



**WYDZIAŁ
EKONOMICZNO-
SOCJOLOGICZNY**
Uniwersytet Łódzki



Łódzkie Dni Gerontologii

Uniwersytet Łódzki

Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny UŁ

Instytut Statystyki i Demografii

Katedra Demografii

Konferencja naukowa

Łódzkie Dni Gerontologii 2026

Łódź, 10-11 czerwca 2026 r.

STRESZCZENIA REFERATÓW

PATRONATY



PREZYDENT MIASTA ŁÓDZI
HANNA ZDANOWSKA



Patronat Rektora
Uniwersytetu Łódzkiego



Łódzka
Specjalna Strefa
Ekonomiczna

PARTNERZY



Activus
AKADEMIA SENIORA

Dr **Dorota Banaszkiewicz**, Uniwersytet Gdański

Mgr **Teresa Plenikowska-Ślusarz**, Uniwersytet Gdański

Dłuższe życie, ale czy w dobrym zdrowiu? Analiza lat życia w zdrowiu osób starszych w Polsce i Unii Europejskiej w kontekście malejącego potencjału opieki rodzinnej

Postępujące starzenie się ludności należy do najważniejszych wyzwań społeczno-demograficznych współczesnej Europy. Wydłużanie się przeciętnego trwania życia stanowi jedno z największych osiągnięć cywilizacyjnych, jednak coraz częściej pojawia się pytanie, czy dodatkowe lata życia są przeżywane w zdrowiu i samodzielności - czy mamy do czynienia z kompresją niezdrowia ku końcowi życia, czy z jego ekspansją na coraz dłuższy okres starości. Problem ten nabiera szczególnego znaczenia w kontekście rosnącej liczby osób starszych wymagających wsparcia oraz malejących zasobów potencjalnych opiekunów rodzinnych.

Celem pracy jest ocena relacji między dalszym trwaniem życia a dalszym trwaniem życia w zdrowiu osób w wieku 65 lat i więcej w Polsce na tle krajów Unii Europejskiej w latach 2015–2023. Przyjęto hipotezę badawczą zakładającą, że wzrost dalszego trwania życia nie jest w pełni skorelowany ze wzrostem liczby lat przeżywanych w zdrowiu, a skala tych różnic jest zróżnicowana pomiędzy krajami Unii Europejskiej. Jako syntetyczną miarę jakości procesu starzenia zastosowano udział lat przeżywanych w zdrowiu w dalszym trwaniu życia interpretowany jako odsetek pozostałych lat życia przeżywanych bez istotnych ograniczeń funkcjonalnych. Wyniki odniesiono do zmian potencjału opieki rodzinnej, mierzonego liczbą kobiet w wieku 45–64 lata przypadającą na 100 osób w wieku 80 lat i więcej — tradycyjnie głównego zasobu nieformalnej opieki nad niesamodzielnymi seniorami. Wydłużanie życia bez równoczesnego wydłużania życia w zdrowiu, zachodzące przy kurczących się zasobach opieki nieformalnej, tworzy strukturalną lukę opiekuńczą i prowadzi do wzrostu zapotrzebowania na formalne usługi opiekuńcze i opiekę długoterminową.

Badanie opiera się danych wtórnych pochodzących z bazy Eurostatu i GUS obejmujące wskaźniki dalszego trwania życia (Life Expectancy at Age 65) oraz dalszego trwania życia w zdrowiu (Healthy Life Years at Age 65). Analiza koncentruje się na zmianach wartości wskaźników w czasie, różnic między kobietami i mężczyznami oraz na zróżnicowaniu między krajami UE

Dr hab. n. o zdrowiu **Monika Burzyńska**, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Wiek a choroby układu krążenia

Celem prezentacji była ocena roli wieku w epidemiologii chorób układu krążenia oraz omówienie współczesnych wyzwań prewencji sercowo-naczyniowej u osób starszych. Starzenie się populacji, obserwowane także w Polsce, zmienia profil ryzyka i obciążenie systemu ochrony zdrowia. W oparciu o dane GUS, wyniki badań własnych oraz aktualne publikacje dotyczące hipercholesterolemii, nadciśnienia tętniczego i lipoproteiny(a), przedstawiono strukturę wieku populacji, oczekiwaną długość życia, rozpowszechnienie kluczowych czynników ryzyka oraz umieralność z powodu chorób układu krążenia. Omówiono ponadto narzędzia oceny ryzyka dedykowane seniorom, w tym SCORE2-OP, podkreślając konieczność kalibracji modeli do starszych grup wiekowych.

Wyniki wskazują na wyraźny wzrost częstości nadciśnienia tętniczego, zaburzeń lipidowych oraz współwystępowania innych czynników ryzyka wraz z wiekiem. Ponad 70% zgonów sercowo-naczyniowych dotyczy osób w wieku 65 lat i starszych, co utrzymuje choroby układu krążenia jako główną przyczynę zgonów w tej populacji, mimo postępu terapeutycznego i korzystnych zmian stylu życia w ostatnich dekadach. Dodatkowo wykazano zależność pomiędzy stężeniem lipoproteiny(a) a nasileniem zwapnienia tętnic wieńcowych u pacjentów bez rozpoznanej choroby sercowo-naczyniowej, co sugeruje wartość Lp(a) jako markera stratyfikacji ryzyka u osób starszych o pozornie niskim ryzyku.

Wnioski podkreślają konieczność regularnego monitorowania rozpowszechnienia chorób układu krążenia i czynników ryzyka wśród seniorów oraz wdrażania zindywidualizowanych, specyficznych dla wieku strategii prewencji. Kluczowe jest wykorzystanie narzędzi oceny ryzyka dopasowanych do populacji w wieku podeszłym, intensyfikacja kontroli ciśnienia tętniczego i lipidów (w tym uwzględnienie Lp(a)), a także utrwalanie interwencji stylu życia i zwiększenie dostępu do programów profilaktycznych. Dostosowanie działań klinicznych i zdrowia publicznego do dynamiki starzenia się społeczeństwa jest warunkiem ograniczenia umieralności sercowo-naczyniowej i poprawy jakości oraz długości życia osób starszych.

