



GEDEON RICHTER POLSKA



SPOJRZENIE POLAKÓW NA DŁUGOWIECZNOŚĆ

MIĘDZY DEKLARACJAMI A CODZIENNOŚCIĄ



GEDEON RICHTER POLSKA

SPOJRZENIE POLAKÓW NA DŁUGOWIECZNOŚĆ

MIĘDZY DEKLARACJAMI A CODZIENNOŚCIĄ

koncepcja badania, analiza i opracowanie raportu: **dr Zofia Małkiewicz**

współpraca: **dr Magdalena Pałka**

maj 2026

realizacja badania ilościowego: Instytut Badań Pollster
projekt graficzny: Nastka Drabot

Spis treści

Wstęp	6
CZĘŚĆ I NAJWAŻNIEJSZE PRZEKROJOWE WNIOSKI	8
1. Dyskusja o długowieczności jest dla Polaków abstrakcyjna	9
2. Polacy nie chcą wydłużenia życia kosztem jego jakości	9
3. Myślenie o starości jest okazjonalne, ale im częstsze, tym bardziej negatywne	9
4. Polacy deklarują, że dbają, ale często nie wiedzą jak	10
5. Polacy są przede wszystkim przemęczeni	10
6. Motywacje związane z długowiecznością są przede wszystkim relacyjne	10
7. Najbardziej sceptyczni i pełni niepokoju są najmłodszy	10
8. Im starsi badani, tym więcej satysfakcji z życia i relacji	11
9. Polacy mają bliskie relacje, ale nie zawsze czują się w nich „blisko”	11
10. Nierówności w dostępie do długowieczności	12
11. Sama wiedza nie wystarczy – problemem są bariery i nawyki	12
12. Zmiana kulturowa: długość życia jest dziś postrzegana jako coś, na co mamy wpływ	12
13. Zaufanie do medycyny współistnieje z działaniem „na własną rękę”	13
14. Lęk i obawy hamują profilaktykę, a czasem są jedynym impulsem	13
15. Relacje są kluczowe dla długowieczności – ale Polacy ich tak nie postrzegają	13
16. Seksualność – zaniedbany obszar zdrowia i dobrostanu	14
17. Postawy wobec długowieczności i zdrowia układają się w cztery różne typy	14
18. Medycyna zmienia podejście do starzenia – ale większość przetomów jest jeszcze przed nami	15
CZĘŚĆ II WYNIKI BADANIA ANKIETOWEGO	16
Struktura próby	17
Postrzeganie długowieczności i starości	18

Jak długo planują i chcą żyć Polacy? _____	19
Czy Polacy chcieliby być nieśmiertelni? _____	21
Jakie emocje towarzyszą myśleniu o długowieczności i starości? _____	23
Jak Polacy wyobrażają sobie starość? _____	25
Jak często Polacy myślą o starości? _____	26
Jakie motywacje do długiego życia mają Polacy? _____	27
Jakie czynniki decydują o długości życia? _____	29
Jak Polacy podchodzą do kwestii wydłużania życia mimo cierpienia? _____	30
Czego Polacy obawiają się w związku ze starością? _____	32
Czy Polacy byliby gotowi na poważne operacje w celu zachowania sprawności i urody na starość? _____	35
Dbanie o zdrowie i styl życia _____	37
W jakim stopniu Polacy są zaangażowani w dbanie o swoje zdrowie? _____	38
Jaki jest poziom wiedzy na temat dbania o zdrowie? _____	39
Co motywuje i powstrzymuje Polaków w dbaniu o zdrowie? _____	41
Jak Polacy postrzegają swój wpływ na zdrowie? _____	45
Profilaktyka medyczna: postawy _____	46
Co robią Polacy, gdy im coś dolega? _____	47
Jakie Polacy mają podejście do profilaktyki i diagnostyki? _____	49
Wartości i sens życia _____	51
Jakie obszary życia są dla Polaków priorytetowe? _____	52
Jak Polacy postrzegają swoje życie i jego sens? _____	54
Dobrostan _____	56
Jak Polacy oceniają swój komfort zdrowotny? _____	57
Czy ankietowani rozumieją sygnały płynące z ciała? _____	58
Jak często Polacy doświadczają przyjemnych doznań płynących z ciała? _____	59

Jak Polacy czują się w swoim ciele?	60
W jaki sposób Polacy odpoczywają i co ich regeneruje?	61
Relacje i bliskość	65
Czy Polacy mają wokół siebie bliskie osoby?	66
Jak często Polacy czują się osamotnieni?	67
Czy Polacy czują przynależność do poszczególnych grup społecznych?	68
Jaka jest jakość najbliższych relacji Polaków?	70
Jak często Polacy doświadczają dotyku, który daje poczucie bliskości?	72
W jakim stopniu Polacy czerpią satysfakcję ze swojego życia seksualnego?	73
Cztery postawy wobec długiego życia i zdrowia	74
Grupa 1: Żyję z dnia na dzień – długim życiem się nie zajmuję - 16,7%	76
Grupa 2: Lubię życie, czas z bliskimi – chcę żyć długo i zdrowo – 32,5%	77
Grupa 3: Chcę żyć długo, ale nie chcę się starzeć - 22,3%	78
Grupa 4: Boję się starości, a długie życie może być ponad moje siły – 28,6%	79
CZĘŚĆ III DŁUGOWIECZNOŚĆ W INNYCH BADANIACH	80
Żyć dłużej czy żyć lepiej? Lifespan, healthspan, lifespan-healthspan gap	81
Nieoczekiwane odkrycia: co naprawdę wydłuża życie?	81
Długowieczność a nierówności społeczne	83
Czego nie znajdziemy w badaniach?	84
Co słychać w medycynie?	85
Dlaczego warto rozmawiać o długim życiu w zdrowiu?	86
Podsumowanie	87
Bibliografia	88

Długowieczność – rozumiana jako życie trwające dłużej niż przeciętnie – jeszcze niedawno była postrzegana jako kwestia przypadku, genetyki lub „daru losu”. Wraz z rozwojem nauki i technologii staje się jednak obszarem, na który mamy bezpośredni wpływ. Współcześnie kluczowym pytaniem przestaje być więc „jak długo?”, a staje się „jak chcemy żyć?”.

W pojęciu długowieczności spotykają się dwa porządki: z jednej strony odwieczna, kulturowa tęsknota za przekraczaniem granic życia i lęk przed przemijaniem, z drugiej – nowoczesna medycyna, która pozwala optymalizować funkcjonowanie organizmu. Na styku tych perspektyw rośnie znaczenie samego zjawiska, które przenika do różnych obszarów życia i wywiera wpływ na społeczne postawy. **Długowieczność staje się pojęciem szerokim – obejmuje zarówno podejścia oparte na równowadze i jakości życia (slow life, ekologia), jak i wizje technologicznego „przedłużania” życia, obecne m.in. w nurcie transhumanizmu.**

Jednocześnie wokół długowieczności narastają różne, często przeciwstawne zjawiska społeczne. Z jednej strony pojawia się presja kontroli nad ciałem, kult młodości czy medykalizacja starzenia, z drugiej – rośnie popularność praktyk wspierających dobrostan, takich jak aktywność fizyczna, mindfulness, bycie offline czy uczenie się przez całe życie.

O długowieczności mówi i pisze się dziś coraz więcej: zarówno w kontekście fundamentalnej zmiany demograficznej, jaką jest starzenie się społeczeństwa, rosnącej popularności i znaczenia stylu życia w kontekście profilaktyki zdrowotnej, jak i nowych możliwości rozwijanych przez współczesną medycynę i technologie biomedyczne. Wzrost popularności tego tematu – widoczny w nowych badaniach i debacie publicznej – sprawił, że zdecydowaliśmy się przyjrzeć mu bliżej. Chcieliśmy zobaczyć, jakie emocje, postawy i działania uruchamia oraz jak na zagadnienie długowieczności patrzą Polacy. Zależało nam na ujęciu wielowymiarowym, dlatego zaczęliśmy od przeanalizowania istniejących badań naukowych i raportów dotyczących długowieczności, wyciągając z nich najważniejsze wnioski. Następnie zrealizowaliśmy **badanie ilościowe (metodą CAWI) na reprezentatywnej dla Polski próbie n = 1018. Wyniki obu etapów badania znajdują się w niniejszym opracowaniu.**

Raport składa się z trzech głównych części. W pierwszej z nich omawiamy kilkanaście najciekawszych przekrojowych wniosków pochodzących z badania zleconego przez Gedeon Richter Polska: łączymy poszczególne dane i wątki w spójne obserwacje. W drugiej części zostały zaprezentowane wyniki badania ilościowego. Przyglądamy się następującym obszarom:

- postrzeganie długowieczności i starości;
- dbanie o zdrowie i styl życia;
- postawy wobec profilaktyki medycznej;
- wartości i sens życia;
- dobrostan;
- relacje i bliskość;
- cztery postawy wobec długiego życia.

Trzecia część to podsumowanie analizy dostępnych badań naukowych i raportów dotyczących długowieczności, a w niej m.in. o nieoczekiwanych odkryciach dotyczących tego, co przedłuża życie; o korelacji między nierównościami społecznymi a długowiecznością czy nowinkach w medycynie i biotechnologiach.

Część I NAJWAŻNIEJSZE PRZEKROJOWE WNIOSKI



1. Dyskusja o długowieczności jest dla Polaków abstrakcyjna

Polacy mają pozytywne emocje związane z samym hasłem „długowieczność” – 71% reaguje pozytywnie, najczęściej ciekawością (43%) i nadzieją (36%). Ten pozytywny odbiór słabnie jednak, gdy pytanie przestaje dotyczyć ogólnej idei i zaczyna odnosić się do własnego życia. **Myśląc o swojej starości, badani częściej wskazują emocje negatywne (65%) niż pozytywne (46%):** 41% deklaruje niepokój, a co piąta osoba – przytłoczenie. Największe obawy budzą choroby neurodegeneracyjne, zaburzenia psychiczne, trudności poznawcze, długotrwały ból i nowotwory. W tym kontekście fakt, że ponad połowa badanych (56%) nie chciałaby być nieśmiertelna, można rozumieć nie jako odrzucenie samej idei długiego życia, ale jako reakcję na wyobrażenie starości związanej z cierpieniem, zależnością i utratą sprawności. Te obawy nie są oderwane od rzeczywistości: dane GUS pokazują, że choć statystyczny Polak żyje dziś ok. 75–82 lata, to w zdrowiu jedynie 62–65 lat – co oznacza kilkanaście ostatnich lat życia w chorobie lub z poważnymi ograniczeniami.

