Niepełnosprawni seniorzy – problemy operacjonalizacji pojęcia

Joanna Wojtyńska

<https://orcid.org/0000-0001-5559-4043>

Polskie Towarzystwo Ewaluacyjne

Polskie Towarzystwo Socjologiczne

Streszczenie

Z roku na rok rośnie liczba badań i publikacji poświęconych różnym kwestiom związanym z niepełnosprawnością oraz opracowań podejmujących tematykę starości i starzenia się społeczeństwa. Wciąż jednak niewiele prac i badań skupia się na specyficznych problemach niepełnosprawnych seniorów. W artykule podjęto próbę zoperacjonalizowania pojęcia starszej osoby z niepełnosprawnością, ze szczególnym uwzględnieniem definicji niepełnosprawności zaproponowanej przez WHO i definicji osoby niepełnosprawnej przyjętej przez ONZ. Przedstawiono kryteria wyznaczające tzw. progi starości, a także dokonano przeglądu kryterium wieku stosowanego w badaniach społecznych i statystycznych oraz w oficjalnych dokumentach i aktach prawnych, dotyczących polityki senioralnej. Zwrócono uwagę na różne aspekty związane z definiowaniem pojęcia niepełnosprawności i „osób niepełnosprawnych”. Przedstawiono kryteria stosowane w badaniach dedykowanych tej grupie osób oraz opracowaniach GUS. Na zakończenie zaprezentowane zostało porównanie statystyk określających populację niepełnosprawnych seniorów w zależności od przyjętego kryterium niepełnosprawności.

Słowa kluczowe

niepełnosprawność, starość, osoba niepełnosprawna, osoba starsza, niepełnosprawny senior.

W ciągu ostatniej dekady przeprowadzono w Polsce wiele badań dotyczących różnych aspektów zjawiska niepełnosprawności. Powstało również wiele publikacji naukowych poświęconych osobom niepełnosprawnym i polityce wobec niepełnosprawności. Podstawowymi podejmowanymi w nich tematami są kwestie zatrudnienia i aktywizacji zawodowej, rehabilitacji oraz edukacji dzieci z niepełnosprawnościami. Z roku na rok rośnie także liczba opracowań podejmujących tematykę starości i starzenia się społeczeństwa oraz badań z tego zakresu. W centrum uwagi znajdują się zagadnienia związane ze zdrowiem i opieką nad osobami niesamodzielnymi. Wciąż jednak niewiele prac i badań skupia się na specyficznych problemach starzejących się osób z niepełnosprawnościami oraz osób, które stały się niepełnosprawne w wyniku procesu starzenia się lub z innych przyczyn, ale w okresie starości.

Podczas jednej z konferencji naukowych, poświęconych zagadnieniom niepełnosprawności prelegentka przedstawiła dosyć kontrowersyjny pogląd: „uczestnikami tego badania potrzeb byli głównie seniorzy, a więc nie prawdziwi niepełnosprawni”. Taka interpretacja mogła wynikać z dwóch przesłanek. Po pierwsze z faktu, iż nie były to osoby w wieku aktywności zawodowej, czyli w okresie, kiedy potrzeby dotyczą najszerszego spektrum działalności i największej liczby pełnionych ról społecznych. Drugim źródłem tego sformułowania mógł być fakt, że polityka wobec osób niepełnosprawnych koncentruje się na okresie od urodzenia do przekroczenia formalnej granicy wieku aktywności zawodowej. Od tego momentu osoby z niepełnosprawnościami zaczyna obejmować polityka senioralna.

Powstaje w związku z tym metodologiczne zagadnienie, jak definiować grupę „niepełnosprawnych seniorów” i jakie kryteria przyjmować dla badań społecznych dotyczących tej grupy. Rodzi się pytanie: jaką przyjmować dolną granicę wieku i którą definicję niepełnosprawności się kierować. Zwłaszcza że stosowanie różnych progów starości i róż-

nicowane definiowanie osób „niepełnosprawnych” ogranicza możliwości porównywania danych w meta-analizach.

STAROŚĆ

Jak zauważa Barbara Szatur-Jaworska (2000: 22) „płeć i wiek są podstawowymi wyznacznikami egzystencji człowieka. Na tym biologicznym podłożu społeczeństwa wytwarzają podziały, podkreślające przynależność do różnych grup wieku i przeżywanie różnych faz życia. Podziały te są wytworem historycznie zmiennych czynników ekonomicznych, kulturowych, społecznych i politycznych”. O ile kryterium płci nie budzi wątpliwości, to kryterium wieku i jego związek z fazą życia nie są już tak jednoznaczne. W badaniach i literaturze przedmiotu spotyka się różne kryteria wieku wyznaczające tzw. progi starości. W zależności od dziedziny nauki może to być wiek biologiczny, psychologiczny lub psychiczny, ekonomiczny, społeczny, prawny (socjalny) lub kalendarzowy (demograficzny) (Szatur-Jaworska 2000; Frąckiewicz 2007). Kryteria biologiczne, psychologiczne i psychiczne określane są zmianami w funkcjonowaniu organizmu oraz poziomem sprawności fizycznej i umysłowej, m.in. poprzez testy sprawnościowe. Wiek ekonomiczny, określaný również mianem produkcyjnego, uzależniony jest od momentu zakończenia aktywności zawodowej. Kryterium społeczne wyznaczają pełnione role społeczne i przyjmowane postawy. Próg starości typu prawnego, zwanego również socjalnym, wyznaczany jest przez granicę wieku poprodukcyjnego i możliwość korzystania z uprawnień emerytalnych.

Zgodnie ze słownikową definicją starość to „nieunikniony efekt starzenia się, w którym procesy biologiczne, psychiczne i społeczne zaczynają oddziaływać względem siebie synergetycznie, prowadząc do naruszenia równowagi biologicznej i psychicznej bez możliwości przeciwdziałania temu, czyli jest to końcowy okres procesu starzenia się” (Zych 2001: 202). Adam Zych zwraca uwagę, że starość jako okres życia, który następuje po wieku dojrzałym, to pojęcie statyczne. Podczas gdy starzenie się jest procesem, czyli zjawiskiem dynamicznym.

