

MONIKA ADAMCZYK

ORCID: 0000-0002-1331-6026

mdadamczyk@kul.pl

Czego Polacy obawiają się na starość i jak planują zorganizować tę fazę swojego życia?

What Do Poles Fear in Old Age and How Do They Plan to Organize This Phase of Their Life?

PROPOZYCJA CYTOWANIA: Adamczyk, M. (2024). Czego Polacy obawiają się na starość i jak planują zorganizować tę fazę swojego życia? *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J, Paedagogia-Psychologia*, 37(1), 19–32. DOI: 10.17951/j.2024.37.1.19-32.

ABSTRAKT

W przypadku analiz dotyczących starzenia się ważnym przedmiotem badań są obawy związane z tą fazą życia. W tym kontekście następujące pytania badawcze wydają się kluczowe: Jak wygląda świadomość konieczności przygotowywania się do tej fazy życia pod względem planowanych strategii radzenia sobie w sytuacjach trudnych? Jakie strategie organizowania życia na starość są najbardziej popularne wśród dorosłych Polaków? Czy przedstawiciele różnych grup wiekowych różnią się pod tym względem i czy mają różne obawy związane ze starością? W niniejszym artykule podjęto próbę odpowiedzi na te pytania, związane z planowaniem życia na starość. Przedstawione analizy zostały oparte na badaniach empirycznych przeprowadzonych metodą sondażu diagnostycznego (wywiady bezpośrednie) z wykorzystaniem techniki kwestionariusza wywiadu wspomaganego komputerowo. Wywiady CAPI (*Computer-Assisted Personal Interview*) przeprowadzono w domach respondentów na ogólnopolskiej próbie losowej gospodarstw domowych – 1006 Polaków w wieku 15 lat i więcej. Operatem losowania był numer PESEL. Z zebranych danych wynika, że niezależnie od wieku dorośli Polacy zdecydowanie preferują strategie organizowania sobie życia na starość opierające się na pozostaniu we własnym mieszkaniu i korzystaniu z naturalnego systemu wsparcia bazującego na sieci pierwotnej, czyli więziach z dziećmi, współmałżonkiem i dalszą rodziną.

Słowa kluczowe: starzenie się; obawy; starość; planowanie życia na starość; strategie organizowania życia na starość

WPROWADZENIE

Postęp w nauce i technologii w dziedzinie zdrowia wydłuża życie. Efektem tego procesu jest wzrost liczby osób starszych w całkowitej populacji wielu społeczeństw. Proces starzenia się dotyka wielu krajów, ale najbardziej widoczny jest w krajach słabo rozwiniętych, gdzie zgodnie z prognozami liczba osób starszych wzrośnie z 400 mln w 2000 r. do 1,7 mld w 2050 r. Ta zmiana demograficzna ma już w tej chwili istotny wpływ na zdrowie publiczne i systemy opieki społecznej (World Health Organization [WHO], 2015). Podobnie jak na świecie liczba osób starszych w Polsce również rośnie. Podczas gdy dorośli w wieku poprodukcyjnym stanowili 13% populacji całkowitej w 1995 r., wskaźnik ten w 2022 r. wynosił 22% (Główny Urząd Statystyczny [GUS], 2023b). Zmiany w strukturze demograficznej pociągają za sobą szereg konsekwencji w obszarach życia społeczno-ekonomicznego. W przyszłości nie tylko będzie przybywać osób starszych, lecz także – co ważne – będzie się zwiększać liczba osób starszych wymagających opieki z uwagi na postępujący spadek samodzielności lub jej brak. Prognozuje się, że liczba osób powyżej 75. roku życia w 2035 r. będzie oscylować w granicach 5 mln (4 915 934 osób), w 2040 r. będzie to już ponad 5 mln (5 121 262 osób), a w 2050 r. będzie to ponad 5,5 mln (5 616 782 osób; zob. GUS, Bank Danych Lokalnych [BDL], 2023).

Tabela 1. Prognoza – liczba ludności w trzech grupach wiekowych: 75+, 80+, 85+ – na lata 2014–2050

Prognoza na rok	Grupy wieku	Wartość
2035	75+	4 915 934
2035	80+	2 869 309
2035	85+	1 269 446
2040	75+	5 121 262
2040	80+	3 372 587
2040	85+	1 713 522
2045	75+	5 205 425
2045	80+	3 472 852
2045	85+	2 026 489
2050	75+	5 616 782
2050	80+	3 537 498
2050	85+	2 071 814

Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS BDL (2023).

Postępujący wzrost populacji osób w starszym wieku skutkuje powiększaniem się liczby starszych osób z niepełnosprawnością. Proces ten staje się