2. Polacy nie chcą wydłużenia życia kosztem jego jakości

Polacy w zdecydowanej większości nie chcieliby wydłużenia życia o 10 lat, jeśli miałyby się wiązać z pogorszeniem jego jakości – szczególnie w wymiarze utraty autonomii, relacji i sprawności poznawczej. Co istotne, większość badanych odrzuca każdy z analizowanych scenariuszy, także te relatywnie „łagodniejsze”. Najsilniejszy sprzeciw budzą sytuacje związane z utratą kontaktu z rzeczywistością i sprawności poznawczej: 85% nie chciałoby wydłużenia życia przy utracie zdolności komunikacji z innymi, a 83% – przy braku świadomości przez większość czasu. Podobnie wysokie wskaźniki dotyczą braku samodzielności w podejmowaniu decyzji (78%), poważnych trudności psychicznych, zaburzeń pamięci oraz dużej zależności od innych w codziennym funkcjonowaniu (po ok. 77%). Granica akceptacji przebiega więc przede wszystkim wokół utraty kontaktu, świadomości, sprawczości i funkcji poznawczych. Widoczne są też różnice między grupami: osoby wierzące częściej niż niewierzące byłyby gotowe zaakceptować wydłużenie życia mimo większego cierpienia. Nie chodzi więc o prostą niechęć do dłuższego życia, ale o odrzucenie scenariusza, w którym wydłuża się przede wszystkim czas choroby, bólu i zależności.

3. Myślenie o starości jest okazjonalne, ale im częstsze, tym bardziej negatywne

Myślenie o starości ma wśród Polaków charakter okazjonalny – 36% nie myśli o niej w ogóle, 41% robi to od czasu do czasu, a 23% często lub bardzo często. Moment przejścia pojawia się w wieku 40–49 lat. Jednocześnie częstsza refleksja nad starością wiąże się z bardziej negatywnym jej obrazem: udział emocji negatywnych rośnie z 54% wśród osób myślących o starości rzadko do 80% wśród tych, które myślą o niej często. Co istotne, ten efekt nie występuje wobec długowieczności jako idei – tu emocje pozostają raczej pozytywne niezależnie od częstotliwości refleksji. Największe obawy związane ze starzeniem koncentrują się wokół zdrowia, sprawności i samodzielności: chorób i pogorszenia zdrowia obawia się 64% badanych, utraty sprawności fizycznej – 58%, zależności od innych – 54%. W dalszej kolejności pojawiają się obawy związane z relacjami i jakością życia: utrata bliskich (38%), zła kondycja psychiczna (36%), brak zabezpieczenia finansowego (33%), samotność (32%).

4. Polacy deklarują, że dbają, ale często nie wiedzą jak

Polacy wysoko oceniają swoje zaangażowanie w dbanie o zdrowie – średnio na 7,12 w skali 1–10, ale ta deklaracja nie idzie w parze z poczuciem kompetencji. Aż 62% badanych nie ma wystarczającej wiedzy o zapobieganiu chorobom przewlekłym, a 59% nisko lub przeciętnie ocenia swoją zdolność do oceny wiarygodności informacji zdrowotnych w internecie. W warunkach dezinformacji oznacza to, że zaangażowanie może prowadzić również do działań nieskutecznych albo potencjalnie szkodliwych – od restrykcyjnych diet po nieuzasadnioną suplementację. Problem nie polega więc tylko na tym, czy ludzie chcą dbać o zdrowie, ale czy mają wystarczająco dobre narzędzia, by robić to bezpiecznie i skutecznie.

5. Polacy są przede wszystkim przemęczeni

40% Polaków deklaruje przemęczenie w codziennym życiu, a ponad połowa nie regeneruje się mimo odpoczynku. Nic więc dziwnego, że „odpoczynek i czas wolny” jest najczęściej wskazywanym priorytetowym obszarem życia (37%). Jednocześnie między potrzebą regeneracji a sposobem odpoczynku pojawia się napięcie: choć badani jako regenerujące wskazują m.in. ruch, kontakt z naturą czy przyjemności, w praktyce najczęściej wybierają bierne formy odpoczynku – seriale i filmy (44%) oraz internet i media społecznościowe (39%). Odpoczynek często służy więc szybkiemu „odcięciu się” od zmęczenia, ale nie zawsze prowadzi do regeneracji. W takim kontekście bardziej zaawansowana profilaktyka łatwo przegrywa z potrzebą odzyskania sił tu i teraz.

6. Motywacje związane z długowiecznością są przede wszystkim relacyjne

Podstawowe motywacje związane z długowiecznością są relacyjne: chęć jak najdłuższego cieszenia się wspólnymi chwilami z bliskimi wskazuje 44% badanych, a chęć obserwowania, jak rozwijają się dzieci lub wnuki – 38%. To ważne, bo pokazuje, że **długie życie nie jest dla badanych wartością samą w sobie. Nabiera sensu przez to, co pozwala dalej robić i z kim pozwala być.** Znaczenie tych motywacji rośnie z wiekiem: chęć spędzania czasu z bliskimi wskazuje 39% najmłodszych i 51% osób w wieku 70+. Jednocześnie motywacje defensywne są rzadsze – 28% badanych nie chce, żeby życie skończyło się zbyt wcześnie, a 19% boi się śmierci. Polacy chcą więc żyć długo nie tyle z lęku przed śmiercią, ile z przywiązania do bliskich, doświadczeń i obecności w życiu innych.

7. Najbardziej sceptyczni i pełni niepokoju są najmłodszy

Najmłodszy badani (18–29 lat) są najbardziej sceptyczni i pełni niepokoju. Co piąty uważa, że nie dożyje 60 lat, prawie jedna trzecia deklaruje brak poczucia sensu życia, a 28% często lub zawsze czuje się samotnione. Nie chodzi tu tylko o niższy optymizm dotyczący długości życia – to szerszy obraz gorszego dobrostanu. Szczególnie interesujący jest rozdźwięk między pragnieniem a przewidywaniem: **69% najmłodszych chciałoby żyć ponad 80 lat, ale tylko 46% wierzy, że tyle przeżyje.** Jednocześnie to właśnie

młodzi są najbardziej przemęczeni – ok. 70% czuje zmęczenie mimo odpoczynku, 58% ma trudność z prawdziwym relaksem, podobny odsetek wskazuje na brak czasu na odpoczynek. Wynik ten dobrze łączy się z nowszymi badaniami pokazującymi osłabienie klasycznego U-kształtowanego wzorca dobrostanu i pogorszenie kondycji młodych dorosłych. Do niedawna satysfakcja z życia była relatywnie wysoka u młodych, spadała w wieku średnim (ok. 40–50 lat), a następnie ponownie rosta w starszym wieku. Obecnie młodzi dorośli raportują niższy dobrostan niż wcześniejsze kohorty, a różnice między grupami wiekowymi są mniej regularne. Jest to związane m.in. z pogorszeniem zdrowia psychicznego młodych, większą presją ekonomiczną, przeciążeniem informacyjnym oraz wpływem środowiska cyfrowego.

8. Im starsi badani, tym więcej satysfakcji z życia i relacji

Im starsi badani, tym więcej satysfakcji z życia i relacji. Najstarsi czują się najmniej samotni i częściej chcą żyć dłużej – nie dlatego, że silniej boją się śmierci, ale dlatego, że bardziej niż inni chcą cieszyć się życiem. Widać to w konkretnych liczbach: poczucie sensu życia deklaruje 61% osób w wieku 18–29 i 90% osób 70+, satysfakcję z tego, jak żyją – odpowiednio 55% i 89%. Także osamotnienie spada – z 28% w najmłodszej grupie (często lub zawsze) do ok. 10–12% wśród najstarszych. Może to wydawać się paradoksalne, bo kłóci się ze stereotypem samotnego seniora. Z wiekiem rośnie znaczenie przyjemności płynącej z życia: odpowiedź „lubię życie i chcę się nim cieszyć jak najdłużej” wskazuje 24% osób w wieku 18–29 lat i 45% osób w wieku 70+. Podobnie zmienia się stosunek do ciała – rośnie akceptacja wyglądu (z 65% wśród najmłodszych do 92% w grupie 70+) i komfort w ciele, a maleje skrępowanie (z 52% do ok. 14%). Starość w tych danych nie jest więc wyłącznie obszarem strat. Obok obaw o zdrowie, sprawność i zależność od innych pojawiają się większa akceptacja, stabilniejsze relacje i silniejsze przywiązanie do życia.

9. Polacy mają bliskie relacje, ale nie zawsze czują się w nich „blisko”

Polacy deklarują, że mają satysfakcjonujące relacje – 86% mówi, że ma osoby, przy których może być w pełni sobą, 85% – że może na kogoś liczyć, 80% – że ma z kim porozmawiać o tym, co naprawdę przeżywa. A jednak **poczucie osamotnienia rozkłada się niemal pół na pół**: 53% badanych czuje się osamotniona rzadko lub nigdy, a 48% – przynajmniej od czasu do czasu. Większość często lub bardzo często doświadcza w relacjach z bliskimi bezpieczeństwa (69%), wsparcia (64%) i zrozumienia (60%), ale skala braków jest istotna: 32% nie doświadcza regularnie bezpieczeństwa, 36% nie czuje się regularnie wspierana, a 40% doświadcza zrozumienia co najwyżej od czasu do czasu. **Deficyt bliskości widać na poziomie fizycznym. Tylko 37% badanych doświadcza często lub bardzo często dotyku, który daje poczucie bliskości, a niemal tyle samo (34%) – rzadko lub nigdy.** To pokazuje napięcie, którego nie widać w prostym pytaniu o posiadanie bliskich relacji. Relacje dają większości badanych wiele pozytywnych doświadczeń, ale nie zawsze zapewniają im tyle wsparcia, zrozumienia, bliskości i poczucia bezpieczeństwa, ile potrzebują.