W badaniach najczęściej stosowane jest kryterium chronologiczne, czyli wiek kalendarzowy zwany również demograficznym, wyznaczany liczbą przeżytych lat. Wydawać by się mogło, że jest to najbardziej obiektywne kryterium, jednak tu również nie ma zgodności co do dolnej granicy, od której zaczyna się starość. Zwłaszcza że ludzie coraz dłużej żyją i poszczególne fazy życia ulegają zmianom. Niektórzy badacze uważają, że granicznym wiekiem starości jest 70 lub nawet 75 lat. Przykładowo, Dennis Bromley (1969) w zarysie cyklu życia człowieka wyodrębnił rozpoczynający się w 70. roku życia „wiek starczy”, charakteryzujący się zależnością, pełnym wycofaniem się z aktywnego życia oraz niewydolnością fizyczną i umysłową. Lata 65–69 nazwał okresem „przejścia na emeryturę”, a poprzedzającą je dekadę – „okresem przed wycofywaniem się z pracy”. Natomiast James E. Birren (1964) zaproponował podział życia, w którym wyróżnił „starość” rozpoczynającą się w wieku 75 lat oraz „późną dojrzałość” obejmującą lata 50–74. Podobnie dla Edwarda Rosseta (Rosset 1978 za: Szatur-Jaworska 2000) – starość zaczyna się dopiero w wieku 75 lat, a lata 60–74 to „wiek starszy”.

Najczęściej jednak uznaje się, że starość rozpoczyna się w 60. lub 65. roku życia i wyodrębnia kilka charakterystycznych etapów. Józef Rembowski (1984) przywołuje klasyfikację opracowaną przez anatoma Adama Bochenka, który wyróżnił „lata starości” podzielone na trzy stopnie starzenia się: I stopień – lata 60–70, II stopień – lata 70–80 i III stopień – lata 80–90. Z kolei Kazimierz Dzienio (1974), na potrzeby analizy procesów demograficznych, zdefiniował cztery etapy:

- wiek starości początkowej – 60–69 lat,
- wiek przejściowy między starością początkową a wiekiem o ograniczonej sprawności fizycznej i umysłowej – 70–74 lata,
- wiek starości zaawansowanej o ograniczonej sprawności fizycznej i umysłowej – 75–84 lata,
- wiek starości niedołącznej – 85 i więcej lat.

Dla odmiany, wg Marii Susułowskiej (1989: 5) starość rozpoczyna się „około 65 roku życia”.

Natomiast Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization – WHO) przyjmuje podział na trzy zasadnicze etapy (za: Duda 2013):

- 60.–74. r.ż. – wiek starzenia się, nazywany również wczesną starością lub III wiekiem,
- 75.–89. r.ż. – wiek starczy, nazywany także późną starością (ang. *old elderly*),
- od 90. r.ż. – długowieczność – wieku, którego dożywają tzw. długowieczni (ang. *long-life*),

przy czym w ramach wczesnej starości wyróżnia się jeszcze tzw. „młodych-starych” (ang. *young-old, young elderly*) – od 65. do 74. r.ż., a w ramach późnej starości tzw. „starych-starych” (ang. *old-old*) powyżej 80. r.ż. – ten okres nazywany jest również sędziwą starością lub IV wiekiem. WHO wyodrębnia także wiek przedstarczy – od 45 do 59 lat.

Adam Zych (2001) zauważa, że czasami starość generalnie określa się jako „trzeci wiek życia” i wyróżnia w nim wiek przejściowy (lata 60–74), wiek podeszły – po 75. r.ż. oraz wiek „bardzo podeszły” po 90. r.ż. Simone de Beauvoir (1996) również wprowadziła rozróżnienie na trzeci i czwarty wiek, jednak nie uzależniając ich od liczby lat, ale od wieku funkcjonalnego, czyli możliwości psychofizycznych osób. Osoby starsze, które są samodzielne funkcjonalnie i niesamodzielne ekonomicznie są wg tej koncepcji w tzw. trzecim wieku, natomiast osoby niesamodzielne, zarówno funkcjonalnie, jak i ekonomicznie – w tzw. czwartym wieku.

Autorzy „Raportu na temat sytuacji osób starszych w Polsce” zwrócili uwagę, że „w ciągu ostatnich 50 lat w Polsce, podobnie jak w większości krajów Europy Zachodniej, zrealizowano wiele badań dotyczących zdrowotnych oraz społecznych aspektów starzenia się ludności” (Błędowski i in. 2012: 46). Analizując przykładowe, można zauważyć, że w badaniach grupy seniorów za dolną granicę wieku przyjmuje się zasadniczo 60 lub 65 lat. Pierwsze badanie gerontologiczne, w którym Polska uczestniczyła w szerokim zakresie, „Potrzeby ludzi starszych i odpowiadające im potrzeby urządzeń społecznych” zrealizowane w latach 1966–1967 r. przez zespół Katedry Socjologii Pracy Szkoły Głównej Planowania i Statystyki w Warszawie dotyczyło osób w wieku 65 lat i więcej (Piotrowski

1973). Do takich samych wiekowo respondentów skierowane były ogólnopolskie badania zrealizowane w 2000 r. przez Instytut Spraw Publicznych (Halik 2002) oraz badanie „Polska starość” Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego (Synak 2002). Podobnie badanie „Zakres i zasady wsparcia dla osób starszych” przeprowadzone na zlecenie Rzecznika Praw Obywatelskich w trzecim kwartale 2015 r. dotyczyło osób powyżej 64. roku życia (Błaszczak-Banasiak i in. 2016).

Z kolei najbardziej kompleksowe badanie, którego pierwsza edycja została zrealizowana w latach 2007–2011 „Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce” (PolSenior), objęło osoby z tzw. przedpola starości – w wieku 55–59 lat oraz osoby, które przekroczyły 65. rok życia. Analiza dotyczyła sześciu przedziałów wiekowych: 65–69, 70–74, 75–79, 80–84, 85–89 oraz 90 i więcej lat (Mossakowska, Szybalska, Błędowski 2012). W 2017 r. rozpoczęła się druga edycja tego badania, która tym razem objęła osoby od 60. roku życia (w siedmiu pięcioletnich przedziałach wiekowych). Również autorzy raportu tematycznego „Aktywność społeczna osób starszych w kontekście percepcji Polaków. Diagnoza Społeczna 2013” zastosowali „najszerze podejście, umożliwiające identyfikację najpełniejszego zakresu zagadnień związanych ze starością” (Czapiński, Błędowski 2014: 7) i za moment początkowy starości przyjęli wiek 60 lat. Ponadto wyróżnili 5 przedziałów wieku badanych osób: 60–64 lata, 65–69 lat, 70–74 lata i 75–79 lat (zaliczanych do III wieku) oraz 80 lat i więcej (osób zaliczanych do IV wieku). Taki sam próg i podział został przyjęty w badaniu stanu i uwarunkowania aktywności ruchowej ludzi w starszym wieku w Polsce, zrealizowanym przy okazji badania „budżetów gospodarstw domowych” przez Główny Urząd Statystyczny (GUS) w 1987 r. (Łobożewicz 1991).

