samorządu terytorialnego. Do ich zadań należy organizowanie pomocy w formie rozmaitych usług.
- zasada kompleksowości odnosząca się do potrzeb i ich zaspokajania, a więc kompleksowego działania. Przewiduje ona konieczność całościowej oceny sytuacji biopsychospołecznej seniora oraz możliwości realizowania dostrzeganych potrzeb w warunkach, w jakich aktualnie przebywa starsza osoba oraz jej sytuacji społeczno-materialnej.
- zasada lokalności polityki społecznej (integracji społecznej ludzi starych), czyli zintegrowanie seniorów i pozostałej części społeczeństwa, koncentrowanie się na potrzebach osób w podeszłym wieku mieszkających na danym obszarze. Przygotowanie jednostek do starości, zrozumienie jej specyfiki, ale

i nieuchronności pozwala na uzyskanie w skali kraju i lokalnej akceptacji niezbędnych wydatków z funduszy publicznych.

Polityka wobec starości i polityka wobec ludzi starych muszą się oczywiście uzupełniać i wzajemnie na siebie oddziaływać. Trudno przecież mówić o dobrym rozwiązaniu problemów ludzi starych i o dobrej jakości ich życia w społeczeństwie nie rozumiejąc specyfiki fazy starości, w której dominują jej negatywne stereotypy. Z drugiej strony nieskuteczna polityka wobec ludzi starych, może prowadzić do ich marginalizacji, wpływać negatywnie na generalny obraz starości jako fazy życia. Polityka wobec ludzi starych i polityka wobec starości w wymiarze praktycznym, to nie dwie odrębne dziedziny polityki społecznej, ale jej dwa aspekty, których wyodrębnienie pozwala na szerszy obraz zadań polityki społecznej w Polsce (Szatur-Jaworska, Błędowski, Dzięgielewska, 2006, s. 292-293). Skuteczna polityka społeczna w Niemczech odwołuje się do działań i reakcji politycznych na problemy społeczne, systemu zabezpieczenia społecznego i materialnego, innych podpolityk związanych z poszczególnymi dziedzinami życia i zakresem usług w danym obszarze, wsparcia w przewyciężaniu problemów społecznych (Boeckh, Huster, Benz, Schütte, 2017, s. 197; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Berlin, 2020).

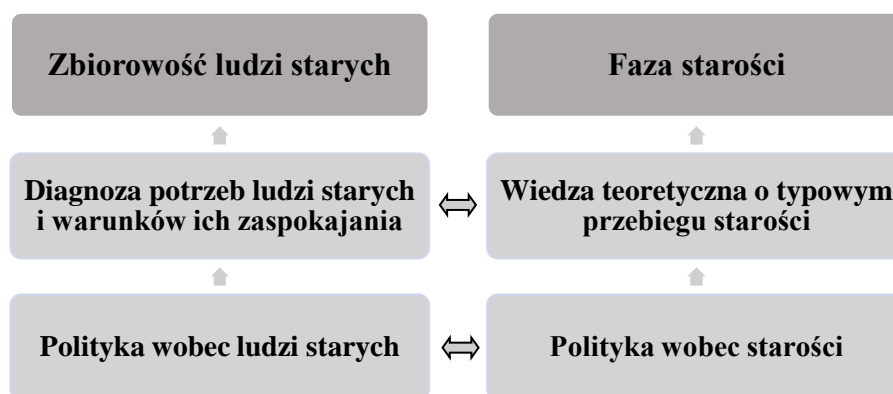
Celem polityki wobec osób starszych jest zapobieganie i rozwiązywanie problemów ludzi starszych oraz stworzenie takich warunków życia ludzi starszych, aby mogli oni zaspokajać swoje potrzeby oraz korzystać z możliwości stwarzanych w ramach polityki społecznej państwa. Takie podejście stosowane jest od dawna w krajach europejskich, w których proces starzenia się rozpoczął się znacznie wcześniej niż w Polsce (Szatur-Jaworska, 2000, s. 120; Szweda-Lewandowska, 2011, s. 2; Kanios, 2018, s. 18; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Berlin, 2020; Seib, 2016). Z tej perspektywy należy spojrzeć na starzenie się ludności w wymiarze jednostkowym, jak i dotyczącym większych zbiorowości – lokalnych społeczności oraz całego społeczeństwa. Zmiany w przebiegu procesu starzenia się człowieka polegają przede wszystkim na spowolnieniu tego procesu tak, że jego faza określana jako późna starość rozpoczyna się coraz później. Proces starości trwa coraz dłużej, jej umownym początkiem jest moment zakończenia okresu aktywności zawodowej i przejście na emeryturę lub w przypadku osób niepracujących osiągnięcie ustawowego wieku emerytalnego. Ustanowienie wieku emerytalnego w obu krajach, w Polsce i w Niemczech, jest decyzją polityczną i jest ona podejmowana na podstawie analiz makroekonomicznych, demograficznych z uwzględnieniem oczekiwań i potrzeb

społeczeństwa oraz możliwości ich zaspokajania przez gospodarkę danego kraju. Jednak należy spodziewać się, że obserwowana w Europie, w tym w Niemczech tendencja do podnoszenia granicy wieku emerytalnego ulegnie zmianie. Tej ekonomicznej konieczności będzie musiało także sprostać polskie społeczeństwo (Błędowski, Szweda-Lewandowska, 2016, s. 35-36).

Wraz ze wzrostem liczebności seniorów podkreśla się wzrost kosztów i świadczeń socjalnych, jednocześnie pomijając wkład osób starszych w życie społeczeństwa, w tym w rozwój gospodarczy. Wyzwania dla polityki socjalnej mogą wyznaczać zapotrzebowanie najstarszych obywateli obu krajów we wszystkich obszarach ekonomiczno-społecznych (Kędzior, 2009, s. 175).

Właściwie rozbudowany system opieki i usług społecznych wobec seniorów pozwoliłyby na zmniejszenie wymagań od otoczenia oraz zapobiegałyby zagrożeniom wykluczeniem społecznym seniorów.

**Schemat 1. Dwa aspekty polityki społecznej – polityka wobec ludzi starych i polityka wobec starości**



Źródło: B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, M. Dzięgielewska, *Podstawy gerontologii społecznej*. Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2006, s. 293.

Każda polityka społeczna w danym kraju jest realizowana w imię jakichś określonych wartości i jest powiązana z różnymi dziedzinami polityki społecznej – tradycyjnie wyodrębnianymi ze względu na rodzaj potrzeb, których zaspokajanie



wspiera polityka społeczna. W literaturze polskiej wskazuje się na najważniejsze dziedziny polityki społecznej w Polsce, z którymi powiązana jest polityka wobec starości i wobec ludzi starych (Szatur-Jaworska, Błędowski, Dzięgielewska, 2006, s. 293):

- polityka zabezpieczenia społecznego (emerytury i inne świadczenia dla osób starszych, pomoc społeczna, itd.);
- polityka zdrowotna (organizacja ochrony zdrowia, propagowanie zdrowego stylu życia, itd.);
- polityka rynku pracy (działania na rzecz opóźniania dezaktywizacji zawodowej osób starszych, pomoc bezrobotnym w uzyskaniu pracy, itd.);
- polityka mieszkaniowa (przystosowanie mieszkań do potrzeb osób starszych, programy budowy i zamiany mieszkań, by osoby starsze korzystały z zasobów mieszkaniowych odpowiadających ich potrzebom, itd.);
- polityka edukacyjna (kształcenie ustawiczne dla osób w wieku podeszłym, wsparcie dla uniwersytetów trzeciego wieku, przygotowywanie specjalistów gerontologów, itd.);
- polityka kulturalna (oferta kulturalna przystosowana dla osób starszych, rozwijanie aktywności w czasie wolnym w celu lepszego przygotowania do starości, itd.).

Wiele uwagi na działania polityki wobec starości i wobec ludzi starych zwraca państwo niemieckie, które oferuje szeroki zakres usług (Bäcker, Naegele, Bispinck, 2020):

- polityka zabezpieczenia społecznego i zabezpieczenia podstawowego (świadczenia rentowe i inne świadczenia socjalne dla osób starszych, itd.);
- polityka zdrowotna (usługi i udogodnienia państwa opiekuńczego);
- polityka rodzinna;
- polityka wobec seniorów i gminna polityka społeczna;
- polityka bezpieczeństwa pracy i polityka rynku pracy;
- niepaństwowa polityka społeczna, świadczenie usług socjalnych przez stowarzyszenia pomocy społecznej, organizacje, a także samopomoc i wolontariat;

- polityka mieszkaniowa (przystosowanie mieszkań do potrzeb osób starszych, programy budowy i zamiany mieszkań, by osoby starsze korzystały z zasobów mieszkaniowych odpowiadających ich potrzebom, itd.).

W literaturze gerontologicznej wskazuje się na cztery modelowe strategie polityki wobec starości i osób starszych (Woźniak, 2003, s. 28):

- I. dodać lat do życia – strategia o charakterze krótkotrwałym, koncentrująca uwagę na likwidowaniu niedoborów, uzupełnianiu deficytów i ratownictwie społecznym;
- II. dodać zdrowia do lat – strategia o charakterze średnioterminowym (5-10 lat). Celem jest głównie kompensacja, profilaktyka. Przede wszystkim jest skoncentrowana na zdrowotnym aspekcie starzenia się;
- III. dodać życia do lat – strategia długoterminowa, skierowana na promowanie aktywności w starszym wieku. Ma na celu poprawę/utrzymanie jakości życia seniorów. To wieloletnia strategia kompensacyjno-partycypacyjna;
- IV. ku solidarności międzypokoleniowej – strategia długoterminowa, partycypacyjno – integracyjna, oparta na koncepcji społeczeństwa dla wszystkich grup wiekowych, uznająca za podstawę zasadę wzajemności i równości.

W kontekście starzenia się ludności wskazuje się na największe wyzwania i ważne obszary wymagające zwiększenia nakładów finansowych w Polsce, które obejmują (Błędowski, Szweda-Lewandowska, 2016, s. 25-26; Szukalski, 2006, s. 13-17):

- Wyzwania ekonomiczne związane z obciążeniem systemu emerytalnego ze względu na konieczność wypłacania większej liczby świadczeń, przy jednoczesnym zmniejszaniu się liczby osób pracujących i opłacających składki na ubezpieczenia oraz wydłużaniu okresu pobierania świadczeń.
- Wyzwaniem dla rządu obu krajów jest zapewnienie godziwych emerytur i spokojnej ekonomicznie starości.
- Ważnym obszarem wymagającym zwiększenia nakładów finansowych jest system ochrony zdrowia (zwiększenie nakładów finansowych na opiekę medyczną, profilaktykę, rehabilitację).

- Niedobór wykwalifikowanych opiekunów osób starszych oraz pracowników służby zdrowia udzielających pomocy starszym pacjentom, w tym pielęgniarek i lekarzy geriatrów.
- Zwiększenie nakładów na doraźną pomoc lekarską, jak i opiekę długoterminową.
- Zapotrzebowanie na miejsca w placówkach opiekuńczych, zwiększenie ilości instytucjonalnej opieki.
- Konieczność wzmocnienia roli administracji publicznej w zapewnieniu opieki niesamodzielnym seniorom.
- Konieczność podwyższenia nakładów na opiekę instytucjonalną, szczególnie na instytucjonalne formy pomocy najstarszym.

Rząd niemiecki realizuje podstawowy cel strategii demograficznej – każdy wiek się liczy dla poprawy dobrobytu i jakości życia. Pomoc socjalna wobec osób starszych i w ich codziennym życiu w szczególnym stopniu jest zapewniana przez środowisko gminne i lokalne. Opieka nad osobami starszymi, zapewnienie im podstawowych usług leży w gestii krajów związkowych i ich gmin w Niemczech. Dostęp osób starszych do pełnego zakresu usług w dużej mierze decydują o jakości ich życia (Seib, 2016).

Uniwersytet Duisburg-Essen opublikował system zabezpieczenia na starość w Niemczech, w którym ostatni czwarty poziom zabezpieczenia obejmuje podstawowe zabezpieczenie dobrobytu na starość. Wskazuje się na stale rosnącą grupę osób starszych, którym przysługuje podstawowe zabezpieczenie ich usług i utrzymanie dobrych warunków życia seniorów (Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen, 2020).

Wydłużanie się życia po zaprzestaniu aktywności zawodowej jest więc ogromnym wyzwaniem zarówno dla polityki społecznej, jak i polityki emerytalnej Polski i Niemiec. Już teraz obserwujemy opóźnienie wejścia osób starszych w fazę bierności zawodowej, ten proces będzie się stopniowo przesunął. Tym samym będziemy obserwować stopniowe przesuwanie się sprawności i samodzielności osób starszych. Potwierdzają to badania PolSenior przeprowadzone na grupie reprezentatywnej starszych ludzi oraz badania realizowane przez kraje członkowskie w dziedzinie statystyki zdrowia publicznego. Badania wskazują, że wiek 80 lat jest granicą, po przekroczeniu której wzrasta liczba chorób przewlekłych, na które cierpi osoba starsza, pogarszają się wskaźniki sprawności samoobsługowej i gospodarskiej

oraz zwiększa się zapotrzebowanie na różne formy wsparcia i opieki (Mossakowska, Więcek, Błędowski, 2012; GUS, 2011; GUS, 2016; Mossakowska, 2013, s. 49; Błędowski, Szweda-Lewandowska, 2016, s. 36). Wobec wzrostu liczby ludzi starych, a również ich odsetka, istnieje potrzeba wypracowania podstaw polityki uwzględniającej możliwości zaspokojenia ich potrzeb i możliwości (Błędowski, 2002, s. 9-10). Zdaniem wielu autorów polityka wobec starzenia się i starości wymaga interdyscyplinarnego traktowania i nie jest możliwe prowadzenie racjonalnej i skutecznej polityki adresowanej do starszego pokolenia bez wykorzystania wiedzy i rozwiązań pochodzących z różnych dyscyplin naukowych (Błędowski, 2014, s. 9; Błędowski, Szweda-Lewandowska, 2016, s. 46).

Z powyższych wskazań należy wyciągnąć wnioski co do planowania polityki socjalnej w szczególności w społeczeństwie polskim. Należy inwestować w kluby seniora, uniwersytety III wieku, infrastrukturę dostosowaną do potrzeb i możliwości osób starszych oraz zwiększenie instytucjonalnych form opieki, jak: domy seniora, domy spokojnej starości. Najprawdopodobniej będą zanikać rodziny wielopokoleniowe, natomiast ujawnią się problemy wadliwego zaspokajania potrzeb najstarszej generacji, nasilą się problemy zabezpieczenia materialnego oraz medycznego. Przemiany demograficzne wymuszają redefinicję starości, zmianę jej umownego progu, wydłużenie w nadchodzących latach wieku produkcyjnego, czyli podniesienie granicy wieku emerytalnego (Szarota, 2004, s. 34).

Według P. Błędowskiego i Z. Szweda-Lewandowskiej należałoby w Polsce prowadzić dokładne badania i systematycznie publikować dane dotyczące grupy osób starszych. Aktualizacja danych demograficznych wraz z informacją o liczbie i odsetku ludności w grupie osób starszych pozwoliłaby na podejmowanie właściwych działań wobec tej grupy osób, oszacowanie popytu na świadczenia zdrowotne i zapewnienie odpowiednich środków na zaspokojenie potrzeb osób starszych w skali kraju oraz środowisku lokalnym (Błędowski, Szweda-Lewandowska, 2016, s. 36-37).

Coraz bardziej powszechne stają się działania na szczeblu centralnym podejmowane w obu krajach wobec zmian wynikających z większego udziału osób starszych w społeczeństwie. Zostały opracowane dokumenty dla administracji publicznej w Polsce wynikające z demograficznego starzenia się ludności. W tych dokumentach kształtujących politykę wobec starości w Polsce sformułowano wieloaspektowe zadania, które zwracały uwagę na rozmaite wymiary demograficznego starzenia się ludności (Błędowski, Szweda-Lewandowska, 2016, s. 42).

Wśród nich należy wymienić:

- Długookresową Strategię Rozwoju Kraju Polska 2030 – Trzecia fala nowoczesności.
- Strategię Rozwoju Kapitału Ludzkiego do roku 2030.
- Krajowy Program Reform – Europa 2022/2023.

W dokumentach tych zwrócono uwagę również na (Błądowski, Szweda-Lewandowska, 2016, s. 43):

- potrzebę podejmowania działań, związanych z reformą systemu emerytalnego i zachęcaniem do oszczędzania z myślą o dochodach na starość;
- potrzebę podniesienia i zrównania wieku emerytalnego kobiet i mężczyzn;
- potrzebę podniesienia poziomu aktywizacji zawodowej starszych pracowników i osób w wieku emerytalnym;
- konieczność zapobiegania różnym formom wykluczenia osób starszych, między innymi wykluczenia cyfrowego;
- konieczność zapewnienia powszechności opieki nad osobami niesamodzielnymi;
- konieczność dostosowania systemu ochrony zdrowia do potrzeb rosnących w miarę postępowania zmian w strukturze demograficznej społeczeństwa.

Uczestnictwo seniorów w życiu społecznym jest powszechnym elementem działań w obszarze wsparcia i pomocy seniorom niemieckim. Ze względu na wzrastającą liczbę osób starszych konieczne jest podejmowanie działań w zakresie zwiększenia następujących usług opiekuńczych wobec najstarszej grupy osób społeczeństwa niemieckiego (Seib, 2016; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Berlin, 2020):

- zapewnienie opieki i wsparcia dla starzejącego się społeczeństwa niemieckiego;
- zapewnienie personelu w zakresie pomocy i opieki seniorom;
- rozwój i edukacja personelu w zakresie pomocy i opieki seniorom;
- uatrakcyjnienie zawodu pielęgniarstwa dla młodego pokolenia;
- zapewnienie opieki i wsparcia również dla starzejącego się społeczeństwa obcego pochodzenia mieszkającego w Niemczech;
- wdrażanie programów finansowania na rzecz osób starszych;
- wzmocnienie praw osób starszych na szczeblu międzynarodowym poprzez wdrażanie międzynarodowych planów działań na rzecz seniorów.

Skutki zmian demograficznych prowadzą również do nowych wyzwań politycznych i społecznych państwa niemieckiego, a jednocześnie kształtują nowe perspektywy i możliwości dla społeczeństwa starzejącego się. W celu lepszego przygotowania do tych zmian opracowuje się plany oraz działania wobec polityki senioralnej w Niemczech na szczeblu centralnym oraz krajów związkowych i gmin, które mają na celu przede wszystkim zwiększenie udziału osób starszych w społeczeństwie oraz poprawę jakości życia osób starszych – Bundespläne für Seniorinnen und Senioren (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2017).

Polityka społeczna wobec osób starszych obecnie stanowi priorytet realizowanej polityki publicznej. Ministrem odpowiedzialnym za programowanie i monitorowanie polityki społecznej wobec osób starszych w Polsce jest minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego – Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Ramy polityki społecznej wobec osób starszych w Polsce określa dokument przyjęty na posiedzeniu Rady Ministrów w dniu 24 grudnia 2013 r. pt. „Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020”. Zgodnie z nim do głównych wyzwań dla polityki społecznej wobec osób starszych zalicza się (Kanios, 2018, s. 20):

- wydłużenie okresu aktywności zawodowej;
- wykorzystanie potencjału osób starszych w obszarze aktywności społecznej i obywatelskiej;
- zapotrzebowanie na rozwiązania pozwalające na godzenie życia zawodowego z życiem rodzinnym osób pracujących w wieku 50+ (konieczność sprawowania opieki nad rodzicami lub innymi osobami zależnymi).

Ważnymi dokumentami ukierunkowującymi działania polityki społecznej w Polsce w zakresie polityki senioralnej są: 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”, uchwała nr 34 Rady Ministrów z dnia 17 marca 2015 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego „Senior – WIGOR” na lata 2015-2020 oraz uchwała nr 161 Rady Ministrów z dnia 26 października 2018 r. w sprawie przyjęcia dokumentu „Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność”.

W Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej utworzono Radę ds. Polityki Senioralnej i powołano w jej ramach zespół tematyczny – Zespół ds. opracowywania kierunków polityki społecznej wobec osób starszych. Natomiast na podstawie zarządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 sierpnia 2012 r.

w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej powołano Departament Polityki Senioralnej, który odpowiada za (MRPiPS, 2012):

- tworzenie i rozwój kierunków działań skierowanych do seniorów oraz warunków dla poprawy systemu wsparcia seniorów;
- realizację zadań w obszarze aktywnego starzenia się i innych form współpracy wewnątrz- i międzypokoleniowej z udziałem seniorów;
- monitorowanie wdrażanych rozwiązań;
- współpracę z organizacjami i instytucjami, które kierują swoje działania do seniorów;
- współpracę międzynarodową w obszarze aktywnego starzenia się.

Ministerstwem odpowiedzialnym za programowanie i monitorowanie polityki społecznej wobec osób starszych w Niemczech jest od 1994 roku Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. W ten sposób rząd niemiecki umieścił osoby starsze na tym samym poziomie, co rodzina, kobiety i młodzież, wspiera i prowadzi niezależną i skuteczną politykę wobec osób starszych, promuje i opracowuje projekty i programy oraz prowadzi międzynarodową współpracę w zakresie polityki senioralnej. Republika Federalna Niemiec działa na rzecz wzmocnienia praw osób starszych w ONZ, w Radzie Europy, w Unii Europejskiej oraz w bezpośredniej wymianie doświadczeń z krajami partnerskimi. Powołano w 2010 roku „Die offene Arbeitsgruppe Alter (Open-ended Working Group on Ageing – OEWG-A) der Vereinten Nationen (VN) - otwartą grupę roboczą ONZ ds. starzenia się, gdzie podczas obrad podejmuje się następujące obszary tematyczne:

- dyskryminacja osób starszych;
- przemoc, znęcanie się i zaniedbywanie osób starszych;
- prawo do opieki długoterminowej i paliatywnej;
- prawo do autonomii i samostanowienia;
- edukacja, szkolenie i uczenie się przez całe życie;
- ochrona socjalna i zabezpieczenie społeczne.

W 2002 roku został przyjęty „Der Zweite Weltaltenplan der Vereinten Nationen” oraz Madrid International Plan of Action on Ageing – MIPAA. Ten polityczny plan działania jest wdrażany przez państwa członkowskie, które realizują strategie krajowe i regionalne. Co pięć lat przygotowuje się raporty o stanie realizacji działań na rzecz seniorów. Wdrożono przyjęty plan na poziomie europejskim (Weltplan auf europäischer

Ebene) przez Europejską Komisję Gospodarczą Narodów Zjednoczonych UNECE (United Nations Economic Commission for Europe). Powołano ponadto grupę roboczą ds. starzenia się (The Standing Working Group on Ageing – SWGA), która co pięć lat organizuje konferencję ministerialną w celu opracowania europejskich rozwiązań. Deklaracja ministerialna 56 członków państw europejskich (UNECE – Mitgliedstaaten) z 2017 roku ma na celu:

- wykorzystanie potencjału dłuższego życia;
- promowanie dłuższego życia zawodowego i zdolności do pracy;
- zapewnienie starzenia się z godnością.

Polityka społeczna w Niemczech opowiada się za osobami starszymi i ich prawami na szczeblu europejskim. W 2020 roku Bundesseniorenministerium przedstawiło m.in. projekt, który został przyjęty przez państwa członkowskie UE 9 października 2020 roku. Bundesseniorenministerium zorganizowało Międzynarodową Konferencję, na której omówiono możliwości i wyzwania związane z cyfryzacją. Powołany został Zespół ds. opracowywania kierunków polityki społecznej wobec osób starszych. Ponadto organizuje się krajowe dyskusje z ekspertami z dziedziny gerontologii społecznej, gdzie omawia się potrzeby osób starszych oraz włącza się tą grupę społeczną do międzynarodowych debat. Partnerami Bundesseniorenministerium jest Deutsche Institut für Menschenrechte (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2020).

Mając na uwadze dalszy wzrost liczby i odsetka osób starszych w Polsce, warto również zwrócić uwagę na konieczność zmiany podejścia do konsekwencji starzenia się ludności w sformułowanych dokumentach kształtujących politykę wobec starości w Polsce, w szczególności na szczeblu regionalnym i lokalnym. Taką formę mają na przykład plany działania na rzecz osób starszych publikowane i wcielane w życie w niemieckich landach i gminach już od lat osiemdziesiątych XX wieku.

W Niemczech starość i starzenie się społeczeństwa postrzega się jako zadanie dla lokalnej polityki państwa. Opracowywane są plany działania na rzecz osób starszych, tzw. Altenpläne, które zawierają diagnozę sytuacji życiowej starszych mieszkańców, zamierzone działania i proponują hierarchię realizowanych celów, szacunek niezbędnych środków finansowych na wykonane prace. Dokumenty takie są przedmiotem publicznej debaty. W Polsce byłoby pożądane wskazanie takiego planu działania, programu wyzwań w lokalnej i publicznej polityce wobec starości oraz



zaakceptowanie ich przez władze i społeczeństwo polskie (Błądowski, 1996; Błądowski, Szweda-Lewandowska, 2016, s. 43).

System celów polityki lokalnej i publicznej w Polsce można traktować jako zrationalizowane działania i programy publiczne oparte na zgromadzonej, względnie zobiektywizowanej wiedzy i usystematyzowanym procesie projektowania i wykonywania tych działań (Zybała, 2012, s. 24). W odniesieniu do strategii działań w starzejącym się społeczeństwie polskim można te działania rozpatrywać na przestrzeni administracji publicznej i w odniesieniu do poziomu zaspokojenia ludności starzejącej się.

Warto tutaj na przykładzie polityki społecznej państwa wskazać przykład opracowania lokalnego planu działania na rzecz osób starszych z uwzględnieniem warunków ich życia oraz ich udziału w lokalnej społeczności polskiej:

**Tabela 6. Przykładowy system celów lokalnego planowania działań na rzecz starszych mieszkańców w Polsce**

Cele nadrzędne	Cele szczegółowe		
	1	2	3
Zachowanie warunków życia odpowiadających standardowi społecznemu i indywidualnym potrzebom.	Prowadzenie możliwie samodzielnego życia w lokalnej społeczności.	Dostosowanie warunków mieszkaniowych do indywidualnych potrzeb osoby starszej.	Rozwój komunalnego budownictwa mieszkaniowego; dofinansowanie niezbędnych prac adaptacyjnych.
			Poradnictwo i pośrednictwo.
			Likwidacja barier architektonicznych i transportowych.
		Ułatwienia w dostępie do usług bytowych.	
		Organizacja lokalnych centrów usług i integracji społecznej.	Prowadzenie działalności kulturalnej i edukacyjnej, organizacja czasu wolnego.
		Utrzymanie lub poprawa stanu zdrowia i sprawności.	Organizacja odpowiedniej bazy dla świadczeń zdrowotnych.
			Organizacja skoordynowanego

	Zapewnienie godnego życia w placówce.		systemu środowiskowej opieki długoterminowej.
			Działalność profilaktyczna i prewencyjna.
		Dostosowanie oferty pomocy stacjonarnej do potrzeb.	Współpraca z rodziną, udzielanie usług środowiskowych.
		Współfinansowanie świadczeń i nadzór nad jakością usług.	Rozbudowa rynku usług opieki długoterminowej.
	Kompensacja deficytów w dochodach osób starszych.	Ulgi lub dopłaty do usług i imprez, świadczenia pieniężne.	Poprawa pozycji osób starszych na lokalnym rynku pracy.
Partycypacja społeczna.	Integracja między- i wewnątrz-generacyjna.	Oferta oświatowa, kulturalna; rekreacyjna i turystyczna; dofinansowanie imprez.	Ułatwienia w korzystaniu z oferty, pomoc w organizacji transportu.
		Wspieranie działań seniorów w organizacjach pozarządowych.	Współpraca z radami seniorów, zapewnienie bazy lokalowej dla NGO.
		Wsparcie dla wolontariatu i samopomocy.	Zapewnienie informacji dla seniorów i ich rodzin nt. dostępnych usług.

Źródło: P. Błędowski, Z. Szweda-Lewandowska, *Polityka wobec starości i starzenia się w Polsce w latach 2015-2035*, IPISS, Warszawa 2016, s. 45. Opracowanie na podstawie koncepcji opublikowanej w: P. Gitschmann, *Alterssozialpolitik auf kommunaler Ebene – Rahmenbedingungen und Strukturen, Handlungsbedarf, Planung und aktuelle Entwicklungen in der Krise des Sozialstaats*, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin 1989, a zmienionej w: P. Błędowski, *Pomoc społeczna i opieka nad osobami starszymi w RFN*, Biblioteka Pracownika Socjalnego, Interart, Katowice 1996, s. 151.

Poniżej wskazuję na przykładzie polityki społecznej państwa niemieckiego opracowanie lokalnego planu działania na rzecz osób starszych z uwzględnieniem warunków ich życia oraz ich udziału w lokalnej społeczności:

**Tabela 7. Przykładowy system lokalnego planowania działań na rzecz starszych mieszkańców w Niemczech**

Cele nadrzędne	Cele szczegółowe		
	1	2	3
Wsparcie środowiskowe dla osób starszych	Prowadzenie możliwie samodzielnego życia w lokalnej społeczności.	Pomoc w podtrzymaniu możliwości poziomu samodzielności seniorów, w tym poprzez świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz pracę socjalną.	Działania mające na celu pomoc osobom starszym ( <i>Altenhilfe</i> ).
			Wsparcie udzielane przez placówki pomocy społecznej oraz organizacje pozarządowe, samorząd lokalny.
		Integracja i reintegracja społeczna, zarówno między-, jak i wewnątrzpokoleniowa.	Organizacje pozarządowe, które we współpracy z samorządem podejmują działania sprzyjające wzmocnieniu pozycji osób starszych w środowisku.
		Raporty na temat sytuacji osób starszych ( <i>Altenbericht</i> ), przygotowywane przez ekspertów, akceptowane przez Federalne Ministerstwo do spraw Rodziny, Seniorów, Kobiet i Młodzieży, a następnie Rząd Federalny i Bundestag.	Ustalenie hierarchii celów polityki wobec osób starszych.
	Plan działania na rzecz starszych mieszkańców na poziomie lokalnym ( <i>Altenplan</i> )	Plan opracowywany w każdym mieście, powiecie i w większości gmin na podstawie diagnozy społecznej starszej ludności.	Poprawa pozycji osób starszych – wskazanie potrzeb i określenie najważniejszych działań mających na celu zaspokojenie potrzeb bytowych seniorów i umożliwienie im samodzielnego egzystowania oraz integracja mieszkańców.
	Plan pomocy dla osób starszych ( <i>Altenhilfeplan</i> )	Usługi dla osób starszych, w tym niesamodzielnych.	Szeroki zakres świadczeń pomocy społecznej, pomoc w szczególnych sytuacjach życiowych ( <i>Hilfe in besonderen Lebenslagen</i> ).

Świadczenia udzielane w miejscu zamieszkania.	Samorząd terytorialny	Usługi o charakterze odpłatnym, częściowo odpłatnym lub bezpłatnym.	Organizacja i udzielanie świadczeń pielęgnacyjnych przez stacje socjalne ( <i>Sozialstation</i> ) – prywatne instytucje spełniające wymagania wynikające z przepisów dotyczących opieki długoterminowej oraz organizacje pożytku publicznego (Niemiecki Czerwony Krzyż, Caritas, Diakonia Kościoła Ewangelickiego, Zakon, Stowarzyszenie).
		Wspieranie usług seniorów zależnie od sytuacji finansowej gminy i jej polityki lokalnej.	Usługi bytowe dla pewnej grupy mieszkańców seniorów opłacane z budżetu samorządowego.
			Usługi z przystosowaniem mieszkania, nakłady adaptacyjne, usługi związane z prowadzeniem gospodarstwa domowego, finansowanie z budżetu pomocy społecznej opłat za eksploatację mieszkania.
	Usługi pielęgnacyjne		
	Poradnictwo w aspekcie opieki i finansowania świadczeń dla członków rodziny.		
	Opieka duszpasterska		
	Usługi i świadczenia oferowane przez lokalnych usługodawców.		
Biuro do spraw seniorów ( <i>Seniorenbüro</i> )	Organizacja usług społecznych dla osób starszych.	Bezpłatne udostępnianie informacji o usługach i świadczeniach oraz o placówkach oferujących ofertę dla seniorów.	
	Poradnictwo i pośrednictwo w zapotrzebowaniu na formy wsparcia.	Doradztwo w sprawach związanych ze sprawami rodzinnymi, osobistymi. Dostępne formy działalności wolontariackiej seniorów i na rzecz seniorów oraz angażowania się	

			osób starszych na rzecz społeczności lokalnej.
--	--	--	--

Źródło: Opracowanie własne na podstawie tekstu P. Błędowskiego, *System wsparcia dla osób starszych w Niemczech*, opublikowanego w: *Polityka Senioralna* w dniu 13.01.2017 r.

Na podstawie propozycji wsparcia dla osób starszych w Niemczech można sformułować propozycje wsparcia seniorów i na rzecz seniorów w polskiej polityce społecznej. Warto uwzględnić sformułowany przez B. Szatur-Jaworską katalog zasad, jakimi należy się kierować, realizując politykę publiczną adresowaną do starszego pokolenia w Polsce (Błędowski, 1996; Błędowski, Szweda-Lewandowska, 2016, s. 46):

**Tabela 8. Zasady polityki publicznej wobec ludzi starych w Polsce**

Obszar	Zasady
Traktowanie jednostek.	Zapewnienie jednostkom niezależności i prawa do decydowania o własnym życiu.
	Zaspokajanie przez politykę publiczną potrzeb jednostek z uwzględnieniem specyfiki fazy życia, jaką jest starość oraz specyficznych dla niej wyzwań.
	Zapewnienie bezpieczeństwa socjalnego.
	Aktywizacja zawodowa osób starszych, które odeszły z rynku pracy oraz przygotowanie do aktywności poza rynkiem pracy osób zawodowo czynnych.
	Zachowanie równowagi (postrzeganej z punktu widzenia całego cyklu życia) między prawami i obowiązkami jednostek.
Relacje między zbiorowościami społecznymi (w tym międzypokoleniowe).	Solidarność pokoleń na różnych poziomach życia społecznego.
	Sprawiedliwość międzypokoleniowa przejawiająca się w sprawiedliwym udziale wszystkich pokoleń w podziale korzyści z rozwoju gospodarczego, jak i w równym udziale w ponoszeniu obciążeń (np. związanych z kryzysem gospodarczym czy finansowym).
	Podmiotowe traktowanie starszego pokolenia i umożliwienie mu udziału w decyzjach politycznych na zasadach demokratycznych.
Funkcjonowanie podmiotów polityki.	Uwzględnienie w polityce publicznej wewnętrznego zróżnicowania populacji seniorów.

	Wielosektorowość polityki publicznej, polegająca na włączeniu sektorów publicznego, rynkowego, obywatelskiego, nieformalnego.
	Włączanie problematyki ludzi starych i starości do wszystkich programów działania (mainstreaming), uwzględnianie w nich zmian struktury demograficznej i potrzeb ludzi starych.
	Decentralizacja polityki publicznej polegająca na powierzaniu zadań administracji lokalnej.
	Uwzględnianie w polityce publicznej działań antidyskryminacyjnych.
	Stosowanie zasady subsydiarności przejawiające się m.in. wspieraniem rodzin, w których żyją ludzie starzy.

Źródło: B. Szatur-Jaworska, *Zasady polityk publicznych w starzejących się społeczeństwach*, w: B. Szatur-Jaworska (red.), *Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje*, RPO, Warszawa 2012, s. 16.

Promocją zasad polityki publicznej wobec osób starych, organizacją wszechstronnego wsparcia w poszczególnych obszarach powinny zajmować się podmioty polityki społecznej i polityki senioralnej. Wskazuje się na główne zalecenia dotyczące organizowania polityki społecznej na poziomie gmin (Błędowski i in., 2017, s. 45):

1. Lokalna analiza potrzeb seniorów – powinna objąć w szczególności osoby starsze i samotne mające trudności z opuszczeniem domu. Należy uwzględnić opinie lokalnej rady seniorów, pracowników pomocy społecznej oraz dane statystyczne instytucji funkcjonujących na terenie gminy.
2. W celu wypracowania ścieżek współpracy oraz kierunków rozwoju polityki senioralnej w gminach ważne jest przeprowadzenie warsztatów z udziałem osób starszych i ich opiekunów oraz przedstawicieli wszystkich podmiotów istotnych z perspektywy zaspokojenia potrzeb osób starszych.
3. Na podstawie diagnozy potrzeb i związanych z nią prognoz należy przygotować strategię senioralną z określeniem długofalowych celów rozwoju lokalnej infrastruktury usług. W strategii powinny zostać przyjęte podstawowe wartości i zasady będące podstawą dla działań pomocowych.
4. Wyznaczenie komórki koordynującej całościowe wsparcie dla osób starszych, obejmujące zarówno kwestie opiekuńcze, jak i organizację czasu wolnego oraz

monitorowanie działań gmin pod kątem zagrożenia występowania praktyk dyskryminujących. Komórka ta powinna również dbać o skuteczne informowanie o dostępnych formach wsparcia.

5. Opracowanie ścieżek rozwoju przedsiębiorczości związanych z realizacją usług w miejscu zamieszkania, aby stanowiła ona uzupełnienie oferty samorządu. Należy uwzględnić łączenie obecnych na rynku lokalnym rozwiązań z możliwościami osób starszych.
6. Wspieranie aktywności osób starszych i animowanie działań międzypokoleniowych.

Wzrost udziału osób starszych ma wpływ praktycznie na wszystkie dziedziny życia społeczno-ekonomicznego, dlatego ważne jest badanie tego zjawiska i szukanie nowych rozwiązań ich problemów (Błędowski, Szweda-Lewandowska, 2016, s. 25):

- zmniejszanie się potencjału opiekuńczego rodziny;
- zwiększanie się obciążenia systemu emerytalnego ze względu na konieczność wypłaty większej liczby świadczeń;
- zwiększanie się kosztów pomocy środowiskowej;
- zwiększanie się kosztów opieki instytucjonalnej.

Starzenie się ludności stanowi jeden z ważniejszych problemów polityki obu państw. Polityka publiczna może być w tym bardzo pomocna. Szczególnie widać to w działaniach niemieckich podmiotów państwowych oraz realizacji zadań lokalnych wobec starości i starzenia się ludności. Niemieccy politycy społeczni jako jedni z pierwszych już w latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych dostrzegli potrzebę udziału polityki społecznej wykorzystującej specyficzne, dostosowane do wieku instrumenty w kształtowaniu warunków bytu ludzi starych i taki trend utrzymuje się w kraju niemieckim do dzisiaj (Gitschmann, 1989; Geiser, 1996; Leitner, 2015; Błędowski, Szweda-Lewandowska, 2016).

Realizowane programy polityki społecznej koncentrują się przede wszystkim wokół idei społeczeństwa równości oraz przeciwdziałaniu wykluczeniu społecznemu. Polityka społeczna Unii Europejskiej wobec osób starszych, a więc w obu krajach polskim i niemieckim, jest skupiona na pomocy najsłabszym ekonomicznie i niepełnosprawnym. Są to działania włączające i integrujące, adresowane do całej zbiorowości osób starszych.

Główne cele polityki społecznej wobec seniorów w Polsce i w Niemczech wyrażają się w dążeniu do (Szarota, 2015, s. 46).:

- zapewnienia emerytom środków utrzymania;
- dbałości o wydolny i stabilny system zabezpieczenia społecznego;
- właściwej organizacji opieki zdrowotnej i pielęgnacyjnej;
- zapewnienia warunków sprzyjających zachowaniu samodzielności przez osoby starsze;
- właściwego standardu mieszkalnictwa z infrastrukturą dostosowaną do potrzeb osób starszych;
- stworzenia warunków do integracji starszego pokolenia z pozostałymi członkami społeczeństwa przez różne formy uczestnictwa w życiu lokalnej społeczności (projekty edukacyjne, samopomoc, partycypacja polityczna, partycypacja na rynku pracy);
- stworzenia warunków do integracji wewnątrzpokoleniowej.

Wydaje się, że w przyszłości coraz silniejsza będzie potrzeba wyznaczania i organizacji działań, które stanowią obecnie ważny aspekt w polityce senioralnej w Niemczech, również w polityce państwa polskiego. Pozwolą one pomóc seniorom polskim w kształtowaniu ich warunków życia i traktowania polityk wobec starości i starzenia się jako oddzielnych w stosunku do polityki społecznej. Podjęto już działania mające na celu realizację założeń polityki społecznej na rzecz seniorów w Polsce poprzez wprowadzenie ustawy z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych oraz dokument rządowy Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo. Uczestnictwo. Solidarność”, którego celem jest podniesienie jakości poziomu życia osób starszych. Wiemy również, że na skutek poprawiających się warunków życia wydłuża się długość życia człowieka. Skuteczność tych działań będzie więc w dużej mierze zależała od właściwego prowadzenia polityki społecznej w danym kraju, od jakości pracy socjalnej, od jakości kształcenia opiekunów osób starszych, pracowników socjalnych i innych osób wypełniających zadania opiekuńcze wobec osób starszych.



## 2.2. Sytuacja socjalna seniorów w Polsce i w Niemczech

Starzenie się ludności i wzrastająca populacja osób starszych świadczy o rozwoju sytuacji socjalnej seniorów i poprawie warunków życia w danym kraju. Wzrastająca populacja seniorów wymaga jednak specyficznej pomocy społecznej wyspecjalizowanych instytucji i osób (Szatur-Jaworska, Błędowski, Dzięgielewska, 2006, s. 189).

Pomoc społeczna i praca socjalna zajmuje ważne miejsce w systemie zabezpieczenia społecznego seniorów w obu krajach. Pomoc społeczna stanowi instytucję polityki społecznej państwa, mającą na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości (Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz. U. 2009, nr 175, poz. 1362 z późn. zm., art. 2 ust. 1). Pomoc społeczną organizują organy administracji rządowej i samorządowej, współpracując w tym zakresie z organizacjami społecznymi i pozarządowymi (Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz. U. 2009, nr 175, poz. 1362 z późn. zm., art. 2 ust. 2).

Dla osób starszych, których poziom sprawności życiowej nie pozwala na aktywny udział w życiu lokalnej społeczności, praca socjalna powinna być pomocna w rozwiązywaniu ich problemów życiowych i mobilizowaniu do przyjmowania aktywnej na miarę możliwości postawy wobec wyzwań niesionych przez codzienne życie. Instytucją społeczną, powołaną do udzielania tej formy pomocy w postaci pracy socjalnej jest pomoc społeczna. Jest ona podsystemem polityki społecznej, mającym na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości (Szatur-Jaworska, Błędowski, Dzięgielewska, 2006, s. 191).

Pomoc społeczna w Polsce realizowana jest w trzech podstawowych formach (Szatur-Jaworska, Błędowski, Dzięgielewska, 2006, s. 192-194):

- pomocy środowiskowej, odnosi się do świadczeń udzielanych w miejscu zamieszkania klienta pomocy społecznej. Dostępne świadczenia, poza pracą socjalną, mają formę finansową, rzeczową lub usług.

- półotwartej – można zaoferować więcej pracy socjalnej korzystającym z tej formy pomocy, np. z domów dziennego pobytu, w których osoby starsze spędzają kilka godzin, by przez resztę doby pozostawać w swoich mieszkaniach.
- zamkniętej, zwanej też instytucjonalną – forma pracy socjalnej w instytucji pomocy społecznej w celu zapewnienia należytej całodobowej opieki osobom z różnych względów niezdolnym do prowadzenia samodzielnego życia i pozostającym w indywidualnym gospodarstwie domowym.

W innym podziale w ramach systemu pomocy społecznej ludziom starszym gwarantowane są dwa rodzaje pomocy (Kanios, 2018, s. 62):

- pomoc środowiskowa, realizowana w miejscu zamieszkania osoby starszej;
- pomoc instytucjonalna, świadczona w różnych instytucjach pomocy społecznej, jak domy pomocy społecznej, dzienne domy pomocy, środowiskowe domy samopomocy.

Osoby starsze, które nie posiadają wystarczających środków finansowych i nie radzą sobie w przewyciężaniu trudnych sytuacji życiowych, mogą skorzystać z materialnych świadczeń pomocy społecznej, spełniając określone kryterium dochodowe wynikające z art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej. Bez względu na posiadany dochód, mogą również skorzystać z pracy socjalnej organizowanej przez pracowników socjalnych oraz z poradnictwa specjalistycznego, prawnego, psychologicznego czy rodzinnego (Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, art. 45-46). W ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej nie ma zapisu o zagwarantowaniu pomocy społecznej w sytuacji starości, samotności i bezradności. Brakuje również wyraźnego określenia specyfiki pracy socjalnej na rzecz ludzi starych i zdefiniowania obowiązków służb społecznych względem najstarszych mieszkańców środowiska (Kanios, 2018, s. 63).

Ustawa natomiast określa usługi opiekuńcze i specjalistyczne, które przysługują osobom starszym. W art. 50 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. 2017, nr 0, poz. 7169) wskazano, że:

- Osobie samotnej, które z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób, a jest jej pozbawiona, przysługuje pomoc w formie usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych.

- Usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze mogą być przyznane również osobie, która wymaga pomocy innych osób, a rodzina nie może takiej pomocy zapewnić.
- Usługi opiekuńcze obejmują pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez lekarza pielęgnację oraz, w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem.
- Specjalistyczne usługi opiekuńcze są to usługi dostosowane do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności, świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem zawodowym.
- Ośrodek Pomocy Społecznej, przyznając usługi opiekuńcze, ustala ich zakres, okres i miejsce świadczenia.

W celu dostępności do usług opiekuńczych oraz specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób samotnych i starszych w wieku 75 lat i więcej Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki społecznej opracowało Program „Opieka 75+” 2018, dotyczący polityki społecznej państwa w zakresie (MRPiPS, 2018, s. 7; Kanios, 2018, s. 67):

- zapewnienia osobom starszym wsparcia i pomocy adekwatnej do potrzeb i możliwości wynikających z wieku i stanu zdrowia, w ramach usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych usług opiekuńczych;
- poprawy jakości życia osób w wieku 75 lat i więcej;
- umożliwienia gminom rozszerzenia oferty usług opiekuńczych oraz specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób w wieku 75 lat i więcej;
- wsparcia finansowego gmin w wypełnianiu zadań własnych o charakterze obowiązkowym.

Zgodnie z art. 17 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej obligatoryjnym zadaniem gminy jest kierowanie do domu pomocy społecznej i ponoszenie odpłatności za pobyt mieszkańca gminy w domu pomocy społecznej. Prawo do umieszczenia w domu pomocy społecznej przysługuje osobie wymagającej całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, niemogącej samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, której nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych (Subocz, 2007, s. 166; Kanios, 2018, s. 67).

Praca socjalna z osobami starszymi wskazuje na tzw. system nieformalny lub naturalny, układy formalne oraz systemy społeczne. Praca socjalna z ludźmi starszymi powinna opierać się przede wszystkim na stworzeniu optymalnych warunków do ich pełnego rozwoju i pomyślnego starzenia się. Szczegółowymi celami pracy socjalnej z ludźmi starszymi są:

- utrzymanie samodzielności życiowej lub usamodzielnienie seniorów;
- zachowanie aktywności osób w starszym wieku;
- przygotowanie ludzi starszych do starości jako fazy życia;
- zapobieganie osamotnieniu i izolacji społecznej oraz marginalizacji i wykluczeniu osób starszych;
- integracja społeczna osób starszych;
- zapewnienie seniorom korzystnego środowiska życia, dopasowanego do ich potrzeb.

W pracy socjalnej na rzecz osób starszych można wydzielić 14 obszarów (Szarota, 2011, s. 26-27):

1. Pracę socjalną na rzecz zapewnienia seniorowi niezbędnych środków materialnych i finansowych, realizowaną przez udzielanie pomocy w uzyskaniu należnych świadczeń przewidzianych przepisami prawa.
2. Pomoc i edukację w zakresie gospodarowania budżetem domowym, realizowaną przez kształcenie umiejętności zarządzania pieniędzmi.
3. Pomoc w organizowaniu czasu wolnego.
4. Pracę socjalną na rzecz niwelowania niewłaściwych relacji w funkcjonowaniu rodziny, realizowaną przez mediacje, pomoc w rozwiązywaniu konfliktów rodzinnych, specjalistyczne poradnictwo rodzinne, wsparcie w rozwiązywaniu sytuacji trudnych.
5. Pracę socjalną na rzecz poprawy stanu zdrowia, realizowaną przez ułatwienie m.in. w uzyskaniu prawa do świadczeń zdrowotnych, pomoc w dotarciu do szpitala, zorganizowanie wizyty lekarza w domu chorego czy też pobytu w placówce stacjonarnej.
6. Pracę socjalną na rzecz zapewnienia opieki osobom starszym, niepełnosprawnym, realizowaną przez zapewnienie usług opiekuńczych w domu osoby starszej, niepełnosprawnej, budowanie wsparcia środowiskowego dla

osób starszych (np. przez wolontariat) czy pomoc w zapewnieniu opieki całodobowej w domu pomocy społecznej.

7. Monitoring jakości świadczonych usług opiekuńczych.
8. Pomoc socjalną na rzecz wykorzystania uprawnień osób niepełnosprawnych, obejmującą pomoc w ustaleniu stopnia niezdolności do pracy lub niepełnosprawności, uzyskaniu skierowania do sanatorium czy usług specjalistycznych, skierowaniu do grupy wsparcia.
9. Podjęcie działań w celu częściowego lub całkowitego ubezwłasnowolnienia i ustanowienia opiekuna prawnego dla osoby wymagającej opieki ze względu na stan zdrowia tego rodzaju interwencji.
10. Pracę socjalną na rzecz zapewnienia godziwych warunków mieszkaniowych, obejmującą pomoc w złożeniu wniosku o przydział mieszkania socjalnego czy uzyskanie dodatku mieszkaniowego.
11. Pomoc w pozyskaniu miejsca w placówce noclegowej.
12. Pomoc w wyrabianiu dokumentu tożsamości.
13. Pomoc w załatwieniu różnych spraw urzędowych.
14. Pomoc w formalnościach związanych z pogrzebem lub jego organizacją.

Realizację tych celów należy rozumieć jako wykonywanie konkretnych zadań, które w sensie praktycznym są określane jako praca socjalna z człowiekiem starszym. Do zadań tych zalicza się (Leszczyńska-Rejchert, 2016, s. 135-136; Kanios, 2018, 73-74):

- ułatwianie zachowania samodzielności życiowej bądź usamodzielnianie osoby starszej;
- umożliwienie seniorowi przejawiania różnych form aktywności, zachęcanie do aktywności (także do samopomocy);
- promowanie odpowiedzialności za samego siebie i swoje życie;
- motywowanie człowieka starszego do podejmowania różnych działań z zakresu przygotowania do starości, w tym również wychowania do starości (rozwijanie zainteresowań, uczenie aktywnego sposobu spędzania wolnego czasu);
- zapoznanie z istotnymi zagadnieniami dotyczącymi specyfiki procesu starzenia się i starości jako normalnego etapu ludzkiego życia (edukacja gerontologiczna) w celu dostrzeżenia przez seniora walorów starości oraz kształtowanie pozytywnych postaw wobec własnej starości;

- pomoc w wypełnianiu zadań rozwojowych starości: zrozumienie zmian, jakie zachodzą w organizmie człowieka starszego (zmian biologicznych, psychicznych) i w środowisku lokalnym, które są związane z przeobrażeniami oraz akceptowanie faktu przemijania ludzkiego życia;
- pomoc w organizacji życia rodzinnego i towarzyskiego;
- przeciwdziałanie samotności i osamotnieniu (izolacji społecznej osób starszych) przez podtrzymywanie i rozwijanie kontaktów społecznych seniora z rodziną, sąsiadami, społecznością lokalną;
- kształtowanie sieci wsparcia człowieka starszego w jego środowisku życia;
- zapewnienie osobie starszej pomocy w rozwiązywaniu problemów;
- ułatwianie człowiekowi starszemu dostępu do instytucji zdrowia, edukacyjnych i kulturalnych;
- pomoc w kontaktach człowieka starszego z urzędami;
- organizowanie czasu wolnego osób starszych;
- zapewnienie ludziom starszym środków ułatwiających mobilność przestrzenną;
- pomoc w przystosowaniu mieszkania do specyficznych potrzeb osoby starszej;
- pomoc w uzyskaniu gwarantowanych świadczeń (np. usług opiekuńczych czy pomocy instytucjonalnej w postaci miejsca w domu pomocy społecznej);
- udzielanie informacji na temat praw osób starszych oraz działań realizowanych na rzecz seniorów.

Sytuacja socjalna seniorów wiąże się z zadaniami zapewnienia tej grupie osób poczucia bezpieczeństwa socjalnego i tzw. zabezpieczenia społecznego. Zabezpieczenie społeczne to całokształt środków i działania instytucji publicznych (państwowych i samorządowych), za pomocą których społeczeństwo stara się zabezpieczyć swoich obywateli przed groźbą braku możliwości zaspokojenia podstawowych społecznie uznanych za ważne potrzeb, następstw wystąpienia w życiu człowieka ryzyka socjalnego. System zabezpieczenia społecznego składa się z następujących elementów (Szatur-Jaworska, Błędowski, Dziegielewska, 2006, s. 268):

- ubezpieczenia społeczne;
- ubezpieczenia osobowe i majątkowe ludności;
- ochrona zdrowia;
- rehabilitacja osób niepełnosprawnych;
- pomoc społeczna;

- uzupełniające świadczenia społeczne.

Jeśli odniesiemy się do bezpieczeństwa społecznego ludzi starych, to mamy na uwadze zapewnienie materialnych podstaw egzystencji oraz zapewnienie starszemu człowiekowi takiej pozycji w środowisku i całej społeczności, która gwarantuje mu zachowanie ważnego miejsca w strukturze społecznej. Przeciętny czas życia ludzkiego ulega wydłużeniu, a wraz z nim zwiększa się liczba osób wymagających opieki długoterminowej i wszelkiego rodzaju świadczeń.

Z punktu widzenia sytuacji socjalnej seniorów można wymienić następujące formy świadczeń społecznych, które odgrywają istotną rolę w zabezpieczeniu warunków bytu (Szatur-Jaworska, Błędowski, Dzięgielewska, 2006, s. 269-283):

- świadczenia finansowe: świadczenia pieniężne, subwencje (np. dopłaty do lekarstw), ulgi (np. ulgowe przejazdy komunikacją miejską, koleją, itp.);
- świadczenia rzeczowe: zaopatrzenie w niezbędne artykuły (np. bezpłatne leki, artykuły spożywcze, sprzęt rehabilitacyjny, sprzęty gospodarstwa domowego);
- usługi społeczne: związane są z edukacją, publiczną służbą zdrowia, pracą socjalną i poradnictwem dla osób starszych, dostępem do placówek kulturalnych i rekreacyjnych;
- świadczenia pielęgnacyjne: związane z długoterminową opieką medyczną, komfortem życia w warunkach odpowiadających potrzebom wynikającym ze stanu zdrowia i poziomu sprawności.

Zapotrzebowanie na wymienione formy świadczeń społecznych odnoszą się do obu krajów i są ściśle związane z wiekiem. W Niemczech wprowadzono np. w życie odrębne systemy ubezpieczenia społecznego, mające na celu finansowanie wyłącznie opieki długoterminowej w domu chorego lub w szpitalu albo odpowiednim zakładzie (zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, zakład opiekuńczo-leczniczy, oddział geriatryczny, dom pomocy społecznej, hospicjum). Zapotrzebowanie na świadczenia pielęgnacyjne w Niemczech jest również związane ściśle z wiekiem osób starszych. W grupie osób do 60 roku życia, odsetek wymagających świadczeń ze społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego wynosi 0,5%, w grupie 60-80 lat wzrasta do 5%, a w grupie osób ponad osiemdziesięcioletnich sięga aż 20%. W Niemczech ogólna liczba objętych świadczeniami sięga około 2% ogółu ludności. W przyszłości należałoby się spodziewać wzrostu tego odsetka zarówno w Niemczech, jak i w Polsce z uwagi na

postępujący proces demograficznego starzenia się społeczeństw (Prinz, 1995; Błądowski, 1998; Szatur-Jaworska, Błądowski, Dzięgielewska, 2006, s. 283-284).

W wyniku przemian demograficznych i starzejącego się społeczeństwa, wrastać będą również potrzeby świadczeń dla osób starszych i pomocy instytucjonalnej. Świadczenia dla osób starszych można podzielić na trzy kategorie (Szatur-Jaworska, Błądowski, Dzięgielewska, 2006, s. 190):

- wsparcie społeczne dla osób starszych bez dolegliwości zdrowotnych;
- świadczenia społeczne dla osób schorowanych w podeszłym wieku;
- opieka długookresowa w instytucji stałego pobytu.

Pierwsze świadczenie pochodzi zwykle z systemu opieki nieformalnej, drugą formą pomocy w wypełnianiu zadań opiekuńczych wobec starszego pokolenia jest wolontariat, opieka długookresowa może być świadczona zarówno w domu danej osoby, jak i w instytucji. W przypadku pracy socjalnej i opieki instytucjonalnej ważna jest koordynacja różnych świadczeń, takich jak: pomoc finansowa, transport, organizacja odpowiednich warunków mieszkaniowych, informacja i kierowanie do właściwych instytucji, rehabilitacja i inne. Pomoc instytucjonalna odnosi się do pomocy udzielanej bezpośrednio w instytucjach, np. domach pomocy społecznej, domach seniora. W Polsce instytucjonalna pomoc społeczna polega jedynie na przeniesieniu osoby starszej z jej dotychczasowego miejsca zamieszkania, domu do instytucji pomocy społecznej.

System pomocy społecznej w Polsce charakteryzuje się tym, że uprawnienia do rozmaitych świadczeń materialnych (finansowych lub rzeczowych) zależne są od tego, czy jednostka lub rodzina nie przekracza określonego poziomu dochodów. Praca socjalna jest natomiast takim świadczeniem, do którego prawo przysługuje wszystkim, niezależnie od poziomu dochodów. Oznacza to, że praca socjalna nakierowana jest nie tylko na najsłabszych, ale praktycznie na całą zbiorowość seniorów, o ile tylko wyrażą chęć korzystania z takich świadczeń (Szatur-Jaworska, Błądowski, Dzięgielewska, 2006, s. 191).

W Polsce zakres świadczeń i dostęp do nich jest stosunkowo ograniczony. Mimo postępującego zaawansowania procesu demograficznego starzenia się ludności, zbyt mało jest placówek przygotowanych do udzielania tego rodzaju usług. Brakuje też kompleksowych regulacji dotyczących finansowania tych świadczeń. Część z nich udzielana jest przez instytucje pomocy społecznej, a część przez służbę zdrowia. Niewątpliwie liczba osób objętych taką formą pomocy jest niedostateczna, a co więcej



od lat wykazuje tendencję spadkową. Brak jest dokładnych danych statystycznych dotyczących pomocy społecznej oraz trudno odnaleźć w literaturze dane dotyczące pomocy społecznej wobec osób starszych. Taka tendencja pozostaje w całkowitej sprzeczności z zapotrzebowaniem społecznym (Szatur-Jaworska, Błędowski, Dzięgielewska, 2006, s. 284-285).

Głównymi profesjonalnymi realizatorami pracy socjalnej z osobami starszymi są pracownicy socjalni. Podejmując pracę z ludźmi starszymi muszą być dobrze przygotowani do pracy z tą grupą, gdyż ma to ogromny wpływ na skuteczność ich pracy oraz zapewnienie dobrostanu seniorów (Szatur-Jaworska, Błędowski, Dzięgielewska, 2006, s. 189).

Praca socjalna z ludźmi starszymi powinna być realizowana według określonych zasad, uwzględniających specyfikę pracy z tą grupą osób (Leszczyńska-Rejchert, 2016, s. 138-140; Kanios, 2018, s. 75-77):

- zasada niedyrektywnego kierowania rozwojem, która wychodzi z założenia, że wspomaganie rozwoju człowieka starszego to działanie o charakterze socjalnym, w których pracownik socjalny powinien pełnić rolę animatora czy organizatora, zachowując podmiotowy charakter wspomagania;
- zasada koncentracji na możliwościach rozwojowych seniora, osoby odpowiedzialne za wspomaganie osób starszych powinny stwarzać warunki do rozwoju potencjału, który ma osoba starsza;
- zasada zróżnicowania oddziaływań wobec ludzi starszych, która oznacza, że nie można tych samych działań kierować do wszystkich osób starszych, ponieważ każdy człowiek starzeje się indywidualnie i rozwija się w innej kulturze, innym środowisku rodzinnym, a zatem działania należy ukierunkowywać, biorąc pod uwagę specyficzne warunki społeczno-kulturowe, w których żyją seniorzy;
- zasada prowadzenia działań opartych na dokładnej diagnozie indywidualnych potrzeb i problemów danej osoby oraz na szczegółowym rozpoznaniu tej sytuacji środowiskowej, działania należy zawsze prowadzić w oparciu o diagnozę w celu rozpoznania możliwości, jakie tkwią w danej osobie, jak też na podstawie rozpoznania problemów, które stwarza środowisko, w jakim dana osoba żyje. Szczególną opieką należy otoczyć osoby samotne, które pozostają w niekorzystnych stosunkach społecznych;

- zasada kształtowania korzystnej sieci wsparcia społecznego wokół seniora, wskazane jest podejmowanie działań w środowisku społecznym, w którym funkcjonuje osoba starsza, aby sprzyjały one budowaniu pozytywnych relacji w środowisku społecznym;
- zasada wspierania nieprofesjonalnych opiekunów osoby starszej, w ramach organizowania systemu wsparcia dla osoby starszej należy wspierać również rodzinę, która może być przemęczona sprawowaniem opieki nad seniorem, żeby nie dopuścić do wyczerpania emocjonalnego i fizycznego członków rodziny;
- zasada wykorzystania sił społecznych seniora i jego środowiska życia, dla jego dobra jak najdłużej wykorzystywać siły społeczne tkwiące w człowieku starszym oraz w środowisku lokalnym;
- zasada ulepszania warunków życia człowieka starszego, w pracy z seniorami uwzględniać te warunki, które można jeszcze ulepszyć w celu umożliwienia pełnego rozwoju i pomyślnego starzenia się seniora;
- zasada uwzględniania w działaniach na rzecz osób starszych dotychczasowych doświadczeń tych osób, w sprawowaniu opieki nad osobą starszą dobrze jest wykorzystywać wcześniejsze doświadczenia tej osoby. Temu celowi może służyć np. wywiad biograficzny. Pomaga on lepiej zrozumieć obecne funkcjonowanie osoby starszej w sferze psychicznej, fizycznej i społecznej;
- zasada prowadzenia działań na rzecz osób starszych w ramach stosunku partnerskiego i przy współdziałaniu osoby starszej, człowiek starszy powinien być jak najdłużej kreatorem własnego życia oraz być odpowiedzialny za jego kształt;
- zasada stosowania działań wspierających osobę starszą, zgodna z ideą pomocy do samopomocy, zasadą pomocniczości oraz celami edukacji gerontologicznej. Nie można wyręczać seniora w zaspokajaniu jego potrzeb, należy jedynie wykonywać to, co konieczne, czyli wspierać, usuwać bariery, stymulować do aktywności, ale zarazem pozostawiając przestrzeń do samodzielnego działania;
- zasada uwzględniania i rozwijania podmiotowości, konieczność indywidualnego traktowania każdej osoby starszej i uwzględniania jej wyjątkowości i niepowtarzalności;
- zasada prowadzenia działań na rzecz seniorów z poszanowaniem godności i zachowaniem ich prawa do samostanowienia, czyli uszanowaniem prawa osób

- starszych do podejmowania decyzji o sobie, ale też preferencji osób starszych i proponowania im takich form pomocy, które dadzą im możliwość wyboru;
- zasada zachowania optymizmu w relacjach z człowiekiem starszym, wytworzenia dobrego nastroju oraz posługiwania się humorem w celu rozwiązywania sytuacji trudnych;
  - zasada prowadzenia działań z seniorami w atmosferze zrozumienia, akceptacji, serdeczności, życzliwości, tolerancji, szacunku i partnerstwa;
  - zasada współpracy z osobami oraz instytucjami działającymi na rzecz najstarszej grupy wiekowej.

### **2.3. Wybrane instytucje opieki gerontologicznej w Polsce i w Niemczech**

Starzenie się ludności stanowi jeden z ważniejszych problemów zarówno polityki państwa niemieckiego, jak i polskiego. Życie ludzkie w ostatnich latach uległo znacznemu wydłużeniu i w konsekwencji Europa jest demograficznie najstarszym kontynentem (Żołędowski, 2017, s. 30). Proces demograficznego starzenia się ludności dotyczy już większości państw europejskich i prowadzi do wielu problemów społecznych, w tym do zapewnienia instytucjonalnych świadczeń socjalnych dla ludzi starych.

Instytucjonalną pomoc społeczną czy instytucje opieki gerontologicznej w Polsce można podzielić na pomoc otwartą, zamkniętą (instytucjonalną) i półotwartą. Prawdłowo organizowana opieka ma opóźniać konieczność umieszczania seniorów w placówkach organizujących pobyty całodobowe, takich jak domy pomocy społecznej, szpitale, hospicja. W ramach instytucjonalnej opieki gerontologicznej jest prowadzona (Szarota, 2004; Talarska, Wieczorkowska-Tobis, 2017, s. 265-266; Frieske, Popławski, 1999, s. 173; Kanios, 2018, s. 67-71):

- opieka długoterminowa w systemie otwartym może być prowadzona w systemie opieki zdrowotnej w domu, świadczenia opiekuńcze realizowane są w ramach pomocy społecznej przez opiekunkę środowiskową (usługi porządkowe, przygotowanie posiłku, podstawowa pielęgnacja), pielęgniarkę lub innego terapeutę, np. rehabilitanta, psychologa (usługi opiekuńcze specjalistyczne) oraz pracownika socjalnego;

- stacjonarne formy opieki długoterminowej, które realizują oddziały dla przewlekle chorych, zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, hospicja;
- zakłady opiekuńczo-lecznicze, przeznaczone dla pacjentów wymagających długotrwałego leczenia i pielęgnacji poza szpitalem, pobyt czasowy, całodobowa opieka lekarska i pielęgnarska;
- zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, gdzie prowadzona jest opieka całodobowa obejmująca świadczenia o charakterze pielęgnacyjnym, opiekuńczym i rehabilitacyjnym dla osób niewymagających leczenia szpitalnego. Celem jest przygotowanie do powrotu tej osoby do środowiska domowego;
- hospicjum, zapewnia całodobową opiekę lekarską i pielęgnarską dla nieuleczalnie chorych w terminalnym okresie życia. Zasadniczym celem tego typu placówki jest poprawa jakości życia chorych i ich rodzin;
- domy pomocy społecznej, gdzie opieka całodobowa jest prowadzona przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny odpowiedzialny za: usługi opiekuńcze, pielęgnację, terapię zajęciową, rehabilitację, psychoterapię, pracę socjalną. Podstawą przyjęcia do DPS są niesprawność i trudna sytuacja socjalna (brak lub ograniczone środki życia i brak wsparcia rodziny);
- opieka otwarta, pomoc realizowana poprzez wsparcie społeczne rodziny, sąsiadów, grup samopomocowych, stowarzyszeń, innych placówek powołanych do tego typu pomocy, m.in. PCK, Caritas, Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie;
- warsztaty terapii zajęciowej, świetlice środowiskowe, dzienne i stacjonarne domy pomocy, dzienne ośrodki pobytu prowadzone przez lokalne organizacje pozarządowe czy stowarzyszenia działające na rzecz osób starych i niepełnosprawnych;
- mieszkania chronione dla seniorów, forma pomocy społecznej przygotowująca pod opieką specjalistów, do prowadzenia samodzielnego życia lub zastępująca pobyt w placówce zapewniającej całodobową opiekę. Powinny one zagwarantować warunki do samodzielnego funkcjonowania w środowisku oraz integrację ze społecznością lokalną;
- kluby seniora, ośrodki życia kulturalnego i towarzyskiego. Podstawowym celem jest tworzenie warunków do zaspokajania różnych potrzeb, przede wszystkim

w zakresie kontaktów towarzyskich, wypoczynku, rozrywki, aktywności oraz rozwoju zainteresowań;

Interesującego podziału placówek i instytucji, gdzie jest prowadzona opieka gerontologiczna i praca socjalna z seniorami w Polsce, dokonała Z. Szarota (2015, s. 54):

**Tabela 9. Miejsce pracy socjalnej z seniorem w Polsce**

Praca socjalna z seniorem		
Senior niezależny		Senior zależny
Środowiskowa	Domowa	Zakładowa
Ośrodek Pomocy Społecznej	Ośrodek Pomocy Społecznej	Ośrodek Pomocy Społecznej
Poradnie	Ośrodki wsparcia dziennego (klub seniora)	Ośrodki wsparcia dziennego (dzienny dom pobytu)
Kluby seniora	Mieszkania wspomagane	Rodzinne domy pomocy
Stowarzyszenia i organizacje społeczne	Sąsiedzkie usługi opiekuńcze	Domy Pomocy Społecznej
Uniwersytety Trzeciego Wieku Akademia Seniora	Usługi opiekuńcze Usługi pielęgnacyjne	Zakłady opiekuńczo-lecznicze Oddziały i szpitale geriatryczne Hospicja

Źródło: Z. Szarota Z., *Praca socjalna z człowiekiem starym: wybrane konteksty*, „Horyzonty Wychowania”, Vol. 14, No. 32/2015, s. 54.

Instytucje pomocy społecznej, takie jak domy pomocy społecznej, domy seniora zostały utworzone w celu zapewnienia należytej całodobowej opieki osobom z różnych względów niezdolnym do prowadzenia samodzielnego życia. Podstawą prawną funkcjonowania tego typu placówek jest ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej oraz rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej. Mieszkańcami domów opieki społecznej są osoby starsze, które wymagają opieki i pomocy, jednocześnie nie mając możliwości zapewnienia tej pomocy w miejscu zamieszkania. Większość mieszkańców podejmując decyzję o przeniesieniu się do domu pomocy społecznej, traktuje tę placówkę jako swoje ostatnie miejsce zamieszkania, w którym może przebywać przez wiele lat możliwości (Szatur-Jaworska, Błędowski, Dzięgielewska, 2006, s. 194; Kanios, 2018, s. 69).

Instytucje pomocy społecznej i opieki nad seniorami w Niemczech charakteryzują się następującymi formami opieki nad osobami starszymi:

- opieki instytucjonalnej w domach seniora i dotyczy usług z zakwaterowaniem, wyżywieniem, opieką nad osobą starszą oraz jej pielęgnowaniem (instytucje odpowiadające polskim domom pomocy społecznej);
- usługi ambulatoryjne, które umożliwiają osobom starszym pozostanie w domu. Opieka nad osobą starszą ma na celu usługi wspierające oraz domową opiekę nieformalną i zdrowotną (realizowana przez opiekunów społecznych lub personel medyczny w zależności od potrzeb osób starszych);
- usługi domowe, które obejmują domową opiekę zdrowotną, poradnictwo dotyczące stylu życia seniora, badań kontrolnych oraz dbałość o higienę, przygotowywanie posiłków, pomoc w pracach domowych, pomoc w załatwianiu spraw urzędowych.

Podział placówek i instytucji, gdzie jest prowadzona opieka gerontologiczna i praca socjalna z seniorami w Niemczech, prezentuję poniżej:

**Tabela 10. Miejsce pracy socjalnej z seniorem w Niemczech**

<b>Praca socjalna z seniorem</b>		
Opieka domowa	Usługi ambulatoryjne	Opieka instytucjonalna
Domowa opieka zdrowotna	Usługi opiekuńcze Usługi pielęgnacyjne	Dom Seniora
Poradnictwo	Wsparcie w opiece domowej	Instytucje odpowiadające polskim Domom Pomocy Społecznej
Badania i dbałość o higienę	Wsparcie w opiece zdrowotnej	Hospicja
Przygotowywanie posiłków Pomoc w pracach domowych Pomoc w załatwianiu spraw urzędowych	Realizacja potrzeb seniora	Placówki opiekuńcze: „Betreutes Wohnen”

Źródło: Opracowanie własne na podstawie D. Seib, *Nationaler Bericht der Bundesrepublik Deutschland*, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bonn 2016.

