

ŚWIAT NA MIARĘ SENIORA

2025



ŚWIAT NA MIARĘ SENIORA

2025

RODZINA – ZDROWIE – SIECI SPOŁECZNE

POD REDAKCJĄ
ELŻBETY BOJANOWSKIEJ
RYSZARDA CZEKALSKIEGO

ŚWIAT NA MIARĘ SENIORA 2025

RODZINA – ZDROWIE – SIECI SPOŁECZNE



WARSZAWA 2025



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego



UKSW

UNIwersytet KARDYNAŁA
STEFANA WYSZYŃSKIEGO
W WARSZAWIE



© Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

Wydawnictwo Naukowe UKSW, Warszawa 2025

Recenzenci: prof. dr hab. Jolanta Grotowska-Leder, Szkoła Główna Gospodarstwa
Wiejskiego w Warszawie

dr hab. Ewa Giermanowska, prof. UW, Uniwersytet Warszawski

Redakcja językowa: Kinga Kołodziej

Projekt okładki i stron tytułowych: Krzysztof Kopania

Projekt typograficzny, skład i łamanie: Renata Witkowska



Minister Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

Publikacja finansowana ze środków Ministra Edukacji i Nauki
na podstawie Umowy Nr MEiN/2023/DPI/2077

Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

ul. Dewajtis 5, 01-815 Warszawa

tel. 22 561 89 23

e-mail: wydawnictwo@uksw.edu.pl

www.wydawnictwo.uksw.edu.pl

ISBN 978-83-8281-675-4 (wersja drukowana)

978-83-8281-676-1 (wersja elektroniczna)

Druk i oprawa:

volumina.pl Sp. z o.o., ul. Ks. Witolda 7-9, 71-063 Szczecin

Spis treści

Wstęp	7
SYTUACJA OSÓB STARSZYCH W POLSCE. WYBRANE KONTEKSTY	
GERTRUDA UŚCIŃSKA	
Bariery i ograniczenia w kontynuacji aktywności ekonomicznej osób w ustawowym wieku emerytalnym	19
ZDZISŁAW CZAJKA	
Możliwości samodzielnego funkcjonowania seniorów w społeczeństwie	53
KS. RAFAŁ BEDNARCZYK, KS. RYSZARD CZEKAŁSKI	
Wybrane funkcje religijności i ich znaczenie dla jakości życia seniorów	89
EWA K. CZACZKOWSKA	
Transformacja cyfrowa seniorów i procesy adaptacyjne	129
RODZINA	
MARTYNA KAWIŃSKA	
Konteksty rodzinne i sytuacja materialna seniorów w Polsce	155
MAREK BEDNARSKI, IZABELA MARCINKOWSKA	
Łączenie ról zawodowych i opiekuńczych przez osoby starsze w Polsce. Wyzwania dla polityki senioralnej	193

ANNA JAWOR-JONIEWICZ

- Z rodziną najlepiej wychodzi się na zdjęciu? Blaski i cienie relacji
międzypokoleniowych seniorów 235

ZDROWIE

ELŻBIETA BOJANOWSKA

- Stan zdrowia somatycznego osób starszych a jakość życia 259

KS. MAREK JAROSZ

- Jakość życia a zdrowie psychiczne 293

DARIUSZ ZALEWSKI

- Kondycja społeczno-zdrowotna polskich seniorów w kontek-
ście deinstytucjonalizacji usług społecznych 325

SIECI SPOŁECZNE

ANNA FIDELUS

- Sieci społeczne seniorów w teorii i praktyce 351

RAFAŁ WIŚNIEWSKI, MICHAŁ RYDZEWSKI

- Wychodząc poza indywidualizm? Seniorzy w polifonii sieci
społeczno-kulturowych 367

RAFAŁ BAKALARCZYK

- Funkcjonowanie seniorów w rodzinno-nieformalnych sieciach
wsparcia opiekuńczego 395

- Podsumowanie wyników badania *Świat na miarę seniora –
sytuacja osób starszych w Polsce 2025* 419

Wstęp

Starzenie się populacji to jeden z ważniejszych procesów demograficznych XXI wieku, wynikający z wydłużającego się przeciętnego trwania życia i spadku dzietności. Nigdy wcześniej tak duża grupa osób nie osiągnęła wieku 60 lat i więcej. W 2019 r. liczba osób w wieku 60 lat i starszych na świecie wynosiła 1 miliard. Do 2030 r. liczba ta wzrośnie do 1,4 miliarda, a do roku 2050 – 2,1 miliarda¹. Konsekwencją czego są zmiany w strukturze ludności, powodujące konieczność dostosowania m.in.: systemu zabezpieczenia społecznego, szczególnie ochrony zdrowia i ubezpieczeń społecznych, infrastruktury mieszkaniowej i otaczającej nas przestrzeni, rynku pracy czy oferty dla realizacji różnego rodzaju aktywności. Stanowi to wyzwanie zarówno globalne, jak i dla poszczególnych państw czy społeczności lokalnych. Według Davida E. Blooma: „[...] starzenie się populacji bije na alarm na całym świecie. To, czy zwiększona długowieczność wiąże się z większą czy mniejszą długością życia danej osoby spędzonego w kruchości, należy do najważniejszych nierozwiązanych pytań, z którymi mierzą się decydenci polityczni na całym świecie. Ekonomści nadal wyrażają obawy. Dotyczą one presji na spadek wzrostu gospodarczego spowodowanej niedoborami siły roboczej i kapitału oraz spadkiem cen aktywów w przyszłości,

¹ Ageing, WHO, https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_1 (dostęp: 23.08.2025).

ponieważ coraz większa i starsza grupa osób będzie dążyć do utrzymania się, rezygnując z inwestowania. Kolejnym istotnym problemem jest presja fiskalna. Budżety rządowe będą obciążone rosnącymi zobowiązaniami emerytalnymi oraz kosztami opieki zdrowotnej i długoterminowej związanymi z przewidywanym wzrostem zachorowalności i rozpowszechnienia chorób przewlekłych, takich jak nowotwory. Wyzwania te zostaną jednak częściowo zniwelowane przez rosnącą, choć zazwyczaj pomijaną wartość, jaką osoby starsze generują poprzez produktywne działania pozarynkowe, takie jak wolontariat i opieka².

Oddawana do rąk Czytelników monografia jest pokłosiem drugih już badań³ zrealizowanych w ramach projektu *Świat na miarę seniora – sytuacja osób starszych w Polsce*, finansowanego ze środków Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego (umowa: MEiN/2023/DPI/2077), a realizowanego przez badaczy skupionych w Centrum Badań nad Starością i Starzeniem się Społeczeństwa, Referencyjnym Ośrodku Badawczym Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie oraz w Instytucie Pracy i Spraw Socjalnych. Celem projektu jest wieloaspektowe przedstawienie sytuacji osób starszych w różnych wymiarach życia: społeczno-ekonomicznym, zdrowotnym, rodzinnym, dostępności i korzystania z usług społecznych, relacji międzypokoleniowych, włączenia cyfrowego, wartości istotnych dla seniorów z perspektywy ich jakości życia, potrzeb osób w wieku senioralnym, możliwości i stopnia ich zaspokojenia oraz realizowanych przez seniorów działań w kontekście ich przeszłych doświadczeń życiowych i obecnych możliwości.

² D.E. Bloom, *Population 2020: Demographics can be a potent driver of the pace and process of economic development*, „Finance and Development” 2020, nr 57(1), s. 7, <https://doi.org/10.5089/9781513528830.022>, <https://www.elibrary.imf.org/view/journals/022/0057/001/article-A002-en.xml> (dostęp: 24.08.2025).

³ Pierwsze badania zostały zrealizowane w 2024 r., a ich wyniki zostały opublikowane m.in. w monografii: *Świat na miarę seniora 2024. Jakość życia – relacje – aktywności*, red. E. Bojanowska, R. Czekalski, Warszawa 2024.

Przedstawiana Państwu monografia jest drugą z cyklu „Świat na miarę seniora”, przygotowaną w ramach ww. projektu, który zakłada, że w latach 2024–2026 będą realizowane ogólnopolskie badania sytuacji osób starszych za pomocą wywiadu ankietowego oraz scenariusza indywidualnego wywiadu pogłębionego. Każde z narzędzi badawczych obejmuje moduł stały oraz moduł tematyczny. Moduł stały stanowi pytania, które służą diagnozowaniu sytuacji populacji seniorów w Polsce i dotyczą oceny stanu zdrowia fizycznego i psychicznego oraz jakości życia, aktywności zawodowej osób starszych, aktywności społecznej i kulturalnej, w tym: poziomu włączenia cyfrowego, aktywności religijnej, kontaktów z członkami rodziny oraz nieformalnych relacji, korzystania z pomocy i wsparcia oraz oceny sytuacji materialnej. Moduł tematyczny w roku 2025 dotyczy udzielanego i otrzymywanego wsparcia i opieki formalnej (w ramach usług publicznych) i nieformalnej (rodzinnej, sąsiedzkiej) zależnie od stanu zdrowia i poziomu samodzielności.

Badanie ilościowe zostało zrealizowane w terminie 24 czerwca–31 lipca 2025 r. na ogólnopolskiej reprezentatywnej próbie osób powyżej 60 roku życia. W ramach badania przeprowadzono 3000 wywiadów kwestionariuszowych techniką CATI (*Computer-Assisted Telephone Interviewing*). Wykorzystany na potrzeby badania kwestionariusz ankiety został opracowany przez zespół ekspertów z Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie i Instytutu Pracy i Spraw Socjalnych. W badaniu został zastosowany losowo-kwotowy dobór próby. Populację, z której dobierana była próba, podzielono na grupy (kwoty) według takich cech społeczno-demograficznych, jak: płeć (kobieta/mężczyzna), wiek (w latach: 60–64, 65–69, 70–74, 75–79, 80–84, 85+), województwo, wielkość miejscowości zamieszkania (miasto/wieś). Kwoty te ustalono na podstawie danych GUS pochodzących z 2022 r. W obrębie każdej z nich dobór respondentów odbywał się losowo przy wykorzystaniu oprogramowania CADAS. Proces rekrutacji podlegał ścisłej kontroli w celu zagwarantowania osiągnięcia liczebności respondentów w każdej kwocie na poziomie ustalonym według proporcji.

Badanie jakościowe zostało przeprowadzone w terminie 27 czerwca–25 lipca 2025 r. techniką telefonicznych indywidualnych wywiadów pogłębionych TIDI (*Telephone Individual In-depth Interviews*) i zostało zrealizowane na próbie 100 osób w wieku powyżej 60 lat, przy uwzględnieniu zróżnicowania ze względu na: płeć, wiek i miejsce zamieszkania. Zgodnie z przyjętą praktyką wywiady TIDI były rejestrowane w formie audio celem sporządzenia transkrypcji wywiadów, które następnie posłużyły do przeprowadzenia analizy danych jakościowych.

Wyniki powyższych badań dały materiał empiryczny do przygotowania niniejszej monografii, która składa się z trzynastu artykułów zebranych w czterech blokach tematycznych: sytuacja osób starszych w Polsce, rodzina, zdrowie i sieci społeczne. Monografię wieńczy podsumowanie wyników badań, w którym znalazły się najważniejsze dane obrazujące sytuację osób starszych w Polsce w 2025 r. Należy również zauważyć, że niektóre wątki przenikają się w poszczególnych artykułach, ale są nakreślone w innych kontekstach i z innych perspektyw, co niekiedy podkreśla ich znaczenie.

Prezentację bloku pierwszego – sytuacji osób starszych w Polsce – rozpoczyna tekst prof. Gertrudy Uścińskiej *Bariery i ograniczenia w kontynuacji aktywności ekonomicznej osób w wieku emerytalnym ustawowym*. W opracowaniu Autorka zwróciła uwagę, że w polskim prawie emerytalnym powszechny wiek emerytalny wynosi 60 lat dla kobiet i 65 lat dla mężczyzn, prawo natomiast nie nakazuje ani nie zobowiązuje osób, które osiągnęły ustawowy wiek emerytalny, do przejścia na emeryturę. Daje jednak możliwość przejścia i skorzystania ze świadczenia. Oznacza to, że od strony formalnej nie stanowi ono bariery czy ograniczenia w kontynuacji aktywności ekonomicznej w wieku 60 czy 65 lat. Można korzystać z tego prawa w dowolnym późniejszym czasie, zgodnie z indywidualną decyzją, jeśli spełnia się warunek stażu ubezpieczenia. Badaczka zauważa, że wiek emerytalny w Polsce należy do najniższych w Unii Europejskiej. Istotne więc, aby wiedza o zasadach ustalania i obliczania emerytury – a w konsekwencji jej wysokości – była szeroko dostępna dla obywateli.

Tylko wówczas możliwe jest podejmowanie świadomych decyzji o momencie przejścia na emeryturę. Autorka podkreśla, że badania zrealizowane w ramach projektu *Świat na miarę seniora – sytuacja osób starszych w Polsce* pokazują, że ok. 83% badanych przechodzi na emeryturę natychmiast po osiągnięciu wieku emerytalnego, co odpowiada ogólnej sytuacji w Polsce – ok. 84% uprawnionych przechodzi na emeryturę w wieku 60 lub 65 lat.

Inny kontekst sytuacji osób starszych, niemniej bardzo ważny, przedstawia w swoim opracowaniu *Możliwości samodzielnego funkcjonowania seniorów w społeczeństwie* prof. Zdzisław Czajka, analizując opinie seniorów na temat różnych czynników i sytuacji sprzyjających samodzielnemu życiu. Autor uwzględnił wpływ stanu zdrowia na: możliwości samodzielnego wykonywania codziennych czynności oraz prac związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego, uczestnictwo w różnych formach aktywności fizycznej, społecznej oraz zakres korzystania seniorów z pomocy społecznej (rzeczowej i finansowej). Zdaniem Autora z analizy wynika, że stan zdrowia badanych, przez większość oceniany dobrze i bardzo dobrze, sprzyja prowadzeniu samodzielnego życia. Stopień samodzielności zmniejsza się jednak wraz z wiekiem, ale nawet wśród najstarszych osób odsetek wykonujących samodzielnie wszystkie czynności jest znaczny.

Wśród kontekstów dotyczących sytuacji osób w starszym wieku ważny dla tej grupy jest aspekt dotyczący religijności, w tym praktyk religijnych, przedstawiony w artykule ks. prof. Ryszarda Czekalskiego i ks. prof. Rafała Bednarczyka pt. *Wybrane funkcje religijności i ich znaczenie dla jakości życia seniorów*. Autorzy wskazują, iż z badań wynika, że dla 64% seniorów wiara jest ważną lub bardzo ważną wartością, a najczęstszymi praktykami religijnymi są: modlitwa, udział w cotygodniowej liturgii oraz spowiedź. Analiza wyników pozwoliła zauważyć korelację pomiędzy częstotliwością praktyk religijnych a liczbą mieszkańców w gospodarstwie domowym. Wraz ze wzrostem tej liczby zwiększa się także częstość praktyk. W artykule zostały także przeanalizowane powiązania pomiędzy religijnością a sytuacją rodzinną seniorów, subiektywną samooceną swojego stanu zdrowia

oraz stanem niepełnosprawności. Autorzy podkreślają, że wnioski z przeprowadzonych badań wskazują, że jedynie nieliczne osoby starsze nie identyfikują u siebie potrzeb religijnych.

Kolejny kontekst sytuacji osób starszych dotyczy jednego z najważniejszych wyzwań, przed jakimi stoją dzisiaj seniorzy, czyli adaptacji cyfrowej. W artykule *Transformacja cyfrowa seniorów i procesy adaptacyjne* dr Ewa K. Czackowska analizuje, w jakim stopniu osoby 60+ w niej uczestniczą. Wskaźnikami są takie przejawy, jak: posiadanie przez seniorów urządzeń cyfrowych, częstość i regularność używania ich, korzystanie z internetu, celowość używania sieci czy czas spędzany w internecie. Autorka zauważa, że seniorzy nie są w tym względzie grupą jednorodną, a stopień adaptacji cyfrowej jest uzależniony głównie od wieku seniora, płci i wykształcenia. Luka cyfrowa dotyczy głównie najstarszych roczników, których aktywność cyfrowa się zmienia. Sukcesywnie zmniejsza się grupa seniorów, którzy w ogóle nie korzystają z internetu, czego powody mają głównie charakter psychologiczny.

Następna część składa się z tekstów ukazujących w różnych aspektach życie rodzinne. Zaczyna ją artykuł dr Martyny Kawińskiej pt. *Konteksty rodzinne i sytuacja materialna seniorów w Polsce*, w którym Autorka analizuje wybrane obszary życia rodzinnego osób starszych i ich sytuacji materialnej w oparciu na ich subiektywnych odczuciach. W pierwszej części opracowania zwraca uwagę na wartości wynikające z życia rodzinnego na podstawie skojarzeń badanych dotyczących doświadczanej starości, określa także najważniejsze problemy i potrzeby badanej grupy. Sytuacja materialna seniorów została natomiast przedstawiona z uwzględnieniem: ogólnej oceny sytuacji finansowej, czynników odpowiedzialnych za jej poprawę i pogorszenie, sposobów gospodarowania dochodem, klasyfikacji wydatków, a nawet oceny zadłużenia. Do szczegółowej analizy uwzględniono zmienne społeczne i demograficzne, dzięki czemu określono nie tylko ogólną sytuację seniorów, ale wskazano także postawy i działania osób z wykształceniem wyższym i niższym, zamieszkujących na wsi i w mieście, razem i samodzielnie, kobiet czy mężczyzn.

Drugi tekst w tym bloku autorstwa prof. Marka Bednarskiego i dr Izabeli Marcinkowskiej *Łączenie ról zawodowych i opiekuńczych przez osoby starsze w Polsce. Wyzwania dla polityki senioralnej* pokazuje, jak zmiany demograficzne w społeczeństwie polskim powodują wzrost liczby osób starszych, które pracują lub pragną jeszcze pracować, a są jednocześnie obciążone obowiązkami opiekuńczymi wobec pokolenia młodszego (wnuki), starszego (sędziwi rodzice) czy równolatków (małżonkowie). Autorzy z jednej strony pokazują problemy tej grupy związane z łączeniem obowiązków zawodowych i opiekuńczych, z drugiej zaś – oczekiwania respondentów wobec instytucji publicznych (władz centralnych, lokalnych, służb zatrudnienia) i pracodawców, związane zarówno z polepszaniem ich warunków pracy, jak i wsparciem w świadczeniu opieki. Zwracają również uwagę na wieloaspektowość problemu ze względu na silne zróżnicowanie grupy opiekunów, a także osób podlegających opiece.

Wątek rodzinny w kontekście relacji podejmuje dr Anna Jawor-Joniewicz, która dokonała analizy częstotliwości, charakteru i znaczenia kontaktów osób starszych z reprezentantami młodszymi i starszymi pokoleń w tekście *Z rodziną najlepiej wychodzi się na zdjęciu? Blaski i cienie relacji międzypokoleniowych seniorów*. Jak wskazuje Autorka, tegoroczne badania potwierdziły, że badani najczęściej kontaktują się z dziećmi i wnukami. Jednocześnie Badaczka zwraca uwagę na problem obciążenia seniorów opieką nad niesamodzielnymi osobami z innych generacji w rodzinie, m.in. sędziwymi rodzicami, dotyczący ¼ badanej populacji. Wskazuje również na trudności pojawiające się w relacjach międzypokoleniowych, a które wynikają m.in. z przytłoczenia wspomnianymi obowiązkami opiekuńczymi, nieporozumieniami związanymi z kwestiami finansowymi (np. sprawami spadkowymi) lub światopoglądowymi. W skrajnych przypadkach czynniki te przyczyniają się do zerwania wszelkich kontaktów pomiędzy skonfliktowanymi stronami. Zdecydowana większość badanych pozostaje jednak w dobrych relacjach z bliskimi. Szczególna więź łączy seniorów z ich wnuczętami. Kontakty z nimi dodają badanym siłę, wnoszą radość w ich życie i sprawiają, że seniorzy czują się ważni i potrzebni.

Blok dotyczący zdrowia otwiera tekst dr Elżbiety Bojanowskiej *Stan zdrowia somatycznego osób starszych a jakość życia*, którego celem jest przedstawienie stanu zdrowia somatycznego w kontekście jakości życia z uwzględnieniem jego subiektywnego postrzegania i wpływu na różne aktywności oraz zdolności do samodzielnego funkcjonowania. Badaczka zauważa, że pomimo relatywnie dobrego stanu zdrowia osób starszych, wraz z postępującym wiekiem następują stopniowa utrata sił oraz zmniejszenie możliwości funkcjonalnych i poznawczych. Człowiek starszy staje się coraz bardziej podatny na urazy i choroby, zwykle przewlekłe. Autorka podkreśla, że z badań wynika, iż utrzymanie w miarę dobrego zdrowia sprzyja podtrzymaniu więzi i relacji społecznych, jego pogorszenie wiąże się zaś z wycofywaniem z kontaktów społecznych, a co za tym idzie – osamotnieniem i wykluczeniem społecznym, co nie sprzyja dobrej jakości życia. Ponadto stan zdrowia osób starszych w Polsce odzwierciedla złożone i wielowymiarowe procesy starzenia się, w których pogarszanie się kondycji fizycznej przebiega stopniowo, ale staje się coraz bardziej wyraźne wraz z upływem wieku.

Rozważania na temat jakości życia są kontynuowane w artykule ks. dra Marka Jarosza pt. *Jakość życia a stan zdrowia psychicznego osób 60+*, który wskazuje, że wydłużająca się długość życia kreuje nowe problemy ze zdrowiem somatycznym, co ma bezpośrednie przełożenie na kondycję psychiczną człowieka starszego. Liczne choroby neurodegeneracyjne układu nerwowego uszkadzają poznawcze, emocjonalne i społeczne funkcjonowanie. Również zmiany społeczne, do których należy zaliczyć zmniejszające się rodziny, kreują nowe problemy utrudniające podtrzymanie optymalnej kondycji społecznej. Rodziny z małą liczbą członków nie mają takiej sprawczości, jaką posiadała rodzina wielopokoleniowa, dlatego u wielu seniorów narastają trudności psychiczne w postaci depresji i utraty poczucia sensu życia. Autor podkreśla, iż przeprowadzone badania pozwalają na stwierdzenie, że ok. 10% respondentów w wieku 60+ doświadcza w objawów depresyjnych ujawniających się w postaci: zaburzeń snu, odżywiania, utraty masy ciała czy obniżenia samopoczucia. W niniejszym badaniu niecałe 5%

seniorów wskazało wprost, że cierpi na depresję lub inne zaburzenia psychiczne, co może sugerować, że część z nich może być niezdiagnozowana. Zauważa, że seniorzy w zmieniającej się rzeczywistości nadal preferują wartości związane z relacjami społecznymi, a sprawy materialne mają dla nich mniejsze znaczenie. Oznacza to, że nawet najbardziej optymalne rozwiązania instytucjonalne adresowane do seniorów, jeśli będą pozbawione elementu relacyjnego, nie przyniosą zamierzonych efektów w postaci poprawy jakości życia. Choć problem osamotnienia jest obecny, to zdaniem Autora znakomita większość ma poczucie, że dzięki własnej aktywności i relacjom społecznym są w stanie utrzymać zadowolenie z życia, które jest fundamentalnym elementem w ocenie jakości życia. Badacz podkreśla, iż interesujące jest to, że respondenci bardzo wysoko sobie cenią aktywność jako czynnik podnoszący jakość życia. Ponadto mają zasoby, które nie tylko są w stanie podtrzymać własną jakość życia, ale też pomóc w jej podnoszeniu innym ludziom.

Ten blok tematyczny kończy tekst autorstwa dra Dariusza Zalewskiego *Kondycja społeczno-zdrowotna polskich seniorów w kontekście deinstytucjonalizacji usług społecznych*. Zdaniem Autora znaczenie usług społecznych będzie rosło wraz z procesem zmian demograficznych, co jest szczególnie ważne w kontekście dominującej opinii, że powinny być one dostarczane w formule zdeinstytucjonalizowanej, bez konieczności zmiany miejsca zamieszkania przez seniorów. Według Badacza, by skutecznie i efektywnie realizować politykę deinstytucjonalizacji usług, muszą jednak być spełnione pewne warunki, a mianowicie seniorzy powinni mieć dostęp do kapitału opiekuńczego tworzonego w ramach relacji rodzinno-towarzyskich oraz ich stan zdrowia powinien umożliwiać samodzielne zaspokajanie podstawowych potrzeb. Jak zauważa Autor, wyniki badania dostarczają wiedzy pozwalającej na prześledzenie obu zagadnień, a szczególnej uwadze poddano korelacje relacji społecznych oraz stanu zdrowia seniorów z kohortami wiekowymi z założeniem, że wraz z wiekiem relacje społeczne ulegają osłabieniu, a samodzielność w zaspokajaniu potrzeb radykalnie się zmniejsza, co stanowi wyzwanie dla polityki

deinstytucjonalizacji usług dla seniorów należących do najstarszych kohort wiekowych. W analizie wykorzystano także wyniki badania dotyczące zakresu korzystania z różnych instytucjonalnych form wsparcia oraz prognozy współczynników potencjalnego wsparcia, wsparcia rodziców i potencjału pielęgnacyjnego do 2035 r.

Ostatni blok oddawanej do rąk Czytelników monografii dotyczy sieci społecznych, które odgrywają kluczową rolę w życiu osób starszych, wpływając na ich zdrowie psychiczne i fizyczne oraz poczucie własnej wartości i bezpieczeństwa. Właśnie do tych aspektów nawiązuje artykuł prof. Anny Fidelus *Sieci społeczne seniorów w teorii i praktyce*, w którym Autorka przedstawia zagadnienie roli sieci społecznych w życiu osób starszych w oparciu na wynikach badań przeprowadzonych w tym obszarze. Prezentację efektów eksploracji Badaczka poprzedziła interpretacją założeń teoretycznych wybranych koncepcji – teorii Castellsa, zaangażowania, aktywności, selektywnej optymalizacji z kompensacją, kapitału społecznego, wskazując w ich przesłankach na miejsce sieci społecznych w życiu seniorów. W artykule znalazły się również propozycje rozwiązań wzmacniających sieci społeczne seniorów, które mogą zostać wykorzystane w praktyce.

Kwestia sieci społecznych, tym razem w obszarze kultury, została podjęta w tekście prof. Rafała Wiśniewskiego i Michała Rydzewskiego pt. *Wychodząc poza indywidualizm? Seniorzy w polifonii sieci społeczno-kulturowych*. Autorzy prezentują wyniki i wnioski z badań dotyczące stylu życia osób w wieku 60+ w aspekcie uczestnictwa w kulturze w wymiarze indywidualnym i zbiorowym. Badacze skupiają się na realizowanych indywidualnie i grupowo aktywnościach seniorów w kulturze, będących składowymi stylu życia i elementami sieci społecznych seniorów, koncentrując się na wymiarach: wielkości miejscowości, wielkości gospodarstwa domowego, płci, wykształceniu i wieku.

Inną perspektywę sieci społecznych kreśli dr Rafał Bakalarczyk w tekście *Seniorzy w rodzinno-nieformalnych sieciach wsparcia w obliczu zapotrzebowania na opiekę, w szczególności w odniesieniu do pomocy w czynnościach życia codziennego i opieki*. W oparciu na wynikach badania są pokazane zapotrzebowanie na tego typu pomoc

oraz rola, jaką w jej udzielaniu pełnią rodzina i sieci nieformalne. Przedstawione są również zakres i rodzaj tego wsparcia, oczekiwania w tej sferze, a także zróżnicowanie według takich parametrów jak: wielkość gospodarstwa domowego, miejsce zamieszkania czy poziom wykształcenia. Przywołane zostały też kwestia udzielania opieki przez seniorów innym osobom zależnym oraz to, jakie cechy badanych sprzyjają podejmowaniu takich ról, a także jakie wyzwania to niesie np. w kontekście łączenia tej roli z pracą zarobkową. Analiza wyników badania, zdaniem Autora, potwierdza silnie rodzinny charakter opieki wobec osób starszych (tzw. familiaryzm), a także ukazuje zróżnicowanie sytuacji i postaw osób starszych w odniesieniu do rodzinnego wsparcia opiekuńczego – w zależności od różnych wymiarów społeczno-demograficznego zróżnicowania tej grupy wiekowej.

Kreśląc obraz starości w niniejszej publikacji, chcieliśmy pokazać jej wielowymiarowość, złożoność i różne oblicza, nagromadzone przez całe życie różnorodne doświadczenia osób starszych, zarówno te pozytywne, jak i negatywne, dokonywane wybory, wcześniejszy styl życia, stan zdrowia, wykonywana praca, miejsce zamieszkania, pełnione funkcje społeczne i sieci relacji społecznych wpływają bowiem na jej heterogeniczność.

Wyrażamy nadzieję, że przedstawione dane i analizy pozwolą na lepsze poznanie sytuacji osób starszych w Polsce i zrozumienie zachodzących zjawisk, zmian i zmiennych, jakie jej towarzyszą, a tym samym przyczynią się do działań ukierunkowanych na jej poprawę.

Z życzeniami dobrej, inspirującej lektury
Redaktorzy tomu
Elżbieta Bojanowska i Ryszard Czekalski

GERTRUDA UŚCIŃSKA*

Instytut Pracy i Spraw Socjalnych
Uniwersytet Warszawski

Bariery i ograniczenia w kontynuacji aktywności ekonomicznej osób w ustawowym wieku emerytalnym

Słowa kluczowe: aktywność ekonomiczna, osoby w ustawowym wieku emerytalnym, bariery, zabezpieczenie emerytalne

Wprowadzenie

Proces rozwoju społeczno-gospodarczego niesie nowe wyzwania dla całego zabezpieczenia emerytalnego. Instytucje międzynarodowe wskazują kierunki, w jakich państwa powinny dostosowywać do nich, m.in. krajowe systemy emerytalne, aby zminimalizować negatywne skutki tych wyzwań dla bezpieczeństwa socjalnego obywateli. To jednak na szczeblu poszczególnych państw podejmowane są działania reformujące dotychczasowe systemy. Każdy kraj indywidualnie diagnozuje swoje problemy i określa sposoby ich rozwiązywania; także w odniesieniu do prawa do emerytury.

* Prof. Gertruda Uścińska jest przewodniczącą Komitetu Nauk o Pracy i Polityce Społecznej PAN.

1. Podstawowe warunki nabycia prawa do emerytury w regulacjach MOP i Rady Europy

W świetle konwencji nr 102 Międzynarodowej Organizacji Pracy (MOP) i *Europejskiego kodeksu zabezpieczenia społecznego* Rady Europy emerytura powinna przysługiwać osobie, która osiągnęła co najmniej 30-letni staż opłacania składek lub zatrudnienia albo 20-letni okres zamieszkania. Dopuszczalne jest też przyznanie prawa do zmniejszonego świadczenia przy spełnieniu lżejszych warunków, np. 15-letniego stażu lub zatrudnienia.

Wyższy standard w zakresie warunków nabycia prawa do emerytury został zapisany zrewidowanym *Europejskim kodeksem zabezpieczenia społecznego* Rady Europy. Wskazano w nim, że emerytura powinna przysługiwać osobie, która osiągnęła 40-letni staż opłacania składek, zatrudnienia lub zamieszkania, a w razie niespełnienia tych kryteriów powinny być zapewnione świadczenia zmniejszone proporcjonalnie do długości faktycznie posiadanego okresu opłacania składek, zatrudnienia lub zamieszkania.

2. Wysokość świadczeń i stopa zastąpienia

W świetle unormowań międzynarodowych stopa zastąpienia¹ świadczeniem emerytalnym dochodów z pracy tzw. typowego emeryta, posiadającego pełny staż ubezpieczeniowy i staż pracy, powinna wynosić co najmniej 40%. Poszczególne dokumenty jednak różnie określają jej wysokość, np.:

- 1) konwencja nr 102 MOP oraz *Europejski kodeks zabezpieczenia społecznego* RE – 40% odpowiedniego wynagrodzenia,
- 2) konwencja nr 128 MOP oraz protokół do *Europejskiego kodeksu zabezpieczenia społecznego* RE – 45%,
- 3) zalecenie nr 131 MOP – 55%,

¹ Stopa zastąpienia to relacja wysokości przeciętnej emerytury z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych do przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej.

4) zrewidowany *Europejski kodeks zabezpieczenia społecznego* RE – 50% dla osoby samotnej i 65% dla osoby z małżonkiem w wieku uprawniającym do renty.

Z badań i analiz wynika, że zapewnienie stopy zastąpienia zapisanej w konwencji nr 102 MOP przez publiczne systemy emerytalne będzie wyzwaniem na przyszłość dla krajowych systemów emerytalnych².

3. Wiek emerytalny według zasad prawa międzynarodowego

Zgodnie z zapisami konwencji nr 102 MOP z 1952 r. oraz konwencji nr 128 MOP z 1967 r. wiek emerytalny nie powinien być wyższy niż 65 lat. Podwyższenie tej granicy jest możliwe tylko pod pewnymi warunkami:

- liczba osób, które osiągnęły ten wiek, wynosi przynajmniej 10% populacji mieszkańców w wieku między 15 rokiem życia a wiekiem emerytalnym (warunek sformułowany także w *Europejskim kodeksie zabezpieczenia społecznego* RE),

- kryteria demograficzne, ekonomiczne i społeczne uzasadniają wyższą granicę wieku emerytalnego (warunek zawarty też w zrewidowanym *Europejskim kodeksie zabezpieczenia społecznego* RE).

Jeżeli w regulacjach krajowych wiek emerytalny został ustalony na poziomie 65 lat lub wyższym, to powinien zostać obniżony w przypadku osób:

- wykonujących pracę uciążliwą lub szkodliwą dla zdrowia,
- z ustaloną niezdolnością do pracy,
- długotrwale bezrobotnych w wieku przedemerytalnym,
- mających wystarczająco długi staż pracy, okres ubezpieczenia lub okres zamieszkiwania.

² G. Uścińska, *Prawo zabezpieczenia społecznego*, Warszawa 2022; też, *Wejście osób starszych w wiek emerytalny. Trendy i wyzwania*, „Polityka Społeczna” 2023, nr 1 tematyczny, s. 2–8.

Ustalanie granicy wieku emerytalnego i jego określenie wymagają analizy w różnych ujęciach. Pod uwagę powinno się brać różne przesłanki, w tym prawne i społeczne. Granica wieku emerytalnego powinna być oparta również na kryteriach zdrowotnych, w tym na poziomie zdolności do pracy, a także na kryteriach o charakterze gospodarczym, determinujących możliwości dalszej pracy w warunkach sytuacji panującej na rynku pracy.

Przy ustalaniu wieku emerytalnego istotną rolę odgrywają także czynniki ekonomiczne i demograficzne. Przesłanka wysługi związanej ze stażem pracy, czyli wypoczynku po zatrudnieniu (i opłacaniu składek) przez kilkadziesiąt lat, często występuje w połączeniu z osiągnięciem tego wieku. W tym zakresie obowiązują zróżnicowane rozwiązania, ale zasadniczo są one oparte na wymaganiu długiego okresu zatrudnienia i opłacania składek³.

4. Zalecenia dotyczące polityki emerytalnej w prawie międzynarodowym

Aby prawidłowo spełniać zadanie ochrony bezpieczeństwa socjalnego obywateli, systemy emerytalne muszą elastycznie reagować na zmiany otoczenia społecznego (szczególnie demograficzne) i gospodarczego. Monitorowanie funkcjonowania zasad działania zabezpieczenia emerytalnego w różnych krajach, uwzględniające trendy społeczno-gospodarcze, stało się przesłanką do sformułowania przez MOP w zaleceniu nr 202 zasad i kierunków, w jakich powinny rozwijać się systemy emerytalne. Wymienia się w nim:

- uniwersalność ochrony opartej na solidarności społecznej,
- adekwatność i przewidywalność świadczeń,
- niedyskryminację, równość płci oraz reagowanie na szczególne potrzeby,

³ G. Uścińska, *Prawo zabezpieczenia społecznego*, dz. cyt.; też, *Wejście osób starszych...*, dz. cyt.

- integrację społeczną, obejmującą także osoby zatrudnione w gospodarce nieformalnej,
- solidarność w finansowaniu, przy jednoczesnym dążeniu do osiągnięcia optymalnej równowagi między obowiązkami a korzyściami podmiotów finansujących systemy zabezpieczenia społecznego oraz osób z nich korzystających.

Komisja Europejska podkreśla, że wyzwaniem dla polityki emerytalnej jest wprowadzenie systemu stabilnego finansowo, dzięki czemu mogłaby osiągnąć swój podstawowy cel, czyli zapewnić starszym ludziom adekwatne dochody na emeryturze i możliwość korzystania z godziwego standardu życia i niezależności ekonomicznej. Zaleca się zatem w szczególności:

- powiązanie wieku emerytalnego z dłuższym średnim trwaniem życia,
- ograniczenie dostępu do systemów wczesnych emerytur i innych możliwości wczesnego zaprzestania aktywności zawodowej,
- wspieranie dłuższego życia zawodowego za pomocą takich działań, jak: poprawa dostępu do możliwości uczenia się przez całe życie, dostosowanie miejsc pracy do większej różnorodności pracowników, tworzenie możliwości zatrudnienia dla starszych pracowników oraz wspieranie aktywnego i zdrowego starzenia się,
- zrównanie ustawowego wieku emerytalnego mężczyzn i kobiet,
- wspieranie uzupełniających oszczędności emerytalnych w celu zwiększenia dochodów na emeryturze⁴.

5. Wiek emerytalny w państwach członkowskich UE⁵

Według danych Mutual Information System on Social Protection (MISSOC) ilustrujących stan prawny na 1 stycznia 2023 r. ustawy

⁴ Tamże.

⁵ Na podstawie Mutual Information System on Social Protection (MISSOC) 2025, <https://www.missoc.org/missoc-database/comparative-tables/results/> (dostęp: 20.09.2025). MISSOC to system wzajemnej informacji na temat ochrony

wiek emerytalny kobiet w systemie powszechnym wynosił od 60 lat (Austria, Malta, Polska) do 67 lat (Grecja przy stażu pracy krótszym niż 40 lat, Włochy, Niemcy), natomiast ustawowy wiek emerytalny mężczyzn w systemie powszechnym – od 61 lat (Malta) do 67 lat (Niemcy, Grecja).

Nie w każdym kraju jednak ustawowy wiek emerytalny kobiet i mężczyzn jest odmienny. Taki sam wiek emerytalny kobiet i mężczyzn obowiązuje w wielu europejskich krajach, m.in.: w Belgii (65 lat), na Cyprze (65 lat), w Danii (67 lat), Estonii (64 lata 3 mies.), we Francji (w systemie podstawowym 62 lata), w Niemczech (65 lat), w Grecji (67 lat), na Węgrzech (65 lat), Łotwie (64 lata), w Luksemburgu (65 lat), Portugalii (66 lat 5 mies.), na Słowacji (maks. 64 lata), w Słowenii (65 lat), Hiszpanii (65 lat), Szwecji (65 lat zależnie od systemu) i Holandii (66 lat 4 mies.).

Powszechnie w krajach członkowskich UE w odniesieniu do ustawowego wieku emerytalnego zauważalna jest tendencja do jego wydłużania (65–74 lata) oraz zrównania dla kobiet i mężczyzn. Docelowy (uwzględniający zmiany, które będą dotyczyć osób wchodzących na rynek pracy w 2022 r.) wiek emerytalny dla kobiet i mężczyzn po 2050 r. będzie wynosić: 65 lat w Austrii, Czechach, we Francji, na Łotwie, Litwie i w Hiszpanii; 66 lat w Grecji i Irlandii; 67 lat w Belgii, Niemczech i Norwegii; 68 lat w Portugalii; 69 lat w Finlandii i na Słowacji; 70 lat w Holandii i Szwecji; 71 lat w Estonii i we Włoszech oraz 74 lata w Danii⁶.

socjalnej między państwami członkowskimi UE, Europejskiego Obszaru Gospodarczego oraz Szwajcarii. Baza danych zawiera tablice porównawcze ze szczegółowymi informacjami na temat ochrony socjalnej w 31 krajach. Są one podzielone na 12 głównych rozdziałów (tabel): finansowanie, opieka zdrowotna, choroba, macierzyństwo/ojcostwo, inwalidztwo, starość, osoby pozostałe przy życiu, wypadki przy pracy i choroby zawodowe, rodzina, bezrobocie, gwarantowane minimalne zasoby i opieka długoterminowa. Każda tabela jest podzielona na wiele kategorii, takich jak: podstawa prawna, zakres zastosowania, warunki i wysokość świadczenia.

⁶ OECD, *Pensions at a Glance 2023: OECD and G20 Indicators*, Paris 2023, <https://doi.org/10.1787/678055dd-en> (dostęp: 20.09.2025).

6. Podstawowe zasady prawne polskiego systemu emerytalnego i jego uwarunkowania

Głównym aktem prawnym regulującym zasady organizacji i funkcjonowania polskiego powszechnego systemu emerytalnego jest ustawa z 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych⁷, natomiast jego podstawowym dopełnieniem – ustawa z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych⁸.

7. Zabezpieczenie emerytalne w Polsce

Na koniec 2024 r. w Polsce odnotowano 8,4 mln emerytów. Wyraźnie zaznacza się proces starzenia się ludności, będący głównie wynikiem niskiej dzietności rodzin, ale też wydłużania się przeciętnego trwania życia⁹. Prognozy demograficzne wskazują, że w ciągu 40 lat liczba ludności Polski zmniejszy się o ponad 4,4 mln osób¹⁰. Jednocześnie będzie postępował proces starzenia się populacji i obciążenia systemu emerytalnego. W 2060 r. na jednego emeryta będzie przypadać 1,3 ubezpieczonych, podczas gdy w 2020 r. wskaźnik ten wynosił 2,5.

Także pozytywne zjawisko demograficzne, jakim jest wydłużanie się przeciętnego trwania życia, zwiększa obciążenie systemów emerytalnych. Prognoza globalna mówi o wydłużeniu średniego trwania życia o ok. 5 lat do 2060 r. i zjawisko to ma bardzo dynamiczny przebieg. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego średnie dalsze trwanie życia dla 60-letniej osoby wynosi w 2025 r. 266,4 miesiąca (o 5,7 miesiąca dłużej niż w 2019 r.), a dla 65-letniej – 220,8 miesiąca (o 3,7 miesiąca dłużej niż w 2019 r.)¹¹.

⁷ Tekst jednolity Dz. U. z 2024 r. poz. 1631, 1674, z 2025 r. poz. 718, 769, 1159.

⁸ Tekst jednolity Dz. U. z 2025 r. poz. 350, 620, 622, 769, 820, 1083, 1160.

⁹ Rządowa Rada Ludnościowa (RRL), *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2019–2020*, Warszawa 2020.

¹⁰ GUS, *Baza Demografia*, <https://demografia.stat.gov.pl/BazaDemografia/StartIntro.aspx> (dostęp: 20.09.2025).

¹¹ GUS, *Komunikat Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 25 marca 2025 r. w sprawie tablicy średniego dalszego trwania życia kobiet i mężczyzn*, <https://stat.gov.pl>.

Funkcjonujący w Polsce powszechny system ubezpieczenia emerytalnego nazywany jest systemem zdefiniowanej składki (*defined contribution system*). Istotne znaczenie dla wysokości świadczenia ma możliwie długi okres aktywności zawodowej, kiedy składki na ubezpieczenia społeczne obliczane od wynagrodzeń za pracę odprowadzane do Funduszu Ubezpieczeń Społecznych powiększają kapitał emerytalny ubezpieczonego.

Obok zdefiniowanej składki ważnym elementem w polskim systemie emerytalnym jest kapitał początkowy, chociaż obserwuje się jego malejącą rolę przy ustalaniu wysokości emerytur według nowych zasad. W 2025 r. będzie on stanowił ponad 56% łącznego kapitału emerytalnego kobiet w wieku 60 lat i mężczyzn w wieku 65 lat. W 2030 r. będzie to ok. 40%, a od 2039 r. – mniej niż 10%.

Konstrukcja polskiego systemu emerytalnego, w którym istotne znaczenie mają: wiek emerytalny, długość okresu ubezpieczenia i wielkość kapitału emerytalnego (mimo jego waloryzowania), przy aktualnych trendach demograficznych powoduje, że stopa zastąpienia wcześniejszych przychodów emeryturą stopniowo spada. O ile w 2019 r. wynosiła ona 56,4%, o tyle według szacunków w 2040 r. będzie to już tylko 37%, a w 2060 r. – jedynie 24,9%¹².

Jednym z istotnych sposobów ochrony realnej wartości świadczeń emerytalnych, ich adekwatności jest dywersyfikacja źródeł oszczędzania na poczet przyszłej emerytury. Publiczny system emerytalny musi zostać uzupełniony o inne źródła, z których będą pochodziły dochody

gov.pl/sygnalne/komunikaty-i-obwieszczenia/lista-komunikatow-i-obwieszczen/komunikat-w-sprawie-tablicy-sredniego-dalszego-trwania-zycia-kobiet-i-mezczyzn,285,13.html (dostęp: 20.09.2025).

¹² Dane Departamentu Statystyki i Prognoz Aktuarialnych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS). Dla lat 2030–2060 obliczeń dokonano na podstawie opracowania ZUS, *Prognozy wpływów i wydatków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych na lata 2019–2023*, Warszawa 2018. Z przedstawionych danych wynika, że stopa zastąpienia będzie się obniżać. Nie oznacza to jednak, że realna wartość świadczeń będzie spadała. Będą one ustalone od innej podstawy obliczania, adekwatnej do sytuacji gospodarczej.

na starość. Taki kierunek myślenia jest konieczny dla zagwarantowania wyższych stóp zastąpienia przychodów z pracy przez emeryturę.

8. Ustawowy wiek emerytalny w Polsce

Wiek emerytalny dla kobiet w wieku 60 lat i dla mężczyzn w wieku 65 lat został wprowadzony w Polsce w 1954 r.¹³ i obowiązywał do 2012 r. 1 stycznia 2013 r. ustawowy wiek emerytalny został zróżnicowany w zależności od daty urodzenia oraz płci. Jako docelowy, osiągany stopniowo w kolejnych latach, uznano jednocześnie wiek 67 lat zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn. Jednak od 1 października 2017 r. przywrócono wiek emerytalny obowiązujący do 2013 r., czyli 60 lat dla kobiet i 65 lat dla mężczyzn.

Termin „wiek emerytalny” (czasami „wiek okołoemerytalny”) to w badaniach, analizach i źródłach statystycznych najczęściej wiek między 50 a 70 rokiem życia. Obejmuje nie tylko populację w przedziale wyznaczonym ustawowymi granicami wieku emerytalnego, ale też zbiorowość z sąsiednich grup wiekowych, wśród której obserwuje się największą liczbę osób opuszczających rynek pracy¹⁴. Zgodnie z prognozami demograficznym udział populacji w wieku poprodukcyjnym wśród ogółu ludności Polski wzrośnie z 22% w 2019 r. do 35,8% w 2059 r., po czym spadnie do 33,5% w 2080 r. Tym samym seniorzy stanowić będą 1/3 ogółu ludności w naszym kraju.

Tak znaczny udział osób w wieku poprodukcyjnym w strukturze polskiego społeczeństwa jest poważnym wyzwaniem dla rozwoju

¹³ Ustawowy wiek emerytalny oznacza, że prawo ustala granicę do przejścia na emeryturę. Nie jest to jednak obowiązek. Prawo nie nakazuje ani nie zobowiązuje osób, które osiągnęły ustawowy wiek emerytalny, do przejścia na emeryturę, daje jednak możliwość przejścia i skorzystania ze świadczenia. Oznacza to, że od strony formalnej nie stanowi ono bariery czy ograniczenia w kontynuacji aktywności ekonomicznej w wieku 60 czy 65 lat. Można korzystać z tego prawa w dowolnym późniejszym czasie, zgodnie z indywidualną decyzją.

¹⁴ F. Raciborski, B. Samoliński, *Stres okołoemerytalny w ujęciu zdrowotnym, ekonomicznym, psychologicznym i społecznym*, Warszawa 2013, s. 2–3.

społeczno-gospodarczego kraju. Seniorzy to generacje posiadające ogromny potencjał kapitału ludzkiego i społecznego, który powinien zostać w optymalnym stopniu spożytkowany; zwłaszcza w warunkach kurczących się zasobów pracy¹⁵. To jednak także coraz liczniejsza zbiorowość, do której corocznie transferowane są coraz większe kwoty z tytułu zobowiązań państwa, wynikających z zasad publicznego systemu ubezpieczeń emerytalnych¹⁶. Corocznie ok. 300–330 tys. osób osiąga wiek emerytalny i przechodzi na emeryturę¹⁷.

Według danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) pochodzących z rejestrów ubezpieczonych i pobierających świadczenie emerytalne liczba osób w wieku emerytalnym aktywnych zawodowo jest nieco wyższa – 870 tys. Niemniej dla większości pracujących osiągnięcie ustawowego wieku emerytalnego oznacza zakończenie aktywności zawodowej i odejście z rynku pracy.

Podstawowym wyzwaniem dla państwa i społeczeństwa jest przesunięcie wieku dezaktywizacji zawodowej seniorów. Nie chodzi tu jednak o ustawową decyzję o podniesieniu tego wieku, a o stworzenie systemu zachęt, w którym takie decyzje będą wychodzić od osób pracujących, będą ich autonomicznym wyborem. Ogólnie jest to zachowanie korzystne dla wszystkich zainteresowanych stron. Dla państwa dłuższa aktywność zawodowa pracujących oznacza odciążenie funduszy ubezpieczeniowych i kontynuację wpływu składek i podatków związanych z pracą. Dla całego społeczeństwa są to: możliwość wykorzystania potencjału kwalifikacji i doświadczenia, jakie na rynek pracy wnoszą seniorzy, oraz złagodzenie skutków i spowolnienie tempa kurczenia się zasobów pracy. Dla samych seniorów dalsza obecność na rynku pracy to wymierna korzyść w postaci wyższej emerytury

¹⁵ W. Wróblewska, *Procesy demograficzne i gospodarka senioralna w Polsce – wybrane aspekty*, w: *Teoretyczne i aplikacyjne wyzwania współczesnych procesów gospodarczych*, red. M. Sosnowski, A. Żabiński, Wrocław 2020, s. 96–107.

¹⁶ *Zmiany demograficzne a rynek pracy i ubezpieczenia społeczne*, Materiały z III Kongresu Demograficznego, cz. IV, red. G. Uścińska, Z. Wiśniewski, Warszawa 2022.

¹⁷ G. Uścińska, *Wejście osób starszych w wiek emerytalny...*, dz. cyt.

(każdy rok pracy po osiągnięciu wieku emerytalnego to nawet piętnastoprocentowy wzrost świadczenia), ale też korzyści o charakterze psychologicznym: podtrzymanie kontaktów międzyludzkich i poczucie przydatności, większej niezależności, bezpieczeństwa finansowego¹⁸.

Zdecydowana większość Polek i Polaków korzysta z prawa do przejścia na emeryturę bezpośrednio po spełnieniu wymogów formalnych (osiągnięcie wieku emerytalnego). Udział tej zbiorowości w kolejnych latach wzrasta, przy czym takie postawy dotyczą częściej mężczyzn niż kobiet. Odkładanie decyzji o emeryturze dotyczy natomiast częściej kobiet, które odraczają ją – przeważnie – na dłużej niż mężczyźni.

Według prognoz przygotowanych przez ZUS w latach 2025–2029¹⁹ na emerytury przechodzić będzie ok. 300 tys. uprawnionych rocznie. Prawo do emerytury uzyskają bowiem mężczyźni z licznego rocznika 1959. Ponadto znaczna część kobiet urodzonych w 1963 r., które dopiero nabyły uprawnienia emerytalne, także decyduje się przejść na emeryturę. Dla rynku pracy i finansów publicznych optymalnym rozwiązaniem byłoby zmniejszenie tego odpływu zasobów pracy przynajmniej o 1/3. Dla całej populacji w wieku okołoemerytalnym przyniosłoby to skutek w postaci wyższych świadczeń.

9. Powody przejścia na emeryturę

Wiek okołoemerytalny i sytuacje związane z przejściem na emeryturę to skomplikowana faza życia. Postawy, decyzje i działania na tym etapie są wyznaczane przez różne zjawiska i sytuacje mające swoje źródło zarówno w uwarunkowaniach indywidualnych, jak też w szerszych zjawiskach i procesach środowiskowych czy nawet makrospołecznych i makroekonomicznych.

¹⁸ K. Pawlikowska-Łagód, O. Dąbska, *Aktywność zawodowa a przejście na emeryturę w opinii polskich seniorów*, „Rynek–Społeczeństwo–Kultura” 2018, nr 2(28), s. 146–148.

¹⁹ *Prognoza wpływów i wydatków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych na lata 2025–2029*, ZUS 2025, <https://www.zus.pl/-/nowa-prognoza-funduszu-ubezpiecze%C5%84-spo%C5%82ecznych> (dostęp: 20.09.2025).

Do warunków sprzyjających kontynuowaniu aktywności zawodowej zaliczyć można stabilne warunki nabycia prawa do świadczenia emerytalnego w długiej perspektywie. W literaturze przedmiotu podnosi się, że na decyzję o przejściu na emeryturę mogą mieć wpływ zmiany podstawowych zasad funkcjonowania systemu emerytalnego²⁰. W przypadku Polski badacze zwracają uwagę na zmiany w systemie emerytalnym z ostatnich lat, jak zmiana charakteru prawnego otwartych funduszy emerytalnych (OFE) w 2011 r., czyli: wprowadzenie dobrowolności oszczędzania w tych funduszach wobec wcześniejszej obowiązkowości, wprowadzenie suwaka bezpieczeństwa, a także umorzenie części obligacyjnej OFE (2014 r.). Do zmian tych należą także niestabilne decyzje w sprawie wieku emerytalnego, czyli jego podniesienia i zrównywania do 67 lat (2013 r.), a potem powrotu do poprzednich rozwiązań (2017 r.).

Z perspektywy jednostki skorzystanie z prawa do przejścia na emeryturę oznacza zaprzestanie lub ograniczenie aktywności zawodowej, ze wszystkimi tego konsekwencjami – pozytywnymi i negatywnymi – dla sytuacji dochodowej, podziału ról w rodzinie, budżetu czasu, możliwości samorealizacji, kontaktów społecznych itd.²¹

Emerytury w Polsce – generalnie – nie są wysokie. Ustawowo określona emerytura minimalna, którą w systemie powszechnym (z ZUS) otrzymywało 170,8 tys. emerytów, wynosiła od marca 2024 r. 1780,96 zł. To kwota stanowiąca ok. ¼ przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce. W grudniu 2024 r. 433,1 tys. osób, tj. ponad 9,2% więcej emerytów niż rok wcześniej (396,9 tys.), pobierało emeryturę w wysokości niższej niż minimalna²².

²⁰ G. Uścińska, *Prawo zabezpieczenia społecznego*, dz. cyt., s. 203n.

²¹ F. Raciborski, B. Samoliński, dz. cyt.

²² ZUS, *Emerytury nowosystemowe wypłacone w grudniu 2024 r. w wysokości niższej niż wysokość najniższej emerytury (tj. niższej niż 1780,96 zł)*, Warszawa 2025, s. 2, <https://www.zus.pl/documents/10182/2564874/Emerytury+niższe+niż+najniższa+XII+2024.pdf/fff0fe1e-28e4-b96b-cada-91093e90c288?t=1739793195793> (dostęp: 20.09.2025).

Jakie więc są powody masowego przechodzenia na emeryturę zaraz po uzyskaniu do tego prawa?

Z badań Instytutu Pracy i Spraw Socjalnych (IPiSS)²³ wynika, że zdecydowanie najczęściej (dotyczy prawie 1/3 badanych) przesłankami decyzji o zaprzestaniu pracy zawodowej są warunki pracy i zmęczenie obowiązkami zawodowymi. Znaczna grupa respondentów odeszła z rynku pracy, gdyż – na ogół – jako seniorzy napotkali trudności w utrzymaniu się na nim (doświadczenia dyskryminacji ze względu na wiek, konkurowanie o pracę z młodszymi pracownikami). Z rynku pracy wyklucza osoby starsze także brak umiejętności lub chęci wykorzystania ich wiedzy i kwalifikacji przez pracodawców i służby zatrudnienia.

Ponad 1/4 respondentów wskazywała, że emerytura oznacza dla nich przede wszystkim czas na obowiązki rodzinne wykluczające kontynuację lub podjęcie pracy zawodowej (prowadzenie domu i opieka nad wnukami przez kobiety oraz nierzadko równocześnie opieka nad niesamodzielnymi rodzicami i/lub współmałżonkiem).

Możliwość atrakcyjnego spędzania czasu wolnego na emeryturze była przyczyną niekontynuowania i niepodjęcia pracy zawodowej dla znacznej grupy (ponad 16%) respondentów. Warto też zwrócić uwagę, że prawie 5% badanych (co 20 osoba) wskazywało, że praca zawodowa osób starszych jest nieopłacalna. Tymczasem, jak wynika z badań jakościowych IPiSS²⁴, wiodącymi czynnikami motywującymi respondentów do nieprzerwywania aktywności zawodowej – poza indywidualną potrzebą pozostania aktywnym na rynku pracy – jest potrzeba uzyskania dodatkowego dochodu w celu poprawienia sytuacji finansowej swojej i/lub najbliższej rodziny.

²³ IPiSS, I fala badań w ramach projektu badawczego „Łagodzenie skutków pandemii wśród grup wysokiego ryzyka – osoby 60+”, styczeń/luty 2022, s. 40.

²⁴ IPiSS, II fala badań w ramach projektu badawczego „Łagodzenie skutków pandemii wśród grup wysokiego ryzyka – osoby 60+”, styczeń 2023, s. 18.

10. Działania na rzecz wydłużania aktywności zawodowej osób w wieku emerytalnym

W odniesieniu do całego zjawiska aktywności zawodowej emerytów istotne znaczenie mają edukacja i coraz szersza wiedza (informowanie) w społeczeństwie na temat zasad działania systemu ubezpieczenia emerytalnego, w którym dłuższa praca oznacza wyższe świadczenie. Polski system jest pod tym względem szczególnie korzystny. Mimo że wydłużenie pracy na przykład o 2 lata po osiągnięciu wieku emerytalnego oznacza brak 24 wypłat świadczenia, to kwotę tę w ciągu 5–7 lat zrekompensuje przyznana dwa lata później, ale wyższa, emerytura.

Warto zaznaczyć w tym kontekście, że w Polsce mężczyznę w wieku 65 lat czeka przeciętnie 15 lat życia, a więc pobierania świadczenia, a kobietę – 23 lata. Poza tym dorabianie do emerytury pozwala tylko przez pewien czas uzyskiwać dochód z obydwu źródeł, natomiast odłożenie decyzji o przejściu na emeryturę daje wyższe świadczenie do końca życia. Obliczenia ZUS potwierdzają, że po 5 latach odraczania emerytury jest ona wyższa nawet o 35–40% niż przy dorabianiu i tylko przeliczaniu przyznanego już wcześniej świadczenia.

W procesie edukacji i informowania osób w wieku emerytalnym o warunkach i skutkach decyzji o przejściu na emeryturę istotną rolę odgrywają doradcy emerytalni ZUS i kalkulator emerytalny²⁵.

Na wydłużenie aktywności zawodowej osób w wieku okołoeemerytalnym mają wpływ działania z obszaru ochrony zdrowia. Chodzi tu o szerokie podejście do zagadnienia obejmujące zarówno profilaktykę schorzeń, jak i ich leczenie. Oczekiwane są przy tym kompleksowe działania systemowe. Dla seniorów ważne jest ograniczenie czynników utrudniających dostęp do usług medycznych nie tylko przez działania w obszarze polityki ochrony zdrowia, ale znacznie szersze, w tym takie, które pozwolą na eliminację przejawów

²⁵ G. Uścińska, *Wejście osób starszych...*, dz. cyt., s. 7.

wykluczenia w dostępie do tych usług z powodu problemów komunikacyjnych (transportowych).

Kolejna grupa rozwiązań ukierunkowanych na wspieranie dłuższej aktywności zawodowej dotyczy bezpośrednio funkcjonowania osób w wieku okołoemerytalnym na rynku pracy. Respondenci wymieniali tu oczekiwane działania zarówno ze strony pracodawców, jak i służb zatrudnienia. Wskazywali, że potrzebne są konkretne rozwiązania organizacyjne, a w niektórych przypadkach dostosowanie warunków pracy związane z jej charakterem. Podstawową przesłanką do ich wdrażania musi być jednak eliminowanie negatywnych stereotypów i tworzenie w całym społeczeństwie klimatu, w którym dostrzega się: wartość pracy seniorów, ich kapitał ludzki i społeczny, wieloletnie doświadczenie, zaangażowanie w pracę czy też rzadsze w porównaniu z młodszymi pracownikami przebywanie na zwolnieniach lekarskich²⁶.

11. Bariery i ograniczenia w kontynuacji aktywności ekonomicznej osób w ustawowym wieku emerytalnym – wyniki badań ilościowych i jakościowych 2024

Jednym z obszarów badawczych projektu *Świat na miarę seniora – sytuacja osób starszych w Polsce*, realizowanego przez Referencyjny Ośrodek Badawczy Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego i IPiSS, była aktywność ekonomiczna seniorów, w tym zidentyfikowanie barier i ograniczeń w kontynuacji aktywności ekonomicznej osób w ustawowym wieku emerytalnym. Zrealizowano zarówno badania ilościowe, jak i jakościowe.

²⁶ ZUS, *Absencja chorobowa w 2024 roku*, Warszawa 2025, s. 33, <https://www.zus.pl/documents/10182/39590/Absencja+chorobowa+w+2024+roku.pdf/d395e-590-de6e-5bf6-f53c-5eab9272063f?t=1751529083604> (dostęp: 20.09.2025).

12. Wyniki badania ilościowego

Aktywność ekonomiczna seniorów to bardzo ważne zagadnienie w kontekście wydłużającej się aktywności zawodowej Polaków oraz zmieniającej się struktury wieku populacji (wzrost liczby osób w wieku poprodukcyjnym w liczbie ludności ogółem). Aktywność ta stanowi także ważny wymiar dobrostanu i jakości życia seniorów.

Świadczenie emerytalne jest dominującym źródłem utrzymania wśród seniorów. Jak wynika z badań, ponad 83% osób powyżej 60 roku życia z niego korzysta. Wraz z wiekiem odsetek emerytów wyraźnie rośnie. Wśród osób powyżej 75 roku życia przekracza 90% i osiąga niemal 99% w najstarszej grupie wiekowej (85+). Status emeryta deklarują nieco częściej kobiety (86,8% ogółu badanych) niż mężczyźni (83,3% ogółu).

Drugą co do wielkości grupą są osoby nadal aktywne zawodowo. Wraz z wiekiem udział osób aktywnych zawodowo gwałtownie maleje. Największy odsetek pracujących obserwuje się w grupie 60–64 lata (ponad 1/3). Praca na etacie (19%), działalność gospodarcza (14,2%) i praca na umowach cywilnoprawnych (6,4%) są relatywnie popularne, szczególnie wśród mężczyzn. Po 75 roku życia aktywność ekonomiczna jest minimalna (4,1% w grupie 75–79 lat, 4,8% w grupie 80–84 lata i 1,1% w grupie 85+).

Udział osób prowadzących własną działalność gospodarczą jest stosunkowo niewielki, ale zauważalny (9,6% ogółu badanych). Działalność tę prowadzą częściej mężczyźni (14,2% ogółu) niż kobiety (7,1% ogółu).

Wśród aktywnych zawodowo można wyróżnić również osoby pracujące na umowę-zlecenie/umowę o dzieło oraz niewielki odsetek prowadzących gospodarstwo rolne – szczególnie widoczny wśród osób przed 65 rokiem życia (3,1% w grupie 60–64 lata) i tuż po nim (2,1%).

W badanej próbie niewiele było osób bezrobotnych (1,5% ogółem), a ich udział spada wraz z wiekiem. Rentę jako główne źródło utrzymania wskazywało niespełna 3% ogółu badanych, przy czym nieco częściej otrzymują ją mężczyźni. Marginalną grupę stanowiły osoby

pracujące bez formalnej umowy oraz te, które nigdy nie pracowały i nie pobierały żadnych świadczeń.

Taka struktura wyraźnie pokazuje, że przejście na emeryturę jest dominującym wyborem wśród osób starszych, przy czym część badanych – zwłaszcza młodszych seniorów – łączy świadczenie emerytalne z pracą zarobkową, wykonywaną najczęściej w formach niestandardowych (własna działalność, umowy cywilnoprawne).

Potwierdza to fakt, że zdecydowana większość Polek i Polaków korzysta z prawa do przejścia na emeryturę bezpośrednio po osiągnięciu ustawowego wieku emerytalnego. Udział tej zbiorowości w kolejnych latach wzrasta, przy czym takie postawy dotyczą częściej mężczyzn niż kobiet. Natomiast częściej kobiety odkładają decyzję o emeryturze i to – zasadniczo – na dłużej niż mężczyźni.

Co skłania osoby starsze do kontynuowania aktywności zawodowej? Wśród ogółu badanych ($n = 785$) najwięcej respondentów odpowiedziało, że lubi swoją pracę (36,8%) i częściej tak odpowiadały kobiety (39,2%) niż mężczyźni (33,6%) oraz osoby w grupie wieku 75–79 lat (48,3%) i 80–84 lata (57,1%). Kolejne powody dalszej pracy zawodowej to możliwość utrzymywania kontaktu z innymi ludźmi (33,2%) – taką odpowiedź częściej wymieniały kobiety (37,5%) niż mężczyźni (27,5%) – oraz fakt, że praca porządkuje życie badanych i wypełnia czas wolny (18,6% ogółu). Wielu respondentów podkreślało, że pracując, mogą dzielić się swoim doświadczeniem z młodszymi pokoleniami (17,2%) oraz mają szansę na ciągły rozwój (14,8% osób).

Czynniki motywujące do pracy odnosiły się również do wymiaru finansowego aktywności ekonomicznej – 18,2% chce podwyższyć swoją emeryturę, 15,5% pracuje, bo potrzebuje pieniędzy na bieżące wydatki (m.in.: leki, jedzenie, opłaty), a 15,4% ze względu na chęć podniesienia standardu życia. Motywy finansowe są bardziej widoczne w grupach młodszych seniorów (60–64 lata), a zanikają niemal zupełnie wśród najstarszych badanych (80+). Osoby, które pracowały wyłącznie z powodu braku uprawnień emerytalnych, stanowiły niewielki odsetek (4,3%) i praktycznie nie było ich w najstarszych grupach wieku.

Wśród czynników motywujących do pracy pojawiają się także aspekty psychologiczne, takie jak poczucie bycia potrzebnym, ważnym (8%) czy możliwość kontynuowania kariery zawodowej (11,7%). Czynniki te są szczególnie istotne dla pracujących kobiet (odpowiednio 9,3% i 13,2%).

Wyniki badań wskazują, że motywacje osób starszych do podejmowania pracy są złożone i nie wynikają tylko z aspektów ekonomicznych, ale także do potrzeb społecznych oraz samorealizacyjnych.

Jakie są powody braku aktywności zawodowej seniorów? Wśród ogółu badanych ($n = 2618$) zdecydowana większość (68,9%) odpowiedziała, że nie widzi potrzeby pracy, bo jest emerytem lub emerytką. Potwierdza to, że osoby pracujące po osiągnięciu ustawowego wieku emerytalnego wycofują się z rynku pracy (69,3% kobiet i 68,2% mężczyzn). Wraz z wiekiem odsetek ten rośnie: 73,7% w grupie 70–74 lata, 69,4% w grupie 75–79 lat, 72,3% w grupie 80–84 lata i 71,9% w grupie 85+.

Drugim powodem zaprzestania aktywności ekonomicznej był zły stan zdrowia (16,8% ogółu badanych), wskazywany zarówno przez kobiety (16,3%), jak i mężczyzn (17,7%). Im wyższy był wiek osób starszych, tym ten odsetek był wyższy (15,8% w grupie 70–74 lata, 22,2% w grupie 75–79 lat, 21,3% w grupie 80–84 lata i 21,3% w grupie 85+).

Stosunkowo niewielka grupa respondentów zgłaszała: niemożność znalezienia pracy mimo chęci jej podjęcia (3,7%), niskie oferowane wynagrodzenie (2,4%) czy brak wystarczających kompetencji i niechęć do dokształcania się (2,6%).

Respondenci wskazywali również na obowiązki rodzinne (7,3%), w tym opiekę nad wnukami czy innymi członkami rodziny, oraz wypalenie zawodowe i zmęczenie (6,7%); obie te przyczyny częściej podawały kobiety (odpowiednio 8,3% i 8,1%) i osoby w grupie 60–64 lata (odpowiednio 10,6% i 10,4%). Przejście na emeryturę jako możliwość atrakcyjnego wykorzystania czasu wolnego podało 12,1% badanych (12,3% kobiet i 11,7% mężczyzn).

Wśród przyczyn braku aktywności zawodowej wymieniono także: konieczność sprawowania opieki nad niesamodzielną osobą starszą

(4,3% ogółu; częściej wymieniały ten powód kobiety – 5,2%, niż mężczyźni – 2,6%) oraz złe traktowanie przez współpracowników (3,3%), trudności z adaptacją do nowych wymagań rynku pracy (2,6%) czy nadmierne obciążenie fizyczne i psychiczne (4,3%).

Wyniki badań wskazują, że głównymi czynnikami dezaktywizacji są uprawnienia emerytalne oraz stan zdrowia, a czynniki ekonomiczne czy systemowe mają zdecydowanie mniejsze znaczenie.

Przedmiotem eksploracji badawczej były także kwestie sprawowania przez badanych opieki nad niesamodzielną osobą starszą w kontekście łączenia tego obowiązku z pracą zarobkową.

Ogółem 25,5% badanych ($n = 979$) deklarowało, że łączy w jakiejkolwiek formie podejmowaną aktywność zarobkową z opieką nad niesamodzielną osobą starszą, przy czym nieco częściej obowiązki te wykonują kobiety (27,2%) niż mężczyźni (23,3%).

Najwyższy odsetek osób godzących pracę z opieką odnotowano wśród osób z grupy wiekowej 60–64 lata (29,3%) oraz 65–69 lat (26,6%). Wraz z wiekiem udział takich osób stale spada: 18,1% w grupie 70–74 lata, 14,3% w grupie 75–79 lat oraz 20% w grupie 85+. Wysoki wynik (31,3%) pojawia się jeszcze w grupie 80–84 lata, co może wynikać z niewielkiej liczebności tej grupy w próbie lub z większej roli opiekuńczej pełnionej przez aktywnych zawodowo seniorów. Wynika z tego, że łączenie aktywności zawodowej i roli opiekuna dotyczy istotnej części osób starszych, zwłaszcza kobiet i osób w młodszych grupach senioralnych.

Chęć łączenia opieki nad niesamodzielną osobą starszą z pracą zarobkową deklarowało 33,2% respondentów chcących pracować, ale niemogących znaleźć pracy (kobiety – 33,6%, mężczyźni – 32,7%). Gotowość godzenia tych dwóch ról wystąpiła wśród osób w wieku 60–64 lata (36,5%) oraz 65–69 lat (35,5%), ale wraz ze wzrostem wieku chęć wyraźnie spada: w grupie 75–79 lat deklaruje ją 20,6% respondentów, a w grupie 80–84 lat już tylko 18,8%. Osoby z najstarszej grupy wiekowej (85+) jej nie deklarowały.

Dane te pokazują, że relatywnie najwięcej gotowości do łączenia pracy z opieką nad niesamodzielnym seniorem wykazują osoby

w młodszych kohortach wiekowych, co może być związane z większą aktywnością zawodową i lepszym stanem zdrowia badanych albo wyższą mobilnością tych osób.

Badani ($n = 3000$) podali różne formy wsparcia, które umożliwiłyby im łączenie aktywności zawodowej z pełnieniem opieki nad niesamodzielną osobą starszą. Najczęściej wymienianym wsparciem były elastyczne warunki zatrudnienia, przede wszystkim ruchomy czas pracy (35,7%) oraz praca zdalna (30,3%). Możliwość skorzystania z dłuższego urlopu opiekuńczego wskazało 25,2% badanych, a zastosowanie ulg podatkowo-składkowych dla pracowników – 28,9%. Potrzebę ulg podatkowych dla pracodawców, które miałyby zwiększyć konkurencyjność opiekunów na rynku pracy, wymieniło 21,4%, a możliwość pracy na część etatu lub niepełny etat – 12,6%. Niewielki odsetek respondentów oczekuje ochrony przed zwolnieniem (7,5%) lub zmiany stanowiska pracy na mniej obciążające (2%).

Ruchomy czas pracy częściej wskazują kobiety (39,8%) niż mężczyźni (29,7%). Z kolei mężczyźni relatywnie częściej oczekują ulg podatkowych dla pracodawców (24,6% wobec 19,3% kobiet). Również w przekroju wieku widać różnorodność form wsparcia: elastyczne godziny pracy i praca zdalna cieszą się popularnością wśród osób w wieku przedemerytalnym (60–64 lata). W najstarszych grupach (80+) rośnie natomiast znaczenie ochrony przed zwolnieniem, choć liczebność tej grupy jest niewielka.

Wyniki badań potwierdzają, że elastyczność zatrudnienia i zabezpieczenie interesów finansowych pracowników i pracodawców zdaniem badanych są najlepszymi rozwiązaniami, które ułatwiają łączenie obowiązków zawodowych i opiekuńczych.

13. Podsumowanie badań ilościowych

Z emerytury korzysta 83% osób powyżej 60 roku życia. Po 75 roku życia aktywność ekonomiczna jest marginalna. Większość seniorów wciąż opiera się na finansowym wsparciu rodziny i pomocy w codziennych aktywnościach, np. robienie zakupów, załatwianie spraw urzędowych.

Emeryturę jako szansę na atrakcyjne wykorzystanie wolnego czasu wskazało 12% ankietowanych.

Wśród motywacji kontynuowania aktywności ekonomicznej badani wymieniali: potrzeby podniesienia świadczeń, pokrycia wydatków, samorealizacji, poczucia przynależności, bycia potrzebnym, podtrzymywania kontaktów społecznych, satysfakcję z pracy, chęć dzielenia się doświadczeniem z młodszymi.

Jako bariery w kontynuowaniu aktywności zawodowej respondenci wskazali:

1. Bariery zdrowotne

- najczęściej wskazywana przeszkoda, poza brakiem potrzeby podjęcia pracy, to zły stan zdrowia lub niepełnosprawność, które uniemożliwiają dalszą pracę – dotyczy to szczególnie osób w wieku 65+;
- spadek wydolności fizycznej i psychicznej oraz ograniczenia związane z chorobami przewlekłymi.

2. Bariery organizacyjne i związane z rynkiem pracy

- niemożność znalezienia pracy, mimo chęci jej podjęcia;
- brak ofert pracy dostosowanych do możliwości seniorów, w tym elastycznych form zatrudnienia czy pracy w mniejszym wymiarze godzin;
- trudności w dostępie do szkoleń podnoszących kwalifikacje – pracodawcy rzadko inwestują w rozwój osób w wieku emerytalnym;
- ograniczona dostępność miejsc pracy w mniejszych miejscowościach i na obszarach wiejskich;
- rosnące obowiązki opiekuńcze wobec innych członków rodziny;
- niskie oferowane wynagrodzenie;
- brak wystarczających kompetencji i niechęć do doksztalcania się;
- złe traktowanie przez współpracowników;
- trudność w adaptacji do zmieniających się wymagań rynku pracy.

3. Bariery finansowe i instytucjonalne

- brak wystarczających zachęt finansowych do kontynuowania pracy – seniorzy obawiają się utraty części świadczeń lub konieczności płacenia wyższych podatków/składek po osiągnięciu wieku emerytalnego;

- skomplikowane przepisy dotyczące łączenia pracy z pobieraniem świadczeń, zwłaszcza w przypadku wcześniejszych emerytur;

- niski poziom świadomości prawnej i informacyjnej wśród seniorów co do możliwości kontynuowania pracy i korzystania z ulg.

Bariery ekonomiczne i instytucjonalne mają zdecydowanie mniejsze znaczenie w populacji 60+ niż uprawnienia emerytalne i stan zdrowia.

14. Wyniki badań jakościowych

Jednym z obszarów badawczych badań jakościowych była aktywność zawodowa seniorów (lub jej brak), w tym: obecna sytuacja zawodowa i plany na przyszłość, motywacja do pracy i gotowość do jej kontynuowania oraz bariery/przeszkody w kontynuacji aktywności zawodowej.

Jak wynika z badań jakościowych, większość seniorów nie pracuje zawodowo. Jakie są zatem przyczyny nieaktywności zawodowej seniorów? Decyzja o przejściu na emeryturę wynikała najczęściej z osiągnięcia ustawowego wieku emerytalnego – zdaniem badanych to naturalna kolej rzeczy. Jako przyczyny niekontynuowania pracy respondenci wymieniali także inne powody: wypalenie zawodowe lub wrażenie bycia negatywnie ocenianym w zakładzie pracy ze względu na swój wiek, a także chęć odpoczynku i skupienia się na sobie:

Już miałem dość tej pracy i wiek już zaczął się upominać o swoje prawa. Także ten okres pracy po prostu się skończy. To już było za dużo (lp20_5_82_m_miasto).

Wśród wymienionych przyczyn przejścia na (wcześniejszą) emeryturę były również zwolnienia grupowe:

Zwolnienie grupowe było i nas spora grupa z mojego zakładu pracy poszła, więc było to dla mnie korzystne, a poza tym miałam spokojniejsze życie. Już nie musiałam zawodowo chodzić (lp25_5_82_k_miasto).

Przed wszystkim ja zostałam zwolniona z przyczyn ekonomicznych, bo to były te właśnie czasy i warunki nie odpowiadały już później, wiekowo, do pracy. Także poszłam na wcześniejszą emeryturę, po oczywiście wypracowaniu swoich lat (lp96_16_73_k_miasto).

Zdarzały się (pojedynczo) także nietypowe motywacje związane z odejściem z pracy, jak chęć „zrobienia miejsca” młodszym pracownikom. W przypadku badanych mieszkających na wsi przejście na emeryturę było zaś przesunięte w czasie ze względu na braki kadrowe u pracodawcy. Niektórzy respondenci mieli za zadanie wdrożenie nowego pracownika w obowiązki zawodowe lub zostali poproszeni o pracowanie dłużej:

Później jeszcze ze względu na to, że w szkole, w której pracowałam, były braki kadrowe. Zostałam poproszony, żeby zostać trochę dłużej (lp2_1_71_m_wieś).

Było dużo młodych nauczycieli, którzy nie mieli pracy. A ja, skoro ja miałam wysłużone 30 lat w szkole przy tablicy, więc doszli do wniosku, że powinnam zrobić miejsce młodszym (lp68_12_80_k_miasto).

Na emeryturze badani czują wolność, odpoczywają, realizują własne pasje i zainteresowania oraz spędzają czas z bliskim, zwłaszcza z wnukami. Szczególnie emerytki podkreślały opiekowanie się wnukami, które – ich zdaniem – urozmaicają życie:

Plusem jest to, że mam więcej czasu dla siebie, czyli mogę zajmować się pasjami, aktywnością fizyczną, nie muszę siedzieć za biurkiem, czy w pracy. Mam po prostu komfort życia, nie muszę być na godzinę. Robię to, co chcę robić (lp19_4_68_m_miasto). Z początku to było dosyć trudnawo, a później wnuki trochę przyszły, urosły, zappełniły ten czas, urozmaiciły to życie na emeryturze (lp17_4_72_k_miasto).

Jestem ogólnie pracowitą osobą, no to wiadoma sprawa, zajmuje się wnukami jak trzeba, czy na obiad przyjdzie wnuczka, czy z wnukiem pojedę gdzieś (lp79_13_62_k_miasto).

Badani seniorzy zwracali uwagę na brak towarzystwa po zaprzestaniu aktywności zawodowej oraz pogorszenie ich sytuacji materialnej. Praca dawała poczucie bycia dostrzeganym, zauważanym w otoczeniu. Wielu z nich musiało przyzwyczaić się do braku stałego zajęcia i funkcjonowania w innej sytuacji, znaleźć sobie nowe pasje, które by wypełniały im wolny czas:

Żyło się po prostu lepiej, nie? Jak się pracowało. Bo dostawałem emeryturę i mogłem dorobić też kwotę pieniędzy (lp20_5_82_m_miasto).

Jak człowiek pracuje, jest wtedy bardziej tak dostrzegalny. Akurat tu moja praca zawodowa była bardziej ukierunkowana na pomoc społeczeństwu. I wtedy człowiek był zauważalny na każdym kroku. Był taką troszeczkę osobą publiczną. A potem już jak przeszedł na emeryturę, to już mniej zauważalny, można powiedzieć (lp3_1_69_m_miasto).

To zupełnie jest inne życie. Myślałam, że emerytura to jest fajna rzecz, że można odpoczywać. Potem brakowało troszkę zajęcia i towarzystwa takiego, jakie było. W tej chwili to ze względu na wiek jest już dobrze. Jest czas poleżeć, wyspać się, przejść, spotkać się (lp5_10_81_k_miasto).

Okres adaptacyjny był troszeczkę trudny, ale później wszystko jest zupełnie inaczej. Można poświęcić się własnym zajęciom (lp66_11_62_m_miasto).

Ważnym aspektem życia na emeryturze jest zdrowie. Niektórzy badani rezygnowali z pracy właśnie ze względu na stan zdrowia i przyjmowali to jako konieczność, choć woleliby kontynuować zatrudnienie:

*Obawiam się, że plusów specjalnie chyba żadnych nie widzę.
Wolałam, kiedy miałam zajęcia codziennie. Kiedy pracowałam,
zarabiałam (lp4_1_74_k_miasto)*

Badani, którzy mają dobre zdrowie, patrzą na emeryturę bardziej optymistycznie, wykorzystując ten czas na samorealizację.

Emeryci-mieszkańcy wsi wolny czas poświęcają na uprawianie własnych ogródków i pola. Określają tę aktywność jako „pracę tylko na siebie”, a więc uprawę, która jest przeznaczona tylko dla rodziny, a nie w celach zarobkowych:

Zajmę się ogrodem, gdzieś czasem nowego sobie posadzę, coś tam pielęgnuję, gdzieś poszukam informacji jak coś robić, jak to pielęgnować, o jakichś nowościach (lp29_6_71_m_wieś).

Na pytanie o chęć kontynuowania pracy zawodowej większość niepracujących emerytów odpowiedziała przecząco. Argumenty za taką decyzją odnosiły się najczęściej do kwestii zdrowotnych, ale także braku takiej potrzeby, wystarczającej kwoty emerytury, braku energii oraz poczucia, że już przepracowali wiele lat i to ich satysfakcjonuje. Chęć powrotu na rynek pracy deklarowali częściej emeryci ze wsi niż emeryci z miasta, choć stanowili mniejszość:

Już zdrowie nie jest takie, jak kiedyś było, prawda. A już poza tym się przyzwyczaiłam, że jestem na emeryturze, już mentalnie i psychicznie nastawiona jestem na odpoczynek (lp83_14_60_k_miasto)

Co mogłoby skłonić seniorów do podjęcia pracy? Zdaniem badanych emerytów z miasta i ze wsi to komfortowe warunki pracy – niepełnowymiarowy etat, praca elastyczna oraz dostosowana do ich stanu zdrowia i możliwości, na przykład praca lekka, manualna, niewymagająca:

*Wie pani, jestem na tyle jeszcze sprawna fizycznie, jak to było jakieś takie zajęcia 2–3 godziny dziennie, takie przystosowane oczywiście do mojego wieku, jakieś tam manualne zajęcia, drobne, małe, po prostu dla zabicia czasu, po to, żeby być z ludźmi, żeby wyjść z domu (lp5_10_81_k_miasto).
Satysfakcjonująca mnie finansowo. I byłoby to na przykład pół etatu, jakieś 4 godziny, no to może bym się nad tym zastanawiała, ale w sumie to też już czuję się zmęczona i chciałabym bardziej odpocząć (lp31_6_72_k_wieś).*

Choć pewne elementy związane z dostosowaniem pracy do osób starszych są dla seniorów atrakcyjne, to wciąż zdecydowana większość nie jest już zainteresowana powrotem na rynek pracy.

Seniorzy aktywni zawodowo wskazali kilka aspektów, które motywowały ich do podjęcia lub kontynuowania pracy. Pierwszy aspekt to sytuacja materialna, a mianowicie niskie świadczenia emerytalne. Praca zarobkowa zwiększała ich komfort finansowy:

*Pracowałam, to było dużo lepiej, żył mąż, też było dużo lepiej.
Samej kobiecie niestety ciężko (lp23_5_65_k_miasto).*

Drugi aspekt to wymiar towarzyski pracy. Aktywność zawodowa pozwala na kontakty z innymi osobami, których często emerytom brakuje:

Bardziej, żeby nie siedzieć w domu i się nie nudzić, no bo emeryturę mam w miarę dobrą (lp58_10_66_m_miasto).

Trzeci aspekt aktywności ekonomicznej to wymiar edukacyjny, powiązany z ambicjami danej osoby. Część badanych podkreślała wartość swoich wcześniejszych sukcesów, takich jak: ukończenie studiów, zdobycie wysokich kwalifikacji zawodowych i chęć ich wykorzystania również na emeryturze. Seniorzy łączą wynagrodzenie z pracy ze świadczeniem emerytalnym, podnosząc swój komfort życia,

i jednocześnie czują się potrzebni na rynku pracy. Mogą w ten sposób wykorzystywać swoje bardzo zróżnicowane zdolności:

Ja jestem ekonomistą z wykształcenia, planistą, mam potrójne studia podyplomowe skończone, więc mam kwalifikacje, żeby jeszcze na rynku pracy zaistnieć (lp34_6_72_k_miasto).

Emeryci na wsi rzadziej są aktywni zawodowo, wskazują jednak te same motywacje do aktywności zawodowej – kontakt z ludźmi, poczucie obowiązku.

Czwarty aspekt, będący najczęściej wymienianą motywacją do pracy dla seniorów, to kwestie związane z relacjami międzyludzkimi. Dzięki pracy mają oni stały kontakt z ludźmi, który ich wzbogaca i rozwija, motywując do wychodzenia z domu, ubierania się, życia w określonym rytmie wyznaczanym przez pracę:

Największa zaleta to kontakt z ludźmi. Szczególnie z młodymi ludźmi. To może nie zabrzmi dobrze, ale ramoleje się trochę wolniej (lp28_6_60_k_wieś).

Piąty aspekt aktywności ekonomicznej seniorów to poczucie pasji i spełnienia. Badani podkreślali, że robią to, co lubią i nie myślą o rezygnacji ze swojej pracy. Ponadto doświadczają ciągłego rozwoju w pracy, co wpływa na ich poczucie spełnienia:

Obecnej pracy zaletą to jest sama radość. Już pomijam to, że jakieś pieniądze zarabiam. To jest sama radość. Opiekowanie się dziećmi to jest moja pasja, więc dla mnie to jest super sprawa (lp67_11_61_k_miasto).

Pracujący seniorzy dostrzegali też nieodpowiadające im aspekty pracy zawodowej, np. konieczność wypełniania pewnych obowiązków czy godziny pracy. Mimo tego kontynuują zatrudnienie ze względu na inne motywacje:

Czasami ten pośpiech, te ponaglenia, to człowiek ma momentami już tak, zadaje sobie pytanie: po co mi to potrzebne? Ale na drugi dzień wracam do pracy i dalej pracuję (lp58_10_66_m_miasto).

Na pytanie o plany związane z pracą zawodową, większość aktywnych zawodowo emerytów opowiedziała się za jej kontynuowaniem, określając ten czas na parę lat, na określony wiek, do którego zakładają odejść z pracy, lub nieokreśloną przyszłość (np. tak długo „jak dadzą radę”). Ważne w tym kontekście są aspekty finansowe, np. gratyfikacje wynikające z długości stażu pracy czy łączenie emerytury z wynagrodzeniem, aby zachować aktualny poziom życia.

15. Podsumowanie badań jakościowych

Seniorzy traktują pracę jako źródło dochodów i tożsamości społecznej. Decyzja o pozostaniu aktywnym lub staniu się nieaktywnym zawodowo jest ściśle powiązana z indywidualnymi zasobami, potrzebami i możliwościami zdrowotnymi. W badaniach zidentyfikowano poniższe bariery w podejmowaniu aktywności ekonomicznej osób starszych.

1. Bariery zdrowotne – jako główne czynniki skłaniające do zaprzestania pracy po osiągnięciu wieku emerytalnego wskazywano zły stan zdrowia oraz ograniczenia sprawności fizycznej i psychicznej. Wiele osób mówiło o: przewlekłych chorobach, zmęczeniu, spadku energii i obawach przed pogorszeniem zdrowia w wyniku dalszej pracy.

2. Bariery organizacyjne i rynkowe – brak elastycznych form zatrudnienia dopasowanych do potrzeb osób starszych, w tym możliwości pracy w niepełnym wymiarze czy w formie zadaniowej. „Pracodawcy wolą zatrudniać osoby młodsze, obawiając się niższej wydajności seniorów” – stereotypy wiekowe skutkują mniejszą liczbą ofert. Dostęp do szkoleń i rozwoju zawodowego dla osób w wieku emerytalnym jest zaś ograniczony – badani podkreślali, że czują się pomijani w procesach podnoszenia kwalifikacji – podobnie jak oferty pracy na obszarach wiejskich.

3. Bariery finansowe i instytucjonalne – do pozostania na rynku pracy nie motywują niewielkie korzyści finansowe z kontynuowania pracy w zestawieniu z wysokością emerytury. Przepisy dotyczące łączenia pracy zawodowej z pobieraniem świadczenia emerytalnego są niejasne. Widoczny jest brak wsparcia doradczego i informacyjnego dla seniorów – badani często nie wiedzieli, jakie mają prawa i jakie istnieją możliwości pracy po przejściu na emeryturę.

4. Bariery psychologiczne i społeczne – część badanych postrzega wiek emerytalny jako naturalny moment zakończenia pracy i czas na odpoczynek – jest to silnie zakorzenione kulturowo. Można zauważyć także lęk przed porażką lub negatywną oceną w pracy ze strony młodszych współpracowników oraz utratę poczucia sensu dalszej pracy, jeśli nie wiąże się ona z wyraźnymi korzyściami finansowymi lub społecznymi.

Podsumowanie

Polacy coraz częściej kontynuują aktywność zawodową po osiągnięciu wieku emerytalnego. W ciągu ostatnich ośmiu lat liczba pracujących emerytów wzrosła o ponad 40%. Na koniec 2024 r. pracowało 872,8 tys. osób w wieku emerytalnym (czyli 14 emerytów na 100 osób otrzymujących świadczenia), w tym 813 tys. emerytów. Także efektywny wiek emerytalny, czyli rzeczywisty wiek osób przechodzących na emeryturę, stopniowo rośnie.

Osoby w wieku emerytalnym coraz częściej dostrzegają korzyści z opóźnienia dezaktywizacji zawodowej w postaci wyższych świadczeń. Pozytywnie działają tu dodatkowe składki z tytułu kontynuacji zarobkowania, coroczna waloryzacja stanu konta w ZUS oraz przyjmowane do obliczeń emerytury krótsze dalsze trwanie życia.

Oczekiwania seniorów co do zaspokajania przez dochody z pracy potrzeb finansowych własnych i rodziny, jak i te, które wynikają z troski o kondycję budżetu państwa w warunkach starzenia się populacji oraz z deficytów odczuwanych na rynku pracy, są zbieżne: kluczowym kierunkiem działania pozwalającym na uzyskanie oczekiwanych

skutków może być wydłużenie okresu aktywności zawodowej. I nie chodzi tu o ustawowe podwyższanie wieku emerytalnego, a tworzenie warunków, w których osoby w wieku okołoemerytalnym będą chciały i mogły pracować mimo uprawnień do przejścia na emeryturę. W tym celu można podejmować działania o różnym charakterze.

Bardzo ważne są edukacja i informowanie o mechanizmie systemu emerytalnego. Wiedza w tym zakresie pozwala na podejmowanie świadomych decyzji dotyczących opuszczania rynku pracy. Konieczne są też: reformy aktywnej polityki rynku pracy (pośrednictwa pracy), dostosowywanie miejsc pracy do potrzeb starszych pracowników, upowszechnienie zwiększania kompetencji oraz koncepcji uczenia się przez całe życie, zachęcanie – w różnych formach – pracodawców do zatrudniania starszych pracowników, ale również przełamanie stereotypów dotyczących pracowników w wieku okołoemerytalnym. Ważne są także działania związane z ochroną zdrowia osób w wieku emerytalnym i eliminowanie wykluczenia komunikacyjnego.

Najważniejsza zachęta do odraczania emerytury jest ukryta bezpośrednio w systemie emerytalnym, który premiuje długą aktywność zawodową w postaci wyraźnie wyższych świadczeń. Jeśli Polacy trwale zmieniają swoje wzorce przechodzenia na emeryturę i zaczną to robić później, to – dzięki wzrostowi stopy zastąpienia w przyszłości – uzyskają wyższą adekwatność świadczeń emerytalnych.

Także stopa zastąpienia może wzrosnąć, jeżeli uda się rozwiązać problem rosnącej liczby bardzo niskich (tzw. groszowych) emerytur, przyznawanych już za kilka opłaconych składek. Należy jednak zaznaczyć, że indywidualne stopy zastąpienia, które przekładają się na wysokość indywidualnej emerytury, są bardzo zróżnicowane i zależą od tego, ile składek odłoży osoba ubezpieczona i w jakim wieku przejdzie na emeryturę. Im później to nastąpi i im więcej składek zostanie odprowadzonych do Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, tym wyższe będzie świadczenie.

W opracowaniu przedstawiono bariery i ograniczenia w kontynuacji aktywności ekonomicznej osób w wieku emerytalnym ustawowym.

Aby otrzymać minimalną emeryturę, wymagany jest staż pracy, który wynosi odpowiednio 20 lat dla kobiet i 25 lat dla mężczyzn. Krótszy staż pracy, przy spełnieniu kryterium wieku emerytalnego, oznacza naliczenie świadczenia wyłącznie na podstawie zgromadzonego kapitału emerytalnego – bez gwarancji minimalnej emerytury.

Na tle porównawczym państw członkowskich Unii Europejskiej wiek emerytalny w Polsce należy do najniższych. Istotne jest więc, aby wiedza o zasadach ustalania i obliczania emerytury – a w konsekwencji jej wysokości – była szeroko dostępna dla obywateli. Tylko wówczas możliwe jest podejmowanie świadomych decyzji o momencie przejścia na emeryturę.

Liberalne zasady nabycia prawa do emerytury – w tym fakt, że już jedna składka otwiera prawo do świadczenia – prowadzą w Polsce do znacznej skali tzw. mikroemerytur (obecnie ok. 450 tys.). W przyszłości może to skutkować pauperyzacją świadczeniobiorców i wymagać interwencji państwa w zakresie zabezpieczenia dochodu na starość poprzez system pomocy społecznej lub inne rozwiązania.

Badania zrealizowane w ramach projektu *Świat na miarę seniora – sytuacja osób starszych w Polsce* pokazują, że ok. 83% badanych przechodzi na emeryturę natychmiast po osiągnięciu wieku emerytalnego. Odsetek ten odpowiada ogólnej sytuacji w Polsce – ok. 84% uprawnionych przechodzi na emeryturę w wieku 60 lub 65 lat.

Jako główną motywację badani wskazują chęć „zostania” emerytem. Kolejnym powodem jest stan zdrowia wymagający poświęcenia mu uwagi. Dodatkowo respondenci podkreślają problemy z dostępem do pracy. Znaczna ich część deklaruje, że nie ma potrzeby dalszej aktywności zawodowej z różnych względów, w tym niedostosowania rynku pracy do ich wymagań i możliwości. Seniorzy chcą realizować inne cele życiowe, potrzebę odpoczynku, czasu dla siebie i bliskich.

Według badań aktywność zawodowa seniorów jest możliwa przede wszystkim przy dostępności elastycznych form pracy. Podkreślają to zarówno osoby, które przeszły na emeryturę, jak i te, które kontynuują pracę mimo osiągnięcia wieku emerytalnego. Dla kontynuujących zatrudnienie praca ma wartość edukacyjną i jest związana z ich

ambicjami. Wyższy wskaźnik aktywności obserwuje się w miastach niż na wsi – mieszkańcy wsi częściej wskazują na inne formy aktywności związane z prowadzeniem gospodarstwa.

Seniorzy nieaktywni zawodowo, którzy przeszli na emeryturę, podają jako powody rezygnacji z pracy: wypalenie zawodowe, negatywne postrzeganie ze względu na wiek, chęć odpoczynku, a także problemy zdrowotne. Są to informacje niepokojące – zwłaszcza te dotyczące przejawów dyskryminacji ze względu na wiek.

Wnioski

Polacy znacznie częściej przechodzą na emeryturę w ustawowym wieku niż kontynuują aktywność zawodową. Należy zatem intensywniej edukować i informować obywateli o czynnikach wpływających na wysokość emerytury – długości okresu zatrudnienia, wysokości zarobków i stopie zastąpienia (stosunku wysokości emerytury do ostatniego wynagrodzenia). Informacje te powinny być przekazywane w sposób przystępny, systematyczny i wiele lat przed osiągnięciem przez pracownika ustawowego wieku emerytalnego. Być może pomogłoby to ograniczyć problem niskich świadczeń, w tym mikroemerytur.

Ważnym elementem jest edukacja pracodawców, aby potrafili korzystać z wiedzy, kompetencji i doświadczeń pracowników w ustawowym wieku emerytalnym. Wyniki badań wskazują, że obszar ten wymaga systemowych rozwiązań, również ze względów demograficznych – starzenie się populacji i zmniejszanie zasobów siły roboczej w młodszych rocznikach stanowią poważne wyzwania.

Niezbędne jest dalsze rozwijanie instrumentów umożliwiających kontynuację aktywności po osiągnięciu wieku emerytalnego. Szeroko rozumiana elastyczność pracy – zarówno w zakresie form zatrudnienia, czasu pracy, jak i dostosowania obowiązków do możliwości seniorów oraz potrzeb pracodawców – to element niezbędny.

Bibliografia

- GUS, *Baza Demografia*, <https://demografia.stat.gov.pl/BazaDemografia/StartIntro.aspx> (dostęp: 20.09.2025).
- GUS, I fala badań w ramach projektu badawczego „Łagodzenie skutków pandemii wśród grup wysokiego ryzyka – osoby 60+”, styczeń/luty 2022.
- GUS, *Komunikat Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 25 marca 2025 r. w sprawie tablicy średniego dalszego trwania życia kobiet i mężczyzn*, <https://stat.gov.pl/sygnalne/komunikaty-i-obwieszczenia/lista-komunikatow-i-obwieszczen/komunikat-w-sprawie-tablicy-sredniego-dalszego-trwania-zycia-kobiet-i-mezczyzn,285,13.html> (dostęp: 20.09.2025).
- IPISS, II fala badań w ramach projektu badawczego „Łagodzenie skutków pandemii wśród grup wysokiego ryzyka – osoby 60+”, styczeń 2023.
- Mutual Information System on Social Protection (MISSOC) 2023, <https://www.missoc.org/missoc-database/comparative-tables/results/> (dostęp: 20.09.2025).
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), *Pensions at a Glance 2023: OECD and G20 Indicators*, Paris 2023, <https://doi.org/10.1787/678055dd-en> (dostęp: 20.09.2025).
- Pawlikowska-Łagód K., Dąbska O., *Aktywność zawodowa a przejście na emeryturę w opinii polskich seniorów*, „Rynek–Społeczeństwo–Kultura” 2018, nr 2(28).
- Prognoza wpływów i wydatków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych na lata 2025–2029*, ZUS 2025, <https://www.zus.pl/-/nowa-prognoza-funduszu-ubezpiecze%C5%84-spo%C5%82ecznych> (dostęp: 20.09.2025).
- Raciborski F., Samoliński B., *Stres okołiemerytalny w ujęciu zdrowotnym, ekonomicznym, psychologicznym i społecznym*, Warszawa 2013.
- Rządowa Rada Ludnościowa (RRL), *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2019–2020*, Warszawa 2020.
- Uścińska G., *Prawo zabezpieczenia społecznego*, Warszawa 2022.
- Uścińska G., *Wejście osób starszych w wiek emerytalny. Trendy i wyzwania*, „Polityka Społeczna” 2023, nr tematyczny 1.
- Wróblewska W., *Procesy demograficzne i gospodarka senioralna w Polsce – wybrane aspekty*, w: *Teoretyczne i aplikacyjne wyzwania współczesnych procesów gospodarczych*, red. M. Sosnowski, A. Żabiński, Wrocław 2020.
- Zmiany demograficzne a rynek pracy i ubezpieczenia społeczne*, Materiały z III Kongresu Demograficznego, cz. IV, red. G. Uścińska, Z. Wiśniewski, Warszawa 2022.
- ZUS, *Absencja chorobowa w 2024 roku*, Warszawa 2025, <https://www.zus.pl/documents/10182/39590/Absencja+chorobowa+w+2024+roku.pdf/d395e590-de6e-5bf6-f53c-5eab9272063f?t=1751529083604?> (dostęp: 20.09.2025).

ZUS, *Emerytury nowosystemowe wypłacone w grudniu 2024 r. w wysokości niższej niż wysokość najniższej emerytury (tj. niższej niż 1780,96 zł)*, Warszawa 2025, <https://www.zus.pl/baza-wiedzy/statystyka/opracowania-tematyczne/emytury-nizsze-niz-najnizsza-emerytura> (dostęp: 20.09.2025).

ZUS, *Prognozy wpływów i wydatków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych na lata 2019–2023*, Warszawa 2018.

Akty prawne

Europejski kodeks zabezpieczenia społecznego Rady Europy, 1964.

Konwencja nr 102 Międzynarodowej Organizacji Pracy dotycząca minimalnych norm zabezpieczenia społecznego, Dz.U. z 2005 r. nr 93, poz. 775.

Konwencja nr 128 Międzynarodowej Organizacji Pracy dotycząca świadczeń w razie inwalidztwa, na starość i w razie śmierci żywiciela rodziny, <https://www.mop.pl/doc/html/konwencje/k128.html> (dostęp: 20.09.2025).

Ustawa z 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, tekst jednolity Dz. U. z 2024 r. poz. 1631, 1674, z 2025 r. poz. 718, 769, 1159.

Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, tekst jednolity Dz. U. z 2025 r. poz. 350, 620, 622, 769, 820, 1083, 1160.

Zalecenie nr 131 Międzynarodowej Organizacji Pracy dotyczące świadczeń w razie inwalidztwa, na starość i w razie śmierci żywiciela rodziny, <https://www.mop.pl/doc/html/zalecenia/z131.html> (dostęp: 20.09.2025).

Zalecenie nr 202 Międzynarodowej Organizacji Pracy dotyczące podstawy zabezpieczenia socjalnego, 2012, <http://mop.pl/doc/html/zalecenia/z202.html> (dostęp: 20.09.2025).

Zrewidowany Europejski kodeks zabezpieczenia społecznego Rady Europy, 1990.

Możliwości samodzielnego funkcjonowania seniorów w społeczeństwie

Słowa kluczowe: seniorzy, samodzielność, zdrowie, aktywność, relacje społeczne

Wprowadzenie

W miarę starzenia się człowieka zmniejszają się możliwości samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie. Problem ten nie dotyka oczywiście w jednakowym stopniu wszystkich osób po 60 roku życia. Zależy to od wielu czynników, ale najważniejszym jest stan zdrowia, wpływający na pozostałe kwestie. Mimo różnic na poziomie samodzielności osób starszych, postępujący od wielu lat proces starzenia się społeczeństwa oznacza nowe zadania dla polityki społecznej państwa, związane z większymi wydatkami na opiekę nad tymi osobami. Dla instytucji zajmujących się pomocą społeczną jednak nie sam proces starzenia się jest istotny, lecz możliwości samodzielnego funkcjonowania seniorów w społeczeństwie. Największej pomocy potrzebują bowiem seniorzy, którzy głównie z powodu pogarszającego się stanu zdrowia w miarę starzenia się są coraz mniej samodzielni. Badania nad samodzielnością osób starszych są więc bardzo ważne dla skuteczności i efektywności pomocy, szczególnie ze strony państwa i jednostek samorządowych. Każda pomoc (materialna i niematerialna), która prawie zawsze jest ograniczona, może wówczas trafić

do osób najbardziej jej potrzebujących, poprawiając ich samopoczucie i zadowolenie z życia.

Przy rozważaniu wpływu samodzielności seniorów na ich funkcjonowanie w społeczeństwie trzeba wspomnieć, że bardzo wiele osób w okresie aktywności zawodowej myśli o swojej starości – żeby nie być zależnym, przynajmniej finansowo, od pomocy innych, nawet członków rodziny. Takie podejście jest korzystne nie tylko dla przyszłych seniorów, gdyż zwiększa ich samodzielność i niezależność, ale także dla udzielających pomocy. W przypadku rodziny zmniejsza zakres obowiązków opiekuńczych lub pomoc finansową, a w przypadku instytucji świadczących różne formy pomocy obniża jej koszty.

Przedmiotem opracowania są analiza i ocena czynników wpływających na samodzielność osób powyżej 60. roku życia oraz zakres (obszary) samodzielności. Ponieważ do seniorów zalicza się już osoby w wieku 60–64 lata, a więc będące jeszcze w części ustawowo aktywne zawodowo, widoczne są różnice w ich opiniach dotyczących samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie w stosunku do starszych seniorów. Wnioski z analizy dotyczące zakresu samodzielności mogą zostać wykorzystane przez instytucje zajmujące się świadczeniem pomocy dla seniorów.

W opracowaniu uwzględniono najważniejsze czynniki decydujące o poziomie samodzielności seniorów, takie jak: wiek, stan cywilny, stan zdrowia, sytuacja materialna, płeć, poziom wykształcenia. W zakresie samodzielności uwzględniono natomiast: wykonywanie codziennych czynności osobistych i prac związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego, różne formy aktywności fizycznej i społecznej, zakres korzystania z pomocy społecznej oraz zakres korzystania z urządzeń cyfrowych. W analizie wykorzystano więc także dane będące przedmiotem innych opracowań zamieszczonych w tej monografii, gdyż występują w nich elementy ważne dla oceny samodzielności.

W tabelach zawartych w opracowaniu przedstawiono opinie seniorów na temat analizowanych kwestii, które zadeklarowała największa część badanych, a więc odzwierciedlających samodzielne funkcjonowanie seniorów w społeczeństwie. Ze względu na ograniczone ramy

monografii nie zaprezentowano opinii wyrażonych przez najmniejszy odsetek badanych, gdyż mają one niewielki wpływ na ogólny obraz samodzielności seniorów badanych w projekcie *Świat na miarę seniora 2025*. W opracowaniu przyjęto założenie badawcze, że zdecydowana większość seniorów jest bardzo samodzielna, zarówno w codziennym życiu, jak i w aktywnościach i kontaktach z otoczeniem, a także nie potrzebuje pomocy od instytucji zajmujących się usługami i pomocą socjalną dla osób starszych.

1. Samodzielność a jakość życia seniorów

Na jakość życia osób starszych wpływa bardzo wiele czynników. Do najważniejszych należą: wiek, stan zdrowia, sytuacja materialna oraz aktywności fizyczne, emocjonalne i społeczne, satysfakcja z życia, vitalność, stopień samodzielności, energia i sposób spędzania wolnego czasu¹. Badacze zwracają także uwagę na wsparcie społeczne, związane z funkcjonowaniem seniora w otoczeniu społecznym – rodziny, przyjaciół, znajomych i sąsiadów². Samodzielność jest elementem jakości życia, który wpływa na satysfakcję, zadowolenie i poczucie szczęścia. Między samodzielnością i jakością życia występują wzajemne zależności, ponieważ o wysokiej ocenie jakości decydują czynniki charakteryzujące samodzielność, takie jak: poczucie niezależności, możliwości podejmowania samodzielnych decyzji, realizacja planów życiowych oraz silne więzi społeczne³.

¹ K. Lewandowska-Gwarda, W. Olszewski, *Gdzie seniorom żyje się najlepiej?*, „Polityka Społeczna” 2017, nr 10, s. 8.

² M. Jarosz, *Uwarunkowania zmian wskaźników jakości życia u osób powyżej 60 roku życia*, w: *Świat na miarę seniora 2024. Jakość życia – Relacje – Aktywności*, Warszawa 2024, s. 206.

³ B. Tobiasz-Adamczyk, *Jakość życia*, w: *Polsenior 2. 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. 1008.

Metodologię badania jakości życia oraz instrumenty pomiarowe wypracowała grupa ekspertów powołana przez Światową Organizację Zdrowia. Badania powszechne wśród seniorów są prowadzone w formie ankiet zawierających kilkanaście pytań, obejmujących zakres jakości życia. Pytania dotyczą bezpośrednio lub pośrednio kwestii związanych z samodzielnością, a więc stopnia zadowolenia z:

- możliwości wykonywania czynności życia codziennego,
- siebie i swoich dokonań,
- relacji z innymi osobami,
- wykorzystania czasu wolnego,
- możliwości realizacji przyszłych celów,
- kontrolowania swoich działań⁴.

Samodzielność u poszczególnych osób można natomiast mierzyć przy pomocy stosowanej w geriatryi skali ADL (*Activities of Daily Living*) lub IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*)⁵. Według Światowej Organizacji Zdrowia jakość życia to „postrzeganie przez osobę własnej sytuacji życiowej w kontekście uwarunkowań kulturowych, systemu wartości oraz w związku ze swoimi celami, normami i zainteresowaniami”⁶.

Każdy człowiek jest przyzwyczajony do samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie i decydowania o swojej przyszłości osobistej i zawodowej. Po zakończeniu pracy zawodowej większość ludzi nie chce być dodatkowym obciążeniem dla rodziny oraz bliskich ani korzystać z usług świadczonych przez lokalne ośrodki pomocy społecznej, gdyż w mediach często są przedstawiane przykłady złego traktowania osób starszych przez pracowników tych ośrodków⁷. Człowiek

⁴ Tamże, s. 998.

⁵ P. Błędowski, *Potrzeby opiekuńcze*, w: *Polsenior 2...*, dz. cyt., s. 913,

⁶ K. Lewandowska-Gwarda, dz. cyt.; s. 8, B. Tobiasz-Adamczyk, A. Galas, K. Zawisza, *Gender Related Differences in the Multi-pathway Effect of Social Determinants on Quality of Life in Older Age – the COURAGE in Europe Project*, „Quality of Life Research” 2017, vol. 26, s. 1865–1868.

⁷ *Dlaczego seniorzy chcą zachować niezależność?*, Bezpieczna Rodzina, www.bezpieczna-rodzina.pl/dlaczego-seniorzy-chca-zachowac-niezaleznosc/ (dostęp: 5.09.2025).

niesamodzielny bardzo często odsuwa się od społeczeństwa, nieświadomie pogłębiając niesamodzielność przez unikanie kontaktów ze znajomymi, kiedy nie chce ujawniać swoich słabości, wstydi się ich przed otoczeniem. Na ogół nie wie, że takie zachowanie powoduje różne negatywne konsekwencje, takie jak pogorszenie nastroju i samopoczucia, samotność. Tymczasem jak najdłuższe zachowanie samodzielności jest bardzo ważnym wyznacznikiem jakości życia.

Utrzymanie niezależności i samodzielności jest jednym z najważniejszych wyzwań dla seniorów. Większość chce bowiem zachować jak najdłużej pełną kontrolę nad dalszym życiem, decyzjami i codziennymi czynnościami, ponieważ oznacza to zachowanie autonomii. Seniorzy zdają sobie jednak sprawę z tego, że w miarę starzenia się samodzielność będą ograniczać choroby i związane z nimi ograniczenia – fizyczne i umysłowe – a także utrata bliskich, z którymi utrzymywali częste kontakty. Dlatego już w okresie pracy zawodowej część seniorów myśli o swojej przyszłości po przejściu na emeryturę. Starają się zabezpieczyć materialnie „na starość”, aby być samodzielnymi i nie prosić nikogo o pomoc (nawet z rodziny).

