

# Jakość życia osób starszych i jej uwarunkowania – w szczególności uwzględniające działania edukacyjne

**Elżbieta Bojanowska**

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

## Jakość życia i jej uwarunkowania

Pojęcie *jakość życia* pojawiło się po raz pierwszy po drugiej wojnie światowej w Stanach Zjednoczonych<sup>1</sup> i było kojarzone wyłącznie z dobrostanem materialnym, obiektywnymi warunkami związanymi z egzystencją oraz ze stanem posiadania<sup>2</sup>. Do powszechnej świadomości termin ten trafił w latach sześćdziesiątych ubiegłego wieku, gdy w swoim przesłaniu politycznym użył go ówczesny prezydent USA John Kennedy, odnosząc je do cywilizacyjnego poziomu kraju oraz wysokiej jakości życia narodu<sup>3</sup>. Natomiast przykładem pierwszego empirycznego ujęcia jakości życia było podejście Angusa Campbella, który w latach siedemdziesiątych XX wieku, wraz ze współpracownikami Philipem E. Conversem i Willardem L. Rodegersem, prowadził program badawczy dotyczący oceny zadowolenia z życia mieszkańców Stanów Zjednoczonych<sup>4</sup>. Ocenę tę wspomniani badacze odnosili do następujących obszarów: małżeństwo, życie rodzinne, zdrowie, sąsiedztwo, przyjaciele i znajomi, praca zawodowa, prace domowe, czas wolny, miejsce zamieszkania, życie w USA, standard mieszkania, wykształcenie, zarobki i posiadane oszczędności – które mają różne znaczenie dla poszczególnych jednostek<sup>5</sup>. Jakość życia będzie zatem różna u poszczególnych osób oraz będzie zależeć od warunków społecznych i socjalnych, a także odzwierciedlać refleksyjną ocenę własnego życia i stopień zadowolenia z niego jako całości i jego poszczególnych obszarów<sup>6</sup>.

Mamy zatem dwa wymiary jakości życia: obiektywny i subiektywny. Oba te komponenty przyjmuje się w tzw. europejskim systemie statystycznym, w ramach którego obowiązuje koncepcja pomiaru jakości, oparta na wytycznych Raportu Josepha Eugene Stiglitz. Przyjmuje się w niej, że statystyczny pomiar jakości życia powinien obejmować dwa wymiary:

- warunki obiektywne (dobrobyt), na które składają się takie obszary jak np. materialne warunki życia, zdrowie, relacje społeczne, jakość infrastruktury i środowiska naturalnego w miejscu zamieszkania,
- wymiar subiektywny (dobrostan), na który składają się zarówno satysfakcja i zadowolenie z życia jako całości, jak i z różnych jego aspektów<sup>7</sup>.

<sup>1</sup> Próby zdefiniowania koncepcji dobrostanu, szczęścia itp. oraz ich uwarunkowań sięgają do wczesnej filozofii greckiej.

<sup>2</sup> A. Dziurawicz-Kozłowska, *Wokół pojęcia jakości życia*, „Psychologia Jakości Życia” 2002, vol. 1, s. 78-79.

<sup>3</sup> T. Hirnle, T. Bross, *Jakość życia po operacjach kardiologicznych u osób w starszym wieku*, w: *Kardiologia starszego wieku*, red. G. Świętecka, Warszawa 1998, s. 224.

<sup>4</sup> J. Witek, K. Błoński, *Ocena jakości życia osób starszych w Polsce na podstawie European Quality of Life Surveys*, „Handel Wewnętrzny” 2015, nr 5 (358), s. 411.

<sup>5</sup> A. Campbell, *The sense of well-being in America: Recent patterns and trends*, McGraw-Hill, New York 1981.

<sup>6</sup> A. Campbell, P. Converse, W. Rodgers, *The Quality of American Life: Perceptions, evaluations and satisfactions*, Russell Sage Foundation, New York 1976.

<sup>7</sup> *Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress 2009*, <http://www.stiglitz-sen-fitoussi.fr/en/index.htm> (dostęp 10.07.2024).

S. Kowalik nakreślił dwa podejścia do jakości życia. Pierwsze łączy z „funkcjonowaniem człowieka w różnych wymiarach życia fizycznego (np. kondycja fizyczna, brak symptomów chorobowych), psychicznego (np. swoboda w podejmowaniu decyzji, stabilność emocjonalna) i społecznego (np. stopień partycypacji w życiu publicznym, stosunki z członkami rodziny)”. Drugie zaś podejście do jakości życia odnosi do „percepcji i oceny własnego życia, czego wynikiem będzie zbiór odczuć, które ogólnie można nazwać satysfakcją z życia”<sup>8</sup>.

Ponadto zagadnienie jakości życia możemy rozpatrywać z różnych perspektyw, np. zdrowia, ekonomii, socjologii czy psychologii, jak również holistycznie.

Jakość życia, warunkowana stanem zdrowia (Health Related Quality of Life – HRQL), została zdefiniowana przez H. Schipperera jako: „funkcjonalny efekt odpowiedzi na chorobę i jej leczenie odbierany subiektywnie przez pacjenta”<sup>9</sup>, który odnosi się do następujących obszarów: stanu fizycznego i sprawności ruchowej, stanu psychicznego, sytuacji społecznej i warunków ekonomicznych oraz doznań somatycznych<sup>10</sup>. Dotyczy zatem samooceny pacjenta w zakresie wpływu choroby i stosowanego leczenia na jego funkcjonowanie w zakresie fizycznym, psychicznym i społecznym. Według Światowej Organizacji Zdrowia jakość życia to „indywidualny sposób postrzegania przez jednostki jej pozycji życiowej w kontekście kulturowym i systemu wartości, w którym żyje, oraz w odniesieniu do zadań, oczekiwań i standardów wyznaczonych uwarunkowaniami środowiskowymi”<sup>11</sup>. Mamy zatem podejście wielowymiarowe i kompleksowe do jakości życia, biorące pod uwagę stan fizyczny, funkcjonalny i psychiczny, poziom niezależności, funkcjonowanie społeczne osoby oraz ocenę subiektywną, dokonywaną z perspektywy chorego<sup>12</sup>.

Perspektywa ekonomiczna odnosi się do dobrobytu materialnego, czyli stanu zamożności, który jest mierzony m.in. wielkością bieżących dochodów, oszczędności i zobowiązań (kredytów), posiadanego majątku trwałego, w tym nieruchomości. W tym wymiarze uwzględnia się również miarę subiektywną percepcji niedostatku.

Ujęcie socjologiczne odnosi się przede wszystkim do wyznaczników jakości życia, czyli: norm społecznych, systemu wartości i zasad życia społecznego<sup>13</sup>. Uwzględnia ono m.in. dostęp do: ochrony zdrowia, edukacji, kultury, obiektów sportowych i miejsc rekreacji, sieci handlowej i usługowej, transportu publicznego,

<sup>8</sup> S. Kowalik, *Psychologiczne wymiary jakości życia*, w: *Mysł psychologiczna w Polsce odrodzonej*, red. A. Bańka, R. Derbis, Poznań 1993, s. 171.

<sup>9</sup> H. Schipperer, J. Clinch, V. Powell, *Quality of life studies: definitions and conceptual issues*, w: *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials* (2nd ed.), red. B. Spilker, Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia 1996, s. 11-24.

<sup>10</sup> Tamże.

<sup>11</sup> World Health Organization, *Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization*, „Social Science & Medicine” 1995, vol. 41 (10), s. 1403-1409.