Dr n. o zdrowiu **Elżbieta Działkowska-Zaborszczyk**, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Prof. dr hab. n. o zdrowiu **Małgorzata Piśkała**, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Prof. dr hab. n. med. **Magdalena Kwaśniewska**, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Prof. dr hab. n.med. **Wojciech Drygas**, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Występowanie wielochorobowości wśród osób starszych w świetle wyników badań epidemiologicznych z lat 1990-2014

Wielochorobowość definiowana jako współistnienie co najmniej dwóch chorób przewlekłych u tej samej osoby jest poważnym problemem zdrowotnym współczesnych czasów. Choroby przewlekłe wpływają na jakość życia osób chorych oraz przyczyniają się do wystąpienia zgonów.

Analiza wielochorobowości w Polsce oparta została o dane pochodzące z badań epidemiologicznych reprezentatywnych grup mieszkańców Łodzi przeprowadzonych przez badaczy z Katedry Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w ramach Programu Zintegrowanej Profilaktyki Przewlekłych Chorób Niezakaźnych Światowej Organizacji Zdrowia (Countrywide Integrated NonCommunicable Diseases Intervention Programme, CINDI WHO) w latach 1990/1991, 1995, 2001, dwukrotnych badań mieszkańców Torunia w latach 2001 i 2006 a także w oparciu o dane pochodzące z badania WOBASZII (Wieloośrodkowego Ogólnopolskiego Badania Stanu Zdrowia Ludności Polski) realizowanego w latach 2013/2014 dla mieszkańców miast liczących powyżej 100 tys. mieszkańców.

Dla wszystkich okresów objętych analizą tj. dla lat 1990/1991, 1995, 2001, 2006 i 2013/2014, policzono częstość występowania następujących pięciu chorób: nadciśnienie tętnicze, otyłość, hipercholesterolemia, cukrzyca, choroba wieńcowa. Dla osób w wieku 50-64 lat wielochorobowość dotyczyła 54,5% populacji w pierwszym badaniu (1990/1991) i 70,4% populacji w ostatnim badaniu (2013/2014); w przypadku kobiet odpowiednio 56,9% i 67,0%, a w przypadku mężczyzn 51,3% i 73,6%.

W badaniach przeprowadzonych w latach 2001, 2006 oraz 2013/14 uwzględniono dodatkowo następujące choroby: choroba zwyrodnieniowa stawów i kręgosłupa, reumatoidalne zapalenie stawów, rozedma i przewlekłe zapalenie oskrzeli, astma oskrzelowa, choroby żołądka i dwunastnicy, nowotwory.

Dla osób w wieku 50-64 lat na przestrzeni lat 2001-2013/14 nastąpił wzrost odsetka osób z wielochorobowością z 81,5% w roku 2001 do 86,2% w roku 2013/14; w przypadku kobiet z 82,8% do 85,7% a w przypadku mężczyzn z 79,6% do 86,7%.

Dr hab. **Rafał Iwański**, Uniwersytet Szczeciński

Jak zbudować niewydolny system opieki długoterminowej – kurs dla zaawansowanych

Wystąpienie poświęcone będzie krytycznej analizie aktualnych wyzwań systemu opieki długoterminowej nad niesamodzielnymi osobami starszymi w Polsce. Punktem wyjścia będzie pytanie, czy projektowane zmiany legislacyjne i organizacyjne stanowią realną odpowiedź na pogłębiający się kryzys opieki, czy też mogą prowadzić do utrwalenia dotychczasowych mechanizmów niewydolności systemu. Omówione zostaną w szczególności propozycje nowelizacji ustawy o pomocy społecznej oraz założenia projektu ustawy o koordynacji opieki długoterminowej i osobach starszych.

Analiza zostanie osadzona w kontekście najważniejszych problemów strukturalnych: fragmentacji odpowiedzialności pomiędzy instytucjami, niedostatecznej koordynacji działań pomocy społecznej i ochrony zdrowia, deficytu kadr opiekuńczych, ograniczonej dostępności usług środowiskowych, nierówności terytorialnych w dostępie do wsparcia oraz rosnącego obciążenia rodzin sprawujących opiekę nad osobami starszymi. Szczególna uwaga zostanie poświęcona konsekwencjom utrzymania obecnego modelu organizacji opieki, zwłaszcza w perspektywie postępującego starzenia się ludności, wzrostu liczby osób wymagających długotrwałego wsparcia oraz narastających ograniczeń finansowych, organizacyjnych i kadrowych. Istotne będzie również wskazanie, że brak spójnych mechanizmów finansowania, standaryzacji usług i jasnego podziału kompetencji prowadzi do przenoszenia odpowiedzialności na poziom rodzin, gmin i pojedynczych placówek, które często nie dysponują wystarczającymi zasobami.

W referacie przedstawione zostaną także szanse i zagrożenia związane z wdrażaniem koncepcji deinstytucjonalizacji opieki długoterminowej. Podjęta zostanie refleksja nad tym, czy zmiany w tym obszarze mogą być skutecznie wprowadzane bez rzeczywistej współpracy sektora opieki, jednostek samorządu terytorialnego, podmiotów leczniczych, organizacji społecznych oraz instytucji odpowiedzialnych za projektowanie i wdrażanie rozwiązań publicznych. Szczególne znaczenie ma tu pytanie o udział praktyków, opiekunów rodzinnych i samych osób starszych w procesie tworzenia polityk publicznych. Tak ujęta perspektywa pozwoli pokazać, że reforma opieki długoterminowej nie jest wyłącznie problemem prawnym, lecz także organizacyjnym, społecznym i etycznym. Celem wystąpienia będzie ocena, czy proponowane reformy mogą przyczynić się do budowy spójnego, dostępnego i odpowiedzialnego systemu wsparcia, czy też mimo deklarowanej modernizacji, grożą reprodukowaniem rozwiązań pozornych, które nie zmieniają logiki funkcjonowania systemu, lecz jedynie przesuwają koszty i odpowiedzialność pomiędzy instytucjami.