10. Nierówności w dostępie do długowieczności

Sytuacja materialna jest ważnym czynnikiem różnicującym dostęp do długowieczności. Wśród osób żyjących skromnie 60% nie wykonuje badań regularnie, podczas gdy wśród osób zamożnych – 38%. Różnica dotyczy także subiektywnego komfortu zdrowotnego: nisko ocenia go 42% osób w gorszej sytuacji materialnej i 16% osób w sytuacji lepszej. Także poczucie osamotnienia rozkłada się nierówno – wśród osób w trudnej sytuacji 38% czuje się osamotniona często lub zawsze, wobec 10% wśród osób w dobrej sytuacji. Profilaktyka nie jest więc tylko kwestią postawy czy motywacji – wymaga warunków, które pozwalają regularnie korzystać z opieki i skutecznie wdrażać zalecenia w życie. W dużej mierze chodzi o uwarunkowania systemowe: dostęp do specjalistów, jakość lokalnej opieki zdrowotnej, edukację zdrowotną oraz – przede wszystkim – dostępność finansową. Bez systemowych interwencji w tych obszarach długowieczność pozostanie niedostępna dla znacznej części społeczeństwa, niezależnie od indywidualnej motywacji i wiedzy.

11. Sama wiedza nie wystarczy – problemem są bariery i nawyki

Polacy w dużej mierze wiedzą, że styl życia ma znaczenie. Problem nie polega na tym, że trzeba ich do tego przekonać. Największa trudność pojawia się przy przejściu od ogólnej świadomości do codziennych praktyk. Bariery w dbaniu o zdrowie są liczne i nakładają się na siebie – badani wskazują średnio blisko trzy. Najczęstszą jest właśnie utrzymanie zdrowych nawyków (34%). Tuż za nią plasują się bariery zasobowe: brak środków finansowych (29%) i zmęczenie, które odbiera siły na dodatkowe działania prozdrowotne (21%). Dla 20% problemem jest odkładanie dbania o zdrowie „na później”, dla kolejnych 20% – brak dostępu do specjalistów. 18% deklaruje brak motywacji, a 15% czuje się przytłoczonych ilością informacji o zdrowiu. Ma to istotne konsekwencje dla edukacji zdrowotnej. Skoro Polacy nie potrzebują już przekonywania, że styl życia ma znaczenie, edukacja powinna skupiać się na wsparciu w budowaniu nawyków: pokazywaniu, jak przełożyć ogólne zalecenia na działania zrozumiałe, wykonalne i powtarzalne w codziennym życiu. Równolegle warto pamiętać, że część barier ma charakter strukturalny – brak czasu, ograniczenia finansowe i utrudniony dostęp do specjalistów nie znikną pod wpływem lepszej edukacji, lecz wymagają interwencji systemowych.

12. Zmiana kulturowa: długość życia jest dziś postrzegana jako coś, na co mamy wpływ

Dopiero w ostatnich dekadach długość życia zaczęła być powszechnie postrzegana jako coś, na co mamy wpływ. Wcześniej długowieczność częściej rozumiano jako łut szczęścia, przypadek albo dar – choć to oczywiście uproszczenie, dotyczące przede wszystkim kultur zachodnich. Dziś badani mają silne poczucie sprawczości w tym obszarze: 92% uważa, że codzienne wybory mają znaczenie dla zdrowia, a 78% czuje, że długość życia w dużej mierze zależy od nich samych. To istotna zmiana kulturowa – długie życie przestaje być kwestią losu, a staje się czymś, co można świadomie kształtować.

13. Zaufanie do medycyny współistnieje z działaniem „na własną rękę”

Zaufanie do medycyny konwencjonalnej i lekarzy jest ogólnie duże, jednak równolegle widać silny trend działania „na własną rękę”. Widać to m.in. w sposobie poszukiwania informacji: 72% badanych deklaruje, że w przypadku dolegliwości wyszukuje informacje na ich temat w internecie. Nie oznacza to jednak zastępowania lekarza wyszukiwarką internetową, lecz raczej zmianę modelu podejmowania decyzji zdrowotnych. Obecnie ma on często charakter wieloetapowy i wielotorowy: od rozmów z bliskimi, samodzielnego wyszukiwania informacji, przez wstępną interpretację objawów, po kontakt z lekarzem.

Na tym tle wybija się jednak trend stosowania suplementów. 61% badanych sięga po suplementy, gdy coś im dolega – 34% często lub zawsze, a 28% od czasu do czasu. To tworzy pewną niespójność: z jednej strony badani ufają medycynie i lekarzom, z drugiej – w sytuacji dolegliwości często wybierają szybką reakcję bez konsultacji. Jednocześnie poziom wiedzy o działaniu suplementów i regulacjach rynku jest niski, co zwiększa ryzyko błędnych decyzji. Ten przykład dobrze pokazuje szerszy problem: ludzie chcą działać na rzecz zdrowia, ale nie zawsze mają wystarczającą wiedzę, żeby ocenić, które działania są potrzebne, skuteczne i bezpieczne. Co ciekawe, wiek nie różnicuje tego wzorca.

14. Lęk i obawy hamują profilaktykę, a czasem są jedynym impulsem

Lęk pełni w profilaktyce dwie sprzeczne role. Z jednej strony bywa najsilniejszym impulsem do działania: 61% badanych wykonuje badania dopiero wtedy, gdy coś ich niepokoi, a tylko 49% bada się regularnie, gdy nic im nie dolega. Wyniki te są spójne z badaniami zachowań zdrowotnych Polaków (CBOS 2024), według których brak objawów obniża skłonność do badań, a działania zdrowotne częściej mają charakter reaktywny niż zapobiegawczy.

Z drugiej strony ten sam lęk, tym razem przed diagnozą, potrafi działanie zablokować. Jednej trzeciej badanych zdarza się odkładać badanie z obawy przed wynikiem, 35% odkłada wizytę u lekarza mimo niepokojących objawów, a 45% ignoruje sygnały płynące z ciała. U podstaw tych obaw leży często nieaktualne wyobrażenie o medycynie. Wielu Polaków wciąż traktuje diagnozę jak wyrok, podczas gdy nowoczesna medycyna dysponuje skutecznymi terapiami dla wielu schorzeń, które jeszcze niedawno były nieuleczalne. Choć więc badani sami deklarują, że strach przed chorobą jest jedną z głównych motywacji do dbania o zdrowie (47%), w praktyce skuteczniejsze okazuje się działanie odwrotne: obniżanie poczucia zagrożenia i pokazywanie badania jako rutynowej, nieobciążającej czynności. Trwała zmiana zachowań zdrowotnych wynika raczej z poczucia sprawczości i myślenia długoterminowego niż z mobilizacji pod wpływem lęku.

15. Relacje są kluczowe dla długowieczności – ale Polacy ich tak nie postrzegają

Polacy mają bliskie relacje. Większość deklaruje, że ma osoby, przy których może być w pełni sobą (86%), na które może liczyć (85%) i z którymi może porozmawiać o tym, co naprawdę przeżywa (80%). Także

w pytaniu o powody, dla których chcieliby żyć długo, motywacje relacyjne są na pierwszym miejscu (44% – czas z bliskimi, 38% – obserwowanie, jak rozwijają się dzieci lub wnuki). A jednak gdy pytamy wprost o czynniki wpływające na długość życia, relacje społeczne wskazuje zaledwie 5% badanych – mimo że, jak pokazują badania międzynarodowe, ich znaczenie dla długowieczności jest porównywalne z klasycznymi czynnikami biomedycznymi, takimi jak poziom cholesterolu. To jeden z rozdzwiązków w całym badaniu: Polacy żyją w relacjach i czerpią z nich sens, ale nie myślą o nich w kategoriach zdrowia czy długowieczności. W debacie publicznej wciąż dominuje słownik biomedyczny: dieta, ruch, badania, sen. Tymczasem **relacje wpływają na dobrostan i długość życia niezależnie od tego, czy są świadomie postrzegane jako „prozdrowotne”**.

16. Seksualność – zaniedbany obszar zdrowia i dobrostanu

Życie seksualne to jeden z najwyraźniej zaniedbanych obszarów w doświadczeniu Polaków. Średnia ocena satysfakcji wynosi 5,64 w skali 1–10 – najniżej spośród badanych obszarów. Co trzecia osoba (34%) ocenia ją bardzo nisko (1–4), a co czwarta kobieta (25%) wskazuje wartość najniższą z możliwych (1) – wobec 13% mężczyzn. Towarzyszy temu deficyt wiedzy: **64% badanych ma niewystarczającą wiedzę o satysfakcji i dobrostanie seksualnym** – również najwięcej spośród wszystkich obszarów zdrowia.

Seksualność jest też najrzadziej wskazywana jako obszar priorytetowy: tylko 9% badanych zaznacza ją jako jeden z trzech kluczowych obszarów życia. Ten układ – niska satysfakcja, niska wiedza, niski priorytet – wskazuje na problem wykraczający poza poziom indywidualny. Wpływ mogą mieć czynniki strukturalne, m.in. normy społeczne czy poziom edukacji w tym obszarze. Seksualność wypada poza kategorię „zdrowia” i „dbania o siebie”, choć ma na nie istotny wpływ – na samopoczucie, jakość relacji, poczucie własnej wartości.

17. Postawy wobec długowieczności i zdrowia układają się w cztery różne typy

Polacy nie myślą o długowieczności w jeden spójny sposób. **Analiza wyłoniła cztery grupy, różniące się stosunkiem do długiego życia,** własnej starości, priorytetów oraz sposobów dbania o zdrowie.

Pierwsza grupa (17%) – „**żyję z dnia na dzień, długim życiem się nie zajmuję**” – charakteryzuje się dystansem emocjonalnym wobec długowieczności i niskim zaangażowaniem w temat zdrowia.

Druga (33%) – „**lubię życie, czas z bliskimi, chcę żyć długo i zdrowo**” – ma najbardziej spójny i pozytywny stosunek do długowieczności i starości, najwyższy komfort zdrowotny i najniższe poczucie osamotnienia.

Trzecia (22%) – „**chcę żyć długo, ale nie chcę się starzeć**” – łączy najwyższe pragnienie długiego życia z najsilniejszym lękiem przed starością, co przekłada się na paradoksalne zachowania: deklarują wysokie zaangażowanie, ale najczęściej ignorują sygnały z ciała.

Czwarta (29%) – „**boję się starości, a długie życie może być ponad moje siły**” – ma najbardziej pesymistyczny obraz długowieczności i starości, najniższy komfort zdrowotny i najwyższe przemęczenie. Co istotne, grupy te nie różnią się demografią: wiekiem, płcią, wykształceniem, statusem ekonomicznym ani miejscem zamieszkania. Oznacza to, że postawy wobec długowieczności i zdrowia kształtują się niezależnie od tych czynników i zależą od indywidualnych doświadczeń oraz uwewnętrznionych przekonań.