Inne kryterium wiekowe jest oczywiście przyjmowane podczas realizacji badań, które z racji założonego celu kierowane są do węższej grupy osób, jak np. przeprowadzone w 2000 i 2008 r. badania nad zespołem niesprawności oraz problemami opiekuńczymi ludzi w późnej starości w dwóch wybranych środowiskach – miejskim i wiejskim – województwa podlaskiego. W tym przypadku badanie dotyczyło osób w wieku 75 lat i więcej (Wojszel 2009).

Podobna sytuacja jak w badaniach społecznych rysuje się w statystykach. W badaniach GUS nt. sytuacji bytowej ludzi starszych, przeprowadzonych w 1985 i 1989 r. uczestniczyły osoby mające 60 lat i więcej. W opracowaniu „Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014–2050” Główny Urząd Statystyczny jako metrykalny próg starości przyjął wiek 65 lat (GUS 2014). Dwa lata później, podczas opracowywania notatki na posiedzenie Sejmowej Komisji Polityki Senioralnej dotyczące „Informacji Ministra Zdrowia na temat wpływu zmian demograficznych i starzenia się społeczeństwa na organizację systemu ochrony zdrowia i Narodowy Program Zdrowia” (w dniu 19.02.2016 r.), osoby starsze zdefiniowano jako „ludność w wieku 60 lat i więcej” (GUS 2016a: 1). Taka dolna granica starości przyjmowana jest bowiem w Europejskim Ankietowym Badaniu Zdrowia (European Health Interview Survey – EHIS), które od 2009 r. realizowane jest co 5 lat w krajach Unii Europejskiej. Wyniki zrealizowanego wg tej metodologii badania w całości zostały przedstawione w opracowaniu GUS „Stan zdrowia ludności Polski

w 2014 r.”. Z kolei opracowując raport na temat jakości życia osób starszych w Polsce w 2015 r., GUS przyjął za tę granicę wiek 65 lat. Raport ten został przygotowany na podstawie wyników tzw. badania spójności społecznej – wieloaspektowego badania ankietowego gospodarstw domowych, którego pierwsza edycja została zrealizowana w 2011 r., a druga edycja w pierwszej połowie roku 2015. Dolna granica starości została tym razem przyjęta „zgodnie ze standardami EUROSTAT-u oraz OECD” (GUS 2017b: 2), czyli Europejskiego Urzędu Statystycznego i Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju.

Bardziej jednolite podejście stosowane jest natomiast w oficjalnych dokumentach i aktach prawnych dotyczących polityki senioralnej. „Międzynarodowy Plan Działań w sprawie Starzenia się” uchwalony na Pierwszym Światowym Zgromadzeniu w sprawie Starzenia przez Organizację Narodów Zjednoczonych (ONZ) w Wiedniu w 1982 r. dotyczy osób od 60. roku życia. Na ten dokument powołuje się Rezolucja nr 46/91 zawierająca „Zasady Działania na Rzecz Osób Starszych”, przyjęta w 1991 r. przez Zgromadzenie Ogólne ONZ. Podobnie „Międzynarodowy Plan Działania w Kwestii Starzenia się (Plan Madrycki)” uchwalony przez ONZ w 2002 r., który zawiera podstawowe wytyczne dla kreowania polityki senioralnej opartej na prawach człowieka. Na jego podstawie opracowane zostały przez WHO ramy polityki dla „aktywnego starzenia się”, które przyjęły taki sam dolny próg starości (WHO 2002). Podobnie uchwała nr 34 Rady Ministrów z dnia 17 marca 2015 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego Senior-WIGOR na lata 2015–2020 (M.P. 2015 poz. 341) dedykuje program „osobom nieaktywnym zawodowo w wieku 60+”. Również ustawa z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych (Dz.U. 2015 poz. 1705) w art. 4 definiuje osobę starszą, jako tę, która ukończyła 60. rok życia. Wyjątkiem jest uchwała nr 237 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie ustanowienia Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014–2020 (M.P. 2014 poz. 52), która – właśnie ze względu na fakt, iż w badaniach wiek, od którego daną osobę zalicza się do osób starszych, jest różnie definiowany – nie określa wieku adresatów programu. Program jest ogólnie adresowany do osób, które zakończyły swoją aktywność na rynku pracy, przy czym powołuje się m.in. na statystyki dotyczące aktywności osób powyżej 50. roku życia.

NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ

Zdefiniowanie „osoby niepełnosprawnej”, czy „osoby z niepełnosprawnością” jest zagadnieniem o wiele bardziej skomplikowanym. Definiowanie niepełnosprawności zmieniało się na przestrzeni lat w zależności od postrzegania jej przyczyn oraz przyjmowanych sposobów rozwiązywania problemów wynikających z ograniczeń sprawności i trudności w funkcjonowaniu.

Barbara Gąciarz (2014) zwraca uwagę, że w pojęciu niepełnosprawności krzyżuje się pięć aspektów: medyczny, ekonomiczny, prawny, społeczny i psychologiczny. Aspekt medyczny związany jest z postrzeganiem niepełnosprawności w kategoriach długotrwałej i przykrej choroby. Jest to podejście najstarsze i silnie zakorzenione w definiowaniu nie-

pełnosprawności, które je jednoznacznie łączy z „uszkodzeniem” organizmu będącym konsekwencją wady genetycznej, choroby lub wypadku. Aspekt ekonomiczny wiąże się przede wszystkim z możliwościami zatrudnienia i pozyskiwania w ten sposób środków do życia oraz szeroko pojętym uczestnictwem w życiu ekonomicznym. Prawna perspektywa wynika z uzależnienia świadczeń, m.in. renty, dofinansowań do turnusów czy sprzętu rehabilitacyjnego, możliwości korzystania z rozmaitych form wsparcia – od odpowiedniego, formalnego zakwalifikowania (orzeczenia) danej osoby jako niepełnosprawnej. Aspekt społeczny obejmuje dwie kwestie: zdolność do pełnienia ról społecznych oraz rolę i wpływ otoczenia na możliwości udziału w życiu społecznym. Aspekt psychologiczny związany jest z postrzeganiem własnej osoby przez pryzmat niepełnosprawności, nastawieniem do swojej sytuacji życiowej i przyjmowanymi sposobami radzenia sobie w różnych okolicznościach.