powszechnym doświadczeniem społeczeństw, w których redukcji śmiertelności nie towarzyszy jednocześnie zmniejszenie zachorowalności. Wzrost chronicznych chorób w populacji najstarszych seniorów w konsekwencji prowadzi do wzrostu bezwzględnej liczby seniorów odczuwających skutki funkcjonalne tych chorób (Kilian, 2020, s. 230). Szacuje się, że nawet połowa osób w wieku 80+ potrzebuje lub będzie potrzebowała w niedalekiej przyszłości pomocy w codziennym życiu, co związane jest z naturalnymi zmianami biologicznymi, jakie zachodzą w organizmie. Wzrost liczby najstarszych seniorów w ogólnej populacji osób starszych oraz brak występowania czynnika kohortowego w warunkach niewystępowania kryzysów społecznych powoduje proces podwójnego starzenia się, czyli wspomnianego już zwiększania się udziału osób powyżej 80. roku życia w populacji ogólnej seniorów. Proces ten jest na tyle powszechny, że obserwowany jest w wielu krajach Europy (np. Polska, Włochy), a także świata (np. Korea Południowa; zob. Maier, Jeune, Vaupel, 2021). Taka sytuacja powoduje, że jednym z kluczowych priorytetów polityki senioralnej powinno być zidentyfikowanie problemów osób doświadczających starości już dziś oraz poznanie opinii na temat przyszłych preferowanych form organizacji życia w tej fazie. Istotne jest poznanie opinii na ten temat nie tylko osób już doświadczających starości, ale również tych, które nie przekroczyły jeszcze umownego progu starości. Progiem starości przyjętym w niniejszym opracowaniu jest ukończenie 60. roku życia. Przyjęcie tego progu wiąże się przede wszystkim z definicją osoby starszej obowiązującą w polskiej statystyce publicznej, zgodnie z którą osoby starsze to osoby w wieku 65+ lub 60+, co wiąże się z faktem, że wiek emerytalny dla kobiet i mężczyzn nie jest jednakowy (GUS, 2023a). W Polsce jest to 60 lat dla kobiet i 65 lat dla mężczyzn. Badania Organizacji Narodów Zjednoczonych stosują jednolity wiek 65 lat dla mężczyzn i kobiet (WHO, 2015). Należy zauważyć, że postępujące procesy demograficzne oraz rozwój medycyny sprawiają, iż kulturowe, społeczne i ekonomiczne „granice” starości zacierają się, przesuwając fazę późnej dorosłości i starości w głąb ludzkiego życia – odpowiednio 50–75 lat i ponad 75 lat (Garfein, Regula Herzog, 1995; Hellström, Andersson, Hallberg, 2004). Wraz z postępującym procesem starzenia się wzrasta współczynnik obciążenia demograficznego osobami starszymi, co w istotny sposób wpływa na system wsparcia społecznego. Jak wynika z danych GUS, współczynnik ten podnosi się – w 2022 r. wynosił 29,9 osób w wieku 65+ przypadających na 100 osób w wieku 15–64 lata (GUS, 2023b).

Tabela 2. Współczynnik obciążenia demograficznego osobami starszymi w latach 2010–2022

Współczynnik obciążenia demograficznego osobami starszymi												
2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
18,9	19,4	20,1	21,0	21,9	22,8	23,9	25,0	26,1	27,2	28,1	28,9	29,9

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Taki stan rzeczy skłania do podejmowania analiz i badań mających na celu określenie strategii radzenia sobie z potencjalnymi problemami pojawiającymi się w tej fazie życia (Aspalter, 2020; Avers, 2020; Ribeiro i in., 2017). Jest to ważne z kilku powodów. Po pierwsze, starzenie się niekoniecznie wiąże się ze spadkiem sprawności umysłowej i fizycznej lub z wycofaniem się z ról społecznych, co potwierdzają liczne badania (Adamczyk 2015, 2019; Baltes, Baltes, 1990; Fernández-Ballesteros i in., 2010). Po drugie, zgodnie z szacunkami WHO w latach 2000–2050 populacja osób w wieku 60+ się potroi (z 600 mln do 2 mld), tym samym obejmując swym zasięgiem niespotykane dotąd rzesze osób, co będzie miało znaczący wpływ na funkcjonowanie wielu społeczeństw (WHO, 2015). Po trzecie, osoby zmuszone z uwagi na swój stan zdrowia do korzystania z opieki i wsparcia instytucjonalnego powinny mieć zapewnioną taką możliwość w postaci infrastruktury i wykwalifikowanego personelu.

Przedstawione powyżej fakty skłaniają do podjęcia analiz nie tylko na polu instytucjonalnym, lecz także w obszarze oczekiwań deklarowanych przez różne grupy wiekowe. Jest to ważne z uwagi na fakt pojawiania się na rynku usług opiekuńczych nowych pokoleń seniorów. W niniejszym artykule celem jest zbadanie z jednej strony obaw związanych ze starością, z drugiej zaś preferowanych strategii radzenia sobie z problemami na starość w czterech różnych grupach wiekowych. Preferowane sposoby organizacji życia na starość mierzone były w pięciu obszarach w oparciu o autorską sześciopunktową skalę nominalną. Zastosowana metodologia pozwoliła zbadać preferencje dorosłych Polaków dotyczące form organizacji życia na starość. W analizie wykorzystano współczynniki kontyngencji – V -Cramera i test χ^2 Pearsona do określenia zależności między badanymi strategiami a grupami wiekowymi. Wyniki badań prowadzą do wniosku, że sposoby organizacji życia w starszym wieku są powiązane z naturalnymi sieciami wsparcia społecznego, przede wszystkim z rodziną.

POTRZEBY OSÓB STARSZYCH

Jak wynika z badań, zapotrzebowanie na opiekę i wsparcie osób starszych rośnie w wielu krajach, w tym w Polsce (Deshmukh i in., 2015; Fernández-Ballesteros, 2003; GUS, 2022; Szweđa-Lewandowska, 2017). W Polsce zarówno w sensie faktycznym, jak i prawnym główny ciężar opieki nad osobami starszymi spoczywa na rodzinach. Dopiero w sytuacji, w której nie są one w stanie zapewnić zaspokojenia potrzeb seniorów, obowiązek ten spada na gminy, dla których jest ona zadaniem własnym (Mossakowska, Więcek, Błędowski, 2012). Jakość opieki długoterminowej w starszym wieku jest ważna z trzech powodów. Po pierwsze, osoby korzystające z usług opiekuńczych powinny mieć prawo decydowania o swoim życiu i kontroli nad nim. Po drugie, jakość opieki długoterminowej powinna iść w parze ze stale rosnącymi kosztami usług opiekuńczych. Trzeci powód jest ściśle związany z prawami każdego człowieka i obowiązkiem rządów

poszczególnych krajów ochrony osób starszych przed potencjalnymi nadużyciami i wykluczeniem społecznym ze względu na wiek (OECD, 2013).