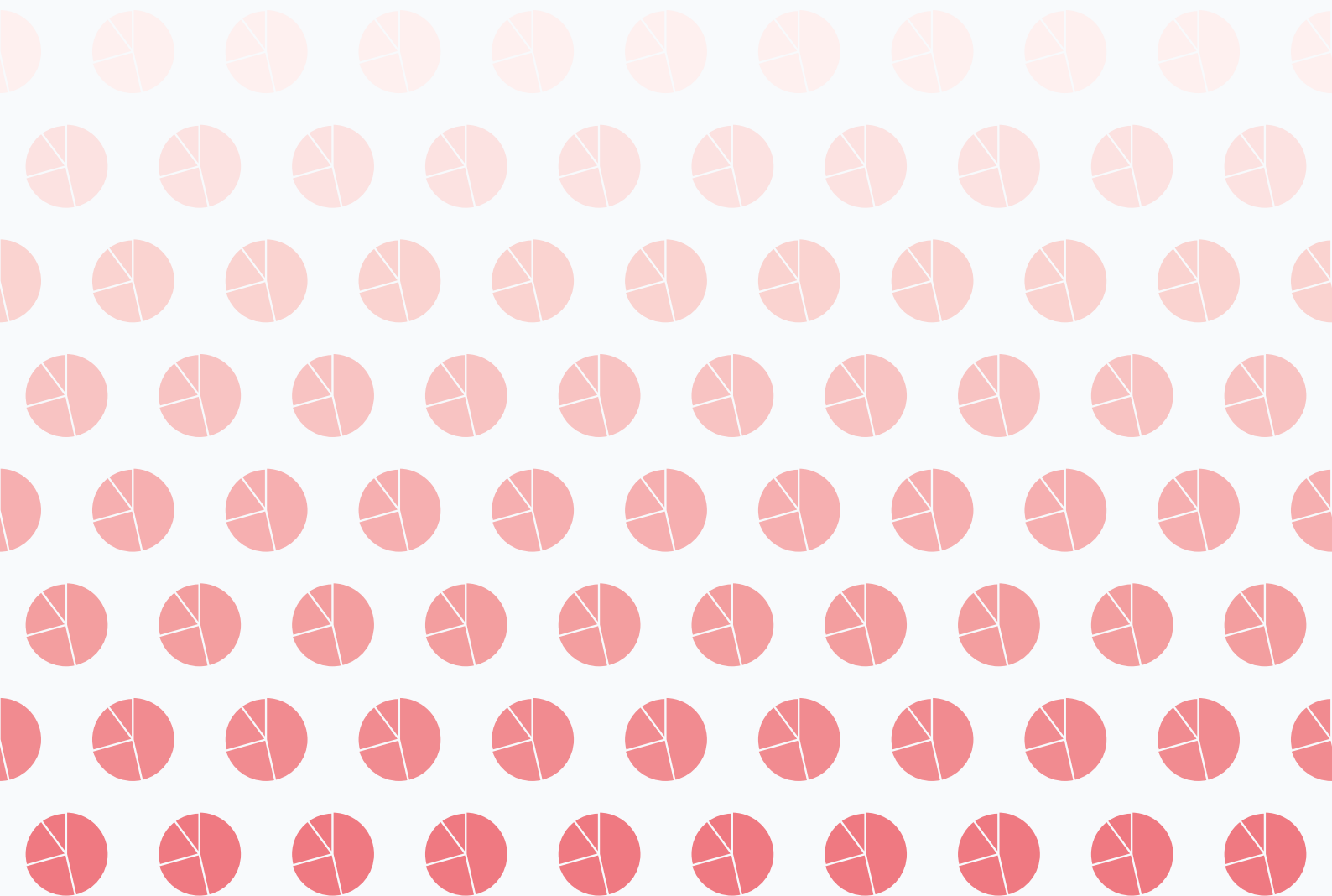
18. Medycyna zmienia podejście do starzenia – ale większość przetomów jest jeszcze przed nami

Współczesna nauka definiuje starzenie nie jako jedną nieuchronną całościową zmianę, lecz jako sieć powiązanych ze sobą procesów komórkowych, w które można interweniować. Część metod ma już ugruntowaną pozycję – medycyna stylu życia (traktująca codzienne nawyki jako równorzędne narzędzie terapeutyczne obok farmakologii) oraz medycyna regeneracyjna (od endoprotez po terapie komórkami macierzystymi). **Najbardziej obiecujące są natomiast terapie celujące bezpośrednio w mechanizmy starzenia komórkowego: metformina, rapamycyna, senolityki, reprogramowanie epigenetyczne, edycja genów CRISPR** – jednak żadna z nich nie jest jeszcze zatwierdzona jako terapia spowalniania starzenia.

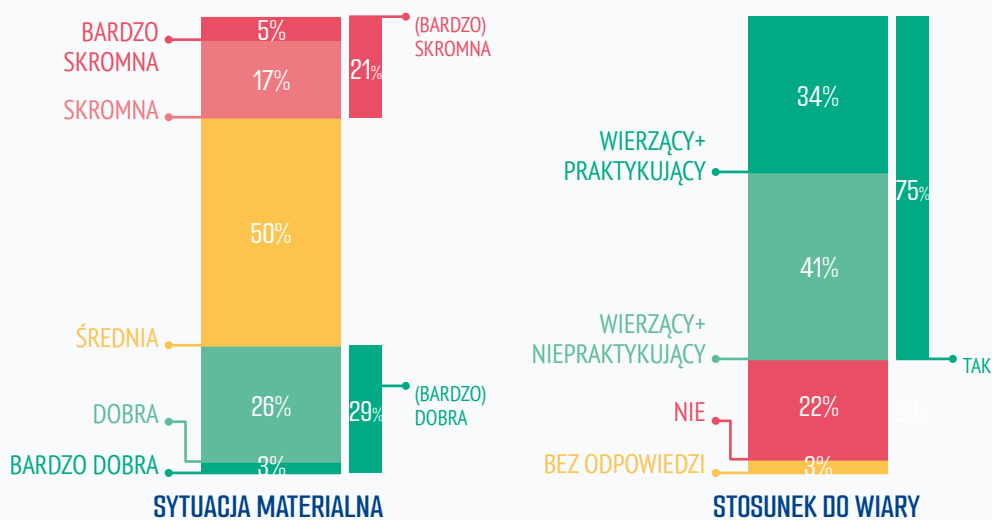
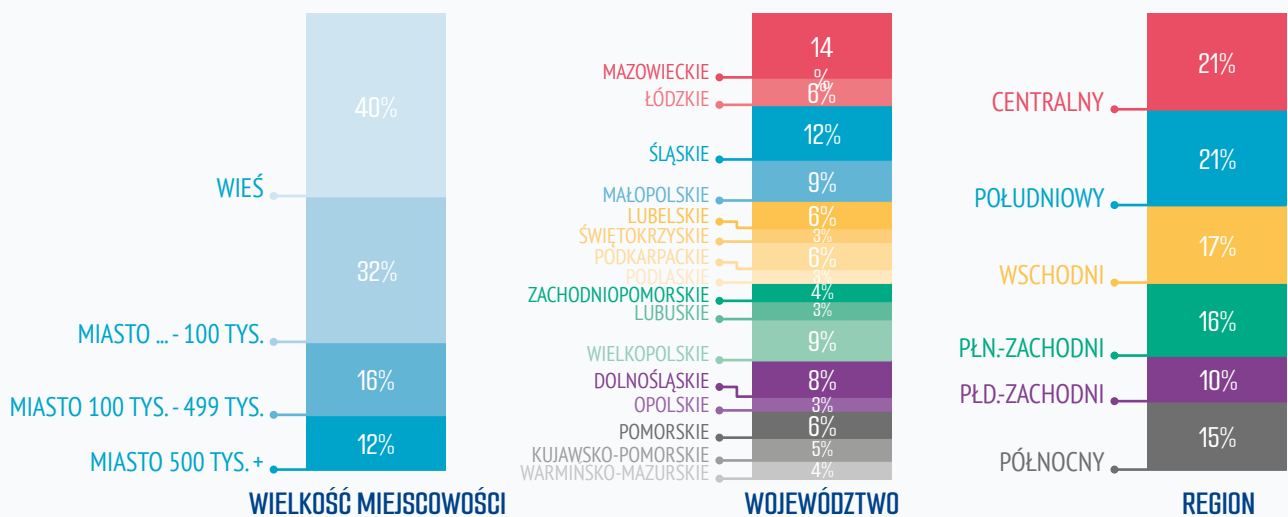
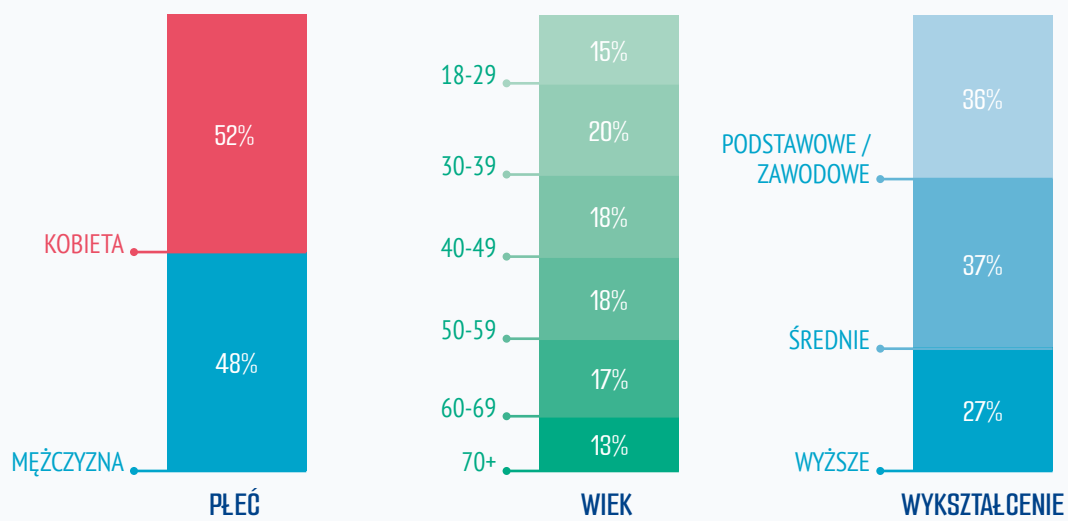
Podobnie narzędzia diagnostyczne: zegary epigenetyczne pozwalają szacować wiek biologiczny, cyfrowe bliźniaki umożliwiają testowanie interwencji medycznych na modelu konkretnego pacjenta, a biohacking oferuje systemowe monitorowanie biomarkerów – ale w każdym z tych przypadków brakuje jeszcze dowodów na to, że przekładają się na realnie dłuższe i zdrowsze życie. Obraz jest więc jednocześnie obiecujący i ostrożny: **nauka otwiera nowe możliwości interweniowania w proces starzenia, ale to, co dziś naprawdę działa i jest dostępne, to wciąż przede wszystkim codzienne nawyki**, szeroko rozumiane warunki życia (a w nich relacje społeczne) oraz oczywiście regularna profilaktyka i dostępna opieka medyczna.