W szczególności w przyjmowanych aktach prawnych, w zależności od celu, równolegle mogło – i nadal funkcjonuje – kilka różnych definicji „osoby niepełnosprawnej”. Syntetycznego przeglądu obowiązujących definicji dokonano w publikacji „Rehabilitacja – wsparcie – inkluzja. W kierunku polityki wobec niepełnosprawności”. W opracowaniu tym Stanisława Golinowska i Agnieszka Sowa zwróciły uwagę m.in. na odmienność definiowania niepełnosprawności w praktyce publicznej (definicje operacyjne) oraz w instytucjach polityki społecznej i na rynku pracy, w szczególności w ramach polityki dochodowej, zatrudnienia, pomocy społecznej oraz opieki długoterminowej (Anasz, Wojtyńska, Drachal 2016).

Nowoczesne operacyjne definiowanie niepełnosprawności znalazło swój wyraz w dwóch międzynarodowych dokumentach: „Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia” wydanej przez WHO w 2001 r. oraz „Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych”, przyjętej przez Organizację Narodów Zjednoczonych w 2006 r., a ratyfikowanej przez Polskę w roku 2012 (Dz.U. 2012 poz. 1169). WHO zaproponowała tzw. podejście biopsychosocjalne, zgodnie z którym niepełnosprawność jest skutkiem lub wynikiem „złożonych wzajemnych związków pomiędzy stanem zdrowia jednostki i czynnikami osobowymi a czynnikami zewnętrznymi czyli warunkami w jakich jednostka żyje” (WHO 2014: 17). Niepełnosprawność i funkcjonowanie konkretnej osoby jest więc dynamiczną interakcją zachodzącą „pomiędzy stanem chorobowym (choroby, zaburzenia, uszkodzenia, urazy itp.) a tzw. czynnikami kontekstowymi” – zarówno osobowymi, jak i środowiskowymi (WHO 2014: 8). Z kolei ONZ zdefiniowała osoby z niepełnosprawnościami jako te, „które mają długotrwale naruszoną sprawność fizyczną, umysłową, intelektualną lub w zakresie zmysłów, co może, w oddziaływaniu z różnymi barierami, utrudniać im pełny i skuteczny udział w życiu społecznym na zasadzie równości z innymi osobami”.

Przywołane wcześniej opracowanie GUS „Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014–2050”, zgodnie z metodologią Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań z 2011 r., uwzględnia dwa czynniki decydujące o uznaniu badanej osoby za niepełnosprawną: posiadanie prawnego orzeczenia o niepełnosprawności oraz subiektywne określenie swojego stanu zdrowia jako niezadowolających, tj. stwierdzenie posiadania problemów

zdrowotnych (kalectwa lub choroby przewlekłej) długotrwale ograniczających możliwość wykonywania codziennych czynności (GUS 2014). Konsekwentnie, w badaniu spójności społecznej przeprowadzonym w 2015 r. kryterium uznania respondenta za osobę niepełnosprawną było posiadanie ważnego orzeczenia ustalającego „niepełnosprawność, niezdolność do pracy lub inwalidztwo (grupa inwalidzka)” lub uznanie siebie według własnej oceny za osobę o „całkowicie lub poważnie ograniczonej zdolności wykonywania codziennych czynności właściwych dla wieku (zabawa, nauka w szkole, praca zawodowa, prowadzenie gospodarstwa domowego, samoobsługa)”, trwającej co najmniej 6 miesięcy (GUS 2017b: 254). Pierwsze kryterium definiuje tzw. niepełnosprawność prawną. Drugie podejście – definiujące tzw. niepełnosprawność biologiczną – stosowane jest również we wspomnianym badaniu EHIS. Europejskie ankietowe badanie zdrowia jest kluczowym narzędziem systemu monitoringu zdrowia, który obejmuje „stan zdrowia, chorobowość, zdrowie psychiczne, wypadki i urazy, korzystanie z opieki zdrowotnej, profilaktykę zdrowotną oraz styl życia” (GUS 2016a: 12). Jest to również badanie subiektywne, które opiera się na samoocenie stanu zdrowia respondenta (jego wiedzy i odczuciach). W celu określenia niepełnosprawności biologicznej wg kryterium unijnego respondenci odpowiadają na pytanie: „Czy z powodu problemów zdrowotnych miał/a Pan/i ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują, trwającą co najmniej 6 ostatnich miesięcy?”, wybierając jedną z trzech odpowiedzi:

- „– Tak, poważnie ograniczoną.
- Tak, ograniczoną, ale niezbyt poważnie.
- Nie, nie miałem/łam żadnych ograniczeń” (GUS 2016b: 106).

W badaniu „Diagnoza Społeczna 2015”, które było kontynuacją projektu systemowego realizowanego przez Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich pn. „Diagnoza społeczna 2009–2013”, zainicjowanego przez Departament Analiz Ekonomicznych i Prognoz Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, pod uwagę było brane orzeczenie ZUS, orzeczenie Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności przy PCPR oraz ocena subiektywna (Czapiński, Panek 2015).

W latach 2008–2010 przeprowadzono w ramach projektu „Ogólnopolskie badanie sytuacji, potrzeb i możliwości osób niepełnosprawnych”, realizowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych wraz ze Szkołą Wyższą Psychologii Społecznej w Warszawie, największe jak dotąd ogólnopolskie badanie sondażowe na próbie 100 tysięcy osób niepełnosprawnych. Wśród respondentów tego badania wyróżniono cztery zbiorowości: osoby z powszechnie występującymi ograniczeniami sprawności, osoby z rzadko występującymi niepełnosprawnościami oraz osoby z niepełnosprawnością sprzężoną. Zakwalifikowanie respondenta do danej grupy dokonywane było na podstawie pytań o niepełnosprawność biologiczną i prawną: „Czy z powodu problemów zdrowotnych ta osoba ma ograniczoną zdolność wykonywania codziennych czynności trwającą sześć miesięcy lub dłużej? Czy posiada ważne orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne?” (Brzezińska i in. 2010: 10).