<sup>12</sup> A. Trojanowska, *Znaczenie badań nad jakością życia w medycynie*, „Zdrowie Publiczne” 2011, vol. 121, s. 99-103.

<sup>13</sup> A.A. Zych, *Słownik gerontologii społecznej*, Warszawa 2001, s. 93.

usług bankowych i ubezpieczeniowych, pracy urzędów administracji, a także zapewnienia bezpieczeństwa publicznego i sprawiedliwości<sup>14</sup>.

Jakość życia w psychologii rozumiana jest jako „poczucie zadowolenia, stopień pomyślności życiowej, subiektywnie odbierane poczucie satysfakcji, w kontekście realnych potrzeb i możliwości danej osoby. (...) jest zależna od możliwości ich zaspokojenia. Często jakość życia utożsamiana jest z sensem życia i dobrostanem”<sup>15</sup>.

Holistyczne ujęcie jakości życia prezentuje m.in. koncepcja Davida Felce’a i Jonathana Perry’ego, według których jakość życia jest definiowana jako połączenie obiektywnych warunków życia i satysfakcji z poszczególnych obszarów dobrostanu fizycznego, materialnego i społecznego oraz z własnej aktywności i możliwości rozwoju, odnoszonych do systemu osobistych wartości i aspiracji, oraz przypisywanych im przez jednostkę subiektywnych znaczeń<sup>16</sup>. Według Marka Rapleya „najczęściej przyjmuje się, że pojęcie jakości życia jest wielowymiarowym konstruktem i odnosi się do oczekiwań jednostki odnośnie do wybranych wymiarów życia”<sup>17</sup>. Zdaniem Walentego Ostasiewicza „jakość życia jest to jakość wszystkiego, co określa ludzkie życie, jak też ilość wszystkiego, co jest potrzebne do życia. O jakości życia stanowi dobry byt materialny, ale także dobry stan ducha, dobrobyt i dobrostan (*welfare, wellbeing*)”<sup>18</sup>.

A. Bańka zwraca uwagę na fakt, iż człowiek oceniający jakość swojego życia czerpie z czterech podstawowych źródeł: przeszłych doświadczeń, teraźniejszych przeżyć, oczekiwań związanych z przyszłością oraz opinii społecznej<sup>19</sup>. Adam A. Zych podkreśla natomiast, iż jakość życia wynika z norm związanych z przyjętymi systemami wartości, aspiracjami i oczekiwaniami jednostek oraz grup społecznych. Jednocześnie jest pojęciem, którego znaczenie zmienia się w czasie i przestrzeni<sup>20</sup>. Dlatego jakość życia, jak zauważył Leszek Kołakowski, nigdy nie jest niezmienna i powszechnie przyjmowana<sup>21</sup>.

Wielość podejść do definiowania pojęcia jakości życia pozwoliła na ich klasyfikację. Tomasz Panek wyróżnił:

---

<sup>14</sup> G. Światowy, *Zmiany jakości i stylów życia w zachowaniach polskich gospodarstw domowych*, w: *Gospodarstwa domowe w XXI w. Konsumpcja. Jakość życia*, red. M. Janoś- Kresło, Warszawa 2012, s. 169.

<sup>15</sup> M. Sierakowska, *Jakość życia w przewlekłych chorobach reumatycznych – uwarunkowania społeczne, psychologiczne i medyczne oraz metody pomiaru*, „Forum Reumatologiczne” 2017, t. 3, nr 1, s. 5.

<sup>16</sup> D. Felce, J. Perry, *Quality of Life: Its Definitions and Measurement*, „Research in Developmental Disabilities” 1995 (16), s. 51-74.

<sup>17</sup> M. Rapley, *Quality of Life Research. A Critical Introduction*, Sage Publications, London-Thousand Oaks-New Delhi 2003, s. 28.

<sup>18</sup> W. Ostasiewicz, *Ocena i analiza jakości życia*, Wrocław 2004, s. 12.

<sup>19</sup> A. Bańka, *Psychologia jakości życia*, Stowarzyszenie Psychologia i Architektura, Poznań 2005, s. 25-32.

<sup>20</sup> A.A. Zych, *Słownik...*, dz. cyt.

<sup>21</sup> L. Kołakowski, *Cywilizacja na ławie oskarżonych*, w: tenże, *Moje słuszne poglądy na wszystko*, Kraków 2011, s. 163.

1. Podejście skandynawskie – odnoszące się do dobrobytu. Pod tym pojęciem rozumiano dysponowanie przez jednostki zasobami, takimi jak środki pieniężne, majątek, wiedza, psychiczna i fizyczna energia czy więzi społeczne, umożliwiające jednostkom w sposób kontrolowany i świadomy kształtowanie swoich warunków życia. Autorzy tej koncepcji skupili się na obiektywnych warunkach życia.
2. Podejście amerykańskie – odnoszące się do subiektywnego dobrostanu jednostek, kształtowanego przez oddziaływanie materialnych i społecznych zasobów. Subiektywny dobrostan osobisty kształtowany jest przez pięć głównych elementów: dobrostan emocjonalny, szczęśliwe życie, witalność, odporność i funkcjonowanie, które są następnie dezagregowane na subskładowe. Z kolei na subiektywny dobrostan społeczny składa się wsparcie społeczne oraz zaufanie i poczucie przynależności, które także dzielą się na subskładowe.
3. Podejście zintegrowane do koncepcji jakości życia:
  - podejście Erika Allardta – prezentujące holistyczne podejście do jakości życia, bazujące na teorii podstawowych potrzeb;
  - podejście niemieckie – bazujące na definicji jakości życia, przedstawionej przez Wolfganga Zapfa, który uwzględnił wzajemne relacje pomiędzy obiektywnymi warunkami życia (aspekty materialne, warunki pracy, stan zdrowia, relacje społeczne) i subiektywnym dobrostanem w różnych sferach życia (element poznawczy i emocjonalny). Na tej podstawie Zapf wyróżnił cztery stany jakości życia:
    - obiektywne warunki życia: dobre bądź złe,
    - subiektywny dobrostan: dobry (dobrostan, adaptacja) bądź zły (dysonans, deprywacja)<sup>22</sup>.

A. Zych wskazywał, iż jakość życia „oznacza poczucie satysfakcji jednostek bądź grup społecznych wynikające ze świadomości zaspokojenia własnych potrzeb, takich jak: potrzeba samorealizacji, potrzeby emocjonalne i społeczne oraz postrzeganie możliwości osiągnięcia pełnego rozwoju jednostkowego i społecznego”<sup>23</sup>. Dla A. Bańki najważniejszymi elementami jakości życia są zadania rozwojowe i życiowe. Zadania rozwojowe związane są z podmiotowym rozwojem – umiejętnością internalizowania i wypełniania społecznych oczekiwań, zapisanych w dyspozycjach pełnienia określonych ról społecznych, zaś zadania życiowe są realizowane m.in. w sferach egzystencjalnych, takich jak miłość, szkoła czy praca<sup>24</sup>.

<sup>22</sup> T. Panek, *Jakość życia. Od koncepcji do pomiaru*, Warszawa 2016, s. 14-20.

<sup>23</sup> A.A. Zych, *Słownik...*, dz. cyt.

<sup>24</sup> A. Bańka, *Pomiar i poczucie jakości życia u aktywnych zawodowo oraz bezrobotnych*, Poznań–Częstochowa 1995, s. 19.