Pomoc społeczna i opieka dla osób starszych oferowane w Niemczech mogą być realizowane najogólniej w trzech podstawowych formach:

- otwartej (ambulatoryjnej), obejmującej ogólną opiekę zdrowotną i socjalną w miejscu zamieszkania;
- półotwartej (półstacjonarnej), realizowanej w placówkach przez określony czas;
- stacjonarnej (zakładowej, zamkniętej, instytucjonalnej), organizowanej w placówkach dla osób, które nie mają zapewnionej opieki ze strony rodziny.

Dla podniesienia poziomu życia mieszkańców domów pomocy społecznej i jakości opieki nad nimi duże znaczenie mają postanowienia Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 września 2000 r. w sprawie domów pomocy społecznej. Określone zostały w nim standardy, jakie powinny być spełnione w celu zagwarantowania mieszkańcom dobrych warunków życia (DZ.U., 2001, nr 82, poz. 929).

Domy pomocy społecznej pełnią przede wszystkim funkcję opiekuńczo-socjalną, a więc zapewniają działania wspomagające, polegające na (Szatur-Jaworska, Błądowski, Dziegielewska, 2006, s. 195):

- umożliwieniu udziału w terapii zajęciowej;
- podnoszeniu sprawności i aktywizowaniu mieszkańców;
- umożliwieniu zaspokojenia potrzeb religijnych i kulturalnych;
- zapewnieniu warunków do rozwoju samorządności mieszkańców;
- stymulowaniu nawiązywania, utrzymywania i rozwijania kontaktu z rodziną i środowiskiem;
- działaniu zmierzającym do usamodzielnienia mieszkańca, w miarę jego możliwości;
- pomocy usamodzielniającemu się mieszkańcowi w umożliwieniu podjęcia pracy, szczególnie mającej charakter terapeutyczny;
- zapewnieniu bezpiecznego przechowywania środków pieniężnych i przedmiotów wartościowych;
- pokryciu, w miarę możliwości, mieszkańcowi nieposiadającego własnego dochodu, wydatków na niezbędne przedmioty osobistego użytku;
- zapewnieniu przestrzegania praw mieszkańców oraz dostępności do informacji o tych prawach;
- sprawnym załatwianiu skarg i wniosków mieszkańców.

Praca socjalna w środowisku mieszkańców domów pomocy społecznej charakteryzuje się niemal ciągłym kontaktem ze świadczeniobiorcą. Z tego powodu konieczne jest zatrudnienie odpowiedniej liczby wykwalifikowanych pracowników socjalnych. Zgodnie ze stanowiskiem Ministerstwa Pracy i Polityki społecznej, na stu mieszkańców domu pomocy społecznej powinno być zatrudnionych w pełnym wymiarze czasu pracy nie mniej niż dwóch pracowników socjalnych, jeden psycholog i jeden pracownik kulturalno-oświatowy (Szatur-Jaworska, Błędowski, Dzięgielewska, 2006, s. 195).

Działania wobec mieszkańców domów opieki społecznej mają na celu integrację mieszkańców ze środowiskiem, w którym dom się znajduje. Kontakty z otoczeniem i współpraca z innymi placówkami pomocy społecznej (ośrodki wsparcia, dzienne domy pobytu) oraz placówkami edukacyjnymi i kulturalnymi z jednej strony ułatwia młodszym pokoleniom przygotowanie do starości i poszukiwanie społecznej akceptacji dla takiej struktury wydatków społecznych, w której część wydatków przeznaczana jest na placówki opiekuńcze, domy pomocy społecznej i świadczenia dla słabszych społecznie i ekonomicznie środowisk, a z drugiej stwarza możliwości wykorzystania dostępnego w domu pomocy społecznej kapitału ludzkiego. Warto pamiętać, że także mieszkańcy tych domów dysponują wiedzą, doświadczeniem i wolą działania przydatnymi dla ich otoczenia (Szatur-Jaworska, Błędowski, Dzięgielewska, 2006, s. 196).



### **Rozdział 3. Jakość życia seniorów w literaturze naukowej**

Jakość życia seniorów z uwagi na subiektywną ocenę stopnia zadowolenia z życia wzbudza zainteresowanie coraz większej grupy badaczy w wielu dziedzinach naukowych. Postępujące zjawisko starzenia się ludności całego świata, do których należy również Polska wymaga diagnozy i badań jakości życia tej grupy społecznej oraz podjęcia wieloaspektowych analiz procesu starzenia się i starości. Z omawianym zjawiskiem związana jest potrzeba dotycząca podjęcia działań w zakresie dobrego zdrowia, samodzielnego funkcjonowania lub funkcjonowania w zakresie z zapewnienia właściwej opieki medycznej i psychologicznej.

Na gruncie tych przemian gerontologia okazała się jedną z pierwszych dziedzin, która dąży do osiągnięcia satysfakcji i dobrostanu w tym okresie życia człowieka.

Z perspektywy gerontologicznej jakość życia odnosi się do osób starszych i jest ściśle związana z ich stanem zdrowia, dobrym życiem, dobrostanem psychicznym, przyjemnym życiem, satysfakcją z życia, poczuciem szczęścia. Z takim rozumieniem jakości życia osób starszych wiążą się różne ujęcia koncepcyjne oceny jakości życia i proponowane przez wielu badaczy modele traktujące o jakości życia. W niniejszym rozdziale przedstawiam więc nie tylko sposoby definiowania jakości życia, ale w obszernym kontekście ukazuję teoretyczne podstawy jakości życia seniorów wyrażane wieloaspektowo w prezentowanych koncepcjach i modelach, które są potwierdzone w badaniach wielu gerontologów obiektywizujących wskaźniki funkcjonowania i określenia jakości życia tej grupy społecznej.

Aktualna wiedza z zakresu gerontologii społecznej może zatem umożliwić zrozumienie czynników warunkujących jakość życia seniorów, ale również przyczynić się do poszukiwań rozwiązań w celu polepszenia ogólnego standardu życia i pozycji osób starszych, w tym instytucjonalnych rozwiązań wobec ludzi starych. Systemy te są w stanie dostarczyć osobie starszej wszechstronnego wsparcia i opieki w każdym wymiarze jej życia.

### 3.1. Jakość życia – ujęcia terminologiczne

Rozważania na temat jakości życia stały się obiektem analiz naukowych i zainteresowań wielu badaczy w kontekście ich użycia oraz celu prowadzonych badań. Wynika to z jednej strony z interdyscyplinarnego charakteru podejmowanej tematyki, z drugiej zaś z wystąpieniem nowych wyzwań społecznych i zmian struktury wiekowej społeczeństw. Mimo, iż w literaturze naukowej odnajdujemy wiele definicji związanych najczęściej z takimi kategoriami, jak styl życia, poczucie dobrostanu, zadowolenia z warunków oraz możliwości zaspokajania najistotniejszych życiowych potrzeb seniorów, dotychczas nie opracowano jednej, przyjętej przez wszystkich bez zastrzeżeń definicji jakości życia. Jakość życia seniorów jest więc definiowana wieloznacznie i zależy w głównej mierze od perspektywy podmiotu podejmującego problem.

W tym kontekście w literaturze odnajdujemy klasyfikację różnych ujęć jakości życia: utworzonych na gruncie nauk psychologicznych, filozoficznych, socjologicznych, pedagogicznych, w tym gerontologii społecznej, wyznaczających kierunki polityki społecznej oraz ujęcia powstałe na gruncie nauk medycznych, które wyznaczają z kolei kierunek oceny stanu zdrowia człowieka starszego. Wskazuje się ponadto na szerokie i wąskie podejście teoretyczne do jakości życia, jak i na jakość życia w sensie subiektywnym lub obiektywnym, uwzględniając przy tym podejścia łączące jakość życia z systemem wartości danej jednostki lub z systemem wartości obowiązującym w danej społeczności.

#### *Wąskie i szerokie rozumienie jakości życia seniorów*

Wąskie rozumienie pojęcia jakości życia definiuje E. Allardt, który dokonuje przeciwstawienia dwóch par pojęć, jakimi są: dobrobyt i szczęście oraz poziom życia i jakość życia. Pierwsza z nich ma charakter obiektywny i odnosi się do stopnia zaspokojenia potrzeb. Postrzega on natomiast szczęście jako poczucie subiektywne. Poziom życia wiąże się z realizacją potrzeb materialnych w ramach sformalizowanych układów społecznych, a jakość życia z potrzebami, które nie mogą być zaspokojone dobrami materialnymi (Wnuk i in., 2013, s. 11).

Wskazując na szerokie podejście do problematyki jakości życia, warto odnieść się do nowego spojrzenia na definicję jakości życia, którą stworzyła Światowa Organizacja Zdrowia (WHO). W tym rozumieniu problematyka jakości życia odnosi się do własnej

sytuacji życiowej i jest postrzegana w kontekście uwarunkowań kulturowych, systemu wartości oraz związku ze swoimi celami, normami i zainteresowaniami. Jest to szeroka definicja kompleksowego oceniania przez jednostkę jej zdrowia fizycznego, stanu psychicznego, poziomu niezależności, społecznych relacji i relacji ze środowiskiem (World Health Organization, 2019). Polski badacz N. G. Pikuła to szerokie ujęcie jakości życia określa jako całościową ocenę zdrowia fizycznego, stanu emocjonalnego, samodzielności w życiu, stopnia niezależności od otoczenia, relacji z ludźmi wraz z wierzeniami i przekonaniami jednostki. Zagadnienie jakości życia jednostki rozpatruje w kontekście funkcjonowania człowieka w różnych obszarach jego życia, które bezpośrednio i pośrednio wpływają na jego egzystencję. Do głównych w tej grupie zalicza: dobrostan fizyczny, materialny, społeczny, emocjonalny, duchowy, zadowolenie z własnej przydatności, a także: bezpieczeństwo społeczne, zdrowie, czas wolny, naturalne środowisko człowieka, itd. Pojęcie jakości życia w sensie subiektywnym ma bezpośredni związek ze sferą psychiczną człowieka, a więc systemem wartości przyjętym przez człowieka, jego aspiracjami, oczekiwaniami, a także wymaganiami grup społecznych, z którymi współdziała. Jest także pojęciem, które zalicza się do tzw. kategorii dynamicznej (na przestrzeni czasu i miejsca może ona ulegać zmianom). Warto zaznaczyć, że warunki subiektywne mają decydujący wpływ na omawianą jakość życia człowieka. Zasadniczą rolę odgrywają tutaj poczucie szczęścia, nadzieje, obawy i lęk (Pikuła, 2016, s. 28-29).

Dokonując analizy pojęcia jakości życia w szerokim jej rozumieniu, można dostrzec, że wskazuje się na wszystkie aspekty egzystencji człowieka i ocenę własnej sytuacji życiowej, dokonanej w określonym czasie i uwzględniającą przyjętą hierarchię wartości lub też różnicę pomiędzy realną sytuacją człowieka a sytuacją przez niego wymarzoną (de Walden-Gałuszko, 1993).

#### *Jakość życia w perspektywie nauk psychologicznych, pedagogicznych, filozoficznych i socjologicznych*

W perspektywie nauk psychologicznych jakość życia bywa określana jako zaspokojenie potrzeb typu egzystencjalnego, bezpieczeństwa i kontaktu społecznego. Jakość życia w takim rozumieniu jest pojęciem w znacznym stopniu normatywnym, związanym z przyjętymi systemami wartości, aspiracjami i oczekiwaniami jednostek oraz grup społecznych. Stanowi ponadto kategorię dynamiczną, zmieniającą się w czasie i przestrzeni lub oznacza poczucie satysfakcji jednostek bądź grup społecznych

wynikające ze świadomości zaspokojenia własnych potrzeb, takich jak: potrzeba samorealizacji, potrzeby emocjonalne i społeczne oraz możliwość osiągnięcia pełnego rozwoju jednostkowego i społecznego (Zych, 2001).

W innym ujęciu psychologicznym jakość życia najczęściej jest rozumiana w dwojaki sposób: jako odczuwanie własnego życia oraz poznawanie go, tj. jako refleksja nad przebiegiem, bilansem i aktualnym stanem własnego życia oraz jako odczuwanie własnego życia poprzez przeżywanie go, tj. doświadczanie różnych stanów subiektywnych (Maslow, 1986). Niewątpliwie w tym rozumieniu pojęcie jakości życia seniorów sprowadza się zazwyczaj do poczucia zadowolenia (dobrostanu) i szczęśliwości.

Jakość życia w perspektywie nauk pedagogicznych najczęściej odnosi się do hierarchii wartości, celów i aspiracji życiowych jednostek lub grup społecznych w różnym wieku (Zych, 2001).

Pojęcie jakości życia w ujęciu pedagogicznym, w tym w szczególności w odniesieniu do gerontologii społecznej i osób starszych, związane jest głównie z jej dobrostanem jako wskaźnikiem jakości życia, jej aktywnością skorelowaną z oceną tej jakości oraz jej własnymi potrzebami i oczekiwaniami (Fabiś, Wawrzyniak, Chabior, 2019, s. 115). Istotne znaczenie w rozumieniu tej definicji mają takie determinanty funkcjonowania, jak: zdrowie (poziom sprawności psychofizycznej), kontakty społeczne i uczestnictwo w życiu społecznym (możliwość pracy i działalności społecznej, realizacji ról), posiadanie rodziny i relacje z nią (poziom samotności i osamotnienia), możliwości realizacji własnych zamierzeń i planów życiowych, autonomia, możliwości autokreacji i rozwoju (rozwój zainteresowań, pasje, edukacja).

W definiowaniu jakości życia z perspektywy filozoficznej wskazuje się na trzy orientacje (Kustra, 2012, s. 282):

- hedonistyczną, najwyższe dobro dla ludzi odnoszące się do pewnych przeżyć;
- preferowanie satysfakcji, dobre życie jest utożsamiane z satysfakcją, zadowoleniem z życia;
- ideał, dążenie do realizacji określonych ideałów.

W ujęciu socjologicznym jakość życia rozpatrujemy w kontekście jej wyznaczników, takich jak: normy społeczne, system wartości i zasady życia społecznego. W ujęciu ekonomicznym mamy do czynienia z wymiernym indeksem cech i wskaźników jakości życia, przyjmując za punkt odniesienia: koszyk dóbr i usług,

minimum socjalne, poziom konsumpcji, zakres potrzeb podstawowych czy też świadczenia socjalne. W ujęciu systemowym jakość życia należy badać, uwzględniając podsystemy: poznawczy, dążeńowy, motywacyjny i psychospołeczny (Zych, 2001).

### *Obiektywne i subiektywne ujęcie jakości życia*

W literaturze można spotkać określenia "jakość życia" oraz "poczucie jakości życia". Jakość życia odnosi się do obiektywnego wymiaru, a więc punktem wyjścia są zewnętrzne warunki, obiektywna rzeczywistość osoby będąca źródłem bodźców i doświadczeń. Natomiast poczucie jakości życia jest związane z subiektywnym ustosunkowaniem się do rzeczywistości, oceną kształtowaną przez emocje i uczucia w subiektywnym wymiarze (Kustra, 2012, s. 279).

W odniesieniu do definicji określających jakość życia w sposób obiektywny, posługujemy się z góry założonymi i jednakowymi dla wszystkich kryteriami, takimi jak zespół warunków życia człowieka, obiektywne atrybuty świata przyrody, przedmiotów i kultury, obiektywnie oceniane atrybuty człowieka związane z poziomem życia i pozycją społeczną, a także właściwym funkcjonowaniem jego organizmu (Brzezińska, Stolarska, Zielińska, 2001, s. 103).

Satysfakcja z życia najczęściej jest rozumiana jako odczuwanie własnego życia przez poznawanie go, tj. jako refleksja nad przebiegiem, bilansem i aktualnym stanem własnego życia oraz jako odczuwanie własnego życia przez przeżywanie go (Maslow, 1986). Wiąże się ona z refleksyjną oceną życia i odzwierciedleniem spostrzeganej przez osobę rozbieżności między jej osiągnięciami a potrzebami i oczekiwaniami w takich obszarach jednostki, jak: zdrowie, praca, relacje z rodziną, relacje z przyjaciółmi i innymi ludźmi, standardu życia. U poszczególnych osób wskaźnik satysfakcji z życia ma charakter względnie stabilny w okresie życia dorosłego, natomiast w okresie późnej starości obniża się (Bowling, 2005). Przyczyniają się do tego zmniejszenie sprawności fizycznej i psychicznej, pogorszenie się stanu zdrowia, negatywne zdarzenia życiowe. Jakość życia będzie zatem u poszczególnych osób inna i zależna od warunków społecznych i socjalnych, a także będzie odzwierciedlała refleksyjną ocenę własnego życia i stopień zadowolenia z życia jako całości i poszczególnych sfer (Campbell i in., 1976). Wiele definicji wskazuje na to, że obiektywne kryteria nie dają pełnego obrazu jakości życia. Aby określić jakość życia, trzeba poznać stosunek badanej osoby do własnej sytuacji.

W szczególności na rzeczywistość osoby starszej trzeba spojrzeć z jej perspektywy, zapoznać się z jej odbiorem sytuacji, subiektywnym poczuciem harmonii bądź dysharmonii między własnymi potrzebami a zasobami tkwiącymi w otoczeniu. Jakość życia rozpatrywana w wymiarze subiektywnym może odnosić się do wewnętrznych procesów wartościowania różnych sfer życia i życia jako całości przez seniorów. Może zależeć też od struktury potrzeb, systemu wartości danego człowieka oraz jego indywidualnego pojmowania sensu życia (Kustra, 2012, s. 278).

Pojmowanie jakości życia jako zespołu przeżyć psychicznych uświadamianych przez daną jednostkę oznacza w takim rozumieniu subiektywne poczucie i wewnętrzne przeżycie jednostki, którego egzemplifikację stanowią poczucie szczęścia lub nieszczęścia, komfortu lub dyskomfortu, zadowolenia czy niezadowolenia z życia, poczucie oswojenia z życiem i światem zewnętrznym i wewnętrznym. Poziom jakości życia wynika z przekonania jednostki o aktualizowaniu swoich możliwości, o własnym rozwoju, a także o realizowaniu przez jednostkę uznanych przez nią wartości oraz o zaspokojeniu potrzeb o charakterze psychicznym i społecznym (Kustra, 2012, s. 279).

Niepowodzenia w próbach jednolitego zdefiniowania jakości życia wynikają właśnie z funkcjonowania wielu terminów pokrewnych, jak: subiektywny lub emocjonalny dobrostan – subjective well-being; satysfakcja z życia – life satisfaction; poczucie szczęścia – heppines. Subiektywny dobrostan jest odzwierciedleniem oceny środowiska, w którym osoba przebywa, jej aspiracji i dążeń, porównań z innymi osobami oraz cech osobowościowych sprzyjających poczuciu zadowolenia i szczęścia (Bowling, 2005; Diener i in., 2002).

Pojęcie jakości życia oraz pojęcie poczucia jakości życia są zatem rozumiane wieloznacznie. Jak wskazują powyższe definicje, można je traktować obiektywnie lub subiektywnie. Ten wielowymiarowy kontekst definicji jakości życia dąży jednak w każdym jej rozumieniu do określonego standardu życia człowieka starszego, jego dobrostanu psychicznego, życia dobrego i przyjemnego, satysfakcji z własnego życia i użyteczności życia. Pozytywny aspekt jakości życia warunkują również społeczne relacje i miejsce osoby starszej w środowisku społecznym jego życia. Zaczęto dostrzegać ponadto, że dobra jakość życia ludzi starszych może być odpowiednio wspierana przez działania polityki społecznej i placówki środowiskowe.

### 3.2. Przegląd koncepcji i modeli jakości życia seniorów

Poszczególne koncepcje i modele jakości życia osób starszych, proponowane przez różnych badaczy w literaturze przedmiotu, ukazują różne zakresy rozumienia kategorii jakości życia osób starszych. Wydłużanie się ludzkiego życia sprawia, że grupa osób starszych pragnie odczuwać wysoki poziom jakości życia, a więc dobrostan fizyczny, psychiczny i emocjonalny.

Wiele koncepcji i modeli jakości życia odwołuje się do uwarunkowań zależnych od dotychczasowego życia i doświadczeń jednostki oraz wskazuje na następujące czynniki: sprawność fizyczna, emocjonalność, radzenie sobie na płaszczyźnie społecznej i intelektualnej, zadowolenie z życia, odpowiedni status ekonomiczny, witalność, pasja oraz umiejętność zarządzania czasem wolnym (Pikuła, 2016, s. 30).

W gerontologii społecznej odnajdujemy odwołanie się do koncepcji jakości życia, które obejmują różne aspekty sytuacji osoby starszej. Najczęściej w literaturze wskazuje się w tym rozumieniu na następujące rodzaje koncepcji (Tobiasz-Adamczyk, 2000, s. 70; Kustra, 2012, s. 280):

- koncepcje funkcjonalne rozpatrujące jakość życia w kategoriach pełnionych ról społecznych;
- koncepcja niepełnosprawności jako wielowymiarowej dewiacji i związanej z nią stygmatyzacji;
- symboliczne znaczenie starości;
- koncepcje funkcjonujące w danej kulturze, społeczeństwie, grupach społecznych;
- koncepcja *life events*, tj. stresującego wydarzenia życiowego lub wielu stresujących wydarzeń składających się na ten okres życia, adaptacja i strategie radzenia sobie z tą trudną sytuacją w wymiarze mikro i makro;
- koncepcja nierówności społecznych będących następstwem dyskryminacji ze względu na podeszły wiek;
- mechanizmy wycofywania się, utrata niezależności i kontroli nad własnymi decyzjami, co w konsekwencji prowadzi do zależności od innych w wymiarze międzyludzkim i instytucjonalnym;
- traktowanie osób starszych wiekiem jako grupy mniejszościowej;
- postawy społeczne wobec starości, ludzi starych ogółem lub specjalnych subgrup, np. przewlekle chorzy lub niepełnosprawni starsi wiekiem;

- rola mass mediów w kształtowaniu wizerunku starości, miejsca i roli osób starszych;
- samoocena starości w percepcji osób starszych, ich otoczenia, młodszych grup wiekowych.

Rozpatrując wielowymiarowe rodzaje koncepcji jakości życia, wskazuje się w literaturze najczęściej na (Tobiasz-Adamczyk, 2000, s. 75):

- warunki fizyczne, na które składają się naturalny proces starzenia się, choroby przewlekłe, niepełnosprawność;
- kondycję psychiczną, zdolność kontrolowania swoich zachowań, panowania nad zachowaniami, orientację w czasie i przestrzeni, stany depresyjne;
- aktywność społeczną, satysfakcję z życia rodzinnego, kontynuowanie pracy zawodowej, prowadzenie domu, kontakty z dziećmi, wnukami, prawnukami, pozycję osoby starszej wiekiem w szerszym środowisku, satysfakcję z kontaktów ze środowiskiem;
- stan finansowy, zabezpieczenie emerytalno-rentowe, dochody, wydatki, stopień, w jakim warunki finansowe pozwalają na zaspokojenie odczuwanych potrzeb;
- aspekt strukturalny, wskazujący na pozycję osoby starszej wiekiem w społeczeństwie, udział w życiu społecznym, relacje międzygeneracyjne, kontakty z autorytetami publicznymi, satysfakcja z zajmowanej pozycji społecznej.

Wielu naukowców podkreśla, że jakość życia człowieka w znacznej mierze zależy od przyjętej filozofii życia, hierarchii wartości oraz oczekiwań i pragnień wobec własnego życia (Bańka, 2005, s. 11-78). Teoria E. H. Eriksona podkreśla, iż jednostka w ostatniej fazie życia staje przed koniecznością sprostaną walce o własną integralność, o nową jakość życia, poprzez akceptację czegoś, co musiało się dokonać (Gaweł-Luty, 2017, s. 5-7).

Zaproponowana koncepcja jakości życia przez J. C. Flanagan zawiera natomiast uwarunkowania jakości życia związane z rozwojem osobistym człowieka, relacjami z innymi ludźmi, zdrowiem, działalnością społeczną, czy też udziałem w życiu towarzyskim i zajęciach rekreacyjnych. Zgodnie z jego koncepcją osobista ocena jakości życia jest uwarunkowana tym, jakie znaczenie dla jednostki ma określona dziedzina życia i jakie zadowolenie odczuwa ona na tej właśnie płaszczyźnie. Im mniejsza ranga danej dziedziny dla jednostki, tym słabszy jej wpływ na ogólną



ocenę jakości życia. Całkowita ocena jakości życia nie zależy od każdej z tych dziedzin z osobna, ale od nich wszystkich razem (Flanagan, 1978).

Jakość życia osób starszych należy więc według A. A. Zycha (2013, s. 24) rozumieć i rozpatrywać w trzech wymiarach: jako zaspokojanie potrzeb typu egzystencjalnego (mieć), zaspokojenie potrzeb bezpieczeństwa (być) i zaspokojenie potrzeb kontaktu społecznego (kochać). Tak pojmowana jakość życia oznacza zatem to wszystko, co składa się na zdolność prowadzenia normalnego życia, osiągnięcia poczucia bezpieczeństwa i własnej wartości oraz możliwość wykorzystania zdolności intelektualnych i psychofizycznych w dążeniu do realizacji celów osobistych, a także szansę samourzeczywistnienia.

Z. Szarota (2010, s. 78) podkreśla znaczenie zdarzeń krytycznych w ciągu życia człowieka oraz respektowanie praw mu przynależnych. Wśród czynników dotyczących wymiarów jakości życia człowieka, w jej modelu jakości życia znaczenie zyskują: poziom systemowego zabezpieczenia zdrowotnego i socjalnego, wsparcie emocjonalne, ogólny standard życia oraz pozycja człowieka w społeczeństwie. Autorka podkreśla ponadto znaczenie obszarów jakości życia, którym należałoby poświęcić uwagę (Szarota, 2010, s. 141; Fabiś, Wawrzyniak, Chabior, 2019, s. 116):

- biologiczny: dbałość o higienę, zdrowie i odżywianie, szczepienia ochronne, aktywność fizyczna, rekreacja;
- psychiczny: samopoznanie, zdrowy egoizm, pozytywne myślenie, zrozumienie i zaakceptowanie starości;
- intelektualny: pielęgnowanie zainteresowań, aktywność poznawcza, twórcze podejście do codzienności;
- społeczny: niestereotypowe podejście do rzeczywistości, aktywność społeczna, utrzymywanie pozytywnych relacji z najbliższymi, podejmowanie nowych ról społecznych;
- ekonomiczny: gromadzenie oszczędności, racjonalne prowadzenie gospodarstwa domowego, zapewnienie sobie godnych warunków egzystencji.

W gerontologii społecznej koncepcje i modele jakości życia rozpatruje się przede wszystkim w kategoriach dobrego życia, uwarunkowanego stopniem niezależności w funkcjonowaniu fizycznym, emocjonalnym i społecznym (Farquhar, 1995, s. 24).

Podkreśla to E. Allard, który opowiadając się za wielowymiarowością analizy jakości życia wprowadził dwa konieczne rozróżnienia (Allard, 1976):

- dobrobyt i szczęście: poziom dobrobytu jest definiowany przez stopień zaspokojenia potrzeb (mierniki obiektywne). Szczęście odnosi się do subiektywnych ocen i doświadczeń. Dobrobyt można szacować na podstawie posiadanych dóbr, podejmowanych zachowań i relacji społecznych, natomiast szczęście można mierzyć poprzez analizowanie opinii i uczuć.
- poziom życia i jakość życia: poziom życia odnosi się do potrzeb, stopień zaspokojenia których jest definiowany przez zasoby materialne i nieosobowe. Jakość życia jest rozumiana jako satysfakcja z kontaktów międzyludzkich oraz samorealizacji, definiowana poprzez relacje do innych, społeczeństwa oraz samego siebie.

Wskazuje na to już jedna z pierwszych koncepcji autorstwa N. C. Dalkeya i D. L. Rourke'a sformułowana w 1972 roku, według której na jakość życia składa się satysfakcja z życia i poczucie szczęścia (Dalkey, Rourke, 1972; Pikuła, 2016).

Podobne rozumienie przyjmuje J. Halicki (2010, s. 23), który również zwraca uwagę na zadowolenie z życia oraz odczuwaną satysfakcję życiową. Traktuje się tą koncepcję jako zwiastun pomyślnego starzenia się, a więc można przyjąć, że satysfakcja życiowa stanowi jej komponent. Oznacza to, że jej odczuwanie powinno wystąpić przed subiektywnie odczuwanym wejściem w fazę starości, by móc oceniać starzenie się w kategoriach pomyślnie przebiegającego procesu. Satysfakcja życiowa stanowi więc element pomyślnego starzenia się. J. Halicki (2010) na podstawie doświadczeń empirycznych różnych badaczy formułuje kryteria odczuwania pomyślnego starzenia się w jakości życia: zdrowie fizyczne i funkcjonowanie, sprawność psychiczna i poznawcza, psychiczne samopoczucie i satysfakcja życiowa, relacje społeczne, wsparcie, aktywność i produktywność, zasoby psychiczne, rozwój osobisty, poczucie celu, samoakceptacja, radzenie sobie, poczucie humoru, styl życia, otoczenie sąsiedzkie, warunki i zabezpieczenie finansowe.

Na tym gruncie należy przyjąć, że pojęcie to według wielu autorów jest uwarunkowane stanem zdrowia i funkcjonuje w trzech wymiarach: jakości życia zależnej od zdrowia, jakości życia związanej ze stanem zdrowia oraz jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia. Każdy sposób konceptualizacji jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia powinien odnosić się do trzech obszarów: uczuć,

funkcjonowania oraz przyszłości. Obszar uczuć dotyczy subiektywnego poczucia dobrostanu jednostki we wszystkich sferach życia. Obszar funkcjonowania ma związek z aktywnością fizyczną, poznawczą i interpersonalną podmiotu. Natomiast obszar przyszłości skupia się na prognozowaniu zmian, jakie mogą zajść w pozostałych dwóch obszarach (Pikuła, 2013, s. 93; Pikuła, 2016, s. 30; Dziurawicz-Kozłowska, 2002; Wnuk i in., 2013, s. 15).

Ciekawy holistyczny model jakości życia osób starszych ukazuje N. G. Pikuła (2016, s. 32), który formułuje istotne zakresy i kategorie jakości życia najstarszej generacji:

**Tabela 11. Kategorie umożliwiające oszacowanie jakości życia**

Osobista autonomia	Prawo wyboru, podejmowanie decyzji, kontrola, prywatność.
Wyrażona satysfakcja	Satysfakcja życiowa, psychologiczny dobrostan, pozytywny wizerunek siebie.
Fizyczne i psychiczne samopoczucie	Zdrowie fizyczne i psychiczne, niepełnosprawność, zależność.
Status socjoekonomiczny	Dochody, zawód, stan cywilny, standard życia.
Jakość środowiskowa	Ciepło, komfort, bezpieczeństwo, przestrzeń psychologiczna.
Zamierzona aktywność	Czynność dnia codziennego, praca, rekreacja, zainteresowania.
Integracja socjalna	Zabezpieczenie socjalne, relacje rodzinne, role socjalne, poczucie obywatelskie.

Źródło: N. G. Pikuła, *Poczucie sensu życia osób starszych. Inspiracje do edukacji w starości*. Oficyna Wydawnicza "Impuls", Kraków 2016, s. 32.

Powyższy model jakości życia koncentruje się według autora na obszarach życia osób starszych, które są związane z jakością życia w środowisku, stabilnością

ekonomiczną, dobrostanem psychologicznym, zdrowiem, wzrostem osobniczym, satysfakcją z życia, rodziną (Pikuła, 2016, s. 32; Seed, Liloyd, 1997).

Współcześnie coraz częściej podejmowane są próby łączące zarówno obiektywne jak i subiektywne aspekty jakości życia. Wówczas analizie poddawane są zarówno zasoby pozostające w dyspozycji jednostki, jak i jej odczucia. Taki koncepcyjny Model Dobrego Życia prezentuje Amerykański psycholog i gerontolog P. Lawton. Autor identyfikuje różne obszary jakości życia uwzględniające jej wymiar obiektywny i subiektywny. Na jakość życia składają się według niego cztery wzajemnie oddziaływujące na siebie obszary: kompetencje behawioralne, obiektywne środowisko, psychologiczny dobrostan i postrzegana jakość życia. Jakość życia człowieka zależy zatem od stopnia zaspokojenia potrzeb w takich dziedzinach życia jak małżeństwo, życie rodzinne, zdrowie, sąsiedzi, znajomi, zajęcia domowe, praca zawodowa, życie w danym kraju, miejsce zamieszkania, czas wolny, warunki mieszkaniowe, wykształcenie i standard życia (Jaracz, Wołowicka, 2000, s. 33).

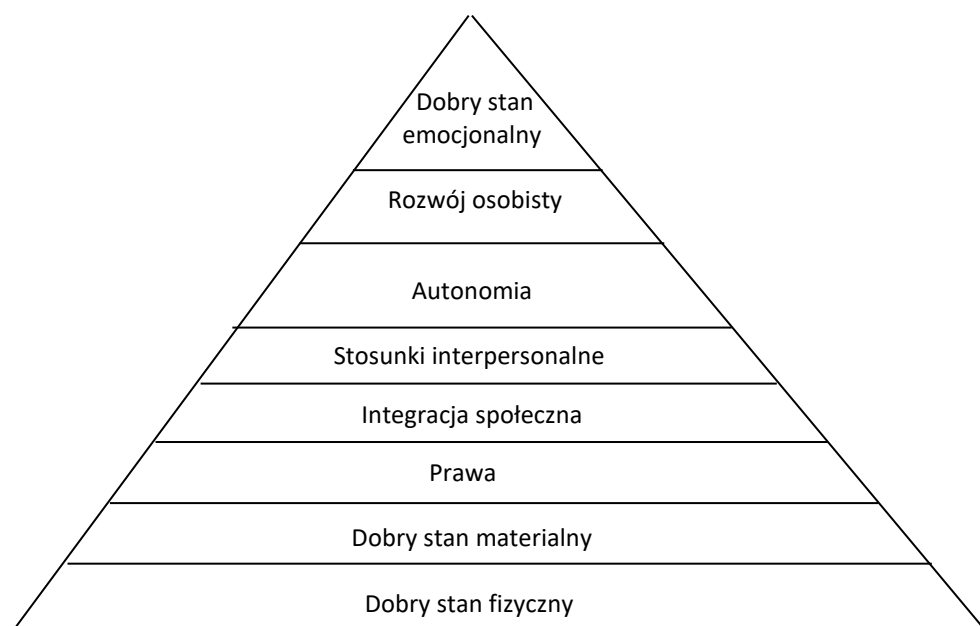
R. L. Schalock proponuje trójczłonowy model jakości życia, który ujmuje jako subiektywny fenomen oparty na spostrzeganiu różnych wymiarów doświadczeń życiowych, włączając jednocześnie obiektywne warunki życia oraz spostrzeganie osób znaczących. Czynniki jakości życia w tej koncepcji są:

- życie domowe i społeczne;
- zajęcia (kompetencje);
- funkcjonowanie zdrowotne.

Wymienione czynniki odnoszą się do trzech kategorii: obiektywnej, subiektywnej i obiektywno-subiektywnej. Spowodowane jest to tym, że jakość życia nie może być traktowana jako zmienna mieszcząca się tylko w ramach jednej kategorii.

Prezentowany model jakości życia przedstawia poniższy schemat, którego centralnym punktem jest odczuwana (spozstrzegana) jakość życia uwarunkowana satysfakcją z mieszczących się na wierzchołkach czynników (Schalock, 2000; Smoleń, Sękowski, 2008):

## Schemat 2. Model jakości życia według R. L. Schalocka



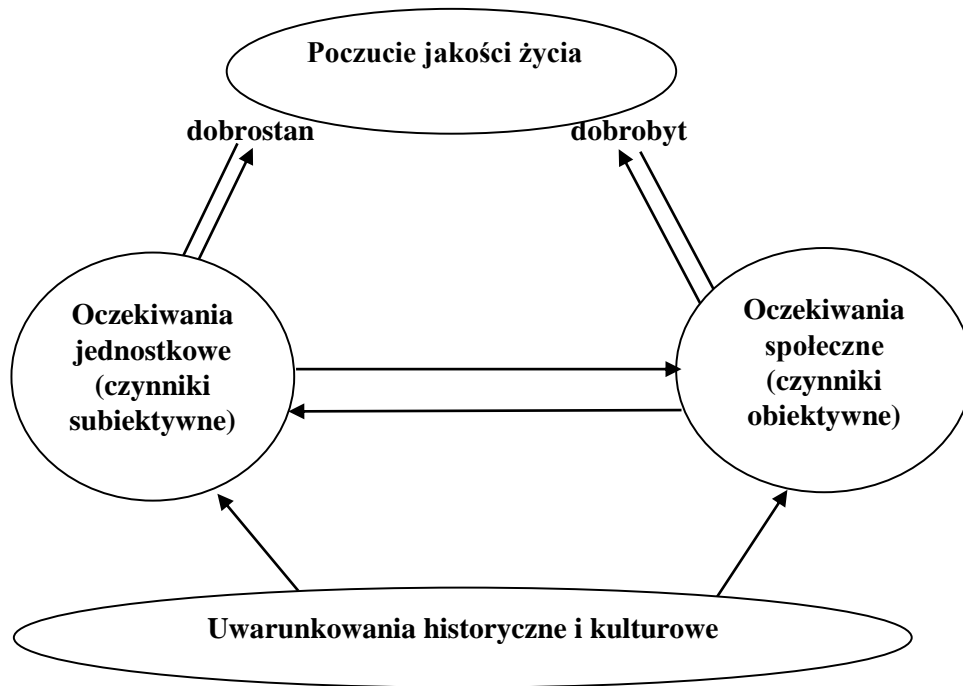
Źródło: R. L. Schalock, *Three decades of quality of life. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 2000/15 (2), s. 119.

Podobną koncepcję jakości życia prezentuje J. Czapiński (1992). Utożsamia on przede wszystkim jakość życia z pojęciem dobrobytu lub szczęścia. Do jej pomiaru używa zarówno wskaźników obiektywnych, odnoszących się do warunków życia, jak i subiektywnych, czyli indywidualnych kryteriów wartościowania. Wymiar subiektywny odnosi się do społecznych, materialnych, środowiskowych, zdrowotnych i zaliczanych do kategorii innych obszarów funkcjonowania z perspektywy poznawczej (ocena wartościująca dotycząca własnego życia - obecnego, przeszłego i przyszłego). W jego skład wchodzi oprócz tego dwa inne wskaźniki: wola życia i pragnienie życia (Wnuk i in., 2013, s. 12; Pikuła, 2016, s. 29). M. Weidekamp-Maicher (2015, s. 62) wskazuje na koncepcje gerontologiczne promujące dobrą jakość życia na starość uwarunkowaną podejściem wskazującym na subiektywne wymiary jakości życia związane ze stanem zdrowia, jak i obiektywne kryteria, takie jak: zdrowie funkcjonalne, utrzymanie sprawności umysłowej oraz kryteria aktywności społecznej.

Podjęcie do jakości życia obejmujące zarówno kontekst obiektywny jak i subiektywny omawia również E. Gawęł-Luty (2022), które według autorki stanowi niezbędny warunek do całościowego spojrzenia na omawiane zagadnienie. Można

uznać więc, że poziom życia obejmuje sferę obiektywną, zaś jakość życia związana jest ze sferą subiektywną, co przedstawia poniższy schemat:

**Schemat 3. Model poczucia jakości życia**



Źródło: E. Gawęł-Luty, *Wybrane konteksty jakości życia*. Artykuł złożony do druku w „Colloquium”, AMW Gdynia, 2022.

Jakość życia, zgodnie z powyższym schematem stanowi konstrukt dynamiczny, bowiem warunkowany historycznie, kulturowo, społecznie jak i jednostkowo. Zakres pojęcia z pewnością wyznaczany jest w ramach koherentnie powiązanych subiektywnie i obiektywnie elementów. Czynniki obiektywne dotyczą głównie dobrobytu materialnego, czy poziomu dochodów, zaś czynniki subiektywne np. stanu zdrowia fizycznego i psychicznego jednostek, poczucia szczęścia i satysfakcji. Zatem przyjęcie szerokiej perspektywy jakości życia daje jednostce możliwość współistnienia w świecie naznaczonym dziedzictwem kulturowym i obowiązującym kanonem społecznym przy jednoczesnym zachowaniu swojej jednostkowej odmienności, wyrażającej się w kreowaniu indywidualnego system norm i wartości, specyficznie wyznaczanych celów

i sposobach ich osiągnięcia. Jednocześnie społeczeństwo które stanowi sumę wieloaspektowych połączeń jednostek i grup społecznych kreuje potrzeby jednostek i grup społecznych oraz stwarza możliwości ich realizacji. Autorka podkreśliła, iż istnieje ścisły związek pomiędzy postrzeganiem jakości życia przez jednostkę i społeczeństwo a warunkami stworzonymi przez państwo, bowiem państwo tworzy fundament na którym możemy jednocześnie zaspokajać potrzeby jednostkowe oraz społeczne (Gawęł-Luty, 2022).

Jakość życia można zatem rozpatrywać w różnych jej kontekstach i obszarach. Pedagodzy zajmują się jakością życia w kontekście wartości, celów i dążeń, psychologowie w odniesieniu do poczucia zadowolenia, szczęścia i dobrostanu, a socjologowie stylu życia społecznego. Na podstawie analiz wielowymiarowych modeli jakości życia, można także wywnioskować, że naukowcy najczęściej posługują się skalą przyjmującą wartości, od wysokiej, po średnią i niską. Zdecydowanie trudniej można odszukać płaszczyznę poziomą, na której jakość życia nie będzie ukazana wyłącznie w stopniu wartościującym (Pikuła, 2016, s. 29).

Wobec powyższych ujęć koncepcyjnych, które rozpatrują jakość życia seniorów często w obrębie odrębnych jej obszarów, zasadnym wydaje mi się wypracowanie takiej koncepcji, której celem byłoby wzięcie pod uwagę całokształtu zagadnień obejmujących to, co wspólne dla wszystkich obszarów badawczych w rozważanych definicjach i koncepcjach w literaturze przedmiotu. To pozwoliło mi na operacjonalizację definicji jakości życia oraz skonstruowanie narzędzia badawczego przeznaczonego dla seniorów polskich i niemieckich.

W odniesieniu do moich rozważań teoretycznych, a późniejszych badań empirycznych w tym zakresie, wzięłam pod uwagę koncepcję A. Campbella, jednego z prekursorów analiz związanych z jakością życia. Autor uznaje, że wskaźniki, które dotyczą warunków życia, nie mogą zastąpić wskaźników związanych z zadowoleniem z życia. Zauważyć należy, że czynniki wyróżnione przez A. Campbella, takie jak: stopień satysfakcji z życia rodzinnego, zawodowego, relacji międzyludzkich i towarzyskich, stanu zdrowia, sposobów czasu wolnego, ogólnych standardów wpływających na jakość życia w obrębie danej wspólnoty lokalnej, mają stanowić o niskiej bądź wysokiej jakości życia (Campbell, 1981). W propozycji tej koncepcji, znajduję dwa podstawowe założenia: koncentrację nie na jednostce, a raczej na zorganizowanej, dużej społeczności, która ze względu na posiadane zasoby i sposób organizowania, może dysponować różnymi możliwościami zaspokojenia potrzeb

swoich członków. A także ocenę zmian dokonujących się w życiu człowieka, a dokładnie w zakresie wymiaru psychologicznego człowieka. W koncepcji A. Campbella w szczególności zwracam uwagę na klasyfikację wskaźników jakości życia:

- wskaźniki funkcjonalne, określające funkcjonowanie społeczne, fizyczne i emocjonalne;
- wskaźniki percepcyjne, nawiązujące do spostrzegania ogólnego zadowolenia z życia oraz spostrzegania swojego stanu zdrowia.
- jakość życia sprowadzana jest w końcu do stopnia zaspokojonych potrzeb ludzkich.

Wyznacznikiem moich rozważań jest ponadto ujmowanie jakości życia przez pryzmat koncepcji jakości życia D. Felce'a. Pragmatyczna perspektywa ujęcia jakości życia traktowana jest jako (Felce, Perry, 1996; Kowalik, 2000):

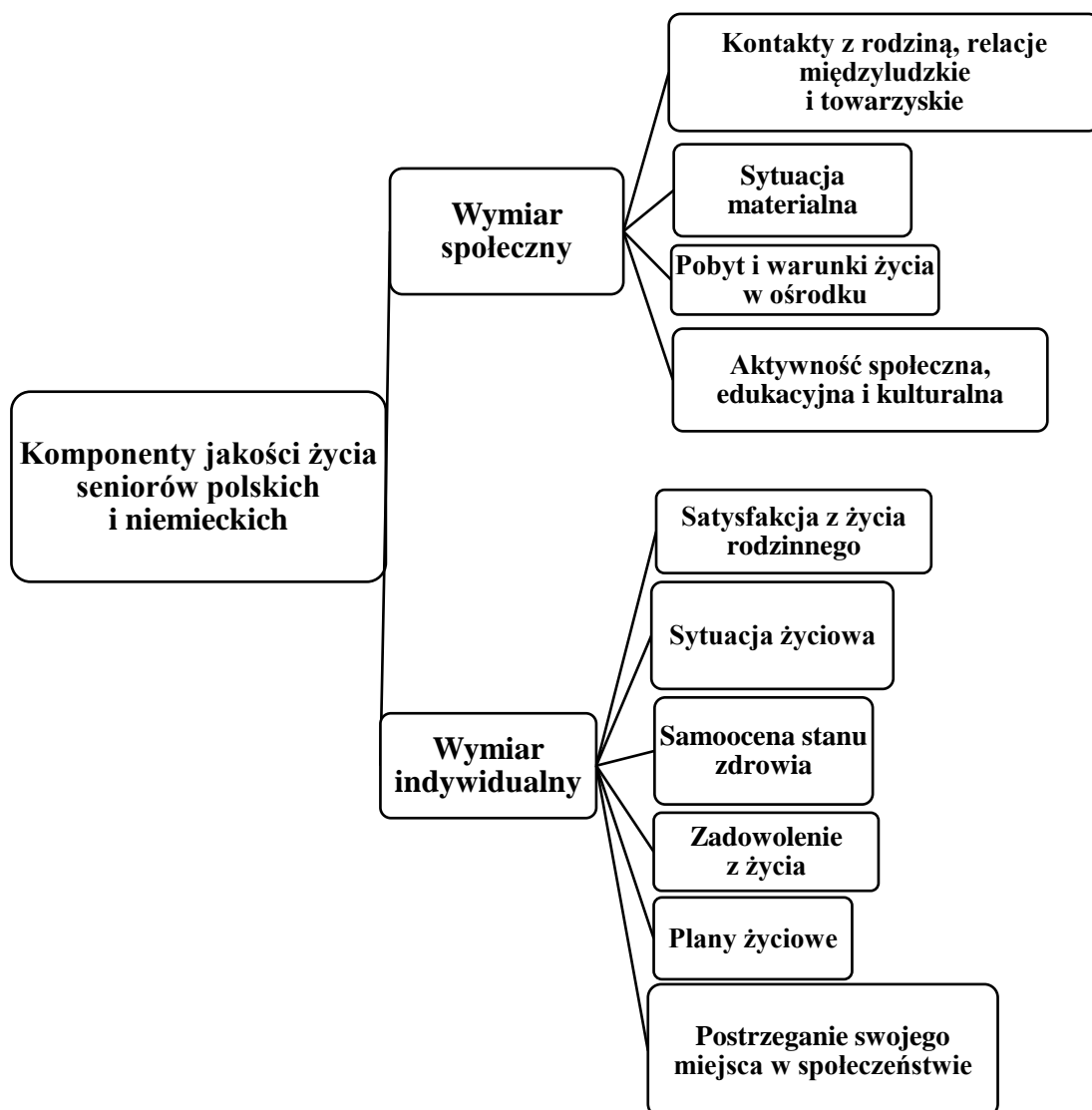
- mało jednoznaczny zbiór wskaźników, które podlegają modyfikacjom pod wpływem wprowadzonych zmian w życiu pojedynczych ludzi lub całych grup społecznych;
- jakość życia utożsamiana z zadowoleniem z życia;

W proponowanej przeze mnie koncepcji jakość życia pojmuję jako ogólny dobrostan badanych seniorów polskich i niemieckich, na który składają się komponenty kształtujące ich poczucie jakości życia, takie jak: samoocena stanu zdrowia, zadowolenie z życia, plany życiowe, postrzeganie swojego miejsca w społeczeństwie, aktywność społeczna, edukacyjna i kulturalna.

Zatem proponowana przeze mnie koncepcja obejmuje zarówno wymiar personalny (problematyki jakości życia indywidualnie), jak i wymiar społeczny (dobrostan życia społecznego), w tym polityki społecznej wobec seniorów. W ramach dobrostanu personalnego seniorów wzięłam pod uwagę: samoocenę stanu zdrowia, zadowolenie z życia, poczucie bezpieczeństwa, postrzeganie swojego miejsca w społeczeństwie, sytuację życiową, plany życiowe, sytuację rodzinną i satysfakcję z życia rodzinnego, ocenę systemu opieki nad seniorami, oczekiwania seniorów wobec podmiotów odpowiedzialnych za opiekę nad seniorami. W ramach wymiaru społecznego: pobyt i warunki życia w ośrodku, aktywność społeczną, edukacyjną i kulturalną, relacje międzyludzkie i towarzyskie.

Poniżej prezentuję model jakości życia według którego analizowane będą obszary w moim postępowaniu badawczym (Wykres 2):





**Wykres 2. Komponenty jakości życia seniorów w wymiarze społecznym i personalnym**

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy literatury przedmiotu: D. Felce, J. Perry, *Exploring current conceptions of quality of life: A model for people with and without disabilities*. W: R. Renwick, I. Brown, M. Nagler (red.), *Quality of life in health promotion and rehabilitation*. London: Sage Publications 1996, A. Campbell, *The sense of well-being in America: Recent patterns and trends*. McGraw-Hill, NY 1981, N. G. Pikuła, *Poczucie sensu życia osób starszych. Inspiracje do edukacji w starości*. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2016, s. 28-32.

Zatem jakość życia w tym ujęciu jest efektem przemian społecznych mających na celu spowodowanie zmian aspektów życia, np. poprawę stanu zdrowia, udoskonalenie funkcjonowania instytucji. D. Felce i J. Perry dokonali próby syntezy aspektów odczuwanej jakości życia i wyróżnili pięć subiektywnych jej wyznaczników, które połączyli również z obiektywnymi warunkami życia. Tak prezentowane spojrzenie na jakość życia jest związane nie tylko z ogólnym dobrostanem (dobrym samopoczuciem) i subiektywną oceną fizycznego, materialnego, społecznego, produktywnego, emocjonalnego i cywilnego dobrostanu, ale i z posiadanymi wartościami (Felce, 1997, s. 132; Kochman, 2007, s. 242-248).

### 3.3. Wybrane wymiary jakości życia seniorów

Przegląd literatury przedmiotu wskazuje, że wymiary jakości życia zasadniczo wiążą się z problemem zmian zachodzących w osobowości ludzi starych, związanych z bilansowaniem całego życia oraz zmianami w funkcjonowaniu poznawczym i pojawianiem się nowych sposobów myślenia. Czynniki, które kiedyś były istotne, a ciągu życia ulegają przedawnieniu. Na ich miejsce pojawiają się zupełnie inne kategorie, które wcześniej nie były doceniane i brane pod uwagę przy określaniu ważniejszych kryteriów. Światowa Organizacja Zdrowia zdefiniowała wskaźniki, które umożliwiają oszacowanie jakości życia.

Zaprezentowane kategorie oraz wymienione zakresy, które przedstawia poniższa tabela stają się punktem wyjścia do konstruowania narzędzi badawczych w sześciu obszarach starzejącej się populacji (Pikuła, 2016, s. 31):

**Tabela 12. Obszary i kategorie jakości życia**

<b>Obszar</b>	<b>Kategorie</b>
<b>1</b>	<b>2</b>
Psychiczny	Bóle, niesmak, energia, zmęczenie, sen, wypoczywanie.
Psychologiczny	Uczucia pozytywne, myślenie, uczenie się, pamięć, koncentracja, szacunek do samych siebie, zewnętrzny wizerunek i negatywne uczucia.

Stopień niezależności	Ruchliwość, czynności życia codziennego, zależność od medykamentów albo terapii, zdolność do pracy.
Stosunki socjalne	Stosunki osobiste, wsparcie socjalne, aktywność seksualna.
Środowisko	Bezpieczeństwo fizyczne, otoczenie domowe, zasoby finansowe, zdrowie i opieka socjalna, istnienie i jakość okazji uzyskania nowych informacji i sprawności, czas wolny i okazje do odpoczynku, fizyczne otoczenie (zanieczyszczenie, hałas, ruch uliczny, klimat), transport
Duchowy	Życie duchowe, religia, osobiste wyobrażenie o wierze.

Źródło: WHOQOL Group, The World Health Organization, *Quality of Life Assessment (WHOQOL). Position Paper from the World Health Organization*, „Social Science & Medicine”, 41 (10), 1995.

Analizując sytuację życiową ludzi w ostatniej fazie życia, wskazuje się nie tylko na zmiany zachodzące w osobowości ludzi starszych, na niekorzystne zmiany w kondycji psychicznej i fizycznej organizmu, którym towarzyszą również zmiany w warunkach zewnętrznych życia. Równocześnie w ostatnim etapie swojego życia ludzie dokonują bilansu własnego życia. Wiele osób starszych poszukuje więc wsparcia i opieki instytucjonalnej (Niewiedział, 2006, s. 199). Potrzeby, które niegdyś były wyznacznikiem życia człowieka, schodzą na dalszy plan u osób w wieku senioralnym, będąc już mniej istotne. Pojawiają się za to nowe cele podyktowane rolami życiowymi, które określają jakość życia w wieku starszym. Niewątpliwie wcześniejsza jakość życia człowieka, jego natężenie, intensywność, znaczące wydarzenia biograficzne mają związek z późniejszym funkcjonowaniem człowieka starszego (Pikuła, 2016, s. 32).

Pozytywny bilans życiowy na ogół daje poczucie dobrej jakości życia, które wynika właśnie z doświadczeń emocjonalnych osób starszych oraz przekłada się na zadowolenie z życia. Warto uściślić uwarunkowania poczucia jakości życia osób starszych i może rozpatrywać w różnych wymiarach życia jednostki, które z kolei warunkują i wyjaśniają jego istotę. Taki model jakości życia człowieka w czterech wymiarach prezentuje poniższa analiza (Niewiedział, 2006, s. 201):

**Tabela 13. Poczucie jakości życia w różnych aspektach rozwoju osobowości**

Aspekt rozwoju	Cel rozwoju	Dynamizmy rozwoju	Treść rozwoju	Istota poczucia jakości życia
Biologiczny	Przetrwanie biologiczne, zachowanie gatunku	Utrzymywanie homeostazy, zaspokajanie potrzeb biologicznych	Dojrzewanie struktur, zaspokajanie potrzeb biologicznych.	Dobre samopoczucie fizyczne
Społeczny	Adaptacja do zmiennych wymagań otoczenia	Potrzeby: bezpieczeństwa, przynależności, szacunku, miłości. Wymagania społeczne. Zadania rozwojowe.	Uczenie się, odgrywanie ról w wyniku rozwiązywania zadań.	Satysfakcja życiowa
Podmiotowy (samorealizacyjny)	Autonomia jednostki (niezależność od świata)	Potrzeby egzystencjalne: wolności, sensu.	Przeżywanie siebie. Dokonywanie wolnego wyboru związanego z indywidualnym sensem.	Radość i nadanie nowego sensu życiu
Metafizyczny	Jedność ze światem (poczucie wspólnoty, afirmacja życia)	Potrzeby neotyczne. Potrzeba nadrzędnego pozaracjonalnego sensu.	Przeżywanie wartości absolutnych i osobistej powinności.	Odczuwanie nadrzędnego sensu („nadsensu”) całego życia i szczęścia metafizycznego

Źródło: D. Niewiedział, *Poczucie jakości życia ludzi starych mieszkających w domach pomocy społecznej*. W: Wybrane problemy osób starszych. A. Nowicka (red.). Kraków 2006: Oficyna Wydawnicza „Impuls”, s. 201.

Powyższy model prezentuje uściślone ramy teoretyczne czterech wymiarów określenia poczucia jakości życia oraz przedstawia odmienne mechanizmy kształtujące tę kategorię i wyjaśniające jego istotę. Ponadto w ramach każdego z wymiarów wskazać można różne treści i cele rozwojowe przeżywane i realizowane w różnym czasie trwania życia (Niewiedział, 2006, s. 200).

Jakość życia może być rozumiana jako stopień zaspokojonych materialnych i niematerialnych potrzeb jednostki i grup społecznych oraz określona przez wskaźniki obiektywne i subiektywne. Wśród obiektywnych wskaźników wyróżnia się: przeciętne trwanie życia, zasięg ubóstwa, poziom edukacji, natomiast wśród subiektywnych: stopień zadowolenia z warunków życia i różnych jego aspektów, poziom szczęścia, stres, posiadany sens życia (Peace, 1990; Pikuła, 2016). W wielu krajach sposób oceny jakości życia odwoływał się początkowo do wskaźników obiektywnych, po czym w ostatnich latach szczególne znaczenie zaczęto przypisywać subiektywnym wskaźnikom jakości życia. Doceniono bowiem to, że ocena jakości życia odnosi się do doświadczeń życiowych, a zatem tylko za pomocą subiektywnych opinii, porównujących własne doznania i przeżycia z doświadczeniami innych, można budować trafną ocenę. W wielu krajach zmiana podejścia do jakości życia, jak wskazuje Cz. Kustra (2012, s. 281), wyniknęła z zabezpieczenia wyznaczników ekonomicznych pozycji osób starszych przez stworzenie określonych standardów i zainteresowanie się realizacją wyższych potrzeb osób starszych wiekiem. Zmiany w sposobie ujmowania jakości życia osób starszych, uwarunkowanej stanem zdrowia, w której punkt widzenia samych osób zainteresowanych stał się priorytetowy, a subiektywne oceny stanu zdrowia, percepcja zmian i wpływ indywidualnie postrzeganych zmian na możliwość pełnego życia zdominowały ostateczne szacowania jakości życia.

Przyznanie priorytetu subiektywnym ocenom jakości życia wynika z docenienia tego, że (Kustra, 2012, s. 281):

- jednostki oceniają swój poziom jakości życia na podstawie możliwości dostępu do konsumpcji dóbr materialnych, porównując własną konsumpcję dóbr materialnych ze społecznymi normami obowiązującymi w środowisku, w którym funkcjonują;
- jednostki oceniają swoją jakość życia z pozycji sukcesów i porażek, na osiągnięcie których miały wpływ;
- jednostki oceniają jakość życia wprawdzie na podstawie ogólnych sądów, ale w tych ogólnych sądach są uwzględniane poszczególne wymiary jakości życia, a wyznacznikiem ogólnej oceny jest samopoczucie (również traktowane wielowymiarowo).

Można więc oczekiwać, że u osób starszych naturalnymi czynnikami wpływającymi na ocenę jakości życia będą (Halicka, 2004; Steuden, Marczyk, 2006; Steuden, 2009; Steuden 2014):

- stan zdrowia (obecność zdrowia, ale także chorób somatycznych, dolegliwości bólowych);
- sprawność fizyczna (aktywność związana z pracą i wypoczynkiem, jak również jej ograniczenia);
- stan emocjonalny (pozytywne i negatywne stany uczuciowe);
- relacje rodzinne (miejsce osoby starszej w rodzinie);
- funkcjonowanie społeczne (zdolność uczestniczenia w aktywności społecznej, pełnienia ról społecznych, samowystarczalność, niezależność);
- satysfakcja z opieki medycznej;
- zdolność realizacji ważnych potrzeb, pragnień, osiągnięcia wartościowych celów, czerpania zadowolenia z codziennego życia;
- miejsce zamieszkania, a także poziom zaspokojenia potrzeb socjalnych.

Do wskaźników jakości życia osób starszych wiekiem zalicza się (Tobiasz-Adamczyk, 2000, s. 71; 2009, s. 116):

- sprawność funkcjonalną, oznaczającą stopień sprawności fizycznej (czyli zdolność samodzielnego wykonywania określonych czynności, wskazujących nie tylko na kondycję psychofizyczną, ale także na stopień niezależności osoby starszej wiekiem od otoczenia; aktywność ta obejmuje czynności związane z samoopieką, poruszaniem się wewnątrz i na zewnątrz domu, samodzielność w wykonywaniu podstawowych codziennych czynności zaspokajających główne potrzeby osoby starszej;
- stan psychologiczny, psychologiczny dobrostan, satysfakcję z życia, cieszenie się życiem, wiarę w przyszłość, optymizm;
- zakres interakcji społecznych oraz satysfakcję z kontaktów z otoczeniem, zadowolenie z życia społecznego.

Warto wskazać również wskaźniki jakości życia, którymi posługuje się K. Baumann. Autorka dokonuje prezentacji wskaźników, tzw. identyfikatorów, które w mniejszym lub większym stopniu wpływają na jakość życia osób starszych (Baumann, 2006, s. 169-170; Pikuła, 2016, s. 33-34):

1. Dobrostan fizyczny (*physical well-being*):

- energia, działanie, funkcjonalność;
- seksualność;
- jakość opieki zdrowotnej;

- brak bólu;
- odpowiednia ilość czasu na wypoczynek i sen.

2. Dobrostan finansowy i materialny:

- niezależność finansowa;
- zabezpieczenie finansowe;
- przychody z różnych źródeł;
- posiadanie dóbr materialnych.

3. Dobrostan osobisty (*personal well-being*):

- zdrowie psychiczne;
- szczęście;
- samoocena;
- godność;
- tożsamość;
- ciągłość rozwoju;
- wygląd zewnętrzny/obraz siebie;
- pamięć;
- kontrola nad własnym życiem;
- niezależność;
- duchowość;
- brak stresu;
- miłość;
- edukacja;
- łatwość adaptacji;
- możliwość wyboru.

4. Dobrostan społeczny (*social well-being*):

- rodzina;
- przyjaźń;
- bogate życie towarzyskie;
- wsparcie społeczne.

5. Satysfakcja życiowa:

- reminiscencja;
- spełnienie;

- pełnia życia;
  - kreatywność;
  - pogoda ducha.
6. Cel życia (*purposeful well-being*):
- altruizm;
  - zaangażowanie się, udział w życiu innych;
  - owocny proces starzenia się.
7. Dobrostan estetyczny (*aesthetic well-being*):
- czas wolny;
  - zainteresowania, hobby;
  - kontakt z muzyką, sztuką, literaturą.
8. Wesołość/radość (*joyfulness*):
- małe i duże przyjemności (jedzenie, podróże);
  - uciecha i zabawa.
9. Dobrostan moralny (*moral well-being*) – czyste i spokojne sumienie.
10. Radość życia – poczucie, że warto było żyć.
11. Duchowość – osobiste wierzenia/przekonania religijne.
12. Życie terażniejszością:
- elementarność;
  - prostota;
  - naturalność;
  - wolność od zaabsorbowania przeszłością i przyszłością.
13. Koniec życia:
- jakość umierania;
  - poczucie kontroli;
  - jakość opieki (minimalizacji bólu i cierpienia).

Poszczególne wymiary jakości życia zależą od wielu uwarunkowań, które proponuje K. Baumann. Hierarchia ta zmienia się wraz z upływem czasu i przeobrażeniami w życiu człowieka. Badania nad jakością życia seniorów wykazują, że głównym czynnikiem, który najbardziej wpływa na jakość ich życia, jest zdrowie fizyczne. Należy również zauważyć, że problem jakości życia osób starszych obejmuje również zagadnienia społeczne, opiekuńcze, edukacyjne, medyczne, ekonomiczne, prawne oraz polityczne. Wynikają one z kondycji egzystencjalnej seniorów i są



związane z praktykami organizacji opieki nad ludźmi starszymi (Pikuła, 2016, s. 34). W takim rozumieniu A. Mielczarek (2012) określa jakość życia jako kategorię zbiorczą, na którą składają się: samopoczucie psychiczne i fizyczne, byt materialny, warunki pracy i rekreacji, możliwości rozwoju osobistego, jakość stosunków z najbliższym otoczeniem, podmiotowość, możliwość realizacji dążeń i pragnień.

Pozytywny wymiar oceny jakości życia, jak wskazuje wielu autorów, współwystępuje ze stabilną sytuacją życiową, dobrymi relacjami z rodziną i innymi osobami, właściwym poziomem ekonomicznym, poziomem świadczeń społecznych i medycznych. Niewątpliwie chciałabym w tym ujęciu uwzględnić warunki egzystencji osób starszych, na które zwraca uwagę S. Steuden (2009, s. 95), tj. możliwość realizacji potrzeb, obecność wielu udogodnień związanych z kontaktami społecznymi, pracą, rekreacją, rozwijaniem zainteresowań. Wskaźniki te wiążą się z dobrobytem materialnym, dostępem do źródeł informacji, zaspokojeniem potrzeb czy zapewnieniem samodzielności osób starszych.

Reasumując, należy podkreślić, że jakość życia jest pojęciem wieloaspektowym, uwzględniającym za N. G. Pikułą (2016, s. 34) mnogość czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych. Niewątpliwie należałoby zwrócić szczególną uwagę na wskaźniki jakości życia uwzględniające kontekst społeczny funkcjonowania osób starszych (Steuden, 2009, s. 95), a w szczególności:

- możliwość decydowania o sobie;
- równe traktowanie osób starszych i stwarzanie im podobnych szans rozwoju; niezależnie od posiadanych przez nie systemów wartości, poglądów i potrzeb;
- wzajemny szacunek.

Przedstawione kryteria i wskaźniki jakości życia, pozostają wciąż, jak twierdzi N. G. Pikuła (2016, s. 34), kategorią otwartą. Obiektywne wyznaczniki jakości życia u osób starszych zależą od ich stanu zdrowia wyznaczonego przez ilość i jakość zmian w stanie fizycznym i kondycji psychicznej. Według autora mogą one być poszerzane o nowe wyznaczniki i interpretowane w sposób subiektywny, charakterystyczny dla danej jednostki. Każda jednostka jest bowiem indywidualna, posiada różne potrzeby i preferencje, dlatego też odczuwanie dobrostanu ma odmienne znaczenie dla poszczególnych osób. Z jednej strony wyznacznikiem jest stan zdrowia, z drugiej zaś sytuacja społeczna oraz zapewnienie odpowiednich form opieki osobom starszym.

### 3.4. Przegląd badań na temat jakości życia

Na bazie teoretycznych analiz jakości życia w ujęciu różnych autorów, prowadzone są liczne badania empiryczne, których przedmiotem są osoby starsze. Dokonując przeglądu badań polskich i zagranicznych nad problematyką jakości życia, warto wskazać badania w ujęciu nauk społecznych i humanistycznych. W badaniach tych najczęściej podejmowano próbę wyjaśnienia definicji pojęcia „jakość życia”, a także opisanie ważnych jej obszarów w odniesieniu do osób starszych. Proponowanie przez badaczy analizy badań prowadzi do zdefiniowania różnych form i koncepcji wymiaru jakości życia.

Można zauważyć, że w obrębie badań nad jakością życia w literaturze zagranicznej zdecydowanie więcej publikacji odnajdujemy z tego zakresu. Do ważniejszych badań prowadzonych zagranicą należy zaliczyć: M. Farquhar (1995), R. Fernández-Ballesteros (1997, 1998), J. E. Birrena, L. Dieckmann (1991), M. Abramsa (1973), S. McCalla (1975), A. Campbella (1981), A. Bowling (2005, 2014), M. P. Lawtona (1991, 1996, 1999), R. Veenhovena (2000), A. Walkera (2005), L. K. George i L. B. Bearon (1980). Badania nad jakością życia w Polsce prowadzone były w mniejszym zakresie. Można tutaj wymienić przede wszystkim następujących badaczy polskich: M. Halicką (2004), P. Błędowskiego (2014), J. Daszkowską (2010), Z. Długosz, S. Kurek (2006), Z. Długosz, S. Kurek, A. Kwiatek-Sołtys (2011), M. Gałuszka (2006), A. Golini (1997), A. Janiszewską (2015), G. Miłkowską (2012), P. E. Mollon, A. Gil (2014), N. Pikułę (2016), K. Jagielską (2020), K. Sawicz (2017). Przegląd badań ze względu na charakter poruszanej problematyki niniejszej dysertacji, ograniczyłam do tych, które związane są z analizą i zdefiniowaniem obszarów jakości życia osób starszych. W takim rozumieniu L. K. George i L. B. Bearon (1980), na bazie zgromadzonego materiału faktograficznego, podjęli próbę analizy i opisu kluczowych obszarów jakości życia. Jako pierwsi sformułowali cztery obszary jakości życia: dwa z nich dotyczą wskaźników obiektywnych (ogólny stan zdrowia i funkcjonowania, status społeczno-ekonomiczny), a następne dwa – wskaźników subiektywnych (zadowolenie z życia, poczucie własnej wartości).

B. Hughes (1990) stworzyła dzięki swoim badaniom koncepcyjny model jakości życia, w którym wyszczególniła osiem elementów składowych, tzw. obszarów jakości życia: osobista autonomia, wyrażane zadowolenie, fizyczne i psychiczne dobre

samopoczucie, status społeczno-ekonomiczny, jakość otoczenia, celowe działania, integracja społeczna i czynniki kulturowe.

Z badań brytyjskich przeprowadzonych w dużej grupie osób starszych i ich opiekunów (900 osób), wynika, że głównymi czynnikami wpływającymi na stan zdrowia psychicznego i jakość życia są: brak dyskryminacji, zdolność do aktywnego uczestnictwa w różnych obszarach życia, podtrzymanie relacji społecznych, zdrowie fizyczne oraz zabezpieczenie materialne. Wnioski z badań pozwalają na opracowanie programu wsparcia dla osób starszych i podtrzymania zdrowia psychicznego oraz dobrego samopoczucia poprzez psychoedukację społeczną na temat osób starszych, przedłużanie ich aktywności zawodowej, organizowanie różnych form zatrudnienia, integrację społeczną o charakterze międzypokoleniowym, świadczenia zdrowotne i socjalne (Steuden, 2014, s. 165, za Mathers, 2009).

Znaczącymi wydają się być badania amerykańskich badaczy, którzy dokonali przeglądu literatury naukowej z lat 1970-1993, dotyczącej aż 87 badań empirycznych opublikowanych w 23 czasopismach. Badacze zidentyfikowali 44 definicje jakości życia oraz 15 wymiarów, co do istnienia których wszyscy autorzy byli zgodni (Hughes i in. 1995; Smoleń, Sękowski, 2008, s.162). M. R. Hagerty wraz ze współpracownikami przeprowadzili na zlecenie The International Society for Quality of Life Studies szeroko zakrojony przegląd badań mający na celu porównanie głównych wymiarów życia. Uwzględniono rezultaty 22 studiów z różnych krajów Europy, Azji i Afryki, a także z USA i Australii. Na ich podstawie badacze wyróżnili następujące wymiary jakości życia (Hagerty i in., 2001):

1. Relacje z rodziną i przyjaciółmi;
2. Dobrostan emocjonalny;
3. Dobrostan materialny;
4. Zdrowie;
5. Pracę i aktywność;
6. Troskę o społeczność lokalną;
7. Bezpieczeństwo osobiste;
8. Subiektywne poczucie jakości życia.

W dyskusji badań autorzy pokazują, że te wymiary są rzetelnymi wskaźnikami do pomiaru jakości życia.