Potrzeby to jedno z kluczowych pojęć dla polityki społecznej, pracy socjalnej i oczywiście wsparcia społecznego, co wynika z faktu, że dla wielu badaczy wsparcie społeczne jest pomocą dostępną dla jednostki lub grupy w sytuacjach trudnych, stresowych, przełomowych, których same nie są w stanie przezwyciężyć (Harrington, Record, 2023). Potrzeby są definiowane w literaturze przedmiotu bardzo różnie. Najczęściej przyjmuje się, że jest to stan braku lub niedoboru ważnych z punktu widzenia człowieka właściwości organizmu lub otoczenia (Fabiś, Chabior, Wawrzyniak, 2014). Szarota (2010, s. 100) wskazuje na dwa rodzaje potrzeb: jednostkowe lub grupowe, definiując je jako „zespół czynników stwarzających sytuację, kiedy jej brak lub nieodpowiedni stan powoduje zaburzenia i zagrożenia życia, rozwoju, wychowania jednostek lub grup, a których one same nie są w stanie osiągnąć, dostrzec, wybrać lub regulować. Owe niekorzystne sytuacje wymagają podjęcia odpowiednich działań (pedagogicznych, prawnych, socjalnych, profilaktycznych, kompensacyjnych) przez określone osoby lub instytucje”. Klasyczną, choć coraz częściej krytykowaną, jest koncepcja Masłowa, w której mamy do czynienia z sekwencjonowaniem potrzeb od tych najbardziej podstawowych do potrzeb wyższego poziomu. Łącznie Masłow wskazuje na pięć rodzajów potrzeb, które aktywizują się w pewnej kolejności. Jeśli potrzeby fizjologiczne są zaspokojone na wystarczającym poziomie, pojawia się konieczność zaspokojenia potrzeb określonych jako potrzeby bezpieczeństwa, następnie potrzeby przynależności i miłości, potrzeby szacunku i samorealizacji (Masłow, 2006, s. 65–76).

W kontekście potrzeb i konieczności ich zaspokajania, a także wobec wielości powszechnie znanych wyzwań związanych z pracą zawodową, zdrowiem, życiem osobistym, ale też nowych, nieznanymi, do których rozwiązania nie można się przygotować, pojawia się zapotrzebowanie na pomoc (Piorunek, 2010, s. 7–8). Taka pomoc staje się konieczna szczególnie wtedy, gdy zasoby jednostkowe są niewystarczające lub nieadekwatne. W społeczeństwie permanentnego ryzyka coraz częściej konieczne jest poszukiwanie zewnętrznego wsparcia (Beck, 1986; Boudia, Jas, 2007).

METODA

W nawiązaniu do wskazanych problemów w prowadzonej analizie za cel przyjęto m.in. identyfikację strategii radzenia sobie z sytuacjami problemowymi w okresie starości. Problem badawczy postawiony w artykule koncentruje się na uwarunkowaniach społeczno-demograficznych wyborów konkretnych strategii, ze szczególnym uwzględnieniem zmiennej wieku. W celu identyfikacji strategii radzenia sobie w okresie starości przebadano 1006 dorosłych Polaków. Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego (wywiady bezpośrednie) z wykorzystaniem techniki kwestionariusza wywiadu wspomaganego

komputerowo. Wywiady CAPI (*Computer-Assisted Personal Interview*) przeprowadzono w domach respondentów na ogólnopolskiej losowej próbie gospodarstw domowych. Operatem losowania był numer PESEL. W celu identyfikacji strategii radzenia sobie w starszym wieku zastosowano autorską sześciostopniową skalę. Zastosowanie takiej techniki badawczej miało na celu określenie preferencji dorosłych Polaków dotyczących form organizacji ich życia w okresie starości, a także poznanie uwarunkowań dokonywanych wyborów.

W badaniu wzięło udział 1006 dorosłych Polaków w wieku 15 lat i więcej. W celu wyodrębnienia grup respondentów ze względu na fazę życia, w której się znajdują, dokonano rekodowania zmiennych i utworzono cztery grupy wiekowe odpowiadające pod pewnymi względami fazom życia zaproponowanym przez Levinsona (1959, 1977, 1978). Przyjmując ten podział, utworzono cztery grupy: osoby w wieku 15–20 lat stanowiły 7,1% wszystkich badanych (71), osoby w wieku 21–40 lat to 33,4% wszystkich badanych (336), osoby w wieku 41–59 lat to 30,2% badanych (304), a osoby w wieku 60+ to 29,3% wszystkich badanych (295). Rozkład płci w badanej populacji był następujący: 48,2% (485) respondentów badania stanowili mężczyźni, a 51,8% (521) – kobiety.

W celu określenia, jakie zdaniem respondentów są najlepsze strategie organizacji życia w starszym wieku, wykorzystano autorskie narzędzie w postaci skali składającej się z pięciu stwierdzeń, do których badany musiał się ustosunkować w skali 1–6. Skala składała się ze stwierdzeń, które dotyczyły sposobów organizacji życia w starości oraz stopnia, w jakim dane strategie zaspokajają potrzeby osób starszych: mieszkanie we własnym mieszkaniu i korzystanie z doraźnej pomocy osób bliskich (rodziny, przyjaciół, sąsiadów); mieszkanie we własnym mieszkaniu z pomocą osób trzecich (np. opiekuna osób starszych); dzielenie własnego mieszkania z pomocą osób trzecich (np. opiekuna osób starszych); dzielenie domu z dziećmi, wnukami lub dalszą rodziną; mieszkanie razem z innymi osobami starszymi (np. w domu opieki, domu spokojnej starości); mieszkanie we własnym domu przy wsparciu ośrodków opieki dziennej.