J. Kolipiński wskazał następujące wartości odnoszące się do jakości życia:

- zaspokojenie potrzeb egzystencjalnych, fizjologicznych oraz warunków rozwoju zdolności fizycznych i duchowych;
- pragnienie ładu, w którym jednostka może współdziałać z innymi dla dobra ogólnego i przewidywać skutki własnych poczynań;
- warunki życia sprzyjające samorealizacji rozwoju człowieka;
- zapewnienie udziału jednostek w oddziaływaniu na sprawy ogólne, na wyznaczanie celów ogólnospołecznych i środków ich realizacji<sup>25</sup>.

Przyjęta przez GUS koncepcja statystycznego pomiaru jakości życia uwzględnia nie tylko całościowy obraz warunków, w jakich żyje człowiek, ale także odczuwaną przez poszczególne osoby subiektywną jakość życia, określaną także terminem *dobrobytu subiektywnego*. W ramach szeroko rozumianych warunków życia brane są pod uwagę takie obszary jak: materialne warunki życia, zdrowie, edukacja, aktywność ekonomiczna, czas wolny i relacje społeczne, osobiste bezpieczeństwo, jakość państwa i podstawowe prawa, a także jakość środowiska naturalnego w miejscu zamieszkania. Pomiar dobrobytu subiektywnego obejmuje natomiast postrzeganą jakość życia, tzn. satysfakcję, jaką ludzie czerpią z różnych jego aspektów oraz z życia jako całości, a także elementy dotyczące odczuwanych stanów emocjonalnych oraz systemu wartości<sup>26</sup>.

Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową, w badaniach przeprowadzonych w 1999 r., przeanalizował czynniki mające wpływ na jakość życia, przypisując im procentowo hierarchię wartości:

- ochrona zdrowia – 98%
- bezpieczeństwo życia – 88%
- stan środowiska naturalnego – 84,7%
- stopa życiowa mieszkańców – 80%
- stopa transportu i komunikacji miejskiej – 77,3%
- infrastruktura sportowa – 72%
- sytuacja mieszkaniowa – 71,3%
- możliwości edukacji i kształcenia – 64%
- dostęp do kultury – 56%
- sieć handlowa – 33,3%<sup>27</sup>.

Z badań tych wynika, iż możliwości edukacji i kształcenia znalazły się na ósmej z dziesięciu pozycji.

---

<sup>25</sup> J. Kolipiński, *Systemy przestrzenne jako środowisko człowieka*, Warszawa 1980, za: A. Kościółek, *Jakość życia w Kielcach w świadomości mieszkańców miasta*, Kielce 2004, s. 43.

<sup>26</sup> GUS, *Jakość życia w Polsce. Edycja 2017*, s. 5.

<sup>27</sup> K. Gawlikowska-Hueckel, S. Umiński, *Jakość życia w miastach – powiatach grodzkich*, „Polska Regionów” 2000, nr 14.

B. Tobiasz-Adamczyk wskazuje, że w analizach wielowymiarowych rodzajów koncepcji jakości życia, przywołuje się w literaturze najczęściej:

- 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<sup>28</sup>.

Podsumowując tę część artykułu, należy podkreślić iż jakość życia warunkowana jest różnymi czynnikami: zarówno cechami osobniczymi, jak i sytuacją zdrowotną czy niesamodzielnością, sytuacją materialną i mieszkaniową, miejscem i środowiskiem zamieszkania, sytuacją rodzinną i relacjami z innymi ludźmi, możliwością zaspokojenia potrzeb. Jakość życia jest zatem konstruktem, który łączy uwarunkowania obiektywne i subiektywne. Odnosi się również do oczekiwań, możliwości czy zainteresowań poszczególnych osób.

### **Jakość życia osób starszych**

Konsekwencją przemian w dwóch składowych ruchu naturalnego: spadku płodności i umieralności, jest postępujący proces starzenia się ludności. Spadek dzietności do poziomu, który nie gwarantuje zastępowalności pokoleń, prowadzi w konsekwencji do zmniejszania się udziału dzieci i młodzieży w populacji, zaś stale rosnąca długość trwania życia skutkuje zwiększaniem udziału osób starszych w populacji. Według średniego scenariusza *Prognozy ludności na lata 2023-2060*, opracowanej przez GUS, liczba ludności w wieku poprodukcyjnym wzrośnie z 8,7 mln do 11 mln osób (czyli o blisko 37%), przy czym w populacji w wieku 80 lat i więcej przewidywany jest wzrost wyjątkowo wysoki, bo aż o 125% (z 1,6 mln w 2022 r. do 3,6 mln w 2060)<sup>29</sup>. Wynika to z faktu, iż roczniki pierwszego wyżu demograficznego (osoby urodzone w latach 1946-1959) od 2026 r. będą osiągały 80 lat i więcej. Jednocześnie od kilku lat w okres dorosłości wchodzi roczniki niżu demograficznego.

Dlatego niezwykle ważnym zagadnieniem jest zapewnienie jak najwyższej jakości życia osobom starszym. Według R. Hilla: „Ocenianie jakości życia osób w wieku

<sup>28</sup> B. Tobiasz-Adamczyk, *Jakość życia w starości – definicja, pojęcia*, w: *Zrozumieć starość*, red. A. Panek, Z. Szarota, Kraków 2000, s.75.

<sup>29</sup> GUS, *Prognoza ludności na lata 2023-2060*, s. 34 i nast.

podeszłym jest złożonym przedsięwzięciem. (...) Wymaga (...) uwzględnienia szerszego spektrum potrzeb w odniesieniu do indywidualnych okoliczności. Ocena ma kluczowe znaczenie dla określenia tego, co leży w interesie starszego człowieka, który chce jak najdłużej utrzymać wysoką jakość życia. Dotyczy to szczególnie tych osób, które starają się zachować dotychczasową jakość życia w warunkach związanego z wiekiem pogarszania się kondycji psychofizycznej<sup>30</sup>. Poziom referencyjny dla oceny jakości życia osoby starszej odnosi się do dążenia do osiągnięcia satysfakcji z życia w tym specyficznym okresie, gdyż ten etap daje wiele możliwości dla uzyskania zmian pozytywnych czy też efektywnego funkcjonowania. Dlatego nie powinien być utożsamiany tylko z chorobami, niepełnosprawnością i ograniczeniami wynikającym z naturalnego procesu starzenia<sup>31</sup>. Według A.A. Zycha na jakość życia osób starszych należy patrzeć w trzech wymiarach: „jako zaspokojenie potrzeb typu egzystencjalnego (*mieć*), zaspokojenie potrzeb bezpieczeństwa (*być*) i zaspokojenie potrzeb kontaktu społecznego (*kochać*). Szeroko pojmowana jakość życia oznacza zatem to wszystko, co składa się na zdolność prowadzenia normalnego życia, osiągnięcia poczucia bezpieczeństwa i własnej wartości oraz możliwości wykorzystania zdolności intelektualnych i psychofizycznych w dążeniu do realizacji celów osobistych, a także szansę samourzeczywistnienia<sup>32</sup>. Z. Woźniak uważa, iż jakość życia osób starszych może być „postrzegana jako bilans zysków i strat charakterystycznych dla tego okresu życia i być określana przez ocenę zdolności utrzymania przez starzejącego się człowieka niezależności oraz autonomii, zaś tym, co maksymalizuje jakość życia, jest poszerzona świadomość opcji – alternatyw, a więc zróżnicowanych postaw i zachowań możliwych do podjęcia, a także świadomość ograniczeń w tychże sferach<sup>33</sup>.”