dr Alicja Jajko-Siwiek, prof. UEP, Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu

Dobrostan emerytalny osób starszych w Polsce: czynniki ryzyka, segmentacja potrzeb i kierunki wsparcia

Dobrostan emerytalny osób starszych w Polsce stanowi ważny wymiar jakości życia w późnej dorosłości oraz istotne wyzwanie dla polityki senioralnej i praktyki gerontologicznej. Starzenie się ludności wymaga nie tylko opisu zmian demograficznych, lecz także rozpoznania czynników, które wiążą się z niższą jakością życia po zakończeniu aktywności zawodowej. Szczęólnego znaczenia nabiera identyfikacja grup seniorów wymagających większego wsparcia oraz wskazanie takich obszarów interwencji, które mogą realnie wzmacniać dobrostan w codziennym funkcjonowaniu.

Analizę przeprowadzono na podstawie danych SHARE dla Polski z 9. rundy badania. Badaną populację stanowiły osoby starsze pozostające na emeryturze, a dobrostan mierzono indeksem CASP, odnoszącym się do jakości życia w późnej dorosłości. Po procedurze oczyszczania i selekcji danych w analizie wykorzystano zestaw 14 zmiennych obejmujących uwarunkowania zdrowotne, ekonomiczne, poznawcze, sprawnościowe oraz elementy codziennego funkcjonowania.

Celem badania jest rozpoznanie czynników związanych z niższą jakością życia po przejściu na emeryturę oraz identyfikacja segmentów osób starszych o większych potrzebach pomocowych. W postępowaniu empirycznym połączono klasyczne metody ekonometryczne z metodami uczenia maszynowego. Zastosowano model regresji liniowej OLS, drzewo decyzyjne oraz modele gradient boosting, w tym LightGBM. Interpretację predykcji uzupełniono wartościami SHAP, które pozwalają wskazać, które cechy najsilniej podwyższają lub obniżają przewidywany poziom dobrostanu. Dodatkowo przeprowadzono segmentację seniorów, wyodrębniając grupy różniące się poziomem CASP oraz profilem potrzeb.

Wyniki wskazują, że poziom dobrostanu emerytalnego osób starszych w Polsce jest szczególnie powiązany z ograniczeniami zdrowotnymi, liczbą chorób przewlekłych, trudnościami ruchowymi, poziomem aktywności, zasobami finansowymi oraz wybranymi wskaźnikami sprawności poznawczej i fizycznej. Szczęólnie trudności występują u osób, u których kumulują się problemy zdrowotne i ekonomiczne. Uzyskane wyniki pozwalają określić obszary interwencji, które mogą względnie szybko poprawić dobrostan osób starszych, zwłaszcza w zakresie zdrowia, sprawności, aktywności, bezpieczeństwa finansowego i wsparcia funkcji poznawczych. Opracowanie wskazuje także na możliwość wykorzystania modeli predykcyjnych i interpretowalnych metod uczenia maszynowego w diagnozie potrzeb seniorów oraz w projektowaniu bardziej spersonalizowanych działań w ramach polityki senioralnej i praktyki gerontologicznej.

Prof. dr hab. **Piotr Jankowski**, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

Jak dodać życia do lat?

Wydłużanie życia to jedno z najważniejszych osiągnięć współczesnej medycyny i zdrowia publicznego, lecz miarą postępu staje się dziś nie tylko liczba przeżytych lat, ale także ich jakość: sprawność, samodzielność i dobrostan. W referacie przedstawiono czynniki determinujące długowieczność oraz zdrowe starzenie, łącząc perspektywę kliniczną i populacyjną. Omówiono kluczowe filary profilaktyki chorób przewlekłych, ze szczególnym naciskiem na choroby sercowo-naczyniowe, które pozostają główną przyczyną zgonów i niesprawności w starszym wieku. Zostały przedstawione dowody dotyczące wpływu regularnej aktywności fizycznej, zbilansowanego żywienia, kontroli masy ciała, ograniczenia spożycia soli i produktów przetworzonych oraz modyfikacji stylu życia obejmującej zaprzestanie palenia i umiarkowane spożycie alkoholu.

Szczególną uwagę poświęcono wczesnej profilaktyce – od prewencji pierwotnej w wieku dorosłym, przez prewencję wtórną opartą na regularnych badaniach kontrolnych (m.in. pomiar ciśnienia, lipidogram, glikemia, badania przesiewowe), po prewencję trzeciorzędową zmniejszającą ryzyko powikłań. Omówiono rolę szczepień ochronnych w redukowaniu poważnych infekcji, które u osób starszych często prowadzą do pogorszenia funkcjonowania i utraty niezależności. Podkreślono znaczenie aktywności kognitywnej, snu, zdrowia psychicznego, relacji społecznych i środowiska sprzyjającego mobilności jako komponentów dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego.

W części dotyczącej zdrowia publicznego zaprezentowano interwencje populacyjne i polityki wspierające pomyślne starzenie się: edukację zdrowotną, tworzenie „przyjaznych starzeniu” przestrzeni, ułatwienia w dostępie do profilaktyki, cyfrowe narzędzia monitorowania ryzyka oraz modele opieki koordynowanej i medycyny prewencyjnej zorientowanej na personalizację zaleceń. Przedstawiono także znaczenie równości w zdrowiu i adresowania społecznych determinant zdrowia, które warunkują możliwość utrzymania zdrowia w późniejszym życiu. Całość dopełniono przeglądem mierników jakości starzenia (zdrowe lata życia, sprawność funkcjonalna, kalibracja ryzyka) oraz zestawem praktycznych rekomendacji pozwalających wydłużać życie w zdrowiu, minimalizować okres niesprawności i wzmacniać samodzielność w starszym wieku.