Z obszernych badań nad jakością życia prowadzonych przez R. Fernández-Ballesteros (2002, 2006, 2011) w grupie 1200 osób wynika, że czynnikami najbardziej

znaczącymi dla jakości życia są: dobre zdrowie, bycie niezależnym, posiadanie dobrej emerytury, dobre relacje z rodziną i przyjaciółmi, bycie aktywnym, posiadanie dobrego mieszkania czy domu, zadowolenie z życia, dobre sąsiedztwo, możliwość długiego uczenia się. W badaniach stwierdzono, że takie czynniki, jak: wiek, płeć, a także status socjoekonomiczny, były ważniejsze dla osób starszych niż miejsce zamieszkania. Wyższą ocenę jakości własnego życia oraz większe poczucie zadowolenia ujawniały osoby młodsze w porównaniu z osobami starszymi, mężczyźni w porównaniu z kobietami, osoby z wysokim statusem socjoekonomicznym, cieszące się dobrym stanem zdrowia fizycznego i psychicznego, bardziej aktywne, dobrze organizujące sobie czas, sprawnie funkcjonujące, mające zabezpieczenie materialne w postaci emerytury czy innych dochodów (Fernández-Ballesteros, 2006, s. 317). Z badań tych wynika, że najważniejszymi czynnikami dla jakości życia osób starszych w opinii społecznej są: dobre zdrowie, niezależność i związana z nią sprawność funkcjonalna, bezpieczeństwo materialne, dobre relacje z rodziną i przyjaciółmi. Wchodzenie w okres starości wiąże się z pogarszaniem stanu zdrowia, zmniejszeniem sprawności funkcjonalnej, zredukowaniem dochodów do emerytury czy zasiłku. Zmiany te niewątpliwie stanowią o jakości życia. Mimo, że duże znaczenie przypisuje się relacjom społecznym, to w ocenie jakości życia pozostają one na dalszej pozycji niż zdrowie, zdolność samodzielnego funkcjonowania i sytuacja materialna (Fernández-Ballesteros, 2002; Steuden, 2014, s. 168).

W badaniach prowadzonych przez M. A. Ruiz i E. Baca (1993, za: Fernández-Ballesteros, 2002) stwierdzono, że relacje społeczne miały większe znaczenie dla jakości życia u osób poniżej 65. roku życia niż u osób starszych. Rezultaty innych badań wskazują, że poziom zaawansowania choroby czy zniedołężenia nie zawsze współwystępuje z poziomem zadowolenia z własnego życia. Czasami okazuje się, że przywrócenie względnej sprawności danego narządu jest łatwiejsze niż obniżenie poziomu negatywnych psychicznych i społecznych skutków choroby. Zatem obiektywnej poprawie stanu zdrowia, związanej z efektywnym leczeniem, nie zawsze musi towarzyszyć poczucie lepszej jakości życia, podobnie jak pogorszenie stanu zdrowia nie musi współwystępować z poczuciem niskiej jakości życia (Steuden, Okła, 2007; Steuden, 2014, s. 168).

Opis badań w zakresie jakości życia oparty na koncepcji satysfakcji życiowej prezentuje M. Halicka (2004, s. 70). M. Halicka ujmuje w swoich badaniach te obszary funkcjonowania człowieka, które są najbardziej istotne dla seniorów. Na podstawie

badania zakłada, że starość to proces w biografii, a poczucie satysfakcji życiowej postrzegać należy przez pryzmat wydarzeń historycznych i doświadczeń społeczno-kulturowych jednostki oraz jej planów na przyszłość. Na ocenę jakości życia będą mieć wpływ: minione doświadczenia społeczne (sukcesy i porażki), uwarunkowania psychofizyczne stanu zdrowia, aktualne zdolności funkcjonowania psychospołecznego, a także perspektywy dotyczące czasu przyszłego. Ocena jakości życia według badaczki będzie uzależniona od przeżytych i zapamiętanych przez nią doświadczeń. Na ocenę satysfakcji życiowej z obecnego życia wpływają zarówno obiektywne, jak i subiektywne jej uwarunkowania. Do mierników obiektywnych zalicza: stan zdrowia, sprawność funkcjonalną, warunki ekonomiczne i mieszkaniowe, sytuację rodzinną, aktywność, kontakty społeczne. Do pomiaru subiektywnego samopoczucia wykorzystuje wskaźniki takie jak: niepokój, z troskanie, poczucie osamotnienia. Ocena dokonań życiowych rozumiana jest jako bilansowa ocena przeszłości z wyszczególnieniem tych obszarów jakości życia, które w najistotniejszy sposób wpływają na jej ocenę (Halicka, 2004, s. 72).

Wyraźny wzrost zainteresowań zagadnieniem jakości życia obserwuje się pod koniec lat dziewięćdziesiątych. Wtedy pojawiły się dwie publikacje książkowe w Stanach Zjednoczonych, które oprócz wyjaśnień teoretycznych, uwzględniają wiele nowych badań w tym obszarze (Schalock, 1996, 1997; Smoleń, Sękowski, 2008, s. 163).

Niewątpliwie w tym obszarze przeglądu wielu badań, jakość życia jest połączona z czynnikami środowiskowymi, takimi jak: miejsce zamieszkania, sposób spędzania czasu wolnego, środowiskiem życia człowieka (Campbell, Converse, Rodgers, 1976; Pikuła, 2016).

Często podejmowaną tematyką badań przez badaczy jest znaczenie wymiarów egzystencjalnych. Ważna staje się tutaj ocena własnego życia przez osobę starszą ze względu na jego sens. Jakość życia w znaczącym stopniu determinowana jest tym, jakie znaczenie człowiek starszy przypisuje swojemu dotychczasowemu życiu, różnym zdarzeniom i sytuacjom, oraz czy ma poczucie jego sensu i wartości (Steuden, 2014, s. 169).

K. Kawa analizowała egzystencjalne korelaty poczucia jakości życia u kombatantów wojennych mieszkających w domu pomocy społecznej. Ogólny wskaźnik poczucia jakości życia oraz jego wymiary cząstkowe – zadowolenie, umiejętność/produktywność, możliwość działania/niezależność, integracja ze

społecznością – współwystępowały z poczuciem więzi emocjonalnej z innymi ludźmi, małym poczuciem osamotnienia, zrównoważeniem emocjonalnym, integracją wewnętrzną oraz pozytywną oceną własnego życia (Kawa, 2004).

Badania A. Campbella wzbudziły zainteresowanie problematyką jakości życia w USA i jednocześnie przyczyniły się do ugruntowania przekonania, że życie człowieka powinno być ujmowane holistycznie, ponieważ jego jakość zależy nie tylko od niego samego (wyróżniamy tutaj czynniki biologiczne, psychiczne i społeczne), ale także od środowiska, w którym żyje i funkcjonuje (Bańka, 1995, s. 19). A. Campbell w swoich badaniach dotyczących jakości życia przyjął proste określenie jej poziomu odczuwanego przez różne grupy ludzi. Do pomiaru przygotował narzędzie zawierające zestaw 15 sfer życia, które obejmowały: małżeństwo, rodzinę, zdrowie, sąsiedztwo, przyjaciół i znajomych, pracę zawodową, prace domowe, czas wolny, miejsce zamieszkania, życie w USA, standard mieszkania, wykształcenie, zarobki i posiadane oszczędności. Każda z wymienionych sfer jakości życia oceniana była w skali 1-7 punktów, w której 1 oznaczało duże niezadowolenie, natomiast 7 duże zadowolenie. Zsumowane punkty zaprezentowały ogólny wskaźnik jakości życia. Im wyższa wartość wskaźnika, tym większy stopień zadowolenia (Campbell, 1981).

Z kolei badania J. C. Flanagana z 1978 roku wskazują, że określone z góry sfery życia mogą mieć różne znaczenie dla badanych osób. Do oceny poziomu zadowolenia z poszczególnych dziedzin życia badacz zaproponował użycie wskaźnika wagi, dzięki któremu można ocenić, jak ważne są analizowane sfery dla badanego. Był on przekonany, że oceniana w ten sposób jakość życia stanie się bardziej subiektywna (Flanagan, 1982, s. 56; Pikuła, 2016, s. 27). W swoich badaniach J. C. Flanagan zwrócił uwagę na to, że z góry określone sfery życia takie jak: małżeństwo, życie rodzinne, zdrowie, sąsiedzi, znajomi, zajęcia dodatkowe, praca zawodowa, życie w danym kraju, miejsce zamieszkania, czas wolny, warunki mieszkaniowe, wykształcenie i standard życia mogą mieć różne znaczenie dla badanych osób. Jeśli jakaś z tych sfer jest byłaby mało istotna dla jednostki, to wówczas nie będzie mieć wpływu na postrzeganą przez nią jakość życia. Dlatego badacz zaproponował do pomiaru oceny poziomu zadowolenia z poszczególnych sfer życia zastosowanie odpowiedniego wskaźnika, pozwalającego ocenić, jak ważne one są dla badanej osoby. Zdaniem badacza taki sposób ujęcia jakości życia jest bardziej subiektywny.

W proponowanej taksonomii J. C. Flanagan wyszczególnił 15 wymiarów jakości życia zgrupowanych w 5 następujących dziedzinach (1978, s. 138-147):

1. Dobrostan fizyczny i materialny:
  - dobrobyt materialny i bezpieczeństwo finansowe;
  - zdrowie i poczucie bezpieczeństwa osobistego.
2. Relacje z innymi ludźmi:
  - relacje z małżonkiem/partnerem;
  - posiadanie i wychowanie dzieci;
  - relacje z rodzicami, rodzeństwem i innymi krewnymi;
  - relacje z przyjaciółmi.
3. Działalność społeczna, środowiskowa, obywatelska:
  - pomaganie innym i wspieranie ich;
  - działania na rzecz społeczności lokalnych oraz partycypacja w sprawach ponadlokalnych.
4. Rozwój osobisty, spełnianie się:
  - rozwój intelektualny;
  - rozumienie, samopoznanie i planowanie;
  - kariera zawodowa;
  - kreatywność i umiejętność wyrażania siebie.
5. Rozrywki, rekreacje:
  - życie towarzyskie;
  - bierny udział w zajęciach rekreacyjnych (obserwowanie);
  - aktywny udział w zajęciach rekreacyjnych.

Szeroką analizę badań nad jakością życia osób starszych prezentuje Z. Woźniak (2016). Według badacza jakość życia jest wypadkową wzajemnego oddziaływania warunków społecznych, zdrowotnych, gospodarczych i środowiskowych, wpływających na rozwój indywidualny i społeczny oraz jakości środowiska życia, takich jak: miejsce zamieszkania, sieć kontaktów, sieć wsparcia, itp. (Woźniak, 2016, s. 122). Analizując badania prowadzone przez Z. Woźniaka można wskazać, że nie ma specjalnych różnic w określaniu jakości życia przez seniorów i przedstawicieli innych grup wiekowych.

Najistotniejsze jednak w kształtowaniu jakości życia mają dla najstarszego pokolenia sfery w następującej hierarchii (Woźniak, 2016, s. 123-124):

- zdrowie (zwłaszcza fizyczne);

- funkcjonowanie w relacjach społecznych (towarzystwo, koleżeństwo, komunikacja, życie społeczne);
- zdolność wykonywania czynności życia codziennego (sprawność funkcjonalna, mobilność, zdolność samoobsługi i samoopieki);
- wsparcie społeczne (budujące niezależność, optymizm, poczucie bezpieczeństwa);
- sprawność sensoryczna (orientacja w otoczeniu);
- status socjoekonomiczny (bezpieczeństwo ekonomiczne – dysponowanie stabilnym i adekwatnym dochodem, posiadanie mieszkania);
- satysfakcjonujące życie rodzinne (doświadczenia miłości, przywiązania i opieki ze strony potomstwa).

Poniższa tabela prezentuje dokładną analizę porównawczą poszczególnych domen jakości życia, z uwzględnieniem wyodrębnionych wymiarów życia:

**Tabela 14. Podstawowe domeny jakości życia**

Istnienie w wymiarze	Profil egzystencjalny	
	globalny	dla seniorów
Fizycznym	<ul style="list-style-type: none"> <li>– zdrowie somatyczne,</li> <li>– higiena osobista,</li> <li>– żywienie,</li> <li>– ćwiczenia osobiste,</li> <li>– zadbanie i ubiór,</li> <li>– ogólny wygląd fizyczny.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– zdolność do samodzielnego poruszania się w domu i poza nim,</li> <li>– zdolność do samoobsługi,</li> <li>– właściwe żywienie – zbilansowana dieta.</li> </ul>
Psychicznym	<ul style="list-style-type: none"> <li>– zdrowie psychiczne,</li> <li>– przystosowanie,</li> <li>– życie uczuciowe.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– zdolność logicznego myślenia,</li> <li>– radzenie sobie z codziennymi zadaniami i problemami.</li> </ul>
Duchowym	<ul style="list-style-type: none"> <li>– podzielenie wartości,</li> <li>– osobiste standardy zachowania,</li> <li>– duchowe przekonania i wierzenia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– poczucie dokonań życiowych,</li> <li>– uczestnictwo w życiu duchowym i religijnym.</li> </ul>
Spółecznym	<ul style="list-style-type: none"> <li>– pozycja i status społeczny,</li> <li>– role społeczne.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– szanse readaptacji i dopisywania nowych ról społecznych do pozycji osoby starszej.</li> </ul>
<b>Przynależność</b>	<b>Związki ze środowiskiem</b>	
W wymiarze fizycznym	<ul style="list-style-type: none"> <li>– dom,</li> <li>– miejsce pracy/szkoła,</li> <li>– dzielnica/sąsiedztwo,</li> <li>– społeczność.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– posiadanie sfery prywatności,</li> <li>– życie w miejscach posiadających wyposażenie szczególnie przydatne dla osób starszych.</li> </ul>



W wymiarze społecznym	<ul style="list-style-type: none"> <li>– znaczący bliscy,</li> <li>– rodzina,</li> <li>– przyjaciele,</li> <li>– współpracownicy,</li> <li>– sąsiedztwo i społeczność.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– posiadanie kręgu rodzinnego zdolnego nieść pomoc,</li> <li>– realna szansa uzyskania wsparcia sąsiedzkiego.</li> </ul>
Do społeczności	<ul style="list-style-type: none"> <li>– adekwatny dochód,</li> <li>– świadczenia i usługi zdrowotne,</li> <li>– zatrudnienie,</li> <li>– programy edukacyjne,</li> <li>– programy rekreacyjne, wydarzenia i działania na poziomie społeczności.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– dostępność i zdolność do korzystania ze świadczeń zdrowotnych,</li> <li>– korzystanie z placówek usługowych i handlowych w dzielnicy (w pobliżu miejsca zamieszkania).</li> </ul>
<b>Realizowanie się</b>	<b>Osiąganie celów osobistych, realizacja pragnień i aspiracji</b>	
W praktyce codziennego życia	<ul style="list-style-type: none"> <li>– prace domowe,</li> <li>– praca zarobkowa,</li> <li>– aktywność edukacyjna i/lub wolontaryjna,</li> <li>– dostrzeganie i rozumienie potrzeb zdrowotnych, socjalnych.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– opieka nad partnerem życiowym,</li> <li>– wsparcie dla innych dorosłych,</li> <li>– zdolność wykonywania prac domowych,</li> <li>– aktywność społeczna.</li> </ul>
W czasie wolnym	<ul style="list-style-type: none"> <li>– działania promujące aktywność i relaksację,</li> <li>– działania sprzyjające redukcji stresu.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– posiadanie hobby, zainteresowań,</li> <li>– uczestnictwo w zorganizowanych formach rekreacji i wypoczynku.</li> </ul>
W wymiarze rozwojowym	<ul style="list-style-type: none"> <li>– działania promujące utrzymanie lub przyrost wiedzy i umiejętności,</li> <li>– adaptacja do zmian.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– poprawienie/podtrzymywanie sprawności intelektualnej i pamięci,</li> <li>– przystosowanie do zmian życiowych.</li> </ul>

Źródło: Z. Woźniak, *Starość. Bilans – zadanie – wyzwanie*. Wyd. UAM Poznań 2016, s. 151-152.

Przedstawione powyżej rezultaty badań prowadzone nad jakością życia u osób starszych wskazują, że poziom zaawansowania choroby czy braku sprawności fizycznej nie musi wpływać na obniżenie poziomu zadowolenia z własnego życia. Obiektywnej poprawie stanu zdrowia związanej z efektywnym leczeniem nie zawsze musi towarzyszyć poczucie lepszej jakości życia, podobnie jak pogorszenie stanu zdrowia nie musi oznaczać poczucia jego niskiej jakości. Jakość życia w znaczącym stopniu determinowana jest tym, jaką rolę i znaczenie człowiek starszy przypisuje swojemu dotychczasowemu życiu i obecnym w nim różnym zdarzeniom i sytuacjom, jakie ma poczucie jego sensu i wartości (Steuden, 2009, s. 95-96).

W rozważaniach nad zdefiniowaniem pojęcia jakości życia, jak i jej wymiarach wskazuje się na te kwestie, które są związane z kluczowymi aspektami stanowiącymi o jakości życia seniorów. Określenie poziomu jakości życia w najstarszej grupie społecznej wymaga spojrzenia na życie i otoczenie z ich osobistej perspektywy i dokonania oceny poczucia zgodności między ich indywidualnymi potrzebami a zasobami otoczenia. W prezentowanych koncepcjach i modelach jakości życia odnaleźć można różnorodne podejścia i poziomy uwarunkowań zewnętrznych i wewnętrznych osób starszych. Warto zastanowić się analizą i determinantami jakości życia prezentowanymi przez wybranych gerontologów.

Uwarunkowania jakości życia seniorów prezentowane przez autorów obejmują różne czynniki, do których najczęściej należą: zdrowie psychiczne i fizyczne, uwarunkowania środowiskowe, standard życia, przynależność do grupy, wsparcie społeczne, styl życia seniorów, cechy osobowe związane z radzeniem sobie w różnych sytuacjach, umiejętność przystosowania się do zmian, postawy wobec starości, zabezpieczenie materialne. Jakość życia seniorów ma zatem wymiar wieloaspektowy, na który składa się zespół wielu elementów, często wzajemnie się warunkujących.

Prowadzone badania nad jakością życia przez zagranicznych i polskich gerontologów wskazują na znaczenie oceny własnego życia właśnie w aspekcie wcześniej już wymienionych wymiarów egzystencjalnych. Ważne zatem wydaje się za S. Steuden (2009, s. 95) także to, czy osoba starsza ma poczucie sensu życia i jak ocenia realizację życiowych celów.

Analiza wielu koncepcji i modeli jakości życia skłoniła mnie do przemyśleń i podjęcia próby przeprowadzenia badań wśród najstarszej grupy społecznej. Z perspektywy zaproponowanych i przeprowadzonych przeze mnie rozważań badawczych, wydaje mi się, że poruszana przeze mnie problematyka poczucia jakości życia osób starszych jest zasadna i stanowi wartościowy materiał dla gerontologii społecznej.

## **Rozdział 4. Podstawy metodologiczne badań własnych**

Poniższy rozdział poświęciłam metodologicznej koncepcji niniejszego projektu badawczego. Proces badania naukowego oraz analiza podejmowanej przeze mnie problematyki badawczej obejmującej zagadnienia starości wskazuje na wartościową analizę zaprezentowanych w kolejnych rozdziałach wyników badań.

### **4.1. Przedmiot i cele badań**

Proces badania naukowego rozpoczyna się na ogół od określenia tematu badań, co można uznać za równoznaczne z przedstawieniem lub znalezieniem się w sytuacji problemowej (Żegnałek, 2010, s. 53). Niewątpliwie znajomość tematu badań jest według wielu metodologów warunkiem uświadomienia sobie przez badacza przedmiotu badań, który mieści się w obrębie zainteresowań danej nauki.

Wielu metodologów definiuje przedmiot badań bardzo podobnie. Według H. Muszyńskiego są to „ (...) nie tylko procesy wychowania zachodzące w skali mikro, w ramach poszczególnych instytucji oświatowo-wychowawczych, lecz także procesy zachodzące w skali makro, więc działalność całej sieci tych instytucji” (Muszyński, 1971, s. 25). A. W. Maszke przedmiot badań pedagogicznych określa jako „ (...) wszelkie obiekty, rzeczy oraz zjawiska i procesy, którym one podlegają i w odniesieniu do których formułujemy pytania badawcze” (Maszke, 2004, s. 44). Natomiast S. Nowak za przedmiot badań pedagogicznych uznaje „ (...) obiekt badań czy zjawisko, o jakim w odpowiedzi na postawione pytania chcemy sformułować twierdzenia” (Nowak, 2011, s. 30).

Podsumowując można przyjąć, że w przypadku pedagogiki „przedmiotem badań mogą być fakty, zjawiska i procesy pedagogiczne wraz z ich uwarunkowaniami oraz osoby, instytucje, placówki i organizacje zajmujące się szeroko rozumianą działalnością wychowawczą, opiekuńczą lub edukacyjną” (Żegnałek, 2010, s. 55).

W obliczu występującego w krajach europejskich zjawiska określanego jako starzenie się społeczeństw Europy XXI wieku, przedmiotem badań niniejszej dysertacji uczyniłam związek pomiędzy poczuciem jakości życia seniorów polskich i niemieckich a funkcjonowaniem systemów opieki w obu krajach.

Badania naukowe, jak każda racjonalna działalność, są podejmowane w jakimś celu. Cel wyznacza koncepcje badań oraz dobór całego instrumentarium badawczego.

W literaturze metodologicznej można mówić o trzech kategoriach celów badań, a mianowicie (Gnitecki, 2003, s. 17-19):

- **Cel poznawczy** związany głównie z opisem, wyjaśnieniem i przewidywaniem zjawisk pedagogicznych.
- **Cel teoretyczny** związany z podejmowaniem zadań teoretycznych, na przykład służących opracowaniu teoretycznego modelu zajęć dydaktyczno-wychowawczych.
- **Cel praktyczny** związany z realizacją zadań praktycznych, na przykład opracowaniem dyrektyw pedagogicznych, czyli praktycznych wskazówek kierowanych pod adresem nauczycieli, rodziców i uczniów.

W badaniach prowadzonych przeze mnie dla potrzeb opracowania pracy promocyjnej wskazane jest zatem formułowanie zarówno celów o charakterze poznawczym, praktycznym oraz teoretycznym.

**Celem poznawczym** jest diagnoza poczucia jakości życia osób starszych w Polsce i w Niemczech w kontekście systemów opieki.

**Celem teoretycznym** jest zweryfikowanie założeń dotyczących poczucia jakości życia osób starszych w Polsce i w Niemczech w kontekście systemów opieki w obu krajach.

**Celem praktycznym** jest opracowanie dyrektyw pedagogicznych dotyczących systemu opieki nad seniorami w Polsce i w Niemczech w aspekcie opieki instytucjonalnej.

## 4.2. Problemy i hipotezy badawcze

W badaniach pedagogicznych pierwszorzędą rolę odgrywają problemy badawcze. Formułowanie problemów następuje po określeniu przedmiotu i zakresu badań oraz ustaleniu tematu pracy. Wiąże się również z wcześniejszym sformułowaniem celów pracy badawczej. Po uświadomieniu sobie przedmiotu oraz celów badań nad zjawiskiem dotyczącym jakości życia osób starszych na przykładzie dwóch krajów Polski oraz Niemiec przystąpiłam do sformułowania problemów badawczych.

Problemem badawczym jest na ogół „takie pytanie, które w miarę precyzyjnie określa cel zamierzonych badań i jednocześnie ujawnia braki w dotychczasowej wiedzy

na interesujący nas temat. Problem badawczy jest zwykle uszczegółowieniem celu badań; umożliwiła bowiem dokładniejsze poznanie tego, co rzeczywiście zamierzamy badać” (Łobocki, 2007, s. 21).

Uznałam zatem, że problem naukowy (badawczy) to swoista przeszkoda lub trudność związana z poznawaniem jakości życia seniorów w społeczeństwie polskim i niemieckim. Jest ona odzwierciedleniem i uświadomieniem sobie stanu naszej niewiedzy w określonej dziedzinie (Żegnałek, 2010, s. 58).

Koncepcja badań nad jakością życia seniorów w społeczeństwie polskim i niemieckim wymaga sformułowania problemu badawczego, czyli pytania na które odpowiedź chciałabym uzyskać na drodze badań naukowych. W niniejszej koncepcji przyjąłam następujący układ problemów badawczych:

### **Problem główny:**

**Czy występują, a jeśli tak, to jakie różnice w poczuciu jakości życia badanych seniorów polskich i niemieckich w kontekście funkcjonowania w obu krajach systemów opieki?**

Główny problem badawczy został uszczegółowiony w postaci następujących problemów (pytań):

1. Jak jest poczucie jakości życia seniorów polskich i niemieckich?
2. Jaka jest specyfika systemu opieki nad seniorami w Polsce i w Niemczech?
3. Jaki istnieje związek pomiędzy poczuciem jakości życia seniorów polskich i niemieckich a funkcjonowaniem systemów opieki w obu krajach?

Aby rozwiązać powyższe problemy badawcze, należy dążyć do uzyskania odpowiedzi na następujące pytania szczegółowe:

### **Do problemu pierwszego:**

1. Jaka jest samoocena stanu zdrowia seniorów polskich i niemieckich?
2. Jak jest zadowolenie z życia seniorów polskich i niemieckich?
3. Jakie są plany życiowe seniorów polskich i niemieckich?
4. Jak jest postrzeganie swojego miejsca w społeczeństwie przez seniorów polskich i niemieckich?
5. Jakie są formy aktywności społecznej, edukacyjnej i kulturalnej osób starszych w Polsce i w Niemczech?

Do problemu drugiego:

1. W jaki sposób badani oceniają system opieki nad seniorami w Polsce i w Niemczech?
2. W jaki sposób badani oceniają funkcjonowanie ośrodków opieki, w których przebywają?
3. Jakie są oczekiwania badanych odnośnie podmiotów odpowiedzialnych za zapewnienie im opieki?

Do problemu trzeciego:

1. Czy i jaki istnieje związek pomiędzy poziomem poczucia jakości życia osób starszych a ich oceną systemu opieki nad seniorami?
2. Czy i jaki istnieje związek pomiędzy poziomem poczucia jakości życia osób starszych a oceną funkcjonowania ośrodków opieki, w których przebywają?
3. Czy i jaki istnieje związek pomiędzy poczuciem jakości życia osób starszych a ich oczekiwaniami wobec podmiotów odpowiedzialnych za zapewnienie im opieki?

Istotną sprawą w formułowaniu przeze mnie problemów badawczych było to, aby problemy szczegółowe były ściśle powiązane z problemem głównym, stanowiły podstawę do budowania odpowiednich hipotez, służyły rozwiązaniu założonych problemów oraz były możliwe do rozwiązania za pomocą określonych metod, technik i narzędzi badawczych. Z dobrze postawionego problemu powinna więc jasno wynikać hipoteza (lub hipotezy) badacza, jako odpowiedź na pytanie zawarte w problemie (Brzeziński, 2004, s. 225; Brzeziński, 2019, s. 58).

Wielu metodologów dzieli hipotezy na teoretyczne i robocze. Według T. Pilcha podział ten ma swoje uzasadnienie w przypadku badań szczególnie wyspecjalizowanych, zespołowych i prowadzonych na wielkich populacjach (Pilch, 1998, s. 27).

Hipoteza robocza ukazuje często zachodzące relacje między badanymi zmiennymi, a niekiedy także określa ich właściwości. Najogólniej można powiedzieć, że jest ona spodziewanym przez badacza wynikiem zaplanowanych badań.

W odniesieniu do problemu głównego przyjęłam następującą **hipotezę główną**:

*Zakładam, że istnieją różnice w poczuciu jakości życia badanych seniorów polskich i niemieckich w kontekście funkcjonowania w obu krajach systemów opieki.*

Uważam, że poziom poczucia jakości życia badanych seniorów w Niemczech będzie wyższy w stosunku do badanych seniorów w Polsce, co wynika przede wszystkim ze sprawniejszego funkcjonowania systemu opieki nad seniorami w Niemczech (Kocot, Wróblewska, Błaszczuk, 2012).

Zgodnie z przyjętymi zasadami w badaniach pedagogicznych nie formułuję hipotez do problemów badawczych mających charakter diagnostyczny, a jedynie do pytań badawczych dotyczących zależności między analizowanymi zmiennymi. W tym przypadku nie zachodzi konieczność formułowania hipotez i jak twierdzą niektórzy metodolodzy (Łobocki, 2000, s. 28; Łobocki, 2007, s. 26; Łobocki, 2007, s. 135; Palka, 2006, s. 29), można uniknąć wywierania przez nie wpływu na końcowy wynik przeprowadzonych badań na temat właściwości (wartości) zmiennych, czyli badań diagnostycznych.

Zatem zgodnie z przyjętym założeniem do problemu trzeciego postawiłam następujące pytania (problemy) szczegółowe i sformułowałam następujące hipotezy robocze:

**Jaki istnieje związek pomiędzy poczuciem jakości życia seniorów polskich i niemieckich a funkcjonowaniem systemów opieki w obu krajach?**

1. Czy i jaki istnieje związek pomiędzy poziomem poczucia jakości życia osób starszych a ich oceną systemu opieki nad seniorami?

*Zakładam, że występuje istotna zależność między poziomem poczucia jakości życia badanych seniorów polskich i niemieckich a ich oceną funkcjonujących systemów opieki.*

Istniejący w Polsce i w Niemczech system opieki nad seniorami jest efektem realizowanej w tych krajach polityki wobec osób starszych, zgodnie z podstawami prawnymi opieki nad ludźmi starszymi, rodzajami i formami tej opieki oraz systemie kształcenia personelu opiekuńczego nad osobami starszymi w Polsce i w Niemczech. Domnimam, że system opieki w Niemczech jest bardziej rozbudowany niż w Polsce, a poziom poczucia jakości życia osób starszych w Niemczech będzie nieznacznie

wyższy w porównaniu z badanymi seniorami w Polsce (Statistisches Bundesamt, Ältere Menschen in Deutschland und der EU, 2016, s. 46).

2. Czy i jaki istnieje związek pomiędzy poziomem poczucia jakości życia osób starszych a oceną funkcjonowania ośrodków opieki, w których przebywają?

***Zakładam, że istnieje istotny związek pomiędzy poziomem poczucia jakości życia osób starszych a oceną funkcjonowania ośrodków opieki, w których przebywają seniorzy.***

Ocena funkcjonowania ośrodków dla seniorów w Polsce i w Niemczech będzie zależna od indywidualnego spostrzegania przez badanych poziomu zabezpieczenia realizacji własnych potrzeb. Wydaje się, że potrzeby seniorów w Niemczech będą lepiej zabezpieczane w stosunku do seniorów w Polsce (Kępski, 2003, s. 267; Dyczewski, 2003, s. 176; de Walden-Gałuszko, Majkiewicz, 2001; Harwas-Napierała, 2001; Błędowski, 2017).

3. Czy i jaki istnieje związek pomiędzy poczuciem jakości życia osób starszych a ich oczekiwaniami wobec podmiotów odpowiedzialnych za zapewnienie im opieki?

***Zakładam, że występuje zależność pomiędzy poczuciem jakości życia osób starszych w Polsce i w Niemczech a ich oczekiwaniami wobec podmiotów odpowiedzialnych za zapewnienie im opieki.***

Oczekiwania te będą wyższe w grupie osób starszych w Niemczech. Obecny standard usług oferowany przez polskie ustawodawstwo dotyczące potrzeb seniorów oraz warunków funkcjonowania placówek opiekuńczych przeznaczonych dla tej grupy użytkowników nie w pełni zabezpiecza odpowiedni poziom ich potrzeb (Bielak, 2011).

### **4.3. Zmienne i wskaźniki**

Drugi etap procesu badawczego związany jest z wyłonieniem przez badacza zmiennych i wskaźników, bez których niemożliwy byłby wszelki rozsądny pomiar badanych faktów, zjawisk, zdarzeń. One to właśnie czynią taki pomiar w pełni możliwym i realnym.



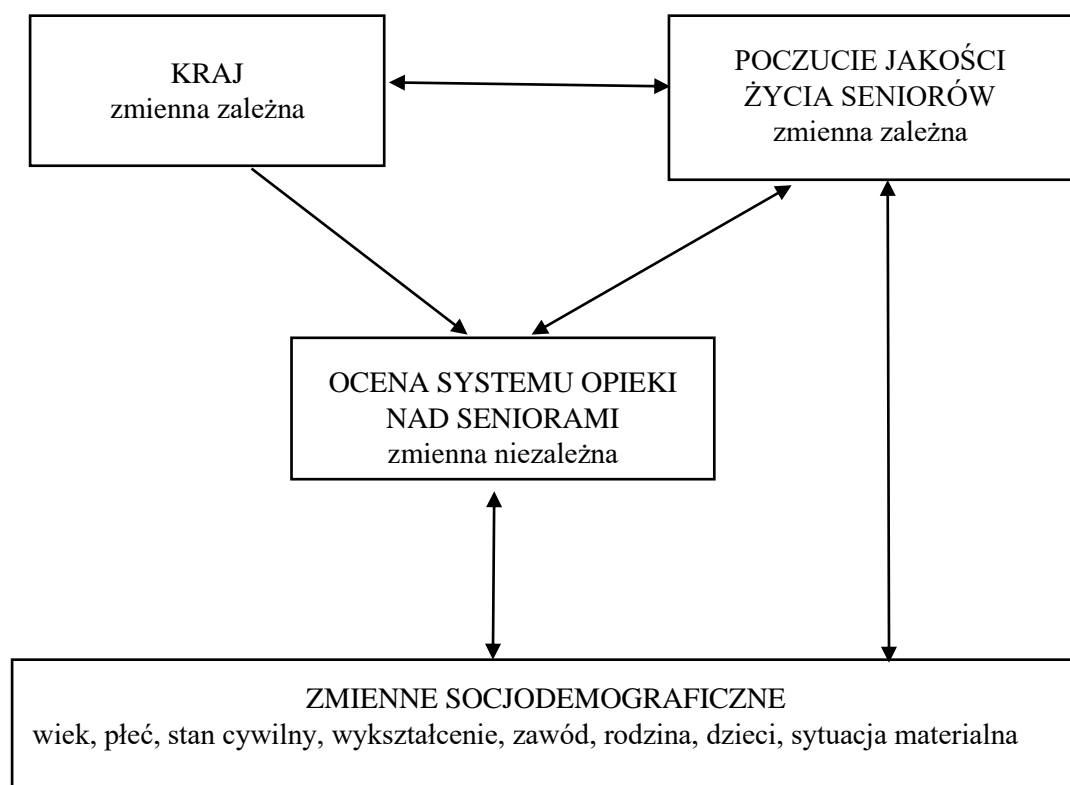
Zmienne w badaniach naukowych są próbą uszczegółowienia głównego ich przedmiotu, czyli problemów badawczych, jakie zamierza się rozwiązać i hipotez roboczych, jakie pragnie się potwierdzić lub odrzucić. Są nimi zazwyczaj podstawowe cechy, symptomy, przejawy charakterystyczne dla badanego faktu, zjawiska czy procesu albo też różnego rodzaju czynniki będące ich przyczyną lub skutkiem. Każda ze zmiennych przyjmuje różne wartości (Łobocki, 2007, s. 139).

Pojęcia „zmiennych” i „wskaźników” pozostają zatem w bliskim związku z problemem i hipotezą badawczą.

W badaniach pedagogicznych najczęściej wykorzystywana jest klasyfikacja zmiennych zbudowana na podstawie kryterium związku badanej zmiennej z innymi zmiennymi. Są to: zmienne zależne, zmienne niezależne (Żegnałek, 2010, s. 74).

Oprócz zmiennych niezależnych i zależnych dużą wagę w badaniach naukowych przywiązuje się także do zmiennych pośredniczących.

Poniżej przedstawiam sformułowany przeze mnie model, według którego analizowane będą zależności między wybranymi zmiennymi (Wykres 3).



**Wykres 3. Model zależności między analizowanymi zmiennymi**

Źródło: Opracowanie własne.

W założeniu modelowym połączyłam dwie grupy zmiennych zależnych: psychospołeczną jakość życia i psychofizjologiczną jakość życia w jedną zmienną – poczucie jakości życia.

Na jakość życia w wymiarze psychospołecznym składają się następujące wskaźniki: samoocena stanu zdrowia, zadowolenie z życia, plany życiowe, postrzeganie swojego miejsca w społeczeństwie, aktywność społeczna, edukacyjna i kulturalna. Na jakość życia w wymiarze psychofizjologicznym składają się wskaźniki: funkcjonowanie fizyczne, zdrowie psychiczne. Odniesienia do systemu opieki nad osobami starszymi zoperacjonalizowałam biorąc pod uwagę trzy wskaźniki: ocena systemu opieki nad seniorami, ocena badanych dotyczących pobytu w ośrodkach opieki oraz oczekiwania badanych wobec podmiotów odpowiedzialnych za zapewnienie im opieki.

**Tabela 15. Operacjonalizacja zmiennych**

Zmienna	Wskaźnik	Narzędzie	Źródło
Jakość życia w wymiarze psychofizjologicznym	Zdrowie fizyczne, Zdrowie psychiczne.	SF-36	J.E. Ware, K.K. Snow, M. Kosinski, B. Gandek, <i>SF-36 Health Survey. Manual and Interpretation Guide</i> , The Health Institute, New England Medical Center, Boston, Massachusetts, 1993.
Poczucie jakości życia w wymiarze psychospołecznym	Samoocena stanu zdrowia, Zadowolenie z życia, Plany życiowe, Postrzeganie swojego, miejsca w społeczeństwie, Aktywność społeczna, edukacyjna i kulturalna.	Kwestionariusz	<i>Kwestionariusz Wywiadu Dla Seniorów</i> /autorstwo własne/
System opieki nad seniorami	Ocena systemu opieki nad seniorami, Ocena badanych dotyczących pobytu w ośrodkach opieki, Oczekiwania badanych wobec podmiotów odpowiedzialnych za zapewnienie im opieki.	Kwestionariusz	<i>Kwestionariusz Wywiadu Dla Seniorów</i> /autorstwo własne/
Zmienne socjodemograficzne	Kraj, wiek, płeć, stan cywilny, wykształcenie zawód, rodzina, dzieci, sytuacja materialna.	Kwestionariusz	<i>Kwestionariusz Wywiadu Dla Seniorów</i> /autorstwo własne/

Źródło: Opracowanie własne.

Ze względu na komparatystyczny charakter analizy pracy badawczej jako zmienną różnicującą przyjąłam kraj zamieszkania respondenta/respondentki. Dodatkowo w badaniach wykorzystałam zmienne socjodemograficzne: wiek, płeć, stan cywilny, wykształcenie, zawód, rodzina, dzieci, sytuacja materialna.

Wskaźnik natomiast, jak sugeruje nazwa, powinien wskazywać coś, co da się zaobserwować. Bez nich szczególnie badania ilościowe w pedagogice skazane byłyby na znaczną powierzchowność i ogólnikowość, a tym samym na nienadążanie za wymaganiami metodologicznymi stawianymi tego rodzaju badaniom (Łobocki, 2007, s. 34).

Wskaźnikami analizowanych zmiennych będą wyniki uzyskane w poszczególnych narzędziach badawczych, wyrażone w liczbach bezwzględnych lub odsetkach określających ich natężenie. Ich szczegółowa charakterystyka i możliwości pomiaru zostały przedstawione w poniższym opisie metod, technik i narzędzi badawczych.

#### **4.4. Metody, techniki i narzędzia badawcze**

Istotnym dopełnieniem problemów metodologicznych są różnego rodzaju metody i techniki badawcze, czyli określone sposoby postępowania badawczego.

Przez pojęcie „metoda badań” rozumie się powtarzalny i skuteczny sposób rozwiązywania ogólnego problemu badawczego bądź jako „zespół teoretycznie uzasadnionych zabiegów koncepcyjnych i instrumentalnych obejmujących najogólniej całość postępowania badacza, zmierzającego do rozwiązania określonego problemu naukowego” (Pilch, 1998, s. 42).

Poszczególnym metodom odpowiadają określone techniki badawcze. Zdaniem M. Łobockiego, metody i techniki badawcze nie wykluczają się, a raczej się uzupełniają. Techniki badawcze bowiem „są bliżej skonkretyzowanymi sposobami realizowania zamierzonych badań” (Łobocki, 2007, s. 42).

W badaniach pedagogicznych mogą być wykorzystywane różne metody i techniki badań naukowych. Przy badaniu jakości życia seniorów w Polsce i Niemczech do zebrania materiału empirycznego posłużyć się metodą sondażu diagnostycznego.

Metoda sondażu diagnostycznego według T. Pilcha jest „sposobem gromadzenia wiedzy o atrybutach strukturalnych i funkcjonalnych oraz dynamice zjawisk

społecznych i poglądach wybranych zbiorowości, nasilaniu się i kierunkach rozwoju określonych zjawisk i wszelkich innych zjawiskach instrumentalnie niezlokalizowanych – posiadających znaczenie wychowawcze – w oparciu o specjalnie dobraną grupę reprezentującą populację generalną, w której badane zjawisko występuje” (Pilch, 1998, s. 51).

W ramach tej metody wykorzystałam technikę wywiadu oraz następujące narzędzia badawcze:

- **Kwestionariusz wywiadu dla seniorów**, składający się łącznie z 41 pytań, w tym 28 zamkniętych, 10 półotwartych i 3 pytań otwartych.

W kwestionariuszu wywiadu na język pytań przełożone zostały wszystkie elementy problemów badawczych i hipotez roboczych. Kwestionariusz wywiadu zawiera pytania zamknięte, półotwarte i otwarte. Obejmuje pytania dotyczące czynników demograficzno-społecznych: kraj, płeć, wiek, stan cywilny, wykształcenie, status zawodowy, status rodzinny, status materialny. Pytania merytoryczne dotyczą: czasu i przyczyn pobytu w ośrodku, sytuacji rodzinnej, relacji w rodzinie i przyjaciółmi, sytuacji zdrowotnej i możliwości korzystania z opieki medycznej, zadowolenia z pobytu w ośrodku i warunków bytowych, aktywności społecznej, edukacyjnej i kulturalnej organizowanej przez ośrodek, rozumienia pojęcia jakości życia i zadowolenia z jakości swojego życia, postrzegania swojego miejsca w społeczeństwie, usług w obszarze pomocy i wsparcia, oceny systemu opieki w kraju, oczekiwań wobec podmiotów odpowiedzialnych za zapewnienie opieki, formułowanych planów życiowych.

- **Kwestionariusz oceny jakości życia SF-36**, przeznaczony jest do subiektywnej oceny jakości życia badanych w powiązaniu ze stanem zdrowia. Składa się z 11 pytań zawierających 36 stwierdzeń. W tejże pracy uwzględniłam dwa wskaźniki funkcjonowania seniorów polskich i niemieckich odnoszących się do funkcjonowania fizycznego i zdrowia psychicznego.

W celu udzielenia odpowiedzi na postawione pytania badawcze i weryfikacji postawionych hipotez dokonałam analizy statystyk opisowych, testy *t* Studenta dla prób niezależnych (a w przypadku niespełnienia wymogów do jego zastosowania dodatkowo test Manna-Whitney’a, za pomocą którego sprawdziłam, czy istnieją istotne statystycznie różnice pomiędzy seniorami z Niemiec i z Polski w zakresie zmiennych porządkowych), serię korelacji *tau-b* Kendalla oraz szereg testów *chi* kwadrat niezależności. W przypadku ostatniego z wymienionych testów w ramach porównań

proporcji post-hoc wykorzystałam zarówno test Z porównujący proporcje kolumn oraz wyliczyłam standaryzowane i skorygowane reszty, które porównywałam do wartości bezwzględnej 1,96, przy której przekroczeniu wnioskować można było o istotnych statystycznie różnicach między wartością oczekiwaną a obserwowaną. Za poziom istotności w niniejszym opracowaniu uznałam  $\alpha = 0,05$ , wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic lub zależności.

Analizę statystyczną przeprowadziłam przy pomocy pakietu IBM SPSS Statistics w wersji 28.

#### **4.5. Charakterystyka terenu badań i badanej populacji**

Przed przystąpieniem do badań właściwych badacz powinien określić, gdzie będą prowadzone badania i kto zostanie nimi objęty, czyli teren badań i próbę badawczą.

Wybór terenu badań powinien zależeć od tego, czy umożliwia on poprawne przeprowadzenie badań, a więc czy występują tam cechy i wskaźniki, które muszą być zbadane oraz czy jest on dostępny dla badacza. Należy najpierw wstępnie określić, gdzie występują zjawiska i procesy stanowiące przedmiot badań, a dopiero później zdecydować o konkretnym miejscu badania (Żegnałek, 2010, s. 82).

Wybór terenu badań to dopiero część zadania. Ma on najczęściej do czynienia z bardzo liczną zbiorowością, której z przyczyn technicznych i czasowych nie jest się w stanie przebadać. Należy wówczas wyodrębnić grupy jednostek, które będą reprezentować całość. Całość grupy stanowiącej przedmiot moich zainteresowań nazywa się populacją generalną. Tę część populacji generalnej stanowią seniorzy przebywający w ośrodkach opieki w Polsce i w Niemczech.

Za teren badań w tym znaczeniu przyjąłam województwo zachodniopomorskie i lubuskie na terenie Polski oraz kraj związkowy (Land) Bawaria na terenie Niemiec.

W województwie zachodniopomorskim wybrałam w sposób losowy: ośrodki opieki nad seniorami w powiatach: koszalińskim (Gmina Miasto Koszalin, Gmina Mielno) oraz wałeckim (Gmina Wałcz).

W województwie lubuskim wybrałam w sposób losowy: ośrodki opieki nad seniorami w powiatach: żarskim (Gmina Żary oraz Gmina Lubsko).

W kraju związkowym Bawaria (Mittelfranken, Unterfranken, Oberfranken) wybrałam w sposób losowy: ośrodki opieki nad seniorami położone w Niederbayern,

w następujących miastach i miejscowościach: Nürnberg, Würzburg, Haßfurt, Fürth, Stein, Forchheim, Herzogenaurach. Wybór taki równoznaczny był z wyborem kompleksu zagadnień oraz układów społecznych w instytucjach opieki nad seniorami występujących na tym terytorium i stanowiących jednocześnie przedmiot moich zainteresowań badawczych.

**Tabela 16. Dane o respondentach w Polsce**

Powiat/Gmina objęta badaniem w Polsce	Liczba seniorów w ośrodku ogółem	Liczba badanych seniorów w ośrodku
Koszaliński Gmina Miasto Koszalin Dom Pomocy Społecznej „Zielony Taras”	88	40
Koszaliński Gmina Cetuń Dom Pomocy Społecznej	80	7
Koszaliński Gmina Mielno Dom Pomocy Społecznej	80	15
Wałecki Gmina Wałcz Dom Pomocy Społecznej	60	15
Żarski Gmina Żary Dom Pomocy Społecznej	65	6
Żarski Gmina Lubusko Dom Pomocy Społecznej	135	17
<b>OGÓLEM</b>	<b>508</b>	<b>100</b>

Źródło: Opracowanie własne.

**Tabela 17. Dane o respondentach w Niemczech**

Powiat Miasto objęte badaniem w Niemczech	Liczba seniorów w ośrodku ogółem	Liczba badanych seniorów w ośrodku
Mittelfranken Miasto Nürnberg Wohn- und Pflegezentrum Ludwigstor	75	11
Mittelfranken Miasto Nürnberg Seniorenstift Theresias	95	31
Unterfranken Miasto Würzburg Seniorenwohnzentrum Ludwigshof	66	12
Unterfranken - Miasto Haßfurt Seniorenwohnzentrum Unteres Tor	70	7
Mittelfranken - Miasto Fürth Wohn- und Pflegezentrum Südpark Charleston	88	10
Mittelfranken - Miasto Stein Wohn- und Pflegezentrum Spectrum Stein	78	1
Oberfranken Miasto Forchheim Wohn- und Pflegezentrum Jahnpark	54	12
Mittelfranken - Miasto Herzogenaurach SLW Altenhilfe Liebfrauenhaus	88	15
<b>OGÓLEM</b>	<b>614</b>	<b>100</b>

Źródło: Opracowanie własne.

Wybór terenu badań i badanej populacji miał charakter losowy oraz celowy. Celowo dobrałam badanych w wieku senioralnym oraz teren badań: Polska i Niemcy, zaś losowo wybrałam instytucje opieki nad seniorami oraz respondentów. Kryterium doboru celowego stanowi wiek seniorów i wskazanie jednostek populacji w ośrodkach

opieki, które zostały włączone do badań oraz dostarczyły optymalnych informacji z punktu widzenia celu badania.

Badaniami objęłam łącznie 200 seniorów z ośrodków opieki, z czego liczba badanych seniorów w Polsce stanowi – 100, w Niemczech – 100.

Osoby do badań zostały wybrane w sposób losowy spośród seniorów zamieszkujących instytucje opieki w badanym terenie. Są to seniorzy – mieszkańcy instytucji opieki w dwóch krajach europejskich, w następujących okresach starości (Kuś, Szwed, 2012; Szatur-Jaworska, 2000):

- okres wczesnej starości 60-69 lat;
- okres przejściowy 70-74 lata;
- okres zaawansowanej starości 75-84 lata;
- okres starości późnej powyżej 85 lat.

Poniżej prezentuję rozkład wiekowy seniorów z uwzględnieniem powyższych okresów starości dla badanej grupy seniorów z Polski i z Niemiec.

W grupie polskich seniorów dominują liczebnie osoby z kategorii wiekowej 60-69 lat (25,0% vs 6,0% w niemieckich ośrodkach). W niemieckich ośrodkach dominują liczebnie seniorzy z grupy wiekowej powyżej 85 lat (49,0% vs 25,0% w polskich ośrodkach).

Ujęcie struktury wiekowej badanych seniorów polskich i niemieckich wskazuje, że są one względnie podobne w trzeciej kategorii wiekowej, to jest od 75 do 84 lat życia i odmienne w grupie wiekowej powyżej 85. lat życia. W polskiej grupie seniorów w najstarszej grupie wiekowej notuje się obniżenie liczebności osób do 25,0%, natomiast w niemieckiej grupie seniorów najwyższy odsetek liczebności osób – 49,0%. W grupie niemieckich seniorów można zauważyć narastający wzrost liczebności: od 6,0% w przedziale wiekowym 60-69 lat do 49,0% w przedziale wiekowym powyżej 85 lat. W polskiej grupie najstarszych seniorów liczebność obniża się do 25,0% przyjmując poziom grupy wejściowej.

Sprawdziłam ponadto, jak badani seniorzy z dwóch badanych krajów różnią się pod względem mierzonych zmiennych socjodemograficznych. Pierwsza analiza z wykorzystaniem testu chi kwadrat niezależności pokazała, że występuje istotna statystycznie zależność między krajem a wiekiem badanych seniorów. Obserwowany związek, który jest związkiem umiarkowanie silnym wskazuje na to, że w grupie



badanych seniorów z Niemiec znalazło się więcej starszych osób w porównaniu do grupy badanych seniorów z Polski.

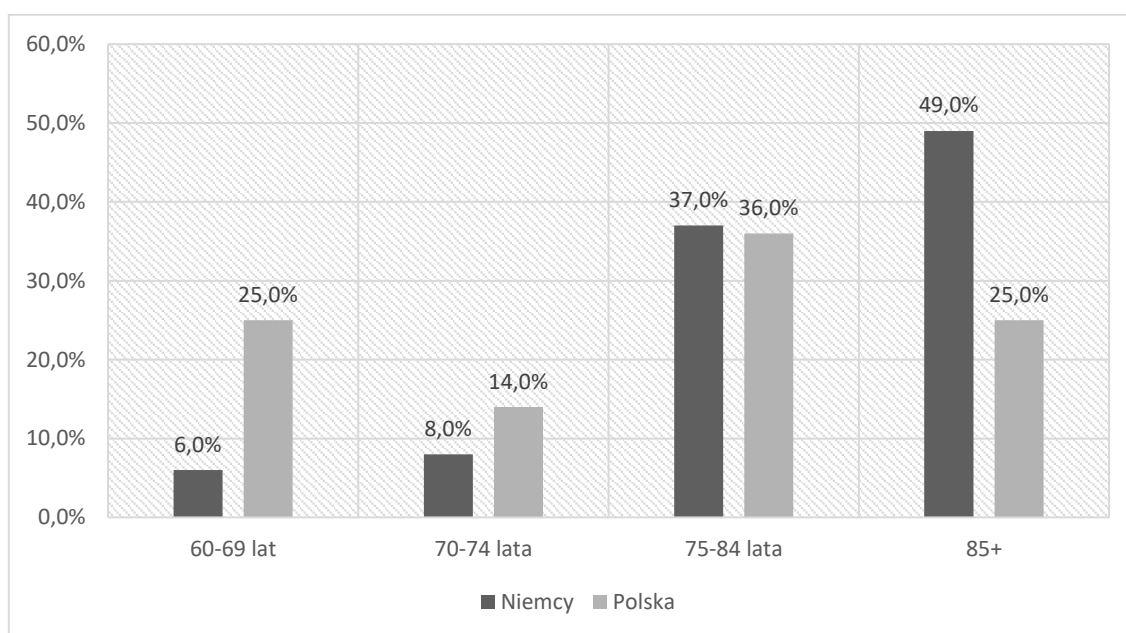
Zbiornicze wyniki liczebności w każdej grupie wiekowej wraz z rezultatem testu chi kwadrat prezentuje Tabela 18, z kolei Wykres 4 stanowi ilustrację porównywanych odsetków między grupą polską i niemiecką.

**Tabela 18. Rozkład wiekowy seniorów z polskich i niemieckich ośrodków opieki**

Kategorie wiekowe		Kraj		$\chi^2$	<i>p</i>	<i>V</i> <sub>Kramera</sub>
		Niemcy	Polska			
<b>60-69 lat</b>	<i>N</i>	6 <sub>a</sub>	25 <sub>b</sub>	21,08	<0,001	0,32
	%	6,0%	25,0%			
	Reszta	-3,7	3,7			
<b>70-74 lata</b>	<i>N</i>	8 <sub>a</sub>	14 <sub>a</sub>			
	%	8,0%	14,0%			
	Reszta	-1,4	1,4			
<b>75-84 lata</b>	<i>N</i>	37 <sub>a</sub>	36 <sub>a</sub>			
	%	37,0%	36,0%			
	Reszta	0,1	-0,1			
<b>85+</b>	<i>N</i>	49 <sub>a</sub>	25 <sub>b</sub>			
	%	49,0%	25,0%			
	Reszta	3,5	-3,5			

*Uwaga: liczebności niepodzielające indeksu literowego różnią się istotnie statystycznie na poziomie  $p < 0,05$  (test Z dla proporcji kolumn)*

Źródło: Badania własne.



**Wykres 4. Odsetek seniorów z Niemiec i z Polski w każdej z grup wiekowych**

Źródło: Badania własne.

Poniżej przedstawiam rozkład płci seniorów w polskich i niemieckich ośrodkach. W obu badanych grupach zdecydowanie najliczniejszą grupę stanowią kobiety, z czego w niemieckich ośrodkach stanowią aż 76,8% i przeważają nad grupą polskich kobiet – 55,0%. Proporcje mężczyzn są odwrotne – w polskiej grupie występuje 45,0% mężczyzn, zaś w grupie niemieckiej 23,2% mężczyzn.

Wykonałam kolejny test chi kwadrat w celu sprawdzenia czy rozkład płci w obu porównywanych krajach był podobny. W badaniach określiłam związek między krajem a płcią: chi-kwadrat Pearsona (1) = 10,48;  $p = 0,001$ . Tym razem również uzyskałam wynik istotny statystycznie, a co za tym idzie, można uznać, że między krajem i płcią występuje istotna statystycznie zależność.

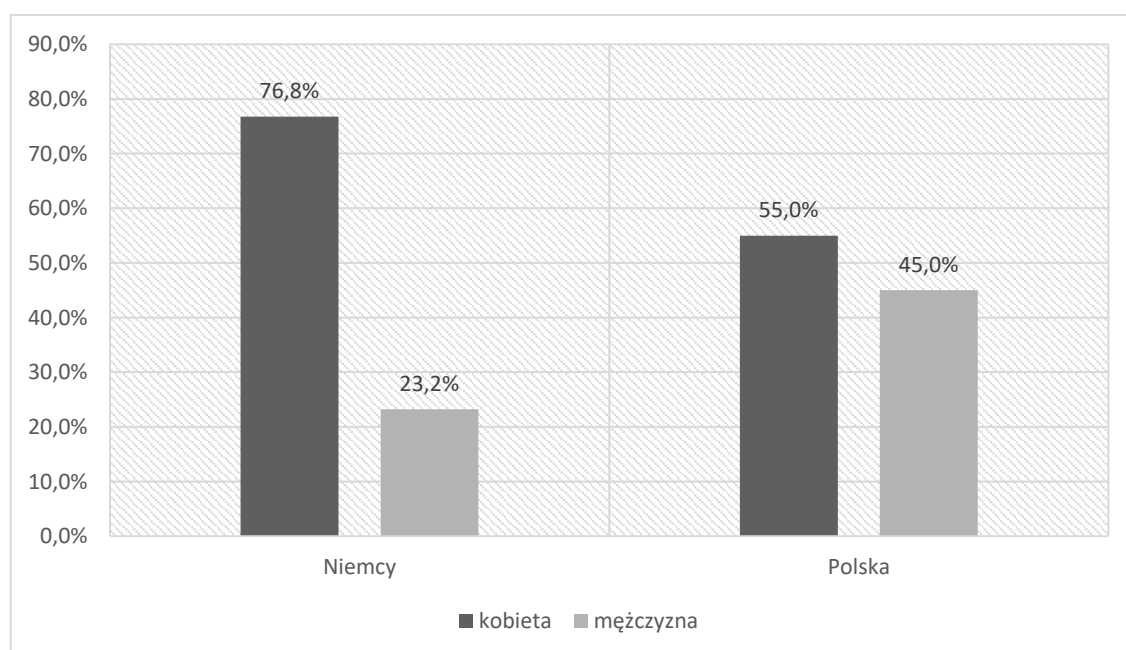
Wyliczone liczebności pokazują, że choć w obu grupach było więcej kobiet niż mężczyzn, to w grupie seniorów z Niemiec przewaga ta była istotnie większa. Różnicę w rozkładach można uznać jednak za stosunkowo słabą, na co wskazuje miara siły związku phi Youle'a.

**Tabela 19.** Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a ich płcią

Płeć	Kraj		$\chi^2$	p	Phi	
	Niemcy	Polska				
<b>Kobieta</b>	N	76 <sub>a</sub>	55 <sub>b</sub>	10,48	0,001	0,23
	%	76,8%	55,0%			
	Reszta	3,2	-3,2			
<b>Mężczyzna</b>	N	23 <sub>a</sub>	45 <sub>b</sub>	10,48	0,001	0,23
	%	23,2%	45,0%			
	Reszta	-3,2	3,2			

Uwaga: liczebności niepodzielające indeksu literowego różnią się istotnie statystycznie na poziomie  $p < 0,05$  (test Z dla proporcji kolumn)

Źródło: Badania własne.



**Wykres 5.** Odsetek seniorów płci męskiej i żeńskiej z Niemiec i z Polski

Źródło: Badania własne.

Rozkład stanu cywilnego seniorów z polskich i niemieckich ośrodków wskazuje poniższa Tabela nr 20 i Wykres nr 6, gdzie zarówno w grupie polskiej jak i niemieckiej

dominują wdowy i wdowcy: 68,7 % w grupie niemieckiej. 57% w grupie polskiej. Można zatem zauważyć, że rozkłady stanu cywilnego seniorów w obu krajach są porównywalne. Można wskazać, że grupa polskich panien i kawalerów tworzy (14,0%) i jest dwukrotnie bardziej liczna, niż grupa niemiecka (7,0%). Występuje także różnica między liczebnością polskich (19,0%) i niemieckich osób rozwiedzionych (12,1%).

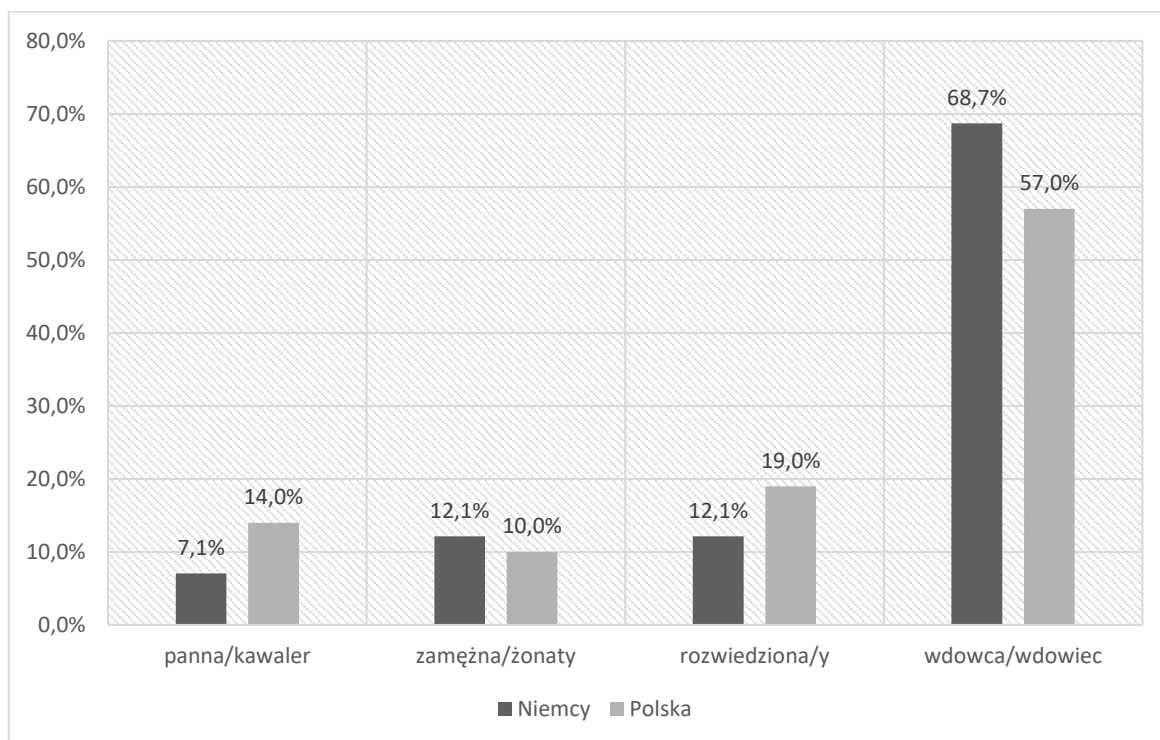
Ponownie przy użyciu testu chi kwadrat niezależności sprawdziłam, czy pomiędzy krajem zamieszkania a stanem cywilnym seniorów zachodzi istotny statystycznie związek. Tym razem wynik testu okazał się być nieistotny statystycznie, a co za tym idzie, zależność nie występuje. Stan cywilny badanych seniorów, bez względu na kraj zamieszkania był w zbliżonym odsetku.

**Tabela 20. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a ich stanem cywilnym**

		Kraj		$\chi^2$	<i>p</i>	<i>V</i> <sub>Kramera</sub>	
		Niemcy	Polska				
<b>Stan cywilny</b>	<b>panna/kawaler</b>	N	7 <sub>a</sub>	14 <sub>a</sub>	5,06	0,168	0,16
		%	7,1%	14,0%			
		Reszta	-1,6	1,6			
	<b>zamężna/zonaty</b>	N	12 <sub>a</sub>	10 <sub>a</sub>			
		%	12,1%	10,0%			
		Reszta	0,5	-0,5			
	<b>rozwiedziona/y</b>	N	12 <sub>a</sub>	19 <sub>a</sub>			
		%	12,1%	19,0%			
		Reszta	-1,3	1,3			
	<b>wdowca/wdowiec</b>	N	68 <sub>a</sub>	57 <sub>a</sub>			
		%	68,7%	57,0%			
		Reszta	1,7	-1,7			

*Uwaga: liczebności niepodzielające indeksu literowego różnią się istotnie statystycznie na poziomie  $p < 0,05$  (test Z dla proporcji kolumn)*

Źródło: Badania własne.



**Wykres 6. Odsetek seniorów z Niemiec i z Polski w zależności od stanu cywilnego**

Źródło: Badania własne.

Dokonując charakterystyki badanych grup, nasunęła się konieczność poznania wykształcenia seniorów. Uzyskane dane dotyczące wykształcenia badanych seniorów, a także związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a ich wykształceniem przedstawiam poniżej.

**Tabela 21. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a ich wykształceniem**

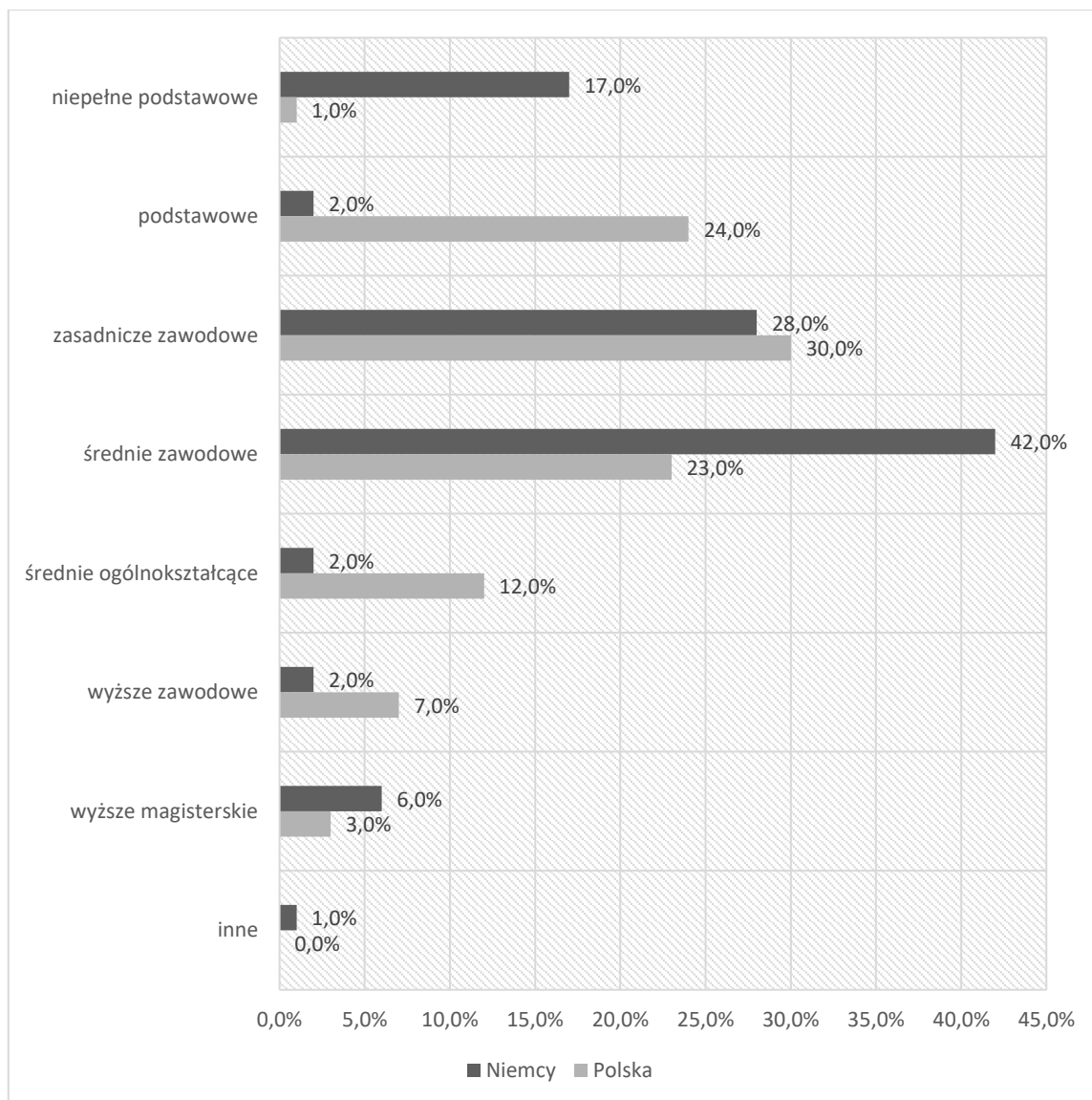
		Kraj		$\chi^2$	<i>p</i>	<i>V</i> <sub>Kramera</sub>
		Niemcy	Polska			
Wykształcenie	N	17 <sub>a</sub>	1 <sub>b</sub>			
	%	17,0%	1,0%			
	Reszta	4,0	-4,0	50,38	<0,001	0,5

<b>podstawowe</b>	N	2 <sub>a</sub>	24 <sub>b</sub>
	%	2,0%	24,0%
	Reszta	-4,6	4,6
<b>zasadnicze zawodowe</b>	N	28 <sub>a</sub>	30 <sub>a</sub>
	%	28,0%	30,0%
	Reszta	-0,3	0,3
<b>średnie zawodowe</b>	N	42 <sub>a</sub>	23 <sub>b</sub>
	%	42,0%	23,0%
	Reszta	2,9	-2,9
<b>średnie ogólnokształcące</b>	N	2 <sub>a</sub>	12 <sub>b</sub>
	%	2,0%	12,0%
	Reszta	-2,8	2,8
<b>wyższe zawodowe</b>	N	2 <sub>a</sub>	7 <sub>a</sub>
	%	2,0%	7,0%
	Reszta	-1,7	1,7
<b>wyższe magisterskie</b>	N	6 <sub>a</sub>	3 <sub>a</sub>
	%	6,0%	3,0%
	Reszta	1,0	-1,0
<b>inne</b>	N	1 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>
	%	1,0%	0,0%
	Reszta	1,0	-1,0

---

*Uwaga: liczebności niepodzielające indeksu literowego różnią się istotnie statystycznie na poziomie  $p < 0,05$  (test Z dla proporcji kolumn)*

Źródło: Badania własne.



**Wykres 7. Odsetek seniorów z Niemiec i z Polski w zależności od wykształcenia**

Źródło: Badania własne.

Istotny statystycznie okazał się być z kolei wynik testu chi kwadrat badający związek między krajem a wykształceniem seniorów, co prezentuje Tabela 21. Zestawienie liczebności procentowych obydwu grup seniorów prezentuje Wykres 7. Rozkłady procentowe wskazują, że seniorzy z Polski częściej od seniorów z Niemiec mają wykształcenie podstawowe (24,0% vs 2,0% w grupie seniorów niemieckich) oraz wykształcenie średnie ogólnokształcące (12,0% vs 2,0% w grupie seniorów niemieckich), zaś seniorzy z Niemiec niepełne podstawowe (17,0% vs 1,0% w grupie seniorów polskich) i średnie zawodowe (42,0% vs 23,0% w grupie seniorów polskich).

Zależność ta ma dość dużą siłę. W zakresie pozostałych poziomów wykształcenia brak było zróżnicowania między seniorami z Polski i z Niemiec.

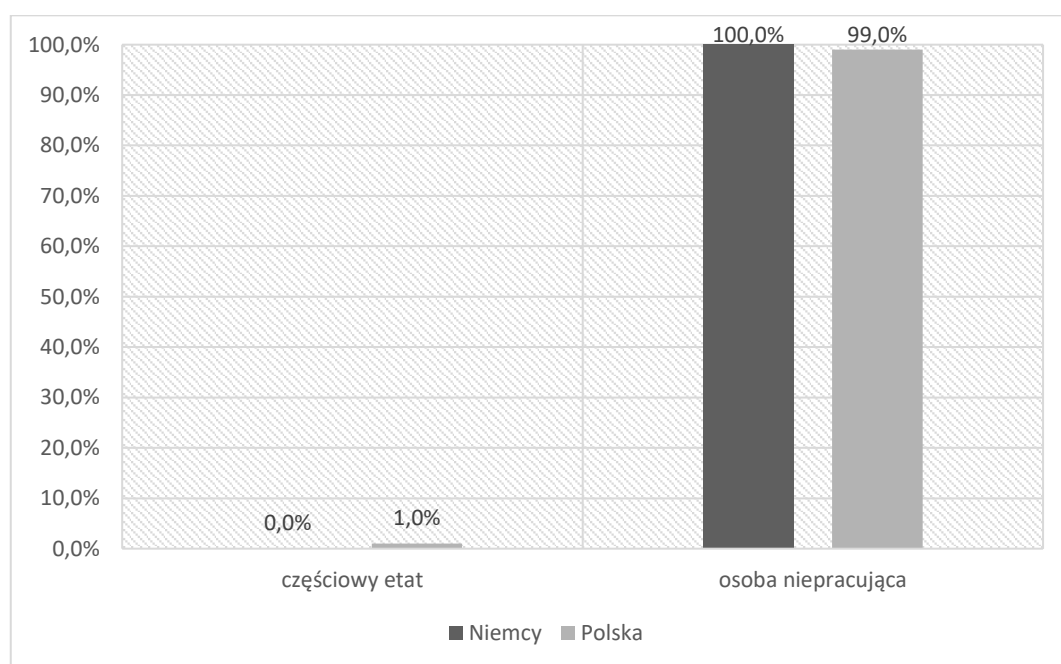
Przemiany w procesach demograficznych w krajach europejskich związane są nie tylko z liczbą i strukturą ludności, ale również z ich aktywnym procesem starzenia się i uczestnictwa w życiu społecznym i zawodowym. W tym celu sprawdziłam, czy seniorzy z Polski i z Niemiec są aktywni zawodowo i wykorzystują swój potencjał w okresie starości.