Zdaniem tego autora największe znaczenie dla jakości życia osób starszych mają w kolejności następujące aspekty:

1. zdrowie (zwłaszcza fizyczne);
2. funkcjonowanie w relacjach społecznych (towarzystwo, koleżeństwo, komunikacja, życie społeczne);
3. zdolność wykonywania czynności życia codziennego (sprawność funkcjonalna, mobilność, zdolność samoobsługi i samoopieki);
4. wsparcie społeczne (budujące niezależność, optymizm, poczucie bezpieczeństwa);
5. sprawność sensoryczna (orientacja w otoczeniu);

<sup>30</sup> R. Hill, *Pozytywne starzenie się. Młodzi duchem w jesieni życia*, Warszawa 2005, s. 140-141.

<sup>31</sup> B. Tobiasz-Adamczyk, P. Brzyski, J. Bajka, *Spoleczne uwarunkowania jakości życia kobiet u progu wieku starszego*, Kraków 2004, s. 15.

<sup>32</sup> A.A. Zych, *Przekraczając „smugę cienia”. Szkice z gerontologii i tanatologii*, Katowice 2009, s. 24.

<sup>33</sup> Z. Woźniak, *Starość. Bilans – zadanie – wyzwanie*, Poznań 2016, s. 118.



6. status socjoekonomiczny (bezpieczeństwo ekonomiczne – dysponowanie stabilnym i adekwatnym dochodem, posiadanie mieszkania);
7. satysfakcjonujące życie rodzinne (doświadczenia miłości, przywiązania i opieki ze strony potomstwa)<sup>34</sup>.

A. Janiszewska wskazuje za Lauderem, iż w przypadku ludzi starszych pojęcie jakości życia powinno uwzględniać pewne specyficzne dla tej grupy wiekowej problemy społeczne, które nie występują wśród osób będących na wcześniejszych etapach życia, tj. komunikację (społeczną), zdrowie, autonomię i korzystanie z usług instytucji<sup>35</sup>.

M. Halicka podnosi, 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 podstawie badań własnych wskazuje, że na ocenę jakości życia osób starszych mają 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 osobę starszą doświadczeń. Na ocenę satysfakcji życiowej z obecnego stanu egzystencji wpływają zarówno czynniki obiektywne, jak i subiektywne. Do uwarunkowań obiektywnych zalicza: stan zdrowia, sprawność funkcjonalną, warunki ekonomiczne i mieszkaniowe, sytuację rodzinną, aktywność, kontakty społeczne. Do pomiaru subiektywnego samopoczucia wykorzystuje wskaźniki: niepokój, zatroskanie, poczucie osamotnienia<sup>36</sup>.

Do wskaźników jakości życia osób starszych zalicza się:

- sprawność funkcjonalną, która dotyczy stopnia sprawności fizycznej (co wskazuje na zdolność samodzielnego wykonywania określonych czynności, która świadczy o kondycji psychofizycznej, ale także o stopniu niezależności od innych osób; 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, czyli dobrostan, satysfakcję z życia, cieszenie się życiem, wiarę w przyszłość, optymizm;
- zakres interakcji społecznych oraz satysfakcję z kontaktów z otoczeniem, zadowolenie z życia społecznego;

---

<sup>34</sup> Tamże, s. 123-124.

<sup>35</sup> A. Janiszewska, *Obraz starości demograficznej w krajach UE a stan zdrowia jej mieszkańców*, w: red. tenże, *Jakość życia ludzi starych – wybrane problemy*, „Space – Society – Economy” 2015, nr 14, s. 28

<sup>36</sup> M. Halicka, *Satysfakcja życiowa ludzi starych. Studium teoretyczno-empiryczne*, Białystok 2004, s. 72.

- aspekt strukturalny, wskazujący na pozycję osoby starszej wiekiem w społeczeństwie, udział w życiu społecznym, relacje międzygeneracyjne, kontakty z autorytetami publicznymi, satysfakcję z zajmowanej pozycji społecznej<sup>37</sup>.

Z. Woźniak wskazuje na badania gerontologów, z których wynika, iż pomimo uniwersalności predyktorów jakości życia istnieją pewne czynniki ważniejsze dla osób starszych aniżeli dla przedstawicieli innych grup wiekowych. Są to:

- brak odpowiedniego mieszkania,
- brak opieki długoterminowej i właściwych dla niej warunków,
- obniżenie świadczeń szpitalnych,
- dostępność transportu publicznego,
- promowanie zdrowego stylu życia przez lokalne podmioty ochrony zdrowia,
- dostęp do edukacji i programów rekreacyjnych,
- dostęp do informacji o świadczeniach i usługach,
- uwzględnianie różnicowań kulturowych i środowiskowych,
- posiadanie.

Na jakość życia osób starszych wpływają zmiany, jakie nastąpiły w różnego rodzaju obszarach, tj.:

- w statusie wynikającym ze stanu zdrowia, który warunkowany jest m.in. naturalnym procesem starzenia, występowaniem różnego rodzaju ograniczeń funkcjonalnych, niepełnosprawności czy obniżaniem sprawności fizycznej i psychicznej;
- w statusie ekonomicznym;
- w statusie zawodowym, związanym z wycofywaniem się z rynku pracy;
- w statusie małżeńskim, związanym np. z utratą współmałżonka (przejście na pozycję osoby samotnej) lub innych bliskich osób;
- w statusie towarzyskim wynikającym z kurczenia się dawnych kręgów przyjaciół, znajomych (osamotnienie, wyłączenie się, izolacja);
- w statusie wynikającym z utraty niezależności i przyjęcia pozycji osoby zależnej od innych (wielowymiarowa zależność)<sup>38</sup>.

Z badań brytyjskich, przeprowadzonych w dużej grupie 900 osób starszych i ich opiekunów wynika, że głównymi uwarunkowaniami jakości życia są: brak dyskryminacji, zdolność do aktywnego uczestnictwa w różnych obszarach życia, podtrzymywanie relacji społecznych, zdrowie fizyczne oraz zabezpieczenie materialne<sup>39</sup>.

Badanie przeprowadzone w ramach projektu: *Zaniedbanie i samozaniedbanie osób starszych – wyzwanie dla opiekunów formalnych i nieformalnych oraz dla profesjonalistów medycznych i społecznych systemu ochrony zdrowia i pomocy społecznej*, na próbie 2894 osób w wieku 65 lat i starszych wskazuje, iż 59% respondentów

<sup>37</sup> B. Tobiasz-Adamczyk, *Jakość życia w starości – definicja, pojęcia*, dz. cyt., s. 71.

<sup>38</sup> B. Tobiasz-Adamczyk, P. Brzyski, J. Bajka, *Spoleczne uwarunkowania jakości...*, dz. cyt., s. 16-17.

<sup>39</sup> S. Steuden, *Psychologia starzenia się i starości*, Warszawa 2014, s. 165.

co najmniej dobrze ocenia jakość swojego życia. W najwyższym stopniu badani byli zadowoleni z warunków mieszkaniowych (76,5% było zadowolonych lub bardzo zadowolonych) i osobistych relacji (71,9% osób było zadowolonych bądź bardzo zadowolonych). Nieco mniej respondentów było bardzo zadowolonych lub zadowolonych z siebie (65,7%), z możliwości podejmowania aktywności dnia codziennego (65,4%) oraz funkcjonowania zmysłów (61%). W najmniejszym stopniu osoby starsze były zadowolone bądź bardzo zadowolone z ilości posiadanych pieniędzy na zaspokojenie swoich potrzeb (34,4%), możliwości realizacji swoich celów (41%), poczucia bliskiej przyjaźni (42,4%) i stanu zdrowia (47,2%)<sup>40</sup>.