Część II

WYNIKI BADANIA ANKIETOWEGO

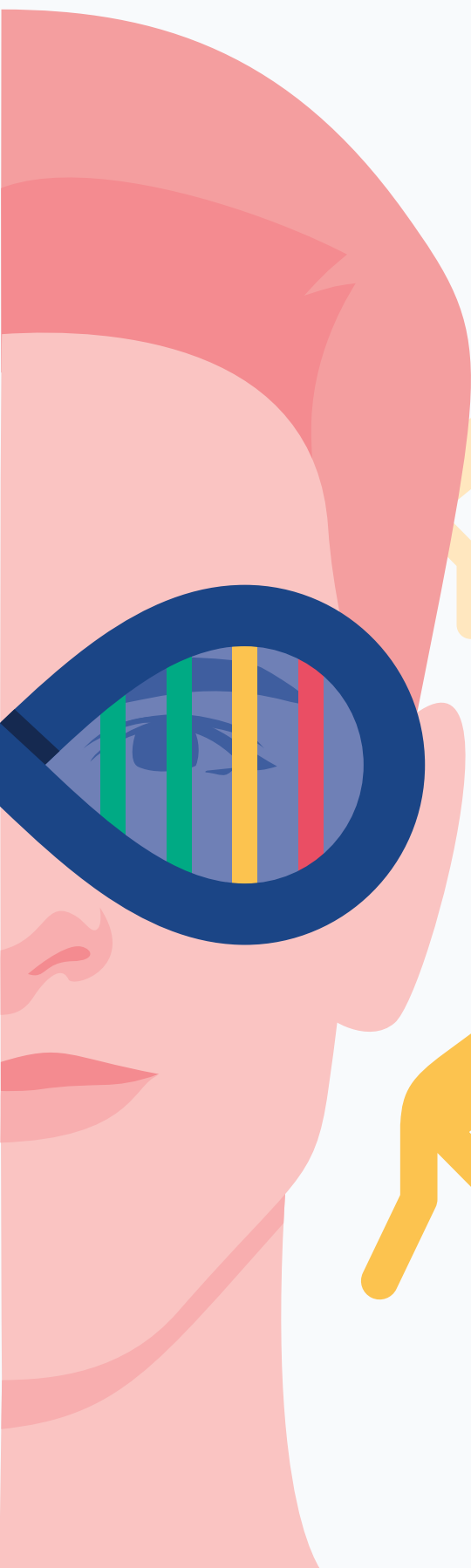


Struktura próby



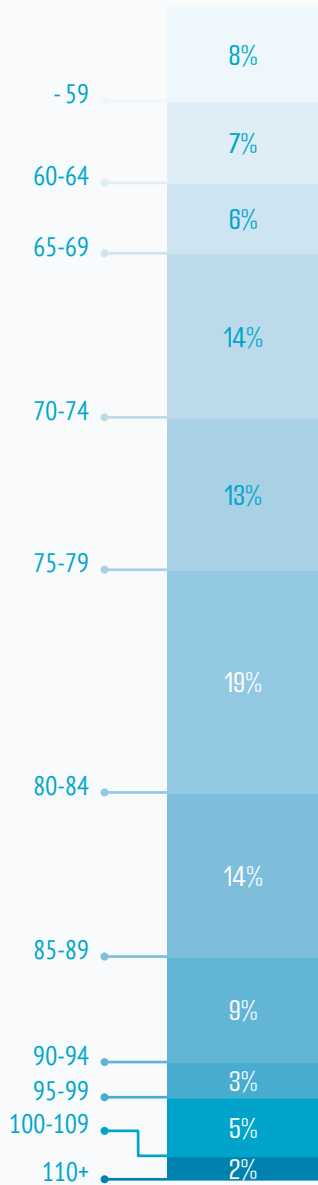
Grupa wykresów nr 1. Struktura próby
Pytania zamknięte jednokrotnego wyboru
Próba reprezentatywna dla Polski n=1018

Postrzeganie długowieczności i starości



Jak długo planują i chcą żyć Polacy?

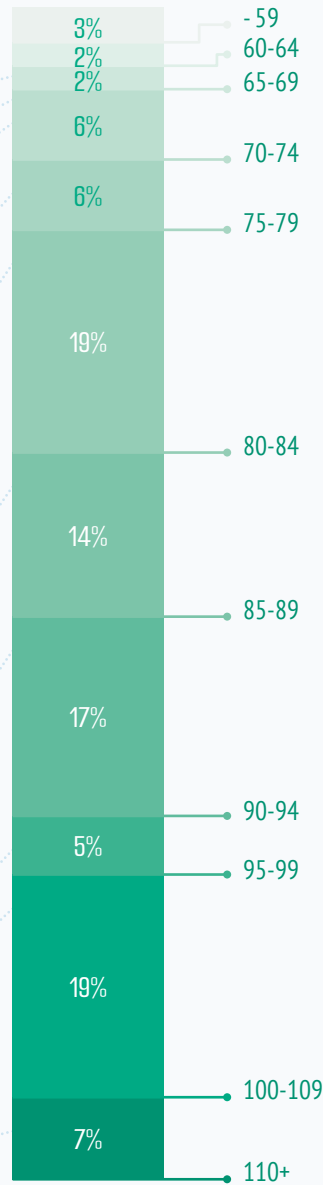
Jak myślisz, ile lat będziesz żyć?



77,35

ŚREDNIA

Jakiego wieku chciałbyś dożyć?



87,13

ŚREDNIA

Wykres 2. Prognozowana i pożądana długość własnego życia
Pytania numeryczne, rekodowane do przedziałów wiekowych; podano również średnie
Próba reprezentatywna dla Polski n=1018

Ostatnie dane Głównego Urzędu Statystycznego za 2024 rok pokazują, że **statystyczny Polak żyje dziś 75–82 lata, lecz w zdrowiu jedynie około 62–65 lat**. Wedle tych danych **ostatnie 13–17 lat życia Polacy spędzają więc w chorobie lub z poważnymi zdrowotnymi ograniczeniami**. Globalna mediana *lifespan-healthspan gap* wynosi (według WHO) 9,6 roku, choć różnice metodologiczne między wskaźnikami GUS i WHO utrudniają bezpośrednie porównanie. Niezależnie od metody, widoczny jest szerszy trend: *gap* rośnie wraz z długością życia, dlatego kraje rozwinięte mają go zazwyczaj wyższy niż globalna mediana.

Większość badanych (59%) zakłada, że dożyje wieku między 70 a 89 lat (średnia dla wszystkich to 77,35), można więc powiedzieć, że intuicja Polaków w tym zakresie jest dość dobrze skalibrowana. Co ciekawe, 20% respondentów uważa, że będzie żyło poniżej 70 lat; również 20%, że dożyje minimum 90 lat.

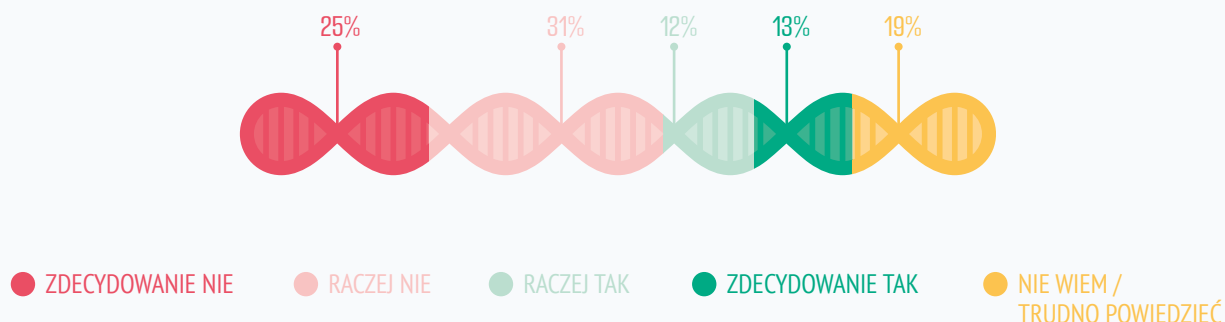
Wśród najmłodszych (18-29 lat), obraz staje się niepokojący: aż co piąty badany w tej w grupie uważa, że nie dożyje 60. roku życia, podobnie 17% osób w grupie 30–39 lat. Średnia dla ogółu wynosi zaledwie 8%.

Niezależnie od przewidywanej długości życia badani chcieliby żyć średnio o 10 lat dłużej. Im starszy respondent – co nie zaskakuje – tym dłużej chce żyć. Wraz z każdą dekadą życia badani chcą żyć średnio o 1,5 roku dłużej (wśród najmłodszych jest to ok. 82,54 a wśród najstarszych 70+ 92).

Najciekawsze wyniki znów dotyczą grupy osób najmłodszych: **69% osób w wieku 18–29 lat chciałoby żyć ponad 80 lat, ale tylko 46% z nich wierzy, że tyle przeżyje**. To prawie 25-punktowa przepaść: najmłodszy dorośli chcą długiego życia, ale sądzą, że jest ono dla nich nieosiągalne.

Czy Polacy chcieliby być nieśmiertelni?

Czy chciałbyś być nieśmiertelny?