Na stopień samodzielności seniorów mają wpływ: stan zdrowia oraz jego odczucie, samodzielne wykonywanie codziennych czynności, aktywność fizyczna, umysłowa i społeczna oraz relacje społeczne i potrzeby korzystania z pomocy społecznej. Ograniczenie aktywności, nawet w codziennych czynnościach, bierność, brak kontaktów z otoczeniem są bardzo szkodliwe dla utrzymania samodzielności, która dodaje energii, umożliwia lepsze zaspokojenie codziennych potrzeb. Kiedy senior zaczyna odczuwać zmęczenie i musi ograniczyć swoją aktywność, rezygnując z niektórych jej form (np. podróży i dłuższych spacerów), ograniczyć czas przeznaczony na te aktywności lub z niektórych zrezygnować, a nawet korzystać z pomocy innych osób, oznacza to ograniczenie samodzielności. Chęć utrzymania przez seniorów samodzielności jak najdłużej wiąże się przeważnie ze świadomością stopniowego pogarszania się samopoczucia, bezradności, samotności i izolacji społecznej. Dlatego badacze zajmujący się sytuacją osób starszych zwracają uwagę na rolę najbliższych w utrzymywaniu

samodzielności seniorów. Nie należy ich wyręczać w wykonywaniu samodzielnie codziennych czynności i uczestnictwie w kontaktach społecznych. Należy natomiast przekonywać ich do utrzymywania jak najdłużej samodzielności, nawet przy niewielkim wsparciu innej osoby⁸.

Samodzielność skupiająca się na codziennych czynnościach nadaje odpowiedni rytm dnia i umacnia poczucie własnej wartości. Usprawnia seniora w różnych obszarach jego życia, przeciwdziała zaburzeniom nastroju, pomaga utrzymać relacje społeczne, podnosi jakość życia i zadowolenia z niego. Wpływa też korzystnie na utrzymanie przez długi czas intelektu na niezmienionym poziomie. Powszechnym niekorzystnym skutkiem przejścia na emeryturę, wskazywanym przez większość seniorów, jest brak kontaktów społecznych oraz nadmiar wolnego czasu, dlatego wielu seniorów zaczyna podróżować, zwiedzać świat. Większość seniorów nie chce dopuszczać myśli, że ze względu na starzenie się muszą ograniczać aktywność oraz realizację swoich celów życiowych. Znajduje to także potwierdzenie w powszechnie znanych opiniach seniorów o starzeniu się, które przesuwają się wraz z wiekiem. Bardzo wielu seniorów, nawet po 75 roku życia, uważa się w dalszym ciągu za młodych. Prawdopodobnie dlatego niektórzy badacze wprowadzili podział na młodszych i starszych emerytów/seniorów.

Samodzielność, podobnie jak inne elementy decydujące o jakości życia seniorów, może być wspierana przez politykę społeczną państwa oraz osoby prawne (głównie jednostki samorządowe) i fizyczne (głównie rodzinę). Według badaczy zajmujących się sytuacją seniorów wsparcie musi być dopasowane do aktualnego stopnia ich dalszych możliwości i samodzielności. Nie musi jej ograniczać, lecz w określonych sytuacjach może ją nawet wzmacniać, gdyż senior, starając się uczestniczyć w życiu społecznym, musi bardziej dbać o zdrowie i swój wizerunek, jak też zwiększyć swoją aktywność. Wpływ samodzielności na jakość życia przejawia się m.in. w ocenie samych seniorów.

⁸ *Samodzielność osób starszych – jak ją wspierać?*, Active Care, www.activecare24.pl/blog/samodzielność-osob-starszych-jak-ja-wspierac/ (dostęp: 22.08.2025).

Niemogący samodzielnie wykonywać wszystkich czynności związanych z codziennym życiem oceniają je znacznie gorzej niż osoby samodzielne⁹.

Według wielu badaczy kluczową rolę we wspieraniu samodzielności powinni odgrywać jednak członkowie rodziny przez stwarzanie rodzicom i dziadkom warunków do realizowania ich celów życiowych, mobilizowania do aktywności lub jej współorganizowania, np. udziału w różnych zajęciach prowadzonych w domach kultury w zależności od zainteresowań, namawiania do udziału w wyjazdach zagranicznych. Wspieranie samodzielności, a przez to jej przedłużanie, odbywa się częściej w tych rodzinach, w których wnuki, ich rodzice i dziadkowie mieszkają w tej samej miejscowości. Brakuje natomiast wsparcia, gdy żyją w znacznej odległości od siebie. Wspieranie odbywa się często nieświadomie, przez korzystanie z pomocy rodziców i dziadków w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wychowywaniu dzieci, zapewniając w ten sposób aktywność fizyczną i intelektualną¹⁰.

Samodzielność seniorów wspiera wiele urzędów samorządowych, w ramach zadań realizowanych przez miejsko-gminne i miejskie Ośrodki Pomocy Społecznej (OPS). Wiele projektów skierowanych do seniorów wymaga czynnego ich udziału. Przykładem może być oferta OPS Warszawa Mokotów, traktująca ośrodek jako miejsce przyjazne dla seniorów. Celem jest zachęcanie osób starszych do aktywnego trybu życia oraz utrzymywania relacji społecznych. Odbywa się to przez korzystanie z pomieszczeń o odpowiednim wyposażeniu do organizowania różnych zajęć i spotkań (m.in.: sportowych, rekreacyjnych, komputerowych, muzycznych i plastycznych) rozwijających zainteresowania¹¹. Wspieranie samodzielności odbywa się także w ramach środków Europejskich Funduszy Społecznych (EFS).

⁹ M. Jarosz, *Uwarunkowania zmian...*, dz. cyt., s. 220–221.

¹⁰ *Samodzielność osób starszych – jak ją wspierać?*, dz. cyt.

¹¹ *Aktywny i samodzielny senior*, Warszawa Mokotów, www.mokotow.um.warszawa.pl/waw/opsmokotow/seniorzy (dostęp: 18.08.2025), także: *Badanie potrzeb i sytuacji życiowej seniorów mieszkających w Warszawie*, www.wsparcie.um.warszawa.pl/-/badanie-potrzeb-seniorow (dostęp: 5.11.2025).

Przykładowo, w Urzędzie Miejskim w Kobyłce k. Warszawy jest re-alizowany aktualnie (2025 r.) projekt *Zwiększenie samodzielności seniorów w miejscu zamieszkania*, współfinansowanego z EFS w ramach programu *Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021–2027*. Jego celem jest stworzenie systemu usług społecznych świadczonych na rzecz seniorów w społeczeństwie lokalnym, wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu¹².

Na samodzielne funkcjonowanie osób starszych we współczesnym społeczeństwie korzystnie wpływa także rozwój technologii cyfrowych, gdyż ułatwiają i wzbogacają codzienne życie bez konieczności wychodzenia z domu. Dzięki technologiom cyfrowym nawet osoby niesamodzielne, które nie mogą liczyć na pomoc innych, mogą funkcjonować jak osoby samodzielne. Większość codziennych spraw, w tym wszelkie opłaty miesięczne czy zakupy spożywcze można bowiem załatwić bez wychodzenia z domu¹³.

W literaturze wymieniane są różne działania seniorów oraz osób wspierających (rodzina, sąsiedzi) sprzyjające samodzielności: (1) aktywność fizyczna i umysłowa (uczestniczenie lub zachęcanie do regularnych ćwiczeń, spacerów, czytania, oglądania programów telewizyjnych, zwłaszcza pobudzających do wyrażania własnych opinii), (2) stwarzanie seniorom możliwości decydowania o ważnych dla nich sprawach w codziennym życiu, (3) poczucie bezpieczeństwa (przez przystosowanie otoczenia oraz usuwanie potencjalnych zagrożeń i niebezpieczeństw – przykładem niebezpieczeństw, narastających od kilkunastu lat, które mogą zniechęcać seniorów do samodzielności, są napady na osoby starsze oraz oszustwa związane z wyłudzeniem pieniędzy przez gangsterów), (4) wsparcie społeczne i emocjonalne (przez wspieranie zainteresowań i aktywności dających większe

¹² *Zwiększenie samodzielności seniorów w miejscu ich zamieszkania* (RWS), Ośrodek Pomocy Społecznej w Kobyłce, www.opskobyłka.naszops.pl/seniorzy/zwiekszenie-samodzielności-seniorów-w-miejscu-ich-zamieszkania-rws (dostęp: 18.08.2025).

¹³ E.K. Czaczkowska, *Włączeni cyfrowo. Aktywność osób 60+ w internecie i mediach społecznościowych*, w: *Świat na miarę seniora 2024...*, dz. cyt., s. 429–434.

poczucie przydatności seniora w lokalnym otoczeniu społecznym lub rodzinnym), (5) wspieranie autonomii seniorów, przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu (przez udział w lokalnym życiu społecznym, zawodowym, kulturalnym)¹⁴.

2. Sytuacja rodzinna i materialna seniorów mogąca wpływać na ich samodzielność

Aby w miarę obiektywnie ocenić możliwości samodzielnego funkcjonowania seniorów we współczesnym społeczeństwie oraz dostosować zakres ewentualnej pomocy dla osób o mniejszym stopniu samodzielności, trzeba poznać czynniki określające jakość ich życia w środowisku rodzinnym i lokalnym. Spośród czynników wymienionych w punkcie 1 opracowania niżej zwrócono uwagę na te, które w największym stopniu determinują zakres samodzielności. Prezentuje je tabela 1. Stan zdrowia może ograniczyć samodzielność ruchową, intelektualną i społeczną, zniechęcać do niektórych aktywności. Przykładem mogą być podróże zagraniczne, w których seniorzy chętnie uczestniczą, ale potrzebny jest dobry stan zdrowia, wiążący się z wysiłkiem fizycznym. Tymczasem, jak pokazują badania wykorzystane w opracowaniu, prawie u ¼ występują choroby układu krążenia, u 25,6% – choroby kości i stawów (które mogą ograniczać sprawność fizyczną), a u 13,7% – reumatologiczne. Również z badania przeprowadzonego w 2018 r. przez Ministerstwo Sportu i Turystyki dotyczącego aktywności turystycznej seniorów wynika, że zły stan zdrowia był głównym powodem nieuczestniczenia osób powyżej 55 roku życia w wyjazdach turystycznych¹⁵.

Z kolei wpływ sytuacji materialnej jest najbardziej widoczny w działaniach związanych z ponoszeniem wydatków. Powszechnie wiadomo,

¹⁴ A. Szybalska, H. Kujawska-Danecka, E. Biernat, M. Mossakowska, *Aktywności w czasie wolnym i wyjazdy poza miejsce zamieszkania*, w: *Polsenior 2...*, dz. cyt., s. 936–938, 949; zob. także *Samodzielność osób starszych – jak ją wspierać?*, dz. cyt.

¹⁵ A. Szybalska, H. Kujawska-Danecka, E. Biernat, M. Mossakowska, dz. cyt., s. 933.

że sytuacja materialna wpływa na jakość życia każdego człowieka, determinuje zatem także zakres samodzielności, czyli możliwości uczestniczenia w życiu społecznym i kulturalnym. Wpływa także na komfort psychiczny i stabilizację stylu życia. Sytuacja materialna zmienia się po zakończeniu pracy zawodowej¹⁶. Większość emerytów ma świadomość niższych dochodów, ale tylko niewielki odsetek kontynuuje pracę zawodową. Prawie ¼ badanych (a w grupie najstarszych nawet ponad 30%) otrzymuje średnie dochody w gospodarstwie w granicach 4001–6000 zł miesięcznie, średnio prawie 14% badanych – w granicach 6001–8000 zł, 14% zaś – powyżej 10 tys. zł. Wśród wszystkich badanych 52% posiada dochody przekraczające 4000 zł netto. Ponieważ brak jest danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) odnośnie aktualnej wysokości przeciętnej emerytury w Polsce, nie można ocenić, czy dochody badanych emerytów były wyższe. W 2023 r. przeciętne dochody osób powyżej 60 roku życia wynosiły 3010 zł na osobę, ale co roku są waloryzowane¹⁷. Dla oceny wpływu dochodów na zakres działań samodzielnych ważna jest ocena sytuacji materialnej. Ok. 36% badanych przy wyborze określeń najlepiej charakteryzujących sposób gospodarowania dochodem wskazało, że pozwala na zaspokojenie wszystkich podstawowych potrzeb i oszczędności, które można przeznaczyć na realizację różnych potrzeb i celów życiowych.

Do elementów wpływających na zakres działań samodzielnych można ponadto zaliczyć: wiek (w miarę starzenia się zmniejsza się zakres samodzielnego życia), stan cywilny (bardziej samodzielni są seniorzy żyjący w związkach małżeńskich lub z rodziną), liczba osób w gospodarstwie domowym (bardziej samodzielni czują się seniorzy mieszkający z rodziną), a także poziom wykształcenia (osoby z wykształceniem wyższym są bardziej samodzielne od osób z niższymi poziomami wykształcenia).

¹⁶ P. Błędowski, *Sytuacja materialna*, w: *Polsenior 2...*, dz. cyt., s. 851.

¹⁷ Tamże, s. 33.

Tabela 1. Czynniki mogące wpływać na zakres samodzielności seniorów

Czynniki mogące wpływać na zakres samodzielności seniorów	Odsetek odpowiedzi ogółem (%)	Odsetek odpowiedzi (%) dla przedziałów wiekowych badanych (w latach)					
		60–64	65–69	70–74	75–79	80–84	85+
Liczba osób w gosp. domowym							
jedna	30,6	23,2	25,9	32,2	44,2	47,3	53,3
dwie	52,2	54,1	53,9	55,2	44,2	44	41,1
Prowadzenie gosp. domowego							
z małżonkiem	88,7	89,9	90	88,2	89,4	83,5	59,5
z dziećmi	22,4	25,5	22,7	18,1	17,2	24,1	35,7
Stan cywilny							
zamężna/zamężny	61,1	68,5	66,2	59,5	47,9	43,3	33,3
wdowa/wdowiec	20	10,2	14,6	23,1	34,1	40	55,6
Poziom wykształcenia							
zasadnicze zawodowe	11,8	12,3	13,5	10,4	9,6	10	10
wyższe	49,8	48,8	48,7	48,6	54,1	54	55,6
Źródło utrzymania							
dochody z pracy i emerytura	30,9	49,5	32	24,4	15,5	6,7	3,3
emerytura	87	67,1	89,7	97	97,5	98,7	98,9
Przeciętne dochody w gospodarstwie							
2001–4000 zł miesięcznie	20,1	17,9	17,7	19,5	26,5	27,3	33,3
4001–6000 zł miesięcznie	24,4	22,7	23,4	23,8	27,3	32	30
6001–8000 zł miesięcznie	13,8	12,8	15,3	15,3	11,8	12,7	6,7
ponad 10 000 zł	14	19,4	15,4	14	6,2	4	0
Stan zdrowia według badanych							
bardzo dobry	10,6	12,4	12	9,1	6,8	10	6,7
dobry	41,6	46,1	43,7	41,5	33,5	36	23,3
średni (ani dobry, ani zły)	38,3	35,6	37,3	37,2	47,6	37,3	45,6
Niepełnosprawność	17	12,9	15	16,9	24,2	26,7	30
Choroby	22,8	19,7	20,4	20,7	30,1	33,3	43,3

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Z przedstawionych w tabeli 1 danych wynika, że sytuacja osobista, rodzinna i materialna powinna sprzyjać zachowaniu dużego stopnia samodzielności w prowadzonym sposobie życia. Większość czynników

zmienia się jednak w miarę starzenia się – jest to szczególnie widoczne u seniorów najstarszych. Średnio ponad 60% stanowią osoby zamężne, co powinno ułatwiać im prowadzenie samodzielnego życia. W grupie najstarszej (85+) stanowią jednak tylko 33,3%, co oznacza, że pozostałym utrudnia to prowadzenie samodzielnego życia. Prawie 90% prowadzi gospodarstwo domowe wraz z małżonkiem, a ponad połowa (52,2%) żyje w gospodarstwach dwuosobowych – nawet w najstarszej grupie stanowią oni 41,1%.

Jeśli chodzi o ocenę stanu zdrowia, to ponad 90% wskazało, że nie ma z nim problemów, ponad połowa badanych (52,2%) ocenia go zaś jako dobry i bardzo dobry. To znacznie mniejszy odsetek od seniorów badanych przez GUS w 2023 r., kiedy prawie 77% oceniło stan swojego zdrowia jako dobry i bardzo dobry¹⁸. Wśród wszystkich seniorów w miarę starzenia się maleje jednak odsetek oceniających swoje zdrowie dobrze i bardzo dobrze. Wśród badanych w projekcie *Świat na miarę seniora 2025* nawet w wieku 80–84 lata stanowią oni 46%, dopiero w wieku ponad 85 lat odsetek obniża się do 30%. Ocena stanu zdrowia przez badanych wskazuje, że u najstarszych seniorów samodzielne życie jest z pewnością trudniejsze niż u młodszych. Trzeba jeszcze wspomnieć o niepełnosprawności, która występuje u 17% wszystkich badanych i wzrasta do 30% u najstarszych seniorów, gdyż z pewnością ogranicza także niektóre czynności, a więc samodzielność.

Do czynników wpływających na zakres samodzielnych aktywności podejmowanych przez badanych seniorów trzeba zaliczyć także poziom wykształcenia. W tabeli podano tylko dwa poziomy – zasadnicze zawodowe i wyższe, ponieważ, jak wynika z analizy działań seniorów przedstawionych w dalszej części opracowania, występują między nimi największe różnice. Wśród badanych największy odsetek (prawie 50%) posiada wykształcenie wyższe, a w grupie ponad 75 lat – nawet ponad 54%.

¹⁸ GUS, *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2023 r.*, Białystok 2024, s. 51.

3. Wpływ stanu zdrowia i jakości życia na samodzielność seniorów

Jak już stwierdzono w podrozdziale drugim, stan zdrowia w największym stopniu wpływa na samodzielne funkcjonowanie seniorów w społeczeństwie. Wszelkie choroby lub złe samopoczucie zmniejszają aktywność lub ją całkowicie ograniczają. Dla zachowania aktywności i korzystania z życia ważne są nie tylko stan zdrowia, oceniany na podstawie badań lekarskich, ale także jego odczucie przez seniorów. W tabeli 2 przedstawiono opinie badanych o stanie swojego zdrowia i jakości życia zawarte w odpowiedziach na pytania o ocenę samopoczucia (m.in. odczuwanie zmęczenia), zadowolenie z życia, ocenę różnych sytuacji (m.in. patrzenia w przyszłość) oraz poziomu zadowolenia ze stanu zdrowia. Można je traktować jako sytuacje i czynniki wspomagające podejmowanie samodzielnych działań.

Tabela 2. Ocena stanu zdrowia i jakości życia przez badanych

Czynniki mogące wpływać na zakres samodzielności seniorów	Odsetek odpowiedzi ogółem (%)	Odsetek odpowiedzi (%) dla przedziałów wiekowych badanych (w latach)					
		60–64	65–69	70–74	75–79	80–84	85+
Samopoczucie							
brak zmęczenia	36,4	41,7	38,2	36,2	26,5	27,3	27,8
zmęczenie zdecydowanie szybsze niż poprzednio	22,5	17,9	19,4	21,5	33	36,7	37,8
Zadowolenie z życia							
zdecydowanie tak	48,5	52,1	49,8	47,2	42,8	41,3	45,6
raczej zadowolony/zadowolona	35,8	34,1	36,7	34,3	38	42	32,2
Patrzenie w przyszłość z optymizmem							
zdecydowanie	41	45	42,6	40,2	35,5	34,7	26,7
raczej optymistycznie	32,2	33	32,5	27,9	35,8	31,3	37,8
Zadowolenie ze stanu zdrowia							
bardzo zadowolony	11,8	13,5	12,9	9,6	9,6	12	8,9
zadowolony	52	54,8	53,5	53,1	45,4	43,3	42,2

Źródło: Badanie *Świat na miarę seniora 2025*, n=3000, opracowanie własne.

Z tabeli wynika ogólny wniosek, że zdecydowana większość badanych jest zadowolona z życia oraz ze stanu swojego zdrowia i z jakości życia, co powinno stanowić dobrą podstawę do samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie. Poziom zadowolenia w niewielkim stopniu zmniejsza się w miarę starzenia się, gdyż nawet wśród najstarszych badanych (85+) odsetek zadowolonych i raczej zadowolonych jest niewiele mniejszy (77,8%) od najmłodszych (86,2%). Warto też zwrócić uwagę, że wśród patrzących w przyszłość „raczej optymistycznie” jest nawet większy odsetek najstarszych seniorów (37,8%) niż najmłodszych (33%).

Ze stanu zdrowia bardzo zadowolonych i zadowolonych jest 68,3% najmłodszych i 51,1% najstarszych. Trzeba przyznać, że różnicę – wynoszącą ok. 17 punktów procentowych – przy ponad 25-letniej różnicy wieku, trzeba uznać za niewielką. W tabeli 3 przedstawiono odpowiedzi na pytania dotyczące bezpośredniego wpływu oceny stanu własnego zdrowia na stopień samodzielnego wykonywania różnych czynności. Ponieważ, jak stwierdzono w podrozdziale drugim, samodzielność jest elementem wysokiej jakości życia, powyższe opinie seniorów potwierdzają postawione w opracowaniu założenie badawcze, że zadowolenie z życia i stanu zdrowia sprzyja działaniom samodzielnym mimo starzenia się.

Tabela 3. Wpływ stanu zdrowia na samodzielne wykonywanie czynności
(dane w %)

Rodzaj czynności	Stan zdrowia według badanych			
	bardzo dobry	dobry	taki sobie	zły
Osobiste	99,4	98,3	95,9	85,4
Prace domowe	89,6	88,3	80,5	60,1
Robienie zakupów	92,5	89,8	81,4	59,7
Wychodzenie na spacer	97,8	97	93,6	86,3
Załatwianie spraw w urzędach	95,9	93,3	90,3	71,2

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Z tabeli 3 wynika, że bardzo dobry i dobry stan zdrowia nie różnicują w widoczny sposób samodzielnego wykonywania różnych czynności – odsetek osób wykonujących je przekracza 90%. Dopiero przy średnim stanie zdrowia („takim sobie”) odsetek badanych wykonujących samodzielnie czynności jest nieco mniejszy – o 3–5 punktów procentowych, a przy pracach domowych i robieniu zakupów nawet 8 punktów. Znaczny wpływ na ograniczenie samodzielności wywiera dopiero zły stan zdrowia, w największym stopniu w pracach domowych (samodzielnie wykonuje je tylko ok. 60% badanych), robieniu zakupów (59,7% badanych) i załatwianiu spraw w urzędach (71,2%).

4. Samodzielne wykonywanie codziennych czynności

Samodzielność najbardziej przejawia się w wykonywanych codziennie czynnościach i działaniach (aktywnościach) związanych z życiem seniorów. Jak już wspomniano w opracowaniu, seniorzy najbardziej obawiają się, że w miarę starzenia się ich życie będzie w coraz większym stopniu podporządkowane pomocy innych. W tabeli 4 przedstawiono szczegółowo obszary i działania badanych seniorów wskazujące na utrzymywanie dużego zakresu samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie (zawarte w pytaniach o czynności wykonywane samodzielnie oraz o występujące trudności w wykonywaniu czynności). Przedstawione w tabeli czynności i działania seniorów, wzmacniające samodzielność, zmniejszają się wraz z ich wiekiem, jednak nie wszystkie w jednakowym stopniu. Różnice między niektórymi działaniami, aktywnością i zaangażowaniem najmłodszych (60–64 lata) i najstarszych (85 +) seniorów są niewielkie a między innymi duże. Przyczyny tych różnic nie były jednak ujęte w pytaniach skierowanych do badanych seniorów.

Tabela 4. Samodzielne wykonywanie codziennych czynności przez seniorów

Rodzaj czynności	Odsetek odpowiedzi ogółem (%)	Odsetek odpowiedzi (%) dla przedziałów wiekowych badanych (w latach)					
		60–64	65–69	70–74	75–80	81–84	85+
Korzystanie z toalety	98,9	98,8	99,4	99,4	98,6	96,7	96,7
Ubieranie się	97,9	98,8	98,5	97,9	95,5	94,7	97,8
Przygotowywanie posiłków	95,4	98,8	97,6	94,7	91	84,7	82,2
Odżywianie się	98,8	99	99,4	99,5	98	95,3	94,4
Wchodzenie po schodach	94,9	96,8	96,5	95,7	91,3	84	87,8
Spacery ponad 500 m	91,1	94,7	94,3	89,3	86,5	82,7	68,9
Robienie zakupów	92,6	96,9	96,7	90,9	88,2	83,3	64,4
Proste prace domowe	93,9	97,5	96,2	95,1	86,2	85,3	74,4
Prace w otoczeniu domu	89,7	94,7	93,1	89	81,1	81,3	62,2
Zarządzanie budżetem	95,3	96,1	97,1	93,6	94,6	92,7	86,7
Załatwianie spraw urzędowych	90,4	92,5	93,1	87,9	89	83,3	75,6

Źródło: Badanie *Świat na miarę seniora 2025*, n=3000, opracowanie własne.

Z zawartych w tabeli 4 danych wynika, że nawet ponad 90% najstarszych seniorów korzysta z toalety, ubiera się oraz odżywia się samodzielnie, pozostałe czynności samodzielnie wykonuje natomiast od 86,7% (zarządzanie budżetem) do 62,2% (prace w otoczeniu domu). Różnica między najmłodszymi (60–64 lata) i najstarszymi (powyżej 85 lat) w przygotowywaniu posiłków wynosi 16,6 punktu procentowego, wychodzących na spacerzy ponad 500 m – 25,8 punktu, robiących zakupy oraz wykonujących prace w otoczeniu domu – 32,5 punktu procentowego. Samodzielność seniorów badanych w projekcie *Świat na miarę seniora* jest znacznie wyższa od seniorów badanych przez GUS w 2023 r., kiedy zdolność wykonywania wszystkich czynności bez ograniczeń wskazało 75,6% osób powyżej 60 roku życia, a z poważnymi ograniczeniami – 7%¹⁹.

¹⁹ GUS, dz. cyt., s. 52.

Komentując znacznie mniejszy w porównaniu z innymi czynnościami odsetek robiących samodzielnie zakupy oraz wykonujących prace w otoczeniu domu, trzeba zwrócić uwagę, że może na to wpływać, oprócz wieku i utraty sił, niewystępowanie takich czynności u niektórych badanych. Z informacji posiadanych przez autora artykułu wynika, że zamieszkanie wspólnie z dziećmi lub w rodzinie wielodzietnej oznacza dla seniora, zwłaszcza najstarszego (powyżej 85 lat), nierobienie zakupów (chyba że sam chce), a w przypadku mieszkającego w mieście, w blokach nie występują prace w otoczeniu domu.

5. Wpływ pracy zawodowej na samodzielność seniorów

Każdy rodzaj aktywności wymaga osobistego zaangażowania człowieka. Tylko na wstępnym etapie, kiedy jej uczestnik zapoznaje się z zasadami i sposobami jej realizacji oraz nabiera doświadczenia, konieczna jest pomoc instruktora, trenera czy mentora. Zaangażowanie jest elementem samodzielności, nie można więc wyobrazić sobie aktywności bez samodzielności. Występuje między nimi też zależność odwrotna – różne rodzaje aktywności rozwijają samodzielność człowieka w danym obszarze (dziedzinie). Zależności te są szczególnie widoczne w pracy zawodowej.

W większości prac, nawet wykonywanych według określonych regulaminów czy norm, występuje pewien rodzaj samodzielności. Ponieważ, jak sygnalizowano w podrozdziale drugim, połowa badanych seniorów, a w najstarszych grupach wiekowych ponad 54% posiada wykształcenie wyższe, należy zakładać, że wykonywane przez nich aktualne prace wymagają znacznej samodzielności. Wynika z tego, że praca zawodowa seniorów może być bardzo ważnym czynnikiem podtrzymującym lub rozwijającym samodzielność. Wpływ pracy zawodowej na samodzielność badanych seniorów, w tym czynniki decydujące o kontynuowaniu pracy, prezentuje tabela 5. Na uwagę zasługują niematerialne powody podejmowania bądź kontynuowania

pracy, na które wskazała ponad 1/3 pracujących. Takie powody – przywiązanie do pracy (wykonywanej przed emeryturą) deklarowane przez 36,8% badanych pracujących, utrzymywanie kontaktów – 33,2% oraz rozwój zawodowy (14,8%) – wskazują na podtrzymywanie jak najdłużej samodzielności.

Tabela 5. Wpływ pracy zawodowej na samodzielność seniorów

Rodzaj aktywności	Odsetek odpowiedzi ogółem (%)	Odsetek odpowiedzi (%) dla przedziałów wiekowych badanych (w latach)					
		60–64	65–69	70–74	75–79	80–84	85+
Praca zawodowa w różnych formach	37,7	56,6	37,8	30,5	23,7	17,9	9
praca na etacie	17,6	34	18,2	9,2	4,1	4,8	1,1
umowa zlecenia/o dzieło	6,3	7,6	5,3	6,4	7,6	4,8	3,4
własna działalność	9,6	9,5	10,5	11,1	8,5	4,8	1,1
Czynniki decydujące o pracy seniorów							
przywiązanie do pracy/lubienie jej	36,8	34,1	39,4	32,1	48,3	57,1	20
utrzymywanie kontaktów	33,2	32,8	34,6	34	31	14,3	20
rozwój zawodowy	14,8	14,3	11,3	20,5	20,7	14,3	40
środki na pokrycie potrzeb	30,9	37,1	29,5	25,6	22,4	7,1	0
Brak potrzeby pracy na emeryturze	68,9	61,8	68,7	73,7	69,4	72,3	71,9
Dochody seniorów a potrzeby							
dochody wystarczające na wszystkie potrzeby oraz oszczędności	36,3	38,3	41,1	37,2	24,5	28	21,1
dochody wystarczające na wszystkie potrzeby bez oszczędności	24,6	21,3	24	27	29,3	23,3	26,7
dochody wystarczające na oszczędne życie	25,8	26,2	22,8	24,1	31,5	32,7	34,4
Łączny odsetek seniorów, których dochody wystarczają na zaspokojenie ich potrzeb życiowych i samodzielne prowadzenie gospodarstwa	86,7	85,8	87,9	88,3	85,3	84	82,2

Źródło: Badanie *Świat na miarę seniora 2025*, n=3000, opracowanie własne.

Informacje zawarte w tabeli wymagają wyjaśnienia, że badani mogli wskazać kilka czynników decydujących o pracy, niektórzy z pracujących wskazali także „brak potrzeby pracy na emeryturze”, stąd podane odsetki nie sumują się do 100. Z tabeli wynika, podobnie jak w innych rodzajach aktywności, że w miarę starzenia się seniorów stopniowo zmniejsza się odsetek pracujących. Trzeba przypomnieć, że bardzo duża część pracujących w wieku 60–64 lata (56,6%, w tym 34% na etacie) jest związany z wiekiem emerytalnym mężczyzn od 65 roku życia. Potwierdzają to także dane GUS o strukturze pracujących emerytów po ukończeniu 60 roku w 2023 r. – otóż najwyższy odsetek wśród wszystkich pracujących stanowią osoby w wieku 65–69 lat (41,2%) oraz 60–64 lata (31,8%), w wieku 70–74 lata natomiast już tylko 18,7%, a w wieku 75–79 lat – 6,3%²⁰. Porównanie z danymi GUS oznacza, że wśród badanych przez UKSW i IPISS pracuje znacznie więcej osób niż przeciętnie w kraju.

Z punktu widzenia samodzielności ważne są też łączne dochody seniorów, zarówno z emerytury, jak i pracy zawodowej i innych źródeł (por. tab. 1). Dzięki nim można realizować (lub nie) różne formy aktywności wymagające poniesienia wydatków. W trakcie badania seniorzy mieli do wyboru kilka wariantów odpowiedzi, dotyczących gospodarowania dochodami. Ponad 1/3 (36,3%) wskazała, że ich dochody wystarczają na pokrycie wszystkich potrzeb oraz zostają oszczędności, natomiast prawie 1/4 (24,6%), że wystarczają na zaspokojenie wszystkich potrzeb, bez oszczędności. We wszystkich grupach wiekowych natomiast średnio 86,7% badanych, a w grupie najstarszych ponad 82% wystarczają na zaspokojenie wszystkich potrzeb. Opinie seniorów o możliwości zaspokojenia podstawowych potrzeb przez ich dochody można także interpretować w taki sposób, że nie powinny one ograniczać aktywności utrwalającej samodzielność.

²⁰ GUS, dz. cyt., s. 29.

6. Wpływ aktywności społecznej na samodzielność seniorów

O ile praca zawodowa dotyczy głównie seniorów młodszych, to kontakty społeczne dotyczą wszystkich. Podobnie jak w przypadku pracy występują wzajemne zależności między aktywnością społeczną a samodzielnością. Kontakty społeczne zależą od stopnia samodzielności, ona zaś przejawia się m.in. w szerokich kontaktach – nie tylko z rodziną, ale także ze znajomymi z okresu pracy zawodowej, sąsiadami, a nawet instytucjami uczestniczącymi w organizowaniu aktywności. W różnych badaniach seniorzy podkreślają ważność kontaktów społecznych (choć z różnych powodów nie zawsze są one częste), ponieważ obawiają się samotności, wykluczenia społecznego²¹. Wynika z tego, że wpływ aktywności społecznej na samodzielność jest większy niż aktywności fizycznej czy ekonomicznej, gdyż te dotyczą mniejszego odsetka seniorów.

Zależności te pokazują, że samodzielność można także oceniać na podstawie relacji społecznych i częstotliwości kontaktów. Aktywności społecznej badanych seniorów dotyczyły pytania o kontakty z rodziną, znajomymi i sąsiadami oraz o ich częstotliwość (zob. tab. 6). Jak zaznaczono we wstępie, przy ich częstotliwości uwzględniono wskazania największego odsetka badanych. Z tabeli wynika, że z rodziną najwięcej badanych spotyka się kilka razy w tygodniu (42,9%), podobnie ze znajomymi (44,3%). Z punktu widzenia podtrzymywania samodzielności ważne jest także to, że kontakty z rodziną i ze znajomymi mające miejsce kilka razy w tygodniu niewiele maleją w miarę starzenia się seniorów. Z rodziną odbywa je 44,8% najmłodszych i 41,1% najstarszych, a ze znajomymi – odpowiednio 43,5% i 36,7%. Znacznie większe różnice występują natomiast w kontaktach codziennych.

²¹ B. Szatur-Jaworska, *Sytuacja rodzinna i więzi rodzinne*, w: *Polsenior 2...*, dz. cyt., s. 873–875.

Tabela 6. Zakres i częstotliwość aktywności społecznej

Aktywności społeczne, ich częstotliwość lub spełniane funkcje	Odsetek odpowiedzi ogółem (%)	Odsetek odpowiedzi (%) dla przedziałów wiekowych badanych (w latach)					
		60–64	65–69	70–74	75–79	80–84	85+
Spotkania z rodziną							
kilka razy w tygodniu	42,9	44,8	43,1	43,4	39,7	38,7	41,1
codziennie	27,7	33,9	28,6	25,4	20,8	23,3	15,6
Korzyści z kontaktów z rodziną							
dodają sił	80	84,4	82,4	75,8	72,7	83,5	69,9
motywują do wyjścia z domu	63,4	66,9	63,4	63,1	57,7	61,7	60
motywują do dbania o siebie	76,8	78,9	77,2	76,1	73,9	70,7	79,5
Spotkania ze znajomymi							
kilka razy w tygodniu	44,3	43,5	43,7	45,3	47	47,3	36,7
codziennie	13,7	14,1	15,2	12,9	12,1	12	8,9
Zadowolenie z relacji z innymi							
bardzo zadowolony	31,3	33,5	33,7	29	29,6	28	13,3
zadowolony	54,7	54,1	54	56,8	54,6	52,7	56,7
Praca dla społeczności lok.							
raz w miesiącu	9,4	12,4	10,6	6,7	7,3	5,3	4,4
brak angażowania się	73,1	66,8	71,5	77,8	77,5	78,7	85,6
Wsparcie ze strony otoczenia							
zdecydowanie i raczej „tak”	90,6	92,9	91	92	87,9	84	76,6
Korzystanie z internetu	92,2	95,9	95,7	92,3	89,3	74,7	60
przez laptop codziennie	54,2	52,7	54,7	58,9	55,7	37	39,5
przez telefon komórkowy codziennie	84,1	84,9	86,8	86	82,3	66,7	51,5

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Kontakty z rodziną mobilizują do utrzymywania samodzielności (seniorzy chcą jak najdłużej być pożyteczni, służąc pomocą dla dzieci wnuków i prawnuków). Dlatego badanych zapytano o korzyści z tych kontaktów. Najwięcej badanych wskazało na trzy punkty, wymienione w tabeli 6:

- dodawanie sił, odczuwane przez 80% badanych (co może oznaczać większą chęć zaangażowania fizycznego i psychicznego w sprawy rodziny),

- motywację do wyjścia z domu, wskazaną przez 63,4% badanych (czyli większa aktywność, zainteresowanie się przy okazji odwiedzenia rodziny znajomymi lub pójście do marketu),
- motywacja do dbania o siebie, wskazana przez 76,8%, wzmacniająca poczucie własnej wartości i chęć pokazania swojej osoby innym w korzystnym świetle, co także skłania do samodzielności.

Na pytanie o zadowolenie z kontaktów ze znajomymi 87,6% seniorów najmłodszych i 70% najstarszych odpowiedziało natomiast, że jest zadowolonych i bardzo zadowolonych. Można uznać to także jako klimat sprzyjający samodzielnemu życiu w społeczności lokalnej.

Przy kontaktach społecznych trzeba też zwrócić uwagę na podejmowanie decyzji odpowiadających własnym możliwościom fizycznym czy materialnym. Wymaga to przemyślenia przez seniorów problemów, które wiążą się z kontaktami, czyli zaangażowania umysłu. Dobrym przykładem jest pomoc dla członków rodziny – kontakty nie polegają tylko na rozmowach telefonicznych czy odwiedzinach, ale na konkretnym wsparciu przy prowadzeniu gospodarstwa domowego i wychowywaniu wnuków czy prawnuków. Pomoc rzeczowa zależy zaś od odległości między miejscami zamieszkania, dlatego tylko ok. połowa badanych wskazała na udzielanie takiej pomocy.

Do aktywności społecznej będącej wyrazem samodzielności, a także wpływającej na jej podtrzymywanie zaliczono także korzystanie z internetu – przez komputer oraz telefon komórkowy. Od wielu lat są one narzędziami wykorzystywanymi do kontaktów międzyludzkich oraz załatwiania różnych spraw związanych z życiem codziennym. Urządzenia cyfrowe ułatwiają życie wszystkim użytkownikom, ale szczególne znaczenie mają w życiu seniorów, gdyż zastępują bezpośrednie kontakty, które nie zawsze są możliwe, oraz ułatwiają prowadzenie gospodarstwa domowego. Z badania GUS dotyczącego korzystania z internetu osób w wieku 60–74 lata w 2023 r. wynika, że 39,8% korzystało z wyszukiwania informacji

o zdrowiu, 37,2% – z wyszukiwania informacji o towarach i usługach, 34,4% – z poczty elektronicznej, 31,4% – z usług bankowych, 27,6% – z dokonywania zakupów oraz 14,8% – z wypełniania deklaracji podatkowych²².

Dobrze więc, że prawie 96% wszystkich badanych seniorów korzysta z internetu. Nawet wśród najstarszych aktywność w sieci deklarowało 60% badanych. Można więc przyjąć, że internet podtrzymuje samodzielność seniorów, ponieważ bez wychodzenia z domu pozwala na utrzymywanie kontaktów z najbliższymi oraz ze światem. Służy także dokonywaniu zakupu potrzebnych artykułów i korzystaniu z cateringu zestawów obiadowych (zastępujących coraz częściej przygotowywanie posiłków w domu, a więc obniżających wysiłek fizyczny). Dzięki korzystaniu z internetu seniorzy mogą czuć się zatem bardziej samodzielnymi i zadowolonymi z życia.

7. Życie kulturalne a samodzielność

Wyrazem prowadzenia samodzielnego życia jest także uczestniczenie w wydarzeniach kulturalnych oraz towarzyskich. Seniorzy, głównie mieszkający w miastach, z racji wolnego czasu częściej korzystają z nich od osób pracujących. Badania GUS pokazują, że seniorzy są członkami klubów seniora, ośrodków i domów kultury oraz uczestniczą w organizowanych przez te instytucje imprezach. Wśród ich członków 32,3% stanowili seniorzy, w klubach seniora zaś – 62%²³. Warunkiem uczestniczenia jest chęć udziału w wydarzeniach kulturalnych oraz posiadanie odpowiednich środków finansowych, gdyż większość imprez kulturalnych jest płatna. Uczestnictwo w imprezach kulturalnych można więc oceniać także na podstawie przeznaczania wolnych środków finansowych (pozostających po uregulowaniu wszystkich bieżących opłat stałych i wydatków związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego). Pytanie

²² GUS, dz. cyt., s. 71.

²³ Tamże, s. 67.

dotyczyło ich przeznaczania na różne, wskazane w pytaniu cele. Inne pytanie dotyczyło częstotliwości udziału w wydarzeniach i zajęciach kulturalnych oraz w podróżach turystycznych. Odpowiedzi badanych prezentuje tabela 7.

Tabela 7. Udział seniorów w wydarzeniach kulturalnych

Przeznaczenie środków finansowych i częstotliwość udziału w wydarzeniach kulturalnych	Odsetek odpowiedzi ogółem (%)	Odsetek odpowiedzi (%) dla przedziałów wiekowych badanych (w latach)					
		60–64	65–69	70–74	75–79	80–84	85+
Przeznaczenie wolnych środków							
podróże	43	51,8	46,6	41	36,9	18,9	4,1
rozrywki kulturalno-edukacyjne	26,2	31,1	26,9	24	25,3	18,9	5,5
życie towarzyskie	17,4	20,8	14,7	18,6	21,5	11,5	4,1
Częstotliwość udziału							
Wydarzenia kulturalne							
raz w miesiącu	37	41,3	38,8	34,9	34,6	31,3	12,2
raz na pół roku	31	34,2	32,8	29,7	27,3	24	18,9
brak uczestnictwa	25,8	19,9	22,3	27,9	28,7	37,3	68,9
Zajęcia kulturalne							
raz w miesiącu	6,6	6,7	6,1	7,3	7,6	6,7	1,1
brak uczestnictwa	81,8	80,5	81,8	82,3	81,7	80,7	91,1
Podróże turystyczne							
raz na pół roku	42,7	46,7	45,5	43,2	35,2	30,7	24,4
brak uczestnictwa	36,3	29,3	30,7	39,1	45,6	59,3	65,6

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Dane zawarte w tabeli potwierdzają udział seniorów w różnych wydarzeniach i imprezach zaliczanych do dziedziny kultury. Podobnie jak przy innych aktywnościach omówionych w poprzednich podrozdziałach, udział seniorów maleje w miarę starzenia się. Zmniejszanie się udziału seniorów najstarszych jest jednak znacznie szybsze w porównaniu z innymi czynnościami i działaniami. Jest to szczególnie widoczne w wydatkowaniu środków na te cele, co oznacza także coraz mniejszy udział w imprezach o charakterze kulturalnym.

Odsetek wydających wolne środki na podróże zmniejsza się między najmłodszymi i najstarszymi seniorami z 51,8% do 4,1%, na rozrywki kulturalno-edukacyjne – z 31,1% do 5,5%, a na życie towarzyskie – z 20,8% do 4,1%.

Znajduje to także potwierdzenie w znacznym spadku uczestnictwa w tych wydarzeniach, np. raz w miesiącu udział w nich bierze 41,3% najmłodszych seniorów i jedynie 12,2% najstarszych. Z analizy uczestnictwa seniorów w wydarzeniach kulturalnych wynika, że ich wpływ na podtrzymywanie samodzielnej aktywności jest mniejszy w porównaniu z innymi działaniami. Odpowiedzi badanych na temat udziału w wydarzeniach kulturalnych potwierdzają także stopniowe ograniczanie wszelkiej aktywności w miarę starzenia się. Powodem coraz mniejszego udziału są najczęściej pogarszanie się stanu zdrowia (potwierdzone nie tylko opiniami seniorów, ale także badaniami placówek służby zdrowia) oraz utrata sił.

8. Wpływ płci na czynniki warunkujące zakres samodzielności

Z analizy wskazań seniorów badanych w projekcie *Świat na miarę seniora 2025* wynika, że płeć nie ma dużego wpływu na czynniki i sytuacje warunkujące oraz wpływające na samodzielne życie seniorów. Większość wskazań kobiet i mężczyzn na te same kwestie różni się kilkoma punktami procentowymi. Większe różnice między kobietami i mężczyznami występują jedynie w niektórych z nich. Niemniej, warto zwrócić na nie uwagę. W tabeli 8 pokazano tylko największe różnice (przekraczające 5 punktów procentowych) w odsetku kobiet i mężczyzn wyrażających opinie w tych samych kwestiach, istotnych dla samodzielnego życia.

Tabela 8. Różnice między kobietami i mężczyznami w czynnikach mogących wpływać na samodzielne życie seniorów (dane w %)

Czynniki mogące wpływać na samodzielne życie seniorów	Odsetek odpowiedzi ogółem	Odsetek odpowiedzi kobiet	Odsetek odpowiedzi mężczyzn
Stan cywilny – wdowa/wdowiec	20	24,9	11
Główne źródło utrzymania – emerytura	87	91,1	79,6
Przeciętne dochody			
2001–4000 zł	20,1	23,1	14,7
powyżej 10 000 zł	14	11,4	18,8
Ocena jakości życia			
patrzenie w przyszłość z optymizmem	41	42,9	37,5
brak problemów	41,1	38,8	45,4
są osoby będące źródłem wsparcia	65,3	68,2	59,9
Aktywności – codzienne korzystanie z laptopa	54,2	50,7	60,2
Aktywności – własna działalność gospodarcza	9,6	7,1	14,2
Czynniki motywujące do pracy zawodowej			
utrzymywanie kontaktów	33,2	37,5	27,5
przywiązanie do wykonywanej pracy	36,8	39,2	33,6
Uczestnictwo w wydarzeniach kulturalnych			
brak uczestnictwa	25,8	23,5	29,9
udział w podróżach raz na pół roku	42,7	44,6	39,2
udział w niedzielnych nabożeństwach	60,6	62,1	57,4
przeznaczanie wolnych środków na imprezy kulturalno-edukacyjne	26,2	28,2	22,7
Niekorzystanie z pomocy społecznej, utrzymanie tylko ze środków własnych	80,3	81,6	72,9
Niekorzystanie z pomocy innych osób przy robieniu zakupów	84,1	81,2	89,4

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Z danych zawartych w tabeli wynika, że kobiety mają przeważnie gorszą sytuację, która może warunkować prowadzenie samodzielnego życia. Różnica zaczyna się już w stanie cywilnym, gdyż prawie ¼ badanych stanowią wdowy, podczas gdy tylko 11% mężczyzn jest wdowcami. Ponad 10 punktów procentowych więcej kobiet niż mężczyzn utrzymuje się z emerytury (co jest efektem późniejszego

przechodzenia mężczyzn na emeryturę), dochody zaś, którymi gospodarują, aby zaspokoić różne potrzeby, są znacznie niższe – wśród najniższych dochodów różnica na niekorzyść kobiet wynosi 8,4 punktu procentowego, a wśród najwyższych – 7,4 punktu. Mimo to są częściej niż mężczyźni nastawione optymistycznie do życia. Mniej kobiet wskazało na brak problemów niekorzystnie wpływających na jakość życia, więcej ma natomiast wśród rodziny i znajomych osoby będące źródłem wsparcia w trudnych sytuacjach.

Trzeba też zwrócić uwagę na czynniki motywujące do pracy, wskazane przez kobiety aktywne zawodowo, które można łączyć z samodzielnością. Dla ponad 37% pracujących kobiet bardzo ważnym motywem jest utrzymywanie kontaktów – to ponad 10 punktów procentowych więcej niż dla mężczyzn. Kobiety są również bardziej przywiązane do swojej pracy od mężczyzn – różnica wynosi ok. 6 punktów procentowych. Na korzyść większej samodzielności kobiet mogą też przemawiać częstsze uczestnictwo w różnych wydarzeniach kulturalnych oraz przeznaczanie więcej wolnych środków niż mężczyźni na różne imprezy kulturalno-edukacyjne.

Chociaż stopień samodzielnego wykonywania większości czynności osobistych i związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego jest podobny u kobiet i mężczyzn, w niektórych czynnościach, np. robieniu zakupów, z pomocy korzysta o ok. 8 punktów procentowych więcej kobiet. Mimo iż badane kobiety dysponują mniejszymi dochodami niż mężczyźni, to podobny odsetek korzysta z pomocy ze środków publicznych (tylko o 3,7 punktu procentowego więcej kobiet), ze środków własnych zaś – 8,7 punktu procentowego więcej. Informacje te potwierdzają powszechną opinię o większej gospodarności kobiet w dysponowaniu budżetem domowym. To bardzo ważny element samodzielności, gdyż wpływa na stopień zaspokojenia różnych potrzeb. Biorąc jednak pod uwagę wszystkie czynniki (podobne i różne u kobiet i mężczyzn) warunkujące samodzielność, trudno jednoznacznie wskazać na wyraźne różnice, tym bardziej, że 56,5% badanych kobiet prowadzi gospodarstwo domowe wspólnie z mężczyznami (mężami i partnerami).

9. Wpływ wykształcenia na zakres samodzielności

Opinie seniorów wskazują, że również wykształcenie, podobnie jak płeć, ma wpływ tylko na niektóre czynniki oraz działania wykonywane w ramach samodzielności. Do najważniejszych dla samodzielnego życia seniorów różnic, określających możliwości realizacji własnych zainteresowań, należą dochody oraz gospodarowanie nimi, a także ocena stanu zdrowia. Generalnie sytuacja seniorów z wykształceniem wyższym jest lepsza niż z wykształceniem zasadniczym zawodowym, zarówno pod względem dochodów, jak i oceny stanu zdrowia. Dochody prawie 40% tych pierwszych wystarczają na pokrycie wszystkich potrzeb oraz oszczędności, podczas gdy osób z niższym wykształceniem, które są w takiej sytuacji, jest tylko 30%. Różnica w dochodach niskich, wystarczających tylko na pokrycie podstawowych potrzeb, jest natomiast prawie trzykrotna (3,9% do 11%). Jest to spowodowane głównie różnicami w aktywności zawodowej – na etacie pracuje mniej seniorów z wykształceniem zawodowym (9,4%) w porównaniu z tymi, którzy ukończyli studia (22,1%)²⁴.

Dlatego pogorszenie sytuacji materialnej po przejściu na emeryturę wskazało 26,6% osób z wykształceniem zawodowym i 16,9% z wyższym. Skutkiem rozbieżności w dochodach są różnice w wydatkach na realizowane samodzielnie cele. Na podróże zagraniczne i krajowe wolne środki przeznacza 33,5% osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym i 47,5% z wyższym, na życie towarzyskie – odpowiednio 12,2% oraz 20,1%, na kino i teatr – 16,9% oraz 30,2%, na realizację własnych zainteresowań zaś – 14,4% seniorów z wykształceniem zasadniczym i 25% z wyższym. Różnice w sytuacji materialnej powodują, że osoby z wykształceniem wyższym mogą w większej skali realizować swoje cele i rozwijać zainteresowania w porównaniu z seniorami z wykształceniem zawodowym.

²⁴ W analizie nie uwzględnia się seniorów z wykształceniem podstawowym, gdyż stanowili tylko 2,5% badanych, z wykształceniem zasadniczym zawodowym natomiast 11,8%, a z wyższym – 49,8%.

Znaczne różnice wśród seniorów kontynuujących pracę zawodową są spowodowane głównie stanem zdrowia. Jako dobry i bardzo dobry ocenia go 45,3% badanych z wykształceniem zawodowym i 56,7% z wyższym. Na zły stan zdrowia, jako powód gorszej aktywności, wskazało natomiast 23,3% osób z wykształceniem zasadniczym oraz 13,6% z wyższym. Na brak potrzeby aktywności wskazało również więcej seniorów z wykształceniem zawodowym (22%) niż wyższym (12,4%).

Wszystkie ograniczenia związane z wykonywaną pracą, także zdrowotne, mają swoje źródło w charakterze prac wykonywanych w okresie aktywności zawodowej. Te, przy których wymagane jest wykształcenie zasadnicze zawodowe, są zaliczane do ciężkich fizycznie i częściej wykonywanych w trudniejszych warunkach środowiska pracy, wymagające wykształcenia wyższego natomiast to głównie tzw. prace umysłowe, wykonywane w lepszych warunkach środowiskowych.

Bardzo wyraźny jest wpływ wykształcenia na udział seniorów w życiu społecznym i kulturalnym. W wydarzeniach kulturalnych nie uczestniczy 40,5% badanych z wykształceniem zasadniczym i tylko niecałe 18% z wyższym. Również w podróży turystycznych nie uczestniczy 48,7% seniorów z wykształceniem zasadniczym i tylko 28,5% z wyższym. Odsetek nieuczestniczących w zajęciach kulturalno-edukacyjnych jest jednak bardzo podobny – 85,5% z wykształceniem zasadniczym i 79,5% z wyższym. Wśród niezaangażowanych w działania na rzecz społeczności lokalnej różnica również jest niewielka – 74,8% z wykształceniem zasadniczym i 69,7% z wyższym. Mimo różnic w aktywności społecznej, badani seniorzy z wykształceniem zawodowym i wyższym wskazali podobne korzyści: dodawanie sił (odpowiednio 81,4% i 79,8%), dawanie poczucie bycia potrzebnym (88,3% i 85,7%), motywację do dbania o siebie (75,4% i 75,7%).

Przy wpływie wykształcenia trzeba też wspomnieć o korzystaniu z internetu, który obecnie jest dla seniorów ważnym oknem na świat. Wykształcenie różnicuje także ten aspekt – wskazało na tę aktywność 84,1% badanych z wykształceniem zasadniczym i 96,1% z wyższym. Jeszcze większe różnice występują w codziennym korzystaniu

z internetu za pomocą laptopa – ten sposób wskazało tylko niecałe 34% z wykształceniem zasadniczym i prawie 61% z wyższym. Różnice w korzystaniu z telefonu komórkowego są natomiast mniejsze – wynoszą tylko 6,5 punktu procentowego. Z opinii badanych o korzystaniu z internetu wynika, że nie wszyscy seniorzy mają jednakowy dostęp do informacji, wypełniających lub wzbogacających sposób życia, który jest elementem samodzielności. Trzeba jednak pamiętać o zróżnicowanych potrzebach i zainteresowaniach osób z różnym poziomem wykształcenia²⁵.

Poziom wykształcenia ma także wpływ na ocenę stopnia samodzielności, chociaż różnice nie są tak znaczne jak w wyżej opisanych kwestiach. Opinie seniorów wskazują jednak na nieco większą samodzielność osób z wykształceniem wyższym – pełną samodzielność w wykonywaniu różnych czynności wskazało 74,2% badanych z wykształceniem zasadniczym zawodowym i 81% z wyższym, sporadycznie z pomocy innych osób korzysta 21,2% osób z wykształceniem zawodowym i 15,1% z wyższym, odsetek korzystających z regularnej pomocy jest natomiast podobny (3,7% oraz 2,9%). Przy czynnościach osobistych różnica wynosi jednak tylko 0,4 punktu procentowego, w pracach domowych – 3,5 punktu, w zakupach – 3 punkty, a w załatwianiu spraw w urzędach – 6,5 punktu. Największe różnice występują przy skojarzeniu życia na emeryturze z utratą samodzielności; znacznie więcej seniorów z wykształceniem wyższym (46,6%) niż z zasadniczym zawodowym (14,4%) kojarzy je z utratą samodzielności. Przedstawione wyżej różnice w sytuacjach i działaniach realizowanych przez seniorów z wykształceniem zawodowym i wyższym wskazują, że ci ostatni mają większe możliwości wypełniania samodzielnego życia różnymi aktywnościami.

²⁵ A. Szybalska, H. Kujawska-Danecka, E. Biernat, M. Mossakowska, dz. cyt., s. 937–939, 959.

10. Samoocena samodzielnego życia przez badanych seniorów

Na zakończenie analizy czynników warunkujących samodzielne życie badanych seniorów zaprezentowano ich opinie zawarte w odpowiedziach na pytania dotyczące samodzielnego wykonywania codziennych czynności osobistych i prac związanych z prowadzeniem gospodarstwa domowego oraz o korzystanie ze świadczeń oraz z usług ze środków publicznych, organizacji społecznych oraz prywatnych (tab. 9).

Tabela 9. Samoocena stopnia samodzielności przez badanych seniorów (dane w %)

Czynniki mogące wpływać na ocenę stopnia samodzielności badanych seniorów	Odsetek odpowiedzi ogółem (%)	Odsetek odpowiedzi (%) dla przedziałów wiekowych badanych (w latach)					
		60–64	65–69	70–74	75–79	80–84	85+
Samodzielność w codziennych czynnościach	77,8	82,8	81	76,7	72,7	63,3	52,2
Sporadyczne korzystanie z pomocy innych	18,4	15,5	16,4	18,8	21,4	26	37,8
Regularne korzystanie z pomocy innych	3,1	1,7	2,5	3,7	4,8	7,3	5,6
Skojarzenie życia z utratą samodzielności	3,9	2,7	3,6	4,6	4,8	6	6,7
Korzystanie z usług społecznych							
ze środków publicznych	11,3	11,5	11,2	12,1	9,3	14,7	7,8
ze środków organizacji społecznych	4,9	4,6	5,1	5,4	4,5	3,3	5,6
z pomocy finansowej OPS	8,4	7,4	9	9,3	6,5	10,7	10
z pomocy rzeczowej organizacji pozarządowych	6,5	6,2	6,1	7,5	5,9	10	4,4
z usług pielęgniarских	8,1	8,5	7,1	7,3	9	12,7	8,9
Korzystanie tylko ze środków własnych	80,3	74,2	82,8	85,5	78,9	76,7	82,2

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Z tabeli wynika, że większość badanych seniorów dobrze ocenia zakres swojej samodzielności – ponad $\frac{3}{4}$ samodzielnie wykonuje wszystkie czynności osobiste, w tym 82,8% najmłodszych i 52,2% najstarszych. Z regularnej pomocy korzysta tylko 3,1% wszystkich, w tym 1,7% najmłodszych i 5,6% najstarszych. Zarówno mieszkańcy miast, jak i wsi wyrażają silne przywiązanie do samodzielności. Utrata niezależności budzi niepokój, lęk a nawet bunt. Wypowiedzi badanych zawierają próbę oddalenia myśli o niepełnosprawności ograniczającej samodzielność.

Bardzo dużym przejawem wiary w utrzymywanie jak najdłużej samodzielności jest także skojarzenie aktualnego wieku badanych z jej utratą. Tylko 3,9% wszystkich badanych ma takie skojarzenie, w tym 2,7% najmłodszych i 6,7% najstarszych. Takie odczucia niewielkiego odsetka badanych są szczególnie ważne dla oceny możliwości samodzielnego życia w społeczeństwie. To oznacza, że seniorzy w każdym wieku nie chcą tracić samodzielności, a także potwierdza postawione we wstępie opracowania założenie badawcze.

Podsumowanie

Badani przez wskazanie aktywności w różnych obszarach i sytuacjach oraz niewielkiego zainteresowania pomocą społeczną świadczoną przez instytucje i urzędy samorządowe pokazali trwałe przywiązanie do samodzielnego życia w społeczeństwie i środowisku domowym, nawet przy narastających wraz z wiekiem potrzebach wsparcia. Ponad 67% badanych chce mieszkać we własnym mieszkaniu, z możliwością skorzystania z pomocy rodziny lub znajomych. Taki model życia wskazało 64,2% kobiet i 72,7% mężczyzn oraz wszystkie grupy wiekowe, od 68% osób w wieku 60–64 lat do 66,7% seniorów powyżej 85 lat. Jest on niezależny od poziomu wykształcenia i liczby osób w rodzinie, gdyż wskazało na niego 70,5% badanych z wykształceniem zawodowym i 66,1% z wyższym oraz 61,1% w rodzinie jednoosobowej i 78% w ponad pięcioosobowej.

Wraz z wiekiem rośnie gotowość do korzystania ze wsparcia w życiu codziennym, ale we własnym mieszkaniu. Wynika to z przywiązania

do niezależności, samodzielności. Systematycznie poprawiające się warunki mieszkaniowe w Polsce powodują, że coraz mniej dzieci po usamodzielnieniu się mieszka z rodzicami. Seniorzy wyraźnie preferują niezależne od rodziny mieszkanie oraz bliskie z nią kontakty i pomoc, nie wykluczają też w miarę starzenia się korzystania ze wsparcia rodziny.

Z przeprowadzonej w opracowaniu analizy możliwości samodzielnego życia seniorów wynika ważny wniosek dla instytucji świadczących pomoc rzeczową i finansową dla seniorów. Większość badanych seniorów nie oczekuje pomocy od instytucji i urzędów, chce bazować na własnych możliwościach i ewentualnej pomocy ze strony rodziny. Być może jest to częściowo spowodowane nie najlepszą opinią o tych instytucjach prezentowaną w mediach i przypadkach niewłaściwego traktowania osób starszych. W badaniu ilościowym *Świat na miarę seniora 2025* tylko 6,5% osób wskazało, że może liczyć na pomoc instytucji publicznych, a 31,2% uważa, że zwracanie się o pomoc jest krępujące i stresujące.

Liczenie na pomoc ze strony instytucji publicznych rośnie wraz z wiekiem, ale w niewielkim stopniu, co może także potwierdzać brak zaufania do tych instytucji. Na pomoc liczy 5,5% osób w wieku 60–64 lata, 8% w wieku 80–84 lata, ale tylko 2,2% seniorów najstarszych. Dla ok. 80% badanych w każdym wieku podstawą są zgromadzone własne środki. Tylko niewielki odsetek (3,1%) regularnie korzysta z pomocy innych: z usług pielęgniarских – ok. 8%, a z pomocy finansowej ze środków publicznych – ok. 11% badanych. Najmniejsze zainteresowanie wśród badanych dotyczy pomocy od pracowników OPS. Zależnie od czynności oczekuje jej w granicach 0,9–1,5% wszystkich badanych, w tym w wieku 60–64 lata – 0,4–1,3%, w wieku 80–84 lata – 1,3–5,3%, w wieku ponad 85 lat zaś – 1,1–2,2%.

W przeprowadzonej w opracowaniu analizy wyników badania seniorów dotyczących samodzielności wynikają ponadto następujące wnioski:

- samodzielność seniorów zmniejsza się stopniowo w miarę starzenia się, ale nie w równym stopniu we wszystkich czynnościach

związanych z codziennymi potrzebami. Prawie 80% badanych ocenia, że samodzielnie wykonuje wszystkie czynności i prace związane z codziennym życiem;

- samodzielności w życiu sprzyja dobry stan zdrowia, z którego zadowolonych i bardzo zadowolonych jest ok. 64% badanych;
- samodzielności w podejmowaniu różnych decyzji dotyczących zaspokojenia potrzeb podstawowych i wyższego rzędu sprzyja też dobra sytuacja materialna badanych – 86,7% osób może pozwolić sobie na zaspokojenie potrzeb podstawowych, a 36,3% ponadto gromadzi oszczędności, które przeznacza głównie na poprawę swojej sytuacji życiowej;
- na niektóre elementy oraz zakres samodzielności wpływa płeć oraz poziom wykształcenia. Nie ma jednak wyraźnych różnic między kobietami i mężczyznami oraz między seniorami z wykształceniem zasadniczym zawodowym, średnim i wyższym. Kobiety częściej niż mężczyźni korzystają m.in. z pomocy społecznej, częściej uczestniczą w spotkaniach towarzyskich i utrzymują kontakty rodzinne i społeczne. Ukończenie studiów wpływa z kolei na: wyższy poziom dochodów warunkujących w znacznym stopniu realizację różnych zainteresowań i potrzeb, bardziej racjonalne gospodarowanie budżetem domowym oraz odczucie o poziomie samodzielności. Nieco większy odsetek badanych z wykształceniem wyższym (81%) niż z zasadniczym zawodowym (74%) wysoko ocenia poziom swojej samodzielności.

Bibliografia

- Aktywny i samodzielny senior*, Warszawa Mokotów, www.mokotow.um.warszawa.pl/waw/opsmokotow/seniorzy (dostęp: 18.08.2025).
- Błądowski P., *Potrzeby opiekuńcze*, w: *Polsenior 2. 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.
- Błądowski P., *Sytuacja materialna*, w: *Polsenior 2. 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.

- Czaczkowska E.K., *Włączeni cyfrowo. Aktywność osób 60+ w internecie i mediach społecznościowych*, w: *Świat na miarę seniora 2024. Jakość życia – Relacje – Aktywności*, red. E. Bojanowska, R. Czekalski, Warszawa 2024.
- Dlaczego seniorzy chcą zachować niezależność?*, Bezpieczna Rodzina, www.bezpiecznarodzina.pl/dlaczego-seniorzy-chca-zachowac-niezaleznosc/ (dostęp: 5.09.2025).
- GUS, *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2023 r.*, Białystok 2024.
- Jarosław M., *Uwarunkowania zmian wskaźników jakości życia u osób powyżej 60 roku życia*, w: *Świat na miarę seniora 2024. Jakość życia – Relacje – Aktywności*, red. E. Bojanowska, R. Czekalski, Warszawa 2024.
- Lewandowska-Gwarda K., Olszewski W., *Gdzie seniorom żyje się najlepiej*, „Polityka Społeczna” 2017, nr 10.
- Samodzielność osób starszych – jak ją wspierać?*, Active Care, www.activecare24.pl/blog/samodzielność-osob-starszych-jak-ja-wspierac/ (dostęp: 22.08.2025).
- Szatur-Jaworska B., *Sytuacja rodzinna i więzi rodzinne*, w: *Polsenior 2. 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.
- Szybalska A., Kujawska-Danecka H., Biernat E., Mossakowska M., *Aktywności w czasie wolnym i wyjazdy poza miejsce zamieszkania*, w: *Polsenior 2. 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: *Polsenior 2. Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze stanem zdrowia*, red. P. Błędowski, T. Grodzicki, M. Mossakowska, T. Zdrojewski, Gdańsk 2021.
- Tobiasz-Adamczyk B., Galas A., Zawisza K., *Gender Related Differences in the Multi-pathway Effect of Social Determinants on Quality of Life in Older Age – the COURAGE in Europe Project*, „Quality of Life Research” 2017, vol. 26.
- Zwiększenie samodzielności seniorów w miejscu ich zamieszkania (RWS)*, Ośrodek Pomocy Społecznej w Kobylce, www.opskobylka.naszops.pl/seniorzy/zwiekszenie-samodzielności-seniorów-w-miejscu-ich-zamieszkania-rws (dostęp: 18.08.2025).

KS. RAFAŁ BEDNARCZYK

Instytut Nauk Teologicznych
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

KS. RYSZARD CZEKAŁSKI

Instytut Nauk Teologicznych
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

Wybrane funkcje religijności i ich znaczenie dla jakości życia seniorów

Słowa kluczowe: religijność, praktyki religijne, wsparcie duchowe, starość, seniorzy, Świat na miarę seniora

Wprowadzenie

Zagadnienie religijności jako istotnego komponentu życia ludzkiego jest zjawiskiem niezwykle złożonym i stanowi przedmiot refleksji w obrębie wielu dziedzin nauki, takich jak: teologia¹, psychologia², filozofia, socjologia³,

¹ Zob. W. Cisło, K. Semczuk-Kaczmarek, R. Czekalski, *Wiara, nauka i religijność w dobie pandemii COVID-19*, w: *Nowoczesna ocena ryzyka u pacjentów z chorobami serca i naczyń*, red. F.M. Szymański, A.E. Płatek, Warszawa 2021, s. 163–170; M. Tutak, *Życie seniora w krótkim przeglądzie badań społecznych*, w: *Seniorzy wyzwaniem dla Kościoła w Polsce*, red. M. Tutak, T. Wielebski, Warszawa 2019, s. 245–259; M. Tutak, *Zmiany w życiu religijnym seniorów we współczesnej Polsce*, w: *Seniorzy wyzwaniem dla Kościoła w Polsce*, dz. cyt., s. 261–280.

² Zob. E. Rydz, A. Tychmanowicz, *Religijność seniorów. Uwarunkowania i funkcje*, Lublin 2019.

³ Zob. M. Bożewicz, *Wpływ pandemii na religijność Polaków*, Komunikat z badań CBOS nr 74/2020, https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2020/K_074_20.PDF

nauki społeczne⁴, antropologia czy kulturoznawstwo⁵. Choć współczesna cywilizacja rozwija się dynamicznie w wielu dziedzinach nauki i techniki, to jednak religie i religijność nie tylko pozostają istotnym punktem odniesienia dla życia miliardów ludzi na ziemi, ale ich rola w zrozumieniu sytuacji globalnej wręcz wzrasta. Niniejsze opracowanie dotyczy jedynie niewielkiego obszaru (patrząc z perspektywy globalnej), jakim jest religijność osób starszych w Polsce, wpisuje się jednak w poszukiwanie wyjaśnienia znaczenia, jakie spełnia dla jakości życia tej grupy. Jest to kontynuacja badań przeprowadzanych w ramach projektu *Świat na miarę seniora* oraz innych, które od kilku lat są realizowane we współpracy naukowej przez Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie (UKSW) oraz Instytut Pracy i Spraw Socjalnych (IPiSS)⁶. Wskazana literatura pozwala

(dostęp: 15.09.2025); W. Sadłoń, *Zacieśnianie czy rozrywanie immanentnej ramy? Polski katolicyzm wobec epidemii koronawirusa*, „Wieś i Rolnictwo” 2020, nr 3, s. 161–183, <https://kwartalnik.irwirpan.waw.pl/wir/article/view/757/689> (dostęp: 14.09.2025); P. Ulman, *Religijność osób starszych w Polsce. Wyniki badań statystycznych*, „Studia Socialia Cracoviensia” 2017, t. 9, nr 2, s. 197–210, <http://czasopisma.upjp2.edu.pl/studiasocialiacracoviensia/article/viewFile/2464/2302> (dostęp: 14.09.2025); GUS, *Życie religijne w Polsce. Wyniki Badania spójności społecznej 2018*, https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5500/8/1/1/zycie_religijne_w_polsce_wyniki_badania_spojnosci_spoecznej_2018.pdf (dostęp: 14.09.2025).

⁴ Zob. B. Karcz, *Katolicka nauka społeczna a religijność seniorów w czasie pandemii COVID-19*, „Edukacja Ustawiczna Dorosłych” 2021, nr 3, s. 87–97, https://edukacjaustawicznadoroslych.eu/images/2021/3/07_3_2021.pdf (dostęp: 15.09.2025).

⁵ Zob. B. Krystkowiak, *Tajemnice starości – religijne życie seniorów*, „Humaniora. Czasopismo Internetowe” 2013, nr 4, s. 111–114, https://www.academia.edu/20145462/Tajemnice_starosci_religijne_zycie_seniorow (dostęp: 14.09.2025).

⁶ Zob. R. Bednarczyk, R. Czekałski, *Fluktuacja sposobów zaspokajania potrzeb religijnych u seniorów w perspektywie przeprowadzonych badań*, w: *Świat na miarę seniora 2024. Jakość życia – relacje – aktywności*, red. E. Bojanowska, R. Czekałski, Warszawa 2024, s. 365–415; R. Bednarczyk, *Potrzeby religijne seniorów przed i po pandemii COVID-19 w świetle wyników badań socjometrycznych przeprowadzonych w wybranych gminach na terenie województwa mazowieckiego*, w: *Pandemia a seniorzy. Wyzwania – działania – rozwiązania*, red. E. Bojanowska, R. Czekałski, Warszawa 2023, s. 171–196; R. Czekałski, *Aktywność religijna seniorów jako*

zagłębić się w to zagadnienie i przeanalizować je w różnych perspektywach badawczych.

Niniejsze opracowanie stanowi dalszy ciąg cyklu rozpoczętego w poprzednim tomie monograficznym *Świat na miarę seniora* pod redakcją Elżbiety Bojanowskiej i ks. Ryszarda Czekalskiego, który ukazał się nakładem Wydawnictwa Naukowego UKSW w 2024 r. Z tej racji warstwa teoretyczna dotycząca badanego zagadnienia została w tym miejscu pominięta⁷. Osoby pragnące się z nią bliżej zapoznać odsyłamy do tejże publikacji.

Bezpośrednim obszarem podjętej analizy są wyniki badań socjometrycznych ilościowych i jakościowych interpretowanych w perspektywie teologicznej (pastoralnej). Pozwalają one także uchwycić i opisać tendencje społeczne, które powinny być uwzględniane nie tylko na gruncie kościelnej praktyki duszpasterskiej adresowanej do osób starszych, ale także do instytucji zajmujących się organizowaniem wsparcia dla tej grupy wiekowej. Zapewnienie odpowiedniej opieki natury duchowej i religijnej stanowi ważny aspekt komfortu osób starszych i poczucia ich bezpieczeństwa.

1. Deklaracje znaczenia wiary w życiu seniorów

O dużym znaczeniu religijności i doświadczenia wiary dla osób w wieku 60+ w Polsce od lat świadczą licznie prowadzone badania socjologiczne. Wskazanie jednak, jak istotna jest to wartość, można znaleźć, sięgając

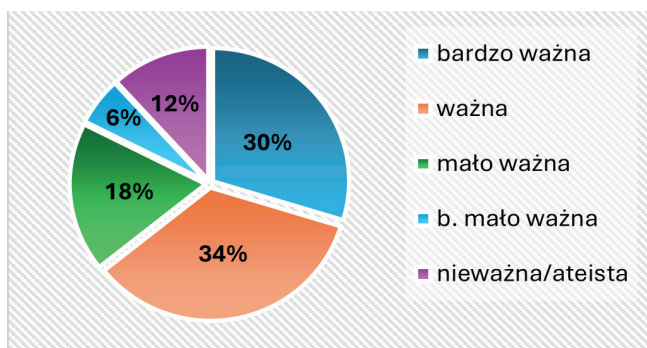
czynnik ich aktywizacji społecznej w okresie popandemicznym, „Polityka Społeczna” 2023, nr tematyczny 1, s. 34–40.

⁷ W poprzednim opracowaniu poświęcono wiele uwagi ukazaniu m.in. znaczenia religijności dla dobrostanu osób starszych. Analizy podejmowane przez badaczy tego fenomenu potwierdzają ów wniosek. W badaniach przyjęto założenie poparte wynikami z poprzednich lat, iż dominującym wyznaniem respondentów jest religia rzymskokatolicka. Trudno zatem rozszerzać paletę pytań o praktyki, które nie dotyczą ponad 95% respondentów. Zostały za to przyjęte uniwersalne kryteria praktyk religijnych, jak modlitwa osobista czy udział w cotygodniowym nabożeństwie, które odpowiadają innym denominacjom chrześcijańskim, a także religiom niechrześcijańskim.

do odpowiedzi na pytanie dotyczące deklaracji jej poziomu. Pytani mieli za zadanie określić, czy wiara jest dla nich bardzo ważna, ważna, mało ważna, bardzo mało ważna czy też nieważna (co mogło wynikać z bycia osobą niewierzącą). Uzyskane wyniki wskazują na zdecydowaną przewagę osób uznających wiarę jako wartość ważną i bardzo ważną – 63,4%. Seniorów deklarujących brak zainteresowania wiarą (w tym niewierzących) odnotowano 11,8%. Dokonując porównania z wynikami badań przeprowadzonych przed rokiem na takiej samej próbie badawczej, można zauważyć zmniejszenie się grupy deklarujących wiarę jako wartość ważną i bardzo ważną (69,8% w 2024) oraz zwiększenie liczby osób niezainteresowanych wiarą (10,1% w 2024)⁸.

W wykresie 1 zaprezentowano zestawienie wyników ogólnych. Kolejne wykresy prezentują, jakie różnice pod względem deklaracji wiary występowały w przypadku różnych badanych grup i podgrup seniorów. Najbardziej podstawowe kryteria różnicujące poziom deklaracji to miejsce zamieszkania i płeć. Przeprowadzone badania ankietowe pozwalają jednak dokonać analizy także innych czynników, które mogą również przekładać się na poziom deklarowanej wiary.

Wykres 1. Istotność wiary w życiu seniorów

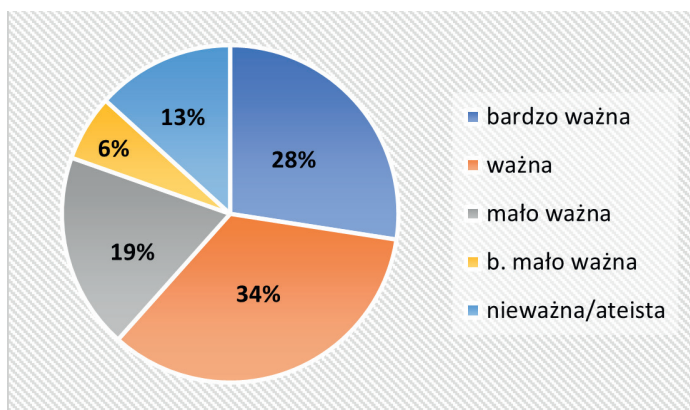


Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

⁸ Por. R. Bednarczyk, R. Czekalski, *Fluktuacja sposobów zaspokajania potrzeb religijnych...*, dz. cyt., s. 377–378.

Kolejne wykresy (2 i 3) zestawiają wyniki badania wśród mieszkańców miast i wsi. W przypadku tej pierwszej grupy wskazało wiarę jako ważną i bardzo ważną 61,8%, za nieważną zaś – 13,2%. W podobnych badaniach przeprowadzonych w 2024 r. silne przywiązanie do wiary deklarowało 66,1% respondentów, brak zainteresowania nią – 12,3%. W przypadku mieszkańców wsi poziom deklaracji wiary jako wartości ważnej i bardzo ważnej wyniósł 71,2% (w roku 2024 było to 76,9%), z kolei brak wiary zadeklarowało 8,1% (w roku 2024 – 6%)⁹. W obydwu środowiskach można zatem dostrzec tendencje do obniżania poziomu deklaracji istotności wiary w życiu seniorów, choć nadal utrzymuje się dominacja osób wierzących.

Wykres 2. Istotność wiary w życiu seniorów mieszkających w mieście

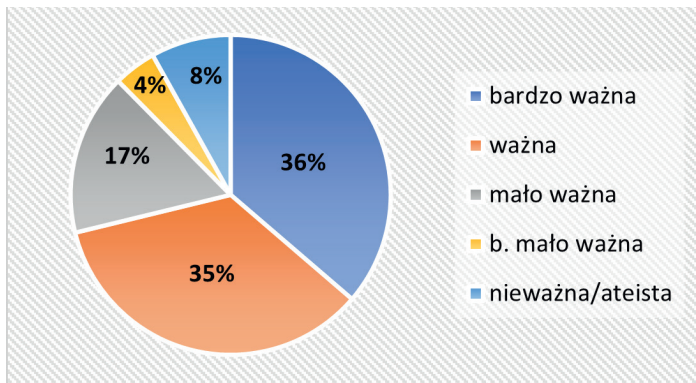


Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

⁹

Por. tamże.

Wykres 3. Istotność wiary w życiu seniorów mieszkających na wsi

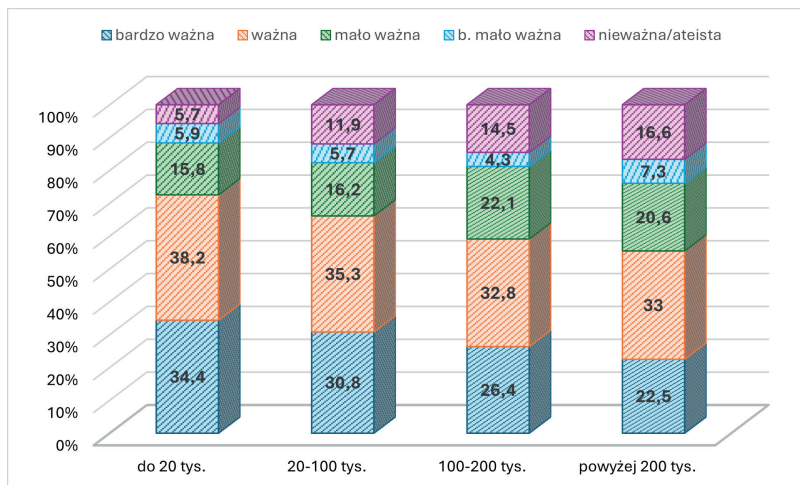


Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Kolejne zestawienie wyników ukazuje, jak poziom deklaracji przedstawia się w środowisku miejskim w zależności od wielkości aglomeracji (zob. wykres 4). Wyraźnie zaznacza się w tym miejscu tendencja polegająca na zmniejszaniu się odsetka osób deklarujących wysoką i bardzo wysoką religijność wraz z powiększaniem się liczby mieszkańców miasta od 72,6% (miasta do 20 tys. mieszkańców), co jest lepszym wynikiem w zestawieniu z zamieszkującymi na wsi, do 55,5% w największych aglomeracjach (powyżej 200 tys.). Różnica w tym wypadku wynosi ponad 17 punktów procentowych. Odpowiedzi wskazujące na dystans wobec wiary wybrało 5,7% respondentów z małych miast, w metropoliach powyżej 200 tys. ta populacja wyniosła zaś 16,6% – zatem blisko trzy razy więcej¹⁰.

¹⁰ W analogicznych badaniach w 2024 r. wyniki były następujące: w miastach do 20 tys. osoby uznające wiarę za ważną i bardzo ważną stanowiły 71,1% populacji (zatem nieco mniej niż w badaniach z 2025 r.), za nieważną – 8,4%; w miastach powyżej 200 tys. osób wskazujących na wysoką wartość wiary było 60,8%, a opinię przeciwną zadeklarowało 15,6%. Tamże, s. 379–380.

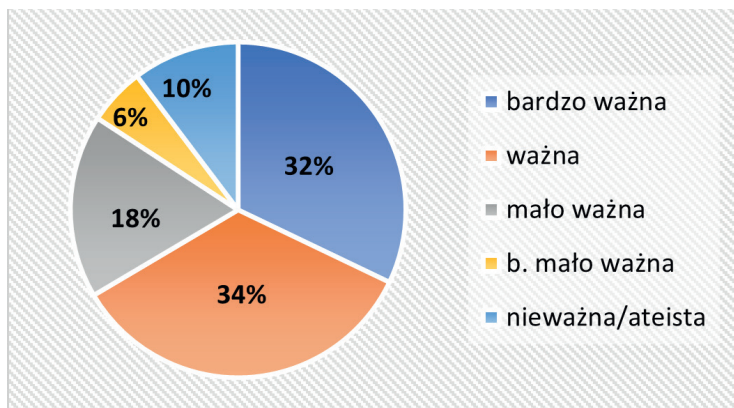
Wykres 4. Istotność wiary w życiu seniorów mieszkających w mieście z uwzględnieniem wielkości miasta



Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

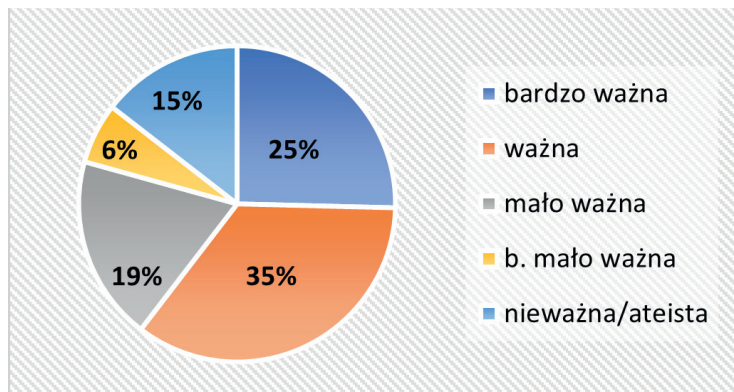
Klasycznym czynnikiem różnicującym poziom deklaracji wiary jest płeć respondentów. Kobiety pozostają bardziej wrażliwe na wartość wiary (zob. wykresy 5 i 6). W świetle przeprowadzonych badań wśród kobiet 66,5% badanych uznało wiarę za wartość ważną lub bardzo ważną, a za nieważną – 10,3%. Mężczyźni natomiast w 60,4% to osoby wysoko ceniące wartość wiary, odmienny pogląd zadeklarowało zaś 14,5%.

Wykres 5. Istotność wiary w życiu senierek



Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Wykres 6. Istotność wiary w życiu seniorów

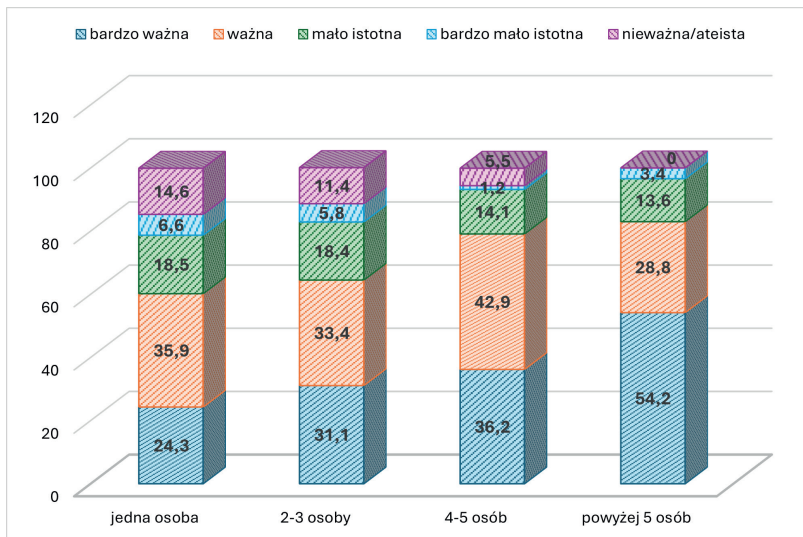


Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Niezwykłe interesujące wnioski nasuwają się na podstawie analizy wyników badań, w których ankietowani byli kategoryzowani na podstawie liczby osób zamieszkujących w jednym gospodarstwie domowym (zob. wykres 7). Okazało się, że czynnik ten przekłada się na poziom deklarowanej wiary. Osoby żyjące samotnie rzadziej przyznają się do wiary jako wartości ważnej lub bardzo ważnej – 60,2%, częściej deklarują swój dystans wobec niej (14,6%). Kiedy zwiększa się liczba członków wspólnoty domowej, stopniowo wzrasta odsetek deklarujących swoją wiarę jako ważną lub bardzo ważną. Najwyższy wynik pod tym względem osiągnęła kategoria osób mieszkających w domach, w których liczba mieszkańców jest wyższa niż 5. Osób uznających wiarę za bardzo ważną było wśród nich aż 54,2%, po dodaniu natomiast do nich tych, dla których wiara jest ważna, otrzymujemy wynik w wysokości 83%. Należy zwrócić w tym miejscu uwagę na różnicę, jaka dzieli te dwie kategorie osób, bo jest to niemal 30 punktów procentowych. Co także przy tym zaskakujące – w tej grupie nie znalazła się nawet jedna osoba, która uznałaby wiarę za nieważną. Trudno wskazać jednoznacznie przyczynę tej tendencji – potwierdzenie tej korelacji wymaga dalszych badań. Należałoby też przeprowadzić bardziej wnikliwe studium przypadków, aby na tej podstawie wskazać czynnik (lub czynniki) powodujący efekt w postaci wyższej deklaracji wiary¹¹. W pewnym uproszczeniu można uznać, że podwyższony poziom religijności wpływa (korzystnie) na tworzenie prawidłowych relacji społecznych i wspólnotowych.

¹¹ Na tym etapie można jedynie snuć różne przypuszczenia, np. że liczna rodzina daje poczucie spełnienia i motywuje do modlitwy za jej członków, być może liczebność rodzin łączy się z postawą afirmacji życia, co przekłada się na poziom religijności, część respondentów to być może mieszkańcy ośrodków opiekuńczych prowadzonych przez Kościół albo wprost – mogą to być osoby duchowne. Wymienione sugestie nie muszą wyczerpywać wachlarza możliwych wyjaśnień, które – być może – mają jeszcze inną przyczynę.

Wykres 7. Istotność wiary w życiu seniorów z uwzględnieniem liczby osób mieszkających w jednym gospodarstwie domowym (dane w %)

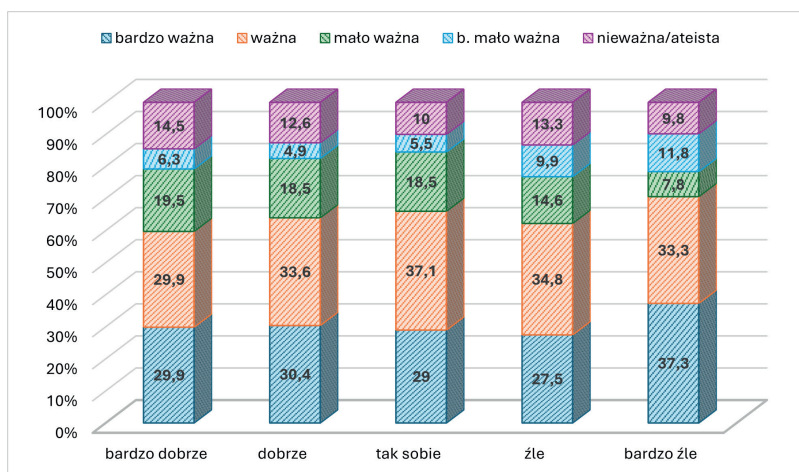


Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Okolicznością, która przynajmniej domniemanie może mieć wpływ na poziom znaczenia wiary, jest stan zdrowia. W ramach przeprowadzanego wywiadu ankietowani byli pytani o samoocenę zdrowia. Na podstawie odpowiedzi grupy osób zostały przeanalizowane pod względem deklaracji religijnych. Wykres 8 prezentujący wyniki tegoż zestawienia pozwala wysunąć wniosek, że poziom oceny własnego zdrowia nie wpływa bezpośrednio na intensywność przeżywania wiary. Dane uzyskane od osób deklarujących stan zdrowia jako bardzo dobry, dobry, taki sobie i zły nie różnią się zbytnio od siebie. Jedynie ostatnia grupa, określająca swoje zdrowie jako bardzo złe, wykazała nieco wyższy poziom deklaracji znaczenia wiary i osiągnęła wynik przeszło 70%, gdy tych najlepszego zdrowia uznających wiarę za wartość ważną i bardzo ważną było niespełna 60%. Być może dla części osób będących w bardzo trudnej sytuacji zdrowotnej wzrasta

też znaczenie wiary wraz z potrzebą pogłębienia życia duchowego w obliczu niebezpieczeństwa śmierci czy szukania sił do zmagania się z cierpieniem. W takim ujęciu można w pewnym uproszczeniu dostrzec w religijności funkcję „terapeutyczną”, wspierającą osoby chorujące przewlekłe lub terminalnie, doświadczające bolesnego cierpienia.

Wykres 8. Istotność wiary w życiu seniorów z uwzględnieniem subiektywnej oceny własnego zdrowia (dane w %)



Źródło: Badanie *Świat na miarę seniora 2025*, n=3000, opracowanie własne.

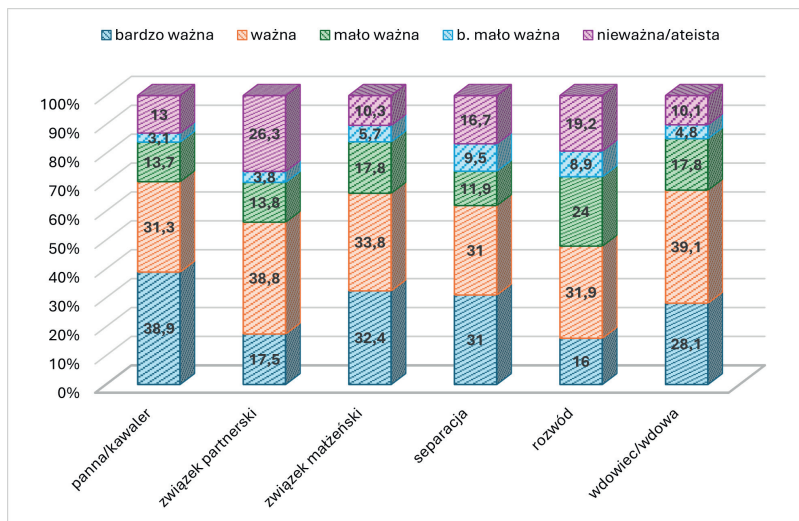
Kontekst sytuacji rodzinnej został wzięty pod uwagę także przy analizie poziomu deklarowanego znaczenia wiary. Powiązanie pomiędzy tymi obszarami życia seniorów potwierdza wykres 9. Charakter sytuacji rodzinnej należy traktować jako pochodną lub konsekwencję poziomu wiary badanych osób (w tym przyjmowanych wartości)¹²,

¹² Badania psychologiczne wskazują, że osoby religijne budują związki o wyższej trwałości także dzięki umiejętnościom dochodzenia do porozumienia w chwilach konfliktowych czy zdolności do przebaczenia. Por. E. Rydz, A. Tychmanowicz, *Religijność seniorów...*, dz. cyt., s. 109.

a nie odwrotnie – jako czynnik wpływający na generowanie życia religijnego. Osoby żyjące jako samotne (panna bądź kawaler) wykazały ogółem najwyższy poziom deklaracji wiary (powyżej 70%). Na drugim miejscu są wdowy i wdowcy – 67,2%, na trzecim zaś – osoby żyjące w małżeństwie (66,2%).

Wśród rozwodników jest natomiast najmniejsza grupa deklarujących swoją wiarę jako ważną i bardzo ważną – 16%. Odrobinę lepszy wynik był jedynie w przypadku osób żyjących w związkach partnerskich – 17,5%. W tych dwóch grupach jest także największy odsetek osób deklarujących negatywny stosunek do wiary – 26% (osoby żyjące w związkach partnerskich) i 19,2% (osoby po rozwodach). Taki rozkład proporcji jest zrozumiały, biorąc pod uwagę, że osoby bardziej religijne wybierają na pierwszym miejscu życie w sakramentalnym związku małżeńskim bądź w samotności. Ci natomiast, dla których wartości religijne mają mniejsze znaczenie, częściej decydują się na tworzenie związków partnerskich czy też podejmują decyzję o rozwodzie. Można zatem uznać, że forma życia małżeńskiego bądź partnerskiego jest powiązana z religijnością na zasadzie wybierania i pielęgnowania wartości duchowych i moralnych. Jest to zatem funkcja (konsekwencja) religijności. Osoby religijne zabiegają o to, aby ich związek był oparty na wartościach, których fundamentem jest Bóg.

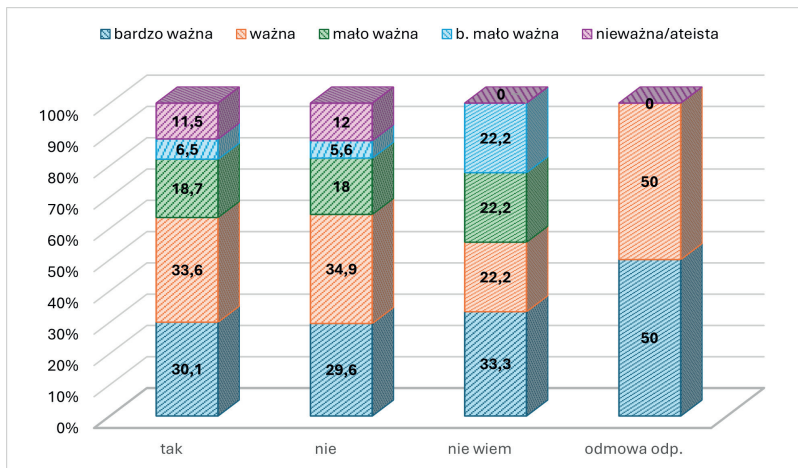
Wykres 9. Istotność wiary w życiu seniorów z uwzględnieniem sytuacji rodzinnej respondentów (dane w %)



Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

W ramach podjętej analizy zwrócono uwagę także na czynnik niepełnosprawności, który mógł mieć znaczenie dla poziomu deklarowanej wiary. Poniższe zestawienie wskazuje, że nie przekłada się on jednak poziom religijności. W wykresie 10 uwzględniono odpowiedzi „tak” (jestem osobą niepełnosprawną), „nie” (nie jestem osobą niepełnosprawną), „nie wiem” oraz „odmawiam odpowiedzi”. Wypowiedzi wymijających („nie wiem”) oraz odmownych było niewiele, dla zachowania precyzji wyników prowadzonych badań zostały one jednak umieszczone na wykresie.

Wykres 10. Istotność wiary w życiu seniorów z uwzględnieniem deklaracji o niepełnosprawności (dane w %)



Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

W niniejszym opracowaniu trudno wyczerpująco opisać wszystkie czynniki i okoliczności rzutujące na poziom deklaracji wiary. Przywołując cytowane już opracowanie odnoszące się do badań w ramach projektu *Świat na miarę seniora* z 2024 r., należałoby jeszcze zwrócić uwagę na województwo zamieszkania respondentów, ich wykształcenie czy wysokość dochodów¹³. Osoby zainteresowane wynikami tych analiz odsyłamy do tej publikacji. Zgromadzony materiał pozwolił na skonfrontowanie zarówno analogicznych obszarów badawczych, np. miejsca zamieszkania oraz płci respondentów, jak i nowych. W przypadku tej pierwszej grupy możliwe było także porównanie wyników bieżących z tymi sprzed roku.

¹³ Por. R. Bednarczyk, R. Czekalski, *Fluktuacja sposobów zaspokajania potrzeb religijnych u seniorów...*, dz. cyt., s. 380–383.

2. Częstość praktyk religijnych wśród seniorów

Badanie częstości praktyk religijnych służy pogłębieniu i ukonkretnieniu badania deklarowanego poziomu wiary. Najbardziej podstawowa forma religijności, niewymagająca szczególnego nakładu sił i środków, to modlitwa. Drugim przejawem życia religijnego jest uczestnictwo we wspólnej liturgii przynajmniej raz w tygodniu (w niedzielę i święta). Wymaga to jednak pewnego wysiłku, dlatego osoby chore, mające problem z poruszaniem się czy dojazdem do kościoła, nie zawsze są w stanie go wypełnić. Formą zastępczą jest korzystanie z transmisji wspólnej modlitwy za pośrednictwem mediów. Trzecią ważną praktykę dla katolików i prawosławnych stanowi spowiedź. Normą w Kościele katolickim jest przystępowanie do tego sakramentu kilkakrotnie w ciągu roku. W zestawieniu tabelarycznym było już przyjęte pytanie o częstotliwość tygodniową, ale to w praktyce zdarza się raczej rzadko.

Dalsze pytania odnoszą się do praktyk, które można określić jako dodatkowe lub pogłębiające. Taką rolę odgrywają pielgrzymki (głównie autokarowe, ale też piesze czy rowerowe), ponieważ pozwalają „wyrwać się” z domu, dotrzeć do ciekawego miejsca pełniącego funkcję sanktuarium, by w nim polecać swoje konkretne intencje Bogu. Posiadają one także znaczenie dla rozwoju kulturowego, w tym kultury wiary, a także dla integrowania osób wierzących. Optymalna częstotliwość tej praktyki to kilka razy w roku. Kolejną propozycją praktyki pogłębiającej religijnie seniorów są grupy religijne. W pytaniu wymienione jest Koło Żywego Różańca, jedna z najczęściej spotykanych grup parafialnych w Polsce, jest ich jednak dużo więcej. Może to być chociażby: Apostolstwo Dobrej Śmierci, Koło Biblijne, Legion Maryi, Akcja Katolicka, grupa charytatywna, grupa charyzmatyczna, Stowarzyszenie Civitas Christiana. Na ogół posiadają one wypracowaną dynamikę spotkań (zwykle raz w miesiącu) oraz program formacyjny. Ich uczestnicy mają okazję w grupach pogłębić swoją wiedzę religijną, uczestniczyć w bardziej kameralnej modlitwie wspólnotowej czy otrzymywać zadania, które następnie mogą wypełniać w domu lub na rzecz innych (jak modlitwa czy wsparcie świadczone osobom potrzebującym). Ostatnie propozycje aktywności

to lektura prasy religijnej oraz korzystanie z treści religijnych w mediach. Dziś bogate możliwości dotarcia do treści religijnych daje przestrzeń wirtualna. Są strony czasopism religijnych, portale informacyjne, portale radiowe, portale filmowe, z których mogą w dowolnym zakresie korzystać także osoby starsze, o ile nie mają trudności z posługiwaniem się komputerem, tabletem bądź smartfonem.

W poniższym zestawieniu zostały przedstawione i poddane analizie wymienione wyżej praktyki z uwzględnieniem klucza, jaki został przyjęty w przypadku pytania o poziom wiary seniorów. Z racji szerokiego wachlarza praktyk przedstawianie wyników w formie wykresów byłoby mało czytelne, stąd korzystniejszym rozwiązaniem jest zastosowanie zestawień tabelarycznych w niektórych przypadkach wzbogaconych o dodatkowe, uproszczone wykresy ilustrujące optymalny poziom praktyk. Również w tym miejscu niektóre wyniki zostały porównane z analogicznymi, jakie uzyskano w roku 2024.

Poziom częstości podstawowych praktyk wśród badanych pozostaje bardzo wysoki (co oddaje tabela 1), choć podobnie jak miało to miejsce w przypadku deklaracji wiary mamy tu do czynienia z niewielkim spadkiem notowań. Ogółem 77,2% seniorów regularnie modli się (w roku 2024 deklarowało tak 83% z nich), 60,6 % uczęszcza na cotygodniowe nabożeństwa do kościoła (w roku 2024 było to 63,3%), a do spowiedzi kilka razy w roku przystępuje 63,4% (w 2024 – 63,7%). W tej ostatniej praktyce nie tylko prawie nie ma spadku, ale wzrosła wśród respondentów deklaracja bardziej częstej spowiedzi z 2% do 9,6%. Biorąc pod uwagę udział w nabożeństwach transmitowanych za pośrednictwem mediów także można zauważyć spadek z 30,2% w roku 2024 (tytu ankietowanych potwierdzało częstość raz w tygodniu) na 27,6% w tegorocznym badaniu. Wzrósł też odsetek tych, którzy nie praktykują. W przypadku modlitwy wynosi on 7% (w 2024 – 5,5%), nabożeństw w kościele – 12,8% (w 2024 – 10,4%), spowiedzi – 20,6% (w 2024 – 16,7%), transmisji nabożeństw – 44,1% (w 2024 – 36,6%).

Zaskakujący jest za to wynik dotyczący dodatkowych praktyk religijnych, ponieważ nastąpił wzrost w każdej ze wskazanych form. Prezentują się one w następująco:

Tabela 1. Deklaracje korzystania z dodatkowych praktyk religijnych podejmowanych regularnie przez seniorów w roku 2024 i 2025 (dane w %)

Dodatkowe praktyki religijne	2024	2025
pielgrzymki i wyjazdy autokarowe (przynajmniej kilka razy w roku)	7,5	12,6
grupy religijne (przynajmniej kilka razy w roku)	12,1	18,9
lektura prasy religijnej (raz w tygodniu)	16,6	17,2
korzystanie z treści religijnych w mediach (raz w tygodniu)	20,3	23,1

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2024, n=3000; Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Wskazywałyoby to na wzrost indywidualnych wyborów dotyczących rozwoju wiary przy równoczesnym osłabieniu ogólnej tendencji udziału w podstawowych praktykach religijnych.

Tabela 2. Częstość uczestnictwa seniorów w praktykach religijnych (dane w %)

Rodzaj praktyki religijnej	Rzadziej niż raz w roku	Kilka razy w roku	Raz w tygodniu	W ogóle
Modlitwa prywatna	1,3	14,5	77,2	7
Spowiedź	15,8	54	9,6	20,6
Udział osobisty w nabożeństwie	4,9	21,7	60,6	12,8
Nabożeństwo lub modlitwa za pośrednictwem mediów	9,2	19,1	27,6	44,1
Udział w pielgrzymkach i wyjazdach autokarowych	17,5	9,4	3,2	69,9
Udział w grupach religijnych (np. Koło Żywego Różańca)	7,5	10,1	8,8	73,6
Lektura prasy religijnej	10,7	20	17,2	52
Korzystanie z treści religijnych w mediach (teksty, audycje, filmy)	10,4	26,4	23,1	40,1

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Tabela 5 zawiera natomiast zestawienie wyników dotyczących deklarowanej częstości praktyk religijnych w rozbiciu na dwa środowiska – miejskie i wiejskie. To drugie, z uwagi na swój tradycyjny charakter oraz znaczenie religii jako czynnika integrującego życie społeczne na wsi, pozostaje na wyższym poziomie praktyk religijnych. Przeprowadzone badania potwierdzają tę prawidłowość. Tabela 3 zawiera zestawienie poziomu zaangażowania seniorów w regularne podejmowanie praktyk religijnych w tych środowiskach w perspektywie badań z 2024 i 2025 r.

Tabela 3. Deklaracje regularnego podejmowania podstawowych praktyk religijnych przez seniorów w roku 2024 i 2025 z uwzględnieniem miejsca zamieszkania (dane w %)

Podstawowe praktyki religijne	mieszkańcy miast		mieszkańcy wsi	
	2024	2025	2024	2025
Modlitwa osobista (raz w tygodniu)	80,4	74,6	87,4	83,4
spowiedź (przynajmniej kilka razy w roku)	60,1	59,8	69,6	64,2
liturgia w kościele (raz w tygodniu)	59,6	56	69,3	17,1
modlitwa za pośrednictwem mediów (raz w tygodniu)	29,7	26,9	30,9	29

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2024, n=3000; Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Wprawdzie odwołanie się do wyników sprzed roku pozwala zauważyć ogólną tendencję spadkową w obydwu środowiskach, ale należy jednak w tym miejscu podkreślić odstępstwo od niej w postaci wzrostu częstości udziału we nabożeństwach w kościele mieszkańców wsi.

W przypadku dodatkowych praktyk religijnych regularne ich wypełnianie w obydwu środowiskach w 2024 i 2025 r. prezentowało się następująco (tabela 4)¹⁴.

¹⁴ Por. tamże, s. 384–386.

Tabela 4. Deklaracje regularnego podejmowania dodatkowych praktyk religijnych przez seniorów w roku 2024 i 2025 z uwzględnieniem miejsca zamieszkania (dane w %)

Dodatkowe praktyki religijne	mieszkańcy miast		mieszkańcy wsi	
	2024	2025	2024	2025
pielgrzymki i wyjazdy autokarowe (przynajmniej kilka razy w roku)	6,6	11,5	8,9	15,1
grupy religijne (przynajmniej kilka razy w roku)	10,3	17,9	17,9	23
lektura prasy religijnej (raz w tygodniu)	16,8	16,5	16,1	19
korzystanie z treści religijnych w mediach (raz w tygodniu)	19,5	21,4	21,6	27

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2024, n=3000; Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

W tym zestawieniu należy zauważyć wzrost zainteresowania wśród seniorów wyjazdami pielgrzymkowymi zwłaszcza w miastach (blisko dwukrotny) oraz udziałem w grupach religijnych. Odnotować wypada także rosnące zainteresowanie wśród seniorów treściami religijnymi w mediach zarówno w miastach, jak i na wsi, co należy łączyć z coraz większą sprawnością tej grupy wiekowej w posługiwaniu się urządzeniami multimedialnymi.

Tabela 5. Częstość uczestnictwa seniorów w praktykach religijnych (dane w %)

a. miasto

Rodzaj praktyki religijnej	Rzadziej niż raz w roku	Kilka razy w roku	Raz w tygodniu	W ogóle
Modlitwa prywatna	1,7	16	74,6	7,7
Spowiedź	16,7	49,7	9,9	23,7
Udział osobisty w nabożeństwie	5,9	24,1	56	14
Nabożeństwo lub modlitwa za pośrednictwem mediów	9,4	19	26,9	44,6
Udział w pielgrzymkach i wyjazdach autokarowych	17,9	8,7	2,8	70,5
Udział w grupach religijnych (np. Koło Żywego Różańca)	7,9	8,5	8,6	75
Lektura prasy religijnej	11,7	19,2	16,5	52,7
Korzystanie z treści religijnych w mediach (teksty, audycje, filmy)	11,1	27,3	21,4	40,3

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

b. wieś

Rodzaj praktyki religijnej	Rzadziej niż raz w roku	Kilka razy w roku	Raz w tygodniu	W ogóle
Modlitwa prywatna	0,3	11	83,4	5,3
Spowiedź	13,8	64,2	8,8	13,2
Udział osobisty w nabożeństwie	2,5	16,3	71,1	10
Nabożeństwo lub modlitwa za pośrednictwem mediów	8,8	19,4	29	42,8
Udział w pielgrzymkach i wyjazdach autokarowych	16,5	11	4,1	68,4
Udział w grupach religijnych (np. Koło Żywego Różańca)	6,6	13,8	9,2	70,5
Lektura prasy religijnej	8,5	21,9	19	50,6
Korzystanie z treści religijnych w mediach (teksty, audycje, filmy)	8,8	24,4	27	39,7

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Jak w przypadku deklarowania znaczenia wiary, tak i w zadeklarowanych praktykach religijnych, wyższą regularność prezentują kobiety. Różnica nie jest jednak duża, co wskazuje, że mężczyźni także wykazują bardzo wysoką religijność. Poniżej zostały zestawione dane, które określają spełnienie wymaganej normy (tabela 6):

Tabela 6. Deklaracje regularnego podejmowania przez seniorów podstawowych praktyk religijnych z uwzględnieniem płci (dane w %)

Podstawowe praktyki religijne	Kobiety	Mężczyźni
Modlitwa osobista (raz w tygodniu)	79,3	73,1
spowiedź (przynajmniej kilka razy w roku)	64,8	61,1
liturgia w kościele (raz w tygodniu)	62,1	57,4
modlitwa za pośrednictwem mediów (raz w tygodniu)	28,9	24,7

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

W przypadku dodatkowych praktyk religijnych (tabela 7) poziom regularności ich wypełniania jest dużo wyższy po stronie kobiet.

Dotyczy to udziału w pielgrzymkach oraz grupach religijnych. Z kolei zainteresowanie treściami religijnymi w mediach jest praktycznie identyczne.

Tabela 7. Deklaracje regularnego podejmowania przez seniorów dodatkowych praktyk religijnych z uwzględnieniem płci (dane w %)

Dodatkowe praktyki religijne	Kobiety	Mężczyźni
pielgrzymki i wyjazdy autokarowe (przynajmniej kilka razy w roku)	14,4	8,9
grupy religijne (przynajmniej kilka razy w roku)	21,2	14,1
lektura prasy religijnej (raz w tygodniu)	18,1	15,4
korzystanie z treści religijnych w mediach (raz w tygodniu)	23,1	23

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Tabela 8 zestawia ze sobą deklaracje praktyk religijnych senierek i seniorów.

Tabela 8. Częstość uczestnictwa seniorów w praktykach religijnych (dane w %)

a. kobiety

Rodzaj praktyki religijnej	Rzadziej niż raz w roku	Kilka razy w roku	Raz w tygodniu	W ogóle
Modlitwa prywatna	1,1	12,9	79,3	6,8
Spowiedź	15,2	54,4	10,4	20
Udział osobisty w nabożeństwie	4,8	20,4	62,1	12,7
Nabożeństwo lub modlitwa za pośrednictwem mediów	10,3	20	28,9	40,8
Udział w pielgrzymkach i wyjazdach autokarowych	18,1	11,1	3,3	67,4
Udział w grupach religijnych (np. Koło Żywego Różańca)	8,3	12,4	8,8	70,5
Lektura prasy religijnej	9,6	20,3	18,1	51,9
Korzystanie z treści religijnych w mediach (teksty, audycje, filmy)	10,3	27,3	23,1	39,3

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

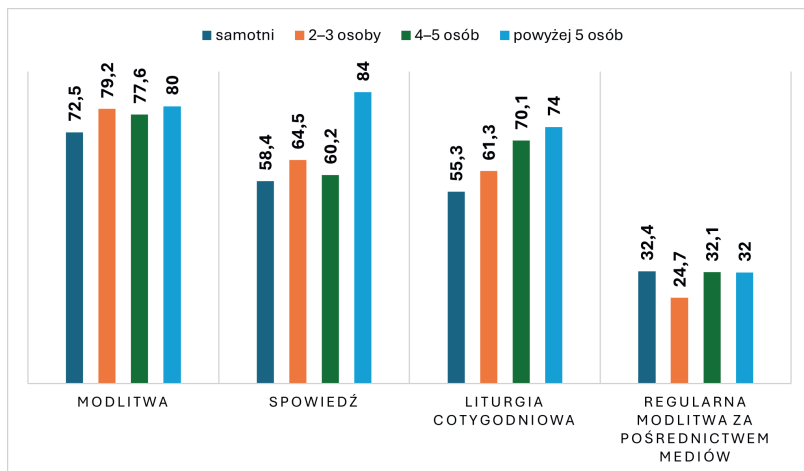
b. mężczyźni

Rodzaj praktyki religijnej	Rzadziej niż raz w roku	Kilka razy w roku	Raz w tygodniu	W ogóle
Modlitwa prywatna	1,7	17,7	73,1	7,5
Spowiedź	17,1	53,2	7,9	21,8
Udział osobisty w nabożeństwie	5,1	24,4	57,4	13,1
Nabożeństwo lub modlitwa za pośrednictwem mediów	7,2	17,3	24,7	50,9
Udział w pielgrzymkach i wyjazdach autokarowych	16,2	5,9	3	75
Udział w grupach religijnych (np. Koło Żywego Różańca)	5,9	5,4	8,7	79,9
Lektura prasy religijnej	12,9	19,3	15,4	52,4
Korzystanie z treści religijnych w mediach (teksty, audycje, filmy)	10,6	24,7	23	41,7

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

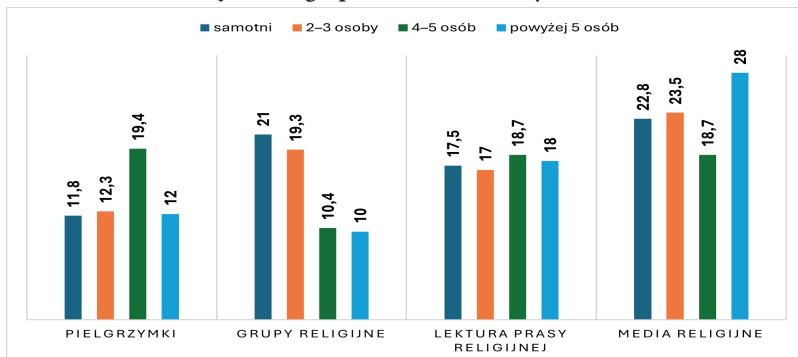
Badanie częstości praktyk religijnych seniorów pod względem liczby osób tworzących wspólne gospodarstwo dostarczyło także szeregu interesujących spostrzeżeń. Na tej podstawie można potwierdzić wniosek, iż zwiększanie się liczby osób zamieszkujących wspólnie w gospodarstwie domowym wpływa na wzrost częstości praktyk religijnych. Wykres 11 prezentujący dane opisujące normę praktyk religijnych (modlitwa – raz w tygodniu, spowiedź – przynajmniej kilka razy w roku, liturgia – raz w tygodniu, modlitwa za pośrednictwem mediów – raz w tygodniu) pozwala lepiej zobrazować tę sytuację. Szczególnie wysoka różnica pomiędzy osobami samotnymi a mieszkającymi w największych zbiorowościach domowych występuje w kwestii spowiedzi – 25,6% – oraz udziału w cotygodniowej liturgii – 18,7%. Niemal wszystkie tak wydzielone grupy seniorów prezentują ten sam poziom korzystania modlitw transmitowanych przez media, choć w tym wypadku minimalnie lepszy wynik osiągnęły osoby mieszkające samotnie.