Z wyników projektu PolSenior2<sup>41</sup>, w którym przeprowadzono m.in. ocenę jakości życia seniorów (osób w wieku od 60 do 106 lat) w oparciu o skalę WHOQOL-AGE wynika, iż swoją jakość życia 59,9% badanych oceniło jako dobrą, a 13,7% jako bardzo dobrą (łącznie 73,6% dało pozytywną ocenę). Postawę ambiwalentną (odpowiedź: *ani dobra, ani zła*) zaprezentowało 23,1% respondentów. Jedynie 3,3% ogółu badanych określało swoją jakość życia jako złą. Zadowolenie ze swojego stanu zdrowia wskazało 62,4% badanych (z czego 7,4% określiło się jako osoby bardzo zadowolone), 26,4% wybrało opcję *ani zadowolony(a), ani niezadowolony(a)*, zaś niezadowolenie ze swojego stanu zdrowia wyraziło 11,3% badanych (w tym 1% było osobami bardzo niezadowolonymi). Postawę zadowolenia z siebie wyraziło 61,8% seniorów, bardzo zadowolonych było 16,7%, natomiast 17,8% respondentów stwierdziło, że nie może się jednoznacznie samookreślić w tym względzie, a tylko 3,8% osób badanych było niezadowolonych z siebie. Zdecydowana większość badanych (77%) była zadowolona z możliwości wykonywania przez siebie czynności dnia codziennego (w tym 19,4% było z tej możliwości bardzo zadowolonych). Blisko 15% zajęło ambiwalentne stanowisko, natomiast niezadowolonych było 8,4% badanych (w tym 1,5% było osobami bardzo niezadowolonymi). Zadowolenie z osobistych relacji wskazało 64,8% badanych, a 21,3% respondentów było z nich bardzo zadowolonych. Ambivalentny stosunek w tej sprawie prezentowało 11,3% respondentów, a 2,7% wskazało niezadowolenie z relacji osobistych (w tym 0,4% było osobami bardzo niezadowolonymi). Aż 87,8% respondentów wyraziło zadowolenie z warunków zamieszkania, z czego 26,2% było z tych warunków bardzo zadowolonych. Niezdecydowanie w tej kwestii prezentowało 9,2%, a tylko 3,1% wyraziło swoje niezadowolenie. Zadowolenie ze sposobu wykorzystywania czasu wyraziło 75,8% respondentów, w tym 15,9% było z tego bardzo zadowolonych. Około 20% było niezdecydowanych, a 4,5% wyraziło swoje niezadowolenie. Możliwość kontrolowania w większości lub całkowicie tego,

---

<sup>40</sup> B. Tobiasz-Adamczyk, M. Brzyska, T. Grodzicki, *Zaniedbanie i samozaniedbanie osób starszych. Medyczne i społeczne uwarunkowania*, Kraków 2019, s. 17, 18, 288.

<sup>41</sup> *Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem* (zrealizowane w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020). W badaniu dot. jakości życia wzięło udział 5810 respondentów, w tym 2958 kobiet oraz 2852 mężczyzn.

co się robi, wskazało 70,8% respondentów, z czego 28,2% określiło, że mogą całkowicie o tym decydować. Umiarkowane możliwości dotyczyły 20,6% respondentów, zaś 6,5% badanych tylko *trochę* miało poczucie sprawczości (6,5%), natomiast 2,2% takiego poczucia nie posiadało. Możliwość dalszego realizowania zamierzonych celów – w większości lub całkowicie – była wyrażona przez blisko 60% badanych, z czego 15% zaznaczyło, że ma całkowicie takie możliwości. Umiarkowane możliwości realizacji zamierzonych celów wskazało 26,9% badanych, a 9,4% uznało, że tylko w pewnym stopniu ma takie możliwości, zaś 4,4% określiło, że takich możliwości nie ma. Według 11,3% respondentów posiadana ilość pieniędzy całkowicie spełniała ich oczekiwania, a 30% uznało, że pieniądze, którymi dysponują, pozwalają na zaspokojenie większości odczuwanych potrzeb, zaś według 37% respondentów ich potrzeby są realizowane w umiarkowany sposób, 12,7% badanych posiadane pieniądze pozwalały w ograniczonym zakresie zrealizować swoje potrzeby, natomiast takich możliwości nie miało wcale 9% badanych. Poczucie bliskiej przyjaźni satysfakcjonowało całkowicie lub bardzo 75,8% badanych, umiarkowane zadowolenie wyraziło 18% badanych, a 6,2% nie wyraziło zadowolenia. Zaprezentowana powyżej ocena jakości życia uzależniona była od wieku respondentów: najwyższy poziom ogólnego zadowolenia z życia dotyczył osób w wieku 60-64 lata oraz 65-69 lat. Ocena jakości życia uzależniona była również od miejsca zamieszkania osób starszych. Najniżej oceniona została przez mieszkańców wsi (średnia 67,4; mediana 69,1 pkt.), natomiast najwyżej przez mieszkańców miast o wielkości 50-200 tys. (odpowiednio: 71,3 i 72,6 pkt.) i mieszkańców miast o wielkości 20-50 tys. (średnia 70,6; mediana 72,1 pkt.). Ocena jakości życia wyraźnie zależała od poziomu wykształcenia – była najniższa u osób starszych z wykształceniem podstawowym (średnia 65,8; mediana 67,9 pkt.), a najwyższa u respondentów z wykształceniem wyższym (odpowiednio: 75,5 i 75,7 pkt.). Wysoka ocena jakości życia, wskazana przez respondentów, wynikała głównie z wyrażanego przez badanych przekonania o bardzo dobrej kondycji fizycznej i psychicznej oraz docenienia przez osoby starsze takich aspektów jak: możliwość realizacji planów życiowych, samodzielność w podejmowaniu decyzji, znaczenie relacji międzyludzkich, a więc takich elementów jakości życia, które wiążą się z poczuciem autonomii i bliskości z innymi. Bariery w uzyskiwaniu wysokiej pozycji jakości życia były natomiast trudności materialne, które uniemożliwiają lub utrudniają realizację potrzeb osób starszych<sup>42</sup>.

Podsumowując, należy zaznaczyć, że jakość życia osób starszych w dużej mierze zależy od wcześniejszych etapów egzystencji, czyli przygotowania do starości. Bieżąca ocena jakości życia zależy natomiast od szeroko rozumianego poczucia bezpieczeństwa, czy to socjalnego, ekonomicznego, zdrowotnego, psychofizycznego,

---

<sup>42</sup> B. Tobiasz-Adamczyk, *Jakość życia*, w: *PolSenior2, Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem*, red. P. Błądowski, T. Grodzicki, M. Mossakowska, T. Zdrojewski, Gdańsk 2021, s. 998-1006.

czy emocjonalnego, oraz podejmowanych aktywności, w tym edukacji. W związku z tym niezwykle ważny jest sprawnie działający system zabezpieczenia społecznego, właściwe więzi rodzinne i relacje w kręgu przyjaciół i znajomych oraz możliwość zaspakajania potrzeb. Jednocześnie należy podkreślić, iż przytoczone powyżej wyniki badań wskazują, że osoby starsze generalnie dobrze oceniają jakość swojego życia.