**Tabela 22. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a ich statusem zawodowym**

		Kraj		$\chi^2$	p	Phi	
		Niemcy	Polska				
<b>Status zawodowy</b>	<b>częściowy etat</b>	N	0 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	1,00	1,000	0,07
		%	0,0%	1,0%			
	Reszta	-1,0	1,0				
	<b>osoba niepracująca</b>	N	100 <sub>a</sub>	99 <sub>a</sub>			
		%	100,0%	99,0%			
	Reszta	1,0	-1,0				

*Uwaga: liczebności niepodzielające indeksu literowego różnią się istotnie statystycznie na poziomie  $p < 0,05$  (test Z dla proporcji kolumn)*

Źródło: Badania własne.



**Wykres 8. Odsetek seniorów z Niemiec i z Polski w zależności od statusu zawodowego**

Źródło: Badania własne.



Zweryfikowałam ponadto, co wskazuje Tabela 22, czy kraj zamieszkania jest powiązany ze statusem zawodowym seniorów oraz wykonałam ponownie test chi kwadrat. Niemniej jednak jego wynik okazał się nieistotny statystycznie. Wszyscy seniorzy z Niemiec oraz niemalże wszyscy seniorzy z Polski to osoby niepracujące (tylko 1% polskich seniorów określiło wykonywanie częściowej pracy zarobkowej). Część seniorów nie dysponuje już takim potencjałem pod względem fizycznym, społecznym i umysłowym, aby uczestniczyć w życiu zawodowym. Część deklaruje, że podjęłaby się dodatkowego zatrudnienia, wskazuje jednak na brak możliwości zatrudnienia ze względu na wiek.

Aby mieć pełną charakterystykę badanych grup seniorów, istotnym jest długość ich pobytu w ośrodkach opieki. Poniżej prezentuję wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a długością ich pobytu w ośrodkach opieki dla wszystkich interwałów czasowych.

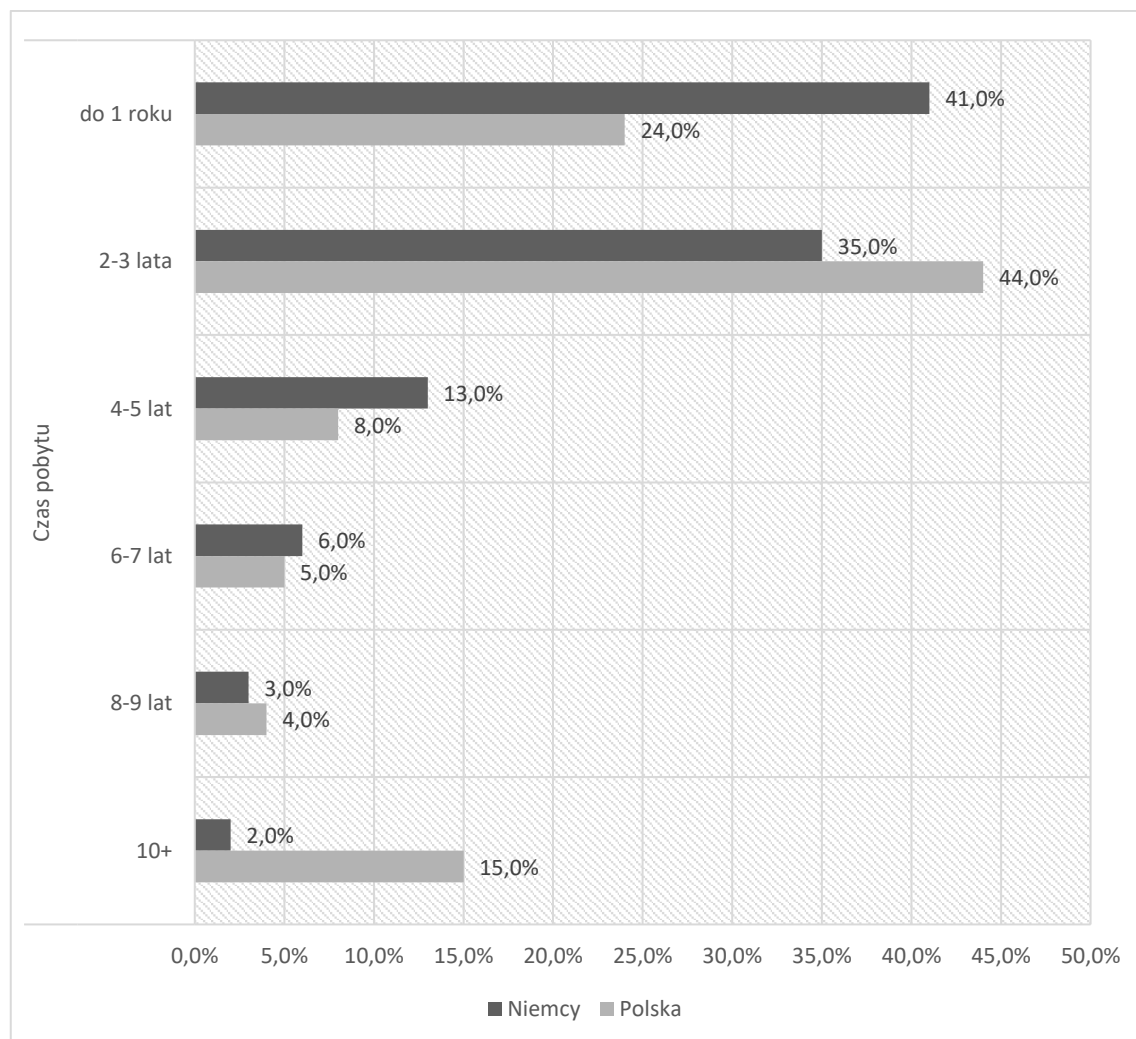
**Tabela 23. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a długością ich pobytu w ośrodku opieki**

		Kraj		$\chi^2$	<i>p</i>	<i>V</i> <sub>Kramera</sub>	
		Niemcy	Polska				
Czas pobytu	do 1 roku	N	41 <sub>a</sub>	24 <sub>b</sub>			
		%	41,0%	24,0%			
		Reszta	2,6	-2,6			
	2-3 lata	N	35 <sub>a</sub>	44 <sub>a</sub>			
		%	35,0%	44,0%			
		Reszta	-1,3	1,3			
	4-5 lat	N	13 <sub>a</sub>	8 <sub>a</sub>	16,84	0,005	0,29
		%	13,0%	8,0%			
		Reszta	1,2	-1,2			
	6-7 lat	N	6 <sub>a</sub>	5 <sub>a</sub>			
		%	6,0%	5,0%			
		Reszta	0,3	-0,3			
8-9 lat	N	3 <sub>a</sub>	4 <sub>a</sub>				
	%	3,0%	4,0%				
	Reszta	-0,4	0,4				

	N	2 <sub>a</sub>	15 <sub>b</sub>
<b>10+</b>	%	2,0%	15,0%
	Reszta	-3,3	3,3

Uwaga: liczebności niepodzielające indeksu literowego różnią się istotnie statystycznie na poziomie  $p < 0,05$  (test Z dla proporcji kolumn)

Źródło: Badania własne.



**Wykres 9. Odsetek seniorów z Niemiec i z Polski w zależności od długości pobytu w ośrodku opieki**

Źródło: Badania własne.

Przeprowadziłam analizę obejmującą związek pomiędzy krajem zamieszkania seniorów a długością ich pobytu w ośrodku opieki. Istotny wynik tejże analizy wskazuje na to, że zależność występuje, zaś jej siłę określa się jako stosunkowo słabą.

Analizując uzyskane dane dotyczące czasu pobytu seniorów w ośrodkach można jednoznacznie wskazać, że najliczniejszą grupę zarówno po stronie polskiej, jak i niemieckiej stanowią seniorzy z najkrótszym okresem pobytu w ośrodkach opieki. Rozkład okresu pobytu w ośrodku polskich i niemieckich seniorów różni się jednak w początkowej i końcowej części zakresu okresu przebywania. Można zauważyć, że w polskich ośrodkach seniorów przebywających do 1 roku jest 41,0%, podczas gdy w niemieckich ośrodkach tylko 24,0%. Obraz sytuacji jest odwrotny dla okres pobytu w ośrodku wynoszący między 2 a 3 lata – liczebność polskich seniorów wzrasta do 44,0%, niemiecka zaś maleje do 35,0%. Podobne zróżnicowanie jest widoczne dla okresu pobytu w ośrodku 10 lat i powyżej – liczebność polskich seniorów wynosi 15,0%, podczas gdy liczebność seniorów niemieckich maleje do 2,0%.

W niemieckich ośrodkach daje się zauważyć tendencja, że seniorów ubywa w miarę wzrostu okresu pobytu. W polskich ośrodkach zależność ta jest bardziej złożona. Taka sytuacja może wynikać z różnych przyczyn, m.in. jakości życia przed i po przejściu na emeryturę, sytuacji zdrowotnej osób w wieku późnej dorosłości, uwarunkowań prawnych regulujących formalne przyjęcie do ośrodka. Obecność względnie licznej w polskiej grupie seniorów przebywających w ośrodku 10 lat i więcej, może pozytywnie wpływać na kulturę organizacyjną ośrodka, jej społeczność i życie codzienne w ośrodku.

Względne porównanie rozkładu przyczyn pobytu w ośrodku polskich i niemieckich seniorów analizuję poniżej:

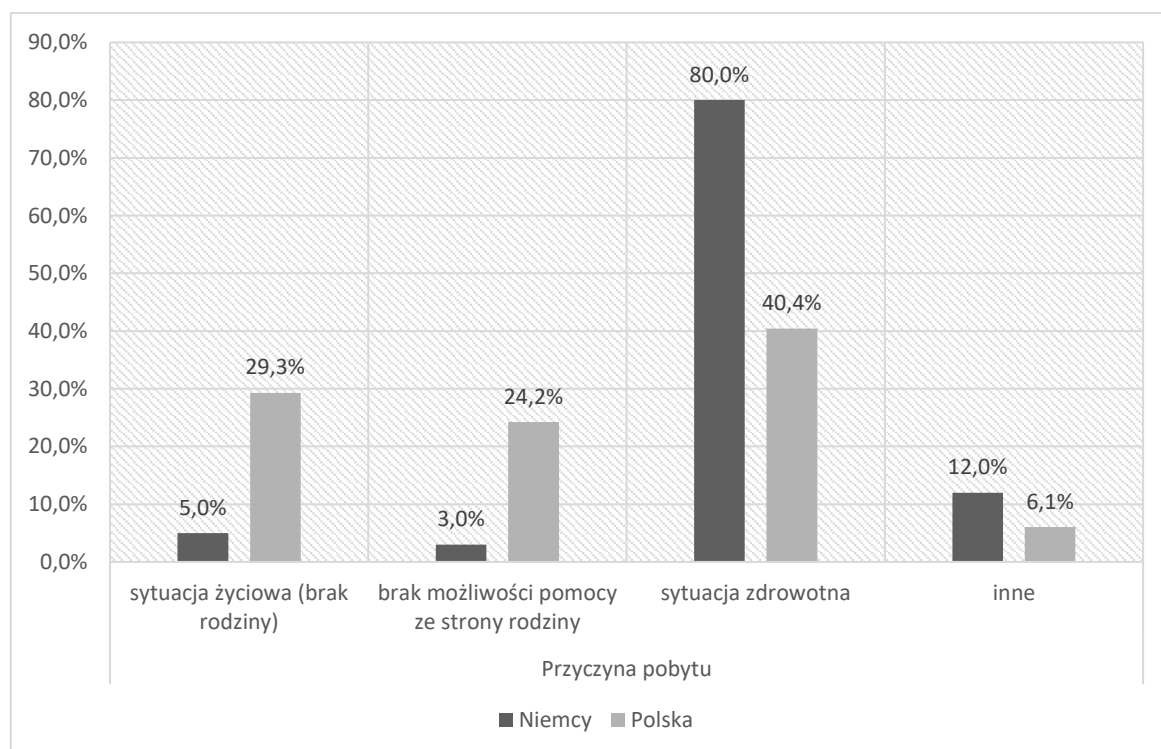
**Tabela 24. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a przyczyną ich pobytu w ośrodku opieki**

		Kraj		$\chi^2$	p	$V_{Kramera}$	
		Niemcy	Polska				
<b>Przyczyna pobytu</b>	<b>sytuacja życiowa (brak rodziny)</b>	N	5 <sub>a</sub>	29 <sub>b</sub>	48,6	<0,001	0,49
		%	5,0%	29,3%			
	Reszta	-4,6	4,6				
	<b>brak możliwości pomocy ze strony rodziny</b>	N	3 <sub>a</sub>	24 <sub>b</sub>			
		%	3,0%	24,2%			
		Reszta	-4,4	4,4			

	N	80 <sub>a</sub>	40 <sub>b</sub>
<b>sytuacja zdrowotna</b>	%	80,0%	40,4%
	Reszta	5,7	-5,7
	N	12 <sub>a</sub>	6 <sub>a</sub>
<b>inne</b>	%	12,0%	6,1%
	Reszta	1,5	-1,5

Uwaga: liczebności niepodzielające indeksu literowego różnią się istotnie statystycznie na poziomie  $p < 0,05$  (test Z dla proporcji kolumn)

Źródło: Badania własne.



**Wykres 10. Odsetek seniorów z Niemiec i z Polski w zależności od przyczyny pobytu w ośrodku opieki**

Źródło: Badania własne.

Analiza przyczyn pobytu seniorów w ośrodkach wskazuje, że zarówno u polskich, jak i u niemieckich seniorów przyczynę pobytu w ośrodkach stanowi najczęściej

sytuacja zdrowotna (najwyższy wynik aż 80,0% obserwuje się u seniorów niemieckich oraz 40,4% u seniorów polskich). W grupie seniorów polskich przyczyną pobytu w ośrodkach jest ponadto sytuacja życiowa spowodowana najczęściej brakiem członków rodziny i stanowi 29,3% oraz brak możliwości pomocy ze strony rodziny 24,2%, inne przyczyny 6,1%.

W grupie seniorów niemieckich mniejsze wartości procentowe dla przyczyn pobytu w ośrodkach stanowią: sytuacja życiowa, brak rodziny – 5,0%, brak możliwości pomocy ze strony rodziny – 3,0%, 12,0% wskazują również na inne przyczyny.

W powyższej analizie obserwuje się istotną statystycznie i silną zależność pomiędzy krajem zamieszkania seniorów a przyczyną ich pobytu w ośrodku opieki. Analiza rozkładów procentowych przedstawia jednoznacznie, iż wśród Polaków przyczynami częściej niż u Niemców była sytuacja życiowa (brak rodziny) oraz brak możliwości pomocy ze strony rodziny. Niemcy zaś częściej niż Polacy przebywają w ośrodku z powodu sytuacji zdrowotnej.

W następnym kroku przeprowadzony został test Manna-Whitney'a. Za jego pomocą sprawdziłam, czy istnieją istotne statystycznie różnice pomiędzy seniorami z Niemiec i z Polski w zakresie zmiennych porządkowych w postaci wieku, wykształcenia oraz długości pobytu w ośrodku opieki. Wynik testu okazał się być istotny statystycznie w przypadku wieku oraz długości pobytu. Średnie rangi dowodzą, iż badani seniorzy z Niemiec byli młodsi od badanych seniorów z Polski, z kolei seniorzy z Polski mieli dłuższy staż pobytu w placówce opieki od seniorów z Niemiec. Różnice w wieku są umiarkowanie silne, zaś w długości pobytu słabe. Brak było natomiast zróżnicowania między grupami pod względem wykształcenia.

**Tabela 25. Różnice pod względem wieku, wykształcenia oraz długością pobytu w ośrodku opieki u seniorów z Niemiec i z Polski**

	Niemcy (n = 100)	Polska (n = 100)	Z	p	$\eta^2$
	<i>Mrang</i>	<i>Mrang</i>			
<b>Wiek</b>	117,78	83,23	-4,46	<0,001	0,10
<b>Wykształcenie</b>	100,44	100,57	-0,02	0,987	0,00
<b>Czas pobytu</b>	89,93	111,07	-2,72	0,007	0,04

Źródło: Badania własne.

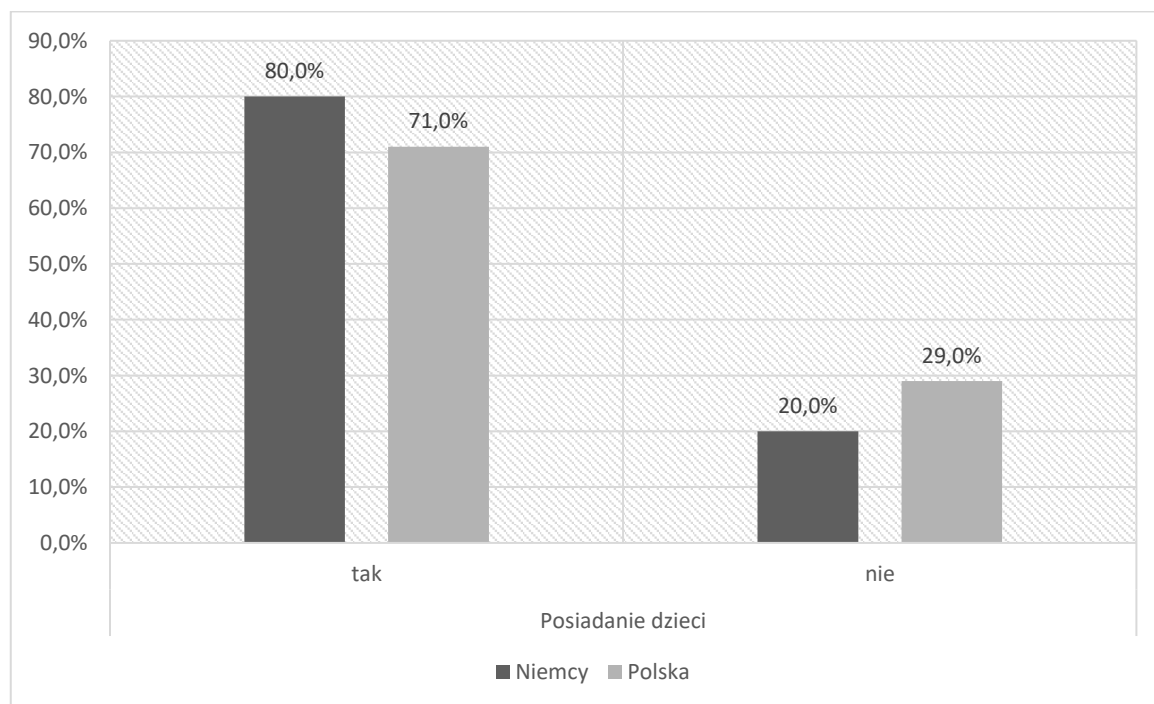
Badania wykazały, że niemieccy seniorzy częściej posiadali dzieci 80,0% (vs 71,0% w grupie seniorów polskich). Zestawienie dzietności wskazuje, że rozkłady dzietności dla seniorów polskich i niemieckich różnią się o 9,0%: 71,0% seniorów polskich i 80,0% seniorów niemieckich posiada dzieci. Natomiast nie posiada dzieci 29,0% seniorów polskich i 20,0% seniorów niemieckich.

**Tabela 26. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a posiadaniem dzieci**

		Kraj		$\chi^2$	p	Phi	
		Niemcy	Polska				
Posiadanie dzieci	tak	N	80 <sub>a</sub>				
		%	80,0%				
		Reszta	1,5	-1,5	2,19	0,139	0,11
	nie	N	20 <sub>a</sub>	29 <sub>a</sub>			
		%	20,0%	29,0%			
		Reszta	-1,5	1,5			

*Uwaga: liczebności niepodzielające indeksu literowego różnią się istotnie statystycznie na poziomie  $p < 0,05$  (test Z dla proporcji kolumn)*

Źródło: Badania własne.



**Wykres 11. Odsetek seniorów z Niemiec i z Polski w zależności od posiadanych dzieci**

Źródło: Badania własne.

Brak istotnej statystycznie zależności obserwuje się za to pomiędzy krajem zamieszkania a posiadaniem dzieci przez seniorów. Zdecydowana większość zarówno seniorów z Niemiec, jak i seniorów z Polski posiada dzieci (co ukazuje tabela i wykres powyżej).

W kolejnej serii analiz postanowiłam porównać rozkład utrzymywania kontaktów z rodziną i przyjaciółmi oraz zweryfikować, czy zmienne dotyczące relacji z rodziną i z przyjaciółmi współwystępują z krajem zamieszkania badanych seniorów. Jako pierwszy wykonałam test chi kwadrat niezależności, którym sprawdziłam, czy zachodzi związek między krajem zamieszkania przez badanych seniorów a kontaktem z rodziną. Wynik tego testu okazał się być jednak nieistotny statystycznie.

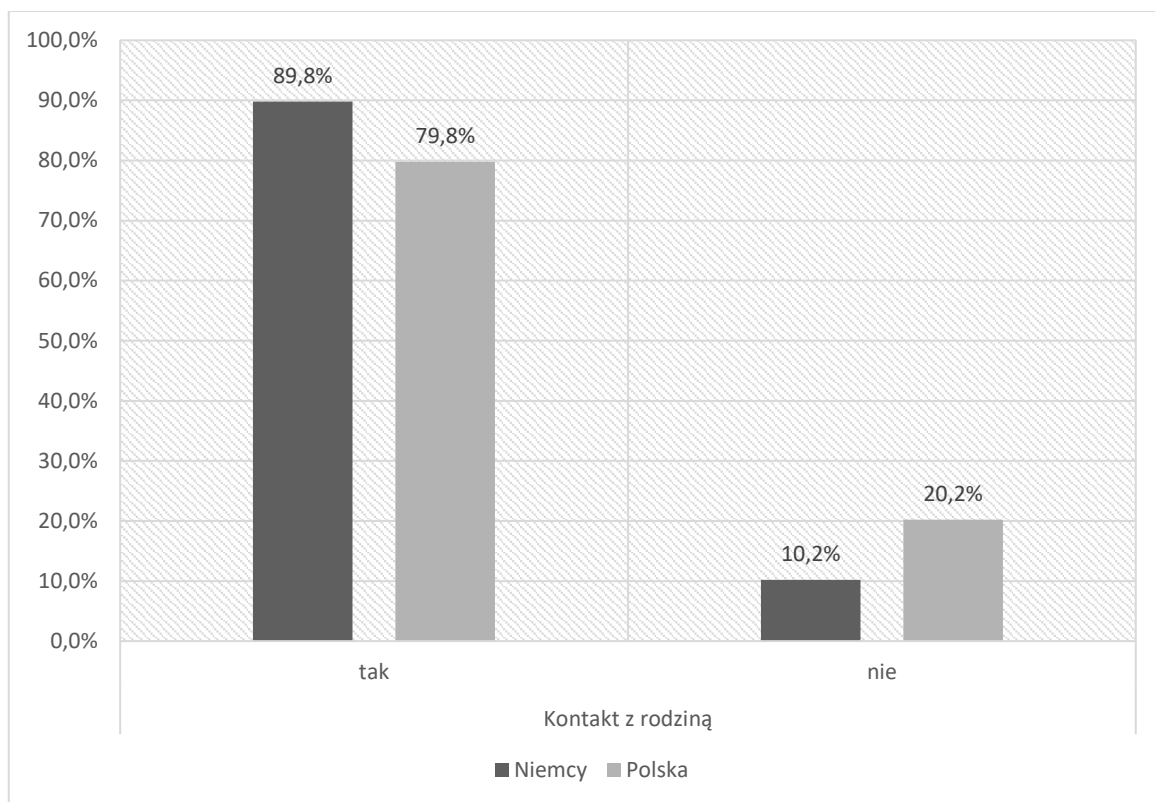
Według rozkładów procentowych zbliżony odsetek badanych seniorów z obu krajów w większości utrzymuje kontakty z rodziną, na co wskazuje powyższe porównanie.

**Tabela 27. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a ich kontaktem z rodziną**

		Kraj		$\chi^2$	<i>p</i>	Phi	
		Niemcy	Polska				
<b>Kontakt z rodziną</b>	N	88 <sub>a</sub>	79 <sub>a</sub>	3,81	0,051	0,14	
	<b>tak</b>	%	89,8%				79,8%
	Reszta		2,0				-2,0
	N	10 <sub>a</sub>	20 <sub>a</sub>				
	<b>nie</b>	%	10,2%				20,2%
	Reszta		-2,0				2,0

*Uwaga: liczebności niepodzielające indeksu literowego różnią się istotnie statystycznie na poziomie  $p < 0,05$  (test Z dla proporcji kolumn)*

Źródło: Badania własne.



**Wykres 12. Odsetek seniorów z Niemiec i z Polski w zależności od ich kontaktu z rodziną**

Źródło: Badania własne.

Jak wynika z powyższej analizy, nieznacznie częściej utrzymują kontakt z rodziną niemieccy seniorzy – 89,8% (vs 79,8% u polskich seniorów). Zestawienie powyższych rozkładów utrzymywania kontaktów z rodziną dla grupy polskich i niemieckich seniorów wskazuje na zbieżność obydwu rozkładów i różnice 10,0%.

Kolejnym testem chi kwadrat zbadalam występowanie zależności kraju zamieszkania badanych seniorów z częstotliwością ich kontaktów z rodziną. Tym razem uzyskałam istotny statystycznie wynik, a co za tym idzie zależność taka występuje.

**Tabela 28. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a częstotliwością ich kontaktu z rodziną**

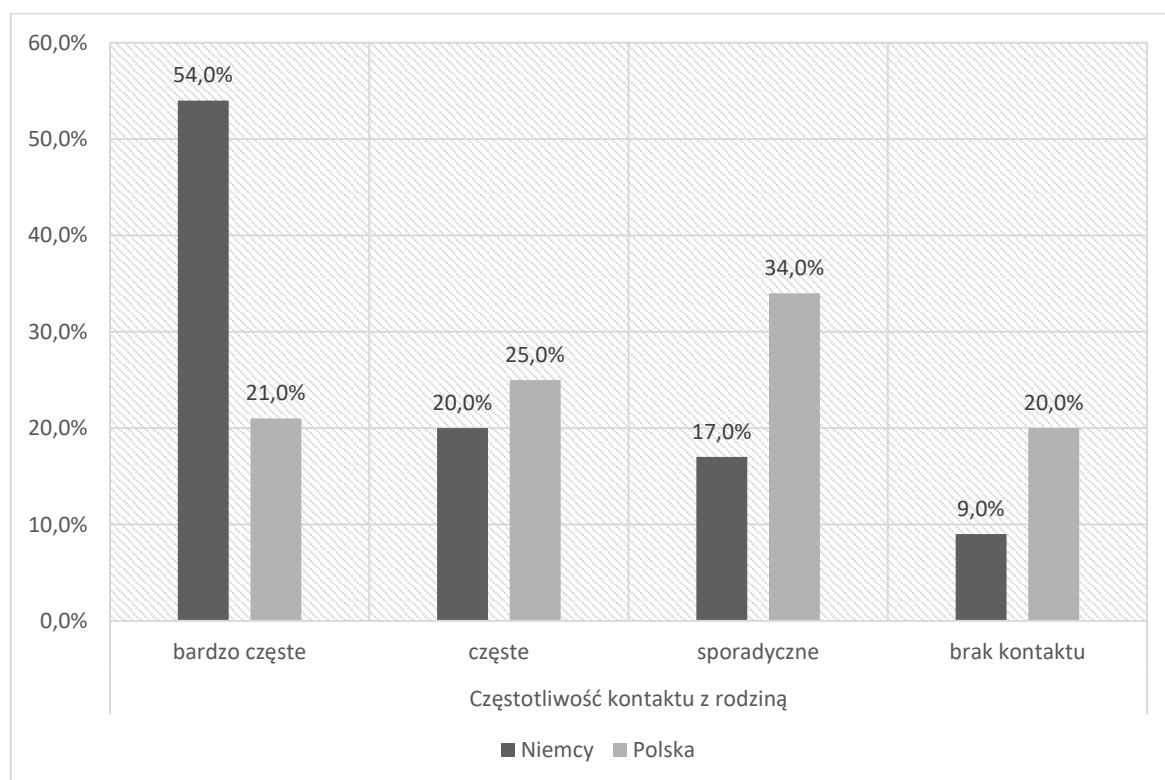
		Kraj		$\chi^2$	<i>p</i>	<i>V</i> <sub>Kramera</sub>	
		Niemcy	Polska				
Częstotliwość kontaktu z rodziną	bardzo częste	N	54 <sub>a</sub>	21 <sub>b</sub>	24,92	<0,001	0,35
		%	54,0%	21,0%			
		Reszta	4,8	-4,8			



	N	20 <sub>a</sub>	25 <sub>a</sub>
<b>częste</b>	%	20,0%	25,0%
	Reszta	-0,8	0,8
	N	17 <sub>a</sub>	34 <sub>b</sub>
<b>sporadyczne</b>	%	17,0%	34,0%
	Reszta	-2,8	2,8
	N	9 <sub>a</sub>	20 <sub>b</sub>
<b>brak kontaktu</b>	%	9,0%	20,0%
	Reszta	-2,2	2,2

Uwaga: liczebności niepodzielające indeksu literowego różnią się istotnie statystycznie na poziomie  $p < 0,05$  (test Z dla proporcji kolumn)

Źródło: Badania własne.



**Wykres 13. Odsetek seniorów z Niemiec i z Polski w zależności od częstotliwości ich kontaktu z rodziną**

Źródło: Badania własne.

Analiza rozkładów procentowych wskazuje, iż wśród badanych seniorów z Niemiec istotnie więcej jest osób, które określają swoje kontakty z rodziną jako bardzo częste (54,0%), zaś badani seniorzy z Polski w większym odsetku od badanych seniorów z Niemiec kontaktują się z rodziną sporadycznie (kategoria sporadyczne kontakty z rodziną seniorów polskich 34,0% vs 17,0% w grupie seniorów niemieckich).

Dysproporcja istnieje również z kategorii braku kontaktu z rodziną – 20,0% polskich seniorów w ogóle nie kontaktuje się z rodziną, gdzie w grupie niemieckich seniorów brak kontaktu stanowi 9,0%. Daje się zauważyć niewielką przewagę polskich seniorów w kontaktach częstych z rodziną – 25,0% vs 20,0% u seniorów niemieckich.

Według miary siły związku jest to umiarkowanie silna zależność między częstością kontaktów z rodziną z krajem pochodzenia seniorów. Badania wykazały, że w polskich i niemieckich ośrodkach realizowane są odmienne modele relacyjności między seniorami a ich rodzinami. Wynika to nie tylko z odmiennych uwarunkowań kulturowych, ale również z kryterium przyjęć do ośrodka.

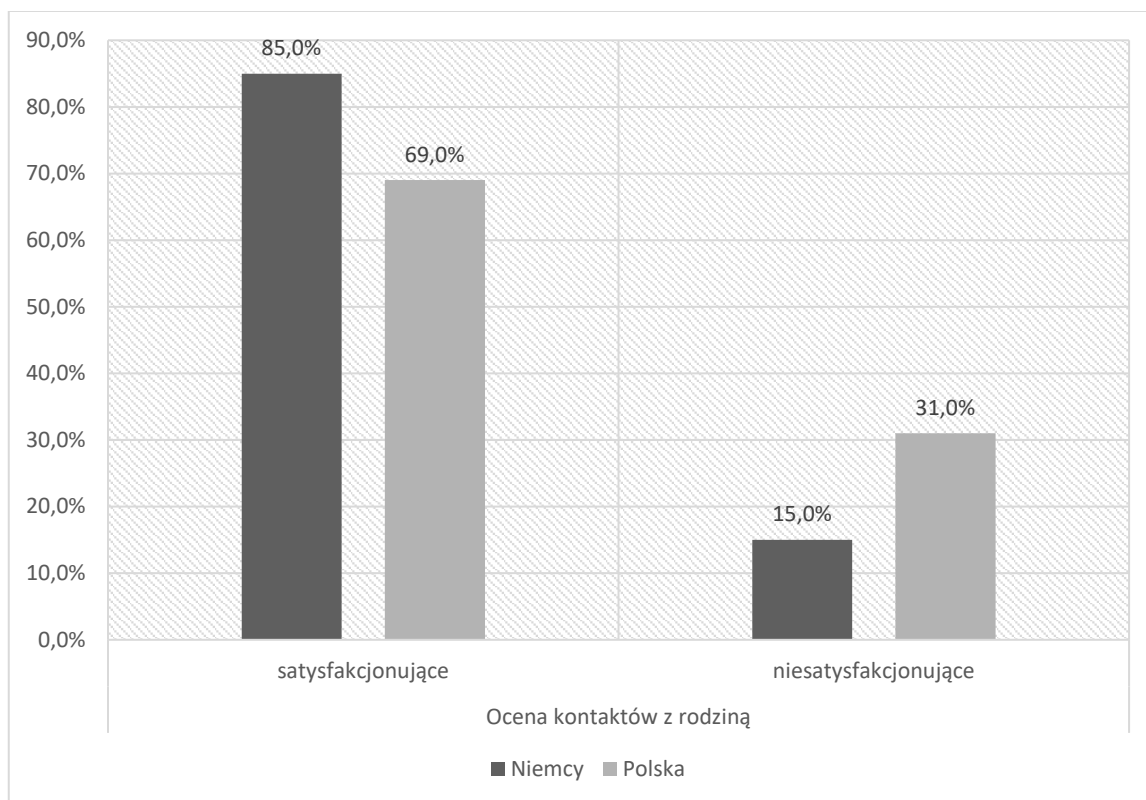
Analogiczna analiza do poprzedniej wykazała, że zachodzi również istotny statystycznie związek kraju z oceną kontaktów z rodziną. Okazuje się, że zarówno seniorzy z Niemiec, jak i z Polski w większości oceniają swoje kontakty z rodziną jako satysfakcjonujące, to wśród Polaków odsetek ten jest istotnie mniejszy. Jest to zależność o niskiej sile.

**Tabela 29. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a oceną ich kontaktu z rodziną**

		Kraj		$\chi^2$	<i>p</i>	Phi	
		Niemcy	Polska				
<b>Ocena kontaktów z rodziną</b>	N	85 <sub>a</sub>	69 <sub>b</sub>	7,233	0,007	0,19	
	<b>satysfakcjonujące</b>	%	85,0%				69,0%
	Reszta	2,7	-2,7				
	N	15 <sub>a</sub>	31 <sub>b</sub>				
	<b>niesatysfakcjonujące</b>	%	15,0%				31,0%
	Reszta	-2,7	2,7				

*Uwaga: liczebności niepodzielające indeksu literowego różnią się istotnie statystycznie na poziomie  $p < 0,05$  (test Z dla proporcji kolumn)*

Źródło: Badania własne.



**Wykres 14. Odsetek seniorów z Niemiec i z Polski w zależności od oceny ich kontaktu z rodziną**

Źródło: Badania własne.

Powyższe zestawienie ocen kontaktów z rodziną wskazuje na dwie prawidłowości: przewagę satysfakcjonujących ocen kontaktów z rodziną u badanych seniorów niemieckich 85,0% (vs 69,0% u badanych seniorów polskich) i co z tego wynika, dominację seniorów polskich w niesatysfakcjonującej ocenie kontaktów z rodziną 31,0% (vs 15,0% u seniorów niemieckich). Ponadto zauważa się zdecydowanie wyższy poziom satysfakcjonujących ocen kontaktów z rodziną w obydwu badanych grupach, odpowiednio: 85,0% i 69,0% w grupie niemieckiej i polskiej, względem ocen niesatysfakcjonujących, odpowiednio: 31,0% i 15,0% w grupie polskiej i niemieckiej.

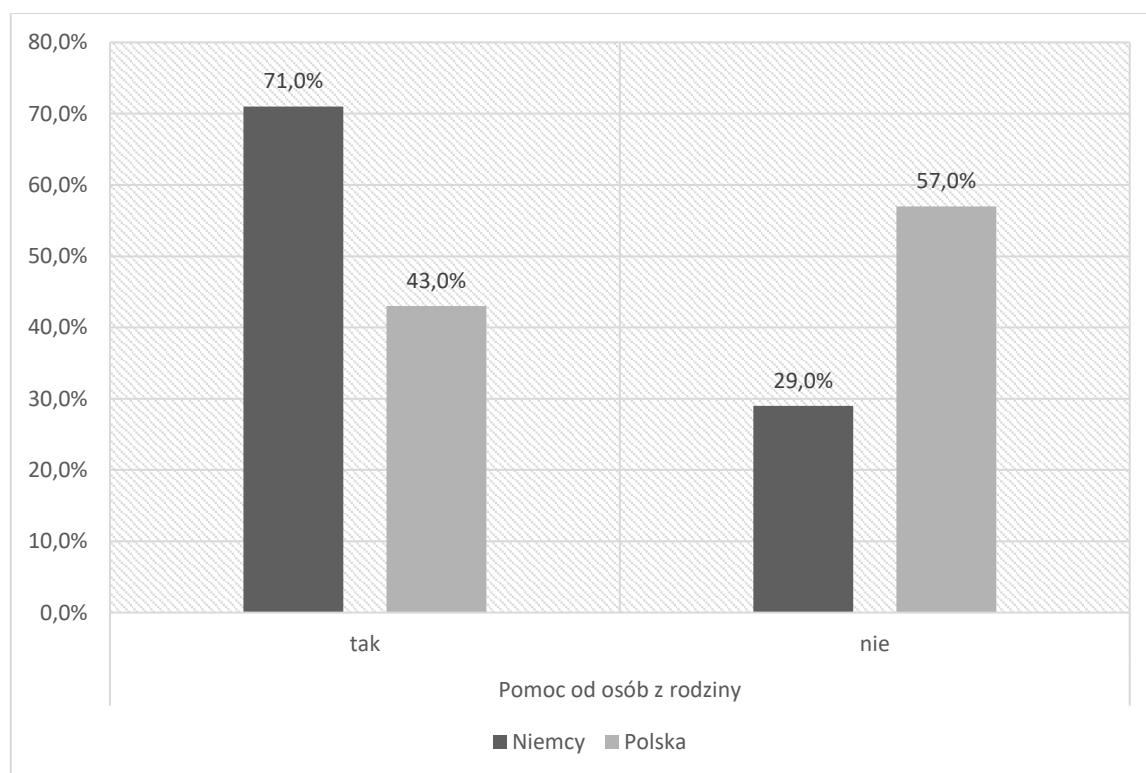
O niskiej sile, jednak istotny statystycznie okazał się być również związek pomiędzy krajem zamieszkania a otrzymywaniem pomocy od rodziny. Okazuje się, że badani seniorzy z Niemiec częściej mogą liczyć na pomoc rodziny, podczas gdy badani seniorzy z Polski w większości jej nie otrzymują.

**Tabela 30. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a pomocą od osób z rodziny**

		Kraj		$\chi^2$	<i>p</i>	Phi	
		Niemcy	Polska				
<b>Pomoc od osób z rodziny</b>	<b>tak</b>	N	71 <sub>a</sub>	43 <sub>b</sub>	15,99	<0,001	0,28
		%	71,0%	43,0%			
		Reszta	4,0	-4,0			
	<b>nie</b>	N	29 <sub>a</sub>	57 <sub>b</sub>			
		%	29,0%	57,0%			
		Reszta	-4,0	4,0			

*Uwaga: liczebności niepodzielające indeksu literowego różnią się istotnie statystycznie na poziomie  $p < 0,05$  (test Z dla proporcji kolumn)*

Źródło: Badania własne.



**Wykres 15. Odsetek seniorów z Niemiec i z Polski w zależności od pomocy od osób z rodziny**

Źródło: Badania własne.

Otrzymywanie pomocy od osób z rodziny jest oceniane negatywnie w polskiej grupie seniorów – 57,0% (vs 29,0% w grupie seniorów niemieckich). Pomoc od rodziny częściej otrzymują badani seniorzy z Niemiec – 71,0% (vs 43,0% w grupie badanych seniorów z Polski).

Uzyskane wyniki wskazują na odmienne traktowanie seniorów przez ich rodziny. W niemieckiej kulturze i obyczajowości zdecydowanie częściej utrzymuje się kontakt pomocowy między seniorem i jego rodziną, niż ma to miejsce w Polsce.

Kolejna analiza wykazała, że brak jest współzmienności pomiędzy krajem zamieszkania badanych seniorów a utrzymywaniem przez nich kontaktów z przyjaciółmi. Wyniki wskazują na brak zróżnicowania między grupami. Zarówno badani seniorzy z Niemiec, jak i badani seniorzy z Polski w większości deklarują, że utrzymują kontakty z przyjaciółmi.

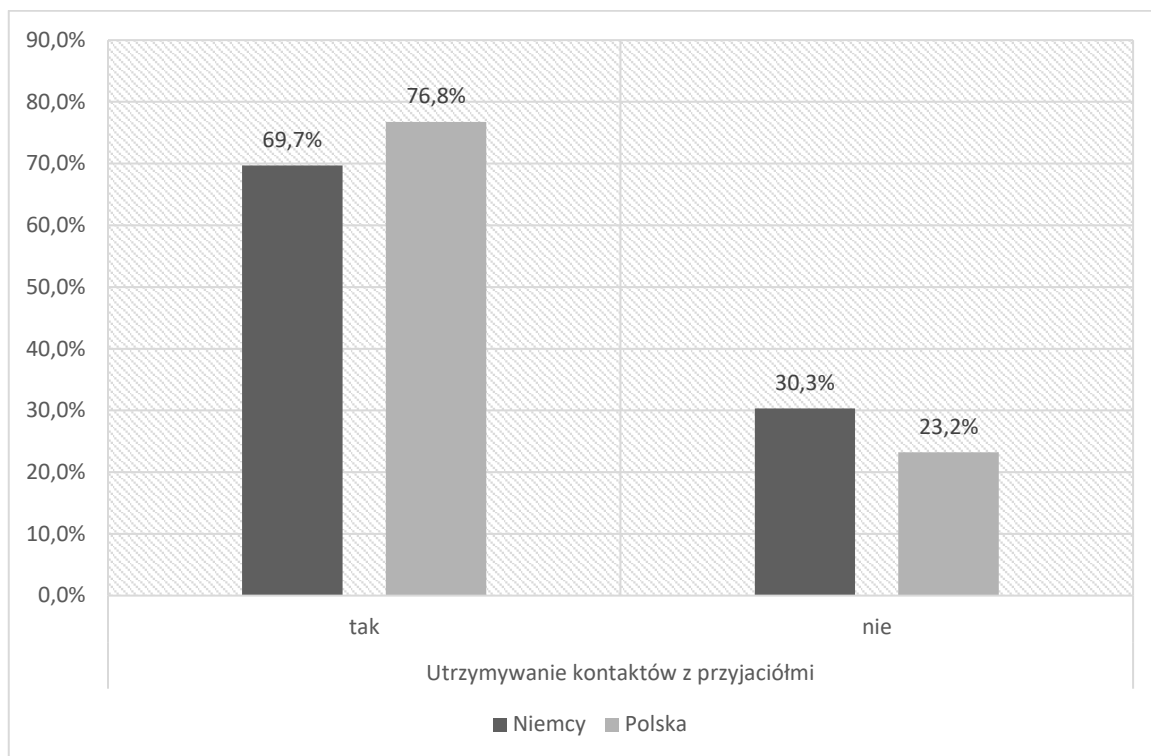
Porównanie częstotliwości utrzymywania kontaktów z przyjaciółmi lub ze znajomymi nie wykazało znaczących różnic między badanymi seniorami polskimi i niemieckimi. Powyższe zestawienie obydwu rozkładów pokazuje znaczące podobieństwo. Zwraca uwagę dominacja utrzymywania kontaktów z przyjaciółmi lub ze znajomymi zarówno w grupie seniorów polskich (76,8%), jak i seniorów niemieckich (69,7%).

**Tabela 31. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a utrzymywaniem kontaktów z przyjaciółmi**

		Kraj		$\chi^2$	<i>p</i>	Phi
		Niemcy	Polska			
<b>Utrzymywanie kontaktów z przyjaciółmi</b>	N	69 <sub>a</sub>	76 <sub>a</sub>	1,26	0,261	0,08
	<b>tak</b> %	69,7%	76,8%			
	Reszta	-1,1	1,1			
	N	30 <sub>a</sub>	23 <sub>a</sub>			
	<b>nie</b> %	30,3%	23,2%			
	Reszta	1,1	-1,1			

*Uwaga: liczebności niepodzielające indeksu literowego różnią się istotnie statystycznie na poziomie  $p < 0,05$  (test Z dla proporcji kolumn)*

Źródło: Badania własne.



**Wykres 16. Odsetek seniorów z Niemiec i z Polski w zależności od utrzymywania kontaktów z przyjaciółmi**

Źródło: Badania własne.

Podobnie rozkładają się odpowiedzi badanych seniorów z obu krajów w zakresie częstotliwości ich kontaktów z przyjaciółmi (Tabela 32, Wykres 17):

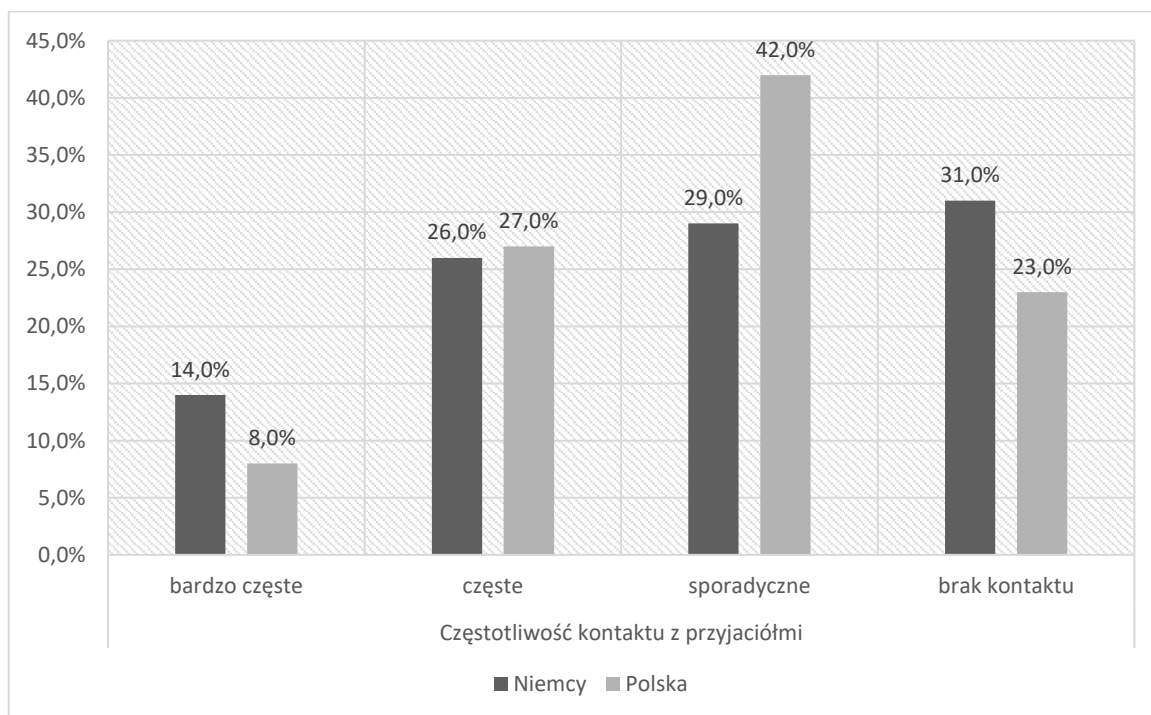
**Tabela 32. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a częstotliwością kontaktów z przyjaciółmi**

		Kraj		$\chi^2$	<i>p</i>	<i>V</i> <sub>Kramera</sub>
		Niemcy	Polska			
<b>Częstotliwość kontaktu z przyjaciółmi</b>	N	14 <sub>a</sub>	8 <sub>a</sub>			
	<b>bardzo częste</b> %	14,0%	8,0%	5,22	0,156	0,16
	Reszta	1,4	-1,4			

	N	26 <sub>a</sub>	27 <sub>a</sub>
<b>częste</b>	%	26,0%	27,0%
	Reszta	-0,2	0,2
	N	29 <sub>a</sub>	42 <sub>a</sub>
<b>sporadyczne</b>	%	29,0%	42,0%
	Reszta	-1,9	1,9
	N	31 <sub>a</sub>	23 <sub>a</sub>
<b>brak kontaktu</b>	%	31,0%	23,0%
	Reszta	1,3	-1,3

Uwaga: liczebności niepodzielające indeksu literowego różnią się istotnie statystycznie na poziomie  $p < 0,05$  (test Z dla proporcji kolumn)

Źródło: Badania własne.



**Wykres 17. Odsetek seniorów z Niemiec i z Polski w zależności od częstotliwości kontaktów z przyjaciółmi**

Źródło: Badania własne.

Porównanie częstotliwości kontaktów z przyjaciółmi i znajomymi wykazało, że badani seniorzy z Polski wykazują przewagę w kontaktach sporadycznych i okazjonalnych 42,0%. Również u badanych seniorów z Niemiec najczęściej występują sporadyczne kontakty z przyjaciółmi i znajomymi (29,0%) lub też całkowity brak kontaktu: 31,0% (vs 23,0% u badanych seniorów z Polski).

Wynik testu chi kwadrat okazał się być nieistotny statystycznie, zarówno badani seniorzy z Niemiec, jak i badani seniorzy z Polski w podobnym odsetku wykazują częstotliwość kontaktów z przyjaciółmi i znajomymi.

Związek między ocenami kontaktów z przyjaciółmi i znajomymi a krajem pochodzenia badanych seniorów przedstawiłam w Tabeli 33 i Wykresie 18:

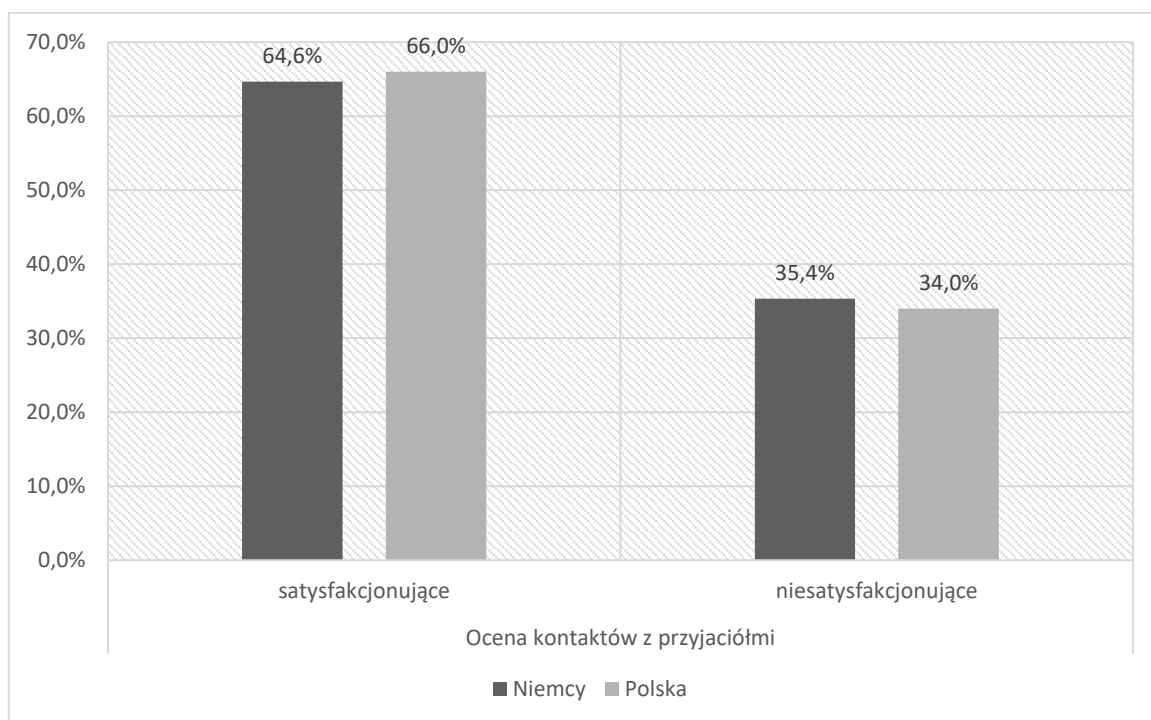
**Tabela 33. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a oceną kontaktów z przyjaciółmi**

		Kraj		$\chi^2$	<i>p</i>	Phi	
		Niemcy	Polska				
<b>Ocena kontaktów z przyjaciółmi</b>	N	64 <sub>a</sub>	66 <sub>a</sub>	0,04	0,841	0,01	
	<b>satisfakcjonujące</b>	%	64,6%				66,0%
	Reszta		-0,2				0,2
	N	35 <sub>a</sub>	34 <sub>a</sub>				
	<b>niesatisfakcjonujące</b>	%	35,4%				34,0%
	Reszta		0,2				-0,2

*Uwaga: liczebności niepodzielające indeksu literowego różnią się istotnie statystycznie na poziomie  $p < 0,05$  (test Z dla proporcji kolumn)*

Źródło: Badania własne.





**Wykres 18. Odsetek seniorów z Niemiec i z Polski w zależności od oceny kontaktów z przyjaciółmi**

Źródło: Badania własne.

Zestawienie ocen kontaktów z przyjaciółmi i znajomymi według polskich i niemieckich seniorów wskazuje jednoznacznie, że badani seniorzy obu narodowości w większości oceniają swoje kontakty z przyjaciółmi jako satysfakcjonujące (66,0% w grupie seniorów z Polski i 64,6% w grupie seniorów z Niemiec). Analiza liczebności satysfakcjonujących i niesatysfakcjonujących ocen kontaktów z przyjaciółmi i znajomymi w grupie polskich i niemieckich seniorów wskazuje prawie dwukrotną przewagę ocen satysfakcjonujących.

Również nieistotny statystycznie był wynik testu chi kwadrat, który miał na celu zbadanie występowania związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a ich oceną kontaktów z przyjaciółmi i znajomymi.

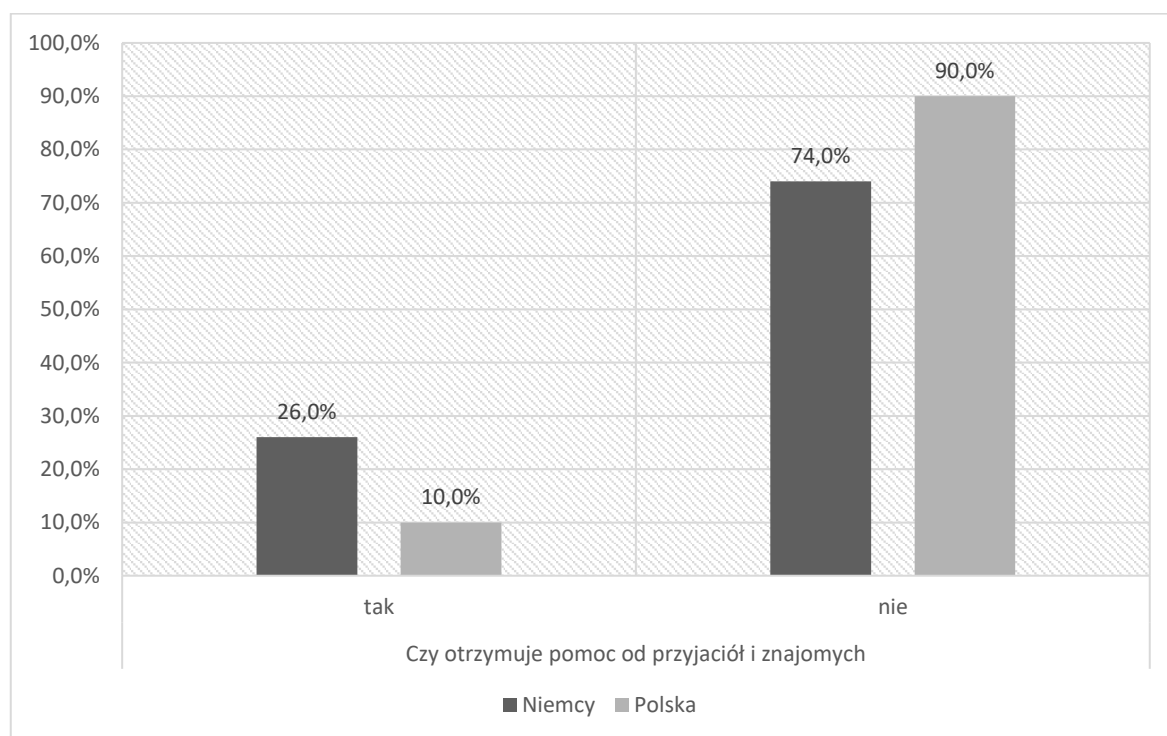
Tabela 34 i Wykres 19 prezentuje analizę związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a otrzymywaniem przez nich pomocy od przyjaciół i znajomych.

**Tabela 34. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a otrzymywaniem pomocy od przyjaciół i znajomych**

		Kraj		$\chi^2$	<i>p</i>	Phi	
		Niemcy	Polska				
Pomoc od przyjaciół i znajomych	N	26 <sub>a</sub>	10 <sub>b</sub>	8,67	0,003	0,21	
	<b>tak</b>	%	26,0%				10,0%
	Reszta		2,9				-2,9
	N	74 <sub>a</sub>	90 <sub>b</sub>				
	<b>nie</b>	%	74,0%				90,0%
	Reszta		-2,9				2,9

*Uwaga: liczebności niepodzielające indeksu literowego różnią się istotnie statystycznie na poziomie  $p < 0,05$  (test Z dla proporcji kolumn)*

Źródło: Badania własne.



**Wykres 19. Odsetek seniorów z Niemiec i z Polski w zależności od otrzymywania przez nich pomocy od przyjaciół i znajomych**

Źródło: Badania własne.

Porównanie rozkładów otrzymywania pomocy od przyjaciół i znajomych jest podobne w obu badanych grupach seniorów. Zarówno seniorzy z Polski, jak i seniorzy z Niemiec nie otrzymują w większości pomocy od przyjaciół i znajomych (90,0% seniorów z polskich ośrodków i 74,0% seniorów z niemieckich ośrodków).

Fakt, że większość badanych seniorów w obu grupach nie otrzymuje pomocy od przyjaciół i znajomych świadczyć może o niskiej jakości relacji międzypokoleniowych w obu społeczeństwach.

W przypadku zależności pomiędzy krajem zamieszkania a otrzymywaniem pomocy od przyjaciół i znajomych, wynik testu chi kwadrat okazał się być istotny statystycznie. Pomimo, iż zarówno badani seniorzy z Niemiec, jak i badani seniorzy z Polski w większości nie otrzymują takiej pomocy, to wśród Polaków jest to istotnie wyższy procent wystąpień. Według miary siły związku, jest to słaba zależność.

Dodatkowo wykonałam test Manna-Whitney'a, za pomocą którego sprawdziłam, czy między badanymi seniorami z Niemiec i badanymi seniorami z Polski istnieją istotne statystycznie różnice w zakresie zmiennych porządkowych w postaci częstotliwości kontaktów z rodziną oraz z przyjaciółmi.

**Tabela 35. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a częstotliwością otrzymywania pomocy od przyjaciół i znajomych**

	Niemcy (n = 100)	Polska (n = 100)	Z	p	$\eta^2$
	<i>M<sub>rang</sub></i>	<i>M<sub>rang</sub></i>			
<b>Częstotliwość kontaktu z rodziną</b>	81,68	119,32	-4,80	<0,001	0,12
<b>Częstotliwość kontaktu z przyjaciółmi</b>	100,33	100,68	-0,04	0,964	<0,01

Źródło: Badania własne.

Wynik testu okazał się być istotny statystycznie jedynie w przypadku częstotliwości kontaktów z rodziną. Badani seniorzy z Niemiec kontaktują się z rodziną

istotnie częściej niż badani seniorzy z Polski, a efekt ten jest umiarkowanie silny. W kontekście częstotliwości kontaktów z przyjaciółmi brak było zróżnicowania.

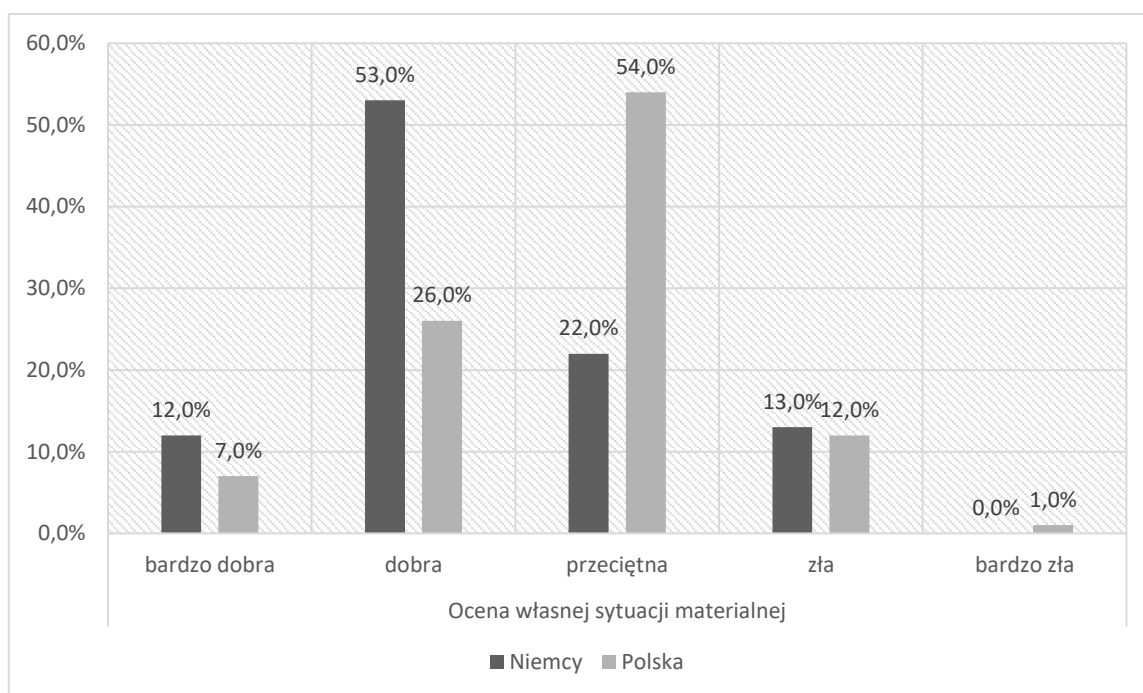
Kolejna z analiza testem chi kwadrat niezależności pokazała, że między badanymi seniorami z Niemiec a badanymi seniorami z Polski występuje istotna statystycznie różnica w zakresie rozkładu odpowiedzi na pytanie o ocenę własnej sytuacji materialnej.

**Tabela 36. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a oceną ich własnej sytuacji materialnej**

		Kraj		$\chi^2$	p	$V_{Kramera}$	
		Niemcy	Polska				
<b>Ocena własnej sytuacji materialnej</b>		N	12 <sub>a</sub>	7 <sub>a</sub>			
	<b>bardzo dobra</b>	%	12,0%	7,0%			
		Reszta	1,2	-1,2			
		N	53 <sub>a</sub>	26 <sub>b</sub>			
	<b>dobra</b>	%	53,0%	26,0%			
		Reszta	3,9	-3,9			
		N	22 <sub>a</sub>	54 <sub>b</sub>			
	<b>przeciętna</b>	%	22,0%	54,0%	25,06	<0,001	0,35
		Reszta	-4,7	4,7			
		N	13 <sub>a</sub>	12 <sub>a</sub>			
	<b>zła</b>	%	13,0%	12,0%			
		Reszta	0,2	-0,2			
	N	0 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>				
<b>bardzo zła</b>	%	0,0%	1,0%				
	Reszta	-1,0	1,0				

*Uwaga: liczebności niepodzielające indeksu literowego różnią się istotnie statystycznie na poziomie  $p < 0,05$  (test Z dla proporcji kolumn)*

Źródło: Badania własne.



**Wykres 20. Odsetek udzielonych odpowiedzi na pytanie o ocenę własnej sytuacji materialnej przez badanych seniorów z Polski i z Niemiec**

Źródło: Badania własne.

Dostrzegalne zróżnicowanie w ocenie własnej sytuacji materialnej występuje w szczególności w przypadku odpowiedzi „dobra”, dominującej u badanych seniorów z Niemiec (53,0%) w porównaniu z badanymi seniorami z Polski (26,0%) oraz odpowiedzi „przeciętna”, która dominuje z kolei wśród badanych seniorów z Polski (54,0%) w porównaniu z badanymi seniorami z Niemiec (22,0%). Pozostałe odpowiedzi występują w obu grupach podobnie często, choć jak pokazuje to powyższy wykres, częściej bardzo dobra sytuacja materialna ma miejsce wśród badanych seniorów z Niemiec (12,0%) niż wśród badanych seniorów z Polski (7,0%).

#### **4.6. Organizacja i przebieg badań**

Przebieg postępowania badawczego niniejszej dysertacji obejmuje kilka etapów. Pierwszy etap związany jest ze studiowaniem literatury przedmiotu i zapoznaniem się z dotychczasowymi badaniami oraz danymi statystycznymi w zakresie analizowanego przeze mnie tematu w obszarze gerontologii społecznej. Drugi etap to poznanie

organizacji i funkcjonowania ośrodków opieki w Polsce i w Niemczech, z którym związane są moje pobyty w ośrodkach opieki nad seniorami zarówno w Polsce, jak i w Niemczech oraz pobyty na uczelni zagranicznej w celach dydaktycznych w 2016, 2018 i 2019 roku, gdzie zapoznałam się z ofertą kształcenia i organizacją systemu kształcenia oraz przeprowadziłam cykl zajęć na kierunku pedagogika, w obszarze gerontologia społeczna.

Kolejny etap obejmował opracowanie metodologicznych podstaw postępowania badawczego, wybór terenu badań, dobór próby badawczej oraz konstruowanie narzędzi badawczych. Następnie zwróciłam się o wyrażenie zgody w przeprowadzeniu badań w poszczególnych ośrodkach opieki nad seniorami w Polsce i w Niemczech. Ten etap był najtrudniejszy i wymagał ode mnie wielu zabiegów, aby uzyskać zgodę na przeprowadzenie mojego projektu badawczego. Z uwagi na fakt, że kilka ośrodków opieki nie wyraziło zgody na przeprowadzenie badań, czas na poszukiwania ośrodków do współpracy był wydłużony oraz wymagał ode mnie bezpośrednich rozmów z dyrektorami i kierownikami ośrodków. Dodatkowym ograniczeniem organizacyjnym było wprowadzenie RODO, co stanowiło przygotowanie dodatkowej dokumentacji przeze mnie przed uzyskaniem zgody i przystąpieniem do badań. Ten etap obejmował również prezentację mojego projektu badawczego wśród dyrektorów i kierowników ośrodków opieki nad seniorami w Niemczech przed uzyskaniem zgody i przystąpieniem do badań.

Badania właściwe poprzedzone były badaniami pilotażowymi, które przeprowadziłam na przełomie VII-VIII 2018 roku w wybranych ośrodkach w Polsce w województwie koszalińskim (Gmina Miasto Koszalin) oraz w Niemczech w kraju związkowym Bawaria (Miasto Norymberga) w grupie 40 seniorów. Badania właściwe zostały przeprowadzone w okresie III 2019-XI 2019 roku i obejmowały moje codzienne pobyty z seniorami w ośrodkach opieki, podczas których prowadziłam indywidualne wywiady z seniorami. Uzyskałam w większości od dyrektorów i kierowników ośrodków pozwolenie na codzienne wejście do ośrodka i pobyty całonocne na taki okres, jaki będzie mi potrzebny do przeprowadzenia badań.

Opracowany kwestionariusz wywiadu oraz kwestionariusz jakości życia SF-36 przeprowadziłam osobiście w grupie seniorów polskich i niemieckich, w łącznej grupie 200 seniorów. Badania prowadziłam indywidualnie z każdym seniorów zgodnie ze skonstruowanymi pytaniami. Przed przystąpieniem do badań seniorzy zostali poinformowani o głównym celu projektu, jakim jest napisanie pracy doktorskiej oraz

o tematyce moich badań. Badania miały charakter anonimowy i dobrowolny. Aby uzyskać jak najwięcej informacji od badanych seniorów, starałam się zapewnić im komfort i poczucie bezpieczeństwa podczas spotkań. Terminy i godziny badań były dogodne dla seniorów i ośrodka. Badania prowadziłam w miejscu zamieszkania seniorów, najczęściej we wskazanym miejscu przez seniorów, np. w pokoju seniora, w oddzielnym pomieszczeniu dla gości ośrodka, w sali terapii zajęciowej, na tarasie, w ogrodzie, itp. Dla każdej badanej osoby przeznaczyłam tyle czasu, ile wymagały tego badania (najczęściej od dwóch do czterech godzin, czasami z przerwami). Czas badań był zależny od funkcjonowania psychospołecznego i psychofizjologicznego badanych osób oraz ich motywacji do udziału w badaniach.

Ten etap badań, mimo iż był bardzo czasochłonny wspominam jako najbardziej wartościowy nie tylko dla mojego projektu badawczego, ale również dla mojego doświadczenia w pracy z osobami starszymi. Uczestniczyłam w całodziennym życiu seniorów, spędzałam czas wolny z seniorami, uczestniczyłam w organizowanych zajęciach i uroczystościach na terenie ośrodka, podczas sporządzania dokumentacji związanej z pobytem seniorów w ośrodku, spożywałam posiłki razem z seniorami w ośrodku, itp. Spotkałam się z bardzo pozytywnym nastawieniem seniorów, ich otwartością i chęcią uczestnictwa w moich badaniach naukowych. Seniorzy często samodzielnie zgłaszali się do mnie, abym ich nie pominęła w badaniu. Te sytuacje i pozytywny odbiór moich badań stawiały mnie w roli badacza jeszcze bardziej zmotywowanego i zwiększającego swoją aktywność w poszukiwaniu odpowiedzi na postawione pytania badawcze.

Ostatni etap to uporządkowanie uzyskanych wyników, wypowiedzi i opinii stanowiących bardzo cenne źródło i materiał badawczy w obszarze analizy jakości życia moich seniorów.

## **Rozdział 5. Poczucie jakości życia badanych osób starszych w Polsce i w Niemczech w świetle badań własnych**

W poniższym rozdziale podejmuję próbę odpowiedzi na podstawowe pytanie badawcze: Jakie jest poczucie jakości życia seniorów polskich i niemieckich?

Poczucie jakości życia i realnych warunków życia psychospołecznego najstarszej grupy społecznej zwróciło moją uwagę na konieczność szerszego spojrzenia na problem. Zebrane dane dały mi możliwość uzyskania kompleksowej wiedzy dotyczącej poczucia jakości życia badanych seniorów i jej wymiarów w aspekcie porównawczym w dwóch krajach europejskich.

Analiza porównawcza danych zebranych metodą sondażu diagnostycznego w grupie 200 badanych seniorów z dwóch krajów europejskich: Polski i Niemiec stanowi bogaty materiał empiryczny odnoszący się w niniejszym rozdziale do wielu obszarów życia badanych seniorów polskich i niemieckich: samooceny stanu zdrowia, poziomu zadowolenia z życia, planów życiowych, postrzegania swojego miejsca w społeczeństwie oraz aktywności społecznej, edukacyjnej i kulturalnej.

### **5.1. Samoocena stanu zdrowia seniorów polskich i niemieckich**

Pierwszym zadaniem badawczym było określenie stanu zdrowia badanych seniorów z Polski i z Niemiec. Postrzeganie własnego stanu zdrowia jest zależne również od wielu czynników, takich jak: czynniki środowiskowe, kulturowe czy uwarunkowania społeczno-ekonomiczne życia seniorów. W niniejszym podrozdziale przedstawiam wyniki moich badań w tym zakresie.

Dysponując materiałem badawczym dotyczącym samooceny stanu zdrowia seniorów polskich i niemieckich zasadnym wydaje się przedstawienie zbiorcze ocen własnego stanu zdrowia przez badanych seniorów z obu krajów, aby następnie ukazać szczegółowe zróżnicowanie pomiędzy badanymi grupami seniorów (Tabela 37).