Wykres 11. Regularne praktyki religijne seniorów w podziale na liczbę osób w gospodarstwie domowym (dane w %)



Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

W świetle wykresu 12 odnoszącego się do dodatkowych praktyk religijnych (pielgrzymki – przynajmniej kilka razy w roku, grupy religijne – przynajmniej kilka razy w roku, lektura prasy religijnej – raz w tygodniu i korzystanie z treści religijnych w mediach – raz w tygodniu) można dostrzec tylko nieliczne anomalie pomiędzy analizowanymi grupami seniorów. Wyraźnie chętniej uczestniczą w pielgrzymkach seniorzy tworzący wspólnoty domowe składające się z czterech lub pięciu osób. W grupach religijnych pojawia się dwa razy więcej seniorów mieszkających samotnie niż tych, którzy żyją w dużych wspólnotach (powyżej czterech osób). Wskazuje to na chęć zaspokajania na spotkaniach w grupach religijnych także potrzeby kontaktu z innymi osobami. Trzeba też jednak odnotować, że zbliżony wynik mają seniorzy zamieszkujący z jedną lub dwiema innymi osobami.

Wykres 12. Regularne dodatkowe praktyki religijne seniorów w podziale na liczbę osób w gospodarstwie domowym (dane w %)

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Zaprezentowane w tabeli 9 zestawienie pozwala zauważyć, że z treści religijnych w mediach najczęściej korzystają seniorzy mieszkający w najliczebniejszych wspólnotach domowych. Może to sugerować, iż mogą w tym względzie korzystać z pomocy osób młodych zamieszkujących w domu.

Tabela 9. Częstość uczestnictwa seniorów w praktykach religijnych ze względu na liczbę osób w gospodarstwie domowym (dane w %)**a. jedna osoba**

Rodzaj praktyki religijnej	Rzadziej niż raz w roku	Kilka razy w roku	Raz w tygodniu	W ogóle
Modlitwa prywatna	1,4	15,7	72,5	10,3
Spowiedź	18,8	48,5	9,9	22,8
Udział osobisty w nabożeństwie	5,6	20,8	55,3	18,3
Nabożeństwo lub modlitwa za pośrednictwem mediów	7,8	19,7	32,4	40,1
Udział w pielgrzymkach i wyjazdach autokarowych	17	8,7	3,1	71,2
Udział w grupach religijnych (np. Koło Żywego Różańca)	7,8	11,6	9,4	71,2
Lektura prasy religijnej	10,7	19,3	17,5	52,4
Korzystanie z treści religijnych w mediach (teksty, audycje, filmy)	11,4	25	22,8	40,9

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

b. 2-3 osoby

Rodzaj praktyki religijnej	Rzadziej niż raz w roku	Kilka razy w roku	Raz w tygodniu	W ogóle
Modlitwa prywatna	1,1	14,1	79,2	5,6
Spowiedź	15,6	55,4	9,1	19,9
Udział osobisty w nabożeństwie	4,9	22,8	61,3	11
Nabożeństwo lub modlitwa za pośrednictwem mediów	9,7	19,7	24,7	45,8
Udział w pielgrzymkach i wyjazdach autokarowych	17,1	9,1	3,2	70,6
Udział w grupach religijnych (np. Koło Żywego Różańca)	6,5	10,1	9,2	74,3
Lektura prasy religijnej	10,7	20	17	52,3
Korzystanie z treści religijnych w mediach (teksty, audycje, filmy)	9,3	27,4	23,5	39,8

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

c. 4-5 osób

Rodzaj praktyki religijnej	Rzadziej niż raz w roku	Kilka razy w roku	Raz w tygodniu	W ogóle
Modlitwa prywatna	1,5	13,4	77,6	7,5
Spowiedź	9	58,2	11,9	20,9
Udział osobisty w nabożeństwie	2,2	17,9	70,1	9,7
Nabożeństwo lub modlitwa za pośrednictwem mediów	6,7	14,2	32,1	47
Udział w pielgrzymkach i wyjazdach autokarowych	20,9	15,7	3,7	59,7
Udział w grupach religijnych (np. Koło Żywego Różańca)	11,2	5,2	5,2	78,4
Lektura prasy religijnej	10,4	23,1	18,7	47,8
Korzystanie z treści religijnych w mediach (teksty, audycje, filmy)	14,9	18,4	18,7	38,1

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

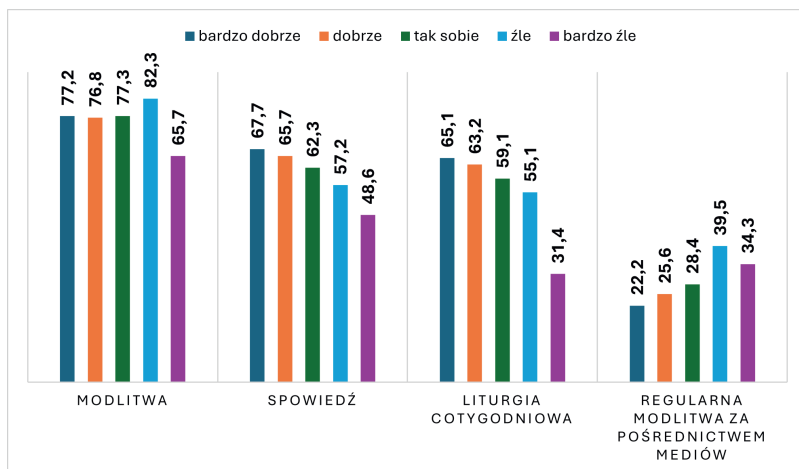
d. powyżej 5 osób

Rodzaj praktyki religijnej	Rzadziej niż raz w roku	Kilka razy w roku	Raz w tygodniu	W ogóle
Modlitwa prywatna	2	14	80	4
Spowiedź	8	72	12	8
Udział osobisty w nabożeństwie	4	18	74	4
Nabożeństwo lub modlitwa za pośrednictwem mediów	20	12	32	36
Udział w pielgrzymkach i wyjazdach autokarowych	24	8	4	64
Udział w grupach religijnych (np. Koło Żywego Różańca)	20	8	2	70
Lektura prasy religijnej	12	20	18	50
Korzystanie z treści religijnych w mediach (teksty, audycje, filmy)	16	14	28	42

Źródło: *Badanie Świat na miarę seniora 2025*, n=3000, opracowanie własne.

Kolejną kategorią, która stanowiła punkt odniesienia dla częstości praktyk religijnych, była subiektywna ocena stanu zdrowia (zob. wykres 13). W niemal wszystkich rodzajach praktyk podstawowych najsłabiej wypadają osoby oceniające swoje zdrowie jako bardzo złe, co jest zrozumiałe z uwagi na ich ograniczenia fizyczne. Najwyraźniej widać to w odniesieniu do spowiedzi oraz udziału w cotygodniowej liturgii w kościele. Najczęściej modlą się jednak osoby odczuwające stan zdrowia jako zły. Przedstawiciele tej grupy także najczęściej korzystają z mediów w celu uczestniczenia w liturgii lub w modlitwie. W przypadku praktyki spowiedzi oraz udziału w liturgii niedzielnej zaznacza się linia zmniejszania częstości wraz z pogarszaniem stanu zdrowia. Odwrotna tendencja pojawia się w przypadku uczestnictwa w modlitwie za pośrednictwem mediów. Pogarszanie się samooceny zdrowia idzie w parze ze wzrostem zainteresowania się taką formą aktywności religijnej.

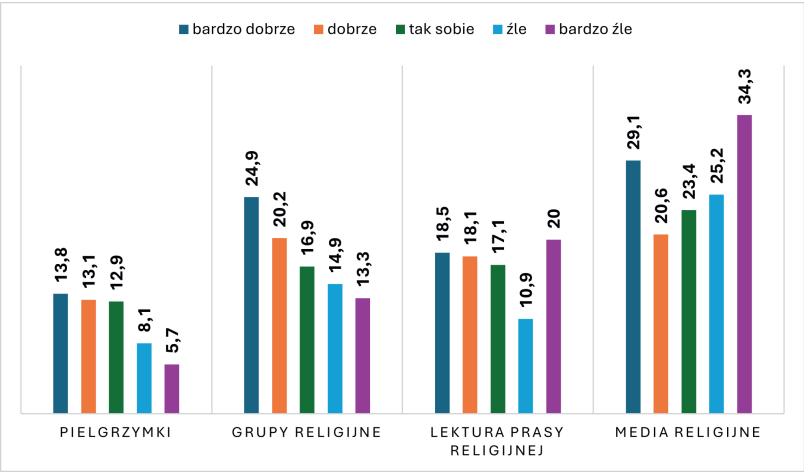
Wykres 13. Regularne praktyki religijne seniorów w podziale na deklarację subiektywnej oceny stanu zdrowia (dane w %)



Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Wykres 14, a także tabela 10 ilustruje, jak w poszczególnych grupach seniorów przedstawiał się poziom zaangażowania w regularne wypełnianie dodatkowych praktyk religijnych. Tu także zaznacza się wyraźna tendencja, że osoby deklarujące słabsze zdrowie rzadziej z nich korzystają. Tę różnicę widać szczególnie w przypadku udziału w pielgrzymkach oraz w grupach religijnych. Lektura prasy jest bardziej wyrównana, najwyższy wynik osiągnęły zaś osoby o najsłabszym zdrowiu. Grupa ta wyraźnie dominuje, również gdy chodzi o regularność korzystania z treści religijnych w mediach, drugi wynik osiągnęli jednak seniorzy oceniający swoje zdrowie jako bardzo dobre. To może wskazywać, że każda z tych grup posiada wysoką potrzebę korzystania z dodatkowych form życia religijnego, spełnia ją jednak w sposób dla siebie możliwy do osiągnięcia.

Wykres 14. Regularne dodatkowe praktyki religijne seniorów w podziale na deklarację subiektywnej oceny stanu zdrowia (dane w %)



Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Wyniki badań zawarte w tabeli 10 potwierdzają m.in., że osoby deklarujące bardzo zły stan zdrowia w najwyższym procenie negowały podejmowanie wskazanych rodzajów praktyk. W jednym tylko punkcie osoby deklarujące swój stan zdrowia jako zły, wyprzedziły pod tym względem tę grupę (nabożeństwo lub modlitwa za pośrednictwem mediów).

Tabela 10. Uczestnictwo seniorów w praktykach religijnych ze względu na stan zdrowia (dane w %)

a. bardzo dobry

Rodzaj praktyki religijnej	Rzadziej niż raz w roku	Kilka razy w roku	Raz w tygodniu	W ogóle
Modlitwa prywatna	1,1	16,4	77,2	5,3
Spowiedź	16,4	60,8	6,9	15,9

Rodzaj praktyki religijnej	Rzadziej niż raz w roku	Kilka razy w roku	Raz w tygodniu	W ogóle
Udział osobisty w nabożeństwie	1,6	20,6	65,1	12,7
Nabożeństwo lub modlitwa za pośrednictwem mediów	14,3	20,6	22,2	42,9
Udział w pielgrzymkach i wyjazdach autokarowych	18,5	10,6	3,2	67,7
Udział w grupach religijnych (np. Koło Żywego Różańca)	3,2	11,1	13,8	72
Lektura prasy religijnej	6,9	16,9	18,5	57,7
Korzystanie z treści religijnych w mediach (teksty, audycje, filmy)	5,8	23,8	29,1	41,3

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

b. dobry

Rodzaj praktyki religijnej	Rzadziej niż raz w roku	Kilka razy w roku	Raz w tygodniu	W ogóle
Modlitwa prywatna	1,6	15,3	76,8	6,3
Spowiedź	14,6	57,3	8,4	19,6
Udział osobisty w nabożeństwie	4	23,7	63,2	9,2
Nabożeństwo lub modlitwa za pośrednictwem mediów	7,8	16,9	25,6	49,8
Udział w pielgrzymkach i wyjazdach autokarowych	18,2	10	3,1	68,6
Udział w grupach religijnych (np. Koło Żywego Różańca)	5,2	10,2	10	74,6
Lektura prasy religijnej	9,4	21,2	18,1	51,2
Korzystanie z treści religijnych w mediach (teksty, audycje, filmy)	8,8	28	20,6	42,6

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

c. taki sobie (ani dobry, ani zły)

Rodzaj praktyki religijnej	Rzadziej niż raz w roku	Kilka razy w roku	Raz w tygodniu	W ogóle
Modlitwa prywatna	1	13,4	77,3	8,3
Spowiedź	16,2	51,3	11	21,5
Udział osobisty w nabożeństwie	6,1	21,6	59,1	13,2
Nabożeństwo lub modlitwa za pośrednictwem mediów	9,3	20,4	28,4	41,9
Udział w pielgrzymkach i wyjazdach autokarowych	16,7	10,2	2,7	70,4
Udział w grupach religijnych (np. Koło Żywego Różańca)	10,1	10,3	6,6	72,9
Lektura prasy religijnej	11,9	19,9	17,1	51,1
Korzystanie z treści religijnych w mediach (teksty, audycje, filmy)	13,2	25,8	23,4	37,7

Źródło: *Badanie Świat na miarę seniora 2025*, n=3000, opracowanie własne.

d. zły

Rodzaj praktyki religijnej	Rzadziej niż raz w roku	Kilka razy w roku	Raz w tygodniu	W ogóle
Modlitwa prywatna	0	14,3	82,3	3,4
Spowiedź	19,7	46,3	10,9	23,1
Udział osobisty w nabożeństwie	6,8	14,3	55,1	23,8
Nabożeństwo lub modlitwa za pośrednictwem mediów	10,2	19,7	39,5	30,6
Udział w pielgrzymkach i wyjazdach autokarowych	17,7	2	6,1	74,1
Udział w grupach religijnych (np. Koło Żywego Różańca)	10,9	8,8	6,1	74,1
Lektura prasy religijnej	15,6	21,1	10,9	52,4
Korzystanie z treści religijnych w mediach (teksty, audycje, filmy)	10,2	27,9	25,2	36,7

Źródło: *Badanie Świat na miarę seniora 2025*, n=3000, opracowanie własne.

e. bardzo zły

Rodzaj praktyki religijnej	Rzadziej niż raz w roku	Kilka razy w roku	Raz w tygodniu	W ogóle
Modlitwa prywatna	5,7	11,4	65,7	17,1
Spowiedź	14,3	34,3	14,3	37,1
Udział osobisty w nabożeństwie	8,6	17,1	31,4	42,9
Nabożeństwo lub modlitwa za pośrednictwem mediów	8,6	31,4	34,3	25,7
Udział w pielgrzymkach i wyjazdach autokarowych	11,4	0	5,7	82,9
Udział w grupach religijnych (np. Koło Żywego Różańca)	11,4	2,9	11,4	74,3
Lektura prasy religijnej	14,3	5,7	20	60
Korzystanie z treści religijnych w mediach (teksty, audycje, filmy)	11,4	11,4	31,4	45,7

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Deklaracja niepełnosprawności była brana pod uwagę jako jeszcze jeden czynnik mogący wpływać na poziom religijności. Wyniki ankiety pokazują jednak, że takiej zależności nie ma (zob. tabela 13). Częstość modlitwy osób, które potwierdziły swoją niepełnosprawność, jest tylko minimalnie wyższa od tej, jaką uzyskali seniorzy, którzy zadeklarowali, że nie są osobami niepełnosprawnymi. Różnica pojawia się jedynie w związku z uczestnictwem w liturgii w kościele, kiedy niepełnosprawność jest pewną barierą. Ta sama grupa za to wyraźnie częściej korzysta z liturgii i modlitwy transmitowanej przez media. W poniższym zestawieniu nie wzięto już pod uwagę odpowiedzi osób, które unikały określenia swojej sytuacji co do niepełnosprawności. Jest to jednak niewielka grupa, a umieszczanie tychże danych nie wniosłoby nowych informacji.

W świetle przedstawionych danych osoby deklarujące się jako niepełnosprawne oraz deklarujące przeciwnie w następującym odsetku regularnie wypełniają podstawowe praktyki religijne (tabela 11).

Tabela 11. Deklaracje regularnego podejmowania przez seniorów podstawowych praktyk religijnych z uwzględnieniem deklaracji odnośnie bycia osobą niepełnosprawną (dane w %)

Podstawowe praktyki religijne	Deklarujący się jako osoby niepełnosprawne	Nie deklarujący się jako osoby niepełnosprawne
Modlitwa osobista (raz w tygodniu)	78,4	77
spowiedź (przynajmniej kilka razy w roku)	63,2	63,8
liturgia w kościele (raz w tygodniu)	54,7	61,9
modlitwa za pośrednictwem mediów (raz w tygodniu)	36,8	25,8

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

W odniesieniu do dodatkowych praktyk religijnych także nie ma większych różnic. Największa dotyczy liczby chętnych na wyjazdy pielgrzymkowe, co wynika ponownie z ograniczeń zdrowotnych. Zestawienie zawarte w tabeli 12 przybliża dane procentowe dotyczące deklaracji dodatkowych praktyk religijnych wypełnianych regularnie przez obydwie kategorie osób.

Tabela 12. Deklaracje regularnego podejmowania przez seniorów dodatkowych praktyk religijnych z uwzględnieniem deklaracji odnośnie bycia osobą niepełnosprawną (dane w %)

Dodatkowe praktyki religijne	Deklarujący się jako osoby niepełnosprawne	Nie deklarujący się jako osoby niepełnosprawne
pielgrzymki i wyjazdy autokarowe (przynajmniej kilka razy w roku)	10,6	13,1
grupy religijne (przynajmniej kilka razy w roku)	17,9	19,2
lektura prasy religijnej (raz w tygodniu)	16,7	17,4
korzystanie z treści religijnych w mediach (raz w tygodniu)	23,4	23,1

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Analiza danych zamieszczonych w tabeli 13 pozwala zauważyć, iż seniorzy deklarujący bycie osobą niepełnosprawną w większym odsetku odpowiadali, że w ogóle nie podejmują określonych praktyk w dwóch kategoriach udział osobisty w nabożeństwach oraz w pielgrzymkach i wyjazdach autokarowych. Może to wskazywać, że osób areligijnych jest mniej wśród seniorów deklarujących swoją niepełnosprawność niż wśród tych, którzy deklarowali przeciwnie.

Tabela 13. Częstość uczestnictwa seniorów deklarujących się jako osoby niepełnosprawne w praktykach religijnych (dane w %)

a. tak (deklaracja niepełnosprawności)

Rodzaj praktyki religijnej	Rzadziej niż raz w roku	Kilka razy w roku	Raz w tygodniu	W ogóle
Modlitwa prywatna	2,4	14,9	78,4	4,3
Spowiedź	19,1	54,7	8,5	17,6
Udział osobisty w nabożeństwie	9,4	22,5	54,7	13,4
Nabożeństwo lub modlitwa za pośrednictwem mediów	8,8	17,6	36,8	36,8
Udział w pielgrzymkach i wyjazdach autokarowych	17	7,3	3,3	72,3
Udział w grupach religijnych (np. Koło Żywego Różańca)	10,3	9,1	8,8	71,7
Lektura prasy religijnej	14	20,7	16,7	48,6
Korzystanie z treści religijnych w mediach (teksty, audycje, filmy)	9,4	29,5	23,4	37,7

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

b. nie (negacja bycia osobą niepełnosprawną)

Rodzaj praktyki religijnej	Rzadziej niż raz w roku	Kilka razy w roku	Raz w tygodniu	W ogóle
Modlitwa prywatna	1	14,4	77	7,5
Spowiedź	15,1	53,9	9,9	21,2
Udział osobisty w nabożeństwie	3,9	21,5	61,9	12,7
Nabożeństwo lub modlitwa za pośrednictwem mediów	9,2	19,5	25,8	45,5

Rodzaj praktyki religijnej	Rzadziej niż raz w roku	Kilka razy w roku	Raz w tygodniu	W ogóle
Udział w pielgrzymkach i wyjazdach autokarowych	17,7	9,9	3,2	69,3
Udział w grupach religijnych (np. Koło Żywego Różańca)	7	10,4	8,8	73,9
Lektura prasy religijnej	10,1	19,8	17,4	52,7
Korzystanie z treści religijnych w mediach (teksty, audycje, filmy)	10,5	25,8	23,1	40,6

Źródło: Badanie *Świat na miarę seniora 2025*, n=3000, opracowanie własne.

3. Wsparcie duchowe

W ramach projektu *Świat na miarę seniora* zostały podjęte także badania jakościowe. Uczestnicy wywiadów przeprowadzanych w 2025 r. byli pytani o potrzebę wsparcia duchowego zarówno w sensie otrzymywania go, jak i wyświadczenia innym. Miało to służyć zdiagnozowaniu sytuacji seniorów pod względem, jak często oczekują tego rodzaju wsparcia. Analiza wywiadów pokazała, że taka potrzeba nie jest przez seniorów formułowana. Może to wynikać z przekonania, że nie jest to im potrzebne i że powinni sami sobie poradzić w trudnych momentach, a także z braku świadomości, że mogą zabiegać o takie wsparcie, na co wskazują niektóre wypowiedzi. Nie bez znaczenia jest także to, na ile osoby duchowne postrzegane są przez seniorów jako te, które mogą takie wsparcie w sposób adekwatny im wyświadczyć.

Na tym tle rysują się pewne różnice pomiędzy mieszkańcami miast i wsi. Ci pierwsi częściej prezentują postawę dystansu wobec instytucji Kościoła i osób duchownych, stąd właściwie nie deklarują potrzeby otrzymywania wsparcia duchowego. Seniorzy zamieszkujący na wsi częściej są w bezpośrednich relacjach ze swoimi duszpasterzami, mają poczucie ich otwartości i możliwości częstej rozmowy z nimi. Rolę takiego wsparcia może spełniać nawet zwykła rozmowa z proboszczem, która przynosi seniorom wzmocnienie psychiczne:

Nie no, wie pan co, mam dobre kontakty z proboszczem. Znamy się, spotykamy, rozmawiamy, ale to nie było takich sytuacji, że czegoś potrzebowałem (lp29_6_71_m_wieś).

Dla mieszkańców wsi religijność jest wpisana w ich codzienność, dlatego indywidualne życie duchowe posiada już wymiar umocnienia (wsparcia) w momentach trudnych, takich jak choroba czy śmierć bliskiej osoby:

To znaczy te nabożeństwa, w których uczestniczyłam. Czy to zdalnie, czy to indywidualnie, jak chodziłam. Bardzo mnie wyciszały i bardzo, nawet wcześniej, jak nie chorowałam, to dawały mi taki pokój. Zresztą od dziecka byłam jakoś tak skłonna się kierować. Mówiąc uczciwie nie tak tradycyjnie, kościółkowo, jak ja to określam. Tylko bardziej indywidualny, bliski kontakt z Bogiem, bezpośrednio z Duchem Świętym, a nie tak, żeby na pokaz (lp1_1_75_K_wieś).

Podobne wypowiedzi pojawiały się także wśród seniorów mieszkających w miastach:

Moja wiara w to, że jest jakaś tam siła, jakkolwiek ją nazwiemy, która nam nadzoruje i pomaga, i która ma w swojej mocy wiele. Myślę, że mi pomagała przetrwać w ciężkich momentach. I staram się to mówić, że tak to jest coś, co pomaga nam przetrwać w ciężkich chwilach (lp5_10_81_K_miasto).

W wypowiedziach seniorów zamieszkałych na wsi życie religijne łączy się z możliwością działania na rzecz lokalnej wspólnoty, co przynosi jednocześnie wsparcie duchowe i materialne potrzebującym. Tak to opisuje wypowiedź jednej z senierek:

To jest praca z uczniami, to jest szkolne koło. W czasie, w październiku i podczas wielkiego postu uczniowie przygotowują

jakieś części nabożeństw, nabożeństw różańcowych, nabożeństw drogi krzyżowej. Tworzymy akcje charytatywne też. Przeprawdzamy raz w roku zbiórkę dla dzieci jednej z naszych byłych koleżanek z pracy, chłopcy są w spektrum autyzmu bardzo głębokim, bardzo głęboko. Przygotowujemy stoiska na kiermasz szkolny, z którego dochody są przeznaczane na dofinansowanie wycieczek dla uczniów naszej szkoły w trudnej sytuacji. No i generalnie to zajęcia informacyjne też, przy czym ja jestem raczej od pomocy tutaj. Szefową jest katechetka, ja nie jestem katechetską, więc jestem wsparciem można powiedzieć (lp28_6_6o_k_wieś).

W przeciwieństwie do osób mieszkających na wsi, które wykazują większą aktywność na polu organizacyjnym, seniorzy w miastach są raczej obserwatorami i okazjonalnymi darczyńcami w akcjach pomocowych niż ich współorganizatorami lub świadczeniodawcami wsparcia duchowego:

Owszem, są wizyty takie coroczne, duszpasterskie. No to miło się porozmawia, zorientuję się też się zapyta, czy wszystko w porządku, czy nie. Owszem, jest takie zainteresowanie. Znaczy w naszym, w mojej parafii, z tego, co wiem, to bardzo silnie działają takie organizacje wspomagające. Ja zresztą też w tym uczestniczę czasami, bo jest wystawiona przy kościele proszę pana, lodówka na żywność. Także jeżeli ktoś ma za dużo w domu. Widzę, że jest za dużo, to ja tamto oddaję ludziom. (...) I to wszystko stamtąd znika, także ktoś z tego korzysta. Nie mówiąc o tym, że tam posiłki też wydają zimą i zapraszają. Jeżeli ktoś jest chętny, ma taką potrzebę, no to uzyska tam pomoc. Także tu muszę powiedzieć, że ta nasza parafia jest bardzo, bardzo zorganizowana pod tym względem i tam są ludzie, którzy działają. I słyszę właśnie w ogłoszeniach, jak organizują i dla dzieci jakieś tam pikniki. I też jak ja już nie mam dzieci czy w wieku szkolnym, czy przedszkolnym, no to po

*prostu nie jestem tym zainteresowana. Ale ze słyszenia wiem,
że tak to wygląda (lp4_1_74_K_miasto).*

Przeprowadzone wywiady z seniorami techniką telefonicznych indywidualnych wywiadów pogłębionych (TIDI) pozwalają stwierdzić, że nie artykułują oni potrzeby wsparcia duchowego, co jednak nie znaczy, że jej całkowicie nie odczuwają. Wynikać to może z indywidualizacji potrzeb życia duchowego (religijnego) i oddzielania go od sfery relacji międzyludzkich. W mniejszym stopniu jest to obecne na wsi, dlatego kontakty personalne z duchownymi czy zaangażowanie działalność grup religijnych pozwala uzyskać (nawet w sposób nie-uświadomiony) wsparcie duchowe. Wielu seniorów stara się samemu radzić w sytuacjach trudnych poprzez osobistą modlitwę i udział w liturgii.

Wypowiedzi seniorów nie wskazują na poczucie możliwości wspierania duchowego innych. Ta sfera wydaje się u nich godna zauważenia, ponieważ z uwagi na ich doświadczenie życiowe i wysoki poziom religijności prezentowany przez tę kohortę wiekową, dysponują oni wielkim potencjałem duchowości, którym mogliby służyć innym (zarówno swoim rówieśnikom, jak i młodszym). Prawdopodobnie jednak potencjalni odbiorcy takiego wsparcia nie mają rozwiniętej (czy uświadomionej) potrzeby jego otrzymywania. Nie musi ono od razu przyjmować formę rozmowy na tematy religijne. Niekiedy może ono polegać na: empatycznym wysłuchaniu, okazaniu życzliwości i gotowości towarzyszenia, prostych gestów pomocy, słów będących mądrą radą w kwestiach życiowych. Wątek duchowy może wówczas się pojawić zupełnie spontanicznie i naturalnie w połączeniu ze sprawami egzystencjalnymi bądź przy okazji tematów z zakresów kultury, sztuki czy historii. Pozostaje zatem też istotną kwestią na tym tle adekwatne nazwanie wsparcia duchowego jako pojęcia szerszego od rozmowy na tematy religijne czy modlitwy.

Podsumowanie

Podjęte badania projektowe zmierzające do głębszego rozpoznania sytuacji seniorów dają okazję do postawienia wielu pytań – są wśród nich także te odnoszące się do religijności. Dzięki nim można nie tylko dokładniej opisywać poziom życia religijnego osób starszych, ale też móc proponować takie działania na tym polu, które pozwolą zapewnić im lepszy komfort życia. Nie ma wątpliwości, że wiara dla większości seniorów jest sprawą ważną i bardzo ważną (64%). Przeprowadzona analiza pokazała, że w obrębie populacji osób 60+ są liczne grupy i podgrupy, które wyraźnie różnią się pod względem poziomu religijności i preferencji wybieranych praktyk. Nie można traktować seniorów jako zbiorowości jednorodnej pod względem oczekiwań religijnych. W tej ogromnej grupie różnice dotyczą choćby wieku i miejsca zamieszkania. Różnice w poziomie praktyk religijnych zaznaczają się także wśród mieszkańców miast, jeśli uwzględnimy ich wielkość. W analizie wzięto pod uwagę zatem: płeć, sytuację rodzinną, liczbę osób tworzących wspólnotę domową oraz stan zdrowia respondentów jako czynniki mające znaczenie dla rozwoju religijności. Okazało się, że mają one większy lub mniejszy wpływ na jej poziom. Próba takiego spojrzenia na seniorów pozwala na bardziej zindywidualizowane podejście, uwzględniające ich oczekiwania religijne oraz kontekst życia.

Jednym z kluczowych wniosków wynikającym ze wzrostu zainteresowania praktykami dodatkowymi (pielgrzymkami czy grupami religijnymi) jest postulat tworzenia coraz bogatszej i bardziej urozmaiconej oferty takich działań. Dzięki temu seniorzy będą mieli możliwość wyboru, czasem zmiany grup religijnych, aby móc dalej się rozwijać duchowo. Z wypowiedzi seniorów wynika także, że taka oferta powinna zakładać łączenie religijności z innymi formami aktywizacji, a zatem uwzględniać różnice istniejące w grupach i podgrupach seniorów. Wyniki badań odnotowały niewielki spadek zainteresowania transmisjami nabożeństw i modlitw, pokazały jednak wzrost zainteresowania treściami religijnymi w mediach. Jest to więc

sygnał, że należałoby ten obszar oferty poszerzać, być może tworzyć strony internetowe czy telewizję internetową dedykowaną seniorom, a w niej odpowiednio prowadzone programy o tematyce religijnej, najlepiej jeszcze współtworzone przez seniorów.

Religijność pełni wiele funkcji w życiu seniorów, które łączą się z ich różnymi potrzebami. Do najważniejszych należy funkcja kultyczna, wyrażająca osobistą relację z Bogiem oraz doświadczenie sacrum. Na podstawie takich doświadczeń rodzi się poczucie sensu dające życiową stabilność. Ważna jest również funkcja polegająca na zachowaniu określonej tradycji, porządku moralnego i systemu wartości, które pomagają człowiekowi lepiej funkcjonować w świecie. Kościół czyni to poprzez pielęgnowanie pamięci historycznej, tradycyjnych zwyczajów, tożsamości narodowej, obrzędowości ludowej. Kolejną funkcję można określić jako terapeutyczną, służącą zachowaniu dobrostanu psychicznego¹⁵. Ponadto religia spełnia także funkcję wspólnototwórczą, daje przestrzeń do budowania relacji opartych na wartościach. Istotną rolę ma w tym względzie kształtowanie u ludzi otwartości na innych czy umiejętności przebaczenia. Religijność ma również funkcje kulturotwórczą i edukacyjną. Kształtuje określoną kulturę bycia, myślenia, działania, jak też sztukę czy literaturę. Jej potencjał w zakresie edukacji seniorów jest także bardzo rozległy.

Prezentowane wyniki potwierdzają, że te funkcje są obecne w życiu badanych seniorów. Najwyraźniej można to odnieść do funkcji kultycznej, wspólnototwórczej oraz terapeutycznej.

¹⁵ Por. E. Rydz, A. Tychmanowicz, *Religijność seniorów...*, dz. cyt., s. 102–110.

Bibliografia

- Bednarczyk R., Czekalski R., *Fluktuacja sposobów zaspokajania potrzeb religijnych u seniorów w perspektywie przeprowadzonych badań*, w: *Świat na miarę seniora. 2024. Jakość życia – relacje – aktywności*, red. E. Bojanowska, R. Czekalski, Warszawa 2024.
- Bednarczyk R., *Potrzeby religijne seniorów przed i po pandemii COVID-19 w świetle wyników badań socjometrycznych przeprowadzonych w wybranych gminach na terenie województwa mazowieckiego*, w: *Pandemia a seniorzy. Wyzwania – działania – rozwiązania*, red. E. Bojanowska, R. Czekalski, Warszawa 2023.
- Bożewicz M., *Wpływ pandemii na religijność Polaków*, Komunikat z badań CBOS nr 74/2020, https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2020/K_o74_20.PDF (dostęp: 15.09.2025).
- Cisło W., Semczuk-Kaczmarek K., Czekalski R., *Wiara, nauka i religijność w dobie pandemii COVID-19*, w: *Nowoczesna ocena ryzyka u pacjentów z chorobami serca i naczyń*, red. F.M. Szymański, A.E. Płatek, Warszawa 2021.
- Czekalski R., *Aktywność religijna seniorów jako czynnik ich aktywizacji społecznej w okresie popandemicznym*, „Polityka Społeczna” 2023, nr tematyczny 1.
- GUS, *Życie religijne w Polsce. Wyniki Badania spójności społecznej 2018*, https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5500/8/1/1/zycie_religijne_w_polsce_wyniki_badania_spojnosci_spoecznej_2018.pdf (dostęp: 14.09.2025).
- Karcz B., *Katolicka nauka społeczna a religijność seniorów w czasie pandemii COVID-19*, „Edukacja Ustawiczna Dorosłych” 2021, nr 3, https://edukacjaustawicznadoroslych.eu/images/2021/3/07_3_2021.pdf (dostęp: 15.09.2025).
- Krystkowiak B., *Tajemnice starości – religijne życie seniorów*, „Humaniora. Czasopismo Internetowe” 2013, nr 4, https://www.academia.edu/20145462/Tajemnice_starosci_religijne_zycie_seniorow (dostęp: 14.09.2025).
- Rydz E., Tychmanowicz A., *Religijność seniorów. Uwarunkowania i funkcje*, Lublin 2019.
- Sadłoń W., *Zacieśnianie czy rozrywanie immanentnej ramy? Polski katolicyzm wobec epidemii koronawirusa*, „Wieś i Rolnictwo” 2020, nr 3, <https://kwartalnik.irwirpan.waw.pl/wir/article/view/757/689> (dostęp: 14.09.2025).
- Tutak M., *Życie seniora w krótkim przeglądzie badań społecznych*, w: *Seniorzy wyzwaniem dla Kościoła w Polsce*, red. M. Tutak, T. Wielebski, Warszawa 2019.
- Tutak M., *Zmiany w życiu religijnym seniorów we współczesnej Polsce*, w: *Seniorzy wyzwaniem dla Kościoła w Polsce*, red. M. Tutak, T. Wielebski, Warszawa 2019.
- Ulman P., *Religijność osób starszych w Polsce. Wyniki badań statystycznych*, „Studia Socialia Cracoviensia” 2017, t. 9, nr 2, <http://czasopisma.upjp2.edu.pl/studia-socialiacracoviensia/article/viewFile/2464/2302> (dostęp: 14.09.2025).

EWA K. CZACZKOWSKA

Instytut Edukacji Medialnej i Dziennikarstwa
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

Transformacja cyfrowa seniorów i procesy adaptacyjne

Słowa kluczowe: cyfryzacja, seniorzy, internet, osoby 60+, adaptacja cyfrowa, włączenie/wyłączenie cyfrowe

Wprowadzenie

Transformacja cyfrowa jest jednym z najważniejszych procesów technologicznych i społecznych ostatnich dekad. Upowszechnienie nowych technologii informacyjno-komunikacyjnych oraz narzędzi cyfrowych wpłynęło na całą aktywność człowieka – życie zawodowe, społeczne, rodzinne, relacje międzyludzkie. W krótkim czasie staliśmy się społeczeństwem cyfrowym, w którym wymiana informacji za pośrednictwem nowych technologii informacyjno-komunikacyjnych determinuje wszystkie aktywności człowieka¹. Adaptacja cyfrowa wymaga już nie tylko posiadania narzędzi cyfrowych i umiejętności ich użytkowania, ale w związku z nieustannym doskonaleniem tych narzędzi również rozwijania cyfrowych kompetencji.

Obecnie, według standardów Unii Europejskiej, aby uczestniczyć w cyfrowej transformacji, czyli być włączonym cyfrowo, trzeba spełniać kilka warunków. Nie wystarczy już być właścicielem nowoczesnego

¹ M. Kawińska, *Cyfrowi seniorzy – możliwości i bariery*, „Polityka Społeczna” 2024, t. 607, nr 2 (tematyczny), s. 31; J. Gajda, *Media w edukacji*, Kraków 2010, s. 44.

urządzenia cyfrowego, ale trzeba je użytkować autonomicznie; nie wystarczy mieć umiejętności właściwych do korzystania z internetu, ale trzeba korzystać z sieci w sposób regularny. Istotny jest także cel, w jakim użytkuje się komputer i internet².

W związku z tym zmienia się także pojęcia wykluczenia cyfrowego. Nie chodzi już tylko o tak oczywiste, ale coraz radsze elementy, jak w ogóle brak urządzeń, dostępu do internetu czy korzystanie z komputera i internetu poza domem³. W dobie tworzenia się społeczeństwa cyfrowego kryteria włączenia/wyłączenia cyfrowego są coraz wyższe. Na przykład według kryteriów Unii Europejskiej osoby z podstawowymi kompetencjami cyfrowymi potrafią wykonać przynajmniej jedno działanie w pięciu obszarach umiejętności, a są to: korzystanie z informacji i danych, komunikacja, zachowanie bezpieczeństwa w sieci, tworzenie treści cyfrowych, rozwiązywanie problemów w sieci. Z najnowszych badań Eurostatu wynika, że w 2023 r. tylko 56% obywateli UE posiadało tak sformułowane podstawowe umiejętności cyfrowe⁴. Można przypuszczać, że brak kompetencji dotyczy głównie dwóch obszarów: tworzenie cyfrowych treści i rozwiązywanie problemów w sieci. Niestety, Polska w tym rankingu na tle Europy wypadła źle. Z 44,3% osób z podstawowymi kompetencjami cyfrowymi znaleźliśmy się poniżej średniej europejskiej. Zajmujemy trzecie miejsce od końca (w poprzednim badaniu, 2021–2022, z 42,9% było podobnie⁵) – wyprzedziliśmy jedynie Bułgarię i Rumunię. W badaniach Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) na temat korzystania z internetu

² R. Jedlińska, *Wykluczenie cyfrowe w Polsce na tle krajów Unii Europejskiej*, „Ekonomiczne Problemy Usług” 2008, t. 2, nr 2(131), s. 227.

³ A. Bienkuńska, T. Piasecki (red.), *Jakość życia, kapitał społeczny, ubóstwo i wykluczenie społeczne w Polsce*, Warszawa 2012, s. 80–82.

⁴ Eurostat, *Digitalisation in Europe – 2025 Edition. Interactive Publications*, <https://ec.europa.eu/eurostat/web/interactive-publications/digitalisation-2025> (dostęp: 19.08.2025).

⁵ Eurostat, *Digitalisation in Europe – 2023 edition. Interactive Publications*, <https://ec.europa.eu/eurostat/web/interactive-publications/digitalisation-2023> (dostęp: 19.08.2025).

w 2025 r. najstarsze roczniki Polaków też nie wypadły dobrze⁶. Trudno jednak porównywać te wyniki, jak również z badaniami *Świat na miarę seniora*, z uwagi na zastosowanie innej metodologii.

Wyłączenie cyfrowe niesie ze sobą wiele negatywnych konsekwencji dla osób, których dotyczy, ale i podmiotów, w jakich one działają, łącznie z instytucjami państwowymi. Nieuczestniczący w cyfrowej wymianie informacyjnej są spychani na nowy rodzaj społecznego marginesu, ograniczający czy nawet wykluczający ich z pełnego uczestnictwa w życiu społecznym i instytucjonalnym⁷. Z tych powodów celem Unii Europejskiej jest doprowadzenie do tego, aby do 2030 r. 80% ludności miało co najmniej podstawowe umiejętności cyfrowe⁸.

Transformacja cyfrowa jest wyzwaniem dla wszystkich grup społecznych, ale bez wątpienia największym dla osób najstarszych, które podjęły adaptację cyfrową w życiu dorosłym, a czasem nawet już w wieku senioralnym. Z tego powodu jest to jedna z tych grup (obok upośledzonych finansowo), które wymagają systemowego wsparcia w procesie cyfrowej transformacji. Punktem wyjścia jest zaś właściwe rozeznanie stopnia włączenia cyfrowego polskich seniorów, zbada- nie, w jakim stopniu osoby 60+ są wyposażone w urządzenia cyfrowe, w jakim celu i zakresie je wykorzystują – co pośrednio wskazuje na stopień ich cyfrowych kompetencji – oraz jakie czynniki ten stan warunkują. Jest to celem naszego badania *Świat na miarę seniora 2025*.

W tym roku, w ramach części stałej badania, zadaliśmy seniorom pytania na temat posiadania urządzeń cyfrowych i mobilnych, czę- stotliwości korzystania z internetu oraz powodów, dla których nie używają urządzeń cyfrowych. Zapytaliśmy również, ile czasu spędzają w sieci, a osoby z niej niekorzystające o gotowość podjęcia nauki w tej dziedzinie.

⁶ CBOS, *Korzystanie z internetu w 2025 roku. Komunikat z badań nr 60/2025*, https://www.cbos.pl/PL/publikacje/raporty_tekst.php?id=7045 (dostęp 27.08.2025).

⁷ R. Jedlińska, *Wykluczenie cyfrowe w Polsce na tle krajów Unii Europejskiej*, dz. cyt., s. 226.

⁸ Eurostat, *Digitalisation in Europe – 2025 Edition...*, dz. cyt.

Ostatecznym celem badań empirycznych jest sformułowanie wniosków i postulatów, które będą pomocne w kreowaniu polityki społecznej wobec seniorów w zakresie włączenia cyfrowego. W efekcie chodzi przecież o to, aby seniorzy, korzystając w pełni z coraz szerszych możliwości, które stwarza nowoczesna technologia cyfrowa, cieszyli się lepszą jakością życia oraz czuli pełnoprawnymi członkami społeczeństwa informacyjnego.

1. Na topie laptopy i smartfony

Gospodarstwa domowe polskich seniorów są dobrze wyposażone w urządzenia cyfrowe, takie jak: komputery przenośne (laptopy) i smartfony, ale także mobilne telefony komórkowe bez funkcji internetu, w mniejszym stopniu w komputery stacjonarne oraz tablety, najrzadziej zaś w smartwatche/smartbandy oraz czytniki książek elektronicznych. Jakiego konkretnie rodzaju urządzenia właścicielem jest senior, w dużej mierze zależy od jego wieku (tab. 1) i płci (tab. 2), ale także wykształcenia (tab. 3), w mniejszym zaś stopniu liczby osób w gospodarstwie domowym (wykres 1).

Tabela 1. Posiadanie w domu urządzeń cyfrowych – z podziałem na grupy wiekowe (dane w %)

Urządzenie cyfrowe	Grupa wiekowa					
	60–64	65–69	70–74	75–79	80–84	85+
Komputer stacjonarny	39,2	46,7	46,4	43,1	46,7	47,8
Komputer przenośny (laptop)	84,1	85,4	79,3	78	70	63,3
Smartfon	81,22	80	78,1	72,4	71,3	54,4
Telefon komórkowy	61,4	61,9	61,9	64,8	64	73,3
Tablet	47,4	44,9	46,1	40,6	30,7	24,4
Smartwatch/smartband	34,1	30,5	27,4	16,6	14	8,9
Czytnik e-booków	23,6	25	22	16,9	10,7	15,6

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Największą popularnością wśród ogółu osób 60+ cieszą się komputery przenośne (laptopy) oraz smartfony. Laptopy posiada 81,5% polskich seniorów, więcej mężczyzn (85%) niż kobiet (79,6%). Odsetek właścicieli tych urządzeń maleje z wiekiem. Gdy w grupie 60–64 lata ma je 84,1% badanych, to w gronie 85+ już tylko 63,3%. Czynnikiem różnicującym jest także wykształcenie. Laptopy są w posiadaniu 63% seniorów z wykształceniem podstawowym i 88% osób z wykształceniem wyższym. Ten typ urządzeń cyfrowych jest najbardziej popularny w gospodarstwach wieloosobowych (84–87%).

Tabela 2. Posiadanie w domu urządzeń cyfrowych – z podziałem na płeć (dane w %)

Urządzenie cyfrowe	Ogółem	Kobiety	Mężczyźni
Komputer stacjonarny	44,3	39,9	52,4
Komputer przenośny (laptop)	81,5	79,6	85
Smartfon	77,8	75,4	82,2
Telefon komórkowy	62,6	62	63,7
Tablet	42,9	39,7	48,7
Smartwatch/smartband	27,7	26,5	29,8
Czytnik e-booków	22,1	22,6	21

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Smartfony posiada natomiast 77,8% naszych respondentów. I w tym wypadku istotne są również płeć i wiek. W gronie posiadaczy smartfonów więcej jest mężczyzn (82,2%) niż kobiet (75,4%). Udział właścicieli telefonów komórkowych z funkcją internetu spada wraz z wiekiem – wśród seniorów w wieku 60–64 lata ma je 81,2% osób, ale w grupie 85+ już tylko nieco ponad połowa (54,4%). Ważnym czynnikiem różnicującym jest wykształcenie. Udział właścicieli smartfonów wzrasta z poziomem wykształcenia – od 65% wśród osób z wykształceniem podstawowym do 82% osób z wykształceniem wyższym. Smartfony są szczególnie powszechne w większych gospodarstwach domowych – w nich odsetek użytkowników sięga ok. 80%.

Telefony komórkowe starszego typu, bez funkcji internetu, posiada 62,6% ogółu badanych. Najwięcej ich właścicieli jest w grupie osób 85+, bo aż 73,3%. Może wynikać to zarówno z rezygnacji starszych seniorów ze smartfonów na rzecz prostszych urządzeń, ale też z dłużej przyswajania. W przeciwieństwie do wieku płeć w wypadku posiadania starszego typu telefonów komórkowych nie ma znaczenia (mężczyźni – 63,7%, kobiety – 62%).

Mniej niż połowa polskich seniorów posiada komputer stacjonarny – 44,3% osób. W tym przypadku dużo częściej jest on obecny w gospodarstwach mężczyzn (52,4%) niż kobiet (39,9%). W podziale na grupy wiekowe najczęściej ich właścicielami są najstarsi seniorzy. Wśród osób 85+ komputery stacjonarne posiada 47,8%, a w grupie 60–64 lata – 39,2%. Prawdopodobnie różnice wynikają z faktu, że laptopy upowszechniły się później niż komputery stacjonarne. Komputery tego typu posiada 40–48% gospodarstw jedno- i dwuosobowych, w rodzinach czteroosobowych i większych natomiast odsetek ten wzrasta do ponad 55–65%, co z kolei może wiązać się z szerszym użytkowaniem sprzętu przez wszystkich domowników.

W mniej niż połowie gospodarstw polskich seniorów są obecne tablety – ok. 43%. Im senior starszy, tym rzadziej jest właścicielem tego urządzenia. W grupie wiekowej 60–64 lata posiada je 43,4% seniorów, natomiast w gronie 85+ niemal o połowę mniej – tylko 24,4%. Więcej właścicieli jest wśród mężczyzn (48,7%) niż kobiet (39,7%) oraz osób z wyższym wykształceniem (46,8%) i w gospodarstwach wieloosobowych (ponad 54%).

Tabela 3. Posiadanie w domu urządzeń cyfrowych – z podziałem na poziom wykształcenia (dane w %)

Urządzenie cyfrowe	Wykształcenie			
	Podstawowe	Zawodowe	Średnie	Wyższe
Komputer stacjonarny	44	39,7	41	47,7
Komputer przenośny (laptop)	62,7	73,1	77	87,6
Smartfon	65,3	70,5	75,3	82,1
Telefon komórkowy	66,7	67,1	62,6	61,2
Tablet	33,3	38,2	39,7	46,8
Smartwatch/smartband	18,7	23,2	25,7	30,7
Czytnik e-booków	13,3	13,9	17,8	27,5

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Smartwatche i smartbandy, mimo że są bardzo praktycznym urządzeniem do monitorowania zdrowia i aktywności fizycznej seniorów, wciąż nie są wśród nich popularne. Posiada je ponad jedna czwarta seniorów (27,7%), więcej mężczyzn (29,8%) niż kobiet (26,5%). Najczęściej ich właścicielami są najmłodsi seniorzy 34,1% w wieku 60–64 lata, a najrzadziej najstarsi (85+) – tylko 8,9%. Więcej niż wskazuje średnia, bo ponad 30% właścicieli smartwatchy i smartbandów, jest w gronie osób z wykształceniem wyższym.

Z urządzeń cyfrowych najmniejszą popularnością wśród seniorów cieszą się czytniki e-booków. Ma je niewiele ponad jedna piąta badanych – 22,1%. Różnica między płciami nie jest w tym wypadku duża – 22,6% kobiety i 21% mężczyźni. Znaczenie ma natomiast wiek seniorów. Najrzadziej posiadanie czytnika e-booków deklarują seniorzy między 80 a 84 rokiem życia, bo 10,7%, więcej – 15,6% w grupie 85+. Najczęściej ich posiadanie wskazują natomiast młodsi seniorzy – ¼ między 60 a 69 rokiem życia. Czytniki książek elektronicznych posiada 28% osób z wyższym wykształceniem i 13% z wykształceniem podstawowym. Są one częściej obecne w gospodarstwach wieloosobowych – ok. 20–24%.

Porównanie wyników badań wyposażenia seniorów w urządzenia cyfrowe w latach 2024⁹ i 2025 pokazuje, że są oni właścicielami coraz większej liczby urządzeń, które umożliwiają korzystanie z internetu. W 2025 aż o 10,8 punktu procentowego więcej seniorów niż w 2024 r. posiada smartfony (77,8% w 2025 r. i 67% w 2024 r.), o 8,5 punktu procentowego więcej ma laptopy (81,5% w 2025 i 73% w 2024), o 5,7 punktu procentowego tablety (42,9% w 2025 r. i 37,2% w 2024), o 7,9 punktu procentowego smartwache/smartbandy (w 2025 r. 27,7% i 19,8% w 2024), o 6,5 punktu procentowego czytniki e-booków (w 2025 r. 22,1% i 13,6% w 2024).

W każdym z wymienionych urządzeń nastąpił wzrost posiadania od 5 do niemal 11 punktów procentowych. Jednocześnie odnotowano spadek dwóch rodzajów urządzeń: komputerów stacjonarnych – o 2 punkty procentowe (w 2024 r. miało je 46,4% seniorów, w 2025 – 44,3%) oraz telefonów komórkowych bez dostępu do internetu – o 7 punktów procentowych (w 2024 r. miało je 69,5% seniorów, w 2025 – tylko 62,6%). Komputery stacjonarne są zastępowane przez nowszej generacji komputery przenośne (laptopy), a telefony komórkowe bez dostępu do internetu – smartfonami. Dane te również wskazują na rosnące włączenie cyfrowe osób 60+.

Niemniej w kontekście posiadania urządzeń cyfrowych nie jest to grupa jednorodna. Wyniki badań pokazują, że najwięcej właścicieli laptopów, smartfonów oraz tabletów jest wśród młodszych seniorów, w starszych grupach wiekowych natomiast liczba posiadanych urządzeń cyfrowych spada na rzecz telefonów komórkowych starszego typu, bez dostępu do internetu. Więcej właścicieli komputerów i smartfonów jest wśród mężczyzn niż kobiet. Osoby lepiej wykształcone i żyjące w większych rodzinach są zdecydowanie lepiej wyposażone technologicznie, podczas gdy seniorzy z wykształceniem

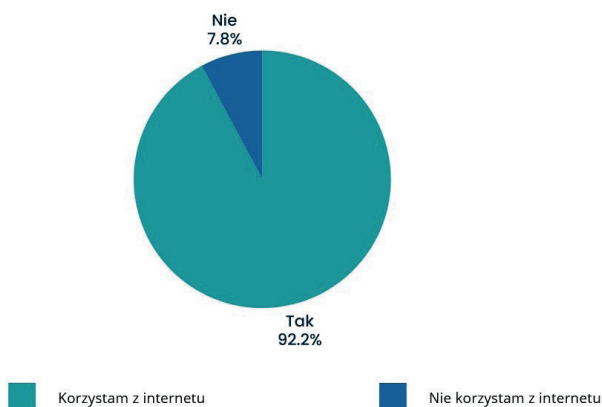
⁹ Wyniki badań *Świat na miarę seniora 2024* zostały omówione w E. Czaczkowska, *Włączeni cyfrowo. Aktywność osób 60+ w internecie i mediach społecznościowych*, w: *Świat na miarę seniora. Jakość życia – relacje – aktywności*, red. E. Bojanowska, R. Czekalski, Warszawa 2024, s. 417–446.

podstawowym i mieszkający samotnie mają najrzadziej dostęp do sprzętu cyfrowego.

2. Wzrost użytkowników internetu

Wzrost posiadania przez seniorów urządzeń cyfrowych przekłada się w naszych badaniach na wzrost korzystania z internetu. W 2025 r. 92,2% polskich seniorów zadeklarowało, że używa internetu (zob. wykres 1). Oznacza to, że ma przynajmniej minimalne kompetencje cyfrowe.

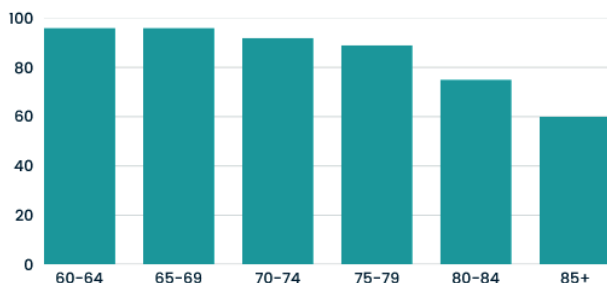
Wykres 1. Korzystanie z internetu – ogółem (dane w %)



Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

W wypadku korzystania z sieci czynnikiem różnicującym nie jest płeć – odsetek mężczyzn (92,2%) i kobiet (92,1%) jest podobny – ale przede wszystkim wiek (zob. wykres 2) i wykształcenie (zob. wykres 3).

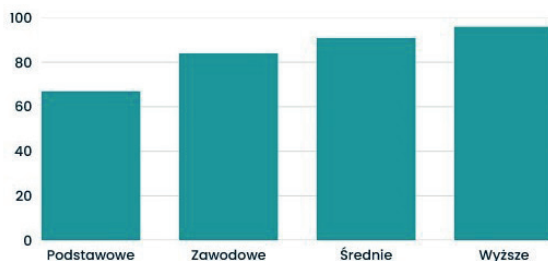
Wykres 2. Korzystanie z internetu – z podziałem na grupy wiekowe (dane w %)



Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Najczęściej internetu używają seniorzy najmłodsi: ponad 95% osób do 69 roku życia. W grupie 60–64 lata jest to 95,9% – to wskaźnik najwyższy. Im osoby są starsze, tym odsetek użytkowników internetu spada: w wieku 75–79 lat – do 89,3%, 80–84 lata – do 74,7%, w najstarszej grupie 85+ zaś – do 60%. A zatem różnica między najmłodszymi a najstarszymi seniorami w tym wypadku wynosi aż $\frac{1}{3}$. To są ci seniorzy, którzy znaleźli się w grupie wyłączonych cyfrowo, czego powodów może być kilka, o czym w dalszej części artykułu.

Wykres 3. Korzystanie z internetu – z podziałem na poziomy wykształcenia (dane w %)



Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Uzyskane wyniki badań pokazują bardzo silne zróżnicowanie w dziedzinie użytkowania internetu ze względu na poziom wykształcenia. Bez mała wszyscy seniorzy z wyższym wykształceniem (96,1%) korzystają z internetu, z wykształceniem podstawowym natomiast – tylko 66,7%.

Mniejsze zróżnicowanie w używaniu sieci występuje ze względu na wielkość gospodarstwa domowego. Z internetu korzysta od 88,3% seniorów w gospodarstwach jednoosobowych, 94,6% – w dwu- i trzyosobowych, natomiast w rodzinach cztero- i pięcioosobowych oraz większych odsetki wynoszą odpowiednio 89% i 86,4%.

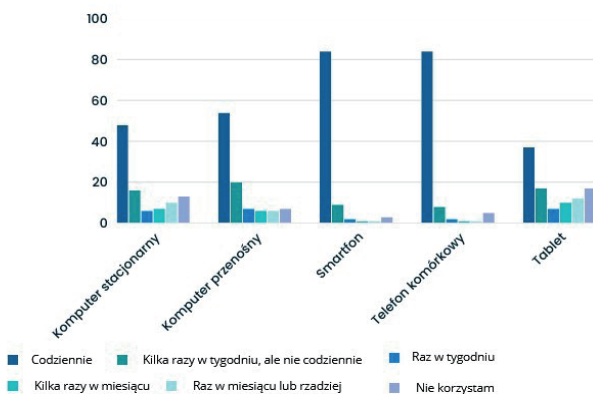
Ciekawe wnioski płyną z porównania tegorocznych badań z wykonanymi rok temu. W 2024 r. deklarację używania internetu złożyło 84,9% respondentów – w tym roku już 92,2%. Nastąpił więc wzrost aż o 7,3 punktu procentowego. To dużo. Wpłynął na to zapewne wzrost wśród seniorów posiadania, rok do roku, wielu rodzajów urządzeń cyfrowych. Ale istotnym czynnikiem jest także to, że w wiek senioralny wszedł kolejny rocznik, zasilając grupę najmłodszych seniorów (60–64 lata) najbardziej aktywnych cyfrowo. Gdy w ubiegłym roku 93,3% najmłodszych seniorów używało internetu, w 2025 r. już 95,9% w tym gronie.

3. Cyfryzacja na co dzień

O stopniu włączenia cyfrowego dużo mówi częstotliwość używania urządzeń cyfrowych i mobilnych, a więc to, czy towarzyszą one seniorom w życiu codziennym. Nasze badania pokazują, że na zróżnicowanie w tym zakresie wpływają: wiek, płeć, ale także silnie wykształcenie, mniej liczba osób w gospodarstwie domowym.

Polscy seniorzy codziennie najczęściej korzystają ze smartfonów oraz telefonów komórkowych starszego typu (zob. wykres 4). Codziennie urządzeń tych używa nieco ponad 84% seniorów – dotyczy to smartfonów (84,2%), które pozwalają na korzystanie z internetu, jak i telefonów komórkowych (84,1%), które tej funkcji nie mają. Nieco więcej codziennych użytkowników smartfonów i telefonów komórkowych jest wśród kobiet (85,6% i 85,1%) niż mężczyzn (82% i 82,2%).

Wykres 4. Częstość korzystania z internetu za pomocą urządzeń cyfrowych – ogółem (dane w %)



Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Urządzenia te są używane najczęściej spośród wszystkich urządzeń cyfrowych i mobilnych, we wszystkich grupach wiekowych seniorów. Wskaźnik ten maleje jednak wraz z wiekiem, szczególnie powyżej 80 roku życia. W grupie 60–64 lata aż 87,4% seniorów codziennie korzysta ze smartfonów, a 84,9% z telefonów komórkowych. Podobnie wysokie wyniki – powyżej 80% – utrzymują się wśród seniorów w wieku 65–69 lat oraz 70–74 lata. W grupach 80–84 lata oraz 85+ wskaźniki te natomiast spadają – w grupie osób 85+ wynoszą 69,4% (smartfon) i 51,5% (telefon komórkowy).

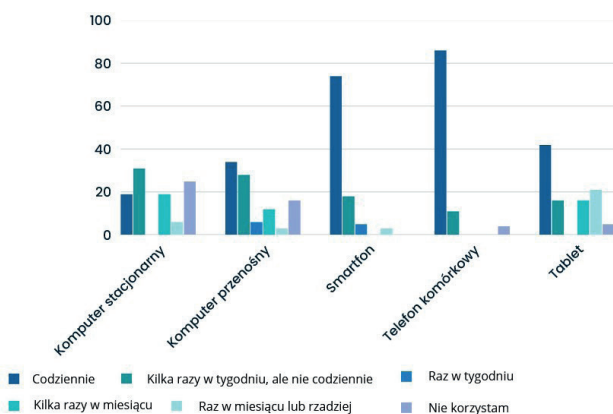
Z komputerów przenośnych (laptopów) codziennie korzysta ponad połowa seniorów – 54,2%. Najczęściej robią to młodszy seniorzy, między 60 a 74 rokiem życia – ok. 53–59%. Powyżej 80 roku życia natomiast odsetek maleje (do 37% w grupie 80–84 lata oraz 39,5% w gronie 85+). Wśród codziennych użytkowników laptopów więcej jest mężczyzn (60,2%) niż kobiet (50,7%). Komputerów stacjonarnych używa zaś codziennie 48,2% seniorów, przy czym zdecydowanie więcej mężczyzn (58%) niż kobiet (40,9%). Komputery te są najczęściej używane wśród najstarszych seniorów: w grupie 80–84 lata – 70,5%, a powyżej 85 roku życia – 43,3%.

Warto zauważyć, że w gronie 85+ w ogóle nie korzysta z komputerów stacjonarnych 16,7% osób, z laptopów – 10,5%, a z tabletu – 21,4 %. Tablet jest codziennie używany przez 37,4% ogółu seniorów, wcale zaś – 17%.

Korzystanie z komputerów i tabletów jest bardziej zróżnicowane w zakresie częstotliwości użytkowania niż w przypadku smartfonów czy telefonów komórkowych. Dość wysoki odsetek osób używa tych urządzeń rzadko lub wcale (np. komputer stacjonarny wcale – 12,8%, laptop – 6,6%). Wśród kobiet te wskaźniki są wyraźnie wyższe niż wśród mężczyzn.

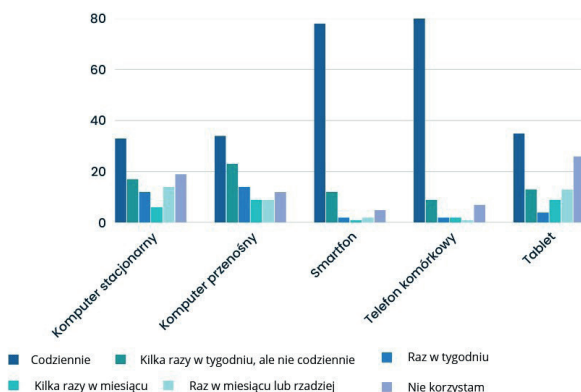
Na rodzaj codziennie używanych urządzeń cyfrowych ma wpływ wykształcenie seniorów (zob. wykresy 5–8). Smartfony każdego dnia używa 73,7% osób z wykształceniem podstawowym, 78,4% z wykształceniem zawodowym, 83,9% ze średnim i najwięcej, bo 85,7%, z wykształceniem wyższym. Ta ostatnia grupa najczęściej spośród innych seniorów korzystanie codziennie z laptopów – 60,9% i komputerów stacjonarnych – 53,7%, gdy dla osób z wykształceniem podstawowym te wartości wynoszą odpowiednio: 34,4% i 18,8%.

Wykres 5. Częstość korzystania z internetu za pomocą urządzeń cyfrowych przez seniorów z wykształceniem podstawowym (dane w %)



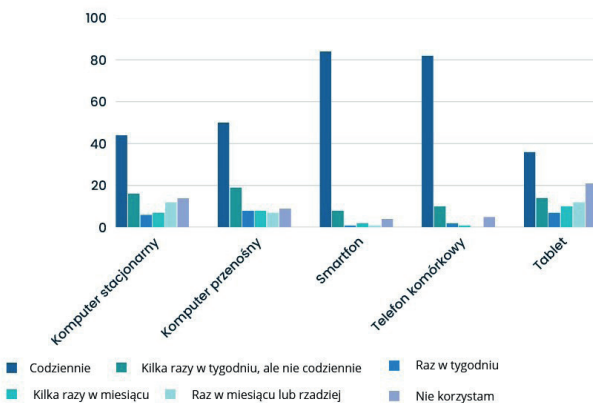
Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Wykres 6. Częstość korzystania z internetu za pomocą urządzeń cyfrowych przez seniorów z wykształceniem zawodowym (dane w %)



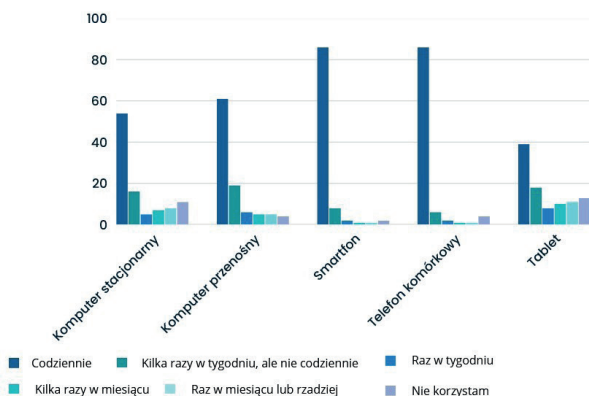
Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Wykres 7. Częstość korzystania z internetu za pomocą urządzeń cyfrowych przez seniorów z wykształceniem średnim (dane w %)



Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Wykres 8. Częstość korzystania z internetu za pomocą urządzeń cyfrowych przez seniorów z wykształceniem wyższym (dane w %)



Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

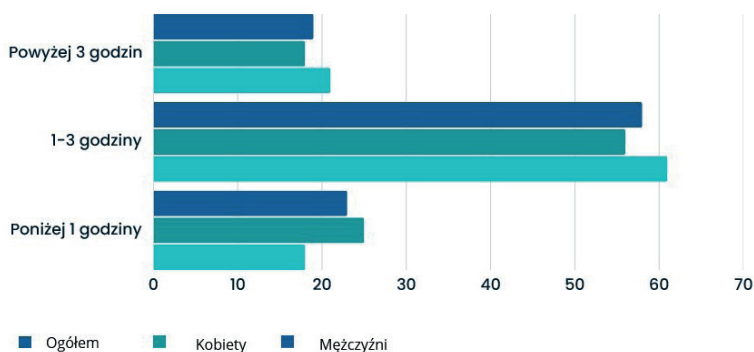
Gospodarstwa jednoosobowe oraz dwu- i trzyosobowe wykazują najwyższy odsetek codziennego korzystania zarówno ze smartfonów (powyżej 80%), jak i z komputerów (ponad 50% w przypadku urządzeń stacjonarnych i przenośnych). W większych gospodarstwach domowych częściej widać korzystanie ze smartfonów i telefonów komórkowych przy nieco niższej częstotliwości korzystania z tabletów czy komputerów stacjonarnych.

Dane pokazują, że wraz ze wzrostem wieku seniora rośnie odsetek tych, którzy ograniczają swoją aktywność online lub całkowicie rezygnują z niektórych form korzystania z sieci, szczególnie jeśli chodzi o komputery i tablety. Seniorzy w najstarszych grupach wiekowych (80–84 lata i 85+) często korzystają z laptopów i tabletów kilka razy w tygodniu lub wcale, odsetek używających ich codziennie wyraźnie zaś spada na rzecz młodszych seniorów.

4. Czas spędzony w sieci

O intensywności korzystania z internetu dużo mówi to, ile czasu spędza się w świecie wirtualnym. Większość polskich seniorów – 58% – korzysta z internetu od jednej godziny do trzech godzin dziennie. Podobny wynik badań uzyskaliśmy w roku ubiegłym (55,5%). Co ciekawe, najczęściej na ten przedział czasowy wskazują seniorzy 85+ (aż 75%), a także w grupach wiekowych 75–79 lat oraz 80–84 lata (odpowiednio 62,1% i 60,6%). Częściej tyle czasu online spędzają mężczyźni (60,8%) niż kobiety (56,4%) – zob. wykres 9.

Wykres 9. Czas spędzany z internecie – z podziałem na płeć (dane w %)



Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Poniżej godziny dziennie czas online spędza ponad 1/5 seniorów (22,8%), częściej kobiety (25,4%) niż mężczyźni (18,2%), a najczęściej seniorzy w wieku 60–69 lat (ok. 24%). Być może wynika z faktu utrzymywania aktywności zawodowej czy podejmowania innych zajęć.

Natomiast na przeciwnym biegunie, oznaczającym korzystanie powyżej 3 godzin dziennie z internetu, znajduje się 19,2% seniorów (w 2024 r. było to 16,3% osób). Najczęściej są to mężczyźni (21%) między 65 a 69 rokiem życia (21,1%), czyli po osiągnięciu wieku emerytalnego.

Najmniej takich osób jest wśród najstarszych seniorów w wieku 85+ (12,5%).

W miarę starzenia się seniorzy coraz rzadziej korzystają z internetu przez dłuższy czas. Aktywność w sieci najstarszych osób skupia się w przedziale 1–3 godzin dziennie – rzadziej przekraczają tę granicę.

O tym, czym w sieci zajmują się seniorzy, dużą dawkę rzetelnej informacji przyniosła nam modułowa część badań ilościowych oraz badania jakościowe przeprowadzone w ubiegłym roku. Niemniej w tym roku, wczytując się w odpowiedzi seniorów na niektóre pytania nie dotyczące bezpośrednio transformacji cyfrowej (szczególnie w badaniu jakościowym, TIDI), można było sporo dowiedzieć się na temat sposobu i celu korzystania przez seniorów z internetu. Co ważne, potwierdzają one¹⁰, że seniorzy wchodzi do sieci głównie w poszukiwaniu trzech rodzajów informacji – potrzebnych im w życiu codziennym:

żona na internecie wszystko poczyta, jak się co używa
(lp51_8_70_m_wieś),

związanych z zainteresowaniami, hobby:

Takie szkolenie na temat behawioryzmu zwierząt i tak dalej, ale
takie dla siebie po prostu, sobie wykupiłam tam na internecie
i takie wykłady (lp49_8_71_k_wieś),

a także o aktualnych wydarzeniach w kraju i świecie, by „być na bieżąco”.

Z komunikatorów internetowych, takich jak Messenger lub WhatsApp, seniorzy korzystają do utrzymywania kontaktów z rodziną, która mieszka daleko. *Jedynie zostaje WhatsApp i Messenger* – stwierdziła 67-letnia mieszkanka śląskiej wsi, której dzieci mieszkają za granicą (lp69_12_67_k_wieś). Kontakt za pośrednictwem internetu ma dość częsty:

¹⁰ Por. tamże, s. 429–431.

Często to jest dwa razy w tygodniu. Trzy razy w tygodniu. Raz w tygodniu. Wszystko zależy od okoliczności.

Świat wirtualny jest też dla seniorów elementem rozrywki, spędzania wolnego czasu:

(...) nie mam nic w zasadzie do roboty, to tylko książki czytam, czasami jakieś tam w komputer, w coś wejdę (lp26_5_66_m_wieś)

oraz organizacji czasu dla osób samotnych:

(...) w internecie, właśnie tam widzę, że są na tym Facebooku różne grupy, prawda, gdzie organizują dla samotnych i tak dalej (lp36_7_68_k_miasto).

Do rzadkości należą seniorzy, którzy opowiadają o swoich wysokich kompetencjach cyfrowych, jak 60-letni mężczyzna z miasta na Mazowszu:

(...) z internetem akurat też jestem za pan brat. (...) ja pierwszy raz z komputerem miałem styczność gdzieś (...) 30 lat temu. (...) tak mi się to spodobało, że teraz naprawdę nie mam problemu. Sam sobie części w komputerze zmieniam, te systemy, przeladowuje, jak trzeba. Także akurat ja to liźnąłem, to mi się podoba (lp47_7_60_m_miasto).

5. Seniorzy wyłączeni cyfrowo

W tegorocznym badaniu ponad 92,2% seniorów zadeklarowało, że korzysta z internetu. Dlaczego 7,8% tego nie robi? Na udzielane odpowiedzi miały wpływ zarówno wiek, płeć, wykształcenie, jak też liczba osób w gospodarstwie domowym.

Seniorzy pytani o powody niekorzystania z sieci, najczęściej wskazywali na brak potrzeby. Takiej odpowiedzi udzieliło aż 83,8% seniorów z grupy niekorzystających z internetu. Wśród najmłodszych seniorów (60–64 lata) brak potrzeby wskazało 81,3% osób, wśród starszych roczników odsetek wzrósł nawet do 91,7% (grupa 75–79 lat) oraz 89,5% (80–84 lata), by obniżyć się do 80,6% w grupie seniorów 85+. Częściej na brak potrzeby korzystania z urządzeń cyfrowych wskazują mężczyźni (88,1%) niż kobiety (81,5%).

Drugim, ale rzadszym o połowę powodem niekorzystania z urządzeń cyfrowych jest brak kompetencji. Na tę barierę wskazywało 43,4% seniorów niekorzystających z internetu. Częściej mówiły o tym kobiety niż mężczyźni (odpowiednio 45% i 40,5%). Z uwagi na wiek brak kompetencji jako powód niekorzystania z internetu najczęściej pojawia się wśród osób powyżej 80 roku życia. Wskazuje go aż 60,5% osób między 80 a 84 rokiem życia, mniej w grupie 85+, bo 47,2%, co jest wynikiem niższym niż wśród seniorów w wieku 60–64 lata – 56,3%.

Na trzecim miejscu jako powód niekorzystania z internetu znalazł się brak odpowiednich urządzeń. Wymienia go ponad 1/3 tej grupy badanych (36,2%), częściej kobiety (39,1%) niż mężczyźni (31%). Najczęściej z uwagi na wiek wskazywały ten powód osoby między 75 a 79 rokiem życia (57,9%) i w grupie 80–84 lata (47,4%). Na brak sprzętu jako barierę wskazuje 41,1% osób z wykształceniem zawodowym, nieco mniej ze średnim – 38,3%.

Przyczyną niekorzystania przez seniorów z internetu jest też lęk. Aż 18,3% badanych, częściej mężczyźni niż kobiety (21,4% do 16,6%), boi się korzystać z internetu. Lęk jest wyraźniejszy wśród najmłodszych seniorów 60–64 lata (21,9%) oraz w grupie 70–74 lata (25%), a najrzadziej wskazywany przez osoby między 75 a 79 rokiem życia (7,9%).

Silnym czynnikiem różnicującym powody niekorzystania z internetu jest poziom wykształcenia. Osoby z wykształceniem podstawowym najczęściej wskazują na brak potrzeby korzystania z internetu (72%) oraz brak umiejętności obsługi urządzeń cyfrowych (44%). W grupie seniorów z wykształceniem zawodowym największą

przeszkodą są: brak potrzeby (78,6%), w dalszej kolejności brak kompetencji (57,1%) i brak odpowiedniego sprzętu (41,1%). Seniorzy ze średnim wykształceniem częściej niż dwie poprzednie grupy mówią o braku potrzeby korzystania z sieci (81,9%), ale rzadziej wskazują na brak sprzętu (38,3%) i umiejętności (35,1%). Najwyższy odsetek osób deklarujących brak potrzeby występuje wśród badanych z wykształceniem wyższym, bo aż 96,6%. Natomiast najbardziej lękają się korzystać z sieci osoby z wykształceniem zawodowym (25%), a najmniej – z podstawowym (17%)

Podział według liczby osób w gospodarstwie domowym wskazuje natomiast, że największe ograniczenia mają osoby samotne. Aż 87,9% seniorów prowadzących jednoosobowe gospodarstwa domowe deklaruje brak potrzeby korzystania z sieci, 51,4% – brak kompetencji, a 44,9% – brak odpowiedniego sprzętu. W gospodarstwach dwu-, trzyosobowych najważniejszym powodem jest również brak potrzeby (82%), przy mniejszym znaczeniu problemów technicznych (28% – brak sprzętu, 33% – brak umiejętności). Osoby w gospodarstwach cztero-, pięcioosobowych relatywnie częściej niż inne grupy podkreślają brak umiejętności (44,4%), w największych gospodarstwach (powyżej pięciu osób) szczególnie widoczny jest natomiast brak sprzętu (50%) i brak kompetencji (50%), przy jednoczesnym najniższym odsetku osób deklarujących brak potrzeby (50%).

W porównaniu z badaniami z 2024 r. odsetek seniorów niekorzystających z internetu w roku 2025 jest dużo niższy. Rok temu wynosił on 15,1%, w tym roku – jedynie 7,8%, a zatem zmniejszył się o ponad 7 punktów procentowych. Natomiast podobnie w roku ubiegłym seniorzy jako główny powód niekorzystania z internetu wskazywali na czynnik psychologiczny¹¹ – brak potrzeby korzystania z internetu; w 2024 r. wynosił on 65,1%.

¹¹ Por. K. Gawrol, J. Stebila, *Seniorzy „niewykluczeni” cyfrowo*, „Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy” 2021, nr 2 (66), s. 94–95.

Trzeba poczynić jeszcze jedną uwagę: 92,2% seniorów deklaruje, że korzysta z internetu, natomiast 11,1% z nich na pytanie, jakie czynniki ograniczają ich ogólną aktywność, wymieniło „nieumiejętność korzystania z nowoczesnych technologii (brak sprzętu, brak umiejętności poruszania się w Internecie, nieznajomość obsługi aplikacji i komunikatorów itp.)”. Więcej takich odpowiedzi udzieliły kobiety (13,7%) niż mężczyźni (7,8%). Porównanie tych wyników sugeruje, że w przypadku części seniorów deklarowane kompetencje cyfrowe są w rzeczywistości zbyt niskie, by autonomicznie i swobodnie korzystać z internetu.

6. Kobiety chcą się uczyć internetu

Z naszych badań wynika, że jedynie nieco ponad $\frac{1}{5}$ (22,5%) osób niekorzystających z internetu, chciałyby się tego nauczyć, gdyby miała taką możliwość. Chęć nabycia kompetencji cyfrowych częściej zgłaszają kobiety (25%) niż mężczyźni (17%). Gdy chodzi natomiast o wiek, najwyższą motywację do nauki obsługi urządzeń cyfrowych deklarują osoby po 65 roku życia, między 65 a 69 rokiem życia (46,7%), czyli w przypadku mężczyzn po osiągnięciu wieku emerytalnego, a także w grupie 69–74 lata (41,7%). W gronie najmłodszych seniorów (60–64 lata) takie zainteresowanie wyraża natomiast 16,7% osób, a wśród najstarszych (85+) – tylko 11,8%. Najmniej zaś chętnych do nabycia cyfrowych umiejętności jest w wieku 75–79 lat – jedynie 5,9%.

W badaniach przeprowadzonych w 2024 r. z internetu, jak już wspomniano, nie korzystało 15,1% seniorów, i odpowiednio więcej było też zainteresowanych nabyciem kompetencji cyfrowych – 33,6%.

Z badań jakościowych przeprowadzonych w tym roku, a niedotyczących bezpośrednio adaptacji cyfrowej seniorów, możemy dowiedzieć się, że jedną z korzyści, jakie badani dostrzegają w kontaktach z dziećmi, wnukami czy prawnukami, jest uczenie się od nich obsługi urządzeń cyfrowych. Tak widzi to 64,4% respondentów, częściej kobiety (68%) niż mężczyźni (57,2%).

Na pewno dużo pomocy otrzymałam, ponieważ ja od niedawna się posługuję komputer[em]. Nie jestem, mówię, że biegła. Nauczyły mnie tego wnuki, się nie bać tego. Także nadal usiądę sobie czy obejrzyć, czy poczytać i tak dzięki wnukom. Oni chcieli mnie nauczyć

– mówi kobieta, 81 lat, z województwa podlaskiego (lp59_10_81_k_miesto).

Inna respondentka (lat 64) z miasta w Małopolsce, przyznała, że korzystania z Facebooka nauczyły ją wnuki:

(...) ja jestem otwarta na te wszystkie nowinki. No to do internetu. (...) Telefon to jeszcze ogarniam, natomiast ja nie wiedziałam, gdzie się wchodzi na Facebooka (lp30_6_64_k_miesto).

Sporadycznie seniorzy wspominają też w wywiadach o tym, że młodszy członkowie rodziny nauczyli ich bardziej konkretnych umiejętności technologicznych, takich jak płatności dokonywane przez internet czy używanie programu ChatGPT.

Jak mam problem komputerowy czy jakiś problem z komórką, no to zawsze takie młodej osoby się zadzwoni, wytłumaczy wszystko

– mówi mieszkanka miasta, lat 60 (lp83_14_60_k_miesto).

Podsumowanie

Nasze badania *Świat na miarę seniora 2025* wskazują na postępującą adaptację seniorów do transformacji cyfrowej. Dane pokazują zarówno wzrost posiadania przez osoby w wieku 60+ urządzeń cyfrowych, jak i wzrost użytkowników internetu. Właścicielami laptopów jest 81,5% seniorów, a smartfonów – 78%. Smartfony są najczęściej używanym przez seniorów urządzeniem cyfrowym, który daje im dostęp do internetu.

W ciągu roku od poprzednich naszych badań udział urządzeń cyfrowych – laptopów, smartfonów, tabletów, smartwaczy/smartbandów i czytników e-booków – w gospodarstwach domowych seniorów wzrósł od 5 do 10 punktów procentowych. Spadek nastąpił natomiast w posiadaniu komputerów stacjonarnych i telefonów komórkowych bez funkcji internetu. Wzrost posiadania przez seniorów urządzeń cyfrowych przekłada się na wzrost korzystania z internetu. Obecnie z sieci korzysta 92,2% osób powyżej 60 roku życia i jest to wzrost rok do roku aż o 7 punktów procentowych (wynosił 84,9%). Innym czynnikiem, który wpłynął na ten proces, jest zapewne fakt, że nowi seniorzy, z przypuszczalnie większą biegłością cyfrową, zasilili najmłodszą grupę seniorów (60–64 lata).

Polscy seniorzy w sferze cyfryzacji nie są grupą jednorodną. Przeciwnie, wyniki badania wyraźnie pokazują różnice w posiadaniu i w użytkowaniu przez seniorów urządzeń cyfrowych, a co za tym idzie – korzystania z sieci. Uzależnione jest to od takich zmiennych jak: wiek seniora, jego płeć, wykształcenie, w mniejszym stopniu liczba osób w gospodarstwie domowym.

Najwięcej właścicieli laptopów, smartfonów oraz tabletów jest wśród młodszych seniorów, w starszych grupach wiekowych liczba posiadanych urządzeń cyfrowych spada natomiast na rzecz telefonów komórkowych starszego typu, bez funkcji internetu. Więcej właścicieli komputerów i smartfonów jest wśród mężczyzn niż kobiet. Osoby lepiej wykształcone i żyjące w większych rodzinach są zdecydowanie lepiej wyposażone w urządzenia cyfrowe niż seniorzy z wykształceniem podstawowym i mieszkający w jednoosobowych gospodarstwach domowych.

Najwyższą aktywność cyfrową wykazują osoby najmłodsze, do 69 roku życia (ponad 95%), najmniejszą zaś osoby w wieku 85+ (60%). Luka cyfrowa dotyczy właśnie głównie najstarszych seniorów, w grupach wiekowych 80–84 lata i 85+. Bo chociaż większość seniorów w tych grupach wiekowych nadal jest aktywna cyfrowo, to jednak zmienia się częstotliwość ich obecności w sieci oraz preferencje urządzeń, z których korzystają. Część z najstarszych roczników seniorów

przestaje korzystać z internetu, co może wynikać zarówno z ograniczeń wieku, większej liczby chorób, a także mniejszym zainteresowaniem światem.

Ogólnie wśród seniorów bardziej aktywni cyfrowo są mężczyźni niż kobiety, którzy częściej i dłużej korzystają z urządzeń cyfrowych. Większość polskich seniorów (58%) spędza w sieci od 1 godziny do 3 godzin dziennie. Im wyższy jest poziom wykształcenia seniora, tym większe jest prawdopodobieństwo korzystania z internetu.

Z internetu w ogóle nie korzysta 7,8% polskich seniorów. Najczęściej wskazywany powód to brak potrzeby korzystania z sieci. Ma to charakter psychologiczny, podobnie jak wskazywany rzadziej lęk przed wejściem w świat wirtualny. Seniorzy wykluczeni cyfrowo jako przeszkody w korzystaniu z sieci wymieniają też brak kompetencji oraz brak sprzętu – ta ostatnia bariera jest wymieniana szczególnie w najstarszych grupach seniorów. Chęć nauki obsługi internetu deklaruje zaledwie ponad 20% seniorów, najczęściej kobiety i osoby w wieku 65–74 lata. Wraz ze wzrostem wieku motywacja do edukacji cyfrowej wyraźnie maleje.

Nasze badania potwierdzają postępującą adaptację polskich seniorów do transformacji cyfrowej. Przepaść pokoleniowa w dostępie do sieci maleje, niemniej proces ten wygląda różnie z uwagi przede wszystkim na wiek, płeć, ale też wykształcenie. Pewną lukę cyfrową widać w najstarszej grupie seniorów, powyżej 80 roku życia.

Wśród najważniejszych wyzwań w dziedzinie włączenia cyfrowego seniorów pozostają zatem dwa zadania. Po pierwsze, przełamywanie wśród seniorów uprzedzeń natury psychologicznej przed korzystaniem z internetu, wskazywanie na płynące z tego korzyści dla jakości ich życia, przy jednoczesnym uczeniu, jak skutecznie chronić swoje dane w sieci. Drugim ważnym zadaniem jest pogłębianie kompetencji cyfrowych seniorów szczególnie najstarszych. Szybki rozwój technologii informacyjno-komunikacyjnych wymaga nieustannego doksztalcania się, powoduje, że raz zdobyte umiejętności szybko stają się niewystarczające. Kierowanie do osób 60+, ze szczególnym ukierunkowaniem na seniorów powyżej 80 roku życia, dostosowanej

oferty edukacyjnej w dziedzinie cyfryzacji, umożliwi im korzystanie z szerokich możliwości, jakie daje internet. Zapobieganie wykluczeniu cyfrowemu ma dzisiaj coraz poważniejsze znaczenie – ratuje przed wykluczeniem ze sfery społecznej i instytucjonalnej. Dlatego pogłębianie kompetencji cyfrowych seniorów wydaje się obecnie jednym z najważniejszych zadań w zakresie polityki społecznej wobec seniorów.

Bibliografia

- CBOS, *Korzystanie z internetu w 2025 roku. Komunikat z badań nr 60/2025*, https://www.cbos.pl/PL/publikacje/raporty_tekst.php?id=704 (dostęp: 27.08.2025).
- Czaczkowska E., *Włączeni cyfrowo. Aktywność osób 60+ w internecie i mediach społecznościowych*, w: *Świat na miarę seniora. Jakość życia – relacje – aktywności*, red. E. Bojanowska, R. Czekalski, Warszawa 2024.
- Eurostat, *Digitalisation in Europe – 2025 Edition. Interactive Publications*, <https://ec.europa.eu/eurostat/web/interactive-publications/digitalisation-2025> (dostęp: 27.08.2025).
- Eurostat, *Digitalisation in Europe – 2023 Edition. Interactive Publications*, <https://ec.europa.eu/eurostat/web/interactive-publications/digitalisation-2023> (dostęp: 19.08.2025).
- Gajda J., *Media w edukacji*, Kraków 2010.
- Gawrol K, Stebila J., *Seniorzy „niewykluczeni” cyfrowo*, „Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy” 2021, nr 2 (66).
- Bieńkuńska A., Piasecki T. (red.), *Jakość życia, kapitał społeczny, ubóstwo i wykluczenie społeczne w Polsce*, Warszawa 2012.
- Jedlińska R., *Wykluczenie cyfrowe w Polsce na tle krajów Unii Europejskiej*, „Ekonomiczne Problemy Usług” 2018, t. 2, nr 2.
- Kawińska M., *Cyfrowi seniorzy – możliwości i bariery*, „Polityka Społeczna” 2024, t. 607, nr 2 (tematyczny).

MARTYNA KAWIŃSKA

Instytut Nauk Socjologicznych
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego

Konteksty rodzinne i sytuacja materialna seniorów w Polsce

Słowa kluczowe: seniorzy, rodzina, potrzeby, wydatki, wsparcie finansowe

Wprowadzenie

Człowiek zmienia się z wiekiem, zmieniają się jego potrzeby i doświadczane problemy, zmienia się nie tylko ciało, ale i dusza. Niestety w literaturze i przestrzeni publicznej występuje wiele negatywnych stereotypów dotyczących osób starszych i oceny ich sytuacji, co może prowadzić do uproszczenia rzeczywistości, a nawet błędnych i krzywdzących ocen. Należy pamiętać, że osoby starsze reprezentują bardzo zróżnicowaną grupę społeczną pod względem: płci, wieku, miejsca zamieszkania, poziomu wykształcenia, dochodów czy stanu zdrowia, dlatego należy postrzegać i badać tę grupę jako niehomogeniczną.

Niniejsze opracowanie jest próbą analizy wyników zrealizowanego badania z uwzględnieniem wybranych aspektów życia rodzinnego oraz sytuacji materialnej osób starszych. Celem przeprowadzonej analizy jest odpowiedź na pytania: z czym kojarzy się badanym starość, jakie są najważniejsze potrzeby i doświadczane problemy. W części dotyczącej sytuacji materialnej zwrócono uwagę na sytuację finansową gospodarstw osób starszych, sposoby gospodarowania dochodem, różnorodne wydatki, a także oszczędności i zadłużenia. Główne tezy przyjęte na potrzeby tego opracowania zakładają, że: problemy

i potrzeby ulegają modyfikacji wraz z wiekiem, występuje istotne zróżnicowanie seniorów pod względem płci, wieku, miejsca zamieszkania i wykształcenia oraz struktura wydatków gospodarstw domowych osób starszych będzie generować ocenę ich sytuacji materialnej.

Przedstawiona analiza jest rodzajem raportu z badań i została uzupełniona wybraną literaturą przedmiotu. Ma ona charakter empiryczny i poznawczy, ale nie wyczerpuje szerokiego spektrum podjętych zagadnień. Sprzyja natomiast określeniu tendencji i zmian generacyjnych w aspekcie wybranych zagadnień życia rodzinnego i sytuacji materialnej współczesnych seniorów.

1. Seniorzy w rodzinie – potrzeby, problemy i oczekiwania

Rodzina jest od lat przedmiotem rozważań teoretycznych i eksploracji badaczy różnych nauk. Współcześnie duże znaczenie przypisuje się w tych rozważaniach zmianom zachodzącym w rodzinie, a zwłaszcza w sposobie jej funkcjonowania, form życia, pełnionych ról czy zadań. To, co się nie zmienia w obszarze rodziny, to natomiast jej pozycja w hierarchii grup i instytucji społecznych, gdzie zajmuje niezmiennie podstawowe i najważniejsze miejsce w życiu człowieka. Jest z założenia pierwszym i najważniejszym środowiskiem socjalizacji, poprzez swoje oddziaływanie wpływa na funkcjonowania człowieka, ułatwia mu adaptację do zmieniających się warunków i daje poczucie bezpieczeństwa. Stanowi oparcie w sytuacjach trudnych, ułatwia zachowanie równowagi emocjonalnej oraz gwarantuje rozwój¹.

Zmiany zachodzące w rodzinie przyjęły kierunek nieodwracalny, polegający na oddalaniu się od modelu rodziny tradycyjnej na rzecz rodziny nowoczesnej. Obecnie przeważa model rodziny nieprodukcyjnej, kontrolującej urodzenia, w której role społecznie przypisane zamieniane są na role samodzielnie wybierane. Towarzyszy temu wzrost tolerancji wewnątrz rodziny przy zachowaniu różnic między

¹ Z. Tyszka, *Rodzina we współczesnym świecie*, Poznań 2003, s. 21.

pokoleniami. Osłabieniu podlegają tradycyjne normy i przypisane role na rzecz umacniania się interakcji emocjonalnej i ekspresji osobowości członków rodziny². Wynika to ze zmiany modelu i struktury rodziny, w tym przejścia od rodziny wielopokoleniowej zamieszkującej razem do rodziny małej, zamieszkującej samodzielnie i dodatkowo mobilnej przestrzennie. Do tego dochodzi społeczna izolacja, ograniczony kontakt z bliskimi, co przekłada się na obniżenie statusu i pozycji seniorów w rodzinie i społeczeństwie. Mamy więc do czynienia z pewną marginalizacją seniorów, brakiem poczucia bezpieczeństwa egzystencjonalnego, brakiem użyteczności, przynależności i identyfikacji ze środowiskiem³. Zmiany o charakterze cywilizacyjnym, społecznym, demograficznym, kulturowym czy ekonomicznym mają więc swoje konsekwencje w funkcjonowaniu osób starszych w rodzinie i społeczeństwie.

Pozycja seniorów w rodzinie i pełnione przez nich role zmieniają się ze względu na wzrost poziomu ich wykształcenia, dochody, większą świadomość praw, wyższe oczekiwania i aspiracje czy rodzaj więzi między członkami rodziny. Do powodów możemy także zaliczyć trudności w relacjach międzygeneracyjnych wynikające z rodzaju zamieszkiwania. Osoby starsze mieszkające razem z innymi członkami rodziny mogą doświadczać nieporozumień, braku cierpliwości, zrozumienia, tolerancji i szacunku. Seniorzy mieszkający samodzielnie (najczęściej w jednoosobowych gospodarstwach domowych) częściej natomiast są narażeni na samotność i brak wsparcia⁴. Sytuację seniorów w rodzinie i społeczeństwie determinują zarówno czynniki zewnętrzne, jak i wewnętrzne, które odpowiadają za kreację potrzeb i problemów doświadczanych przez osoby starsze.

² T. Szlendak, *Socjologia rodziny. Ewolucja, historia, zróżnicowanie*, Warszawa 2012, s. 366–368.

³ P. Błędowski, B. Szatur-Jaworska, Z. Szweda-Lewandowska, P. Kubicki, *Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce*, Warszawa 2012, s. 59.

⁴ E. Trafiałek, *Warunki integracji i ryzyka dyskryminacji ludzi starszych w rodzinie i środowisku lokalnym*, w: *O sytuacji ludzi starszych*, red. J. Hryniewicz, Warszawa 2012, s. 65.

Potrzeby odgrywają w życiu człowieka bardzo ważną rolę, a możliwość ich zaspokajania jest motywacją do podejmowania działań. Seniorzy również mają swoje potrzeby i prawo do ich zaspokajania. Mają także prawo oczekiwać, że zarówno rodzina, jak też społeczeństwo będą pomagać im w ich zaspokajaniu⁵. Potrzeby osób starszych nie różnią się znacząco od potrzeb młodszych generacji, ale zmieniają się ich ranga oraz intensywność odczuwania. Te potrzeby, które w poprzednich latach były ważne, mogą tracić na znaczeniu, a w ich miejsce mogą się pojawiać inne lub te wcześniej występujące nabierają większego znaczenia. Różne są także sposoby zaspokajania tej samej potrzeby oraz motywy działań na to ukierunkowanych. Stopień zaspokojenia potrzeby bądź jego brak wywołują natomiast różne reakcje⁶. Wraz z wiekiem zmniejsza się aktywność zawodowa człowieka na rzecz aktywności rodzinnej i społecznej, ale do tego potrzebne są zarówno przychylność rodziny, jak i pozytywne nastawienie społeczne. Osoby starsze są bardzo wrażliwe na przejawy akceptacji bądź jej braku, szczególnie mocno przeżywają brak szacunku i empatii zwłaszcza w kręgach osób najbliższych⁷.

Z drugiej strony bardzo ważne są także subiektywne odczucia seniorów dotyczące ich funkcjonowania w rodzinie i społeczeństwie. W badaniu w 2025 r. starość była identyfikowana przez badanych seniorów z perspektywy różnych doświadczeń. Niemniej w skojarzeniach związanych ze starością (zob. wykres 1) dominują dwa główne aspekty. Najważniejszy z nich to możliwość spędzania czasu z rodziną, co potwierdziło 38,3% badanych, przy czym ten odsetek jest najwyższy wśród najmłodszych (43% w grupie 60–64 lata) i stopniowo maleje wraz z wiekiem, osiągając 23,3% dla badanych 80+. Ta tendencja

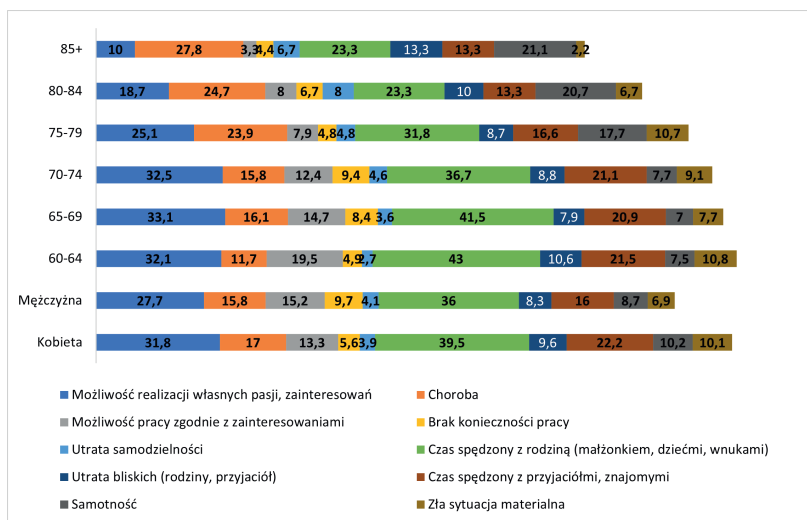
⁵ M. Strzelec, *Potrzeby osób w podeszłym wieku w nauczaniu Jana Pawła II*, w: *Dorośłość wobec starości. Oczekiwanie – radości – dylematy*, red. R. Konieczna-Woźniak, Poznań 2008, s. 179.

⁶ M. Kawińska, *Potrzeby seniorów w obszarze aktywności społecznej*, w: „Polityka Społeczna” 2022, t. 582, nr 9, s. 14.

⁷ R. Spyрка-Chlipała, *Uwarunkowania i struktura potrzeb życiowych seniorów*, w: „Roczniki Teologiczne” 2014, t. LXI, z. 1, s. 239.

wynika z naturalnego biegu życia, w którym młodszy seniorzy bardziej aktywnie realizują się w roli babci i dziadka. Mogą również być opiekunami dla swoich starzejących się rodziców. Wraz z wiekiem seniorzy z dawcy wsparcia stają się natomiast bardziej jego biorcami. Widoczne jest to szczególnie przy odczuwaniu samotności, które pogłębia się z wiekiem respondentów (7–7,7% w wieku 60–74, 17,7% w wieku 75–79, 20,7% w wieku 80–84 i 21,1% w wieku 85+).

Wykres 1. Skojarzenia badanych dotyczące obecnego etapu w życiu według płci i wieku (dane w %)



Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Drugi dominujący aspekt postrzegania obecnego etapu życia kojarzył się seniorom z możliwością realizacji własnych pasji i zainteresowań, co potwierdziło 30,4% badanych, przy czym robią to raczej młodszy seniorzy (ponad 32% wśród osób w wieku 60–69 lat, z wyraźnym spadkiem do zaledwie 10% w grupie 85+). Wraz z wiekiem obniża się sprawność fizyczna i psychiczna człowieka, narażając go

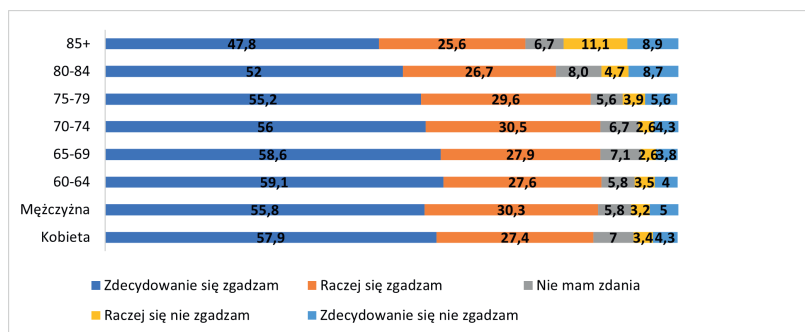
na utratę samodzielności, dlatego wszelkie przejawy aktywności są częściej podejmowane również przez młodszych seniorów. Możliwość realizacji pasji i zainteresowań była częściej zgłaszana przez kobiety niż przez mężczyzn (31,8% do 27,7%), co jest potwierdzeniem tezy, że aktywność w kręgach rodzinnych i społecznych jest bardziej doceniana przez seniorki. Mężczyźni natomiast częściej niż kobiety wykazywali zaciekawienie możliwością pracy zgodnie z zainteresowaniami (15,2% do 13,3%), przy czym zmniejszało się to sukcesywnie z wiekiem badanych. Trzecie najczęstsze skojarzenie związane z obecnym etapem życia dotyczyło czasu spędzanego z przyjaciółmi i znajomymi, co potwierdziło 22,2% seniorek i 16% seniorów. Możliwość realizacji tej aktywności zmniejsza się z wiekiem seniorów. Wynika z ograniczania kręgu znajomych na skutek pogarszającego się stanu zdrowia, a nawet śmierci. Na utratę bliskich (rodziny i znajomych) zwróciło uwagę od 7,9% do 13,3% w zależności od grupy wiekowej.

W starszych kategoriach wiekowych coraz częściej wskazywane są negatywne skojarzenia doświadczanego etapu życia, takie jak choroba (od 11,7% w najmłodszej grupie do 27,8% w najstarszej) czy utrata samodzielności, co widoczne jest szczególnie u osób w wieku 75 lat i więcej (4,8% w wieku 75–79, 6% w wieku 80–84 i 6,7% w wieku 85+). Stosunkowo rzadko wskazywano na złą sytuację materialną, ale jeśli ten problem był zgłaszany, to częściej dotyczył kobiet niż mężczyzn (10,1% wobec 6,9%) oraz młodszych seniorów. Ogólnie wraz z wiekiem postrzeganie starości coraz wyraźniej przesuwają się od akcentowania aktywności i samorealizacji ku doświadczeniom związanym z chorobą, samotnością oraz ograniczeniami funkcjonalnymi.

Znaczenie rodziny w życiu seniorów widoczne jest także w ich deklaracji dotyczącej możliwości otrzymania wsparcia (zob. wykres 2). Z udzielonych odpowiedzi wynika, że w zdecydowanej większości badani uważają, że mogą liczyć na wsparcie członków swojej rodziny – przekonanie to wyraża ponad 85% badanych, zarówno kobiet (85,8%), jak i mężczyzn (86,1%). W najmłodszych grupach wiekowych seniorów (60–64 lata oraz 65–69 lat) dominujący odsetek badanych jest przekonany, że może liczyć na pomoc rodziny (ponad 85% odpowiedzi

„zdecydowanie” lub „raczej się zgadzam”). Wraz z wiekiem dyskretnie obniża się to przekonanie – w grupie powyżej 80 lat odsetek ten wynosi już ok. 78,7%, a wśród najstarszych (85+) – 73,4%. Niemniej jednak świadomość wsparcia rodzinnego jest zdecydowanie wyższa niż możliwość uzyskania jej ze strony różnych instytucji publicznych – jedynie 27,3% wyraziło taką nadzieję, a aż 41,8% ją zanegowało.

Wykres 2. Możliwość otrzymania wsparcia przez członków rodziny w opinii badanych według płci i wieku (dane w %)

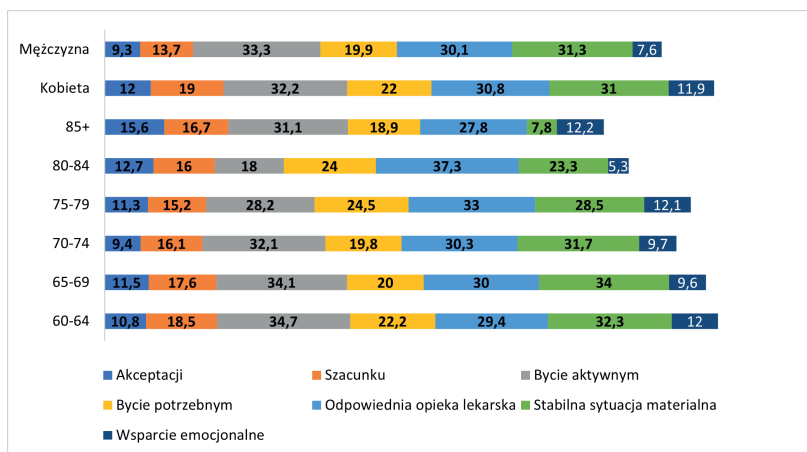


Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Życie rodzinne i społeczne było analizowane również w kategorii potrzeb seniorów (zob. wykres 3). Ogólnie dla większości seniorów najważniejsze są potrzeby związane z aktywnością, bezpieczeństwem finansowym i zdrowotnym oraz byciem potrzebnym w relacjach rodzinnych i społecznych. Wraz z wiekiem rosną zapotrzebowanie na opiekę lekarską, wsparcie emocjonalne i usługi opiekuńcze, a także znaczenie szacunku i akceptacji w codziennym funkcjonowaniu. Aktywność była najczęściej zgłaszaną potrzebą – wskazało ją 32,2% kobiet i tyle samo mężczyzn. Potrzeba ta zmniejsza się wraz z wiekiem, najczęściej ze względu na ograniczenia zdrowotne seniorów i ich możliwości. Stosunkowo często, bo aż 31,1%, zgłaszało potrzebę stabilnej sytuacji materialnej. Biorąc pod uwagę, że zdecydowana część seniorów otrzymuje stałe świadczenia emerytalne, to wydaje się, że

ich sytuacja materialna jest stabilna, ale może niekoniecznie satysfakcjonująca i tak należałoby tę potrzebę rozumieć. Ze względu na to, że respondenci to seniorzy, nie dziwi fakt, że zapotrzebowanie na odpowiednią opiekę lekarską zadeklarowało 30,6% badanych, co zwiększa się wraz z wiekiem.

Wykres 3. Wybrane potrzeby respondentów z podziałem na płeć i wiek (dane w %)



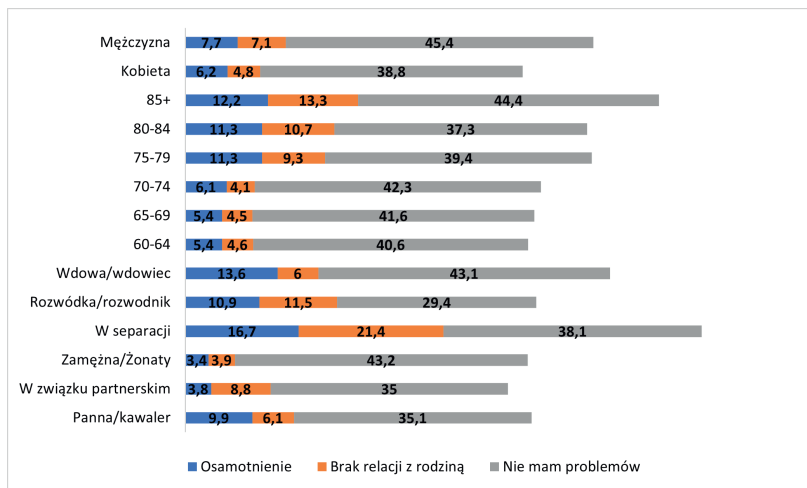
Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Chęć bycia potrzebnym zadeklarowało 22% kobiet i 19,9% mężczyzn, a wiek badanych istotnie różnicuje ich pod tym względem. Młodszy seniorzy do 74 roku życia są bardziej aktywni, spędzają więcej czasu z rodziną, znajomymi czy przyjaciółmi i pocucie, że jest się potrzebnym jest wśród nich stosunkowo wyższe niż u starszych seniorów (20% do 24%). Starsi seniorzy mają bardziej ograniczone kontakty z bliskimi i znajomymi, mają też różne ograniczenia, przez co dawanie siebie nie jest w pełni możliwe i ta potrzeba jest przez nich częściej zgłaszana. Równolegle dosyć często były zgłaszane potrzeby szacunku (17%) i akceptacji (11%). Kwestie okazywania szacunku były najbardziej istotne dla 19% kobiet i 18,5% respondentów wieku 60–64 lata.

Akceptacji potrzebuje natomiast 11% seniorów, z czego 15,6% to najstarsi seniorzy.

Ważnym aspektem oceny jakości życia rodzinnego jest identyfikacja głównych problemów doświadczanych przez osoby starsze (zob. wykres 4). Przy analizie życia rodzinnego szczególne znaczenie przypisuje się poczuciu osamotnienia i braku relacji z rodziną. Widoczne to jest zwłaszcza wśród osób po 75 roku życia, gdy odsetek wskazań wzrasta do ponad 10%. Równocześnie przy tej ocenie mamy wiele osób, które nie wskazują żadnych istotnych problemów w tym zakresie – stanowią one ponad 40% ogółu, a w grupie najstarszej (85+) – nawet 44,4%. Taka odpowiedź mogłaby być odzwierciedleniem subiektywnego zadowolenia, ale raczej wskazywałaby na obniżone oczekiwania, przyzwyczajenia do trudności lub ograniczonej świadomości możliwych rozwiązań.

Wykres 4. Wybrane problemy respondentów z podziałem na płeć, wiek i stan cywilny (dane w %)



Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Problem wynikający z osamotnienia najczęściej dotyczy najstarszych respondentów po 70 roku życia. Potwierdza to ponad 11% ogółu badanych. Wśród żyjących w pojedynkę, czyli będących w separacji oraz wdów i wdowców, częstość odpowiedzi była odpowiednio na poziomie 16,7% oraz 13,6%. Osamotnienie jest również nieco bardziej odczuwane przez mężczyzn niż kobiety (7,7% do 6,2%), co może wynikać z ich mniej aktywnego życia rodzinnego i społecznego. Brak relacji z rodziną najbardziej doskwiera natomiast najstarszym seniorom w wieku 85 lat i więcej, co potwierdziło 13,3% oraz 21,4% seniorów będących w separacji.

Problematyka osamotnienia została również podjęta w badaniach jakościowych, które wskazują na polaryzację tego stanu. U osób, które podejmują aktywności rodzinne i społeczne oraz mają wysoki poziom satysfakcji z życia, poczucie osamotnienia praktycznie nie występuje:

Nie, nie, nie, nie. Ja nie mam czasu. Po prostu nie mam czasu czuć się samotny (lp26_5_66_m_wieś).

Nie no, tego to raczej nie. To to raczej nie (lp60_10_70_m_wieś).

No nie, raczej nie. No przecież jest tu i mama, i mąż. Raczej nie. No, z dziećmi jest kontakt bez przerwy także (lp69_12_67_k_wieś).