Wykres 3. Stosunek do nieśmiertelności
Pytanie zamknięte jednokrotnego wyboru na pięciostopniowej skali
Próba reprezentatywna dla Polski n=1018

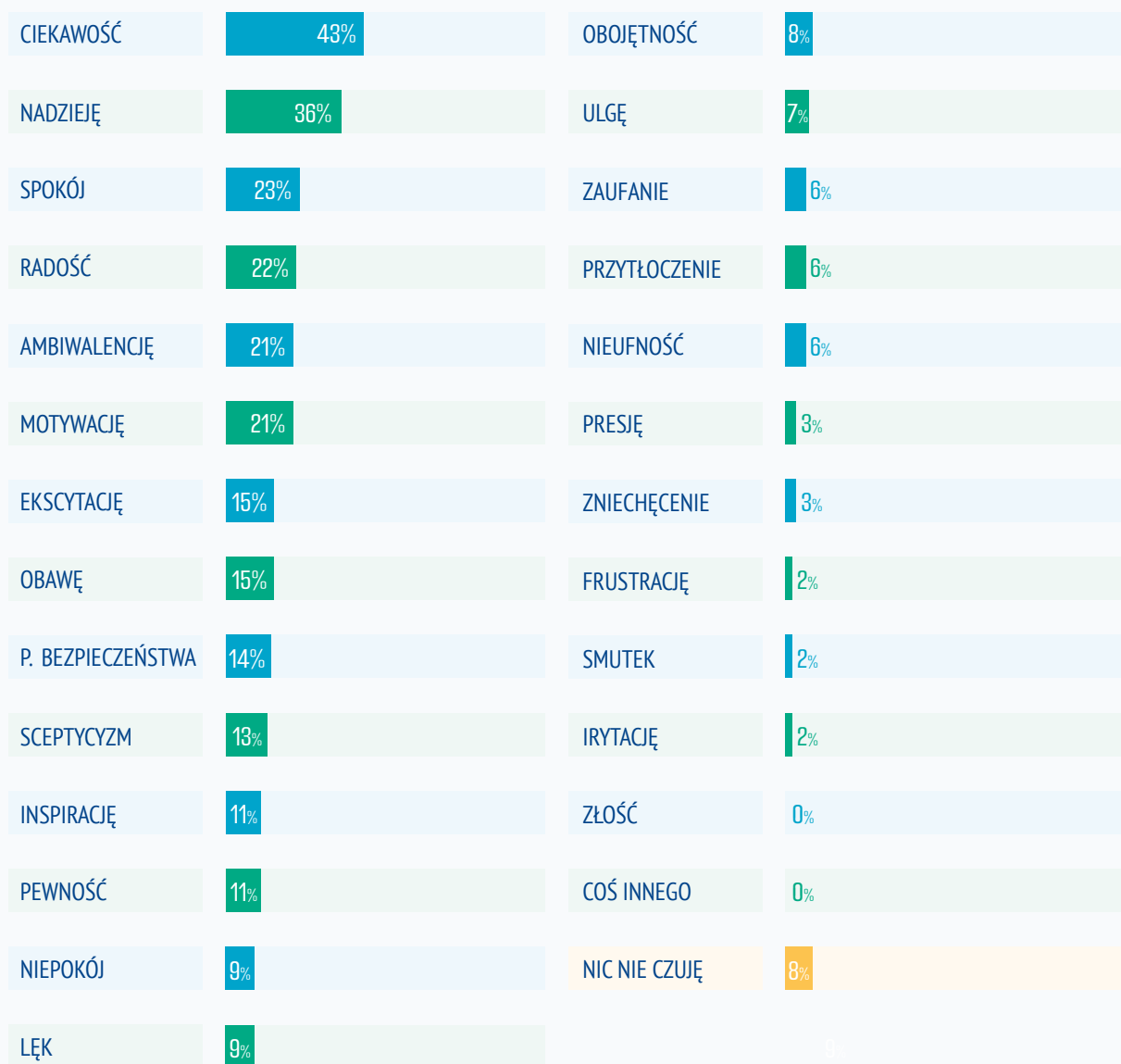
Większość badanych (56%) nie chce być nieśmiertelna. Tylko co czwarta osoba zdecydowanie by tego chciała (25%), a 19% nie ma wyrobionego zdania na ten temat.

Najbardziej przychylnie nieśmiertelności są osoby w wieku 30–39 lat: aż 35% z nich odpowiedziało „tak” (więcej o 10 punktów procentowych niż średnia), a 48% z nich jest przeciwn. Może to wskazywać na specyficzne uwarunkowania tej grupy wiekowej, jednak ich interpretacja wymagałaby dodatkowych badań. Jedną z możliwych hipotez jest to, że jest to pokolenie, które właśnie buduje kariery i rodziny i czuje, że ma jeszcze wiele do zrobienia. Jednocześnie jest oswojone z ideą nieśmiertelności spopularyzowaną przez kulturę masową. Być może stąd wynika ich większy apetyt na nieograniczony czas.

Z kolei **wśród najstarszych badanych (70+): aż 67% z nich nie chce być nieśmiertelna** (to więcej o 12% niż wynosi średnia ogółu), a za nieśmiertelnością opowiada się tylko 14% z nich. Osoby, które są najbliższej końca życia, najwyraźniej najrzadziej mają ochotę je przedłużyć.

Zanim wyciągniemy zbyt pochopne wnioski dotyczące niechęci do nieśmiertelności, warto skonfrontować te wyniki z badaniem, które zwraca uwagę na niuanse. Kiedy Amerykanów zapytano nie o nieśmiertelność, lecz o możliwość bardzo długiego życia w zdrowiu, okazało się, że aż 42% chciałoby żyć bez ograniczeń czasowych (wobec zaledwie 20%, którzy woleliby umrzeć w wieku 85 lat). To sugeruje, że **odpowiedź „nie chcę być nieśmiertelny” może w praktyce oznaczać: „nie chcę żyć w dyskomforcie i cierpieniu”.** Odrzucenie nieśmiertelności może być więc po prostu racjonalną reakcją na to, jak w rzeczywistości dla większości ludzi wygląda starość (*Great Desire for Extended Life and Health amongst the American Public, Y. Donner et al., 2016*). Taki wniosek łączyłby się z wynikami kolejnych pytań.

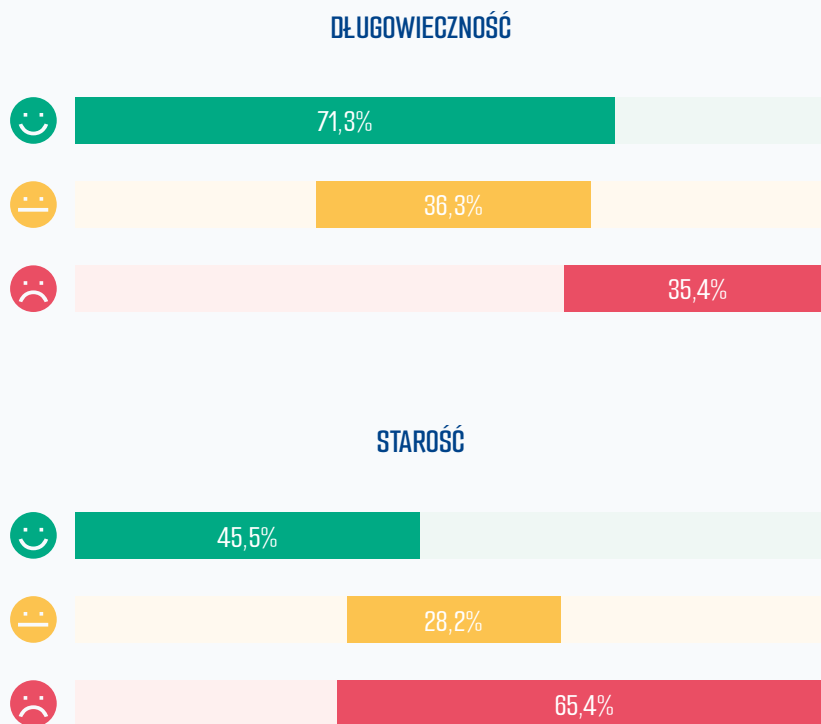
Co czujesz, kiedy słyszysz hasło "długowieczność"?



Wykres 5. Emocje wobec hasła „długowieczność”
Pytanie zamknięte wielokrotnego wyboru
Próba reprezentatywna dla Polski n=1018

Jakie emocje towarzyszą myśleniu o długowieczności i starości?

Uczucia względem hasła...



Wykres 6. Emocje wobec „długowieczności” i „starości” – zestawienie zbiorcze
Odpowiedzi na pytania o emocje wobec hasła „długowieczność” oraz wobec własnej starości,
rekodowane do trzech kategorii: pozytywne, neutralne/ambiwalentne, negatywne
Próba reprezentatywna dla Polski n=1018