## **Edukacja a jakość życia seniorów**

Wśród obszarów składających się na jakość życia osób starszych dość regularnie pojawia się edukacja. Bowiem dla rozwoju człowieka ważne jest zaspakajanie nie tylko podstawowych potrzeb, ale ważne są również potrzeby wyższego rzędu, takie jak różnego rodzaju aktywności, w tym edukacja, które wydłużają sprawność umysłową i fizyczną, zapobiegają osamotnieniu, apatii i nudzie, umożliwiając kontakty i relacje międzyludzkie. J. Halicki uważa, że „działania edukacyjne wśród osób starszych są jednym z ważniejszych elementów jakości ich życia”<sup>43</sup>. A. Fabiś podkreśla natomiast, iż „edukacja ma pomóc seniorom odnaleźć w starości swoją tożsamość, ma chronić ich niezależność i samowystarczalność”<sup>44</sup>. Bowiem edukacja nie tylko przeciwdziała marginalizacji seniorów, a w konsekwencji ich osamotnieniu, lecz także ułatwia przeżywanie tego etapu życia w sposób bardziej satysfakcjonujący, przyczyniając się do łatwiejszej akceptacji zachodzących zmian. Z edukacją osób starszych wiąże się:

- dążenie do bycia aktywnym intelektualnie, poznawczo i refleksyjnie;
- dążenie do bycia podmiotem w każdej sytuacji ludzkiego bycia i działania;
- urzeczywistnienie siebie zgodnie ze swoimi przekonaniem, które często były tłumione przez całe życie;
- uznanie wiedzy naukowej i popularnonaukowej jako najbardziej optymalnego drogowskazu<sup>45</sup>.

Według M. Malik, edukacja stała się „procesem optymalizacji szans zdrowotnych oraz związanych z uczestnictwem i bezpieczeństwem, w celu polepszenia jakości życia, kiedy ludzie się starzeją”<sup>46</sup>. Adam A. Zych wskazuje, iż wieloaspektowa edukacja osób starszych jest niezmiernie ważna, ponieważ umożliwia wnikliwe spojrzenie na samego siebie, określenie relacji między pragnieniami a możliwościami. Ponadto kształtuje pozytywną postawę wobec siebie i świata społecznego. A przede wszystkim jest czasem pogłębiania mądrości życiowej i wewnętrznej zmiany<sup>47</sup>. Edukacja jest aktywnością, która zapobiega zagrożonym w późnej dorosłości zdolnościom poznawczym, wpływa na całość kształtu rozwoju człowieka,

<sup>43</sup> J. Halicki, *Edukacja w starości jako działanie poprawiające jakość życia seniorów*, „Chowanna” 2009, s. 208.

<sup>44</sup> A. Fabiś, *Aktywność edukacyjna seniorów w Szwajcarii*, w: red. tenże, *Instytucjonalne wsparcie seniorów. Rozwiązania polskie i zagraniczne*, Bielsko-Biała 2007, s. 184-185.

<sup>45</sup> Z. Szarota, *Era trzeciego wieku – implikacje edukacyjne*, „Edukacja Ustawiczna Dorosłych” 2014, nr 1, s. 13.

<sup>46</sup> M. Malik, *Wartość edukacji w życiu seniora*, „Zeszyty Naukowe KUL” 65 (2022), nr 3, s. 88.

<sup>47</sup> A.A. Zych, *Przekraczając...*, dz. cyt., s. 25.

wyposażając go w niezbędne kompetencje do pełnej partycypacji w relacjach społecznych, mediach, polityce czy społeczności lokalnej<sup>48</sup>. Jednocześnie edukacja wiąże się z autonomią i niezależnością osób starszych, sprawia, że ludzie lepiej funkcjonują w codziennym życiu i radzą sobie z pojawiającymi się trudnościami. Według S. Timmermann występują cztery typy edukacji, mające wpływ na niezależność seniorów:

- nauka podstaw ekonomicznych, która ma znaczenie dla osób zainteresowanych uzupełnianiem swoich dochodów, które chcą zdobyć wiedzę na temat nowych możliwości zarabiania pieniędzy;
- nauka praktycznych umiejętności potrzebnych do życia – dotyczących zdrowia, stylu życia, higieny, żywienia, profilaktyki oraz przystosowania się do zachodzących zmian w organizmie;
- nauka działania na rzecz społeczności – umożliwia nabycie umiejętności ważnych dla pomocy innym, w tym osobom starszym, czy w pracy na rzecz lokalnej społeczności;
- nauka, której celem jest uzyskanie pełni człowieczeństwa, która pokazuje i nadaje sens życiu<sup>49</sup>.

Według M. Pakuły edukacja seniorów pełni funkcje: terapeutyczną, kompensacyjną, integracyjną i adaptacyjną, stanowiąc istotny element szeroko rozumianej profilaktyki starzenia się i zapobiega marginalizacji starszego pokolenia<sup>50</sup>.

Edukacja jest jednym z ważnych elementów koncepcji *aktywnego starzenia się*, które definiuje się jako „proces optymalizowania możliwości w zakresie zdrowia, uczestnictwa i bezpieczeństwa w celu poprawy jakości życia ludzi w miarę, jak się starzeją (...) dotyczy zarówno osób indywidualnych, jak i grup społeczeństwa. Umożliwia ludziom realizowanie ich potencjału odnośnie do kondycji psychicznej, społecznej i umysłowej przez cały bieg życia oraz uczestnictwo w społeczeństwie stosownie do ich potrzeb, pragnień i możliwości, przy jednoczesnym zapewnieniu im odpowiedniej ochrony, bezpieczeństwa i opieki, gdy potrzebują pomocy”<sup>51</sup>. W koncepcji aktywnego starzenia się edukacja pełni następujące funkcje: właściwą, zastępczą, społeczną i psychoterapeutyczną. Funkcja właściwa edukacji odnosi się do stałego aktualizowania i uzupełniania wiedzy i umiejętności. Funkcja zastępcza dotyczy przekazywania ludziom dorosłym takich wiadomości i rozwoju oraz umiejętności, których nie zdobyli w czasie nauczania szkolnego, co pozwala na utrzymanie się osób starszych na rynku pracy – tym samym zapobiegając wykluczeniu

---

<sup>48</sup> A. Fabiś, *Aktywność w starości*, w: *Ludzka starość. Wybrane zagadnienia gerontologii społecznej*, A. Fabiś, J.K. Wawrzyniak, A. Chabior, Kraków 2015, s. 172.

<sup>49</sup> S. Timmermann, *Life Learning for Self-sufficiency, a theme and a Strategy for the 1980*, „Convergences” 1985 vol. 18, s. 29.

<sup>50</sup> M. Pakuła, *Postawy osób starszych wobec edukacji. Studium teoretyczno-diagnostyczne*, Lublin 2007, s. 63.

<sup>51</sup> Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), *Active ageing: a policy Framework*, [http://www.who.int/ageing/publications/active\\_ageing/en/](http://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/) 2002, s.12 (dostęp 10.07.2024).

ekonomicznemu i społecznemu osób starszych. Kontynuacja edukacji przez osoby starsze spełnia także funkcję społeczną, gdyż uczestnictwo w programach i przedsięwzięciach edukacyjnych daje im poczucie włączenia oraz ułatwia nawiązywanie nowych i utrzymywanie dotychczasowych więzi i relacji społecznych. Ponadto edukacja pomaga zwiększyć świadomość i wiedzę na różne tematy, np. zdrowia, stylu życia, zdobyć umiejętności obsługi nowoczesnych technologii (np. internetu, tabletu, elektronicznej bankowości), przyczyniając się tym samym do niezależności i autonomii seniorów. Funkcja społeczna edukacji ma również znaczenie w postrzeganiu osób starszych i ich społecznej ocenie. Umożliwia przełamywanie stereotypowego wizerunku osoby starszej: jako niesamodzielnej, niedołączonej, społecznie izolowanej i izolującej się. Funkcja psychoterapeutyczna dotyczy możliwości zachowania sprawności intelektualnej, która z kolei wpływa na opóźnienie procesów biopsychospołecznego starzenia się. Ponadto daje poczucie inkluzji społecznej i przeciwdziała osamotnieniu<sup>52</sup>.