Hipoteza przyjęta na potrzeby prowadzonej analizy zakładała, że obowiązujący schemat organizowania życia na starość w oparciu o wsparcie rodziny i najbliższych przyjaciół powiązany jest z przynależnością do grupy pokoleniowej. Im starsze osoby, tym częściej chcą organizować swoje życie na starość w sytuacjach braku samodzielności w oparciu o wsparcie rodziny, najbliższych przyjaciół, a nie systemu wsparcia instytucjonalnego.

REZULTATY

Potrzeby to jeden z kluczowych obszarów zainteresowania nauk społecznych, co oczywiście wiąże się z jednym z podstawowych zadań, a mianowicie poznawaniem potrzeb jednostkowych i społecznych oraz podejmowaniem działań

w celu ich zaspokojenia. Zamierzeniem tych działań jest stworzenie warunków, okoliczności i sytuacji, w których te potrzeby zostaną zaspokojone. Starość to ta faza w życiu człowieka, w której – z uwagi na postępujące procesy starzenia się – jesteśmy zmuszeni do korzystania ze wsparcia osób trzecich lub instytucji. W celu identyfikacji obszarów problemowych związanych z tym etapem w życiu zapytaliśmy respondentów o to, czego obawiają się w okresie starości. Odniesienie się do obszarów łączących się ze zdrowiem i realizacją potrzeb związanych z niezależnością i aktywnością jest istotne zarówno z indywidualnego, jak i społecznego punktu widzenia. Potrzeby ponadpodmiotowe to te, których zaspokojenie wymusza konieczność wprowadzenia we własną przestrzeń życiową, we własną egzystencję drugiego człowieka (opiekuna); co więcej, to właśnie ten drugi człowiek – opiekun, doradca – staje się warunkiem utrzymania naszej własnej egzystencji na właściwym poziomie. Jakość życia człowieka mającego potrzeby ponadpodmiotowe zależy więc od jakości relacji, jaka połączy dwa podmioty tej samej relacji pomocowej: podopiecznego i opiekuna, bez względu na fakt, czy relacja ta przebiega w obrębie środowiska rodzinnego czy też odpowiednich i określonych instytucji (Wawrzyniak, 2014, s. 35). Przyjęcie takiej perspektywy pozwoliło na określenie, czego Polacy w okresie starości obawiają się najbardziej oraz najbardziej popularnych strategii radzenia sobie na starość. W tym celu zapytano Polaków o to, czego obawiają się na starość, niezależnie od tego, w jakim są wieku i jaka jest ich sytuacja życiowa.

Tabela 3. Niezależnie od tego, w jakim jest Pan/Pani wieku i jaka jest Pana/Pani sytuacja życiowa, proszę powiedzieć, czego najbardziej obawia się Pan/Pani, myśląc o swojej starości (%)

Obawy	Wymienione	Niewymienione
Złych warunków życia, trudności z utrzymaniem się	19,6	80,4
Chorób, niedołążności i zależności od innych	45,4	54,6
Śmierci własnej	13,1	86,9
Poczucia bycia niepotrzebnym, odstawionym na boczny tor	14,5	85,5
Bycia ciężarem dla innych	34,2	65,8
Samotności	23,9	76,1
Śmierci bliskich osób i znajomych	25,7	74,3
Brzydoty ciała, które się starzeje	7,2	92,8
Nadmiaru czasu, z którym nie będę wiedział/a, co zrobić	5,5	94,5
Niczego szczególnego się nie obawiam	12,6	87,4

Źródło: opracowanie na podstawie wyników badań własnych.

Najczęściej wymienianą obawą nie jest śmierć własna lub bliskich osób (odpowiednio obawia się tego 13,1% i 25,7% badanych). Polacy przede wszystkim boją się chorób, niedołążności i zależności od innych (ponad dwie piąte badanych

– 45,4%). Równie istotny jest aspekt obciążenia własnymi problemami bliskich osób. Ponad jedna trzecia badanych (34,2%) obawia się bycia ciężarem dla innych. Przeprowadzone analizy potwierdziły również przypuszczenie, że wraz z przesuwaniem się respondentów do starszych grup wieku obawa przed chorobami, niedołążnością i zależnością od innych będzie rosła. Dla 52,5% badanych z grupy wiekowej 60+ właśnie ten obszar jest najbardziej problematyczny.

Powyższe zróżnicowanie jest istotne statystycznie, co potwierdza wynik testu niezależności χ^2 Pearsona ($N = 1006$) = 10,265; $p \leq 0,05$. Szczegółowy rozkład danych i wskazanych procesów prezentuje tabela 4.

Tabela 4. Obawy związane ze starością według czterech grup pokoleniowych ($N = 1006$; %)

Obawy	Wiek			
	15–20	21–40	41–59	60+
Złych warunków życia, trudności z utrzymaniem się	16,9	17,3	22,7	19,7
Chorób, niedołążności i zależności od innych	35,2	43,8	42,8	52,5
Śmierci własnej	14,1	13,1	14,1	11,9
Poczucia bycia niepotrzebnym, odstawionym na boczny tor	7,0	11,6	15,8	18,3
Bycia ciężarem dla innych	25,4	29,2	34,9	41,4
Samotności	25,4	23,8	20,4	27,1
Śmierci bliskich osób i znajomych	28,2	28,3	27,0	21,0
Brzydoty ciała, które się starzeje	8,5	8,0	8,6	4,4
Nadmiaru czasu, z którym nie będę wiedział/a, co zrobić	5,6	5,1	5,6	5,8
Niczego szczególnego się nie obawiam	26,8	17,3	10,2	6,4

Źródło: opracowanie na podstawie wyników badań własnych.