Dr Dorota Kałuża-Kopias, Uniwersytet Łódzki

Zróżnicowanie postaw wobec zmiany miejsca zamieszkania wśród osób w wieku przedemerytalnym

W przypadku osób starszych zjawisko migracji jest procesem specyficznym, który nie podlega tym samym prawidłowościom, jak przeprowadzki osób młodszych. Osoby starsze z natury niechętnie zmieniają wieloletnie miejsce zamieszkania. Często przeprowadzka ma charakter wymuszony i jest związana z zapewnieniem opieki lub problemami finansowymi.

Celem niniejszego wystąpienia jest pokazanie zróżnicowanych postaw wobec zmiany miejsca zamieszkania wśród osób w wieku 50–64 lata. Do analizy posłużyły dane z reprezentatywnej próby osób w wieku przedemerytalnym (N=1511) zgromadzone w trakcie realizacji projektu *"Przygotowanie do starości. Polacy w wieku przedemerytalnym o swojej przyszłości"*.

Wyniki analizy wskazują, że stabilność mieszkaniowa jest dominującą strategią wśród osób po 50. roku życia. Plany zmiany miejsca zamieszkania po przejściu na emeryturę dotyczą niewielkiej grupy respondentów i często nie są jeszcze konkretnie sprecyzowane. Tam, gdzie rozważana jest zmiana, najczęściej motywowana jest ona czynnikami ekonomicznymi (niższe koszty utrzymania) lub potrzebą dostosowania warunków mieszkaniowych do wieku i stanu zdrowia.

Prof. dr hab. n.med. **Tomasz Kostka**, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Wyzwania dla opieki geriatrycznej

Opieka geriatryczna stanowi jedno z kluczowych wyzwań współczesnych systemów ochrony zdrowia, co wynika przede wszystkim z postępującego starzenia się społeczeństwa. W Polsce i wielu krajach europejskich rośnie odsetek osób w wieku podeszłym, co prowadzi do zwiększonego zapotrzebowania na usługi medyczne, opiekę długoterminową oraz wsparcie społeczne. Zjawisko to wiąże się z istotnymi konsekwencjami organizacyjnymi i finansowymi dla systemu opieki zdrowotnej.

Jednym z najważniejszych problemów jest wielochorobowość, typowa dla wieku podeszłego. Osoby starsze często cierpią na kilka chorób przewlekłych jednocześnie, co komplikuje proces leczenia i zwiększa ryzyko powikłań oraz hospitalizacji. Wymaga to skoordynowanej, wielospecjalistycznej opieki oraz indywidualnego podejścia do pacjenta.

Kolejnym wyzwaniem jest niedobór kadr medycznych, szczególnie lekarzy geriatrów i wyspecjalizowanych opiekunów. Wraz ze wzrostem liczby seniorów rośnie zapotrzebowanie na personel medyczny, co prowadzi do przeciążenia systemu i ograniczonego dostępu do świadczeń. Problemem pozostaje także niewystarczająca koordynacja opieki oraz bariery w dostępie do usług zdrowotnych.

Istotnym aspektem są również kwestie społeczne, takie jak samotność, izolacja oraz ubóstwo osób starszych, które negatywnie wpływają na ich zdrowie i jakość życia. Dodatkowo zmiany w strukturze rodzin i migracje utrudniają zapewnienie opieki nieformalnej.

Podsumowując, wyzwania dla opieki geriatrycznej mają charakter wielowymiarowy i obejmują problemy demograficzne, medyczne, organizacyjne i społeczne. Ich rozwiązanie wymaga kompleksowych działań systemowych oraz integracji opieki zdrowotnej i społecznej.

dr Kinga Kowalewska, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Spoleczno-kulturowy obraz seniorów w społeczeństwie polskim i niemieckim

Wystąpienie podejmuje analizę społeczno-kulturowego obrazu seniorów w społeczeństwie polskim i niemieckim, koncentrując się na porównaniu postrzegania osób starszych, ich roli społecznej oraz miejsca w strukturze współczesnych społeczeństw starzejącej się Europy. Celem opracowania jest ukazanie podobieństw i różnic wynikających z odmiennych uwarunkowań historycznych, ekonomicznych i kulturowych obu krajów. W pracy wykorzystano analizę literatury przedmiotu, raportów demograficznych oraz badań własnych dotyczących stereotypizacji starości, aktywności seniorów i polityki senioralnej. Wyniki analizy wskazują, że zarówno w Polsce, jak i w Niemczech obserwuje się proces redefinicji społecznego wizerunku osób starszych. Tradycyjny obraz seniora jako osoby zależnej i wycofanej społecznie stopniowo ustępuje modelowi aktywnego uczestnika życia społecznego, zawodowego i kulturalnego. Jednocześnie w obu społeczeństwach nadal obecne są stereotypy związane z nieproduktywnością, wykluczeniem cyfrowym czy obciążeniem systemu opieki społecznej. W Niemczech większy nacisk kładzie się na aktywne starzenie się i samodzielność seniorów, co wiąże się z rozwiniętym systemem wsparcia społecznego oraz wyższym poziomem zabezpieczenia socjalnego. W Polsce natomiast silniejszą rolę odgrywają więzi rodzinne i tradycyjny model opieki międzypokoleniowej, choć obserwuje się rosnące znaczenie instytucjonalnych form wsparcia seniorów. Podkreśla się, że sposób postrzegania osób starszych wpływa na ich jakość życia, poziom integracji społecznej oraz skuteczność polityki społecznej wobec starzejącego się społeczeństwa, natomiast analiza porównawcza pozwala wskazać kierunki działań sprzyjających przeciwdziałaniu ageizmowi oraz budowaniu pozytywnego i inkluzywnego obrazu starości w Europie.