W dokumencie, który wyznacza kierunki działań wobec osób starszych w Polsce, czyli *Polityce społecznej wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo–Uczestnictwo–Solidarność*<sup>53</sup>, opracowany został katalog obszarów interwencji, w tym dotyczący edukacji senioralnej, czyli obszar VII, tj. *Działania na rzecz edukacji dla starości (kadry opiekuńcze i medyczne), do starości (całe społeczeństwo), przez starość (od najmłodszego pokolenia) oraz edukacja w starości (osoby starsze)*. Ponadto z działaniami edukacyjnymi łączy się obszar II, tj. *Uczestnictwo w życiu społecznym oraz wspieranie wszelkich form aktywności obywatelskiej, społecznej, kulturalnej, artystycznej, sportowej i religijnej*, oraz obszar VI: *Tworzenie warunków do solidarności i integracji międzypokoleniowej*. Działania w obszarze VII mają być realizowane poprzez:

- zwiększanie dostępności oferty edukacyjnej dla osób starszych, dzięki wspieraniu organizacji pozarządowych i podmiotów, o których mowa w art. 3 ust. 3 ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, i innych instytucji działających w obszarze edukacji osób starszych oraz rozpowszechnianiu informacji o możliwościach aktywności edukacyjnej osób starszych, a także zwiększeniu dostępności różnych form edukacji dla seniorów;
- rozwój i promocję zawodów opiekuńczych oraz doskonalenie kompetencji kadr poprzez prowadzenie kampanii społecznych promujących zawody opiekuńcze, rozwój i uzupełnianie kompetencji kadry pomocy społecznej

<sup>52</sup> A. Richert-Kaźmierska, M. Forkiewicz, *Kształcenie osób starszych w koncepcji aktywnego starzenia się*, „Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach” 2013, nr 131, s. 130.

<sup>53</sup> Załącznik do Uchwały 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), s. 14.

nt. zagadnień, potrzeb i możliwości osób starszych (np. wprowadzenie specjalizacji dla pracowników socjalnych), poszerzenie oferty edukacyjnej dla rozwoju nowych kierunków studiów i innych form kształcenia dedykowanych osobom starszym (np. z gerontologii społecznej lub opiekuńczej);

- rozwój edukacji nieformalnej (radio, telewizja, internet, audiobooki) ma polegać na wspieraniu kształcenia ustawicznego poprzez doradztwo edukacyjne, upowszechnianie informacji związanych z edukacją nieformalną, co pozwoli na zwiększanie świadomości społecznej na temat potrzeb i możliwości osób starszych;
- upowszechnianie edukacji w zakresie nowych technologii poprzez kształtowanie lub wzmacnianie kompetencji seniorów w zakresie nowych mediów przez realizację kampanii informacyjno-edukacyjnych oraz szkoleń, a także rozwój gerontechnologii dla poprawy jakości życia, co ma na celu m.in. zmniejszanie skali wykluczenia cyfrowego seniorów.

Obszar VI, w którym jest mowa o tworzeniu warunków do solidarności i integracji międzypokoleniowej, odnosi się m.in. do: promocji projektów edukacyjnych dla osób starszych, samopomocy, wolontariatu poprzez realizację kampanii społecznych promujących edukację międzypokoleniową.

Odniesienia do wspierania aktywności osób starszych można znaleźć również w dokumencie pn. *Strategia rozwoju usług społecznych, polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.)*, w którym podkreśla się, że „warunkiem pomyślnego starzenia się jest dobry stan zdrowia, małe ryzyko niepełnosprawności oraz zachowanie aktywności życiowej, wyrażającej się w wysokim poziomie sprawności fizycznej, umysłowej i społecznej. Utrzymaniu aktywności osób starszych sprzyja także ich udział w różnorodnych inicjatywach skierowanych do nich przez jednostki samorządu terytorialnego, organizacje pozarządowe i inne podmioty”. Aktywność ma być wspierana m.in. przez ułatwienie dostępu do usług świadczonych przez instytucje kultury, rekreacji i edukacji (w tym UTW), organizacje pozarządowe, ośrodki wsparcia (w tym kluby i dzienne domy dla osób starszych), wspomaganie rozwoju podmiotów zrzeszających osoby starsze oraz promowanie idei wolontariatu świadczonego wśród osób należących do tej kategorii wiekowej. Ponadto promowanie rozszerzania usług instytucji z różnych obszarów nieprzeznaczonych wprost dla osób starszych na rzecz utrzymania ich aktywności<sup>54</sup>.

Podsumowując tę część ekspertyzy należy zauważyć, że edukacja stanowiąc jeden z elementów podnoszących jakość życia, wpływa na całokształt rozwoju człowieka, przyczynia się do przygotowania i przystosowania do zachodzących zmian

---

<sup>54</sup> Załącznik do uchwały nr 135/2022 Rady Ministrów z dnia 15 czerwca 2022 r. w sprawie przyjęcia polityki publicznej pod nazwą *Strategia rozwoju usług społecznych, polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.)*, s. 23 i 37, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WMP20220000767/O/M20220767.pdf> (dostęp 10.07.2024).



w organizmie, a przez to ułatwia adaptację do starości. Jednocześnie zapobiega zagrożonym w późnej dorosłości zdolnościom poznawczym, umożliwia podejmowanie nowych ról społecznych, partycypację społeczną, realizację pasji i zainteresowań czy satysfakcjonujących zajęć. Dzięki temu jest aktywnością, która skutecznie zapobiega samotności osób starszych.

## **Podsumowanie**

Zagadnienie jakości życia jest złożone, wielowymiarowe i interdyscyplinarne, obecne w bardzo różnych okolicznościach, kontekstach i sferach życia człowieka. Pomimo prowadzenia wielu badań naukowych i licznych dyskusji nie wypracowano jednej definicji. Badania nad jakością życia nie odnoszą się tylko do wyznaczników obiektywnych, czyli do warunków życia człowieka: materialnych i ekonomicznych, tj. posiadania dóbr i konsumpcji, edukacji, stanu zdrowia, bezpieczeństwa, relacji rodzinnych i przyjacielskich, lecz również do czynników subiektywnych, odnoszących się m.in. do dobrostanu jednostki, zadowolenia, samopoczucia, opinii i oceny stopnia zaspokojenia potrzeb.

Czynniki, które wpływają na jakość życia osób w wieku starszym, to głównie: stan zdrowia, kondycja psychofizyczna, miejsce i środowisko zamieszkania, sytuacja rodzinna, bezpieczeństwo ekonomiczne i socjalne, kontakty społeczne, trwałość więzi z innymi ludźmi, udział w życiu społecznym i kulturalnym, zadowolenie z życia, czy możliwość realizowania własnych zainteresowań, pasji i aktywności. Podejmowanie aktywności edukacyjnej przez osoby starsze jest niezwykle istotne ze względu na konieczność dostosowania się do zmieniającej się rzeczywistości, adaptację do starości czy nadążanie za postępem technologicznym, co daje swobodniejszą i łatwiejszą partycypację społeczną. Dostępność i jakość edukacji w dobie gospodarki opartej na wiedzy nabierają coraz większego znaczenia, a występujące trendy demograficzne niejako wymuszają wzrost aktywności edukacyjnej wśród osób starszych. Jednocześnie podmioty oferujące edukację przedstawiają coraz większy wachlarz zajęć, a przez to możliwość nabycia nowych umiejętności. Należy również zaznaczyć, iż edukacja wśród seniorów, często mająca charakter nieświadomy, zmniejsza ich poczucie osamotnienia i nie pozwala na wyłączenie się z życia społecznego. Jednocześnie umożliwia budowanie i utrzymywanie różnorodnych relacji i więzi społecznych. Ponadto edukacja rozwija różnego rodzaju aktywności, które dają możliwość realizacji zainteresowań i pasji, pogłębiają wiedzę i podnoszą kompetencje. Edukacja wreszcie zastępuje dotychczasowe pola aktywności seniorów i pełnione przez nich role, najczęściej związane z pracą zawodową, pozwalając im skutecznie rekompensować straty związane z dezaktywizacją zawodową. Przyczynia się również do budowania lokalnego kapitału społecznego.