No nie wiem. Nie, raczej nie. Raczej nie (lp70_12_70_m_wieś).

Najczęstszą formą kontaktów z rodziną są spotkania i rozmowy telefoniczne:

Nie, nie czuje się specjalnie osamotniona, bo, znaczy się, przyzwyczaiłam się do tego, jak tam coś potrzebuję. Znaczy moje dzieci mieszkają poza Poznaniem, więc też tam. Zresztą każdy młody teraz ma swoje, swój jakiś cykl życia i pracują więcej tego, więc. Ale jak coś potrzebuje, no to po prostu zadzwonię. No tam rozmawiam telefonicznie z nimi, no i dorosłe, to z nimi też mogę porozmawiać. Więc to już jest tak. Wie pani, jak coś potrzebuję, to po prostu dzwonię. Ale ponieważ, jak mówiłam,

ja się nie nudzę sama ze sobą, tam zawsze znajdę coś ciekawego do tego, więc w związku z tym nie czuję się osamotniona (lp87_15_74_k_miasto).

Na samotność mam lekarstwo. Jest to powiedzmy zainteresowanie, które posiadam. Bardzo lubię grać na instrumentach i to jest to, co wypełnia moje życie (lp99_16_60_k_wieś).

Większość seniorów zarówno ze wsi, jak i z miasta, nie wskazywała na poczucie osamotnienia. Ta deklaracja bardzo często wynikała z satysfakcji życiowej, posiadania rodziny, a zwłaszcza dzieci, wnuków oraz rodzeństwa. Szerokie spektrum analizy jakościowej pozwoliło również na ocenę relacji rodzinnej seniorów w tym więzi rodzinnej. W tym obszarze badani szczególną rolę przypisywali poszczególnym członkom:

Tak, siostry mam. Starsza jedna ode mnie, druga, trochę młodszą, tak że też kontaktuje się z nimi, spotykamy się. To są kontakty dosyć częste, to nie to, że są sporadyczne, raz na 5 lat to nie jest. Z synami swoimi, z wnukami to jest no tak, w tygodniu kilka razy. To nie ma tam nic z synowymi, a z resztą rodziny, siostra, siostry, brat, to są takie mówi w miesiącu przynajmniej raz, dwa razy widzimy się. Czy tam rozmawiamy telefonicznie kilka razy także. To są dosyć częste kontakty, to nie są jakieś tam. My jakoś tak nie wiem, no rodzice w nas zaszczepili, że jednak kontakt z najbliższymi powinien być jakiś. Tam jacyś cioteczni to raczej już nie, ale z najbliższą rodziną tak (lp60_10_70_m_wieś).

Teraz to tak z siostrą. No druga to za granicą, to jak przyjeżdża no to. Też utrzymujemy kontakt. No to tutaj z tą to tu już jesteśmy tak praktycznie na bieżąco i na telefonie, i w ogóle. Jedna pyta się o drugą, jak zdrowie, jak się czują, jak to (lp96_16_73_k_miasto).

Z wszystkimi dziećmi, z rodzeństwem, które posiadam, nawet z teściową. Dzwonimy, odwiedzamy się. Tak jak mówię, z rozmowy wynika, czy ktoś potrzebuje pomocy czy nie. I na tyle ile

mogę sama, bo też tak jak mówię, nie zawsze jestem mobilna czy dyspozycyjna i czy mogę jechać. No to wtedy jest tak, że to rodzina do mnie przyjeżdża. Wszystko zależy od sytuacji. Ale rozmawiamy tak i mamy kontakty przede wszystkim telefoniczny, czy to na WhatsAppie, czy na jakichś tam portalach społecznościowych. No różnie (lp99_16_60_k_wieś).

Mąż, syn, z rodzeństwem męża też, chociaż bardziej zdalnie, bo oni są dość daleko. Moje rodzeństwo mieszka znacznie bliżej, więc spotykamy się bardzo często w niedzielę. U jednej siostry albo u drugiej, obiady jemy (lp28_6_60_k_wieś).

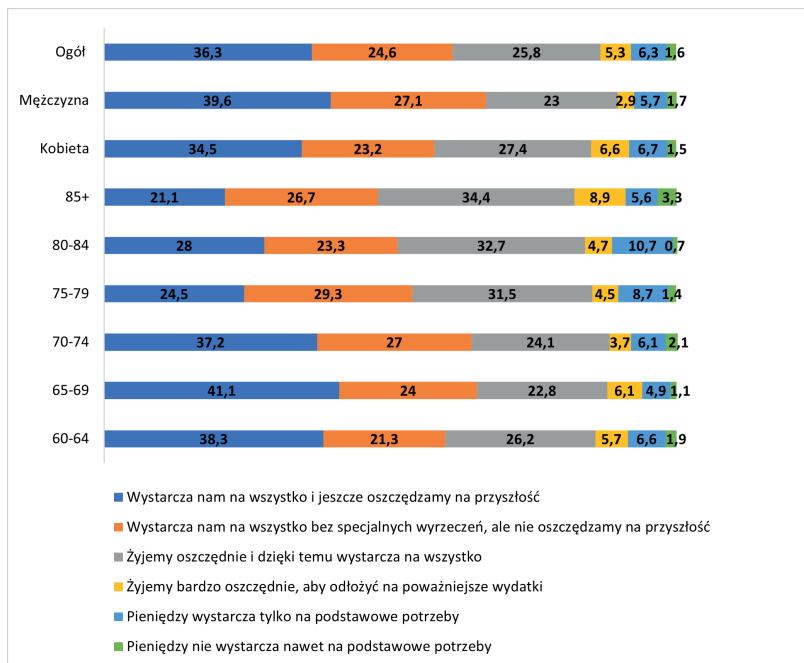
No mam dwie córki i z nimi, i z nimi, i z ich rodzinami. Z wnukami, tak że na kontakty z nimi nie narzekam (lp25_5_82_k_miasto).

Seniorzy najczęściej spotykają się ze swoimi dziećmi, wnukami i bliższą rodziną. Kontakty te mają najczęściej formę rozmowy telefonicznej oraz przez komunikatory internetowe, takie jak Messenger lub WhatsApp czy wideorozmowy. Gdy rodzina badanych mieszka w bliskiej okolicy, respondenci cenią sobie kontakty bezpośrednie i wspólnie spędzany czas.

2. Sytuacja materialna seniorów – ocena subiektywna

Sytuacja materialna gospodarstw domowych osób starszych w niniejszym badaniu była analizowana na podstawie ich dochodów oraz zasobów i obciążeń finansowych. Istotnym kryterium różniącym sytuację materialną seniorów jest z pewnością ich wiek, płeć, poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania czy liczba osób w gospodarstwie domowym. Te zmienne mają więc zastosowanie przy analizie uzyskanych wyników badania, przy czym osoby starsze najczęściej reprezentują gospodarstwa jedno- i dwuosobowe, dlatego tylko ta kategoria będzie prezentowana przy ocenie sytuacji gospodarstw domowych.

Jeśli chodzi o sposób gospodarowania dochodem (zob. wykres 5), to według 36,6% badanych wystarcza im na wszystko i jeszcze udaje się oszczędzać na przyszłość, przy czym częściej są to mężczyźni (39,6%) niż kobiety (34,5%). Wraz z wiekiem liczba osób, które mogą pozwolić sobie na takie bezpieczeństwo finansowe, zmniejsza się – wśród seniorów w wieku 60–64 lata odsetek ten wyniósł 38,3%, a w najstarszej grupie (85+) już tylko 21,1%. Równocześnie co czwarty senior (24,6%) deklaruwał, że wystarcza mu na wszystko, ale nie może sobie już pozwolić na oszczędności. Taki sposób zarządzania budżetem jest bardziej typowy dla mężczyzn (27,1%) niż kobiet (23,2%). $\frac{1}{4}$ seniorów żyje oszczędnie i dzięki temu wystarcza im na wszystko, na co wskazało 25,8% badanych, a poziom takich deklaracji zwiększa się z wiekiem badanych (34,4% wśród osób w wieku 85+). Zaledwie 5,3% badanych przyznało, że musi bardzo oszczędzać, aby odłożyć na większe wydatki, a 6,3% wskazało, że pieniędzy wystarcza tylko na podstawowe potrzeby. Najtrudniejsza sytuacja finansowa, w której brakuje środków nawet na najpilniejsze potrzeby, dotyczy 1,6% ogółu seniorów, ale w najstarszej grupie wiekowej ten odsetek rośnie do 3,3%. Sytuacja ta dotyczy zarówno kobiet (1,5%), jak i mężczyzn (1,7%).

Wykres 5. Sposoby gospodarowania dochodem respondentów zróżnicowanych według wieku i płci (dane w %)

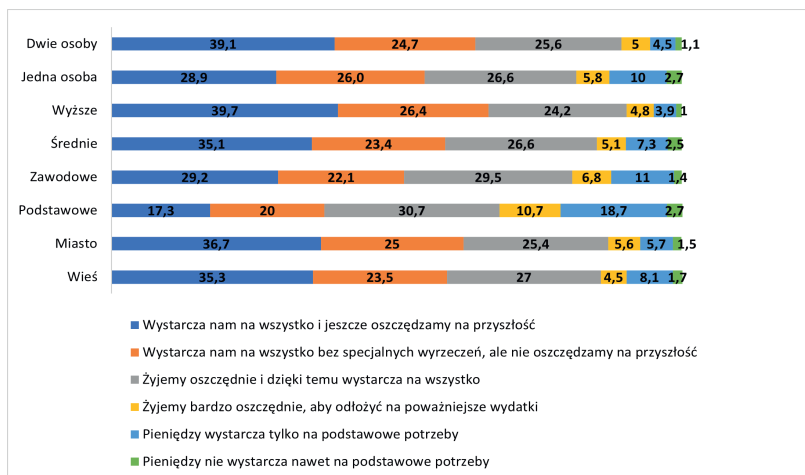
Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Sposób gospodarowania dochodem w gospodarstwach domowych seniorów jest silnie zróżnicowany w zależności od miejsca zamieszkania, poziomu wykształcenia oraz liczby osób w gospodarstwie (zob. wykres 6). Seniorzy zamieszkujący w mieście radzą sobie nieco lepiej z gospodarowaniem budżetem w porównaniu do tych zamieszkujących na wsi. Wynika to z możliwości zarówno zaspokajania wszystkich potrzeb i oszczędzania na przyszłość (rozkład odpowiedzi 36,7% do 35,3%), jak i zakupów praktycznie wszystkiego bez wyrzeczeń, ale bez możliwości oszczędzania (25% do 23,5%). Wśród seniorów zamieszkujących na wsi jest także większy odsetek tych, którym pieniędzy wystarcza tylko na podstawowe potrzeby (8,1% do 5,7%) oraz tych,

którzy nie mają wystarczających środków na zaspokojenie podstawowych potrzeb (1,7% do 1,5%).

Możliwość oszczędzania na przyszłość po zaspokojeniu wszystkich potrzeb zwiększa się wraz z poziomem wykształcenia. Wśród osób z wykształceniem podstawowym jedynie 17,3% uznaje, że wystarcza im na wszystko i mogą jeszcze oszczędzać na przyszłość, podczas gdy wśród osób z wyższym wykształceniem odsetek ten wynosi już 39,7%. Osobom posiadającym wykształcenie podstawowe znacznie częściej pieniędzy wystarcza jedynie na podstawowe potrzeby, co potwierdziło 18,7%, kiedy wśród osób z wyższym wykształceniem odsetek wynosił tylko 3,9%. Seniorzy z wykształceniem wyższym rzadziej też sygnalizują konieczność życia w sposób bardzo oszczędny, aby odłożyć na pilniejsze wydatki (4,8% wobec 10,7% z wykształceniem podstawowym). Wśród osób posiadających średnie i zawodowe wykształcenie sytuacja materialna w każdym sposobie gospodarowania budżetem jest lepsza niż wśród tych z podstawowym wykształceniem, ale gorsza niż z wyższym.

Wykres 6. Sposoby gospodarowania dochodem respondentów zróżnicowanych według wielkości gospodarstwa domowego, poziomu wykształcenia i miejsca zamieszkania (dane w %)

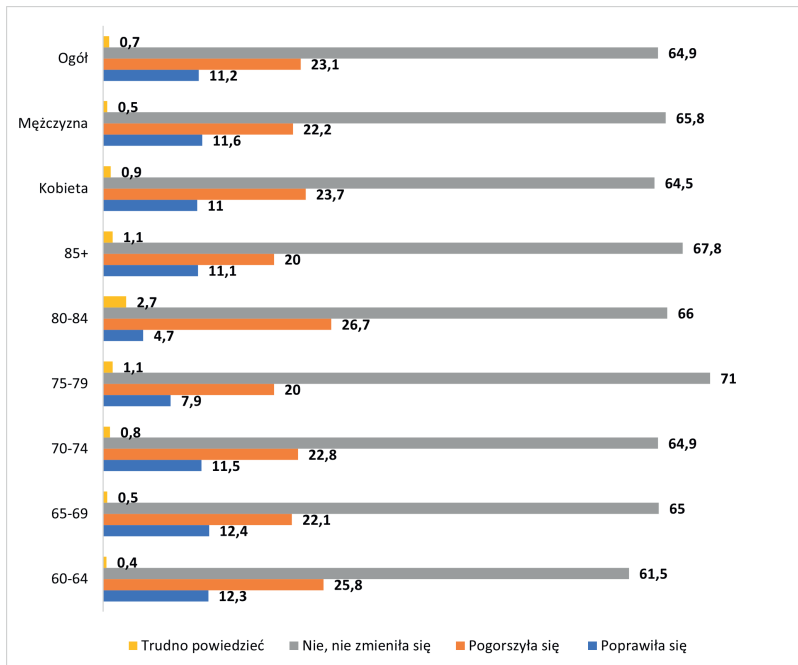


Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

W przypadku oceny sytuacji materialnej gospodarstw domowych seniorów warto także zwrócić uwagę na liczbę osób w gospodarstwie domowym. W tym celu porównane są gospodarstwa dwuosobowe i samotnych seniorów. Zdecydowanie lepiej zarządza się budżetem w gospodarstwach dwuosobowych, gdzie 39,1% może oszczędzać na przyszłość, a tylko 4,5% uznaje, że wystarczy pieniędzy jedynie na podstawowe potrzeby. W gospodarstwach jednoosobowych sytuacja ta jest już mniej korzystna – jedynie 28,9% może oszczędzać, 10% żyje wyłącznie na poziomie zaspokajania podstawowych potrzeb, 2,7% nie wystarczy zaś nawet na nie.

Przy ocenie sytuacji finansowej większość seniorów uznała, że obecnie nie odczuwa istotnych różnic w porównaniu z sytuacją sprzed roku – takiej odpowiedzi udzieliło 64,9% wszystkich badanych, w tym 64,5% kobiet oraz 65,8% mężczyzn (zob. wykres 7). To zdecydowane stanowisko prezentują zarówno młodszy, jak i starsi seniorzy, co potwierdza 61,5% osób w wieku 60–64 lata oraz 71% w wieku 70–74. Poprawa sytuacji finansowej była widoczna u 11,2% respondentów, przy czym najwyższy poziom takich deklaracji był wśród osób w wieku 60–64 lata (12,3%), a najniższy – wśród grupy wiekowej 80–84 (4,7%) i nieco bardziej zauważalny wśród mężczyzn niż kobiet (11,6% do 11%). Ta dyskretna różnica w poziomie deklaracji kobiet i mężczyzn może być konsekwencją nierówności dochodowych w poziomie wysokości świadczeń emerytalnych wynikających z wcześniejszych wynagrodzeń z tytułu pracy. Pogorszenie sytuacji materialnej odczuwa natomiast 23,1% badanych, tym razem częściej kobiet niż mężczyzn (23,7% do 22,2%), zarówno w grupie tych najmłodszych seniorów wieku 60–64 lata (25,8%), jak i najstarszych – 80–84 lata (26,7%). Można więc przyjąć, że zdecydowana większość seniorów ma stabilną sytuację materialną, ale dwukrotnie częściej sytuacja ta uległa pogorszeniu niż poprawie.

Wykres 7. Zmiana sytuacji finansowej respondentów zróżnicowanych według płci i wieku w porównaniu do sytuacji sprzed roku (dane w %)

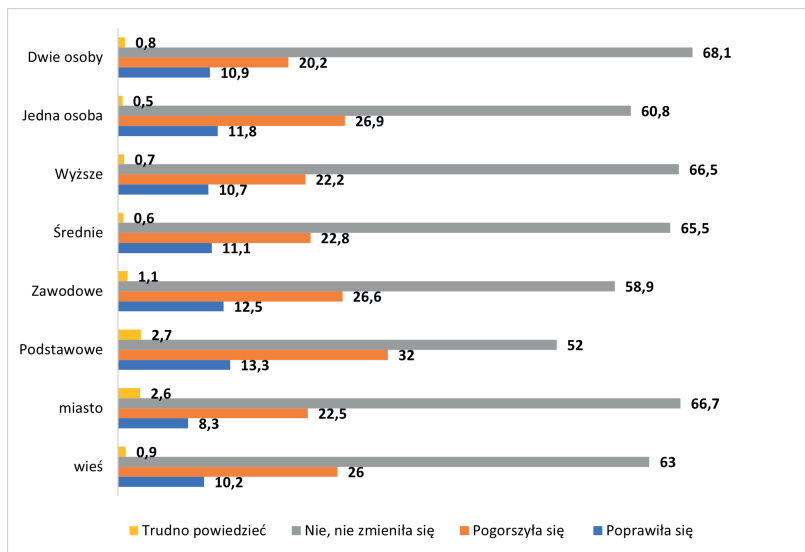


Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Analiza zmian sytuacji finansowej seniorów w porównaniu z rokiem wcześniejszym wskazuje, że dla większości mieszkających na wsi i w mieście nic się w tym względzie nie zmieniło (63% do 66,7%, zob. wykres 8). Jeśli już się pogorszyło, to częściej miało to miejsce wśród mieszkańców wsi – zwróciło na to uwagę 26% seniorów (dla porównania – 22,5% zamieszkujących w mieście). Poprawę sytuacji odczuło 10,2% osób mieszkających na wsi i 8,3% w mieście. Stabilną sytuację finansową wskazały osoby z wykształceniem średnim i wyższym (odpowiednio 65,5% i 66,5%), a także seniorzy z dwuosobowych gospodarstw domowych (68,1%). Pogorszenie sytuacji finansowej było natomiast najbardziej dotkliwe dla osób z wykształceniem podstawowym

(32%) oraz zamieszkujących samotnie (26,9% w porównaniu z 20,2% zamieszkujących we dwoje). Poprawę sytuacji finansowej wskazywano rzadziej i jeśli już, to najczęściej wśród osób z wykształceniem podstawowym (13,3%). Najmniej poprawę odczuwały osoby starsze z wykształceniem wyższym (10,7%). Wyniki utwierdzają nas w przekonaniu, że stabilność finansowa jest bardziej domeną osób lepiej wykształconych oraz zamieszkujących razem.

Wykres 8. Zmiana sytuacji finansowej respondentów zróżnicowanych według wielkości gospodarstwa domowego, poziomu wykształcenia i miejsca zamieszkania w porównaniu do sytuacji sprzed roku (dane w %)



Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Mając na uwadze, że w przypadku 11,2% badanych (336 osób) sytuacja finansowa uległa poprawie, warto było określić, co się według nich do tego przyczyniło (zob. tab. 1). Przy ocenie poprawy sytuacji finansowej najczęściej wskazywanym powodem była podwyżka wynagrodzenia, na co wskazało 31,5% respondentów, w tym częściej

mężczyzn (40,7%) niż kobiet (26,3%) i przede wszystkim w wieku 60–64 lata (43,2%). Znaczący wpływ na poprawę sytuacji materialnej seniorów miały również dodatkowe świadczenia emerytalne w postaci 13. i 14. emerytury (wskazało na to odpowiednio 25,6% oraz 19,6% badanych). Te świadczenia były bardziej odczuwane przez kobiety (30% – 13. emerytura, 22,1% – 14. emerytura) niż mężczyźn (17,9% i 15,4%). Uznanie dla tych świadczeń zwiększało się wraz z wiekiem badanych, osiągając najwyższą częstość 71,4% wśród seniorów w wieku 80–84 lata. Ostatnim znaczącym powodem poprawy sytuacji materialnej było dorabianie do emerytury/renty, do czego przyznało się 10,3% kobiet i 8,1% mężczyźn. Podjęcie tej aktywności było najbardziej popularne wśród seniorów w wieku 60–64 lata (16,8%). Z kolei dla 80–84 latków bardzo duże znaczenie miała pomoc finansowa od rodziny, na co wskazało aż 42,9% badanych.

Pozostałe powody, jak np. zasiłek z pomocy społecznej, świadczenia wyrównawcze, spadki czy spłata kredytu, były wskazywane sporadycznie. Także zmiana pracy na lepiej płatną była rzadkim powodem poprawy sytuacji finansowej (3%) i częściej dotyczyło to kobiet (4,7%) niż mężczyźn (0%) oraz – jeśli już – to młodszych seniorów. Poprawa sytuacji finansowej seniorów, jeżeli ma miejsce, to najczęściej wynika z regularnych lub dodatkowych świadczeń emerytalnych, podwyżek wynagrodzeń oraz – w młodszych grupach – z podejmowania dodatkowej pracy. Wraz z wiekiem zmniejsza się zaangażowanie w aktywność zawodową i uzyskiwanie możliwości zdobycia dodatkowego wynagrodzenia.

**Tabela 1. Wybrane powody poprawy sytuacji finansowej respondentów
zróżnicowanych według płci i wieku (dane w %)**

Powód poprawy sytuacji finansowej	Ogół	Kobieta	Mężczy- zna	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+
Dostałem/ dostałam podwyżkę wynagrodzenia	31,5	26,3	40,7	43,2	29	27,8	28,6	0	10
Zmieniłem/ zmieniłam pracę na lepiej płatną	3	4,7	0	5,3	16	4,2	0	0	0
Dostałem/dostałam 13. emeryturę	25,6	30	17,9	14,7	21	36,1	35,7	71,4	50
Dostałem/dostałam 14. emeryturę	19,6	22,1	15,4	11,6	19,4	26,4	25	28,6	30
Zacząłem/zaczęłam dorabiać do wynagrodzenia	5,1	3,8	7,3	8,4	6,5	1,4	0	0	0
Zwiększyłem/ zwiększyłam liczbę godzin pracy	2,4	1,9	3,3	0	3,2	2,8	7,1	0	0
Zacząłem/zaczęłam dorabiać do emerytury/renty	9,5	10,3	8,1	16,8	7,3	9,7	0	0	0
Rozpocząłem/ rozpoczęłam prowadzenie działalności gospodarczej	0,3	0	0,8	0	0,8	0	0	0	0
Dostałem/dostałam zasiłek/zasiłki z pomocy społecznej	0,6	0,9	0	0	0	0	7,1	0	0
Dostałem/dostałam świadczenie wyrównawcze	2,7	2,3	3,3	0	0,8	5,6	7,1	14,3	10
Otrzymałem/ otrzymałam spadek	1,5	2,3	0	0	2,4	2,8	0	0	0
Dostałem/dostałam pomoc finansową od rodziny	3	4,7	0	2,1	0,8	2,8	3,6	42,9	10
Nie wspieram już finansowo rodziny	1,8	1,9	1,6	2,1	0,8	4,2	0	0	0

Powód poprawy sytuacji finansowej	Ogół	Kobieta	Mężczyzna	60–64	65–69	70–74	75–79	80–84	85+
Splaciłem/ splaciłam kredyt lub pożyczkę i nie muszę już płacić rat	5,4	6,1	4,1	0	8,1	6,9	10,7	0	0

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=336, opracowanie własne.

Miejsce zamieszkania (zob. tab. 2) okazało się istotnym czynnikiem przy określaniu powodów poprawy sytuacji finansowej seniorów. Z podwyżki wynagrodzenia częściej cieszyli się seniorzy zamieszkujący na wsi (39%) niż w mieście (31,3%). Oni również mocniej odczuli wartość 13. i 14. emerytury (24,4% i 14,6% do 15,6% i 9,4% dla mieszkających w mieście), częściej cieszyli się ze spłaty kredytu (8,5% do 3,1%) i otrzymanego spadku (1,2%). Z kolei dorabianie do wynagrodzenia i do emerytury częściej miało miejsce wśród seniorów miejskich (12,5% i 6,3% do 8,5% i 4,9% seniorów wiejskich). Jeśli chodzi o poziom wykształcenia i powody poprawy sytuacji materialnej to dodatkowe świadczenia emerytalne były najczęściej wskazywane przez seniorów z wykształceniem podstawowym (13. emerytura – 50%, 14. – 20%), podczas gdy w grupie z wykształceniem wyższym odsetki te były niższe (odpowiednio 21,9% i 17,5%). Dorabianie do emerytury/renty lub wynagrodzenia najczęściej deklarowali seniorzy z wyższym wykształceniem (12,5%) oraz seniorzy zamieszkujący w dwuosobowym gospodarstwie domowym (12,9%). Podwyżki wynagrodzeń były częściej odczuwane przez osoby z wykształceniem wyższym (39,4%) i średnim (27,4%), podczas gdy wśród osób z wykształceniem podstawowym odsetek ten wyniósł 20%. Pomoc finansowa od rodziny, jeśli była otrzymywana, to miała miejsce wśród seniorów z wykształceniem wyższym (3,8%) i samotnie zamieszkujących (6,5%). Spadek i świadczenie wyrównawcze otrzymały w zdecydowanej większości osoby z wykształceniem podstawowym (20%) oraz zawodowym (4,5%), wśród osób z wykształceniem wyższym nie odnotowano natomiast takich przypadków. Spłaty kredytu najczęściej dokonali seniorzy z wyższym wykształceniem (6,9%) i zamieszkujący wspólnie (6,4%).

Tabela 2. Wybrane powody poprawy sytuacji finansowej respondentów zróżnicowanych według wielkości gospodarstwa domowego, poziomu wykształcenia i miejsca zamieszkania (dane w %)

Powód poprawy sytuacji finansowej	Miejsce zamieszkania		Wykształcenie				Wielkość gospodarstwa domowego	
	Wieś	Miasto	Podstawowe	Zawodowe	Średnie	Wyższe	Jedna osoba	Dwie osoby
Dostałem/dostałam podwyżkę wynagrodzenia	39	31,3	20	15,9	27,4	39,4	25,9	30,4
Zmieniłem/zmieniłam pracę na lepiej płatną	2,4	6,3	0	2,3	5,1	1,9	3,7	2,3
Dostałem/dostałam 13. emeryturę	24,4	15,6	50	31,8	27,4	21,9	28,7	27,5
Dostałem/dostałam 14. emeryturę	14,6	9,4	20	25	21,4	17,5	22,2	17,5
Zacząłem/zaczęłam dorabiać do wynagrodzenia	4,9	6,3	0	4,5	6,8	4,4	5,6	4,7
Zwiększyłem/zmieniłam liczbę godzin pracy	2,4	0	0	4,5	0,9	3,1	1,9	3,5
Zacząłem/zaczęłam dorabiać do emerytury/renty	8,5	12,5	0	6,8	6,8	12,5	4,6	12,9
Dostałem/dostałam świadczenie wyrównawcze	2,4	3,1	20	2,3	4,3	0,6	5,6	1,8
Otrzymałem/otrzymałam spadek	1,2	0	29	4,5	0,9	0	0	2,3
Dostałem/dostałam pomoc finansową od rodziny	0	0	0	2,3	2,6	3,8	6,5	1,2
Nie wspieram już finansowo rodziny	2,4	0	0	0	1,7	2,5	3,7	1,2
Splaciłem/splaciłam kredyt lub pożyczkę i nie muszę już płacić rat	8,5	3,1	0	4,5	3,4	6,9	2,8	6,4

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=336, opracowanie własne.

Skoro 23,1% badanych (n=693) oceniło, że ich sytuacja finansowa pogorszyła się, to postanowiono także zdiagnozować owe przyczyny (zob. tab. 3). Analiza powodów pogorszenia sytuacji finansowej seniorów wskazuje, że dla zdecydowanej części badanych znacząco wzrosły

ogólne wydatki (48,3%). Częściej dostrzegały to kobiety (49,5%) niż mężczyźni (46%) oraz najstarsi seniorzy reprezentujący grupy 75–79 lat i 80–84 lata (odpowiednio 60,6% i 62,5%). Pogorszenie sytuacji finansowej odczuwane jest także szczególnie dotkliwie w momencie przejścia na emeryturę/rentę, kiedy to wynagrodzenie z tytułu pracy zastępowane jest o wiele niższym świadczeniem emerytalnym/rentowym. Tej sytuacji doświadczyło 19,7% badanych, w tym najczęściej były to osoby w wieku 60–64 lata (37,5%) i zdecydowanie częściej kobiety niż mężczyźni (odpowiednio 24% i 11,5%). Przy określaniu czynników odpowiedzialnych za pogorszenie sytuacji finansowej, umiarkowane znaczenie miała utrata pracy oraz zmniejszenie liczby godzin pracy (odpowiednio 4% i 2,4%) i częściej dotyczy to młodszych grup wiekowych. Niewielki odsetek wskazał na ograniczenia wynikające z problemów zdrowotnych (3%), konieczność spłacania kredytów lub pożyczek (3,3%) oraz wsparcie finansowe udzielane rodzinie (2,6%).

Tabela 3. Wybrane powody pogorszenia sytuacji finansowej respondentów zróżnicowanych według płci i wieku (dane w %)

Powody pogorszenia sytuacji finansowej	Ogółem	Płeć		Grupa wiekowa					
		Kobieta	Mężczyzna	60–64	65–69	70–74	75–79	80–84	85+
Straciłem/straciłam pracę	4	5,2	1,7	6	5,4	2,1	1,4	0	0
Straciłem/straciłam dodatkową pracę	1,2	0,7	2,1	0	0,9	2,8	1,4	2,5	0
Zmniejszyłem/zmniejszyłam liczbę godzin pracy	2,4	1,7	3,8	4	1,4	4,2	0	0	0
Przeszedłem/poszłam na emeryturę/rentę	19,7	24	11,5	37,5	16,7	14,7	5,6	0	0
Nie mogę pracować z powodu stanu zdrowia	3	3,3	2,6	3	3,2	3,5	2,8	2,5	0

Powody pogorszenia sytuacji finansowej	Ogółem	Płeć		Grupa wiekowa					
		Kobieta	Mężczyzna	60–64	65–69	70–74	75–79	80–84	85+
Nie mogę pracować, bo opiekuję się współmałżonkiem/partnerem	0,9	0,9	0,9	2,5	0,5	0	1,4	0	0
Dostaję mniejszą pomoc od rodziny	0,7	0,7	0,9	0	0,9	0,7	1,4	2,5	0
Wspieram finansowo rodzinę	2,6	2,6	2,6	0,1	3,2	4,2	1,4	0	11,1
Płacę raty kredytu/pożyczki	3,3	3,1	3,8	3,5	4,1	4,2	1,4	0	0
Znacząco wzrosły moje wydatki	48,3	45,9	46	36,5	47,7	55,9	60,6	62,5	44,1

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=693, opracowanie własne.

Znaczący wzrost wydatków był bardziej odczuwalny wśród seniorów zamieszkujących w mieście (51,7%) niż na wsi (44,5%, zob. tab. 4). Seniorzy miejscy częściej również spłacali raty kredytu/pożyczki (4,6% do 3,3%) bądź rezygnowali z pracy na rzecz opieki nad starszymi bliskimi (2,3% do 1,9%). Natomiast seniorzy zamieszkujący na wsi byli bardziej narażeni na stratę pracy (3,8% do 2,3%), oni również bardziej odczuli przejście na emeryturę/rentę (26,8% do 14,9%), co może być wynikiem różnic w wysokości świadczeń wypłacanych z KRUS i ZUS.

Utrata pracy była dotkliwie odczuwana przez seniorów samotnie gospodarujących niż żyjących we dwoje (odpowiednio 7,3% i 1,9%) oraz osoby z wykształceniem wyższym (5,7%).

Ogólne wydatki najbardziej wzrosły wśród respondentów z wykształceniem średnim (52,1%), gdzie w pozostałych kategoriach wiekowych odsetek ten oscylował wokół 45–48%. Drugim istotnym powodem pogorszenia sytuacji było przejście na emeryturę lub rentę. Częściej deklarowały to osoby z wykształceniem zawodowym (26,6%) i podstawowym (20,8%) niż z wyższym (16,9%). W ujęciu wielkości gospodarstw domowych bardziej widoczne było to w dwuosobowych

gospodarstwach (20,6%), podczas gdy w gospodarstwach jednoosobowych poziom deklaracji wyniósł 17%. Na problemy zdrowotne jako powód niemożności wykonywania pracy wskazywali częściej seniorzy mieszkający na wsi (5,7%) niż w mieście (2,3%) oraz z wykształceniem zawodowym (5,3%) i podstawowym (4,2%) niż osoby z wyższym (1,8%). Spłaty kredytów lub pożyczek były najczęściej wskazywane przez seniorów z wykształceniem zawodowym (5,3%) i średnim (3,8%). Wspieranie finansowe rodziny było czynnikiem charakterystycznym dla osób z wykształceniem wyższym (4,5%), a brak pracy z powodu obowiązków opiekuńczych (opieka nad współmałżonkiem, rodzicami, wnukami) częściej wskazywały osoby z wykształceniem zawodowym (3,2%) i średnim (1,3%).

Tabela 4. Wybrane powody pogorszenia sytuacji finansowej respondentów zróżnicowanych według wielkości gospodarstwa domowego, poziomu wykształcenia i miejsca zamieszkania (dane w %)

Powód pogorszenia sytuacji finansowej	Miejsce zamieszkania		Wykształcenie				Wielkość gospodarstwa domowego	
	Wieś	Miasto	Podstawowe	Zawodowe	Średnie	Wyższe	Jedna osoba	Dwie osoby
Straciłem/straciłam pracę	3,8	2,3	0	1,1	3,3	5,7	7,3	1,9
Straciłem/straciłam dodatkową pracę	1,4	1,1	0	1,1	1,7	0,9	0,4	1,3
Zmniejszyłem/zmniejszyłam liczbę godzin pracy	1,4	4,6	0	1,1	2,9	2,7	2,8	2,2
Przeszedłem/przeszłam na emeryturę/rentę	26,8	14,9	20,8	26,6	21,3	16,9	17	20,6
Nie mogę pracować z powodu stanu zdrowia	5,7	2,3	4,2	5,3	3,8	1,8	2,4	4,1
Nie mogę pracować, bo opiekuję się współmałżonkiem/partnerem	1,9	1,6	0	3,2	0,8	0,3	0	1,3

Powód pogorszenia sytuacji finansowej	Miejsce zamieszkania		Wykształcenie				Wielkość gospodarstwa domowego	
	Wieś	Miasto	Podstawowe	Zawodowe	Średnie	Wyższe	Jedna osoba	Dwie osoby
Nie mogę pracować, bo opiekuje się rodzicem/ teściem/rodzicami/teściami	1,9	2,3	0	3,2	0,4	1,2	0,4	1,6
Płacę raty kredytu/pożyczki	3,3	4,6	0	5,3	3,8	2,7	2,4	2,8
Znacząco wzrosły moje wydatki	44,5	51,7	45,8	47,9	52,1	45,3	46,2	50

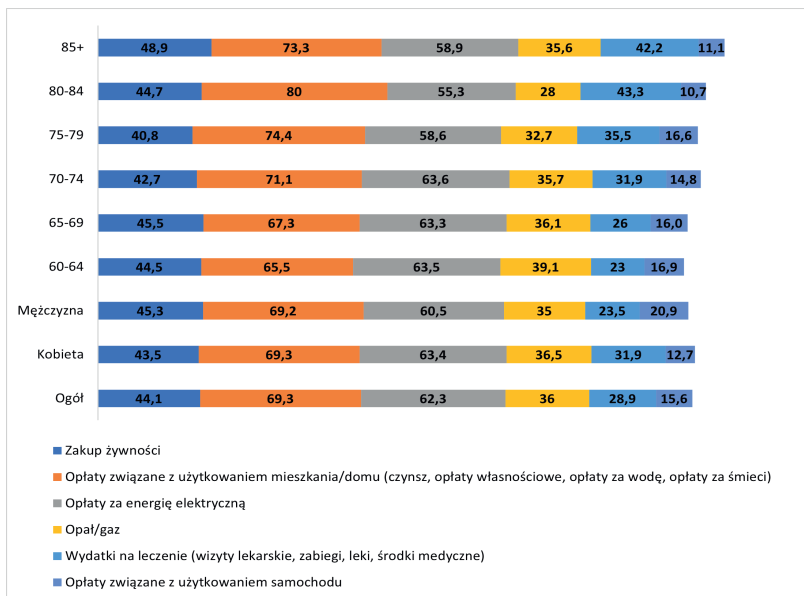
Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=693, opracowanie własne.

Kolejny aspekt w analizie finansowej gospodarstw domowych osób starszych dotyczył stałych wydatków stanowiących największe obciążenie w budżecie (zob. wykres 9). To pytanie było skierowane do tych seniorów, których sytuacja finansowa nie zmieniła się bądź trudno było im to stwierdzić (przy tej ocenie wskazywano trzy najważniejsze odpowiedzi). Tu zdecydowanie dominują opłaty związane z użytkowaniem mieszkania lub domu, obejmujące: czynsz, opłaty własnościowe, rachunki za wodę czy wywóz śmieci, na co wskazało niemal 70% respondentów, ale w najstarszych grupach wiekowych (80–84 oraz 85+) odsetek ten przekracza nawet 73–80%. Ten wydatek był identyfikowany praktycznie w takim samym stopniu przez kobiety i przez mężczyzn (różnica 0,1 punktu procentowego). Bardzo dużym obciążeniem są również opłaty za energię elektryczną, które zgłasza ponad 60% osób, tym razem nieco częściej wśród kobiet niż mężczyzn (63,4% do 60,5%).

Kolejną znaczącą dla badanych kategorią wydatków są zakupy żywności, co potwierdziło 44,1% badanych, a w najstarszej grupie wiekowej prawie co drugi badany (48,9%). Koszty opału i gazu to poważne obciążenie dla 36% ogółu, ale najwyższy odsetek notowany jest wśród osób w wieku 60–64 lata (39,1%) – stopniowo maleje w starszych

grupach wiekowych. Wydatki na leczenie, a zwłaszcza za wizyty lekarskie, zabiegi, leki i środki medyczne, deklaruje 28,9% badanych, ale dla kobiet jest to bardziej odczuwalne niż dla mężczyzn (31,9% do 23,5%). Wydatki te zwiększają się także z wiekiem seniorów, co wynika z pogarszającego się stanu zdrowia i zwiększonym zapotrzebowaniem na leczenie. Wydatki związane z użytkowaniem samochodu dotyczą 15,6% badanych, w tym 20,9% mężczyzn i 12,7% kobiet. Koszt zmniejsza się wraz z wiekiem badanych, będąc naturalną konsekwencją rezygnacji z użytkowania pojazdów w starszym wieku. Spłata zadłużenia, rat kredytów i pożyczek to natomiast obciążenie głównie dla młodszych seniorów w wieku 60–64 lata (8,1%), nie dotyczy on jednak praktycznie wcale najstarszych seniorów. Dla nich z kolei zwiększa się zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze i na taki koszt wskazało 4,4% seniorów w wieku 85 lat i więcej.

Wykres 9. Główne stałe wydatki będące największym obciążeniem dla respondentów zróżnicowanych według płci i wieku (dane w %)

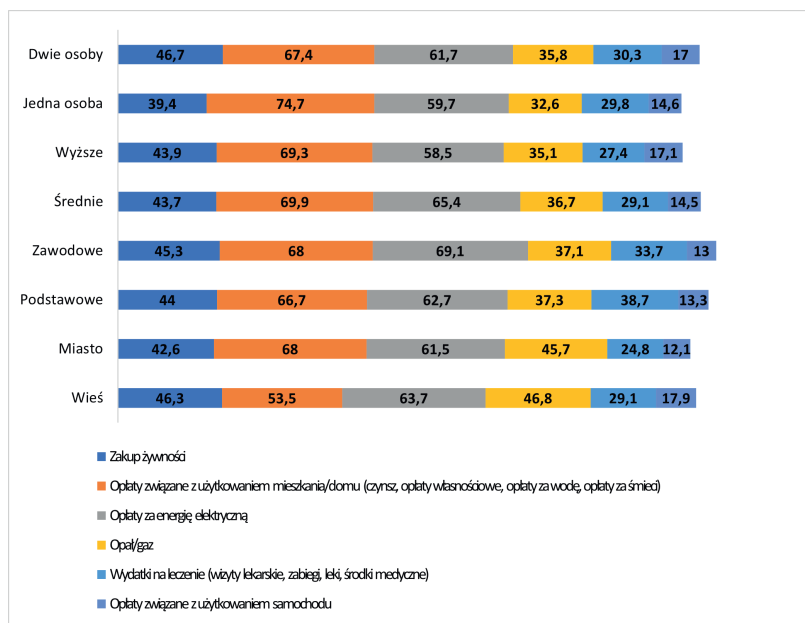


Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=2601, opracowanie własne.

Analizując strukturę stałych wydatków seniorów (zob. wykres 10), widzimy, że największe obciążenie związane z użytkowaniem mieszkania jest wyższe wśród mieszkańców miasta (68%) niż wsi (53,5%). Koszt ten stanowi porównywalne obciążenie bez względu na poziom wykształcenia, ale jest bardziej dotkliwych dla zamieszkujących samodzielnie (74,7%) w porównaniu do tych zamieszkujących we dwoje (67,4%). Na drugim miejscu pod względem stałych kosztów znajdują się opłaty za energię elektryczną, co było szczególnie podkreślane przez mieszkańców wsi (63,7%) oraz seniorów z wykształceniem zawodowym (69,1%) – dla porównania na ten wydatek wskazało 58,5% badanych z wykształceniem wyższym. Jeśli chodzi o wydatki na zakup żywności, to najwyższy odsetek wskazań pochodzi od mieszkańców wsi (46,3%)

oraz seniorów żyjących w dwuosobowych gospodarstwach (46,7%). Wydatki na leczenie relatywnie częściej zgłaszają osoby z wykształceniem podstawowym (38,7%) niż wyższym (27,4%), co może wynikać z ich gorszego stanu zdrowia lub bardziej odczuwalnego obciążenia budżetu przy korzystaniu z prywatnych świadczeń. Koszty użytkowania samochodu są z kolei częściej zgłaszane przez mieszkańców wsi (17,9%) niż miasta (12,1%) oraz posiadających wykształcenie wyższe (17,1%) i zamieszkujących wspólnie (17%).

Wykres 10. Główne stałe wydatki będące największym obciążeniem dla respondentów zróżnicowanych według wielkości gospodarstwa domowego, poziomu wykształcenia i miejsca zamieszkania (dane w %)



Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=2601, opracowanie własne.

Jak wynika z analizy budżetów gospodarstw domowych, 68% seniorów ($n=2040$) po zaspokojeniu wszystkich potrzeb może dalej dysponować pieniędzmi. Celowe więc wydawało się pytanie, na co przeznaczają oni tzw. wolne środki (zob. wykres 11). Okazało się, że najczęstszym celem wydatkowania są podróże i wycieczki, co zadeklarowało aż 43% badanych, przy czym odsetek ten wyraźnie zmniejsza się wraz z wiekiem: od ponad połowy respondentów w wieku 60–64 lata (51,8%) do zaledwie 4,1% wśród najstarszych badanych (85+). Podróże i wycieczki są nieco częściej domeną kobiet (43,8%) niż mężczyzn (41,7%). Kolejna grupa badanych wolne środki przeznacza na oszczędności (37,4%), które są nieco bardziej powszechne wśród mężczyzn niż kobiet (38,7% do 36,7%). Ponad ¼ badanych (26,2%) chętnie korzysta z rozrywek kulturalnych i edukacyjnych. Oferta ta odpowiada przede wszystkim na potrzeby najmłodszych seniorów w wieku 60–64 lata, co zadeklarowało 31,3% badanych, ale traci na znaczeniu w starszych grupach, osiągając zaledwie 5,5% uznań dla osób w wieku 85 lat i więcej. W aktywnościach kulturalnych i edukacyjnych częściej uczestniczą kobiety niż mężczyźni (rozkład odpowiedzi 28,2% do 22,7%).

W dalszej kolejności badani przeznaczali swoje wolne środki na pomoc rodzinie (23,9%) i prawie tyle samo na realizację własnych zainteresowań (22%). Prawie co piąty badany (18,7%) wydawał wolne środki na prywatną opiekę lekarską i na ten cel środki częściej przeznaczają kobiety (21,6% do 13,7% mężczyzn) oraz osoby w starszych grupach wiekowych.

Kobiety także chętniej niż mężczyźni wydają pieniądze na życie towarzyskie, kawiarnię (18,2% do 16%). Udział wydatków na podniesienie standardu mieszkania, podobnie jak na podróże czy rozrywkę, wyraźnie maleje wraz z wiekiem – z 24,3% w grupie 60–64 lata do 6,8% w grupie 85+. W dalszej kolejności deklarowane są wydatki na usługi kosmetyczne, które ponownie są bardziej domeną kobiet (19,7%) niż mężczyzn (4,6%). Usługi rehabilitacyjne, sanatoria oraz lepsze wyżywienie są finansowane przez 10–13% seniorów i w każdym przypadku częściej przez kobiety.

Wykres 11. Wybrane cele, na które respondenci przeznaczają wolne środki – zróżnicowanie według płci i wieku (dane w %)



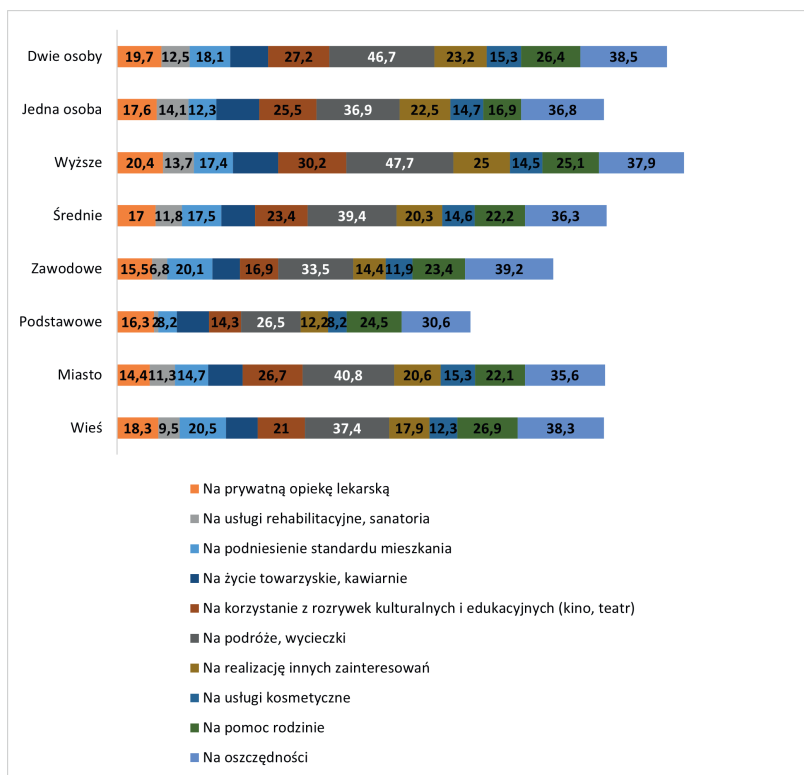
Źródło: Badanie *Świat na miarę seniora 2025*, n=2040, opracowanie własne.

Analiza wydatków seniorów z wolnych środków wskazuje na różnice w celach ich przeznaczania ze względu na: miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia i wielkość gospodarstwa domowego (zob. wykres 12). Seniorzy zamieszkujący w mieście podróżują nieco częściej niż ci zamieszkujący na wsi (40,8% do 37,4%), korzystają z usług kulturalnych i edukacyjnych (26,7% do 21%) czy realizują inne zainteresowania. Mieszkańcy wsi są natomiast bardziej oszczędni niż seniorzy

w mieście (38,3% do 35,6%), więcej wydają na pomoc rodzinie (26,9% do 22,1%), częściej inwestują w podnoszenie standardu mieszkania (20,5% do 14,7%) oraz częściej korzystają z prywatnej opieki medycznej (18,3% do 14,4%).

Uwzględniając poziom wykształcenia seniorów, to najbardziej swobodne w przeznaczaniu wolnych środków są osoby z wykształceniem wyższym, co jest wynikiem ich stosunkowo najlepszej sytuacji materialnej. Prawie co drugi badany podróżuje i jeździ na wycieczki (47,7%), co czwarty realizuje własne zainteresowania (25%), a inni korzystają z oferty kulturalnej i edukacyjnej (30,2%). Oszczędzanie jest najczęściej deklarowane przez osoby z wykształceniem zawodowym (39,2%), one też chętnie inwestują w podniesienie standardu mieszkania (20,1%). Z drugiej strony osoby z wykształceniem podstawowym i zawodowym częściej wskazują, że po uregulowaniu opłat nie zostają im żadne dodatkowe środki (10,2% i 9%). Skłonność do podróży zmniejsza się wraz z poziomem wykształcenia, wśród seniorów posiadających wykształcenie podstawowe deklaracje tej aktywności wyniosły 26,5%. Chętniej również podróżują seniorzy zamieszkujący w dwuosobowych gospodarstwach (46,7%) niż samotni (36,9%). W gospodarstwach jednoosobowych częściej wolne środki przeznaczane były na usługi rehabilitacyjne i sanatoria (14,1%), co może wynikać z konieczności samodzielnego dbania o zdrowie. Równocześnie osoby te nie stronią od życia towarzyskiego i spotkań w kawiarniach (19,1% do 16,8%), co może być uznane za sposób przeciwdziałania samotności.

Wykres 12. Wybrane cele, na które respondenci przeznaczają wolne środki – z podziałem na wielkość gospodarstwa domowego, poziom wykształcenia i miejsca zamieszkania (dane w %)

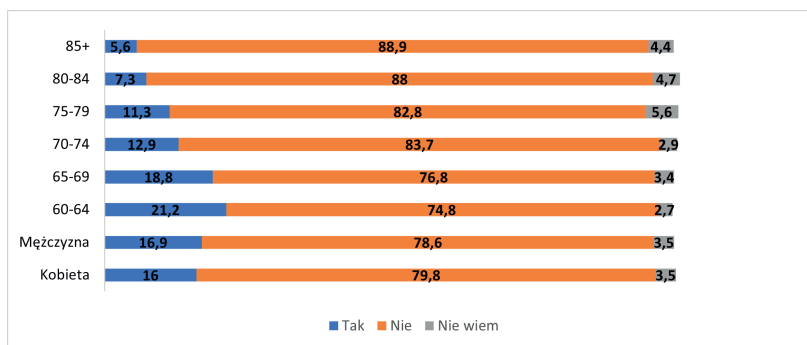


Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=2040, opracowanie własne.

Ostatnia część poświęcona sytuacji materialnej seniorów dotyczyła pytania o zadłużenie ich gospodarstw domowych (zob. wykres 13). Okazuje się, że seniorzy raczej stronią od pożyczek i kredytów, gdyż jedynie 16,3% respondentów zadeklarowało posiadanie zobowiązań finansowych. Nieco częściej dotyczyło ono młodszych seniorów (21,2% w grupie 60–64 lata i 18,8% w grupie 65–69 lat), z wiekiem odsetek

zadłużonych natomiast wyraźnie maleje i w najstarszej grupie (85+) wynosi zaledwie 5,6%. Różnice między zadłużeniem kobiet i mężczyzn są nieznaczne – odsetek zadłużonych w obu grupach płciowych oscyluje wokół częstości ogółu. Zdecydowana większość seniorów (79,4%) nie posiada żadnych zobowiązań finansowych, a w przypadku najstarszych seniorów w wieku 85 lat i więcej poziom tej deklaracji wyniósł 88,9%. Seniorzy są również bardzo świadomi swoich zobowiązań finansowych, jedynie 3,5% nie potrafiło określić swojej sytuacji w tym zakresie.

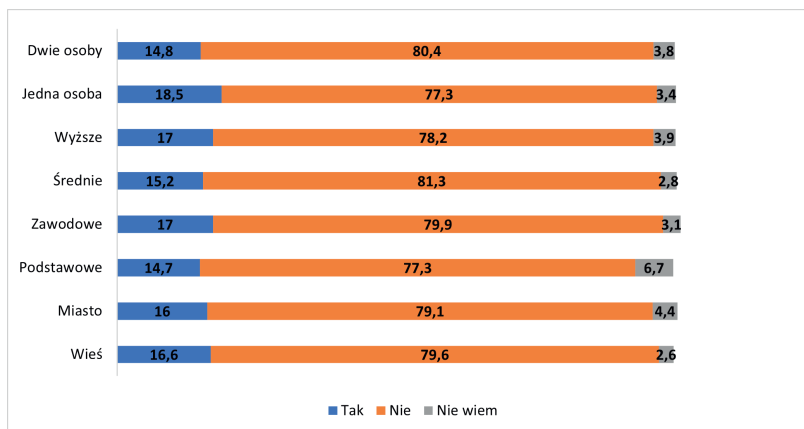
Wykres 13. Zadłużenie respondentów zróżnicowanych według płci i wieku (dane w %)



Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Kwestia zadłużenia nie różnicuje istotnie seniorów pod względem miejsca zamieszkania, a częstość w obu kategoriach jest zbliżona do wartości ogólnej (zob. wykres 14). Nieco gorsza sytuacja jest w przypadku gospodarstw jednoosobowych (18,5% do 14,8%), co może wynikać z mniejszego strumienia dochodu niż w gospodarstwach dwuosobowych. W odniesieniu do poziomu wykształcenia, skale zadłużenia są zbliżone – odsetek zadłużonych waha się między 14,7% (wykształcenie podstawowe) a 17% (zawodowe i wyższe). Relatywnie najmniejszą niepewność („nie wiem”) deklaruują osoby z wykształceniem średnim (2,8%), a największą – z podstawowym (6,7%).

Wykres 14. Zadłużenie respondentów zróżnicowanych według wielkości gospodarstwa domowego, poziomu wykształcenia i miejsca zamieszkania (dane w %)



Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Podsumowanie

Przeprowadzona analiza wybranych aspektów życia rodzinnego osób starszych i ich sytuacji materialnej wskazuje na pewnego rodzaju zależności. Mianowicie łatwiej się żyje i gospodaruje wspólnym budżetem, co przekłada się z jednej strony na możliwość zaspokajania potrzeb, ale także na jakość relacji w rodzinie. Oczywiście wraz z wiekiem obserwujemy zmniejszanie aktywności i samorealizacji ku doświadczeniom związanym z chorobą, samotnością oraz ograniczeniami funkcjonalnymi. Ale na jakość starzenia się będzie oddziaływać zarówno kapitał edukacyjny kształtowany poziomem wykształcenia, jak i życiem rodzinnym. Wyższe wykształcenie i życie w gospodarstwie wieloosobowym ułatwiają patrzeć na starość z perspektywy aktywności, relacji i realizacji zainteresowań, podczas gdy brak tych zasobów wiąże się częściej z doświadczeniem choroby, samotności i trudności

materialnych. Wśród najważniejszych potrzeb seniorzy wymieniają te związane z aktywnością, bezpieczeństwem finansowym i zdrowotnym oraz byciem potrzebnym w relacjach rodzinnych i społecznych.

Z kolei sytuacja materialna seniorów w ogólnej ocenie wydaje się raczej stabilna i w większości nie pogorszyła się od poprzedniego roku. Stabilność jest bardziej identyfikowana przez starszych seniorów, na stałe zależnych od świadczeń emerytalnych/rentowych. Młodszy seniorzy często wykazują jeszcze różne formy aktywności zawodowej, utrzymując możliwość pozyskiwania różnych strumieni finansowania, przez co też zmiany w budżecie domowym są przez nich bardziej odczuwalne. Sposób gospodarowania budżetem domowym wskazuje, że najlepszą sytuację materialną mają seniorzy zamieszkujący w mieście, w gospodarstwach dwuosobowych i posiadający wykształcenie wyższe. Osoby z wykształceniem podstawowym, zamieszkujące na wsi i żyjące samotnie gorzej radzą sobie z zabezpieczaniem potrzeb.

Można więc przyjąć, że poprawa sytuacji finansowej seniorów wynika w dużej mierze z transferów publicznych (świadczeń emerytalnych), natomiast w grupach lepiej wykształconych większą rolę odgrywają czynniki związane z aktywnością zawodową i zarobkami. Jeśli udzielane jest wsparcie od bliskich, to najczęściej osobom samotnym i z wykształceniem wyższym. Wzrost kosztów życia odczuwany jest przez wszystkich badanych i szczególnie dotkliwe są koszty utrzymania mieszkania oraz energii i ogrzewania. Z wiekiem zmienia się natomiast struktura wydatków – zwiększa się udział środków przeznaczanych na zdrowie i oszczędności, a zmniejsza na podróże, kulturę i poprawę jakości życia. Seniorzy z wyższym wykształceniem i żyjący w mniejszych gospodarstwach częściej inwestują wolne środki w rozwój osobisty, kulturę i podróże, natomiast osoby mniej wykształcone i żyjące samotnie częściej przeznaczają je na podstawowe potrzeby zdrowotne lub w ogóle nie mają takich możliwości. Na podkreślenie zasługuje również fakt, że zdecydowana większość seniorów nie posiada żadnych zobowiązań kredytowych czy pożyczkowych, gospodarując wyłącznie z dochodu własnego.

Bibliografia

- Błędowski P., Szatur-Jaworska B., Szweda-Lewandowska Z., Kubicki P., *Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce*, Warszawa 2012.
- Kawińska M., *Potrzeby seniorów w obszarze aktywności społecznej*, w: „Polityka Społeczna” 2022, t. 582, nr 9.
- Spyrka-Chlipała R., *Uwarunkowania i struktura potrzeb życiowych seniorów*, w: „Roczniki Teologiczne” 2014, t. LXI, z. 1.
- Strzelec M., *Potrzeby osób w podeszłym wieku w nauczaniu Jana Pawła II*, w: *Dorosłość wobec starości. Oczekiwania – radości – dylematy*, red. R. Konieczna-Woźniak, Poznań 2008.
- Szlendak T., *Socjologia rodziny. Ewolucja, historia, zróżnicowanie*, Warszawa 2012.
- Trafiałek E., *Warunki integracji i ryzyka dyskryminacji ludzi starszych w rodzinie i środowisku lokalnym*, w: *O sytuacji ludzi starszych*, red. J. Hryniewicz, Warszawa 2012.
- Tyska Z., *Rodzina we współczesnym świecie*, Poznań 2003.

MAREK BEDNARSKI

Instytut Pracy i Spraw Socjalnych

IZABELA MARCINKOWSKA

Instytut Pracy i Spraw Socjalnych

Łączenie ról zawodowych i opiekuńczych przez osoby starsze w Polsce. Wyzwania dla polityki senioralnej

Słowa kluczowe: seniorzy, praca zawodowa, opieka nieformalna, godzenie ról zawodowej i opiekuńczej, polityka senioralna państwa

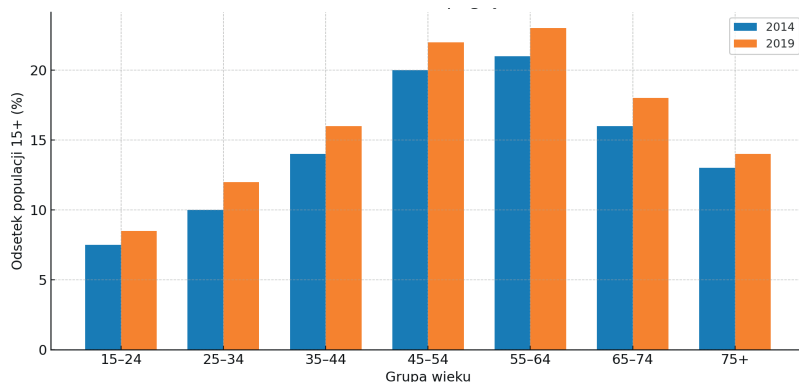
Wprowadzenie

Łączenie aktywności zawodowej z opieką nieformalną nad osobami starszymi lub wymagającymi długoterminowego wsparcia jest w państwach Unii Europejskiej zjawiskiem powszechnym. Dane z Europejskiego Badania Zdrowia (EHIS) wskazują, że w roku 2019 ok. 17% dorosłych w UE-27 deklarowało świadczenie opieki co najmniej raz w tygodniu, przy typowym zróżnicowaniu między krajami w przedziale 12–18%¹. Po rozszerzeniu definicji na wszystkie formy nieodpłatnej opieki, w tym opiekę nad dziećmi, odsetek osób deklaruujących czynności opiekuńcze sięga ok. 1/3 dorosłej populacji. Porównanie

¹ Ecorys, *Study on Exploring the Incidence and Costs of Informal Long-term Care in the EU*, https://www.infocop.es/pdf/long-term.pdf?utm_ (dostęp: 6.11.2025)

wyników EHIS z lat 2014 i 2019 sugeruje wzrost rozpowszechnienia cotygodniowej opieki w badanym okresie, co jest spójne z trendami starzenia się populacji i rosnącego zapotrzebowania na wsparcie opiekuńcze (zob. wykres 1)².

Wykres 1. Opieka nieformalna co najmniej raz w tygodniu z podziałem na wiek i rok – 2014 versus 2019 (dane w %)



Źródło: EHIS, 2014, 2019.

Najwyższy odsetek osób świadczących opiekę nieformalną występuje w grupie 55–64 lata (23%); kolejne pozycje zajmują osoby w wieku 45–54 lata (22%) oraz osoby w wieku 65–74 lata (18%). Analiza wyników EHIS wskazuje ponadto, że we wszystkich grupach wiekowych obserwuje się wzrost odsetka osób udzielających wsparcia co najmniej raz w tygodniu (zob. wykres 1).

Wśród osób zaangażowanych w opiekę nieformalną w Europie przeciętny tygodniowy nakład czasu wynosi ok. 29–30 godzin,

² Eurostat, *European Health Interview Survey (EHIS)*, <https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-health-interview-survey> (dostęp: 6.11.2025).

przy czym w ostatniej dekadzie (2014–2024) obserwuje się tendencję wzrostową, wskazującą na coraz większą intensywność świadczenia wsparcia³.

Obciążenie związane z opieką nieformalną cechuje się znaczną nierównomiernością. Dane z European Social Survey (ESS 2014, moduł specjalny o opiece) analizowane przez Verbakel i in. wskazują, że większość opiekunów angażuje się w pomoc okazjonalną – poniżej 10 godzin tygodniowo, głównie w formie wsparcia domowego czy towarzyskiego⁴. Podobne wnioski przynoszą analizy oparte na European Health Interview Survey (EHIS 2014, 2019), gdzie wykazano, że odsetek osób poświęcających mniej niż 10 godzin tygodniowo na opiekę nad osobą starszą lub niesamodzielną stanowi ponad połowę wszystkich opiekunów⁵. Jednocześnie znacząca grupa, szacowana na 10–15%, świadczy intensywną opiekę w wymiarze ponad 40 godzin tygodniowo, co odpowiada pełnoetatowemu obciążeniu i najczęściej dotyczy kobiet w średnim i starszym wieku⁶. Dane te potwierdzają istnienie wyraźnej nierównomierności w podziale zadań opiekuńczych – od kilku godzin wsparcia tygodniowo po niemal całkowite poświęcenie życia zawodowego i prywatnego opiece.

³ Eurofound, *Unpaid Care in EU*, https://www.eurofound.europa.eu/en/publications/2025/unpaid-care-eu?utm_ (dostęp: 6.11.2025).

⁴ E. Verbakel, S. Tamlagsrønning, L. Winstone i in., *Informal Care in Europe: Findings from the European Social Survey (2014 special module)*, "European Journal of Public Health" 2017, nr 27, s. 90–95, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28355645/> (dostęp: 6.11.2025)

⁵ Ecorys, *Study on Exploring the Incidence and Costs of Informal Long-term Care in the EU*, https://www.infocop.es/pdf/long-term.pdf?utm_ (dostęp: 6.11.2025)

⁶ F. Colombo, A. Llana-Nozal, J. Mercier, F. Tjadens, *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, Paris 2011, https://www.oecd.org/en/publications/help-wanted_9789264097759-en.html (dostęp: 6.11.2025)

Najbardziej intensywnie zaangażowani są współmałżonkowie oraz kobiety w wieku 50–64 lata, które często łączą opiekę nad starszymi rodzicami, partnerem lub wnukami z aktywnością zawodową⁷.

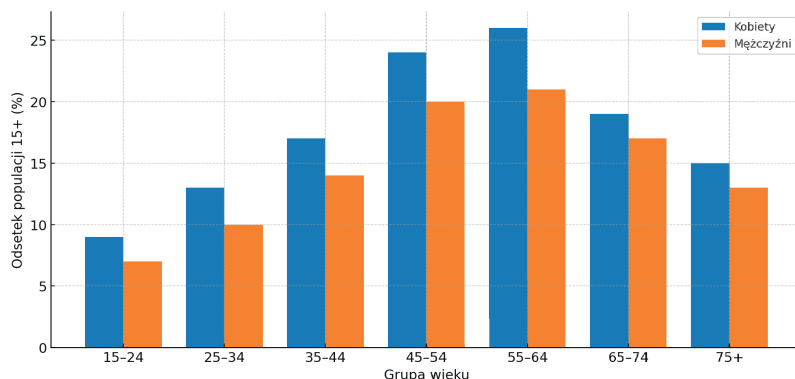
Zakres czynności wykonywanych przez opiekunów jest szeroki. Obejmuje zarówno podstawowe czynności opiekuńcze (karmienie, higiena osobista, ubieranie, pomoc w poruszaniu się), jak i wsparcie instrumentalne (prowadzenie gospodarstwa domowego, zakupy, sprząatanie, przygotowanie posiłków), a także pomoc medyczną i pielęgnacyjną (podawanie leków, wizyty lekarskie, kontrola terapii). W wielu przypadkach opieka oznacza również towarzyszenie i wsparcie emocjonalne, co zwiększa całkowity ciężar obowiązków⁸.

Najsilniej w obowiązki opiekuńcze zaangażowane są osoby w wieku późno-produkcyjnym, zwłaszcza kobiety między 45 a 64 rokiem życia. W grupie 55–64 lata odsetek kobiet świadczących opiekę co najmniej raz w tygodniu sięga ok. 26%, podczas gdy wśród mężczyzn wynosi ok. 21%. Podobny wzorec widoczny jest w grupie 45–54 lata, gdzie różnica między płciami wynosi ok. 4–5 punktów procentowych (kobiety – ok. 24%, mężczyźni – ok. 20%). W młodszych i najstarszych grupach wiekowych natężenie obowiązków opiekuńczych jest niższe, jednak we wszystkich przedziałach kobiety pozostają bardziej obciążone tymi zadaniami niż mężczyźni (zob. wykres 2).

⁷ Eurofound, *Unpaid Care in EU*, https://www.eurofound.europa.eu/en/publications/2025/unpaid-care-eu?utm_ (dostęp: 6.11.2025); M. Riedel, M. Kraus, *Informal Care Provision in Europe: Regulation and Profiles of Providers*, Enepri Research Report No 96, https://www.researchgate.net/publication/265536923_Informal_care_provision_in_Europe_regulation_and_profile_of_providers_ENEPRI_Research_Report_No_96_November_2011 (dostęp: 6.11.2025).

⁸ F. Colombo, A. Llena-Nozal, J. Mercier, F. Tjadens, dz. cyt.; Eurocarers, *The Gender Dimension of Informal Care*, Brussels 2024, <https://eurocarers.org/wp-content/uploads/2024/09/Eurocarers-Gender-dimension-of-infomal-care.pdf> (dostęp: 6.11.2025).

Wykres 2. Odsetek osób świadczących opiekę co najmniej raz w tygodniu z podziałem na wiek i płeć (2019)



Źródło: EHIS, 2014, 2019, wskaźnik *Informal Carers Providing Care at Least Once a Week by Age and Sex*.

Wysoka intensywność opieki i ograniczony dostęp do usług formalnych przekładają się na trudności w łączeniu opieki z pracą: redukcję godzin, częstsze urlopy/nieobecności, czasem wyjście z rynku pracy, zwłaszcza u kobiet 45–64. Istniejące badania dokumentują negatywny wpływ opieki na partycypację zawodową i dochody opiekunów oraz pogorszenie dobrostanu (stres, przeciążenie, wypalenie opiekuńcze), szczególnie przy opiece powyżej 20 godzin tygodniowo i współzamieszkanu z podopiecznym⁹. Pełnienie opieki nad dorosłym krewnym istotnie obniża partycypację na rynku pracy; w jednym z nowszych ujęć efekt szacowano na 14 punktów procentowych w zakresie uczestnictwa w sile roboczej¹⁰. Skala i kierunek wpływu są silnie zależne

⁹ M. Wieczorek, *Assessing Policy Challenges and Strategies in Long-term Care: The Case of Informal Carers*, https://cris.maastrichtuniversity.nl/files/77321504/Wieczorek_2021_Assessing_policy_challenges_and_strategies.pdf (dostęp: 6.11.2025).

¹⁰ I.W. Kolodziej, A.R. Reichert, H. Schmitz, *New Evidence on Employment Effects of Informal Care Provision in Europe*, „Health Service Research” 2018, nr 53(4), s. 2027–2046, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29473156/> (dostęp: 6.11.2025).

od intensywności opieki, współzamieszkania z podopiecznym oraz jakości lokalnych usług¹¹.

Riedel i in. podkreślają, że to właśnie w okresie późnego wieku produkcyjnego obowiązki opiekuńcze w największym stopniu uniemożliwiają pełne zaangażowanie zawodowe, prowadząc do wcześniejszego wycofania z rynku pracy¹². Konsekwencją tego procesu jest nie tylko niższy bieżący dochód, lecz także pogorszenie perspektyw emerytalnych kobiet, co w długiej perspektywie wzmacnia nierówności między płciami.

W Polsce łączenie pracy zawodowej z opieką nieformalną jest szczególnie popularne, po pierwsze ze względu na relatywnie niski poziom formalnych usług opieki oraz po drugie ze względu na silną zależność od wsparcia rodzinnego. Polska należy do krajów o najniższym poziomie wydatków na opiekę długoterminową w Unii Europejskiej – w 2019 r. wydatki publiczne na ten cel stanowiły 7% wszystkich wydatków zdrowotnych, podczas gdy średnia unijna wynosiła ok. 16%¹³. Dodatkowo, ok. 80% całej opieki długoterminowej w Polsce sprawowane jest przez opiekunów nieformalnych, takich jak członkowie rodziny czy bliscy, podczas gdy jedynie 20% zapewniają instytucje formalne¹⁴.

W Polsce również intensywność opieki nieformalnej należy do najwyższych w UE. Badania porównawcze pokazują, że polscy opiekunowie poświęcają średnio 35,5 godziny tygodniowo na opiekę nad osobami zależnymi, co jest wynikiem znacząco wyższym niż średnia

¹¹ OECD, *Supporting Informal Carers of Older People*, Paris 2022, https://www.oecd.org/en/publications/supporting-informal-carers-of-older-people_0f0c0d52-en.html (dostęp: 6.11.2025).

¹² M. Riedel, M. Kraus, dz. cyt.

¹³ OECD, *Poland: Country Health Profile 2023*, Paryż, 2023, https://www.oecd.org/en/publications/poland-country-health-profile-2023_f597c810-en.html (dostęp: 6.11.2025)

¹⁴ World Bank, *Strategic Review of Long-Term Care Services in Poland*, Waszyngton, 2025, <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/099041625104010902> (dostęp: 6.11.2025)

unijna (ok. 22–26 godzin)¹⁵. Szczególnie wysokie obciążenie dotyczy kobiet w wieku 45–64 lata, które często łączą pracę zawodową z intensywną opieką nad rodzicami lub współmałżonkiem, a niekiedy także nad wnukami.

Podobnie jak w innych krajach europejskich, w Polsce wpływ sprawowania opieki nieformalnej istotnie wpływa na ograniczenie aktywności zarobkowej¹⁶, aktywność zawodowa różni się zaś istotnie między grupami wiekowymi i płciami. W grupie 45–54 lata, która łączy obowiązki opieki nad starzejącymi się rodzicami i niekiedy wnukami, wskaźnik zatrudnienia kobiet-opiekunek w Polsce jest wyraźnie niższy niż wśród mężczyzn. Dane SHARE oraz badania EHIS pokazują, że nawet przy umiarkowanym zaangażowaniu opiekuńczym kobiety częściej redukują wymiar etatu, aby móc sprostać obowiązkowi rodzinnym¹⁷. W grupie 55–64 lata aktywność zawodowa opiekunów jeszcze silniej spada, szczególnie wśród kobiet, gdzie wskaźnik zatrudnienia należy do jednych z najniższych w UE (ok. 44–46% wobec średniej unijnej 55–57%¹⁸). W tym wieku częściej pojawia się także opieka nad współmałżonkiem, która wymaga dużej intensywności czasowej i ogranicza możliwości dalszej aktywności na rynku pracy.

Dodatkowym czynnikiem utrudniającym godzenie ról zawodowej i opiekuńczej w Polsce może być relatywnie niski udział pracy w niepełnym wymiarze: w 2023 r. w Polsce pracę na niepełny wymiar czasu

¹⁵ P. Baji, D. Golicki, V. PrevolnikRupel i in., *The Burden of Informal Caregiving in Hungary, Poland and Slovenia: Results from National Representative Surveys*, „European Journal of Health Economics” 2019, nr 20 (dodatek 1), s. 5–16, <https://link.springer.com/article/10.1007/s10198-019-01058-x> (dostęp: 6.11.2025); A. Furmańska-Maruszak, S.E. Heeger-Hertter, *Fair Working Conditions for Workers Providing Informal Care for the Elderly in Poland and in the Netherlands*, „Utrecht Law Review” 2023, nr 19(3), s. 25–43, <https://utrechtlawreview.org/articles/10.36633/ulr.879> (dostęp: 6.11.2025).

¹⁶ I.W. Kolodziej, A.R. Reichert, H. Schmitz, dz. cyt., s. 2027–2046.

¹⁷ A. Furmańska-Maruszak, S.E. Heeger-Hertter, dz. cyt., s. 25–43.

¹⁸ Eurostat, dz. cyt.

pracy wykonywało zaledwie 5,5% osób w wieku 20–64 (UE: 17,1%), co zmniejsza potencjalną elastyczność czasową opiekunów¹⁹. W rezultacie presja na łączenie obowiązków zawodowych i opiekuńczych, zwłaszcza w średnim i starszym wieku produkcyjnym, jest relatywnie wyższa niż w wielu krajach UE.

W tym miejscu należy również zwrócić uwagę, iż, w okresach ograniczonej podaży usług opiekuńczych obciążenie opieką nieformalną rośnie. Z analizy EuroCarers wynika, że w trakcie pandemii wielu opiekunów doświadczyło pogorszenia warunków świadczenia opieki oraz wzrostu obciążeń zdrowotnych i psychicznych²⁰. Madia i in. wskazują, że redukcja wsparcia publicznego podczas pandemii doprowadziła do gwałtownego wzrostu obowiązków opiekuńczych, co przełożyło się na wzrost kosztów finansowych gospodarstw domowych²¹. Ponadto raport *Health at a Glance: Europe* (2022)²² dokumentuje wzrost wydatków na opiekę długoterminową oraz ograniczenie dostępności usług instytucjonalnych, co miało bezpośredni wpływ na obciążenie opiekunów rodzinnych.

Celem niniejszego rozdziału jest uzupełnienie istniejącej już wiedzy o sytuacji opiekunów w Polsce i przeprowadzenie pogłębionej analizy zjawiska łączenia ról zawodowych i opiekuńczych przez osoby w wieku 60+. Jak wskazują dotychczasowe badania, społeczeństwo polskie

¹⁹ EURES, *Labour Market Information: Poland*, https://eures.europa.eu/living-and-working/labour-market-information-europe/labour-market-information-poland_en?utm_ (dostęp: 6.11.2025).

²⁰ EuroCarers, *The impact of the COVID-19 pandemic on informal carers across Europe*, <https://eurocarers.org/wp-content/uploads/2021/05/EUC-Covid-study-report-2021.pdf> (dostęp: 6.11.2025).

²¹ J.E. Madia, F. Moscone, C. Nicodemo, *Informal Care, Older People, and COVID-19: Evidence from the UK*, „Journal of Economic Behaviour and Organisation” 2023, nr 205, s. 468–488, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167268122004231?via%3Dihub> (dostęp: 6.11.2025).

²² OECD, European Union, *Health at a Glance: Europe 2022. State of Health in the EU Cycle*, https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024_b3704e14-en.html (dostęp: 6.11.2025).

szybko się starzeje. Coraz więcej osób w wieku powyżej 60 lat, pomimo procesu starzenia, pozostaje w stosunkowo dobrym zdrowiu i deklaruje gotowość do dalszej aktywności zawodowej. Jednak osoby w tym wieku należą do grupy szczególnego ryzyka nadmiernego obciążenia obowiązkami związanymi ze sprawowaniem opieki nieformalnej nad osobami zależnymi – starszymi rodzicami, współmałżonkiem i innymi członkami rodziny czy wnukami.

Na podstawie najnowszych danych z badania *Świat na miarę seniora 2025* niniejsza analiza koncentruje się na określeniu odsetka osób w wieku 60+ zaangażowanych w świadczenie pomocy nieformalnej, intensywności tych obowiązków oraz ich powiązania z aktywnością zawodową. Badanie pozwoli również ocenić, w jakim stopniu pełnienie funkcji opiekuńczych wpływa na ogólną aktywność życiową i jakość życia tej populacji.

Analiza umożliwi identyfikację grup wiekowych najbardziej narażonych na negatywne konsekwencje wynikające z pełnienia obowiązków opiekuńczych lub łączenia ich z pracą zawodową. Szczególna uwaga zostanie poświęcona różnicom między kobietami i mężczyznami, co pozwoli na rozpoznanie potencjalnych długoterminowych skutków tych obciążeń. Wyniki badania dostarczą wiedzy istotnej dla rozwoju polityki senioralnej, w szczególności w zakresie wspierania możliwości godzenia ról opiekuńczych i zawodowych.

1. Łączenie ról zawodowych i opiekuńczych przez osoby starsze w Polsce.

Wnioski z ilościowych badań empirycznych

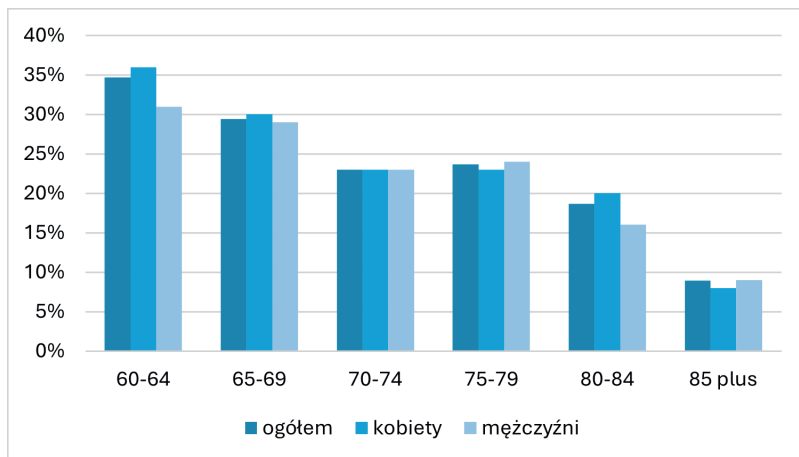
1.1. Sprawowanie opieki

Jak wspomniano we wstępie do książki, opisywane badanie zrealizowano na ogólnopolskiej reprezentatywnej próbie 3000 osób powyżej 60 roku życia. W ramach badania przeprowadzono wywiady kwestionariuszowe techniką CATI w okresie czerwiec–lipiec 2025 r., na podstawie przygotowanego wcześniej scenariusza.

W Polsce w 2025 r. ponad $\frac{1}{4}$ osób starszych (27,6%) deklaruwała nieodpłatne wsparcie lub opiekę nad innymi osobami – rodzicami, małżonkami, wnukami czy znajomymi. Odsetek ten jest wyższy wśród osób wykonujących pracę zarobkową (31%) niż wśród nieaktywnych zawodowo (25%).

Zgodnie z oczekiwaniami widoczne są różnice w sprawowaniu opieki zależnie od pozycji społeczno-ekonomicznej i innych czynników warunkujących możliwości udzielania pomocy. Największy odsetek osób zaangażowanych w nieodpłatne wsparcie opieki występuje w najmłodszej grupie seniorów, czyli wśród osób w wieku 60–64 lata (34,7%). W kolejnych przedziałach wiekowych odsetek ten stopniowo maleje do ok. 9% dla osób starszych powyżej 85 roku życia (zob. wykres 3).

Wykres 3. Odsetek osób 60+ opiekujących się innymi osobami, z podziałem na wiek i płeć



Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Kobiety częściej niż mężczyźni deklarują zaangażowanie w opiekę nad innymi – 28,6% wobec 25,8% (zob. tab. 1). W grupach wieku do 69 lat to kobiety częściej sprawują opiekę nad bliskimi. W starszych grupach różnice się zacierają, co może wynikać z ról opiekuńczych: w młodszej starości kobiety częściej opiekują się wnukami, starszymi rodzicami lub małżonkiem, natomiast w późniejszej starości, jeśli oboje małżonkowie żyją, opiekę zwykle przejmuje zdrowsza osoba, niezależnie od płci (zob. wykres 3).

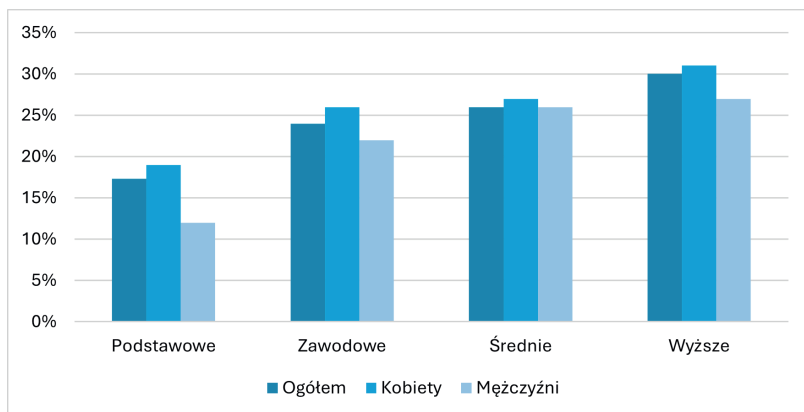
Tabela 1. Osoby, którym badani świadczą nieodpłatnie wsparcie/opiekę – w podziale na płeć

Osoby	Ogółem					
	Raz w tygodniu lub częściej	Kilka razy w miesiącu	Kilka razy w roku	Raz w roku lub rzadziej	Nigdy	Nie dotyczy
Współmałżonek/partner	15,6%	2,1%	1,1%	1,6%	17,8%	62%
Dzieci	13,2%	6,9%	4,5%	2,1%	16,5%	56,9%
Wnuki/prawnuki	14,9%	6,8%	4,6%	1,7%	13,8%	58,3%
Rodzeństwo	4,7%	4,6%	3,9%	2,1%	18,2%	66,5%
Rodzice	27,5%	4,2%	0,6%	0,5%	6%	61,1%
Inni krewni	10%	7,6%	8%	2,9%	17,9%	53,6%
Osoby spoza rodziny	12,4%	12,8%	15,2%	5,6%	14%	40%
	Kobiety					
	Raz w tygodniu lub częściej	Kilka razy w miesiącu	Kilka razy w roku	Raz w roku lub rzadziej	Nigdy	Nie dotyczy
Współmałżonek/partner	13,7%	2%	1,3%	1,4%	18,4%	63,2%
Dzieci	15,2%	7,6%	4,2%	2,3%	15,7%	55,1%
Wnuki/prawnuki	17,1%	8,3%	4,3%	1,6%	12,8%	55,8%
Rodzeństwo	5,6%	5,1%	4,2%	2,2%	17,7%	65,3%

Osoby	Ogółem					
	Raz w tygodniu lub częściej	Kilka razy w miesiącu	Kilka razy w roku	Raz w roku lub rzadziej	Nigdy	Nie dotyczy
Rodzice	31,8%	5,1%	0,5%	0,5%	6,1%	56%
Inni krewni	9,9%	8,1%	7,2%	3,4%	18,1%	53,2%
Osoby spoza rodziny	14,4%	10,8%	12,3%	4,7%	13,7%	44%
	Mężczyźni					
	Raz w tygodniu lub częściej	Kilka razy w miesiącu	Kilka razy w roku	Raz w roku lub rzadziej	Nigdy	Nie dotyczy
Współmałżonek/partner	19,3%	2,2%	0,7%	1,8%	16,4%	59,5%
Dzieci	9,1%	5,5%	5,1%	1,5%	18,2%	60,6%
Wnuki/prawnuki	10,2%	3,6%	5,1%	1,8%	15,7%	63,5%
Rodzeństwo	2,9%	3,6%	3,3%	1,8%	19,3%	69%
Rodzice	19%	2,6%	0,7%	0,4%	5,8%	71,5%
Inni krewni	10,2%	6,6%	9,5%	1,8%	17,5%	54,4%
Osoby spoza rodziny	8,4%	16,8%	21,2%	7,3%	14,6%	31,8%

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=828, opracowanie własne.

Osoby z wyższym wykształceniem częściej deklarują aktywność opiekuńczą niż seniorzy z wykształceniem podstawowym lub zawodowym (30% wobec 17%). We wszystkich grupach edukacyjnych częściej angażują się kobiety; największa różnica dotyczy osób z wykształceniem podstawowym (6 punktów procentowych), natomiast w pozostałych grupach wynosi 1–4 punkty procentowe (zob. wykres 4).

Wykres 4. Odsetek osób 60+ sprawujących opiekę, z podziałem na poziom edukacji i płeć

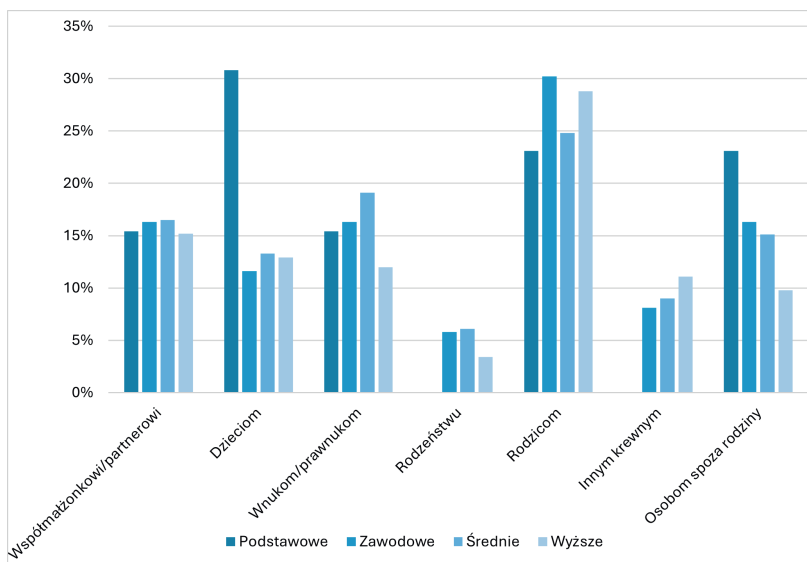
Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Po uwzględnieniu częstotliwości udzielania pomocy (zob. wykres 5) widać jednak, że we wszystkich kategoriach wsparcia osoby z wykształceniem wyższym pomagają relatywnie rzadziej (z mniejszą częstotliwością) niż pozostałe grupy edukacyjne. Przykładowo, 31% osób z wykształceniem podstawowym pomaga dzieciom co najmniej raz w tygodniu, podczas gdy procent ten wynosi 13% wśród osób z wykształceniem wyższym. Sytuacja ta wygląda podobnie w ramach wsparcia osób spoza rodziny.

Zjawisko to jest spójne z ustaleniami literatury. Analiza ESS²³ pokazuje, że osoby lepiej wykształcone częściej deklarują udział w opiece nieformalnej, lecz rzadziej podejmują opiekę intensywną (mniej niż 11 godzin tygodniowo), która częściej koncentruje się wśród nieaktywnych zawodowo i osób wykonujących prace domowe. Innymi słowy, osoby z wyższym wykształceniem częściej pomagają, ale zwykle w mniej czasochłonnej formie, łatwiejszej do pogodzenia z innymi obowiązkami.

²³ E. Verbakel, S. Tamllagsrønning, L. Winstone i in., dz. cyt.

Wykres 5. Osoby, którym badani świadczą nieodpłatnie wsparcie/opiekę co najmniej raz w tygodniu z podziałem na wykształcenie



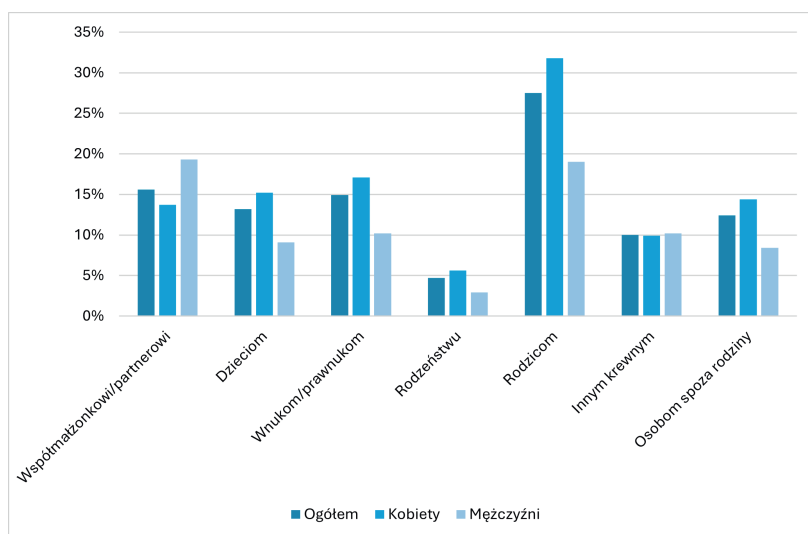
Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=828, opracowanie własne.

Jeszcze silniejsze różnice są widoczne w odniesieniu do liczby osób w gospodarstwie domowym. Najrzadziej w rolę opiekunów wchodzi osoby mieszkające samotnie – jedynie 18,3% z nich deklaruje wsparcie innych. W gospodarstwach dwu- i trzyosobowych odsetek ten wzrasta do 31,1%, a w cztero- i pięcioosobowych osiąga najwyższą wartość – 38%. Równie wysoki poziom zaangażowania utrzymuje się w największych gospodarstwach (powyżej pięciu osób), gdzie wsparcie deklaruje 35,6% badanych. Wskazuje to, że w większych rodzinach nie tylko częściej występują sytuacje wymagające opieki, ale też istnieją większe zasoby osobowe i społeczne, które umożliwiają podejmowanie takich zadań.

Generalnie dominującą formą wsparcia jest pomoc rodzicom – prawie 28% badanych deklaruje, iż udziela jej raz w tygodniu lub częściej

(zob. wykres 6). Kolejną grupą, do której adresowane są działania wsparcia, są współmałżonkowie. Prawie 16% badanych wskazuje, że opiekuje się małżonkiem. Pomoc kierowana do rodzeństwa czy dalszych krewnych pozostaje na umiarkowanym poziomie – zazwyczaj poniżej 10% deklaracji cotygodniowego wsparcia, choć w niektórych grupach wiekowych notuje się niewielkie wzrosty.

Wykres 6. Osoby, którym badani świadczą nieodpłatnie wsparcie/opiekę co najmniej raz w tygodniu z podziałem na płeć



Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=828, opracowanie własne.

W najmłodszej kohorcie seniorów (60–64 lata) wsparcie koncentruje się przede wszystkim na rodzicach – to dominująca forma pomocy, a znaczna część badanych udziela jej regularnie, co najmniej raz w tygodniu. Wraz z wiekiem udział takiej pomocy maleje, natomiast rośnie znaczenie opieki nad współmałżonkiem/partnerem. W najstarszej grupie jest to już podstawowy kierunek zaangażowania (sięga ok. połowy badanych). Młodszy seniorzy częściej niż starsi wspierają

także dorosłe dzieci oraz wnuki, przy czym relatywnie wysoka aktywność opiekuńcza wobec wnuków utrzymuje się jeszcze w grupie 65–69 lat (por. wykresy 3–5).

Pomoc wykraczająca poza rodzinę najczęściej występuje we wczesnej starości, po czym stopniowo słabnie, choć pozostaje istotnym elementem nieformalnego wsparcia (zob. tab. 1). Różnicuje ją również poziom wykształcenia: osoby z wykształceniem podstawowym częściej pomagają dzieciom i rodzicom, seniorzy z wykształceniem zawodowym i średnim relatywnie częściej wspierają zaś rodziców oraz wnuki (zob. tab. 2).

Tabela 2. Osoby, którym badani świadczą nieodpłatnie wsparcie/opiekę – z podziałem na grupy wiekowe

Osoby	60–64					
	Raz w tygodniu lub częściej	Kilka razy w miesiącu	Kilka razy w roku	Raz w roku lub rzadziej	Nigdy	Nie dotyczy
Współmałżonek/partner	12,6%	1,9%	0,4%	1,5%	17,5%	66,2%
Dzieci	17,5%	3,3%	1,9%	0,7%	17,5%	59,1%
Wnuki/prawnuki	17,1%	6,7%	1,5%	1,5%	13%	60,2%
Rodzeństwo	4,1%	3,3%	3,3%	2,6%	19%	67,7%
Rodzice	45,4%	4,1%	1,5%	1,1%	5,2%	42,8%
Inni krewni	8,2%	8,6%	6,7%	1,5%	19,7%	55,4%
Osoby spoza rodziny	10,4%	8,6%	9,3%	4,8%	14,9%	52%
	65–69					
	Raz w tygodniu lub częściej	Kilka razy w miesiącu	Kilka razy w roku	Raz w roku lub rzadziej	Nigdy	Nie dotyczy
Współmałżonek/partner	14,9%	2%	1,4%	1,7%	20,7%	59,3%
Dzieci	11,9%	9,5%	5,4%	3,1%	19%	51,2%
Wnuki/prawnuki	15,3%	6,4%	6,1%	2,7%	16,3%	53,2%
Rodzeństwo	5,8%	6,4%	5,1%	2,7%	19,7%	60,3%

ŁĄCZENIE RÓL ZAWODOWYCH I OPIEKUŃCZYCH PRZEZ OSOBY STARSZE...

Rodzice	29,2%	6,1%	0,3%	0%	6,8%	57,6%
Inni krewni	8,8%	9,2%	10,2%	3,1%	20,3%	48,5%
Osoby spoza rodziny	16,3%	13,6%	17,3%	4,7%	16,6%	31,5%
	70-74					
	Raz w tygodniu lub częściej	Kilka razy w miesiącu	Kilka razy w roku	Raz w roku lub rzadziej	Nigdy	Nie dotyczy
Współmałżonek/partner	11,8%	0,7%	2,8%	1,4%	20,1%	63,2%
Dzieci	12,5%	6,9%	3,5%	1,4%	11,1%	64,6%
Wnuki/prawnuki	13,2%	4,9%	2,8%	0,7%	11,1%	67,4%
Rodzeństwo	4,2%	2,8%	4,2%	0,7%	16%	72,2%
Rodzice	11,8%	3,5%	0%	0,7%	4,9%	79,2%
Inni krewni	18,1%	6,3%	7,6%	2,8%	13,2%	52,1%
Osoby spoza rodziny	10,4%	16,7%	18,8%	5,6%	10,4%	38,2%
	75-79					
	Raz w tygodniu lub częściej	Kilka razy w miesiącu	Kilka razy w roku	Raz w roku lub rzadziej	Nigdy	Nie dotyczy
Współmałżonek/partner	26,2%	2,4%	0%	2,4%	8,3%	60,7%
Dzieci	8,3%	9,5%	3,6%	2,4%	15,5%	60,7%
Wnuki/prawnuki	13,1%	9,5%	6%	0%	13,1%	58,3%
Rodzeństwo	4,8%	6%	2,4%	1,2%	16,7%	69%
Rodzice	3,6%	1,2%	0%	0%	7,1%	88,1%
Inni krewni	9,5%	3,6%	3,6%	2,4%	15,5%	65,5%
Osoby spoza rodziny	10,7%	17,9%	16,7%	9,5%	10,7%	34,5%
	80-84					
	Raz w tygodniu lub częściej	Kilka razy w miesiącu	Kilka razy w roku	Raz w roku lub rzadziej	Nigdy	Nie dotyczy
Współmałżonek/partner	28,6%	7,1%	0%	0%	10,7%	53,6%
Dzieci	3,6%	7,1%	21,4%	3,6%	10,7%	53,6%

Wnuki/prawnuki	3,6%	10,7%	21,4%	0%	7,1%	57,1%
Rodzeństwo	3,6%	3,6%	0%	0%	10,7%	82,1%
Rodzice	0%	0%	0%	0%	3,6%	96,4%
Inni krewni	3,6%	3,6%	10,7%	14,3%	3,6%	64,3%
Osoby spoza rodziny	10,7%	10,7%	28,6%	10,7%	0%	39,3%
	85+					
	Raz w tygodniu lub częściej	Kilka razy w miesiącu	Kilka razy w roku	Raz w roku lub rzadziej	Nigdy	Nie dotyczy
Współmałżonek/ partner	50%	12,5%	0%	0%	0%	37,5%
Dzieci	12,5%	0%	25%	12,5%	25%	25%
Wnuki/prawnuki	12,5%	12,5%	12,5%	12,5%	25%	25%
Rodzeństwo	0%	0%	0%	0%	25%	75%
Rodzice	0%	0%	0%	0%	25%	75%
Inni krewni	0%	0%	12,5%	12,5%	25%	50%
Osoby spoza rodziny	0%	12,5%	12,5%	0%	37,5%	37,5%

Źródło: Badanie *Świat na miarę seniora 2025*, n=828, opracowanie własne.

Istotny jest też kontekst gospodarstwa domowego. W jednoosobowych gospodarstwach pomoc częściej kierowana jest do wnuków i osób spoza rodziny, co może odzwierciedlać potrzebę podtrzymywania więzi społecznych. W gospodarstwach dwu-, trzyosobowych wsparcie koncentruje się na rodzicach i wnukach, natomiast w większych rodzinach wyraźnie rośnie udział pomocy kierowanej do rodziców i dzieci; w gospodarstwach najliczniejszych dominuje opieka międzypokoleniowa obejmująca zarówno dzieci, jak i wnuki (zob. tab. 3).

Nieodpłatna opieka wśród osób 60+ jest zjawiskiem powszechnym – blisko 30% seniorów deklaruje udzielanie wsparcia. Największy ciężar opieki ponoszą młodsze grupy wiekowe (60–69 lat), które najczęściej pomagają rodzicom, dzieciom i wnukom; wraz z wiekiem rośnie natomiast znaczenie opieki nad partnerem. Kobiety angażują się częściej niż mężczyźni, zwłaszcza w opiekę nad wnukami. Wykształcenie

różnicuje formy zaangażowania: osoby lepiej wykształcone częściej w ogóle pomagają, ale ich wsparcie ma zwykle mniejszą częstotliwość i intensywność; regularna, bardziej obciążająca opieka częściej koncentruje się wśród osób z niższym wykształceniem. Sumarycznie, można założyć, iż najbardziej obciążeni opiekunowie to młodszy seniorzy (60–69 lat), kobiety oraz osoby gorzej wykształcone. W kolejnym podrozdziale pokazane zostanie, które grupy łączą sprawowanie opieki z pracą zarobkową i jak to wpływa na ich ogólny dobrostan.

Tabela 3. Osoby, którym badani świadczą nieodpłatnie wsparcie/opiekę – z podziałem na wykształcenie i liczbę osób w gospodarstwie domowym

	Podstawowe					
	Raz w tygodniu lub częściej	Kilka razy w miesiącu	Kilka razy w roku	Raz w roku lub rzadziej	Nigdy	Nie dotyczy
Współmałżonek/partner	15,4%	7,7%	7,7%	7,7%	0%	61,5%
Dzieci	30,8%	7,7%	7,7%	0%	7,7%	46,2%
Wnuki/prawnuki	15,4%	7,7%	0%	0%	15,4%	61,5%
Rodzeństwo	0%	0%	7,7%	0%	30,8%	61,5%
Rodzice	23,1%	0%	0%	0%	0%	76,9%
Inni krewni	0%	7,7%	7,7%	0%	30,8%	53,8%
Osoby spoza rodziny	23,1%	0%	15,4%	0%	23,1%	38,5%
	Zawodowe					
	Raz w tygodniu lub częściej	Kilka razy w miesiącu	Kilka razy w roku	Raz w roku lub rzadziej	Nigdy	Nie dotyczy
Współmałżonek/partner	16,3%	4,7%	2,3%	1,2%	14%	61,6%
Dzieci	11,6%	4,7%	2,3%	4,7%	15,1%	61,6%
Wnuki/prawnuki	16,3%	2,3%	1,2%	3,5%	14%	62,8%
Rodzeństwo	5,8%	5,8%	4,7%	4,7%	12,8%	66,3%
Rodzice	30,2%	3,5%	1,2%	0%	5,8%	59,3%

Inni krewni	8,1%	4,7%	4,7%	0%	22,1%	60,5%
Osoby spoza rodziny	16,3%	10,5%	10,5%	3,5%	12,8%	46,5%
	Średnie					
	Raz w tygodniu lub częściej	Kilka razy w miesiącu	Kilka razy w roku	Raz w roku lub rzadziej	Nigdy	Nie dotyczy
Współmałżonek/partner	16,5%	1,1%	1,1%	0,7%	19,8%	60,8%
Dzieci	13,3%	7,6%	4,3%	2,2%	17,6%	55%
Wnuki/prawnuki	19,1%	6,8%	3,2%	1,4%	15,5%	54%
Rodzeństwo	6,1%	5%	2,9%	1,4%	19,1%	65,5%
Rodzice	24,8%	5,4%	0%	0,4%	7,6%	61,9%
Inni krewni	9%	6,8%	6,1%	3,6%	20,1%	54,3%
Osoby spoza rodziny	15,1%	14%	12,6%	4,7%	16,2%	37,4%
	Wyższe					
	Raz w tygodniu lub częściej	Kilka razy w miesiącu	Kilka razy w roku	Raz w roku lub rzadziej	Nigdy	Nie dotyczy
Współmałżonek/partner	15,2%	1,8%	0,7%	2%	18,1%	62,1%
Dzieci	12,9%	7%	5%	1,6%	16,6%	56,9%
Wnuki/prawnuki	12%	7,5%	6,3%	1,6%	12,7%	59,9%
Rodzeństwo	3,4%	4,3%	4,1%	2%	18,8%	67,3%
Rodzice	28,8%	3,9%	0,9%	0,7%	5,4%	60,3%
Inni krewni	11,1%	8,8%	9,8%	3,2%	15,6%	51,5%
Osoby spoza rodziny	9,8%	12,9%	17,9%	6,8%	12,9%	39,7%
	Jedna osoba					
	Raz w tygodniu lub częściej	Kilka razy w miesiącu	Kilka razy w roku	Raz w roku lub rzadziej	Nigdy	Nie dotyczy
Współmałżonek/partner	2,4%	1,2%	2,4%	0%	17,3%	76,8%
Dzieci	6%	5,4%	4,8%	1,8%	17,9%	64,3%
Wnuki/prawnuki	11,3%	6%	6,5%	1,8%	14,3%	60,1%

ŁĄCZENIE RÓL ZAWODOWYCH I OPIEKUŃCZYCH PRZEZ OSOBY STARSZE...

Rodzeństwo	1,8%	6,5%	4,2%	3%	14,9%	69,6%
Rodzice	19,6%	1,2%	0,6%	0,6%	7,1%	70,8%
Inni krewni	2,4%	6%	6,5%	5,4%	17,9%	61,9%
Osoby spoza rodziny	17,3%	19%	22%	4,8%	7,7%	29,2%
	2-3 osoby					
	Raz w tygodniu lub częściej	Kilka razy w miesiącu	Kilka razy w roku	Raz w roku lub rzadziej	Nigdy	Nie dotyczy
Współmałżonek/partner	20,5%	1,9%	0,9%	1,9%	16,8%	58,1%
Dzieci	13,7%	7,6%	4,9%	1,9%	16,1%	55,8%
Wnuki/prawnuki	14,9%	7,5%	4%	1,7%	13,3%	58,6%
Rodzeństwo	5,2%	4,5%	3,5%	1,7%	18,4%	66,7%
Rodzice	27,9%	5%	0,7%	0,5%	6,2%	59,6%
Inni krewni	12,1%	8,5%	8,7%	1,9%	17,7%	51,1%
Osoby spoza rodziny	11,3%	11,3%	12,7%	5,7%	15,3%	43,8%
	4-5 osób					
	Raz w tygodniu lub częściej	Kilka razy w miesiącu	Kilka razy w roku	Raz w roku lub rzadziej	Nigdy	Nie dotyczy
Współmałżonek/partner	6,5%	4,8%	0%	3,2%	25,8%	59,7%
Dzieci	16,1%	6,5%	0%	3,2%	19,4%	54,8%
Wnuki/prawnuki	14,5%	3,2%	6,5%	0%	19,4%	56,5%
Rodzeństwo	4,8%	1,6%	3,2%	3,2%	24,2%	62,9%
Rodzice	43,5%	6,5%	0%	0%	1,6%	48,4%
Inni krewni	11,3%	3,2%	4,8%	6,5%	21%	53,2%
Osoby spoza rodziny	12,9%	6,5%	19,4%	4,8%	19,4%	37,1%
	Powyżej 5 osób					
	Raz w tygodniu lub częściej	Kilka razy w miesiącu	Kilka razy w roku	Raz w roku lub rzadziej	Nigdy	Nie dotyczy
Współmałżonek/partner	14,3%	4,8%	0%	0%	23,8%	57,1%

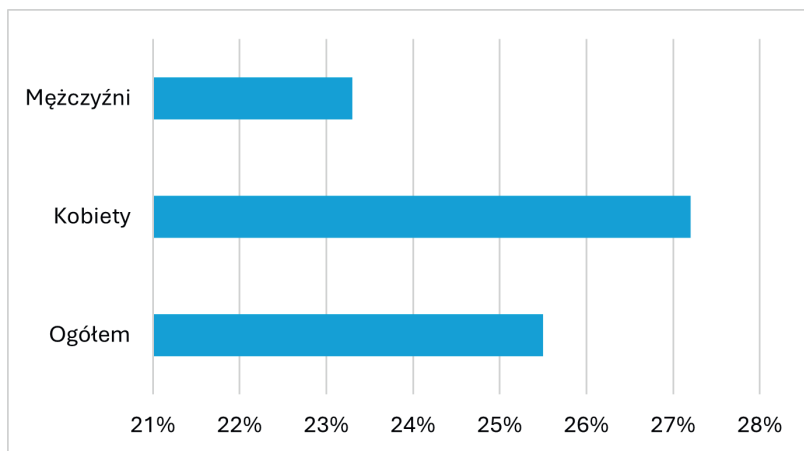
Dzieci	47,6%	0%	4,8%	4,8%	9,5%	33,3%
Wnuki/prawnuki	42,9%	4,8%	0%	4,8%	4,8%	42,9%
Rodzeństwo	14,3%	0%	14,3%	0%	23,8%	47,6%
Rodzice	33,3%	0%	0%	0%	4,8%	61,9%
Inni krewni	9,5%	9,5%	9,5%	0%	14,3%	57,1%
Osoby spoza rodziny	4,8%	23,8%	19%	9,5%	14,3%	28,6%

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=828, opracowanie własne.

1.2. Łączenie roli zawodowej ze sprawowaniem opieki

Łączenie pracy zawodowej z opieką nad niesamodzielną osobą starszą deklaruje ogółem 25,5% badanych podejmujących w jakiejkolwiek formie aktywność zarobkową. Nieco częściej obowiązki te łączą kobiety – 27,2% – niż mężczyźni – 23,3% (zob. wykres 7).

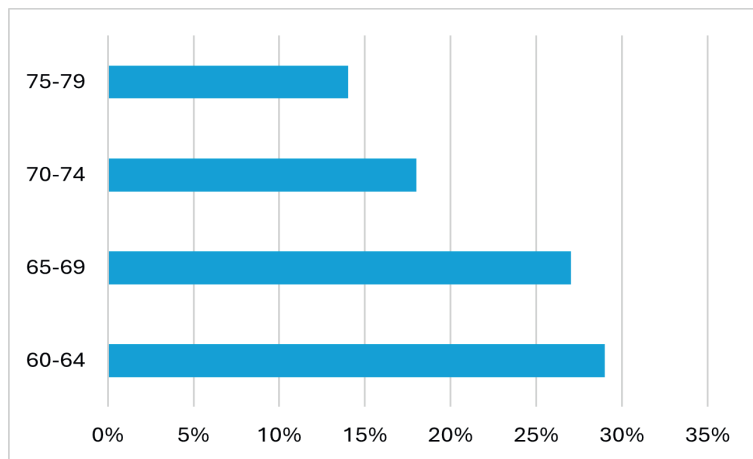
Wykres 7. Łączenie aktywności zawodowej ze sprawowaniem opieki z podziałem na płeć



Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Najwyższy odsetek osób godzących pracę z opieką występuje ponownie wśród młodych seniorów i wynosi on odpowiednio 29% wśród osób w wieku 60–64 lata oraz 27% wśród osób 65–69 lat. Wraz z wiekiem udział takich osób systematycznie spada. W grupie 75–79 lat odsetek ten wynosi 18,1%. Jest on większy u kobiet we wszystkich grupach wiekowych (zob. wykres 8).

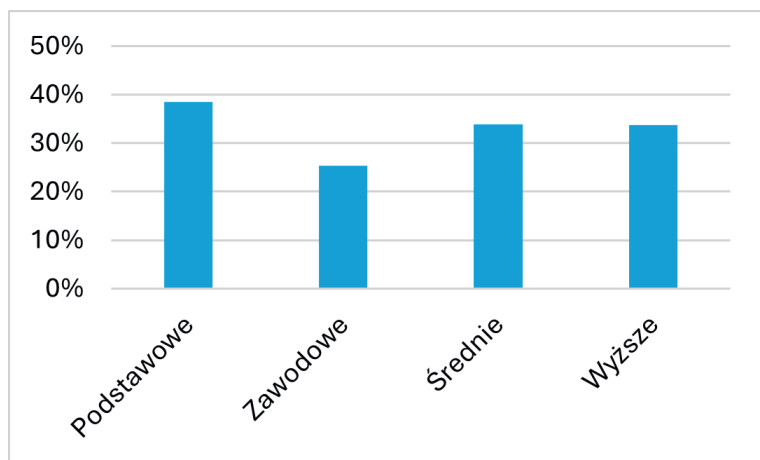
Wykres 8. Łączenie aktywności zawodowej ze sprawowaniem opieki z podziałem na wiek



Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

W grupie osób z wykształceniem podstawowym odsetek osób łączących pracę zawodową z opieką nad niesamodzielnymi bliskimi jest najwyższy i wynosi 38,5%. Wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia odsetki te nieco spadają – wśród osób z wykształceniem zawodowym to 25,3%, a wśród osób z wykształceniem średnim i wyższym wynosi on 34% (zob. wykres 9). Łączenie pracy zawodowej z opieką nad niesamodzielną osobą jest porównywalne we wszystkich gospodarstwach domowych, kształtując się na poziomie od 32% w dużych gospodarstwach powyżej 5 osób do niecałych 35% w gospodarstwach cztero- i pięcioosobowych (zob. tab. 4).

**Wykres 9. Łączenie aktywności zawodowej ze sprawowaniem opieki
z podziałem na poziom wykształcenia**



Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

**Tabela 4. Rodzaje wsparcia oczekiwanego przez badanych przyłączeniu
pracy zawodowej ze sprawowaną opieką nad niesamodzielną osobą starszą –
w podziale na płeć i grupy wiekowe**

Rodzaj wsparcia	Ogółem	Płeć		Grupa wiekowa					
		Kobiety	Mężczyźni	60–64	65–69	70–74	75–79	80–84	85+
Dłuższy urlop z tytułu sprawowanej opieki	25,2%	23,9%	27,1%	26,9%	29,1%	10,3%	25 %	0%	0%
Możliwość pracy zdalnej	30,3%	28,4%	33,1%	31,5%	25,5%	35,9%	50%	0%	0%
Możliwość pracy niepełnoetatowej	12,6%	14,2%	10,2%	6,9%	14,5%	25,6%	16,7%	0%	0%
Ruchomy czas pracy	35,7%	39,8%	29,7%	37,7%	30,9%	38,5%	41,7%	66,7%	0%
Ochrona przed zwolnieniem	7,5%	5,7%	10,2%	6,9%	8,2%	5,1%	0%	66,7%	0%

Rodzaj wsparcia	Ogółem	Płeć		Grupa wiekowa					
		Kobiety	Mężczyźni	60–64	65–69	70–74	75–79	80–84	85+
Ulgi podatkowo-składkowe dla pracowników	28,9%	31,3%	25,4%	29,2%	29,1%	23,1%	41,7%	33,3%	0%
Zmiany stanowiska pracy na mniej obciążające	2%	2,8%	0,8%	3,8%	0,9%	0%	0%	0%	0%
Ulgi podatkowe dla pracodawców (by uczynić opiekunów bardziej konkurencyjnymi na rynku pracy)	21,4%	19,3%	24,6%	20%	26,4%	20,5%	0%	0%	0%

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=828, opracowanie własne.