Literatura przedmiotu i liczne badania wskazują, że to właśnie rodzina w głównej mierze świadczy nieodpłatne usługi opiekuńcze na rzecz członków rodziny. Wyraźnie zaznacza się także solidarność sąsiedzka. Znajomi i przyjaciele rzadziej udzielają wsparcia osobom starszym, a pomoc ze strony instytucji do tego powołanych jest zdecydowanie najrzadsza (Błędowski, 2012). Analiza danych z przeprowadzonych badań własnych wskazuje bardzo wyraźnie, że najpopularniejszymi strategiami organizowania sobie życia na starość, niezależnie od wieku badanych, są te obejmujące zamieszkiwanie we własnym mieszkaniu oraz korzystanie ze wsparcia społecznego ze strony najbliższej rodziny. Ponad połowa (55,3%) wszystkich respondentów odpowiedziała, że to właśnie mieszkanie we własnym mieszkaniu i ewentualne korzystanie ze wsparcia najbliższych osób (rodziny, przyjaciół) jest najlepszą strategią, która pozwala na zaspokojenie wszystkich lub większości potrzeb. Równie popularna jest strategia mieszkania we własnym mieszkaniu i korzystania z pomocy osób wspierających (50,4%). Najmniej popularną wśród respondentów strategią organizowania sobie życia na starość jest

mieszkanie z innymi osobami starszymi w instytucjach przeznaczonych dla osób starszych, takich jak domy pomocy społecznej, domy spokojnej starości. Łącznie 28% respondentów uważa, że tego typu instytucje nie zaspokajają lub zaspokajają w bardzo małym stopniu potrzeby osób starszych.

Tabela 5. Sposoby zorganizowania życia na starość ($N = 1006$; %)

Czy poniższy sposób zorganizowania życia na starość zaspokaja potrzeby osób starszych?							
wiek (w latach)	w ogóle nie zaspokaja potrzeb osób starszych	w niewielkim stopniu zaspokaja potrzeby osób starszych	zaspokaja tylko niektóre potrzeby osób starszych	zaspokaja większość potrzeb osób starszych	całkowicie zaspokaja potrzeby osób starszych	nie wiem/trudno powiedzieć	ogółem
mieszkanie we własnym mieszkaniu, mając zapewnioną pomoc osób trzecich (np. opiekuna osoby starszej)							
populacja ogółem	1,2	8,3	30,5	39,8	15,5	4,8	100
15–20	5,6	12,7	21,1	35,2	11,3	14,1	100
21–40	2,1	8,9	29,8	40,5	11,0	7,7	100
41–59	1,0	9,2	37,5	40,5	9,2	2,6	100
60+	2,7	9,2	33,9	37,3	13,6	3,4	100
dzielenie mieszkania z dziećmi, wnukami lub dalszą rodziną							
populacja ogółem	2,2	9,3	32,7	39,2	11,2	5,4	100
15–20	2,8	16,9	28,2	28,2	14,1	9,9	100
21–40	3,3	10,4	29,2	31,5	16,4	9,2	100
41–59	4,3	11,5	29,6	35,9	12,5	6,3	100
60+	4,4	10,5	26,1	35,3	17,3	6,4	100
mieszkanie we własnym mieszkaniu, korzystając ze wsparcia dziennych domów pobytu							
populacja ogółem	8,5	19,8	35,7	23,0	5,1	8,0	100
15–20	2,8	15,5	33,8	26,8	4,2	16,9	100
21–40	3,0	13,4	39,3	27,1	7,7	9,5	100
41–59	3,9	16,4	42,1	25,0	5,3	7,2	100
60+	3,4	15,6	40,3	28,8	5,8	6,1	100
wspólne zamieszkanie z innymi starszymi ludźmi (np. w domu pomocy społecznej, domu spokojnej starości)							
populacja ogółem	3,4	15,1	40,1	26,9	6,2	8,3	100

15–20	4,2	21,1	31,0	29,6	0,0	14,1	100
21–40	8,3	18,8	33,0	23,2	6,8	9,8	100
41–59	8,6	21,1	36,2	22,7	4,6	6,9	100
60+	9,8	19,3	39,3	21,4	4,7	5,4	100

Źródło: opracowanie na podstawie wyników badań własnych.

Z danych zamieszczonych w tabeli 5 wynika, że badani respondenci – niezależnie od wieku – najbardziej popierają strategie, które opierają się na samodzielnym życiu i czasowym poleganiu na pomocy innych osób, najchętniej osób bliskich. Ten model jest najbardziej popularny i wskazuje na odniesienie w planowaniu własnej starości lub w jej przeżywaniu do poczucia więzi z otoczeniem i bliskimi, opartego na sieci kontaktów społecznych, więzi i przynależności związanych przede wszystkim z własnym środowiskiem. Takie podejście może być powiązane z lękiem przed poczuciem odstawienia na boczny tor życia i bycia bezużytecznym, co często jest kojarzone z placówkami instytucjonalnymi, jak np. domy pomocy społecznej. Pozostawanie blisko rodziny i przyjaciół czy sąsiadów może nie tylko dawać poczucie bycia potrzebnym, lecz także rzeczywiście stwarzać okazje to takich działań.