## Bibliografia

- Bańka A., *Pomiar i poczucie jakości życia u aktywnych zawodowo oraz bezrobotnych*, Poznań–Częstochowa 1995.
- Bańka A., *Psychologia jakości życia*, Stowarzyszenie Psychologia i Architektura, Poznań 2005.
- Campbell A., *The sense of well-being in America: Recent patterns and trends*, McGraw-Hill, New York 1981.
- Campbell A., Converse P., Rodgers W., *The Quality of American Life: Perceptions, evaluations and satisfactions*, Russell Sage Foundation, New York 1976.
- Dziurawicz-Kozłowska A., *Wokół pojęcia jakości życia*, „Psychologia Jakości Życia” 2002, vol. 1.
- Fabiś A., *Aktywność edukacyjna seniorów w Szwajcarii*, w: red. tenże, *Instytucjonalne wsparcie seniorów. Rozwiązania polskie i zagraniczne*, Bielsko-Biała 2007.
- Fabiś A., *Aktywność w starości*, w: *Ludzka starość. Wybrane zagadnienia gerontologii społecznej*, A. Fabiś, J.K. Wawrzyniak, A. Chabior, Kraków 2015.
- Felce D., Perry J., *Quality of Life: Its Definitions and Measurement*, „Research in Developmental Disabilities” 1995 (16).
- Gawlikowska-Hueckel K., Umiński S., *Jakość życia w miastach – powiatach grodzkich*, „Polska Regionów” 2000, nr 14.
- GUS, *Jakość życia w Polsce. Edycja 2017*.
- GUS, *Prognoza ludności na lata 2023-2060*.
- Halicka M., *Satysfakcja życiowa ludzi starych. Studium teoretyczno-empiryczne*, Białystok 2004.
- Halicki J., *Edukacja w starości jako działanie poprawiające jakość życia seniorów*, „Chowanna” 2009.
- Hill R., *Pozytywne starzenie się. Młodzi duchem w jesieni życia*, Warszawa 2005.
- Hirnlé T., Bross T., *Jakość życia po operacjach kardiologicznych u osób w starszym wieku*, w: *Kardiologia starszego wieku*, red. G. Świętecka, Warszawa 1998.
- Janiszewska A., *Obraz starości demograficznej w krajach UE a stan zdrowia jej mieszkańców*, w: red. tenże, *Jakość życia ludzi starych – wybrane problemy*, „Space–Society– Economy” 2015, nr 14.
- Kořakowski L., *Cywilizacja na ławie oskarżonych*, w: tenże, *Moje słuszne poglądy na wszystko*, Kraków 2011.
- Kościołek A., *Jakość życia w Kielcach w świadomości mieszkańców miasta*, Kielce 2004.
- Kowalik S., *Psychologiczne wymiary jakości życia*, w: *Mysł psychologiczna w Polsce odrodzonej*, red. A. Bańka, R. Derbis, Poznań 1993.
- Malik M., *Wartość edukacji w życiu seniora*, „Zeszyty Naukowe KUL” 65 (2022), nr 3.
- Ostasiewicz W., *Ocena i analiza jakości życia*, Wrocław 2004.
- Pakuła M., *Postawy osób starszych wobec edukacji. Studium teoretyczno-diagnostyczne*, Lublin 2007.
- Panek T., *Jakość życia. Od koncepcji do pomiaru*, Warszawa 2016.
- Rapley M., *Quality of Life Research. A Critical Introduction*, Sage Publications, London-Thousand Oaks-New Delhi 2003.
- Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress, 2009*.
- Richert-Kaźmierska A., Forkiewicz M., *Kształcenie osób starszych w koncepcji aktywnego starzenia się*, „Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach” 2013, nr 131.
- Schipper H., Clinch J., Powell V., *Quality of life studies: definitions and conceptual issues*, w: *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials* (2nd ed.), red. B. Spilker, Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia 1996.
- Sierakowska M., *Jakość życia w przewlekłych chorobach reumatycznych – uwarunkowania społeczne, psychologiczne i medyczne oraz metody pomiaru*, „Forum Reumatologiczne” 2017, t. 3, nr 1.

- Steuden S., *Psychologia starzenia się i starości*, Warszawa 2014.
- Szarota Z., *Era trzeciego wieku – implikacje edukacyjne*, „Edukacja Ustawiczna Dorosłych” 2014, nr 1.
- Światowy G., *Zmiany jakości i stylów życia w zachowaniach polskich gospodarstw domowych*, w: *Gospodarstwa domowe w XXI w. Konsumpcja. Jakość życia*, red. M. Janoś-Kresło, Warszawa 2012.
- Timmermann S., *Life Learning for Self-sufficiency, a theme and a Strategy for the 1980*, „Convergens” 1985, vol. 18.
- Tobiasz-Adamczyk B., *Jakość życia*, w: *PolSenior2, Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem*, red. P. Błędowski, T. Grodzicki, M. Mossakowska, T. Zdrojewski, Gdańsk 2021.
- Tobiasz-Adamczyk B., *Jakość życia w starości – definicja, pojęcia*, w: *Zrozumieć starość*, red. A. Panek, Z. Szarota, Kraków 2000.
- Tobiasz-Adamczyk B., Brzyska M., Grodzicki T., *Zaniedbanie i samozaniedbanie osób starszych. Medyczne i społeczne uwarunkowania*, Kraków 2019.
- Tobiasz-Adamczyk B., Brzyski P., Bajka J., *Społeczne uwarunkowania jakości życia kobiet u progu wieku starszego*, Kraków 2004.
- Trojanowska A., *Znaczenie badań nad jakością życia w medycynie*, „Zdrowie Publiczne” 2011, (121).
- Witek J., Błoński K., *Ocena jakości życia osób starszych w Polsce na podstawie European Quality of Life Surveys*, „Handel Wewnętrzny” 2015, nr 5 (358).
- World Health Organization, *Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization*, „Social Science & Medicine” 1995, vol. 41 (10).
- World Health Organization, *Active ageing: a policy Framework*, [http://www.who.int/ageing/publications/active\\_ageing/en](http://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en).
- Woźniak Z., *Starość. Bilans – zadanie – wyzwanie*, Poznań 2016.
- Wnuk M., Marcinkowski J.T., *Jakość życia jako pojęcie pluralistyczne o charakterze interdyscyplinarnym*, „Problemy Higieny i Epistemologii” 2012, vol. 93 (1).
- Zych A.A., *Przekraczając „smugę cienia”. Szkice z gerontologii i tanatologii*, Biblioteka Pracownika Socjalnego, Katowice 2009.
- Zych A.A., *Słownik gerontologii społecznej*, Warszawa 2001.