Większość badań realizowanych na zlecenie PFRON obejmuje jednak wyłącznie osoby niepełnosprawne prawnie. Takie założenie badawcze zostało przyjęte m.in. w badaniach:

- wpływu kierunku i poziomu wykształcenia na aktywność zawodową osób niepełnosprawnych (Pentor Research International 2009);
- zadowolenia osób niepełnosprawnych z pracy (TNS OBOP 2010);
- potrzeb osób niepełnosprawnych przeprowadzonym w 2017 r. (Sochańska-Kawiecka i in. 2017),
- diagnoza potrzeb i oczekiwań osób z niepełnosprawnością w zakresie kompetencji specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją (PFRON 2018).

Podobnie w badaniach, które zostały zrealizowane we współpracy z PFRON: badanie młodych osób niepełnosprawnych przeprowadzone w ramach projektu „Elastyczne formy zatrudnienia – szansa na integrację zawodową niepełnosprawnej młodzieży” (Giermanowska 2007), identyfikacja przyczyn niskiej aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych (Barczyński, Radecki 2008) czy wielu innych diagnozach sytuacji społecznej, problemów i potrzeb osób niepełnosprawnych, realizowanych lokalnie przez powiaty, urzędy miast i gmin.

W opracowaniach odwołujących się do prawnej definicji niepełnosprawności stosowana jest najczęściej nomenklatura zgodna z Rozporządzeniem Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz.U. 2003 nr 139 poz. 1328 z późn. zm.). Według ww. rozporządzenia osoba może mieć orzeczoną niepełnosprawność, spowodowaną: upośledzeniem umysłowym; chorobami psychicznymi; zaburzeniami głosu, mowy i chorobami słuchu; chorobami narządu wzroku; upośledzeniem narządu ruchu; epilepsją; chorobami układu oddechowego i krążenia; chorobami układu pokarmowego; chorobami układu moczowo-płciowego; chorobami neurologicznymi; innymi przyczynami, w tym schorzeniami: endokrynologicznymi, metabolicznymi, zaburzeniami enzymatycznymi, chorobami zakaźnymi i odzwierzęcymi, zeszpeceniami, chorobami układu krwiotwórczego; całościowymi zaburzeniami rozwojowymi. O ile GUS ściśle trzyma się prawnego nazewnictwa, o tyle w innych opracowaniach używa się mniej stygmatyzujących pojęć: niepełnosprawność intelektualna zamiast upośledzenia umysłowego i doświadczanie zaburzeń zdrowia psychicznego zamiast choroby psychicznej. Ponadto w badaniach i statystykach stosowane są kryteria wynikające z rodzaju wydawanych orzeczeń: o niepełnosprawności osób, które nie ukończyły 16. roku życia oraz o stopniu niepełnosprawności osób, które ukończyły ten wiek: znacznym, umiarkowanym lub lekkim.

SENIOR Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ

Seniorzy z niepełnosprawnością to ogromnie zróżnicowana grupa osób. Według słownika gerontologii społecznej do grupy niepełnosprawnych osób starszych należą:

- osoby „cierpiące z powodu demencji / zamętu umysłowego”,
- osoby „niesprawne umysłowo”,
- „słabe/wątpliwe” osoby oraz
- „zniedołężniałe osoby sędziwe” (Zych 2001: 120).

Ta definicja nie wyczerpuje jednak wszystkich możliwości. Wśród niepełnosprawnych starszych osób są również osoby z niepełnosprawnością wrodzoną lub nabytą w wyniku wypadku bądź choroby niezwiązanej z procesem starzenia się. Marlena Kilian (2009) zwraca uwagę na fakt, że starzenie się i niepełnosprawność wchodzi we wzajemne interakcje, powodując nasilenie „strat”. Fizyczne osłabienie niesie ze sobą wzrost ryzyka doznania rozmaitych uszkodzeń i jeszcze bardziej ogranicza możliwości wykonywania codziennych życiowych czynności.

Zasadniczym problemem osób w podeszłym wieku są tzw. wielkie zespoły geriatryczne (ang. *geriatric giants*), definiowane jako „pogarszająca zdrowie / zwiększająca chorobowość starych osób konstelacja objawów i oznak, wynikających często z nieznanых jeszcze interakcji szeregu chorób i wieku” (Duda 2013: 6) lub „przewlekłe zaburzenia, które stopniowo prowadzą do niesprawności funkcjonalnej, a przez to negatywnie wpływają na jakość życia starszych pacjentów” (Wieczorowska-Tobis 2011: 25). Do takich zespołów należą m.in. zaburzenia mobilności i upadki, zaburzenia wzroku i słuchu, depresja i otępienie, nietrzymanie moczu i stolca czy niedożywienie.

Statystyki dotyczące liczby osób niepełnosprawnych w Polsce – w tym osób po 60. r.ż. – różnią się znacznie w zależności od przyjętych kryteriów. Z badania stanu zdrowia ludności Polski przeprowadzonego w 2014 r. (GUS 2016b) wynika, że osób niepełnosprawnych biologicznie według kryterium UE (poważnie ograniczona zdolność wykonywania czynności; ograniczona, ale niezbyt poważnie, zdolność wykonywania czynności; brak ograniczeń) w wieku powyżej 60. r.ż. jest w Polsce ponad 4 miliony, co stanowi 49,6% tej grupy wiekowej. Natomiast według kryterium statystycznego (niepełnosprawność prawna i/lub biologiczna, ale o ograniczonej zdolności wykonywania czynności tylko w stopniu poważnym) osób niepełnosprawnych w tym wieku jest mniej niż 3 miliony – tj. 31,8% ogółu tej populacji. Szczegółowe statystyki, z podziałem na trzy przedziały wiekowe, przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Niepełnosprawni seniorzy wg kryterium biologicznego UE i wg kryterium statystycznego

Seniorzy wg wieku	Ogółem	Niepełnosprawni biologicznie wg UE		Niepełnosprawni wg kryterium statystycznego	
		w tysiącach	w odsetkach	w tysiącach	w odsetkach
60–69	4732,0	1761,4	37,2	1111,8	23,5
70–79	2362,3	1342,0	56,8	850,8	36,0
80 lat i więcej	1491,1	1159,0	77,7	766,8	51,4

Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS 2016b.