Kiedy zapytaliśmy osoby starsze o ich stan zdrowia, okazało się, że osoby, które są nieaktywne zawodowo i nie opiekują się osobą zależną, określają swój stan zdrowia jako dobry. Z kolei osoby, które opiekują się osobą niesamodzielną, określają swój stan zdrowia jako dobry i przeciętny. Najgorzej określają swój stan zdrowia osoby, które deklarują, że łączą obowiązki zawodowe ze sprawowaniem opieki (zob. tab. 5).

Tabela 5. Rodzaje wsparcia oczekiwanego przez badanych przyłączeniu pracy zawodowej ze sprawowaną opieką nad niesamodzielną osobą starszą – w podziale na wykształcenie i liczbę osób w gospodarstwie domowym

Rodzaj wsparcia	Poziom wykształcenia				Wielkość gospodarstwa domowego			
	Podstawowe	Zawodowe	Średnie	Wyższe	Jedna osoba	2-3 osoby	4-5 osób	Powyżej 5 osób
Dłuższy urlop z tytułu sprawowanej opieki	25%	47,1%	28,4%	21,7%	17,3%	28,2%	5,9%	71,4%
Możliwość pracy zdalnej	0%	5,9%	24,7%	36%	32%	32,3%	11,8%	0%
Możliwość pracy niepełnoetatowej	0%	5,9%	12,3%	13,2%	10,7%	14,4%	5,9%	0%
Ruchomy czas pracy	50%	11,8%	29,6%	40,2%	36%	39%	11,8%	0%
Ochrona przed zwolnieniem	0%	11,8%	6,2%	7,9%	9,3%	6,2%	11,8%	14,3%
Ulgi podatkowo-składkowe dla pracowników	25%	23,5%	32,1%	28%	40%	23,6%	41,2%	28,6%
Zmiany stanowiska pracy na mniej obciążające	0%	0%	2,5%	2,1%	0%	2,6%	5,9%	0%
Ulgi podatkowe dla pracodawców (by uczynić opiekunów bardziej konkurencyjnymi na rynku pracy)	25%	29,4%	23,5%	20,1%	28%	18,5%	35,3%	0%

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=828, opracowanie własne.

Podsumowując, łączenie pracy zawodowej z opieką nad niesamodzielnym seniorem częściej dotyczy młodych seniorów, kobiet i osób o niższym wykształceniu. W połączeniu z informacjami z poprzedniego podrozdziału, wskazującymi, że największa częstotliwość sprawowania opieki jest obserwowana w tych samych grupach wiekowych i edukacyjnych, możemy założyć, że są to grupy najbardziej obciążone obowiązkami łączenia pracy zawodowej i opieki nad starszymi osobami, do których powinny być adresowane polityki senioralne łagodzące negatywne skutki tego zjawiska.

1.3. Oczekiwania osób sprawujących opiekę, a niepracujących wobec polityk rynku pracy

Wśród niepracujących opiekunów 33% deklaruje gotowość łączenia opieki nad niesamodzielną osobą starszą z pracą zarobkową. Różnice między kobietami (33,6%) i mężczyznami (32,7%) są minimalne. Najwyższy poziom gotowości obserwuje się wśród najmłodszych seniorów (60–69 lat: ok. 35–36%); wraz z wiekiem chęć godzenia ról wyraźnie maleje. Pod względem wykształcenia najwyższe odsetki notuje grupa z wykształceniem podstawowym (39%), nieco niższe – osoby ze średnim i wyższym (ok. 34%), a najniższe – z zawodowym (25%) – dane prezentuje tabela 6. Różnice te mogą wynikać z nakładających się czynników: presji ekonomicznej (niższe świadczenia i dochody sprzyjają dążeniu do podjęcia pracy), ale też z odmiennych możliwości zatrudnienia. W przypadku osób z wykształceniem zawodowym barierą może być charakter typowych zajęć (praca fizyczna, sztywne grafiki), trudniejszy do pogodzenia z opieką; osoby lepiej wykształcone częściej mają dostęp do elastyczniejszych form pracy.

Pod względem liczby osób w gospodarstwie domowym odsetki są zbliżone i oscylują wokół 32–35%. Osoby, które chciałyby łączyć pracę zawodową ze sprawowaniem opieki nad niesamodzielną osobą starszą, wskazywały na kilka rozwiązań uelastyczniania rynku pracy, które, ich zdaniem, poprawiłyby możliwość ich zatrudnienia. Są to przede wszystkim: ruchomy czas pracy (35,7%), możliwość pracy zdalnej (30,3%), możliwości skorzystania z dłuższego urlopu opiekuńczego (25%) lub ulg podatkowo-składkowych dla pracowników (28,9%). Nieco rzadziej wskazywano na potrzebę ulg podatkowych dla pracodawców, które miałyby zwiększyć konkurencyjność opiekunów na rynku pracy (21,4%), a także możliwość pracy niepełnoetatowej (12,6%). Stosunkowo niewielki odsetek osób oczekuje ochrony przed zwolnieniem (7,5%) czy zmiany stanowiska pracy na mniej obciążające (2%).

Warto podkreślić, że ruchomy czas pracy częściej wskazują kobiety (39,8%) niż mężczyźni (29,7%), oni natomiast relatywnie częściej oczekują ulg podatkowych dla pracodawców (24,6% wobec 19,3% kobiet).

Zróźnicowanie oczekiwań jest widoczne także w przekroju wieku – elastyczne godziny pracy i praca zdalna są najpopularniejsze wśród osób w wieku przedemerytalnym, czyli 60–64 lata (zob. tab. 6).

Tabela 6. Chęć łączenia przez badanych sprawowania przez nich opieki nad niesamodzielną osobą starszą z pracą zarobkową – z podziałem na wykształcenie i liczbę osób w gospodarstwie domowym

	Poziom wykształcenia				Wielkość gospodarstwa domowego			
	Podstawowe	Zawodowe	Średnie	Wyższe	Jedna osoba	2–3 osoby	4–5 osób	Powyżej 5 osób
Deklaracja chęci łączenia sprawowania opieki z pracą zarobkową	38,5%	25,3%	33,9%	33,7%	31,8%	33,7%	34,5%	31,8%

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=828, opracowanie własne.

Wśród osób z wykształceniem podstawowym dominującą potrzebą jest wprowadzenie ruchomego czasu pracy – wskazało na to aż 50% badanych. W tej grupie pojawia się również stosunkowo wysoka potrzeba ulg podatkowo-składkowych dla pracowników (25%) oraz dłuższego urlopu opiekuńczego (25%). W przypadku osób z wykształceniem zawodowym największe znaczenie przypisuje się właśnie dłuższemu urlopowi opiekuńczemu (47,1%), przy czym wskazania dotyczące innych form wsparcia – takich jak ulgi podatkowe dla pracodawców (29,4%) czy praca zdalna (5,9%) – mają charakter uzupełniający.

Wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia rośnie znaczenie elastycznych form zatrudnienia. W grupie osób ze średnim i wyższym wykształceniem stosunkowo często wskazywano na potrzebę możliwości pracy zdalnej (odpowiednio 24,7% i 36%) oraz ruchomego czasu pracy (29,6% i 40,2%). W tych grupach dłuższy urlop opiekuńczy miał mniejsze znaczenie (28,4% i 21,7%), co sugeruje, że lepiej wykształcone

osoby preferują elastyczność i dostosowanie godzin pracy zamiast czasowej rezygnacji z zatrudnienia.

Pod względem liczby osób w gospodarstwie domowym największe zróżnicowanie widać w odpowiedziach dotyczących dłuższego urlopu. Wyjątkowo wysokie wskazania pojawiają się w gospodarstwach powyżej pięciu osób (71,4%), co może wynikać z większych obciążeń opiekuńczych w dużych rodzinach. Z kolei w gospodarstwach jednoosobowych częściej akcentowano potrzebę ulg podatkowo-składkowych dla pracowników (40%), a w cztero- i pięcioosobowych – także ulg dla pracodawców (35,3%). Możliwość pracy zdalnej była najczęściej wskazywana przez osoby z gospodarstw dwu-, trzyosobowych (32,3%) oraz jednoosobowych (32%).

Podsumowując, wyniki badania *Świat na miarę seniora* potwierdzają, że nieodpłatna opieka i wsparcie bliskich pozostają istotnym elementem codzienności osób starszych w Polsce. Ponad ¼ seniorów (27,6%) regularnie angażuje się w opiekę nad innymi, przy czym najczęściej angażują się w pomoc rodzicom, dzieciom, opiekę nad wnukami lub współmałżonkami. Kobiety częściej niż mężczyźni podejmują te obowiązki.

Zjawisko to jest szczególnie obserwowane wśród osób w wieku późno-produkcyjnym (60–69 lat), które z jednej strony są jeszcze aktywne zawodowo, a z drugiej – przejmują opiekę nad rodzicami lub wnukami. W tej grupie odsetek osób łączących pracę z opieką sięga niemal ⅓. Wraz z wiekiem charakter opieki ulega zmianie: maleje rola wsparcia międzypokoleniowego, a rośnie znaczenie opieki nad współmałżonkiem.

Kolejną grupą osób starszych, które są szczególnie narażone na łączenie obowiązków opiekuńczych i pracy zawodowej, są osoby z wykształceniem podstawowym. To w tej grupie osób starszych jest najwyższy odsetek osób pracujących i sprawujących opiekę, a dodatkowo badania pokazują, że wśród tych osób częstotliwość sprawowania opieki jest największa.

Wśród osób poszukujących zatrudnienia co trzeci badany deklarował gotowość łączenia pracy z obowiązkami opiekuńczymi, pod

warunkiem dostępności elastycznych form zatrudnienia. Najczęściej wskazywano na potrzebę ruchomego czasu pracy, możliwości pracy zdalnej oraz ulg podatkowych dla pracowników.

2. Łączenie ról zawodowych i opiekuńczych przez osoby starsze w Polsce. Wnioski z jakościowych badań empirycznych

Zarysowane powyżej tezy, wynikające tak z literatury, jak i własnych badań ilościowych, o relacjach między pracą zawodową a sprawowaniem opieki przez osoby w wieku okołoemerytalnym, zarówno nad najmłodszymi (najczęściej wnukami), jak i starszymi (współmałżonkami, rodzicami, ale i niespowinowaconymi), zostaną poniżej uzupełnione wnioskami z części jakościowej badań własnych. Jak wspomniano we wstępie do książki, badania te realizowano techniką telefonicznych, indywidualnych wywiadów pogłębionych (TIDI) na próbie 100 osób w wieku powyżej 60 lat, przy uwzględnieniu zróżnicowania ze względu na: płeć, wiek, region Polski i miejsce zamieszkania, w okresie czerwiec–lipiec 2025 r., na podstawie przygotowanego scenariusza. A zatem zastosowano tu dobór celowy, czyli taki, gdzie choć badacze tworzą próbę w sposób subiektywny, to jednak tak, aby w swojej strukturze reprezentowały całą populację. Jednocześnie poszukiwali oni respondentów, kierując się własną wiedzą o przedmiocie analizy oraz jej celach. Mimo tego, przeprowadzonego badania – jak każdego tego typu – nie można uznać za reprezentatywne. W szczególności z ostrożnością należy interpretować informacje o skali opisywanych zjawisk. Badania te natomiast dobrze pokazują uwarunkowania podejmowanych przez jednostki decyzji oraz ich motywacje dzięki możliwości wejścia moderatorów w pogłębiony dialog z respondentami.

Kluczowy wniosek, jaki rysuje się z analizowanej perspektywy, relacji między pracą a obowiązkami opiekuńczymi (cały czas pamiętając o niereprezentatywności próby), jest następujący: o zakończeniu pracy zawodowej, a przynajmniej jej przerwaniu, decyduje jeden podstawowy czynnik – uzyskanie (w związku osiągnięciem stosownego wieku

i ewentualnym spełnieniem dodatkowych warunków wynikających ze stanu zdrowia) uprawnień emerytalnych lub uprawnień do innego stałego dochodu (renta). Inne czynniki, w szczególności obowiązki opiekuńcze, nie motywowały do zakończenia pracy zawodowej, ale i jej przedłużania. Tylko jeden respondent sygnalizował wcześniejsze przerwanie pracy zawodowej ze względu na opiekę nad licznymi wnukami. Ale i tak osoba ta dysponowała stabilizującą jej dochody rentą:

No to zajmuję się wnukami cały czas. Dlatego, między innymi, sklep zamknęłam. Bo córka urodziła syna właśnie w 2015 i w 2016 wróciła do pracy. W sumie mam szóstkę wnuków w miejscu zamieszkania i trójkę w Krakowie. No i to są wnuczęta między 16 a 8 rokiem życia. No to jest zajęcie (lp53_9_65_k_miasto).

Jeżeli w okresie pracy zawodowej pojawiały się nagle obowiązki opiekuńcze, to potencjalny opiekun podejmował starania, by łączyć je z pracą, aż do momentu uzyskania od państwa uprawnień do stałego dochodu. Z tą chwilą zwykle po ten dochód (najczęściej emeryturę) sięgano. Respondent wspomina:

Miałem mamę chorą bardzo ciężko i zanim to wszystko załatwiłem, to prawie dwa miesiące minęło, żeby przychodziła pani, taka pomoc domowa (...). Ja przychodzę z pracy, no to musiałem jedzenie mamie zrobić, wszystko pozmywać (lp94_15_69_m_miasto).

Respondent, nawet w sytuacji krytycznej, bez pomocy przez dwa pierwsze miesiące choroby matki, nie przerywał pracy.

Z drugiej strony, nawet bez obciążeń opiekuńczych, zwykle sięgano po emeryturę z chwilą dojścia ustawowego wieku. W badanej próbie zarejestrowano tylko dwa przypadki, gdy respondentki opóźniły przejście na emeryturę, mając takie uprawnienia. A przecież, w świetle obowiązujących przepisów, radykalnie podwyższa to świadczenie. Wśród respondentów takiej wiedzy jednak nie ma. Jeden z nich powiada: *Bo*

tak to nie wiem, co by można było zrobić, żeby ta emerytura była wyższa (lp83_14_60_k_miasto). Nawet jednak wspomniane respondentki nie wydłużały pracy ze względów dochodowych. Jedna to nauczycielka, która tak motywuje swoje postępowanie:

Przełożyłam przejście na emeryturę. W tym roku będę miała wychowawstwo klasy ósmej. To ostatnie wychowawstwo i przechodzę na emeryturę (lp28_6_60_k_wieś).

Druuga natomiast jest księgową i tak uzasadnia swoje postępowanie:

Jeszcze tam w firmie jako księgowa pracowałam i nie było na moje miejsce nikogo, więc jeszcze wdrażałam tam osobę i rok dłużej pracowałam, niż z ustawy wynika (lp49_8_71_k_wieś).

Uzyskanie uprawnień emerytalnych, a nie żadne inne uwarunkowania, w tym opiekuńcze, skłaniało zatem zdecydowaną większość respondentów do przerwania pracy zawodowej. Takie postępowanie było traktowane jako coś oczywistego. Respondent zauważa:

Już miałem dość tej pracy i wiek już zaczął upominać się o swoje prawa. Także ten okres pracy po prostu się kończy. To już było za dużo (lp20_5_82_m_miasto).

Takie dominujące strategie osób starszych mają istotne konsekwencje dla polityki państwa względem opiekujących się i opieki potrzebujących.

W badanej próbie dominowali zdecydowanie emeryci, co wiązało się z określeniem wieku badanych na 60+. Zarysowane wyżej wnioski wynikały zatem z opisywania przez nich przeszłości. Ale badania pokazują przede wszystkim ich obecną sytuację życiową, również w kontekście gotowości do świadczenia opieki i odciążenia osób pracujących. Generalnie można wyróżnić trzy stany, w jakich pozostawali respondenci: wyłączenie się z aktywności zawodowej

i/lub opiekuńczej, powrót do pracy już po uzyskaniu emerytury („dorabianie”) i aktywność w opiece. Przy czym intensywność działań opiekuńczych pozostawała zróżnicowana od niewielkiej, sporadycznej pomocy dającej respondentom wiele satysfakcji (co głównie dotyczyło wnuków) do poważniejszych, systematycznych zobowiązań warunkujących wręcz funkcjonowanie rodziny.

Pierwsza opcja, pełne wyłączenie, wiązała się zwykle ze złym stanem zdrowia, chęcią atrakcyjnego spędzania czasu czy po prostu odciążenia się od nielubianych obowiązków zawodowych. Jeden z respondentów powiada: *No bo prostu już zdrowia nie miałem, bo zacząłem się leczyć na nogi. To wszystko* (lp16_4_68_m_wieś). Ta sytuacja najczęściej dotyczyła pracowników fizycznych, głównie ze wsi. O opiece nie mogło być tu mowy. Ale inny respondent podkreśla kwestie odpoczynku, oddania się zainteresowaniom, dbałości o siebie:

Plusem jest to, że mam więcej czasu dla siebie, czyli mogę zając się pasjami, aktywnością fizyczną, nie muszę siedzieć za biurkiem, czyli w pracy. Mam po prostu komfort życia, nie muszę być na godzinę. Robię to, co chcę robić (lp19_4_68_m_miasto).

Z wywiadów trudno jednak, w tych przypadkach, wywnioskować, czy respondent świadomie nie chce świadczyć opieki, czy na jego wsparcie nie było zapotrzebowania (potomstwo sobie radzi albo mieszka daleko, a rodzice już nie żyją albo mają inaczej zorganizowaną opiekę).

Druga wyłaniająca się z badań opcja to emeryt „dorabiający”. Motywy wejścia na tę ścieżkę są różne. Kluczowy ma charakter finansowy. Respondent powiada: *Główny powód to jest uzyskiwanie środków do życia* (lp77_12_60_m_miasto). Ale bardzo często podkreśla się też rolę utrzymania kontaktów społecznych:

Największa zaleta to kontakt z ludźmi. Szczególnie z młodymi ludźmi. To może nie zabrzmi dobrze, ale ramoleje się trochę wolniej (lp28_6_60_m_wieś).

Istotne są też takie motywy, jak: podtrzymanie statusu społecznego, wyższego u osoby pracującej, wykorzystanie wiedzy i doświadczenia zawodowego, utrzymanie stabilnego rytmu dnia czy satysfakcja z wykonywanej pracy. I tu trudno z wywiadu wychwycić konsekwencje pracy dla ewentualnych funkcji opiekuńczych. Na ile takich potrzeb nie ma, a na ile, być może, praca jest pewną ucieczką od nich. Respondentom trudno byłoby się przyznawać do motywów egoistycznych w ramach obu sygnalizowanych opcji.

Trzecia opcja to podejmowanie bądź intensyfikowanie zajęć opiekuńczych po uzyskaniu świadczenia emerytalnego. Analizując formy sprawowania opieki przez emerytów, można wskazać na kilka występujących tu wariantów. Pierwszy, najpopularniejszy, to opieka nad wnukami. Dominują tu kobiety, ale widoczni są też mężczyźni, którzy najczęściej odpowiadają za transport wnuków czy przebywanie z nimi pod nieobecność rodziców. Drugi wariant to opieka nad osobą dorosłą: rodzicem, współmałżonkiem, chorym dzieckiem, a nawet sąsiadem. Trzeci to nie tyle opieka, co pomoc dorosłym dzieciom, najczęściej przy pracy w gospodarstwie rolnym, ale i na przykład przy budowie domu.

W przeważającej liczbie przypadków respondenci już nie pracowali i nie sygnalizowali, że chętnie by jeszcze popracowali, „dorobili” do emerytury, ale obowiązki opiekuńcze im na to nie pozwalają, choć takie przypadki w badaniu się pojawiały i zostaną odrębnie scharakteryzowane.

Jak wspomniano, najczęściej respondenci opisywali swoje zaangażowanie w opiekę nad wnukami. Częściej miało ono charakter doraźny, a jeśli systematyczny, to raczej odbierany przez respondentów jako źródło satysfakcji niż obciążenie.

Systematyczną opiekę oferowały raczej niepracujące emerytki niż emeryci. Wspierały dzieci, najczęściej córki, by te mogły kontynuować pracę zawodową. Same zwykle już nie były zatrudnione, a jeśli nawet odchodziły z pracy, to dysponując stałym dochodem od państwa (emerytura, renta) i bez szczególnego żalu. Respondentka powiada:

Miałam 62 lata, jak poszłam na emeryturę, a mogłam przejść, mając 60. Więc jeszcze te dwa lata pracowałam dłużej i zamierzałam już oczywiście przejść, ale jakoś tak jeszcze. No i później, kiedy postanowiłam córce pomóc, to tak jakby przyspieszyło. Ale nie, myślę, że to była taka normalna decyzja. (...) Opieka nad tym dzieckiem to nie jest jakiś przykry obowiązek, tylko robię to tak naprawdę ze szczerzej chęci, z tego, że to moje wnuki i cieszę się z tego, że mogę pomóc (lp14_3_64_miasto).

Trudno tu mówić o konflikcie między pracą zawodową a opieką.

Opieka doraźna, w świetle badań, była relatywnie często świadczona przez niepracujących mężczyzn, mogących elastycznie gospodarować swoim czasem. Respondent zauważa:

Widomo, że nam tam czasem podrzucają dzieci, ale to z dużym wyprzedzeniem. Rzadko się zdarza, żeby ktoś tak prosił, żebyśmy gdzie tam dojechali do nich i zastąpili. Ale to się zdarza. Nie jest to jakimś problemem (lp7_1_69_m_miasto).

A więc i tu nie ma kolizji z ewentualnym zatrudnieniem. Odejście respondenta na emeryturę było warunkowane po prostu osiągnięciem stosownego wieku, jak w przypadku dominującej większości uczestników badania.

Inny charakter miała zwykle opieka sprawowana przez niezatrudnionych emerytów nad osobami dorosłymi. Z wypowiedzi respondentów wynika, że był to zwykle trudny obowiązek, który jednak ze względów etycznych trzeba spełnić. Traktowano to jako oczywistość, nie rozważając w ogóle opcji ulokowania bliskiej osoby w domu opieki. Natomiast formułowano tu postulaty adresowane do państwa, głównie oczekując wsparcia od systemu pomocy społecznej poprzez wizyty pielęgniarstwa czy osoby pomagającej w prowadzeniu gospodarstwa domowego. Oceny publicznego wsparcia były zróżnicowane, ale generalnie uznawani go za dalece niewystarczający. W sposób syntetyczny sytuację tej grupy osób oddaje poniższa wypowiedź:

Sama jestem do tych dwóch osób niepełnosprawnych, mamy i męża (...). Sobie już momentami nie daję rady ze wszystkim (...). Nie ma żadnej pomocy. Złożyłam papiery o długoterminową opiekę. Rok oczekiwania (lp69_12_67_k_wieś).

Warto dodać, że córki respondentki wyemigrowały za granicę i z problemem opieki nad niepełnosprawnymi musiała radzić sobie sama. Sytuacja, gdy potomstwo mieszka daleko, również poza Polską, nie była wśród badanych rzadka i mogła generować problemy zbliżone do zasygnalizowanych. Oczywiście perspektywy pracy zawodowej w tych sytuacjach nie ma żadnej.

Z kolei wśród wiejskich respondentów zdarzało się sygnalizowanie nie tyle opieki, co pomocy dzieciom w prowadzeniu gospodarstwa rolnego. Pośrednio pozwalało to im na ewentualne pełnienie funkcji opiekuńczych wobec osób zależnych czy zatrudnienie. Stąd warto zauważyć i tę aktywność emerytów, pozostającą na granicy pomocy i samozatrudnienia. Respondenci subiektywnie widzieli tu jednak swoje działania właśnie jako pomoc, nie sygnalizując osobistych korzyści z takiej pracy. Respondent informuje:

Mieszkam z synem, który prowadzi gospodarstwo. On tutaj samotnie prowadzi hodowlę bydła. Pomagam mu tam, co nieco (...). Praca w gospodarstwie zaczyna się około godziny 5 rano, a kończy około 8 i później wieczorem o 17 czy 18 się zaczyna (lp8_2_73_m_wieś).

Nie jest to zatem wsparcie symboliczne.

Jak wspomniano, wśród badanych rzadko, ale zdarzały się przypadki łączenia emerytury, pracy i opieki. W jednym przypadku respondentka opiekowała się wnukami, w drugim matką poza swoim miejscem zamieszkania. Obie odbierały należną emeryturę i pracowały, głównie z motywów finansowych, choć akcentowały też i inne elementy, jak kontakt z ludźmi w jednym przypadku czy wykorzystanie kompetencji w drugim. Żadna z respondentek nie sygnalizowała zasadniczego

konfliktu między pracą i opieką. Podejmowały te obowiązki dobrowolnie, uznając takie rozwiązanie za celowe i nieprzekraczające ich możliwości, choć wskazywały na zmęczenie intensywnością zajęć. Kluczem dla rozwiązania problemów związanych z łączeniem pracy i opieki była specyfika wykonywanych zajęć. Jedna z respondentek informuje:

Pracuję zdalnie, kiedy chcę. To jest mój plus.

W pewnym momencie pojawił się obowiązek opieki:

No, znaczy moja mama trochę się posunęła w zdrowiu, bo ma 85 lat. Ale teraz, ostatnio już, muszę częściej do niej jeździć, częściej jej pomagać.

Ale respondentka, mimo pracy zawodowej, radzi sobie z sytuacją. Nawet odmawia pomocy od odpowiednich instytucji:

Chcieli mamie jakąś opiekunkę, też taką dochodzącą załatwić. No ale ja jestem, więc nie skorzystaliśmy.

Warto zauważyć, że respondentka mogła korzystać z wypoczynku, dzięki pomocy ze strony synów:

No i jadę na tydzień nad morze. No to wtedy chłopcy będą z mamą (lp5_1_62_k_miasto).

Elastyczna praca połączona ze wsparciem ze strony rodziny dającym wytchnienie stanowią zatem sposób na łączenie przez emerytkę pracy zawodowej z opieką. Choć i bez tego ostatniego elementu, przy elastycznej pracy i odpowiednim stanie zdrowia, tak duże obciążenia jest możliwe. Druga z respondentek informuje:

W tej chwili jestem na emeryturze i oprócz tego jeszcze sobie dopracowuję. Na dwie godzinki, po południu, idę do pracy.

*Aha, jeszcze pomagam rodzinie, dzieciom przy wnuczkach (...).
Śniadanko. Później jadę do dzieci albo do jednej córki jadę, albo
do drugiej jadę, żeby tam pomóc (lp52_8_68_k_miasto).*

Nie sygnalizuje przy tym irytacji swoją sytuacją, jedynie zmęczenie wieczorem. Ale opisane sytuacje, w świetle badań, są rzadkością. Musi wystąpić tu szczególnie zbieg okoliczności.

Podsumowując, odejście z pracy zawodowej jest warunkowanie uzyskaniem stałego świadczenia od państwa, jak emerytura, ewentualnie renta. Opieka nie okazuje się tu zwykle determinantą. Natomiast emeryci, jeśli sprawują opieką, to nie łączą jej zwykle z pracą zarobkową. Choć nie jest to niemożliwe, szczególnie w przypadku dostosowanego do obowiązków opiekuńczych czasu pracy. Generalnie, w świetle badań, co może zaskakiwać, praca, emerytura i opieka jawią się jako obszary względnie niezależne, determinowane przez specyficzne dla każdego obszaru czynniki. Państwo, swoimi pożądanymi, a niesatysfakcjonującymi dla większości respondentów działaniami, może raczej ulżyć opiekunom niż zmienić ich zachowania.

Podsumowanie

Elementy badania empirycznego zrealizowanego w ramach projektu *Świat na miarę seniora* w 2025 r., poświęcone zagadnieniom pracy seniorów i świadczenia przez nich opieki nieformalnej, zarówno w warstwie ilościowej, jak i jakościowej, potwierdzają, że obciążenie tej grupy społecznej obowiązkami zawodowymi i rodzinnymi jest w Polsce istotne. W przypadku pewnych grup seniorów występują obciążenia tylko jednego rodzaju – praca zawodowa lub opieka. Jest jednak grupa, w której te obowiązki się splatają, co niesie konsekwencje dla zatrudnienia jednostki, jakości sprawowanej opieki i obciążenia osoby starszej, często samej zmagającej się dolegliwościami. Zrealizowane badania pokazały te zjawiska w różnych wymiarach. Respondenci, zarówno ankiet, jak i wywiadów, wyrazili też swoje oczekiwania wobec państwa na tym obszarze.

Potwierdzone zostały tezy, że grupa sprawujących opiekę seniorów jest zróżnicowana w wielu wymiarach: wykształcenia, płci, wieku, typu gospodarstwa domowego i że istnieją w związku z tym, zidentyfikowane w badaniach prawidłowości. Zróżnicowana jest też grupa odbierających pomoc o wielorakim charakterze, w rozmaitych proporcjach i natężeniu. Oznacza to, że wsparcie ze strony instytucji publicznych musi być dostosowywane do specyficznych potrzeb poszczególnych grup wspierających i wspieranych.

Podobnie zróżnicowana jest wyodrębniona z całej populacji opiekujących się grupa łącząca pomoc z pracą zawodową i wprawdzie niepracująca, ale zainteresowana zatrudnieniem. Ciekawe okazały się zgłaszane przez te grupy postulaty pod adresem państwa, których realizacja ułatwiłaby czy wręcz umożliwiłaby łączenie opieki z pracą. Potwierdziły to badania jakościowe, wskazujące, że unika się odchodzenia z pracy, nawet przy rozległych obowiązkach opiekuńczych, bez uzyskania wcześniej stabilnego dochodu jak emerytura czy renta.

Rozważając w świetle badań zadania państwa we wspieraniu pracujących albo chcących pracować opiekunów, którzy sami osiągnęli już wiek senioralny, wskazać można na dwa obszary. Pierwszy to dostosowanie warunków pracy do potrzeb osób obciążonych nieformalną opieką. Drugi to postulaty pod adresem instytucji publicznych mogących wspomagać ich w opiece.

Postulaty związane z dostosowaniem warunków pracy do potrzeb jednostek obciążonych opieką są bardzo rozległe: wprowadzenie ruchomego czasu pracy, pracy zdalnej, wydłużenie urlopu opiekuńczego, ulg podatkowo-składkowych dla pracowników i/lub zatrudniających ich pracodawców, możliwości pracy na część etatu, ochrona przed zwolnieniem czy dostęp do mniej obciążających stanowisk pracy. Należy zwrócić uwagę, że postulaty te są kierowane do różnych instytucji, o różnym charakterze.

I tak część z nich adresowana jest do władzy centralnej (ulgi podatkowo-składkowe, regulacje w zakresie prawa pracy), przy czym niektóre będą wywoływać skutki fiskalne dla finansów publicznych, co ogranicza możliwość ich realizacji, inne – nie. Pozostałe są raczej

adresowane do pracodawców, bo podstawy prawne dla wdrażania oczekiwanych przez respondentów rozwiązań istnieją. Ich upowszechnianie będzie zależało też od działań publicznych służb zatrudnienia zachęcających do korzystnego, z rozważanej perspektywy, formułowania ofert pracy czy związków zawodowych, które powinny reprezentować w negocjacjach z pracodawcami również interes specyficznej grupy starszych pracowników-opiekunów. Trzeba też zauważyć, że istotną rolę będzie tu odgrywać sytuacja na rynku pracy. Deficyty siły roboczej będą zachęcać pracodawców do aktywizowania marginalnych zasobów siły roboczej, w tym starszych opiekunów.

Wieloaspektowość problemu oznacza, że korzystne byłoby koordynowanie działań na rzecz tej grupy z jednego centralnego ośrodka. Takim miejscem mogłoby być Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, bo właśnie ono łączy kwestie rynku pracy z zagadnieniami opieki, w perspektywie rodziny.

Druga grupa postulatów zgłaszanych w badaniach przez respondentów to oczekiwanie od strony instytucji publicznych wsparcia w opiece, by mogli w większym czy mniejszym wymiarze pracować. Część z nich była nawet zadowolona z otrzymywanego wsparcia, część na jego brak narzekała, a jeszcze inna grupa nie miała takich oczekiwań – radziła sobie, wykorzystując inne możliwości.

Generalnie główne oczekiwania były adresowane do pomocy społecznej, co oznacza, że kolejnym podmiotem publicznym, który powinien wspierać starszych pracowników-opiekunów, są samorządy gminne. Wiodącą usługą, na brak której narzekano, a po jej uzyskaniu demonstrowano zadowolenie, były usługi opiekuńcze i pomoc pielęgniarstwa środowiskowej. Sygnalizowano też użyteczność domów dziennego pobytu czy możliwości skorzystania z opieki wytchnieniowej. Te działania szczególnie ułatwiłyby łączenie pracy z opieką i tu należałoby, przede wszystkim, wesprzeć gminy zarówno w wymiarze finansowym i kadrowym. Z pomocy finansowej czy rzeczowej respondenci korzystali rzadko, w sytuacjach szczególnych. Biorąc pod uwagę fakt, że wielu z nich pracowało, a wszyscy dysponowali rentami lub emeryturami i wykazywali się elementarnym poziomem zdrowia,

stan ten nie dziwi. Usługi opiekuńcze dla swoich podopiecznych – tego oczekiwali najbardziej.

Ogólnie z badań wynika, że choć w Polsce funkcjonuje tradycyjny, konserwatywny model państwa opiekuńczego, to rola instytucji publicznych pozostaje bardzo istotna, szczególnie w przypadku osób, które z różnych powodów chciałyby w wieku starszym jeszcze pracować a dodatkowo bywają obciążone obowiązkami opiekuńczymi.

Bibliografia

- Baji P., Golicki D., PrevolnikRupel V. i in., *The Burden of Informal Caregiving in Hungary, Poland and Slovenia: Results from National Representative Surveys*, „European Journal of Health Economics” 2019, nr 20 (dodatek 1), <https://link.springer.com/article/10.1007/s10198-019-01058-x> (dostęp: 6.11.2025).
- Colombo F., Llena-Nozal A., Mercier J., Tjadens F., *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, Paris 2011, https://www.oecd.org/en/publications/help-wanted_9789264097759-en.html (dostęp: 6.11.2025).
- Ecorys, *Study on Exploring the Incidence and Costs of Informal Long-term Care in the EU*, <https://www.infocop.es/pdf/long-term.pdf?utm> (dostęp: 6.11.2025).
- EURES, *Labour Market Information: Poland*, https://eures.europa.eu/living-and-working/labour-market-information/labour-market-information-poland_en?utm_ (dostęp: 6.11.2025).
- EuroCarers, *The Gender Dimension of Informal Care*, Brussels 2024, <https://eurocarers.org/wp-content/uploads/2024/09/Eurocarers-Gender-dimension-of-informal-care.pdf> (dostęp: 6.11.2025).
- EuroCarers, *The impact of the COVID-19 pandemic on informal carers across Europe*, <https://eurocarers.org/wp-content/uploads/2021/05/EUC-Covid-study-report-2021.pdf> (dostęp: 6.11.2025).
- Eurofound, *Unpaid Care in EU*, https://www.eurofound.europa.eu/en/publications/2025/unpaid-care-eu?utm_ (dostęp: 6.11.2025).
- Eurofound, *Caring responsibilities in Europe: Impacts on workers' lives*, Publications Office of the European Union 2020.
- Eurostat, *European Health Interview Survey (EHIS)*, <https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-health-interview-survey> (dostęp: 6.11.2025).
- Furmańska-Maruszak A., Heeger-Hertter S.E., *Fair Working Conditions for Workers Providing Informal Care for the Elderly in Poland and in the Netherlands*, „Utrecht Law Review” 2023, nr 19(3), <https://utrechtlawreview.org/articles/10.36633/ulr.8799> (dostęp: 6.11.2025).

- Kołodziej I.W., Reichert A.R., Schmitz H., *New Evidence on Employment Effects of Informal Care Provision in Europe*, „Health Service Research” 2018, nr 53(4), <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29473156/> (dostęp: 6.11.2025).
- Madia J.E., Moscone F., Nicodemo C., *Informal Care, Older People, and COVID-19: Evidence from the UK*, „Journal of Economic Behaviour and Organisation” 2023, nr 205, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167268122004231?via%3Dihub> (dostęp: 6.11.2025).
- OECD, European Union, *Health at a Glance: Europe 2022. State of Health in the EU Cycle*, https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024_b3704e14-en.html (dostęp: 6.11.2025).
- OECD, *Poland: Country Health Profile 2023*, Paryż, 2023.
- OECD, *Supporting Informal Carers of Older People*, Paris 2022, https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2022/05/supporting-informal-carers-of-older-people_447892do/ofocod52-en.pdf (dostęp: 6.11.2025).
- Riedel, M., M. Kraus, *Informal Care Provision in Europe: Regulation and Profiles of Providers*, Enepri Research Report No 96, https://www.researchgate.net/publication/265536923_Informal_care_provision_in_Europe_regulation_and_profile_of_providers_ENEPRI_Research_Report_No_96_November_2011 (dostęp: 6.11.2025).
- Verbakel E., Tamlagsrønning S., Winstone L. i in., *Informal Care in Europe: Findings from the European Social Survey (2014 special module)*, „European Journal of Public Health” 2017, nr 27, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28355645/> (dostęp: 6.11.2025).
- Wieczorek M., *Assessing Policy Challenges and Strategies in Long-term Care: The Case of Informal Carers*, https://cris.maastrichtuniversity.nl/files/77321504/Wieczorek_2021_Assessing_policy_challenges_and_strategies.pdf (dostęp: 6.11.2025).
- World Bank, *Strategic Review of Long-Term Care Services in Poland*, Waszyngton 2025, <https://openknowledge.worldbank.org/entities/publication/3292ea06-a-142-42a3-8be4-d56593b2c5of> (dostęp: 6.11.2025).

Z rodziną najlepiej wychodzi się na zdjęciu? Blaski i cienie relacji¹ międzypokoleniowych seniorów

Słowa kluczowe: relacje międzypokoleniowe, relacje rodzinne, relacje z dziećmi, relacje z wnukami, seniorzy

Wprowadzenie

Z chwilą zakończenia aktywności zawodowej oraz pogarszaniem się wraz z wiekiem stanu zdrowia wchodzenie i utrzymywanie relacji społecznych przez osoby starsze wymaga od nich większej niż wcześniej determinacji i zaangażowania. Warto jednak o nie zabiegać, regularne kontakty z innymi osobami przynoszą bowiem seniorom szereg korzyści, wzmacniając ich kondycję psychofizyczną². Pozostawanie aktywnym na różnych polach, także w zakresie kontaktów interpersonalnych, pomaga osobom w podeszłym wieku m.in. adaptować się do zmian zachodzących wraz z upływem czasu

¹ Na potrzeby niniejszego opracowania przyjęto, za Wielkim Słownikiem Języka Polskiego Polskiej Akademii Nauk, że relacja to: „stosunek zachodzący między jakimiś osobami, obiektami lub pojęciami”, <https://wsjp.pl/haslo/podglad/6699/relacja> (dostęp: 15.09.2025). Dla ułatwienia odbioru tekstu termin „relacja” będzie stosowany wymiennie z pojęciami „kontakty społeczne” oraz „więzi”.

² Por. K. Ziomek-Michalak, *Zasoby osobiste a oczekiwania zdrowotne polskich seniorów*, Warszawa 2016.

w ich życiu, rozwijać się i wzmacniać swoje umiejętności, obniżać poziom odczuwanego stresu i wzmacniać chęci do życia, poprawiać jakość życia seniora i zwiększać poziom odczuwanej przez niego satysfakcji³. Według Grażyny Orzechowskiej aktywności domowo-rodzinne można uznać za jedno z najistotniejszych w życiu osoby starszej⁴. Wydaje się, że pozwalają one na zaspokojenie kluczowych potrzeb seniorów, do których gerontolodzy zaliczają m.in.: potrzeby przynależności, użyteczności i uznania, satysfakcji życiowej oraz bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego⁵. Anna Rudnik podkreśla, że wraz z postępującym, w sposób naturalny, procesem ograniczenia kontaktów społecznych, rodzina staje się miejscem dającym seniorom poczucie stabilizacji i wsparcia, a jednocześnie pozwalającym na realizowanie się przez nich w nowych rolach życiowych np. dziadków czy pradziadków⁶. Analiza literatury przedmiotu wskazuje, że dla osób w podeszłym wieku rodzina stanowi istotny punkt odniesienia wspierając je duchowo, fizycznie i materialnie⁷. Jednocześnie seniorzy starają się aktywnie uczestniczyć w życiu rodziny, często pomagając jej członkom w miarę posiadanych możliwości. Jak wynika z badań, główna uwaga osób starszych koncentruje się na osobach najbliższych, tj. dzieciach i wnukach, które wspierają przede wszystkim finansowo lub sprawowaniem opieki⁸. Mimo postępujących zmian

³ D. Rynkowska, *Rola i znaczenie aktywności społecznej seniorów*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio I – Philosophia-Sociologia” 2016, nr 2, vol. XLI, s. 91–101.

⁴ Por. G. Orzechowska, *Aktualne problemy gerontologii społecznej*, Olsztyn 1999.

⁵ Por. N. G. Pikuła, *Poczucie sensu życia osób starszych. Inspiracje do edukacji w starości*, Kraków 2015, s. 36; Szarota Z., *Gerontologia społeczna i oświatowa. Zarys problematyki*, Kraków 2004, s. 45.

⁶ *Relacje międzypokoleniowe w rodzinie – perspektywa gerontologiczna*, w: *Relacje międzypokoleniowe we współczesnych polskich rodzinach*, red. P. Szukalski, Łódź 2014, s. 41–56.

⁷ B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, M. Dziegielewska, *Podstawy gerontologii społecznej*, Warszawa 2006.

⁸ T. Borkowska-Kalwas, *Ludzie starzy w rodzinie*, w: *Starzy ludzie w Polsce. Społeczne i zdrowotne skutki starzenia się społeczeństwa*, red. J. Halik, Warszawa 2002.

społecznych, kulturowych czy technologicznych i towarzyszącego im pewnego osłabienia pozycji społecznej osób starszych⁹ seniorzy odgrywają wciąż istotną rolę w życiu najmłodszego pokolenia w rodzinie. Wspierają oni bowiem wnuczęta m.in. emocjonalnie, dzielą się z nimi wiedzą o historii rodziny i jej tradycjach, przekazują właściwe wzory postępowania i wartości życiowe, a także uczą praktycznych umiejętności i rozwijają ich zainteresowania¹⁰. Utrzymywanie bliskich relacji międzypokoleniowych w rodzinie przynosi zatem, jak się zdaje, korzyści wszystkim stronom, tj. zarówno osobom starszym, nadając ich życiu sens i porządkując je, jak i młodszym, zaspokajając ich potrzeby emocjonalne i oddziałując na postawy życiowe.

Celem niniejszego opracowania jest analiza relacji z reprezentantami różnych generacji, w jakie wchodzić polscy seniorzy, z uwzględnieniem częstotliwości, charakteru oraz ich jakości i znaczenia dla osób starszych.

1. Relacje międzypokoleniowe seniorów

Tegoroczna edycja badania potwierdza, że istotną część życia badanych seniorów stanowią relacje z bliskimi, zwłaszcza z młodszymi pokoleniami. W badanej populacji liczną grupę stanowią osoby reprezentujące rodziny wielopokoleniowe. Ponad 90% badanych kobiet i mężczyzn (93,1%) doczekało się co najmniej jednego dziecka, a bez mała 80% (78,9%) także wnucząt i 17% prawnucząt. Równolegle część respondentów utrzymywała także relacje z osobami ze swojej lub starszych generacji. Blisko 1/3 badanych osób aktywnych zawodowo (25,5%) starała się pogodzić pracę z opieką nad niesamodzielną starszą osobą np. rodzicem, rodzeństwem, znajomym/znajomą czy kuzynem/kuzynką. Co czwarty senior (24,1%) deklarował, że regularnie wspiera

⁹ *Relacje międzypokoleniowe w rodzinie...*, dz. cyt.

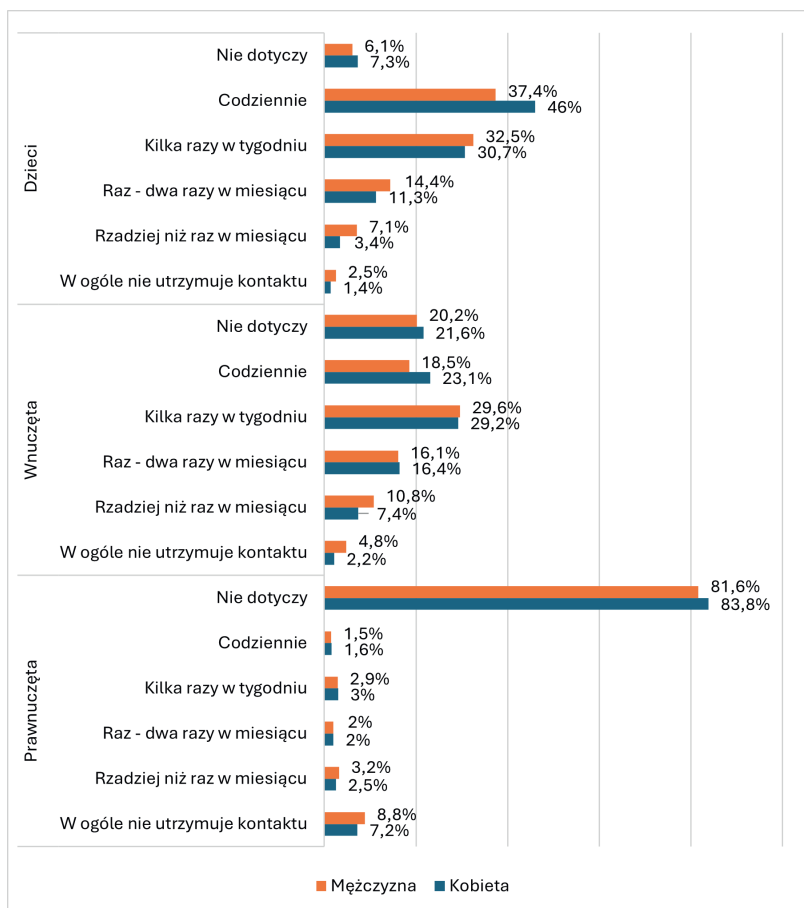
¹⁰ CBOS, *Rola dziadków w naszym życiu. Komunikat z badań BS/8/2012*, Warszawa 2012.

swoje dzieci, wnuki i prawnuki lub rodziców. Krąg osób, z którymi badani systematycznie się kontaktują, zawęża się wraz z upływem czasu, skupiając się na najbliższej rodzinie.

2. Częstotliwość kontaktów z przedstawicielami młodszych generacji

Najczęściej polscy seniorzy kontaktują się ze swoimi córkami i synami (por. wykres 1). Zdecydowana większość badanych jest w niemal stałym kontakcie ze swoimi dziećmi, widując się albo rozmawiając z nimi codziennie lub kilka razy w tygodniu (76,7% kobiet, 69,9% mężczyzn). Kobiety (46%) nieco częściej niż mężczyźni (37,4%) starają się kontaktować z córkami i synami każdego dnia. Na częstotliwość relacji z młodszym pokoleniem w pewnym stopniu wpływa miejsce zamieszkania. Dbłość o częste, bliskie relacje wydaje się większa na terenach słabiej zurbanizowanych. Codzienne relacje z dziećmi częściej utrzymują bowiem mieszkańcy wsi (48,3%) i małych miejscowości (50,1%) niż badani zamieszkali w dużych miastach powyżej 100 tysięcy mieszkańców (36,8%).

Wykres 1. Częstotliwość kontaktów badanych z ich dziećmi, wnuczętami i prawnuczętami*



* Odpowiedź „Nie dotyczy” była zaznaczana w sytuacji, gdy badana osoba nie miała dzieci, wnucząt lub prawnucząt.

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Nieco rzadziej, ale także regularnie badani kontaktowali się ze swoimi wnuczętami. Co trzecia seniorka (29,2%) i senior (29,6%) rozmawiali z nimi co kilka dni, a co czwarta babcia (23,1%) i co piąty dziadek codziennie (18,5%). Zdecydowanie częściej kontaktują się z wnuczętami mieszkańcy wsi (29,2%) niż metropolii (14,8%). Wynika to zapewne z faktu ograniczonej dostępności do opieki instytucjonalnej nad małymi dziećmi na obszarach wiejskich. W takiej sytuacji w rolę owych opiekunów angażuje się najstarsze pokolenie w rodzinie.

O ile relacje badanych z dziećmi i wnukami są zazwyczaj częste i regularne, o tyle kontakty z jeszcze młodszym pokoleniem, prawnucząt, są raczej sporadyczne. Wśród osób, które posiadały prawnuczkę lub prawnuczka znaczną grupę stanowili respondenci nieutrzymujący żadnych kontaktów z najmłodszymi członkami rodziny. Niemniej jednak podobnie jak w przypadku relacji badanych z wnuczętami, czynnikiem różnicującym częstotliwość rodzinnych kontaktów jest miejsce zamieszkania. O ile bowiem wśród prababć i pradziadków mieszkających na wsi 39% widuje swoje prawnuczęta codziennie lub kilka razy w tygodniu, to już wśród badanych zamieszkujących w miastach powyżej 200 tysięcy mieszkańców odsetek ten wynosi zaledwie 17%.

Częstotliwość kontaktów z dziećmi ulega nieznacznym zmianom wraz z postępem wieku badanych. Ok. 70% respondentów niezależnie od kategorii wiekowej spotyka się lub rozmawia ze swoimi córkami i synami bardzo często, codziennie lub kilka razy w tygodniu. Najintensywniejsze kontakty zdają się mieć osoby z najmłodszych grup wieku, między 60. a 69. rokiem życia. Blisko połowa z nich (46,6%) codziennie kontaktuje się z dziećmi, podczas gdy wśród badanych między 70. a 79. rokiem życia takich osób jest 37%, a po 80 roku życia – 39%. Wraz z upływem czasu pewnemu rozluźnieniu ulegają relacje z wnukami. Kontakty z nimi, intensywne na wcześniejszych etapach życia badanych między 60 a 69 rokiem życia, stają radsze, gdy dziadkowie i babcie wkraczają w dziewiątą dekadę życia. O ile bowiem 26,6% 60-latków deklaruje, że pozostaje w kontakcie z wnuczętami codziennie lub kilka razy w tygodniu, to wśród osób po 80 roku życia odsetek ten wynosi 18,8%.

Z danych pozyskanych w trakcie badań jakościowych wynika, że czynnikiem mającym istotne znaczenie dla częstotliwości kontaktów z dziećmi, wnuczętami i prawnuczętami jest odległość, w jakiej członkowie rodziny mieszkają od siebie. Jeśli jest ona niewielka (w tej samej, zwłaszcza niedużej miejscowości), spotkania mają miejsce częściej. Wraz ze zwiększeniem się dystansu dzielącego seniorów od swoich dzieci, wnucząt i prawnucząt zmienia się także charakter wzajemnych kontaktów. Spotkania bezpośrednie ustępują miejsca rozmowom telefonicznym oraz wiadomościom wysyłanym poprzez popularne komunikatory.

Analizy relacji międzypokoleniowych seniorów wykazały, że nieliczne ich grono – 9% – sprawuje opiekę nad swoimi sędziwymi rodzicami. Zdecydowana większość tych osób (83%) wspiera swoje matki i ojców, regularnie widując się z nimi lub rozmawiając raz w tygodniu i częściej.

Z przeprowadzonych badań jakościowych wynika ponadto, że dość regularne kontakty międzypokoleniowe, choć zdecydowanie rzadsze niż z najbliższymi członkami rodziny, seniorzy utrzymują z chrześniakami, siostrzeńcami i bratankami oraz kuzynami, zarówno z młodszych, jak i starszych generacji. O relacjach tych badani wypowiadali się w trakcie wywiadów zdawkowo, podkreślając ich incydentalny charakter.

3. Charakter relacji międzypokoleniowych

Choć częstotliwość kontaktów z najbliższymi osobami w rodzinie pozostaje w przypadku większości badanych wysoka niezależnie od ich wieku, to – jak wynika z danych jakościowych – z biegiem lat zmienia się charakter tych relacji, zwłaszcza pomiędzy seniorami a ich dziećmi. Młodszy badani starają się regularnie na różne sposoby wspierać swoje córki i synów. Pomoc ta przyjmuje formę zarówno wsparcia finansowego, jak i rzeczowego np. przygotowywania obiadów dla dzieci czy też sprawowania opieki nad wnukami:

*Obiad gotuję. No nie codziennie, (...) ale lubię natomiast piec. Lubię uszczęśliwiać wypiekami moich dzieci (lp4_1_74_k_miasto).
Pomagam dzieciom w jakichś tam organizacjach czy w podwożeniu, przywożeniu dzieci na lekcje, na jakieś tam zajęcia. Ewentualnie wyjeżdżam do rodziny też w celach tak zwanych opiekuńczych (lp4_1_74_k_miasto).*

Z czasem coraz częściej sami wymagają pomocy np. zawiezienia do lekarza czy wykonania w domu drobnych napraw:

Jak coś się dzieje przy jakiś tam tych sprzętach, no to wiadomo, że bez młodych się nie da rady (lp25_5_82_k_miasto).

Codzienne kontakty z dziećmi opierają się przede wszystkim na spotkaniach bezpośrednich, zwłaszcza jeśli młodszy członkowie rodziny zamieszkują blisko seniora. W przypadku większego oddalenia lub niemożności odbycia spotkań twarzą w twarz, np. związaną z nadmiernym obciążeniem córek i synów badanych pracą, kontakty te przyjmują formę rozmów telefonicznych lub prowadzonych za pomocą komunikatorów:

Córka, syn, synowa, (...) się spotykamy (...) Właściwie codziennie, co drugi dzień jakieś tam informacje SMS, na WhatsAppie czy telefonicznie (lp4_1_74_k_miasto).

Badani dbają o podtrzymywanie relacji z dziećmi, spotykając się z nimi także w święta oraz podczas rodzinnych uroczystości. Takie okazje miały szczególne znaczenie dla podtrzymywania więzi rodzinnych osób zamieszkujących z dala od swoich córek i synów oraz wnucząt:

Z córką jedną widzę się dosyć często, bo mieszka w tej samej miejscowości. Z drugą córką widzę się raz, dwa razy rocznie, bo mieszka poza Krosnem. (...) przy okazji jakichś rocznic,

imienin, urodzin. Po prostu odwiedzamy się od czasu do czasu (lp19_4_68_m_miasto).

Znaczna część badanych wspominała, że widuje się z dziećmi i ich rodzinami w wolne dni np. w niedzielę, i wspólnie spędzają czas. Synowie i córki zapraszają wtedy rodziców na wspólny obiad lub odwrotnie – seniorzy przygotowują wspólny poczęstunek u siebie w domu. Podczas tych cotygodniowych spotkań zdarza się także, że badani udają się na rodzinny spacer lub krótką wycieczkę po okolicy:

[Córka – przyp. autorki] przyjeżdża do nas, zabiera nas na obiad i inne rzeczy, czy niedziela jest, gdzieś jedziemy na miasto, powiedzmy dalej (lp27_5_62_m_wieś).

Część badanych podkreślała, że relacje z dorosłymi bliskimi im osobami z różnych generacji, zarówno młodszych, jak i starszych, opierają się także na wspólnym uczestnictwie w wydarzeniach kulturalnych, np. w spektaklu teatralnym czy seansie kinowym. Są to jednak dość rzadkie sytuacje w życiu badanych:

Do teatru to mnie dzieci zabierają (lp25_5_82_k_miasto). Mam starszą od siebie taką ciocię. Prawie 90-letnią, która (...) jest o wiele sprawniejsza ode mnie, (...) odwiedzę ją, porozmawiamy, idziemy na ciacho, idziemy do teatru razem. (...) ona, osoba starsza potrafi (...) postawić mi ten bilet (lp4_1_74_k_miasto).

W niektórych rodzinach wielopokoleniowych funkcjonuje tradycja wspólnego spędzania urlopu zarówno w kraju, jak i poza jego granicami:

Wyjechać na wakacje (...) zamierzamy, niebawem, taki drobny objazd Alp we wszystkich krajach alpejskich. No, to się spotkamy z całą rodziną i tam sobie pojeździmy (lp2_1_71_m_wieś).

Zrealizowane wywiady pozwalają uchwycić także zmiany jakościowe zachodzące w relacjach z wnuczętami. Początkowo, gdy wnuki są małe, dziadkowie i babcie sprawują nad nimi opiekę, niekiedy np. w okresie wakacyjnym, codzienną, co bywa z jednej strony przyjemne i satysfakcjonujące, z drugiej zaś czasami ograniczające:

Automatycznie tak wspieram, ile mam sił. W wychowaniu wnuczek, (...) bo są małeńkie dzieci jeszcze (lp1_1_75_k_wieś). Teraz mam akurat wakacje, (...) do wnuczka jeżdżę ze 3-4 razy w tygodniu (lp24_5_69_k_wieś).

No tak, opieka nad dziećmi to wiadomo, to mam czas ograniczony, to jest na pierwszym miejscu dziecko. No tak, ja się czuję tak, jakby rodzic odpowiedzialna całkowicie za nią, więc tutaj jej potrzeby są na pierwszym miejscu, wiadomo (lp67_11_61_k_miasto).

Z biegiem lat, gdy wnuczęta dorastają, seniorzy spotykają się z nimi rzadziej np. przy okazji rodzinnych uroczystości czy świąt:

Jak są urodziny, no to na pewno [wnuczka – przyp. autorki] dzwoni z życzeniami. (...) A tak ma swoje zajęcia, jeździ po całym świecie (lp72_12_88_m_miasto).

Podtrzymują jednak więzi, często prowadząc rozmowy telefoniczne lub kontaktując się poprzez komunikatory. Kontakty ze starszymi wnuczętami koncentrują się na rozmowach o rodzinnych tradycjach (także kulinarnych), wartościach czy wyzwaniach współczesności:

Najstarsza wnuczka często dzwoni jak (...) coś gotuje, chociaż im tam zrobiłam przepisy takie, ale jeszcze musi dzwonić, jeszcze jak się to gotuje (lp78_12_75_k_miasto).

Dla osób starszych relacje te są także okazją m.in. do poszerzenia swoich kompetencji cyfrowych dzięki wsparciu udzielanemu przez najmłodszych członków rodziny:

Troszkę mnie wprowadzili, jak miałam później czasu na emeryturze to troszkę mi pokazały dzieciaki po prostu jak poruszać się po internecie, doradzili co kupić, jaki sprzęt, jak korzystać (lp29_6_71_m_wieś).

Wydaje się, że o ile w kontaktach z dziećmi badani są bardziej wymagający, oczekując od nich realnego wsparcia, o tyle relacje wnukami opierają się zwykle na bezwarunkowej miłości i radości czerpanej z samego faktu przebywania z nimi.

Badanie ilościowe wykazało, że blisko ¼ polskich seniorów (24%) regularnie wspiera lub opiekuje się członkami rodziny z młodszego lub starszego pokolenia. W zdecydowanej większości są to osoby z młodszych kategorii wieku, 77% stanowią 60-latkowie, a zaledwie 4% – 80-latkowie. Jak wynika z danych zestawionych w tabeli 1, w grupie owych opiekunów to kobiety zdają się znacznie bardziej obciążone tymi obowiązkami niż mężczyźni. Szczególnie duże dysproporcje dotyczą zabiegów pielęgnacyjnych i sprawowania opieki nad wnuczętami. Zadania te systematycznie realizuje 60% badanych kobiet i zaledwie 19% mężczyzn. Seniorki także znacznie częściej niż mężczyźni opiekują się swoimi sędziwymi rodzicami. Kobiety wspierające na co dzień swoich bliskich znacznie bardziej niż mężczyźni angażują się ponadto w wykonywanie drobnych prac domowych na rzecz dzieci i wnucząt, np. gotowanie, sprzątanie czy też pomoc w nauce, załatwianiu spraw urzędowych czy towarzyszenie podczas wizyt u lekarza. Znacznie mniejsze różnice pomiędzy badanymi kobietami i mężczyznami dostrzegalne są w zakresie aktywności podejmowanych przez nich z myślą o ich starszych rodzicach. Mężczyźni niemal równie często co kobiety pomagają rodzicom w domu, chodzą z nimi na spacer czy też robią zakupy. Z kolei mężczyźni sprawujący opiekę nad młodszymi lub starszymi członkami rodzin nieco częściej niż

badane kobiety udzielały wsparcia finansowego, zarówno dzieciom jak i wnuczętom. Zapewne jest to związane z ogólnie lepszą sytuacją materialną mężczyzn w Polsce wynikającą m.in. z wyższego poziomu wynagrodzeń, dłuższego okresu odprowadzania składek do ZUS itp.

Tabela 1. Wsparcie udzielane przez badane kobiety i mężczyzn wybranym członkom ich rodzin*

Rodzaj wsparcia	Wsparcie udzielane dzieciom		Wsparcie udzielane wnukom/ prawnukom		Wsparcie udzielane rodzicom	
	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni
Rozmowa	78%	74%	76%	70%	76%	73%
Pielęgnacja, opieka	32%	14%	60%	19%	79%	58%
Pomoc w pracach domowych (sprzątanie, gotowanie, prasowanie, prace w ogrodzie)	48%	14%	30%	2%	80%	77%
Pomoc w robieniu zakupów	35%	9%	18%	11%	78%	76%
Wychodzenie na spacer	26%	12%	52%	26%	52%	47%
Pomoc w wizytach u lekarza	25%	7%	24%	4%	75%	61%
Wsparcie w załatwianiu spraw urzędowych/ administracyjnych	25%	16%	10%	4%	73%	65%
Wspólne wyjazdy	45%	48%	47%	35%	39%	31%
Wspólne wyjścia do instytucji kultury	40%	28%	42%	12%	28%	10%
Pomoc w nauce	16%	10%	47%	23%	9%	10%
Przywożenie, zawożenie na różne aktywności (np. na basen, do szkoły, do Kościoła)	27%	17%	48%	44%	36%	37%
Pomoc materialna	46%	64%	48%	47%	31%	31%

* Dane dotyczą tylko osób, które zadeklarowały udzielanie wsparcia dzieciom (n=220), wnukom lub prawnukom (n=231), rodzicom (n=272).

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=723, opracowanie własne.

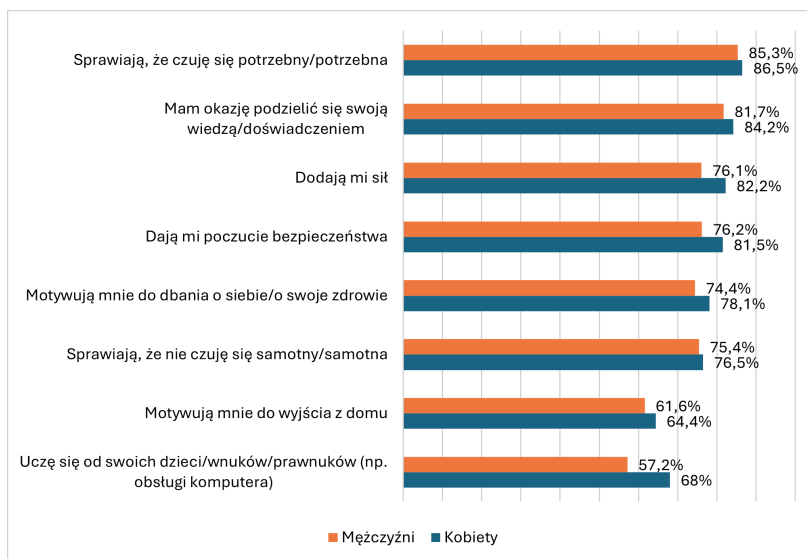
4. Znaczenie relacji międzypokoleniowych dla seniorów

Wyniki zarówno zrealizowanych badań ilościowych, jak i jakościowych wskazują na silne więzi łączące seniorów z ich bliskimi ze starszych i młodszych generacji. Większość badanych osób jest w stałym kontakcie z dziećmi i wnukami, a rzadszym, raczej okazjonalnym, z prawnukami. Osoby z młodszych badanych generacji utrzymują też bliskie relacje z rodzicami czy teściami.

Gros seniorów wypowiadało się pozytywnie o relacjach łączących je z bliskimi i wymieniało szereg korzyści płynących z tych kontaktów (zwłaszcza z reprezentantami młodszych pokoleń). Kobiety zdają się zauważać te pozytywy nieco częściej niż mężczyźni (por. wykres 2). Na podstawie udzielonych odpowiedzi można odnieść wrażenie, że to właśnie spotkania i rozmowy z córkami, synami i wnuczętami mają istotny wpływ na jakość życia seniorów, nadając mu sens, porządkując je i ograniczając poczucie osamotnienia.

Do najistotniejszych atutów utrzymywania stałych kontaktów z dziećmi, wnukami i prawnukami, wymienianych przez zdecydowaną większość respondentów (ok. 80%), należało dawanie seniorom poczucia, że są ważni i potrzebni, stwarzanie im okazji do dzielenia się z młodszym pokoleniem swoją wiedzą i doświadczeniem życiowym, dodawanie sił do zmagania z codziennością oraz zapewnianie seniorom poczucia bezpieczeństwa. Ponadto kobiety nieco częściej niż badani mężczyźni stwierdzały, że dzięki kontaktom z młodszymi członkami rodziny poszerzają swoją wiedzę i umiejętności, np. w zakresie obsługi komputera.

Wykres 2. Korzyści, jakie badane kobiety i mężczyźni czerpią z kontaktów z dziećmi, wnukami i prawnukami



Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=2766, opracowanie własne.

Wraz z wiekiem badanych katalog korzyści czerpanych z relacji z młodszymi członkami rodziny ulega modyfikacjom (por. tab. 2). Osoby najstarsze wydają się bardziej krytyczne w ocenach dotyczących znaczenia relacji z dziećmi, wnukami i prawnukami. Za największe atuty owych kontaktów uznają ich znaczenie dla dbałości o własne zdrowie i motywowanie do dbania o siebie. Kontakty z córkami, synami i ich dziećmi dają najstarszym seniorom poczucie bycia potrzebnym, ale korzyść ta jest znacznie rzadziej wymieniana przez nich niż w grupie 60-latków.

Tabela 2. Korzyści, jakie badani czerpią z kontaktów z dziećmi, wnukami i prawnukami w podziale na grupy wieku

Korzyści	Wiek badanych					
	60–64	65–69	70–74	75–79	80–84	85+
Dodają mi sił	84,4%	82,4%	75,8%	72,7%	83,5%	69,9%
Nie czuję się samotny/samotna	78,5%	78,6%	72,2%	71,5%	75,9%	72,3%
Motywuja mnie do wyjścia z domu	66,9%	63,4%	63,1%	57,7%	61,7%	60,2%
Czuję się potrzebny/potrzebna	90,6%	88%	83,1%	80,7%	78,9%	79,5%
Mam okazję podzielić się swoją wiedzą/doświadczeniem	88%	82,2%	83,4%	80,4%	80,5%	71,1%
Uczę się od nich (np. obsługi komputera/smartfona/Internetu, itp.)	65,3%	64,4%	64,2%	66%	64,7%	43,4%
Motywuja mnie do dbania o siebie/o swoje zdrowie	78,9%	77,2%	76,1%	73,9%	70,7%	79,5%
Dają mi poczucie bezpieczeństwa	82,4%	79,2%	79,9%	76,4%	77,4%	75,9%

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=2766, opracowanie własne.

Zrealizowane wywiady indywidualne pozwoliły na pogłębienie wniosków płynących z badań ilościowych. Na podstawie zebranych w ich trakcie danych można stwierdzić, że kontakty seniorów (przede wszystkim ze starszych grup wieku) z ich dziećmi opierają się w dużej mierze na konkretnym, codziennym wspieraniu, np. zawiezieniu do lekarza, naprawie sprzętów domowych, zrobieniu zakupów. Mają więc często wymiar bardzo praktyczny:

Nieraz syn przyjeżdża, (...) bierze młotek do ręki, idziemy coś tam robić. I takich rzeczy podstawowych, jak wbicie gwoźdza, (...) czy zdjęcie, (...) wymierzenie, czy grodzenie płota (lp58_10_66_m_miasto).

Jarek, syn, to przyjeżdża mi kosić trawę. A zimą jak było zimno, to drzewo mi przynosił (lp24_5_69_k_wieś).

Relacje z dziećmi stanowią dla osób starszych niejako opokę, dającą poczucie bezpieczeństwa na co dzień: *Mogę w każdej chwili liczyć na dzieci* (lp1_1_75_k_wieś). Na aspekt ten szczególną uwagę zwracały osoby, które zamieszkiwały razem ze swoimi dziećmi, prowadząc wspólnie gospodarstwo domowe:

Syn pracuje z domu bardzo często na home office i jeżeli ja miałam na przykład jakiś dzień, kiedy nie mogłam wrócić do domu, (...) zawsze mogłam liczyć, że obiad ugotuje i przychodziłam już na dom ogarnięty. Tak samo, jeśli chodzi o podwiezienie na zakupy, podwiezienie do lekarza. (...) jesteśmy raczej zżyci. I (...) zawsze mogę liczyć na jego pomoc (lp28_6_60_k_wieś).

Badani w wywiadach podkreślali, że w razie pogorszenia stanu zdrowia czy utraty samodzielności będą mogli liczyć na wsparcie ze strony córek i synów. Nie oczekują jednak nadmiernego poświęcenia ze strony młodszych członków rodziny. Podczas rozmów z seniorami wielokrotnie pojawiało się stwierdzenie, że nie chcą być dla dzieci i wnucząt obciążeniem:

Nie chciałabym być ciężarem dla kogoś. Myślę, że jakby takie najlepsze wyjście w takiej sytuacji, że gdyby cokolwiek się działo ze mną, to chciałabym mieć tyle pieniędzy, żeby móc być w jakiejś placówce, ale dobrze takiej wyposażonej, gdzie by była profesjonalna opieka. No tak, żeby nie być ciężarem dla dzieci (lp22_5_72_k_miasto).

Postawa taka znalazła potwierdzenie w badaniach ilościowych, w których zaledwie 4,6% respondentów zapytanych o to, z kim chcieliby zamieszkiwać w razie konieczności otrzymywania stałej, codziennej pomocy, odpowiedziało, że z dziećmi lub wnukami.

Relacje z wnukami mają nieco inny charakter niż te łączące badanych z dziećmi. Opierają się one przede wszystkim na silnej więzi emocjonalnej:

Kocham je [wnuczki – przyp. autorki] bardzo. One mnie przytulają (...) To są po prostu dziewczynki, które można zjeść. (...) są przecudowne (lp22_5_72_k_miasto).

Badani zdają się cieszyć z samego faktu posiadania wnucząt. Przebywanie z nimi, uczestniczenie w ich rozwoju i śledzenie ich postępów stanowi dla seniorów wartość samą w sobie:

Człowiek zapomniał już jak był dzieckiem (...), a teraz czasem (...) potrafię się z nimi [wnukami – przyp. autorki], stary chłop, bawić w chowanego czy (...) w piłkę. Mówię, te dzieci wnoszą dużo radości. No i cieszę się, że są (lp60_10_70_m_wieś).

Tym samym wydaje się, że przez reprezentantów najmłodszych pokoleń w rodzinie osoby starsze są wspierane przede wszystkim emocjonalnie, zaspokajając seniorom potrzebę bliskości, dodając im sił i energii oraz wnosząc w ich życie wiele radości:

[Wnuki – przyp. autorki] wnoszą radość. Człowiek patrzy (...) jak się rozwijają, jakie są z każdym rokiem mądrzejsze. Malutkie się trzyma na rękach, z większymi sobie porozmawiasz. Jeszcze inne chcą się bawić razem z babcią, (...) no więc jest fajnie, tak zawsze się przytulą zawsze (lp57_10_71_k_wieś). Radość (...) i troszkę samotność zabijają, bo jak się pojedzie to (...) trochę się pogada, trochę się powyglupia to zawsze inaczej (lp23_5_65_k_miasto).

Te, spośród badanych osób, których wnuczęta wyrosły już z wieku dziecięcego, podkreślały, że dzięki kontaktom z najmłodszymi członkami rodziny lepiej rozumieją otaczającą ich rzeczywistość i sposób myślenia młodszych pokoleń:

To jest naturalny kontakt, tak jak między pokoleniami w rodzinie. Nawzajem się powiedzmy. No, jak to się mówi, ubogacamy.

*Czyli pozwalają mi zrozumieć, jak wygląda ta młodzież. (...) Dowiaduję się wielu rzeczy. Z takich praktycznych spraw (lp2_1_71_m_wieś).
Dobrze poznać zdanie młodych ludzi, jak oni widzą świat. Czego nie rozumiem, a czego my nie rozumiemy (lp19_4_68_m_miasto).*

Dziadkowie i babcie czerpią także wiele satysfakcji i dumy ze śledzenia wszelkich, nawet drobnych sukcesów wnucząt, jak na przykład postępów poczynionych w nauce czy rozwoju zainteresowań i hobby:

Cieszy nas, jeżeli odnoszą jakieś sukcesy. Teraz na przykład mój wnuk tej starszej córki jest już na trzecim roku medycyny, student, i dobrze mu idzie, to się cieszymy (lp93_15_87_m_miasto).

Jakkolwiek większość badanych ceni sobie kontakty międzypokoleniowe i pozostaje w dobrych, opartych na bliskości relacjach w rodzinie, to jednak część seniorów deklarowała, że w ich związkach z dziećmi, wnukami czy rodzicami pojawiają się nieporozumienia. Zazwyczaj dotyczą one błahych spraw, toteż udaje się je sobie wyjaśnić, zapobiegając eskalacji konfliktu. Rzadko problemy rodzinne przybierają jednak na sile i prowadzą w skrajnych przypadkach do całkowitego zerwania relacji.

W grupie uczestników badania ilościowego 1,8% seniorów nie utrzymywało w ogóle kontaktu ze swoimi dziećmi, 3,1% z wnukami, a 7% z prawnukami. Prace empiryczne dotyczące konfliktów w rodzinie, zarówno krajowe, jak i zagraniczne, wskazują, że ich najczęstszymi przyczynami są m.in.: różnice zdań na temat podziałów obowiązków, sprawy błahе, nieistotne, odmienne poglądy i światopogląd oraz problemy finansowe¹¹. Do podobnych wniosków prowadzą analizy danych uzyskanych w trakcie omawianych wywiadów indywidualnych.

¹¹ Por. CBOS, *Przemoc i konflikty w domu. Komunikat z badań 48/2019*, Warszawa 2019; E. Aye, A. Nwakaego, D. Adimora i in., *Family Conflict and Managing*

Pozwalają one na określenie głównych powodów nieporozumień pojawiających się między przedstawicielami różnych generacji w rodzinie. Można wśród nich wymienić m.in.:

- różnice w wyznawanych wartościach lub w poglądach politycznych:

*Najczęściej były nieporozumienia na tle politycznym. (...) Ktoś ma do mnie przychodzić na kolację i tłumaczyć, że białe jest białe, a czarne jest czarne. No to wie pani, to trudno to było zrozumieć (...). Zerwaliśmy. To znaczy coraz rzadziej się dzwoniło, aż w końcu to wygasło. (...) W ogóle to się urwały te stosunki z rodziną (lp13_3_75_m_wieś),
Nieraz spieramy się na (...) polityczne tematy. Czy sposobem podejścia do niektórych spraw życiowych. Różnie to bywa (lp19_4_68_m_miasto);*

- kwestie związane z finansami np. dotyczące spraw majątkowych:

Niestety były (...) takie niedociągnięcia rozliczeń finansowych. Po prostu przy podziale (...) majątku (...) spadku (lp15_3_60_m_miasto);

- odmienne wyobrażenie o metodach wychowywania wnucząt i przekazywanych im wartościach:

Rozpuszczają je [wnuki – przyp. autorki] strasznie, ja się z tym tak nie bardzo mogę pogodzić, no i wtedy niestety rozmowa między nami jest nie za ciekawa. No nieraz jest zerwanie kontaktu tak, bo zazębień takie, że ja nie odpuszczę i córka też. Po prostu nie zadzwonimy do siebie codziennie, tylko co trzeci dzień (lp23_5_65_k_miasto).

Strategies: Implication for Understanding Emotion and Power Struggles, „Global Journal of Psychology Research: New Trends and Issues” 2017, nr 6(3), s. 148–159.

Ja jestem pedantem. Lubię mieć posprzątane. (...) Lubię mieć czysto. I (...) jak jadę do córki i do partnera, i do Cypriana [wnuka – przyp. autorki], to mówię: nabałaganisz, to weź po sobie posprzątaj. (...) i (...) nieraz się, z córką pożarłem, także żeśmy się nie odzywali, bo on jak nabałagani to: zostaw, mamusia za ciebie posprząta (lp94_15_69_m_miasto).

Problematyczna bywa dla badanych osób opieka nad najstarszymi członkami ich rodzin, rodzicami, teściami czy kuzynami, która stanowi niekiedy duże wyzwanie zarówno pod względem logistycznym, jak i związanym z obciążeniem emocjonalnym i fizycznym. Podział obowiązków związany z opieką nad rodzicami bywa niekiedy przyczyną nieporozumień pomiędzy osobami badanymi a ich rodzeństwem. Podobnie jak w przypadku opieki nad wnuczętami, zazwyczaj opiekę nad najstarszymi członkami rodziny sprawują kobiety, czasem z różnych pokoleń np. matka z córką:

Mamę mam starszą 88 lat, także no mam się kim opiekować. No, jak nie ma mnie, to córka zajmuje się moją mamą, (...) Mama jest jeszcze samodzielna, sama wchodzi, sama sobie robi zakupy, no ale wiadomo, że te cięższe rzeczy przynieść czy do lekarza, czy jak. No to wtedy jest, jest jej potrzebna taka osoba, czy ja czy córka, wtedy ją się nią opiekujemy (lp23_5_65_k_miasto).

Jeśli osoba, którą opiekuje się senior, pozostaje samowystarczalna, obciążający jest przede wszystkim stres wynikający z troski o sędziwego i nie tak sprawnego jak dawniej rodzica. Jeśli jednak starsza osoba, której pomagają badany/badana, jest niesamodzielna, opieka nad nią zajmuje wówczas znaczną część dnia, niejednokrotnie ograniczając lub uniemożliwiając wykonywanie innych czynności. Znaczne obciążenie opieką nad starszą osobą w rodzinie bywa niekiedy przyczyną trwałego wycofania się z rynku pracy:

Jestem na emeryturze czwarty rok. Opiekuje się moją mamą, która niestety już jest osobą leżącą i to mi bardzo dużo czasu zajmuje. (...) Do pracy bym poszła, ale niestety ze względu na to, że się opiekuję to już po prostu nie miałam możliwości, żeby dodatkowo cokolwiek dorobić (lp30_6_64_k_miasto).

Z kolei dla niektórych badanych, zwłaszcza mężczyzn, męczące bywają kontakty z najmłodszymi członkami rodziny. Dla osoby starszej hałas, który robią dzieci, oraz ich ruchliwość bywają czasami zbyt uciążliwe. Jak zauważył jeden z mężczyzn uczestniczących w wywiadach indywidualnych, wnuki wprowadzają w codzienność *taki chaos. No bo człowiek ma takie spokojne życie, a tu raptem a to, to, a to tamto. (...) Nie bardzo mi się to podobało* (lp26_5_66_m_wieś).

Niemniej jednak niektórzy seniorzy, mimo że zachowania wnucząt czasami budziły w nich irytację, zauważali, że wyzwania związane z opieką nad nimi miały także walor edukacyjny. Pozwoliły bowiem dziadkom i babciom na znaczne poszerzenie ich kompetencji społecznych, takich jak: empatia, wyrozumiałość czy cierpliwość:

Myślę, że cierpliwości się nauczyłem. (...) bo wiadomo, no te wnuki biegają i tak dalej. Nauczyłem się tego, żeby nie przeżywać tego, bo to jest może denerwujące, w pewnym wieku (...), ale nauczyłem się właśnie tej cierpliwości do tego, że no po prostu muszą się wykrzyczeć czy muszą się wyszaleć, wybiegać. No to jest dziecko, nie usiądzie na miejscu. Także jestem w tym kierunku wyrozumiały. Kiedyś mi to przeszkadzało (lp27_5_62_m_wieś).

Podsumowanie

Tegoroczna edycja badań realizowanych w projekcie *Świat na miarę seniora – sytuacja osób starszych w Polsce* potwierdziła, że osoby w wieku 60+ pielęgnują relacje zarówno z młodszymi, jak i starszymi członkami ich rodzin. Szczególnie silne więzy, co oczywiste, łączą seniorów z ich dziećmi i wnukami. Kontakty z najmłodszymi członkami rodziny dostarczają babciom i dziadkom wiele satysfakcji i radości, sprawiają, że osoby starsze czują się potrzebne i kochane. To właśnie dobre relacje z wnuczętami zdają się kluczowe dla jakości życia seniorów i ich kondycji psychofizycznej. W badanej populacji korzyści płynące z częstych, jak wynika z analiz, i bliskich kontaktów międzypokoleniowych w ramach rodziny zdecydowanie przeważają nad mankamentami. Sporadycznie zdarzały się w życiu osób starszych sytuacje (m.in. związane z różnicami światopoglądowymi, kwestiami finansowymi czy też podejściem do wychowania wnucząt), które doprowadziły do zerwania kontaktów rodzinnych.

Odnutowania wymaga też fakt, że niemała grupa seniorów to osoby z tzw. *sandwich generation*, tj. pokolenia podwójnie obciążonego: z jednej strony opieką nad najmłodszymi osobami w rodzinie, z drugiej zaś – nad sędziwymi rodzicami czy kuzynami. Godzenie przez nich ról rodzinnych z innymi aktywnościami (np. zawodowymi, gdy senior chciałby podnieść wysokość otrzymywanych świadczeń emerytalnych) bywa trudne. W przypadku codziennej opieki nad osobą niesamodzielną staje się wręcz niemożliwe, co może rodzić frustrację i negatywnie oddziaływać na inne sfery życia seniorów. W szczególności trudnej sytuacji znajdują się kobiety, na których w głównej mierze spoczywa obowiązek opieki nad bliskimi. Jak wykazały badania, niekiedy we wspomnianych czynnościach opiekuńczych kobiety z różnych generacji wspierają się i uzupełniają. Wydaje się, że w najbliższych latach w związku z ograniczonym dostępem do opieki instytucjonalnej nadal ciężar opieki nad osobami starszymi będzie spoczywał na rodzinie. Sami badani zdają się aprobować taką sytuację – 82% osób, które wzięły udział w ankietyzacji, uznało bowiem, że opieka nad

rodzicami w starszym wieku należy do obowiązków dzieci. Rodzi to jednak pewne wyzwania dla całego polskiego społeczeństwa. Po pierwsze, w związku ze spadającą dzietnością trudno będzie w dłuższej perspektywie utrzymać rodzinny model opieki nad seniorami. Po drugie, istnieją przesłanki każące przypuszczać, że skupione na własnych potrzebach młodsze pokolenia mogą nie być chętne do intensywnego wspierania rodziców czy dziadków¹². Takie podejście może prowadzić zaś do napięć w rodzinie i w konsekwencji obniżać jakość relacji międzypokoleniowych i wzmacniać u seniorów poczucie osamotnienia i niezrozumienia.

Bibliografia

- Aye E., Nwakaego A., Adimora D. i in., *Family Conflict and Managing Strategies: Implication for Understanding Emotion and Power Struggles*, „Global Journal of Psychology Research: New Trends and Issues” 2017, nr 6(3).
- Borkowska-Kalwas T., *Ludzie starzy w rodzinie*, w: *Starzy ludzie w Polsce. Społeczne i zdrowotne skutki starzenia się społeczeństwa*, red. J. Halik, Warszawa 2002.
- CBOS, *Rola dziadków w naszym życiu. Komunikat z badań BS/8/2012*, Warszawa 2012.
- CBOS, *Przemoc i konflikty w domu. Komunikat z badań 48/2019*, Warszawa 2019.
- Orzechowska G., *Aktualne problemy gerontologii społecznej*, Olsztyn 1999.
- Relacje międzypokoleniowe w rodzinie – perspektywa gerontologiczna*, w: *Relacje międzypokoleniowe we współczesnych polskich rodzinach*, red. P. Szukalski, Łódź 2014.
- Pikuła N.G., *Poczucie sensu życia osób starszych. Inspiracje do edukacji w starości*, Kraków 2015.
- Rynkowska D., *Rola i znaczenie aktywności społecznej seniorów*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio I – Philosophia-Sociologia” 2016, nr 2, vol. XLI.
- Szarota Z., *Gerontologia społeczna i oświatowa. Zarys problematyki*, Kraków 2004.
- Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dzięgielewska M., *Podstawy gerontologii społecznej*, Warszawa 2006.
- Ziomek-Michalak K., *Zasoby osobiste a oczekiwania zdrowotne polskich seniorów*, Warszawa 2016.

¹² Por. *Relacje międzypokoleniowe w rodzinie...*, dz. cyt., s. 41–56.

ELŻBIETA BOJANOWSKA

Instytut Nauk Socjologicznych
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego

Stan zdrowia somatycznego osób starszych a jakość życia

Słowa kluczowe: osoby starsze, starość, jakość życia, zdrowie, samodzielność, aktywność

Wprowadzenie

Zdrowie i jakość życia są kluczowymi pojęciami dla opisanie i zrozumienia sytuacji osób starszych. Zdrowie jako pojęcie pozytywne, z jednej strony odnosi się zarówno do zasobów indywidualnych, jak i społecznych, z drugiej zaś determinuje nie tylko jakość życia, ale też inne komponenty i obszary funkcjonowania seniorów. Wydłużanie się przeciętnego trwania życia oraz zwiększająca się populacja osób starszych sprawiają, że kwestie zdrowia czy dostępu do placówek ochrony zdrowia stają się jednym z najważniejszych wyzwań, z jakimi musimy się mierzyć.

Pomimo relatywnie dobrego stanu zdrowia osób starszych, wraz z postępującym wiekiem następuje stopniowa utrata sił, możliwości funkcjonalnych i poznawczych. Człowiek starszy staje się coraz bardziej podatny na urazy i choroby, zwykle przewlekłe. W miarę upływu lat następuje bowiem stopniowe zmniejszenie wydolności organizmu, sił immunologicznych, mobilności i aktywności. Zachodzą zmiany w strukturze i funkcjonowaniu organizmu oraz procesach przystosowawczych jednostki. Może być to konsekwencją kumulowania się

różnych chorób i urazów ciała bądź następować wskutek naturalnych procesów starzenia się komórek i tkanek. W efekcie prowadzi często do ograniczenia fizycznego, niepełnosprawności czy nawet niesamodzielności. Charakterystyczne dla osób starszych jest współwystępowanie wielu stanów chorobowych, co często prowadzi do nadmiernej farmakoterapii. Ponadto, procesy chorobowe w starości przebiegają pod wieloma względami w odmienny sposób niż we wcześniejszych okresach życia. Wojciech Pędich podkreślał, że: „utrzymanie, a raczej podtrzymanie samodzielności ludzi starych wykracza poza zadania służby zdrowia; powinno stać się wyzwaniem dla gerontologii, polityki społecznej, a także dla całego społeczeństwa. Nauczmy się żyć ze starością – nie tylko starością innych, ale także przyszłą lub obecną starością własną (...). Starość przypomina księżyc w trzeciej i czwartej kwadrze; jeszcze świeci, jeszcze bawi swoim pięknem, ale z każdym dniem światła jest coraz mniej. Można przedłużyć blask starości poprzez wielokierunkowe działania profilaktyczne, pomoc medyczną i zabezpieczenie socjalne”¹.

Proces starzenia się i związana z nim postępująca kumulacja problemów zdrowotnych, ograniczeń funkcjonalnych, a przez to ryzyko wykluczenia społecznego, rzutuje na jakość i styl życia osób starszych oraz ich potrzeby wynikające m.in. z deficytów funkcjonalnych. Dotyczy to zwłaszcza najstarszych kohort wiekowych. Celem niniejszego artykułu jest zatem przedstawienie stanu zdrowia somatycznego w kontekście jakości życia z uwzględnieniem subiektywnego jego postrzegania i wpływu na różne aktywności oraz zdolności do samodzielnego codziennego funkcjonowania.

¹ W. Pędich, *Samodzielność w starości, czyli jasna strona księżyca*, w: *Samodzielność ludzi starych z perspektywy medycyny i polityki społecznej. Dotychczasowe doświadczenia UE i Polski*, Materiały Konferencyjne PTG – Oddział Mazowiecki, Warszawa 2004, s. 215–216.

1. Jakość życia osób starszych

Pojęcie „jakość życia” pojawiło się po raz pierwszy po drugiej wojnie światowej w Stanach Zjednoczonych² i było kojarzone wyłącznie z dobrostanem materialnym, obiektywnymi warunkami związanymi z egzystencją oraz ze stanem posiadania³. 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 narodu⁴. 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 Zjednoczonych⁵. 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 jednostek⁶. Jakość życia jest zatem inna u każdej z osób i zależy od obiektywnych uwarunkowań zdrowotnych, ekonomicznych i społecznych, jak i ich subiektywnego odczuwania.

Ponadto możemy mówić o dwóch wymiarach jakości życia: obiektywnym i subiektywnym, które przyjmuje się w tzw. europejskim

² Próby zdefiniowania koncepcji dobrostanu, szczęścia itp. oraz ich uwarunkowań sięgają do wczesnej filozofii greckiej.

³ A. Dziurawicz-Kozłowska, *Wokół pojęcia jakości życia*, „Psychologia Jakości Życia” 2002, vol. 1, s. 78–79.

⁴ T. Hirnle, T. Cross, *Jakość życia po operacjach kardiologicznych u osób w starszym wieku*, w: *Kardiologia starszego wieku*, red. G. Świątecka, Warszawa 1998, s. 224.

⁵ 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.

⁶ A. Campbell, *The Sense of Well-being in America: Recent Patterns and Trends*, New York 1981.

systemie statystycznym, opartym na wytycznych Raportu Josepha E. Stiglitz. Wymiar obiektywny (dobrobyt) obejmuje takie obszary, jak np.: materialne warunki życia, zdrowie, relacje społeczne, jakość infrastruktury i środowiska naturalnego w miejscu zamieszkania. Na wymiar subiektywny (dobrostan), składają się zarówno satysfakcja i zadowolenie z życia jako całości, jak i z różnych jego aspektów⁷. Na te dwa wymiary wskazuje również koncepcja Davida Felce'a i Jonathan Perry'ego, według których jakość życia jest definiowana jako łączenie 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 znaczeń⁸.

Można zatem przyjąć za Markiem Rapleyem, że „pojęcie jakości życia jest wielowymiarowym konstruktem i odnosi się do oczekiwań jednostki odnośnie do wybranych wymiarów życia”⁹. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) podkreśla, że oznacza „postrzeganie przez jednostkę swojej pozycji życiowej w kontekście kultury i systemu wartości, w którym żyje, w odniesieniu do jej celów, oczekiwań, standardów i obaw”¹⁰. 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. Odnosi się również do oczekiwań, możliwości czy zainteresowań poszczególnych osób.

⁷ *Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress 2009*, <http://www.stiglitz-sen-fitoussi.fr/en/index.htm> (dostęp: 7.09.2025).

⁸ D. Felce, J. Perry, *Quality of Life: Its Definitions and Measurement*, „Research in Developmental Disabilities” 1995, nr 16(1), s. 51–74.

⁹ M. Rapley, *Quality of Life Research. A Critical Introduction*, London-Thousand Oaks-New Delhi 2003, s. 28.

¹⁰ WHO, *WHOQOL: Measuring Quality of Life*, <https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref> (dostęp: 7.09.2025).

Anna Janiszewska wskazuje za Lauderem, że 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 instytucji¹¹.

Małgorzata Halicka stwierdza, na podstawie badań własnych, 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 jest 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, zagrożenie, poczucie osamotnienia¹².

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;

¹¹ A. Janiszewska, *Obraz starości demograficznej w krajach UE a stan zdrowia jej mieszkańców*, „Space – Society – Economy” 2015, nr 14: *Jakość życia ludzi starych – wybrane problemy*, s. 28.

¹² M. Halicka, *Satysfakcja życiowa ludzi starych. Studium teoretyczno-empiryczne*, Białystok 2004, s. 72.

- 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, wyłączanie się, izolacja);
- w statusie wynikającym z utraty niezależności i przyjęcia pozycji osoby zależnej od innych (wielowymiarowa zależność)¹³.

Zdaniem Zbigniewa Woźniaka największe znaczenie dla jakości życia osób starszych mają w kolejności następujące aspekty:

- 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)¹⁴.

To, że zdrowie jest jednym z tych aspektów, które wpływają na funkcjonowanie seniorów i ich codzienne życie, a w konsekwencji na ocenę jakości życia, potwierdzają badania przeprowadzone w 2024 r. w ramach projektu badawczego *Świat na miarę seniora – sytuacja osób starszych w Polsce*¹⁵. Wśród zidentyfikowanych głównych problemów,

¹³ B. Tobiasz-Adamczyk, P. Brzyski, J. Bajka, *Społeczne uwarunkowania jakości życia kobiet u progu wieku starszego*, Kraków 2004. s. 16–17.

¹⁴ Z. Woźniak, *Starość. Bilans – zadanie – wyzwanie*, Poznań 2016, s. 123–124.

¹⁵ Projekt badawczy *Świat na miarę seniora – sytuacja osób starszych w Polsce*, finansowany ze środków Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego (umowa: MEiN/2023/DPI/2077), realizowany przez badaczy skupionych w Centrum Badań nad Starością i Starzeniem się Społeczeństwa, Referencyjnym Ośrodku

których doświadczali respondenci, były trudności w dostępie do usług medycznych (35,7%), a blisko co czwarty badany wskazywał na zły stan zdrowia (23,4%). Na kolejnym miejscu doświadczanych problemów, znalazły się niewystarczające środki finansowe (22,2%)¹⁶.

Chmura 1. Skojarzenia seniorów z jakością życia



Źródło: Badanie jakościowe Świat na miarę seniora 2024, opracowanie własne.

2. Zdrowie a proces starzenia

Definicja zdrowia według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) podkreśla, że: „zdrowie jest stanem pełnego/całkowitego dobrego samopoczucia/dobrostanu (ang. *wellbeing*) fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brakiem – obiektywnie istniejącej – choroby (ang. *disease*) czy niepełnosprawności (ang. *infirmary*)”¹⁷, wskazując

Badawczym Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie oraz w Instytucie Pracy i Spraw Socjalnych.

¹⁶ E. Bojanowska, *Zdrowie a jakość życia osób starszych*, w: *Świat na miarę seniora 2024. Jakość życia – relacje – aktywności*, red. E. Bojanowska, R. Czekalski, Warszawa 2024, s. 185.

¹⁷ Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, *Uwarunkowanie zdrowia*, <https://www.pzh.gov.pl/uwarunkowanie-zdrowia/> (dostęp: 25.08.2025).

zatem na holistyczne perspektywę. W strategii WHO, zdrowie traktuje się w kategorii:

- wartości, dzięki której jednostka lub grupa może realizować swoje aspiracje, a przez to osiągać satysfakcję i radzić sobie w środowisku;
- zasobu (bogactwa) dla społeczeństwa, gwarantującego jego rozwój społeczny i ekonomiczny. Tylko zdrowe społeczeństwo może tworzyć dobra materialne i kulturowe, rozwijać się i osiągać lepszą jakość życia;
- środka do osiągnięcia lepszej jakości życia¹⁸, co niewątpliwie przekłada się na podejście i postrzeganie starości, kładące nacisk na dobrostan osób starszych. Dlatego, że zdrowie jest uwarunkowane spletem wielu czynników: behawioralnych, społeczno-ekonomicznych, związanych ze środowiskiem naturalnym i otoczeniem człowieka, które oddziałują na nas przez całe życie, choć z różnym natężeniem i w różny sposób na poszczególnych jego etapach¹⁹.

Zdrowie publiczne, zakłada społeczno-ekologiczny (społeczno-środowiskowy, środowiskowy, ekologiczny) model zdrowia, który uwzględnia:

- wzajemne związki człowieka z otoczeniem społecznym,
- liczne uwarunkowania zdrowia, które występują na kilku poziomach:
 - najniższym dotyczącym osoby, jednostki (intrapersonalnym) i jej warunków genetycznych, wiedzy, postawy i zachowania,
 - interpersonalnym, na którym znaczenie mają sieci społeczne i normy grupowe, wsparcie społeczne ze strony rodziny, bliskich, rówieśników,
 - społeczności i instytucjonalnym – znaczenie w nim mają czynniki wynikające z relacji między organizacjami, które

¹⁸ B. Zboina, *Jakość życia osób starszych*, Stowarzyszenie „Nauka Edukacja Rozwój”, Ostrowiec Świętokrzyski 2008, s. 82

¹⁹ B. Wojtyniak, A. Smaga (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2025*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2025, s. 12–13.

determinują warunki nauki, pracy, usługi publiczne, transport, itp.,

- najwyższym, społecznym, ekonomicznym i politycznym, na którym znaczenie mają polityki publiczne, prawo oraz normy kulturowe²⁰.

Według Nancy A. Pachana zmiany zachodzące w organizmie człowieka na poziomie biologicznym, psychologicznym i społecznym w miarę upływającego czasu, stanowią „pierwotne starzenie się”. Obejmują one zużycie narządów na skutek ich funkcjonowania wraz z upływem czasu i niewiele można zrobić, by je cofnąć lub spowolnić. Dotyczą one np.: malejącej ostrości wzroku w szczególności bliży, spadku masy mięśniowej i gęstości kości czy utraty słuchu. Przebieg zmian pierwotnych związanych ze starzeniem jest względnie stabilny przez całe życie, ale w wyniku upływu czasu ich skumulowane następstwo może być bardziej zauważalne. Zmiany zachodzące w organizmie na skutek choroby, bądź urazów określane są terminem „wtórnego starzenia się” i są to np.: choroba naczyńnowo-wieńcowa, choroba Alzheimera, zwyrodnienie plamki żółtej czy osteoporoza. Pierwotne zmiany towarzyszące starzeniu się bardziej powszechne i w dużej mierze nieuniknione, wtórne są zaś osobnicze, często możliwe do złagodzenia, a nawet uniknięcia. Choć występują również niezbadane obszary pomiędzy starzeniem pierwotnym i wtórnym, np. kiedy zużycie stawów i chrząstki (starzenie pierwotne) przechodzi w zapalenie stawów (starzenie wtórne). W związku z tym bardzo ważne są działania o charakterze profilaktycznym mające na celu utrzymanie zdrowia i aktywności jak najdłużej²¹.

Na poziomie biologicznym starzenie się jest wynikiem wpływu kumulacji różnorodnych uszkodzeń molekularnych i komórkowych w miarę upływu czasu. Prowadzi to do stopniowego spadku

²⁰ Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, *Uwarunkowanie zdrowia*, dz. cyt.

²¹ N. Pachana, *Starzenie się. Krótkie wprowadzenie*, Łódź 2021, s. 38–39,

sprawności fizycznej i umysłowej i rosnącego ryzyka chorób²². Są to stopniowe zmiany degeneracyjne zachodzące we wszystkich komórkach organizmu, następuje bowiem spowolnienie procesów metabolicznych oraz obniżają się możliwości układu odpornościowego, co często zmniejsza aktywność i sprawność fizyczną. Dlatego w dużej mierze w miarę upływu lat z pogarsza się stan zdrowia. Według Thomasa Kirkwooda przyczyną starzenia jest nagromadzenie uszkodzeń w organizmie powodująca ogólne pogorszenie wszystkich funkcji organizmu i utraty adaptacyjnej odpowiedzi na stres. Postępujące zawężenie rezerw homeostazy powoduje rosnące ryzyko chorób zależnych od wieku²³. Katarzyna Wieczorowska-Tobis wskazuje, że zmiany w organizmie człowieka wywoływane pogarszaniem się funkcji każdego narządu rozpoczynają się ok. 30–40 roku życia i stopniowo się nasilają i nabierają na sile po 60 roku życia: „(...) zmiany w układzie krążenia sprzyjają m.in. występowaniu miażdżycy i nadciśnienia; zmiany w układzie ruchu – dolegliwości stawowych, zaników mięśniowych i osteoporozy; zmiany w układzie hormonalnym zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia m.in. cukrzycy, a zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym – otępienia. Ponieważ starzenie się dotyczy wszystkich narządów, często u osób starszych współlistnieje wiele chorób”²⁴.

Najbardziej charakterystyczne dla wieku starszego są niezakaźne choroby przewlekłe, trwające sześć miesięcy i dłużej, takie jak: choroby układu krążenia, w tym szczególnie niedokrwienna choroba serca, choroby nowotworowe, cukrzyca, chroniczne choroby układu oddechowego, choroby kostno-stawowe, zaburzenia psychiczne i demencja.

²² WHO, *Ageing and Health*, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> (dostęp: 23.08.2025).

²³ T. Kirkwood, *Evolution Theory and Mechanisms of Aging*, w: *Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology*, red. R.C. Tallis, H.M. Fillit, London 2010, s. 18–22.

²⁴ K. Wieczorowska-Tobis, *Opieka a samodzielność życiowa osób w starszym wieku*, w: *Pedagogika specjalna osób w starszym wieku*, red. M. Kilian, Kraków 2021, s. 405.

Choroby przewlekłe osób po 65 roku życia występują u ok. 65% populacji europejskiej i stanowią główną przyczynę niepełnosprawności, niezdolności do samodzielnej egzystencji czy śmierci. Odpowiadają za 86% zgonów w większości krajów na świecie²⁵. Należy również zauważyć, że z wiekiem wzrastają nie tylko częstość występowania chorób, ale także ich długość trwania. Charakterystyczne dla osób starszych jest współwystępowanie wielu stanów chorobowych, co często prowadzi do nadmiernej farmakoterapii. Wydaje się, że zbyt małą wagę przykładą się do zjawiska wielochorobowości osób starszych, zarówno w zakresie prewencji, jak i skutecznego leczenia.

W 2023 r. przewidywane przeciętne dalsze trwanie życia noworodka płci męskiej w Polsce wynosiło 74,7 roku, płci żeńskiej natomiast – 82 lata. W przypadku kobiet było to o 0,9 roku więcej niż rok wcześniej, a mężczyźni – o 1,2 roku więcej. Mężczyzna w wieku 60 lat w 2023 r. miał przed sobą 19,6 roku życia. W przypadku kobiet w tym wieku przewidywana przeciętna długość dalszego życia wyniosła 24,4 roku²⁶. Ważnym aspektem jakości życia jest liczba lat przeżytych w zdrowiu. I tak wskaźnik oczekiwanego trwania życia w zdrowiu w Polsce w 2023 r. dla noworodka płci męskiej wynosił 61,3 roku, a płci żeńskiej – 64,6 roku. Oznacza to, że mężczyzna przeżyje w zdrowiu 82,1% swojego życia, a kobieta – 78,8%. Mężczyzna w wieku 60 lat miał przed sobą przeciętnie 10,7 roku w zdrowiu, kobieta w tym samym wieku natomiast – 12,1 roku²⁷.

Pacjenci w wieku 60 lat i więcej stanowili niemal połowę wszystkich osób hospitalizowanych w 2023 r. (45,7% kobiet i 46,7% mężczyzn). Standaryzowane współczynniki hospitalizacji osób starszych (60 lat i więcej) w 2023 r. wynosiły 3255 hospitalizowanych na 10 tys. kobiet i 3907 hospitalizowanych na 10 tys. mężczyzn. Najczęstszą przyczynę

²⁵ T. Grodzicki, S. Golinowska, B. Tobiasz-Adamczyk, *Zdrowie osób starszych*, w: *Zdrowie publiczne. Wymiar społeczny i ekologiczny*, red. S. Golinowska i in., Warszawa 2022, s. 343.

²⁶ GUS, Urząd Statystyczny w Białymstoku, *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2023 r.*, Warszawa–Białystok 2024, s. 10

²⁷ Tamże, s. 21.

hospitalizacji stanowiły choroby układu krążenia, a w drugiej kolejności nowotwory. Z analizy danych wynika nadwyżka częstości hospitalizacji mężczyzn, która wahała się od 18% do 26% (najwyższa w 2020 r.). Największe różnice dotyczyły chorób układu oddechowego (nadwyżka hospitalizacji mężczyzn w 2023 r. wyniosła 67%) i chorób układu krążenia (68% w 2023 r.). Wzrost częstości leczenia szpitalnego mężczyzn w stosunku do kobiet obserwuje się dla chorób układu pokarmowego i nerwowego. Większą częstością hospitalizacji kobiet niż mężczyzn charakteryzowały się: zaburzenia wydzielania wewnętrznego oraz urazy i zatrucia²⁸. Z badania przeprowadzonego w 2025 r. przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH Państwowy Instytut Badawczy wynika, że subiektywna ocena stanu zdrowia jest najniższa wśród osób najstarszych. Swoje zdrowie ocenia źle lub bardzo źle 36% mężczyzn i 31,8% kobiet w wieku 75 lat lub starszych oraz 21,6% mężczyzn i 16,6% kobiet w wieku 60–74 lat²⁹.

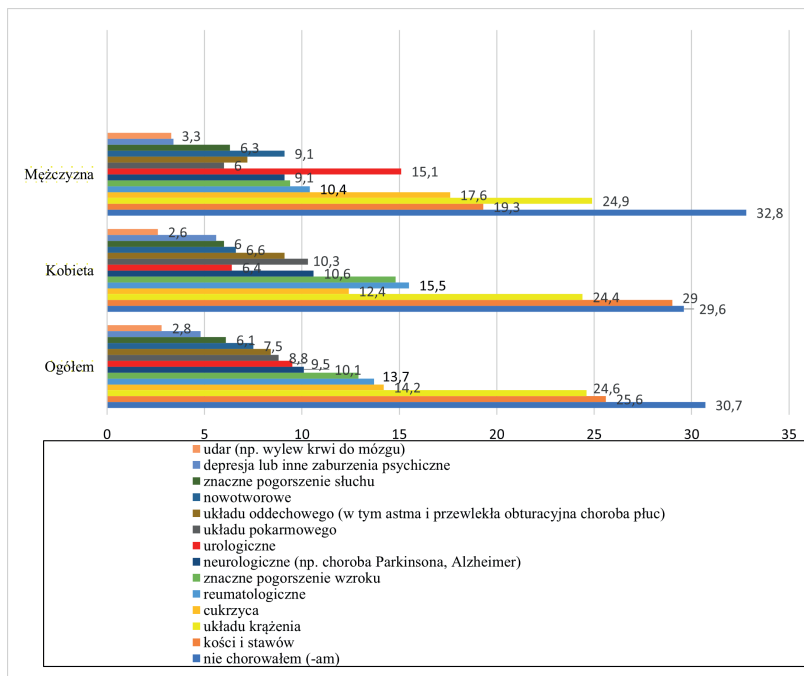
3. Stan zdrowia osób starszych w świetle badania *Świat na miarę seniora 2025*

Stan zdrowia osób starszych w niniejszym artykule jest opisany na podstawie odpowiedzi na pytanie, czy i jakie choroby wystąpiły u respondentów biorących udział w badaniu przeprowadzonym w 2025 r. w ramach projektu *Świat na miarę seniora – sytuacja osób starszych w Polsce*, w okresie ostatnich 12 miesięcy (zob. wykres 1). Najwięcej respondentów (30,7%) odpowiedziało, że nie chorowało w ciągu ostatniego roku. Najczęściej wskazywanymi problemami zdrowotnymi są natomiast: choroby kości i stawów (25,6%), choroby układu krążenia (24,6%), cukrzyca (14,2%), reumatologiczne (13,7%) oraz znaczne pogorszenie wzroku (12,9%).

²⁸ *Sytuacja zdrowotna ludności...*, dz. cyt., s. 22.

²⁹ Tamże, s. 402–403.

Wykres 1. Choroby, które wystąpiły w ciągu ostatnich 12 miesięcy u badanych z podziałem na płeć (dane w %)



Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Głównym czynnikiem determinującym samoocenę stanu zdrowia badanych są ich płeć i wiek. Najbardziej zadowolone ze swego stanu zdrowia są osoby najmłodsze w wieku 60–64 lata. Choroby kości i stawów oraz choroby układu krążenia wyraźnie częściej występowały u kobiet (odpowiednio 29% i 24,4%) niż u mężczyzn (19,3% i 24,9% dla układu krążenia). Wraz z wiekiem wzrasta odsetek osób dotkniętych schorzeniami przewlekłymi – w grupach 75+ odsetek problemów z krążeniem przekracza 30%, a choroby kości i stawów występują u niemal co trzeciej osoby w grupie 75–79 lat. Choroby neurologiczne (takie jak Parkinson czy Alzheimer) dotyczą ogółem 10,1% respondentów, przy

czym ich częstość wyraźnie wzrasta w najstarszych grupach (do 15,6% wśród 85+). Nowotwory wskazało 7,5% badanych, częściej mężczyźni niż kobiety, a zachorowalność wzrasta wyraźnie po 70 roku życia. Cukrzyca dotyczy 14,2% respondentów, częściej mężczyzn (17,6%) niż kobiet (12,4%), także jej częstość rośnie z wiekiem – zwłaszcza w grupie 75–84 lata, w której sięga ponad 20%. Problemy urologiczne częściej dotyczą mężczyzn (15,1% vs 6,4%) i wyraźnie nasilają się w najstarszych grupach wiekowych (do 21,1% wśród 85+). Z analizy danych wynika, że z wiekiem rośnie też częstość znacznego pogorszenia wzroku i słuchu – np. pogorszenie wzroku deklaruje już 24% osób 80–84 lata i 16,7% w grupie 85+, a problemy ze słuchem dotyczą 14,4% w tej najstarszej grupie. Odsetek osób deklaruujących depresję lub inne zaburzenia psychiczne jest ogółem stosunkowo niski (4,8%), ale nieco wyższy wśród kobiet (5,6% wobec 3,4% u mężczyzn) i rośnie lekko w wieku 70–79 lat. Udar (wylew) zadeklarowało 2,8% badanych, wyraźnie częściej po 75 roku życia. Warto podkreślić, że aż 30,7% respondentów zadeklarowało brak jakichkolwiek poważnych chorób w ostatnim roku – odsetek ten maleje z wiekiem: z 34,2% w grupie 60–64 do 18,9% wśród osób 85+, co odzwierciedla postępującą kumulację problemów zdrowotnych u najstarszej części populacji. Wyniki te obrazują narastające obciążenie zdrowotne w populacji osób starszych, przy czym największe ryzyko wielochorobowości dotyczy osób po 75 roku życia.

Choroby kostno-stawowe najczęściej występujące wśród badanych dotyczą ok. ¼ osób i nie zależą od wykształcenia respondentów (zob. tab. 1). Problemy kardiologiczne deklaruje od 21,7% do 33,3% badanych w zależności od wykształcenia, przy czym najczęściej osoby z wykształceniem podstawowym (33,3%). Rzadziej choroby te pojawiają się wśród seniorów z wykształceniem wyższym (21,7%). Ponadto wśród osób z wykształceniem podstawowym dominują choroby kości i stawów (28%) i znacznego pogorszenia wzroku (17,3%). U osób z wykształceniem wyższym częściej aniżeli u osób z innym wykształceniem występują udary (3,4%) i choroby układu pokarmowego (9,3%). Osoby z wykształceniem zawodowym częściej wskazują: cukrzycę (19,3%), choroby reumatologiczne (17,3%), urologiczne (11,95%) i nowotworowe (8,2%).

Tabela 1. Choroby, które wystąpiły w ciągu ostatnich 12 miesięcy u badanych, z podziałem na wykształcenie (dane w %)

Choroby	Wykształcenie			
	Podstawowe	Zawodowe	Średnie	Wyższe
Układu krążenia	33,3	28,6	26,5	21,7
Neurologiczne (np. choroba Parkinsona, Alzheimer)	13,3	11,6	10,1	9,3
Nowotworowe	8	8,2	7,4	7,4
Kości i stawów	28	26,6	26,7	24,2
Reumatologiczne	13,3	17,3	15,7	11,4
Układu pokarmowego	6,7	8,8	8,2	9,3
Urologiczne	9,3	11,9	9,7	8,8
Układu oddechowego (w tym astma i przewlekła obturacyjna choroba płuc)	12	9,3	9,5	7,2
Cukrzyca	17,3	19,3	14,6	12,5
Udar (np. wylew krwi do mózgu)	0	2,3	2,3	3,4
Znaczne pogorszenia wzroku	17,3	13,6	14,1	11,6
Znaczne pogorszenia słuchu	12	8,2	5,5	5,6
Depresja lub inne zaburzenia psychiczne	5,3	4	4,7	5,2
Nie chorowałem/chorowałam	20	26,9	29,7	33,1

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

W badaniach jakościowych IDI respondenci tak mówili o swoim zdrowiu:

W zasadzie człowiek wtedy czuje niepewność, jeżeli dotyczy to zdrowia. To, jeżeli zaczyna zdrowie szwankować, to człowiek zaczyna się zastanawiać, czy tutaj nie powinien rozszerzyć takiego większego parasola nad swoim własnym życiem, takiego parasola ochronnego (lp66_11_62_m_miasto).