Między troską a biznesem. Wsparcie pracodawców wobec nieformalnych opiekunów osób starszych

Starzenie się społeczeństw tworzy nową rzeczywistość na rynku pracy: coraz więcej zatrudnionych osób łączy aktywność zawodową z nieformalną opieką nad niesamodzielnymi osobami starszymi. Szacuje się, że w Polsce opiekę taką sprawuje około 2 milionów osób, a jej niewidzialność w strukturach organizacyjnych generuje realne koszty: absencję, prezenteizm, przedwczesne wycofanie z rynku pracy, a przede wszystkim pogorszenie zdrowia i dobrostanu pracowników – opiekunów, co nie pozostaje bez wpływu na ich pracę. Tymczasem pracodawcy rzadko dostrzegają tę grupę, a jeśli już reagują, to w sposób doraźny i niesystemowy.

Celem wystąpienia jest omówienie możliwych form wsparcia pracodawców wobec nieformalnych opiekunów osób starszych w kontekście rozwijania organizacji jako pracodawcy opiekuńczego (*care-friendly employer*), autorskiego terminu i modelu wypracowanego przez autorkę w ramach przygotowywanej pracy doktorskiej¹. Model opisuje organizację, która w sposób systemowy identyfikuje, uznaje i wspiera pracowników pełniących role opiekuńcze wobec osób starszych. Koncepcja sytuuje się na styku trzech perspektyw: welfare mix i familizmu subsydiarnego, społecznej odpowiedzialności biznesu (CSR) oraz geragogiki i organizacji uczącej się.

W trakcie wystąpienia przedstawiona zostanie także autorska propozycja typologii pracodawców zatrudniających pracowników-nieformalnych opiekunów: od obojętnego, przez reaktywnego i systemowego, po zintegrowanego pracodawcę opiekuńczego. Szczególna uwaga zostanie poświęcona roli doradztwa gerontologicznego i organizacji uczącej się, jako narzędzi wdrożenia modelu w praktyce zarządzania.

Wystąpienie wpisuje się w nurt gerontologii opiekuńczej i kierowane jest zarówno do badaczy, jak i praktyków HR oraz polityki społecznej. Odpowiada na pytanie: dlaczego wsparcie pracowników - opiekunów przestało być kwestią dobrej woli pracodawcy i stało się nowym wymiarem odpowiedzialności organizacyjnej wobec starzejącego się społeczeństwa.

¹ Praca doktorska powstaje pod opieką naukową dr hab. Zofii Szaroty, prof. Akademii WSB w Dąbrowie Górniczej

Mgr Krystyna Motyka-Parzych, Dzienny Dom "Senior+"

Między samotnością a aktywnością , jak Dzienny Dom "Senior+" zmienia jakość życia seniorów na wsi

Celem opracowania jest przedstawienie działalności Dziennego Domu „Senior+” w Woli Karczewskiej, który mieści się na terenie gminy wiejskiej. Przedstawiony materiał obejmuje analizę danych z lat 2021–2025, wyniki przeprowadzonych ankiet, frekwencje uczestników, działania realizowane w ramach Program Wieloletniego "Senior+" na lata 2021-2025. W opracowywaniu zawarto również dane z roku 2026. Od 2021-2026 r. wykorzystano maksymalną ilość miejsc, która w roku 2023 z 30 zwiększyła się do 32 osób dziennie. Średnia frekwencja w badanym okresie wynosiła 94,8 %. Analiza ankiet i rozmów z seniorami wykazała, iż 77,3% odczuwała samotność, smutek, apatię i przygnębienie. Główną przyczyną zapisania się do DD „Senior+” była potrzeba kontaktu z innymi ludźmi, wsparcie i zachęta ze strony znajomych i członków najbliższej rodziny. W latach 2021-2025 działania DD „Senior+” obejmowały wsparcie z zakresu: terapii zajęciowej, kinezyterapii, edukacji zdrowotnej, konsultacji psychologicznych. W ramach programu realizowano działania międzypokoleniowe (wolontariat), aktywność kulturalną, usługi edukacyjne, aktywność sportowo-rekreacyjną, usługi socjalne, pozostałe (m.in. fryzjerskie, kosmetyczne). Z przeprowadzonych badań wynika, iż najważniejszą zmianą dla seniorów jest zmiana w relacjach społecznych i funkcjonowaniu społecznym, którą deklaruje 100% badanych (przynależność do grupy, nawiązanie nowych znajomości, przyjaźni). Równocześnie 35,7% badanych najbardziej obawia się utraty zdrowia (niesprawność psychiczna i fizyczna 35,7%) oraz powrotu do samotności (35,7%).

Dr **Agata Mróz**, Polski Instytut Ekonomiczny

Starzenie się i depopulacja a finanse gmin: ukryte koszty zmian demograficznych

Procesy depopulacji i starzenia się społeczeństwa stają się jednym z najważniejszych długookresowych wyzwań dla funkcjonowania samorządów lokalnych w Polsce. Celem artykułu jest analiza wpływu depopulacji i starzenia się społeczeństwa na sytuację finansową gmin w Polsce. Punktem wyjścia jest założenie, że procesy demograficzne oddziałują na finanse lokalne poprzez trzy powiązane kanały: dochodowy, wydatkowy oraz transferów zewnętrznych. Spadek liczby mieszkańców i starzenie się populacji mogą osłabiać lokalną bazę ekonomiczną i ograniczać dynamikę dochodów własnych. Jednocześnie koszty świadczenia usług publicznych reagują w ograniczonym stopniu na zmiany liczby mieszkańców, co prowadzi do wzrostu kosztów jednostkowych w gminach depopulacyjnych.

Analiza została przeprowadzona dla wszystkich gmin w Polsce z wykorzystaniem danych Banku Danych Lokalnych GUS oraz sprawozdań budżetowych JST Ministerstwa Finansów. W badaniu zastosowano modele panelowe, analizy przekrojowe oraz analizę kontrfaktyczną szacującą fiskalny koszt depopulacji.