**Tabela 37. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a ich oceną sytuacji życiowej w aspekcie zdrowotnym**

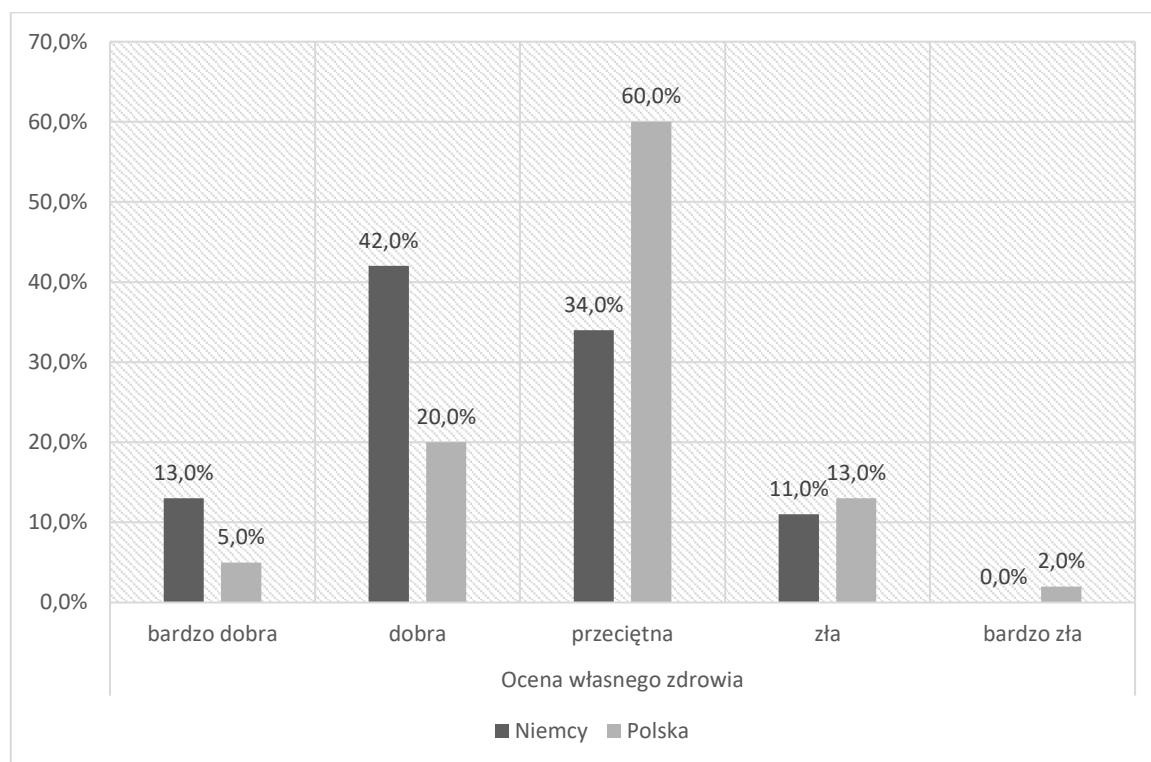
			Kraj		$\chi^2$	<i>p</i>	<i>V</i> <sub>Kramera</sub>
			Niemcy	Polska			
Ocena własnego zdrowia	<b>bardzo dobra</b>	N	13 <sub>a</sub>	5 <sub>b</sub>	20,72	<0,001	0,32
		%	13,0%	5,0%			
		Reszta	2,0	-2,0			
	<b>dobra</b>	N	42 <sub>a</sub>	20 <sub>b</sub>			
		%	42,0%	20,0%			
		Reszta	3,4	-3,4			
	<b>przeciętna</b>	N	34 <sub>a</sub>	60 <sub>b</sub>			
		%	34,0%	60,0%			
		Reszta	-3,7	3,7			
	<b>zła</b>	N	11 <sub>a</sub>	13 <sub>a</sub>			
		%	11,0%	13,0%			
		Reszta	-0,4	0,4			
<b>bardzo zła</b>	N	0 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>				
	%	0,0%	2,0%				
	Reszta	-1,4	1,4				

*Uwaga: liczebności niepodzielające indeksu literowego różnią się istotnie statystycznie na poziomie  $p < 0,05$  (test Z dla proporcji kolumn)*

Źródło: Badania własne.

Analizą objęłam związek między krajem zamieszkania badanych seniorów a oceną własnej sytuacji życiowej w aspekcie zdrowotnym. Wykorzystując test chi kwadrat niezależności sprawdziłam, czy badani seniorzy z obu krajów różnią się częstotliwością udzielanych odpowiedzi na pytanie: Jak ocenia Pani/Pan własną sytuację życiową w aspekcie zdrowotnym? Wynik testu wskazał w tym wypadku na istnienie istotnej statystycznie współzależności o umiarkowanej sile. Porównywane

liczebności w obu krajach pokazują, że sytuacja życiowa w aspekcie zdrowotnym jest bardzo zróżnicowana w obu grupach. W grupie badanych seniorów z Niemiec częściej określana jako bardzo dobra i dobra, z kolei jako przeciętna jest oceniana znacznie częściej przez badanych seniorów z Polski. Ocena zła i bardzo zła częściej pojawia się w grupie polskich seniorów, ale różnice w porównaniu z Niemcami są niewielkie. Opisane różnice w szczegółowy sposób przedstawia Wykres 21.



**Wykres 21. Odsetek udzielonych odpowiedzi na pytanie o ocenę sytuacji życiowej w aspekcie zdrowotnym przez badanych seniorów z Polski i z Niemiec**

Źródło: Badania własne.

Ze szczegółowej analizy wynika, że najczęściej określana jako bardzo dobra i dobra samoocena stanu zdrowia przez badanych seniorów z Niemiec stanowi łącznie 55,0% (13,0% deklaruje bardzo dobry stan zdrowia, 42,0% wskazuje na dobry stan zdrowia). Duża grupa seniorów niemieckich wskazuje na przeciętny stan zdrowia (34,0%). W grupie badanych seniorów z Polski na przeciętną samoocenę stanu zdrowia wskazuje aż 60,0%. Powyższa analiza potwierdza, że ocena własnego stanu zdrowia pogarsza się zwykle z wiekiem. Uzyskane wyniki mają również potwierdzenie w badaniach Głównego Urzędu Statystycznego oraz wskazują na zróżnicowanie pomiędzy mieszkańcami poszczególnych krajów europejskich (GUS, 2018, s. 10-11).

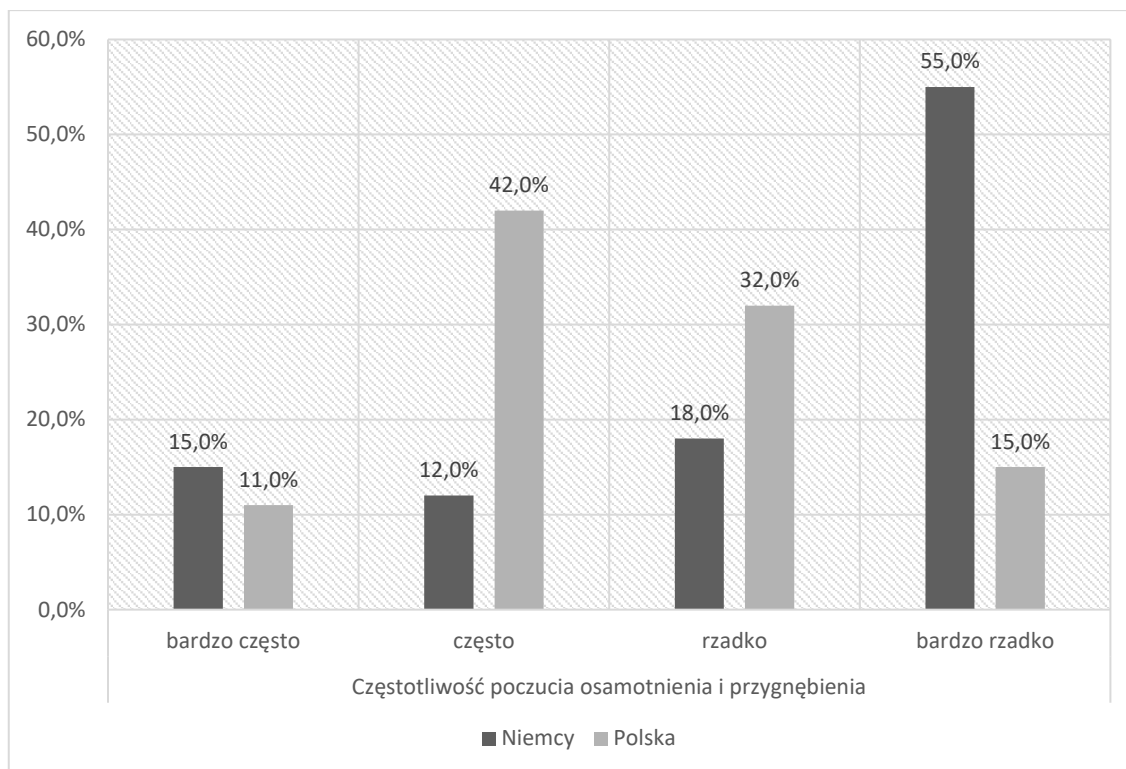
W celu uzyskania pełniejszego obrazu samopoczucia seniorów w aspekcie psychologicznym, które ma znaczący wpływ na dobry stan zdrowia, zapytałam badanych seniorów z Polski i z Niemiec: Jak często odczuwa Pani/Pan poczucie osamotnienia czy przygnębienia? Uzyskane dane pozwoliły mi na również na analizę związku między krajem zamieszkania a częstotliwością występowania poczucia osamotnienia czy przygnębienia. Analogiczna analiza pokazała, że kraj zamieszkania badanych seniorów jest istotnie statystycznie i umiarkowanie silnie skorelowany z częstotliwością występowania uczucia osamotnienia wśród badanych seniorów. Poniższa tabela i wykres prezentuje wyliczone liczebności oraz wynik testu chi kwadrat:

**Tabela 38. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a ich poczuciem osamotnienia i przygnębienia**

		Kraj		$\chi^2$	<i>p</i>	<i>V</i> <sub>Kramera</sub>
		Niemcy	Polska			
<b>Częstotliwość poczucia osamotnienia i przygnębienia</b>	N	15 <sub>a</sub>	11 <sub>a</sub>	44,06	<0,001	0,47
	<b>bardzo często</b> %	15,0%	11,0%			
	Reszta	0,8	-0,8			
	N	12 <sub>a</sub>	42 <sub>b</sub>			
	<b>często</b> %	12,0%	42,0%			
	Reszta	-4,8	4,8			
	N	18 <sub>a</sub>	32 <sub>b</sub>			
	<b>rzadko</b> %	18,0%	32,0%			
	Reszta	-2,3	2,3			
	N	55 <sub>a</sub>	15 <sub>b</sub>			
	<b>bardzo rzadko</b> %	55,0%	15,0%			
	Reszta	5,9	-5,9			

*Uwaga: liczebności niepodzielające indeksu literowego różnią się istotnie statystycznie na poziomie  $p < 0,05$  (test Z dla proporcji kolumn)*

Źródło: Badania własne.



**Wykres 22. Odsetek udzielonych odpowiedzi na pytanie o częstotliwość poczucia osamotnienia i przygnębienia przez badanych seniorów z Polski i z Niemiec**

Źródło: Badania własne.

Analiza powyższych wyników wskazuje, że odpowiedź „bardzo często” pojawiała się w podobnej liczbie przypadków wśród badanych seniorów obu narodowości (15,0% w grupie seniorów niemieckich i 11,0% w grupie seniorów polskich). Odpowiedź „często”, ale także również „rzadko” pojawiała się z kolei u większej liczby badanych z Polski w porównaniu z badanymi seniorami z Niemiec. Porównując ten związek między badanymi grupami seniorów z Polski i z Niemiec, można zauważyć znaczące różnice w poczuciu osamotnienia i przygnębienia. Aż 42,0% badanych seniorów z Polski wskazuje na częste poczucie osamotnienia i przygnębienia, gdzie w grupie niemieckiej jest tylko 12,0%. Odpowiedź „rzadko” przeważa również u polskich seniorów – 32,0%, gdzie u niemieckich seniorów jest prawie o połowę mniejsza – 18,0%. Z kolei odpowiedź wskazująca na bardzo rzadkie występowanie poczucia osamotnienia pojawiła się znacznie częściej w grupie badanych seniorów z Niemiec

i wynosi aż 55,0% w porównaniu z badanymi seniorami z Polski, gdzie obserwujemy tylko 15,0%.

Zróznicowana samoocena stanu zdrowia badanych seniorów jest związana z wieloma aspektami poczucia ich jakości życia. Z jednej strony można wskazać aspekt ekonomiczny w kategoriach poziomu dóbr i usług w obszarze wsparcia dla seniorów, wartości minimum socjalnego dla seniorów, poziomu konsumpcji czy świadczeń socjalnych w danym kraju, co znacznie wpływa na średnią długość życia. Wyniki te znacząco korespondują z danymi Eurostatu w wybranych krajach europejskich i danymi Głównego Urzędu Statystycznego (2020), jak i badaniami nad jakością życia w tym aspekcie przeprowadzonymi przez G. Miłkowską (2012), czy P. Błędowskiego (2014), gdzie z przedstawionych analiz wynika, że zarówno średnia długość życia jest wyższa w krajach Europy Zachodniej, jak i poczucie jakości życia oraz opieki zdrowotnej jest lepsza w krajach Europy Zachodniej.

Z drugiej strony wskazuje się na aspekt psychologiczny, taki jak samopoczucie. Jeśli zaspokojone zostaną podstawowe potrzeby życiowe seniorów, wzrasta również ich samopoczucie i poczucie dobrego stanu zdrowia. Jak wskazuje P. Mollon i A. Gil, człowiek, który ma poczucie, że poziom jego życia jest wysoki, ma lepsze podejście do wyzwań i życiowych problemów. Ich postrzeganie kwestii braku zdrowia lub pojawiających się sytuacji stresowych jest bardziej pozytywne (Mollon, Gil, 2014, s. 6).

## **5.2. Poziom zadowolenia z życia seniorów polskich i niemieckich**

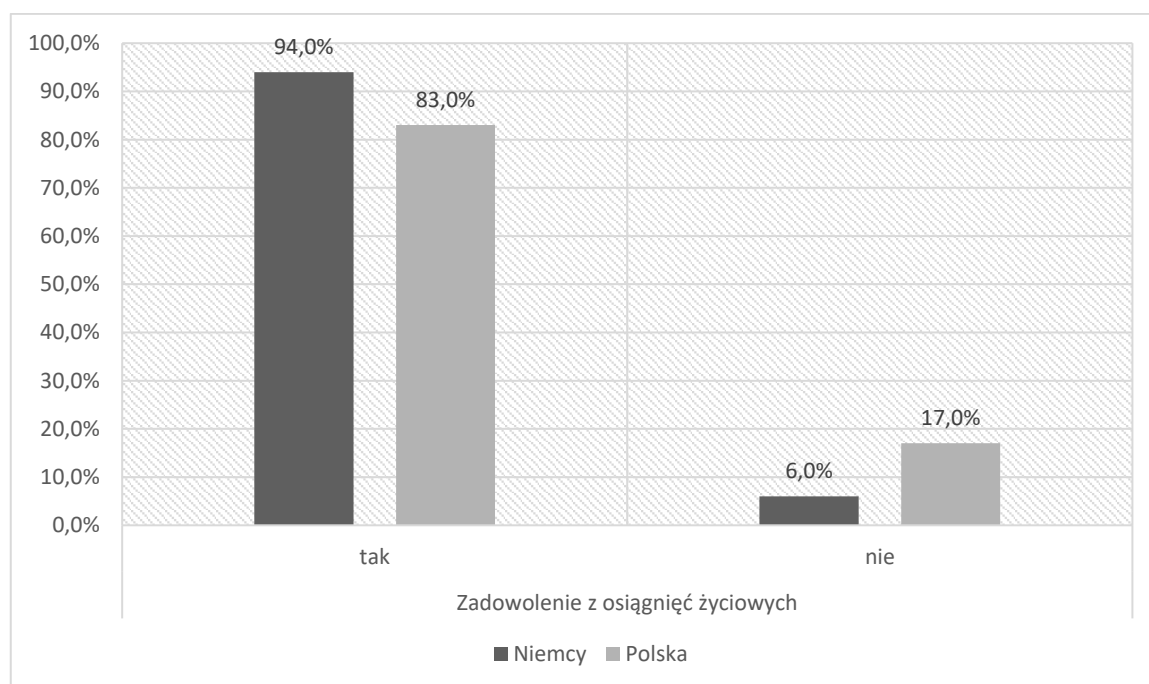
W kolejnej części analiz chcąc zbadać korelację między krajem zamieszkania badanych seniorów a ich zadowoleniem z życia przeprowadziłam serię testów chi kwadrat. Pierwszy z nich pokazał, że badani seniorzy mają zróżnicowane zadowolenie z osiągnięć życiowych w zależności od tego z jakiego kraju pochodzą. Choć większość badanych seniorów z obu krajów odpowiedziało pozytywnie na pytanie: Czy jest Pani/Pan zadowolona/y z siebie, ze swoich osiągnięć życiowych?, to jednak dostrzega się istotny statystycznie związek o niewielkiej sile wskazujący na to, że badani seniorzy z Niemiec istotnie częściej są zadowoleni z osiągnięć życiowych w porównaniu z badanymi seniorami z Polski.

**Tabela 39.** Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a ich zadowoleniem z osiągnięć życiowych

		Kraj		$\chi^2$	<i>p</i>	Phi	
		Niemcy	Polska				
<b>Zadowolenie z osiągnięć życiowych</b>	<b>tak</b>	N	94 <sub>a</sub>	83 <sub>b</sub>	5,94	0,015	0,17
		%	94,0%	83,0%			
		Reszta	2,4	-2,4			
	<b>nie</b>	N	6 <sub>a</sub>	17 <sub>b</sub>			
		%	6,0%	17,0%			
		Reszta	-2,4	2,4			

*Uwaga: liczebności niepodzielające indeksu literowego różnią się istotnie statystycznie na poziomie  $p < 0,05$  (test Z dla proporcji kolumn)*

Źródło: Badania własne.



**Wykres 23.** Odsetek udzielonych odpowiedzi na pytanie o zadowolenie z osiągnięć życiowych przez badanych seniorów z Polski i z Niemiec

Źródło: Badania własne.

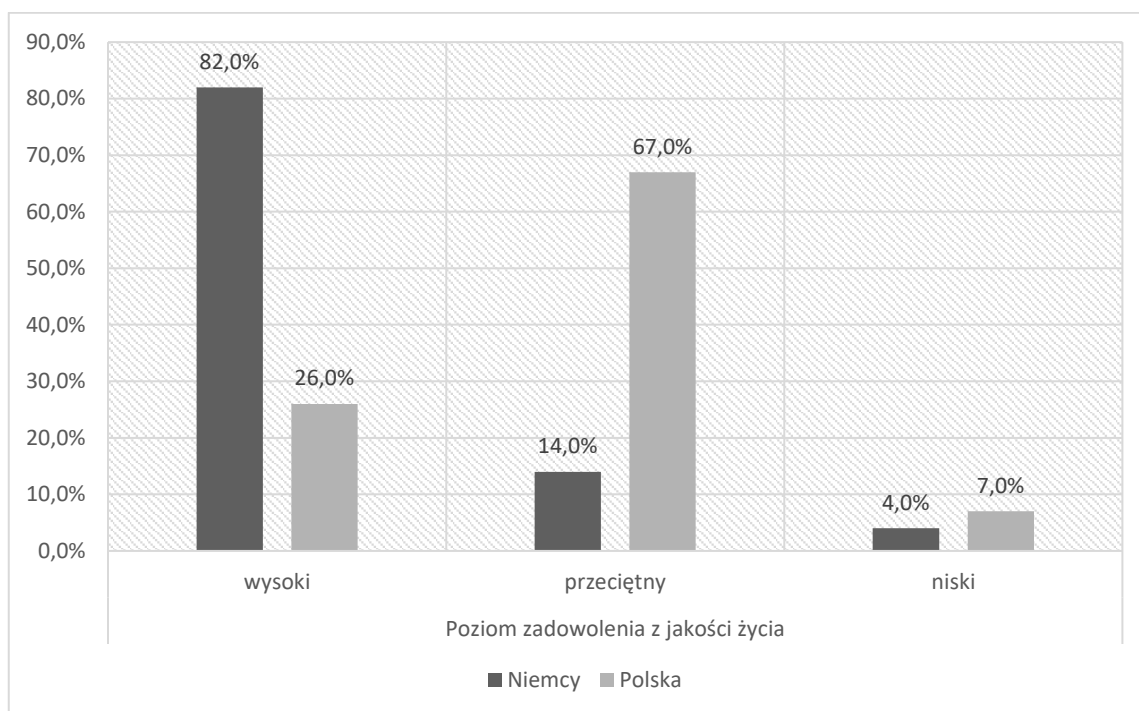
Podobnie jest też w przypadku zadowolenia z jakości życia, chociaż tutaj obserwuje się już bardzo silne zróżnicowanie. Poziom zadowolenia z jakości życia zdecydowanie częściej jest określany jako wysoki w grupie badanych seniorów z Niemiec niż w grupie badanych seniorów z Polski. Z kolei odwrotnie jest dla odpowiedzi „przeciętny”, gdyż taki poziom zadowolenia z jakości życia deklarowany jest istotnie częściej przez badanych seniorów z Polski w porównaniu z badanymi seniorami z Niemiec.

**Tabela 40. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a ich zadowoleniem z jakości życia**

		Kraj		$\chi^2$	<i>p</i>	<i>V</i> <sub>Kramera</sub>	
		Niemcy	Polska				
<b>Poziom zadowolenia z jakości życia</b>		N	82 <sub>a</sub>	26 <sub>b</sub>			
	<b>wysoki</b>	%	82,0%	26,0%			
		Reszta	7,9	-7,9			
		N	14 <sub>a</sub>	67 <sub>b</sub>			
	<b>przeciętny</b>	%	14,0%	67,0%	64,53	<0,001	0,57
		Reszta	-7,6	7,6			
		N	4 <sub>a</sub>	7 <sub>a</sub>			
	<b>niski</b>	%	4,0%	7,0%			
		Reszta	-0,9	0,9			

*Uwaga: liczebności niepodzielające indeksu literowego różnią się istotnie statystycznie na poziomie  $p < 0,05$  (test Z dla proporcji kolumn)*

Źródło: Badania własne.



**Wykres 24. Odsetek udzielonych odpowiedzi na pytanie o zadowolenie z jakości życia przez badanych seniorów z Polski i z Niemiec**

Źródło: Badania własne.

Następne dokonałam analizy kolejnych szesnastu sfer zadowolenia z życia badanych seniorów z Polski i z Niemiec. Okazało się, że rozkład odpowiedzi na to pytanie był istotnie statystycznie zróżnicowany ze względu na to z jakiego kraju pochodzili badani seniorzy -  $\chi^2(16) = 163,22$ ;  $p < 0,001$ . Brak istotnych różnic w porównywanych proporcjach dotyczył jedynie odpowiedzi takich jak „relacje z najbliższymi w rodzinie”, „relacje z przyjaciółmi i znajomymi”, „sytuacja materialna własna i rodziny”, „dobry stan mojego zdrowia” oraz „warunki mieszkaniowe” i „system opieki nad seniorami w moim kraju”. Wszystkie pozostałe proporcje kolumnowe były istotnie statystycznie zróżnicowane i wskazywały na to, że badani seniorzy z Niemiec są ogólnie bardziej zadowoleni z pozostałych wszystkich sfer życia w porównaniu do badanych seniorów z Polski.

Zbiorczo analizowane odpowiedzi w obu grupach w formie liczebności i odsetków prezentuje poniższa tabela.



**Tabela 41. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a ich zadowoleniem z poszczególnych sfer życia**

		Kraj	
		Niemcy	Polska
<b>relacje z najbliższymi w rodzinie</b>	Liczebność	84 <sub>a</sub>	74 <sub>a</sub>
	% z kraju zamieszkania	8,1%	9,1%
	% z liczby odpowiedzi	53,2%	46,8%
<b>relacje z przyjaciółmi i znajomymi</b>	Liczebność	69 <sub>a</sub>	58 <sub>a</sub>
	% z kraju zamieszkania	6,6%	7,2%
	% z liczby odpowiedzi	54,3%	45,7%
<b>sytuacja materialna własna i rodziny</b>	Liczebność	56 <sub>a</sub>	50 <sub>a</sub>
	% z kraju zamieszkania	5,4%	6,2%
	% z liczby odpowiedzi	52,8%	47,2%
<b>moje małżeństwo</b>	Liczebność	69 <sub>a</sub>	36 <sub>b</sub>
	% z kraju zamieszkania	6,6%	4,4%
	% z liczby odpowiedzi	65,7%	34,3%
<b>moje dzieci</b>	Liczebność	70 <sub>a</sub>	56 <sub>b</sub>
	% z kraju zamieszkania	6,7%	6,9%
	% z liczby odpowiedzi	55,6%	44,4%
<b>praca zawodowa</b>	Liczebność	79 <sub>a</sub>	40 <sub>b</sub>
	% z kraju zamieszkania	7,6%	4,9%
	% z liczby odpowiedzi	66,4%	33,6%
<b>dobry stan mojego zdrowia</b>	Liczebność	58 <sub>a</sub>	51 <sub>a</sub>
	% z kraju zamieszkania	5,6%	6,3%
	% z liczby odpowiedzi	53,2%	46,8%
<b>moje osiągnięcia życiowe</b>	Liczebność	73 <sub>a</sub>	47 <sub>b</sub>
	% z kraju zamieszkania	7,0%	5,8%
	% z liczby odpowiedzi	60,8%	39,2%
<b>moje wykształcenie</b>	Liczebność	69 <sub>a</sub>	42 <sub>b</sub>
	% z kraju zamieszkania	6,6%	5,2%

	% z liczby odpowiedzi	62,2%	37,8%
	Liczebność	85 <sub>a</sub>	61 <sub>b</sub>
<b>opieka zdrowotna w ośrodku</b>	% z kraju zamieszkania	8,2%	7,5%
	% z liczby odpowiedzi	58,2%	41,8%
	Liczebność	84 <sub>a</sub>	75 <sub>a</sub>
<b>warunki mieszkaniowe</b>	% z kraju zamieszkania	8,1%	9,3%
	% z liczby odpowiedzi	52,8%	47,2%
	Liczebność	92 <sub>a</sub>	55 <sub>b</sub>
<b>poziom dostępnych dóbr i usług w ośrodku</b>	% z kraju zamieszkania	8,8%	6,8%
	% z liczby odpowiedzi	62,6%	37,4%
	Liczebność	78 <sub>a</sub>	56 <sub>b</sub>
<b>uczestnictwo w różnych formach spędzania wolnego czasu</b>	% z kraju zamieszkania	7,5%	6,9%
	% z liczby odpowiedzi	58,2%	41,8%
	Liczebność	23 <sub>a</sub>	40 <sub>b</sub>
<b>uczestnictwo w różnych formach aktywizacji edukacyjno-społecznej</b>	% z kraju zamieszkania	2,2%	4,9%
	% z liczby odpowiedzi	36,5%	63,5%
	Liczebność	14 <sub>a</sub>	27 <sub>b</sub>
<b>możliwości i perspektywy na przyszłość</b>	% z kraju zamieszkania	1,3%	3,3%
	% z liczby odpowiedzi	34,1%	65,9%
	Liczebność	39 <sub>a</sub>	41 <sub>a</sub>
<b>system opieki nad seniorami w moim kraju</b>	% z kraju zamieszkania	3,7%	5,1%
	% z liczby odpowiedzi	48,8%	51,3%

Źródło: Badania własne.

Jak wynika z prezentowanych danych, badani seniorzy z Niemiec najczęściej wskazują na zadowolenie z następujących sfer ich życia: moje małżeństwo (65,7%), praca zawodowa (66,4%), poziom dostępnych dóbr i usług w ośrodku (62,6%), moje wykształcenie (62,2%), moje osiągnięcia życiowe (60,8%), uczestnictwo w różnych formach spędzania czasu wolnego (58,2%), opieka zdrowotna w ośrodku (58,2%). Badani seniorzy z Polski na najwyższym poziomie zadowolenia wskazują: możliwości

i perspektywy na przyszłość (65,9%), uczestnictwo w różnych formach aktywizacji edukacyjno-społecznej (63,5%).

Analiza poziomu zadowolenia badanych seniorów z jakości własnego życia w kontekście różnorodnych sfer życia odnosi się do subiektywnej satysfakcji z życia, która może być wynikiem podsumowań własnego życia pod kątem jego przeszłości, perspektyw na przyszłość, jak i czasu teraźniejszego. Takie ujęcie zadowolenia z życia wskazuje na to, że zadowolenie z własnego życia zawiera w sobie analizę własnej sytuacji i ocenę pod kątem realizacji uwewnętrznionych standardów (Bugajska, Timoszyk-Tomczak 2013, s. 85).

Powołując się z kolei na badania M. Halickiej (2004), podkreśla się z kolei, że poczucie zadowolenia i satysfakcji życiowej różnicuje wiele czynników, a wśród nich najistotniejsze: zdrowie, sprawność funkcjonalna, sytuacja rodzinna, ekonomiczna, aktywność i kontakty społeczne.

### 5.3. Plany życiowe seniorów polskich i niemieckich

W kolejnej części przeprowadzonych analiz statystycznych chciałam sprawdzić, jakie plany życiowe formułują seniorzy z Polski i z Niemiec. Szczególnie ważne było dla mnie, czy kraj w jakim przebywają badani seniorzy ma wpływ na formułowane przez badanych seniorów plany życiowe.

Wynik ten także okazał się być istotnym statystycznie -  $\chi^2(5) = 28,27; p < 0,001$ . Związek między krajem zamieszkania a planami życiowymi badanych seniorów przedstawia poniższa tabela:

**Tabela 42. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a formułowanymi planami życiowymi**

		Kraj	
		Niemcy	Polska
plany związane z aktywnością towarzyską	Liczebność	5 <sub>a</sub>	20 <sub>b</sub>
	% z kraju zamieszkania	8,60%	23,00%
	% z liczby odpowiedzi	20,00%	80,00%

<b>plany związane z działalnością opiekuńczą i społeczną</b>	Liczebność	5 <sub>a</sub>	17 <sub>a</sub>
	% z kraju zamieszkania	8,60%	19,50%
	% z liczby odpowiedzi	22,70%	77,30%
<b>plany związane z zacieśnianiem więzi rodzinnych</b>	Liczebność	18 <sub>a</sub>	38 <sub>a</sub>
	% z kraju zamieszkania	31,00%	43,70%
	% z liczby odpowiedzi	32,10%	67,90%
<b>plany związane z zacieśnieniem więzi z przyjaciółmi i znajomymi</b>	Liczebność	14 <sub>a</sub>	25 <sub>a</sub>
	% z kraju zamieszkania	24,10%	28,70%
	% z liczby odpowiedzi	35,90%	64,10%
<b>poprawa stanu zdrowia</b>	Liczebność	58 <sub>a</sub>	65 <sub>a</sub>
	% z kraju zamieszkania	100,00%	74,70%
	% z liczby odpowiedzi	47,20%	52,80%

Źródło: Badania własne.

Doświadczenia życiowe badanych seniorów wskazują na różnorodność dalszych planów życiowych. Wśród badanych seniorów z Polski, ich plany życiowe związane są przede wszystkim z poprawą stanu zdrowia (aż 74,70% badanych seniorów), z zacieśnianiem więzi rodzinnych (43,70% badanych seniorów), plany związane z zacieśnieniem więzi z przyjaciółmi i znajomymi (28,70%). Wśród niemieckich seniorów najważniejsze okazuje się zdrowie i poprawa jego stanu zdrowia (100,0% odpowiedzi).

Badani seniorzy z Polski chętnie formułują również plany związane z aktywnością towarzyską (23,0%), co przeważa znacznie nad odsetkiem wśród badanych seniorów z Niemiec (8,60%).

Postrzeganie perspektyw i planów na przyszłość przez badanych seniorów pozwala zachować dobre samopoczucie, wiarę w siebie oraz pozytywne postrzeganie swojej przyszłości. Badani seniorzy są bardziej spokojni i w konsekwencji pozytywnie wpływają na formułowanie planów życiowych związanych z ich przyszłością.

## 5.4. Postrzeganie swojego miejsca w społeczeństwie przez seniorów polskich i niemieckich

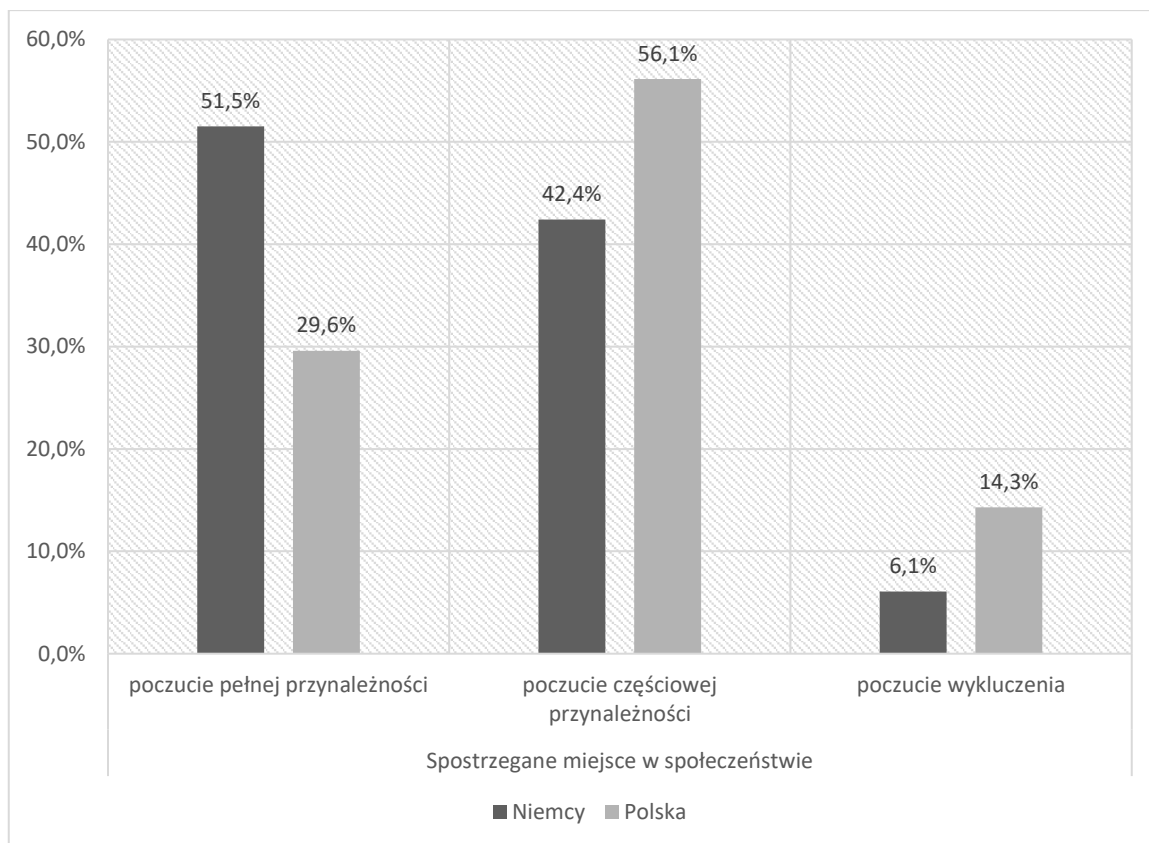
W celu przetestowania związku między krajem zamieszkania a spostrzeganym miejscem badanych seniorów w społeczeństwie, wykonałam analizę przy użyciu współczynnika chi kwadrat niezależności Pearsona. Otrzymany rezultat jest istotny statystycznie i wskazuje na występowanie nieprzypadkowych, ale stosunkowo słabych różnic w proporcjach między odpowiedziami pochodzącymi od seniorów z dwóch różnych krajów. Związek między krajem zamieszkania a spostrzeganym miejscem w społeczeństwie przedstawia Tabela 43 i Wykres 25:

**Tabela 43. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a postrzeganiem swojego miejsca w społeczeństwie**

		Kraj		$\chi^2$	<i>p</i>	<i>V</i> <sub>Kramera</sub>	
		Niemcy	Polska				
spozrzegane miejsce w społeczeństwie	poczucie pełnej przynależności	<i>N</i>	51 <sub>a</sub>	29 <sub>b</sub>	10,99	0,00 4	0,24
		%	51,5%	29,6%			
		Reszta	3,1	-3,1			
	poczucie częściowej przynależności	<i>N</i>	42 <sub>a</sub>	55 <sub>a</sub>			
		%	42,4%	56,1%			
		Reszta	-1,9	1,9			
	poczucie wykluczenia	<i>N</i>	6 <sub>a</sub>	14 <sub>a</sub>			
		%	6,1%	14,3%			
		Reszta	-1,9	1,9			

*Uwaga: liczebności niepodzielające indeksu literowego różnią się istotnie statystycznie na poziomie  $p < 0,05$  (test Z dla proporcji kolumn)*

Źródło: Badania własne.



**Wykres 25. Odsetek udzielonych odpowiedzi na pytanie o spostrzegane miejsce w społeczeństwie przez seniorów z Polski i z Niemiec**

Źródło: Badania własne.

Rozkład odpowiedzi badanych seniorów z Polski i z Niemiec sugeruje, że poczucie pełnej przynależności częściej obserwowane jest częściej wśród niemieckich seniorów (51,5%) w porównaniu z badanymi seniorami z Polski (29,6%).

Badani seniorzy z Polski częściej czują się wykluczeni lub ich przynależność do społeczeństwa zdaje się być tylko częściowa. W tym zakresie szczególnie są widoczne różnice: badani seniorzy z Polski wskazują na częściową przynależność – aż 56,1%), gdzie w grupie niemieckich seniorów jest to odpowiednio 42,4%. Badani seniorzy z Polski częściej czują się wykluczeni – 14,3%, gdzie w grupie niemieckich seniorów jest to 6,1%.

Okazuje się, że starość nie jest miłym doświadczeniem społecznym dla badanych seniorów z Polski. Zdecydowanie można stwierdzić, że widoczne jest działanie polskich seniorów zgodnie z teorią wycofywania się. Seniorzy z Polski uważają, że ze starością własną trzeba się pogodzić i wiek zobowiązuje do ograniczania określonych działań.

Wykazują się też mniejszą aktywnością i są bardziej zamknięci we własnym środowisku społecznym. Może to być związane z przywiązaniem do tradycji i koncentrowaniem się na przeżywaniu starości w swoim własnym świecie oraz ograniczania aktywności w wielu sferach życia.

## 5.5. Aktywność społeczna, edukacyjna i kulturalna seniorów polskich i niemieckich

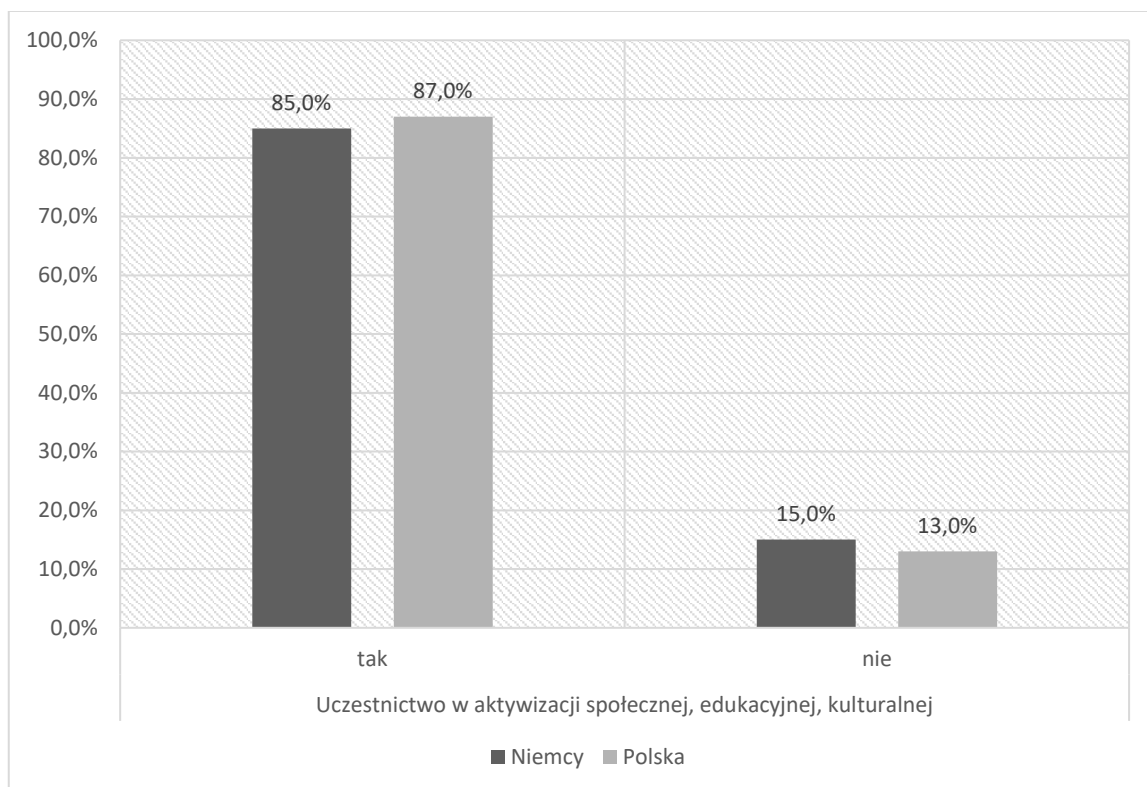
Następnie analizie poddałam odpowiedzi na pytania dotyczące aktywności społecznej, edukacyjnej i kulturalnej seniorów z obu krajów europejskich. W przypadku pierwszego z analizowanych pytań: Czy uczestniczy Pani/Pan w formach aktywizacji społecznej, edukacyjnej i kulturalnej organizowanej przez ośrodek? okazało się, że związek między zmiennymi jest nieistotny statystycznie. Uzyskane wyniki prezentuje poniższa tabela:

**Tabela 44. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a ich uczestnictwo w aktywizacji społecznej, edukacyjnej lub kulturalnej**

		Kraj		$\chi^2$	<i>p</i>	Phi	
		Niemcy	Polska				
<b>uczestnictwo w aktywizacji społecznej, edukacyjnej, kulturalnej</b>	<b>tak</b>	N	85 <sub>a</sub>	87 <sub>a</sub>	0,17	0,684	0,03
		%	85,0%	87,0%			
		Reszta	-0,4	0,4			
<b>uczestnictwo w aktywizacji społecznej, edukacyjnej, kulturalnej</b>	<b>nie</b>	N	15 <sub>a</sub>	13 <sub>a</sub>	0,17	0,684	0,03
		%	15,0%	13,0%			
		Reszta	0,4	-0,4			

*Uwaga: liczebności niepodzielające indeksu literowego różnią się istotnie statystycznie na poziomie  $p < 0,05$  (test Z dla proporcji kolumn)*

Źródło: Badania własne.



**Wykres 26. Odsetek udzielonych odpowiedzi na pytanie o uczestnictwo w aktywizacji społecznej, edukacyjnej lub kulturalnej przez badanych seniorów z Polski i z Niemiec**

Źródło: Badania własne.

Analiza uzyskanych danych wskazuje, że w obu krajach badani seniorzy chętnie uczestniczą w różnych formach aktywizacji społecznej, edukacyjnej i kulturowej. A zatem zarówno w Polsce, jak i Niemczech odsetek ten jest podobny (85,0% i 87,0%). Zgodnie z wynikami badań spójności społecznej 2015, osoby starsze charakteryzują się niską aktywnością. Wskazuje się natomiast na wyższą aktywność społeczną osób starszych przebywających we wspólnotach, organizacjach, podobną do ogółu ludności (MRPiPS, 2015, s. 70).

Wysoki odsetek udzielonych odpowiedzi na pytanie o uczestnictwo w aktywizacji społecznej, edukacyjnej lub kulturalnej przez badanych seniorów z Polski i z Niemiec ma zatem związek z przebywaniem seniorów w ośrodku, który oferuje różnorodne formy aktywności dla jego mieszkańców. Badani seniorzy spędzają ponadto dużo czasu wśród osób, do których mają zaufanie, w tym samym przedziale wiekowym i o podobnych zainteresowaniach.



Istotną relację dostrzega się natomiast dla pytania dotyczącego poszczególnych form aktywności badanych seniorów w czasie wolnym -  $\chi^2(15) = 140,09; p < 0,001$ .

**Tabela 45. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a ich aktywnościami podejmowanymi w czasie wolnym przez seniorów z Polski i z Niemiec**

		Kraj	
		Niemcy	Polska
<b>oglądanie TV</b>	N	82 <sub>a</sub>	71 <sub>b</sub>
	% z kraju zamieszkania	85,4%	73,2%
	% z liczby odpowiedzi	53,6%	46,4%
<b>korzystanie z komputera i internetu</b>	N	8 <sub>a</sub>	12 <sub>a</sub>
	% z kraju zamieszkania	8,3%	12,4%
	% z liczby odpowiedzi	40,0%	60,0%
<b>czytanie książek</b>	N	55 <sub>a</sub>	46 <sub>a</sub>
	% z kraju zamieszkania	57,3%	47,4%
	% z liczby odpowiedzi	54,5%	45,5%
<b>uprawianie sportu, gimnastyki, uczestnictwo w zajęciach ruchowych</b>	N	40 <sub>a</sub>	42 <sub>a</sub>
	% z kraju zamieszkania	41,7%	43,3%
	% z liczby odpowiedzi	48,8%	51,2%
<b>wyście do kina, teatru, filharmonii, muzeum</b>	N	8 <sub>a</sub>	9 <sub>a</sub>
	% z kraju zamieszkania	8,3%	9,3%
	% z liczby odpowiedzi	47,1%	52,9%
<b>spotkania z rodziną</b>	N	47 <sub>a</sub>	40 <sub>a</sub>
	% z kraju zamieszkania	49,0%	41,2%
	% z liczby odpowiedzi	54,0%	46,0%

<b>spotkania ze znajomymi</b>	N	31 <sub>a</sub>	36 <sub>a</sub>
	% z kraju zamieszkania	32,3%	37,1%
	% z liczby odpowiedzi	46,3%	53,7%
<b>uczestnictwo w zorganizowanych zajęciach edukacyjno-kulturalnych</b>	N	23 <sub>a</sub>	48 <sub>b</sub>
	% z kraju zamieszkania	24,0%	49,5%
	% z liczby odpowiedzi	32,4%	67,6%
<b>wyjazdy turystyczno-rekreacyjne</b>	N	1 <sub>a</sub>	30 <sub>b</sub>
	% z kraju zamieszkania	1,0%	30,9%
	% z liczby odpowiedzi	3,2%	96,8%
<b>hobby</b>	N	30 <sub>a</sub>	33 <sub>a</sub>
	% z kraju zamieszkania	31,3%	34,0%
	% z liczby odpowiedzi	47,6%	52,4%
<b>koła zainteresowań</b>	N	35 <sub>a</sub>	4 <sub>b</sub>
	% z kraju zamieszkania	36,5%	4,1%
	% z liczby odpowiedzi	89,7%	10,3%
<b>prace na działce, w ogrodzie</b>	N	2 <sub>a</sub>	7 <sub>a</sub>
	% z kraju zamieszkania	2,1%	7,2%
	% z liczby odpowiedzi	22,2%	77,8%
<b>uczestnictwo w działaniach samopomocowych wśród osób starszych</b>	N	3 <sub>a</sub>	19 <sub>b</sub>
	% z kraju zamieszkania	3,1%	19,6%
	% z liczby odpowiedzi	13,6%	86,4%
<b>aktywność społeczna na rzecz innych</b>	N	1 <sub>a</sub>	14 <sub>b</sub>
	% z kraju zamieszkania	1,0%	14,4%
	% z liczby odpowiedzi	6,7%	93,3%

	odpowiedzi		
<b>uczestnictwo w nabożeństwach</b>	N	26 <sub>a</sub>	62 <sub>b</sub>
	% z kraju zamieszkania	27,1%	63,9%
	% z liczby odpowiedzi	29,5%	70,5%

Źródło: Badania własne.

Seniorzy podejmują się różnych aktywności w czasie wolnym, które szczegółowo prezentuje powyższa tabela. Jak się okazało, badani seniorzy z Niemiec istotnie statystycznie częściej w czasie wolnym oglądają TV (85,4%) i korzystają z kół zainteresowań (36,5%). Badani seniorzy z Polski z kolei częściej uczestniczą w zorganizowanych zajęciach edukacyjno-kulturalnych (49,5%), wyjazdach turystyczno-rekreacyjnych (30,9%), uczestniczą w działaniach samopomocowych wśród osób starszych (19,6%), podejmują aktywność społeczną na rzecz innych (14,4%). Znacząca jest różnica między badanymi seniorami w uczestnictwie w nabożeństwach, gdzie deklaruje aż 63,9% badanych seniorów z Polski w porównaniu do badanych seniorów z Niemiec – 27,1%. Pozostałe, niewymienione aktywności podejmowane są podobnie często w obu krajach.

Zdaniem wielu badaczy, w tym M. Kutyły (2012, s. 55) najważniejszym celem jest umożliwienie osobom starszym korzystnego i przyjemnego spędzania czasu wolnego w różnych formach edukacyjnych, hobbistycznych, prelekcyjnych, artystycznych, itp. Aktywne uczestnictwo w życiu społecznym umożliwiają seniorom różnorodne aktywności i instytucje wspierające osoby starzejące się, najczęściej znajdujące się poza ośrodkiem. Szczegółową analizę prezentuje poniższa tabela i wykres:

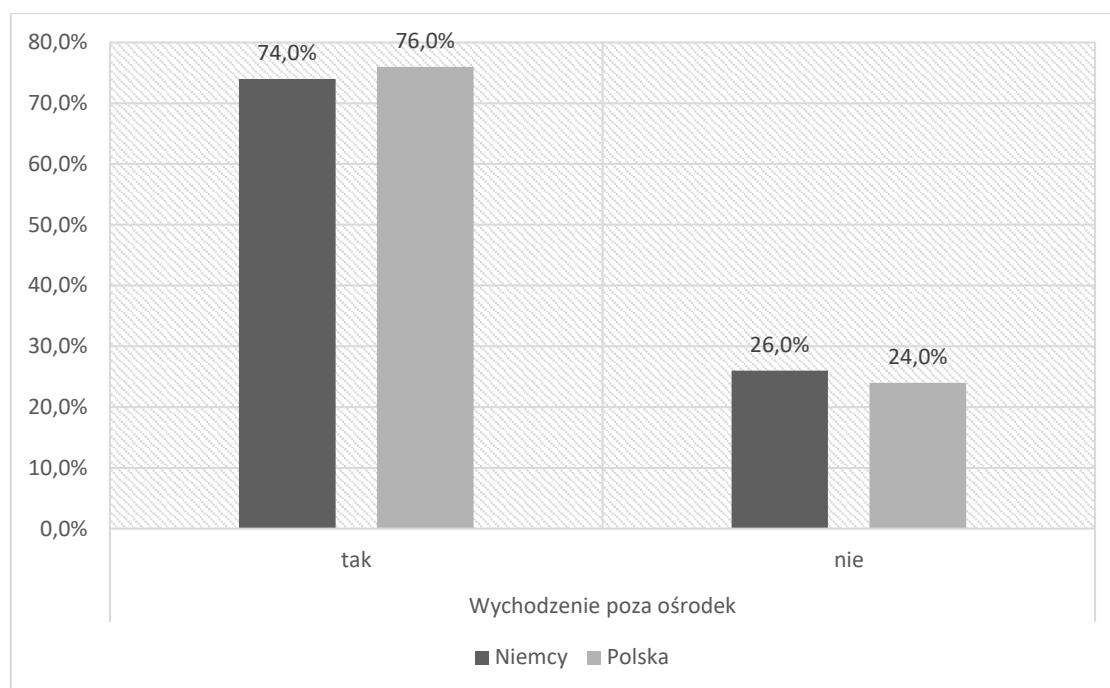
**Tabela 46. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a wychodzeniem poza ośrodki**

		Kraj		$\chi^2$	<i>p</i>	Phi	
		Niemcy	Polska				
<b>wychodzenie poza ośrodek</b>	<b>tak</b>	N	74 <sub>a</sub>	76 <sub>a</sub>	0,11	0,744	0,02
		%	74,0%	76,0%			
		Reszta	-0,3	0,3			

	N	26 <sub>a</sub>	24 <sub>a</sub>
<b>nie</b>	%	26,0%	24,0%
	Reszta	0,3	-0,3

*Uwaga: liczebności niepodzielające indeksu literowego różnią się istotnie statystycznie na poziomie  $p < 0,05$  (test Z dla proporcji kolumn)*

Źródło: Badania własne.



**Wykres 27. Odsetek udzielonych odpowiedzi na pytanie o wychodzenie poza ośrodek przez badanych seniorów z Polski i z Niemiec**

Źródło: Badania własne.

Jeśli chodzi o aktywność w postaci wychodzenia poza ośrodek, to w tym wypadku brak jest istotnej statystycznie zależności. Można uznać, że badani seniorzy z Polski i Niemiec robią to z podobną częstotliwością (74,0% i 76,0%). Ponad 2/3 badanych seniorów przyznaje więc, że wychodzi opuszcza ośrodek.

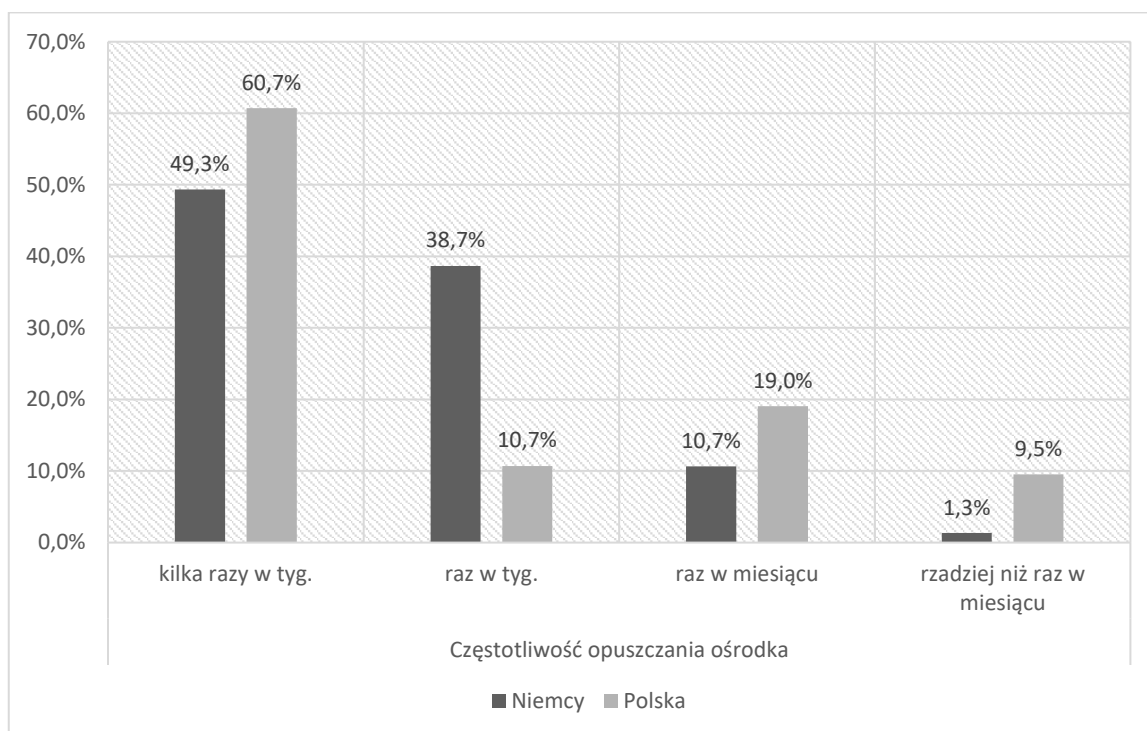
Istotny statystycznie okazał się być związek między krajem zamieszkania badanych seniorów a ich odpowiedziami o częstotliwość opuszczania ośrodka (Tabela 47):

**Tabela 47. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a częstotliwością opuszczania ośrodka**

		Kraj		$\chi^2$	<i>p</i>	<i>V</i> <sub>Kramera</sub>	
		Niemcy	Polska				
Częstotliwość opuszczania ośrodka	kilka razy w tygodniu	N	37 <sub>a</sub>	51 <sub>a</sub>	20,42	<0,001	0,36
		%	49,3%	60,7%			
		Reszta	-1,4	1,4			
	raz w tygodniu	N	29 <sub>a</sub>	9 <sub>b</sub>			
		%	38,7%	10,7%			
		Reszta	4,1	-4,1			
	raz w miesiącu	N	8 <sub>a</sub>	16 <sub>a</sub>			
		%	10,7%	19,0%			
		Reszta	-1,5	1,5			
	rzadziej niż raz w miesiącu	N	1 <sub>a</sub>	8 <sub>b</sub>			
		%	1,3%	9,5%			
		Reszta	-2,2	2,2			

*Uwaga: liczebności niepodzielające indeksu literowego różnią się istotnie statystycznie na poziomie  $p < 0,05$  (test Z dla proporcji kolumn)*

Źródło: Badania własne.



**Wykres 28. Odsetek udzielonych odpowiedzi na pytanie o częstotliwość opuszczania ośrodka przez badanych seniorów z Polski i z Niemiec**

Źródło: Badania własne.

Jak wynika z analizy, badani seniorzy chętnie i nawet kilka razy w tygodniu wychodzą poza ośrodek opieki, w którym zamieszkują. W przypadku badanych seniorów z Polski jest to aż 60,7% wychodzących kilka razy w tygodniu i 38,7% wychodzących minimum raz w tygodniu, w przypadku badanych seniorów z Niemiec 49,3% wychodzących kilka razy w tygodniu. Możliwości wychodzenia i spędzanie czasu poza ośrodkiem są bardzo ważne dla badanych seniorów i stanowią możliwość poszerzenia zakresu ich aktywności, pozwalają na pozytywne postrzeganie siebie i swojej roli w kontaktach i spotkaniach poza społecznością ośrodka, przede wszystkim spotkaniach towarzyskich i rodzinnych.

Istotnie statystycznie różnice w częstotliwości odpowiedzi między badanymi seniorami z Polski i Niemiec dostrzec można w przypadku przyczyn, dla których ośrodek jest opuszczany -  $\chi^2(7) = 34,96$ ;  $p < 0,001$ . Szczegółowe powody opuszczania ośrodka przez badanych seniorów analizuję poniżej:

**Tabela 48. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a powodami opuszczania ośrodka**

		Kraj	
		Niemcy	Polska
<b>w celach rekreacyjnych</b>	N	70 <sub>a</sub>	47 <sub>b</sub>
	% z kraju zamieszkania	94,6%	82,5%
	% z liczby odpowiedzi	59,8%	40,2%
	<hr/>		
<b>spotkania z rodziną</b>	N	39 <sub>a</sub>	11 <sub>b</sub>
	% z kraju zamieszkania	52,7%	19,3%
	% z liczby odpowiedzi	78,0%	22,0%
	<hr/>		
<b>spotkania z przyjaciółmi</b>	N	23 <sub>a</sub>	7 <sub>b</sub>
	% z kraju zamieszkania	31,1%	12,3%
	% z liczby odpowiedzi	76,7%	23,3%
	<hr/>		
<b>wyjście do kina, teatru, filharmonii, muzeum</b>	N	7 <sub>a</sub>	7 <sub>a</sub>
	% z kraju zamieszkania	9,5%	12,3%
	% z liczby odpowiedzi	50,0%	50,0%
	<hr/>		
<b>zajęcia edukacyjno-kulturalne</b>	N	3 <sub>a</sub>	5 <sub>a</sub>
	% z kraju zamieszkania	4,1%	8,8%
	% z liczby odpowiedzi	37,5%	62,5%
	<hr/>		
<b>aktywność społeczna na rzecz innych</b>	N	1 <sub>a</sub>	5 <sub>b</sub>
	% z kraju zamieszkania	1,4%	8,8%
	% z liczby odpowiedzi	16,7%	83,3%
	<hr/>		

<b>uczestnictwo w nabożeństwach</b>	N	13 <sub>a</sub>	17 <sub>a</sub>
	% z kraju zamieszkania	17,6%	29,8%
	% z liczby odpowiedzi	43,3%	56,7%

Źródło: Badania własne.

Badani seniorzy z Niemiec najczęściej wychodzą poza ośrodek w celach rekreacyjnych (94,6%), spotkań z rodziną (52,7%) oraz z przyjaciółmi (31,1%). Natomiast badani seniorzy z Polski również najczęściej wychodzą w celach rekreacyjnych (82,5%), czy ze względu na uczestnictwo w nabożeństwach (29,8%). Można również zauważyć, że badani seniorzy z Polski nie znacznie częściej od badanych seniorów z Niemiec opuszczają ośrodek ze względu na zajęcia edukacyjno-kulturalne i aktywność społeczną na rzecz innych.

Ostatnia z analiz dla aktywnego działania badanych seniorów z Polski i z Niemiec pokazała też, że między krajem zamieszkania a aktywnym działaniem w organizacjach występuje istotna statystycznie korelacja.

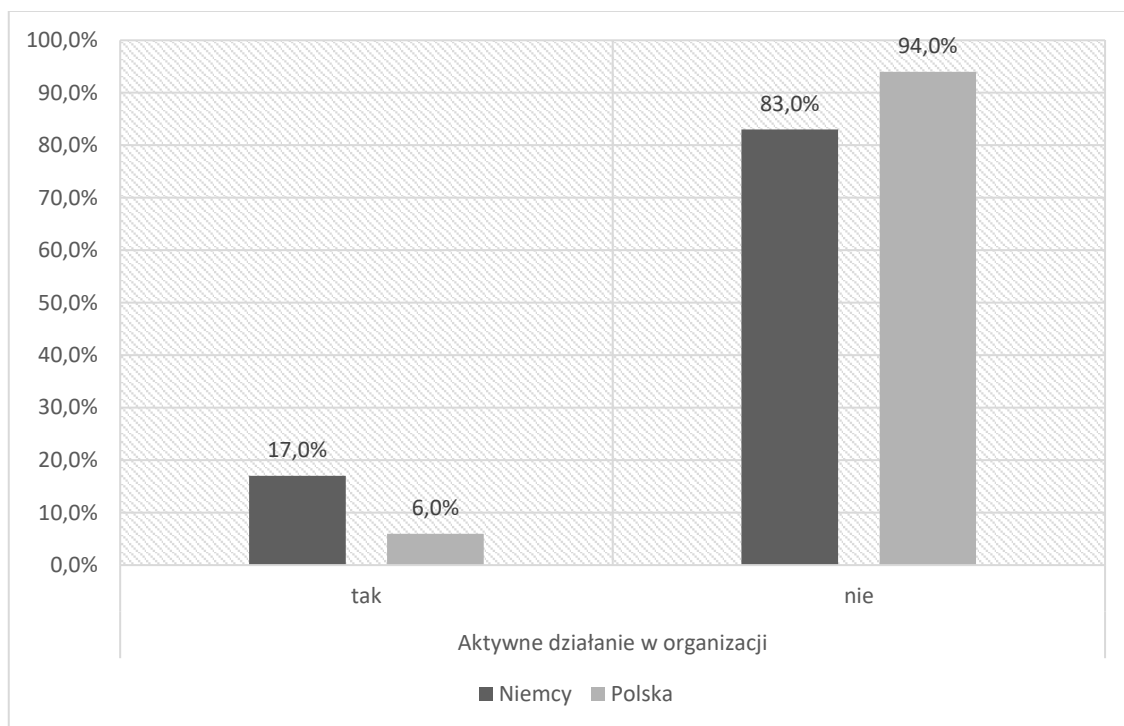
**Tabela 49. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a ich aktywnym działaniem w organizacji**

		Kraj		$\chi^2$	p	Phi
		Niemcy	Polska			
	N	17 <sub>a</sub>	6 <sub>b</sub>			
<b>tak</b>	%	17,0%	6,0%			
<b>aktywne działanie w organizacji</b>	Reszta	2,4	-2,4	5,94	0,015	0,17
	N	83 <sub>a</sub>	94 <sub>b</sub>			
<b>nie</b>	%	83,0%	94,0%			
	Reszta	-2,4	2,4			

Uwaga: liczebności niepodzielające indeksu literowego różnią się istotnie statystycznie na poziomie  $p < 0,05$  (test Z dla proporcji kolumn)

Źródło: Badania własne.





**Wykres 29. Odsetek udzielonych odpowiedzi na pytanie o aktywne działanie w organizacji przez badanych seniorów z Polski i z Niemiec**

Źródło: Badania własne.

Jak się okazało to badani seniorzy z Niemiec istotnie statystycznie częściej aktywnie działają w organizacjach w porównaniu do badanych seniorów z Polski. Związek między dwiema zmiennymi jest jednak bardzo słaby, a zatem różnice w proporcjach także niewielkie.

Aktywna działalność seniorów na rzecz innych organizacji może mieć dla nich ogromne znaczenie. Różnorodne działania w organizacjach mogą pozytywnie wzmocnić potencjał seniorów i podkreślić ich wartość w środowisku ich życia.

## Rozdział 6. System opieki nad seniorami w Polsce i w Niemczech w świetle badań własnych

W analizowaniu wyników badań dotyczących systemu opieki nad seniorami w Polsce i w Niemczech istotne okazały się opinie badanych seniorów odnoszące się do oceny funkcjonowania systemów w obu krajach i ośrodków opieki, w których przebywają badani seniorzy z Polski i z Niemiec. Mając na uwadze ocenę systemu opieki nad seniorami, w poniższym rozdziale przedmiotem moich zainteresowań są również oczekiwania badanych seniorów w aspekcie instytucjonalnym i funkcjonalnym wobec podmiotów odpowiedzialnych za zapewnienie im opieki.

### 6.1. System opieki nad seniorami w Polsce i w Niemczech w opinii badanych seniorów

Kolejny szczegółowy problem badawczy został zawarty w pytaniu: W jaki sposób badani oceniają system opieki nad seniorami w Polsce i w Niemczech?

Zadaniem badanych było określenie poziomu w systemie opieki nad seniorami w danym kraju oraz sprawdzenie, czy zachodzi istotna statystycznie zależność między krajem zamieszkania a oceną systemu opieki nad seniorami w danym kraju.

W celu poznania opinii badanych oraz związku między krajem zamieszkania a oceną systemu opieki nad seniorami w danym kraju, zapytałam: Jak ocenia Pani/Pan możliwości korzystania z podstawowej opieki zdrowotnej/opieki medycznej?

Poniżej przedstawiam wyniki badań w tym zakresie oraz ich analizę:

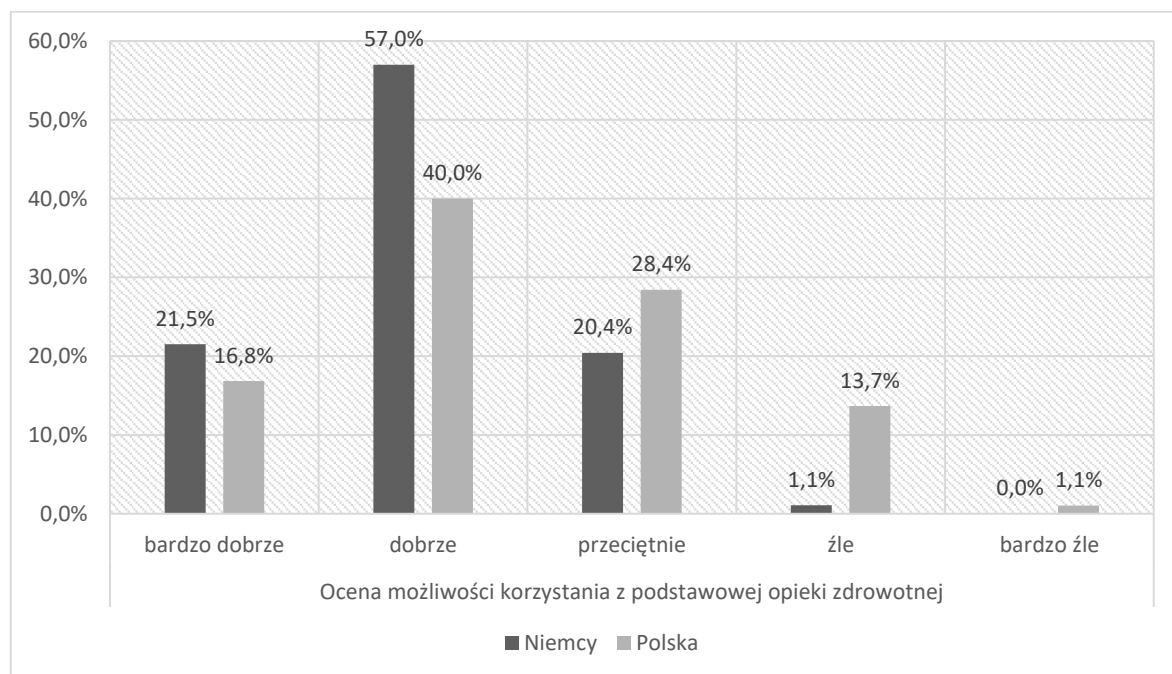
**Tabela 50. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a ich oceną możliwości korzystania z podstawowej opieki zdrowotnej**

		Kraj		$\chi^2$	<i>p</i>	<i>V</i> <sub>Kramera</sub>
		Niemcy	Polska			
ocena możliwości	N	20 <sub>a</sub>	16 <sub>a</sub>			
korzystania z podstawowej opieki zdrowotnej	<b>bardzo dobrze</b> %	21,5%	16,8%	15,57	0,004	0,29
	Reszta	0,8	-0,8			

	N	53 <sub>a</sub>	38 <sub>b</sub>
<b>dobrze</b>	%	57,0%	40,0%
	Reszta	2,3	-2,3
	N	19 <sub>a</sub>	27 <sub>a</sub>
<b>przeciętnie</b>	%	20,4%	28,4%
	Reszta	-1,3	1,3
	N	1 <sub>a</sub>	13 <sub>b</sub>
<b>źle</b>	%	1,1%	13,7%
	Reszta	-3,3	3,3
	N	0 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>
<b>bardzo źle</b>	%	0,0%	1,1%
	Reszta	-1,0	1,0

*Uwaga: liczebności niepodzielające indeksu literowego różnią się istotnie statystycznie na poziomie  $p < 0,05$  (test Z dla proporcji kolumn)*

Źródło: Badania własne.



**Wykres 30. Odsetek udzielonych odpowiedzi na pytanie o ocenę możliwości korzystania z podstawowej opieki zdrowotnej przez badanych seniorów z Polski i z Niemiec**

Źródło: Badania własne.

Wykonana w tym celu analiza statystyczna wykazała, że pomiędzy krajem zamieszkania badanych seniorów a ich odpowiedziami na pytanie o ocenę możliwości korzystania z podstawowej opieki zdrowotnej i medycznej zachodzi istotny statystycznie związek. Okazuje się, że badani seniorzy z Niemiec częściej aniżeli badani seniorzy z Polski oceniają taką możliwość dobrze (57,0% badanych seniorów z Niemiec vs 40,0% badanych seniorów z Polski). Wśród badanych seniorów z Polski znacznie częściej występowała odpowiedź „źle” (13,7% badanych seniorów z Polski vs 1,1% badanych seniorów z Niemiec). Według miary siły związku zależność ta ma niską siłę.