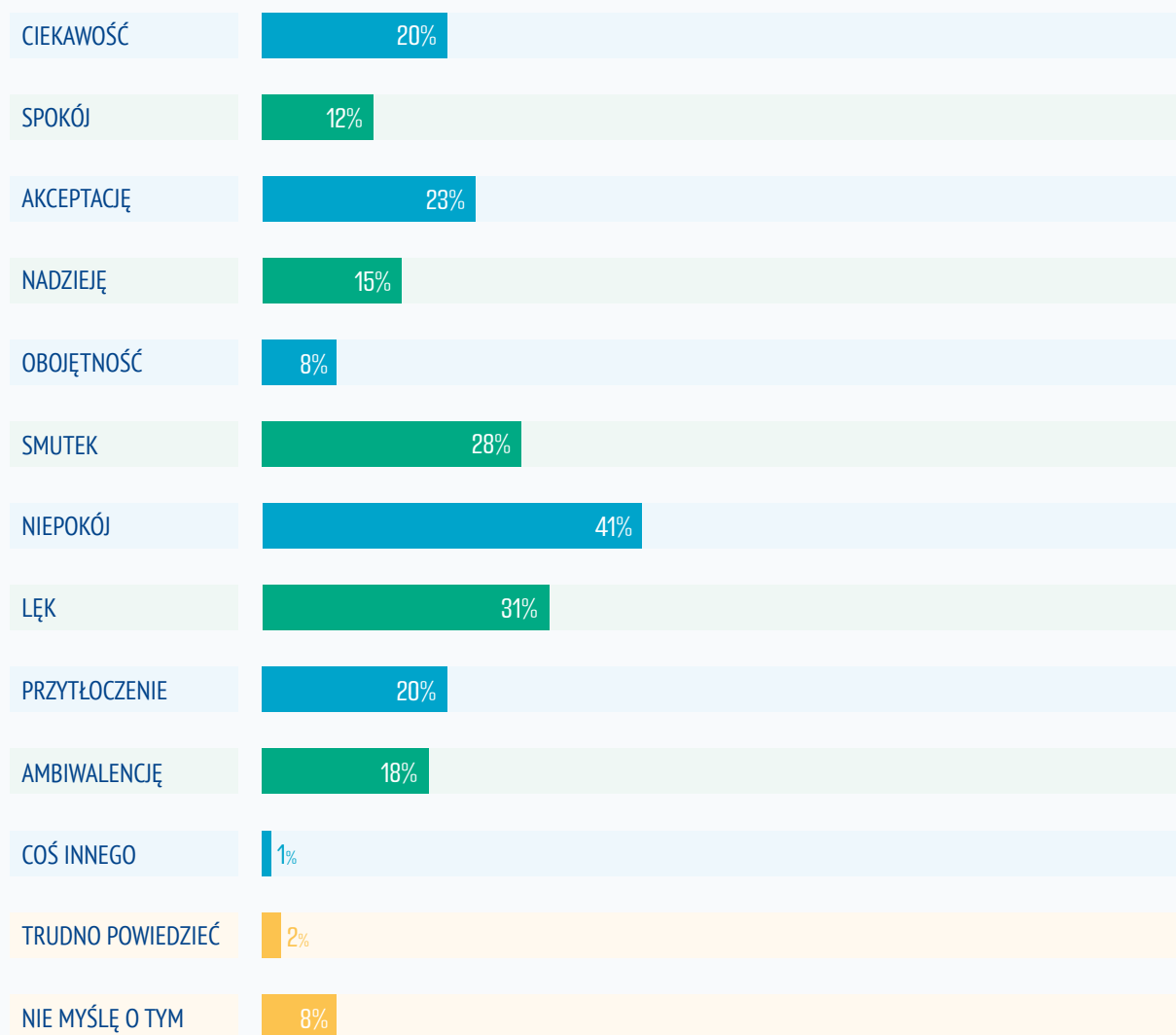
Kiedy Polacy słyszą hasło „długowieczność”, reagują przede wszystkim pozytywnie: 71% wskazuje na takie emocje, podczas gdy negatywne odczucia deklaruje 35%. Najczęściej pojawia się **ciekawość (43%) i nadzieja (36%)**. Ten pozytywny odbiór słabnie jednak w momencie, gdy pytanie przestaje dotyczyć ogólnej idei, a zaczyna odnosić się do własnego życia. **Myśląc o własnej starości, badani częściej wskazują emocje negatywne (65,4%) niż pozytywne (45,5%)**. Niepokój deklaruje 41%, a co piąta osoba czuje przytłoczenie (20%).

Warto zwrócić też uwagę, że **wiek nie różnicuje istotnie reakcji na samo hasło „długowieczność”,** ale zaczyna mieć znaczenie wtedy, gdy badani odnoszą się do własnej starości. Wraz z wiekiem rośnie odsetek ocen pozytywnych wobec własnej starości – w grupie 70+ wynosi on 59%, wobec 45,5% w całej próbie. Sugeruje to, że osobiste doświadczenie starzenia się częściowo odczarowuje wcześniejsze, wyobrażone obawy.

Jak można wytłumaczyć tę niespójność? „Długowieczność” jako pojęcie abstrakcyjne uruchamia zdystansowane, bardziej poznawcze myślenie – temat wydaje się interesujący i potencjalnie obiecujący, ponieważ nie dotyczy bezpośrednio jednostki. Zgodnie z teorią poziomów reprezentacji (*Construal Level Theory*) większy dystans sprzyja bardziej ogólnym i pozytywnym interpretacjom. Sytuacja zmienia się, **gdy punkt odniesienia przesuwa się na „własną starość”**: abstrakcja zostaje zastąpiona konkretnym wyobrażeniem siebie w przyszłości, co wiąże się ze wzrostem napięcia emocjonalnego i przesunięciem w stronę mniej optymistycznych reakcji. Dominujący niepokój ma przy tym charakter prospektywny – dotyczy starości wyobrażanej, a nie przeżywanej.

Wzorec ten znajduje potwierdzenie w badaniach międzynarodowych. W analizach Pew Research Center (2025, n = 8750) 67% osób poniżej 65. roku życia deklaruje niepokój, myśląc o własnej przyszłości przy 51% wskazujących na podekscytowanie. Jednocześnie osoby starsze oceniają swoje starzenie się bardziej pozytywnie (49% vs 30% wśród młodszych). Literatura wskazuje też na powtarzalny zestaw obaw związanych ze starością, takich jak utrata samodzielności, kontroli czy sprawności poznawczej (S. Yang, D. Ge, 2025).

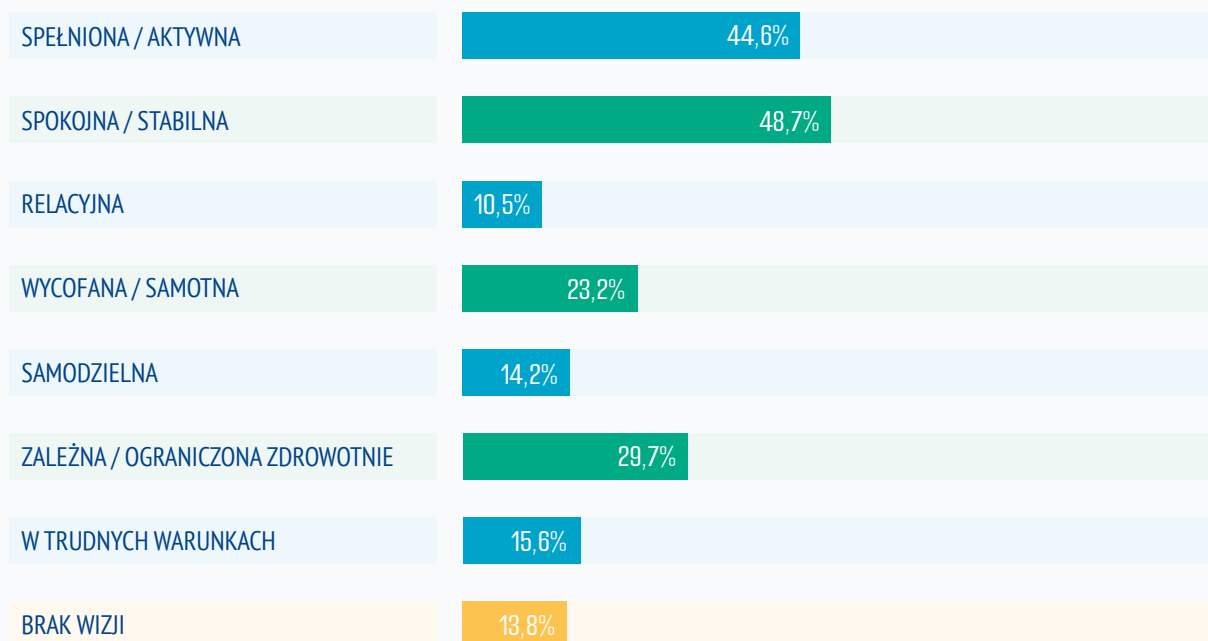
Gdy myślisz o sobie w podeszłym wieku, co czujesz w największym stopniu?



Wykres 4. Emocje wobec własnej starości
Pytanie zamknięte wielokrotnego wyboru
Próba reprezentatywna dla Polski n=1018

Jak Polacy wyobrażają sobie starość?

Jak wyobrażasz sobie swoją starość?



Wykres 7. Wyobrażenia własnej starości
Pytanie zamknięte wielokrotnego wyboru, odpowiedzi rekodowane
Próba reprezentatywna dla Polski n=1018

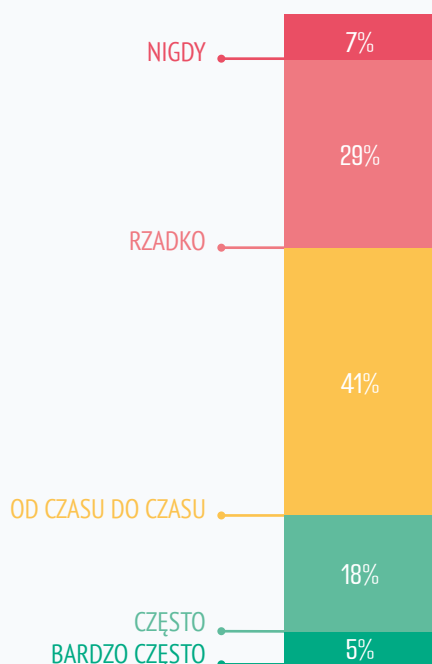
Wyobrażenia starości nie są jednowymiarowe – badani łączą w nich obrazy spokojnego, spełnionego życia (48,7% wskazuje „spokojną/stabilną”, 44,6% „spełnioną/aktywną”) z wyraźnymi obawami o utratę sprawności i niezależności (29,7% „zależną/ograniczoną zdrowotnie”, 23,2% „wycofaną/samotną”). **Starość jawi się więc jednocześnie jako etap stabilizacji i potencjalnych ograniczeń, a nie spójny, jednoznaczny scenariusz.** Warto przy tym podkreślić, że respondenci wskazywali średnio ok. 2 różne wizje starości (200% odpowiedzi), co potwierdza współistnienie tych, często sprzecznych, perspektyw.

Ważną zmienną różnicującą jest wiek: **najstarsze osoby (70+) wskazywały częściej na bardziej pozytywne wyobrażenia dotyczące starości** (spełniona/aktywna, spokojna/stabilna, samodzielna) średnio o 10–20 punktów procentowych w stosunku do najmłodszych badanych.

Sytuacja materialna również wpływa na to, jak badani wyobrażają sobie starość: częściej (średnio o 20 punktów procentowych) wskazywali na bardziej negatywne wyobrażenia (wycofana/samotna, w trudnych warunkach).

Jak często Polacy myślą o starości?

Jak często zdarza Ci się myśleć o swoim życiu na starość?



Wykres 8. Częstość refleksji nad własną starością
Pytanie zamknięte jednokrotnego wyboru na pięciostopniowej skali
Próba reprezentatywna dla Polski n=1018

Myślenie o starości ma wśród Polaków charakter okazjonalny – ponad 1/3 nie myśli o swoim życiu na starość (36%), 41% robi to od czasu do czasu, a 23% – często lub bardzo często.

Nie jest zaskoczeniem, że wiek wpływa na częstość myślenia o starości – młodszy myślą o niej wyraźnie rzadziej (18–29: 48,8% rzadko lub nigdy; 30–39: 49,7%), podczas gdy starsi częściej (70+: 38,5% często vs 21,2% rzadko lub nigdy).