Wyniki wskazują, że depopulacja działa przede wszystkim jako mechanizm stopniowej erozji lokalnej bazy ekonomicznej. W gminach bez miast na prawach powiatu spadek liczby mieszkańców o 1% wiąże się przeciętnie ze spadkiem dochodów własnych o ok. 0,4%, natomiast w miastach na prawach powiatu zależność ta jest ponad dwukrotnie silniejsza. Jednocześnie w gminach depopulacyjnych wyższe są wydatki per capita na administrację, edukację oraz pomoc społeczną. W 2024 r. około 24% gmin przeznaczało na te cele więcej środków niż wynosiły ich dochody własne.

Istotnym wynikiem badania jest również obserwacja, że depopulacja nie prowadzi automatycznie do ograniczania inwestycji samorządowych. W wielu gminach utrzymywana jest relatywnie wysoka aktywność inwestycyjna mimo kurczącej się liczby mieszkańców, co jest częściowo związane z dostępem do środków zewnętrznych, lokalną logiką polityczną oraz koniecznością utrzymania i modernizacji istniejącej infrastruktury.

Analiza kontrfaktyczna wskazuje, że gdyby skala depopulacji była o połowę mniejsza niż w rzeczywistości, dochody własne gmin i miast na prawach powiatu byłyby w 2024 r. wyższe łącznie o ok. 2,6 mld zł.

Prof. dr hab. n. o zdrowiu **Malgorzata Pikala**, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Trendy umieralności z powodu najczęstszych przyczyn zgonów mieszkańców Polski w wieku 65 lat i więcej w latach 2000-2022

Wstęp: Trendy demograficzne wskazują na rosnącą liczbę osób starszych, co wymaga stałego monitorowania stanu zdrowia tej subpopulacji.

Materiał i metody: Materiał badawczy stanowiła baza danych zawierająca informacje o wszystkich zgonach mieszkańców Polski w wieku 65 lat i więcej (w dwóch grupach wieku: wczesnej starości (65-74 lata) i późnej starości (75+)) w latach 2000-2022, pozyskana z Głównego Urzędu Statystycznego na potrzeby badań epidemiologicznych prowadzonych w Zakładzie Epidemiologii i Biostatystyki Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Liczba zgonów uwzględnionych w analizie statystycznej wyniosła 6,645,408. W badaniu uwzględniono 5 najważniejszych klas przyczyn zgonów, odpowiedzialnych łącznie za około 80% wszystkich zgonów mieszkańców Polski w wieku 65+. Policzono standaryzowane współczynniki zgonów (ang. Standardized Death Rates - SDR). Analizę trendów czasowych standaryzowanych współczynników zgonów przeprowadzono za pomocą programu Joinpoint Regression.

Wyniki: SDR z powodu chorób układu krążenia zmniejszały się w latach 2000-2022 we wszystkich czterech analizowanych grupach płci i wieku. Zmiany we współczynnikach zgonów z powodu nowotworów złośliwych miały różne kierunki w zależności od płci - zmniejszały się wśród mężczyzn w wieku wczesnej i późnej starości, okresowo zmniejszały się i rosły w obu grupach wieku wśród kobiet. W klasie chorób układu oddechowego tylko w grupie mężczyzn w wieku 75+ zaobserwowano stały spadek wartości współczynników umieralności. W pozostałych trzech analizowanych podgrupach od pewnego czasu wartości SDR wzrastały. W umieralności z powodu chorób układu trawiennego od kilku lat można zauważyć niekorzystne zmiany w trendach we wszystkich analizowanych podgrupach. Standaryzowane współczynniki zgonów z powodu zewnętrznych przyczyn zgonów we wszystkich czterech podgrupach w ostatnich kilku latach analizy miały trendy wzrastające, przy czym wzrost ten był istotny statystycznie tylko wśród mężczyzn i kobiet w wieku późnej starości.

Wnioski: Przeprowadzona analiza trendów umieralności osób w wieku 65 lat i więcej zwraca uwagę na duże zmiany w strukturze przyczyn zgonów, wskazujące na potrzebę dostosowania do tych zmian systemu opieki zdrowotnej.

Dr **Marek Piotrowski**, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

W kierunku immersyjnej edukacji medycznej. Koncepcja wykorzystania technologii VR w kształceniu opiekuna medycznego

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), systemy opieki zdrowotnej mogą funkcjonować wyłącznie dzięki pracownikom ochrony zdrowia, a poprawa dostępności usług zdrowotnych oraz zapewnienie prawa do najwyższego osiągalnego standardu zdrowia zależą od ich dostępności, osiągalności, akceptowalności i jakości. WHO szacuje, że do 2030 roku globalny niedobór pracowników ochrony zdrowia osiągnie około 11 milionów, przede wszystkim w krajach o niskim i średnim dochodzie. Warto zaznaczyć, że kraje na wszystkich poziomach rozwoju społeczno-ekonomicznego mierzą się w różnym stopniu z wyzwaniami związanymi z kształceniem, zatrudnieniem, rozmieszczeniem, utrzymaniem oraz efektywnością personelu medycznego.

W związku z tym istnieje potrzeba poszukiwania rozwiązań wymagających między innymi transformacji sposobu świadczenia usług opieki zdrowotnej, w tym redefinicji tego, kto sprawuje opiekę, w jaki sposób jest ona realizowana oraz jak zapewniany jest dostęp do świadczeń. Celem niniejszego opracowania jest diagnoza potencjału technologii wirtualnej rzeczywistości (VR) w rozwiązywaniu systemowych wyzwań związanych z kształceniem kadr ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem szkolenia opiekuna medycznego a także przedstawienie koncepcji projektu „CARELAB” jako innowacyjnego rozwiązania cyfrowego wspierającego rozwój zarówno praktycznych kompetencji opiekuńczych, jak i kompetencji miękkich.

W tym kontekście nowoczesne technologie, w szczególności wirtualna rzeczywistość (VR), stają się nie tylko wartościowym uzupełnieniem, lecz realnym rozwiązaniem problemów systemowych. VR umożliwia immersyjne szkolenie w realistycznym i w pełni kontrolowanym środowisku, w którym uczestnicy mogą wielokrotnie ćwiczyć procedury medyczne, higieniczne oraz komunikacyjne tak często, jak jest to potrzebne, bez jakiegokolwiek ryzyka dla pacjentów. Wirtualna rzeczywistość nie tylko pozwala na doskonalenie technik opieki, ale także wspiera rozwój kompetencji miękkich, takich jak empatia, komunikacja w sytuacjach kryzysowych oraz radzenie sobie ze stresem.