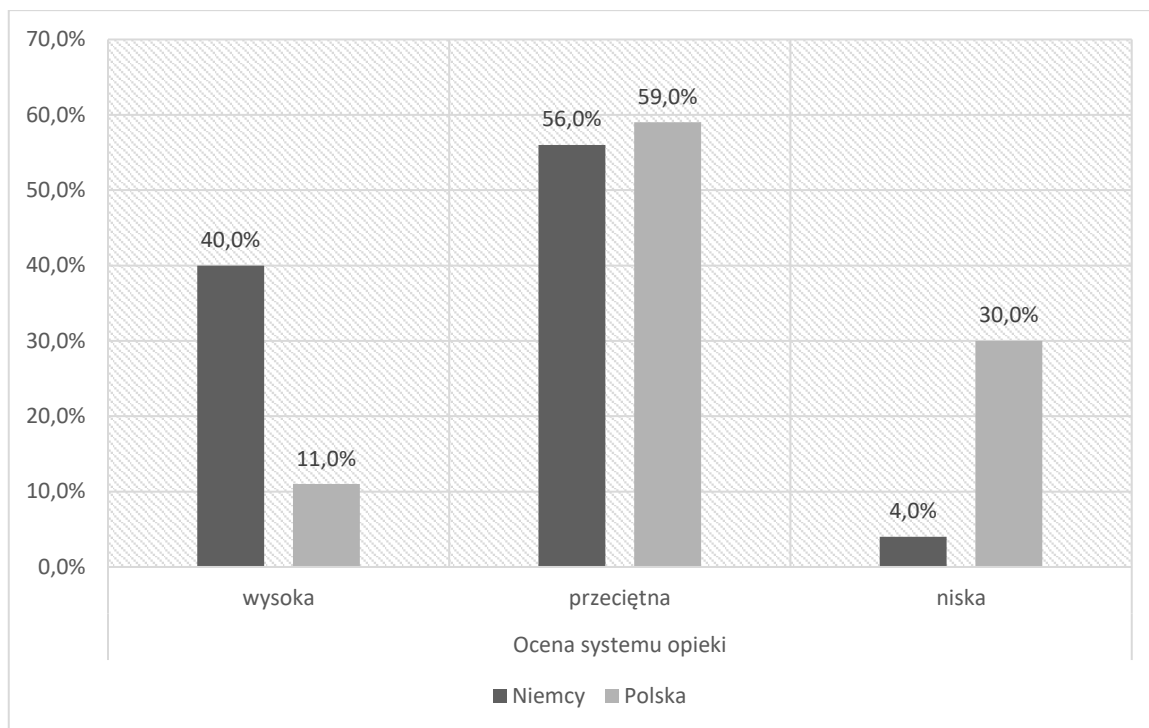
Istotny statystycznie okazał się również związek między krajem zamieszkania badanych seniorów a ich odpowiedziami na pytanie o ocenę systemu opieki. Związek ten jest umiarkowanie silny, a rozkłady procentowe wskazują, że ocena „wysoka” istotnie częściej padała wśród badanych seniorów z Niemiec (40,0%), zaś wśród badanych seniorów z Polski była to ocena „niska” (30,0%). Ocenę „przeciętną” badani seniorzy wybierali podobnie często (56,0% vs 59,0%).

**Tabela 51. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a ich oceną systemu opieki**

		Kraj		$\chi^2$	<i>p</i>	<i>V</i> <sub>Kramera</sub>	
		Niemcy	Polska				
<b>ocena systemu opieki</b>	<b>wysoka</b>	N	40 <sub>a</sub>	11 <sub>b</sub>			
		%	40,0%	11,0%			
	Reszta	4,7	-4,7				
	<b>przeciętna</b>	N	56 <sub>a</sub>	59 <sub>a</sub>	36,45	<0,001	0,43
		%	56,0%	59,0%			
	Reszta	-0,4	0,4				
<b>niska</b>	N	4 <sub>a</sub>	30 <sub>b</sub>				
	%	4,0%	30,0%				
Reszta	-4,9	4,9					

*Uwaga: liczebności niepodzielające indeksu literowego różnią się istotnie statystycznie na poziomie  $p < 0,05$  (test Z dla proporcji kolumn)*

Źródło: Badania własne.



**Wykres 31. Odsetek udzielonych odpowiedzi na pytanie o ocenę systemu opieki przez badanych seniorów z Polski i z Niemiec**

Źródło: Badania własne.

W celu uszczegółowienia analizy oceny systemu opieki nad seniorami zapytałam badanych seniorów: Jakie są Pani/Pana oczekiwania wobec systemu opieki? Uzyskałam różnorodne odpowiedzi w zakresie oczekiwań seniorów, które pogrupowałam w poniższej hierarchii oczekiwań wobec systemu w obu grupach seniorów:

**Tabela 52. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a formułowanymi przez nich oczekiwaniami wobec systemu opieki**

		Kraj		$\chi^2$	<i>p</i>	<i>phi</i>	
		Niemcy	Polska				
oczekiwania wobec systemu	pomoc zdrowotna i medyczna, większa dostępność do systemu opieki zdrowotnej	N	28	47	7,701	0,006	0,20
		%	28,0%	47,0%			
		Reszta	-2,8	2,8			

<b>brak oczekiwań</b>	N	72	53
<b>wobec systemu</b>	%	72,0%	53,0%
<b>opieki zdrowotnej</b>	Reszta	2,8	-2,8

*Uwaga: liczebności niepodzielające indeksu literowego różnią się istotnie statystycznie na poziomie  $p < 0,05$*

Źródło: Badania własne.

Jak wskazuje powyższa tabela, wyniki analizy są istotne statystycznie ( $p < 0,05$ ). Występuje istotny statystycznie związek między krajem zamieszkiwania badanych seniorów a ich oczekiwaniami wobec systemu opieki.

Analizując uzyskane wartości procentowe, wyraźnie widać zadowolenie z systemu opieki w grupie badanych seniorów z Niemiec, aż 72,0% wskazało na brak oczekiwań wobec systemu opieki w Niemczech. Tylko 28,0% badanych seniorów z Niemiec wskazuje na oczekiwania związane z pomocą zdrowotną i medyczną oraz większą dostępnością do systemu opieki.

Wśród badanych seniorów z Polski uzyskane odpowiedzi rozłożyły po połowie. W tej grupie częściej pojawiały się odpowiedzi związane z oczekiwaniami w zakresie pomocy zdrowotnej i medycznej niż w grupie seniorów z Niemiec (47,0% vs 28,0%). Oznacza to potwierdzenie wcześniejszej analizy, gdzie system opieki nad seniorami przez badanych seniorów z Niemiec jest wysoko oceniany w ich kraju, natomiast w grupie badanych seniorów z Polski wskazuje się na jego niską ocenę.

## **6.2. Ocena funkcjonowania ośrodków opieki, w których przebywają badani seniorzy**

Jednym z podjętych w niniejszej dysertacji pytań badawczych była odpowiedź na pytanie: Jak badani oceniają funkcjonowanie ośrodków opieki, w których przebywają? Zapytałam badanych seniorów z obu krajów o ich zadowolenie z pobytu w ośrodku, warunki bytowe w ośrodku opieki, oraz potrzebę prowadzenia takich ośrodków dla osób starszych. Dane na ten temat uzupełniłam o formy wsparcia uwzględnione w ośrodku oraz oczekiwania seniorów wobec ośrodka.

Analizę materiału badawczego wykonałam celem zbadania, czy zachodzi istotny statystycznie związek między krajem zamieszkania a oceną funkcjonowania ośrodków

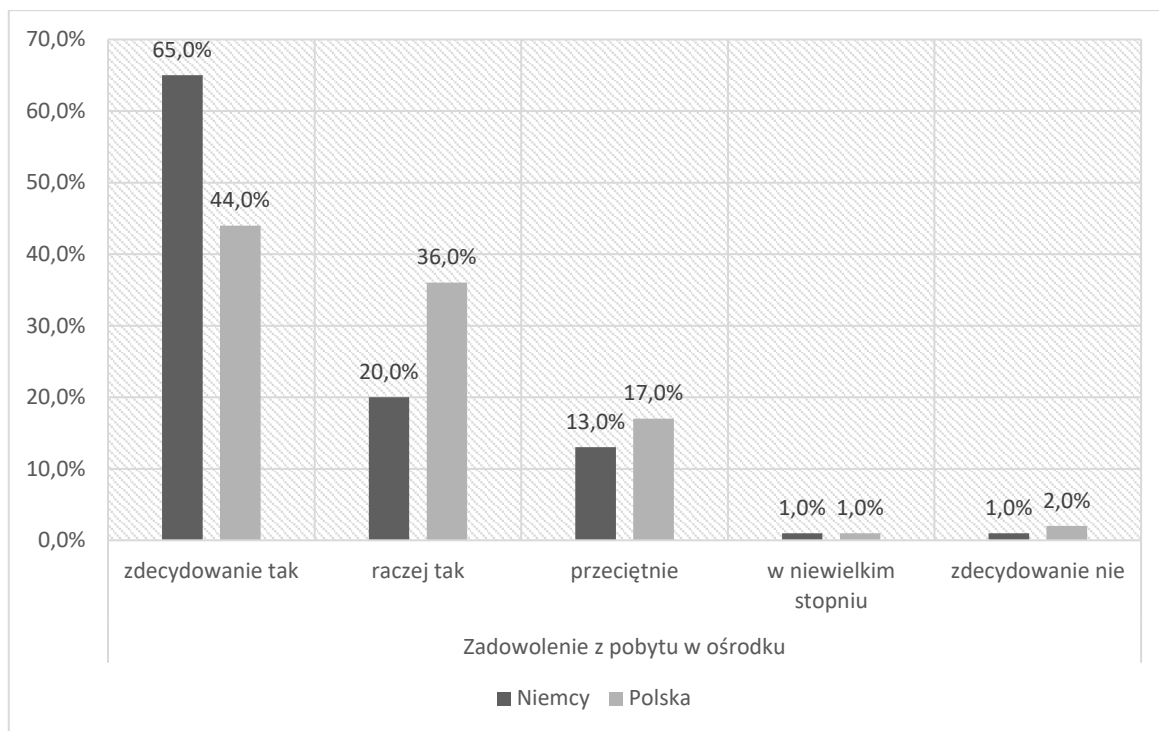
opieki nad seniorami. Jak wskazuje poniższa tabela, kraj zamieszkania jest powiązany istotnie statystycznie z zadowoleniem z pobytu w ośrodku. Na podstawie rozkładu odpowiedzi można wnioskować, iż badani seniorzy z Niemiec istotnie częściej udzielali odpowiedzi „zdecydowanie tak” (65,0%) w porównaniu do seniorów z Polski (44,0%), zaś seniorzy z Polski częściej wybierali opcję „raczej tak” (36,0%). Zależność ta ma niską siłę, o czym świadczy wartość miary siły związku  $V_{Kramera}$ .

**Tabela 53. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a ich zadowoleniem z pobytu w ośrodku opieki**

			Kraj		$\chi^2$	<i>p</i>	$V_{Kramera}$
			Niemcy	Polska			
<b>zadowolenie z pobytu w ośrodku</b>	<b>zdecydowanie tak</b>	N	65 <sub>a</sub>	44 <sub>b</sub>	9,48	0,05	0,21
		%	65,0%	44,0%			
		Reszta	3,0	-3,0			
	<b>raczej tak</b>	N	20 <sub>a</sub>	36 <sub>b</sub>			
		%	20,0%	36,0%			
		Reszta	-2,5	2,5			
<b>przeciętnie</b>	N	13 <sub>a</sub>	17 <sub>a</sub>				
	%	13,0%	17,0%				
	Reszta	-0,8	0,8				
<b>w niewielkim stopniu</b>	N	1 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>				
	%	1,0%	1,0%				
	Reszta	0,0	0,0				
<b>zdecydowanie nie</b>	N	1 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>				
	%	1,0%	2,0%				
	Reszta	-0,6	0,6				

*Uwaga: liczebności niepodzielające indeksu literowego różnią się istotnie statystycznie na poziomie  $p < 0,05$  (test Z dla proporcji kolumn)*

Źródło: Badania własne.



**Wykres 32. Odsetek udzielonych odpowiedzi na pytanie o zadowolenie z pobytu w ośrodku opieki przez badanych seniorów z Polski i z Niemiec**

Źródło: Badania własne.

Kolejny istotny statystycznie związek to ten pomiędzy krajem zamieszkania a oceną warunków bytowych w ośrodku. Zależność ta ma niską siłę, a rozkłady odpowiedzi wskazują, że badani seniorzy z Niemiec częściej od badanych seniorów z Polski oceniali warunki bytowe w ośrodku jako „bardzo dobre” (48,0% vs 28,0%), a seniorzy z Polski częściej jako „przeciętne” (28,0% vs 14,0%).

**Tabela 54. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a ich oceną warunków bytowych w ośrodku**

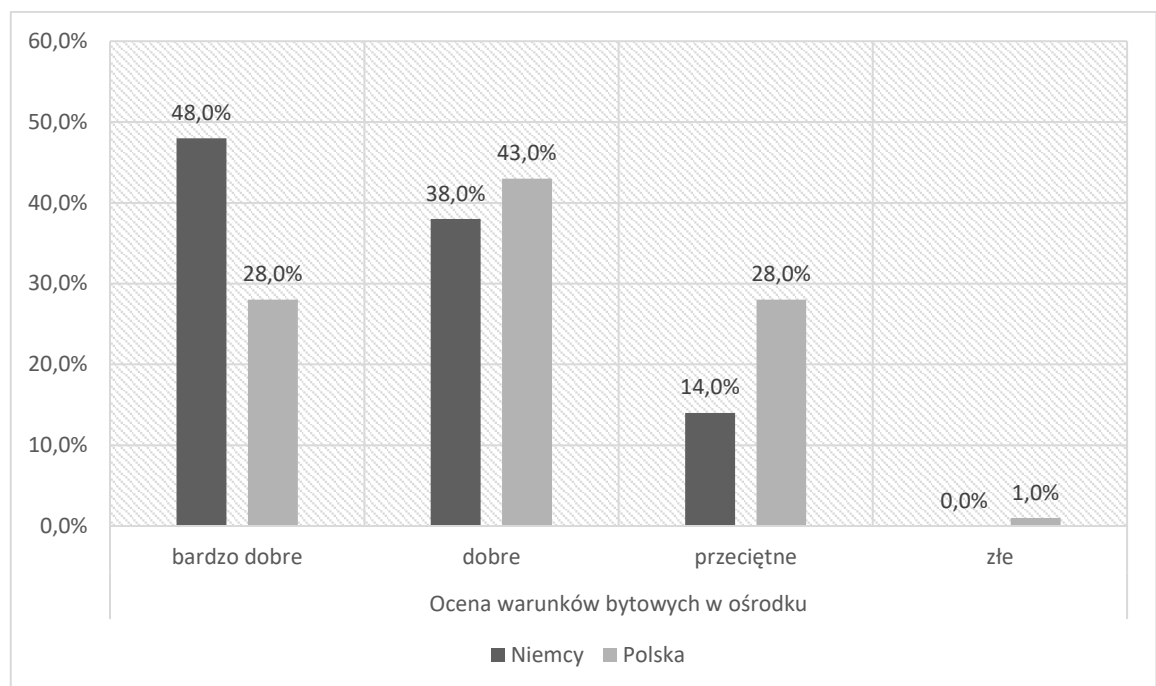
		Kraj		$\chi^2$	<i>p</i>	<i>V</i> <sub>Kramera</sub>	
		Niemcy	Polska				
ocena warunków bytowych w ośrodku	<b>bardzo dobre</b>	N	48 <sub>a</sub>	28 <sub>b</sub>	11,24	0,011	0,24
		%	48,0%	28,0%			
		Reszta	2,9	-2,9			
ocena warunków bytowych w ośrodku	<b>przeciętne</b>	N	38 <sub>a</sub>	43 <sub>a</sub>	11,24	0,011	0,24
		%	38,0%	43,0%			
		Reszta	-0,7	0,7			



<b>przeciętne</b>	N	14 <sub>a</sub>	28 <sub>b</sub>
	%	14,0%	28,0%
	Reszta	-2,4	2,4
<b>złe</b>	N	0 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>
	%	0,0%	1,0%
	Reszta	-1,0	1,0

Uwaga: liczebności niepodzielające indeksu literowego różnią się istotnie statystycznie na poziomie  $p < 0,05$  (test Z dla proporcji kolumn)

Źródło: Badania własne.



**Wykres 33. Odsetek udzielonych odpowiedzi na pytanie o ocenę warunków bytowych w ośrodku przez seniorów z Polski i z Niemiec**

Źródło: Badania własne.

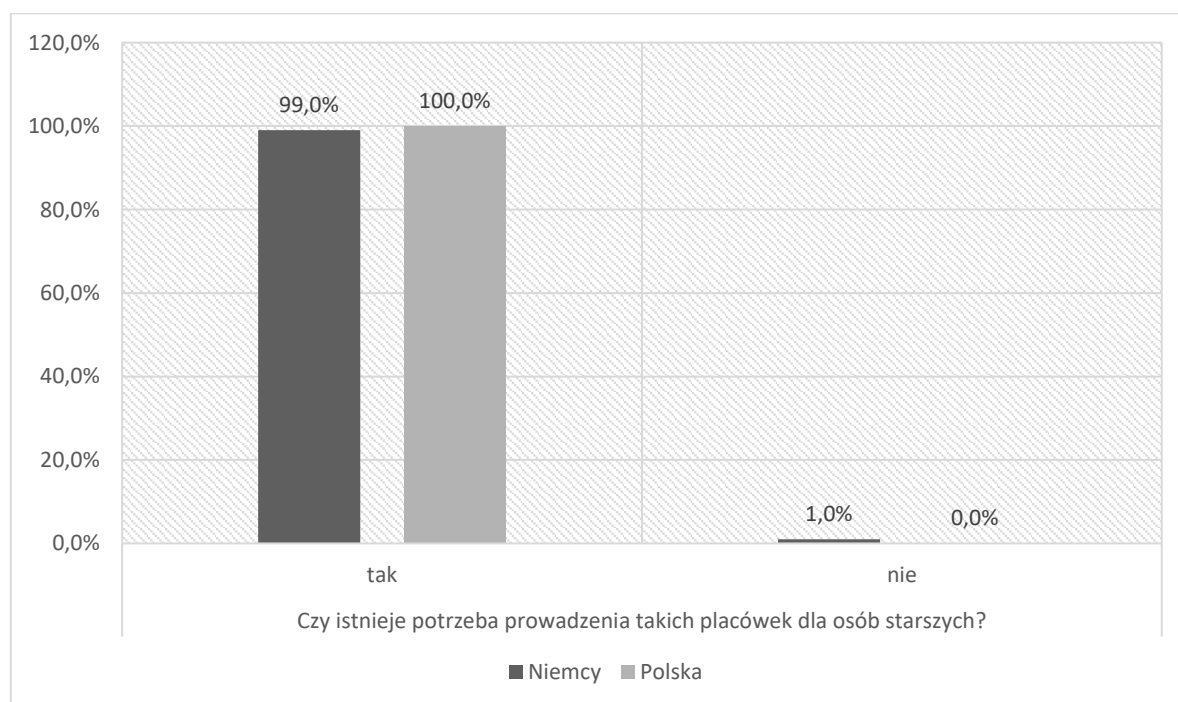
Analiza testem chi kwadrat niezależności sprawdzająca związek między krajem zamieszkania badanych seniorów a ich odpowiedziami na pytanie „Czy istnieje potrzeba prowadzenia takich placówek dla osób starszych?” okazała się być nieistotna statystycznie. Wszyscy respondenci z Polski oraz niemalże wszyscy z Niemiec przyznali, że taka potrzeba istnieje.

**Tabela 55. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a potrzebą prowadzenia placówek dla osób starszych**

		N	Kraj		$\chi^2$	p	Phi
			Niemcy	Polska			
<b>Czy istnieje potrzeba prowadzenia takich placówek dla osób starszych?</b>	<b>tak</b>	N	99 <sub>a</sub>	100 <sub>a</sub>	1,01	1,000	0,07
		%	99,0%	100,0%			
<b>nie</b>		Reszta	-1,0	1,0			
		%	1,0%	0,0%			
		N	1 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>			
		Reszta	1,0	-1,0			

*Uwaga: liczebności niepodzielające indeksu literowego różnią się istotnie statystycznie na poziomie  $p < 0,05$  (test Z dla proporcji kolumn)*

Źródło: Badania własne.



**Wykres 34. Odsetek udzielonych odpowiedzi na pytanie „Czy istnieje potrzeba prowadzenia takich placówek dla osób starszych?” przez badanych seniorów z Polski i z Niemiec**

Źródło: Badania własne.

Kolejnej analizie poddałam formy wsparcia, jakich potrzebują ludzie starsi, takie jak: pokonywanie trudności dnia codziennego, wsparcie w trudnych sytuacjach życiowych, wzmacnianie wiary we własne możliwości, podnoszenie samooceny seniorów, wzmacnianie poczucia bezpieczeństwa wśród osób starszych, doraźna pomoc i wsparcie najbliższej rodziny, doraźna pomoc i wsparcie przyjaciół lub znajomych, wsparcie z zakresu działań profilaktyki zdrowotnej, prowadzenie poradnictwa dla osób starszych oraz członków ich rodzin, organizacja grup wsparcia dla osób starszych, aktywizowanie osób starszych w środowisku lokalnym, aktywizacja edukacyjno-społeczna osób starszych, aktywizacja zawodowa osób starszych (umożliwianie pracy w niepełnym wymiarze) i inne.

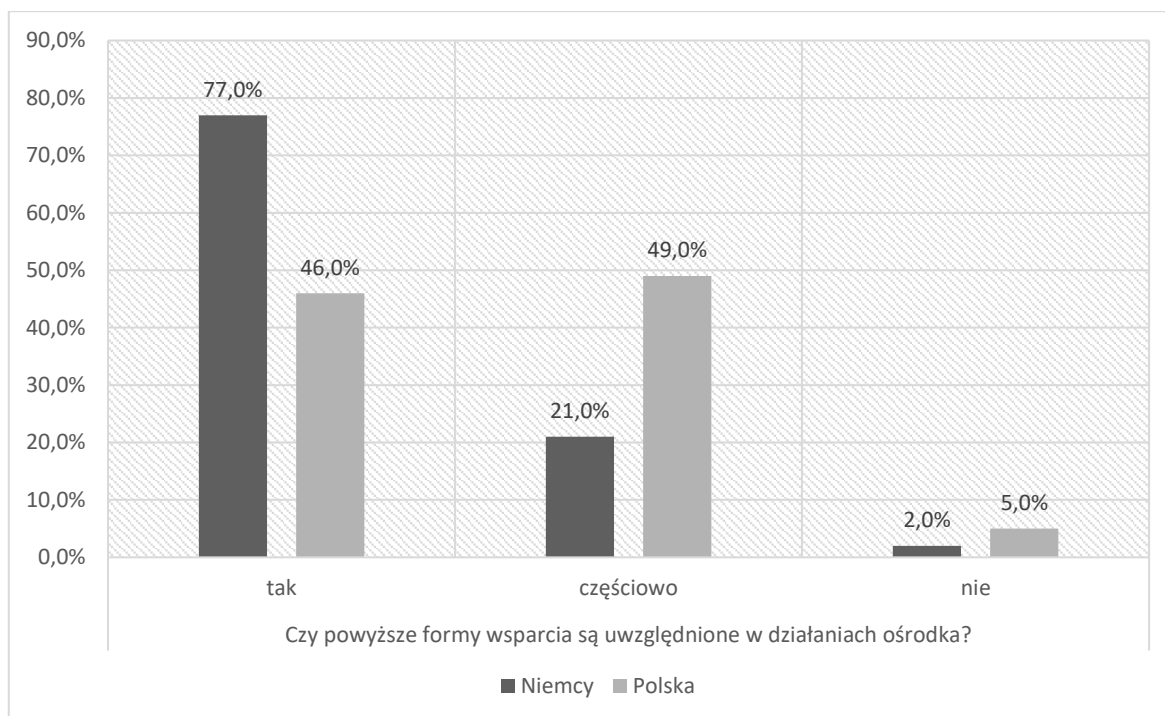
Kolejny test chi kwadrat wykazał, że kraj zamieszkania badanych seniorów współwystępuje istotnie statystycznie z odpowiedziami na pytanie „Czy powyższe formy wsparcia są uwzględnione w działaniach ośrodka?”, a siła tego związku jest umiarkowanie silna.

**Tabela 56. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a formami wsparcia uwzględnionymi w działaniach ośrodka**

		Kraj		$\chi^2$	<i>p</i>	<i>V</i> <sub>Kramera</sub>	
		Niemcy	Polska				
<b>Czy powyższe formy wsparcia są uwzględnione w działaniach ośrodka?</b>	<b>tak</b>	N	77 <sub>a</sub>	46 <sub>b</sub>	20,3	<0,001	0,32
		%	77,0%	46,0%			
	<b>częściowo</b>	Reszta	4,5	-4,5			
		N	21 <sub>a</sub>	49 <sub>b</sub>			
	<b>nie</b>	%	21,0%	49,0%			
		Reszta	-4,2	4,2			
	N	2 <sub>a</sub>	5 <sub>a</sub>				
	%	2,0%	5,0%				
	Reszta	-1,2	1,2				

*Uwaga: liczebności niepodzielające indeksu literowego różnią się istotnie statystycznie na poziomie  $p < 0,05$  (test Z dla proporcji kolumn)*

Źródło: Badania własne.



**Wykres 35. Odsetek udzielonych odpowiedzi na pytanie „Czy powyższe formy wsparcia są uwzględnione w działaniach ośrodka?” przez badanych seniorów z Polski i z Niemiec**

Źródło: Badania własne.

Formy wsparcia, jakich potrzebują ludzie starsi uwzględniają różnorodne formy i usługi w codziennym życiu. Analiza uzyskanych wartości procentowych wskazuje na uwzględnianie powyższych form wsparcia dla seniorów w działaniach ośrodków. Najwyższe zadowolenie z oferowanych form wsparcia w ośrodku wykazuje grupa badanych seniorów z Niemiec. Odpowiedzi „tak” istotnie częściej padały wśród tej grupy badanych seniorów (77,0%), zaś wśród badanych seniorów z Polski była to opcja „częściowo” (49,0%). Szczegółową analizę form wsparcia wobec osób starszych opracowałam w podrozdziale 6.3.

Formułowane przez badanych seniorów oczekiwania wobec ośrodka podzieliłam na dziesięć kategorii, które poddałam analizie:

**Tabela 57. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a formułowanymi przez nich oczekiwaniami wobec ośrodka**

		Kraj		$\chi^2$	p	$V_{Kramera}$	
		Niemcy	Polska				
oczekiwania wobec ośrodka	<b>polepszenie opieki zdrowotnej i medycznej, lepszy dostęp do personelu medycznego</b>	N	6	19	22,080	0,009	0,33
		%	6,0%	19,0%			
		Reszta	-2,8	2,8			
	<b>zapewnienie lepszych warunków mieszkaniowych i opiekuńczych</b>	N	8	4			
		%	8,0%	4,0%			
		Reszta	1,2	-1,2			
	<b>zwiększenie ilości ośrodków opieki i pomocy osobom starszym</b>	N	0	2			
		%	0,0%	2,0%			
		Reszta	-1,4	1,4			
	<b>szersza oferta zajęć kulturalnych i edukacyjnych w ośrodku</b>	N	1	4			
		%	1,0%	4,0%			
		Reszta	-1,4	1,4			
	<b>aktywizacja seniora w ośrodku</b>	N	0	3			
		%	0,0%	3,0%			
		Reszta	-1,7	1,7			
	<b>wsparcie w życiu codziennym w ośrodku, wzmacnianie poczucia bezpieczeństwa</b>	N	4	7			
		%	4,0%	7,0%			
		Reszta	-0,9	0,9			
	<b>umożliwienie pracy poza ośrodkiem lub na terenie ośrodka</b>	N	0	2			
		%	0,0%	2,0%			
	Reszta	-1,4	1,4				
<b>zadowolenie z działania ośrodka</b>	N	72	52				
	%	72,0%	52,0%				
	Reszta	2,9	-2,9				
<b>przyjazna atmosfera i kontakty społeczne w ośrodku</b>	N	3	4				
	%	3,0%	4,0%				
	Reszta	-0,4	0,4				
<b>zwiększenie personelu w ośrodku</b>	N	6	3				
	%	6,0%	3,0%				
	Reszta	1,0	-1,0				

*Uwaga: liczebności niepodzielające indeksu literowego różnią się istotnie statystycznie na poziomie  $p < 0,05$  (test Z dla proporcji kolumn)*

Źródło: Badania własne.

Powyższa analiza wskazuje na związek istotny statystycznie o umiarkowanej sile między krajem zamieszkiwania badanych seniorów a formułowanymi przez nich oczekiwaniami wobec ośrodka.

Analizując uzyskane wartości procentowe, warto wskazać na dwie kategorie znacznie różniące się między sobą w obu krajach: polepszenie opieki zdrowotnej i medycznej, lepszy dostęp do personelu medycznego (1) i zadowolenie z działania ośrodka (8). Badani seniorzy z Polski znacznie częściej niż badani seniorzy z Niemiec wskazywali kategorię dotyczącą polepszenia opieki zdrowotnej i medycznej, w tym szerszy dostęp do personelu medycznego (19,0% vs 6,0%), natomiast badani seniorzy z Niemiec znacznie częściej niż badani seniorzy z Polski wskazywali na zadowolenie z działania ośrodka (72,0% vs 52,0%). Pozostałe oczekiwania wobec ośrodka seniorzy formułowali podobnie często w obu krajach.

Formułowane przez badanych seniorów oczekiwania wobec ośrodka jednoznacznie potwierdziły, że seniorzy z Niemiec są bardziej zadowoleni z funkcjonowania ośrodków, a usługi oferowane przez ośrodki są przez nich pozytywnie oceniane w przeciwieństwie do grupy badanych seniorów z Polski.

### **6.3. Oczekiwania badanych seniorów wobec podmiotów odpowiedzialnych za zapewnienie im opieki**

Kolejnym problemem badawczym w niniejszej dysertacji była odpowiedź na pytanie: Jakie są oczekiwania badanych odnośnie podmiotów odpowiedzialnych za zapewnienie im opieki? W niniejszym rozdziale ukazuję również związek między krajem zamieszkania a oczekiwaniami badanych seniorów odnośnie podmiotów odpowiedzialnych za zapewnienie im opieki.

Wykorzystując ponownie test chi kwadrat zbadalam, czy respondenci z Niemiec i z Polski w różny sposób wybierali odpowiedzi na pytanie „Jakiego typu usług w obszarze wsparcia potrzebują ludzie starsi według Pani/Pana?”, które analizuję poniżej:

**Tabela 58. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a rodzajami usług w obszarze wsparcia seniorów**

		Kraj	
		Niemcy	Polska
<b>pokonywanie trudności dnia codziennego</b>	N	40 <sub>a</sub>	81 <sub>b</sub>
	% z kraju zamieszkania	40,4%	84,4%
	% z liczby odpowiedzi	33,1%	66,9%
<b>wsparcie w trudnych sytuacjach życiowych</b>	N	81 <sub>a</sub>	82 <sub>a</sub>
	% z kraju zamieszkania	81,8%	85,4%
	% z liczby odpowiedzi	49,7%	50,3%
<b>wzmacnianie wiary we własne możliwości</b>	N	40 <sub>a</sub>	61 <sub>b</sub>
	% z kraju zamieszkania	40,4%	63,5%
	% z liczby odpowiedzi	39,6%	60,4%
<b>podnoszenie samooceny seniorów</b>	N	33 <sub>a</sub>	54 <sub>b</sub>
	% z kraju zamieszkania	33,3%	56,3%
	% z liczby odpowiedzi	37,9%	62,1%
<b>wzmacnianie poczucia bezpieczeństwa wśród osób starszych</b>	N	65 <sub>a</sub>	61 <sub>a</sub>
	% z kraju zamieszkania	65,7%	63,5%
	% z liczby odpowiedzi	51,6%	48,4%
<b>doraźna pomoc i wsparcie najbliższej rodziny</b>	N	83 <sub>a</sub>	70 <sub>a</sub>
	% z kraju zamieszkania	83,8%	72,9%
	% z liczby odpowiedzi	54,2%	45,8%
<b>doraźna pomoc i wsparcie przyjaciół lub znajomych</b>	N	69 <sub>a</sub>	55 <sub>a</sub>
	% z kraju zamieszkania	69,7%	57,3%
	% z liczby odpowiedzi	55,6%	44,4%

<b>wsparcie z zakresu działań profilaktyki zdrowotnej</b>	N	82 <sub>a</sub>	64 <sub>b</sub>
	% z kraju zamieszkania	82,8%	66,7%
	% z liczby odpowiedzi	56,2%	43,8%
<b>prowadzenie poradnictwa dla osób starszych oraz członków ich rodzin</b>	N	56 <sub>a</sub>	44 <sub>a</sub>
	% z kraju zamieszkania	56,6%	45,8%
	% z liczby odpowiedzi	56,0%	44,0%
<b>organizacja grup wsparcia dla osób starszych</b>	N	30 <sub>a</sub>	42 <sub>a</sub>
	% z kraju zamieszkania	30,3%	43,8%
	% z liczby odpowiedzi	41,7%	58,3%
<b>aktywizowanie osób starszych w środowisku lokalnym</b>	N	35 <sub>a</sub>	40 <sub>a</sub>
	% z kraju zamieszkania	35,4%	41,7%
	% z liczby odpowiedzi	46,7%	53,3%
<b>aktywizacja edukacyjno-społeczna osób starszych</b>	N	29 <sub>a</sub>	44 <sub>b</sub>
	% z kraju zamieszkania	29,3%	45,8%
	% z liczby odpowiedzi	39,7%	60,3%
<b>aktywizacja zawodowa osób starszych (umożliwianie pracy w niepełnym wymiarze)</b>	N	18 <sub>a</sub>	20 <sub>a</sub>
	% z kraju zamieszkania	18,2%	20,8%
	% z liczby odpowiedzi	47,4%	52,6%

Źródło: Badania własne.

Wynik ujawnił istotną statystycznie zależność -  $\chi^2(13) = 87,59; p < 0,001$ . Jak się okazuje badani seniorzy z Polski istotnie częściej niż badani seniorzy z Niemiec wskazywali na usługi w postaci „pokonywanie trudności dnia codziennego” – 84,4%, „wzmacnianie wiary we własne możliwości” – 50,3%, „podnoszenie samooceny seniorów” – 60,4%, a także „aktywizacja edukacyjno-społeczna osób starszych” –



58,3%. Badani seniorzy z Niemiec, częściej niż seniorzy z Polski wybierali jedynie opcję „wsparcie w zakresie profilaktyki zdrowotnej” – 82,8%. W przypadku pozostałych usług brak było zróżnicowania (uzyskałam podobne wyniki procentowe w obu grupach badanych seniorów).

Analogiczną analizę wykonałam celem sprawdzenia czy kraj zamieszkania jest powiązany z odpowiedziami na pytanie „Jakie są Pani/Pana oczekiwania wobec państwa, społeczeństwa, organizacji społecznych?” i tym razem także uzyskałam istotną korelację -  $\chi^2(10) = 163,22$ ;  $p < 0,001$ . W wyniku tejże analizy udało mi się zaobserwować, jakie oczekiwania wobec państwa, społeczeństwa, organizacji społecznych najczęściej wskazywali badani seniorzy z Polski i z Niemiec (Tabela 59).

**Tabela 59. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a ich oczekiwaniami wobec państwa, społeczeństwa, organizacji społecznych**

		Kraj	
		Niemcy	Polska
<b>zwiększenie nakładów finansowych w celu pomocy osobom starszym</b>	N	31 <sub>a</sub>	87 <sub>b</sub>
	% z kraju zamieszkania	67,4%	90,6%
	% z liczby odpowiedzi	26,3%	73,7%
<b>zwiększenie instytucji pomocy osobom starszym</b>	N	30 <sub>a</sub>	82 <sub>b</sub>
	% z kraju zamieszkania	65,2%	85,4%
	% z liczby odpowiedzi	26,8%	73,2%
<b>aktywizacja zawodowa i zatrudnianie seniorów w różnych dziedzinach</b>	N	10 <sub>a</sub>	33 <sub>a</sub>
	% z kraju zamieszkania	21,7%	34,4%
	% z liczby odpowiedzi	23,3%	76,7%
<b>zwiększenie liczby osób profesjonalnie zajmującymi się seniorami</b>	N	36 <sub>a</sub>	73 <sub>a</sub>
	% z kraju zamieszkania	78,3%	76,0%

	% z liczby odpowiedzi	33,0%	67,0%
	N	34 <sub>a</sub>	57 <sub>a</sub>
<b>podnoszenie kwalifikacji osób bezpośrednio zajmujących się seniorami</b>	% z kraju zamieszkania	73,9%	59,4%
	% z liczby odpowiedzi	37,4%	62,6%
	N	14 <sub>a</sub>	71 <sub>b</sub>
<b>szeroka dostępność do placówek opieki zdrowotnej</b>	% z kraju zamieszkania	30,4%	74,0%
	% z liczby odpowiedzi	16,5%	83,5%
	N	13 <sub>a</sub>	42 <sub>a</sub>
<b>szeroka oferta udziału w zajęciach kulturalnych i edukacyjnych dla seniorów</b>	% z kraju zamieszkania	28,3%	43,8%
	% z liczby odpowiedzi	23,6%	76,4%
	N	7 <sub>a</sub>	27 <sub>a</sub>
<b>zwiększenie nakładów na proces doskonalenia i kształcenia seniorów</b>	% z kraju zamieszkania	15,2%	28,1%
	% z liczby odpowiedzi	20,6%	79,4%
	N	38 <sub>a</sub>	71 <sub>a</sub>
<b>indywidualne podejście do osób starszych</b>	% z kraju zamieszkania	82,6%	74,0%
	% z liczby odpowiedzi	34,9%	65,1%
	N	9 <sub>a</sub>	45 <sub>b</sub>
<b>zmiana społecznych stereotypów myślowych o seniorach jako osobach wykluczonych społecznie ze względu na wiek</b>	% z kraju zamieszkania	19,6%	46,9%
	% z liczby odpowiedzi	16,7%	83,3%

Źródło: Badania własne.

Na podstawie tej analizy udało mi się zaobserwować, iż badani seniorzy z Polski istotnie częściej wybierali opcje w postaci „zwiększenia nakładów finansowych w celu pomocy osobom starszym” – 90,6%, „zwiększenia instytucji pomocy osobom starszym”

– 85,4%, „szerokiej dostępności do placówek opieki zdrowotnej” – 74,0% oraz „zmiany społecznych stereotypów myślowych o seniorach jako osobach wykluczonych społecznie ze względu na wiek” – 46,9%. Pozostałe odpowiedzi wybierane były równie często bez względu na narodowość.

## **Rozdział 7. Wybrane uwarunkowania poziomów poczucia jakości życia badanych osób starszych w świetle badań własnych**

Analiza wybranych uwarunkowań poziomów jakości życia badanych osób starszych w rozdziale siódmym odnosi się do trzeciego uszczegółowionego problemu: Jaki jest związek pomiędzy poczuciem jakości życia seniorów polskich i niemieckich a funkcjonowaniem systemów opieki w obu krajach? Poczucie jakości życia seniorów ukazałam w niniejszym rozdziale w trzech różnych zależnościach: związek pomiędzy poziomem poczucia jakości życia osób starszych a oceną systemu opieki nad seniorami, następnie związek pomiędzy poziomem poczucia jakości życia osób starszych a oceną funkcjonowania ośrodków opieki oraz związek pomiędzy poziomem poczucia jakości życia osób starszych a oczekiwaniami osób starszych wobec podmiotów odpowiedzialnych za zapewnienie im opieki. Dane wybranych uwarunkowań poziomów jakości życia seniorów oraz ich analizę przedstawiam poniżej.

### **7.1. Poziomy poczucia jakości życia seniorów polskich i niemieckich**

W niniejszym podrozdziale dokonałam analizy poczucia jakości życia badanych seniorów z Polski i z Niemiec z uwzględnieniem ich funkcjonowania fizycznego i zdrowia psychicznego. Długość życia uwarunkowana szerokim dostępem do usług i dobrych warunków życia jest jednym z najczęściej wskazywanych wskaźników charakteryzujących jej jakość. Zmiana dobrostanu osób starszych lub ich sytuacji ekonomicznej ma natomiast wpływ na ich kondycję fizyczną, psychiczną i ogólne zadowolenie. Poczucie jakości życia jest również uwarunkowane tym, jaki jest poziom opieki zdrowotnej w danym kraju. Im średnia długość życia jest wyższa w danym kraju, tym standard życia jest wyższy.

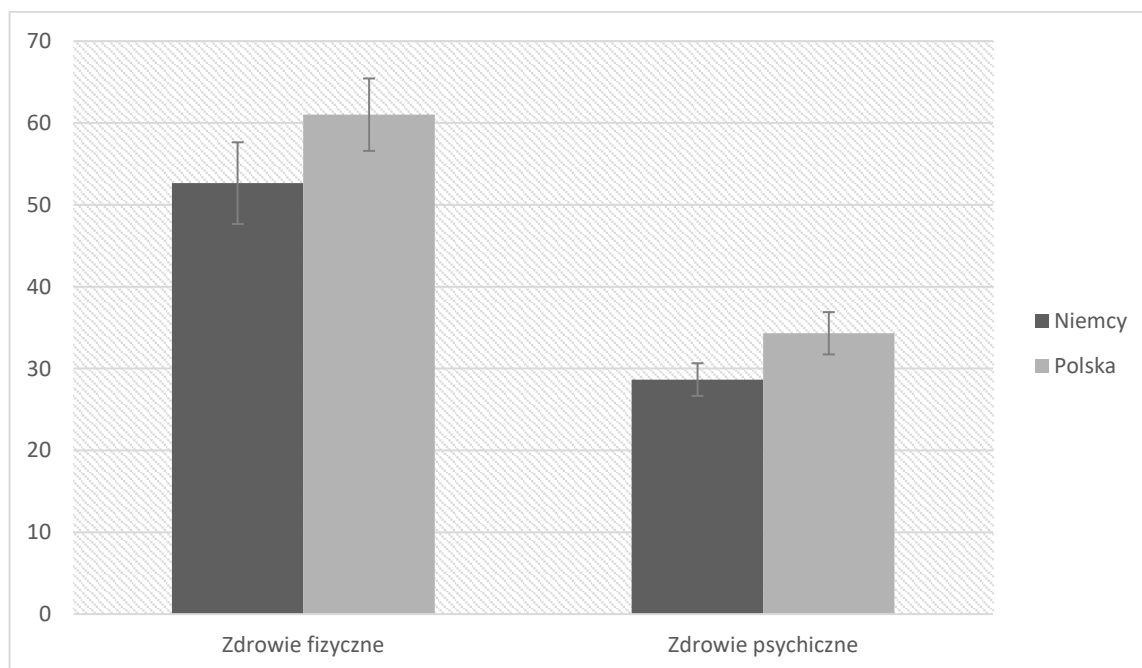
W celu przetestowania hipotezy głównej, przy użyciu testu t Studenta dla prób niezależnych porównałam obie grupy seniorów wyróżnione na podstawie kraju zamieszkania pod względem średnich wyników uzyskanych na obu wymiarach narzędzia SF-36.

Zbiorcze wyniki zaprezentowałam w Tabeli 60, a porównywane średnie przedstawiłam na Wykresie 36.

**Tabela 60.** Tabela krzyżowa prezentująca wpływ kraju pochodzenia na jakość życia w sferze zdrowia fizycznego i psychicznego badanych seniorów z Polski i z Niemiec

	Niemcy (n = 100)		Polska (n = 100)		<i>t</i>	<i>p</i>	95% <i>CI</i>		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			<i>LL</i>	<i>UL</i>	<i>d</i> Cohena
<b>zdrowie fizyczne</b>	52,65	25,45	61,01	22,57	-2,46	0,015	-15,07	-1,65	0,35
<b>zdrowie psychiczne</b>	28,65	10,18	34,31	13,19	-3,40	0,001	-8,95	-2,37	0,48

Źródło: Badania własne.



**Wykres 36.** Średnie nasilenie zdrowia fizycznego i psychicznego w grupie badanych seniorów z Niemiec i z Polski

Źródło: Badania własne.

W wyniku wykonanych analiz okazało się, że zarówno w sferze fizycznej jak i psychicznej dostrzega się istotne statystycznie zróżnicowanie. Porównywane średnie pokazują, że w grupie badanych seniorów z Polski dostrzega się większe problemy w sferze jakości życia w porównaniu z badanymi seniorami z Niemiec. Miara siły efektu *d* Cohena pokazuje jednak, że zróżnicowanie narodowościowe w tym aspekcie jest jednak stosunkowo słabe, choć nieznacznie silniejsze w sferze psychicznej niż fizycznej.

Uwarunkowania jakości życia o charakterze psychofizjologicznym badanych osób starszych z Polski i z Niemiec oraz rozkład obu wymiarów jakości życia w sferze zdrowia psychicznego i fizycznego mierzonej kwestionariuszem SF-36 prezentuję poniżej:

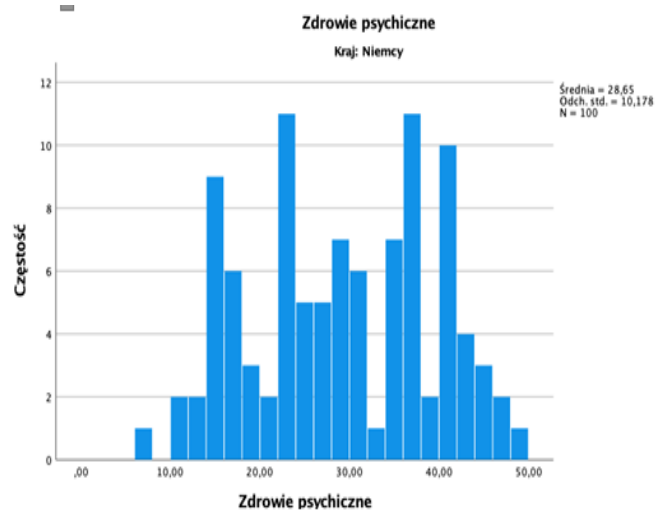
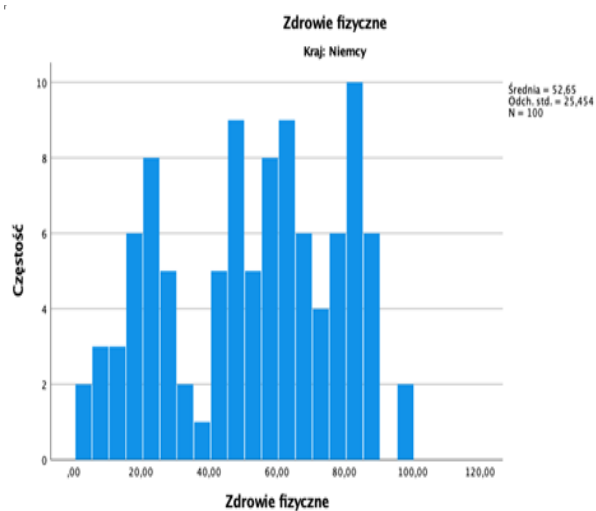
**Tabela 61. Tabela krzyżowa prezentująca wymiary jakości życia badanych seniorów z Polski i z Niemiec**

	<i>M</i>	<i>Mdn.</i>	<i>SD</i>	<i>Sk.</i>	<i>Kurt.</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>
<b>Niemcy</b>							
<b>zdrowie fizyczne</b>	52,65	56,00	25,45	-0,24	-1,07	3,00	98,00
<b>zdrowie psychiczne</b>	28,65	28,00	10,18	-0,07	-1,07	7,00	48,00
<b>Polska</b>							
<b>zdrowie fizyczne</b>	61,01	61,50	22,57	-0,44	-0,67	7,00	97,00
<b>zdrowie psychiczne</b>	34,31	32,50	13,19	0,30	-0,68	10,00	62,00

*M* – średnia; *Mdn.* – mediana; *SD* – odchylenie standardowe; *Sk.* – skośność; *Kurt.* – kurtoza; *Min.*, *Maks* – najmniejsza i największa wartość rozkładu

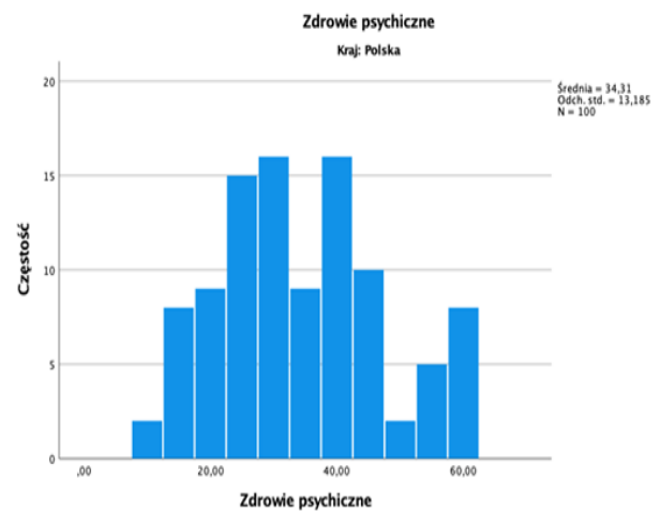
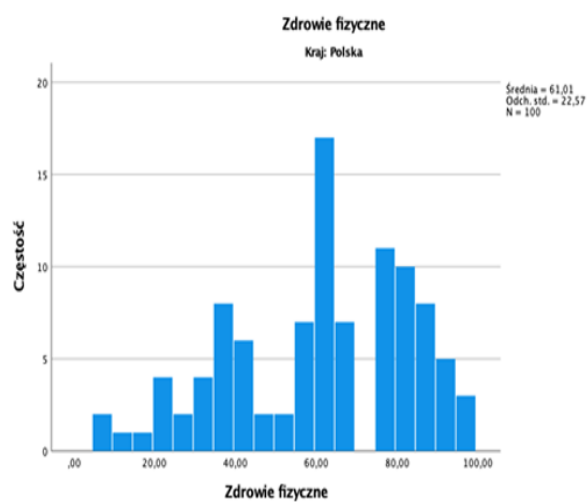
Źródło: Badania własne.

Chcąc poznać rozkłady dwóch mierzonych zmiennych ilościowych pochodzących z narzędzia SF-36 tj. jakości życia w zakresie zdrowia fizycznego i psychicznego oraz sprawdzić, czy spełnione zostało założenie o zgodności z rozkładem normalnym, przeprowadziłam analizę podstawowych statystyk opisowych wraz z zilustrowaniem rozkładu wymiarów jakości życia na poniższych histogramach.



**Wykres 37. Histogramy ilustrujące rozkłady jakości życia w sferze zdrowia fizycznego i psychicznego w grupie badanych seniorów z Niemiec**

Źródło: Badania własne.



**Wykres 38. Histogramy ilustrujące rozkłady jakości życia w sferze zdrowia fizycznego i psychicznego w grupie badanych seniorów z Polski**

Źródło: Badania własne.

Jak się okazało dla obu mierzonych zmiennych, zarówno w grupie badanych seniorów z Niemiec jak i badanych seniorów z Polski, wartość skośności nie przekracza umownej wartości bezwzględnej 1. Oznacza to, że powyższe rozkłady nie są znacząco asymetryczne względem krzywej normalnej (George, Mallery, 2019). W związku z tym w analizie tych zmiennych jakości życia w zakresie zdrowia fizycznego i psychicznego zastosowałam testy parametryczne.

Poczucie jakości życia seniorów polskich i niemieckich wyraża się w pytaniu: Co rozumie Pani/Pan pod pojęciem jakości życia? Uzyskane odpowiedzi wskazywane przez badanych seniorów z obu krajów pozwoliły mi na analizę i zdefiniowanie pojęcia jakości życia wraz z jej determinantami (Tabela 62):

**Tabela 62. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy pojęcia jakości życia a krajem zamieszkania badanych seniorów**

		Kraj		$\chi^2$	<i>p</i>	<i>V</i> <sub>Kramera</sub>	
		Niemcy	Polska				
<b>Jakość życia to ...</b>	<b>zdrowie, dobry stan zdrowia</b>	N	17	26			
		%	20,2%	30,6%			
		Reszta	-1,5	1,5			
	<b>zadowolenie z życia, dobre życie</b>	N	25	35			
		%	29,8%	41,2%			
		Reszta	-1,6	1,6			
	<b>zapewnienie warunków materialnych, usług zdrowotnych i opiekuńczych</b>	N	21	21			
		%	25,0%	24,7%	18,31	0,001	0,33
		Reszta	0,0	0,0			
	<b>kontakty i współdziałanie w grupie społecznej, w środowisku życia</b>	N	10	3			
		%	11,9%	3,5%			
		Reszta	2,0	-2,0			
	<b>wysoka jakość życia i zadowolenie w ośrodku dla osób starszych</b>	N	11	0			
		%	13,1%	0,0%			
		Reszta	3,5	-3,5			

*Uwaga: liczebności niepodzielające indeksu literowego różnią się istotnie statystycznie na poziomie  $p < 0,05$*

Źródło: Badania własne.



Różnorodne analizy rozumienia pojęcia jakości życia przez badanych seniorów z Polski i z Niemiec podzieliłam na sześć kategorii: zdrowie i dobry stan zdrowia (1), zadowolenie z życia i dobre życie (2), zapewnienie warunków materialnych, usług zdrowotnych i opiekuńczych (3), kontakty i współdziałanie w grupie społecznej, w środowisku życia (4), wysokie zadowolenie z ośrodka (5), brak odpowiedzi (6).

Jak wynika z przeprowadzonych analiz poczucie jakości życia seniorów jest uwarunkowane przez wiele czynników: dobry stan zdrowia, dobre samopoczucie i zadowolenie z życia oraz właściwe funkcjonowanie ośrodka zapewniającego wysoką jakość usług dla seniorów.

Powyższa analiza wskazuje na związek o umiarkowanej sile między krajem zamieszkiwania badanych seniorów a formułowanymi przez nich wskaźnikami poczucia jakości życia. Niemal wszyscy badani seniorzy podkreślali dobry stan zdrowia i dobre samopoczucie, kiedy mimo wieku jeszcze samodzielnie egzystują i są zadowoleni z życia. Istotne są sformułowania dotyczące jakości życia badanych seniorów z Polski w porównaniu z badanymi seniorami z Niemiec, którzy stosunkowo częściej określali jakość życia uwarunkowaną zdrowiem (30,6% vs 20,2%) i zadowoleniem z życia, dobrym życiem (41,2% vs 29,8%).

Określenie kontaktów i współdziałania w grupie społecznej w środowisku życia seniorów nie były bardzo częste, ale pojawiały się znacznie częściej w grupie badanych seniorów z Niemiec (11,9%), w grupie badanych seniorów z Polski nie pojawiły się wcale. Również na wysoką jakość życia i zadowolenie z ośrodka wskazywali częściej badani seniorzy z Niemiec (13,1%), w grupie badanych seniorów z Polski ta kategoria odpowiedzi nie pojawiła się wcale.

Na podstawie analizy uzyskanych odpowiedzi od seniorów mogę stwierdzić, że rozumienie pojęcia jakości życia jest determinowane oczekiwaniami seniorów wobec życia i funkcjonowania w środowisku ich życia (w tym przypadku funkcjonowania w ośrodku), co ma charakter subiektywny. Seniorzy podawali własną definicję jakości życia, rozumianą najczęściej przez pryzmat własnych oczekiwań wobec życia i funkcjonowania ośrodka, oczekiwań wobec własnego stanu zdrowia i możliwości psychofizycznych, jak i swoich potrzeb w stosunku do dobrej jakości życia.

## 7.2. Poziomy poczucia jakości życia osób starszych a ich ocena systemu opieki nad seniorami

Szczegółowe pytanie badawcze w niniejszej pracy wyraża się w pytaniu: Czy i jaki istnieje związek pomiędzy poczuciem jakości życia osób starszych a oceną systemu opieki nad seniorami?

Jak przyjąłam w niniejszym rozdziale, aby uzyskać odpowiedź na powyższy problem badawczy w kwestionariuszu wywiadu zapytałam badanych seniorów z Polski i z Niemiec o możliwości korzystania z podstawowej opieki zdrowotnej i medycznej, oczekiwania wobec opieki zdrowotnej oraz ocenę systemu opieki nad seniorami w obu krajach. Zbiorczo wyliczyłam współczynniki korelacji między jakością życia w sferze fizycznej i psychicznej a oceną możliwości korzystania z podstawowej opieki zdrowotnej oraz oceną samego systemu opieki i zestawiałam poniżej:

**Tabela 63. Analiza korelacji testującej związek między jakością życia w sferze fizycznej i psychicznej a oceną możliwości korzystania z podstawowej opieki zdrowotnej oraz oceną systemu opieki przez badanych seniorów z Polski i z Niemiec**

		Zdrowie fizyczne	Zdrowie psychiczne
<b>Niemcy</b>	<b>ocena możliwości korzystania z podstawowej opieki zdrowotnej</b>	tau-b Kendalla	0,11
		Istotność	0,160
	<b>ocena systemu opieki</b>	tau-b Kendalla	0,11
		Istotność	0,189
<b>Polska</b>	<b>ocena możliwości korzystania z podstawowej opieki zdrowotnej</b>	tau-b Kendalla	0,25
		Istotność	0,002
	<b>ocena systemu opieki</b>	tau-b Kendalla	0,16
		Istotność	0,049

Źródło: Badania własne.

W celu weryfikacji kolejnych hipotez wykorzystałam współczynnik korelacji tau-b Kendalla. Dzięki temu sprawdziłam, czy oddzielnie w grupie niemieckich i polskich seniorów występuje związek liniowy między jakością życia w sferze zdrowia fizycznego i psychicznego a oceną systemu opieki oraz możliwości korzystania z niego. Uzyskane wyniki pokazały, że w grupie badanych seniorów pochodzących z Niemiec dostrzega się istotną statystycznie, ale o marginalnej sile korelację między zdrowiem psychicznym a oceną systemu opieki. Pozytywny charakter tejże relacji wskazuje na to, że im system opieki jest lepiej oceniany tym lepsza jest jakość życia badanych w zakresie zdrowia psychicznego. W grupie badanych seniorów z Polski z kolei wszystkie cztery korelacje są istotne statystycznie i choć silniejsze niż w grupie badanych seniorów z Niemiec, to nadal bardzo słabe. Oznaczają one, że wraz z poprawą jakości życia, zarówno w aspekcie zdrowia fizycznego jak i psychicznego, obserwuje się jednocześnie lepsze oceny w sferze możliwości korzystania z podstawowej opieki zdrowotnej, jak i lepsze oceny samego systemu opieki jako takiego.

### **7.3. Poziomy poczucia jakości życia osób starszych a ocena funkcjonowania ośrodków opieki, w których przebywają badani**

Szczegółowe pytanie badawcze w niniejszej pracy wyraża się w pytaniu: Jaki jest związek pomiędzy poczuciem jakości życia osób starszych a oceną funkcjonowania ośrodków opieki, w których przebywają?

Aby uzyskać odpowiedź na powyższy problem badawczy w kwestionariuszu wywiadu zapytałam badanych seniorów z Polski i z Niemiec o zadowolenie z pobytu w ośrodku, warunki bytowe w ośrodku, potrzebę prowadzenia takich placówek dla osób starszych, formy wsparcia w ośrodku oraz oczekiwania wobec ośrodka.

Następnie, przy użyciu analizy korelacji ze współczynnikiem tau-b Kendalla sprawdziłam, czy jakość życia w sferze zdrowia fizycznego oraz psychicznego koreluje istotnie statystycznie z zadowoleniem z pobytu w ośrodku, z oceną warunków bytowych oraz oceną obecności form wsparcia w ośrodkach. Wszystkie wyliczone współczynniki korelacji zestawione zostały w Tabeli 64.

**Tabela 64. Analiza korelacji Kendalla pomiędzy jakością życia a zadowoleniem z pobytu w ośrodku, oceną warunków bytowych oraz oceną obecności form wsparcia przez badanych seniorów z Polski i z Niemiec**

		Zdrowie fizyczne	Zdrowie psychiczne	
<b>Niemcy</b>	<b>zadowolenie z pobytu w ośrodku</b>	tau-b Kendalla	0,21	0,14
		Istotność	0,010	0,086
	<b>ocena warunków bytowych w ośrodku</b>	tau-b Kendalla	0,20	0,28
		Istotność	0,010	<0,001
	<b>Czy powyższe formy wsparcia są uwzględnione w działaniach ośrodka?</b>	tau-b Kendalla	0,17	0,12
		Istotność	0,038	0,142
<b>Polska</b>	<b>zadowolenie z pobytu w ośrodku</b>	tau-b Kendalla	0,09	0,06
		Istotność	0,272	0,414
	<b>ocena warunków bytowych w ośrodku</b>	tau-b Kendalla	0,19	0,11
		Istotność	0,014	0,153
	<b>Czy powyższe formy wsparcia są uwzględnione w działaniach ośrodka?</b>	tau-b Kendalla	0,22	0,24
		Istotność	0,008	0,004

Źródło: Badania własne.

Analizę wykonałam odrębnie w ramach grupy badanych seniorów z Polski i z Niemiec. Jak się okazało w grupie niemieckich seniorów wymiar zdrowia fizycznego koreluje dodatnio, ale bardzo słabo zarówno z zadowoleniem z pobytu w ośrodku jak i oceną warunków bytowych oraz oceną tego czy formy wsparcia są uwzględnione w działaniach ośrodka. Dodatni charakter tych korelacji oznacza, że im lepsze były oceny dla tych trzech zmiennych, tym lepsza była deklarowana jakość życia w sferze fizycznej badanych seniorów z Niemiec.

W przypadku seniorów polskich dostrzega się analogiczne związki za wyjątkiem zadowolenia z pobytu w ośrodku (tau-b Kendalla 0,09, istotność 0,272). Ta zmienna nie koreluje z jakością życia w wymiarze zdrowia fizycznego. Jeśli chodzi z kolei o wymiar zdrowia psychicznego, to w grupie badanych seniorów z Niemiec istotna i słaba

korelacja o dodatnim znaku występuje tylko z oceną warunków bytowych w ośrodku a w grupie badanych seniorów z Polski jedynie z odpowiedzią na pytanie „Czy powyższe formy wsparcia są uwzględnione w działaniach ośrodka?”.

W kolejnej części rozdziału wykonałam serię testów t Studenta dla prób niezależnych, przy użyciu których chciałam sprawdzić czy wskazanie przez seniorów usług potrzebnych ludziom starszym wiązało się z różnym poziomem zdrowia fizycznego oraz psychicznego. Jako pierwszą, analizie poddałam grupę seniorów z Polski.

**Tabela 65. Usługi w obszarze wsparcia a jakość zdrowia w sferze fizycznej i psychicznej w grupie badanych seniorów z Polski**

	nie zaznaczono (n = 19)		zaznaczono (n = 81)		<i>t</i>	<i>p</i>	95% <i>CI</i>		<i>d</i> Cohena
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			<i>LL</i>	<i>UL</i>	
<b>pokonywanie trudności dnia codziennego</b>									
<i>zdrowie fizyczne</i>	61,00	24,77	61,01	22,19	0,00	0,499	5,78	-11,49	0,00
<i>zdrowie psychiczne</i>	34,42	13,73	34,28	13,14	0,04	0,484	3,38	-6,57	0,01
	nie zaznaczono (n = 18)		zaznaczono (n = 82)				95% <i>CI</i>		
<b>wsparcie w trudnych sytuacjach życiowych</b>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>LL</i>	<i>UL</i>	<i>d</i> Cohena
<i>zdrowie fizyczne</i>	65,11	25,06	60,11	22,05	0,85	0,199	5,88	-6,67	0,22
<i>zdrowie psychiczne</i>	37,33	16,74	33,65	12,30	0,88	0,193	4,17	-4,99	0,28
	nie zaznaczono (n = 39)		zaznaczono (n = 61)				95% <i>CI</i>		
<b>wzmacnianie wiary we własne możliwości</b>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>LL</i>	<i>UL</i>	<i>d</i> Cohena
<i>zdrowie fizyczne</i>	61,10	26,33	60,95	20,04	0,03	0,488	4,94	-9,70	0,01
<i>zdrowie psychiczne</i>	34,62	16,19	34,11	10,98	0,17	0,433	2,95	-5,40	0,04
	nie zaznaczono (n = 46)		zaznaczono (n = 54)				95% <i>CI</i>		
<b>podnoszenie samooceny seniorów</b>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>LL</i>	<i>UL</i>	<i>d</i> Cohena

<i>zdrowie fizyczne</i>	65,30	23,70	57,35	21,09	1,78	0,039	4,48	-0,94	0,36
<i>zdrowie psychiczne</i>	36,65	15,21	32,31	10,93	1,61	0,055	2,69	-1,02	0,33
	nie zaznaczono (n = 39)		zaznaczono (n = 61)				95% CI		
<b>wzmacnianie poczucia bezpieczeństwa wśród osób starszych</b>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>LL</i>	<i>UL</i>	<i>d Cohena</i>
<i>zdrowie fizyczne</i>	58,36	23,52	62,70	21,97	-0,94	0,175	4,63	-13,53	0,19
<i>zdrowie psychiczne</i>	33,05	14,26	35,11	12,51	-0,76	0,224	2,71	-7,44	0,16
	nie zaznaczono (n = 30)		zaznaczono (n = 70)				95% CI		
<b>doraźna pomoc i wsparcie najbliższej rodziny</b>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>LL</i>	<i>UL</i>	<i>d Cohena</i>
<i>zdrowie fizyczne</i>	57,20	24,86	62,64	21,50	-1,11	0,136	4,92	-15,21	0,24
<i>zdrowie psychiczne</i>	32,97	15,15	34,89	12,32	-0,67	0,254	2,89	-7,65	0,15
	nie zaznaczono (n = 45)		zaznaczono (n = 55)				95% CI		
<b>doraźna pomoc i wsparcie przyjaciół lub znajomych</b>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>LL</i>	<i>UL</i>	<i>d Cohena</i>
<i>zdrowie fizyczne</i>	59,07	24,30	62,60	21,14	-0,78	0,219	4,55	-12,55	0,16
<i>zdrowie psychiczne</i>	33,44	15,48	35,02	11,06	-0,57	0,284	2,75	-7,04	0,12
	nie zaznaczono (n = 36)		zaznaczono (n = 64)				95% CI		
<b>wsparcie z zakresu działań profilaktyki zdrowotnej</b>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>LL</i>	<i>UL</i>	<i>d Cohena</i>
<i>zdrowie fizyczne</i>	58,39	24,06	62,48	21,74	-0,87	0,193	4,71	-13,44	0,18
<i>zdrowie psychiczne</i>	32,64	14,62	35,25	12,33	-0,95	0,172	2,75	-8,07	0,20
	nie zaznaczono (n = 56)		zaznaczono (n = 44)				95% CI		
<b>prowadzenie poradnictwa dla osób starszych oraz członków ich rodzin</b>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>LL</i>	<i>UL</i>	<i>d Cohena</i>

<i>zdrowie fizyczne</i>	62,54	22,80	59,07	22,38	0,76	0,224	4,56	-5,57	0,15
<i>zdrowie psychiczne</i>	36,34	14,86	31,73	10,27	1,83	0,035	2,52	-0,39	0,35
	nie zaznaczono (n = 58)		zaznaczono (n = 42)				95% CI		
<b>organizacja grup wsparcia dla osób starszych</b>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>LL</i>	<i>UL</i>	<i>d Cohena</i>
<i>zdrowie fizyczne</i>	57,50	24,39	65,86	19,01	-1,85	0,034	4,52	-17,32	0,37
<i>zdrowie psychiczne</i>	32,91	14,65	36,24	10,71	-1,31	0,097	2,54	-8,36	0,25
	nie zaznaczono (n = 60)		zaznaczono (n = 40)				95% CI		
<b>aktywizowanie osób starszych w środowisku lokalnym</b>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>LL</i>	<i>UL</i>	<i>d Cohena</i>
<i>zdrowie fizyczne</i>	60,90	24,34	61,18	19,92	-0,06	0,476	4,63	-9,46	0,01
<i>zdrowie psychiczne</i>	35,18	14,51	33,00	10,95	0,86	0,197	2,55	-2,88	0,17
	nie zaznaczono (n = 56)		zaznaczono (n = 44)				95% CI		
<b>aktywizacja edukacyjno- społeczna osób starszych</b>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>LL</i>	<i>UL</i>	<i>d Cohena</i>
<i>zdrowie fizyczne</i>	61,79	24,17	60,02	20,59	0,39	0,350	4,57	-7,30	0,08
<i>zdrowie psychiczne</i>	35,68	14,28	32,57	11,57	1,20	0,116	2,59	-2,02	0,24
	nie zaznaczono (n = 80)		zaznaczono (n = 20)				95% CI		
<b>aktywizacja zawodowa osób starszych (umożliwianie pracy w niepełnym wymiarze)</b>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>LL</i>	<i>UL</i>	<i>d Cohena</i>
<i>zdrowie fizyczne</i>	60,91	23,66	61,40	18,05	-0,09	0,466	5,67	-11,74	0,02
<i>zdrowie psychiczne</i>	35,53	13,99	29,45	7,80	2,59	0,006	2,34	1,38	0,47

Źródło: Badania własne.

W wyniku serii testów okazało się, że wskazanie usługi „podnoszenie samooceny seniorów” wiąże się z wyższym poziomem zdrowia fizycznego (57,35), zaś „prowadzenie poradnictwa dla osób starszych oraz członków ich rodzin” (31,73) oraz „aktywizacja zawodowa osób starszych (umożliwianie pracy w niepełnym wymiarze)” (29,45) z wyższym poziomem zdrowia psychicznego. Ponadto badani seniorzy z Polski, którzy zaznaczali odpowiedź „organizacja grup wsparcia dla osób starszych” cechowali się niższym poziomem zdrowia fizycznego od tych, którzy tej odpowiedzi nie wybrali (57,50). We wszystkich wymienionych przypadkach siła różnic jest na średnim poziomie.