Na przeorganizowanie życia i zmianę priorytetów to moja choroba. No i postępująca choroba męża. (...) No i czas na to leczenie. Już pilnować wizyt lekarskich, brania leków. No ale da się radę jak sobie to człowiek dobrze zorganizuje (lp33_6_80_k_miasto).

Jedną z najważniejszych miar opisujących jakość życia, odwołującą się do odczuć respondenta i jego przekonań w kontekście zdrowia, jest jego subiektywna ocena. Zdrowie jest bowiem wartością uniwersalną, wpływającą na funkcjonowanie jednostki w innych wymiarach życia. Respondenci biorący udział w badaniu byli poproszeni o określenie swojego stanu zdrowia na pięciostopniowej skali Likerta: od określenia „bardzo dobrze” do „bardzo źle” (zob. tab. 2).

Tabela 2. Subiektywna ocena stanu zdrowia w podziale na grupy wiekowe (dane w %)

Ocena stanu zdrowia	Ogółem	60–64	65–69	70–74	75–79	80–84	85+
Bardzo dobrze	10,6	12,4	12	9,1	6,8	10	6,7
Dobrze	41,6	46,1	43,7	41,5	33,5	36	23,3
Tak sobie, ani dobrze, ani źle	38,3	35,6	37,3	37,2	47,6	37,3	45,6
Źle	7,8	5,2	6,3	9,6	10,4	10,7	18,9
Bardzo źle	1,7	0,8	0,8	2,7	1,7	6	5,6

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

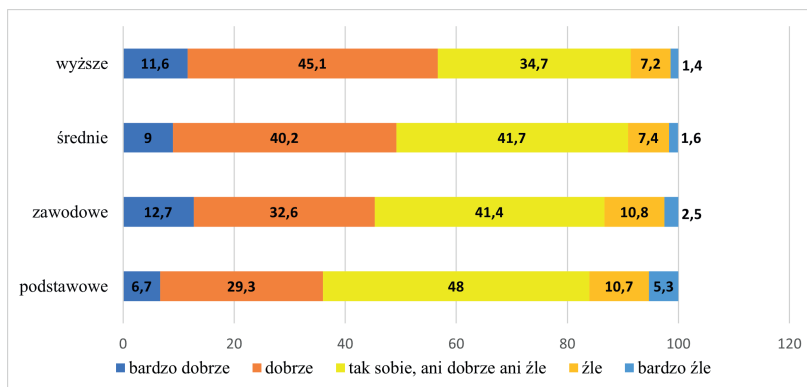
51,6% osób starszych ocenia swój stan zdrowia jako bardzo dobry i dobry. Wynik ten jest wyższy o 7,6 punktu procentowego w porównaniu z wynikami badania przeprowadzonego w roku poprzednim, kiedy wśród badanych seniorów prawie 44% oceniła stan swojego zdrowia jako bardzo dobry lub dobry³⁰. Analiza subiektywnej oceny stanu zdrowia osób starszych na podstawie badań z roku 2025 pokazuje wyraźny spadek odsetka pozytywnych ocen wraz z wiekiem. Ogółem 10,6% badanych określa swój stan zdrowia jako bardzo dobry, a 41,6% – jako dobry, przy czym najlepsze samopoczucie deklarują osoby najmłodsze – w grupie 60–64 lata aż 12,4% wskazuje „bardzo dobrze” i 46,1% „dobrze”. Wraz z wiekiem stopniowo rośnie odsetek ocen neutralnych („tak sobie, ani dobrze, ani źle”) – z 35,6% wśród najmłodszych do 45,6% wśród najstarszych (85+), a także ocen negatywnych.

³⁰ E. Bojanowska, *Zdrowie a jakość życia...*, dz. cyt., s.183.

Szczególnie widoczny jest wzrost odsetka osób oceniających swoje zdrowie jako złe lub bardzo złe: w grupie 85+ już niemal co czwarta osoba (18,9% „złe” i 5,6% „bardzo złe”) deklaruje wyraźnie zły stan zdrowia. Wyraźnie gorsze subiektywne oceny zdrowia pojawiają się już po 75 roku życia – odsetek odpowiedzi „złe” przekracza wtedy 10%, a „bardzo złe” zaczyna wyraźnie rosnąć. Zróżnicowanie według płci jest niewielkie, choć kobiety nieco częściej deklarują bardzo dobrą ocenę zdrowia (11,1% wobec 9,7% u mężczyzn), mężczyźni natomiast częściej określają swój stan jako „złe” lub „bardzo złe” (łącznie 11,2% wobec 8,5% u kobiet). Wyniki te potwierdzają postępujący wraz z wiekiem wzrost zachorowań i coraz większe ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu.

Analiza subiektywnej oceny stanu zdrowia seniorów według poziomu wykształcenia wskazuje na występujące różnice (zob. wykres 2). Ogółem największa grupa badanych określa swój stan zdrowia jako średni, tj.: „tak sobie, ani dobrze, ani złe” (od 34,7% do 48% w zależności od wykształcenia). Wyraźnie lepsze oceny zdrowia pojawiają się u osób z wykształceniem wyższym – aż 45,1% z nich określa swoje zdrowie jako „dobre” i 11,6% jako „bardzo dobre”. Łącznie ponad połowa seniorów z tej grupy ocenia swój stan zdrowia pozytywnie, a tylko 8,6% – negatywnie („złe” lub „bardzo złe”). Podobnie korzystny obraz występuje wśród osób z wykształceniem średnim – 49,2% pozytywnych ocen wobec 9% negatywnych. W grupach z wykształceniem podstawowym i zawodowym dominują natomiast oceny neutralne (odpowiednio 48% i 41,4%), a odsetek negatywnych ocen jest wyraźnie wyższy (łącznie 16–17%).

Wykres 2. Subiektywna ocena stanu zdrowia z podziałem na wykształcenie badanych (dane w %)



Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Istotnym czynnikiem w ocenie własnego stanu zdrowia jest wielkość gospodarstwa domowego. Najlepsze samopoczucie deklarują seniorzy mieszkający w gospodarstwach wieloosobowych (powyżej 5 osób) – aż 62,8% z nich określa swoje zdrowie jako dobre lub bardzo dobre, a nikt nie wskazuje odpowiedzi „bardzo źle”. Z kolei w jednoosobowych gospodarstwach sytuacja jest mniej korzystna – choć 47,3% ocenia zdrowie pozytywnie, to odsetek ocen negatywnych („źle” i „bardzo źle”) wynosi aż 11,4%, a dominującą kategorią pozostaje ocena neutralna (41,3%).

Analiza danych wskazuje, że wyższe wykształcenie i silniejsze relacje w rodzinie sprzyjają wyższym ocenom zdrowia. Samotność oraz niższe wykształcenie wiążą się natomiast z częstszym odczuwaniem choroby. Widać zatem, że w kształtowaniu dobrostanu zdrowotnego mają znaczenie czynniki społeczno-kulturowe.

Powyższe postrzeganie stanu zdrowia przez respondentów jest dość zbieżne z odpowiedziami na pytanie dotyczące poziomu zadowolenia z funkcjonowania słuchu, wzroku i innych zmysłów, ogólnie zdrowia i możliwości wykonywania czynności życia codziennego (zob. tab. 3).

Tabela 3. Poziom zadowolenia z wybranych aspektów dot. zdrowia i samodzielności (dane w %)

Wybrany aspekt	Bardzo zadowolony/ zadowolona	Zadowolony/ zadowolona	Ani zadowolony/ zadowolona ani niezadowolony/ niezadowolona	Niezadowolony/ niezadowolona	Bardzo niezadowolony/ niezadowolona
Z funkcjonowania słuchu, wzroku i innych zmysłów	19	53	21,2	5,7	1,1
Ze zdrowia	11,8	52	24,7	9,3	2,2
Z możliwości wykonywania czynności życia codziennego	32,3	51,6	12,1	3,2	0,8

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Szczególnie wysoki jest poziom zadowolenia osób starszych z możliwości wykonywania codziennych czynności (32,3% i 51,6%), nieco mniej odczuwa zadowolenie z funkcjonowania słuchu, wzroku i innych zmysłów (19% i 53%), przy czym co piąty badany (21,2%) jest wobec tego aspektu ambiwalentny. Oceniając własne zdrowie, 11,8% respondentów zadeklarowało, że jest z niego bardzo zadowolone, a ponad połowa ankietowanych określa jako zadowalające (52%). Wraz postępującym wiekiem następuje spadek bardzo wysokich ocen powyższych aspektów wśród najstarszych respondentów. W najmłodszych grupach seniorów (60–64 lata i 65–69 lat) poziom satysfakcji z analizowanych obszarów jest bardzo wysoki – większość badanych deklaruje, że jest zadowolona lub bardzo zadowolona zarówno z funkcjonowania zmysłów (ponad 70%), własnego zdrowia (ponad 68%), jak i z możliwości wykonywania codziennych czynności (ponad 80%). Wraz z wiekiem stopniowo, choć nie gwałtownie, rośnie liczba odpowiedzi neutralnych oraz negatywnych. W grupie 70–74 lata i 75–79 lat nadal dominuje zadowolenie z podstawowych

aspektów życia, jednak widać już nieco większy odsetek osób niezadowolonych ze zdrowia (ok. 13–15% łącznie w obu grupach). Szczególnie wzrasta liczba odpowiedzi „ani zadowolony/zadowolona, ani niezadowolony/niezadowolona” w odniesieniu do zdrowia, funkcjonowania zmysłów oraz codziennej aktywności. Najwyraźniejsze zmiany pojawiają się w najstarszych grupach wiekowych (80–84 i 85+). W grupie 85+ poziom satysfakcji z funkcjonowania zmysłów znacząco spada – tylko niecała połowa (48,9%) deklaruje zadowolenie, a już 30% osób zgłasza postawy ambiwalentne lub wyraźne niezadowolenie. Jeszcze większy spadek dotyczy satysfakcji ze zdrowia: poniżej połowy osób w wieku 85+ jest zadowolonych lub bardzo zadowolonych, a niemal co piąty badany w tej grupie wyraża niezadowolenie. Również satysfakcja z własnej osoby, możliwości wykonywania czynności dnia codziennego jest w tej grupie niższa niż wśród młodszych seniorów, chociaż wciąż ponad 60–70% respondentów ocenia te aspekty pozytywnie. Uzyskane wyniki pokazują, że w miarę postępującego wieku spada udział bardzo wysokich ocen (szczególnie „bardzo zadowolony/zadowolona”), rośnie odsetek ocen neutralnych i negatywnych zarówno w aspekcie zdrowia, funkcjonowania zmysłów, jak i codziennej aktywności codziennej. Obszary te wymagają coraz większego wsparcia i pomocy zarówno ze strony innych osób, jak i instytucji.

Analiza poziomu zadowolenia seniorów z różnych aspektów życia pokazuje wyraźne zróżnicowanie w zależności od poziomu wykształcenia i wielkości gospodarstwa domowego. Najniższy odsetek bardzo zadowolonych osób występuje wśród badanych z wykształceniem podstawowym – jedynie 8% deklaruje pełne zadowolenie ze swojego zdrowia, podczas gdy w grupie z wykształceniem wyższym odsetek ten rośnie do 12,2%. Widać też, że wraz ze wzrostem wykształcenia rośnie subiektywne poczucie własnych możliwości – ze swoich zdolności codziennego funkcjonowania „bardzo zadowolonych” jest 21,3% osób z wykształceniem podstawowym wobec aż 35,7% wśród osób z wyższym. Zróżnicowanie widoczne jest także w odniesieniu do liczby osób w gospodarstwie domowym. Seniorzy mieszkający samotnie

rzadziej są bardzo zadowoleni ze swojego zdrowia (13,2%) i częściej wskazują ocenę neutralną (28%), w porównaniu z osobami żyjącymi w większych gospodarstwach – wśród respondentów z rodzin liczących 4–5 osób mieszkających wspólnie aż 58,3% ocenia swój stan zdrowia pozytywnie, a 12,3% jako bardzo dobry. Jednoznacznie widać też, że w większych gospodarstwach domowych rośnie poczucie satysfakcji z codziennego funkcjonowania – aż 42,3% osób w gospodarstwach cztero-, pięcioosobowych jest bardzo zadowolone ze swoich zdolności wykonywania czynności życia codziennego wobec zaledwie 29,5% wśród osób samotnych.

Analiza danych wskazuje, że poziom wykształcenia i liczba osób w gospodarstwie domowym silnie różnicują subiektywną ocenę jakości życia seniorów. Wyższe wykształcenie i większe gospodarstwa domowe wiążą się z wyższym zadowoleniem z samodzielnego funkcjonowania i sprzyjają lepszemu samopoczuciu zdrowotnemu. Seniorzy mieszkający samotnie i o niższym poziomie wykształcenia częściej pozostają w grupie o neutralnych lub negatywnych ocenach, co wskazuje na ich większą podatność na problemy zdrowotne.

Powyższy obraz potwierdzają wypowiedzi respondentów uzyskane podczas badania IDI, w trakcie których poproszeni zostali, aby określili swój stan zdrowia. Zmiennymi, które w sposób szczególny różnicowały respondentów, były wiek i miejsce zamieszkania:

No nie właściwie, to ja nawet się nie leczę na nic szczególnie. No w tej chwili jedynie tam zaczęłam troszkę robić jakieś badania ku temu, ale póki co nic się takiego nie dzieje (lp52_8_68_k_miasto).

No miałem udar. Dwa lata temu. Ale szczęście w nieszczęściu, że to był ten najslabszy, czwartego stopnia. I doszedłem do siebie. Byłem w szpitalu na rehabilitacji (lp50_8_65_m_miasto).

Sytuacja ta wygląda inaczej wśród starszych emerytów. Częściej zgłaszają występowanie poważniejszych schorzeń i obserwowalne pogorszenie swojej kondycji:

Znaczy, bo niedawno miałam udar niedokrwienny mózdzku. No i teraz lekarze po prostu badają mnie, co trochę muszę kontrolować, badać (lp17_4_72_k_miasto).

To już od jakiegoś czasu się borykam z chorobą nowotworową. Tym razem już jest nawrotowa. Co jeszcze, problemy z kręgosłupem, ze stawami, no ale i myślę, że to już wystarczy, żeby. To już jest dość jak na jedną osobę. No tak powiem (lp57_10_71_k_wieś).

Osoby mieszkające na wsi, zwracają uwagę na poważniejsze dolegliwości zdrowotne, niezależnie od swojego wieku. Nawet osoby młodsze, wskazują na występowanie poważnych schorzeń, wpływających na ich życie. Czasem wynikają z rodzaju wykonywanej pracy:

No 60% zdrowia stracone. Trzeba tak pomału dobijać do końca. Słuch, ręce bolą cały czas, palce pogniecione. Wypadki były na kopalni. To wszystko później się odbija na zdrowiu dalszym (lp51_8_70_m_wieś).

No po prostu zwyrodnienie kolana, kolan, jednego i drugiego. A druga sprawa jeszcze mam też problem z kręgosłupem. No borykam się z bólem przy każdym obowiązku. Nie jestem w stanie. Nie jestem w stanie umyć okien właściwie. No a poza tym, no to cokolwiek robię, to powiem pani, że jest taki wysiłek, że pani sobie nawet nie zdaje sprawy. Mnie jest ciężko utrzymać odkurzacza, mi jest ciężko mopa wziąć. Muszę jak mopem czasem jest to jedną ręką, a drugą się muszę trzymać (lp69_12_67_k_wieś). Chwilkę leży, żeby wyprostować nogi, bo nie wiem, jak zejść z łóżka. Taki jest czasem ból. (...) Musi pani z tej torby wszystko rozpakować, a chodzę jak ofiara, bo noga boli bardzo. Wszystko robię po prostu w zwolnionym tempie, na ile nogi pozwalają i godzina (lp69_12_67_k_wieś).

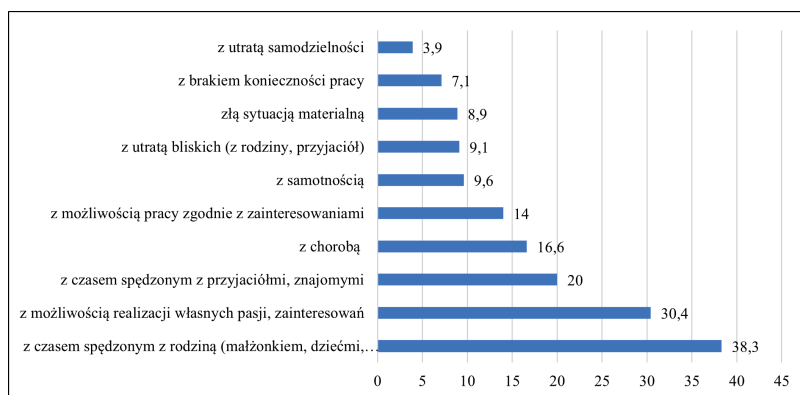
Badani zwracają uwagę na pogorszenie zdrowia, nie tylko swojego, ale także swoich bliskich. To wiąże się z częstszymi wizytami

lekarskimi, zabiegami operacyjnymi i zakupem leków, co ma wpływ na pogorszenie się ich sytuacji finansowej:

Na przeorganizowanie życia i zmianę priorytetów to moja choroba. No i postępująca choroba męża. (...) No i czas na to leczenie. Już pilnować wizyt lekarskich, brania leków. No ale da się radę jak sobie to człowiek dobrze zorganizuje (lp33_6_8o_k_miasto).

Ważnym aspektem w obrazie starości są związane z nim skojarzenia. W związku z tym respondentom zadano pytanie: z czym kojarzy się im obecny etap życia. Badani mogli wybrać trzy skojarzenia i uszeregować je od najważniejszego do najmniej ważnego. Uzyskane odpowiedzi stanowią cenne źródło informacji na temat tego, jak osoby starsze oceniają swoją sytuację życiową, jakie emocje dominują w ich codziennym doświadczeniu oraz jakie aspekty życia są dla nich najistotniejsze w kontekście zdrowia somatycznego i psychicznego (zob. wykres 3).

Wykres 3. Skojarzenia respondentów na temat obecnego etapu życia (dane w %)



Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Najczęściej wskazywanym skojarzeniem był czas spędzany z rodziną, na który wskazało 38,3% respondentów, przy czym ten odsetek jest najwyższy wśród osób młodszych (43% w grupie 60–64 lata) i stopniowo maleje wraz z wiekiem, osiągając 23,3% w grupie 80+. Drugą najczęściej wybieraną odpowiedzią była możliwość realizacji własnych pasji i zainteresowań (30,4%), choć skojarzenie to również jest typowe głównie dla młodszych seniorów (ponad 32% wśród osób w wieku 60–69 lat, z wyraźnym spadkiem do zaledwie 10% w grupie 85+).

Wraz z wiekiem coraz częściej są wskazywane negatywne skojarzenia, takie jak choroba (od 11,7% w najmłodszej grupie do 27,8% w najstarszej) oraz utrata samodzielności i samotność (zob. tab. 4) – oba te aspekty stają się coraz częściej obecne w codziennym doświadczeniu osób starszych, zwłaszcza po 75 roku życia (samotność: 17,7% w wieku 75–79, 20,7% w wieku 80–84 i 21,1% w wieku 85+). Stosunkowo rzadko wskazywano na złą sytuację materialną, przy czym ten problem częściej zgłaszały kobiety niż mężczyźni (10,1% wobec 6,9%) oraz osoby młodsze. Z wiekiem maleje także udział osób, które postrzegają obecny etap życia jako czas spędzony z przyjaciółmi czy czas możliwości pracy zgodnej z zainteresowaniami. W podziale na płeć kobiety częściej niż mężczyźni wiążą starość z aktywnościami społecznymi (czas z rodziną, z przyjaciółmi, realizacja pasji), mężczyźni natomiast nieco częściej wskazują możliwość pracy zgodnej z zainteresowaniami. Ogólnie wraz z wiekiem postrzeganie starości coraz wyraźniej przesuwają się od akcentowania aktywności i samorealizacji ku doświadczeniom związanym z chorobą, samotnością oraz ograniczeniami funkcjonalnymi. Warto zatem podkreślić, że wystąpiła silna współzależność między wiekiem badanych a postrzeganiem okresu starości.

Tabela 4. Skojarzenia okresu starości z chorobą i utratą samodzielności w podziale na grupy wiekowe (dane w %)

Skojarzenia	Ogółem	60–64	65–69	70–74	75–79	80–84	85+
z chorobą	16,6	11,7	16,1	15,8	23,9	24,7	27,8
z utratą samodzielności	4	2,7	3,6	4,6	4,8	6	6,7

Źródło: Badanie *Świat na miarę seniora 2025*, n=3000, opracowanie własne.

Analiza skojarzeń seniorów dotyczących obecnego etapu życia, ze względu na poziom wykształcenia i liczbę osób w gospodarstwie domowym, ujawnia silne zróżnicowania. Najczęściej pozytywne konotacje – takie jak możliwość realizacji własnych pasji czy praca zgodna z zainteresowaniami – występują u osób z wykształceniem wyższym (odpowiednio 58,4% i 61,6%) oraz w gospodarstwach liczących 2–3 osoby (67,9% i 64%). Seniorzy z wyższym wykształceniem znacznie częściej wskazują także na brak konieczności pracy (57,5%), co potwierdza, że w tej grupie etap życia jest postrzegany jako czas aktywności i samorealizacji, a posiadanie większych zasobów finansowych, co nie powoduje konieczności dorabiania. Z kolei osoby z wykształceniem podstawowym i zawodowym zdecydowanie rzadziej łączą starość z aktywnością – w tych grupach częściej pojawiają się skojarzenia z chorobą (łącznie ponad 20%), złą sytuacją materialną (do 19,4%) czy utratą samodzielności (14,4%). Negatywne skojarzenia, takie jak utrata bliskich czy choroba, związane są z niższym poziomem wykształcenia oraz z gospodarstwami jednoosobowymi – np. z chorobą kojarzy etap życia aż 33,9% mieszkających samotnie wobec jedynie 4–5% w gospodarstwach liczniejszych. Analiza danych wskazuje, że wyższe wykształcenie i życie w gospodarstwach wieloosobowych sprzyjają postrzeganiu tego okresu jako czasu aktywności, relacji i realizacji zainteresowań, podczas gdy niższe wykształcenie i zamieszkiwanie w gospodarstwach domowych z ograniczoną liczbą osób wiążą się częściej z doświadczeniem choroby, samotności i brakiem samodzielności. Oznacza to, że w percepcji starości duże znaczenie mają zgromadzony kapitał ludzki oraz siła relacji interpersonalnych, zarówno tych rodzinnych, jak i przyjacielskich, co wpływa na jakość przeżywanego okresu starości.

4. Samodzielność i aktywność a stan zdrowia i jakość życia

Jednym z problemów związanych z pogarszającym się wraz z wiekiem stanem zdrowia jest pojawienie się ograniczeń motorycznych – trudności w poruszaniu się oraz wykonywaniu codziennych czynności.

Mając na celu określenie poziomu samodzielności badanych przy wykonywaniu codziennych czynności, respondentów poproszono, aby określili, czy wskazywane czynności wykonują samodzielnie, z niewielką pomocą innych, czy w ogóle nie są w stanie wykonywać ich samodzielnie (zob. tab. 5). Z badania wynika, że zdecydowana większość respondentów deklaruje pełną samodzielność w zakresie podstawowych czynności dnia codziennego. Najwyższy odsetek samodzielności dotyczy jedzenia i odżywiania się (98,8%), korzystania z toalety (98,9%) oraz poruszania się i siadania z pomocą ewentualnych sprzętów (98,1%). Nieco więcej trudności sprawiają takie czynności jak wchodzenie po schodach lub schodzenie ze schodów – tu 94,9% badanych wykonuje tę czynność samodzielnie, 3,7% wymaga niewielkiej pomocy, a 1,4% nie jest w stanie wykonać jej bez wsparcia.

Tabela 5. Poziom trudności związanych z wykonywaniem poszczególnych czynności (dane w %)

Czynność	Wykonuję samodzielnie	Wykonuję z niewielką pomocą innych osób	Nie jestem w stanie wykonać samodzielnie
Ubieranie się	97,9	1,8	0,3
Korzystanie z toalety	98,9	0,9	0,2
Kąpanie się/branie prysznica	97,5	2,1	0,4
Poruszanie się, wstawanie z łóżka, siadanie	98,1	1,6	0,3
Jedzenie, odżywianie się bez pomocy innych	98,8	1	0,2
Wchodzenie po schodach/schodzenie ze schodów	94,9	3,7	1,4
Korzystanie z telefonu	99	0,9	0,1
Dotarcie na spacerze do odległych miejsc (dalej niż 500 m)	91,41	5	3,9
Robienie zakupów spożywczych	92,6,7	4,8	2,6
Przygotowanie posiłków	95,4	3	1,6
Wykonywanie prostych prac domowych (np. sprząatanie)	93,9	4,2	1,9

Czynność	Wykonuję samodzielnie	Wykonuję z niewielką pomocą innych osób	Nie jestem w stanie wykonać samodzielnie
Wykonywanie prac w otoczeniu domu/mieszkania (np. ogrodowych)	89,7	4,8	5,5
Przygotowanie leków i korzystanie z nich	98,4	1,1	0,4
Samodzielne kontakty z bankiem, zarządzanie budżetem domowym	95,3	3,9	0,8

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Analiza wyników według płci pokazuje, że kobiety w większości obszarów nieznacznie częściej deklarują samodzielność niż mężczyźni, zwłaszcza w zakresie korzystania z toalety (99,2% wobec 98,5%), jedzenia (99,1% wobec 98,3%) i kąpieli (98,1% wobec 96,5%). Mężczyźni częściej niż kobiety przyznają się do konieczności wsparcia lub braku możliwości samodzielnego wykonania czynności takich jak: ubieranie się, kąpanie czy wstawanie z łóżka. Największy odsetek osób mających trudności (zarówno z niewielką pomocą, jak i całkowitą niesamodzielnnością) dotyczy ponownie czynności związanych ze schodami. Analiza danych dotyczących wykonywania codziennych czynności przez osoby starsze, z podziałem na grupy wiekowe, wyraźnie wskazuje na stopniowe pogarszanie się samodzielności wraz z wiekiem. W najmłodszych grupach seniorów (60–74 lata) niemal wszyscy respondenci są w pełni samodzielni w podstawowych czynnościach, takich jak: wstawanie z łóżka czy krzesła, korzystanie z toalety, kąpanie się, ubieranie, poruszanie się, jedzenie oraz wchodzenie po schodach. Udział osób, które wymagają pomocy lub nie są w stanie samodzielnie wykonać tych czynności, jest bardzo niski i rzadko przekracza 1–2%. Już po 75 roku życia obserwuje się jednak wyraźny wzrost odsetka osób zgłaszających potrzebę pomocy przy powyższych czynnościach, a także pojawiają się przypadki całkowitej niesamodzielnności. Największe trudności dotyczą wchodzenia po schodach i schodzenia ze schodów – samodzielność w tym zakresie deklaruje

91,3% osób w wieku 75–79 lat, 84% w grupie 80–84 i tylko 87,8% w grupie 85+, podczas gdy odpowiednio 5,9%, 10,7% i 6,7% osób wymaga wsparcia, a aż 5,6% najstarszych badanych nie jest w stanie samodzielnie pokonać schodów. W pozostałych czynnościach codziennych również widać wzrost liczby osób potrzebujących wsparcia, szczególnie w najstarszych grupach. W grupie 85+ zaledwie 94,4% respondentów jest w pełni samodzielnych we wstawaniu z łóżka, w korzystaniu z toalety, jedzeniu czy poruszaniu się, a 4–5,6% wymaga już niewielkiej pomocy lub nie jest w stanie tych czynności wykonać bez wsparcia. W zakresie kąpieli i ubierania się, odsetek osób wymagających pomocy lub niesamodzielnych w grupie 85+ wynosi łącznie 6,7% i 2,2%.

Ponadto, dane dotyczące poziomu samodzielności w wykonywaniu innych codziennych czynności pokazują, że osoby starsze w przeważającej większości są niezależne. Największe trudności pojawiają się przy bardziej wymagających czynnościach fizycznych, takich jak docieranie na spacer do odległych miejsc (91,1% wykonuje samodzielnie, 5% wymaga pomocy i 3,9% nie jest w stanie wykonać tej czynności) czy prace w otoczeniu domu (np. ogrodowe), przy których niesamodzielność zgłasza 5,5% osób. Analiza według płci wskazuje, że kobiety są nieco częściej samodzielne w przygotowywaniu posiłków (97,3% wobec 92%) i w przyjmowaniu leków, natomiast mężczyźni częściej samodzielnie wykonują proste prace domowe i zarządzają budżetem domowym (95% i 92,7%, wobec 93,4% i 96,7% u kobiet). W najmłodszych grupach (60–69 lat) niemal wszyscy respondenci deklarują pełną samodzielność we wszystkich analizowanych obszarach – korzystanie z telefonu, robienie zakupów, gotowanie, obsługa leków czy zarządzanie domowym budżetem nie sprawia trudności ponad 95% badanych. Nawet w zadaniach wymagających większej sprawności fizycznej, jak spacer powyżej 500 m czy wykonywanie prostych prac domowych, odsetek osób samodzielnych utrzymuje się powyżej 90%. Stopniowy wzrost liczby osób wymagających wsparcia lub niesamodzielnych zaczyna być widoczny już w grupie 70–74 lata, szczególnie w zakresie czynności wymagających większego wysiłku – np. tylko 89,3% osób wykonuje samodzielnie dłuższy spacer, a 90,9% – zakupy. Wyraźny

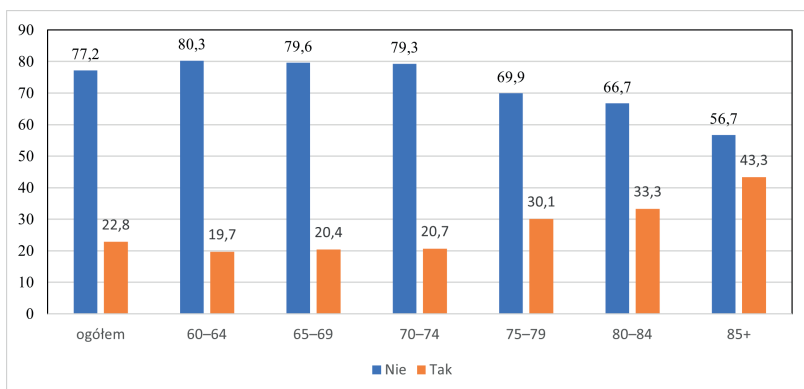
wzrost niesamodzielności obserwujemy jednak dopiero po 75 roku życia. W grupie 75–79 lat niesamodzielność dotyczy już ponad 8% respondentów w przypadku spacerów na odległość, 5% w przypadku zakupów czy przygotowywania posiłków oraz aż 11% przy pracach ogrodowych. Jeszcze wyraźniej zarysowuje się to zjawisko wśród osób 80–84 lata – w tej grupie 9,3% nie jest w stanie samodzielnie dojść na odległość powyżej 500 m, 10% nie robi już zakupów, a aż 16% nie podejmuje prac wokół domu lub mieszkania. W najstarszej grupie (85+) obserwowany jest gwałtowny wzrost odsetka osób niesamodzielnych, szczególnie w czynnościach wymagających sprawności ruchowej. Aż 22,2% nie jest w stanie samodzielnie pokonać dłuższego dystansu pieszo, 21,1% nie wykonuje samodzielnie zakupów, a 30% nie podejmuje się już prac w otoczeniu domu. Znaczący jest także odsetek osób wymagających pomocy lub niesamodzielnych w zakresie prostych prac domowych (25,5%), przygotowywania posiłków (17,8%) i zarządzania budżetem domowym (13,3%). W zakresie obsługi telefonu pojawia się 1,1% osób, które deklarują całkowitą niesamodzielność.

Analiza zebranego materiału badawczego wykazała zatem istotną zależność między wiekiem a sprawnością funkcjonalną respondentów. Zachowanie pełnej niezależności funkcjonalnej w podstawowych czynnościach życiowych utrzymuje się u większości osób starszych aż do 75–79 roku życia, a istotny wzrost zależności od pomocy obserwuje się przede wszystkim wśród osób 80+ i najstarszych respondentów 85+. Szczególnie wyraźnie narasta potrzeba wsparcia w codziennych czynnościach – zwłaszcza tych, które wymagają aktywności fizycznej, organizacyjnej lub planistycznej oraz sfera związana z mobilnością, czyli pokonywanie schodów, co może mieć istotne znaczenie dla utrzymywania relacji z innymi osobami i samodzielnym zaspakajaniem potrzeb, a to jest niezwykle ważne do zachowania wysokiej jakości życia. Najbardziej niepokojącym zjawiskiem może być fakt pozostawania przez niektóre z tych osób „więźniami IV piętra”, kiedy brak windy czy kilka schodków to bariera nie do pokonania.

Stan zdrowia osoby starszej jest tym czynnikiem, który w znaczący sposób wpływa na aktywność osób starszych, a więc na jakość i styl

życia. Dlatego respondentów poproszono o wskazanie, czy doświadczane przez nich choroby uniemożliwiają im podejmowanie różnego rodzaju aktywności (zob. wykres 4). Analiza danych pokazała wyraźną zależność od wieku. W całej badanej populacji niemal co czwarta osoba (22,8%) wskazuje, że stan zdrowia znacząco ogranicza możliwości uczestnictwa w życiu społecznym lub aktywności poza domem. Wśród kobiet i mężczyzn odsetki są bardzo zbliżone (odpowiednio 23,1% i 22,3%).

Wykres 4. Doświadczane stany chorobowe a aktywność poza domem/udział w życiu społecznym – w podziale na grupy wiekowe (dane w %)



Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Korelacje na temat bycia aktywnym poza domem z wiekiem wskazują na istnienie silnej dodatniej zależności między wiekiem badanych a występowaniem u nich stanów chorobowych uniemożliwiających im aktywność poza domem i udział w życiu społecznym. Im starsi badani, tym występujące choroby częściej uniemożliwiają im bycie aktywnym. W najmłodszych grupach seniorów (60-69 lat) tylko ok. 20% deklaruje taki wpływ, wśród osób 75-79 lat odsetek ten rośnie do 30,1%, w grupie 80-84 lata – do 33,3%, a wśród najstarszych respondentów 85+ – do 43,3%. Analogicznie maleje udział osób, które nie odczuwają

istotnych ograniczeń – w grupie 60–64 lata jest to 80,3%, a wśród osób 85+ już tylko 56,7%. Wyniki te potwierdzają, że postępujące z wiekiem problemy zdrowotne coraz częściej przekładają się na ograniczenie aktywności społecznej, zwiększając ryzyko samotności i wykluczenia osób najstarszych z życia lokalnej społeczności, ale i samodzielnego zaspakajania potrzeb. Ponadto, najczęściej brak wpływu chorób na aktywność wskazywały osoby z wykształceniem wyższym (80,1%) oraz mieszkańcy gospodarstw cztero-, pięcioosobowych (81%). Podobnie wysokie wartości wystąpiły wśród osób w gospodarstwach dwu-, trzyosobowych (79,5%) i składających się z powyżej 5 osób (79,7%). Najczęściej negatywny wpływ chorób na życie społeczne odczuwają seniorzy z wykształceniem podstawowym – 38,7% tej grupy deklaruje ograniczenia w aktywności. Relatywnie wyższe odsetki takich odpowiedzi są widoczne również wśród osób mieszkających samotnie (28,1%). Wyniki wskazują, że im wyższy poziom wykształcenia i większe wsparcie środowiska rodzinnego, tym mniejsze poczucie ograniczeń w życiu społecznym wynikających ze stanu zdrowia. Samotność i niższy poziom wykształcenia sprzyjają natomiast silniejszemu odczuwaniu barier zdrowotnych w codziennej aktywności. Kluczowym czynnikiem różnicującym podejmowane (bądź nie) aktywności jest posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności. W tej grupie aż 44,2% seniorów wskazuje, że choroby wpływają na ich życie społeczne, podczas gdy wśród osób bez orzeczenia odsetek ten wynosi 18,3%. Podobnie wysoki poziom deklaracji ograniczeń (44,4%) pojawia się wśród osób, które nie potrafiły określić, czy mają formalne orzeczenie. Sytuacja ta jest dość zrozumiała – mający orzeczenie o niepełnosprawności znacznie częściej doświadczają ograniczeń, co sugeruje potrzebę szczególnego wsparcia tej grupy w podtrzymywaniu uczestnictwa w życiu społecznym.

Podsumowanie

Odczuwana przez osoby starsze jakość życia jest istotnym wyznacznikiem przebiegu procesu starzenia się. Jej poziom jest w dużej mierze determinowany przez istniejące choroby i zakres samodzielności, które wpływają na codzienne funkcjonowanie, aktywność i dobrostan, czy sferę psychologiczną i duchową. Utrzymanie w miarę dobrego zdrowia sprzyja podtrzymaniu więzi i relacji społecznych, jego pogorszenie wiąże się zaś z wycofywaniem z kontaktów społecznych, a co za tym idzie – osamotnieniem i wykluczeniem społecznym, co nie sprzyja dobrej jakości życia. Zachowanie jak najdłużej dobrego stanu zdrowia sprzyja poczuciu satysfakcji z życia i umożliwia pełne uczestnictwo w życiu rodzinnym i społecznym.

Z przeprowadzonych badań wynika, że stan zdrowia osób starszych w Polsce odzwierciedla złożone i wielowymiarowe procesy starzenia się, w których pogarszanie się kondycji fizycznej przebiega stopniowo, ale staje się coraz bardziej wyraźne wraz z upływem wieku. Najmłodszy seniorzy (60–64 lata) charakteryzują się relatywnie dobrą samooceną zdrowia i dużą samodzielnością, często postrzegając ten etap życia jako czas realizacji zainteresowań, aktywności rodzinnej i społecznej. Już w tej grupie pojawiają się jednak pierwsze objawy przewlekłych chorób (zwłaszcza kości i stawów, układu krążenia, cukrzycy), których częstość oraz skala wielochorobowości istotnie wzrastają po 75 roku życia. W grupie 85+ odsetek osób deklarujących bardzo dobry lub dobry stan zdrowia spada do 30%, a coraz częściej pojawiają się dolegliwości, takie jak: osłabienie, utrata masy ciała, pogorszenie apetytu, zaburzenia snu, przewlekłe zmęczenie i pogłębiająca się samotność. Wzrasta udział seniorów wymagających wsparcia w codziennych czynnościach (zakupy, prace domowe, higiena osobista), choć zdecydowana większość osób do 75 roku życia pozostaje w tych obszarach samodzielną. Stan zdrowia istotnie wpływa na społeczną aktywność i uczestnictwo w życiu publicznym – już co czwarty senior doświadcza ograniczeń w tym zakresie, a po 85 roku życia problem ten dotyczy niemal połowy badanych. Wraz z postępującym

wiekem choroba oraz utrata samodzielności stają się coraz częściej obecne w codziennym doświadczeniu osób starszych i postrzeganiu przez ten pryzmat okresu starości, co ma niewątpliwie wpływ na jakość życia. A właśnie podnoszenie jakości życia seniorów poprzez umożliwienie im pozostawania jak najdłużej w zdrowiu, samodzielnymi i aktywnymi powinno być m.in. celem polityki społecznej wobec osób starszych.

Podsumowując, należy zauważyć, że tempo starzenia się i związane z nim zmiany zależą zarówno od indywidualnych cech psychicznych i genetycznych, jak i doświadczeń oraz przeżyć jednostki. Ponadto, stan zdrowia osób starszych zależy również od takich czynników, jak: poziom wykształcenia, wysokość dochodów, styl życia, miejsce zamieszkania, liczba osób w gospodarstwie domowym czy dostępność i możliwość korzystania z usług ochrony zdrowia. Właśnie zmiany w wielkości i strukturze populacji mają głębokie implikacje dla systemu ochrony zdrowia, do którego dostęp i jakość świadczonych usług, wprost przekładają się na stan zdrowia osób starszych, a zatem ich jakość życia. Zapewnienie jak najwyższej jakości seniorom powinno być jednym z priorytetów polityki społecznej, w szczególności gdy definiujemy starość jako naturalną fazę życia, która może być równie satysfakcjonująca i twórcza jak etapy poprzednie.

Bibliografia

- Bojanowska E., *Zdrowie a jakość życia osób starszych*, w: *Świat na miarę seniora 2024. Jakość życia – relacje – aktywności*, red. E. Bojanowska, R. Czekalski, Warszawa 2024.
- Campbell A., *The Sense of Well-being in America: Recent Patterns and Trends*, New York 1981.
- Dziurawicz-Kozłowska A., *Wokół pojęcia jakości życia*, „Psychologia Jakości Życia” 2002, vol. 1.
- Grodzicki T., Golinowska S., Tobiasz-Adamczyk B., *Zdrowie osób starszych*, w: *Zdrowie publiczne. Wymiar społeczny i ekologiczny*, red. S. Golinowska i in., Warszawa 2022.

- GUS, Urząd Statystyczny w Białymstoku, *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2023 r.*, Warszawa–Białystok 2024.
- Halicka M., *Satysfakcja życiowa ludzi starych. Studium teoretyczno-empiryczne*, Białystok 2004.
- Hirnl T., Cross T., *Jakość życia po operacjach kardiochirurgicznych u osób w starszym wieku*, w: *Kardiologia starszego wieku*, red. G. Świątecka, Warszawa 1998.
- Felce D., Perry J., *Quality of Life: Its Definitions and Measurement*, „Research in Developmental Disabilities” 1995, nr 16(1).
- Janiszewska A., *Obraz starości demograficznej w krajach UE a stan zdrowia jej mieszkańców*, „Space – Society – Economy” 2015, nr 14: *Jakość życia ludzi starych – wybrane problemy*.
- Kirkwood T., *Evolution Theory and Mechanisms of Aging*, w: *Brocklehurst’s Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology*, red. R.C. Tallis, H.M. Fillit, London 2010.
- Pachana N., *Starzenie się. Krótkie wprowadzenie*, Łódź 2021.
- Pędich W., *Samodzielność w starości, czyli jasna strona księżycy*, w: *Samodzielność ludzi starych z perspektywy medycyny i polityki społecznej. Dotychczasowe doświadczenia UE i Polski*, Materiały Konferencyjne PTG – Oddział Mazowiecki, Warszawa 2004.
- Rapley M., *Quality of Life Research. A Critical Introduction*, London–Thousand Oaks–New Delhi 2003.
- Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress 2009*, <http://www.stiglitz-sen-fitoussi.fr/en/index.htm> (dostęp: 7.09.2025).
- Tobiasz-Adamczyk B., Brzyski P., Bajka J., *Społeczne uwarunkowania jakości życia kobiet u progu wieku starszego*, Kraków 2004.
- Wieczorowska-Tobis K., *Opieka a samodzielność życiowa osób w starszym wieku*, w: *Pedagogika specjalna osób w starszym wieku*, red. M. Kilian, Kraków 2021.
- Witek J., Błoński K., *Ocena jakości życia osób starszych w Polsce na podstawie European Quality of Life Surveys*, „Handel Wewnętrzny” 2015, nr 5(358).
- WHO, *Ageing and Health*, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> (dostęp: 23.08.2025).
- WHO, *WHOQOL: Measuring Quality of Life*, <https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref> (dostęp: 7.09.2025).
- Wojtyniak B., Smaga A., *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2025*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2025.
- Woźniak Z., *Starość. Bilans – zadanie – wyzwanie*, Poznań 2016.
- Zboina B., *Jakość życia osób starszych*, Ostrowiec Świętokrzyski 2008.

KS. MAREK JAROSZ

Centrum Badań nad Starością i Starzeniem się Społeczeństwa
Referencyjny Ośrodek Badawczy
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

Jakość życia a zdrowie psychiczne

Słowa kluczowe: jakość życia, zdrowie psychiczne, depresja

Wprowadzenie

Problematyka starości jest przedmiotem wielu badań i analiz, głównie z powodu zmian demograficznych i nowych obowiązków, jakie są nakładane na instytucje państwowe z powodu swoistej niewydolności współczesnej rodziny w takim kształcie i rolach, jakie są powierzane we współczesnym świecie. Współczesny obraz Polski pod względem demograficznym może być naszkicowany za pomocą choćby najbardziej podstawowych danych. Od 2006 r. dynamicznie przyrasta liczba seniorów w społeczeństwie polskim. W 2005 r. udział ten wyniósł 17,2%, a w 2023 r. ukształtował się już na poziomie 26,3%¹. Na horyzoncie zaczyna się pojawiać problem z wysokością świadczeń emerytalnych, które muszą ulegać zmniejszeniu z racji na pogarszającą się proporcje osób czynnych zawodowo i tych, którzy pobierają świadczenia emerytalne. Drugim czynnikiem wpływającym na zainteresowanie się okresem starości jest fakt wydłużenia trwania ludzkiego życia. W 2024 wyniósł on 82,3 roku dla kobiet i 74,9 roku dla mężczyzn. Kreuje to nie tylko

¹ GUS, Urząd Statystyczny w Białymstoku, *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2023 r.*, stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/6002/2/6/1/sytuacja_osob_starszych_w_polsce_w_2023_r.pdf (dostęp: 6.09.2025).

nowe wyzwania dla systemu społecznego, ale również zdrowotnego i funkcjonowania rodzin posiadających wśród swoich członków osoby w okresie senioralnym. Współczesny model rodziny ma bezpośredni wpływ na możliwości wsparciowe, jakie może zaoferować członkom rodziny będących w podeszłym wieku. Sytuacja rodzinna seniorów bezpośrednio przekłada się na mniej liczne relacje interpersonalne oraz problem z osamotnieniem. Do tego dochodzą typowe dla tego wielu liczne problemy ze zdrowiem somatycznym, co w konsekwencji rodzi złożone problemy egzystencjalne w życiu człowieka starego, które odbijają się na zdrowiu psychicznym seniora i jakości życia.

1. Jakość życia i zdrowie psychiczne w okresie senioralnym

Zabezpieczenie materialne seniorów jest bardzo ważną sprawą w życiu każdego człowieka. Zabezpieczenie podstawowych potrzeb materialnych nie wystarcza jednak do zbudowania optymalnej jakości życia. Potrzeby społeczne oraz przekonanie, że nawet w starości można być człowiekiem produktywnym – choć w inny sposób niż wcześniej – stają się centralnymi potrzebami seniorów. Oprócz tego ważne są monitorowanie zdrowia psychicznego oraz weryfikacja poziomu zadowolenia z życia, które stają się koniecznością i inspiracją w poszukiwaniach nowych form wsparcia w zatomizowanym społeczeństwie. Liczne instytucje coraz bardziej będą zmuszone do poszukiwania nowatorskich rozwiązań, by senior miał nie tylko podstawowe zabezpieczenia, ale cieszył się wysoką jakością życia.

Psychologiczne teorie jakości życia koncentrują się na subiektywnej ocenie dobrostanu psychicznego jednostki. Takie podejście obejmuje zastosowanie własnych, indywidualnych kryteriów oceniających życie. Subiektywny wymiar polega na „diagnozowaniu” stanów psychicznych człowieka, które towarzyszą jednostce w procesie zaspokajania potrzeb i realizacji wyznaczonych celów². Dokonuje się to poprzez

² Z. Ratajczak, *Jakość życia człowieka warunkach narastających zagrożeń*, „Kolektyw Psychologiczne” 2005, nr 15, s. 231–241; B. Synak, *Ludzie starzy w warunkach transformacji ustrojowej*, Gdańsk 2000.

poznawczą ocenę relacji, jaka zachodzi między jednostką a otoczeniem w zakresie: własnych osiągnięć, niepowodzeń, możliwości spełnienia dążeń, pragnień oraz życiowych celów. W tworzeniu globalnej oceny jakości życia ważną rolę odgrywa komponent emocjonalny zawierający pozytywne i negatywne emocje³. Jednym z najpopularniejszych modeli jakości życia jest zaproponowany przez Fence'a i Perry'ego. Wyróżnia on pięć sfer, które podmiot ocenia, by ostatecznie dokonać oceny jakości życia. Autorzy wymieniają: dobrostan fizyczny, materialny, społeczny, emocjonalny i aktywność. Dobrostan fizyczny jest wskaźnikiem tego, co się dzieje w zakresie: zdrowia, sprawności fizycznej oraz bezpieczeństwa osobistego. Na dobrostan materialny składają się takie elementy, jak: dochód, zasoby finansowe, stan posiadania i jakość miejsca zamieszkania, możliwości transportu, przemieszczania się oraz bezpieczeństwo socjalne. Dobrostan społeczny dotyczy następujących elementów: jakość relacji społecznych, rodzinnych, poczucie akceptacji i możliwość pozyskania wsparcia ze strony innych. Wymiar emocjonalny stanowią: ogólny nastrój, zdrowie psychiczne i samoocena, sferę aktywności zaś: przekonanie o możliwości aktywnego udziału w życiu, edukacja i możliwość wyboru⁴.

Wskazuje się też na wymiar obiektywny jakości życia. Obejmuje on takie obszary, jak: kondycja fizyczna społeczeństwa, status materialny, kapitał społeczny oraz rozwój i aktywność społeczeństwa. W ramach kondycji fizycznej społeczeństwa mierzy się: poziom umiarkalności, dostęp do opieki zdrowotnej oraz zakres przestępczości. Na status materialny składają się koszty utrzymania oraz struktura

³ G.V. Ostir, J.K. Ottenbacher, K.S. Markides, *Onset of Frailty in Older Adults and the Protective Role of Positive Effects*, „Psychology and Aging” 2004, nr 19, 402–408.

⁴ D. Fence, J. Perry, *Exploring Current Conceptions of Quality of Life: A Model for People with and without Disabilities*, w: *Quality of Life in Health Promotion and Rehabilitation*, eds. R. Renvick, I. Brown, M. Nagler, London 1996, s. 51–62; M. Sikora, *Potrzeby osób starszych w kontekście procesu uczenia się*, w: *Edukacja osób starszych. Uwarunkowania, trendy, metody*, red. K. Lipka-Szostak, Warszawa 2013, s. 41–48.

ekonomiczna. Do kapitału społecznego należą: struktura społeczna, społeczne nierówności oraz sytuacja demograficzna, rozwój i aktywność społeczna znajdują zaś swój wyraz w takich czynnikach jak: rynek pracy, poziom wykształcenia oraz inicjatywy społeczne⁵.

Niezależnie od podejścia i teorii wyjaśniających, czym jest jakość życia, zdecydowana większość modeli zawiera komponent zdrowotny jako jedną z podstawowych wartości, która decyduje o jakości życia człowieka. Zdrowie w potocznym rozumieniu jest jednym z najczęściej wypowydanych życzeń składanych drugiemu człowiekowi i dobrem, które ma zasadnicze znaczenie w ocenie jakości życia. Rozumienie, czym jest zdrowie, ma stosunkowo długą historię. Intensywnie zaczęto się nim zajmować po drugiej wojnie światowej. Początkowo zdrowie definiowano jako brak choroby. Postrzegano je głównie z perspektywy biomedycznego modelu, który ze swej natury koncentrował się na chorobie. Zdrowy człowiek to ten, który nie doświadcza psychopatologicznych objawów, a jego funkcje i struktury psychiczne działają poprawnie. Początkowo ocena funkcjonowania człowieka w zakresie zdrowia psychicznego należała wyłącznie do specjalistów, którzy posługując się twardymi kryteriami medycznymi, arbitralnie rozstrzygali o zdrowiu bądź jego braku. W sytuacji choroby pacjent zwracał się do specjalisty, który najlepiej wiedział, co mu dolega. Lekarz decydował o tym, czy i na ile jest chory. W tym ujęciu samopoczucie i subiektywna oceny stanu zdrowia nie miały większego znaczenia. Model ten zakładał, że główny wpływ na zdrowie mają czynniki endo- i egzogenne, rola innych była zaś raczej minimalizowana.

Nowatorskie podejście do zdrowia w latach czterdziestych zaprezentował Henry Sigerista, który podkreślał, że choroba to nie tylko brak zdrowia, ale „coś pozytywnego, to pełne radości i ochoty wypełnianie obowiązków, które nakłada na człowieka życie”⁶. W tym czasie WHO zaczęło propagować swoją poszerzoną definicję zdrowia.

⁵ D. Fence, J. Perry, dz. cyt.; M. Sikora, dz. cyt.

⁶ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, Warszawa 2007, s. 18.

Zdrowie to „nie tylko brak choroby i niepełnosprawności, ale stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego”⁷. To właśnie WHO do definicji zdrowia wprowadziło ważną kategorię – dobrostan (ang. *well-being*), który można opisać wielowymiarowo za pomocą pozytywnych wskaźników. Zwrócono uwagę, że ów stan ujawnia się w trzech obszarach: fizycznym, psychicznym i społecznym. Z biegiem lat zaczęto podkreślać, że zdrowie ma wymiar subiektywny, ponieważ trudno jest o nim mówić, pomijając to, co wewnątrznie człowiek przeżywa i rozumie, kiedy mówi o zdrowiu w ogóle. Subiektywne modele zdrowia mają niebagatelne znaczenie dla określenia swojego stanu zdrowia. Ważną rolę odgrywa też czynnik kulturowy, który kształtuje postrzeganie zdrowia i choroby. To, co dla jednych ludzi w określonym kręgu kulturowym jest brakiem zdrowia psychicznego, dla innych w odmiennym kontekście społecznym nie będzie postrzegane jako jego brak.

Podejście funkcjonalne w koncepcji zdrowia psychicznego inaczej rozkłada akcenty. Koncentruje się na wymiarze społeczno-kulturowym. Talcott Parsons pisze, że zdrowie psychiczne jest „stanem, w którym jednostka wykazuje optymalną umiejętność efektywnego pełnienia ról i zadań wyznaczonych jej przez proces socjalizacji”⁸. Takie rozumienie zdrowia psychicznego uwzględnia podejmowanie efektywnych działań na rzecz innych ludzi w wymiarze zbiorowym i jednostkowym, a zdrowie psychiczne staje się wskaźnikiem zdolności adaptacyjnych człowieka do warunków, które nieustannie się zmieniają, istniejącej kultury, środowiska czy w końcu internalizacji norm, które są niezbędne do prawidłowego funkcjonowania w określonych rolach społecznych.

Inne podejście do zagadnienia zdrowia psychicznego prezentowała socjologia medycyny. Zazwyczaj w rozważaniach o zdrowiu i chorobie łączyła normy biologiczno-medyczne ze społeczno-kulturowymi, które determinują pełnienie określonych ról społecznych. Dlatego chorobę

⁷ Tamże, s. 14.

⁸ T. Parsons, *Struktura społeczna a osobowość*, Warszawa 1969, s. 68.

psychiczną definiowano jako „dewiacyjną rolę społeczną, która umożliwia (uprawnia) wycofanie się z pełnienia obowiązków społecznych, przez co stanowi zgorzenie dla równowagi systemu społecznego”⁹. Model socjomedyczny zdrowia postrzega chorobę jako nieprawidłowość biologiczną, która jest stwierdzana przez lekarza niezależnie od kultury, w której żyje dany człowiek. W takim ujęciu choroba staje się zjawiskiem obiektywnym i uniwersalnym, bo diagnozowanym przy pomocy uniwersalnych narzędzi w każdym miejscu, wszędzie tam, gdzie żyje człowiek. Dziś dostrzega się też, że trzeba ją widzieć w kontekście określonego systemu kulturowego. Dlatego mówi się o tzw. dewiacji pierwotnej i wtórnej. Pierwsza dotyczy sytuacji, kiedy choroba zmienia sposób pełnienia ról społecznych, wtórna zaś, gdy reakcje otoczenia społecznego na człowieka chorego prowadzą do „załamania komunikacji międzyludzkiej, identyfikacji siebie i innych osób, zmianę własnej tożsamości, i prowadzą do tworzenia nowych ról społecznych”¹⁰.

Kolejnym podejściem, które pozwala na nowe spojrzenie na zdrowie, jest kontekst rozwojowo-funkcjonalny. Chodzi tu głównie o podkreślenie, że na danym etapie rozwoju jednostka może realizować cele i aspiracje. Może zaspokoić potrzebę osiągnięcia satysfakcji, zmieniać otoczenie społeczne i lepiej wchodzić z nim w interakcję. Zaznacza się tu, że zdrowie jest potrzebne do właściwego rozwoju społecznego, ekonomicznego, a także ma niebagatelny wpływ na osiągnięcie wysokiej jakości życia. Stąd w tym kontekście rodzi się pytanie: jakim rodzajem wartości jest zdrowie dla konkretnego człowieka? Na ogół zdrowie jest wartością pozytywną, ale dla jednych może mieć charakter autoteliczny, dla innych instrumentalny.

Medycyna behawioralna zwraca uwagę na zachowaniowe czynniki wpływające na zdrowie. Podkreśla wpływ reakcji i zachowań

⁹ Tamże.

¹⁰ E. Kasperek-Golimowska, *O różnych ujęciach zdrowia psychicznego*, w: *Współczesne konteksty psychoterapii i socjoterapii. Wybrane zagadnienia z teorii i praktyki*, red. K. Waszyńska, M. Filipiak, Poznań 2016, s. 155.

człowieka na powstanie, przebieg i objawy chorób. Wskazuje też na czynniki sprzyjające osiągnięciu i podtrzymywaniu zdrowia psychicznego. W tym podejściu, w diagnozie choroby i jej leczeniu, oprócz wskaźników genetycznych, fizjologicznych czy biochemicznych, zwraca się uwagę na osobowość człowieka, jego zachowania czy stan emocjonalny. Rozumienie zdrowia w tym modelu odwołuje się do teorii społecznego uczenia wyjaśniającej mechanizmy regulujące zachowania zdrowotne; koncepcji poznawczych modyfikacji zachowań, które mają swoje znaczenie zwłaszcza w psychoterapii czy teorii uczenia się wyjaśniającej zmianę zachowań pod wpływem wielokrotnego powtarzania pewnych zachowań.

2. Choroby somatyczne i ich wpływ na zdrowie psychiczne

Starość łączy się nie tylko z bogactwem życiowego doświadczenia i szeroką wiedzą w najróżniejszych obszarach, ale także z licznymi wyzwaniami i trudnościami. Podaje się, że strata jest istotowo wpisana w ten okres życia i odnosi się do takich obszarów jak: „zdrowie, atrakcyjność fizyczno-cieleśna, relacje interpersonalne, status społeczny, potrzeby psychiczne, potrzeba przydatności, świadomość przemijania oraz śmierć”¹¹.

Na stan zdrowia psychicznego człowieka w dużym stopniu oddziałują stan i możliwości funkcji poznawczych. Choć niektórzy twierdzą, że sam wiek nie ma większego wpływu na zdolności intelektualne seniorów, to starość wiąże się z naturalnym obniżeniem efektywności poznawczej, która jest spowodowana spowolnionymi reakcjami na bodźce oraz ich wolniejszym przetwarzaniem. Do tego dochodzi też słabsze zapamiętywanie, co w rezultacie daje zmniejszone efekty funkcji poznawczych. Psychiczne samopoczucie człowieka w okresie senioralnym łączy się z wieloma procesami natury biologicznej.

¹¹ K. Przybyłko, *Problemy psychofizyczne człowieka w okresie senioralnym*, „Summary” 2017, nr 46, s. 105.

Szczególną rolę odgrywają tu zmiany w zakresie układu nerwowego. Chodzi głównie o schorzenia, które powodują procesy demielizacyjne w mózgu i prowadzą do zmian otępiennych, obniżenia lub zaniku pamięci oraz spadku funkcji poznawczych. Najczęściej spotykane choroby prowadzące do wymienionych dysfunkcji to: miażdżyca naczyń mózgowych, skleroza, czyli stwardnienie tkanki mózgowej, stwardnienie zanikowe (glejoza), stwardnienie rozsiane, choroba Alzheimera czy choroba Parkinsona¹².

3. Zespoły otępienne

Klasyfikacja zawarta w DSM-IV definiuje zespoły otępienne jako liczne ubytki poznawcze objawiające się:

1. upośledzeniem pamięci (upośledzona zdolność przyswajania nowych informacji lub przypominania sobie wiadomości wyuczonych);
2. występowanie jednego lub kilku następujących zaburzeń poznawczych:
 - a. afazja (zaburzenie mowy),
 - b. apraksja (niezdolność do wykonywania czynności ruchowych mimo nieuszkodzonych funkcji ruchowych),
 - c. agnozja (niemożność rozpoznawania lub identyfikowania przedmiotów mimo nieuszkodzonych funkcji czuciowych),
 - d. zaburzenia w wykonywaniu czynności (np. na etapie planowania, organizowania, kolejności czynności, podsumowywania).

Dodatkowo wymienione ubytki zaburzają pracę i funkcjonowanie społeczne, co stanowi znaczne pogorszenie w stosunku do uprzedniego poziomu funkcjonowania. Nieco inne podejście do zagadnienia zespołów otępiennych prezentuje przedstawia klasyfikacja zawarta w ICD-10. Adam Bilikiewicz i Jerzy Landowski wskazywali, że odsetek

¹² Tamże, s. 111.

osób doświadczających tych zespołów w grupie wiekowej 65–69 lat wynosi 1,9%, ale w grupie wiekowej 80–84 – już 16,5%. Podobny odsetek jest wskazywany w badaniach przeprowadzonych w innych populacjach¹³. Do najczęściej spotykanych zespołów otępiennych u seniorów należy zespół Alzheimera. Podaje się, że ten rodzaj zaburzeń stanowi aż 60% wszystkich zespołów otępiennych w okresie senioralnym. Częstotliwość występowanie zespołu Alzheimera w populacji osób w wieku 65 lat szacuje się na poziomie 1,9–5,5%. Dynamika przyrostu osób dotkniętych tym zespołem podwaja się mniej więcej co cztery i pół roku. W World Alzheimer Report z 2010 r. można znaleźć informacje, że liczbę osób dotkniętych tym problemem na świecie szacuje się na 35 mln, a w 2030 może sięgnąć nawet 66 mln. Natężenie objawów tej choroby jest bardzo zróżnicowane. W początkowej fazie objawy kliniczne mogą być niezauważalne, a zaburzenia pamięci występować w stopniu niewielkim. Potem nasilenie objawów jest na tyle duże, że prowadzi do pełnego zniedołężnienia psychicznego i fizycznego. Przebieg choroby można podzielić na trzy okresy. Pierwszy trwa przeciętnie bez leczenia od 2 do 4 lat. Dominują w nim trudności z pamięcią, zwłaszcza świeżą. Druga faza, trwająca podobnie jak pierwsza, 2–4 lata, jest zdominowana przez zaburzenia poznawcze, emocjonalno-motywacyjne oraz zachowania nawykowe. Zwykle na tym etapie chorzy trafiają do lekarza. Trzecia faza trwa od roku do 3 lat. Dochodzi wówczas do utraty wszystkich funkcji intelektualnych, zniedołężnienia psychicznego i fizycznego. Chory przestaje chodzić, mówić, nie kontroluje zwieraczy i musi być karmiony. Wymaga całkowitej opieki.

Drugą, najczęściej występującą grupą zaburzeń okresu starczego jest otępienie naczyniopochodne. Polega na nagłym pojawieniu się objawów otępiennych, które pozostają po przebytych udarach mózgu. Zaburzenia pamięci i funkcji poznawczych narastają nagle. Towarzyszą im objawy neurologiczne, takie jak: niedowład, zaburzenie chodu,

¹³ A. Bilikiewicz, J. Landowski, P. Radziwiłowicz, *Psychiatria*, Warszawa 1999.

zaburzenia pracy zwieraczy¹⁴. Ostępienia naczyniopochodne najczęściej są powiązane z takimi stanami jak drobne mnogie zawały w półkulach mózgowych, najczęściej spowodowane powikłaniami z powodu nadciśnienia tętniczego, mózgowe zatory oraz upośledzone przepływy mózgowe spowodowane zwężeniem tętnic szyjnych wewnętrznych i kręgowych spowodowanych miażdżycą. O ile pierwsze epizody udarowe pozwalają na powrót do początkowej kondycji zdrowotnej, o tyle dalsze zwykle prowadzą do nieodwracalnych zmian dających deficyty poznawcze¹⁵.

4. Współchorobowość

Oddzielnym zagadnieniem jest tzw. współchorobowość, zwana czasem polipatologią czy zaburzeniami sprzężonymi. Chodzi o łączne występowanie kilku chorób i zaburzeń równocześnie. Współchorobowość w starości najczęściej odnosi się do takich chorób somatycznych jak: choroby zwyrodnieniowe mięśnia sercowego, cukrzyca, osteoporoza, choroby zwyrodnieniowe stanów i depresja¹⁶. Niektórzy szacują, że liczba osób z łagodnymi i przewlekłymi stanami depresyjnymi może sięgać nawet 30%, z zespołami otępiennymi zaś – 10%¹⁷. Narastająca liczba chorób somatycznych, typowych dla okresu starości, jest czynnikiem zwiększającym prawdopodobieństwo pojawienia się trudności o charakterze depresyjnym. W literaturze przedmiotu podaje się poziom depresji u osób starszych od 5% do nawet 44% – Stanisława Steuden podaje, że u osób powyżej 60 roku życia wynosi on od 1,7% do 16,1%, u osób powyżej 65 roku życia mieści się zaś w przedziale 15–25%¹⁸. Filipiska i in. podają, że zaburzenia depresyjne towarzyszą

¹⁴ S. Steuden, *Psychologia starzenia się i starości*, Warszawa 2014, s. 63.

¹⁵ Tamże.

¹⁶ A. Gutowska-Ciołek, J. Wódz, *Zaburzenia depresyjne jako współwystępujące w starości*, „Exlibris Social Gerontology Journal” 2024, nr 27(2), s. 123.

¹⁷ K. Wieczorowska-Tobis, *Specyfika pacjenta starszego*, w: *Fizjoterapia w geriatrii*, red. K. Wieczorowska-Tobis, T. Kostka, A.M. Borowicz, Warszawa 2011, s. 18–28.

¹⁸ Steuden S., *Psychologia starzenia się i starości*, Warszawa 2011, s. 66.

też osobom chorującym na różnego rodzaju nowotwory (30–42%), pojawiają się po przebyciu udarów (25–48%), w chorobach krążenia (15–20%), nadciśnieniu tętniczym (9–25%), cukrzycy (8,5–27,3%) czy nawet w sytuacji niedoboru witamin (15–38%)¹⁹.

5. Depresja – choroba starego człowieka

W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę, że w podeszłym wieku może się pojawić trudna do rozpoznania depresja maskowana. To rodzaj depresji, której objawy mogą sugerować, że mamy do czynienia z inną chorobą somatyczną lub psychiczną, gdyż typowe zmiany w zakresie nastroju i zaburzenia myślenia nie pojawiają się jako dominujące. Podstępność tej depresji polega na tym, że w okresie starości może się ona nakładać na zespoły otępienne i stać się jego wczesnym zwiastunem albo ukryć się pod maską otępienia, przyjmując postać tzw. pseudodemencji. Z tego powodu rozpoznanie depresji po 60 roku życia powinno odbywać się nie tylko w oparciu na klasyfikacji zawartej w ICD-10, ale również z wykorzystaniem innych narzędzi diagnostycznych, pozwalających uchwycić zmiany nastrojów w procesach otępiennych czy różnych zespołach geriatrycznych²⁰. Należy też zaznaczyć, że obraz kliniczny depresji w okresie starości jest odmienny od tego, który pojawia się we wcześniejszych okresach ludzkiego życia. W starości dominują lęk i niepokój, spadek nastroju w postaci smutku pojawia się zaś rzadziej. Swoiste objawy depresji w odróżnieniu od procesów otępiennych to:

1. Szybko narastające – narastające w dniach/tygodniach – pogorszenie funkcji poznawczych. Początek zmian możemy łatwo określić.

¹⁹ K. Filipka, Ł. Pietrzykowski, N. Ciesielska i in., *Zaburzenia depresyjne u osób w podeszłym wieku – przegląd literatury*, „Gerontologia Polska” 2015, 4, s. 167.

²⁰ Np. Geriatryczna Skala Depresji. Patrz: R. Albiński, A. Kleszczewska-Albińska, S. Bedyńska, *Geriatryczna Skala Depresji (GDS). Trafność i rzetelność różnych wersji tego narzędzia – przegląd badań* „Psychiatria Polska” 2011, nr 4 (45), s. 555–562.

2. Osoba zwykle prawidłowo podaje datę, miejsce, w którym się znajduje.
3. Spowolnione zdolności motoryczne, mówienie, pisanie.
4. Problem z koncentracją.
5. Osoba będzie sama zgłaszała problemy z pamięcią.
6. Zaburzenia snu, zbyt krótki, wczesne budzenie się lub nadmierna senność²¹.

Wśród nieswoistych objawów depresji występują tzw. objawy wtórne. Chodzi o depresyjne zaburzenia myślenia, które wiążą się z „negatywną oceną własnej osoby, stanu zdrowia, przeszłości i przyszłości, (...) urojenia nihilistyczne, winy, kary, grzeszności, katastroficzne i hipochondryczne oraz zaburzenia aktywności złożonej – osłabienie kontaktów z otoczeniem, izolowanie się, zmniejszenie zakresu zainteresowań, samozaniedbywanie”²². Drugi wiąże się z pojawianiem dysforii, czyli gniewliwego nastroju, rozdrażnienia i zniecierpliwienia w najdrobniejszych sytuacjach. Taki stan wywołuje konflikty z otoczeniem, a w skrajnych sytuacjach generuje zachowania agresywne i autodestrukcyjne. Może też prowadzić do podejmowania prób samobójczych. Inną komponentą depresji okresu starczego jest tendencja do zgłaszania licznych skarg hipochondrycznych.

6. Osamotnienie jako źródło depresji w starości

Zdrowie psychiczne w okresie starości często jest powiązane z sytuacją osobistą i rodzinną seniora. Istotnym czynnikiem kreującym liczne trudności w postaci zaburzeń o charakterze emocjonalnym

²¹ S. Kałucka, *Cechy depresji w wieku podeszłym – etiologia, rozpoznawanie i leczenie*, „Geriatría” 2014, nr 8, s. 240–247. Por. D. Rutkowska-Mojsiejczuk, B. Jankowiak, *Depresja – choroba występująca w każdym wieku*, w: *Współczesne wyzwania w ochronie zdrowia*, t. 9, red. K. Klimaszewska, E. Krajewska-Kulak, Białystok 2023; J. Turczyński, A. Bilikiewicz, *Depresja u osób w podeszłym wieku*, „Psychiatr Prakt Ogólnolek” 2002, nr 2, s. 99–108.

²² A. Gutowska-Ciołek, J. Wódz, dz. cyt., s. 121–134.

i poznawczym jest doświadczenie osamotnienia. Relacja pomiędzy tymi zmiennymi ma charakter zwrotny, tzn. samotność może prowadzić do depresji, ale też depresja przyczynia się powstania poczucia osamotnienia. Doświadczenie samotności bardzo często w jesieni życia jest wywołane przez: śmierć współmałżonka, brak możliwości częstych kontaktów z członkami rodziny z powodu dzielącej odległości, problemy zdrowotne, które utrudniają aktywny styl życia, czy zakończenie pracy zawodowej w naturalny sposób ograniczające liczbę kontaktów interpersonalnych. Klimkiewicz wskazuje na pięć typów samotności w zależności od źródła, które je wywołuje:

1. samotność interpersonalna („tęsknota do...”) wywołana śmiercią i odchodzeniem bliskich osób;
2. samotność społeczna wywołana izolacją lub odrzuceniem przez otoczenie;
3. samotność kulturowa, której źródłem jest poczucie bycia innym w kontekście życia w grupie;
4. samotność kosmiczna polegająca na byciu „poza” sensem, odczuwana beznadziejnością i bezsensem życia;
5. samotność psychologiczna oznaczająca przeżywanie wyobcowania od własnego „ja”²³.

Samotność ze swej natury może być reakcją na obiektywny stan rzeczy, czyli faktyczną utratę kontaktów z otoczeniem społecznym, albo może przybierać postać subiektywnego stanu, który nie odzwierciedla realiów życia seniora. Taki rodzaj doświadczenia może się pojawić mimo obecności wielu osób w otoczeniu i prób podtrzymania relacji z seniorem. Niektóre badania pokazują, że problem osamotnienia dotyka ok. 60% seniorów po ukończeniu 65 roku życia²⁴. Problem ten zdaje się, że będzie się pogłębiał, gdyż rodzina jako podstawowe źródło wsparcia coraz rzadziej z różnych powodów może wywiązywać się

²³ G. Klimowicz, *Przeciwko bezradnej samotności*, Warszawa 1988.

²⁴ J. Wrótniak, *Zasoby psychospołeczne osób w podeszłym wieku z poczuciem samotności*, Lublin 2015.

z tego zadania²⁵. Zjawisko osamotnienia jest jeszcze głębsze u osób przebywających w domach opieki społecznej²⁶. Niezależnie od obiektywnej sytuacji seniora, jego osobiste doświadczenie życiowe może rodzić poczucie osamotnienia, które jest subiektywną oceną tego, na ile dany człowiek jest zanurzony w świat relacji międzyludzkich. Niektórzy nazywają ją samotnością psychiczną i definiują jako „stan braku więzi psychicznej – bliskiego kontaktu z drugim człowiekiem²⁷”.

7. Analiza uzyskanych wyników

Na zdrowie psychiczne, które ma ogromny wkład w budowanie jakości życia, składa się wiele elementów. Przeprowadzone badanie w ramach projektu wzięło pod uwagę między innymi wskaźniki typowe w przebiegu różnych form depresji, która w znaczącym stopniu wpływają na jakość życia. Jak wspomniano w części wprowadzającej niniejszego opracowania, depresja jest jednym z częściej pojawiających się zespółów okresie starości. Czasami ma jawny charakter, innym razem przybiera maskowaną postać. Obserwując zespół wskaźników, takich jak: waga masy ciała, zaburzenia w odżywianiu, jakość snu, zmęczenie czy poczucie osamotnienia, można wnosić o kondycji psychicznej badanych respondentów. Tabela 1 prezentuje rozkład wyników w podgrupie mężczyzn i kobiet oraz w różnych grupach wiekowych w odniesieniu do zmian wagi masy ciała. Prawie $\frac{2}{3}$ respondentów deklaruje, że zasadniczo ich waga w ostatnich trzech miesiącach nie uległa zmianie, ale co piąty senior twierdzi, że w tym okresie stracił

²⁵ A. Chabior, *Samotność seniorów i jej uwarunkowania – doniesienie z badań prowadzonych w środowisku miejskim i wiejskim*, „Społeczeństwo. Edukacja. Język” 2024, nr 19, s. 47–58.

²⁶ P. Szukalski, *Poczucie samotności i osamotnienia wśród sędziwych seniorów a ich sytuacja rodzinna*, „Auxilium Sociale” 2005, nr 2(34), s. 236.

²⁷ J. Gajda, *Samotność*, w: *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, t. 5, red. T. Pilch, Warszawa 2006, s. 652. Por. T. Różański, *Samotność i osamotnienie osób starszych jako problem społeczny i edukacyjny*, „Roczniki Pedagogiczne” 2020, 4(12), s. 75–90.

przynajmniej dwa kilogramy lub więcej. Generalnie respondenci podają, że częściej stracili na wadze niż przytyli. Choć należy uznać te dane jako odzwierciedlenie naturalnych procesów biologicznych, gdyż starzenie wiąże się utratą masy ciała, to tak krótki czas, w którym zaszły zmiany – 3 miesiące – może wskazywać, że proces ten może być wywołany innymi czynnikami niż „naturalne” starzenie się. Dane nie pokazują większych różnic w tym zakresie pomiędzy mężczyznami i kobietami. Można zatem wnioskować, że wskaźnik utraty masy ciała wśród badanych respondentów sugeruje znajdowanie się części z nich w różnych fazach stanów depresyjnych, które manifestują się utratą wagi.

Tabela 1. Zmiana wagi u badanych w ciągu ostatnich 3 miesięcy – w podziale na płeć i grupy wiekowe

Zmiana wagi	Ogółem	Płeć		Grupa wiekowa					
		Kobiety	Mężczyźni	60–64	65–69	70–74	75–79	80–84	85+
Schudłam/schudłem 4 kg lub więcej	6,6%	6,2%	7,3%	5,3%	7,7%	5,9%	7,6%	8%	4,4%
Schudłam/schudłem między 2 a 4 kg	5,1%	5,4%	4,4%	5,5%	4,2%	4,3%	7,9%	5,3%	4,4%
Schudłam/schudłem do 2 kg	8,1%	8,1%	8,1%	7,4%	7,2%	6,7%	10,4%	16%	13,3%
Nie zmieniła się	64,5%	62,9%	67,3%	62,7%	64,3%	70%	61,1%	60,7%	62,2%
Przytyłam/przytyłem do 2 kg	9,1%	10%	7,5%	11,1%	9,9%	8%	5,9%	6%	10%
Przytyłam/przytyłem między 2 a 4 kg	4,1%	4,2%	4,1%	4,5%	3,8%	4%	5,9%	2%	2,2%
Przytyłam/przytyłem powyżej 4 kg	2,5%	3,1%	1,3%	3,5%	3%	1,1%	1,1%	2%	3,3%

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Kolejnym wskaźnikiem potencjalnych problemów w życiu psychicznym jest utrata apetytu, która pojawia się w sytuacjach stresowych czy przebiegu np. depresji. Utrata sensu życia, poczucie osamotnienia prowadzą do zmniejszenia uwagi, jaką człowiek jest w stanie poświęcić sobie. W takich sytuacjach następuje utrata motywacji do prawidłowego zaspokajania nawet najbardziej podstawowych potrzeb. Ponad 8% badanych deklaruje, że w ostatnim czasie zauważyli utratę apetytu (tab. 2). Podobny odsetek osób mających problem z odżywianiem widoczny jest w podgrupie kobiet i mężczyzn. Zbliżony odsetek respondentów wskazuje na poprawę tego aspektu funkcjonowania. Zdecydowana większość badanych osób twierdzi, że zainteresowanie odżywianiem utrzymuje się w ostatnim czasie. Różnica między grupą najmłodszych i najstarszych seniorów wynosi ok. 10 punktów procentowych. Da się zauważyć trend, że wraz z wiekiem odsetek osób tracących apetyt (kategoria: pogorszył się i zdecydowanie pogorszył się) systematycznie się zwiększa, osób twierdzących o poprawie tego aspektu funkcjonowania ma zaś tendencję do spadku.

Tabela 2. Zmiany apetytu u badanych w ostatnim czasie – w podziale na płeć i grupy wiekowe

Apetyt	Ogółem	Płeć		Grupa wiekowa					
		Kobiety	Mężczyźni	60–64	65–69	70–74	75–79	80–84	85+
Zdecydowanie pogorszył się	1,2%	1,3%	0,8%	1%	0,6%	0,8%	2,5%	1,3%	5,6%
Pogorszył się	7,1%	7,4%	6,6%	7,5%	5,4%	7,5%	7,3%	12%	12,2%
Nie zmienił się	84,4%	83,4%	86,2%	83,7%	85,4%	85,8%	83,9%	80%	76,7%
Poprawił się	6,7%	7,1%	5,8%	7,6%	7,8%	5,1%	5,9%	4%	4,4%
Zdecydowanie się poprawił	0,7%	0,8%	0,5%	0,1%	0,8%	0,8%	0,3%	2,7%	1,1%

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Trzecim analizowanym wskaźnikiem świadczącym o kondycji psychicznej seniorów było pytanie dotyczące jakości snu. Wiele zaburzeń dotyczących zwłaszcza sfery emocjonalnej manifestuje się trudnościami ze snem. Mogą one mieć różną postać: od utraty zdolności snu, zwłaszcza głębokiego, do lekkich stanów manifestujących się jedynie wcześniejszym budzeniem, bez większych trudności z zasypianiem i wybudzaniem się w ciągu nocy. Zaburzenia snu przekładają się na negatywną jakość życia, gdyż człowiek czuje się zmęczony, często denerwuje się na siebie z powodu niemożności zaśnięcia. Zbadani seniorzy mniej więcej w $\frac{2}{3}$ deklarują pozytywne funkcjonowanie w zakresie rytmów dobowych. Połowa respondentów twierdzi, że śpi jak zwykle, ponad 16% uważa zaś, że lepiej funkcjonuje w tym obszarze niż wcześniej. Podobny odsetek zadowolonych ze swojego snu jest wśród mężczyzn i kobiet (tab. 3):

Wstaje o godzinie piątej rano. Tak to nawet nie nastawiam budzika to wstaje tak wcześnie. Tak, taki zegar mój poranny, tak. Jak, o piątej rano wstaje. Śniadanko. Później jadę do dzieci albo do jednej córki, albo do drugiej jadę. Jadę, żeby tam pomóc (lp52_8_68_k_miasto).

Tabela 3. Ocena jakości snu – w podziale na płeć i grupy wiekowe

Ocena jakości snu	Ogółem	Płeć		Grupa wiekowa					
		Kobiety	Mężczyźni	60–64	65–69	70–74	75–79	80–84	85+
Dobrze, lepiej niż dawniej	16,4%	16,6%	16%	20,4%	15,9%	14,5%	15,2%	14%	11,1%
Tak jak zwykle	49,7%	47,9%	52,8%	48,6%	53,3%	47,7%	44,2%	56%	42,2%
Gorzej niż dawniej	21,7%	22,9%	19,4%	19,1%	20,3%	23,8%	28,7%	18,7%	22,2%
Rano budzę się 1–2 godziny wcześniej i trudno mi ponownie zasnąć	6%	6,1%	5,8%	5,8%	5,9%	6,5%	5,9%	3,3%	11,1%
Budzę się kilka godzin wcześniej i nie mogę zasnąć	6,2%	6,3%	5,8%	6,1%	4,6%	7,5%	5,9%	8%	13,3%

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Aż $\frac{1}{3}$ respondentów deklaruje bliżej niesprecyzowane pogorszenie snu w ostatnim okresie. Łącznie ponad 12% badanych ma poważne trudności ze snem. Ten poziom dysfunkcji z dużym prawdopodobieństwem może być powiązany z zaburzeniami depresyjnymi. Łącznie takich osób jest ok. 12%. Analizy w podgrupach wiekowych wskazują na systematyczny przyrost trudności ze snem wraz z przybywaniem lat respondentom. Następuje mniej więcej dwukrotny przyrost osób z największymi zaburzeniami w grupie najstarszych respondentów w porównaniu z grupą w wieku 60–65 lat.

Poczucie zmęczenia jest istotnym wskaźnikiem zaburzeń depresyjnych. Może wskazywać na psychiczne wyczerpanie, spadek sił witalnych, które niekoniecznie muszą być odbiciem stanu fizycznego organizmu. Osoby w wieku senioralnym, zwłaszcza adaptujące się do tej nowej roli, albo zaawansowane wiekowo z racji różnych sytuacji życiowych, mogą czuć psychiczne zmęczenie. Podobny problem może się pojawić na skutek licznych chorób i dolegliwości. Tabela 4 pokazuje, że narastanie zmęczenia jest kwestią wieku u dużej liczby respondentów i zwiększa się ponad dwukrotnie w najstarszej grupie wiekowej. Należy jednak zaznaczyć, że odsetek osób nieskarżących się na zmęczenie lub doświadczających niewielkiego zmęczenia jest bardziej stabilny niż w grupie osób narzekających na ten stan rzeczy. Generalnie 80% najmłodszych seniorów nie sygnalizuje większego problemu ze zmęczeniem, w najstarszej grupie wiekowej ten odsetek spada zaś zaledwie do ok. 60%. Można zatem stwierdzić, że dość duża grupa najstarszych seniorów nie narzeka na stan zmęczenia.

Tabela 4. Odczuwanie w ostatnim czasie zmęczenia – w podziale na płeć i grupy wiekowe

Zmęczenie	Ogółem	Płeć		Grupa wiekowa					
		Kobiety	Mężczyźni	60–64	65–69	70–74	75–79	80–84	85+
Nie, nic nie męczę się bardziej niż kiedyś	36,4%	35,5%	38,1%	41,7%	38,2%	36,2%	26,5%	27,3%	27,8%
Tak, męczę się trochę łatwiej i szybciej niż kiedyś	41,1%	41,6%	40%	40,4%	42,4%	42,3%	40,6%	36%	34,4%
Tak, męczę się zdecydowanie łatwiej i szybciej niż kiedyś	22,5%	22,8%	21,9%	17,9%	19,4%	21,5%	33%	36,7%	37,8%

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Problem samotności w wieku senioralnym jest jednym z podstawowych wyzwań. Samotność w tym okresie jest uwarunkowana wieloczynnikowo. Rezygnacja z pracy zawodowej w znacznym stopniu zawęża relacje interpersonalne, a brak nowych celów związanych z funkcjonowaniem społecznym powoduje izolację. Również rozpad tradycyjnej rodziny, zwłaszcza wielopokoleniowej, bardzo negatywnie odbija się na funkcjonowaniu psychicznym seniora. Wraz z upływem lat krąg osób znajomych i z rodziny maleje, a budowanie nowych relacji przychodzi o wiele trudniej, między innymi z powodu różnic pokoleniowych.

Problem osamotnienia wśród seniorów ukazuje to zjawisko jako proces narastający wraz z wiekiem. Największy przyrost osamotnienia jest widoczny w najstarszej grupie wiekowej – prawie trzy razy większy niż w grupie 60–64 lata – a osób zdecydowanie nie doświadczających osamotnienia systematycznie ubywa. Różnica między najmłodszymi i najstarszymi seniorami wynosi 10 punktów procentowych (zob. tab. 5). $\frac{3}{4}$ badanych osób stwierdziło, że osamotnienie nie stanowi dla nich problemu, dla 13% jest to zaś prawdziwe

wyzwanie. Rozkład procentowy zarówno w grupie doświadczającej, jak i niedoświadczającej omawianego stanu wśród mężczyzn i kobiet jest podobny.

Tabela 5. Poczucie osamotnienia – w podziale na płeć i grupy wiekowe

Poczucie osamotnienia	Grupa seniorów								
	Ogółem	Płeć		Grupa wiekowa					
		Kobiety	Mężczyźni	60–64	65–69	70–74	75–79	80–84	85+
Zdecydowanie tak	4,5%	4,5%	4,4%	3,5%	2,9%	4,1%	8,7%	8%	10%
Raczej tak	8,7%	9,2%	7,8%	7,5%	8,3%	8,8%	9%	15,3%	12,2%
Raczej nie	26,5%	26,6%	26,3%	25,5%	25,1%	28,1%	32,4%	21,3%	24,4%
Zdecydowanie nie	60,3%	59,7%	61,4%	63,5%	63,7%	59%	49,9%	55,3%	53,3%

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Tabela 6 prezentuje wyniki odnoszące się do zadowolenia z życia oraz doświadczania wsparcia społecznego. Ponad 70% respondentów deklaruje zadowolenie lub zdecydowane zadowolenie z życia. Postrzegają siebie jako osoby radosne, pogodne, z optymistycznym nastawieniem, mające więcej powodów do zadowolenia niż zmartwienia. Od 20% do 10% badanych zachowuje neutralne stanowisko w tych obszarach, od ok. 4% do ponad 11% jest zaś przekonanych, że doświadczą negatywnych stanów i nie przeżywa zadowolenia ze swego życia.

Tabela 6. Ocena aktualnej sytuacji związanej z życiem i wsparcia społecznego – ogółem

Obszar zadowolenia	Zdecydowanie nie	Raczej nie	Ani tak, ani nie	Raczej tak	Zdecydowanie tak
Jestem zadowolona/zadowolony ze swojego życia	1,7%	2,7%	11,4%	35,8%	48,5%
Na ogół jestem radosna/radosny i pogodna/pogodny	1,6%	3,9%	10,5%	37,9%	46%
Patrzę w przyszłość z optymizmem	3,7%	7,6%	15,6%	32,2%	41%
Obecnie mam więcej powodów do zadowolenia niż do zmartwienia	4%	7,5%	20,6%	33,8%	34%
Mam osoby, które są dla mnie prawdziwym źródłem wsparcia	2,5%	3%	3,9%	25,3%	65,3%
Moja rodzina naprawdę stara się mi pomóc	4,9%	4,1%	9,3%	26%	55,7%
Mam osoby, z którymi mogę dzielić swoje radości i smutki	3,2%	3,2%	5,4%	24,2%	64%

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Znacznie lepiej wygląda ocena doświadczanego wsparcia społecznego. $\frac{4}{5}$ badanych twierdzi, że może liczyć na wsparcie ze strony członków rodziny lub innych osób. Nie brakuje im też bliskich, z którymi mogą dzielić swoje radości i troski. Generalnie można zauważyć, że sfera społeczna w grupie seniorów jest żywa, a większość z nich musi mieć dobre kontakty z otoczeniem, gdyż może liczyć na ich wsparcie. Poniżej 10% respondentów wskazuje, że ma kłopoty w otrzymywaniu wsparcia od otoczenia społecznego. Relacje z koleżankami jedna z kobiet tak opisuje:

Wie pan, mam jeszcze grono koleżanek i czasami się spotykamy. Wyjeżdżamy gdzieś razem. W szczególności zimą jeździmy do Solca Zdroju, tam na te baseny wody mineralnej, bo to nam kręgosłup pomaga. No i cóż, spotykamy się czasami, u którejś z nas, raz u jednej, raz u drugiej na jakiejś kawę, ciasteczko, żeby pogadać, żeby ten kontakt utrzymać. No i tyle (lp31_6_72_k_wieś).

Analiza wyżej omawianych zmiennych w podgrupie kobiet i mężczyzn pokazuje, że procent zadowolonych kobiet jest większy niż mężczyzn (zob. tab. 7–8). Różnice są szczególnie widoczne w zakresie wsparcia społecznego. Kobiety częściej deklarują zadowolenie w tym aspekcie niż mężczyźni, co sugeruje lepsze i liczniejsze relacje z otoczeniem społecznym.

Tabela 7. Ocena aktualnej sytuacji związanej z życia i wsparcia społecznego wśród kobiet

Obszar zadowolenia	Zdecydowanie nie	Raczej nie	Ani tak, ani nie	Raczej tak	Zdecydowanie tak
Jestem zadowolona ze swojego życia	1,4%	2,6%	12,8%	35,2%	48%
Na ogół jestem radosna i pogodna	1,6%	4,1%	10,5%	35,9%	48%
Patrzę w przyszłość z optymizmem	3,7%	7,2%	15,9%	30,4%	42,9%
Obecnie mam więcej powodów do zadowolenia niż do zmartwienia	4,3%	7,7%	21,2%	32,5%	34,3%
Mam osoby, które są dla mnie prawdziwym źródłem wsparcia	2,1%	2,7%	3,4%	23,6%	68,2%
Moja rodzina naprawdę stara się mi pomóc	4,7%	3,5%	8,6%	25,4%	57,9%
Mam osoby, z którymi mogę dzielić swoje radości i smutki	2,7%	2,5%	4,9%	24%	65,9%

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Różnice pomiędzy mężczyznami i kobietami w ocenie aktualnej sytuacji życiowej głównie dotyczą kategorii „zdecydowanie tak” dla oceny wsparcia społecznego. Czasami różnice wynoszą aż 10%, np. dla pozycji „mam osoby, które są dla mnie prawdziwym źródłem wsparcia”. Jeden z seniorów tak to opisuje:

Tak, z życia jestem bardzo zadowolony, bo mam kochające dzieci. Po prostu jeszcze o tatę dbają, o mamę. Często się widzimy, oglądamy razem filmy i po prostu, no, korzystamy razem, po prostu rozmawiamy. Spotykamy się na takich obiadkach, deserach i tak w ogóle. I miło spędzamy czas (lp10_2_61_m_miasto).

Tabela 8. Ocena aktualnej sytuacji związanej z życiem i wsparcia społecznego wśród mężczyzn

Obszar zadowolenia	Zdecydowanie nie	Raczej nie	Ani tak, ani nie	Raczej tak	Zdecydowanie tak
Jestem zadowolony ze swojego życia	2,1%	2,8%	8,8%	37%	49,3%
Na ogół jestem radosny i pogodny	1,7%	3,7%	10,5%	41,7%	42,5%
Patrzę w przyszłość z optymizmem	3,7%	8,3%	15,1%	35,5%	37,5%
Obecnie mam więcej powodów do zadowolenia niż do zmartwienia	3,5%	7,2%	19,6%	36,2%	33,5%
Mam osoby, które są dla mnie prawdziwym źródłem wsparcia	3,3%	3,6%	4,7%	28,5%	59,9%
Moja rodzina naprawdę stara się mi pomóc	5,3%	5,3%	10,6%	27,1%	51,8%
Mam osoby, z którymi mogę dzielić swoje radości i smutki	4%	4,4%	6,3%	24,6%	60,7%

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Zadowolenie z życia jest subiektywnym kryterium, gdyż te same dobra materialne czy podobne sytuacje życiowe w różnym stopniu mogą satysfakcjonować poszczególnych ludzi. Prawie 90% respondentów jest zadowolonych z miejsca zamieszkania. Oznacza to, że odznaczają się silnym zakorzenieniem w tym miejscu, a alternatywa na zmiany w tym obszarze na ogół nie jest przez nich brana pod uwagę, właśnie z powodu zadowolenia z miejsca, w którym żyją. Zbadani seniorzy bardzo cenią sobie takie składowe jak: relacje z innymi, sposób spędzania wolnego czasu czy możliwości wykonywania czynności życia codziennego (zob. tab. 9). Są też generalnie zadowoleni z siebie. Najmniejsze zadowolenie odczuwają w odniesieniu do kondycji zdrowotnej. Ponad 60% respondentów jest zadowolonych lub bardzo zadowolonych ze swojego zdrowia. Niewiele więcej, bo 72% pozytywnie wypowiada się na temat funkcjonowania zmysłów, które są konieczne w kontaktowaniu się ze światem. Ok. ¼ badanych ma neutralne stanowisko w sprawie swojego zdrowia, ale ponad 10% jest niezadowolonych zapewne z powodu różnego rodzaju chorób.

Tabela 9. Poziom zadowolenia ze wskazanych aspektów dotyczących zdrowia i jakości życia – ogółem

Obszar zadowolenia	Bardzo zadowolony/ zadowolona	Zadowolony/ zadowolona	Ani zadowolony/ zadowolona, ani niezadowolony/ niezadowolona	Niezadowolony/ niezadowolona	Bardzo niezadowolony/ niezadowolona
Z tego, jak funkcjonują słuch, wzrok i inne zmysły	19%	53%	21,2%	5,7%	1,1%
Ze swojego zdrowia	11,8%	52%	24,7%	9,3%	2,2%
Z siebie	22,4%	54,9%	17,4%	4,1%	1,2%
Ze swoich zdolności (możliwości) wykonywania czynności życia codziennego	32,3%	51,6%	12,1%	3,2%	0,8%
Z relacji z innymi osobami	31,3%	54,7%	11,3%	2,2%	0,4%
Z warunków w miejscu zamieszkania	43,3%	46,4%	7,3%	2,3%	0,8%
Ze sposobu wykorzystania swojego wolnego czasu	28,9%	50,4%	14,4%	5%	1,3%

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Przeprowadzone badania diagnozowały też hierarchię potrzeb wśród seniorów. Respondenci byli pytani o wymienienie z podanej listy trzech głównych potrzeb, które uznają za najistotniejsze w aktualnej sytuacji życiowej. Na czoło w zasadzie wysuwają się trzy potrzeby: aktywność, stabilna sytuacja materialna oraz odpowiednia opieka lekarska (tab. 9). Najniżej w hierarchii stoją potrzeby związane z usługami opiekuńczymi skierowanych do siebie i bliskich. W zasadzie nie ma większych różnic w pozycjonowaniu potrzeb wśród mężczyzn i kobiet. Jeśli chodzi o analizy danych w podgrupach wiekowych, to można zauważyć, że osoby najstarsze w mniejszym stopniu mają potrzeby związane ze sprawami bytowymi czy materialnymi, bardziej cenią sobie potrzeby o charakterze wsparciowym, interpersonalnym i pozostawania aktywnym, co z pewnością potrzebne jest do

zbudowania poczucia niezależności. Swoje zadowolenie z życia jeden z respondentów wyraził w następujący sposób:

Najbardziej zadowolony jestem z mojej pracy zawodowej, z dobrej rodziny, jaką mam. Z żony. A z czego niezadowolony? Możemy powiedzieć znowu, że to jest zdrowie. No ale trudno. Każdy ma jednak to zdrowie (lp98_16_80_m_wieś).

Ktoś inny stwierdził:

Jak się Pani zapytała, czy właściwie jestem zadowolony z życia, które upłynęło, to bym Pani odpowiedział, że oczywiście jestem zadowolony. Pracowałem z trudną młodzieżą, niejednego wyprowadziłem na prostą drogę. Czuję się po prostu spełnionym. Natomiast jeśli się ma 88 lat i zastanawia się, czy się jest zadowolony z obecnego stanu życia. No nie, nad tym się nie zastanawiałem. Bo trudno być zadowolonym, jeśli się na karku no już prawie 90 wchodzi. To jest człowiek już właściwie po prostu o tym. Staram się o tym nie myśleć (lp72_12_88_m_miasto).

Należy też podkreślić wagę potrzeby związanej z opieką lekarską i sytuacją materialną (zob. tab. 10). Wysoka pozycja tych potrzeb wskazuje, że badani seniorzy doświadczają tu swoistej deprivacji, co w konsekwencji może rodzić obniżać jakość życia. Brak zabezpieczenia podstawowych potrzeb materialnych przekłada się bezpośrednio na poziom życia seniorów i poczucie jakości życia. Zapewne jest to odbicie sytuacji materialnej, w jakiej znajduje się duża część badanych osób (niskie świadczenia emerytalne i wysokie koszty utrzymania). Jeśli chodzi o potrzeby związane z opieką lekarską wśród seniorów, uzyskany wynik (30,6%) wskazuje, że 1/3 respondentów zapewne ma negatywne doświadczenia w kontakcie ze służbą zdrowia i z tego powodu odczuwa swoisty niepokój i ma poczucie, że w tym zakresie nie są zaspokojone ich potrzeby.

Tabela 10. Główne potrzeby badanych związane ze zdrowiem i jakością życia – w podziale na płeć i grupy wiekowe

Potrzeba	Ogółem	Płeć		Grupa wiekowa					
		Kobiety	Mężczyźni	60–64	65–69	70–74	75–79	80–84	85+
Akceptacja	11%	12%	9,3%	10,8%	11,5%	9,4%	11,3%	12,7%	15,6%
Szacunek	17,1%	19%	13,7%	18,5%	17,6%	16,1%	15,2%	16%	16,7%
Bycie aktywnym	32,2%	32,2%	32,3%	34,7%	34,1%	32,1%	28,2%	18%	31,1%
Bycie potrzebnym	21,2%	22%	19,9%	22,2%	20%	19,8%	24,5%	24%	18,9%
Odpowiednia opieka lekarska	30,6%	30,8%	30,1%	29,4%	30%	30,3%	33%	37,3%	27,8%
Stabilna sytuacja materialna	31,1%	31%	31,3%	32,3%	34%	31,7%	28,5%	23,3%	7,8%
Dostosowanie mieszkania	5,9%	6,7%	4,4%	5,9%	6%	6,1%	6,2%	4,7%	4,4%
Wsparcie emocjonalne	10,4%	11,9%	7,6%	12%	9,6%	9,7%	12,1%	5,3%	12,2%
Usługi opiekuńcze i pielęgniarские dla siebie	4,1%	3,7%	4,8%	2,7%	4%	4,5%	3,4%	8,7%	8,9%
Usługi opiekuńcze i pielęgniarские dla osób bliskich	6,1%	6,9%	4,6%	9,2%	6,3%	4,8%	2,8%	2,7%	4,4%
Inne	14%	13,2%	15,6%	12%	13%	15,6%	16,1%	19,3%	15,6%

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Oczekiwania związane z poprawą lub utrzymaniem jakości życia prezentuje tab. 11. Respondenci mieli za zadanie wybrać trzy działania, które w największym stopniu poprawiłyby jakość życia. Seniorzy są przekonani, że to działania skoncentrowane na relacjach z innymi ludźmi mogłyby poprawić im jakość życia, np. zajęcia, spotkania różnego typu oraz pomaganie innym. Generalnie można stwierdzić, że podtrzymywanie relacji społecznych jest ważnym źródłem utrzymywania wysokiej jakości życia. W mniejszym stopniu liczą się działania

polegające na zaspokojeniu spraw materialnych czy otrzymywaniu wsparcia opiekuńczego. Dość wysoką pozycję uzyskała kategoria pomocy finansowej, nie jest jednak dominująca. Trzeba też pamiętać, że część seniorów nie jest w stanie z różnych powodów samodzielnie się utrzymać, dlatego ta sprawa jest przedmiotem ich zmartwienia i z pewnością otrzymanie tego rodzaju wsparcia pozwoliłoby poprawić ocenę jakości życia. Wiele osób ma bardzo skromne potrzeby, co wyraża się w wypowiedziach podobnych do tej:

No nie wiem. Nie mam aż tak wygórowanych potrzeb. Raczej spoglądam dość realnie na świat i liczę siły na zamiary (lp3_11_62_m_wieś).

Tabela 11. Działania wskazywane jako te, które najbardziej poprawiłyby jakość życia – w podziale na płeć i grupy wiekowe

Czynniki poprawiające jakość życia	Ogółem	Płeć		Grupa wiekowa					
		Kobiety	Mężczyźni	60–64	65–69	70–74	75–79	80–84	85+
Wsparcie rzeczowe np. opał, odzież, sprzęty domowe lub AGD	2,2%	2,7%	1,4%	1,8%	2,8%	2,7%	0,8%	2%	2,2%
Pomoc finansowa	14,1%	15,2%	12,3%	15,4%	12,8%	14,7%	15,2%	13,3%	12,2%
Usługi opiekuńcze lub asystenckie (pomoc domowa, towarzyszenie)	5,1%	5,1%	5%	4,3%	3,6%	5,4%	6,5%	12%	8,9%
Usługi pielęgniarki w miejscu zamieszkania (opieka medyczna i pielęgnacyjna)	6,6%	7%	5,8%	7,7%	5,5%	6,2%	6,5%	8,7%	7,8%
Dostarczanie posiłków do domu	2,3%	2,8%	1,3%	1,7%	2,4%	1,9%	2%	4%	7,8%

Czynniki poprawiające jakość życia	Ogółem	Płeć		Grupa wiekowa					
		Kobiety	Mężczyźni	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+
Informacja, jak lepiej dbać o zdrowie, np. gazetki, porady dietetyczne, prelekcje dotyczące profilaktyki zdrowia	14,3%	16%	11%	15,4%	15,3%	14%	10,4%	14,7%	10%
Udział w zajęciach i spotkaniach, np. w ośrodku kultury, bibliotece, klubie seniora	23,1%	27,4%	15,2%	24,6%	24,9%	22,2%	21,4%	18,7%	10%
Likwidacja barier architektonicznych w najbliższym otoczeniu	6,1%	6,6%	5,3%	5,9%	6,4%	4,3%	8,7%	6,7%	6,7%
Dostosowanie mieszkania do moich potrzeb	6,4%	7,3%	4,8%	7,5%	7,1%	4,5%	6,2%	4,7%	6,7%
Możliwość pracowania	12,5%	12,4%	12,8%	16,3%	13,9%	11,6%	8,5%	4,7%	1,1%
Możliwość pomagania innym osobom w najbliższym otoczeniu	20,8%	21,5%	19,3%	21,5%	20,6%	23,9%	19,4%	13,3%	11,1%
Nic z powyższych	29,8%	25,3%	38,1%	26,7%	29,6%	28,5%	33,5%	34,7%	45,6%

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Podsumowanie

Przeprowadzone badania pokazują, że nawet ok. 10% w seniorów w powyżej 60 lat może doświadczać głębszych deficytów w zakresie zdrowia psychicznego, które powstają z równoczesnego „nałożenia się” wielu objawów braku zdrowia psychicznego. Może to wskazywać chociażby na obecność zespołów depresyjnych lub innych trudności, zwłaszcza w obszarze życia emocjonalnego. Doświadczają oni zaburzenia rytmów dobowych, utraty apetytu, utraty masy ciała i zmęczenia. Aby zdiagnozować objawy depresyjne, wymienione wskaźniki muszą pojawić się łącznie. Trzeba podkreślić, że duża część seniorów, bo ok. $\frac{2}{3}$, dobrze i bardzo dobrze funkcjonuje w tych obszarach. Co dziesiąty senior doświadcza osamotnienia, które znaczącym stopniem obniża jakość życia. Ok. $\frac{2}{3}$ respondentów charakteryzuje się optymizmem, zadowoleniem z życia, doświadcza pogody ducha. Ośmiu na dziesięciu seniorów twierdzi, że ma wokół siebie osoby z rodziny lub znajomych, które ich wspierają, uczestniczą w dzieleniu smutków i radości. Oznacza to, że prawdopodobnie zadbali oni o zbudowanie pozytywnych relacji i więzów, które podtrzymuje również w okresie senioralnym. Relacje te dają im wsparcie i poczucie bezpieczeństwa, a co za tym idzie są źródłem zadowolenia z życia i wskazują na wysoką jakość życia. Podobny odsetek osób jest zadowolony z warunków i miejsca zamieszkania, co wskazuje na silne zakorzenienie. Deklaracja zadowolenia z relacji interpersonalnych, oznacza, że w tej przestrzeni funkcjonują nie tylko jako biorcy, ale też jako dawcy wsparcia. Generalnie badani seniorzy nie są roszczeniowi ani przede wszystkim nastawieni na otrzymywanie działań opiekuńczych. Cenią sobie możliwość bycia aktywnymi i potrzebnymi. Są przekonani, że do optymalnego funkcjonowania muszą mieć zaspokojone potrzeby zdrowotne i materialne, ale mają też takie, które wskazują na postawę dawania i bycia z innymi ludźmi.

Inną bardzo ważną kwestią, którą pokazują niniejsze badania, jest poziom zadowolenia seniorów z życia w kontekście zaspokojenia i niezaspokojenia ich potrzeb. Widać wyraźnie, że procent

niezadowolonych respondentów z życia koresponduje z niezaspokojeniem podstawowych potrzeb w zakresie relacji interpersonalnych oraz potrzeb związanych ze sprawami materialnymi i zdrowotnymi. Dlatego rozwiązania instytucjonalne i pozainstytucjonalne, które zmierzają do kompleksowej poprawy jakości życia, powinny uwzględniać w podobnym stopniu potrzeby o charakterze interpersonalnym, materialnym i zdrowotnym.

Bibliografia

- Albiński R., Kleszczewska-Albińska A., Bedyńska S., *Geriatryczna Skala Depresji (GDS). Trafność i rzetelność różnych wersji tego narzędzia – przegląd badań*, „Psychiatria Polska” 2011, nr 4(45).
- Bilikiewicz A., Landowski J., Radziwiłowicz P. *Psychiatria*, Warszawa 1999.
- Bowling A., *Ageing Well. Quality of Life in Old Age*, London 2005.
- Chabior A., *Samotność seniorów i jej uwarunkowania – doniesienie z badań prowadzonych w środowisku miejskim i wiejskim*, „Społeczeństwo. Edukacja. Język” 2024, nr 19.
- Fence D., Perry J., *Exploring Current Conceptions of Quality of Life: A Model for People with and without Disabilities*, w: *Quality of Life in Health Promotion and Rehabilitation*, eds. R. Renvick, I. Brown, M. Nagler, London 1996.
- Filipska K., Pietrzykowski Ł., Ciesielska N. i in., *Zaburzenia depresyjne u osób w podeszłym wieku – przegląd literatury*, „Gerontologia Polska” 2015, nr 4.
- Gajda, J., *Samotność*, w: *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, t. 5, red. T. Pilch, Warszawa 2006.
- Gutowska-Ciołek A., Wódz J., *Zaburzenia depresyjne jako współwystępujące w starości*, „Exlibris Social Gerontology Journal” 2024, nr 2(27).
- Kałużka S., *Cechy depresji w wieku podeszłym – etiologia, rozpoznawanie i leczenie*, „Geriatrics” 2014, nr 8.
- Kasperek-Golimowska E., *O różnych ujęciach zdrowia psychicznego*, w: *Współczesne konteksty psychoterapii i socjoterapii. Wybrane zagadnienia z teorii i praktyki*, red. K. Waszyńska, M. Filipiak, Poznań 2016.
- Klimowicz G., *Przeciwko bezradnej samotności*, Warszawa 1988.
- Parsons T., *Struktura społeczna a osobowość*, Warszawa 1969.
- Przybyłko K., *Problemy psychofizyczne człowieka w okresie senioralnym*, „Summarius” 2017, nr 46.

- Ratajczak Z., *Jakość życia człowieka warunkach narastających zagrożeń*, „Koloquia Psychologiczne” 2005, nr 15.
- Różański T., *Samotność i osamotnienie osób starszych jako problem społeczny i edukacyjny*, „Roczniki Pedagogiczne” 2020, nr 4(12).
- Rutkowska-Mojsiejczuk D., Jankowiak B., *Depresja – choroba występująca w każdym wieku*, w: *Współczesne wyzwania w ochronie zdrowia*, t. 9, red. K. Klimaszewska, E. Krajewska-Kulaś, Białystok 2023.
- Sikora M., *Potrzeby osób starszych w kontekście procesu uczenia się*, w: *Edukacja osób starszych. Uwarunkowania, trendy, metody*, red. K. Lipka-Szostak, Warszawa 2013.
- Steuden S., *Psychologia starzenia się i starości*, Warszawa 2014.
- Synak B., *Ludzie starzy w warunkach transformacji ustrojowej*, Gdańsk 2000.
- GUS, Urząd Statystyczny w Białymstoku, *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2023 r.*, stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/6002/2/6/1/sytuacja_osob_starszych_w_polsce_w_2023_r.pdf (dostęp: 6.09.2025).
- Szukalski P., *Poczucie samotności i osamotnienia wśród sędziwych seniorów a ich sytuacja rodzinna*, „Auxilium Sociale” 2005, nr 2(34).
- Turczyński J., Bilikiewicz A., *Depresja u osób w podeszłym wieku*, „Psych Prakt Ogólnolek” 2002, nr 2.
- Wieczorowska-Tobis K., *Specyfika pacjenta starszego*, w: *Fizjoterapia w geriatrici*, red. K. Wieczorowska-Tobis, T. Kostka, A.M. Borowicz, Warszawa 2011.
- Woynarowska B., *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, Warszawa 2007.
- Wrótniak J., *Zasoby psychospołeczne osób w podeszłym wieku z poczuciem samotności*, Lublin 2015.

DARIUSZ ZALEWSKI

Instytut Pracy i Spraw Socjalnych

Kondycja społeczno-zdrowotna polskich seniorów w kontekście deinstytucjonalizacji usług społecznych

Słowa kluczowe: deinstytucjonalizacja, usługi społeczne, seniorzy, relacje społeczne, zdrowie

Wprowadzenie

W świetle zachodzących zmian demograficznych w polskim społeczeństwie szczególnego znaczenia nabierają usługi społeczne świadczone osobom w wieku senioralnym. Powody są co najmniej dwa: po pierwsze, rośnie popyt na usługi społeczne dla osób w wieku senioralnym, po drugie, wzrost podaży usług może przyczynić się do poprawy jakości życia seniorów, w tym zwiększenia ich samodzielności w zaspokajaniu swoich potrzeb, przedłużania aktywności społecznej i zawodowej itp. Usługi społeczne można realizować w różnych formułach organizacyjnych (w miejscu zamieszkania, w całodobowych domach pomocy społecznej, w dziennych centrach wsparcia seniorów itp.), ale we współczesnej debacie publicznej nacisk kładzie się na deinstytucjonalizację usług społecznych, co w pewnym uproszczeniu oznacza, że usługi społeczne powinny być, w miarę możliwości, świadczone w środowiskach lokalnych bez konieczności zmiany miejsca zamieszkania osoby otrzymującej wsparcie. Nie ma przy tym większego znaczenia czy będą to usługi indywidualne realizowane w mieszkaniu recypienta

czy zbiorowe organizowane przez gminę w dostępnej infrastrukturze. Ważne jest to, aby jak najdłużej zachować zdolność seniorów do samodzielnego życia bez konieczności przeprowadzki do całodobowych domów pomocy społecznej.