Z badań wynika, że istnieje związek między wiekiem a obawą przed byciem ciężarem dla innych (zob. tabela 4). Związek ten jest istotny statystycznie, co potwierdza wynik testu niezależności χ^2 Pearsona ($N = 1006$) = 13,027; $p \leq 0,05$. Korelację pomiędzy tym obszarem a grupą wiekową należy ocenić jako słabą (V -Cramer = 0,05; $p \leq 0,05$).

DYSKUSJA I KONKLUZJE

Prezentowane wyniki badań wpisują się w dyskusje dotyczące efektywnego przygotowania się do przeżywania starości zarówno na poziomie indywidualnym, jak i instytucjonalnym. Z uwagi na fakt powszechności zjawiska starzenia się i to, że jest ono prawdopodobnie najważniejszym wyzwaniem populacyjnym, przed którym stoją społeczeństwa w XXI w., analizy odznaczają się pewną użytecznością. Po pierwsze, dostarczają wiedzy na temat obaw związanych ze starzeniem się, co wprawdzie nie jest nowatorskie, ale potwierdza dotychczasowe wyniki badań (Adamczyk 2019, 2021; Adamczyk, Betlej, 2021; Paskaleva, Tufkova, 2017). Po drugie, znacznie istotniejsze, dostarczają wiedzy na temat związku pomiędzy przynależeniem do grupy pokoleniowej a wyborem strategii organizowania życia na starość w sytuacji wystąpienia jakichś problemów. Jest to o tyle ważne zagadnienie, że w krajach rozwiniętych starzenie się populacji następowało stopniowo i w stosunkowo długich okresach czasu, co w większym stopniu pozwalało na wprowadzanie rozwiązań systemowych mających zapewnić wsparcie najstarszym członkom społeczeństwa. Taki stan rzeczy nie dotyczy krajów rozwijających się,

w których struktura wiekowa zmienia się szybciej i w znacznie krótszym czasie (Palloni, Pinto, 2014). Skróconemu starzeniu się towarzyszy szereg zmian, które mogą zagrozić lub osłabić istniejące mechanizmy wsparcia osób starszych. Te zmiany to m.in. spadek dzietności i intensywne migracje ze wsi do miasta (Kancelaria Senatu, Biuro Analiz, Dokumentacji i Korespondencji, 2018). Nie mniej ważne są zmiany norm i wartości, jak również zmiana struktury społecznej tradycyjnych relacji rodzinnych (Adamczyk, 2022). Zmiany te w połączeniu z naturalnym fizjologicznym starzeniem się, nieodłącznie powiązaniem z ryzykiem występowania chorób i niepełnosprawności, skłaniają do planowania życia na starość (Faber i in., 2001), radzenia sobie z niepełnosprawnością, chorobą i utrzymaniem zaangażowania społecznego (Jang i in., 2004).

Opisane badanie zostało zaprojektowane tak, by objąć swoim zasięgiem ogólnopolską próbę dorosłych Polaków w wieku 15 lat i więcej. Wyniki wyraźnie wskazały, że najlepszą strategią organizowania życia na starość jest ta, która opiera się w dużej mierze na naturalnym systemie wsparcia społecznego odwołującym się do najbliższego otoczenia, potwierdzając istniejące przekonanie co do tej kwestii (Demers i in., 2009, s. 237–238). Związane jest to ze specyfiką procesu starości psychospołecznej, która jest zespołem wielorakich, wzajemnie ze sobą sprzężonych uwarunkowań socjalnych, ekonomicznych, rodzinnych i kulturowych, których siła oddziaływania różni się zarówno środowiskowo, jak i jednostkowo (Kourkouta, Monios, 2015).

To właśnie środowisko zamieszkania i podtrzymywanie więzi społecznej z rodziną, przyjaciółmi i bliskimi sąsiadami jest dla większości Polaków gwarantem zaspokojenia większości potrzeb życiowych. Wyniki te potwierdzają konieczność deinstytucjonalizacji opieki nad seniorami oraz przesunięcia akcentów z opieki instytucjonalnej, świadczonej w zakładach opieki stacjonarnej, w kierunku opieki świadczonej w środowisku lokalnym, z uwzględnieniem licznych instytucji formalnych i nieformalnych (Grewiński, Lizut, 2021; Kanios, 2021; Zbyrad, 2016). Badania potwierdziły również, że do najważniejszych obaw związanych ze starością można zaliczyć chorobę, inwalidztwo oraz poczucie zależności od innych i nieprzydatności. Jak wynika z przeprowadzonych analiz, mimo istnienia indywidualnych różnic wśród respondentów panuje wspólne przekonanie co do roli miejsca zamieszkania na starość oraz znaczenia więzi rodzinnych i przyjacielskich w tym okresie życia jako istotnych elementów chroniących przed poczuciem alienacji i osamotnienia.

BIBLIOGRAFIA

- Adamczyk, M. (2015). Więzy rodzinne w procesie pozytywnego i aktywnego starzenia się. *Zeszyty Naukowe KUL*, 59(4), 3–21.
- Adamczyk, M. (2019). *Spoleczne uwarunkowania pomyślnego starzenia się i aktywnego przygotowania do emerytury*. Lublin: Wydawnictwo KUL.