Analogiczną serię analiz o potrzebie usług w obszarze wsparcia ludzi starszych a zakresem jakości życia w sferze fizycznej i psychicznej wykonałam dla grupy badanych seniorów z Niemiec:

**Tabela 66. Usługi w obszarze wsparcia a jakość zdrowia w sferze fizycznej i psychicznej w grupie badanych seniorów z Niemiec**

pokonywanie trudności dnia codziennego	nie zaznaczono (n = 59)		zaznaczono (n = 40)		<i>t</i>	<i>p</i>	95% CI		<i>d</i> Cohena
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			<i>LL</i>	<i>UL</i>	
<i>zdrowie fizyczne</i>	57,93	24,60	44,85	25,30	2,57	0,006	5,10	2,97	0,53
<i>zdrowie psychiczne</i>	29,59	10,36	27,08	9,90	1,21	0,115	2,08	-1,62	0,25
wsparcie w trudnych sytuacjach życiowych	nie zaznaczono (n = 19)		zaznaczono (n = 81)		<i>t</i>	<i>p</i>	95% CI		<i>d</i> Cohena
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			<i>LL</i>	<i>UL</i>	
<i>zdrowie fizyczne</i>	57,84	26,17	51,43	25,29	0,99	0,163	6,49	-6,47	0,25
<i>zdrowie psychiczne</i>	32,79	9,74	27,68	10,09	2,00	0,024	2,56	0,04	0,51
wzmacnianie wiary we własne możliwości	nie zaznaczono (n = 60)		zaznaczono (n = 40)		<i>t</i>	<i>p</i>	95% CI		<i>d</i> Cohena
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			<i>LL</i>	<i>UL</i>	
<i>zdrowie fizyczne</i>	59,77	23,92	41,98	24,17	3,63	0,000	4,90	8,06	0,74
<i>zdrowie psychiczne</i>	31,47	9,67	24,43	9,53	3,59	0,000	1,96	3,15	0,73



<b>podnoszenie samooceny seniorów</b>	nie zaznaczono (n = 67)		zaznaczono (n = 33)		<i>t</i>	<i>p</i>	95% <i>CI</i>		<i>d</i> Cohena
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			<i>LL</i>	<i>UL</i>	
<i>zdrowie fizyczne</i>	56,36	26,17	45,12	22,46	2,11	0,019	5,32	0,68	0,45
<i>zdrowie psychiczne</i>	31,63	9,43	22,61	8,99	4,57	0,000	1,98	5,10	0,97
<b>wzmacnianie poczucia bezpieczeństwa wśród osób starszych</b>	nie zaznaczono (n = 35)		zaznaczono (n = 65)		<i>t</i>	<i>p</i>	95% <i>CI</i>		<i>d</i> Cohena
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			<i>LL</i>	<i>UL</i>	
<i>zdrowie fizyczne</i>	60,46	26,70	48,45	23,92	2,30	0,012	5,22	1,64	0,48
<i>zdrowie psychiczne</i>	32,60	9,21	26,52	10,10	2,96	0,002	2,05	2,00	0,62
<b>doraźna pomoc i wsparcie najbliższej rodziny</b>	nie zaznaczono (n = 17)		zaznaczono (n = 83)		<i>t</i>	<i>p</i>	95% <i>CI</i>		<i>d</i> Cohena
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			<i>LL</i>	<i>UL</i>	
<i>zdrowie fizyczne</i>	60,06	28,42	51,13	24,72	1,32	0,095	6,75	-4,47	0,35
<i>zdrowie psychiczne</i>	33,24	10,05	27,71	10,00	2,07	0,020	2,67	0,23	0,55
<b>doraźna pomoc i wsparcie przyjaciół lub znajomych</b>	nie zaznaczono (n = 31)		zaznaczono (n = 69)		<i>t</i>	<i>p</i>	95% <i>CI</i>		<i>d</i> Cohena
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			<i>LL</i>	<i>UL</i>	
<i>zdrowie fizyczne</i>	63,06	21,55	47,97	25,82	2,84	0,003	5,32	4,54	0,61
<i>zdrowie psychiczne</i>	32,58	8,87	26,88	10,29	2,67	0,004	2,14	1,46	0,58
<b>wsparcie z zakresu działań profilaktyki zdrowotnej</b>	nie zaznaczono (n = 18)		zaznaczono (n = 82)		<i>t</i>	<i>p</i>	95% <i>CI</i>		<i>d</i> Cohena
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			<i>LL</i>	<i>UL</i>	
<i>zdrowie fizyczne</i>	48,78	29,18	53,50	24,68	-0,71	0,239	6,64	-17,90	0,19
<i>zdrowie psychiczne</i>	29,94	9,24	28,37	10,40	0,59	0,277	2,66	-3,70	0,15
<b>prowadzenie poradnictwa dla osób starszych oraz członków ich rodzin</b>	nie zaznaczono (n = 44)		zaznaczono (n = 56)		<i>t</i>	<i>p</i>	95% <i>CI</i>		<i>d</i> Cohena
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			<i>LL</i>	<i>UL</i>	

<i>zdrowie fizyczne</i>	57,55	26,87	48,80	23,82	1,72	0,044	5,08	-1,33	0,35
<i>zdrowie psychiczne</i>	30,39	10,64	27,29	9,68	1,52	0,066	2,04	-0,94	0,31
	nie zaznaczono (n = 70)		Zaznaczono (n = 30)				95% CI		
<b>organizacja grup wsparcia dla osób starszych</b>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>LL</i>	<i>UL</i>	<i>d</i> Cohena
<i>zdrowie fizyczne</i>	56,34	24,01	44,03	27,03	2,26	0,013	5,44	1,51	0,49
<i>zdrowie psychiczne</i>	30,31	9,91	24,77	9,88	2,57	0,006	2,16	1,26	0,56
	nie zaznaczono (n = 65)		Zaznaczono (n = 35)				95% CI		
<b>aktywizowanie osób starszych w środowisku lokalnym</b>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>LL</i>	<i>UL</i>	<i>d</i> Cohena
<i>zdrowie fizyczne</i>	55,54	24,31	47,29	26,99	1,56	0,061	5,30	-2,26	0,33
<i>zdrowie psychiczne</i>	29,83	10,35	26,46	9,62	1,59	0,057	2,12	-0,83	0,33
	nie zaznaczono (n = 71)		zaznaczono (n = 29)				95% CI		
<b>aktywizacja edukacyjno- społeczna osób starszych</b>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>LL</i>	<i>UL</i>	<i>d</i> Cohena
<i>zdrowie fizyczne</i>	57,17	23,94	41,59	26,06	2,88	0,002	5,41	4,84	0,63
<i>zdrowie psychiczne</i>	30,49	9,76	24,14	9,93	2,94	0,002	2,16	2,07	0,65
	nie zaznaczono (n = 82)		zaznaczono (n = 18)				95% CI		
<b>aktywizacja zawodowa osób starszych (umożliwianie pracy w niepełnym wymiarze)</b>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>LL</i>	<i>UL</i>	<i>d</i> Cohena
<i>zdrowie fizyczne</i>	54,00	24,21	46,50	30,53	0,98	0,170	7,68	-8,42	0,30
<i>zdrowie psychiczne</i>	29,51	10,00	24,72	10,33	1,83	0,035	2,62	-0,41	0,48

Źródło: Badania własne.

Na istotnie wyższy poziom zdrowia fizycznego wpływ miało wybranie przez badanych seniorów usług w postaci: „pokonywanie trudności dnia codziennego” (44,85), „wzmacnianie wiary we własne możliwości” (41,98), „podnoszenie samooceny seniorów” (45,12), „wzmacnianie poczucia bezpieczeństwa wśród osób starszych” (48,45), „doraźna pomoc i wsparcie przyjaciół lub znajomych” (47,97), „organizacja grup wsparcia dla osób starszych” (44,03), a także „aktywizacja edukacyjno-społeczna osób starszych” (41,59), zaś na wyższy poziom zdrowia psychicznego usługi takie jak: „wsparcie w trudnych sytuacjach życiowych” (27,68), „wzmacnianie wiary we własne możliwości” (24,43), „podnoszenie samooceny seniorów” (22,61), „wzmacnianie poczucia bezpieczeństwa wśród osób starszych” (26,52), „doraźna pomoc i wsparcie najbliższej rodziny” (27,71), „organizacja grup wsparcia dla osób starszych” (24,77), „aktywizacja edukacyjno-społeczna osób starszych” (24,14) oraz „aktywizacja zawodowa osób starszych - umożliwianie pracy w niepełnym wymiarze” (24,72). Różnice w obu aspektach zdrowia, które wystąpiły w zależności od wyboru odpowiedzi „wzmacnianie wiary we własne możliwości” (zdrowie fizyczne 41,98, zdrowie psychiczne 24,43) oraz w zależności od wyboru „podnoszenie samooceny seniorów” (zdrowie fizyczne 45,12, zdrowie psychiczne 22,61) są silne, wszystkie pozostałe umiarkowanie silne.

#### **7.4. Poziomy poczucia jakości życia osób starszych a oczekiwania odnośnie podmiotów odpowiedzialnych za zapewnienie im opieki**

Szczegółowe pytanie badawcze w niniejszej pracy wyraża się w pytaniu: Jaki istnieje związek pomiędzy poczuciem jakości życia osób starszych a ich oczekiwaniami wobec podmiotów odpowiedzialnych za zapewnienie im opieki?

Jak przyjął w niniejszym rozdziale, aby uzyskać odpowiedź na powyższy problem badawczy uzyskane wyniki porównałam między krajem zamieszkania a oczekiwaniami badanych seniorów odnośnie podmiotów odpowiedzialnych za zapewnienie im opieki w kontekście ich zdrowia fizycznego i psychicznego.

Zebrany materiał przedstawiam i analizuję w Tabeli 67.

**Tabela 67. Oczekiwania wobec państwa, społeczeństwa, organizacji społecznych a jakość życia w sferze fizycznej i psychicznej w grupie badanych seniorów z Polski**

	nie zaznaczono (n = 13)		zaznaczono (n = 87)				95% CI		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>LL</i>	<i>UL</i>	<i>d</i> Cohena
<b>zwiększenie nakładów finansowych w celu pomocy osobom starszym</b>									
<i>zdrowie fizyczne</i>	49,92	26,89	62,67	21,54	-1,92	0,029	6,62	-25,88	0,57
<i>zdrowie psychiczne</i>	27,77	13,76	35,29	12,89	-1,94	0,027	3,87	-15,19	0,58
	nie zaznaczono (n = 18)		zaznaczono (n = 82)				95% CI		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>LL</i>	<i>UL</i>	<i>d</i> Cohena
<b>zwiększenie instytucji pomocy osobom starszym</b>									
<i>zdrowie fizyczne</i>	56,83	28,87	61,93	21,05	-0,71	0,243	7,19	-20,04	0,23
<i>zdrowie psychiczne</i>	34,50	15,40	34,27	12,76	0,07	0,473	3,45	-6,61	0,02
	nie zaznaczono (n = 67)		zaznaczono (n = 33)				95% CI		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>LL</i>	<i>UL</i>	<i>d</i> Cohena
<b>aktywizacja zawodowa i zatrudnianie seniorów w różnych dziedzinach</b>									
<i>zdrowie fizyczne</i>	64,27	22,44	54,39	21,68	2,09	0,020	4,72	0,51	0,44
<i>zdrowie psychiczne</i>	37,15	13,86	28,55	9,51	3,63	0,000	2,37	3,90	0,68
	nie zaznaczono (n = 27)		zaznaczono (n = 73)				95% CI		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>LL</i>	<i>UL</i>	<i>d</i> Cohena
<b>zwiększenie liczby osób profesjonalnie zajmującymi się seniorami</b>									
<i>zdrowie fizyczne</i>	62,96	22,92	60,29	22,56	0,52	0,301	5,10	-7,45	0,12
<i>zdrowie psychiczne</i>	36,59	12,74	33,47	13,33	1,05	0,147	2,97	-2,76	0,24

	nie zaznaczono (n = 43)		zaznaczono (n = 57)		<i>t</i>	<i>p</i>	95% <i>CI</i>		<i>d</i> Cohena
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			<i>LL</i>	<i>UL</i>	
<b>podnoszenie kwalifikacji osób bezpośrednio zajmujących się seniorami</b>									
<i>zdrowie fizyczne</i>	59,16	22,03	62,40	23,06	-0,71	0,240	4,57	-12,31	0,14
<i>zdrowie psychiczne</i>	33,16	14,23	35,18	12,40	-0,75	0,226	2,67	-7,31	0,15
	nie zaznaczono (n = 29)		zaznaczono (n = 71)				95% <i>CI</i>		
<b>szeroka dostępność do placówek opieki zdrowotnej</b>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>LL</i>	<i>UL</i>	<i>d</i> Cohena
<i>zdrowie fizyczne</i>	52,66	23,59	64,42	21,38	-2,42	0,009	4,86	-21,40	0,53
<i>zdrowie psychiczne</i>	30,52	13,01	35,86	13,03	-1,86	0,033	2,87	-11,04	0,41
	nie zaznaczono (n = 58)		zaznaczono (n = 42)				95% <i>CI</i>		
<b>szeroka oferta udziału w zajęciach kulturalnych i edukacyjnych dla seniorów</b>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>LL</i>	<i>UL</i>	<i>d</i> Cohena
<i>zdrowie fizyczne</i>	58,07	22,92	65,07	21,69	-1,54	0,063	4,54	-16,01	0,31
<i>zdrowie psychiczne</i>	33,78	13,37	35,05	13,05	-0,47	0,318	2,68	-6,59	0,10
	nie zaznaczono (n = 73)		zaznaczono (n = 27)				95% <i>CI</i>		
<b>zwiększenie nakładów na proces doskonalenia i kształcenia seniorów</b>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>LL</i>	<i>UL</i>	<i>d</i> Cohena
<i>zdrowie fizyczne</i>	61,75	23,01	59,00	21,64	0,54	0,295	5,10	-7,37	0,12
<i>zdrowie psychiczne</i>	35,56	14,53	30,93	7,83	2,04	0,022	2,27	0,12	0,35
	nie zaznaczono (n = 29)		zaznaczono (n = 71)				95% <i>CI</i>		
<b>indywidualne podejście do osób starszych</b>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>LL</i>	<i>UL</i>	<i>d</i> Cohena

<i>zdrowie psychiczne</i>	56,86	26,98	62,70	20,48	-1,05	0,150	5,57	-17,08	0,26
<i>zdrowie fizyczne</i>	31,03	14,21	35,65	12,60	-1,60	0,056	2,88	-10,33	0,35
<b>zmiana społecznych stereotypów myślowych o seniorach jako osobach wykluczonych społecznie ze względu na wiek</b>									
	nie zaznaczono (n = 55)		zaznaczono (n = 45)				95% <i>CI</i>		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>LL</i>	<i>UL</i>	<i>d</i> Cohena
<i>zdrowie fizyczne</i>	61,73	23,22	60,13	21,97	0,35	0,364	4,56	-7,45	0,07
<i>zdrowie psychiczne</i>	35,25	14,60	33,16	11,27	0,81	0,210	2,59	-3,04	0,16

Źródło: Badania własne.

Analiza przeprowadzonych testów t Studenta dla prób niezależnych wykazała, że wskazanie niektórych oczekiwań przez badanych seniorów, wiąże się z różnym poziomem jakości życia w sferze fizycznej i psychicznej. Okazuje się, że badani seniorzy z Polski, którzy nie wybrali opcji „zwiększenie nakładów finansowych w celu pomocy osobom starszym” oraz „szeroka dostępność do placówek opieki zdrowotnej” („zwiększenie nakładów finansowych w celu pomocy osobom starszym”: zdrowie fizyczne 49,92, zdrowie psychiczne 27,77; „szeroka dostępność do placówek opieki zdrowotnej”: zdrowie fizyczne 52,66, zdrowie psychiczne 30,52), a także ci, którzy zaznaczyli „aktywizacja zawodowa i zatrudnianie seniorów w różnych dziedzinach” (zdrowie fizyczne 54,39, zdrowie psychiczne 28,55) cechują się wyższym poziomem zdrowia zarówno fizycznego, jak i psychicznego. Ponadto wybór przez badanych seniorów odpowiedzi „zwiększenie nakładów na proces doskonalenia i kształcenia seniorów” wiąże się z wyższym wskaźnikiem zdrowia psychicznego (30,93). Wymienione efekty różnic są umiarkowanie silne.

Analizę udzielanych odpowiedzi na pytanie o oczekiwania wobec państwa, społeczeństwa, organizacji społecznych oraz wynik uzyskany w zakresie jakości zdrowia w sferze fizycznej i psychicznej w grupie seniorów z Niemiec przedstawiam i analizuję w Tabeli 68:

**Tabela 68. Oczekiwania wobec państwa, społeczeństwa, organizacji społecznych a jakość życia w sferze fizycznej i psychicznej w grupie badanych seniorów z Niemiec**

	nie zaznaczono (n = 69)		zaznaczono (n = 31)		<i>t</i>	<i>p</i>	95% <i>CI</i>		<i>d</i> Cohena
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			<i>LL</i>	<i>UL</i>	
<b>zwiększenie nakładów finansowych w celu pomocy osobom starszym</b>									
<i>zdrowie fizyczne</i>	55,96	25,70	45,29	23,66	1,97	0,026	5,43	-0,10	0,43
<i>zdrowie psychiczne</i>	28,90	10,90	28,10	8,48	0,40	0,346	2,01	-3,21	0,08
	nie zaznaczono (n = 70)		zaznaczono (n = 30)				95% <i>CI</i>		
<b>zwiększenie instytucji pomocy osobom starszym</b>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>LL</i>	<i>UL</i>	<i>d</i> Cohena
<i>zdrowie fizyczne</i>	55,81	25,44	45,27	24,31	1,92	0,029	5,48	-0,33	0,42
<i>zdrowie psychiczne</i>	29,16	10,72	27,47	8,83	0,76	0,225	2,23	-2,73	0,17
	nie zaznaczono (n = 90)		zaznaczono (n = 10)				95% <i>CI</i>		
<b>aktywizacja zawodowa i zatrudnianie seniorów w różnych dziedzinach</b>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>LL</i>	<i>UL</i>	<i>d</i> Cohena
<i>zdrowie fizyczne</i>	53,43	24,82	45,60	31,21	0,92	0,179	8,49	-9,02	0,31
<i>zdrowie psychiczne</i>	28,84	10,27	26,90	9,67	0,57	0,285	3,40	-4,81	0,19
	nie zaznaczono (n = 64)		zaznaczono (n = 36)				95% <i>CI</i>		
<b>zwiększenie liczby osób profesjonalnie zajmującymi się seniorami</b>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>LL</i>	<i>UL</i>	<i>d</i> Cohena
<i>zdrowie fizyczne</i>	55,33	25,11	47,89	25,71	1,41	0,081	5,28	-3,03	0,29
<i>zdrowie psychiczne</i>	28,84	10,76	28,31	9,18	0,26	0,396	2,04	-3,51	0,05

	nie zaznaczono (n = 66)		zaznaczono (n = 34)		<i>t</i>	<i>p</i>	95% <i>CI</i>		<i>d</i> Cohena
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			<i>LL</i>	<i>UL</i>	
<b>podnoszenie kwalifikacji osób bezpośrednio zajmujących się seniorami</b>									
<i>zdrowie fizyczne</i>	55,24	24,74	47,62	26,42	1,43	0,078	5,35	-2,98	0,30
<i>zdrowie psychiczne</i>	28,44	10,49	29,06	9,68	-0,29	0,387	2,16	-4,90	0,06
	nie zaznaczono (n = 86)		zaznaczono (n = 14)				95% <i>CI</i>		
<b>szeroka dostępność do placówek opieki zdrowotnej</b>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>LL</i>	<i>UL</i>	<i>d</i> Cohena
<i>zdrowie fizyczne</i>	53,00	25,84	50,50	23,75	0,34	0,368	7,37	-12,12	0,10
<i>zdrowie psychiczne</i>	28,86	10,33	27,36	9,43	0,51	0,305	2,94	-4,34	0,15
	nie zaznaczono (n = 87)		zaznaczono (n = 13)				95% <i>CI</i>		
<b>szeroka oferta udziału w zajęciach kulturalnych i edukacyjnych dla seniorów</b>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>LL</i>	<i>UL</i>	<i>d</i> Cohena
<i>zdrowie fizyczne</i>	52,85	25,56	51,31	25,69	0,20	0,420	7,61	-13,55	0,06
<i>zdrowie psychiczne</i>	28,94	10,38	26,69	8,78	0,74	0,230	3,03	-3,77	0,22
	nie zaznaczono (n = 93)		zaznaczono (n = 7)				95% <i>CI</i>		
<b>zwiększenie nakładów na proces doskonalenia i kształcenia seniorów</b>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>LL</i>	<i>UL</i>	<i>d</i> Cohena
<i>zdrowie fizyczne</i>	53,52	25,21	41,14	27,91	1,24	0,108	9,95	-7,37	0,49
<i>zdrowie psychiczne</i>	28,77	10,24	27,00	9,81	0,44	0,329	4,01	-6,17	0,17
	nie zaznaczono (n = 62)		zaznaczono (n = 38)				95% <i>CI</i>		
<b>indywidualne podejście do osób starszych</b>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>LL</i>	<i>UL</i>	<i>d</i> Cohena



<i>zdrowie fizyczne</i>	54,23	25,76	50,08	25,07	0,79	0,216	5,25	-6,28	0,16
<i>zdrowie psychiczne</i>	29,13	10,78	27,87	9,20	0,60	0,275	2,10	-2,91	0,12
	nie zaznaczono (n = 91)		zaznaczono (n = 9)				95% <i>CI</i>		
<b>zmiana społecznych stereotypów myślowych o seniorach jako osobach wykluczonych społecznie ze względu na wiek</b>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>LL</i>	<i>UL</i>	<i>d</i> Cohena
<i>zdrowie fizyczne</i>	52,79	25,86	51,22	22,19	0,18	0,431	8,94	-16,17	0,06
<i>zdrowie psychiczne</i>	28,89	10,41	26,22	7,48	0,75	0,228	3,56	-4,41	0,26

Źródło: Badania własne.

Analiza odpowiedzi badanych seniorów z Niemiec wskazuje na różnice w poziomie jakości życia w sferze fizycznej i psychicznej w tej grupie seniorów. W przypadku tych różnic w poziomie jakości życia w zależności od konkretnych oczekiwań wobec państwa, społeczeństwa, organizacji społecznych uzyskałam istotne statystycznie wyniki w kontekście wyboru „zwiększenia nakładów finansowych w celu pomocy osobom starszym” oraz „zwiększenia instytucji pomocy osobom starszym”. Wybór tychże zmiennych wiąże się z wyższym poziomem jakości życia w sferze zdrowia fizycznego, a siła tych różnic jest umiarkowanie duża („zwiększenie nakładów finansowych w celu pomocy osobom starszym”: zdrowie fizyczne 45,29, „zwiększenie instytucji pomocy osobom starszym”: zdrowie fizyczne 45,27).

W podsumowaniu prowadzonych badań mogę stwierdzić, że analiza odpowiedzi badanych seniorów z Polski i z Niemiec wskazuje na zróżnicowany poziom jakości życia w sferze fizycznej i psychicznej w obu grupach seniorów. Nie zawsze wyższy poziom jakości życia seniorów jest zależny od tych samych oczekiwań wobec państwa, społeczeństwa czy organizacji społecznych. Zróżnicowane oczekiwania seniorów polskich i niemieckich wskazują jednocześnie na zróżnicowany poziom jakości ich życia w sferze fizycznej i psychicznej. Zróżnicowanie poziomu jakości życia badanych seniorów w obu krajach jest ściśle związane ze środowiskiem życia, w tym status społeczny i materialny, stan zdrowia, opiekę instytucjonalną. Różnice wynikają

z subiektywnego określenia przez badanych własnych potrzeb i oczekiwań wobec innych podmiotów. Wyraźnie widać zróżnicowanie potrzeb i wartości badanych seniorów w obu grupach, co wynika z kraju ich pochodzenia i aspektów kulturowych oraz możliwości realizacji różnorodnych oczekiwań seniorów, tj. biologicznych, psychologicznych, społecznych, politycznych, kulturowych, również ekonomicznych. Jakość życia jest ściśle związana w obu krajach z takimi czynnikami, jak: zadowolenie seniorów z warunków życiowych, poczucie ich dobrostanu, poczucie zaspokojenia ich podstawowych potrzeb i oczekiwań, dostęp do właściwej opieki i usług, satysfakcja życiowa seniorów.

## **Rozdział 8. Model optymalizujący formy opieki nad osobami starszymi**

### **8.1. Autorska propozycja modelu**

#### **Opis schematu modelu optymalizującego formy opieki nad osobami starszymi w Polsce**

Zmiany demograficzne starzejącego się społeczeństwa mają wpływ na wszystkie dziedziny życia społeczno-ekonomicznego państwa, w tym na zapewnienie usług socjalnych, potrzeb i oczekiwań społecznych seniorów oraz opieki instytucjonalnej nad grupą osób starszych. Z dużym prawdopodobieństwem będą też zanikać rodziny wielopokoleniowe. Ten postępujący proces starzenia się ludności w wielu krajach Europy spowoduje, że senior nie będzie już zadaniem dla najbliższej rodziny, ale stanie się kwestią społeczną/zadaniem polityki społecznej państwa, polityki wobec starości oraz polityki lokalnej. Takie podejście optymalizujące skuteczne rozwiązania opieki nad seniorami wiązałoby się z poszerzeniem zadań w zakresie opieki nad seniorami oraz decyzjami politycznymi państwa, a także możliwościami zaspokajania oczekiwań i potrzeb tej grupy społeczeństwa. Zasadnym wydaje się więc wyciągnięcie wniosków z dotychczasowych działań i prowadzonych badań w tym zakresie w wielu krajach europejskich oraz stworzenie nowych rozwiązań socjalnych optymalizujących w celu poprawy dobrobytu i jakości życia osób starszych.

W Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej utworzono Radę ds. Polityki Senioralnej i powołano w jej ramach zespół tematyczny – Zespół ds. opracowywania kierunków polityki społecznej wobec osób starszych. Zarządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 sierpnia 2012r. w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej mówi o powołaniu Departamentu Polityki Senioralnej, *odpowiadającym za tworzenie i rozwój kierunków działań skierowanych do seniorów oraz warunków dla poprawy systemu wsparcia seniorów, realizację zadań w obszarze aktywnego starzenia się i innych form współpracy wewnątrz- i międzypokoleniowej*

*z udziałem seniorów, monitorowanie wdrażanych rozwiązań, współpracę z organizacjami i instytucjami, które kierują swoje działania do seniorów, współpracę międzynarodową w obszarze aktywnego starzenia się.*

Wprowadzona ustawy z dnia 11 września 2015r. o osobach starszych oraz dokument rządowy Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej „Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo. Uczestnictwo. Solidarność” ma z kolei na celu podniesienie jakości poziomu życia osób starszych. Wiązą się one z właściwymi działaniami prowadzenia polityki społecznej w danym kraju, z podniesieniem jakości pracy socjalnej, kształceniem kadry i opiekunów osób starszych, pracowników socjalnych i innych osób związanych z opieką wobec osób starszych.

Zaproponowany przeze mnie model optymalizujący formy opieki nad osobami starszymi jest propozycją realizacji dotychczasowych zadań państwa, polityki społecznej i polityki lokalnej wobec seniorów w innej szerszej strukturze, dającej możliwość stworzenia seniorom warunków do pełnego, optymalnego funkcjonowania w społeczeństwie i w starości w rozbudowanym systemie opieki i usług społecznych. Aby proponowana forma opieki nad osobami starszymi miała możliwości realizowania poszczególnych zadań w zakresie obszarów ich życia, niezbędna jest interdyscyplinarna realizacja zadań polityki wobec starości ściśle związanej z cechami wynikającymi ze specyfiki życia osób starych, z uwzględnieniem zróżnicowanych sytuacji seniorów, potrzeb i oczekiwań społecznych.

### **Etapy proponowanych działań optymalizujących formy opieki nad osobami starszymi:**

#### **I etap: polityka państwa/polityka społeczna**

Wymiar demograficznego starzenia się ludności. ↔ Wyzwania ekonomiczne kraju. ↔ Wiedza teoretyczna na temat społeczeństwa starzejącego się i zbiorowości ludzi starych. ↔ Diagnoza potrzeb ludzi starszych i warunki ich zaspokajania. ↔ Zwiększenie nakładów finansowych w obszarach wsparcia seniorów. ↔ Zapewnienie godziwej i spokojnej ekonomicznie starości. ↔ Zwiększenie nakładów finansowych na ochronę zdrowia seniorów. ↔ Zwiększenie nakładów na przygotowanie fachowej kadry i opiekunów osób starszych, służby zdrowia udzielającej pomocy osobom starszym. ↔ Zwiększenie nakładów na opiekę długoterminową wobec seniorów.

↔ Zwiększenie instytucjonalnych form opieki i pomocy seniorom (domy seniora lub domy spokojnej starości, kluby seniora, uniwersytet III wieku, wolontariat).

## **II etap: polityka wobec starości i wobec ludzi starych**

Zaspokajanie potrzeb i oczekiwań osób starszych i zapewnienie im warunków do optymalnego funkcjonowania społecznego i wspieranego przez odpowiednie instytucje w środowisku lokalnym. ↔ Zapewnienie zabezpieczenia społecznego osób starszych  
↔ Organizacja ochrony zdrowia. ↔ Organizacja rozwiązań instytucjonalnych odpowiadających potrzebom i oczekiwaniom seniorów. ↔ Kształcenie ustawiczne i wsparcie edukacyjne dla osób starszych. ↔ Rozwijanie aktywności uczestnictwa w życiu kulturalnym i aktywne spędzanie czasu wolnego. ↔ Przygotowanie młodego pokolenia do starości i do życia w społeczeństwie ludzi starych.

## **III etap: gminna i lokalna polityka społeczna**

Szeroki zakres działań polityki gminnej wobec seniorów. ↔ Lokalna polityka instytucjonalna przystosowana do potrzeb osób starszych. ↔ Lokalne programy budowy instytucji opieki nad seniorami odpowiadające ich potrzebom w danej społeczności lokalnej. ↔ Planowanie działań socjalnych na szczeblu gminnym i lokalnym.

Nie można zaproponować optymalnego rozwiązania problemów seniorów, bez skutecznej lokalnej polityki społecznej prowadzonej wobec osób starych. Wskazaniem byłoby powołanie Zespołu ds. opracowywania kierunków polityki społecznej na poziomie lokalnym, który opracowuje plan działań polityki gminnej i lokalnej dla seniorów we wskazanych kierunkach polityki społecznej państwa oraz odwołuje się do:

- działań i reakcji politycznych państwa w zakresie zwiększenia nakładów finansowych na opiekę nad osobą starszą;
- systemu zabezpieczenia społecznego seniorów;
- działań związanych z różnymi obszarami życia seniorów;
- zakresem usług prowadzonych w danym obszarze;
- wsparciu dla seniorów w przewyżnianiu ich problemów;
- zwiększeniu miejsc dla seniorów oraz realizacji programu budowy instytucji opieki nad seniorami.

Praca zespołu ds. opracowywania kierunków polityki społecznej miałyby być wspierana przez ekspertów z dziedziny gerontologii społecznej oraz tak zorganizowana, aby proponowane działania były ukierunkowane na potrzeby osób starszych oraz włączyły tę grupę osób do debat i dyskusji kształtujących gminną i lokalną politykę wobec starości. Opracowywane miałyby być lokalne plany działania na rzecz osób starszych oraz programy wyzwań w lokalnym środowisku z uwzględnieniem form opieki instytucjonalnej zaakceptowane przez politykę państwa. Znaczącym jest również sformułowanie planu działań edukacyjnych adresowanych do młodego pokolenia, kreującego właściwe postawy wobec starości i osób starszych. Ocena efektywności podejmowanych działań na szczeblu gminnym i lokalnym wobec seniorów byłaby jednocześnie przygotowaniem strategii senioralnej w zakresie planowania form opieki i pomocy dla seniorów na podstawie lokalnej infrastruktury. Zauważa się potrzebę wyznaczenia zespołu koordynującego całościowe wsparcie dla osób starszych w środowisku lokalnym.

Tak prowadzona lokalnie polityka społeczna wobec osób starszych sprzyjałaby ich optymalnemu funkcjonowaniu oraz zapewniłaby stabilną pozycję seniora w strukturze społecznej kraju, i środowiska lokalnego. Osiągnięcie tych celów wymagałoby oczywiście wykorzystania dotychczasowej wiedzy i rozwiązań, prowadzenie badań w tej najstarszej grupie społecznej oraz wielu długookresowych działań państwa w zakresie polityki społecznej z podkreśleniem ich realizacji przez środowisko gminne i lokalne.

## Zakończenie i wnioski

W prezentowanej dysertacji „Poczucie jakości życia seniorów polskich i niemieckich a funkcjonowanie systemów opieki w obu krajach – analiza porównawcza” skoncentrowałam się na zagadnieniu poczucia jakości życia seniorów polskich i niemieckich w kontekście ich funkcjonowania w systemie opieki w obu krajach europejskich. Postępujące starzenie się ludności całego świata ma charakter trwały, zatem ma znaczenie dla wszelkich działań polityki społecznej państw ukierunkowanych na zaspokajanie potrzeb seniorów oraz rozbudowę systemu instytucjonalnej pomocy dla tej grupy wiekowej.

Odwołując się do rozważań teoretycznych nad jakością życia, w pierwszej części niniejszej dysertacji przedstawiłam uzasadnienia różnorodnych teorii i koncepcji wyjaśniających proces starzenia się oraz przystosowania jednostki do starości.

Niniejsze rozważania teoretyczne i przeprowadzone przeze mnie badania empiryczne obejmujące problematykę jakości życia osób starszych mają umożliwić zrozumienie wzrastającego procesu starzenia się społeczeństw oraz możliwości skutecznych oddziaływań na rzecz osób starszych ukierunkowanych na ich potrzeby i oczekiwania.

Rozważając drogę badacza w kontekście przeprowadzonych analiz teoretycznych oraz badań empirycznych w zakresie podejmowanej problematyki jakości życia, z całym uznaniem odniosłam się do zamysłu dotychczas prowadzonych analiz przez wielu badaczy. Wiele cennych założeń teoretycznych i wartościowych analiz badawczych realizowanych między innymi przez takich badaczy, jak: J. C. Flanagan (1978), A. Campbell (1981), D. Felce, J. Perry (1996), M. Halicka (2004), J. Halicki (2006, 2010, 2017), R. Fernandez-Ballesteros (2002, 2006, 2011), S. Steuden (2009, 2011, 2014), P. Błędowski (2014), P. Mollon, A. Gil (2014), S. Pohlmann (2009, 2016), N. Pikuła (2011, 2016), A. Kanios (2018), A. Chabior (2001, 2012, 2014, 2017, 2019), A. Leszczyńska-Rejchert (2010, 2012, 2016), Z. Szarota (2010, 2011, 2015), stały się dla mnie przewodnikiem w toku rozważań nad przedmiotem moich zainteresowań.

W części empirycznej, będącej drugą częścią niniejszej dysertacji, dokonałam analizy porównawczej poczucia jakości życia badanych seniorów w Polsce i w Niemczech w aspekcie instytucjonalnym.

Poczucie jakości życia odniosłam do funkcjonowania psychofizjologicznego i psychospołecznego badanych seniorów polskich i niemieckich. Przyjęłam następujące wymiary jakości życia: samoocena stanu zdrowia, zadowolenie z życia, formułowanie planów na przyszłość, postrzeganie swojego miejsca w społeczeństwie, aktywność społeczna, edukacyjna i kulturalna osób starszych. Ważnym aspektem, który rozpatrywałam była ocena własnego życia przez badane grupy seniorów połączona z czynnikami w środowisku ich życia. Osiągnięcie przyczyniło się do potwierdzenia mojego przekonania, że poziom poczucia jakości życia badanych seniorów zależy nie tylko od nich samych, ale również od ich środowiska życia.

Określenie poziomu jakości życia badanych seniorów w Polsce i w Niemczech wymagało spojrzenia z ich osobistej perspektywy i dokonania indywidualnych ocen wybranych uwarunkowań jakości życia. W tym założeniu skoncentrowałam się na wskaźnikach w wymiarze psychospołecznym i w wymiarze psychofizjologicznym, które w mniejszym lub większym stopniu miały wpływ na poczucie jakości życia badanych seniorów w Polsce i w Niemczech. Przyjęte wskaźniki odniosłam do systemu opieki nad seniorami w obu krajach biorąc pod uwagę trzy elementy: ocenę systemu opieki nad seniorami, ocenę badanych dotyczących pobytu w ośrodkach oraz oczekiwania badanych seniorów wobec podmiotów odpowiedzialnych za zapewnienie im opieki.

Przeprowadzone przeze mnie badania nad jakością życia seniorów w Polsce i w Niemczech wskazują na znaczenie w ocenie jakości życia właśnie tych wyżej wymienionych obszarów życia.

Przyjęta strategia badawcza pozwoliła mi na rozwiązanie problemu głównego badawczego i na zweryfikowanie hipotezy głównej oraz uzyskanie odpowiedzi na pytania szczegółowe. Porównałam zależności pomiędzy krajem zamieszkiwania seniorów pod względem kolejnych zmiennych.

Rozwiązując główny problem badawczy i weryfikując ogólną hipotezę roboczą okazało się, że istnieją różnice w poczuciu jakości życia badanych seniorów polskich i niemieckich w kontekście funkcjonowania w obu krajach systemów opieki. Dostrzega się zarówno w sferze fizycznej, jak i psychicznej istotne statystycznie zróżnicowanie. Zbiorcze wyniki w sferze jakości życia seniorów polskich i niemieckich zaprezentowane w rozdziale 7. pokazują, że w grupie badanych seniorów z Polski dostrzega się większe problemy w sferze jakości życia w porównaniu z badanymi seniorami z Niemiec. Potwierdziły się przypuszczenia, że poziom poczucia jakości



życia badanych seniorów jest wyższy w Niemczech niż w Polsce. Wynika to przede wszystkim ze sprawniejszego funkcjonowania systemu opieki nad seniorami w Niemczech (Kocot, Wróblewska, Błaszczuk, 2012).

Rozumienie przez badanych seniorów z Polski i z Niemiec czym jest jakość życia uwzględnia ich ogólny dobrostan, na który składa się obiektywny opis tego dobrostanu oraz subiektywne odczuwanie potrzeb, cenionych przez nich wartości i tego, co jest dla nich istotne. Takie ujęcie jakości życia wskazują D. Felce i J. Perry (1995) oraz S. Hird (2003), którzy ujmują jakość życia w trzech wymienionych płaszczyznach: obiektywne warunki życia, własną satysfakcję życiową oraz akceptowane wartości. Wskazują na to również badania P. Jabkowskiego (2008, s. 77).

Rozwiązując pierwszy szczegółowy problem badawczy wskazałam, że występują istotne różnice w samoocenie stanu zdrowia seniorów polskich i niemieckich. Badani seniorzy z Niemiec znacznie częściej niż seniorzy z Polski określają swoją sytuację życiową w aspekcie zdrowotnym jako „bardzo dobrą” i „dobrą”. W grupie badanych seniorów z Polski pojawia się częściej ocena „przeciętna” oraz „zła” i nawet „bardzo zła” swojego stanu zdrowia.

Analiza wyników moich badań ma potwierdzenie w badaniach Głównego Urzędu Statystycznego oraz wskazuje na zróżnicowanie pomiędzy mieszkańcami poszczególnych krajów europejskich. Zgodnie z wynikami Europejskiego Badania Warunków Życia Ludności (EU-SILC) niemal co czwarta osoba starsza (w wieku 60 lat i więcej) mieszkająca w Polsce oceniła w 2017 r. swoje zdrowie jako dobre lub bardzo dobre (GUS, 2018, s. 10). Jednocześnie niespełna połowa wszystkich seniorów – 45,7% oceniła swoje zdrowie jako „takie sobie, ani dobre ani złe”, a ponad dwie trzecie, a dokładnie 67,7% osób powyżej 60 roku życia wskazało na problemy zdrowotne (GUS, 2018, s. 11). Badania statystyczne przeprowadzone przez Główny Urząd Statystyczny w 2018 r. wskazują na niższą ocenę swojego zdrowia przez polskich seniorów w porównaniu z seniorami w UE. Zgodnie z szacunkami opartymi na danych za 2018 r. założono, że dalsze życie mieszkańców Polski w wieku 65 lat będzie nieco krótsze niż mieszkańców UE (GUS, 2018, s. 151).

Według Z. Szweda-Lewandowskiej, zmiany zachodzące w społeczeństwie dotyczą oczekiwań seniorów związanych z dobrym stanem zdrowia i trwaniem życia w zdrowiu. Mimo, iż dalsze trwanie życia w zdrowiu osoby 65 letniej w Polsce jest nadal znacznie niższe niż w innych krajach Europy Zachodniej, to należy zauważyć, że wzrosło ono na przestrzeni ostatnich lat (2007-2014). Autorka podkreśla, że różnica

między oczekiwanym dalszym trwaniem życia w zdrowiu to potencjalny okres, w którym osoba starsza będzie wymagała jakiejś formy pomocy i wsparcia (Szweda-Lewandowska, 2017, s. 19). Ujęcie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia prezentuje H. Schipper (1996), B. Zboina (2008, s. 19), B. Tobiasz-Adamczyk (2000, 2009), S. Pohlmann, Ch. Leopold, P. Heinecker (2009), M. Weidekamp-Maicher (2015), E. Pott (2016).

Niezależnie od przyjętej definicji jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia należy brać pod uwagę takie czynniki, jak możliwości funkcjonalne człowieka, sposób postrzegania przez chorego jego sytuacji życiowej, poziom satysfakcji z życia, dobre samopoczucie, a także objawy chorobowe i kondycję fizyczną (Tobiasz-Adamczyk, 2009, s. 113-140).

Oceniając poziom zadowolenia z życia seniorów polskich i niemieckich uzyskałam podobne różnice między badanymi grupami seniorów. Seniorzy z Niemiec są bardziej zadowoleni z życia i swoich osiągnięć życiowych oraz częściej określają poziom zadowolenia jako „wysoki” w porównaniu z seniorami z Polski. Dokonałam szczegółowej analizy szesnastu sfer zadowolenia z życia seniorów w obu krajach, która również w wielu sferach życia wykazała wyższy poziom zadowolenia w grupie badanych seniorów z Niemiec takich jak: małżeństwo, dzieci, praca zawodowa, osiągnięcia życiowe, wykształcenie, opieka zdrowotna w ośrodku, poziom dostępnych dóbr i usług w ośrodku, uczestnictwo w różnych formach spędzania wolnego czasu, uczestnictwo w różnych formach aktywizacji edukacyjno-społecznej, możliwości i perspektywy na przyszłość.

Rozwiązując kolejny problem badawczy dotyczący formułowania planów życiowych przez seniorów polskich i niemieckich wskazałam, że dla badanych seniorów z Niemiec dalsze plany związane są z poprawą stanu ich zdrowia, natomiast seniorzy z Polski znacznie częściej formułują dalsze plany związane nie tylko z poprawą stanu zdrowia, ale również z aktywnością towarzyską, kontaktami z rodziną.

Związek między krajem zamieszkania a spostrzeganym miejscem w społeczeństwie wskazuje na poczucie pełnej przynależności do społeczeństwa częściej w grupie seniorów niemieckich w porównaniu z seniorami z Polski.

Z porównania wyników analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a ich odpowiedziami na pytanie o uczestnictwo w aktywizacji społecznej, edukacyjnej lub kulturalnej wynika, że seniorzy w obu krajach zamieszkania wykazują się podobną aktywnością społeczną, edukacyjną i kulturalną w wielu dziedzinach.

Zróznicowanie pomiędzy polskimi i niemieckimi seniorami obserwuje się najczęściej w grupie niemieckich seniorów pod względem częstego oglądania telewizji i uczestnictwa w różnorodnych kołach zainteresowań, ze wskazaniem na niemieckich seniorów. Seniorzy z Polski z kolei częściej aniżeli seniorzy z Niemiec uczestniczą w zorganizowanych zajęciach edukacyjno-kulturalnych, wyjazdach, działaniach samopomocowych czy na rzecz innych. Także seniorzy z Polski znacznie częściej uczestniczą w nabożeństwach. Aktywność seniorów sprzyja według A. Chabior zachowaniu sprawności duszy i ciała, pozytywnej samoocenie, zapobiega poczuciu pustki oraz osamotnienia. Aktywność pomaga ponadto seniorom przystosować się do rzeczywistości, uczy ich radzenia sobie w nowych dla nich sytuacjach, wykorzystywania osiągnięć techniki i cywilizacji, wreszcie do korzystania z życia (Chabior, 2014, s. 83). Według J. Goode'a jakość życia jest nierozzerwalnie połączona z jakością życia innych osób w jej środowisku społecznym (Rapley, 2003, s. 50-51).

Na podstawie porównania formułowanych przez badanych ocen systemu opieki nad seniorami w Polsce i w Niemczech potwierdziło się założenie, że występuje istotna różnica poziomów oceny, gdzie zdecydowanie niemieccy seniorzy wyżej ocenili system. Ocena „wysoka” częściej formułowana przez badanych seniorów z Niemiec w porównaniu z oceną „niską” formułowaną przez badanych seniorów z Polski.

Porównanie ocen funkcjonowania ośrodków opieki, w których przebywają seniorzy z Polski i z Niemiec również potwierdziły moje założenie. Występuje istotna różnica poziomów oceny funkcjonowania ośrodków opieki w Polsce i w Niemczech, przy czym ocena funkcjonowania ośrodków opieki w Polsce jest niższa, niż w Niemczech. Kraj zamieszkania jest powiązany istotnie statystycznie z zadowoleniem z pobytu w ośrodku, warunkami bytowymi i oferowanymi usługami w ośrodku przez seniorów z Niemiec w porównaniu do seniorów z Polski. Według S. Nowossadeck, K. Mahne (2017) wysoka ocena warunków mieszkaniowych w środowisku życia seniorów jest związana z ofertą i dostępem do usług tej grupy społeczeństwa. Jak wskazują badania S. Kümpers i K. Falk (2013, s. 93) środowisko życia, a także personel w znacznym stopniu przyczyniają się do dostępności ofert dla osób starszych. A jakość i dostępność ofert dla osób starszych i ich rozpowszechnianie w poszczególnych instytucjach przyczynia się do poniesienia jakości funkcjonowania instytucji.

Oczekiwania badanych seniorów odnośnie podmiotów odpowiedzialnych za zapewnienie im opieki wykazały również istotne różnice. Zakres oczekiwań formułowanych w stosunku do systemu opieki w Polsce jest większy, niż w Niemczech.

Polscy seniorzy wskazują znacznie częściej na potrzeby usług i wsparcia w pokonywaniu trudności dnia codziennego, potrzeby wzmacniania wiary we własne możliwości, podnoszenia ich samooceny czy nawet aktywizacji edukacyjno-społecznej. Niemieccy seniorzy wyrażają potrzebę tylko w zakresie wsparcia w profilaktyce zdrowotnej. Udało mi się zaobserwować, iż seniorzy z Polski częściej wybierali opcje w postaci: „zwiększenia nakładów finansowych w celu pomocy osobom starszym”, „zwiększenia instytucji pomocy osobom starszym”, „szerokiej dostępności do placówek opieki zdrowotnej” oraz znacznie częściej wskazują na „zmiany społecznych stereotypów myślowych o seniorach jako o osobach wykluczonych społecznie ze względu na wiek”.

Odnosząc się do korelacji między poczuciem jakości życia seniorów polskich i niemieckich a funkcjonowaniem systemów opieki w obu krajach okazało się, że przyjęte założenia potwierdziły zależność w grupie seniorów z Niemiec o marginalnej sile między poziomem poczucia jakości życia a ich oceną funkcjonujących systemów opieki. Przyjęte założenia, że system opieki w Niemczech jest bardziej rozbudowany niż w Polsce oraz, że poziom jakości życia osób starszych w Niemczech jest nieznacznie wyższy w porównaniu z badanymi seniorami w Polsce (Statistisches Bundesamt, 2016), znalazło potwierdzenie w przeprowadzonych badaniach. Zatem można uznać, iż im system opieki jest lepiej oceniany, tym lepsza jest jakość życia badanych seniorów w zakresie zdrowia psychicznego. Im wyższy poziom jakości życia formułowany przez seniorów, tym lepsze oceny systemu opieki nad nimi.

Analiza związku pomiędzy poziomem poczucia jakości życia osób starszych a oceną funkcjonowania ośrodków opieki, w których przebywają wskazuje, że przyjęte założenia potwierdziły się. W grupie badanych seniorów z Niemiec wymiar zdrowia fizycznego koreluje dodatnio, ale bardzo słabo koreluje zarówno z zadowoleniem z pobytu w ośrodku, oceną warunków bytowych oraz oceną form wsparcia w ośrodku. W grupie badanych seniorów z Polski dostrzega się podobne związki za wyjątkiem zadowolenia z pobytu. W wymiarze zdrowia psychicznego w grupie seniorów z Niemiec obserwuje się istotną i słabą korelację o dodatnim znaku tylko z oceną warunków bytowych w ośrodku, a w grupie polskich seniorów jedynie z odpowiedziami dotyczącymi form wsparcia w działaniach ośrodka. Ocena funkcjonowania ośrodków opieki dla seniorów w Polsce i w Niemczech jest zależna od indywidualnego spostrzegania przez badanych seniorów poziomu zabezpieczenia realizacji własnych potrzeb. Potrzeby seniorów w Niemczech są nie znacznie lepiej

zabezpieczane w stosunku do seniorów w Polsce (Kępski, 2003; Dyczewski, 2003; de Walden-Gałużko, Majkowicz, 2001; Harwas-Napierała, 2001; Szarota, 2011).

Występuje zależność pomiędzy poczuciem jakości życia osób starszych w Polsce i w Niemczech a ich oczekiwaniami wobec podmiotów odpowiedzialnych za zapewnienie opieki. Obecny standard usług oferowany przez polskie ustawodawstwo dotyczące potrzeb seniorów oraz warunków funkcjonowania placówek opiekuńczych przeznaczonych dla tej grupy osób nie w pełni zabezpiecza odpowiedni poziom potrzeb (Bielak, 2011). Potwierdzają to odpowiedzi w grupie seniorów z Polski. Część usług wskazywanych przez badanych wiąże się z wyższym poziomem zdrowia fizycznego, część z wyższym poziomem zdrowia psychicznego. Wskazanie niektórych oczekiwań, które mają seniorzy z Polski również wiąże się z różnym poziomem zdrowia.

Niniejsza dyskusja pozwoliła mi na sformułowanie wniosków, które mogą być użyteczne w usprawnieniu istniejącego systemu opieki nad seniorami i pomocne w rozbudowaniu polityki społecznej wobec osób starszych:

- Na konieczność korzystania przez seniorów z form opieki instytucjonalnej wpływa wiele czynników i indywidualnych uwarunkowań, które jednocześnie mają wpływ na poczucie jakości ich życia. Są to głównie: stan zdrowia badanych seniorów, status rodzinny, sytuacja materialno-bytowa.
- Na wymiar jakości życia uwarunkowany zdrowiem badanych seniorów z Polski i z Niemiec wpływają następujące czynniki:
  - warunki fizyczne będące konsekwencją starości i procesu starzenia się seniorów, zmian w funkcjonowaniu fizycznym i w sprawności seniorów;
  - kondycja psychiczna warunkująca umiejętność panowania nad sobą i swoim zachowaniem, nad postrzeganiem własnej sytuacji życiowej oraz dobrego samopoczucia;
  - uwarunkowania społeczne w środowisku życia seniorów, pozycję seniorów w ośrodku, kontakty z rodziną i przyjaciółmi, kontakty z innymi seniorami w ośrodku, pełnienie nowych ról społecznych w ośrodku oraz satysfakcję z kontaktów społecznych i z rodziną;
  - warunki ekonomiczne i bytowe mające wpływ na funkcjonowanie fizyczne i zdrowie psychiczne seniorów.
- Jako główną przyczynę pobytu badanych osób starszych w instytucjach opieki należy wskazać stan zdrowia osób starszych lub brak rodziny. W tej kwestii

należałoby wziąć pod uwagę rozbudowę instytucjonalnych form opieki nad seniorami z uwzględnieniem formułowanych przez seniorów oczekiwań wobec ośrodków opieki.

- Na przestrzeni ostatnich lat nie tylko wydłużyło się trwanie życia, lecz również wyraźnie poprawił się stan zdrowia seniorów. Zmiany zachodzące w społeczeństwie dotyczą oczekiwań seniorów związanych z dalszym trwaniem życia w zdrowiu, a to z kolei wymaga sprawniejszego funkcjonowania systemu opieki w aspekcie zdrowotnym nad seniorami.
- Oczekiwania badanych wobec ośrodka mogą być punktem wyjścia do podejmowania działań na rzecz poprawy warunków i jakości życia seniorów w ośrodkach, zgodnie z ich potrzebami.
- Poczucie jakości życia seniorów w odniesieniu do funkcjonowania ośrodków opieki należy rozpatrywać w następujących aspektach:
  - zadowolenia seniorów z życia w ośrodku, związanego z poczuciem dobrostanu psychicznego, ale i z dostępem do usług i form pomocy w ośrodku;
  - relacji społecznych w ośrodku i poza nim;
  - indywidualnymi potrzebami seniorów w ośrodku oraz poczuciem ich zadowolenia z pobytu w ośrodku.
- Rozpatrując oczekiwania badanych seniorów w ośrodkach w Polsce i w Niemczech nasuwa się wniosek, że nie chodzi tylko o wystarczające zaspokojenie potrzeb biologicznych i bytowych seniorów w ośrodkach, ale również o zaspokojenie potrzeb psychospołecznych, związanych z faktem zamieszkiwania i życia w ośrodku opieki.
- Istnieje potrzeba uczestniczenia seniorów w życiu społecznym ośrodka, co daje im poczucie większej przynależności do środowiska ich funkcjonowania.

Konkludując, uważam że:

- Osoby starsze powinny mieć dostęp do odpowiednich warunków bytowych, opieki zdrowotnej i medycznej, wsparcia w tym zakresie ze strony instytucji opieki oraz społeczności instytucjonalnej.
- Osoby starsze powinny mieć możliwość do decydowania o zakresie potrzebnej opieki, w tym instytucjonalnej.

- Osoby starsze powinny mieć możliwość korzystania z usług i wsparcia specjalistów i instytucji oferujących pomoc specjalistyczną zwiększającą poziom dobrostanu seniorów w ośrodku, jak i poza nim.
- Osoby starsze powinny mieć dostęp do możliwości pracy zarobkowej również na poziomie instytucjonalnym.
- Osoby starsze powinny mieć możliwość uczestniczenia w życiu społecznym i politycznym kraju, co dawałoby im możliwość partycypacji w funkcjonowaniu współczesnego społeczeństwa.

## Spis tabel

Tabela 1. Socjologiczne teorie starzenia się .....	22
Tabela 2. Czynniki zależności osoby starszej od opieki.....	29
Tabela 3. Wybrane problemy egzystencjalne osób starszych.....	35
Tabela 4. Współczynnik obciążenia demograficznego w Polsce i w Niemczech dla osób w wieku 65 lat i starszych w latach 2020-2080.....	48
Tabela 5. Prognoza struktury w mln ludności w Niemczech w latach 2020-2060.....	49
Tabela 6. Przykładowy system celów lokalnego planowania działań na rzecz starszych mieszkańców w Polsce .....	65
Tabela 7. Przykładowy system lokalnego planowania działań na rzecz starszych mieszkańców w Niemczech.....	67
Tabela 8. Zasady polityki publicznej wobec ludzi starych w Polsce.....	69
Tabela 9. Miejsce pracy socjalnej z seniorem w Polsce .....	85
Tabela 10. Miejsce pracy socjalnej z seniorem w Niemczech .....	86
Tabela 11. Kategorie umożliwiające oszacowanie jakości życia .....	99
Tabela 12. Obszary i kategorie jakości życia .....	106
Tabela 13. Poczucie jakości życia w różnych aspektach rozwoju osobowości.....	108
Tabela 14. Podstawowe domeny jakości życia.....	120
Tabela 15. Operacjonalizacja zmiennych .....	130
Tabela 16. Dane o respondentach w Polsce.....	134
Tabela 17. Dane o respondentach w Niemczech .....	135
Tabela 18. Rozkład wiekowy seniorów z polskich i niemieckich ośrodków opieki ....	137
Tabela 19. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a ich płcią .....	139
Tabela 20. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a ich stanem cywilnym.....	140
Tabela 21. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a ich wykształceniem .....	141
Tabela 22. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a ich statusem zawodowym.....	144



Tabela 23. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a długością pobytu w ośrodku opieki...	145
Tabela 24. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a przyczyną pobytu w ośrodku opieki .....	147
Tabela 25. Różnice pod względem wieku, wykształcenia oraz długością pobytu w ośrodku opieki u seniorów z Niemiec i z Polski.....	149
Tabela 26. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a posiadaniem dzieci .....	150
Tabela 27. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a ich kontaktem z rodziną.....	151
Tabela 28. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a częstotliwością ich kontaktu z rodziną.....	152
Tabela 29. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a oceną ich kontaktu z rodziną .....	154
Tabela 30. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a pomocą od osób z rodziny .....	156
Tabela 31. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a utrzymywaniem kontaktów z przyjaciółmi .....	157
Tabela 32. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a częstotliwością kontaktów z przyjaciółmi .....	158
Tabela 33. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a oceną kontaktów z przyjaciółmi.....	160
Tabela 34. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a otrzymywaniem pomocy od przyjaciół i znajomych.....	162
Tabela 35. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a częstotliwością otrzymywania pomocy od przyjaciół i znajomych.....	163

Tabela 36. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a ich oceną własnej sytuacji materialnej .....	164
Tabela 37. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a ich oceną sytuacji życiowej w aspekcie zdrowotnym .....	169
Tabela 38. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a ich poczuciem osamotnienia i przygnębienia.....	171
Tabela 39. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a ich zadowoleniem z osiągnięć życiowych .....	174
Tabela 40. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a ich zadowoleniem z jakości życia .....	175
Tabela 41. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a ich zadowoleniem z poszczególnych sfer życia .....	177
Tabela 42. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a formułowanymi planami życiowymi.....	179
Tabela 43. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a postrzeganiem swojego miejsca w społeczeństwie .....	181
Tabela 44. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a ich uczestnictwem w aktywizacji społecznej, edukacyjnej lub kulturalnej.....	183
Tabela 45. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a ich aktywnościami podejmowanymi w czasie wolnym.....	185
Tabela 46. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a wychodzeniem poza ośrodki.....	187
Tabela 47. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a częstotliwością opuszczania ośrodka.....	189

Tabela 48. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a powodami opuszczania ośrodka .....	191
Tabela 49. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a ich aktywnym działaniu w organizacji.....	192
Tabela 50. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a ich oceną możliwości korzystania z podstawowej opieki zdrowotnej.....	194
Tabela 51. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a ich oceną systemu opieki.....	196
Tabela 52. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a formułowanymi przez nich oczekiwaniami wobec systemu opieki.....	197
Tabela 53. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a ich zadowoleniem z pobytu w ośrodku opieki .....	199
Tabela 54. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a ich oceną warunków bytowych w ośrodku .....	200
Tabela 55. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a potrzebą prowadzenia placówek dla osób starszych .....	202
Tabela 56. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a formami wsparcia uwzględnionymi w działaniach ośrodka.....	203
Tabela 57. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a formułowanymi przez nich oczekiwaniami wobec ośrodka .....	205
Tabela 58. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a rodzajami usług w obszarze wsparcia seniorów.....	207
Tabela 59. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy związku między krajem zamieszkania badanych seniorów a ich oczekiwaniami wobec państwa, społeczeństwa, organizacji społecznych.....	209

Tabela 60. Tabela krzyżowa prezentująca wpływ kraju pochodzenia na jakość życia w sferze zdrowia fizycznego i psychicznego badanych seniorów z Polski i z Niemiec .....	213
Tabela 61. Tabela krzyżowa prezentująca wymiary jakości życia badanych seniorów z Polski i z Niemiec .....	214
Tabela 62. Tabela krzyżowa prezentująca wyniki analizy pojęcia jakości życia a krajem zamieszkania badanych seniorów .....	216
Tabela 63. Analiza korelacji testującej związek między jakością życia w sferze fizycznej i psychicznej a oceną możliwości korzystania z podstawowej opieki zdrowotnej oraz oceną systemu opieki przez badanych seniorów z Polski i z Niemiec .....	218
Tabela 64. Analiza korelacji Kendalla pomiędzy jakością życia a zadowoleniem z pobytu w ośrodku, oceną warunków bytowych oraz oceną obecności form wsparcia przez badanych seniorów z Polski i z Niemiec.....	220
Tabela 65. Usługi w obszarze wsparcia a jakość życia w sferze fizycznej i psychicznej w grupie badanych seniorów z Polski .....	221
Tabela 66. Usługi w obszarze wsparcia a jakość życia w sferze fizycznej i psychicznej w grupie badanych seniorów z Niemiec .....	224
Tabela 67. Oczekiwania wobec państwa, społeczeństwa, organizacji społecznych a jakość życia w sferze fizycznej i psychicznej w grupie badanych seniorów z Polski .....	228
Tabela 68. Oczekiwania wobec państwa, społeczeństwa, organizacji społecznych a jakość życia w sferze fizycznej i psychicznej w grupie seniorów z Niemiec .....	231

## Spis wykresów

Wykres 1. Ludność w wieku 67 lat i więcej w Niemczech w latach 2020-2050 .....	50
Wykres 2. Komponenty jakości życia seniorów w wymiarze społecznym i personalnym.....	105
Wykres 3. Model zależności między analizowanymi zmiennymi.....	129
Wykres 4. Odsetek seniorów z Niemiec i z Polski w każdej z grup wiekowych .....	138
Wykres 5. Odsetek seniorów płci męskiej i żeńskiej z Niemiec i z Polski .....	139
Wykres 6. Odsetek seniorów z Niemiec i z Polski w zależności od stanu cywilnego.....	141
Wykres 7. Odsetek seniorów z Niemiec i z Polski w zależności od wykształcenia.....	143
Wykres 8. Odsetek seniorów z Niemiec i z Polski w zależności od statusu zawodowego .....	144
Wykres 9. Odsetek seniorów z Niemiec i z Polski w zależności od długości pobytu w ośrodku opieki.....	146
Wykres 10. Odsetek seniorów z Niemiec i z Polski w zależności od przyczyny pobytu w ośrodku opieki.....	148
Wykres 11. Odsetek seniorów z Niemiec i z Polski w zależności od posiadanych dzieci .....	150
Wykres 12. Odsetek seniorów z Niemiec i z Polski w zależności od ich kontaktu z rodziną .....	152
Wykres 13. Odsetek seniorów z Niemiec i z Polski w zależności od częstotliwości ich kontaktu z rodziną .....	153
Wykres 14. Odsetek seniorów z Niemiec i z Polski w zależności od oceny ich kontaktu z rodziną.....	155
Wykres 15. Odsetek seniorów z Niemiec i z Polski w zależności od pomocy od osób z rodziny .....	156
Wykres 16. Odsetek seniorów z Niemiec i z Polski w zależności od utrzymywania kontaktów z przyjaciółmi.....	158
Wykres 17. Odsetek seniorów z Niemiec i z Polski w zależności od częstotliwości kontaktów z przyjaciółmi.....	159

Wykres 18. Odsetek seniorów z Niemiec i z Polski w zależności od oceny kontaktów z przyjaciółmi .....	161
Wykres 19. Odsetek seniorów z Niemiec i z Polski w zależności od otrzymywania przez nich pomocy od przyjaciół i znajomych .....	162
Wykres 20. Odsetek udzielonych odpowiedzi na pytanie o ocenę własnej sytuacji materialnej przez seniorów z Polski i z Niemiec .....	165
Wykres 21. Odsetek udzielonych odpowiedzi na pytanie o ocenę sytuacji życiowej w aspekcie zdrowotnym przez seniorów z Polski i z Niemiec .....	170
Wykres 22. Odsetek udzielonych odpowiedzi na pytanie o częstotliwość poczucia osamotnienia i przygnębienia przez seniorów z Polski i z Niemiec .....	172
Wykres 23. Odsetek udzielonych odpowiedzi na pytanie o zadowolenie z osiągnięć życiowych przez seniorów z Polski i z Niemiec .....	174
Wykres 24. Odsetek udzielonych odpowiedzi na pytanie o zadowolenie z jakości życia przez seniorów z Polski i z Niemiec .....	176
Wykres 25. Odsetek udzielonych odpowiedzi na pytanie o spostrzegane miejsce w społeczeństwie przez seniorów z Polski i z Niemiec .....	182
Wykres 26. Odsetek udzielonych odpowiedzi na pytanie o uczestnictwo w aktywizacji społecznej, edukacyjnej lub kulturalnej przez seniorów z Polski i z Niemiec .....	184
Wykres 27. Odsetek udzielonych odpowiedzi na pytanie o wychodzenie poza ośrodek przez seniorów z Polski i z Niemiec .....	188
Wykres 28. Odsetek udzielonych odpowiedzi na pytanie o częstotliwość opuszczania ośrodka przez seniorów z Polski i z Niemiec .....	190
Wykres 29. Odsetek udzielonych odpowiedzi na pytanie o aktywne działanie w organizacji przez seniorów z Polski i z Niemiec .....	193
Wykres 30. Odsetek udzielonych odpowiedzi na pytanie o ocenę możliwości korzystania z podstawowej opieki zdrowotnej przez seniorów z Polski i z Niemiec .....	195
Wykres 31. Odsetek udzielonych odpowiedzi na pytanie o ocenę systemu opieki przez seniorów z Polski i z Niemiec .....	197
Wykres 32. Odsetek udzielonych odpowiedzi na pytanie o zadowolenie z pobytu w ośrodku opieki przez seniorów z Polski i z Niemiec .....	200
Wykres 33. Odsetek udzielonych odpowiedzi na pytanie o ocenę warunków bytowych w ośrodku przez seniorów z Polski i z Niemiec .....	201

Wykres 34. Odsetek udzielonych odpowiedzi na pytanie „Czy istnieje potrzeba prowadzenia takich placówek dla osób starszych?” przez seniorów z Polski i z Niemiec .....	202
Wykres 35. Odsetek udzielonych odpowiedzi na pytanie „Czy powyższe formy wsparcia są uwzględnione w działaniach ośrodka?” przez seniorów z Polski i z Niemiec .....	204
Wykres 36. Średnie nasilenie zdrowia fizycznego i psychicznego w grupie badanych seniorów z Niemiec i z Polski .....	213
Wykres 37. Histogramy ilustrujące rozkłady jakości życia w sferze zdrowia fizycznego i psychicznego w grupie badanych seniorów z Niemiec .....	215
Wykres 38. Histogramy ilustrujące rozkłady jakości życia w sferze zdrowia fizycznego i psychicznego w grupie badanych seniorów z Polski.....	215

## **Spis schematów**

Schemat 1. Dwa aspekty polityki społecznej – polityka wobec ludzi starych i polityka wobec starości .....	56
Schemat 2. Model jakości życia według R. L. Schallocka .....	101
Schemat 3. Model poczucia jakości życia .....	102



## Bibliografia

- Abrams M. (1973), *Quality of Life Studies*, [w:] M. A. Smith (ed.), *Leisure and Urban Society*, Manchester.
- Allardt E. (1976), *Dimensions of welfare in a Comparative Scandinavian Study*, Acta Sociologica, Sage Publications, Vol.19 (3).
- Baltes P. B., Baltes M. M. (1990), *Psychological perspectives on successful aging. The model of selektive optimization whith compensation*, [w:] P. P. Baltes, M. M. Baltes (red.), *Successful aging. Perspektives from the Behavioral Sciences*, Cambridge University Press, Cambridge, 1-34.
- Bańka A. (1995), *Jakość życia w psychologicznym doświadczaniu codzienności*, [w:] A. Bańka, R. Derbis (red.), *Pomiar i poczucie jakości życia u aktywnych zawodowo i bezrobotnych*, Środkowoeuropejskie Centrum Ekonomii Działania Społecznego, Poznań-Częstochowa.
- Bańka A. (2005), *Psychologia jakości życia*, Stowarzyszenie Psychologia i Architektura, Poznań.
- Baumann K. (2006), *Jakość życia w okresie późnej starości – dyskurs teoretyczny*, „Gerontologia Polska”, 14 (4).
- Bäcker g., Naegele G., Bispinck R. (2020), *Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland, 6.Auflage*, Springer VS, Wiesbaden.
- Bielak M. (2011), *Standard życia i zamieszkania osób starszych w placówkach opiekuńczych*, Acta Universitatis Lodzianis, Folia Oeconomica 297, 81-92.
- Bielak M. (2011), *Optymalne Środowisko życia i zamieszkania w ośrodkach pobytu stałego dla osób starszych*, Wydawnictwo Politechniki Śląskiej, Gliwice.
- Birch A., Malim T., (2016), *Psychologia rozwojowa w zarysie. Od niemowlęstwa do dorosłości*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Birren J. E., L. Dieckmann L. (1991), *Concepts and Content of Quality of Life in Later Years. An Overview*, [w:] J. E. Birren (ed.), *The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly*, San Diego.
- Błądowski P. (1996), *Pomoc społeczna i opieka nad osobami starszymi w RFN*, Wydawnictwo Interart, Katowice.
- Błądowski P. (1998), *Społeczne ubezpieczenie pielęgnacyjne w RFN*, „Polityka Społeczna”, 4.

- Błądowski P. (2002), *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starszych*, Szkoła Główna Handlowa, Warszawa.
- Błądowski P. (2003), *Polityka społeczna wobec ludzi starych w Polsce i w Unii Europejskiej*, [w:] Materiały Konferencyjne, *Starzenie się populacji wyzwaniem dla polityki społecznej*, ROPS, Kraków.
- Błądowski P. (2012), *Starzenie się jako problem społeczny. Perspektywy demograficznego starzenia się ludności Polski do roku 2035*, [w:] M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błądowski (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań, 11-23.
- Mossakowska M., Więcek A., Błądowski P. (red.) (2012), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań.
- Błądowski P. (2014), *Ekonomiczne aspekty starzenia się ludności*, [w:] J. Majkowski (red.), *Wyzwania XXI wieku. Ochrona zdrowia i kształcenie medyczne*, t. 3, Warszawa, 357–367.
- Błądowski P., Szweda-Lewandowska Z. (2016), *Polityka wobec starości i starzenia się w Polsce w latach 2015-2035. Aspekty teoretyczne i praktyczne*, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa.
- Błądowski P., Szatur-Jaworska B., Szweda-Lewandowska Z., Zrałek M. (2017), *Model wsparcia społecznego osób starszych w środowisku zamieszkania*, [w:] B. Szatur-Jaworska, P. Błądowski (red.), *System wsparcia osób starszych w środowisku zamieszkania. Propozycja modelu oraz wyniki badania antydyskryminacyjnego*, RPO, Warszawa.
- Boeckh J., Huster E. U., Benz, B. Schütte J. D. (2017), *Sozialpolitik in Deutschland. Eine systematische Einführung, 4. Auflage*, Springer VS, Wiesbaden.
- Bowling A. (2005), *Ageing Well. Quality of life in old age*, Open University Press, London.
- Bowling A. (2014), *Research Methods in Health: Investigating Health and Health Services*, Open University Press, McGraw-Hill Education, England.
- Bromley D. B. (1969), *Psychologia starzenia się*, Wydawnictwo PWN, Warszawa.
- Brudek P. (2016), *Larsa Tornstama teoria gerotranscendencji jako teoria pozytywnego starzenia się*, Psychologia Rozwojowa, 4.

- Brzezińska A., Stolarska M., Zielińska J. (2001), *Poczucie jakości życia we wczesnej, średniej i późnej starości*, [w:] K. Appelt, J. Wojciechowska (red.), *Zadania i role społeczne w okresie dorosłości*, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań.
- Brzeziński J. (2004), *Metodologia badań psychologicznych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Brzeziński J. (2019), *Metodologia badań psychologicznych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Bugajska B. (2012), *Tożsamość człowieka w starości. Studium socjopedagogiczne*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin.
- Campbell A., Converse P., Rodgers W. (1976), *The Quality of American Life: Perceptions, evaluations and satisfactions*, Russell Sage Foundation, New York.
- Campbell A. (1981), *The sense of well-being in America: Recent patterns and trends*, McGraw-Hill, New York.
- Chabior A. (2000), *Rola aktywności kulturalno-oświatowej w adaptacji do starości (w świetle badań seniorów z rodzin kieleckich)*, Instytut Technologii Eksploatacji, Radom-Kielce.
- Chabior A. (2001), *Kierunki działalności kulturalno-oświatowej z ludźmi starszymi*, [w:] (red.) A. A. Zych (red.), *Demograficzne i indywidualne starzenie się. Wyzwania edukacyjne*, Wydawnictwo Akademii Świętokrzyskiej, Kielce.
- Chabior A. (2012), *Seniorzy i ich aktywność w perspektywie zmiany*. [w:] J. Szymanowska (red.), *Ewaluacja w pracy socjalnej. Badania. Kształcenie. Praktyka*, Oficyna Wydawnicza "Impuls", Kraków.
- Chabior A. (2014), *Aktywność i aktywizacja społeczna osób starszych*, [w:] A. Chabior, A. Fabiś, J. K. Wawrzyniak, *Starzenie się i starość w perspektywie pracy socjalnej*, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa, 80-85.
- 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*, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa.
- Chabior A. (2017), *Wspomaganie procesu pomyślnego starzenia się u ludzi starych. Między powinnością a profesją*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Warszawa.
- Coleman P. G., O'Hanlon A. (2004), *Ageing and Development. Theories and Research*, ARNOLD (Hodder Headline Group), London.
- Cozolino L. J. (2008), *The healthy aging brain. Sustaining, attachment, attaining, wisdom*, W.W. Norton & Company, New York, London.

- Czapiński J. (1992), *Psychologia szczęścia. Przegląd badań i zarys teorii cebulowej*, Akademos, Warszawa-Poznań.
- Czapiński J., Błędowski P. (2014), *Aktywność społeczna osób starszych w kontekście percepcji Polaków. Diagnoza społeczna 2013. Raport tematyczny*, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa.
- Dalkey N. C., Rourke D. L. (1972), *The Delphi Procedure and Quality of Life Factors*, University of California, Los Angeles.
- Daszkowska J. (2010), *Jakość życia w perspektywie pedagogicznej*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków.
- Diener E., Lucas R.E., Oishi S., Suh E.M. (2002), *Looking up and looking down. Weighting good and bad information in life satisfaction judgments*, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, 437-445.
- Długosz Z., Kurek S. (2006), *Demographic Ageing of European Union countries*, [w:] T. Komornicki, K. Czapiewski (red.), *Regional Periphery in Central and Eastern Europe, Europa XXI, 15, Polish Academy of Sciences*, Stanisław Leszczycki Institute of Geography and Spatial Organization Center for European Studies, Polish Geographical Society, Warszawa, 185-198.
- Długosz Z., Kurek S., Kwiatek-Sołtys A. (2011), *Stan i perspektywy starzenia się ludności w Polsce w Europie*, [w:] M. Soja, A. Zborowski (red.), *Człowiek w przestrzeni zurbanizowanej*, Kraków, 11-26.
- Dyczewski L. (2003), *Rodzina twórcą i przekazicielem kultury*, Wyd. Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin.
- Dziurawicz-Kozłowska A. (2002), *Wokół pojęcia jakości życia*, *Psychologia Jakości Życia*, I (2).
- Erikson E. H. (2012), *Dopełniony cykl życia*, Wydawnictwo Helion, Gliwice.
- Fabiś A., Wawrzyniak J. K., Chabior A. (2019), *Ludzka starość. Wybrane zagadnienia gerontologii społecznej*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków.
- Farquhar M. (1995), *Elderly People's Definitions of Quality of Life*, *Social Science & Medicine*, 41 (10).
- Felce D., Perry J. (1996), *Exploring current conceptions of quality of life: A model for people with and without disabilities*, [w:] R. Renwick, I. Brown, M. Nagler (red.), *Quality of life in health promotion and rehabilitation: Conceptual approaches, issues, and applications*, Sage Publications, London, 51-62.