Taka też jest oficjalna polityka UE kształtowana przez rozmaite czynniki doradcze. W rekomendacji Europejskiej Grupy Ekspertów ds. Przejścia od Opieki Instytucjonalnej do Opieki Świadczonej na Poziomie Lokalnych Społeczności możemy przeczytać: „Wszelkie dostępne środki należy natomiast wykorzystywać w celu wspierania reform strukturalnych, służących rozwojowi wysokiej jakości usług rodzinnych i świadczonych na poziomie lokalnych społeczności, zamknięciu zakładów i zapewnieniu powszechnej dostępności podstawowych usług”¹.

Rekomendacje unijnych ekspertów znalazły odzwierciedlenie w dokumentach krajowych, a w Strategii Rozwoju Usług Społecznych znajduje się zapis: „Zmiany systemowe w realizacji usług społecznych będą również finansowane ze środków Unii Europejskiej przewidzianych w nowym okresie programowania na lata 2021–2027. Środki Europejskiego Funduszu Społecznego+ (EFS+), w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego na lata 2021–2027 (FERS) oraz programów regionalnych, będą przeznaczane na realizację działań w zakresie deinstytucjonalizacji usług społecznych przez stymulowanie i finansowanie działań rozwojowych, na tworzenie CUS oraz sieciowanie istniejących CUS”².

¹ EGE (Europejska Grupa Ekspertów ds. Przejścia od Opieki Instytucjonalnej do Opieki Świadczonej na Poziomie Lokalnych Społeczności), *Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności*, Bruksela 2012, s. 9. https://deinstitutionalisationdotcom.wordpress.com/wp-content/uploads/2018/04/eeg-toolkit_polish.pdf (dostęp: 4.11.2025).

² *Strategia Rozwoju Usług Społecznych. Polityka publiczna do roku 2030*, uchwała nr 135 Rady Ministrów z dnia 15 czerwca 2022 r., Monitor Polski poz. 767, Warszawa 2022, s. 128.

Stanowisko UE w sprawie polityki deinstytucjonalizacji usług społecznych ważne jest ze względu na możliwości finansowego oddziaływania na polityki krajowe poszczególnych państw członkowskich. Priorytetowe finansowanie ze środków unijnych usług środowiskowych realizowanych poza całodobowymi ośrodkami długookresowego pobytu wpisuje się w jeden z trzech wyróżnionych przez Paula DiMaggio i Waltera Powella mechanizmów izomorficznej zmiany instytucjonalnej, a mianowicie izomorfizm przymusu³. Nie chodzi tu o przymus bezpośredni polegający na nakazaniu upodobnienia się organizacji w ramach określonego pola organizacyjnego (np. w zakresie realizacji praktyk opiekuńczych, sposobu pozyskiwania i wydatkowania środków, stosowania standardów księgowości itp.), ale o działania pośrednie zachęcające lub zniechęcające do stosowania określonych form organizacyjnych, np. rozwijania usług społecznych w formule środowiskowej (otwartej) kosztem realizacji ich w formule instytucjonalnej (zamkniętej). Oficjalna polityka UE w zakresie deinstytucjonalizacji usług społecznych ma kilka przyczyn, a jej skuteczność jest uwarunkowana kilkoma czynnikami. Możemy wśród nich wymienić te, które z jednej strony odnoszą się do potencjału opiekuńczego możliwego do uruchomienia w sytuacji zachodzącej potrzeby wsparcia osób niesamodzielnych⁴, a z drugiej – poziomu samodzielności seniorów uwarunkowanego ich kondycją społeczno-zdrowotną. Innymi słowy, w środowisku lokalnym seniorów muszą znaleźć się osoby chętne i kompetentne do udzielenia im wsparcia, ale też oni sami muszą być na tyle samodzielni, aby w ramach swojego gospodarstwa domowego zaspokajać przynajmniej podstawowe

³ P. DiMaggio, W. Powell, *The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields*, w: *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, eds. P. DiMaggio, W. Powell, Chicago 1991, s. 63–82.

⁴ Zob. D. Zalewski, *Nowy system organizacji usług społecznych – założenia, oczekiwania i realia w świetle instytucjonalnego izomorfizmu na przykładzie pomocy społecznej dla osób starszych*, w: *Wybrane zagadnienia współczesnej polityki społecznej – między nauką a praktyką: kontynuacja*, red. E. Bojanowska, G. Uścińska, Warszawa 2024, s. 22–48.

potrzeby. Tym kwestiom poświęcony jest niniejszy tekst, a kontekst wyznacza modna współcześnie polityka deinstytucjonalizacji usług społecznych.

1. Kondycja społeczno-zdrowotna polskich seniorów

„Starość nie radość” powiada stare polskie porzekadło i choć jego dosłowne znaczenie nie musi być prawdziwe⁵, to kryje się za nim przekaz, że wraz z wiekiem pojawiają się rozmaite dysfunkcje organizmu ograniczające samodzielność funkcjonowania człowieka. Banalne jest stwierdzenie, że dysfunkcje dotyczą ludzi w różnym wieku i z różną intensywnością, ale nie zmienia to faktu, że statystycznie im ludzie starsi, tym ich samodzielność jest mniejsza. Niechybnie oznacza to, że w okresie dynamicznej zmiany struktury demograficznej i zwiększającego się segmentu populacji w wieku senioralnym rośnie popyt na rozmaite formy wsparcia, a społecznym wyzwaniem staje się nie tylko zaspokojenie popytu, ale także dostarczenie usług o odpowiedniej jakości. Nadzieje są pokładane w zdeinstytucjonalizowanej (środowiskowej) formule dostarczania usług, ale czy zasadnie – to inna kwestia⁶. Warunkiem koniecznym realizacji idei deinstytucjonalizacji

⁵ Por. D. Zalewski, *Czy wesole jest życie seniora? Wybrane społeczno-ekonomiczne czynniki egzystencji populacji 60+, w: Świat na miarę seniora. Jakość życia – relacje – aktywności*, red. E. Bojanowska, R. Czekalski, Warszawa 2024, s. 97-122.

⁶ W jednym z opracowań empirycznych możemy przeczytać, że „Brak jest natomiast jednego, ogólnopolskiego standardu środowiskowych usług opiekuńczych, jak również jednego katalogu tych usług, który obejmowałby wszystkie możliwe usługi opiekuńcze i bytowe. Tworzy to sytuację, w której obywatele nie mają równego dostępu do usług opiekuńczych lub świadczone im usługi są różnej jakości. (...) Zróżnicowanie regionalne w dostępie do usług i różna ich jakość tworzą nierówności, które najczęściej nie mogą być zrekompensowane przez zakup usług opiekuńczych na wolnym rynku (brak dostępności podmiotów świadczących takie usługi, zbyt wysokie koszty)”. Z. Szweđa-Lewandowska, *Standardy usług opiekuńczych, w: W stronę sprawiedliwej troski. Opieka nad osobami starszymi w Polsce*, red. I. Wóycicka, Warszawa 2022, s. 71-72.

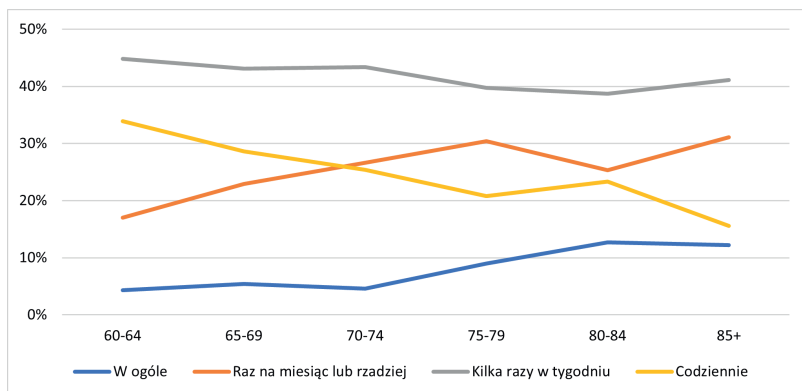
usług społecznych jest posiadanie przez świadczeniobiorcę odpowiednich relacji społecznych, które mogą zostać wykorzystane w sytuacji konieczności wystąpienia zapotrzebowania na daną usługę. To ważny aspekt kondycji społecznej polskich seniorów, a użytecznych informacji w tym zakresie dostarcza badanie *Świat na miarę seniora*.

1.1. Relacje społeczne polskich seniorów jako kapitał opiekuńczy

Sieć społecznych relacji odgrywa kluczową rolę w sytuacji wystąpienia rozmaitych potrzeb, których osoby w wieku senioralnym nie są w stanie zaspokoić samodzielnie. Można ją potraktować jako swoistą polisę ubezpieczeniową czy kapitał opiekuńczy, który tworzy się w toku wieloletnich interakcji społecznych w ramach relacji rodzinnych, sąsiedzkich czy zawodowych. Wraz z upływem lat częściej stajemy się odbiorcami niż dawcami wsparcia, choć wielu seniorów pełni także funkcje opiekuńcze w stosunku do swoich bliskich. To ważny aspekt relacji społecznych, gdyż przejawia się w nich zasada wzajemności, według której od wieków rodziny realizują funkcję opiekuńczą wobec swoich członków w ramach międzygeneracyjnego transferu rozmaitych usług. Dzieci opiekujące się swoimi rodzicami i dziadkami czynią to nie tylko w zgodzie z kulturowym imperatywem, ale też w przeświadczeniu, że w przyszłości ich dzieci i wnuki okażą im pomoc, kiedy będą tego potrzebowali. To przeświadczenie wzmacniane jest bieżącą wymianą usług, seniorzy bowiem często opiekują się swoimi wnukami, odciążając ich rodziców od wielu zobowiązań utrudniających np. aktywność zawodową. Ta problematyka była przedmiotem socjologicznych i ekonomicznych rozważań w ramach teorii wymiany społecznej i nie ma powodu, aby ją po raz kolejny rekonstruować. Ważne natomiast jest, aby pokazać, odwołując się do najnowszych badań empirycznych, czy polscy seniorzy utrzymują bliskie relacje społeczne (rodzinne, sąsiedzkie, koleżeńskie), które stanowiłyby kapitał opiekuńczy możliwy do wykorzystania w sytuacji tego wymagającej.

Generalnie należy uznać, że częstotliwość kontaktów społecznych, zarówno rodzinnych, jak i pozarodzinnych, jest więcej niż zadowalająca, gdyż z rozkładu częstości zmiennych wynika, że w ostatnim miesiącu poprzedzającym badanie spotkań z rodziną nie miało tylko 5,9% seniorów (ze znajomymi – 6,8%), tylko raz na miesiąc lub rzadziej spotkało się z rodziną 23,4% seniorów (ze znajomymi – 35,1%), a na codzienne oraz kilka razy w tygodniu rodzinne spotkania wskazało 70,6% seniorów (ze znajomymi odpowiednio – 58%). Nie jest specjalnym zaskoczeniem, że im seniorzy młodszy, tym częstotliwość kontaktów zarówno z rodziną, jak i ze znajomymi większa, gdyż wraz z wiekiem ubywa bliskich osób, a zawieranie nowych znajomości nie jest łatwe. Dobrze to widać na wykresie 1, kiedy w wieku 75 lat i więcej rośnie liczba respondentów nieutrzymujących żadnych kontaktów ani z członkami rodziny, ani znajomymi. Jednocześnie znacząco spada wraz z wiekiem liczba seniorów utrzymujących codzienne kontakty rodzinne oraz częste (kilka razy w tygodniu) ze znajomymi.

Wykres 1. Częstotliwość kontaktów seniorów z rodziną z uwzględnieniem wieku

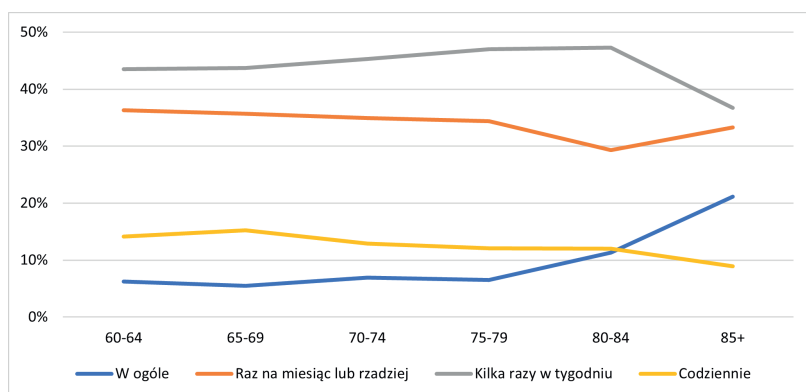


Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Optymistyczny jest także wynik odpowiedzi na pytanie o subiektywną ocenę pomocy ze strony członków rodziny (wykres 2). Wraz z wiekiem liczba seniorów mogących liczyć na rodzinne wsparcie maleje, a granica spadku zaczyna się wraz z rozpoczęciem 80 roku życia. Niemniej jednak zdecydowana większość seniorów zadeklarowała możliwość otrzymywania pomocy ze strony rodziny, a zdecydowana mniejszość udzieliła odpowiedzi odmownej. Pozytywny aspekt utrzymywania relacji rodzinno-towarzyskich został także odnotowany w badaniu jakościowym, a to jedna z wypowiedzi:

Mam dużo przyjaciół, rodzinę. Dbają o mnie. Mam z nimi kontakt. Mam przyjaciół, z którymi wyjeżdżam na krótkie jakieś wypadki. Przyjaciółki. Wyjeżdżamy do sanatorium jak można oczywiście, nie narzekam. (...) Już mam zresztą tutaj też przyjaciółkę u góry w moim bloku. Dzwonimy do siebie, czasami tą kawę pijemy razem, ale nie zawsze (lp78_12_75_k_miasto).

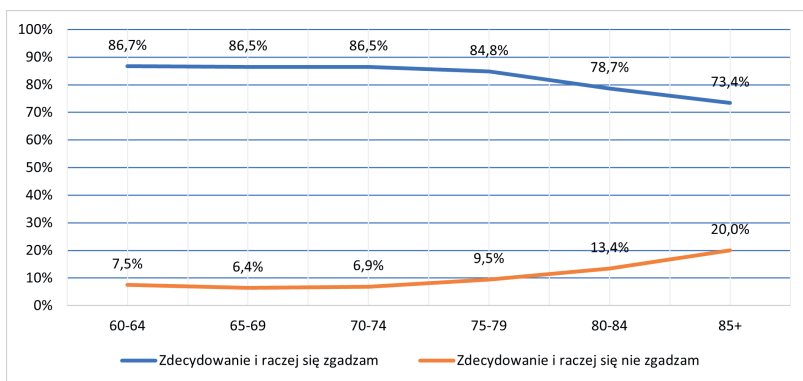
Wykres 2. Częstotliwość kontaktów seniorów ze znajomymi z uwzględnieniem wieku



Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Dane z wykresu 2 są spójne z subiektywną oceną poczucia samotności (zob. wykres 3). Im seniorzy starsi, tym poczucie osamotnienia rośnie, ale zdecydowana większość zarówno młodych seniorów, jak i starszych nie czuje samotności, a pozytywne jest to, że w każdej kategorii wiekowej 50% i więcej respondentów zdecydowanie nie odczuwa samotności.

Wykres 3. Odpowiedź na pytanie „Czy mogę liczyć na pomoc członków mojej rodziny?” z uwzględnieniem wieku respondentów



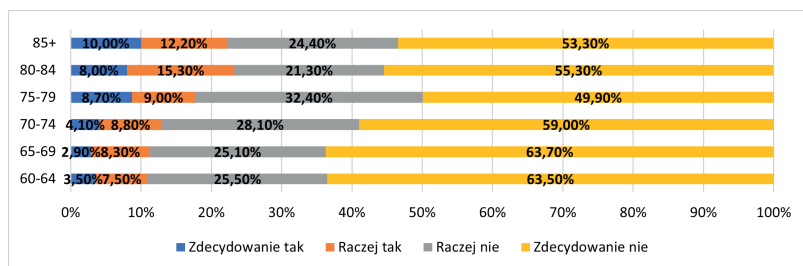
Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Bazując na subiektywnych ocenach seniorów, należy stwierdzić, że większość z nich utrzymuje bliskie relacje rodzinno-towarzyskie, nie czują się samotni i mogą liczyć na pomoc członków rodziny. To dobry predyktor pozwalający z pewnym optymizmem patrzeć na politykę deinstytucjonalizacji usług społecznych, której jednym z warunków powodzenia jest funkcjonowanie sieci wsparcia wokół osoby wymagającej pomocy. Oto jedna z wypowiedzi respondenta biorącego udział w badaniu jakościowym:

Można powiedzieć, że gdy byłam sama, to nie raz myślałam o ludziach, którym coś złego w nocy się stanie i nikt nie zajrzy. A teraz jest ten plus, że ktoś codziennie jest u mnie (lp68_12_8o_k_miasto).

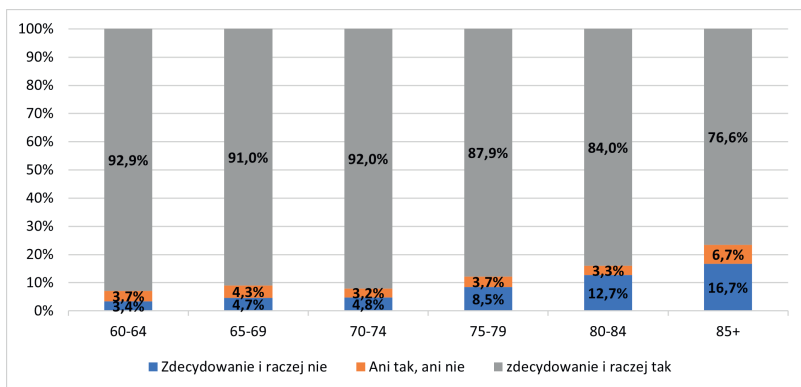
Należy też jednak zauważyć, że wraz z wiekiem sieci wsparcia kurczą się, możliwości udzielenia pomocy ze strony rodziny słabną, gdyż często brakuje najbliższej rodziny, a też narasta poczucie osamotnienia. Wyraźnie widać (wykresy 4–7), że w najstarszych kohortach wiekowych zwiększa się udział osób, które odczuwają deficyt obecności kogoś bliskiego, kto może zarówno na co dzień, jak i w trudnych chwilach służyć wielowymiarową pomocą i wsparciem, dając poczucie bezpieczeństwa. To naturalny proces, który będzie nasilał się wraz ze zmianą struktury demograficznej społeczeństwa i większym udziałem w populacji osób należących do najstarszych kohort wiekowych.

Wykres 4. Odpowiedź na pytanie „Czy w ciągu ostatniego czasu czuł/czuła się Pan/Pani osamotniony/osamotniona?” z uwzględnieniem wieku respondentów



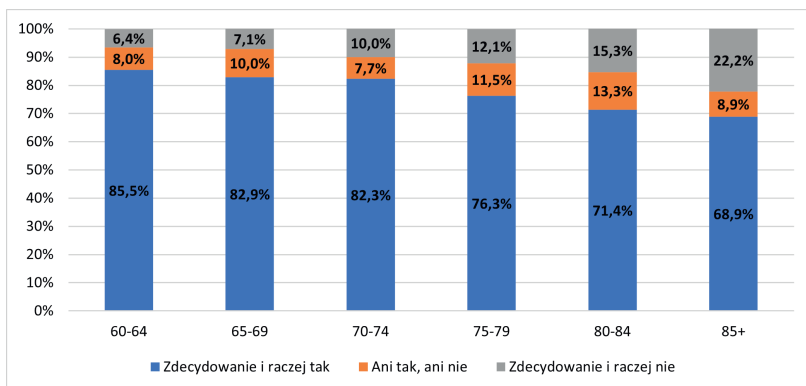
Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Wykres 5. Odpowiedź na stwierdzenie „Mam osoby, które są dla mnie prawdziwym źródłem wsparcia” z uwzględnieniem wieku respondentów



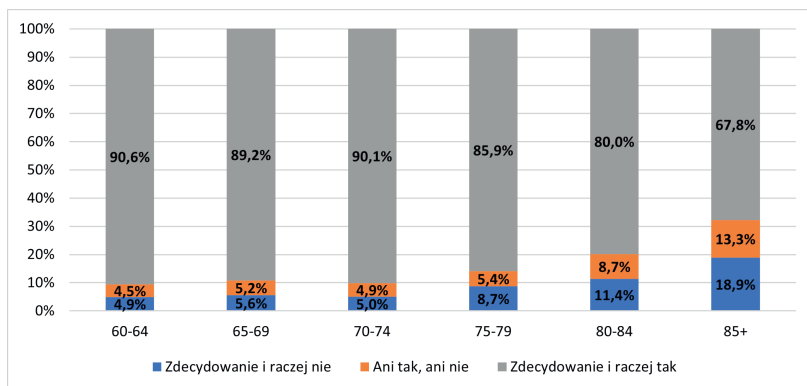
Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Wykres 6. Odpowiedź na stwierdzenie „Moja rodzina naprawdę stara się mi pomóc” z uwzględnieniem wieku respondentów



Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Wykres 7. Odpowiedź na stwierdzenie „Mam osobę, z którą mogę dzielić swoje smutki i troski” z uwzględnieniem wieku respondentów

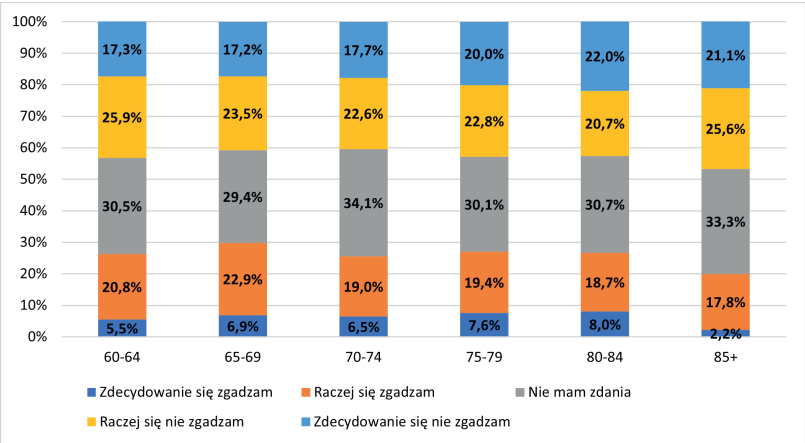


Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Wśród wielu dobrych informacji płynących z badania warto zwrócić uwagę także na takie, które do pozytywnych nie należą. Wprawdzie nie mieszczą się one bezpośrednio w bloku zagadnień poświęconych relacjom społecznym seniorów, ale są ważne w kontekście świadczenia pomocy w formule zdeinstytucjonalizowanej, pokazują bowiem, w jakim stopniu seniorzy korzystają ze wsparcia wykraczającego poza prywatne relacje rodzinno-towarzyskie. Otóż respondenci zapytani o możliwość otrzymania pomocy ze strony różnych instytucji, a więc wykraczającej poza pomoc rodzinną czy sąsiedzką, znacznie częściej odpowiadali, że na taką pomoc nie mogą liczyć i należy podkreślić, że odpowiedzi były podobne bez względu na kohorty wiekowe (zob. wykres 8). Oczywiście jest to tylko subiektywna ocena badanych, ale jeśli uwzględnimy odpowiedzi na pytanie o korzystanie z różnych form wsparcia ze strony instytucji (zob. tab. 1), to wyłania się w miarę spójny obraz niewielkiego zaangażowania instytucji (w tym państwowych) w niesienie pomocy seniorom⁷.

⁷ Pomoc społeczna jako instytucja wsparcia seniorów była także przedmiotem analizy w ramach ubiegłorocznej edycji badania Świat na miarę seniora, zob.

Wykres 8. Odpowiedź na stwierdzenie „Mogę liczyć na pomoc ze strony różnych instytucji” z uwzględnieniem wieku respondentów



Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Tabela 1. Odpowiedź na pytanie „Czy korzysta lub w ciągu ostatniego roku korzystał Pan/korzystała Pani z następującego wsparcia?” z uwzględnieniem wieku respondentów*

Czy korzysta lub korzystał Pan/korzystała Pani w ciągu ostatniego roku z:		Grupa wiekowa						Chi kwadrat Pearsona
		60–64	65–69	70–74	75–79	80–84	85+	
pomocy finansowej z ośrodka pomocy społecznej, np. zasiłek stały, okresowy, celowy	tak	4,5%	5,1%	5,4%	3,7%	6%	6,7%	5,77
	nie	92,6%	91%	90,7%	93,5%	89,3%	90%	
pomocy rzeczowej z ośrodka pomocy społecznej, np. opału, posiłku, odzieży	tak	3,2%	2,9%	4,5%	3,9%	6,7%	2,2%	15,43
	nie	94,5%	94,1%	91,1%	92,7%	91,3%	96,7%	

D. Zalewski, *Pomoc społeczna – jej funkcje i znaczenie w życiu seniorów*, „Polityka Społeczna” 2024, nr tematyczny 2, s. 19–24.

Czy korzysta lub korzystał Pan/korzystała Pani w ciągu ostatniego roku z:		Grupa wiekowa						Chi kwadrat Pearsona
		60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	
pomocy w formie usług świadczonych przez ośrodek pomocy społecznej (np. zakupy, obiady, sprzątanie, pomoc w umyciu się, ubraniu, towarzyszenie na spacerze)	tak	4,3%	3,1%	3,8%	2,8%	5,3%	6,7%	14,48
	nie	92,9%	93,3%	93,6%	94,1%	92,7%	85,6%	
pomocy rzeczowej od organizacji pozarządowych (np. żywność, ubrania, sprzęty)	tak	2,8%	2,8%	3,3%	3,1%	4%	2,2%	5,95
	nie	93,8%	93,9%	92,5%	94,1%	90%	95,6%	
usług pielęgniarских (pielęgniarki środowiskowej, pielęgniarki opieki długoterminowej)	tak	4%	4,2%	4,1%	3,9%	8,7%	4,4%	13
	nie	91,5%	92,9%	92,7%	91%	87,3%	91,1%	
opiekunki zatrudnionej prywatnie	tak	4,6%	4,7%	4,1%	3,9%	4%	6,7%	4,95
	nie	92,5%	92%	93,1%	92,7%	90,7%	91,1%	
pomocy rodziny (wykonywanie czynności domowych, zakupów, opieka, pielęgnacja)	tak	15,6%	18,3%	19,9%	25,9%	28,7%	36,7%	42,54
	nie	81,5%	78,5%	76,9%	71,5%	68,7%	62,2%	

* W tabeli nie uwzględniono odpowiedzi „nie wiem”, dlatego wyniki nie sumują się do 100%

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Z przedstawionych powyżej danych wynika jednoznacznie, że relacje społeczne polskich seniorów są dość silne, choć wraz z wiekiem nieco się rozluźniają. Seniorzy mogą głównie liczyć na pomoc rodziny, ale wraz z wiekiem te możliwości się kurczą. To oznacza, że opiekuńcza funkcja rodziny musi być suplementowana przez instytucje państwa i/lub sektor pozarządowy, aby skutecznie wspierać seniorów z najstarszych kohort wiekowych w zaspokajaniu ich potrzeb. Jednakże możliwość korzystania z potencjału opiekuńczego rodziny czy znajomych to jedna strona medalu, a drugą jest kondycja zdrowotna samych seniorów, którzy mogliby z ewentualnej pomocy skorzystać w miejscu swojego zamieszkania.

1.2. Kondycja zdrowotna polskich seniorów

W bieżącej debacie o deinstytucjonalizacji usług społecznych dominuje pogląd, że jest ona wskazana także ze względu na ekonomiczną racjonalność⁸. Wprawdzie pojawiają się głosy sceptyczne w tej sprawie⁹, ale nie zmienia to faktu, że najdonioślej brzmi przekaz: deinstytucjonalizacja się opłaca. Nie wchodząc w szczegóły rozważań poświęconych aspektom ekonomicznym tej kwestii¹⁰, należy zauważyć, że wiele zależy od kondycji zdrowotnej odbiorców świadczeń. Jeśli mamy do czynienia z osobami całkowicie niesamodzielnymi i wymagającymi całodobowej opieki, to zapewnienie im opieki w warunkach domowych będzie z pewnością droższe niż w warunkach całodobowego domu pomocy społecznej. Koszt utrzymania pięciu opiekunek w pięciu mieszkaniach jest zwyczajnie większy niż koszt jednej czy dwóch opiekunek mających pod opieką pięciu pensjonariuszy placówki stacjonarnej. To tylko jeden z aspektów procesu deinstytucjonalizacji usług społecznych, a chodzi przede wszystkim o zapewnienie odpowiedniej jakości życia w wieku senioralnym. Czy kondycja zdrowotna polskich seniorów pozwala z optymizmem patrzeć na proces deinstytucjonalizacji usług społecznych?

Zacznijmy od generalnej obserwacji, że polscy seniorzy oceniają stan swojego zdrowia nader korzystnie (zob. tab. 2). Z rozkładu częstości zmiennej wynika, że bardzo dobrze i dobrze swoje zdrowie oceniło 52,2% seniorów, ani dobrze, ani źle – 38,3%, a źle i bardzo źle – tylko 9,5%.

⁸ J. Mansell, M. Knapp, J. Beadle-Brown, J. Beecham, *Deinstitutionalisation and Community Living – Outcomes and Costs: Report of a European Study. Volume 2: Main Report (DECLOC)*, Canterbury 2007, s. 98.

⁹ Ł. Jurek, *Ekonomiczne aspekty deinstytucjonalizacji*, w: *Deinstytucjonalizacja opieki długoterminowej w Polsce. Cele i wyzwania*, red. P. Błędowski, Warszawa 2021, s. 28–32.

¹⁰ Więcej na ten temat można znaleźć w D. Zalewski, *Nowy system organizacji usług społecznych...*, dz. cyt.

Tabela 2. Odpowiedź na pytanie „Jak ogólnie ocenia Pan/Pani swój stan zdrowia?” z uwzględnieniem wieku respondentów

Jak ogólnie ocenia Pan/Pani swój stan zdrowia?	Grupa wiekowa					
	60–64	65–69	70–74	75–79	80–84	85+
Bardzo dobrze	12,4%	12%	9,1%	6,8%	10%	6,7%
Dobrze	46,1%	43,7%	41,5%	33,5%	36%	23,3%
Tak sobie, ani dobrze, ani źle	35,6%	37,3%	37,2%	47,6%	37,3%	45,6%
Źle	5,2%	6,3%	9,6%	10,4%	10,7%	18,9%
Bardzo źle	0,8%	0,8%	2,7%	1,7%	6%	5,6%

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Na pytanie o dolegliwości w ciągu ostatnich 12 miesięcy 30,7% stwierdziło, że nie chorowało. Szczególnie istotna jest jednak informacja o stanie samodzielności seniorów w poszczególnych kohortach wiekowych przy wykonywaniu rozmaitych podstawowych czynności. Wyniki są optymistyczne, a ich rozkład znajduje się w tabeli 3.

Tabela 3. Odpowiedź na pytanie „Czy doświadcza Pan/Pani trudności przy wykonywaniu następujących czynności?” z uwzględnieniem wieku respondentów

Czy doświadcza Pan/Pani trudności przy wykonywaniu następujących czynności:		Grupa wiekowa					
		60–64	65–69	70–74	75–79	80–84	85+
Wstawanie z łóżka/krzesła	Wykonuję samodzielnie	97,4%	98,3%	98,4%	96,3%	95,3%	94,4%
	Wykonuję z niewielką pomocą innych osób	2,2%	1,7%	1,3%	2,8%	4%	4,4%
	Nie jestem w stanie wykonać samodzielnie	0,4%	0%	0,3%	0,8%	0,7%	1,1%
Korzystanie z toalety	Wykonuję samodzielnie	98,8%	99,4%	99,4%	98,6%	96,7%	96,7%
	Wykonuję z niewielką pomocą innych osób	0,9%	0,6%	0,6%	0,8%	2,7%	2,2%
	Nie jestem w stanie wykonać samodzielnie	0,3%	0%	0%	0,6%	0,7%	1,1%

Czy doświadcza Pan/Pani trudności przy wykonywaniu następujących czynności:		Grupa wiekowa					
		60–64	65–69	70–74	75–79	80–84	85+
Kąpanie się/ branie prysznic	Wykonuję samodzielnie	98,6%	98,5%	97%	96,1%	94,7%	92,2%
	Wykonuję z niewielką pomocą innych osób	1,2%	1,5%	2,4%	3,1%	4,7%	5,6%
	Nie jestem w stanie wykonać samodzielnie	0,3%	0%	0,6%	0,8%	0,7%	2,2%
Ubieranie się/ poprawienie ubrania	Wykonuję samodzielnie	98,8%	98,5%	97,9%	95,5%	94,7%	97,8%
	Wykonuję z niewielką pomocą innych osób	0,8%	1,4%	1,8%	3,9%	4,7%	1,1%
	Nie jestem w stanie wykonać samodzielnie	0,4%	0,1%	0,3%	0,6%	0,7%	1,1%
Poruszanie się, wstawanie z łóżka, siadanie (można wykonywać z pomocą laski lub chodzika)	Wykonuję samodzielnie	98,2%	99%	98,4%	97,2%	94,7%	94,4%
	Wykonuję z niewielką pomocą innych osób	1,3%	0,9%	1,4%	2,3%	4,7%	4,4%
	Nie jestem w stanie wykonać samodzielnie	0,5%	0,1%	0,2%	0,6%	0,7%	1,1%
Jedzenie, odżywianie się bez pomocy	Wykonuję samodzielnie	99%	99,4%	99,5%	98%	95,3%	94,4%
	Wykonuję z niewielką pomocą innych osób	0,9%	0,5%	0,5%	0,8%	4,7%	4,4%
	Nie jestem w stanie wykonać samodzielnie	0,1%	0,1%	0%	1,1%	0%	1,1%
Wchodzenie po schodach/ schodzenie ze schodów	Wykonuję samodzielnie	96,8%	96,5%	95,7%	91,3%	84%	87,8%
	Wykonuję z niewielką pomocą innych osób	2,6%	3%	3%	5,9%	10,7%	6,7%
	Nie jestem w stanie wykonać samodzielnie	0,6%	0,5%	1,3%	2,8%	5,3%	5,6%

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

W najstarszej kohorcie wiekowej (85+) znalazła się tylko jedna osoba, która nie była w stanie wykonywać samodzielnie wszystkich wskazanych czynności (dla osób w wieku 85+ n=90). W pozostałych kohortach wiekowych były to również pojedyncze osoby albo nie było ich wcale. Pewną różnicę widać w przypadku czynności „wchodzenie

po schodach/schodzenie ze schodów”, ale 5,3% osób w wieku 80–84 lata i 5,6% osób w wieku 85+ wskazujących na całkowitą niesamodzielność w tym zakresie to naprawdę niewiele. Oczywiście wśród respondentów badania reprezentatywnego mogli być tacy, którzy wskazali na samodzielność wykonywania domowych czynności, a jednocześnie doświadczali przy ich wykonywaniu rozmaitych zdrowotnych trudności, jak w poniższej wypowiedzi z badania jakościowego:

No po prostu zwyrodnienie kolana, kolan, jednego i drugiego. A druga sprawa jeszcze mam też problem z kręgosłupem. No borykam się z bólem przy każdym obowiązku. No a poza tym, no to cokolwiek robię, to powiem pani, że jest taki wysiłek, że pani sobie nawet nie zdaje sprawy. Mnie jest ciężko utrzymać odkurzacza, mi jest ciężko mopa wziąć. Muszę jak mopem czasem jest to jedną ręką, a drugą się muszę trzymać (lp69_12_67_k_wieś).

Wniosek jest zatem taki, że poziom całkowitej niesamodzielności polskich seniorów przy wykonywaniu podstawowych czynności jest niski, ale kluczowa jest odpowiedź na pytanie, jak duża część seniorów musi korzystać przy wykonywaniu podstawowych czynności z chociażby niewielkiej pomocy innych osób. Różnice w stosunku do całkowitej niesamodzielności seniorów nie są duże, ale jednak widoczne. Przy wchodzeniu po schodach/schodzeniu ze schodów prawie 6% seniorów w wieku 75–79 potrzebuje pomocy, w wieku 80–84 jest to już 10,7%, a wśród najstarszych (85+) jest to 6,7%¹¹. W otoczeniu

¹¹ Problem wchodzenia po schodach/schodzenia ze schodów wiąże się ze znanym zjawiskiem tzw. więźniów IV piętra, tj. mieszkańców o ograniczonej sprawności ruchowej budynków mieszkalnych o maksymalnie pięciu kondygnacjach, gdzie nie instalowano wind. Należy też pamiętać, że w większości starszych budynków windy znajdują się na parterze, do którego prowadzą schody. Uporanie się z tą barierą architektoniczną jest bardzo kosztowne. Taki koszt łatwo jest policzyć, dysponując informacją o liczbie mieszkań bez dostępu do windy i koszcie jej instalacji. Szacuje się, że w Polsce mamy ok. 4 mln mieszkań w tzw. wielkiej płyce, a jeśli przyjmiemy, że połowa z nich znajduje się w budynkach maksymalnie

tych ludzi musi być zatem ktoś bliski, z rodziny lub sąsiedztwa, kto będzie mógł wyświadczyć drobną przysługę ułatwiającą codzienne zaspokojenie elementarnej potrzeby.

Dysfunkcje seniorów najczęściej są związane z ograniczeniami narządów ruchu. Najwięcej respondentów na pytanie o wykonywanie poszczególnych czynności wskazało, że ma problem z samodzielnym dotarciem do celu wymagającym przejścia minimum 500 m oraz robieniem zakupów. Uznając wszystkich, którzy wskazali inną odpowiedź niż „wykonuję samodzielnie” za osoby w jakimś stopniu niesamodzielne oraz agregując kohorty wiekowe od 70–74 lata do 85+ w jedną (70–85+), otrzymujemy dla wybranych czynności rozkład zmiennej widoczny w tabeli 4.

Tabela 4. Odpowiedź na pytanie „Które z poniższych czynności wykonuje Pan/ Pani samodzielnie?” z uwzględnieniem wieku respondentów

Które z poniższych czynności wykonuje Pan/i samodzielnie?		Grupa wiekowa		
		60–64	65–69	70–85+
Docieranie na spacerze do odległych miejsc (dalej niż 500 m, czyli np. odległość do najbliższego przystanku autobusowego)	samodzielnie	94,7%	94,3%	86,2%
	niesamodzielnie	5,3%	5,7%	13,8%
Robienie zakupów spożywczych	samodzielnie	96,9%	95,7%	87,2%
	niesamodzielnie	3,1%	4,3%	12,8%
Przygotowywanie posiłków	samodzielnie	98,8%	97,6%	91,5%
	niesamodzielnie	1,2%	2,4%	8,5%
Wykonywanie prostych prac domowych (np. majsterkowania, sprzątanía)	samodzielnie	97,5%	96,2%	89,8%
	niesamodzielnie	2,5%	3,8%	10,2%

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

pięciokondygnacyjnych i na każdej kondygnacji znajdują się cztery mieszkania, to istnieje potrzeba zainstalowania 100 tys. wind. W większości są to budynki pozbawione możliwości budowy windy wewnętrznej, a koszt budowy windy zewnętrznej może oscylować w granicach 450 tys. zł, co daje ogólny koszt realizacji jednego programu sprzyjającego deinstytucjonalizacji usług społecznych w kwocie 45 mld zł.

Odsetek seniorów będących w wieku 70 lat i więcej wskazujących niesamodzielność przy docieraniu do celu na odległość min. 500 m wyniósł 13,8%, robieniu zakupów – 12,8%, przygotowywania posiłków – 8,5%, a wykonywaniu prostych prac domowych – 10,2%. To oznacza, że przynajmniej co dziesiąty senior w wieku 70 lat i więcej potrzebuje wsparcia innej osoby przy wykonywaniu określonych czynności należących do codziennej aktywności, nawet jeśli to wsparcie byłoby niewielkie. Te odsetki są już znaczące i stanowią ważną przesłankę w dyskusji o deinstytucjonalizacji usług społecznych, dla seniorów z większą lub mniejszą niesamodzielnością trzeba bowiem znaleźć ludzi, którzy mogliby ich wspierać. Oczywiście jest, że kapitał opiekuńczy tworzą członkowie rodziny oraz osoby z najbliższego otoczenia sąsiedzkiego seniorów, ale zmiany demograficzne sprawiają, że rośnie udział seniorów w populacji, a maleje udział przedstawicieli młodszych kohort wiekowych. Oznacza to pogorszenie proporcji między segmentem populacji będącej w wieku potencjalnych odbiorców pomocy, a tę częścią, której przedstawiciele mogą pomocy udzielać. Ilustrują to wyniki badań wskazujące, że kapitał opiekuńczy, z którego mogą korzystać seniorzy, kurczy się.

Z obliczeń dokonanych przez Zofię Szwedę-Lewandowską wynika, że zmniejsza się i będzie się zmniejszała zarówno liczba rodzinnych opiekunów, jak i osób mogących pełnić funkcję opiekunów profesjonalnych (zob. tab. 5). Współczynnik potencjalnego wsparcia – obrazujący liczbę osób w wieku 15–64 lata na 100 osób w wieku 65 lat – wynosił w 2012 r. 498,6, a w 2035 r. może osiągnąć wartość 276,6. Współczynnik wsparcia rodziców – obrazujący liczbę osób w wieku 85 lat i więcej na 100 osób w wieku 50–64 lata – wynosił w 2012 r. 7,1, a w 2035 r. może osiągnąć wartość 13,1. Wartość potencjału pielęgnacyjnego zaś – ilustrujący liczbę kobiet w wieku 50–64 lata przypadającą na 100 osób w wieku 80 lat i starszych – wynoszący w 2012 r. 386,3, może osiągnąć wartość 219,2 w roku 2035¹².

¹² Z. Szveda-Lewandowska, *Opieka nad osobami starszymi. Wspierający i wspierani*, Łódź 2017, s. 32.

Tabela 5. Współczynniki potencjalnego wsparcia, wsparcia rodziców i potencjału pielęgnacyjnego w latach 2012–2035

Rok	Potencjalnego wsparcia	Wsparcia rodziców	Potencjału pielęgnacyjnego
2012	498,6	7,1	386,3
2015	443,7	8,5	354,4
2016	425	9	344,5
2020	359,2	10,4	323,4
2025	305,8	11,4	330,2
2030	287,5	10,3	271,2
2035	276,6	13,1	219,2

Źródło: Z. Szweda-Lewandowska, *Opieka na osobami starszymi. Wspierający i wspierani*, Łódź 2017, s. 32.

Wnioski wydają się oczywiste. Wraz ze zmianą struktury demograficznej społeczeństwa będzie przybywało seniorów wymagających wsparcia w zaspokojeniu swoich elementarnych potrzeb, a jednocześnie będzie ubywało osób mogących takie wsparcie zapewnić. To niezwykle poważne wyzwanie dla polityki deinstytucjonalizacji usług społecznych, gdyż jej skuteczność w znacznej mierze zależy od potencjału opiekuńczego możliwego do uruchomienia w środowiskach lokalnych seniorów. Nawet jeśli seniorzy deklarują, że ich stan zdrowia jest bardzo dobry i dobry, a tylko niewielka część z nich wskazuje na poważne dolegliwości, to kluczowa jest kwestia skali niesamodzielności zaspokajania potrzeb. Osoby, które nie mogą same wejść po schodach i zejść z nich, nie są w stanie samodzielnie zrobić zakupów czy dojść do najbliższego przystanku komunikacji muszą skorzystać z pomocy innych osób. Jaka zatem rysuje się przyszłość deinstytucjonalizacji usług społecznych dla seniorów w Polsce?

Zanim odpowiem na powyższe pytanie w formie podsumowania, należy się kilka zdań uzupełnienia obrazu uwarunkowań, w jakich przebiega proces deinstytucjonalizacji usług społecznych w Polsce. Otóż rodzime usługi mają charakter wysoce sfamiliaryzowany, co

oznacza, że w większości są one świadczone w ramach węższych czy szerszych relacji rodzinnych i zwykle nie są to usługi profesjonalne wymagające znacznych kompetencji od osób udzielających wsparcia. W jednym z raportów poświęconych opiece nad osobami starszymi możemy przeczytać, że: „Polska jest jednym z nielicznych krajów UE, w których liczba osób korzystających z usług w miejscu zamieszkania jest mniejsza niż liczba osób korzystających z usług stacjonarnych. Niedostępność usług w miejscu zamieszkania zwiększa presję na stacjonarne formy opieki oraz ogranicza możliwość poprawy jakości życia osób wymagających wsparcia, które pozostają w środowisku lokalnym”¹³.

Oczywiście chodzi tu o usługi bardziej sprofesjonalizowane i formalne, w których nie uwzględniono rozmaitych form rodzinno-sąsiedzkiego wsparcia udzielanego seniorom (usługi nieformalne). Warto też pamiętać o tym, że Polska należy do krajów UE o najmniejszej liczbie dostępnych miejsc w stacjonarnych instytucjach opieki w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców¹⁴, a ich podaż nie zaspokaja popytu¹⁵. Krótko mówiąc, w Polsce dominują usługi nieformalne realizowane w ramach sieci rodzinnych i sąsiedzkich o niskim poziomie profesjonalizacji, a usługi bardziej sprofesjonalizowane realizowane są w warunkach instytucjonalnych. Jednocześnie zakres dostępności usług zinstytucjonalizowanych jest relatywnie niski na tle innych państw UE.

¹³ Z. Szweda-Lewandowska, I. Wóycicka, *Opieka formalna*, w: *W stronę sprawiedliwej troski...*, dz. cyt., s. 53–54.

¹⁴ Wedle danych Eurostatu liczba miejsc w stacjonarnych instytucjach opieki na 100 tys. mieszkańców (2019) wynosiła w Polsce ok. 200, kiedy w Szwecji będącej liderem pod tym względem było to 1350. Zob. Z. Szweda-Lewandowska, I. Wóycicka, dz. cyt., s. 52.

¹⁵ Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Sprawozdanie MRiPS-05 za I–XII 2024 r., <https://www.gov.pl/web/rodzina/statystyka-za-rok-2024> (dostęp: 15.09.2025).

Podsumowanie

Polityka deinstytucjonalizacji usług społecznych musi mieć charakter pragmatyczny, a nie ideologiczny. Mówiąc o pragmatyzmie, mam na myśli taką sytuację, że jeśli pojawiają się argumenty krytyczne, to powinny być skrupulatnie rozważone jako ważny głos w dyskusji, a nie odrzucone *a priori* jako niezgodne z taką czy inną ideologią. Wyniki badania *Świat na miarę seniora* prowadzą do kilku konkluzji w kontekście propagowanej polityki deinstytucjonalizacji usług społecznych, a nie są one jednoznaczne.

Po pierwsze, z jednej strony częstotliwość rozmaitych kontaktów rodzinno-towarzyskich seniorów jest dość wysoka, co pozwala z optymizmem patrzeć na możliwość zaspokojenia ich potrzeb w ramach nieformalnych sieci wsparcia, ale z drugiej następuje ich ograniczenie w najstarszych kohortach wiekowych, co jest procesem naturalnym. W obliczu procesu starzenia się polskiego społeczeństwa i przewidywanego pogorszenia współczynników potencjalnego wsparcia, wsparcia rodziców i potencjału pielęgnacyjnego pojawia się poważne wyzwanie dla polityki deinstytucjonalizacji usług związane z możliwością wykorzystania kapitału opiekuńczego tworzonego w ramach interakcji rodzinno-towarzyskich. Niewielki zakres wsparcia udzielanego w ramach pomocy formalnej przez instytucje publiczne (ośrodki pomocy społecznej, organizacje społeczne itp.) nie pozwala na nadmierny optymizm, że pojawiający się deficyt w zakresie opieki nieformalnej zostanie zrekompensowany usługami środowiskowymi świadczonymi przez wyspecjalizowane organizacje.

Po drugie, deklarowany stan zdrowia seniorów jest generalnie dobry i to również dobrze wróży rozwojowi usług społecznych w środowiskach lokalnych bez konieczności zamiany miejsca zamieszkania seniorów na całodobowe domy pomocy społecznej. Ale pojawiające się rozmaite ograniczenia zdrowotne w najstarszych kohortach wiekowych uniemożliwiają często samodzielne wykonywanie prostych czynności domowych i wymagają chociażby niewielkiego wsparcia ze strony innych osób. Nie chodzi przy tym o wysoce wyspecjalizowaną

opiekę, ale o niewielką pomoc przy pokonywaniu barier architektonicznych, zrobieniu zakupów czy ugotowaniu obiadu. Taką przysługę może wyświadczyć prawie każdy, ale przy kurczeniu się sieci rodzinno-towarzyskich, szczególnie w najstarszych kohortach wiekowych, pojawia się pytanie o substytucję rodzinno-towarzyskiego kapitału opiekuńczego i jedna z możliwych odpowiedzi jest taka, że należy położyć nacisk na rozwój nieformalnego wolontariatu. Niewątpliwie jest to zadanie nie tylko dla władz samorządów terytorialnych, ale także wszelkich organizacji społecznych i wyznaniowych, które z jednej strony promowałyby zachowania prospołeczne w środowiskach lokalnych, a z drugiej budowały sieci zaufania między wolontariuszami a seniorami.

Po trzecie, wyraźny jest deficyt usług świadczonych dla seniorów w ramach wsparcia środowiskowego przez ośrodki pomocy społecznej oraz organizacje pozarządowe. Są to zwykle usługi bardziej profesjonalizowane i należące do zakresu pomocy formalnej, a jednym z głównych założeń procesu deinstytucjonalizacji jest zwiększenie ich podaży w formule środowiskowej (otwartej) kosztem realizacji w formule stacjonarnej (zamkniętej). Problem w tym, że zmiana instytucjonalna nie zachodzi z dnia na dzień i wymaga czasu, a wynik nie jest pewny. Nie oznacza to oczywiście, że nie należy próbować takiej zmiany dokonywać z pełną świadomością występowania czynników wpływających na jej przebieg i rezultaty.

Po czwarte wreszcie, promowana przez UE polityka deinstytucjonalizacji usług społecznych wpisuje się w kulturowy model opieki i pomocy w ramach międzygeneracyjnego transferu usług stosowany w Polsce od dawna. Świadczy o tym relatywnie niewielka liczba miejsc w zakładach opiekuńczych na 100 tys. mieszkańców na tle krajów UE. Niemniej jednak popyt na miejsca w placówkach stacjonarnych znacznie przekracza ich podaż. To oznacza, że nie ma potrzeby likwidowania stacjonarnych instytucji opieki i pomocy, gdyż jest ich w Polsce zwyczajnie za mało w stosunku do popytu, który będzie prawdopodobnie zwiększał się w związku z zachodzącymi zmianami struktury demograficznej. Tak jak za mało jest miejsc w placówkach

stacjonarnych, tak też za mało jest usług środowiskowych świadczonych przez podmioty publiczne, które w jakimś stopniu mogą odciążyć opiekę stacjonarną, ale z pewnością jej nie zastąpią. W Polsce nie ma potrzeby przeprowadzania radykalnej deinstytucjonalizacji usług społecznych, gdyż usługi te w znacznym stopniu są zdeinstytucjonalizowane, tyle że ich realizacja przebiega zazwyczaj w ramach wsparcia nieformalnego, a należy poczynić starania, aby były w większym stopniu realizowane także w ramach wsparcia formalnego z wykorzystaniem instytucji publicznych. Należy zdecydowanie przestrzegać przed konsekwencjami „ideologicznego uniesienia”, w które wpisuje się słyszany niekiedy postulat ograniczania stacjonarnych placówek wsparcia. One są i będą potrzebne bez względu na stopień realizacji usług społecznych w formule środowiskowej m.in. z powodu uwarunkowań, którym poświęcony jest ten tekst.

Bibliografia

- DiMaggio P., Powell W., *The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields*, w: *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, eds. P. DiMaggio, W. Powell, Chicago 1991.
- Jurek Ł., *Ekonomiczne aspekty deinstytucjonalizacji*, w: *Deinstytucjonalizacja opieki długoterminowej w Polsce. Cele i wyzwania*, red. P. Błędowski, Warszawa 2021.
- Mansell J., Knapp M., Beadle-Brown J., Beecham J., *Deinstitutionalisation and Community Living – Outcomes and Costs: Report of a European Study. Volume 2: Main Report (DECLOC)*, Canterbury 2007.
- Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Sprawozdanie MRiPS-05 za I–XII 2024 r., <https://www.gov.pl/web/rodzina/statystyka-za-rok-2024> (dostęp: 15.09.2025).
- Strategia Rozwoju Usług Społecznych. Polityka publiczna do roku 2030*, uchwała nr 135 Rady Ministrów z dnia 15 czerwca 2022 r., Monitor Polski poz. 767, Warszawa 2022.
- Szweda-Lewandowska Z., *Opieka nad osobami starszymi. Wspierający i wspierani*, Łódź 2017.
- Szweda-Lewandowska Z., *Standardy usług opiekuńczych*, w: *W stronę sprawiedliwej troski. Opieka nad osobami starszymi w Polsce*, red. I. Wóycicka, Warszawa 2022.

- Zalewski D., *Czy wesołe jest życie seniora? Wybrane społeczno-ekonomiczne czynniki egzystencji populacji 60+, w: Świat na miarę seniora. Jakość życia – relacje – aktywności*, red. E. Bojanowska, R. Czekalski, Warszawa 2024.
- Zalewski D., *Nowy system organizacji usług społecznych – założenia, oczekiwania i realia w świetle instytucjonalnego izomorfizmu na przykładzie pomocy społecznej dla osób starszych*, w: *Wybrane zagadnienia współczesnej polityki społecznej – między nauką a praktyką: kontynuacja*, red. E. Bojanowska, G. Uścińska, Warszawa 2024.
- Zalewski D., *Pomoc społeczna – jej funkcje i znaczenie w życiu seniorów*, „Polityka Społeczna” 2024, nr tematyczny 2.

ANNA FIDELUS

Instytut Pedagogiki

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

Sieci społeczne seniorów w teorii i praktyce

Słowa kluczowe: sieci społeczne, aktywizacja osób starszych, dobre praktyki, wyzwania demograficzne, polityka społeczna, starzenie się społeczeństwa

Wprowadzenie

Starzenie się społeczeństw stanowi jedno z najbardziej znaczących zjawisk społeczno-demograficznych współczesnej Europy, w tym także Polski. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego w 2024 r. osoby w wieku 60 lat i więcej stanowiły ok. 27% populacji Polski¹. Prognozy demograficzne wskazują na istotny wzrost tej grupy w nadchodzących dekadach, co implikuje konieczność opracowania skutecznych strategii wsparcia seniorów, zwłaszcza w obszarze ich integracji społecznej i zapobiegania izolacji².

Sieci społeczne odgrywają kluczową rolę w życiu osób starszych, wpływając na ich zdrowie psychiczne i fizyczne oraz na poczucie własnej wartości i bezpieczeństwa. W literaturze poświęconej kwestiom starości podkreśla się, że samotność i izolacja społeczna stanowią czynniki ryzyka dla licznych problemów zdrowotnych, a jednocześnie są zjawiskami na ogół

¹ GUS, *Starzenie się ludności w Polsce – raport 2023*, Warszawa 2023, https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5501/14/17/1/polska_w_liczbach_2024_pl_pi.pdf (dostęp: 6.08.2025).

² Tamże.

niedostatecznie uwzględnianymi w polityce społecznej³. Celem niniejszego rozdziału jest przedstawienie zagadnienia roli sieci społecznych w życiu osób starszych na podstawie wyników badań przeprowadzonych w tym obszarze.

1. Główne założenia teoretyczne

Sieci społeczne (ang. *social networks*) najkrócej można określić jako systemy relacji, powiązań pomiędzy ludźmi, grupami lub organizacjami, które umożliwiają wzajemną wymianę informacji, wsparcie emocjonalne i materialne, a także współpracę. Analiza literatury przedmiotu pozwala na wyodrębnienie dwóch głównych nurtów, w obszarze których możemy analizować sieci społeczne. Jest to obszar społeczny, który analizowany jest głównie z perspektywy socjologicznej i nurt technologiczny (internetowy). W nurcie społecznym w centrum zainteresowania głównie znajdują się układy relacji (więzi) między jednostkami, rodzaje sieci społecznych (m.in.: rodzinna, zawodowa, sąsiedzka, przyjacielska). Analiza sieci społecznych – tzw. *Social Network Analysis* – prowadzi badania dotyczące: węzłów (są to konkretne osoby, organizacje), krawędzi (relacje między nimi), a także gęstości sieci i centralności węzłów, czyli częstotliwości kontaktów. Drugi nurt, w obszarze którego podejmowane są analizy sieci społecznych, to proces technologiczny. Obejmuje on głównie analizę platform online służących do budowania i utrzymywania kontaktów (np. Facebook, Instagram, LinkedIn, TikTok, Twitter [X]). Z tej perspektywy badane są głównie procesy: komunikacyjne (umieszczane wiadomości, komentarze), tworzenia treści (zdjęcia, filmy, wpisy), integracji społecznej (grupy, wydarzenia) i networkingu (poszukiwanie pracy, współpraca). Z pewnością analiza technologiczna sieci społecznych może zostać rozszerzona o komponent społeczny. A nawet można podkreślić, że we współczesnych warunkach – przeniesienia się życia społecznego właśnie do sieci internetowych – jest ona nierozłączna i niezbędna.

³ Por. A. Borkowska, *Zdrowie psychiczne seniorów – wyzwania dla systemu opieki*, „Polskie Forum Psychologiczne” 2024, nr 29(1), s. 12–25.

Teorie sieci społecznych opisują proces kształtowania się sieci, ich funkcjonowania, wpływ na poszczególne jednostki i grupy, wzajemne powiązania społeczne itp. W literaturze znajdujemy liczne prezentacje klasycznych i nowoczesnych teorii sieci społecznych. Ich znajomość jest niezwykle cenna zarówno dla badaczy, jak również praktyków, dla których w centrum zainteresowania są człowiek, struktury i środowiska społeczne. W niniejszym opracowaniu odniesiono się wyłącznie do wybranych podejść, które przede wszystkim ukazują znaczącą rolę sieci społecznych w życiu seniorów. Nawiązanie do nich ma za główny cel uświadomienie ich roli również w życiu seniorów i wskazanie na konieczność podjęcia takich rozwiązań, które byłyby dla nich wartościowe.

Jedna z najstarszych teorii – wycofania – badająca proces starzenia się z perspektywy potrzeb i wymagań społeczeństwa wobec seniorów zakłada, że seniorzy postrzegani jako pasywni przedstawiciele systemu społecznego sami uznają swoją gotowość do wycofania się z życia społecznego. Twórcy teorii, Elaine Cumming i William E. Henry, udowodnili, że starzenie się jest naturalnym procesem i seniorzy wycofują się z pełnionych ról społecznych i aktywności, aby zwolnić miejsca dla młodszych pokoleń⁴. Wycofanie się z życia społecznego traktowali jako nieodłączny element starzenia się, a nie symptom problemów czy porażek. Podkreślali, że wraz z wiekiem naturalnym jest, że maleje liczba i intensywność kontaktów społecznych, a jednostka koncentruje się wyłącznie na najbliższych relacjach⁵. Mimo krytyki tej teorii, głównie przez zwolenników teorii aktywności, trudno nie zgodzić się z jej pewnymi tezami, znajdującymi empiryczne potwierdzenie. Otóż seniorzy ograniczają liczbę kontaktów, najczęściej do najbliższych członków rodziny, głównie z przyczyn wynikających ze zmiany pracy, warunków zdrowotnych, śmierci przyjaciół. Wraz z upływem czasu następują zmiany, które nie wynikają bezpośrednio z samego wieku danego seniora, ale z uwagi na zmieniające się

⁴ Por. E. Cumming, W.E. Henry, *Growing Old: The Process of Disengagement*, New York, 1961.

⁵ Por. tamże.

towarzyszące okoliczności. Rezygnacja ze swoich dotychczasowych pełnionych ról nie zawsze jest zatem kwestią wieku samego seniora.

Należy mieć na względzie te prawidłowości nawiązujące do teorii aktywności, promującej aktywne podtrzymywanie sieci społecznych, które sprzyja dobrostanowi i spowalnia proces starzenia się⁶. Robert J. Havighurst argumentuje, że osoby starsze, które pozostają aktywne – zarówno fizycznie, społecznie, jak i intelektualnie – są w stanie lepiej dostosować się do zmian związanych ze starzeniem się. Ważnymi zadaniami rozwojowymi, wskazanymi przez Havighursta dla okresu późnej dorosłości, tj. po 61 roku życia, są: przystosowanie się do słabnących sił fizycznych i pogarszającego się zdrowia, emerytury i niższych dochodów, śmierci najbliższych, ustalenie wyraźnej przynależności do własnej grupy wiekowej, ustanowienie satysfakcjonującego standardu wygod życiowych⁷. Teoria Havighursta zakłada, że seniorzy, którzy angażują się w życie społeczne, zawodowe oraz rozwijają swoje zainteresowania, są w stanie zrealizować wymienione zadania, utrzymują wyższy poziom satysfakcji życiowej i poczucie własnej wartości. Istotnym elementem, podkreślanym w przywołanej teorii, jest posiadanie przez seniorów umiejętności wchodzenia w nowe role społeczne. Wraz z kolejnymi etapami życia następuje utrata pełnienia określonych ról społecznych bądź zmiana charakteru ich pełnienia. Ważne jest, aby poszukiwać alternatywnych zajęć, które pozwolą na realizację nowych ról. Bezspornie gwarantem wejścia w alternatywne role społeczne jest umiejętność nawiązywania i podtrzymywania relacji społecznych. Nie bez znaczenia mogą być również środki finansowe, zdrowie i typ osobowości⁸, niemniej wola utrzymywania więzi z innymi ludźmi jest warunkiem podstawowym⁹. Przekonywanie seniorów o konieczności podtrzymywania

⁶ Por. R.J. Havighurst, *Human Development and Education*, New York 1963.

⁷ Por. A. Brzezińska, K. Appelt, B. Ziółkowska, *Psychologia rozwoju człowieka*, Sopot 2015, s. 83–84.

⁸ I. Stuart-Hamilton, *Psychologia starzenia się*, Poznań, 2000, s. 159.

⁹ Por. A. Fidelus, *Relacje społeczne seniorów – ujęcie teoretyczne i empiryczne*, w: *Świat na miarę seniora 2024. Jakość życia – relacje – aktywności*, red. E. Bojanowska, R. Czekalski, Warszawa 2024, s. 257–276.

dotychczasowych relacji społecznych bądź inicjowania nowych to ważne i potrzebne zadanie całego społeczeństwa, nie tylko najbliższych lub pracowników socjalnych. Trzeba pamiętać, że sieci relacji stanowią zasób, który przekłada się na lepsze zdrowie, samopoczucie i bezpieczeństwo. Charakter wsparcia społecznego szczegółowo zaprezentował Pierr Bourdieu. Używał określenia „kapitał społeczny”, interpretując je jako całość relacji, kontaktów, postaw, spotkań, przyjaźni i zobowiązań charakterystycznych dla wszelkiego typu działań w określonej przestrzeni społecznej. Zauważył, że kapitał społeczny jest budowany w oparciu na „strategii inwestycji społecznych” (określenie Bourdieu). Owa strategia, zmierzająca do wzmacniania więzi społecznych, obejmuje różnorodne formy aktywności agentów społecznych. Można wymienić np.: spotkania towarzyskie, zabawy, wystawy, festyny, imprezy sportowe, różnego typu prace na rzecz społeczności lokalnej, spotkania parafialne, udział w projektach itp. Tego typu aktywności z pewnością wzmacniają integrację i społeczną inkluzję uczestniczących w nich agentów społecznych. Jednocześnie należy podkreślić, że osoby, które nie uczestniczą w tego rodzaju aktywnościach, czują się wyobcowane, odrzucone i ich pozycja społeczna może być marginalizowana. Możemy wręcz mówić o ich społecznej ekskluzji.

Kapitał społeczny seniorów może być ograniczony. Zakończenie pracy zawodowej w naturalny sposób ogranicza dotychczasową liczbę znajomych. Również w środowisku rodzinnym w naturalny sposób następują zmiany. Dorastające dzieci opuszczają dom rodzinny, najbliżsi umierają. Otoczenie nastawione jest wobec nich obojętnie. Bourdieu w obszarze kapitału społecznego wyróżnia kapitały wiążący i pomostowy. Pierwszy obejmuje więzi pomiędzy członkami jednej grupy, drugi dotyczy zaś tzw. sieci osób znajdujących się między różnymi społecznościami. Dla osób aktywnych zawodowo dominujący jest kapitał wiążący, w przypadku seniorów – należy zwrócić uwagę na budowę kapitału pomostowego¹⁰. Kolejna z licznych teorii poświęconych

¹⁰ Por. P. Bourdieu, L.J.D. Wacquant, *Zaproszenie do socjologii refleksyjnej*, Warszawa 2001.

kwestiom życia seniorów jest teoria selektywnej optymalizacji i kompensacji SO-C¹¹. Twórcy teorii podkreślają znaczenie umiejętności przystosowania się do zmian zachodzących w życiu wraz z wiekiem. W procesie wspomnianego przystosowania ważne są trzy elementy: 1) selekcja oznaczająca wybór obszarów funkcjonowania zgodnych z własnymi preferencjami, możliwościami i wymaganiami otoczenia; 2) optymalizacja polegająca na podejmowaniu działań zmierzających do poprawienia lub jak najdłuższego zachowania posiadanych umiejętności w wybranych obszarach funkcjonowania; 3) kompensacja, czyli zaangażowanie w poszukiwanie możliwości wyrównania traconych umiejętności poprzez zastępowanie ich innymi¹². Rozwój osobisty osób starszych przebiega w określonym kontekście społecznym, w którym seniorzy mogą selekcjonować relacje i inwestować energię w najważniejsze kontakty. Ważne jest, aby rzeczywiście seniorzy byli świadomi swoich możliwości i podejmowali aktywności pozwalające im utrzymać relacje z osobami dla nich ważnymi. Tym bardziej, że – jak podkreśla Laury Carstensen – seniorzy utrzymujący kontakty z bliskimi maksymalizują pozytywne emocje, co nie pozostaje bez wpływu na odczuwany poziom satysfakcji z życia¹³. Hiszpański teoretyk społeczny Manuel Castells podkreśla, że rozwój technologii informacyjnych, a zwłaszcza internetu, wpłynął znacząco na rozwój i podstawową strukturę sieci¹⁴. Odnosząc uwagi Castellsa w zakresie społeczeństwa sieci do seniorów, dostrzegamy znaczące wartości sieci opartych na nowoczesnych technologiach. Dotyczą one m.in. występowania nowych więzi w społeczeństwie sieci bez granic – zdecentralizowanych i płaskich, co

¹¹ Por. P.B. Baltes, M.M. Baltes, *Psychological Perspectives on Successful Aging: The Model of Selective Optimization with Compensation*, w: *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences*, eds. P.B. Baltes, M.M. Baltes, Cambridge 1990, s. 1–34.

¹² L.L. Carstensen, H.H. Fung, S.T. Charles, *Socioemotional Selectivity Theory and the Regulation of Emotion in the Second Half of Life*, „Motivation and Emotion” 2003, nr 27, s. 103–123.

¹³ Por. M. Halicka, *Satysfakcja życiowa ludzi starych*, Białystok 2004.

¹⁴ A. Elliot, *Współczesna teoria społeczna*, Warszawa 2011, s. 312.

w przypadku osób starszych jest bardzo ważne. Niezależnie od wieku, choroby, miejsca pobytu, sytuacji itp. korzystanie z technologii informacyjnych daje seniorom wiele swobody i możliwości pozostawania w kontakcie z otoczeniem.

2. Znaczenie sieci społecznych w życiu osób starszych

Sieci społeczne możemy oceniać zarówno z perspektywy zalet, jak również zagrożeń. Do pozytywów należą z pewnością: szybka komunikacja, budowanie relacji, wymiana wiedzy, dostęp do informacji. Do niebezpieczeństw, szczególnie w przypadku sieci technologicznych: uzależnienie, dezinformacja, cyberprzemoc, utrata prywatności. Należy podkreślić, że dla osób starszych sieci społeczne stanowią nie tylko źródło pomocy, ale także umożliwiają uczestnictwo w życiu społecznym, co jest warunkiem utrzymania wysokiej jakości życia. Badania prowadzone w różnych krajach wskazują, że osoby starsze posiadające rozbudowane i pozytywne sieci społeczne cechują się lepszym zdrowiem psychicznym, mniejszą podatnością na depresję oraz niższym wskaźnikiem śmiertelności. Holt-Lunstad i współpracownicy podkreślają, że izolacja społeczna może zwiększać ryzyko zgonu nawet bardziej niż inne czynniki zdrowotne, takie jak otyłość czy palenie tytoniu. Wykazano, że silne więzi społeczne obniżają ryzyko przedwczesnej śmierci o 50%¹⁵, regularne kontakty społeczne redukują objawy depresji u seniorów¹⁶, zmniejszają ryzyko rozwoju demencji¹⁷. Zauważa się, że wraz z wiekiem ulega zmianie wielkość

¹⁵ J. Holt-Lunstadt, T.B. Smith, M. Baker i in., *Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: a Meta-analytic Review*, „Perspect on Psychol Sci” 2015, nr 10(2), s. 227–237.

¹⁶ D.J. Glass, S.E. Arnold, *Some Evolutionary Perspectives on Alzheimer's Disease Pathogenesis and Pathology*, „Alzheimer's & Dementia” 2012, nr 8(4), s. 343–351.

¹⁷ L. Fratiglioni, H.X. Wang, K. Ericsson i in., *Influence of Social Network on Occurrence of Dementia: A Community-based Longitudinal Study*, „The Lancet” 2000, nr 355(9212), s.1315–1319.

sieci – w przypadku seniorów są mniejsze, ale bardziej skoncentrowane na bliskich relacjach¹⁸.

Ważnym elementem jest także wymiar jakościowy sieci społecznych – nie tylko liczba kontaktów, ale ich głębokość i charakter mają znaczenie dla dobrostanu seniorów. Wspólnoty oparte na wzajemnym wsparciu emocjonalnym i poczuciu przynależności umożliwiają radzenie sobie z wyzwaniami starzenia się, w tym z chorobami przewlekłymi i ograniczeniami mobilności. Istotną rolę w życiu seniorów mogą odgrywać Internet i media społecznościowe. Zauważono, że aktywności online seniorów są zróżnicowane – seniorzy korzystają z Internetu do przeszukiwania informacji, komunikacji, czytania wiadomości, korzystania z mediów społecznościowych. Badanie pokazało, że stereotypy o starszych osobach jako wykluczonych technologicznie są przesadzone. Wiele osób starszych aktywnie uczy się i używa cyfrowych technologii, choć zakres i intensywność użycia zależą od wielu czynników – edukacji, sieci wsparcia, wcześniejszych doświadczeń, zasobów finansowych. Zauważono, że znacznie poszerzają się sieci tych seniorów, którzy posiadają kompetencje cyfrowe¹⁹. Również różnice kulturowe mogą wyznaczać charakter sieci wsparcia seniorów – np. w Europie dominuje wsparcie rodzinne, a w Skandynawii – instytucjonalne²⁰.

Kluczowym czynnikiem wpływającym na sieć społeczną jest stan zdrowia. Szczególną grupę stanowią choroby przewlekłe, które ograniczają mobilność i zmniejszają liczbę kontaktów. W życiu seniorów mają miejsce zmiany, które m.in. związane są ze śmiercią partnera, z przeprowadzką, przejściem na emeryturę, wyprowadzką dzieci lub innych członków rodziny. W budowaniu sieci społecznej ważnym

¹⁸ H. Litwin, *Social Network Type and Morale in Old Age*, „The Gerontologist” 2001, nr 41(4), s. 516–524.

¹⁹ A. Quan-Haase, C. Williams, M. Kicevski i in., *Dividing the Grey Divide: Deconstructing Myths About Older Adults' Online Activities, Skills, and Attitudes*, „American Behavioral Scientist” 2018, nr 62(9), s. 1207–1228.

²⁰ F. Tomini, S.M. Tomini, W. Groot, *Informal Care and Gifts to and from Older People in Europe: The Interlinks between Giving and Receiving*, „BMC Health Services Research” 2016, nr 16, s. 603.

czynnikiem są różnego rodzaju nowinki technologiczne, toteż bardzo ważna jest umiejętność korzystania z telefonu, innych komunikatorów czy internetu. Uzyskane wyniki badań *Świat na miarę seniora* można odczytać jako umiarkowanie, ale optymistyczne. Zauważalny jest wynik pokazujący postęp w zakresie dostępu do urządzeń cyfrowych – ponad 80% seniorów posiada laptop, blisko 78% – smartfon (najwięcej w grupie 60–64 lata, najmniej wśród osób powyżej 85. roku życia). Doceniając rolę cyfryzacji w tworzeniu sieci społecznych, na pewno należy permanentnie prowadzić działania edukacyjne wzmacniające kompetencje cyfrowe seniorów.

Ważnym czynnikiem wpływającym na sieć społeczną jest kontekst kulturowy. Dla seniorów żyjących w środowisku wiejskim sieć wsparcia skoncentrowana jest wokół Kościoła. Uczestnictwo w życiu parafialnym, udział w praktykach religijnych pozwalają seniorom na kontakt z rówieśnikami, refleksję. I mimo że dostrzega się możliwy charakter rytualny udziału, to jednak odgrywa on w życiu seniorów ważne miejsce. Jedna z badanych stwierdziła wprost:

Normalnie jakieś msze, jakieś takie. Nie wiem, jakieś majowe, jakieś czerwcowe, jakieś inne święta kościelne, zawsze się staram być w kościele, zawsze staram się brać w tym udział. Nie chodzę codziennie, bo nie mam czasu. Czy jakieś tam są organizowane w kościele czasami jakieś koncerty czy coś, też staram się w tym wszystkim uczestniczyć na tyle, na ile mi czas pozwoli (...). Zastanowić, przemyśleć chwilę, czasami w ciszy, czasami przemyśleć ewangelię. Nie czytam w domu pisma świętego, więc jakby to taka jest okazja, żeby posłuchać, żeby odnieść się może do swojego życia. Może głębsze takie zastanowienie, chociaż przez chwilę. No jak dla mnie to jest okey (lp57_10_71_k_wieś).

Należy podkreślić, że parafie odgrywają również znaczącą rolę w rozwijaniu działań wolontaryjnych wśród seniorów. Jedna z badanych przekazała, że uczestniczy w działaniach pomocowych, jeżeli są organizowane przez parafie:

No to ja się tylko udzielam wtedy, kiedy są organizowane w parafii jakieś zbiórki, bo jakiś kataklizm czy wojna w Ukrainie. No to odzież nosiłam, ile mogłam, tyle zaniosiłam, czy jakieś pieniądze, bo coś się spaliło, gdzieś coś. No to są organizowane, ale to ja słyszę to w kościele. No i wtedy uczestniczę w tych, w tych zbiorcach, oczywiście dając jakąś tam kwotę (lp4_1_74_k_miasto).

W niektórych środowiskach obowiązek opieki nad seniorami przez rodzinę jest szczególnie silny. Badani podkreślają znaczenie relacji rodzinnych i utrzymywanie kontaktów głównie z członkami rodziny zamieszkującymi w niedalekiej odległości. Jedna z badanych przekazała:

Moje rodzeństwo mieszka znacznie bliżej, więc spotykamy się bardzo często w niedzielę. U jednej siostry albo u drugiej, obiady jemy (lp28_6_60_k_wieś).

Również wsparcie instytucjonalne pozwala na wzmacnianie sieci społecznej seniorów. Tak więc dostępność różnego rodzaju miejsc dla seniorów i programów społecznych może inicjować i rozwijać sieci. Należy zauważyć, że nie zawsze sami seniorzy chcą korzystać ze wsparcia instytucjonalnego. Wyniki badanych wskazują, że wciąż silnie zakorzeniony jest model opieki rodzinnej. 82,5% badanych seniorów jest zdania, że opieka nad rodzicami w starszym wieku należy do obowiązków dzieci, przy czym zgadza się z nią aż 87,8% mężczyzn i 79,5% kobiet. Wyniki wskazujące o takim przeświadczeniu seniorów mogą z zasady ograniczać wykorzystanie instytucji społecznych do budowania sieci wsparcia. Co prawda, analizując opinie respondentów z uwzględnieniem grup wiekowych, dostrzegamy, że wraz z wiekiem następuje stopniowy wzrost akceptacji dla instytucjonalnych form wsparcia. Taki stan może również wynikać z przeświadczenia, że kontakt z instytucjami jest ostatecznością wynikającą z braku samodzielności seniorów. Sami seniorzy nie zabiegają zatem o kontakt, co ogranicza ich relacje, a w konsekwencji nie rozwija sieci społecznych.

Jedna z badanych na pytanie o korzystanie ze wsparcia instytucjonalnego odpowiedziała wprost:

Nie, na razie nie jestem zainteresowana i jeszcze nie myślę o takich rzeczach. Broń Boże i ratuj. Nie chciałabym. Nie chciałabym być uzależniona od czegoś takiego, ale nigdy nie wiadomo w życiu, jak się ułoży (lp57_10_71_k_wieś).

Wypowiedzi badanych świadczą o braku zaufania do instytucji i najczęściej są kojarzone wyłącznie ze wsparciem materialnym, które jest wyjątkowo zbiurokratyzowane, trudne do otrzymania i wręcz odbierane jako uwłaczające godności seniorów. Jeden z badanych mężczyzn, wspominając swoje doświadczenia z ubiegania się o pomoc w instytucji społecznej, stwierdził wprost:

Na pewno za duża biurokracja wtedy była, bo niby dopłaty do czynszu, do prądu, do gazu, ale wszystko trzeba było załatwiać i udowadniać, że tyle, tyle korzystam i za dużo papierkowej roboty było. Na każdym kroku trzeba udowadniać, że się zasługuje na pomoc (lp50_8_65_m_miasto).

Badani seniorzy nie mają znaczącej wiedzy w zakresie zasad funkcjonowania instytucji społecznych. Szczególnie seniorzy mieszkający na wsi nie orientują się w możliwościach korzystania z różnorodnych ofert dla nich przygotowanych. Badani seniorzy ze wsi szczególnie mocno podkreślają rolę kół gospodyń wiejskich, które w ostatnim czasie wyjątkowo rozwinęły się w tych środowiskach i są miejscem budowania sieci społecznej wśród seniorów. Niezaprzeczalnie świadczy o tym następująca wypowiedź jednej z badanych:

Koło gospodyń wiejskich, to są takie spotkania. I tam kobiety robią swoje. Chłopy robią. Kobiety gotują, ciasta pieką. Wszystko się tam uczą, jedna od drugiej szydełkować albo coś tam robić. A chłopy tam siedzą i rozmawiają, jak tam pole,

co tam, jak zaorać wszystko. I tak się uczy człowiek na takich rzeczach. Jeden drugiemu przekazuje. My są starsi, młodszym przekazują, młodszy zaś starszym (lp51_8_70_m_wieś).

3. Formy sieci w praktyce

W odniesieniu do grupy seniorów najczęściej wyróżnianymi są naturalne formy sieci wsparcia (rodzina, przyjaciele, sąsiedzi, dawni współpracownicy), kolejno wymienia się: zorganizowane – formalne sieci wsparcia (kluby seniora, uniwersytety trzeciego wieku, grupy hobbystyczne), wsparcie instytucjonalne – formalne (opieka społeczna, organizacje pozarządowe, kościoły), sieci online (fora dyskusyjne, grupy na Facebooku, spotkania na Zoomie – coraz częściej, choć z barierą technologiczną). W przypadku badanych seniorów zauważa się, że dominująca jest naturalna forma wsparcia. Badani wyrażali przekonanie, że to głównie na pomoc członków swojej rodziny mogą liczyć – 85% badanych, zarówno kobiet, jak i mężczyzn. Znacząco rzadziej deklarują możliwość uzyskania pomocy od instytucji publicznych – niespełna 30% respondentów, przy czym większy sceptycyzm jest u mężczyzn. Co prawda dostrzega się, że wraz z wiekiem spada wskaźnik pewności, pozostaje jednak ciągle na znaczącym poziomie (w grupie powyżej 80 lat – ok. 70%, a wśród najstarszych – 85+ – prawie 75%). Szczególnie w gospodarstwach wieloosobowych znaczący jest odsetek osób zdecydowanie pewnych pomocy rodziny – w gospodarstwach liczących 4–5 osób oraz powyżej 5 osób – 60% badanych, co może świadczyć o silniejszych relacjach rodzinnych w przypadku większej liczby domowników. Należy zauważyć, że seniorzy mieszkający samotnie częściej odczuwają poczucie bycia ciężarem – ponad 73% badanych wyraża takie przekonanie. W przypadku tej grupy seniorów mamy więc dowody wpisujące się w założenia teorii wycofania. Badani byli przekonani o oczywistości wycofania się z życia społecznego ze względu na wiek. Choć należy podkreślić, że biorąc pod uwagę wykształcenie badanych seniorów, to osoby z wykształceniem

podstawowym częściej wskazują poczucie, że są ciężarem dla innych – aż 58,7% zgadza się z tą tezą.

Równie często seniorzy, szczególnie z miast, wskazywali rolę aktywności organizowanych z grupą znajomych lub sąsiadów. Jedna z badanych stwierdziła:

Znaczy no mam koleżanki. Z jedną jeżdżę na wczasy, wyjeżdżamy gdzieś (lp36_7_68_k_miasto).

Wśród badanych, szczególnie powyżej 75 roku życia, równie ważne okazuje się wsparcie sąsiadów i znajomych. Badani seniorzy – niezależnie od wieku – nie doceniają wsparcia od instytucji publicznych, choć, jak wskazują wyniki badań, wzrasta udział osób, które nie mają w tym zakresie jednoznacznego zdania. Ciekawym spostrzeżeniem jest zauważalny pogląd seniorów, że wszelkie propozycje oferowane w ramach tzw. sieci formalnych, np. kluby seniora, Uniwersytet Trzeciego Wieku, Związek Rencistów i Emerytów, spotkania organizowane w Domu Kultury, przeznaczone są dla osób samotnych. Takie przeświadczenie może wynikać z tradycyjnego przekonania, że to wśród rodziny seniorzy powinni spędzać wolny czas. Zauważa się, że również z uwagi na ograniczenia zdrowotne badani emeryci rzadko angażują w formalne sieci wsparcia. Dostrzega się jednak, że w przypadku tych nielicznych, szczególnie starszych seniorów, którzy włączają się w aktywności organizowane z myślą o nich, ta forma spędzenia wolnego czasu przynosi im zadowolenie i daje poczucie wspólnoty:

Raz, że znajomości im daje takie żywe, że z zupełnie inną energią. No i myślę, że przyjaźnie też się zawiązują, że ludzie wymieniają się informacjami, odwiedzają się, mogą się poradzić, bo czasami jak ktoś jest sam, to wiemy, jak to się kończy, że dokonuje często złych wyborów, albo jakieś tam fobie męczy czy coś, więc to daje mu energię. Także to ludzie są skłonni do pomocy także z natury rzeczy myślę. Także, że ten kontakt powoduje, że ludzie się otwierają. No to życie jest pełniejsze (lp7_1_69_m_miasto).

Przytoczona wypowiedź potwierdza kluczową rolę sieci społecznych w życiu seniorów – zarówno dla ich dobrostanu psychicznego, jak i jakości życia, zdrowia oraz poczucia przynależności. Zauważa się, że regularne kontakty społeczne pobudzają ich intelektualnie, zachęcają do aktywności fizycznej, motywują do nauki – seniorzy wskazywali na możliwości prowadzenia rozmów, gier, doceniali wspólne spacerowanie i wycieczki, a także zajęcia edukacyjne.

Podsumowanie

Współczesna rzeczywistość charakteryzująca się niepewnością, nieprzewidywalnością, mająca charakter traumatologiczny, skazuje człowieka – nie tylko w wieku senioralnym – na przeżywanie różnorodnych porażek, trudności i wyzwań. Każdy człowiek zarówno w obliczu wyzwań współczesności, jak i charakterystycznych dla etapów rozwoju potrzeb wymaga wsparcia i pomocy, stąd istnieje konieczność konstruowania teorii i praktyki pomocy w nowym wymiarze, opartych na koncepcyjnych badaniach, ukierunkowanych na pomoc człowiekowi znajdującemu się w życiowym impasie. W przypadku grupy, jaką są seniorzy, spotykamy różnorodne bariery i trudności ograniczające możliwości ich udziału w sieci społecznej. Do dominujących ograniczeń należy zaliczyć: samotność i izolację społeczną (szczególnie po utracie partnera), problemy z mobilnością i zdrowiem, brak dostępu lub kompetencji do korzystania z urządzeń cyfrowych. Dostrzegalny jest również nierówny dostęp do ofert instytucji skierowanych do seniorów (duże miasta vs małe miejscowości). Działania pomocowe powinny uwzględniać również rozwiązania wzmacniające proces inicjowania, tworzenia, podtrzymywania, wzmacniania sieci społecznych. Przykładowymi działaniami mobilizującymi seniorów do funkcjonowania w sieciach społecznych są różnorodne programy aktywizacji społecznej, np.: zajęcia w klubach seniora, wolontariat międzypokoleniowy, kursy obsługi nowych technologii, programy wsparcia sąsiedzkiego (choćaby „Złota Rączka dla Seniora”) czy grupy samopomocowe

np. po stracie partnera. W przypadku seniorów bycie członkiem sieci pozwala na zachowanie swojej tożsamości, jak również umożliwia godne i zdrowe życie.

Bibliografia

- Borkowska A., *Zdrowie psychiczne seniorów – wyzwania dla systemu opieki*, „Polskie Forum Psychologiczne” 2024, nr 29(1).
- Cumming E., Henry W.E., *Growing Old: The Proces of Disengagement*, New York 1961.
- GUS, *Starzenie się ludności w Polsce – raport 2023*, Warszawa https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5501/14/17/1/polska_w_liczbach_2024_pl_pi.pdf (dostęp: 6.08.2025)
- Havighurst R.J., *Human Development and Education*, New York 1963.
- Brzezińska A., Appelt K., Ziółkowska B., *Psychologia rozwoju człowieka*, Sopot 2015.
- Stuart-Hamilton I., *Psychologia starzenia się*, Poznań 2000.
- Fidelus A., *Relacje społeczne seniorów – ujęcie teoretyczne i empiryczne*, w: *Świat na miarę seniora 2024. Jakość życia – relacje – aktywności*, red. E. Bojanowska, R. Czekalski, Warszawa 2024.
- Bourdieu P., Wacquant L.J.D., *Zaproszenie do socjologii refleksyjnej*, Warszawa 2001.
- Baltes P.B., Baltes M.M., *Psychological Perspectives on Successful aging: The Model of Selective Optimization with Compensation*, w: *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences*, eds. P.B. Baltes, M.M. Baltes, Cambridge 1990.
- Carstensen L.L., Fung H.H., Charles S.T., *Socioemotional Selectivity Theory and the Regulation of Emotion in the Second Half of Life*, „Motivation and Emotion” 2003, nr 27.
- Halicka M., *Satysfakcja życiowa ludzi starych*, Białystok 2004.
- Elliot A., *Współczesna teoria społeczna*, Warszawa 2011.
- Holt-Lunstadt J., Smith T.B., Baker M. i in., *Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: a Meta-analytic Review*, „Perspect on Psycholic Sciences” 2015, nr 10(2).
- Glass D.J., Arnold S.E., *Some Evolutionary Perspectives on Alzheimer’s Disease Pathogenesis and Pathology*, „Alzheimer’s & Dementia” 2012, nr 8(4).
- Fratiglioni L., Wang H.X., Ericsson K. i in., *Influence of Social Network on Occurrence of Dementia: A Community-based Longitudinal Study*, „The Lancet” 2000, nr 355(9212).
- Litwin H., *Social Network Type and Morale in Old Age*, „The Gerontologist” 2001, nr 41(4).

- Quan-Haase A., Williams C., Kicevski M. i in., *Dividing the Grey Divide: Deconstructing Myths About Older Adults' Online Activities, Skills, and Attitudes*, „American Behavioral Scientist” 2018, nr 62(9).
- Tomini F., Tomini S.M., Groot W., *Informal Care and Gifts to and from Older People in Europe: The Interlinks between Giving and Receiving*, „BMC Health Services Research” 2016, nr 16.

RAFAŁ WIŚNIEWSKI

Instytut Nauk Socjologicznych
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego

MICHAŁ RYDZEWSKI

Centrum Badań nad Starością i Starzeniem się Społeczeństwa
Referencyjny Ośrodek Badawczy
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego

Wychodząc poza indywidualizm? Seniorzy w polifonii sieci społeczno-kulturowych

Słowa kluczowe: seniorzy, style życia, uczestnictwo w kulturze

Wprowadzenie

Od kilku ostatnich lat obserwuje się wzmożone zainteresowanie problematyką osób starszych w Polsce. Jest to wynik zmieniającej się sytuacji demograficznej, jak również dostrzegania konsekwencji społecznych, ekonomicznych, prawnych czy kulturowych w skali wcześniej w naszym kraju nieznannej¹. Obecne dane empiryczne ukazują tendencję dynamicznego wzrostu liczby seniorów nie tylko Polsce, stąd też podejmuje się różnorakie próby wprowadzenia adekwatnych mechanizmów w zakresie polityk publicznych². Prowadzone analizy

¹ GUS, *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2022 r.*, Warszawa 2023.

² GUS, *Rocznik Demograficzny 2024*, Warszawa 2024.

dotyczą wielu obszarów życia indywidualnego oraz społecznego polskich seniorów. Jednym z nich jest niniejszy rozdział, stanowiący niejako kontynuację i uzupełnienie refleksji dotyczącej aktywności kulturalnej i społecznej osób w wieku 60+, opublikowanej w ubiegłym roku³. Oba artykuły stanowią efekt przekrojowych badań prowadzonych w kolejnych latach w ramach wieloletniego projektu badawczego *Świat na miarę seniora – sytuacja osób starszych w Polsce*, realizowanego jako wspólne przedsięwzięcie Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego i Instytutu Pracy i Spraw Socjalnych.

Każdorazowo pomiary realizowane w ramach tego projektu oparte są na komponencie stałym i pytaniach modułowych, dotyczących wybranego aspektu życia seniorów. Komponent stały to przekrojowy zestaw problemów zagregowanych w kilku obszarach, tj. stanu zdrowia, w tym zdrowia psychicznego, aktywności ekonomicznej i społecznej seniorów, korzystania z usług społecznych, sytuacji materialnej, relacji międzypokoleniowych i włączenia cyfrowego. Problemy modułowe poruszane w roku 2024 skoncentrowane były na aktywnościach (kulturalnych i społecznych) seniorów, a także funkcjonowaniu w ramach sieci społecznych; zarówno o charakterze formalnym, jak i nieformalnym. W 2025 r. przedmiotem analizy było korzystanie z usług społecznych i szeroko pojęte wsparcie społeczne, a pole obserwacji zogniskowane było wokół dwóch metaobszarów, tj. stylów życia seniorów oraz aktywności seniorów w wielu wymiarach⁴.

Z punktu widzenia tak przyjętej logiki tego rozdziału, kluczowe są dwa pytania w części stałej narzędzia badawczego dostarczające informacji o częstotliwość wykonywania określonych czynności w ostatnim okresie. Zaproponowane są w taki sposób, aby wyjść od czynności realizowanych indywidualnie lub w relatywnie wąskim kręgu osób (rodzina, znajomi), a następnie przejść do działań

³ M. Rydzewski, R. Wiśniewski, *Aktywność kulturalna i społeczna seniorów w świetle wyników badań empirycznych*, w: *Świat na miarę seniora. Jakość życia – relacje – aktywności*, red. E. Bojanowska, R. Czekalski, Warszawa 2024, s. 345–365.

⁴ Por. tamże.

o charakterze wspólnotowym, wskazujących na faktyczną aktywność społeczną w wymiarze szerszym, pozarodzinym – pole zainteresowania dotyczy aktywności kulturalne wspólnotowe, zajęcia grupowe, wolontariat, podróże. Charakter uzupełniający mają pytania dotyczące sposobu korzystania z wydarzeń kulturalnych. Ta informacja stanowi przyczynek do określenia danej osoby na osi aktywność–bierność⁵. Komplementarne do opisanych pytań badawczych są dane zawarte w narzędziu IDI: celem jest tutaj ustalenie, dlaczego osoba badana podejmuje aktywności kulturalne, jakie ma motywacje do uczestnictwa i jaką pełni w nich rolę (chodzi o uzyskanie własnej oceny stopnia aktywności w trakcie działań kulturalnych, co pozwala na opisanie różnorodnych form uczestnictwa od pasywnego aż po twórczość własną). Badani byli również pytani, czy ich udział w wydarzeniach lub innych aktywnościach kulturalnych ma charakter zajęć zorganizowanych oraz czy w takim przypadku powstają więzi z innymi uczestnikami tych aktywności⁶. Punktem wyjścia do dalszych rozważań są wnioski z badań jakościowych, przeprowadzonych w 2025 r. Zaczniemy od kilku cytatów ilustrujących pewne postawy i orientacje życiowe respondentów:

No znaczy, no tak, no były imprezy. Na festyny jeżdżę, na Święto Karpia, do świetlicy jeżdżę, no, na pieroga w Budachowie no. No i człowiek tak myśli, no jeździ się na takie sprawy, takie rozrywkowe, nie? Jak ktoś będzie w Krośnie, to się pojedzie. Grzybobranie będzie, się pojedzie (lp16_4_68_m_wieś).

Z kulturalnych to powiem panu tak, żona działa w kole gospodyń wiejskich. One sobie jeżdżą na jakieś występy, gotują coś tam, jakieś konkursy, występy w jakiś tam dożynkach i tak dalej. I to powiem panu, jeżeli uczestniczę w takich kulturalnych, to tak jeżdżę razem z żoną.

⁵ Zob. R. Wiśniewski, M. Rydzewski, *Uczestnictwo w kulturze seniorów w świetle badań empirycznych*, „Polityka Społeczna” 2024, nr 2, s. 25–26.

⁶ A. Tyska, *Uczestnictwa w kulturze*, Warszawa 1972.

(...) weźmiemy parę osób i jedziemy tam prawda, wezmę samochód, wezmę parę osób, jedziemy tam na jakieś występy, mają jakieś śpiewy, tańce, to tak, ale nie, że chodzimy sobie gdzieś. Zresztą już teraz nie ma takiej tradycji jak kiedyś było, żeby tańce i tak dalej to. Zanika to wszystko (lp29_6_71_m_wieś).

No tak, cały czas wie pani co w tych wiejskich mamy różne zajęcia fajne i też czasami jeździmy. No wiadomo każde Koło Gospodyń Wiejskich gotuje, prawda. No i my też gotujemy. I jeździmy po różnych właśnie takich imprezach tego typu. No pokazujemy, co potrafimy. Jeździmy też. Znaczący ja nie śpiewam, ale jeździmy też po różnych takich wydarzeniach, gdzie różne Koła Gospodyń Wiejskich jakieś tam występy taneczne, śpiewają. Także no (lp86_14_70_k_wieś).

No tak, do kina nie chodzę, bo proszę pana, nie lubię kina, ale chodzę do teatru, chodzę na koncerty, dużo czytam, wychodzę do kawiarni. Lubię operę, więc od czasu do czasu to już nie jest tak przynajmniej raz w miesiącu. Ale od czasu do czasu idę do opery też. Także te aktywności są podtrzymane od dawien dawna i nie zaprzestałam ich, że tak powiem, uprawiać. (...) Nie, niestety nie działam artystycznie. Korzystam z tego jako widz (lp33_6_80_k_miasto).

To znaczący powiem tak. Mam jak się spotykamy z tymi koleżankami, to wybieramy się często, czy do teatru, czy do kina na jakiś taki ciekawy film. (...) bardzo lubię czytać, więc dosyć nawet wracam do książek, które czytałam z czasów jeszcze dzieciństwa i młodości. Śmieję się, że wracam do książek. Do nawet takich bajek, romansów, które mieliśmy jako kilkuletnie, stułetnie dziecko interesowało. A teraz jak coś no to po prostu dla mnie, bardziej wciąga mnie, ponieważ nie mogę teraz wieczorami dużo czytać, a chętnie bym to zrobiła (lp1_1_75_k_wieś).

Z zebranego materiału wyłania się przewidywalny obraz seniorów jako grupy w większości raczej pasywnej i niezbyt zaangażowanej w życie kulturalne. W obrębie jednak tych osób, które dzielą się opinią i doświadczeniami uczestnictwa w kulturze, zauważyć można trzy grupy. Pierwszy typ stanowią seniorzy, którzy pytania o „udział w kulturze” postrzegają jako uczestnictwo w charakterze odbiorcy oferty kulturalnej oferowanej przez wyspecjalizowane placówki – kina, teatry, opery, sale koncertowe. Można założyć, że aktywność kulturalna ma dla nich charakter indywidualny lub wspólnotowy i kwestia ta zależy od indywidualnych preferencji; kluczowa jest jednak konieczność dostarczenia jakościowej oferty przez profesjonalistów i – z drugiej strony – swoisty snobizm: skojarzenie uczestnictwa w kulturze jako czegoś niosącego swoistą wartość⁷. Grupę tę stanowią w przeważającej większości mieszkańcy średnich i dużych miast. Drugą kategorią są respondenci, którzy łączą się w grupy towarzyskie, dla których udział w wydarzeniach kulturalnych stanowi jedno z uzasadnień istnienia danej grupy. Osoby te również na poziomie opisu świata wysoko wartościują profesjonalną ofertę kulturalną. Jest ona dla nich ważna z uwagi na osobiste preferencje, ale i ze względów prestiżowych – są gotowi pojechać do większego miasta dla tej oferty. Grupę tę stanowią w sporej części osoby mieszkające w małych miastach i miasteczkach bądź zgoła na wsi – ale z kontekstu wiadomo, że wieś ta pełni raczej rolę „sypialni” większego ośrodka miejskiego. Ostatnią grupę tworzą zaś respondenci, dla których istotą wydarzenia kulturalnego są pewna wspólnotowość, aktywny udział (śpiewanie, gotowanie) i pielęgnowanie lokalnej wspólnoty. Na bazie przeprowadzonych badań jakościowych można założyć, że grupę tę stanowią w przeważającej większości osoby mieszkające i funkcjonujące w bardziej tradycyjnych społecznościach wiejskich. To interesująca konstatacja, wskazuje bowiem na istniejących jednocześnie kilku schematów uczestnictwa w kulturze niebędących konsekwencją jedynie indywidualnych preferencji, ale

⁷ L. Korporowicz, *Tworzenie sensu. Język – kultura – komunikacja*, Warszawa 1993.

pewnego bagażu kulturowego⁸. Zebrany materiał pozwala na zary-
 zykowanie stwierdzenia, że w przypadku mieszkańców wsi udział
 w wydarzeniach nie ma jedynie na celu rozrywki i przyjemności.
 Jest również formą celebrowania wspólnoty i sąsiedzkości – ma więc
 w istocie znaczenie szersze i wskazuje na integracyjny wymiar prze-
 życia kulturalnego.

Zanim jednak przejdziemy do analizy materiału z badań ilościowych, warto dla kontekstu spojrzeć na graficzne ujęcie skojarzeń respondentów z badań jakościowych z 2024 r. w postaci chmury słów (*word cloud*). Porównajmy trzy chmury (rys. 1–3), obrazujące:

1) uczestnictwo w kulturze:

Rysunek 1. Uczestnictwo w kulturze – chmura słów



Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2024, opracowanie własne.

⁸ W. Świątkiewicz, *Uczestnictwo w kulturze*, w: *Encyklopedia Socjologia. Suplement*, Warszawa 2005, s. 362–368.

- 2) sposób spędzania wolnego czasu:

Rysunek 2. Sposób spędzania wolnego czasu – chmura słów



Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2024, opracowanie własne.

- 3) partycypację w organizacjach typu KGW, UTW itp.

Rysunek 3. Udział w organizacjach społecznych – chmura słów



Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2024, opracowanie własne.

Te trzy chmury w interesujący sposób zachodzą na siebie, zwracając jednocześnie uwagę na kilka wątków. Przede wszystkim, niezależnie od tego, że wielu z respondentów deklaruje brak zainteresowania kulturą, w skojarzeniach wybija się słowo „lubie”. Towarzyszą mu pozytywne konotacje typu „przyjemność”, „aktywnie”, „interesuje”. Wskazuje to na autoteliczną wartość kultury w życiu seniorów⁹. Po drugie, aktywności kulturalne są dobrowolnymi działaniami budującymi jednostkę – w chmurze dotyczącej czasu wolnego sporo jest czynności, będących wyrazem uczestnictwa w kulturze właśnie: „czytam”, „tańczyć”, „hobby”, „książki” czy „zagrać”. Wreszcie ważny jest wymiar wspólnotowy: chmura dotycząca partycypacji w organizacjach pokazuje, jaką najistotniejszą rolę pełnią one w życiu seniorów: „spotkania”, „wycieczki”, „zajęcia” czy „uczestnictwo”.

1. Indywidualne aktywności kulturalne

W badaniach ilościowych jako podstawowe aktywności kulturalne indywidualne wskazano: czytelnictwo (prasa, książki), oglądanie telewizji, słuchanie muzyki oraz realizowanie hobby.

W tabelach 1–5 zobrazujemy aktywności indywidualne seniorów, biorąc pod uwagę cechy społeczno-demograficzne.

Wyniki badania ukazują przede wszystkim stopniową utratę roli telewizji jako wszechogarniającego, podstawowego dostawcy kultury i rozrywki. Wprawdzie – niezależnie od płci – ponad 70% seniorów korzysta z TV codziennie, istnieje jednak spora, kilkunastoprocentowa grupa osób, dla których telewizja ma znaczenie marginalne. Zasadniczo nie dostrzega się znaczących różnic w aktywnościach indywidualnych pomiędzy kobietami i mężczyznami (zob. tab. 1), z dwoma wyjątkami: jeden jest dobrze rozpoznany i wykazywany w wielu badaniach, m.in. Biblioteki Narodowej¹⁰, tj. o znacząco niższym poziomie czytelnictwa wśród mężczyzn

⁹ Zob. K. Wielecki, *Kultura versus kultura masowa*, Warszawa 2024.

¹⁰ R. Chymkowski, J. Motrenko, I. Koryś, Z. Zasacka, *Stan czytelnictwa książek w Polsce 2024*, Warszawa 2025.

w Polsce. Nasze badania potwierdzają to wyraźnie: mężczyźni mają znaczącą przewagę wśród nieczytających w ogóle prasy (mężczyźni – 33,5%, kobiety – 26,4%) i przede wszystkim książek (mężczyźni – 25,8%, kobiety – 13,6%). Wśród deklarujących codzienne czytelnictwo książek przewaga kobiet jest miazdząca: 44% do 27,5%. Dość zaskakująca jest natomiast przewaga mężczyzn wśród codziennych konsumentów muzyki i radia – tę aktywność deklaruje 64,8% mężczyzn i 58,6% kobiet.

Tabela 1. Wybrane indywidualne aktywności kulturalne seniorów według płci (dane w %)

Rodzaj aktywności	Częstotliwość	Płeć		Ogółem
		Kobieta	Mężczyzna	
Czytałem/ czytałam prasę	W ogóle	26,4	33,5	28,9
	Raz na miesiąc lub rzadziej	8	10	8,7
	Kilka razy w tygodniu	21,9	19,9	21,2
	Codziennie	43,7	36,6	41,2
Czytałem/ czytałam książki	W ogóle	13,6	25,8	17,9
	Raz na miesiąc lub rzadziej	18,8	25	21
	Kilka razy w tygodniu	23,6	21,7	22,9
	Codziennie	44	27,5	38,2
Oglądałem/ oglądałam TV	W ogóle	7,2	8,1	7,5
	Raz na miesiąc lub rzadziej	4,6	4,4	4,5
	Kilka razy w tygodniu	17	15,4	16,4
	Codziennie	71,2	72,1	71,5
Słuchałem/słuchałam radia/muzyki	W ogóle	12,3	10,8	11,8
	Raz na miesiąc lub rzadziej	7,8	5,1	6,8
	Kilka razy w tygodniu	21,3	19,2	20,6
	Codziennie	58,6	64,8	60,8
Realizowałem/ realizowałam indywidualnie swoje hobby	W ogóle	26,7	27,5	27
	Raz na miesiąc lub rzadziej	17,6	16	17
	Kilka razy w tygodniu	30,1	35	31,8
	Codziennie	25,7	21,4	24,2

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Jeżeli chodzi o wiek jako zmienną aktywności indywidualnych, dane potwierdzają w każdym z pól ogólną zasadę ograniczania aktywności wraz z wiekiem (zob. tab. 2). Liczba osób deklarujących codzienną aktywność spada wraz z wiekiem w każdej z kategorii w takiej samej proporcji, jak rośnie procent osób nierealizujących danej aktywności w ogóle. Szczególnie drastycznie wygląda to w przypadku hobby: od deklarujących brak hobby 24,5% 60-latków aż do 52,2% osób w wieku sędziwym (85+). Od tej zasady wyłamuje się jedynie konsumpcja TV, która wraz z wiekiem wzrasta i to znacznie – codziennie używa telewizora od 66,3% 60-latków do aż 78,9% osób powyżej 85 roku życia.

Tabela 2. Wybrane indywidualne aktywności kulturalne seniorów w podziale na kohorty wiekowe (dane w %)

Rodzaj aktywności	Częstotliwość	Wiek						Ogółem
		60–65	65–70	70–75	75–80	80–85	85+	
Czytałem/ czytałam prasę	W ogóle	29,9	29,7	25,2	29	26,7	40	28,9
	Raz na miesiąc lub rzadziej	9,7	8,9	7,5	8,2	9,3	8,9	8,7
	Kilka razy w tygodniu	20	19,8	24,6	20,6	23,2	22,2	21,2
	Codziennie	40,4	41,6	42,7	42,3	40,7	28,9	41,2
Czytałem/ czytałam książki	W ogóle	18,7	17,7	16,1	17,7	16	30	17,9
	Raz na miesiąc lub rzadziej	22,3	19,7	20,7	21,1	21,3	23,3	21
	Kilka razy w tygodniu	21,9	21,3	27,3	24,2	25,3	10	22,9
	Codziennie	37	41,2	35,9	36,9	37,3	36,7	38,2
Oglądałem/ oglądałam TV	W ogóle	9,3	7,8	6,5	5,4	6	6,7	7,5
	Raz na miesiąc lub rzadziej	4,6	4,1	5,4	3,7	7,3	1,1	4,5
	Kilka razy w tygodniu	19,7	16,6	14,8	14,6	11,3	13,3	16,4
	Codziennie	66,3	71,6	73,2	76,3	75,3	78,9	71,5

Rodzaj aktywności	Częstotliwość	Wiek						Ogółem
		60-65	65-70	70-75	75-80	80-85	85+	
Słuchałem/ słuchałam radia/muzyki	W ogóle	9,8	11,1	10,2	14,1	15,3	32,2	11,8
	Raz na miesiąc lub rzadziej	7,1	6,5	7,7	6,2	3,3	11,1	6,8
	Kilka razy w tygodniu	22,2	19,2	20,1	25,1	16,7	14,4	20,6
	Codziennie	60,9	63,2	62	54,6	64,7	42,2	60,8
Realizowałem/ realizowałam indywidualnie swoje hobby	W ogóle	24,5	25,2	28,9	25,4	32,7	52,2	27
	Raz na miesiąc lub rzadziej	17,7	16,4	17,2	19,7	15,3	10	17
	Kilka razy w tygodniu	35	31,5	32,4	28,5	30,7	18,9	31,8
	Codziennie	22,8	26,9	21,5	26,5	21,3	18,9	24,2

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Analiza odpowiedzi respondentów pod względem wykształcenia pokazuje istotne różnice w aktywnościach wymagających swego kapitału wynikającego z ukończonej szkoły (zob. tab. 3). W szczególności dotyczy to czytelnictwa prasy i książek: w grupie nieczytających prasy w ogóle jest aż 46,7% osób z wykształceniem podstawowym wobec 23% osób z wykształceniem wyższym. Podobnie z czytelnictwem książek: wśród nieczytających jest 48% osób z wykształceniem podstawowym i jedynie 10,9% osób z wykształceniem wyższym. Z kolei 48,7% osób po studiach deklaruje codzienne czytanie prasy, 45,6% zaś – książek. W przypadku osób z wykształceniem podstawowym jest to jedynie 21,3% (prasa) i 16% (książki). Nieco mniej spektakularne różnice zaznaczają się przy konsumpcji muzyki, duże natomiast – w przypadku indywidualnego hobby: codziennie uprawia hobby 26% osób po studiach i zaledwie 13,3% osób z wykształceniem podstawowym. Spore różnice zachodzą również w przypadku konsumpcji TV – codziennie ogląda telewizję od 71,2% osób z wykształceniem podstawowym do 59,3% osób po studiach.

Tabela 3. Wybrane indywidualne aktywności kulturalne seniorów według wykształcenia (dane w %)

Rodzaj aktywności	Częstotliwość	Wykształcenie				Ogółem
		Podstawowe	Zawodowe	Średnie	Wyższe	
Czytałem/ czytałam prasę	W ogóle	46,7	35,1	34	23	28,9
	Raz na miesiąc lub rzadziej	12	13,3	9,3	7	8,7
	Kilka razy w tygodniu	20	24,6	19,8	21,3	21,2
	Codziennie	21,3	26,9	36,9	48,7	41,2
Czytałem/ czytałam książki	W ogóle	48	30,3	22	10,9	17,9
	Raz na miesiąc lub rzadziej	22,7	23,8	23,4	18,1	21
	Kilka razy w tygodniu	13,3	22,4	20,5	25,3	22,9
	Codziennie	16	23,5	31,4	45,6	38,2
Oglądałem/ oglądałam TV	W ogóle	10,7	7,1	6	8,6	7,5
	Raz na miesiąc lub rzadziej	5,3	5,9	3,7	4,8	4,5
	Kilka razy w tygodniu	14,7	16,4	15,5	16,9	16,4
	Codziennie	69,3	70,5	74,8	69,7	71,5
Słuchałem/ słuchałam radia/muzyki	W ogóle	20	15	12,3	10,4	11,8
	Raz na miesiąc lub rzadziej	6,7	4,8	6,8	7,2	6,8
	Kilka razy w tygodniu	21,3	22,4	19,2	21	20,6
	Codziennie	52	57,8	61,7	61,3	60,8
Realizowałem/ realizowałam indywidualnie swoje hobby	W ogóle	37,3	32,9	30,8	22,4	27
	Raz na miesiąc lub rzadziej	20	21,2	16,4	16,2	17
	Kilka razy w tygodniu	29,3	27,8	28	35,4	31,8
	Codziennie	13,3	18,1	24,7	26	24,2

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Jeśli chodzi o liczbę domowników, ma ona znaczenie przy aktywnościach indywidualnych (zob. tab. 4). Im więcej osób mieszka wspólnie,

tym mniej czasu/potrzeby realizowania aktywności indywidualnych. Jest to widoczne szczególnie w obszarze czytelnictwa literatury (codzienny kontakt z książką deklaruje 42,5% osób mieszkających samotnie i jedynie 18,6% respondentów w gospodarstwach domowych powyżej pięciu osób). Co ciekawe, nawet konsumpcja TV jest „wrażliwa” na liczbę osób i znacząco spada przy większej liczbie domowników – od 72,6% osób żyjących w gospodarstwach małych (dwie–trzy osoby) do jedynie 59,6% w dużych rodzinach.

Tabela 4. Wybrane indywidualne aktywności kulturalne seniorów według liczby osób w gospodarstwie domowym (dane w %)

Rodzaj aktywności	Częstotliwość	Liczba osób w gospodarstwie domowym				Ogółem
		1	2-3	4-5	powyżej 5	
Czytałem/ czytałam prasę	W ogóle	30,4	28	28,2	32,2	28,9
	Raz na miesiąc lub rzadziej	8,9	8,4	9,8	13,6	8,7
	Kilka razy w tygodniu	21,6	20,6	27	20,3	21,2
	Codziennie	39,1	43	35	33,9	41,2
Czytałem/ czytałam książki	W ogóle	15,3	18,6	20,9	32,2	17,9
	Raz na miesiąc lub rzadziej	17,6	21,7	30,7	22	21
	Kilka razy w tygodniu	24,6	22,1	20,9	27,1	22,9
	Codziennie	42,5	37,6	27,6	18,6	38,2
Oglądałem/ oglądałam TV	W ogóle	10,7	5,9	8	6,8	7,5
	Raz na miesiąc lub rzadziej	3,9	4,3	9,2	8,5	4,5
	Kilka razy w tygodniu	14,2	17,2	16,6	25,4	16,4
	Codziennie	71,2	72,6	66,3	59,3	71,5
Słuchałem/ słuchałam radia/muzyki	W ogóle	13,5	25,8	10,4	13,6	11,8
	Raz na miesiąc lub rzadziej	7,6	8,1	6,1	1,7	6,8
	Kilka razy w tygodniu	20,9	33,9	19,6	18,6	20,6
	Codziennie	58	32,2	63,8	66,1	60,8

Rodzaj aktywności	Częstotliwość	Liczba osób w gospodarstwie domowym				Ogółem
		1	2-3	4-5	powyżej 5	
Realizowałem/ realizowałam indywidualnie swoje hobby	W ogóle	33,8	23,6	25,2	30,5	27
	Raz na miesiąc lub rzadziej	15,6	17,9	16,6	15,3	17
	Kilka razy w tygodniu	28,2	33,5	30,7	39	31,8
	Codziennie	22,4	25	27,6	15,3	24,2

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

W przypadku aktywności indywidualnych kwestia miejsca zamieszkania wydaje się niezbyt istotna (zob. tab. 5). Zasadniczo mieszkańcy wsi czytają nieco mniej (po książkę sięga codziennie od 33,7% respondentów na wsiach do 42,1% respondentów w miastach 100–200 tys. mieszkańców), ale również nieco mniej czasu spędzają przed telewizorem: codziennymi widzami jest 68% mieszkańców wsi i aż (rekord) 80% mieszkańców średnich (100–200 tys.) miast. Co wydaje się interesujące, wartość ta jest znacząco wyższa niż w aglomeracjach powyżej 200 tys. mieszkańców – tam wskaźnik czytelnictwa jest nieco mniejszy, deklaracja o codziennym oglądaniu TV jest zaś bardzo wyraźnie rzadsza – jedynie u 70,3% badanych. I jeszcze jedno, brak zasadniczych różnic w uprawianiu hobby – zarówno u osób niepostrzegających zdefiniować takich aktywności, jak i u osób oddających się hobby codziennie nie widać wyraźnych różnic zależnych od wielkości zamieszkiwanej miejscowości.