Dr hab. **Agnieszka Rossa**, Uniwersytet Łódzki

Konwergencja podwójnego starzenia w Polsce – ujęcie czasowo-przestrzenne

Celem referatu jest analiza regionalnych zróżnicowań procesu starzenia się ludności w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem podwójnego starzenia. Badanie oparto na syntetycznym wskaźniku oraz analizie konwergencji, trajektorii, skupień oraz profili demograficznych. Wyniki wskazują na występowanie sigma- i β konwergencji, co oznacza, że regiony mniej zaawansowane starzeją się szybciej, jednak siła konwergencji jest ograniczona. Analiza trajektorii ujawnia przetasowania głównie w grupie regionów o średnim poziomie starzenia, przy jednoczesnej stabilności skrajnych grup. Wyodrębniono trzy skupienia demograficzne odpowiadające różnym fazom starzenia, których profile wskazują na pogłębianie się podwójnego starzenia oraz dominującą rolę czynników strukturalnych w kształtowaniu dynamiki tego procesu.

Mgr **Lidia Sobolewska**, Fundacja MILON

Jestem seniorem - żyję z wigorem, czyli o czynnikach wpływających na aktywność, a zarazem jakość codziennego funkcjonowania osób starszych

Najlepszym sposobem na zachowanie aktywności jest... aktywność.

Tę aktywność staram się pielęgnować i podsycać u Seniorów. Moje doświadczenia pokazują, że seniorzy często chcą być aktywni, i wielu jest, ale jest też wielu (szczególnie mieszkających w małych miejscowościach, na wsi), którzy trzymają się przekonania, że im nie wypada, obawiają się opinii sąsiedzkiej. Z drugiej strony mówią, że obawiają się utraty niezależności, samotności, a także demencji. Aktywność i pozytywne relacje społeczne to dobra droga ku niwelowaniu, spowalnianiu tych zagrożeń. Dlatego warto pokazywać, że można i warto być aktywnym.

Moim sposobem na aktywizowanie seniorów są treningi pamięci z elementami psychoedukacji, podczas których staram się przełamywać wizerunek starości, pokazywać, że to kolejny ważny etap w życiu, który pomimo, że przynosi nam pewne „słabości”, to też ma walory. Podczas tych spotkań stwarzam seniorom warunki, by rozpoznawali swój potencjał, by widzieli nad czym warto popracować, ale też by nie bali się odkrywać, pokazywać i czerpać ze swoich mocnych stron. By odważali się wdrażać w życie to co im sprawia radość. W efekcie tych spotkań seniorzy doświadczają, że to ich własne wybory w istotnym stopniu determinują jakość ich codziennego funkcjonowania. Że można żyć z chorobą „w tle”, a jednocześnie czerpać z życia ile się da.

A co zrobić, by seniorzy chcieli uczestniczyć w licznych działaniach? Tu istotną rolę odgrywa świadomość, że osoby starsze coraz bardziej filtrują co jest im potrzebne, a co nie. Pomocna będzie dobrze przeprowadzona diagnoza potrzeb uczestników, a także kadra o wysokich kompetencjach – ktoś z kim seniorzy rzeczywiście będą chcieli pracować.

Dr hab. **Justyna Wiktorowicz**, Uniwersytet Łódzki, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Komitet Nauk o Pracy i Polityce Społecznej PAN

Ekonomiczne aspekty przygotowania do starości - perspektywa osób w wieku przedemerytalnym

Przygotowanie do starości, rozumiane jako przygotowanie się do pojawienia się w życiu punktów zwrotnych związanych z emeryturą, może być też określane jako przygotowanie do długiego życia. Z perspektywy indywidualnej należy spojrzeć na nie w płaszczyźnie ekonomicznej, zdrowotnej, edukacyjnej, rodzinnej, czy konsumpcyjnej. W prezentacji uwaga skupiona zostanie na wymiarze ekonomicznym, ze szczególnym uwzględnieniem sfery zawodowej i jej relacji ze sferą finansową. Przedstawione zostaną strategie, jakie przyjmują w tym zakresie osoby w wieku przedemerytalnym, tj. kobiety w wieku 50-59 lat i mężczyźni w wieku 55-64 lata.

Analiza opiera się na wynikach ogólnopolskiego reprezentatywnego badania kwestionariuszowego (n = 1511), przeprowadzonego w ramach projektu „Przygotowanie do starości. Polacy w wieku przedemerytalnym o swojej przyszłości”, realizowanego przez Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, finansowanego ze środków Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego w ramach programu „Nauka dla Społeczeństwa II”. Strategie przygotowania do starości opracowane zostały z wykorzystaniem dwustopniowej analizy skupień.

Wyodrębnione strategie w wymiarze zawodowym, jak i finansowym, korespondują przede wszystkim z teorią cyklu życia. Strategie zawodowe odzwierciedlają zróżnicowanie trajektorii przejścia z pracy na emeryturę – od sprawczego zarządzania późną karierą po pełne podporządkowanie ramom instytucjonalnym, w tym pełne wycofanie z rynku pracy. Podobnie, strategie finansowe odzwierciedlają mechanizm kumulacji przewag i deficytów w przebiegu życia, w którym osoby lepiej wykształcone, o stabilnej pozycji zawodowej i korzystniejszej sytuacji materialnej, dysponują większą zdolnością do planowania długoterminowego i realnego zabezpieczania przyszłości. Ważnym wyznacznikiem przyjmowanych strategii jest także orientacja temporalna, ale też wiedza emerytalna i postawy wobec pracy, jak również zdolność do pracy, sytuacja rodzinna i specyfika miejsca zamieszkania. Strategie w wymiarze zawodowym korespondują przy tym z przygotowaniem do starości w obszarze finansowym.