- Adamczyk, M. (2021). Factors Influencing Ways of Organising Life in Old Age in the Context of Social Exclusion Risk: The Case of Poland. *Entrepreneurship and Sustainability Issues*, 8(4), 418–430. DOI: [10.9770/jesi.2021.8.4\(25\)](https://doi.org/10.9770/jesi.2021.8.4(25))
- Adamczyk, M. (2022). Modele funkcjonowania osób starszych, w tym niesamodzielnych w rodzinie. *Roczniki Nauk Społecznych*, 50(3), 189–208. DOI: [10.18290/rns22503.2](https://doi.org/10.18290/rns22503.2)
- Adamczyk, M., Betlej, A. (2021). Social Security in Ageing Societies in a Sustainable Development Perspective: The Analysis of Context Indicator of Ways of Organizing Life in Old Age in Poland. *Journal of Security and Sustainability Issues*, 11(1), 147–157. DOI: [10.47459/jssi.2021.11.11](https://doi.org/10.47459/jssi.2021.11.11)
- Aspalter, C. (2020). Healthy Aging. W: D. Gu, M. Dupre (Eds.), *Encyclopedia of Gerontology and Population Aging* (s. 1–14). Cham: Springer. DOI: [10.1007/978-3-319-69892-2_409-1](https://doi.org/10.1007/978-3-319-69892-2_409-1)
- Avers, D. (2020). Aging Demographics and Trends. W: D. Avers, R.A. Wong (Eds.), *Gucione's Geriatric Physical Therapy* (s. 17–37). St. Louis: Mosby. DOI: [10.1016/B978-0-323-60912-8.00002-6](https://doi.org/10.1016/B978-0-323-60912-8.00002-6)
- Baltes, P.B., Baltes, M.M. (1990). Psychological Perspectives on Successful Aging: The Model of Selective Optimization with Compensation. W: P.B. Baltes, M.M. Baltes (Eds.), *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences* (s. 1–34). Cambridge: Cambridge University Press. DOI: [10.1017/CBO9780511665684.003](https://doi.org/10.1017/CBO9780511665684.003)
- Beck, U. (1986). *Społeczeństwo ryzyka. W drodze do innej nowoczesności*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Błędowski, P. (2012). Potrzeby opiekuńcze osób starszych. W: M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludności w Polsce* (s. 449–467). Warszawa: Termedia Wydawnictwo Medyczne.
- Boudia, S., Jas, N. (2007). Introduction: Risk and 'Risk Society' in Historical Perspective. *History and Technology*, 23(4), 317–331. DOI: [10.1080/07341510701527393](https://doi.org/10.1080/07341510701527393)
- Demers, L., Robichaud, L., Gélinas, I., Noreau, L., Desrosiers, J. (2009). Coping Strategies and Social Participation in Older Adults. *Gerontology*, 55(2), 233–239. DOI: [10.1159/000181170](https://doi.org/10.1159/000181170)
- Deshmukh, P.R., Dangre, A.R., Rajendran, K.P., Kumar, S. (2015). Role of Social, Cultural and Economic Capitals in Perceived Quality of Life among Old Age People in Kerala, India. *Indian Journal of Palliative Care*, 21(1), 39–44. DOI: [10.4103/0973-1075.150175](https://doi.org/10.4103/0973-1075.150175)
- Faber, M. von, Bootsma-van der Wiel, A., Exel, E. van, Gussekloo, J., ... Westendorp, R.G.J. (2001). Successful Aging in the Oldest Old: Who Can Be Characterized as Successfully Aged? *Archives of Internal Medicine*, 161(22), 2694–2700. DOI: [10.1001/archinte.161.22.2694](https://doi.org/10.1001/archinte.161.22.2694)
- Fabiś, A., Chabior, A., Wawrzyniak, J.K. (2014). *Starzenie się i starość w perspektywie pracy społecznej*. Warszawa: Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich.
- Fernández-Ballesteros, R. (2003). Social Support and Quality of Life among Older People in Spain. *Journal of Social Issues*, 58(4), 645–659. DOI: [10.1111/1540-4560.00282](https://doi.org/10.1111/1540-4560.00282)
- Fernández-Ballesteros, R., Garcia, L.F., Abarca, D., Blanc, E., ... Patricia, S. (2010). The Concept of 'Ageing Well' in Ten Latin American and European Countries. *Ageing and Society*, 30(1), 41–56. DOI: [10.1017/S0144686X09008587](https://doi.org/10.1017/S0144686X09008587)
- Garfein, A.J., Regula Herzog, A. (1995). Robust Aging among the Young-Old, Old-Old, and Oldest-Old. *Journals of Gerontology: Series B*, 50B(2), 77–87. DOI: [10.1093/geronb/50B.2.S77](https://doi.org/10.1093/geronb/50B.2.S77)
- Główny Urząd Statystyczny (GUS). (2022). *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2021 roku*. Pobrane z: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/osoby-starsze/osoby-starsze/sytuacja-osob-starszych-w-polsce-w-2021-roku,2,4.html>
- Główny Urząd Statystyczny (GUS). (2023a). *Metainformacje*. Pobrane z: <https://stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec>
- Główny Urząd Statystyczny (GUS). (2023b). *Stan ludności*. Pobrane z: <https://bdl.stat.gov.pl/bdl/dane/podgrup/tablica>