Wśród wszystkich osób w wieku powyżej 60. r.ż. połowa nie deklaruje żadnych ograniczeń, które kwalifikowałyby je do osób niepełnosprawnych biologicznie wg kryterium UE, jedna trzecia deklaruje niezbyt poważnie ograniczoną zdolność wykonywania czynności, a niecałe 20% – poważnie ograniczoną. Odwrotne proporcje obowiązują w przedziale wiekowym powyżej 80. r.ż. Szczegółowy rozkład uzyskanych deklaracji przedstawia wykres 1.

Wykres 1. Seniorzy wg niepełnosprawności biologicznej UE

Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS 2016b.

Według kryterium statystycznego 68,2% osób po 60. r.ż. jest sprawna. Wyłącznie prawna niepełnosprawność dotyczy 13,7% osób w tym wieku. Wśród pozostałych nieco więcej niż połowa to osoby niepełnosprawne zarówno prawnie, jak i biologicznie. Odsetek osób sprawnych zdecydowanie maleje wraz z wiekiem, a rośnie odsetek osób niepełnosprawnych biologicznie, z których połowa dysponuje orzeczeniami. Szczegółowe statystyki dotyczące kwalifikacji seniorów według tego kryterium obrazuje wykres 2.

Wykres 2. Seniorzy wg statystycznego kryterium niepełnosprawności

Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS 2016b.

Wśród osób posiadających orzeczenie o stopniu niepełnosprawności blisko połowa (40,1%) ma orzeczony stopień umiarkowany, 37,6% ma stopień znaczny, a pozostałe 22,3% – lekki. Wraz z wiekiem wyraźnie maleje odsetek tych ostatnich. Rozkład orzeczonego stopnia niepełnosprawności w poszczególnych przedziałach wiekowych przedstawia wykres 3.

Wykres 3. Seniorzy niepełnosprawni prawnie

Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS 2016b.

Niezależnie od zastosowanego kryterium, rozkład przyczyn niepełnosprawności wśród osób w wieku powyżej 60. r.ż. przedstawia się podobnie. Na pierwszym miejscu znajdują się uszkodzenia i choroby narządu ruchu (61% wg kryterium biologicznego UE i 67,5% wg kryterium statystycznego), na drugim schorzenia układu krążenia (odpowiednio 58,4% i 60,8%), a na trzecim uszkodzenia i choroby narządu wzroku (40,7% i 43,3%). Najmniejsza liczba osób jest niepełnosprawna z powodu upośledzenia umysłowego (1,2% wg kryterium biologicznego UE i 1,7% wg kryterium statystycznego) i schorzeń psychicznych (odpowiednio 6,8% i 8,6%). Pełny rozkład przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Przyczyny niepełnosprawności seniorów wg kryterium biologicznego UE i wg kryterium statystycznego

Przyczyny niepełnosprawności	Niepełnosprawni seniorzy wg kryterium biologicznego UE		Niepełnosprawni seniorzy wg kryterium statystycznego	
	w tysiącach	w odsetkach	w tysiącach	w odsetkach
Niepełnosprawni – ogółem z tego mający:	4262,4	100,0	2729,4	100,0
Uszkodzenia i choroby narządu ruchu	2600,4	61,0	1843,4	67,5
Uszkodzenia i choroby narządu wzroku	1734	40,7	1182,4	43,3
Uszkodzenia i choroby narządu słuchu	944	22,1	718,5	26,3
Schorzenia układu krążenia	2488,2	58,4	1660,4	60,8
Schorzenia neurologiczne	1397,1	32,8	1103,9	40,4
Schorzenia psychiczne	290,8	6,8	233,4	8,6
Upośledzenie umysłowe	50,1	1,2	46,8	1,7
Inne schorzenia	1257,9	29,5	868,7	31,8

Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS 2016b.

We wspomnianym wcześniej badaniu *PolSenior* stopień sprawności respondentów oceniano za pomocą dwóch narzędzi: skali Katza, nazywanej skalą ADL (*Activities of Daily Living*) i skali Lawtona, nazywanej skalą IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*) (Wizner i in. 2012). Pierwsza ze skal stosowana jest do oceny samodzielności w zakresie wykonywania podstawowych czynności samoobsługowych, takich jak: mycie się, ubieranie, jedzenie, poruszanie się, kontrolowanie potrzeb fizjologicznych oraz korzystanie z toalety. Druga skala jest stosowana do oceny możliwości wykonywania

złożonych czynności codziennego życia. Ocenie podlega sprawność w wykonywaniu prac domowych, robieniu prania, przygotowywaniu jedzenia, robieniu zakupów, korzystaniu z telefonu i komunikacji publicznej, przyjmowaniu leków i gospodarowaniu środkami finansowymi. Respondenci, którzy na skali ADL uzyskali od 6 do 5 punktów byli kwalifikowani do osób sprawnych, ci którzy uzyskali od 4 do 3 punktów – do osób częściowo sprawnych, a poniżej 3 punktów – do niesprawnych. Na podstawie punktacji uzyskanej na skali IADL respondenci byli uznawani za osoby w pełni sprawne (24 pkt.), osoby o częściowo upośledzonej sprawności (23–19 pkt.) lub osoby o znacznie upośledzonej sprawności (18–8 pkt.).

Z uzyskanych danych wynika, że prawie wszystkie badane osoby w wieku powyżej 65. r.ż. sprawnie radziły sobie z wykonywaniem podstawowych codziennych czynności. Wg skali Katza praktycznie żadnych problemów nie miały osoby w wieku 65–69 lat, a najwięcej trudności odnotowano w grupie powyżej 90. r.ż., jednak łącznie różnica wyniosła jedynie 20,8 pkt procentowego. Szczegółowy rozkład wyników badania przeprowadzonego tym narzędziem przedstawia tabela 3.

Tabela 3. Wyniki badań przeprowadzonych za pomocą skali Katza (ADL) w ramach badania *PolSenior*

Osoby badane wg wieku	Osoby badane wg skali Katza (ADL)			
	ogółem (liczba ważnych obserwacji)	niesprawne	częściowo sprawne	sprawne
65–69	772	0,1	–	99,9
70–74	911	0,5	0,5	98,9
75–79	836	1,1	1,7	97,2
80–84	783	2,9	2,9	94,1
85–89	860	7,4	4,3	88,3
90 lat i więcej	751	12,8	8,1	79,1
Razem	4913	4,0	2,9	93,1

Źródło: opracowanie własne na podstawie Wizner i in. 2012.