- Felce D. (1997), *Defining and applying the concept of quality of life*, Journal of Intellectual Disability Research, 41, 126-135.
- Fernández-Ballesteros R. (1997), *The Construct of Quality of Life among the Elderly*, [w:] I. Beregi, A. Gergely, K. Rajzi (eds.), *Recent Advances in Aging and Science*, Milan.
- Fernández-Ballesteros R. (1998), *Quality of Life. Concept and Assessment*, [w:] J. G. Adair, D. Belanger, K. L. Dion (eds.), *Advances in Psychological Science*, vol. 1, Social Personal and Cultural Aspects, London.
- Fernández-Ballesteros R. (2002), *Social Support and Quality of Life Among Older People in Spain*, Journal of Social Issues, 58 (4), 645-659.
- Fernández-Ballesteros R. (2006), *GeroPsychology. An Applied Field for the 21<sup>st</sup> Century*, European Psychologist, 11 (4), 312-323.
- Fernández-Ballesteros R. (2011), *Quality of Life in Old Age. Problematic Issues*, Applied Research in Quality of Life, 6 (1).
- Flanagan J. C. (1978), *A research approach to improving our quality of life*, American Psychologist, 33 (2), 138-147.
- Flanagan J. C. (1982), *Measurement of Quality of Life. Current State of the Art.*, „Archives of Physical Medicine and Rehabilitation”, 63 (2).
- Frąckiewicz L. (2000), *Bariery uczestnictwa ludzi starszych w integracji społecznej*, [w:] M. Dzięgielewska (red.), *Przestrzeń życiowa i społeczna ludzi starszych*, Akademickie Towarzystwo Andragogiczne, Łódź.
- Frieske K., Popławski (1999), *Opieka i kontrola: instytucje wobec problemów społecznych*, Wydawnictwo „Śląsk”, Katowice.
- Gałuszka M. (2006), *Jakość życia seniora. Przegląd wybranych koncepcji i metod badania*, [w:] J. T. Kowaleski, P. Szukalski, *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*, Łódź, 111-118.
- Gaweł-Luty E. (2017), *Między inkluzją a ekskluzją. Społeczna przestrzeń seniorów*, Student Niepełnosprawny. Szkice i rozprawy, 17, 5-7.
- Gaweł-Luty E. (2022), *Wybrane konteksty jakości życia*, Artykuł złożony do druku, „Colloquium”, AMW Gdynia.
- Geiser M. (1996), *Alterssozialpolitik. Fragmentierung überwinden – Lebenslagen verbessern (Dortmunder Beiträge zur angewandter Gerontologie)*, Vinzentz Verlag, Hannover.
- George L. K., Bearon L. B. (1980), *Quality of Life in Older Persons*, New York.

- George, D., Mallery, P. (2019), *IBM SPSS Statistics 26 Step by Step. A Simple Guide and Reference* (16th ed.), Routledge, New York.
- Gitschmann P. (1989), *Alterssozialpolitik auf kommunaler Ebene - Rahmenbedingungen und Strukturen, Handlungsbedarf, Planung und aktuelle Entwicklungen in der Krise des Sozialstaats*, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin.
- Gnitecki J. (2003), *Wstęp do metod i przetwarzania wyników badań w naukach pedagogicznych*, Wydawnictwo Naukowe PTP, Poznań.
- Golini A. (1997), *Demographic trends and Ageing in Europe. Prospects, problems and policies*, „Genus” 53, nr 3-4, 33-74.
- Grudniewicz A. (2001), *Emerytów portret własny*, Komunikat z badań CBOS, 6.
- Hagerty M. R., Cummins R., Ferriss A., Land K., Michalos A., Peterson M., Sharpe A., Sirgy J., Vogel J. (2001), *Quality of Life Indexes for National Policy. Review and Agenda for Research*, „Social Indicators Research. An International and Interdisciplinary Journal for Quality – of – Life Measurement”, 55 (1).
- Halicka M. (2004), *Satysfakcja życiowa ludzi starych. Studium teoretyczno-empiryczne*, Akademia Medyczna, Białystok.
- Halicki J. (2006), *Spoleczne teorie starzenia się*. W: M. Halicka, J. Halicki (red.), *Zostawić ślad na ziemi*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok.
- Halicki J. (2010), *Obrazy starości rysowane przeżyciami seniorów*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok.
- Halicki J. (2017), *Spoleczne teorie starzenia się. Encyklopedia starości, starzenia się i niepełnosprawności*, Thesaurus Silesiae, Katowice.
- Halik J. (2002), *Starzenie się społeczeństw jako proces demograficzny i społeczny*, [w:] J. Halik (red.), *Starzy ludzie w Polsce*, ISP, Warszawa, 9-27.
- Hałaj J. B. (2008), *Przeciwko stereotypowemu postrzeganiu ludzi późnej dorosłości*, [w:] R. Konieczna-Woźniak (red.), *Dorosłość wobec starości. Oczekiwania – radości – dylematy*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, Poznań, 131-137.
- Harwas-Napierała B. (2001), *Zachodni model niezależności w wychowaniu rodzinnym*, *Problemy Rodziny*, 2.
- Hird S. (2003), *What is Wellbeing? A Brief Review of Current Literature and Concepts*, National Health Service, Scotland.
- Hughes B. (1990), *Quality of Life*, [w:] S. M. Sheila, M. Peace, *Researching Social Gerontology. Concepts, Methods and Issues*, Beverly Hills.

- Hughes C., Hwang B., Kim J., Eisenman L. T., Killiaj D. J. (1995), *Quality of Life in Applied Research: A Review and Analysis of Empirical Measures*, [w:] American Journal of Mental Retardation, 6, 626-641.
- Jabkowski P. (2008), *Teoretyczne i metodologiczne aspekty programu badawczego wskaźników jakości życia mieszkańców Poznania*, [w:] R. Derbis (red.), *Jakość życia. Od wykluczonych do elity*, Wydawnictwo Akademii im. Jana Długosza, Częstochowa.
- Jaczewski A. (red.) (2005), *Biologiczne i medyczne podstawy rozwoju*, Żak, Warszawa.
- Jaczewski A., Komosińska K. (2004), *Wybrane zagadnienia z edukacji zdrowotnej*, Płock.
- Jagielska K. (2020), *Jakość życia emerytowanych nauczycieli*, Impuls, Kraków.
- Janiszewska A. (2015), *Obraz starości demograficznej w krajach UE a stan zdrowia jej mieszkańców*, [w:] A. Janiszewska (red.), *Jakość życia ludzi starych – wybrane problemy*, Łódź, 25-48.
- Jaracz K., Wołowicka L. (2000), *Model Dobrego Życia P. Lawtona. Materiały zjazdowe „Pielęgniarstwo a jakość życia”*, Kraków.
- Jönson H., Magnusson J. A. (2001), *A new age of old age? Gerotranscendence and the re-enchantment of aging*, Journal of Aging Studies, 15, 317-331.
- Kanios A. (2011), *Przejawy wykluczenia społecznego i dyskryminacji osób starszych w Polsce – analiza wybranych obszarów*, [w:] M. J. Jarosz, A. Włoszczak-Szubzda, W. Kowalski (red.), *Problemy starzenia się społeczeństwa. Teoria i praktyka. Perspektywa polska i brytyjska*, Wydawnictwo Innovatio Press, Lublin, 111-121.
- Kanios A. (2018), *Postawy pracowników zawodów pomocowych wobec osób starszych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
- Kanios A. (2018), *Praca socjalna z osobami starszymi i opieka geriatryczna jako wyzwanie współczesności*, Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio J-Paedagogia-Psychologia, 31, 1, 209-218.
- Kawa K. D. (2004), *Osobowościowe korelaty jakości życia u osób starszych. Badania empiryczne kombatantów wojennych*, Katolicki Uniwersytet Lubelski, Niepublikowana praca magisterska, Lublin.
- Kawula S. (2003) (red.), *Pedagogika społeczna – dokonania – aktualność – perspektywy*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń.
- Kawula S. (2006), *Pedagogika społeczna wobec zjawiska marginalizacji i normalizacji*, [w:] K. Biało-brzeska, S. Kawula (red.), *Człowiek w obliczu wykluczenia i marginalizacji społecznej. Wokół zagadnień teoretycznych*, Toruń.

- Kędzior J. (2009), *Wybrane aspekty starzenia się i starości w perspektywie gerontologii i geragogiki*, [w:] J. Kędzior, A. Ładyżyński A. (red.), *Współczesne wyzwania pracy socjalnej*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń, 165-185.
- Kępski Cz. (2003), *Opieka i wychowanie w rodzinie*, Wydawnictwo UMCS, Lublin.
- Kijak R. J., Szarota Z. (2013), *Starość. Między diagnozą a działaniem*, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa.
- Klimczuk A. (2012), *Kapitał społeczny ludzi starych na przykładzie mieszkańców miasta Białystok*, Wiedza i Edukacja, Lublin, 23-28.
- Kochman D. (2007), *Jakość życia. Analiza teoretyczna*, „Zdrowie Publiczne”, T. 117, wyd. 2, 242-248.
- Kocot M., Wróblewska I., Błaszczuk J. (2012), *Porównanie opieki sprawowanej nad osobami starszymi w domach opiekuńczych w Polsce i w Niemczech*, *Family Medicine & Primary Care Review*, 14, 3, 376-379.
- Kosińska E. (2016), *Zachowania ryzykowne seniorów. Uwarunkowania, profilaktyka*, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz.
- Kowaleski J., Szukalski P. (2008) (red.), *Starzenie się ludności Polski, Między demografią z gerontologią społeczną*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Kowalik S. (2000), *Jakość życia psychicznego*, [w:] R. Derbis (red.), *Jakość rozwoju a jakość życia*, Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Częstochowa, 11-32.
- Krzesińska-Żach B. (2006), *Człowiek w sytuacji zagrożenia jako podmiot oddziaływań pracownika socjalnego: materiały pomocnicze dla studentów*, Trans Humana, Białystok.
- Księżopolski M. (2012), *Skuteczność modeli polityki społecznej w rozwiązywaniu problemów ludzi starych*, „Problemy Polityki Społecznej”, 18.
- Kukła D. (red.) (2011), *Wielowymiarowość poradnictwa w życiu człowieka*, Difin, Warszawa.
- Kutyła M. (2012), *Integracja społeczna ludzi starszych*, [w:] N. Pikuła (red.), *Starość może być atrakcyjna*, Wydawnictwo „Scriptum”, Kraków.
- Kustra Cz. (2012), *Jakość życia w starości*, [w:] R. J. Kijak (red.), *Niepełnosprawność – w zwierciadle dorosłości*, Oficyna Wydawnicza "Impuls", Kraków.
- Kuś, M., Szwed, M. (2012), *Realizacja potrzeb ludzi starszych a zadania samorządu terytorialnego*, Prace naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie, wyd. specjalne, Częstochowa.



- Kümpers S., Falk K, (2013), *Zur Bedeutung des Sozialraums für Gesundheitschancen und autonome Lebensgestaltung sozial benachteiligter Älterer: Befunde aus Berlin und Brandenburg*, [w:] C. Vogel, A. Motel-Klingebiel (Hrsg.), *Altern im sozialen Wandel: Die Rückkehr der Altersarmut?*, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Springer Fachmedien, Berlin, 81-97.
- Lawton M. P. (1991), *Background. A Multidimensional View of Quality of Life in Frail Elders*, [w:] J. E. Birren, J. Lubben, J. Rowe, D. Deutchmann (eds.), *The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly*, San Diego.
- Lawton M. P. (1996), *Quality of Life and Affect in Later Life*, [w:] C. Magai, S.H. McFadden (eds.), *Handbook on Emotion, Human Development, and Aging*, San Diego.
- Lawton M. P., Winter L., Kleban M. H., Ruckdeschel K. (1999), *Quality of Life. Objektive and Subjektive*, „Journal of Aging and Health”, 11.
- Leitner S. (2015), *Soziale Altenarbeit und Alterssozialpolitik*, Wochenschau-Verlag, Schwallbach am Taunus.
- Leszczyńska-Rejchert A. (2006), *Zapobieganie społecznemu wykluczeniu osób starszych*, [w:] K. Białobrzaska, S. Kawula (red.), *Wykluczenie i marginalizacja społeczna. Wokół problemów diagnostycznych i reintegracji psychospołecznej*, Wydawnictwo Edukacyjne Akapit, Toruń.
- Leszczyńska-Rejchert A. (2010), *Człowiek starszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, Olsztyn.
- Leszczyńska-Rejchert A. (2012), *Ewaluacja działalności stacjonarnych domów pomocy społecznej dla osób w podeszłym wieku – propozycje rozwiązań*, [w:] Szymanowska J.(red.), *Ewaluacja w pracy socjalnej. Badania. Kształcenie. Praktyka*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Leszczyńska-Rejchert A. (2016), *Praca socjalna z seniorami w perspektywie geragogiki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn.
- Łobocki M. (2000), *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Łobocki M. (2007), *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.

- Malec M. (2012), *Gerotranscendencja – teoria pozytywnego starzenia się. Założenia i znaczenie*, [w:] M. Olejarsz (red.), *Dyskursy Młodych Andragogów*, Wydawnictwo Uniwersytetu Zielonogórskiego, Zielona Góra, 45-60.
- Maslow A. (1986), *W stronę psychologii istnienia*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa.
- Maszke A. W. (2004), *Metodologiczne podstawy badań pedagogicznych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów.
- Mathers B. (2009), *Promoting Mental Health and Wellbeing*, [w:] A. Kydd, T. Duffy, F. R. Duffy (red.), *The Care and Wellbeing of Older People. A Textbook for Health Care Students*, Reflect Press Ltd, London, 253-264.
- McCalla S. (1975), *Quality of Life*, Social Indicators Research, 2, 229-248.
- Mielczarek A. (2012), *Znaczenie wsparcia wolontariatu osób w wieku podeszłym*, [w:] B. Kromolicka (red.), *Z pomocą człowiekowi. Wsparcie i opieka w sytuacji nieuleczalnej choroby*, Wydawnictwo Akapit, Toruń.
- Mielczarek A. (2014), *Wykluczenie społeczne ludzi starych – źródła, przejawy, konsekwencje*, [w:] A. Zych (red.), *Starość darem, zadaniem, wyzwaniem*, Wydawnictwo Stowarzyszenie Przyjaciół Domu Pomocy Społecznej „Pod Dębem”, Sosnowiec, Dąbrowa Górnicza.
- Miłkowska G. (2012), *Poczucie jakości życia seniorów w wybranych krajach Unii Europejskiej*, Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie, 21, 235-251.
- Mollon P. E., Gil A. (red.) (2014), *Edukacja a jakość życia seniorów*, Wydawnictwo Akademii im. Jana Długosza, Częstochowa.
- Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. (red.) (2012), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Wydawnictwo Termedia, Poznań.
- Mossakowska M. (2013), *Problemy zdrowotne osób w wieku podeszłym – wnioski z projektu PolSenior*, [w:] B. Samoliński, F. Raciborski (red.), *Zdrowe starzenie się. Biała księga*, Wydawnictwo Scholar, Warszawa.
- Muszyński H. (1971), *Wstęp do metodologii pedagogiki*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa.
- Niewiedział D. (2006), *Poczucie jakości życia ludzi starych mieszkających w domach pomocy społecznej*, [w:]. Nowicka (red.), *Wybrane problemy osób starszych*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.

- Nowak S. (2011), *Metodologia badań społecznych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Nowicka A. (2008), *Starość jako faza życia człowieka*, [w:] A. Nowicka, *Wybrane problemy osób starszych*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2008, 17-25.
- Nowicka A. (red.) (2008), *Wybrane problemy osób starszych*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Nowossadeck S., Mahne K. (2017), *Bewertung des Wohnumfeldes in der zweiten Lebenshälfte*, [w:] K. Mahne, J. K. Wolff, J. Simonson, C. Tesch-Römer (Hrsg.), *Altern im Wandel Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS)*, Springer VS, Wiesbaden, 301-314.
- Olszewski H. (1998), *Starość i starzenie się*, [w:] W. Szewczuk (red.), *Encyklopedia psychologii*, Warszawa, 855–858.
- Pakuła M. (2010), *Postawy osób starszych wobec edukacji. Studium teoretyczno-diagnostyczne*, Wydawnictwo UMCS, Lublin.
- Palka S. (2006), *Metodologia. Badania. Praktyka pedagogiczna*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Peace S. M. (1990), *Researching Social Gerontology. Concepts, Methods and Issues*, Sage Publications, London.
- Pędich W. (1996), *Ludzie starzy*, Centrum Rozwoju Służb Społecznych, Warszawa.
- Pędich W. (2007), *Ludzie starzy z perspektywy XXI wieku*, Fundacja Jana Pawła II, Lublin.
- Pikuła N. G. (2011), *Etos starości w aspekcie społecznym. Gerontologia dla pracowników socjalnych*, Wydawnictwo WAM, Kraków.
- Pikuła N. G. (2013), *Senior w przestrzeni społecznej*, Borgis, Warszawa.
- Pikuła N. G. (2016), *Poczucie sensu życia osób starszych. Inspiracje do edukacji w starości*, Oficyna Wydawnicza "Impuls", Kraków.
- Pilch T. (1998), *Zasady badań pedagogicznych*, Wydawnictwo Akademickie "Żak", Warszawa.
- Pohlmann, S., Leopold, C., & Heinecker, P. (2009), *Lebensqualität als Leitlinie für die Beratung älterer Klienten*, Social Challenges in Social Sciences, Vol. 8., München.
- Pohlmann S. (Hrsg.) (2016), *Altern mit Zukunft*, Springer VS, Wiesbaden.
- Pohlmann S. (Hrsg.) (2016), *Altern und Prävention*, Springer VS, Wiesbaden.

- Pohlmann S., Leopold Ch., Heinecker P. (2009), *Lebensqualität in der Altenberatung*, [w:] S. Pohlmann (Hrsg.), *Altern mit Zukunft*, Springer VS, Wiesbaden, 40-67.
- Pott E. (2016), *Präventiver Erhalt von Gesundheit und Aktivität im Alter*, [In:] S. Pohlmann (Hrsg.), *Alter und Prävention*, Springer VS, Wiesbaden, 65-84.
- Prinz A. (1995), *Was taugt das Pflege-Versicherungsgesetz? Versuch einer Bewertung aus ökonomischer und sozialpolitischer Sicht*, Forschungsmagazin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, 2.
- Rapley, M. (2003), *Quality of Life Research. A Critical Introduction*, Sage, London.
- Ruiz, M. A., & Baca, E. (1993), *Design and validation of the "Quality of Life Questionnaire" ("Cuestionario de Calidad de Vida", CCV): A generic health-related perceived quality of life instrument*, *European Journal of Psychological Assessment*, 9 (1), 19-32.
- Sawicz K. (2017), *Analiza porównawcza jakości życia seniorów w wybranych krajach Unii Europejskiej*, Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach, *Economic Review* 23 (4).
- Schalock R. L., Rapley M., Loble J. (1996), *Cross-cultural Coparability of QOL Measurement*, "The British Journal of Developmental Disabilities", issue 42 (43S).
- Schalock R. L. (1997), *Quality of Life. Applikation to Persons with Disabilities*, Washington, DC, American Association on Mental Retardation.
- Schalock R. L. (2000), *Three decades of quality of life*, *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 15 (2).
- Schipper H. (1996), *Quality of life studies: definitions and conceptual issues*, [In:] B. Spilder (ed), *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials* (2nd ed.), Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia, 11-23.
- Seib D. (2016), *Nationaler Bericht der Bundesrepublik Deutschland*, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bonn.
- Seed P., Liloyd G. (1997), *Quality of Life*, Jessica Kingsley, London.
- Siudyło T. (2010), *Indywidualne poczucie bezpieczeństwa ludzi starych*, [w:] M. Halicka, J. Halicki, K. Czykiera (red.), *Zagrożenia w starości i na jej przedpolu*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok.
- Smoleń R., Sękowski A. (2008), *Ocena poczucia jakości życia u osób z upośledzeniem umysłowym w kontekście zmiennych psychospołecznych*, [w:] P. Francuz, W. Otrębski (red.), *Studia z psychologii w KUL*, Tom 15, Wydawnictwo KUL, Lublin, 157-184.

- Staręga-Piasek J. (2006), *Przyczynek do decentralizacji pomocy społecznej*, [w:] S. Golinowska, M. Boni (red.), *Nowe dylematy polityki społecznej*, Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych, Warszawa.
- Studen S., Okła W. (2007), *Czynniki sprzyjające podnoszeniu jakości życia w sytuacji choroby*, [w:] S. Studen, W. Okła (red.), *Jakość życia w chorobie*, Wydawnictwo KUL, Lublin, 195-218.
- Studen S., Marczuk M. (2006), *Wstęp*, [w:] S. Studen, M. Marczuk (red.), *Starzenie się a satysfakcja z życia*, Wydawnictwo KUL, Lublin, 9-14.
- Studen S. (2009), *Szczęśliwi po pięćdziesiątce*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Przedsiębiorstwo Wydawnicze Rzeczpospolita, Warszawa.
- Studen S. (2011), *Psychologia starzenia się i starości*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Studen S. (2014), *Psychologia starzenia się i starości*, Wydawnictwo Naukowe PWN, wznowienie wydania z 2011 roku, Warszawa.
- Straś-Romanowska M. (2004), *Późna dorosłość. Wiek starzenia się*, [w:] B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*, T. 2, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 263-292.
- Stuart-Hamilton I. (2006), *Psychologia starzenia się*, Tłum. A. Błachnio, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań.
- Subocz E. (2007), *Pomoc społeczna wobec osób starszych (na przykładzie działalności ośrodków pomocy społecznej)*, [w:] B. Kromolicka, B. Bugajska, K. Seredyńska (red.), *Pomoc i opieka w starości*, Wydawnictwo ZAPOL, Szczecin.
- Synak B. (1999), *Ludzie starzy*, [w:] W. Kwaśniewicz (red.), *Encyklopedia socjologii*, Tom 2, Oficyna Naukowa, Warszawa, 144-149.
- Synak B. (2002), *Polska starość*, [w:], Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.
- Szamrej-Baran I. (2018), *Sytuacja ekonomiczna i materialna dzieci i młodych dorosłych w świetle badań Eurostatu. Polska na tle UE*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław.
- Szarota Z. (2004), *Gerontologia społeczna i oświatowa. Zarys problematyki*, Wydawnictwo Akademii Pedagogicznej, Kraków.
- Szarota Z. (2010), *Starzenie się i starość w wymiarze instytucjonalnego wsparcia na przykładzie Krakowa*, Wydawnictwo Uniwersytetu Pedagogicznego im. KEN, Kraków.

- Szarota Z. (2011), *Najstarsi beneficjenci pomocy społecznej*, [w:] Z. Szarota (red.), *Starość zależna – opieka i pomoc społeczna. Perspektywa gerontologii społecznej*, Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków.
- Szarota Z. (2015), *Praca socjalna z człowiekiem starym: wybrane konteksty*, „Horyzonty Wychowania”, Vol. 14, No. 32, 43-62.
- Szatur-Jaworska B. (2000), *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-IN, Warszawa.
- Szatur-Jaworska B. (2005), *Dyskryminacja ze względu na wiek w obszarze pomocy społecznej*, [w:] B. Tokarz (red.), *Stop dyskryminacji ze względu na wiek*, Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce, Warszawa.
- Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dzięgielewska M. (2006), *Podstawy gerontologii społecznej*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa.
- Szatur-Jaworska B. (2012), *Zasady polityk publicznych w starzejących się społeczeństwach*, [w:] B. Szatur-Jaworska, (red.), *Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje*, RPO, Warszawa.
- Szatur-Jaworska B. (2017), *Wprowadzenie*, [w:] B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, *System wsparcia osób starszych w środowisku zamieszkania. Propozycja modelu oraz wyniki badania antydyskryminacyjnego. Synteza*, Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa, 7-10.
- Szukalski P. (2006), *Proces starzenia się ludności – przyczyny, etapy, konsekwencje*, [w:] T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.), *Geriatry z elementami gerontologii ogólnej*, Via Medica, Gdańsk, 13-18.
- Szukalski P. (2011), *Starzenie się ludności – wyzwanie XXI wieku*, [w:] P. Szukalski, Z. Szweda-Lewandowska, *Elementy gerontologii społecznej, Skrypt dla studentów Podyplomowego Studium Gerontologii Społecznej UŁ*, Wyd. Biblioteka, Łódź, 5-26.
- Szukalski P. (2017), *Ludzie bardzo starzy – „kłopotliwa” kategoria klientów pracowników zawodów pomocowych*, „Zeszyty Pracy Socjalnej”, 1, 55-69.
- Szweda-Lewandowska Z. (2011), *Polityka społeczna wobec starości i osób starszych*, [w:] P. Szukalski, Z. Szweda-Lewandowska, *Elementy gerontologii społecznej, Skrypt dla studentów Podyplomowego Studium Gerontologii Społecznej UŁ*, Wyd. Biblioteka, Łódź.
- Szweda-Lewandowska Z. (2017), *Opieka nad osobami starszymi. Wspierający i wspierani*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.

- Talarska D., Wieczorkowska-Tobis K. (red.) (2017), *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Timoszyk-Tomczak C., Bugajska B. (2012), *Przyszłościowa perspektywa czasowa starości*, Wydawnictwo Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin.
- Timoszyk-Tomczak C., Bugajska B. (2014), *Satysfakcja z życia a perspektywa przyszłościowa w starości*, „Opuscula Sociologica” Uniwersytet Szczeciński, Szczecin, 2, 83-95.
- Tobiasz-Adamczyk B. (2000), *Jakość życia w starości – definicja, pojęcia*, [w:] A. Panek, Z. Szarota (red.), *Zrozumieć starość*, Oficyna Wydawnicza TEXT, Kraków, 69-78.
- Tobiasz-Adamczyk B. (2000), *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Tobiasz-Adamczyk B. (2009), *Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia. Nowe spojrzenie na chorego*, [w:] A. Ostrowska (red.), *Socjologia medycyny*, Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa, 113–140.
- Tobiasz-Adamczyk B. (red.) (2009), *Przemoc wobec osób starszych*, Wyd. UJ, Kraków.
- Tokaj A. (2008), *Krótką refleksją nad samotną i osamotnioną starością*, [w:] R. Konieczna-Woźniak (red.), *Dorosłość wobec starości. Oczekiwania – radości – dylematy*, WN UAM, Poznań.
- Tornstam L. (1989), *Gerotranscendence a reformulation of the disengagement theory*, *Aging, Clinical and Experimental Research*, 1, 55-63.
- Tornstam L. (1992), *The Quo Vadis of Gerontology. On the Gerontological Research Paradigm*, *The Gerontologist*, 32, 3, 318-326.
- Tornstam L. (2011), *Maturing into Gerotranscendence. The Journal of TransPersonal Psychology*, 43, 2, 166-180.
- Trafiałek E. (2001), *Środowisko społeczne i praca socjalna*, Wydawnictwo „Śląsk”, Katowice.
- Trafiałek E. (2003), *Polska starość w dobie przemian*, Wydawnictwo „Śląsk”, Katowice.
- Trafiałek E. (2012), *Polityka społeczno-gospodarcza. Wybrane problemy i zadania*, Wydawnictwo „Śląsk”, Katowice.
- Tymowski A. (1987), *Polityka starości*, „Człowiek i Światopogląd”, 9.
- Veenhoven R. (2000), *The four qualities of life. Ordering concepts and measures of the good Life*, *Journal of Happiness Studies*, vol. 1.

- Walden-Gałaszko de K. (1993), *Wykorzystywanie badania jakości życia w psychiatrii*, Pamiętnik VII Gdańskich Dni Lecznictwa Psychiatrycznego, Jurata 24-25 IX 1993, Gdańsk.
- Walden-Gałaszko de K., Majkowicz M. (2001), *Model oceny jakości opieki paliatywnej realizowanej w warunkach stacjonarnych*, Akademia Medyczna, Gdańsk.
- Walden-Gałaszko de K., Majkowicz M. (2001), *Znaczenie oceny jakości życia i satysfakcji z opieki w ogólnej ocenie efektywności opieki paliatywnej*, [w:] L. Wołowicka (red.), *Jakość życia w naukach medycznych*, QOL in medical sciences, Poznań, 95-105.
- Walker A. (2005), *A European Perspective on Quality of Life in Old Age*, „European Journal of Ageing”, 2.
- Walkowska W. (2006), *Obszary społecznej dyskryminacji pokolenia 50+ – na przykładzie badań*, [w:] T. Kowalewski i P. Szukalski (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*, Wydawnictwo Zakładu Demografii Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B. (1993), *SF-36 Health Survey. Manual and Interpretation Guide*, The Health Institute, New England Medical Center, Boston, Massachusetts.
- Weidekamp-Maicher M. (2015), *Alter (n) und Lebensqualität*, [w:] A. van Rießen, Ch. Bleck, R. Knopp (Hrsg.), *Sozialer Raum und Alter(n). Zugänge, Verläufe und Übergänge sozialräumlicher Handlungsforschung*, Springer VS, Wiesbaden, 59-77.
- WHOQOL Group, The World Health Organization (1995), *Quality of Life Assessment (WHOQOL). Position Paper from the World Health Organization*, „Social Science & Medicine”, 41 (10).
- Woźniak Z. (2003), *Priorytety w programach gerontologicznych organizacji międzynarodowych i struktur europejskich jako przesłanka budowy polityki społecznej wobec starości i osób starszych*, [w:] M. Szlązak (red.), *Starzenie się populacji wyzwaniem dla polityki społecznej. Materiały konferencyjne*, Kraków.
- Woźniak Z. (2016), *Starość. Bilans - zadanie - wyzwanie*, Wydawnictwo UAM Poznań.
- Wnuk M., Zielonka D., Purandare B., Kaniewski A., Klimberg A., Ulatowska-Szostak E., Palicka E., Zarzycki A., Kominiarz E. (2013), *Przegląd koncepcji jakości życia w ramach społecznych*, "Hygeia Public Health", 48.
- Wrótniak J. (2015), *Zasoby psychospołeczne osób w podeszłym wieku z poczuciem samotności*, Wydawnictwo UMCS, Lublin.



- Wysocka E. (2007), *Obraz starzenia się, postawy wobec starości i ocena jakości życia osób starszych w percepcji młodzieży szkół średnich*, [w:] A. Horbowski, J. Potoczny (red.), *Edukacja i animacja społeczno-kulturalna dorosłych (diagnoza – potrzeby – prognozy)*, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów.
- Zboina B. (2008), *Jakość życia osób starszych*, Stowarzyszenie „Nauka, Edukacja, Rozwój”, Ostrowiec Świętokrzyski.
- Zybała A. (2012), *Polityki publiczne. Doświadczenia w tworzeniu i wykonywaniu programów publicznych w Polsce i w innych krajach*, KSAP, Warszawa.
- Zych A. (1995), *Człowiek wobec starości. Szkice z gerontologii społecznej*, Wydawnictwo Interart, Warszawa.
- Zych A. A. (2001), *Słownik gerontologii społecznej*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa.
- Zych A. (2005), *The Living Situations of Elderly Americans of Polish Descent in Chicago*, Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej Edukacji TWP, Wrocław.
- Zych A.A. (2010), *Leksykon gerontologii*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków.
- Zych A. A. (2013), *Przekraczając „smugę cienia”. Szkice z gerontologii i tanatologii*, wyd. 2, Katowice.
- Żegnałek K. (2010), *Metodologia badań dla autorów prac licencjackich i magisterskich*, Wydawnictwo WSP TWP, Warszawa.
- Żołędowski C. (2017), *Starzenie się ludności – Polska na tle Unii Europejskiej*, „Problemy Polityki Społecznej”, 17.

## Netografia

Błądowski P. (2017), *System wsparcia dla osób starszych w Niemczech*, Polityka Senioralna, <https://polityka.zaczyn.org/system-wsparcia-dla-osob-starszych-niemczech/> (dostęp: 29.05.2019).

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2017), *Sozialpolitik aktuelle Daten im Überblick*, <https://polen.diplo.de/blob/485162/67f4ea73e54118cc73af031863f3bfad/info-de-data.pdf> (dostęp: 20.10.2020).

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2020), *Politik für ältere Menschen*, <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/aeltere-menschen> (dostęp: 10.01.2021).

Destatis Statistisches Bundesamt (2016), *Ältere Menschen in Deutschland und der EU*, <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/93214/95d5fc19e3791f90f8d582d61b13a95e/aeltere-menschen-deutschland-eu-data.pdf> (dostęp: 28.08.2019).

Destatis Statistisches Bundesamt (2016), *Alterung der Bevölkerung durch aktuell hohe Zuwanderung nicht umkehrbar*, [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2016/01/PD16\\_021\\_12421.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2016/01/PD16_021_12421.html) (dostęp: 20.09.2020).

Destatis Statistisches Bundesamt (2017), *United Nations Economic Commission for Europe (UNECE) Statistical Database*, United Nations Economic Commission for Europe (UNECE) Statistical Database - Statistisches Bundesamt (destatis.de) (dostęp: 22.09.2019).

Destatis Statistisches Bundesamt (2019), *Ergebnisse der 14. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung*, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/Tabellen/variante-1-2-3-altersgruppen.html?view=main> (dostęp: 04.07.2019)

Die offene Arbeitsgruppe Alter (Open-ended Working Group on Ageing – OEWG-A) der Vereinten Nationen (VN) (2010), <https://social.un.org/ageing-working-group/> (dostęp: 30.04.2022).

Der Zweite Weltaltenplan der Vereinten Nationen (2002), *Umsetzung in Deutschland*, Zweiter Weltaltenplan der Vereinten Nationen: Umsetzung in Deutschland – [www.seniorenpolitik-aktuell.de](http://www.seniorenpolitik-aktuell.de) (dostęp: 30.10.2019).

Eurostat (2016), *Struktura ludności i starzenie się*, [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population\\_structure\\_and\\_ageing](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing) (dostęp: 30.08.2019).

Eurostat (2017), *Struktura ludności i starzenie się społeczeństwa*, [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:Struktura\\_udno%C5%9Bci\\_i\\_starzenie\\_si%C4%99\\_spo%C5%82ecze%C5%84stwa&oldid=364923v](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:Struktura_udno%C5%9Bci_i_starzenie_si%C4%99_spo%C5%82ecze%C5%84stwa&oldid=364923v) (dostęp: 30.08.2019).

Eurostat (2018), *Struktura ludności i starzenie się społeczeństwa*, [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:Struktura\\_ludno%C5%9Bci\\_i\\_starzenie\\_si%C4%99\\_spo%C5%82ecze%C5%84stwa&oldid=408410](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:Struktura_ludno%C5%9Bci_i_starzenie_si%C4%99_spo%C5%82ecze%C5%84stwa&oldid=408410) (dostęp: 19.10.2020).

Eurostat (2019), *People in the EU - population projections*, <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?oldid=497115> (dostęp: 19.10.2020).

Eurostat (2020), *Struktura ludności i starzenie się*, [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:Struktura\\_ludno%C5%9Bci\\_i\\_starzenie\\_si%C4%99\\_spo%C5%82ecze%C5%84stwa&oldid=510095](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:Struktura_ludno%C5%9Bci_i_starzenie_si%C4%99_spo%C5%82ecze%C5%84stwa&oldid=510095) (dostęp: 15.11.2021).

Eurostat (2021), *Struktura ludności i starzenie się*, [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population\\_structure\\_and\\_ageing#The\\_share\\_of\\_elderly\\_people\\_continues\\_to\\_increase](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing#The_share_of_elderly_people_continues_to_increase) (dostęp: 10.11.2021).

GUS (2011), *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.*, (data publikacji: 07.07.2011), <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosci-polski-w-2009-r,6,5.html> (dostęp: 31.05.2019).

GUS (2014), *Stan zdrowia ludności w Polsce w 2014 r.*, (data publikacji: 01.07.2016), <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosci-polski-w-2014-r-,6,6.html> (dostęp: 06.06.2019).

GUS (2014), *Prognoza ludności na lata 2014-2050*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2014-2050-opracowana-2014-r-,1,5.html> (dostęp: 07.08.2019).

GUS (2015), *Rocznik demograficzny 2015*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/rocznik-demograficzny-2015,3,9.html> (dostęp: 07.08.2019).

GUS (2015), *Rocznik Demograficzny 2015*, [https://stat.gov.pl/files/gfx/portal\\_informacyjny/pl/defaultaktualnosci/5515/3/9/1/rocznik\\_demograficzny\\_2015.pdf](https://stat.gov.pl/files/gfx/portal_informacyjny/pl/defaultaktualnosci/5515/3/9/1/rocznik_demograficzny_2015.pdf) (dostęp: 25.06.2019).

GUS (2016), *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosci-polski-w-2014-r-,6,6.html> (dostęp: 07.06.2019).

GUS (2018), *Informacja o sytuacji osób starszych*, [https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/6002/1/2/1/informacja\\_o\\_sytuacji\\_osob\\_starszych\\_w\\_2017.pdf](https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/6002/1/2/1/informacja_o_sytuacji_osob_starszych_w_2017.pdf) (dostęp: 26.09.2020).

GUS (2020), *Jakość życia osób starszych w Polsce*, [https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5486/26/2/1/jakosc\\_zycia\\_osob\\_starszych\\_w\\_polsce.pdf](https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5486/26/2/1/jakosc_zycia_osob_starszych_w_polsce.pdf) (dostęp: 01.02.2021).

GUS (2020), *Trwanie życia w zdrowiu w Polsce w latach 2009-2019*, [https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5470/4/1/1/trwanie\\_zycia\\_w\\_zdrowiu\\_w\\_polsce\\_w\\_latach\\_2009-2019.pdf](https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5470/4/1/1/trwanie_zycia_w_zdrowiu_w_polsce_w_latach_2009-2019.pdf) (dostęp: 10.02.2021).

Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen, *Sozialpolitik aktuell in Deutschland, Bevölkerung, Haushalte und Lebensformen, demografischer Wandel. Iknografiken mit Kurzanalysen*, <http://www.sozialpolitik-aktuell.de/infografiken-sozialpolitik-soziale-lage-demografie.html#altersaufbau> (dostęp: 21.01.2022).

Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen, *Schichten des Systems der Alterssicherung in Deutschland*, [https://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/\\_Politikfelder/Alter-Rente/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVIII200.pdf](https://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Alter-Rente/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVIII200.pdf) (dostęp 31.08.2020).

Kancelaria Senatu (2018), *Starzenie się ludności w Unii Europejskiej – stan obecny i prognoza. Opracowania tematyczne OT-662*, Warszawa, <https://www.senat.gov.pl/gfx/senat/pl/senatopracowania/160/plik/ot-662.pdf> (dostęp: 20.08.2020).

Madrid International Plan of Action on Ageing - MIPAA (2002), Madrid International Plan of Action on Ageing - MIPAA | AGE Platform (age-platform.eu) (dostęp: 30.10.2019).

Ministerstwo Rodziny Pracy i Polityki Społecznej (2016), *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za rok 2015*, <https://das.mpips.gov.pl/source/Informacja.pdf> (dostęp: 25.08.2019).

MRPiPS (2018), *Program „Opieka 75+”- edycja 2018*, [https://www.gov.pl/web/rodzina/program-opieka-75,2018\\_06\\_14\\_Opieka\\_75+\\_-\\_PROGRAM\\_-\\_vol3.pdf](https://www.gov.pl/web/rodzina/program-opieka-75,2018_06_14_Opieka_75+_-_PROGRAM_-_vol3.pdf) (dostęp: 06.08.2019).

MRPiPS (2012), *Powołanie Departamentu Polityki Senioralnej*, <https://archiwum.mripis.gov.pl/seniorzyaktywne-starzenie/departament-politykisenioralnej/> (dostęp:12.09.2020).

Szatur-Jaworska B. (2017), *Debata publiczna o wieku emerytalnym w Polsce*, „Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje”, 37 (2), 91–115, [www.problemy.politykispolecznej.pl](http://www.problemy.politykispolecznej.pl) (dostęp: 10.09.2020).

„*Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo. Uczestnictwo. Solidarność*” – prezentacja założeń, <https://www.gov.pl/web/rodzina/polityka-spoeczna-wobec-osob-starszych-2030-bezpieczenstwo-uczestnictwo-solidarnosc> (dostęp: 20.05.2019).

Statista (2020), *Senioren in Deutschland*, <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/243939/umfrage/anteil-der-bevoelkerung-ab-65-in-laendern-europas/>, (dostęp 09.09.2020r.).

Statista (2021), *Senioren in Deutschland*, <https://de.statista.com/themen/172/senioren/pdf> (dostęp 13.01.2021r.).

Szweda-Lewandowska Z. (2011), *Polityka społeczna starości i osób starszych*, <http://dspace.uni.lodz.pl/xmlui/bitstream/handle/11089/5421/Skrypt%20Szweda-Lewandowska.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. pdf (dostęp: 10.08.2020).

World Health Organization (2019), *Ageing and health*, [https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_1) (dostęp: 28.08.2020).

## Akty prawne

Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 września 2000 r. w sprawie domów pomocy społecznej (DZ.U., 2001, nr 82, poz. 929).

Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz.U. 2012 poz. 964).

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).

Uchwała nr 34 Rady Ministrów z dnia 17 marca 2015 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego „Senior – WIGOR” na lata 2015-2020 (M.P. 2015, poz. 341).

Uchwała nr 161 Rady Ministrów z dnia 26 października 2018 r. w sprawie przyjęcia dokumentu „Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność” (M.P. 2018 poz. 1169).

Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych (Dz. U. 2015, poz. 1705).

Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. 2009, nr 175, poz. 1362 z późn. zm., Dz.U. 2017, nr 0, poz. 7169, Dz.U. 2021 poz. 2268 i 2270, Dz. U. 2022 poz. 66).

Zarządzenie nr 9 Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 17 lutego 2016 r. w sprawie powołania Rady do spraw Polityki Senioralnej (Dz. Urz. Min. Rodz. Prac. i Pol. Społ. Poz. 9 z 2016 r.).

Zarządzenie nr 68 Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 sierpnia 2012 r. w sprawie utworzenia Departamentu Polityki Senioralnej w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

## Aneks

### KWESTIONARIUSZ WYWIADU DLA SENIORÓW

Zwracam się do Pani/Pana z prośbą o udzielenie odpowiedzi na pytania z poniższego kwestionariusza, który służy zebraniu informacji na temat poczucia jakości życia osób starszych w aspekcie opieki instytucjonalnej w krajach Unii Europejskiej. Badania mają charakter anonimowy, a uzyskane odpowiedzi posłużą wyłącznie celom naukowym i nie będą udostępniane osobom trzecim.

Dziękuję za poświęcony czas oraz szczere odpowiedzi.

**Proszę podać właściwą odpowiedź.**

#### 1. Wiek

- 60 - 69 lat
- 70 - 74 lata
- 75 - 84 lata
- powyżej 85 lat

#### 2. Płeć

- Kobieta
- Mężczyzna

#### 3. Stan cywilny

- panna/kawaler
- zamężna/żonaty
- rozwiedziona/rozwiedziony
- wdowa/wdowiec

#### 4. Wykształcenie

- niepełne podstawowe,
- podstawowe
- zasadnicze zawodowe
- średnie zawodowe
- średnie ogólnokształcące
- wyższe zawodowe

- wyższe magisterskie
- inne (jakie?) .....

5. Jaki jest Pani/Pana status zawodowy

- osoba pracująca
  - etat
  - częściowy etat
  - praca dorywcza
- osoba niepracująca

6. Czas pobytu w ośrodku

- do 1 roku
- 2 - 3 lata
- 4 - 5 lat
- 6 - 7 lat
- 8 - 9 lat
- 10 lat i więcej

7. Przyczyny pobytu w ośrodku

- sytuacja życiowa (brak rodziny)
- brak możliwości pomocy ze strony rodziny
- sytuacja zdrowotna
- inne (jakie?) .....

8. Czy posiada Pani/Pan dzieci?

- tak
- nie

9. Czy utrzymuje Pani/Pan kontakty z rodziną?

- tak
- nie

*Jeśli zaznaczyła Pani/Pan "tak", proszę również o odpowiedzi na poniższe pytanie:*

10. Jak częste są Pani/Pana kontakty z rodziną?

- bardzo częste
- częste
- sporadyczne (okazjonalne)
- brak kontaktu

11. Jak ocenia Pani/Pan kontakty z rodziną?

- satysfakcjonujące
- niesatysfakcjonujące



12. Czy otrzymuje Pani/Pan pomoc od osób z rodziny?

- tak
- nie

13. Czy utrzymuje Pani/Pan kontakty z przyjaciółmi lub ze znajomymi?

- tak
- nie

*Jeśli zaznaczyła Pani/Pan "tak", proszę również o odpowiedzi na poniższe pytanie:*

14. Jak częste są Pani/Pana kontakty z przyjaciółmi i znajomymi?

- bardzo częste
- częste
- sporadyczne (okazjonalne)
- brak kontaktu

15. Jak ocenia Pani/Pan kontakty z przyjaciółmi i znajomymi?

- satysfakcjonujące
- niesatysfakcjonujące

16. Czy otrzymuje Pani/Pan pomoc od przyjaciół i znajomych?

- tak
- nie

17. Jaka ocenia Pani/Pan własną sytuację życiową w aspekcie zdrowotnym?

- bardzo dobra
- dobra
- przeciętna
- zła
- bardzo zła

18. Jak ocenia Pani/Pan możliwości korzystania z podstawowej opieki zdrowotnej/opieki medycznej?

- bardzo dobrze
- dobrze
- przeciętnie
- źle
- bardzo źle
- trudno powiedzieć

19. Jak ocenia Pani/Pan swoją sytuację życiową w aspekcie materialnym?

- bardzo dobra
- dobra
- przeciętna
- zła
- bardzo zła

20. Czy jest Pani/Pan zadowolona/zadowolony z pobytu w ośrodku?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- przeciętnie
- w niewielkim stopniu
- zdecydowanie nie

21. Jak ocenia Pani/Pan warunki bytowe w ośrodku?

- bardzo dobre
- dobre
- przeciętne
- złe
- bardzo złe

22. Czy istnieje potrzeba prowadzenia takich placówek dla osób starszych?

- tak
- nie

23. Czy uczestniczy Pani/Pan w formach aktywizacji społecznej, edukacyjnej i kulturalnej organizowanej przez ośrodek?

- tak
- nie

24. Jak najczęściej spędza Pani/Pan czas wolny? *(można zaznaczyć więcej odpowiedzi):*

- oglądanie telewizji
- korzystanie z komputera i internetu
- czytanie książek
- uprawianie sportu, gimnastyki, uczestnictwo w zajęciach ruchowych
- wyjście do kina, teatru, filharmonii, muzeum
- spotkania z rodziną
- spotkania ze znajomymi
- uczestnictwo w zorganizowanych zajęciach edukacyjno-kulturalnych
- wyjazdy turystyczno-rekreacyjne
- hobby
- koła zainteresowań (jakie?) .....
- prace na działce, w ogrodzie
- uczestnictwo w działaniach samopomocowych wśród osób starszych
- aktywność społeczna na rzecz innych
- uczestnictwo w nabożeństwach
- inne (jakie?) .....

25. Czy wychodzi Pani/Pan z ośrodka?

- tak
- nie

26. W jakim celu wychodzi Pani/Pan najczęściej z ośrodka? (można zaznaczyć więcej odpowiedzi)

- w celach rekreacyjnych
- spotkania z rodziną
- spotkania z przyjaciółmi
- wyjście do kina, teatru, filharmonii, muzeum
- zajęcia edukacyjno-kulturalne
- aktywność społeczna na rzecz innych
- uczestnictwo w nabożeństwach
- inne (jakie?) .....

27. Jak często wychodzi Pani/Pan z ośrodka?

- kilka razy w tygodniu
- raz w tygodniu
- raz w miesiącu
- rzadziej niż raz w miesiącu
- inne (jakie?) .....

28. Czy działa Pani/Pan aktywnie w jakiejś organizacji?

- tak
- nie

29. Czy jest Pani/Pan zadowolona/zadowolony z siebie, ze swoich osiągnięć życiowych?

- tak
- nie

30. Co rozumie Pani/Pan pod pojęciem jakości życia?

.....

.....

.....

.....

.....

31. Jaki jest Pani/Pana poziom zadowolenia z jakości własnego życia?

- wysoki
- przeciętny
- niski

32. Z jakich dziedzin życia jest Pani/Pan najbardziej zadowolona/y?

- relacje z najbliższymi w rodzinie
- relacje z przyjaciółmi i znajomymi
- sytuacja materialna własna i rodziny
- moje małżeństwo
- moje dzieci

- praca zawodowa
- dobry stan mojego zdrowia
- moje osiągnięcia życiowe
- moje wykształcenie
- opieka zdrowotna w ośrodku
- warunki mieszkaniowe
- poziom dostępnych dóbr i usług w ośrodku
- uczestnictwo w różnych formach spędzania wolnego czasu
- uczestnictwo w różnych formach aktywizacji edukacyjno-społecznej
- możliwości i perspektywy na przyszłość
- system opieki nad seniorami w moim kraju
- inne (jakie?) .....

33. Jak postrzega Pani/Pan swoje miejsce w społeczeństwie?

- poczucie pełnej przynależności do społeczeństwa
- poczucie częściowej przynależności do społeczeństwa
- poczucie wykluczenia ze społeczeństwa
- inne (jakie?) .....

34. Jakiego typu usług w obszarze wsparcia potrzebują ludzie starsi według Pani/Pana?

- pokonywanie trudności dnia codziennego
- wsparcie w trudnych sytuacjach życiowych
- wzmacnianie wiary we własne możliwości
- podnoszenie samooceny seniorów
- wzmacnianie poczucia bezpieczeństwa wśród osób starszych
- doraźna pomoc i wsparcie najbliższej rodziny
- doraźna pomoc i wsparcie przyjaciół lub znajomych
- wsparcie z zakresu działań profilaktyki zdrowotnej
- prowadzenie poradnictwa dla osób starszych oraz członków ich rodzin
- organizacja grup wsparcia dla osób starszych
- aktywizowanie osób starszych w środowisku lokalnym
- aktywizacja edukacyjno-społeczna osób starszych
- aktywizacja zawodowa osób starszych (umożliwianie pracy w niepełnym wymiarze)
- inne (jakie?) .....

35. Czy powyższe formy wsparcia są uwzględnione w działaniach ośrodka?

- tak
- częściowo
- nie

36. Jakie są Pani/Pana oczekiwania wobec ośrodka?

.....

.....

.....

37. Jak ocenia Pani/Pan system opieki nad seniorami w Pani/a kraju?

- wysoko
- przeciętnie
- nisko

38. Jakie są Pani/Pana oczekiwania wobec systemu opieki nad seniorami?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

39. Jakie są Pani/Pana oczekiwania wobec państwa, społeczeństwa, organizacji społecznych?

- zwiększenie nakładów finansowych w celu pomocy osobom starszym
- zwiększenie instytucji pomocy osobom starszym
- aktywizacja zawodowa i zatrudnianie seniorów w różnych dziedzinach
- zwiększenie liczby osób profesjonalnie zajmującymi się seniorami
- podnoszenie kwalifikacji osób bezpośrednio zajmujących się seniorami
- szeroka dostępność do placówek opieki zdrowotnej
- szeroka oferta udziału w zajęciach kulturalnych i edukacyjnych dla seniorów
- zwiększenie nakładów na proces doskonalenia i kształcenia seniorów
- indywidualne podejście do osób starszych
- zmiana społecznych stereotypów myślowych o seniorach jako osobach wykluczonych społecznie ze względu na wiek
- inne (jakie?) .....

40. Czy często odczuwa Pani/Pan poczucie osamotnienia lub przygnębienia?

- bardzo często
- często
- rzadko
- bardzo rzadko

41. Jakie są Pani/Pana plany życiowe/na przyszłość?

- plany związane z aktywnością towarzyską
- plany związane z działalnością opiekuńczą i społeczną
- plany związane z zacieśnianiem więzi rodzinnych
- plany związane z zacieśnieniem więzi z przyjaciółmi i znajomymi
- poprawa stanu zdrowia
- inne (jakie?) .....

**Dziękuję!**

# FRAGEBOGEN FÜR SENIOREN/INNEN

## Sehr geehrte Senioren/innen,

Ich bitte Sie, den Fragebogen auszufüllen und mit Ihren Anregungen zu ergänzen. Der Fragebogen umfasst Informationen über die Lebensqualität älterer Menschen im Hinblick auf die institutionelle Betreuung in den Ländern der Europäischen Union, die für die Durchführung der Forschung und Erstellung meiner Dissertation erforderlich sind.

Die Forschungen sind anonym und die Forschungsergebnisse werden nur für didaktische und wissenschaftliche Zwecke verwendet, werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Vielen Dank für Ihre Zeit und die Beantwortung des Fragebogens.

## Bitte kreuzen Sie die zutreffende Antwort an.

### 1. Alter

- 60 bis 69
- 70 bis 74
- 75 bis 84
- über 85

### 2. Geschlecht

- weiblich
- männlich

### 3. Familienstand

- ledig
- verheiratet
- geschieden
- verwitwet

### 4. Ausbildung

- Grundschule
- Hauptschule
- Berufsschule
- Gymnasium
- Fachhochschule
- Universität
- andere (welche?) .....

5. Wie ist Ihr beruflicher Status?

- berufstätig
  - Vollzeit
  - Teilzeit
  - zusätzliche Arbeit
- Rentner/in

6. Wie lange leben Sie in der Einrichtung/im Seniorenheim?

- bis zu 1 Jahr
- 2 - 3 Jahre
- 4 - 5 Jahre
- 6 - 7 Jahre
- 8 - 9 Jahre
- 10 Jahre und mehr

7. Gründe für Ihren Aufenthalt in der Einrichtung/im Seniorenheim?

- Lebenssituation (keine Familie)
- keine Hilfe von der Familie
- Gesundheitssituation
- andere (welche?).....

8. Haben Sie Kinder?

- ja
- nein

9. Haben Sie Kontakt zu Ihrer Familie?

- ja
- nein

*Wenn Sie "ja" angekreuzt haben, beantworten Sie bitte auch die folgende Frage:*

10. Wie oft haben Sie Kontakt zu Ihrer Familie?

- sehr oft
- oft
- sporadisch (gelegentlich)
- keinen Kontakt

11. Wie bewerten Sie den Kontakt zu Ihrer Familie?

- befriedigend
- unbefriedigend

12. Erhalten Sie Hilfe von Familienmitgliedern?

- ja
- nein

13. Haben Sie Kontakt zu Freunden oder Bekannten?

- ja
- nein

*Wenn Sie "ja" angekreuzt haben, beantworten Sie bitte auch die folgende Frage:*

14. Wie oft haben Sie Kontakt zu Freunden und Bekannten?

- sehr oft
- oft
- sporadisch (gelegentlich)
- keine Kontakte

15. Wie bewerten Sie Ihre Kontakte zu Freunden und Bekannten?

- befriedigend
- unbefriedigend

16. Erhalten Sie Hilfe von Freunden und Bekannten?

- ja
- nein

17. Wie beurteilen Sie Ihre eigene Lebenssituation in Bezug auf Gesundheit?

- sehr gut
- gut
- durchschnittlich
- schlecht
- sehr schlecht

18. Wie beurteilen Sie die Möglichkeit einer medizinischen Versorgung?

- sehr gut
- gut
- durchschnittlich
- schlecht
- sehr schlecht
- schwer zu sagen

19. Wie beurteilen Sie Ihre finanzielle Lebenssituation?

- sehr gut
- gut
- durchschnittlich



- schlecht
- sehr schlecht

20. Sind Sie mit Ihrem Aufenthalt in der Einrichtung zufrieden?

- definitiv ja
- eher ja
- durchschnittlich
- teilweise
- definitiv nicht

21. Wie beurteilen Sie die Lebensbedingungen in der Einrichtung?

- sehr gut
- gut
- durchschnittlich
- schlecht
- sehr schlecht

22. Sollten solche Einrichtungen für ältere Menschen betrieben werden?

- ja
- nein

23. Nehmen Sie an sozialen, pädagogischen und kulturellen Aktivitäten teil?

- ja
- nein

24. Wie verbringen Sie Ihre Freizeit? *(Sie können mehrere Antworten auswählen):*

- fernsehen
- Computer und Internet
- Bücher lesen
- Sport, Gymnastik machen, Teilnahme an sportlichen Aktivitäten
- Kino, Theater, Philharmonie, Museum besuchen
- Treffen mit der Familie
- Treffen mit Bekannten
- Teilnahme an organisierten Bildungs- und Kulturaktivitäten
- Touristen- und Erholungsreisen
- Hobby
- Arbeitsgemeinschaften (welche?) .....
- Arbeit im Garten
- Teilnahme an Selbsthilfegruppen für ältere Menschen
- soziale Aktivität für andere
- Teilnahme an Gottesdiensten
- andere (welche?) .....

25. Verlassen Sie das Seniorenheim/die Einrichtung?

- ja
- nein

26. Zu welchem Zweck verlassen Sie normalerweise das Seniorenheim/die Einrichtung?  
(Sie können mehrere Antworten auswählen)

- für Freizeitwecke
- Treffen mit der Familie
- Freunde treffen
- Kino, Theater, Philharmonie, Museum besuchen
- Bildungs- und Kulturaktivitäten
- soziale Aktivität für andere
- Teilnahme an Gottesdiensten
- andere (welche?) .....

27. Wie oft verlassen Sie das Seniorenheim/die Einrichtung?

- mehrmals pro Woche
- einmal pro Woche
- einmal im Monat
- weniger als einmal pro Monat
- andere (welche?) .....

28. Sind Sie in einer Organisation aktiv?

- ja
- nein

29. Sind Sie mit Ihren Lebensleistungen zufrieden?

- ja
- nein

30. Wie verstehen Sie den Begriff „Lebensqualität“?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

31. Wie sind Sie mit der Qualität Ihres eigenen Lebens zufrieden?

- sehr zufrieden/hoch
- durchschnittlich
- nicht zufrieden/niedrig

32. Mit welchen Bereichen Ihres Lebens sind Sie am zufriedensten? *(Sie können mehrere Antworten auswählen)*

- Beziehungen mit Angehörigen in der Familie
- Beziehungen zu Freunden und Bekannten
- eigene materielle Situation und Familie
- meine Ehe
- meine Kinder
- berufliche Arbeit
- gute Gesundheit
- meine Lebensleistungen
- meine Ausbildung
- Gesundheitsversorgung im Seniorenheim/in der Einrichtung
- Wohnbedingungen
- das Niveau der verfügbaren Waren und Dienstleistungen im Seniorenheim/  
in der Einrichtung
- Teilnahme an verschiedenen Formen der Freizeit
- Teilnahme an verschiedenen Formen der Bildung und sozialen Aktivitäten
- Chancen und Perspektiven für die Zukunft
- ein System der Betreuung von Senioren in meinem Land
- andere (welche?) .....

33. Wie beurteilen Sie Ihren Platz in der Gesellschaft?

- Gefühl der vollen Zugehörigkeit zur Gesellschaft
- Gefühl der teilweisen Zugehörigkeit zur Gesellschaft
- Gefühl der Ausgrenzung von der Gesellschaft
- andere (welche?) .....

34. Welche Arten von Dienstleistungen im Bereich der Unterstützung brauchen ältere Menschen?

- Überwindung der Schwierigkeiten des täglichen Lebens
- Unterstützung in schwierigen Lebenssituationen
- Verstärkung des Glaubens an die eigenen Fähigkeiten
- Erhöhung der Selbsteinschätzung von Senioren
- Verstärkung des Sicherheitsgefühls bei älteren Menschen
- sofortige Hilfe und Unterstützung der Familie
- sofortige Hilfe und Unterstützung von Freunden oder Bekannten
- Unterstützung im Bereich der Gesundheitsvorsorge
- Beratung für ältere Menschen und ihre Familienangehörigen
- Organisation von Selbsthilfegruppen für ältere Menschen
- Aktivierung älterer Menschen in der lokalen Umgebung
- Bildung und soziale Förderung älterer Menschen
- berufliche Förderung älterer Menschen (Ermöglichung von Teilzeitarbeit)
- andere (welche?) .....

35. Sind die oben genannten Formen der Unterstützung in der Einrichtung/  
im Seniorenheim vorhanden?

- ja
- teilweise
- nein

36. Welche Erwartungen haben Sie an die Einrichtung/das Seniorenhaus?

.....  
.....  
.....

37. Wie beurteilen Sie das Betreuungssystem für Senioren in Ihrem Land?

- hoch
- durchschnittlich
- niedrig

38. Welche Erwartungen haben Sie an das Betreuungssystem für Senioren?

.....  
.....  
.....  
.....

39. Welche Erwartungen haben Sie an Staat, Gesellschaft und soziale Organisationen?

- Erhöhung der finanziellen Aufwendungen für ältere Menschen
- Ausbau der Altenhilfeeinrichtungen
- berufliche Förderung und Beschäftigung von Senioren in verschiedenen Bereichen
- Erhöhung des Pflegepersonals
- Fortbildung des Pflegepersonals
- breiter Zugang zu Gesundheitseinrichtungen
- ein breites Angebot von kulturellen und Bildungsaktivitäten für Senioren
- Erhöhung der Ausgaben für Fortbildung und Weiterbildung der Senioren
- individueller Umgang mit älteren Menschen
- Veränderung sozialer Stereotypen des Denkens über Senioren als sozial  
ausgegrenzten Menschen aufgrund ihres Alters
- andere (welche?) .....

40. Haben Sie oft ein Gefühl von Einsamkeit oder Verzweiflung?

- sehr oft
- oft
- selten
- sehr selten

41. Was sind Ihre Zukunftspläne?

- Pläne im Zusammenhang mit sozialen Aktivitäten
- Pläne im Zusammenhang mit Fürsorge und sozialen Aktivitäten
- Pläne zur Stärkung der Familienbande
- Pläne für einen engeren Kontakt mit Freunden und Bekannten
- Verbesserung der Gesundheit
- andere (welche?) .....

**Vielen Dank!**

## KWESTIONARIUSZ OCENY JAKOŚCI ŻYCIA SF-36

Kwestionariusz dotyczy oceny Pani/Pana zdrowia. Proszę odpowiedzieć na każde z poniższych pytań, zaznaczając numer, który najlepiej pasuje do opcji Pani/Pana odpowiedzi.

1. Generalnie może Pani/Pan powiedzieć, że stan Pani/Pana zdrowia jest:

Doskonały .....1  
Bardzo dobry .....2  
Dobry .....3  
Zadawalający .....4  
Niezadawalający .....5

2. Jak ocenia Pani/Pan stan swojego zdrowia w porównaniu z analogicznym okresem ubiegłego roku?

Dużo lepiej niż rok temu .....1  
Trochę lepiej teraz niż rok temu .....2  
Bardzo podobnie jak rok temu .....3  
Trochę gorzej niż rok temu .....4  
Dużo gorzej niż rok temu .....5

3. Poniżej wymieniono w punktach czynności wykonywane zazwyczaj w ciągu dnia. Czy aktualnie Pani/Pana zdrowie ogranicza możliwości ich wykonania? Jeżeli tak, to jak bardzo?

Czynności	Bardzo ogranicza	Trochę ogranicza	Nie ogranicza wcale
Czynności wymagające energii, takie jak: bieganie, podnoszenie ciężarów, uczestniczenie w sportach wymagających dużego zaangażowania	1	2	3
Czynności o umiarkowanej trudności, takie jak: przesuwanie stołu, odkurzanie, gra w kręgle lub golfa	1	2	3
Podnoszenie lub dźwiganie zakupów	1	2	3

Pokonywanie kilku pięter schodów	1	2	3
Pokonywanie jednego piętra schodów	1	2	3
Schylanie się lub przyklękanie	1	2	3
Spacer dłuższy niż 1 km	1	2	3
Spacer ok. 500 m	1	2	3
Spacer ok. 100 m	1	2	3
Kąpiel lub ubieranie się	1	2	3

4. Czy w ostatnim miesiącu miała Pani/miał Pan problemy z codzienną aktywnością, które wynikałyby ze stanu zdrowia i powodowały:

Problemy	Tak	Nie
Konieczność skrócenia wykonywanej aktywności	1	2
Gorsze samopoczucie niż oczekiwałyby Pani/oczekiwałby Pan	1	2
Ograniczenie w czynności	1	2
Wystąpienie utrudnień w czynności	1	2

5. Czy w ciągu ostatniego miesiąca miała Pani/miał Pan problemy związane z codziennymi czynnościami wynikające z problemów emocjonalnych (np. poczucie depresji, zdenerwowanie)?

Problemy	Tak	Nie
Skrócenie czasu wykonywanej aktywności	1	2
Osiągnięcia (rezultaty) mniejsze, niż oczekiwałyby/łby Pani/Pan	1	2
Niemożność wykonywania czynności tak starannie jak zwykle	1	2

6. Czy w ciągu ostatniego miesiąca Pani/Pana problemy zdrowotne lub emocjonalne miały wpływ na zwyczajne czynności, kontakty z rodziną, przyjaciółmi, sąsiadami lub innymi grupami?

- Nie, wcale .....1  
 Rzadko .....2  
 Czasami .....3  
 Nawet bardzo .....4  
 Bardzo duży .....5

7. Ile razy odczuwała Pani/odczuwał Pan ból w ciągu ostatniego miesiąca?

- Nigdy .....1
- Bardzo rzadko .....2
- Rzadko .....3
- Wyjątkowo .....4
- Często .....5
- Bardzo często .....6

8. Jak często w ciągu ostatniego miesiąca ból zakłócał Pani/Pana normalną pracę domową?

- Wcale .....1
- Trochę .....2
- Średnio .....3
- Nawet bardzo .....4
- Bardzo .....5

9. Poniższe pytania dotyczą Pani/Pana samopoczucia w ciągu ostatniego miesiąca. Na każde pytanie proszę udzielić jednej odpowiedzi najbardziej zbliżonej do stanu faktycznego. Ile razy wystąpił dany objaw w ciągu ostatniego miesiąca?

Samopoczucie	Cały czas	Dużo czasu	Mało czasu	Większość czasu	Jakiś czas	Wcale
Była Pani pełna/był Pan pełen animuszu	1	2	3	4	5	6
Była Pani/był Pan bardzo zdenerwowana/y	1	2	3	4	5	6
Czuła się Pani/czuł się Pan nic nie warta/wart i nic nie było w stanie Pani/Pana pocieszyć	1	2	3	4	5	6
Była Pani/był Pan wyciszona/y i spokojna/y	1	2	3	4	5	6
Była Pani/był Pan pełna/en energii	1	2	3	4	5	6
Była Pani/był Pan załamana/y i smutna/y	1	2	3	4	5	6
Czuła się Pani/czuł się Pan zmarnowana/y	1	2	3	4	5	6
Była Pani/był Pan szczęśliwa/y	1	2	3	4	5	6
Była Pani/był Pan zmęczona/y	1	2	3	4	5	6



10. Jak często w ciągu ostatniego miesiąca Pani/Pana zdrowie fizyczne lub stan emocjonalny wpływały na kontakty towarzyskie (spotkania z rodziną i przyjaciółmi)?

- Cały czas .....1
- Większość czasu .....2
- Część czasu .....3
- Mało czasu .....4
- Wcale .....5

11. Jak bardzo prawdziwe lub fałszywe są według Pani/Pana poniższe stwierdzenia?

Stwierdzenia	Szczególnie prawdziwe	Czasami prawdziwe	Nie wiem	Czasami fałszywe	Szczególnie fałszywe
Uważam, że stan mojego zdrowia jest lepszy niż innych osób, które znam					
Jestem zdrowszy od innych osób, które znam					
Przypuszczam, że stan mojego zdrowia ulegnie pogorszeniu					
Stan mojego zdrowia jest doskonały					

**Dziękuję!**

## FRAGEBOGEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND (SF-36)

In diesem Fragebogen geht es um die Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Der Bogen ermöglicht es, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen. Bitte beantworten Sie jede der folgenden Fragen, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten die Zahl ankreuzen, die am besten zutrifft.

1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben ?

*(Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an)*

- Ausgezeichnet .....1
- Sehr gut .....2
- Gut .....3
- Weniger gut .....4
- Schlecht .....5

2. Im Vergleich zum vergangenen Jahr, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben ?

*(Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an)*

- Derzeit viel besser als vor einem Jahr .....1
- Derzeit etwas besser als vor einem Jahr .....2
- Etwa so wie vor einem Jahr .....3
- Derzeit etwas schlechter als vor einem Jahr .....4
- Derzeit viel schlechter als vor einem Jahr .....5

3. Im folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt ? Wenn ja, wie stark ?

*(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Zahl an)*

Tätigkeiten	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
anstrengende Tätigkeiten, z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben	1	2	3

mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	1	2	3
Einkaufstaschen heben oder tragen	1	2	3
mehrere Treppenabsätze steigen	1	2	3
einen Treppenabsatz steigen	1	2	3
sich beugen, knien, bücken	1	2	3
mehr als 1 Kilometer zu Fuß gehen	1	2	3
mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen	1	2	3
eine Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen	1	2	3
sich baden oder anziehen	1	2	3

4. Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause ?

*(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Zahl an)*

Schwierigkeiten	JA	NEIN
Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	1	2
Ich habe weniger geschafft als ich wollte	1	2
Ich konnte nur bestimmte Dinge tun	1	2
Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung (z.B. ich musste mich besonders anstrengen)	1	2

5. Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

*(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Zahl an)*

Schwierigkeiten	JA	NEIN
Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	1	2
Ich habe weniger geschafft als ich wollte	1	2
Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	1	2

6. Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt?

*(Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an)*

- Überhaupt nicht..... 1
- Wenig..... 2
- Mäßig..... 3
- Ziemlich..... 4
- Sehr..... 5

7. Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen ?

*(Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an)*

- Ich hatte keine Schmerzen.....1
- Sehr leicht ..... 2
- Leicht..... 3
- Mäßig..... 4
- Stark..... 5
- Sehr stark..... 6

8. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert ?

*(Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an)*

- Überhaupt nicht..... 1
- Wenig..... 2
- Mäßig..... 3
- Ziemlich..... 4
- Sehr..... 5

9. In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen 4 Wochen gegangen ist. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile die Zahl an, die Ihrem Befinden am ehesten entspricht). Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen...

*(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Zahl an)*

Befinden	Immer	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie
...voller Schwung	1	2	3	4	5	6
...sehr nervös	1	2	3	4	5	6

...so niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheitern konnte	1	2	3	4	5	6
...ruhig und gelassen	1	2	3	4	5	6
...voller Energie	1	2	3	4	5	6
...entmutigt und traurig	1	2	3	4	5	6
...erschöpft	1	2	3	4	5	6
...glücklich	1	2	3	4	5	6
...müde	1	2	3	4	5	6

10. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?

*(Bitte kreuzen Sie nur eine Zahl an)*

- Immer..... 1
- Meistens..... 2
- Manchmal..... 3
- Selten..... 4
- Nie..... 5

11. Inwieweit trifft jede der folgenden Aussagen auf Sie zu ?

*(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Zahl an)*

Aussagen	Trifft ganz zu	Trifft weitgehend zu	Weiß nicht	Trifft weitgehend nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
Ich scheine etwas leichter als andere krank zu werden.	1	2	3	4	5
Ich bin genauso gesund wie alle anderen, die ich kenne.	1	2	3	4	5
Ich erwarte, dass meine Gesundheit nachlässt.	1	2	3	4	5
Ich erfreue mich ausgezeichneter Gesundheit.	1	2	3	4	5

**Vielen Dank!**