Tabela 5. Wybrane indywidualne aktywności kulturalne seniorów według wielkości miejscowości (dane w %)

Rodzaj aktywności	Częstotliwość	Miejsce zamieszkania					Ogółem
		Wieś	Miasto do 20 tys. mieszkańców	Miasto 20–100 tys. mieszkańców	Miasto 100–200 tys. mieszkańców	Miasto pow. 200 tys. mieszkańców	
Czytałem/ czytałam prasę	W ogóle	30,1	30	29,6	23,8	28,3	28,9
	Raz na miesiąc lub rzadziej	9,9	8,3	9,2	8,9	7,6	8,7
	Kilka razy w tygodniu	22,4	23,8	20,3	21,3	19,8	21,2
	Codziennie	37,6	38	40,9	46	44,4	41,2
Czytałem/ czytałam książki	W ogóle	24,2	19,6	16,4	14,5	13,8	17,9
	Raz na miesiąc lub rzadziej	19,3	20,9	22,3	18,7	22,1	21
	Kilka razy w tygodniu	22,9	23,3	20,9	24,7	23,7	22,9
	Codziennie	33,7	36,2	40,4	42,1	40,4	38,2
Oglądałem/ oglądałam TV	W ogóle	6,7	5,4	7,5	5,1	9,5	7,5
	Raz na miesiąc lub rzadziej	4,5	3,6	3,9	3	5,7	4,5
	Kilka razy w tygodniu	20,9	19,3	14,2	11,9	14,4	16,4
	Codziennie	68	72,6	74,4	80	70,3	71,5
Słuchałem/ słuchałam radia/muzyki	W ogóle	11,6	11,6	21,1	11,1	12	11,8
	Raz na miesiąc lub rzadziej	7,5	3,6	7,4	8,5	6,9	6,8
	Kilka razy w tygodniu	20	20,9	18,9	19,1	22,3	20,6
	Codziennie	61	63,8	61,6	61,3	58,8	60,8
Realizowałem/ realizowałam indywidualnie swoje hobby	W ogóle	24,8	24,8	29,8	21,3	29,3	27
	Raz na miesiąc lub rzadziej	16,3	17,3	16,1	19,6	17,5	17
	Kilka razy w tygodniu	35	30,5	27,6	35,3	31,4	31,8
	Codziennie	23,9	27,4	26,5	23,8	21,8	24,2

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Należy dodać, że pytanie o czytanie prasy i książek abstrahuje od formy technicznej realizacji tego typu aktywności: chodzi nie tylko o prasę i książki w formie tradycyjnej, ale również gazety z dostępem online i różnego rodzaju e-booki. Aktywność cyfrowa seniorów oczywiście może być przejawem aktywności kulturalnej, ponieważ nie wiemy, z jakich treści seniorzy korzystają w sieci. W badaniu ilościowym została jednak potraktowana odrębnie – stanowi bowiem pewien wyodrębniony blok, pokazujący kompetencje cyfrowe seniorów oraz umiejętność korzystania z usług (publicznych i niepublicznych) dostępnych online. Interpretując opisane wyżej aktywności indywidualne osób 60+, musimy pamiętać o tej kwestii.

2. Aktywności grupowe seniorów w wymiarze kulturalnym

Jako podstawowe grupowe aktywności kulturalne bądź społeczne pozwalające poddać refleksji zaangażowanie w sieci społeczne respondentów w ankiecie wskazano: uczestnictwo w wydarzeniach kulturalnych, zorganizowanych zajęciach kulturalnych bądź artystycznych oraz wolontariat. Pierwszy wniosek jest potwierdzeniem badań ubiegłorocznych, z tym, że tegoroczny pomiar uwidacznia, że podstawową formą uczestnictwa w kulturze jest udział w wydarzeniach – deklaruje go blisko 75% respondentów (w 2024 r. było to ~65%¹¹). Na ogół nie ma on charakteru systematycznego, dzieje się niejako od okazji do okazji. Osoby uczestniczące w wydarzeniach kulturalnych regularnie to mniej niż 10% populacji.

Relatywnie często w wielu badaniach pisze się o nieobecności mężczyzn w świecie kultury instytucjonalnej (omawialiśmy już tę kwestię wcześniej)¹². Analiza danych odnośnie do płci pokazuje, że faktycznie

¹¹ M. Rydzewski, R. Wiśniewski, *Aktywność kulturalna i społeczna seniorów...*, dz. cyt.

¹² R. Wiśniewski, M. Rydzewski, *Kilka uwag wstępnych o seniorach: wnioski z projektu „Łagodzenie skutków pandemii...”*, Warszawa 2023, <https://rob.uksw.edu.pl>

istnieje nadreprezentacja kobiet wśród odbiorców wydarzeń kulturalnych i uczestników stałych zorganizowanych np. przez lokalne instytucje kultury zajęć, nie jest to jednak przewaga aż tak miazdząca (zob. tab. 6). Brak jakiegokolwiek zaangażowania deklaruje 23,5% (udział w wydarzeniach) i 80,2% (uczestnictwo w zajęciach zorganizowanych) kobiet i odpowiednio 29,9% i 84,7% mężczyzn. Różnice zatem są, ale nie radykalne.

Tabela 6. Wybrane grupowe aktywności kulturalne seniorów według płci (dane w %)

Rodzaj aktywności	Częstotliwość	Płeć		Ogółem
		Kobieta	Mężczyzna	
Uczestnictwo w wydarzeniu kulturalnym	W ogóle	23,5	29,9	25,8
	Raz na pół roku	31	30,9	31
	Raz w miesiącu	38,5	34,2	37
	Raz w tygodniu	7	4,9	6,3
Uczestnictwo w zorganizowanych zajęciach artystycznych	W ogóle	80,2	84,7	81,8
	Raz na pół roku	6,3	7,8	6,8
	Raz w miesiącu	8	4	6,6
	Raz w tygodniu	5,6	3,5	4,8
Wolontariat (zaangażowanie na rzecz społeczności lokalnej)	W ogóle	72,7	73,9	73,1
	Raz na pół roku	11	12,6	11,6
	Raz w miesiącu	10,3	7,7	9,4
	Raz w tygodniu	6	5,8	5,9

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Można przyjąć, że udział w życiu społecznym i uczestnictwem w kulturze w sposób jest silnie skorelowany z wiekiem i spada w miarę lat (zob. tab. 7). Brak uczestnictwa w wydarzeniach deklaruje jedynie 19,9% sześćdziesięciokilkulatków i aż 68,9% osób w wieku 85+. Nie aż tak spektakularne, ale podobne trendy można zauważyć w przypadku

(dostęp: 3.09.2025); *czyż, Uczestnictwo w kulturze seniorów w świetle badań empirycznych*, dz. cyt., s. 29–35.

udziału w zajęciach zorganizowanych i wolontariacie (godny odnotowania jest jednak fakt, że 1,1% osób sędziwych wciąż deklaruje aktywność wolontariacką).

Tabela 7. Wybrane grupowe aktywności kulturalne seniorów w podziale na kohorty wiekowe (dane w %)

Rodzaj aktywności	Częstotliwość	Wiek						Ogółem
		60–65	65–70	70–75	75–80	80–85	85+	
Uczestnictwo w wydarzeniu kulturalnym	W ogóle	19,9	22,3	27,9	28,7	37,3	68,9	25,8
	Raz na pół roku	34,2	32,8	29,7	27,3	24	18,9	31
	Raz w miesiącu	41,3	38,8	34,9	34,6	31,3	12,2	37
	Raz w tygodniu	4,6	6,1	7,5	9,3	7,3	0	6,3
Uczestnictwo w zorganizowanych zajęciach artystycznych	W ogóle	80,5	81,8	82,3	81,7	80,7	91,1	81,8
	Raz na pół roku	7,1	8,2	5,4	5,6	6,7	4,4	6,8
	Raz w miesiącu	6,7	6,1	7,3	7,6	6,7	1,1	6,6
	Raz w tygodniu	5,7	4	4,9	5,1	6	3,3	4,8
Wolontariat (zaangażowanie na rzecz społeczności lokalnej)	W ogóle	66,8	71,5	77,8	77,5	78,7	85,6	73,1
	Raz na pół roku	14,2	12,2	10,5	7,3	10,7	8,9	11,6
	Raz w miesiącu	12,4	10,6	6,7	7,3	5,3	4,4	9,4
	Raz w tygodniu	6,6	5,8	4,9	7,9	5,3	1,1	5,9

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

W tym miejscu – jak w przypadku wieku – dostrzega się silną zależność pomiędzy wykształceniem a zaangażowaniem w aktywności społeczne i wspólnotowe (zob. tab. 8). Za ilustrację mogą posłużyć odpowiedzi na pytanie o częstotliwość udziału w wydarzeniu kulturalnym: brak zainteresowania deklaruje aż 56% osób z wykształceniem podstawowym wobec 17,9% osób z wykształceniem wyższym. Regularny udział w wydarzeniach deklaruje zero (sic!) osób z wykształceniem podstawowym i 8,2% osób po studiach. Nieco mniej spektakularne różnice dotyczą wolontariatu – co zaskakujące, bardzo niewielka korelacja następuje zaś między poziomem wykształcenia a uczestnictwem w zajęciach zorganizowanych – chociaż i tutaj większą aktywność podejmują osoby z wyższym poziomem wykształcenia.

Tabela 8. Wybrane grupowe aktywności kulturalne seniorów według wykształcenia (dane w %)

Rodzaj aktywności	Częstotliwość	Wykształcenie				Ogółem
		Podstawowe	Zawodowe	Średnie	Wyższe	
Uczestnictwo w wydarzeniu kulturalnym	W ogóle	56	40,5	29,9	17,9	25,8
	Raz na pół roku	29,3	31,2	31,8	30,7	31
	Raz w miesiącu	14,7	26,1	33,2	43,2	37
	Raz w tygodniu	0	2,3	5	8,2	6,3
Uczestnictwo w zorganizowanych zajęciach artystycznych	W ogóle	80	85,6	83,9	79,5	81,8
	Raz na pół roku	9,3	6,5	6,8	6,8	6,8
	Raz w miesiącu	5,3	5,7	4,9	7,9	6,6
	Raz w tygodniu	5,3	2,3	4,3	5,8	4,8
Wolontariat [zaangażowanie na rzecz społeczności lokalnej]	W ogóle	81,3	74,8	77,2	69,7	73,1
	Raz na pół roku	9,3	12,2	10,4	12,3	11,6
	Raz w miesiącu	6,7	9,1	7,9	10,6	9,4
	Raz w tygodniu	2,7	4	4,6	7,4	5,9

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Wartą odnotowania zależność można zaobserwować w stylu konsumpcji kultury i aktywności przy weryfikacji jako zmiennej wielkości gospodarstwa domowego (zob. tab. 9). Dostrzega się bowiem dwie przeciwstawne zależności: im większa rodzina, tym niższy udział w wydarzeniach kulturalnych (od 8,4% regularnych uczestników w gospodarstwach jednoosobowych po zaledwie 1,7% w gospodarstwach domowych powyżej pięciu osób). Z drugiej strony zaskakuje wysoki poziom zaangażowania w wolontariat u przedstawicieli dużych rodzin; znacznie większy niż w przypadku gospodarstw jednoosobowych (odpowiednio 10,2% i 4,4% wskazań). Należałoby przypuszczać, że jest to kulturowy ślad po tradycyjnych rodzinach wielopokoleniowych i wielodzietnych, funkcjonujących zgodnie z tradycyjnymi normami religijnymi. Z oglądu tych danych wynika również, że dalej rodzina (wspólne gospodarstwo domowe) jest formą najbliższej sieci społecznej silnie wiążącą jednostkę i w sporym stopniu zaspokajającą jej potrzeby społeczne – stąd niższe wskaźniki uczestnictwa w zorganizowanych

formach poza domem wśród osób funkcjonujących w dużych, wielo-osobowych gospodarstwach domowych.

Tabela 9. Wybrane grupowe aktywności kulturalne seniorów według liczby osób w gospodarstwie domowym (dane w %)

Rodzaj aktywności	Częstotliwość	Liczba osób w gospodarstwie domowym				Ogółem
		1	2-3	4-5	powyżej 5	
Uczestnictwo w wydarzeniu kulturalnym	W ogóle	28,4	23,4	34,4	32,2	25,8
	Raz na pół roku	29,3	32,6	23,3	30,5	31
	Raz w miesiącu	33,9	38,5	37,4	35,6	37
	Raz w tygodniu	8,4	5,5	4,9	1,7	6,3
Uczestnictwo w zorganizowanych zajęciach artystycznych	W ogóle	80,6	82,3	85,9	71,2	81,8
	Raz na pół roku	7,1	6,6	4,9	16,9	6,8
	Raz w miesiącu	7,6	6	5,5	11,9	6,6
	Raz w tygodniu	4,7	5,2	3,7	0	4,8
Wolontariat [zaangażowanie na rzecz społeczności lokalnej]	W ogóle	75,7	84,1	75,5	64,4	73,1
	Raz na pół roku	11,4	15,1	11	11,9	11,6
	Raz w miesiącu	8,5	0,7	8	13,6	9,4
	Raz w tygodniu	4,4	0,1	5,5	10,2	5,9

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

W kontekście wyników badań jakościowych tabela 10 obrazująca aktywności grupowe seniorów w obszarze kultury jest kluczowa: zawiera informacje warte weryfikacji dotyczące tezy o innym sposobie odbioru kultury w tradycyjnych społecznościach wiejskich i w miastach. Wypada uznać, że same badania ilościowe bez uzupełnienia danymi z wywiadów pogłębionych nie wskazałyby jednoznacznie na różnicę, o której pisaliśmy wyżej. Tymczasem po uwzględnieniu kontekstu badań jakościowych, zauważa się dwa różnicujące elementy: uczestnictwo w zajęciach zorganizowanych jest nieco inne w środowisku wiejskim niż w miastach; podobnie rzecz ma się z wolontariatem. W obu przypadkach dotyczy to zarówno mniejszej liczby odpowiedzi o nieuczestniczeniu, jak i większej liczbie respondentów wskazujących na regularne uprawnianie danej aktywności. Przy czym inna

sytuacja jest z samym deklarowanym uczestnictwem w wydarzeniach kulturalnych, zapewne ze względu na utrudniony dostęp, aktywność mieszkańców wsi jest nieco niższa, choć nie radykalnie. Na podstawie tego pomiaru nie jest uprawomocnione stawianie zasadniczej tezy dotyczącej różnic w uczestnictwie w mieście i na wsi, ale warto pochylić się nad głębszą obserwacją sposobu praktyk społecznych w tych obszarach¹³.

Tabela 10. Wybrane grupowe aktywności kulturalne seniorów według wielkości miejscowości (dane w %)

Rodzaj aktywności	Częstotliwość	Miejsce zamieszkania					Ogółem
		Wieś	Miasto do 20 tys. mieszkańców	Miasto 20–100 tys. mieszkańców	Miasto 100–200 tys. mieszkańców	Miasto powyżej 200 tys. mieszkańców	
Uczestnictwo w wydarzeniu kulturalnym	W ogóle	31,3	24,3	22,3	21,7	24,9	25,8
	Raz na pół roku	31,7	33,3	31,7	30,2	29,3	31
	Raz w miesiącu	33,8	36,4	38,9	40,4	37,8	37
	Raz w tygodniu	3,2	5,9	7,2	7,7	8	6,3
Uczestnictwo w zorganizowanych zajęciach artystycznych	W ogóle	78,8	79,3	83,2	80,9	84,5	81,8
	Raz na pół roku	7,7	6,7	6	7,2	6,6	6,8
	Raz w miesiącu	8,6	8	4,7	8,1	5,1	6,6
	Raz w tygodniu	5	5,9	6	3,8	3,8	4,8
Wolontariat [zaangażowanie na rzecz społeczności lokalnej]	W ogóle	65,2	74,9	76	70,2	77,8	73,1
	Raz na pół roku	15,4	12,9	8,5	14,5	9,1	11,6
	Raz w miesiącu	13,2	7	8,5	8,1	8,1	9,4
	Raz w tygodniu	6,2	5,2	6,9	7,2	5	5,9

Źródło: Badanie *Świat na miarę seniora 2025*, n=3000, opracowanie własne.

¹³ M. Jacyno, T. Kukołowicz, M. Lewicki (red.), *Kultura na peryferiach*, Warszawa 2018.

3. Sposób uczestnictwa w wydarzeniach kulturalnych

Ideą naszej refleksji było ustalenie, czy udział w wydarzeniach kulturalnych ma wymiar jedynie towarzyski i ludyczny, czy też buduje sprawczość jednostki. W pytaniu respondenci byli proszeni o wskazanie roli, jaką najczęściej pełnią w trakcie zorganizowanych wydarzeń kulturalnych, w których uczestniczą. Każda z ról odpowiada rodzajowi aktywności i została przyporządkowana do konkretnej potrzeby emocjonalnej. Cel i zakres pytania najlepiej obrazuje tabela 11.

Tabela 11. Sposób uczestnictwa w wydarzeniach kulturalnych

Opis roli	Rodzaj aktywności	Potrzeba emocjonalna
Po prostu korzystam z oferty (oglądam, słucham itp.)	Uczestnictwo	Towarzyskość, potrzeby estetyczne, ludyczność
Biorę aktywny udział w wydarzeniu, jestem widoczny/ widoczna, np. zadaję pytania	Aktywne uczestnictwo	Potrzeba zaistnienia, bycia zauważonym
Mam wpływ na wydarzenie, planuję program, konsultuję przebieg wydarzenia	Uczestnictwo z inicjatywą, partycypacja społeczna	Potrzeba zaistnienia, bycia zauważonym, podmiotowość
Biorę na siebie część obowiązków związanych z organizacją wydarzenia	Współtworzenie, współdecydowanie, kooperacja	Podmiotowość, sprawczość, potrzeba bycia użytecznym

Źródło: R. Wiśniewski, M. Rydzewski, *Uczestnictwo w kulturze seniorów w świetle badań empirycznych*, „Polityka Społeczna” 2024, nr 2, s. 34.

Dane potwierdzają ustalenia z roku 2024¹⁴: z jednej strony blisko 90% respondentów definiuje swoją rolę jako pasywną (po prostu korzystam z oferty; odpowiedzi „sporadycznie” i „bardzo często”), z drugiej: zaskakujący jest poziom osób, które definiują się jako aktywne i zaangażowane w wydarzenie, jego przygotowanie bądź organizację. 16,6% osób zadeklarowało bardzo częsty aktywny udział w wydarzeniu, 7,4% stwierdziło, że bardzo często ma wpływ na wydarzenie, 7,8% zaś – że

¹⁴ Por. R. Wiśniewski, M. Rydzewski, *Uczestnictwo w kulturze seniorów...*, dz. cyt.

bardzo często bierze na siebie część obowiązków związanych z jego organizacją.

Rzecz warta dalszych eksploracji to, że w tych aktywnych rolach częściej odnajdują się mężczyźni (zob. tab. 12). W przypadku osób, które deklarują, że daną rolę pełnią często mamy: aktywny udział w wydarzeniu 15,6% kobiet wobec 18,5% mężczyzn, wpływ na kształt wydarzenia – 6,7% kobiet i 8,8% mężczyzn, wreszcie obowiązki organizacyjne – 7,4% kobiety i 8,8% mężczyźni. Stopień zaangażowania skorelowany jest z kolei z wiekiem, gdzie w każdej grupie wiekowej wzrasta liczba odpowiedzi wskazujących na brak udziału lub bierny udział w wydarzeniach – chociaż również w wieku sędziwym (85+) pojawiają się odpowiedzi wskazujące na żywy udział w wydarzeniach (10,3%), poczucie wpływu (7,4%) czy nawet współodpowiedzialności (6,9%).

Tabela 12. Sposób uczestnictwa w wydarzeniach kulturalnych według płci (dane w %)

Opis roli	Częstotliwość	Płeć		Ogółem
		Kobieta	Mężczyzna	
Po prostu korzystam z oferty	Nie, w ogóle nie występuję w takiej roli	10,3	10,6	10,4
	Sporadycznie	45	48,1	46
	Bardzo często	44,8	41,4	43,6
Biorę aktywny udział w wydarzeniu	Nie, w ogóle nie występuję w takiej roli	61,3	56,6	59,8
	Sporadycznie	23	24,9	23,7
	Bardzo często	15,6	18,5	16,6
Mam wpływ na wydarzenie	Nie, w ogóle nie występuję w takiej roli	79,9	74,8	78,2
	Sporadycznie	13,4	16,3	14,4
	Bardzo często	6,7	8,8	7,4
Biorę na siebie część obowiązków związanych z organizacją wydarzenia	Nie, w ogóle nie występuję w takiej roli	75,6	69,9	73,7
	Sporadycznie	17	21,3	18,4
	Bardzo często	7,4	8,8	7,8

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=2257, opracowanie własne.

Dość wyraźna jest natomiast korelacja między wykształceniem a stopniem aktywności i zaangażowaniem w działania kulturalne (zob. tab. 13). Ogólny trend wskazuje, że wyższy poziom wykształcenia przekłada się na bardziej aktywny udział w życiu kulturalnym danej zbiorowości. W przypadku osób, które deklarują, że daną rolę pełnią bardzo często, mamy: aktywny udział w wydarzeniu 12,1% osób z wykształceniem podstawowym wobec 18,8% osób po studiach; wpływ na kształt wydarzenia deklaruje zaledwie 3% osób z wykształceniem podstawowym wobec blisko 9% z wykształceniem wyższym, współodpowiedzialność za organizację zaś – 6,1% osób z wykształceniem podstawowym i 10,2% z wyższym.

Tabela 13. Sposób uczestnictwa w wydarzeniach kulturalnych według wykształcenia (dane w %)

Opis roli	Częstotliwość	Wykształcenie				Ogółem
		Podstawowe	Zawodowe	Średnie	Wyższe	
Po prostu korzystam z oferty	Nie, w ogóle nie występuję w takiej roli	9,1	10,5	10,9	9,8	10,4
	Sporadycznie	60,6	50,7	47,1	44,5	46
	Bardzo często	30,3	38,8	41,9	45,7	43,6
Biorę aktywny udział w wydarzeniu	Nie, w ogóle nie występuję w takiej roli	57,6	62,2	64,7	56,7	59,8
	Sporadycznie	30,3	23	22	24,5	23,7
	Bardzo często	12,1	14,8	13,3	18,8	16,6
Mam wpływ na wydarzenie	Nie, w ogóle nie występuję w takiej roli	81,8	79,9	81,2	76,1	78,2
	Sporadycznie	15,2	12,9	13,4	15,1	14,4
	Bardzo często	3	7,2	5,3	8,9	7,4
Biorę na siebie część obowiązków związanych z organizacją wydarzenia	Nie, w ogóle nie występuję w takiej roli	63,6	75,6	78,4	70,9	73,7
	Sporadycznie	30,3	19,1	16,6	18,8	18,4
	Bardzo często	6,1	5,3	4,9	10,2	7,8

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=2257, opracowanie własne.

W tym przypadku również kluczowa jest tabela pokazująca relacje między miejscem zamieszkania a sposobem udziału w wydarzeniach (zob. tab. 14). Mamy tu dwa wyraźne trendy: im większa miejscowość, tym wyższy poziom czysto towarzysko-ludycznej, biernej konsumpcji (bardzo częsty udział w wydarzeniach kulturalnych: 37,2% wskazań wśród mieszkańców wsi i 45,8% w miastach, przy czym wraz ze wzrostem wielkości miasta, wskaźnik ten rośnie), co tłumaczyć można zapewne po prostu dostępnością oferty. Zauważyć można z kolei wyraźną przewagę aktywnych form zaangażowania wśród mieszkańców wsi nad mieszkańcami większości miast, w tym szczególnie w stosunku do środowisk wielkomiejskich (powyżej 100 tys. mieszkańców). W przypadku osób, które deklarują, że daną rolę pełnią bardzo często: aktywny udział w wydarzeniu 17,3% mieszkańców wsi wobec 16,3% w miastach (14,9% w dużych miastach), wpływ na kształt wydarzenia – 8,6% mieszkańców wsi wobec 7% mieszkańców miast (6,1% w dużych miastach), obowiązki organizacyjne – 10,6% mieszkańców wsi wobec 6,9% mieszkańców miast (6,4% w przypadku dużych ośrodków). Przyjmijmy roboczo, że jest to kolejne potwierdzenie tezy wynikającej z badań jakościowych, o nieco innym stylu konsumpcji kultury w środowisku wiejskim.

Tab. 14. Sposób uczestnictwa w wydarzeniach kulturalnych według wielkości i rodzaju miejscowości (dane w %)

Opis roli	Częstotliwość	Miejsce zamieszkania				Miasta niezależnie od wielkości (n=1690)
		Wieś (n=567)	Miasto do 20 tys. mieszkańców	Miasto 20–100 tys. mieszkańców	Miasto powyżej 100 tys. mieszkańców	
Po prostu korzystam z oferty	Nie, w ogóle nie występuję w takiej roli	13,1	9,9	10,9	8,6	9,5
	Sporadycznie	49,7	48	46,8	42,6	44,7
	Bardzo często	37,2	42,2	42,2	48,8	45,8

Opis roli	Częstotliwość	Miejsce zamieszkania				Miasta niezależnie od wielkości (n=1690)
		Wieś (n=567)	Miasto do 20 tys. mieszkańców	Miasto 20-100 tys. mieszkańców	Miasto powyżej 100 tys. mieszkańców	
Biorę aktywny udział w wydarzeniu	Nie, w ogóle nie występuję w takiej roli	57,3	55,1	62,2	61,5	60,6
	Sporadycznie	25,4	26,5	20	23,6	23,1
	Bardzo często	17,3	18,4	17,9	14,9	16,3
Mam wpływ na wydarzenie	Nie, w ogóle nie występuję w takiej roli	76,7	78,2	78,4	79	78,7
	Sporadycznie	14,6	14,6	13	14,9	14,3
	Bardzo często	8,6	7,1	8,6	6,1	7
Biorę na siebie część obowiązków związanych z organizacją wydarzenia	Nie, w ogóle nie występuję w takiej roli	67,5	72,8	76,3	76,5	75,8
	Sporadycznie	21,9	18,4	17	17,1	17,3
	Bardzo często	10,6	8,8	6,7	6,4	6,9

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=2257, opracowanie własne.

Podsumowanie

Zarówno badania jakościowe, jak i ilościowe dostarczają w miarę spójny obraz mechanizmów uczestnictwa w kulturze seniorów w kontekście zróżnicowanych sieci społecznych oraz poruszania się na osi indywidualność–wspólnotowość. Stanowią punkt wyjścia do zdefiniowania i badań stylu życia seniorów – w szczególności pozwalają dostrzec: wzory konsumpcyjne, sposoby zagospodarowywania czasu, znaczenie relacji społecznych. Z zaprezentowanych wyników badań wyłania się obraz kluczowych obszarów aktywności w kulturze osób starszych; można również zauważyć, jakie czynniki różnicują udział seniorów w kulturze od indywidualizmu do wspólnotowości. Istotnymi zmiennymi są: wiek (zmniejszanie się aktywności społecznej wraz

z wiekiem), wykształcenie (wyższy poziom wykształcenia wpływa na większą aktywność społeczną), wielkość podstawowej sieci społecznej, jaką jest rodzina bądź liczba osób w gospodarstwie domowym (pokazaliśmy wpływ na aktywności zarówno indywidualne, jak i zbiorowe), wreszcie – badania ujawniają pewne (zinternalizowane) praktyki uczestnictwa w kulturze, wynikające z rodzaju społeczności, w której funkcjonują badani.

Jako kluczowe wnioski można w sposób uprawniony przyjąć, że nieco inny jest charakter uczestnictwa w kulturze w środowisku wiejskim – bardziej wspólnotowy, a inny w miastach, gdzie dominują albo aktywności indywidualne, albo grupowe, ale z mniejszym stopniem zaangażowane w życie społeczności. Niezależnie od indywidualnych upodobań i preferencji, mamy zatem co najmniej dwa wzorce aktywności i postaw: bardziej wspólnotowy na wsi i bardziej indywidualistyczny w środowisku miejskim. Nie jest to specjalnie odkrywczy wniosek o nieco innym charakterze sieci społecznych wokół seniorów funkcjonujących w środowisku wiejskim i miejskim: bardziej oddolnych i niesformalizowanych na wsi i bardziej sformalizowanych w miastach. I jeszcze jedno – seniorzy i seniorki aktywnie uczestniczą w lokalnym życiu społecznym. Jest to istotna wiadomość nie tylko z punktu widzenia prowadzonych działań przez publiczne instytucje kultury kierowanej dla tej kategorii społecznej¹⁵. Przy czym należy ostudzić naiwny triumfalizm prowadzonych polityk publicznych, gdyż w znacznej mierze jest to aktywność zaspokajająca potrzeby szeroko rozumianej rozrywki.

¹⁵ R. Wiśniewski, G. Pol, R. Płasek, A. Bąk, *Oswajając zmienność. Kultura lokalna z perspektywy domów kultury*, Warszawa 2021.

Bibliografia

- Chymkowski R., Motrenko J., Koryś I., Zasacka Z., *Stan czytelnictwa książek w Polsce 2024*, Warszawa 2025.
- GUS, *Rocznik Demograficzny 2024*, Warszawa 2024.
- GUS, *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2022 r.*, Warszawa 2023.
- Jacyno M., Kukołowicz T., Lewicki M. (red.), *Kultura na peryferiach*, Warszawa 2018.
- Kawińska M., *Wsparcie seniorów w obszarze aktywności społecznej*, „Polityka Społeczna” 2023, nr 1.
- Kawińska M., *Style życia a relacje i aktywności społeczne seniorów*, w: *Świat na miarę seniora. Jakość życia – relacje – aktywności*, red. E. Bojanowska, R. Czekalski, Warszawa 2024.
- Korporowicz L., *Tworzenie sensu. Język – kultura – komunikacja*, Warszawa 1993.
- Sowa-Kofta A., *Znaczenie wsparcia rodziny i funkcjonowania w ramach sieci społecznych dla jakości życia*, w: *Świat na miarę seniora. Jakość życia – relacje – aktywności*, red. E. Bojanowska, R. Czekalski, Warszawa 2024.
- Świątkiewicz W., *Uczestnictwo w kulturze*, w: *Encyklopedia Socjologia. Suplement*, Warszawa 2005.
- Tysza A., *Uczestnictwa w kulturze*, Warszawa 1972.
- Wielecki K., *Kultura versus kultura masowa*, Warszawa 2024.
- Wiśniewski R., Pol G., Płasek R., Bąk A., *Oswajając zmienność. Kultura lokalna z perspektywy domów kultury*, Warszawa 2021.
- Wiśniewski R., Rydzewski M., *Kilka uwag wstępnych o seniorach: wnioski z projektu „Łagodzenie skutków pandemii...”*, Warszawa 2023, <https://rob.uksw.edu.pl> (dostęp: 3.09.2025).
- Wiśniewski R., Rydzewski M., *Uczestnictwo w kulturze seniorów w świetle badań empirycznych*, „Polityka Społeczna” 2024, nr 2.
- Wiśniewski R., Rydzewski M., *Aktywność kulturalna i społeczna seniorów w świetle wyników badań empirycznych*, w: *Świat na miarę seniora. Jakość życia – relacje – aktywności*, red. E. Bojanowska, R. Czekalski, Warszawa 2024.

RAFAŁ BAKALARCZYK

Instytut Pracy i Spraw Socjalnych

Funkcjonowanie seniorów w rodzinno-nieformalnych sieciach wsparcia opiekuńczego

Słowa kluczowe: opieka długoterminowa, rodzina, opiekun rodzinny, opiekun, nieformalny, wsparcie, osoby starsze

Wprowadzenie

Wsparcie, jakiego może potrzebować człowiek – także starszy – jest wielorakie i może odnosić się do różnych sfer funkcjonowania człowieka i jego potrzeb. Może być to choćby wsparcie materialne, psychologiczne, duchowe czy też związane z zaspokajaniem potrzeb opiekuńczych bądź niemożnością samodzielnego funkcjonowania w otoczeniu i wykonywania mniej lub bardziej podstawowych czynności życia codziennego. Te ostatnie typy potrzeb mogą nabierać szczególnego znaczenia zwłaszcza w okresie starości zaawansowanej, kiedy to wraz z wiekiem rośnie ryzyko utraty samodzielności i zależności od regularnej bądź niekiedy stałej pomocy ze strony innych. Dalsza część rozdziału będzie skupiała się na kwestii wsparcia właśnie w tej – umownie nazwanej „opiekuńczą” – sferze życia, dotyczącej przynajmniej części (choć – jak pokażą wyniki przeprowadzonego badania – relatywnie nie aż tak wielkiej) osób w starszym wieku. Jaką rolę w zaspokajaniu tychże potrzeb odgrywa zaangażowane ze strony osób z kręgu rodziny oraz nieformalnych kręgów potencjalnego

wsparcia – np. przyjaciół czy sąsiadów? W jakim zakresie jest to wsparcie udzielane i jakie formy przybiera? Jakie oczekiwania mają osoby starsze w obliczu doświadczanego lub potencjalnego spadku samodzielności wobec poszczególnych podmiotów z wyżej wymienionych kręgów? Na ile oczekiwania te kierowane są wobec członków (czy tylko najbliższej?) rodziny, na ile względem państwa i jego instytucji, a na ile jeszcze innych podmiotów w ramach lokalnej społeczności czy społeczeństwa obywatelskiego? Czy seniorzy wchodzą wyłącznie w rolę osób wspieranych i zaopiekowanych (bądź takiej opieki potrzebujących), czy też sami bywają również źródłem wsparcia opiekuńczego dla innych? Z jakimi trudnościami – np. w zakresie łączenia tej roli opiekuńczej z innymi rolami, zwłaszcza zawodową – może się to wiązać i jakie działania mogłyby im to ułatwić?

Ten krąg pytań będzie wyznaczał obszar analizy i rozważań poczynionych w niniejszym rozdziale, głównym punktem odniesienia będzie zaś badanie jakościowe i ilościowe realizowane w edycji z 2025 r. projektu *Świat na miarę seniora*. Nim przyjrzymy się wynikom i wnioskowi, jakie można z nich wyciągnąć, warto zarysować tło wyłaniające się z wcześniej prowadzonych badań na temat sytuacji osób starszych, opieki długoterminowej i miejsca w niej sektora nieformalnego i rodzinnego.

1. Znaczenie rodziny i relacji nieformalnych w opiece w świetle wcześniejszych badań

W świetle dotychczasowych doświadczeń zbiorowych i badań, bliscy, zwłaszcza z kręgu rodzinnego, odgrywają wiodącą rolę w zaspokajaniu potrzeb osób starszych w Polsce, a wsparcie z ich strony ma istotne znaczenie dla jakości życia seniorów¹. Rola rodziny jest też istotna w obliczu ryzyka utraty samodzielności. Jakkolwiek zaangażowanie

¹ A. Sowa-Kofta, *Znaczenie wsparcia rodziny i funkcjonowania w sieci społecznych dla jakości życia*, w: *Świat na miarę seniora 2024. Jakość życia – relacje – aktywności*, red. E. Bojanowska, R. Czekalski, Warszawa 2024, s. 235–256.

rodzinne w opiekę nie jest tylko polską specyfiką, a występuje nawet w społeczeństwach o mniej familistycznym modelu, w Polsce wiąże jednak się z ponadprzeciętnie dużą intensywnością, jeśli chodzi o czas i zakres opieki, a także silnymi normami i oczekiwaniami co do zaangażowania ze strony osób z kręgu najbliższej rodziny². W porównawczych typologiach polski system niekiedy zalicza się do kategorii tzw. familizmu bez wsparcia – z dużą rolą więzi rodzinnych w zaspokajaniu potrzeb opiekuńczych i niewielkim zakresem pomocy, jaki z tego tytułu można otrzymać³. Choć niektóre współczesne opracowania wskazują, że jeśli chodzi o rozwój zewnętrznego wsparcia w opiece, następuje w ostatnich latach poprawa – np. w odniesieniu do opieki wytnieniowej⁴ – dla wielu rodzin czy osób opiekujących się innymi nadal jest ono jednak ograniczone (np. w kwestii dostępu terytorialnego), a członkowie rodziny pozostają zaś podmiotami, na których spoczywa zasadnicza część obciążeń z tytułu opieki. Ewolucji ulega natomiast struktura oczekiwań, jak i indywidualnych możliwości w zakresie pełnienia funkcji opiekuńczych wobec starszych członków rodziny, na co wpływ ma także kontekst dokonującej się zmiany pokoleniowej⁵.

Niektóre współczesne badania, podejmujące stosunek osób ze średniego pokolenia mających starszych rodziców, sugerują, że korzystanie z opieki zewnętrznej bywa traktowane nie tylko jako zrozumiałe

² R. Bakalarczyk, *Pozycja opiekunów nieformalnych i rodzin w systemach opieki długoterminowej w Unii Europejskiej*, „Ubezpieczenia Społeczne. Teoria i praktyka” 2018, nr 3(138), s. 35–52

³ A. Abramowska-Kmon, Z. Szweđa-Lewandowska, *Model opieki nad osobami starszymi i luka opiekuńcza*, w: *W stronę sprawiedliwej troski. Opieka nad osobami starszymi w Polsce*, red. I. Wóycicka, Warszawa 2022, s. 37–46.

⁴ R. Bakalarczyk, *Usługi społeczne wobec opiekunów rodzinnych i nieformalnych – możliwe funkcje i obecność w polskim systemie wsparcia*, w: *Wybrane zagadnienia współczesnej polityki społecznej – między nauką a praktyką*, red. E. Bojanowska, G. Uścińska, Warszawa 2024, s. 64–87

⁵ J. Młyński, K. Stankiewicz, *Nieformalna opieka nad osobami starszymi wobec zmiany pokoleniowej. Wyzwania dla zarządzania w usługach rodziny i polityki społecznej*, „Polityka i Społeczeństwo” 2024, nr 4(22), s. 185–200.

i dopuszczalne, ale nawet bardziej pożądane (o ile odbywa się to nadal w warunkach domowych) niż oddanie się w pełni samodzielnej opiece⁶. Niekiedy zewnętrzna pomoc jest widziana jako uzupełnienie opieki rodzinnej, a nie jej zastąpienie. Przykładów takiej perspektywy dostarczają owoce badania realizowanego dekadę temu przez Instytut Spraw Publicznych na temat roli cudzoziemek w opiece nad osobami starszymi. Opisana przez Mariolę Raclaw część poświęcona perspektywie członków rodzin, którzy zatrudniali (nierzadko w szarej strefie, a więc *de facto* nieformalnie) cudzoziemki do opieki wobec swoich sędziwych rodziców, pokazywała, że wielu z nich widzi korzystanie z zewnętrznej opieki jako możliwość kontynuowania swojej roli rodzinno-opiekuńczej, z którą wciąż się utożsamiali i pogodzenia jej z innymi rolami, głównie zawodową⁷. Opieka zewnętrzna nie była zatem postrzegana w kontrze do ról i zobowiązań rodzinnych, które wówczas nadal mogły być kontynuowane (np. po godzinach pracy członka rodziny), ale i uzupełnione o dodatkowe wymiary – koordynacji opieki i opłacania usług. Kwestia łączenia powinności opiekuńczych części seniorów z pracą zawodową, a także partycypacji członków rodziny w kosztach opieki zewnętrznej wobec osób starszej to wymiary zaangażowania opiekuńczego ze strony rodziny i bliskich, które również wymagają dociekań badawczych i analizy, co też będzie miało miejsce w dalszej części artykułu.

Mimo przemian demograficznego, ekonomicznego i społeczno-kulturowego kontekstu realiów opiekuńczych oraz samej polityki publicznej w tym zakresie, współcześnie wciąż potrzeby związane z utratą samodzielności w starszym wieku w pierwszej kolejności

⁶ Emais, *Ośrodki opieki długoterminowej w świadomości Polaków – Opinie i Wyzwania. Raport*, 2024, https://emeis.pl/wp-content/uploads/2024/05/Raport_badanie2024_emeisPolska.pdf (dostęp: 6.11.2025).

⁷ M. Raclaw, *Opiekunowie rodinni jako pracodawcy migrantek – „nowi tradycjonaliści” z klasy średniej*, w: *Niewidzialna siła robocza, Migranci w usługach opiekuńczych nad osobami starszymi*, red. P. Sobiesiak-Pęszko, Warszawa 2015, s. 115–149.

i w największym stopniu zaspokajane są ze strony bliskich. Wyniki ostatniej edycji badania PolSenior 2 z 2021 r. wskazują, że potrzeby opiekuńcze seniorów, tam, gdzie występują, najczęściej – w ponad 90% – bywają zaspokajane właśnie ze strony członków rodziny⁸.

Ze względu choćby na tak znaczną rolę rodziny w tej sferze, w krajowym dyskursie (często także tym naukowym) mówi się nieraz o opiekunach rodzinnych, podczas gdy w zagranicznej, w tym anglosaskiej, nomenklaturze nie mniej popularna jest kategoria opieki nieformalnej, której zakres podmiotowy jest nieco odmienny. Opieka nieformalna może jednak wiązać się z zaangażowaniem sąsiadów, przyjaciół czy innych mniej lub bardziej osobiście bliskich osób, ale niebędących spokrewnionymi z osobami otrzymującymi tego typu wsparcie ani nietworzących z nimi więzi rodzinnej – czy to w szerszym, czy węższym znaczeniu. *Ergo*, opieka nieformalna zawiera w sobie działania i relacje niemieszczące się w ramach stosunków rodzinnych (te ostatnie zresztą mogą podlegać w pewnych aspektach formalizacji, wobec czego niekiedy o opiece rodzinnej mówi się bardziej jako półformalnej [*semi-formal*])⁹. W dalszej części artykułu, skoncentrowanej na omówieniu wyników badania empirycznego, nie będą prowadzone dalsze rozważania i rozróżnienia w kwestii terminologii, a przedmiotem analizy będzie wsparcie w opiece lub czynnościach życia codziennego udzielane w ramach rodzinnego, jak i pozarodzinnego zaangażowania. Należy też zauważyć, że to, co odbywa się w sferze opieki w ramach najbliższej rodziny, nie pozostaje bez wpływu ze strony obecności i intensywności wsparcia w ramach szerszych sieci krewniaczych i nieformalnych. Pokazały to choćby przeprowadzone w czasie pandemii Covid-19 badania

⁸ P. Błędowski, *Potrzeby opiekuńcze*, w: P. Błędowski, T. Grodzicki, M. Mossakowska, T. Zdrojewski, *Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem. PolSenior 2*, Gdańsk 2021, s. 913–930.

⁹ B. Pfau-Effinger, *Welfare State Policies and Development of Care Arrangements*, „European Societies” 2005, vol. 7(2), s. 321–347.

sytuacji opiekunów rodzinnych osób starszych. Jak wynikało z części przeprowadzonych wywiadów, osłabienie czy ustanie – na pewnym etapie zmagania z koronawirusem – wsparcia w opiece ze strony osób z nieco dalszego kręgu osoby starszej i jej wiodącego opiekuna miało fundamentalne znaczenie dla zakresu i sposobu organizowania opieki oraz dobrostanu zarówno osoby opiekującej się, jak i samej osoby starszej¹⁰.

2. Opieka rodzinna i nieformalna w świetle wyników badania *Świat na miarę seniora 2025*

Zapotrzebowanie opiekę i pomoc w codziennym funkcjonowaniu a rola rodziny i wsparcia nieformalnego w jego zaspokajaniu

Ogromna część badanych – jak pokazuje tabela 1 – nie deklarowała otrzymywania pomocy w wykonywaniu codziennych czynności, a w szczególności tych o charakterze czynności osobistych i pielęgnacyjnych (96,1% odpowiedziało, że ich to nie dotyczy). Nieco częściej – choć nadal w zdecydowanej mniejszości – wykazywano na korzystanie z pomocy w czynnościach związanych z gospodarstwem domowym, zaopatrzeniem oraz z funkcjonowaniem poza nim. Warto zauważyć, że pomoc w istotnej części tychże czynności nie wymaga stałej długoterminowej wykonywanej w sposób ciągły i jakkolwiek czynności te nieraz bywają częścią roli opiekunczej, mogą być też wykonywane przez osoby niepozostające w trwałych rolach opiekunów.

¹⁰ R. Bakalarczyk, *Sytuacja zdrowotna rodzin z osobą starszą pod opieką w czasie pandemii Covid-19 – w świetle badań własnych i wybranych zagranicznych*, „Polityka Społeczna” 2024, nr 600(4), s. 13–19, <https://doi.org/10.5604/01.3001.0054.6367> (dostęp: 5.11.2025).

Tabela 1. Korzystanie przez badanych w ciągu ostatnich 12 miesięcy z pomocy innych osób przy wykonywaniu określonych czynności

Pomoc innych osób przy wykonywaniu czynności	Grupa osób pomagających				Nie dotyczy
	Członkowie rodziny	Sąsiedzi/znajomi	Osoby z pomocy społecznej	Osoby zatrudnione prywatnie	
Osobistych/pielęgnacyjnych (np. przy wstawianiu z łóżka, korzystaniu z toalety, myciu, ubieraniu się, karmieniu itp.)	4,4%	1,2%	1,3%	0,9%	96,1%
Prac domowych (np. przy sprzątanii, gotowaniu, prasowaniu, pracach w ogrodzie)	12,4%	2,3%	1,3%	5,3%	82,9%
Robieniu zakupów	15%	2,6%	1,5%	1,3%	84,1%
Wychodzeniu na spacer	5,4%	1,4%	1,4%	1,3%	94,9
Wizytach u lekarza	9,7%	1,6%	0,9%	1,1%	89,5
Załatwianiu spraw urzędowych/administracyjnych	9,4%	1,6%	0,9%	1,2%	90,4

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

W każdym z wyodrębnionych rodzajów czynności, w jakich seniorzy otrzymywali wsparcie, najczęściej było udzielane ono ze strony członków rodziny, a dalece rzadziej ze strony sąsiadów/znajomych, osób z pomocy społecznej czy zatrudnionych prywatnie do pomocy. Kontrast między wsparciem rodzinnym z jednej strony, a z drugiej – zarówno sektorem nieformalnym, jak i usługami formalnymi widać zwłaszcza w odniesieniu do prac domowych oraz zaopatrzenia w zakupy. Dowodzi to jednoznacznie rodzinnego charakteru wsparcia. Koreluje to także z wynikami wcześniej wspomnianego badania PolSenior2, które również pokazało dominację rodziny w zaspokajaniu potrzeb opiekuńczych osób starszych w Polsce.

Pomoc otrzymywana ze strony sąsiadów i znajomych okazała się z kolei występować w grupie badanych bardzo sporadycznie. W każdej kategorii uwzględnionych czynności występowała ona rzadziej niż

pomoc rodzinna, a w zależności od rodzaju czynności była wskazywana częściej lub rzadziej niż ta ze strony pomocy społecznej czy osób zatrudnionych prywatnie. Przykładowo, sąsiedzi lub znajomi częściej pomagali w robieniu zakupów, ale istotnie rzadziej w pracach domowych (sprzątanie, gotowanie, prasowanie czy praca w ogrodzie). Można zatem powiedzieć, że rola pozarodzinnego sektora nieformalnego w pomocy osobom starszym pozostaje ograniczona, a obecna jest zwłaszcza w pewnych rodzajach pomocy, w innych zaś występuje jedynie marginalnie.

Badanie *Świat na miarę seniora* potwierdziło też, że zapotrzebowanie na wsparcie, jak i jego otrzymywanie rośnie wraz z wiekiem. Struktura źródeł wsparcia może różnić się też w zależności od cech osoby starszej, takich jak poziom wykształcenia czy wielkość gospodarstwa domowego. W dużych gospodarstwach domowych korzystanie z prywatnej opieki praktycznie nie występowało, co może sugerować, że wówczas po prostu powinności i czynności opiekuńcze rozłożone były na więcej osób i nie wymagało to korzystania z usług zewnętrznych w tym zakresie. Aczkolwiek same te wyniki nie informują, na ile rozkład był równomierny w ramach gospodarstwa czy pomiędzy członkami rodziny.

W odpowiedzi na pytanie o różne kategorie form wsparcia, z jakich korzystali seniorzy, prawie 1/5 badanych wskazała, że była to pomoc rodziny (wykonywanie czynności domowych, zakupów, opieka, pielęgnacja), ale mówimy o istotnej mniejszości spośród wszystkich badanych. Inne niż rodzinne formy wsparcia okazały się występować jeszcze rzadziej (nawet kilkakrotnie). Przykładowo 3,7% wszystkich badanych korzystało z usług świadczonych przez ośrodek z pomocy społecznej, 3,6% – z pomocy rzeczowej z ośrodka pomocy społecznej, a 4,9% – z pomocy finansowej. Jedynie 3% korzystało z pomocy rzeczowej od organizacji pozarządowej. Dalece mniej częste niż pomoc ze strony rodziny były też usługi pielęgniarские (4,3%) i usługi opiekuńcze prywatnej (4,5%).

3. Rola wsparcia finansowego rodziny w opłacaniu pomocy czy opieki

Rola sieci rodzinnych nie musi się sprowadzać tylko do bezpośredniej pomocy w określonych czynnościach, ale wiąże się z wieloaspektowymi relacjami i rolami społecznymi osób zaangażowanych w opiekę. Po pierwsze, może ona obejmować czasowe czy emocjonalne zaangażowanie (w ramach troski, obecności i pozostawania w stałej gotowości do pomocy)¹¹, co wykracza poza bardzo konkretne czynności opiekuńcze czy pomocowe wymienione wyżej. Po drugie, pomoc może też przybierać postać pomocy finansowej w pokrywaniu kosztów zewnętrznych usług opiekuńczych i wspierających, czy to w warunkach domowych, dziennych, czy świadczonych w ramach placówek całodobowych. Bliscy nierzadko i wówczas angażują się w koordynowanie, organizowanie tejże opieki, a także w mniejszym lub większym stopniu opłacanie jej przy udziale własnych środków. W badaniu *Świat na miarę seniora* zapytano o rozkład obciążeń między samą osobą korzystającą z takiej zewnętrznej opieki a jej rodziną, co pokazuje tabela 2.

Tabela 2. Odpowiedź osób korzystających z prywatnych opiekunek na pytanie, kto finansuje otrzymywane usługi – w podziale na płeć i grupy wiekowe

Kto finansuje otrzymywane usługi	Ogółem	Płeć		Grupa wiekowa					
		Kobiety	Mężczyźni	60–64	65–69	70–74	75–79	80–84	85+
Ja sam/sama	82,2%	77,8%	100%	42,9%	87,5%	90%	80%	100%	100%
Rodzina	17,8%	22,2%	0%	57,1%	12,5%	10%	20%	0%	0%

Źródło: Badanie *Świat na miarę seniora 2025*, opracowanie własne.

Wyniki pokazują, że wśród badanych znacznie częściej – w ponad 4/5 przypadków – prywatna opieka była finansowana przez same osoby,

¹¹ Por. C. Thomas, *De-constructing Concepts of Care*, „Sociology” 1993, nr 27, s. 649–669.

które ją otrzymują, rodzina opłaca zaś w 17,8%. Co interesujące, na udział rodziny w opłacaniu kosztów znacznie częściej wskazywały kobiety niż mężczyźni. Być może jednym z czynników tłumaczących te różnice są znacznie niższe przeciętne świadczenia emerytalne w przypadku kobiet i mężczyzn. W przypadku kobiet znacznie częściej może zatem wystąpić sytuacja, w której – w obliczu utraty samodzielności – środki, jakimi dysponuje, nie pozwalają na pokrycie kosztów usług prywatnej opieki.

Analizując wyniki, należy też zastrzec, że nie oddają sytuacji, w których występuje wariant mieszany – sumaryczny koszt opieki jest pokrywany częściowo z zasobów samej osoby korzystających z usługi, a częściowo uzupełniany ze strony rodziny. Ponadto, warto byłoby też badać, jak kształtuje się ten rozkład obciążeń finansowych w sytuacji korzystania z usług nie tylko prywatnych opiekunek, ale też opiekunek przydzielanych w ramach usług opiekuńczych lub specjalnych usług opiekuńczych z pomocy społecznej. W świetle prawa, ale też zbadanej praktyki, nierzadko korzystanie z tychże usług nie jest bezpłatne, a koszt pokrywany jest częściowo ze środków własnych odbiorców (lub uzupełniając ze strony innych osób). Również interesujące – także w kontekście oszacowania stopnia zaangażowania rodziny – byłoby badanie, jak rozkładane są finansowe obciążenia w przypadku korzystania nie tylko z prywatnej opieki, ale też całodobowej opieki stacjonarnej. Przy czym tu należałoby zastosować rozróżnienie na publiczne placówki działające w formie domów pomocy społecznej oraz placówki prywatne działające w ramach działalności statutowej lub gospodarczej. Ten aspekt – realnego i potencjalnego zaangażowania rodziny – bywa nieraz pomijany, choć koszty ponoszone przez nią również mogą okazać się znaczące.

4. Przekonania na temat roli rodziny w obliczu utraty samodzielności i potrzeby opieki

Jeśli chodzi o generalne przekonania, gdzie i z czyjej strony opieka w starszym wieku powinna być świadczona (tab. 3), najczęściej zgadzano się ze stwierdzeniem, że należy to do obowiązków dzieci – 82,4%

(wskazywano to częściej niż zobowiązanie całej rodziny – 70,4%). Aczkolwiek również często – w przypadku ponad $\frac{3}{4}$ badanych – zgadzano się ze stwierdzeniem, że „opieka nad osobami starszymi jest obowiązkiem całego społeczeństwa i powinna być sprawowana za pośrednictwem instytucji społecznych”. Co ciekawe, relatywnie licznie – w przypadku 65,1% badanych – zgodzono się z poglądem, że „domy pomocy społecznej są dobrym rozwiązaniem dla osób starszych”, choć 83,7% poparło też pogląd, że „Osoby starsze powinny mieszkać w domach pomocy społecznej tylko w sytuacji, gdy nikt z rodziny nie może się o nie zatroszczyć”.

Tabela 3. Stopień zgodności badanych z opiniami na temat tego, jaki sposób opieki nad osobami starszymi jest najodpowiedniejszy – ogółem

Stwierdzenie	Zgadzam się	Nie mam zdania	Nie zgadzam się
Opieka nad osobami starszymi jest obowiązkiem całego społeczeństwa i powinna być sprawowana za pośrednictwem instytucji społecznych	77,4%	12,5%	10%
Opieka nad rodzicami w starszym wieku należy do obowiązków dzieci	82,5%	7,6%	9,9%
Opieka nad osobami starszymi jest obowiązkiem całej rodziny	70,4%	12,8%	16,9%
Osoby starsze powinny mieszkać w domach pomocy społecznej tylko w sytuacji, gdy nikt z rodziny nie może się o nie zatroszczyć	83,7%	6%	10,3%
Domy pomocy społecznej są dobrym rozwiązaniem dla osób starszych	65,1%	17,9%	17%

Źródło: Badanie *Świat na miarę seniora 2025*, n=3000, opracowanie własne.

Zawarta w tabeli struktura odpowiedzi nie daje zatem bardzo jednoznacznych wniosków. Z jednej strony pokazuje silne przywiązanie do powinności rodziny, w szczególności dzieci, w tym względzie, ale jednocześnie widzi się także obowiązki wspólnoty. Można też zastanawiać się, jak poszczególni badani rozumieli sformułowanie,

że „opieka powinna być sprawowana za pośrednictwem instytucji społecznych”.

Możliwe, że uprawniony byłby wniosek mówiący o silnym przekonaniu seniorów co do tego, że odpowiedzialność spoczywa na rodzinie, ale nie tylko na niej. Także na szerszej wspólnotie leży – w opinii znacznej grupy badanych – przynajmniej część odpowiedzialności, a nie tylko na najbliższych. Również niejednoznaczny – a zarazem nieco zaskakujący – obraz z tychże deklaracji wyłania się na temat stosunku do domów pomocy społecznej. Z jednej strony widziane są one jako ostateczność, instytucje, które powinny być stosowane, gdy rodzina nie jest w stanie zapewnić opieki, ale z drugiej strony dość szeroki jest zakres akceptacji tego rozwiązania jako formy zaspokajania potrzeb opiekuńczych starszych ludzi.

Patrząc na całość wyników zawartych w tabeli 4, można dostrzec orientację na członków rodziny, ale z dopuszczeniem też innych podmiotów i odpowiedzialności szerszej wspólnoty niż tylko rodzinna.

Bardziej jednoznacznie „familiarystyczny” obraz oczekiwań i przekonań badanej grupy wyłania się natomiast z analizy wyników odpowiedzi na pytanie o rodzaj pomocy, jakiej potrzebują lub jakiej mogliby potrzebować. Respondenci wskazywali jedną spośród wskazanych w tabeli 4 odpowiedzi.

Tabela 4. Rodzaj pomocy, jakiej potrzebują badani lub spodziewają się, że będą jej kiedyś potrzebowali – w podziale na płeć

Rodzaj pomocy	Ogółem	Kobiety	Mężczyźni
Mieszkać we własnym mieszkaniu/ domu, korzystając z pomocy osób bliskich: rodziny, przyjaciół, sąsiadów	67,1%	64,2%	72,5%
Dzielić mieszkanie z dziećmi, wnukami lub dalszą rodziną	4,6%	4,1%	5,2%
Mieszkać we własnym mieszkaniu, mając prywatnie opłaconą stałą pomoc osób zajmujących się opieką nad ludźmi starymi, np. pielęgniarce, opiekunki	10,8%	11,9%	8,8%

Rodzaj pomocy	Ogółem	Kobiety	Mężczyźni
Mieszkać we własnym mieszkaniu/domu, mając zapewnioną bezpłatną stałą pomoc, np. pomocy społecznej lub organizacji społecznych, np. PCK, Caritas	6,5%	7,6%	4,4%
Zamieszkać w prywatnym domu pomocy społecznej	5%	5,5%	4,1%
Zamieszkać w państwowym (samorządowym) domu pomocy społecznej	2%	2,2%	1,7%
Zamieszkać wspólnie z innymi starszymi ludźmi	2,3%	2,8%	1,4%
Wynająć komuś obcemu pokój lub część mieszkania w zamian za opiekę	1,7%	1,7%	1,8%

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

Seniorzy najczęściej w obliczu potrzeby opieki – aktualnej lub spodziewanej – wskazywali, że optymalny model to mieszkanie we własnym domu lub mieszkaniu i korzystanie z pomocy osób bliskich: rodziny, przyjaciół sąsiadów (67,1% wskazań). Dodatkowo 4,6% wskazało dzielenie mieszkania z dziećmi wnukami lub dalszą rodziną. Wszystkie inne warianty, w których pomoc była udzielana spoza kręgu rodzinno-nieformalnego, wskazywano jako dalece mniej pożądane. Dobitnie potwierdza to silnie rodzinno-nieformalny rys deklarowanego zapotrzebowania na opiekę wśród badanych osób starszych. Rys ten praktycznie był wyraźny we wszystkich subkategoriach wiekowych, a także uwidocznił się w przypadku zarówno kobiet, jak i mężczyzn (choć u tych ostatnich jeszcze bardziej wyraźnie). Istotne w tym rozkładzie odpowiedzi wydaje się nie tylko przywiązanie do otrzymania pomocy ze strony bliskich, ale też to by móc pozostać u siebie, w swoim własnym mieszkaniu.

Perspektywa opuszczenia dotychczasowego lokum jako źródło obaw i stresu ujawniła się też w jakościowej części badania. Niechęć do konieczności zmiany miejsca zamieszkania ilustrują niektóre cytaty z przeprowadzonych wywiadów:

*Dlaczego mam przeprowadzać dywagację, czy coś się stanie?
Dlaczego ma się coś stać? Jak się stanie, to będę myślał, na razie*

nie myślę na ten temat. (...) Jeśli już jest pani taka dociekliwa, to chciałbym mieszkać we własnym mieszkaniu. I najwyżej skorzystać z ewentualnej pomocy bliskich (lp19_4_68_m_miasto). Wie pan, ciężko się rozmawia o tym. No robimy z mężem wszystko, żeby nie musieć korzystać z takich ewentualności. Na razie mieszkamy w domu na parterze, to jest nasza część i jeśli ja i mąż będziemy sprawni, no to tutaj myślę, że nawet i do osiemdziesiątki damy rady mieszkać (lp28_6_60_k_wieś).

Wypowiedzi te zdają się potwierdzać porzekadło, że „nie przesadza się starych drzew”. Mieszkanie w dotychczasowym miejscu niesie zarazem pewne problemy, np.: związane z występowaniem trudności i barier architektonicznych, trudności z prowadzeniem i zaopatrzeniem gospodarstwa domowego czy mobilnością. W związku z powyższymi trudnościami wiele osób staje w obliczu potrzeby jakiejś formy wsparcia ze strony osób trzecich, pośród możliwych osób, od których to wsparcie mogłoby płynąć, istnieje często wola, by były to osoby bliskie.

Stosunek do przebywania w określonym kręgu osób ujawniał się też w wyrażanych obawach wobec znalezieniu się w placówkach instytucjonalnych (nie tylko domów pomocy społecznej):

Nie poszedłbym do żadnego hospicjum, mieszkać z ludźmi właśnie starszymi, osobami, powiedzmy zbliżonym moim wieku. Wolę gdzieś z córką czy inną osobą. Nie lubię w takim skupisku mieszkać właśnie ludzi, którzy będą narzekać. No po prostu źle by to na mnie wpływało (lp27_5_62_m_wieś).

W niektórych przypadkach z jednej strony pojawiło się więc oczekiwanie pomocy ze strony bliskich – zwłaszcza ze strony dorosłych dzieci, z drugiej – towarzyszyła temu niekiedy obawa przed byciem ciężarem, choćby w obliczu utraty zdolności kognitywnych. Jedna z respondentek wskazywała zaś, że jest to obawa na tyle silna, że „spędza jej to sen z powiek”:

Na pewno nie chciałabym trafić do jakiegoś domu opieki i głęboko wierzę w to, że nie oddano by mnie. Na pewno by ktoś z dzieci mnie przysparzył, jestem pewna. Natomiast nie chciałabym być też dla nich ciężarem i to też nieraz spędza sen z powiek właśnie, żeby czasem nie stracić kontaktu, też z rodziną, żeby być na umyśle, żeby nie mieć jakiegś demencji, żeby jak najdłużej przebywać z najbliższymi (lp52_8_68_k_miasto).

Mimo że zasadniczo opcja rodzinna jest preferowana, w części wypowiedzi ujawniła się świadomość, że może ona nie być dostępna, a wówczas także opieka instytucjonalna (stacjonarna) jawi się jako w miarę adekwatne rozwiązanie:

Teoretyczne i praktyczne to mogło być wszystko razem. Powiem Pani, czasami się nad tym zastanawiam. Ponieważ mieszkam sama i mam daleko wnuczka. Nie wiem, czy chciałabym komuś być ciężarem. Czasami się nad tym zastanawiam, nie wiem czy nie wolałabym mimo grona przyjaciół i rodziny, czy nie wolałabym w jakimś ośrodku, pójść sobie tam, być taką samą jak wszyscy. (...) Na prywatny to pewnie nie byłoby mnie stać, mając jedną emeryturę. Raczej państwowy (lp5_10_81_k_miasto).

Można zatem powiedzieć, że istotną rolę w opiniach seniorów odgrywa zarówno pozostawanie w odpowiednich relacjach (również rodzinnych), jak i przywiązanie do miejsca zakorzenienia, chęć pozostawania u siebie. Pozostawanie we własnej przestrzeni bywa jednak źródłem trudności w obliczu utraty sprawności, co prowadzi do zapotrzebowania na pomoc ze strony osób trzecich. Obawy w obliczu przeniesienia do placówki wiążą się nie tylko z opuszczeniem swojej dotychczasowej przestrzeni życia, ale i obawami, czy w tej nowej (instytucjonalnej) zapewniony byłby należyty standard i respektowanie wartości ważnych dla danej osoby (np. autonomii i prywatności, co wyraża choćby potrzeba przebywania w osobnym pokoju):

Byśmy się dobrze zrozumieli. Chodzi o to tak zwane DPS-y, czyli te domy pomocy społecznej dla takiej, że tak powiem, no takiej najniższej kategorii. Tylko gdybym miał taką możliwość w sensie materialnym, no to chciałbym jeszcze w takim domu, no powiedzmy o jakimś takim, że tak powiem, wyższym standardzie. (...) Wszystko wie Pani, raczej chyba samodzielnie, w sensie, żeby mieć jakiś osobny pokój, żeby tam nikogo do pokoju nie dali, ale to różnie może być. Jakaś tam, wie pani, opieka lekarska i codzienna na jakimś takim poziomie. Myślę, że to by było w moim przypadku najlepsze rozwiązanie, co mogłoby mnie spotkać tutaj (lp85_14_65_m_miasto).

Wola pozostania w otoczeniu najbliższych nie opiera się jednak wyłącznie na obawie przed opieką instytucjonalną i jej realiami. Także pośród opcji związanych z pozostawianiem nadal w pozainstytucjonalnym otoczeniu zdecydowanie częściej badani seniorzy wybierali opiekę ze strony bliskich niż ze strony formalnie zatrudnionych prywatnie czy publicznie opiekunek. Badanie pokazało, że póki co nie są wśród seniorów popularne alternatywne formy zaopatrzenia, jak *cohousing* (wspólne mieszkanie w większej grupie seniorów) czy opieka ze strony zatrudnionej osoby, która zamieszkuje wspólnie z osobą starszą (*live-in care*). Te alternatywne formy opieki – choć w preferencjach seniorów obecne jedynie marginalnie – być może jednak będą zyskiwały na stopniowym znaczeniu w przyszłości wraz z kurczeniem sieci krewniaczych i zmniejszaniem potencjału opiekuńczego rodziny, a także – w przypadku formuły *live-in care* – zmiany skali imigracji do Polski. W niektórych zagranicznych systemach polityki społecznej formuła *live-in care* bywa obecna zwłaszcza w odniesieniu do wykonywania usług świadczonych przez cudzoziemców w sferze opieki¹². Być może interesującym obszarem dalszych dociekań empirycznych

¹² B. Salami, W. Duggleby, F. Rajani, *The Perspective of Employers/Families and Care Recipients of Migrant Live-in Caregivers: A Coping Review*, „Health & Social Care in the Community” 2017, nr 25(6), s. 1667–1678.

mógłby być właśnie stosunek do tej formy opieki wśród seniorów (ale i ich rodzinnych opiekunów), obawy i bariery, jakie można z tą formą organizacji i świadczenia opieki wiązać.

Zasadniczo, choć badanie pokazało preferencję opieki rodzinnej w porównaniu z pozarodziną (nieformalną i formalną) oraz tej świadczonej w domu w porównaniu z tą w instytucji, struktura motywacji i czynników, które się na to składają, jest bardzo złożona i zindywidualizowana.

5. Seniorzy jako udzielający wsparcia i opieki innym

Osoby w różnych fazach starości mogą też udzielać wsparcia innym osobom zarówno z kręgu bliższej i dalszej rodziny, jak i tym znajdującym się względem nich poza sieciami krewniaczymi. Częstotliwość i rodzaj wsparcia są zróżnicowane pod względem rodzaju relacji łączących je z osobami wspomaganymi (zob. tab. 5). Najwięcej osób pomaga sędziwym rodzicom, przy czym 27,5% deklaroowało, że robi to przynajmniej raz w tygodniu, a 4,2% – kilka razy w miesiącu. Często regularna pomoc udzielana była też wnukom/prawnukom (14,9% stwierdziło, że robi to raz w tygodniu lub częściej, a 6,8% – kilka razy w miesiącu) oraz dzieciom (13,2% raz w tygodniu lub częściej, 6,9% – kilka razy w miesiącu). Nieco rzadziej pomoc udzielana była rodzeństwu – 4,7% raz w tygodniu lub częściej, a 4,6% – kilka razy w miesiącu. Relatywnie często też pomocy udzielano innym krewnym (10% – raz w tygodniu lub częściej i 7,6% – kilka razy w miesiącu) oraz osobom spoza rodziny (12,4% – raz w tygodniu lub częściej, a 12,8% – kilka razy w miesiącu, a 15,2% kilka razy do roku). Można zatem powiedzieć, że wspieranie osób z dalszej rodziny, jak i spoza rodzinnego kręgu, nie jest u osób starszych rzadkie, chociaż przyjmuje mniej regularne formy – nie jako stała opieka, a bardziej okazjonalne wsparcie.

Interesujący jest też rozkład, jeśli chodzi o częstotliwość udzielanej pomocy innym pomiędzy kobietami i mężczyznami w starszym wieku. O ile generalnie udzielanie pomocy innym częściej deklarowały kobiety niż mężczyźni, w odniesieniu do opieki wobec współmałżonków/partnerów – częściej wskazywali na to mężczyźni.

Tabela 5. Osoby, którym badani świadczą nieodpłatnie wsparcie/opiekę – ogółem (dane w %)

Osoba/osoby	Raz w tygodniu lub częściej	Kilka razy w miesiącu	Kilka razy w roku	Raz w roku lub rzadziej	Nigdy	Nie dotyczy
Współmałżonek/ Partner	15,6	2,1	1,1	1,6	17,8	62
Dzieci	13,2	6,9	4,5	2,1	16,5	56,9
Wnuki/Prawnuki	14,9	6,8	4,6	1,7	13,8	58,3
Rodzeństwo	4,7	4,6	3,9	2,1	18,2	66,5
Rodzice	27,5	4,2	0,6	0,5	6	61,1
Inni krewni	10	7,6	8	2,9	17,9	53,6
Osoby spoza rodziny	12,4	12,8	15,2	5,6	14	40

Źródło: Badanie Świat na miarę seniora 2025, n=3000, opracowanie własne.

W świetle wyników badania regularna pomoc jest udzielana zwłaszcza rodzicom, ale także dzieciom i wnukom, a rzadziej rodzeństwu czy osobom z dalszej rodziny. W przypadku osób w zaawansowanej starości częściej niż w pierwszych fazach jesieni życia, pomoc, a w praktyce opieka, bywa udzielana współmałżonkom/partnerom, podczas gdy we wcześniejszych fazach starości częściej sędziwym rodzicom. Ten rozkład wydaje się zrozumiały. Wiele osób w początkowych fazach starości ma jeszcze żyjących sędziwych rodziców potrzebujących opieki, wobec czego wsparcie w tym zakresie jest kierowane do nich. W przypadku osób w późniejszym wieku rodzice zwykle już nie żyją, a żyją natomiast niekiedy jeszcze współmałżonkowie lub partnerzy, którym starsza osoba, nawet w podeszłym wieku, udziela wsparcia, pomocy, opieki. Ten typ doświadczeń warto podkreślić jako pole dalszych dociekań i analiz. Osoby w zaawansowanej starości nie tylko stają się odbiorcami opieki, ale mogą jej w jakiejś mierze udzielać, np. w ramach małżeństwa.

Zakres, jak i kierunki udzielanego wsparcia innym ze strony seniorów są uwarunkowane zarówno wielkością gospodarstwa domowego jak i poziomem wykształcenia. Osoby samotnie mieszkające częściej

niż osoby żyjące w wieloosobowych gospodarstwach domowych kierują pomoc do osób spoza rodziny.

Pewna część osób starszych pozostaje nadal aktywna zawodowo (zob. tab. 6). Dotyczy to zwłaszcza osób w pierwszych fazach starości. W przypadku $\frac{1}{4}$ deklarujących aktywność zawodową seniorów łączona jest ona z opieką nad niesamodzielną osobą starszą. Nieco częściej obowiązki te wykonują kobiety (27,2%) niż mężczyźni (23,3%), choć różnice nie są aż tak duże.

Tabela 6. Łączenie przez badanych obowiązków zawodowych ze sprawowaniem przez nich opieki nad niesamodzielną osobą starszą – w podziale na płeć i grupy wiekowe

Łączenie obowiązków zawodowych ze sprawowaniem opieki	Ogółem	Płeć		Grupa wiekowa					
		Kobiety	Mężczyźni	60–64	65–69	70–74	75–79	80–84	85+
Tak	25,5%	27,2%	23,3%	29,3	26,6	18,1%	14,3%	3,3%	20%

Źródło: Badanie *Świat na miarę seniora 2025*, n=3000, opracowanie własne.

Pokazuje to, że choć pewien stopień feminizacji opieki (także tej sprawowanej przez seniorów) występuje, role opiekuńcze podejmowane są także przez mężczyzn, w tym tych starszych. Ich doświadczenie również powinno być uwzględniane w analizach i badaniach tej problematyki. Tym, co nie powinno dziwić, jest fakt, że łączenie pracy z opieką było szczególnie częste w grupach: 60–64 lata (29,3%) i 65–69 lat (26,6%), zaś w kolejnych podgrupach wiekowych ten odsetek spadał: 18,1% w grupie 70–74 lata i 14,3% wśród osób w wieku 75–79 lat. Zaskakujące może wydawać się dość wysokie wartości wskaźnika odsetka łączących pracy z opieką wśród najstarszych, ale może to wynikać po prostu z niewielkiej liczebności tej grupy w całej próbie badanych. Zasadniczy obraz łączenia pracy z opieką w różnych stadiach starości wskazuje na znacznie częstsze doświadczenia w tym zakresie osób we wcześniejszych fazach niż późniejszych. Osoby młodsze częściej

pozostają jeszcze aktywne zawodowo – nawet po przekroczeniu wieku ustawowo uprawniającego do emerytur, a też częściej stają w obliczu konieczności udzielania wsparcia sędziwym rodzicom.

Wyniki badania dostarczają też informacji, jakie rozwiązania mogłyby pomóc w godzeniu pracy zawodowej z opiekunczą. Szczególnie wysoko oceniono takie udogodnienia jak: „ruchomy czas pracy” i „ulgi podatkowe dla pracowników”, „możliwość pracy zdalnej”, a także „dłuższy urlop z tytułu sprawowanej opieki”. Odpowiedzi te mogą stanowić swoistą podpowiedź dla polityki społecznej (jak również np. przedsiębiorstw zatrudniających starszych pracowników czy osoby w młodszym wieku opiekujące się seniorami).

Na marginesie można dodać, że z perspektywy polityki społecznej interesujące byłoby zapewne także szukanie odpowiedzi na pytanie, jakiego wsparcia świadczący pomoc innym lub opiekę seniorzy mogliby oczekiwać w związku ze swoim zaangażowaniem, ale nie tylko wówczas, gdy łączą je z pracą zarobkową. Jak pokazały wyniki badania, część osób jest zaangażowana w obowiązki opiekuńcze, a to może się wiązać także z różnymi trudami, ograniczeniami lub ekspozycją na różnego typu ryzyko, np. zdrowotne. W sytuacji, w której osobą opiekującą się jest osoba będąca sama w starszym, a niekiedy wręcz podeszłym wieku, ta struktura ryzyka, ograniczenia i potrzeby wsparcia w pełnieniu opiekuńczej roli wobec bliskich może potencjalnie mieć swoją specyfikę, odmienną np. w porównaniu z sytuacjami, w których opieki udziela osoba jeszcze w sile wieku. Aczkolwiek samo badanie – omówione pod kątem opiekuńczym – nie dostarcza w kwestii oczekiwanego wsparcia dla osób opiekujących się bezpośredniej wiedzy, a bardziej stanowi impuls do dalszego podjęcia ewentualnych kolejnych badaniach ukierunkowanych na sytuację seniorów jako świadczących opiekę i wsparcie innym osobom o ograniczonej samodzielności.

Podsumowanie

Analizowane wyniki potwierdziły – ujawniony także w innych, wcześniejszych i przywołanych badaniach – silnie rodzinno-nieformalny model opieki i pomocy wobec osób starszych, tracących samodzielność w poszczególnych sferach życia codziennego. Widać to w strukturze przekonań na temat optymalnego sposobu zapewniania opieki jak i – w jeszcze większym stopniu – w odniesieniu do własnych potrzeb i oczekiwań w tym zakresie. Zwłaszcza w części jakościowej badania ujawniły też świadomość niektórych starszych osób, że rodzinna opieka nie zawsze jest możliwa, a ponadto może nieść następstwa, które mogą być dla samych osób starszych źródłem niepokoju (choćby obawa przed stanowieniem obciążenia dla swoich bliskich).

Dominująca rola rodziny bywa widoczna zwłaszcza w odniesieniu do bezpośredniej pomocy, ale wskazywana jest – choć rzadziej – także w formie pomocy finansowej w opłacaniu usług zewnętrznych. Jeśli chodzi zaś o wsparcie ze strony nieformalnych podmiotów zewnętrznych, np. sąsiadów czy znajomych, pojawia się ono istotnie rzadziej i ma raczej charakter uzupełniający. Aspektem, który wybrzmiał w badaniu, jest przywiązanie nie tylko do otoczenia rodzinnego, ale i własnego miejsca zakorzenienia jako ważny aspekt brany pod uwagę przy określeniu swoich preferencji w obliczu utraty niesamodzielności.

Przywiązanie do opieki rodzinnej nie oznaczało też pominięcia zobowiązań wspólnoty ani braku akceptacji dla opieki zewnętrznej, również tej świadczonej w warunkach instytucjonalnych (choć bywało to postrzegane jako wariant mniej preferowany czy wręcz ostateczny). Na poziomie realnie otrzymywanego wsparcia opieka zewnętrzna, świadczona poza relacjami rodzinnymi okazała się występować dalece rzadziej (zarówno jeśli chodzi o usługi formalne – domowe czy instytucjonalne, jak i nieformalne, np. ze strony sąsiadów i przyjaciół, znajomych). Można nawet na podstawie wyników badania uznać, że w praktyce dominuje nie tyle sektor nieformalny nad formalnym, ile sektor rodzinny nad pozarodzinnym (formalnym i nieformalnym).

Osoby starsze w ramach nieformalnych i rodzinnych sieci wsparcia opiekuńczego mogą funkcjonować zarówno w roli osób je udzielających, jak i tych, które takie wsparcie otrzymują. Należy jednak podkreślić, że większości badanych seniorów nie dotyczy potrzeba wsparcia ani też nie pełnią ról wobec innych. Gdy jednak mówimy o opiece rodzinnej, należy też zwrócić uwagę – co również pokazało badanie – na zróżnicowanie pod tym względem typów więzi i kierunków udzielanej opieki pomiędzy różnymi członkami rodziny.

Wśród osób starszych, które jeszcze pracują, część wskazuje, że łączy pracę z opieką nad innymi. Wsparcie, jakie mogłoby im w tym pomóc, to choćby ruchomy czas czy dodatkowe urlopy lub ulgi w systemie podatkowo-składkowym.

Badanie pokazało też zróżnicowanie doświadczeń opiekuńczych osób starszych w zależności od takich zmiennych jak: poziom wykształcenia, płeć, faza starości czy wielkość gospodarstwa. Uwzględnienie tych wymiarów w badaniu, a następnie analizowaniu wyników pozwala wysnuć wniosek o bardzo niejednorodnym obrazie opieki oczekiwanej, otrzymywanej i udzielanej przez starsze osoby w zależności od różnych aspektów sytuacji osoby starszej. To zróżnicowanie odnosi się także do kwestii zaangażowania i znaczenia rodziny w tej sferze opiekuńczej.

Bibliografia

- Abramowska-Kmon A., Szweda-Lewandowska Z., *Model opieki nad osobami starszymi i luka opiekuńcza*, w: *W stronę sprawiedliwej troski. Opieka nad osobami starszymi w Polsce*, red. I. Wóycicka, Warszawa 2022.
- Bakalarczyk R., *Sytuacja zdrowotna rodzin z osobą starszą pod opieką w czasie pandemii Covid-19 – w świetle badań własnych i wybranych zagranicznych*, „Polityka Społeczna” 2024, nr 600(4), <https://doi.org/10.5604/01.3001.0054.6367> (dostęp: 6.11.2024).
- Bakalarczyk R., *Usługi społeczne wobec opiekunów rodzinnych i nieformalnych – możliwe funkcje i obecność w polskim systemie wsparcia*, w: *Wybrane zagadnienia współczesnej polityki społecznej – między nauką a praktyką*, red. E. Bojanowska, G. Uścińska, Warszawa 2024.

- Bakalarczyk R., *Pozycja opiekunów nieformalnych i rodzin w systemach opieki długoterminowej w Unii Europejskiej*, „Ubezpieczenia Społeczne. Teoria i praktyka” 2018, nr 3(138).
- Błędowski P., *Potrzeby opiekuńcze*, w: P. Błędowski, T. Grodzicki, M. Mossakowska, T. Zdrojewski, *Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem*. PolSenior 2, Gdańsk 2021.
- Emais, *Ośrodki opieki długoterminowej w świadomości Polaków – Opinie i wyzwania. Raport*, Warszawa 2024, https://emeis.pl/wp-content/uploads/2024/05/Raport_badanie2024_emeisPolska.pdf (dostęp: 6.11.2025).
- Młyński, J, Stankiewicz, K., *Nieformalna opieka nad osobami starszymi wobec zmiany pokoleniowej. Wyzwania dla zarządzania w usługach rodziny i polityki społecznej*, „Polityka i Społeczeństwo” 2024, nr 4(22).
- Raław M., *Opiekunowie rodzinni jako pracodawcy migrantek – „nowi tradycjonaliści” z klasy średniej*, w: *Niewidzialna siła robocza, Migranci w usługach opiekuńczych nad osobami starszymi*, red. P. Sobiesiak-Pęszko, Warszawa 2015.
- Pfau-Effinger B., *Welfare State Policies and Development of Care Arrangements, „European Societies”* 2005, vol. 7(2).
- Salami B., Duggleby W., Rajani F., *The Perspective of Employers/Families and Care Recipients of Migrant Live-in Caregivers: A Scoping Review*, „Health & Social Care in the Community” 2017, nr 25(6).
- Sowa-Kofta A., *Znaczenie wsparcia rodziny i funkcjonowania w sieci społecznych dla jakości życia*, w: *Świat na miarę seniora 2024. Jakość życia – relacje – aktywności*, red. E. Bojanowska, R. Czekalski, Warszawa 2024.
- Thomas C., *De-constructing Concepts of Care*, „Sociology” 1993, nr 27.
- Wizner B i in., *Ocena stanu funkcjonalnego*, w: P. Błędowski, T. Grodzicki, M. Mossakowska, T. Zdrojewski, *Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem*. PolSenior 2, Gdańsk 2011.

Podsumowanie wyników badania *Świat na miarę seniora – sytuacja osób starszych w Polsce 2025*

Obraz sytuacji osób starszych w Polsce, który przedstawiliśmy Państwu w niniejszej publikacji, nie do końca jest zgodny z panującym o nich stereotypem i wizerunkiem przedstawianym w mediach. Wyniki badania pokazują bowiem generalnie wysoki poziom zadowolenia z życia oraz dobre funkcjonowanie w relacjach społecznych. Ponad 84% respondentów zadeklarowało, że jest zadowolone ze swojego życia („raczej tak” lub „zdecydowanie tak”), a odsetek ten jest bardzo podobny zarówno wśród kobiet (83,2%), jak i mężczyzn (86,3%). Równie optymistycznie prezentują się odpowiedzi dotyczące ogólnego nastawienia – 83,9% badanych uważa się za osoby radosne i pogodne, a blisko $\frac{3}{4}$ patrzy w przyszłość z optymizmem, choć dane wskazują także na stopniowe pogarszanie się subiektywnej oceny jakości życia i wzrost ryzyka samotności wraz z postępującym wiekiem, szczególnie po 80 roku życia.

Jacy są nasi badani? Największy odsetek badanych (52,2%) biorących udział w badaniu *Świat na miarę seniora 2025* zamieszkiwał w gospodarstwie dwuosobowym, co typowo oznacza współzamieszkiwanie z partnerem lub współmałżonkiem. Na drugim miejscu znalazły się gospodarstwa jednoosobowe, które stanowiły 30,6% ogółu. Udział takich gospodarstw systematycznie rósł w kolejnych grupach

wiekowych: od 23,2% w grupie 60–64 lata, do 53,3% wśród osób w wieku 85+. W gospodarstwach trzyosobowych mieszkało 9,7% respondentów, a udział większych gospodarstw był marginalny (łącznie poniżej 7%).

Zdecydowana większość respondentów (88,7%) prowadziła gospodarstwo domowe wspólnie z małżonkiem lub partnerem. Znaczący odsetek – 22,4% – deklarował współzamieszkiwanie z dziećmi, przy czym udział ten malał z wiekiem, aby w przypadku najstarszych respondentów, tj. w grupie 85+, ponownie wzrosnąć do poziomu 35,7%. Wzrost współzamieszkiwania z dziećmi i wnukami wśród osób 85+ wynika głównie z potrzeb zdrowotnych i opiekuńczych, zmniejszającej się samodzielności oraz sytuacji rodzinnej (np. wdowieństwa). Utrwalone kulturowo normy i ograniczony dostęp do usług wspierających niezależność osób starszych wzmacniają ten trend. Stosunkowo niewielu badanych mieszkało z wnukami (4,7% ogółem) lub z rodzicami bądź teściami (5,8%).

W całej próbie 17% badanych posiadało orzeczenie o niepełnosprawności. Odsetek ten wzrastał wraz z wiekiem: od 12,9% w grupie 60–64 lata, do 30% w grupie 85+.

Największy odsetek respondentów (20,1%) deklarował dochód na poziomie 4001–6000 zł (24,4%), drugą zaś co do wielkości grupą były osoby osiągające dochody w wysokości 2001–4000 zł. W sumie blisko połowa respondentów (44,5%) mieściła się w przedziale 2001–6000 zł. W strukturze źródeł utrzymania zdecydowanie dominuje emerytura, wskazana przez 87% wszystkich respondentów. Udział ten rośnie wyraźnie wraz z wiekiem: od 67,1% wśród osób w wieku 60–64 lata, do niemal pełnej powszechności wśród osób 80+ (98,7% w grupie 80–84 i 98,9% w grupie 85+). U kobiet ten odsetek (91,1%) był wyższy niż u mężczyzn (79,6%). Struktura ta koreluje z drugim co do częstości źródłem utrzymania, jakim są dochody z pracy – wskazało je 30,9% respondentów, przy czym częściej uzyskiwanie dochodów z pracy deklarowali mężczyźni niż kobiety (37,9% do 27%). Udział wskazań na dochody z pracy jest także wyraźnie zależny od wieku: w najmłodszej grupie (60–64 lata) pracuje niemal połowa (49,5%), wśród osób w wieku 70–74 już tylko 24,4%, a w grupie 85+ – zaledwie 3,3%.

Z wiekiem zmienia się postrzeganie starości od aktywności i samorealizacji ku doświadczeniom związanym z chorobą, samotnością oraz ograniczeniami funkcjonalnymi. Analiza przeprowadzonych badań pokazała, że **skojarzenia badanych dotyczących obecnego etapu życia** wiążą się z czasem spędzonym z rodziną, na co wskazało 38,3% respondentów. Drugą najczęściej wybieraną odpowiedzią była możliwość realizacji własnych pasji i zainteresowań (30,4%). Wraz z wiekiem coraz częściej wskazywane są negatywne skojarzenia, takie jak choroba (od 11,7% w najmłodszej grupie do 27,8% w najstarszej) oraz utrata samodzielności i samotność – aspekty te stają się coraz bardziej obecne w codziennym doświadczeniu osób starszych, zwłaszcza po 75 roku życia (samotność: 17,7% w wieku 75–79, 20,7% w grupie 80–84 lata i 21,1% u osób 85+). W podziale na płeć kobiety częściej niż mężczyźni wiążą starość z aktywnościami społecznymi (czas z rodziną, z przyjaciółmi, realizacja pasji), mężczyźni natomiast nieco częściej wskazują możliwość pracy zgodnej z zainteresowaniami. Analiza skojarzeń seniorów dotyczących obecnego etapu życia, w podziale na poziom wykształcenia i liczbę osób w gospodarstwie domowym, ujawnia silne zróżnicowania. Najczęściej pozytywne konotacje – takie jak możliwość realizacji własnych pasji czy praca zgodna z zainteresowaniami – występują u osób z wykształceniem wyższym (odpowiednio 58,4% i 61,6%) oraz w gospodarstwach liczących 2–3 osoby (67,9% i 64%). Seniorzy z wyższym wykształceniem znacznie częściej wskazują także brak konieczności pracy (57,5%), co potwierdza, że w tej grupie etap życia jest postrzegany jako czas aktywności i samorealizacji. Z kolei osoby z wykształceniem podstawowym i zawodowym zdecydowanie rzadziej łączą starość z aktywnością – w tych grupach częściej pojawia się skojarzenie z chorobą (łącznie ponad 20%), złą sytuacją materialną (do 19,4%) czy utratą samodzielności (14,4%).

Główne **potrzeby**, na które wskazywali seniorzy, związane są: z byciem aktywnym (32,2%), ze stabilną sytuacją materialną (31,1%), z odpowiednią opieką lekarską (30,6%), byciem potrzebnym (21,2%) oraz potrzebą szacunku (17,1%). Ogólnie rzecz biorąc, dla większości seniorów najważniejsze są potrzeby związane z aktywnością,

bezpieczeństwem finansowym i zdrowotnym oraz byciem potrzebnym w relacjach rodzinnych i społecznych. Wraz z wiekiem rośnie zapotrzebowanie na opiekę lekarską, wsparcie emocjonalne i usługi opiekuńcze, a także znaczenie szacunku i akceptacji w codziennym funkcjonowaniu.

Seniorów pytaliśmy również o to, jakiego rodzaju **działania wspierające** w największym stopniu poprawiłyby ich jakość życia. Najwięcej wskazań dotyczyło możliwości udziału w zajęciach i spotkaniach społecznych (23,1% ogółem). Na drugim miejscu plasuje się potrzeba możliwości pomagania innym osobom w najbliższym otoczeniu (20,8%). Znaczącą rolę odgrywają oczekiwania dotyczące poprawy sytuacji materialnej, tj. pomocy finansowej (14,1%), jak i dostępu do informacji o zdrowiu i profilaktyce (14,3%). Oczekiwania i potrzeby osób starszych są, jak widać, bardzo zróżnicowane – od potrzeby uczestnictwa w życiu społecznym i aktywności, przez wsparcie finansowe, po działania związane z profilaktyką zdrowotną i opieką. Z wiekiem rośnie zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze i pielęgniarские oraz maleje zainteresowanie uczestnictwem w życiu społecznym, a także wzrasta odsetek osób, które nie deklarują dodatkowych oczekiwań wobec wsparcia.

Ważnym aspektem oceny dobrostanu seniorów jest zidentyfikowanie **głównych problemów**, z którymi borykają się osoby starsze. Badani najczęściej stwierdzali, że nie mają żadnych znaczących problemów. Tego rodzaju odpowiedzi udzieliło 41,1% ogółu badanych. Najczęściej wskazywanym problemem są natomiast trudności w dostępie do usług medycznych (37,8%). Drugą znaczącą kwestią pozostaje niska wrażliwość społeczna wobec osób starszych (24,8%), którą odczuwa niemal co czwarty respondent, zwłaszcza kobiety oraz osoby w wieku 65–79 lat. Na kolejnych miejscach znajdują się niewystarczające środki finansowe (17,4% ogółem), których skala maleje wraz z wiekiem – najczęściej doświadczają ich osoby w wieku przedemerytalnym i we wczesnej starości. Co szósty badany zwraca uwagę na zły stan własnego zdrowia (16,5%) lub zdrowia bliskich (16,8%) – problem ten narasta wyraźnie wraz z wiekiem i w najstarszych grupach (80+) staje się dominującym

wyzwaniem. Stosunkowo rzadziej pojawiają się problemy związane z niedostosowaniem mieszkania, barierami architektonicznymi w otoczeniu czy wykluczeniem transportowym, choć ich waga rośnie wśród osób w starszym wieku.

Obiektywne, jak i subiektywne postrzeganie **stanu zdrowia** osób starszych w Polsce, pokazuje różnicowanie tej grupy. Niemal co trzeci senior nie chorował poważnie w ostatnim roku, lecz po 85 roku życia udział tych osób spada poniżej 20%. Najczęściej występującymi chorobami przewlekłymi były: choroby kości i stawów (25,6%), układu krążenia (24,6%) oraz cukrzyca (14,2%). Ocena stanu zdrowia wyraźnie pogarsza się wraz z wiekiem: bardzo dobry lub dobry stan zdrowia deklaruje 58,5% osób w wieku 60–64 lata, ale tylko ok. 30% w grupie 85+. Stan zdrowia istotnie wpływa na możliwości funkcjonowania społecznego. Już co czwarty senior deklaruje, że jego zdrowie ogranicza udział w życiu społecznym i aktywności poza domem, a po 85 roku życia odsetek ten sięga 43%. Mimo to większość osób starszych do 75 roku życia zachowuje wysoki poziom **samodzielności** w codziennych czynnościach. Wśród osób powyżej 80 lat wyraźnie narasta liczba tych, którzy wymagają pomocy lub nie są w stanie samodzielnie wykonywać podstawowych oraz bardziej wymagających czynności, jak dłuższe spacer, zakupy czy prace domowe. Samodzielności sprzyja też dobra sytuacja materialna badanych, 86,7% może pozwolić sobie na zaspokojenie potrzeb podstawowych a 36,3% ponadto gromadzi oszczędności. Zdecydowana większość badanych nie korzysta z żadnych usług i pomocy świadczonych przez instytucje powołane do pomocy socjalnej, dla ok. 80% seniorów w każdym wieku podstawą są zgromadzone własne środki. Tylko niewielki odsetek (3,1%) regularnie korzysta z pomocy innych, z usług pielęgniarskich ok. 8%, a z pomocy finansowej ze środków publicznych ok. 11%. Badanie potwierdziło obecność rodzinnego modelu opieki wobec osób starszych tracących samodzielność, choć oczekiwania i możliwości otrzymania opieki ze strony najbliższych oraz rodzaj i zakres korzystania z tego wsparcia bywają – na przykładzie badanej grupy – różnicowane. Ponadto:

- Perspektywa utraty samodzielności wiąże się z napięciem i lękiem, zwłaszcza w kontekście konieczności zmiany ewentualnego miejsca i warunków zamieszkania.
- W badanej grupie seniorów dominuje oczekiwanie – w obliczu utraty samodzielności – wsparcia przede wszystkim ze strony osób z kręgu najbliższej rodziny, zwłaszcza dzieci, choć relatywnie często wskazywano też odpowiedzialność społeczeństwa w tym względzie. Odnotowano też rosnące wraz z wiekiem oraz zamieszkiwaniem samodzielnie przyzwolenie dla zewnętrznych, w tym instytucjonalnych, form opieki.
- Seniorzy wskazują, że częściej mogą liczyć na wsparcie ze strony rodziny niż instytucji zewnętrznych. Okazjonalnie też korzystają ze wsparcia sąsiedzkiego, przy czym ma ono często charakter bardziej wymienny niż bezwarunkowy. Zapotrzebowanie na pozarodzinne wsparcie zewnętrzne rośnie wraz z wiekiem i wzrostem ryzyka zapotrzebowania na bardziej kompleksową, długoterminową opiekę.
- Potrzeba wsparcia w czynnościach życia codziennego jak również sposób jej zaspokajania są w grupie badanych zróżnicowane w zależności od rodzaju gospodarstwa domowego, poziomu wykształcenia czy miejsca zamieszkania. Na otrzymywane wsparcie rodzinne częściej wskazują osoby w wieloosobowych gospodarstwach domowych niż jednoosobowych. Wśród badanych seniorów, osoby z wyższym wykształceniem częściej czują, że mogą liczyć na bliskich, a zarazem rzadziej odczuwają, że są ciężarem dla innych.
- Osoby starsze mogą też udzielać wsparcia opiekuńczego innym, a wówczas niekiedy stawać w obliczu wyzwania jakim jest łączenie tej roli z pracą zawodową. Udzielanie wsparcia opiekuńczego w rodzinie niekiedy wiąże się także z zapotrzebowaniem na pomoc zewnętrzną, w tym publiczną, choćby w kontekście łączenia pracy z opieką.
- Wsparcie ze strony rodziny w obliczu potrzeb opiekuńczych nie musi oznaczać bezpośredniej opieki, ale może też przejawiać się

poprzez pomoc finansową. W zależności od struktury gospodarstwa domowego i wykształcenia zmienia się też struktura obciążeń finansowych z tytułu opieki pomiędzy samą osobą starszą i rodziną.

- Większość badanych, jeśli korzysta z płatnej opieki, opłaca ją samodzielnie, a mniejsza część korzysta w tym względzie z pomocy finansowej rodziny.

Problemy zdrowotne w najstarszych grupach wiekowych objawiają się także poprzez: częstszą utratę masy ciała, pogorszenie apetytu, zaburzenia snu oraz wzrost odczuwanej męczliwości, co zwiększa to ryzyko dalszego ograniczenia funkcjonalnego. Zaburzenia te mogą wskazywać, iż mniej więcej 10% seniorów może mieć klasyczne **objawy depresji**. Również ok. 10% respondentów doświadcza **osamotnienia**, które znacząco obniża jakość życia. Ok. $\frac{2}{3}$ respondentów charakteryzuje się optymizmem, zadowoleniem z życia, doświadcza pogody ducha. $\frac{4}{5}$ seniorów twierdzi, że ma wokół siebie osoby z rodziny lub znajomych, które je wspierają, uczestniczą w dzieleniu smutków i radości. Oznacza to, że większość badanych zapewne wcześniej budowała relacje i więzy, które podtrzymuje w okresie senioralnym. Stanowią one dla nich fundamentalne wsparcie i dają poczucie bezpieczeństwa. Podobny odsetek osób jest zadowolony z warunków i miejsca zamieszkania, co wskazuje na silne zakorzenienie. Deklarują też zadowolenie z relacji interpersonalnych – to oznacza, że w tej przestrzeni funkcjonują nie tylko jako biorcy, ale i dawcy wsparcia. Cenią sobie możliwość bycia aktywnym i potrzebnym. Dostrzegają, że do optymalnego funkcjonowania muszą mieć zaspokojone potrzeby zdrowotne i materialne, ale też potrzebują wejść w rolę dawcy i człowieka budującego i podtrzymującego bezinteresowne relacje z innymi ludźmi.

Zdecydowana większość badanych ma dzieci (93,1%) i wnuki (78,9%), 17% respondentów doczekało się zaś także prawnucząt. Najczęstsze **międzypokoleniowe relacje** rodzinne badani utrzymują z dziećmi i wnukami. Co czwarty (25,5%) respondent jest obciążony opieką nad starszymi niesamodzielnymi członkami rodziny, zwykle

rodzicami. Nieco częściej sprawują ją kobiety niż mężczyźni. Relacje z wnukami cechują duża bliskość i silne pozytywne emocje. Wydaje się, że mają one kluczowe znaczenie dla dobrostanu seniorów. Jedynie 1,8% badanych nie utrzymuje żadnych kontaktów z córkami i synami, a nieco więcej, 3,1%, z wnuczętami. Spory międzypokoleniowe dotyczą m.in. kwestii związanych z finansami, **światopoglądem oraz wyznawanymi wartościami** (np. metod wychowywania wnuków, poglądów politycznych). W Polsce opieka nad seniorami ma w dużej mierze charakter rodzinny. Wśród respondentów dominuje opinia, że wspieranie starszych osób jest obowiązkiem ich dzieci (82,5%). Nie chcą jednak stanowić dla synów i córek zbyt dużego obciążenia, dlatego sporadycznie (4,6%) wśród najbardziej pożądanых rozwiązań na starość wymieniają możliwość wspólnego zamieszkania z dziećmi.

Analizując **sytuację materialną** seniorów, należy zauważyć, że najlepiej radzą sobie seniorzy zamieszkujący w mieście, w gospodarstwach dwuosobowych i posiadający wykształcenie wyższe. Najbardziej zagrożone ubóstwem są natomiast osoby samotne z wykształceniem podstawowym. Sytuacja finansowa większości seniorów (64,9%) pozostaje stabilna, ale prawie co czwarty (23,1%) odczuwa jednak jej pogorszenie. Na poprawę sytuacji finansowej wpływają transfery publiczne (45,2%), zwłaszcza dodatkowe świadczenia emerytalne, a na pogorszenie ich sytuacji ogólny wzrost kosztów życia (48,3%). Najbardziej dotkliwe koszty dotyczą utrzymania mieszkania, ogrzewania i energii (62,3%). Z wiekiem zmienia się struktura wydatków osób starszych – rośnie udział środków przeznaczanych na zdrowie i oszczędności, a spada – na podróże, kulturę i poprawę jakości życia. Zdecydowana większość seniorów (79,4%) nie posiada żadnych zobowiązań kredytowych czy pożyczkowych.

Z badania wynika, że Polacy znacznie częściej przechodzą na emeryturę w ustawowym wieku niż kontynuują **aktywność zawodową**. Według analizowanych wyników badań aktywność zawodowa seniorów jest możliwa przede wszystkim przy powszechnej dostępności elastycznych form pracy. Podkreślają to zarówno osoby, które przeszły na emeryturę, jak i te, które kontynuują pracę pomimo osiągnięcia

wieku emerytalnego. Dla kontynuujących zatrudnienie praca ma przede wszystkim wartość edukacyjną i jest związana z ich ambicjami. Wyższy wskaźnik aktywności obserwuje się w miastach niż na wsi – mieszkańcy wsi częściej wskazują na inne formy aktywności związane z prowadzeniem gospodarstwa. Seniorzy nieaktywni zawodowo, którzy przeszli na emeryturę, podają jako powody rezygnacji z pracy: wypalenie zawodowe, negatywne postrzeganie ze względu na wiek współpracowników, chęć odpoczynku, a także problemy zdrowotne. Są to informacje niepokojące, zwłaszcza dotyczące przejawów dyskryminacji ze względu na wiek.

Polacy znacznie częściej przechodzą na emeryturę w ustawowym wieku niż kontynuują aktywność zawodową. Należy zatem intensywniej edukować i informować obywateli o czynnikach wpływających na wysokość emerytury, czyli długości okresu zatrudnienia, wysokości zarobków i stopie zastąpienia emeryturą ostatniego wynagrodzenia. Informacje te powinny być przekazywane w sposób przystępny, systematyczny i wiele lat przed ustawowym wiekiem emerytalnym. Być może pomogłoby to także ograniczyć problem niskich świadczeń, w tym mikroemerytur. Ważnym elementem jest także edukacja pracodawców, aby potrafili korzystać z wiedzy, kompetencji i doświadczeń pracowników w ustawowym wieku emerytalnym, jak i mniejszej absencji chorobowej tych osób. Wyniki badań wskazują, że obszar ten wymaga systemowych rozwiązań, również ze względów demograficznych – starzenie się społeczeństwa i zmniejszanie zasobów pracy w młodszych rocznikach. Niezbędne jest dalsze rozwijanie instrumentów umożliwiających kontynuację aktywności po osiągnięciu ustawowego wieku emerytalnego. Kluczowa jest szeroko rozumiana elastyczność pracy – zarówno w zakresie form zatrudnienia, czasu pracy, jak i dostosowania obowiązków do możliwości seniorów oraz potrzeb pracodawców.

Jednocześnie badania pokazały istotny **problem łączenia ról zawodowych i opiekuńczych** w odniesieniu do seniorów (osób 61+), choć nie zważono, w tej grupie, w istotnej skali, zjawiska odcho-
dzenia z pracy zawodowej wobec konieczności sprawowania opieki,

bez zabezpieczenia sobie wcześniej stałego dochodu (emerytury lub renty). Aż $\frac{1}{4}$ respondentów opiekę łączący z jakiegoś rodzaju pracą zawodową i jest to grupa równie silnie zróżnicowana. Wśród osób niepracujących, ale opiekujących się, $\frac{1}{3}$ respondentów wyraziła chęć podjęcia zatrudnienia. Wymagałoby to jednak spełnienia szeregu warunków, zróżnicowanych wśród różnych grup opiekunów. Oczekiwanie te w odniesieniu do zatrudnienia, to: elastyczne formy pracy a w szczególności ruchomy czas pracy, możliwość pracy zdalnej, dłuższe urlopy opiekuńcze, ulgi podatkowo-składkowe dla opiekunów lub/i ich pracodawców, ochrona przed zwolnieniami czy zmiana stanowiska na mniej obciążające. Ponadto wskazywano oczekiwania są związane z pomocą w opiece, takie jak: usługi opiekuńcze i pomoc pielęgniarstwa środowiskowej (te były wiodące), ale i pożądane byłyby domy dziennego pobytu czy opieka wytchnieniowa. W związku z tym można stwierdzić, że pomoc pracującym lub chętnym do pracy seniorom-opiekunom powinien świadczyć sektor publiczny zarówno ze szczebla centralnego (ulstwienia podatkowo-składkowe, zmiany w prawie pracy), jak i lokalnego (pomoc społeczna, pośrednictwo pracy). Włączać się powinny też inne instytucje, jak np. związki zawodowe oraz organizacje pozarządowe (NGO). Ważna też jest rola pracodawców, ale ich postępowanie zależy od sytuacji na rynku pracy, deficyt siły roboczej będzie bowiem wymuszał sięganie po marginalne zasoby pracy. Wynikająca z badań wieloaspektowość zagadnienia skłania do sformułowania sugestii koordynacji całego tego obszaru na szczeblu centralnym, np. w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

Z badań wynika, że kluczowymi determinantami **aktywności w kulturze** osób starszych to: wiek (zmniejszanie się aktywności społecznej wraz z wiekiem), wykształcenie (wyższy poziom wykształcenia wpływa na większą aktywność społeczną), wielkość podstawowej sieci społecznej, jaką jest rodzina bądź liczba osób w gospodarstwie domowym (ma on wpływ na aktywności zarówno indywidualne, jak i zbiorowe), i co najważniejsze – wykształcone schematy uczestnictwa w kulturze, wynikające z rodzaju społeczności, w jakiej funkcjonują

badani; przede wszystkim wynikające z wielkości i rodzaju miejscowości, w której żyje dana osoba. W związku z tym można przyjąć, że:

- inny jest charakter uczestnictwa w kulturze w środowisku wiejskim – bardziej wspólnotowy, a inny w miastach, gdzie dominują albo aktywności indywidualne, albo grupowe, ale z mniejszym stopniem angażujące w życie społeczności; niezależnie od indywidualnych upodobań i preferencji, mamy zatem co najmniej dwa wzorce zachowań: bardziej wspólnotowy na wsi i bardziej indywidualistyczny w środowisku miejskim;
- inny jest charakter sieci społecznych wokół seniorów funkcjonujących w środowisku wiejskim i miejskim: bardziej odporny i niesformalizowanych na wsi i bardziej sformalizowany w miastach.

Badanie potwierdziło, że **religijność** pozostaje stale istotnym elementem życia osób starszych i wpływa na jakość ich życia. Dla przeszło 64% seniorów wiara stanowi wartość ważną i bardzo ważną. Regularnie modli się 77,2% badanych, a 60,6% uczęszcza co tydzień na wspólną liturgię, w spowiedzi kilka razy w roku uczestniczy 54%, deklarację korzystania z możliwości udziału w nabożeństwach za pośrednictwem mediów przynajmniej raz w tygodniu złożyło natomiast w tym roku 27,6%. Można przyjąć tezę, że w okresie starzenia się dokonuje się proces indywidualizacji religijności, polegający na zaspokajaniu tej potrzeby w zależności od indywidualnych oczekiwań i możliwości. Z analizy danych wynika powiązanie pomiędzy częstotliwością praktyk religijnych a liczbą mieszkańców w gospodarstwie domowych. Większa liczba osób tworzących gospodarstwo domowe przekłada się na wzrost częstości praktyk religijnych.

Zdecydowana większość polskich seniorów 60+ korzysta z **nowoczesnych technologii informacyjno-komunikacyjnych**. Gospodarstwa domowe polskich seniorów są dobrze wyposażone w laptopy, smartfony, komputery stacjonarne, tablety, w mniejszym stopniu smartwache/smartbandy czy czytniki książek elektronicznych. Największą popularnością wśród osób 60+ cieszą się laptopy (ma je 81,5%) i smartfony (78%). Wciąż popularne wśród seniorów są telefony

komórkowe bez funkcji internetu. Korzystanie z internetu deklaruje 92,2% seniorów i jest to o 7,3 punktu procentowego więcej niż w roku ubiegłym (84,9%). Najwyższą **aktywność cyfrową** wykazują seniorzy najmłodszy, do 69 roku życia (ponad 95%), najmniejszą zaś osoby w wieku 85+ (60%). I to właśnie tej grupy oraz osób w wieku 80–84 lata dotyczy luka cyfrowa. Wprawdzie większość z nich nadal jest aktywna cyfrowo, zmienia się jednak częstotliwość ich obecności w sieci oraz preferencje urządzeń, z których korzystają. W ogóle nie korzysta z internetu 7,8% polskich seniorów. Najczęściej wskazywany powód – brak potrzeby korzystania z komputera i internetu – ma charakter psychologiczny. Jedynie ponad 1/5 (22,5%) seniorów niekorzystających z sieci chciałaby nabyć kompetencje cyfrowe. Kobiety zgłaszają chęć nauki częściej niż mężczyźni, którzy z kolei częściej korzystają z różnych urządzeń dających dostęp do internetu. Im wyższy jest natomiast poziom wykształcenia seniora, tym większe jest prawdopodobieństwo korzystania z internetu. Wyniki badań potwierdzają, że ogólnie cyfrowa przepaść pokoleniowa maleje, a adaptacja cyfrowa seniorów postępuje. Ale seniorzy w sferze cyfryzacji nie są grupą jednorodną. Przeciwnie, wyniki badania wyraźnie pokazują różnice w posiadaniu i w użytkowaniu przez seniorów urządzeń cyfrowych, a co za tym idzie – korzystania z sieci. Uzależnione jest to od takich zmiennych, jak: wiek seniora, jego płeć oraz wykształcenie, w mniejszym stopniu liczba osób w gospodarstwie domowym. Do najważniejszych zadań w dziedzinie włączenia cyfrowego seniorów należą przełamywanie uprzedzeń związanych z korzystaniem z internetu oraz pogłębianie kompetencji cyfrowych, szczególnie wśród najstarszych seniorów.

Podsumowując, należy podkreślić, iż seniorzy to generacje posiadające ogromny potencjał kapitału ludzkiego i społecznego, który powinien zostać w optymalnym stopniu wykorzystany. Jednocześnie jest to grupa niezwykle zróżnicowana, dlatego różne są jej problemy, potrzeby i oczekiwania w dużej mierze uzależnione od wieku i stanu zdrowia. Młodszy seniorzy to zazwyczaj osoby aktywne społecznie, zawodowo, otwarte na relacje i realizację swoich pasji i zainteresowań. Starsi zaś seniorzy (80 lat i więcej lub 85 lat i więcej), których

populacja systematycznie zwiększa się, częściej doświadczają chorób przewlekłych i wynikających z nich ograniczeń, często pozostając zależnymi od opieki innych osób. Dlatego należy podnieść potrzebę wzmocnienia funkcji i roli państwa szczególnie w zakresie zabezpieczenia społecznego i rynku pracy, które powinny być bardziej komplementarne wobec działań rodziny. Przede wszystkim w opiece nad niesamodzielnymi osobami starszymi, gdyż maleją możliwości opieki przez członków rodziny, dostępności świadczeń rzeczowych i usług społecznych oraz informacji o sposobach sięgnięcia po nie, a także o wysokości świadczeń emerytalnych i możliwościach ich podwyższania oraz dostosowywaniu rynku pracy do możliwości i potrzeb aktywnych seniorów.