- Główny Urząd Statystyczny, Bank Danych Lokalnych (GUS BDL). (2023). Pobrane z: <https://bdl.stat.gov.pl/bdl/dane/podgrup/wymiary>
- Grewiński, M., Lizut, J. (2021). Idea, definicje i teoretyczne aspekty deinstytucjonalizacji w polityce społecznej. W: M. Grewiński, J. Lizut (red.), *Deinstytucjonalizacja w polityce społecznej – szanse i zagrożenia* (s. 11–30). Radom: Instytut Naukowo-Wydawniczy „Spatium”.
- Harrington, N.G., Record, R.A. (2023). *Health Communication: Research and Practice for a Diverse and Changing World*. New York: Routledge. DOI: **10.4324/9781003214458**
- Hellström, Y., Andersson, M., Hallberg, I.R. (2004). Quality of Life among Older People in Sweden Receiving Help from Informal and/or Formal Helpers at Home or in Special Accommodation. *Health & Social Care in the Community*, 12(6), 504–516. DOI: **10.1111/j.1365-2524.2004.00519.x**
- Jang, Y., Mortimer, J.A., Haley, W.E., Graves, A.R.B. (2004). The Role of Social Engagement in Life Satisfaction: Its Significance among Older Individuals with Disease and Disability. *Journal of Applied Gerontology*, 23(3), 266–278. DOI: **10.1177/0733564804267579**
- Kancelaria Senatu, Biuro Analiz, Dokumentacji i Korespondencji (2018). *Starzenie się ludności w Unii Europejskiej – stan obecny i prognoza*. Warszawa.
- Kanios, A. (2021). Deinstytucjonalizacja usług społecznych na rzecz seniorów. W: M. Grewiński, J. Lizut (red.), *Deinstytucjonalizacja w polityce społecznej – szanse i zagrożenia* (s. 111–126). Radom: Instytut Naukowo-Wydawniczy „Spatium”.
- Kilian, M. (2020). *Funkcjonowanie osób w starszym wieku*. Warszawa: Difin.
- Kourkouta, L., Monios, A. (2015). Psychosocial Issues in Elderly. *Progress Health Sciences*, 5(1), 232–237.
- Levinson, D.J. (1959). Role, Personality, and Social Structure in the Organizational Setting. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 58(2), 170–180. DOI: **10.1037/h0040261**
- Levinson, D.J. (1977). The Mid-Life Transition: A Period in Adult Psychosocial Development. *Journal for the Study of Interpersonal Processes*, 40(2), 99–112. DOI: **10.1080/00332747.1977.11023925**
- Levinson, D.J. (1978). *The Seasons of a Man's Life*. New York: Knopf.
- Maier, H., Jeune, B., Vaupel, J.W. (Eds.). (2021). *Exceptional Lifespans*. Cham: Springer. DOI: **10.1007/978-3-030-49970-9**
- Maslow, A. (2006). *Motywacja i osobowość*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Mossakowska, M., Więcek, A., Błędowski, P. (2012). *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Warszawa: Termedia Wydawnictwa Medyczne.
- OECD (2013). *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-Term Care*. Pobrane z: https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-good-life-in-old-age_9789264194564-en#page1
- Palloni, A., Pinto, G. (2014). Family Support Networks and Population Ageing in Latin America and the Caribbean. *International Journal of Sociology of the Family*, 40(2), 199–203.
- Paskaleva, D., Tufkova, S. (2017). Social and Medical Problems of the Elderly. *Journal of Gerontology and Geriatric Research*, 6(2–5). DOI: **10.4172/2167-7182.1000431**
- Piorunek, M. (2010). O pomocy, wsparciu społecznym i poradnictwie – prolegomena do teoretycznych rozważań i praktycznych odniesień. W: M. Piorunek (red.), *Pomoc – wsparcie społeczne – poradnictwo. Od teorii do praktyki* (s. 7–14). Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Ribeiro, M., Borges, M., Araujo, T.C. de, Souza, M. (2017). Coping Strategies Used by the Elderly Regarding Aging and Death: An Integrative Review. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(6), DOI: **10.1590/1981-22562017020.170083**
- Szarota, Z. (2010). *Starzenie się i starość w wymiarze instytucjonalnego wsparcia*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Pedagogicznego.

- Szweda-Lewandowska, Z. (2017). Potrzeby opiekuńcze seniorów – perspektywa osób w wieku 75 lat i więcej i ich rodzinnych opiekunów. *Spoleczeństwo i Ekonomia*, (2), 83–93. DOI: **10.15611/sie.2017.2.06**
- Wawrzyniak, J.K. (2014). Adaptacja do starości. W: A. Fabiś, A. Chabior, J.K. Wawrzyniak, *Starzenie się i starość w perspektywie pracy socjalnej* (s. 32–36). Warszawa: Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich.
- World Health Organization (WHO). (2015). *World Report on Ageing and Health 2015*. Pobrane z: <https://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en>
- Zbyrad, T. (2016). Od instytucjonalizacji opieki ku deinstytucjonalizacji. Wyzwania polityki społecznej i szanse rozwoju. W: A. Furmańska-Maruszak, A. Wójtewicz (red.), *Polityka społeczna wobec wyzwań demograficznych i przemian społecznych* (s. 31–48). Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne Akapit.

ABSTRACT

Analysing ageing, fears associated with this phase of life are important research subject. In this context, the following research questions seem to be crucial: What is awareness of the necessity to prepare for this phase of life in terms of planned coping strategies in difficult situations? What strategies of organizing life in old age are the most popular among adult Poles? Do representatives of different age groups differ in this respect and do they have different fears related to old age? This article attempts to answer these questions related to planning for old age. The analyses presented in the text are based on empirical research carried out by means of a diagnostic survey (face-to-face interviews) using a computer-assisted interview questionnaire technique. CAPI (Computer-Assisted Personal Interview) interviews were conducted in respondents' homes on a nationwide random sample of households – 1,006 Poles aged 15 and over. The sampling frame was the PESEL number. The collected data show that, regardless of age, adult Poles strongly prefer strategies for organizing their life in old age based on staying in their own home and using a natural support system based on the primary network, i.e. ties with children, spouse and extended family.

Keywords: ageing; fears; old age; planning for old age; strategies of organizing life in old age