Inna sytuacja została odnotowana w przypadku badania respondentów skalą Lawtona. W całej badanej grupie blisko połowę (47,9%) uznano za w pełni sprawne osoby. Odsetek osób o upośledzonej sprawności zdecydowanie wzrastał wraz z wiekiem – od 20,6% u osób w wieku 65–69 lat do 90,1% u osób powyżej 90. r.ż., co dało różnicę aż 69,5 pkt procentowego. Rozkład wyników badania przeprowadzonego tym narzędziem, z podziałem na poszczególne przedziały wiekowe, przedstawia tabela 4.

Tabela 4. Wyniki badań przeprowadzonych za pomocą skali Lawtona (IADL) w ramach badania *PolSenior*

Osoby badane wg wieku	Osoby badane wg skali Lawtona (IADL)			
	ogółem (liczba ważnych obserwacji)	o znacznie upośledzonej sprawności	o częściowo upośledzonej sprawności	w pełni sprawne
65–69	766	5,9	14,7	79,4
70–74	906	7,5	20,8	71,7
75–79	825	17,8	23,9	58,3
80–84	777	31,3	27,2	41,6
85–89	844	49,2	27,7	23,1
90 lat i więcej	745	70,4	19,7	9,9
Razem	4863	29,7	22,4	47,9

Źródło: opracowanie własne na podstawie Wizner i in. 2012.

Można zauważyć, że wyniki badania przeprowadzonego za pomocą skali IADL są bardziej zbliżone do wyników kwalifikacji ludności Polski wg kryterium biologicznego UE niż kryterium statystycznego. Dokładne porównanie wyników nie jest niestety możliwe z uwagi na fakt, że w zasadniczym badaniu *PolSenior* uczestniczyły osoby, które ukończyły 65. r.ż. Przybliżone porównanie statystyk GUS i wyników badania respondentów skalą Lawtona przedstawia wykres 4.

Wykres 4. Porównanie wyników badania zdrowia ludności Polski i badania *PolSenior* dotyczących niepełnosprawności

Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS 2016b i Wizner i in. 2012.

Z dokonanego powyżej przeglądu definicji, badań i statystyk wynika, że operacjonalizacja pojęcia „niepełnosprawny senior” nie jest prostą procedurą. Jednak w świetle definicji niepełnosprawności zaproponowanej przez WHO i definicji osoby z niepełnosprawnościami przyjętej przez ONZ, wydaje się, że należy dążyć do kierowania się kryteriami oceny (w szczególności samooceny) funkcjonalnej, wykorzystując prawne kryteria niepełnosprawności jedynie pomocniczo. Z kolei z punktu widzenia porównywalności danych i możliwości prowadzenia meta-analiz wydaje się, że podejście szersze – obejmujące osoby od 60. r.ż. wzwyż, przy uwzględnieniu co najmniej 10-letnich przedziałów wiekowych jest najbardziej praktyczne i wskazane.

BIBLIOGRAFIA

- Anasz, Marian, Wojtyńska, Joanna, Drachal, Halina (2016). *Rehabilitacja – wsparcie – inkluzja. W kierunku polityki wobec niepełnosprawności*. Warszawa: PFON.
- Barczyński, Andrzej, Radecki, Piotr (2008). *Raport z badań „Identyfikacja przyczyn niskiej aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych” przeprowadzonych w ramach realizacji Partnerskiego Projektu „Kluczowa rola gminy w aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych”*. https://www.pfron.org.pl/fileadmin/ftp/dokumenty/EQUAL/Kluczowa_rola_gminy/Identyfikacja_przyczyn_niskiej_aktywnosci_zawodowej_ON_raport_z_badan.pdf (dostęp: 31.10.2019).
- De Beauvoir, Simone (1996). *The Coming of Age*. New York: W.W. Norton & Company.
- Birren, James E. (1964). *The Psychology of Aging*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Błaszczak-Banasiak, Anna, Kuruś, Magdalena, Chabiera, Anna, Nowek, Paula (red.) (2016). *Dostępność wsparcia środowiskowego dla osób starszych w perspektywie przedstawicieli gmin województwa dolnośląskiego – analiza i zalecenia*. Warszawa: BRPO.
- Błędowski, Piotr, Szatur-Jaworska, Barbara, Szweda-Lewandowska, Zofia, Kubicki, Paweł (2012). *Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce*. Warszawa: IPiSS.
- Bromley, Dennis B. (1969). *Psychologia starzenia się*. Przeł. Zofia Zakrzewska. Warszawa: PWN.
- Brzezińska, Anna Izabela, Rycielski, Piotr, Sijko, Kamil, Pluta, Jacek (2010). *Informacja o projekcie. Charakterystyka systemowego projektu badawczego finansowanego ze środków Unii Europejskiej – nr WND-POKL-01.03.06-00-041/08: Ogólnopolskie badanie sytuacji, potrzeb i możliwości osób niepełnosprawnych*.
- Czapiński, Janusz, Błędowski, Piotr (2014). *Aktywność społeczna osób starszych w kontekście percepcji Polaków. Diagnoza Społeczna 2013. Raport tematyczny*. Warszawa: MPiPS i CRZL.
- Czapiński, Janusz, Panek, Tomasz (2015). *Diagnoza Społeczna 2015. Warunki i jakość życia Polaków. Raport*. Warszawa: Rada Monitoringu Społecznego.