Mgr **Jakub Wróblewski**, Uczelnia Korczaka, Sektorowa Rada ds. Kompetencji

Kompetencje w sektorze usług opiekuńczych – wyniki badań i kierunki działań Sektorowej Rady ds. Kompetencji

Postępujące zmiany demograficzne, objawiające się bezprecedensowym procesem starzenia się polskiego społeczeństwa, determinują konieczność szybkiego i strukturalnego rozwoju sektora opiekuńczego. Zjawisko to stawia przed rynkiem usług opiekuńczych krytyczne wyzwania, które wymagają systemowych odpowiedzi. Obejmują one zarówno pilną potrzebę ewolucji oraz redefinicji kompetencji obecnych kadr, jak i konieczność podjęcia intensywnej, międzysektorowej walki o pozyskanie nowych pracowników. W tym kontekście, misją Sektorowej Rady ds. Kompetencji (SRK) staje się strategiczne i systemowe wspieranie branży w obu tych kluczowych obszarach.

W trakcie planowanego wystąpienia zaprezentowane zostaną główne kierunki działań Rady oraz szczegółowo uzasadniona zostanie waga prowadzenia rzetelnej, opartej na dowodach analityki potrzeb personelu opiekuńczego. W sposób szczególny prelegent wskaże, dlaczego pogłębione analizy realiów branżowych są niezbędne w procesie dekonstrukcji powszechnych, aczkolwiek szkodliwych mitów. Szczegółowej dyskusji poddane zostaną między innymi nadmiernie uproszczone wizje automatycznego uzupełniania luk kadrowych wyłącznie za pomocą procesów migracyjnych, a także technokratyczne założenia dotyczące pełnej robotyzacji opieki senioralnej w najbliższym czasie.

Prezentacja w sposób kompleksowy przybliży wyniki najnowszych badań ilościowych i jakościowych, realizowanych przez SRK. Ośrodkiem ciężaru wystąpienia będzie identyfikacja istniejących niedoborów oraz długofalowa prognoza zapotrzebowania na nowe umiejętności – ze szczególnym uwzględnieniem kompetencji cyfrowych, psychogeriatrycznych oraz zaawansowanych umiejętności społecznych – wśród pracowników zajmujących się osobami starszymi. Przedstawione wnioski i rekomendacje mają stanowić merytoryczną bazę do projektowania przyszłych polityk publicznych, strategii zatrudnienia oraz nowoczesnych programów edukacyjnych dedykowanych całemu sektorowi opiekuńczemu.

dr hab. **Magdalena Zadworna**, Uniwersytet Łódzki

Szczęśliwi po 60-tce. Uwarunkowania dobrostanu psychicznego osób starszych

Dobrostan psychiczny w późnej dorosłości jest kluczowym wskaźnikiem zdrowego starzenia się, jednak mechanizmy leżące u jego podstaw wciąż nie są w pełni poznane. Dotychczasowe badania wskazują, że zasoby psychologiczne oraz czynniki związane ze stylem życia pełnią istotną rolę w utrzymaniu wysokiego poziomu dobrostanu w późnym wieku. Celem podjętych badań było ustalenie poziomu i uwarunkowań (zarówno predyktorów, jak i mediatorów) dobrostanu psychicznego osób po 60. roku życia.

Badania miały charakter podłużny (dwa pomiary w odstępie sześciu miesięcy), a w obu etapach pomiaru uczestniczyło 200 osób w wieku 60–87 lat. W badaniach wykorzystano kwestionariusz do pomiaru dobrostanu, mądrości, samowspółczucia, postaw wobec starzenia się, zachowań zdrowotnych seniorów i ankietę własną.

Wyniki badań wskazały, że dobrostan osób starszych uwarunkowany jest współdziałaniem czynników psychologicznych i związanych ze stylem życia, przy czym kluczową rolę bezpośrednią odgrywają pozytywne postawy wobec starzenia się, samowspółczucie oraz zachowania prozdrowotne. Mądrość pośrednio przyczynia się do wzrostu dobrostanu w czasie, oddziałując zarówno na zasoby osobiste, jak i prozdrowotny styl życia.

Uzyskane wyniki wskazują na zasadność projektowania interwencji wspierających zdrowe starzenie się, ukierunkowanych na rozwój mądrości oraz promowanie samowspółczucia, adaptacyjnych postaw wobec starzenia się i zachowań zdrowotnych w późnym wieku.

Dr Marika Ziemba, Uniwersytet Łódzki

Czy bariery cyfrowe mają znaczenie? Wyjaśnianie aktywności finansowej poza czynnikami społeczno-demograficznymi

Celem artykułu jest analiza znaczenia barier cyfrowych w kształtowaniu aktywności finansowej seniorów, z uwzględnieniem czynników społeczno-demograficznych. W warunkach postępującej cyfryzacji usług finansowych rośnie znaczenie kompetencji technologicznych, szczególnie wśród osób starszych, które są bardziej narażone na wykluczenie cyfrowe. W badaniu wykorzystano dane ankietowe (N=112) oraz analizę regresji hierarchicznej, co pozwoliło na ocenę względnej siły wpływu poszczególnych determinant.

Wyniki wskazują, że bariery cyfrowe stanowią istotny predyktor aktywności finansowej. Czynniki demograficzne nie wykazały stabilnego wpływu, natomiast znaczenie innych form aktywności, w tym społecznej i indywidualnej, było ograniczone. Dodatkowo stwierdzono, że bariery cyfrowe są uwarunkowane głównie czynnikami strukturalnymi, takimi jak wiek, poziom wykształcenia oraz aktywność zawodowa.

Uzyskane rezultaty podkreślają kluczową rolę inkluzji cyfrowej w wyjaśnianiu zachowań finansowych oraz wskazują, że ograniczanie barier technologicznych może być istotniejsze niż oddziaływanie tradycyjnych czynników demograficznych.