- Duda, Krzysztof (2013). *Proces starzenia się*. W: Anna Marchewka, Zbigniew Dąbrowski, Jerzy A. Żołądź (red.). *Fizjologia starzenia się. Profilaktyka i rehabilitacja*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 1–32.
- Dzenio, Kazimierz (1974). *Zasoby ludności w wieku ponad 60 lat w roku 2030*. W: Edward Rosset. *Problemy ludzi starych w Polsce*. Warszawa: PWE, s. 51–56.
- Frąckiewicz, Lucyna (2007). *Starość jako problem społeczno-ekonomiczny*. W: Lucyna Frąckiewicz (red.). *W obliczu starości*. Katowice: ROPS Województwa Śląskiego, s. 17–38.
- Gąciarz, Barbara (2014). *Model społeczny niepełnosprawności jako podstawa zmian w polityce społecznej*. W: Barbara Gąciarz, Seweryn Rudnicki (red.). *Polscy Niepełnosprawni. Od kompleksowej diagnozy do nowego modelu polityki społecznej*. Kraków: Wydawnictwa AGH, s. 17–43.
- Giermanowska, Ewa (red.) (2007). *Młodzi niepełnosprawni o sobie. Rodzina, edukacja, praca*. Warszawa: ISP.
- GUS (1985). *Sytuacja bytowa ludzi starszych w 1985 r.* Warszawa: GUS.
- GUS (1990). *Sytuacja bytowa ludzi starszych w 1989 r.* Warszawa: GUS.
- GUS (2014). *Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014–2050*. Warszawa: GUS.
- GUS (2016a). *Ludność w wieku 60 lat i więcej*. Warszawa: GUS.
- GUS (2016b). *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.* Warszawa: GUS.
- GUS (2017a). *Jakość życia osób starszych w Polsce na podstawie wyników Badania spójności społecznej 2015*. Warszawa: GUS.
- GUS (2017b). *Jakość życia w Polsce w 2015 r. Wyniki badania spójności społecznej*. Warszawa: GUS.
- Halik, Janusz (red.) (2002). *Starzy ludzie w Polsce. Społeczne i zdrowotne skutki starzenia się społeczeństwa*. Warszawa: ISP.
- Kilian, Marlena (2009). *Geragogika specjalna w dobie starzenia się społeczeństw*. W: Marzena Dycht, Lidia Marszałek (red.). *Dylematy (niepełno)sprawności – rozważania na marginesie studiów kulturowo-społecznych*. Warszawa: Wydawnictwo Salezjańskie, s. 316–341.
- Łobożewicz, Tadeusz (1991). *Stan i uwarunkowania aktywności ruchowej ludzi w starszym wieku w Polsce*. Warszawa: Wydawnictwo AWF.
- Mossakowska, Małgorzata, Szybalska, Aleksandra, Błędowski, Piotr (2012). *Geneza, cele i zakres badania*. W: Małgorzata Mossakowska, Andrzej Więcek, Piotr Błędowski (red.). *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne, s. 27–44.
- ONZ (1982). *Międzynarodowy Plan Działań w sprawie Starzenia się*. Nowy Jork: ONZ.
- ONZ (1991). *Zasady Działania na Rzecz Osób Starszych*, Rezolucja nr 46/91. Nowy Jork: ONZ.
- ONZ (2002). *Międzynarodowy Plan Działania w Kwestii Starzenia się (Plan Madrycki)*. Nowy Jork: ONZ.

- Pentor Research International (2009). *Badanie wpływu kierunku i poziomu wykształcenia na aktywność zawodową osób niepełnosprawnych. Raport końcowy*. <http://www.pfron.org.pl/instytucje/badania-i-analizy-naukowe/pozostale-badania-i-analizy-pfron/> (dostęp: 31.10.2019).
- PFRON (2018). *Diagnoza potrzeb i oczekiwań osób z niepełnosprawnością w zakresie kompetencji specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją. Raport metodologiczny*. http://ips.uw.edu.pl/wp-content/uploads/2018/02/Raport_Metodologiczny_Diagnoza-_potrzeb.pdf (dostęp: 31.10.2019).
- Piotrowski, Jerzy (1973). *Miejsce człowieka starego w rodzinie i społeczeństwie*. Warszawa: PWN.
- Rembowski, Józef (1984). *Psychologiczne problemy starzenia się człowieka*. Warszawa–Poznań: PWN.
- Sochańska-Kawiecka, Marzena, Kołakowska-Seroczyńska, Zuzanna, Zielińska, Dorota, Makowska-Belta, Edyta, Ziewiec, Piotr (2017). *Badanie potrzeb osób niepełnosprawnych. Raport końcowy*. <http://www.pfron.org.pl/instytucje/badania-i-analizy-naukowe/raport-koncowy-z-badania-potrzeb-osob-niepelnosprawnych/> (dostęp: 31.10.2019).
- Susułowska, Maria (1989). *Psychologia starzenia się i starości*. Warszawa: PWN.
- Synak, Brunon (red.) (2002). *Polska starość*. Gdańsk: Wydawnictwo UG.
- Szatur-Jaworska, Barbara (2000). *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR.
- TNS OBOP (2010). *Zadowolenie osób niepełnosprawnych z pracy. Raport*. <http://www.pfron.org.pl/instytucje/badania-i-analizy-naukowe/pozostale-badania-i-analizy-pfron/> (dostęp: 31.10.2019).
- WHO (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. Geneva. https://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/ (dostęp: 31.10.2019).
- WHO (2014). *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia*. Warszawa: CSIOZ.
- Wieczorowska-Tobis, Katarzyna (2011). *Specyfika pacjenta starszego*. W: Katarzyna Wieczorowska-Tobis, Tomasz Kostka, Adrianna Maria Borowicz (red.). *Fizjoterapia w geriatrici*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, s. 18–27.
- Wizner, Barbara, Skalska, Anna, Klich-Rączka, Alicja, Piotrowicz, Karolina, Grodzicki, Tomasz (2012). *Ocena stanu funkcjonalnego u osób w starszym wieku*. W: Małgorzata Mossakowska, Andrzej Więcek, Piotr Błędowski (red.). *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne, s. 81–94.
- Wojszel, Zyta Beata (2009). *Geriatryczne zespoły niesprawności i usługi opiekuńcze w późnej starości. Analiza wielowymiarowa na przykładzie wybranych środowisk województwa podlaskiego*. Białystok: TransHumana.
- Zych, Adam A. (2001). *Słownik gerontologii społecznej*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.

AKTY PRAWNE

Konwencja o Prawach Osób Niepełnosprawnych, sporządzona w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r. (Dz.U. 2012, poz. 1169).

Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności (Dz.U. 2003, nr 139, poz. 1328).

Uchwała nr 237 Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie ustanowienia Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014–2020 (M.P. 2014, poz. 52).

Uchwała nr 34 Rady Ministrów z dnia 17 marca 2015 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego Senior-WIGOR na lata 2015–2020 (M.P. 2015, poz. 341).

Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych (Dz.U. 2015, poz. 1705).