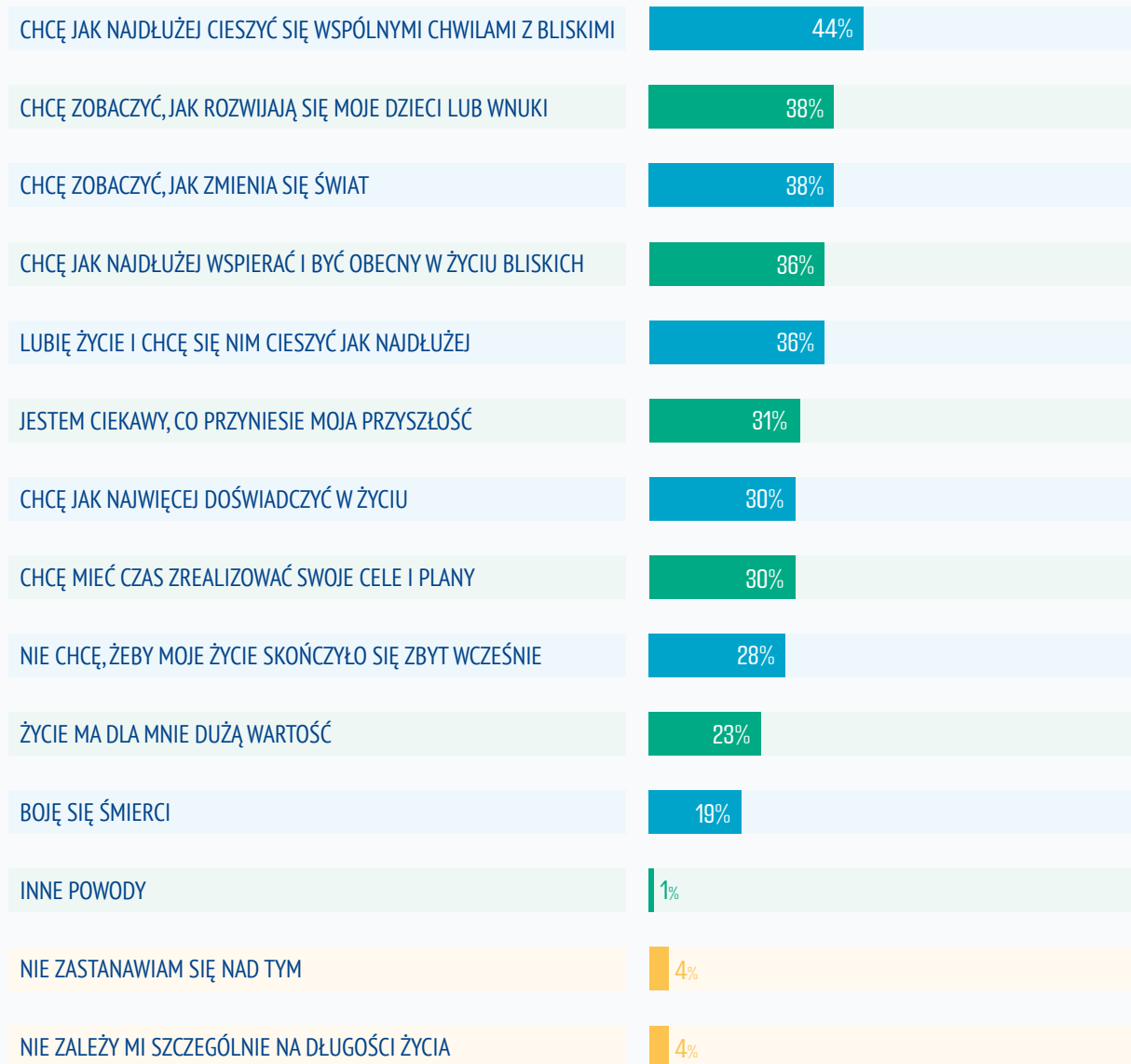
Kluczowy moment zmian następuje w wieku 40–49 lat – udział osób myślących rzadko spada z ok. 50% do 33,1%, a zaczyna dominować myślenie „od czasu do czasu” (45,9% vs 37,2% w wieku 30–39).

Co ciekawe, nawet wśród osób starszych **pozostaje grupa, która rzadko lub w ogóle myśli o swojej starości** – 27,3% w wieku 60–69 oraz 21,2% w grupie 70+. Może to sugerować, że dla części osób starość nie jest kategorią, którą aktywnie odnoszą do własnego życia – temat ten nie pojawia się u nich często w refleksji, nawet w starszym wieku.

Warto zwrócić uwagę, że częstsze myślenie o starości wiąże się z bardziej negatywnym jej obrazem – udział emocji negatywnych rośnie z 53,5% wśród osób myślących o starości rzadko do 79,8% wśród tych, które myślą o niej często. Jednocześnie ten efekt nie występuje w odniesieniu do długowieczności jako idei – tu emocje pozostają w dużej mierze pozytywne niezależnie od częstości refleksji.

Jakie motywacje do długiego życia mają Polacy?

Jeśli miałbyś żyć długo, jakie byłyby dla Ciebie najważniejsze powody?



Wykres 9. Powody, dla których respondenci chcieliby żyć długo
Pytanie zamknięte wielokrotnego wyboru
Próba reprezentatywna dla Polski n=1018

Popularne są także motywacje eksploracyjne i zorientowane na doświadczenie. **„Chcę zobaczyć, jak zmienia się świat”** zaznaczyło 38% badanych, „chcę jak najwięcej doświadczyć w życiu” oraz „mieć czas zrealizować swoje cele i plany” – po 30% badanych. W tej grupie mieści się także ciekawość własnej przyszłości (31%) oraz chęć cieszenia się życiem jak najdłużej (36%).

O ile **młodszy (18-29) częściej akcentują potrzebę doświadczeń i ciekawość przyszłości – 43% chce jak najwięcej doświadczyć**, a 41% jest ciekawych własnej przyszłości – o tyle wraz z wiekiem rośnie znaczenie przyjemności płynącej z życia. Widać to wyraźnie na przykładzie odpowiedzi „lubię życie i chcę się nim cieszyć jak najdłużej”, którą wskazuje 24% osób w wieku 18–29 i już 45% w grupie 70+. Jednocześnie najmłodszy najczęściej deklaruje lęk przed śmiercią (26%), który słabnie wraz z wiekiem – do 11% wśród osób 70+.

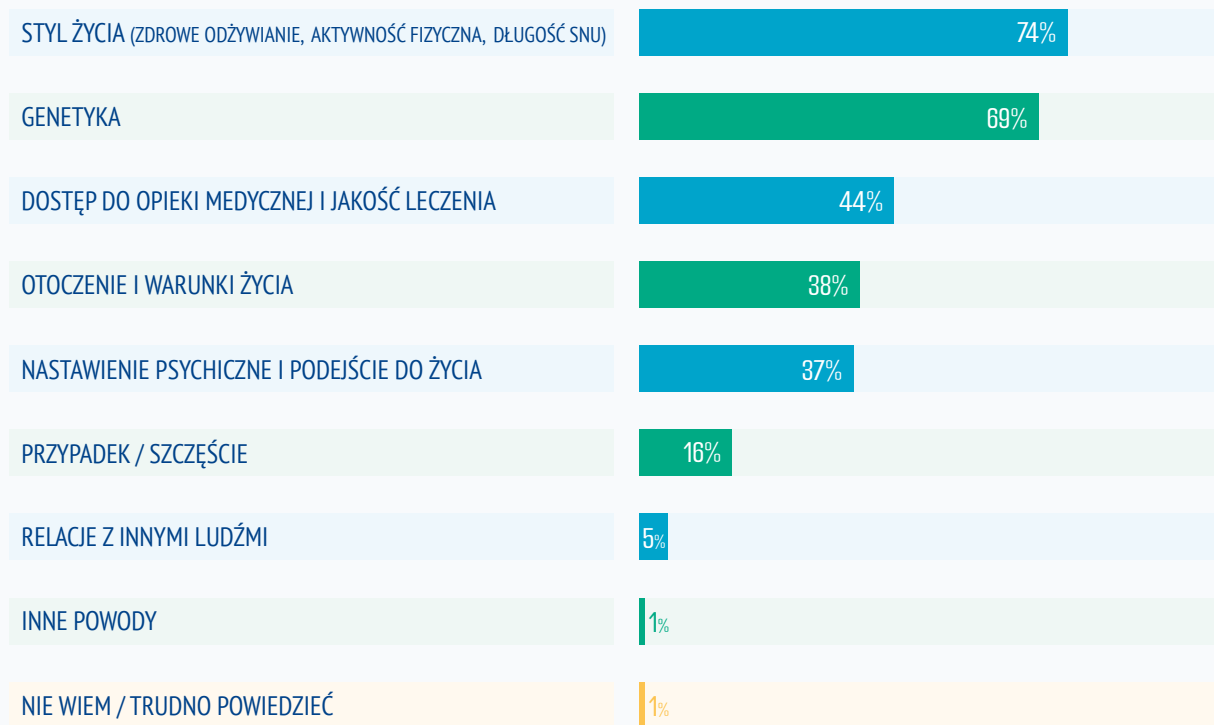
Z kolei chęć obserwacji, jak zmienia się świat, to motywacja częstsza wśród mężczyzn niż kobiet: 44% vs 32%.

Różnice widać także między osobami wierzącymi a niewierzącymi. U niewierzących silniejsze są motywacje związane z ciekawością i przyjemnością (45% chce zobaczyć, jak zmienia się świat; 43% chce cieszyć się życiem). Dla wierzących znacznie ważniejsze są więzi: chęć cieszenia się wspólnymi chwilami z bliskimi (49% vs. 33% wśród niewierzących) i bycia obecnym w ich życiu (41% vs. 22%).

Warto też zauważyć, że **rzadziej pojawiają się motywacje** o charakterze egzystencjalnym i defensywnym – takie jak **„nie chcę, żeby moje życie skończyło się zbyt wcześnie” (28%)** czy **„boję się śmierci” (19%)** – **niż te związane z relacjami i doświadczeniem**. Sugeruje to, że chęć długiego życia jest częściej budowana wokół tego, co życie umożliwia, niż wokół obawy przed jego końcem.

Jakie czynniki decydują o długości życia?

Co – Twoim zdaniem – w największym stopniu decyduje o tym, jak długo żyje człowiek?



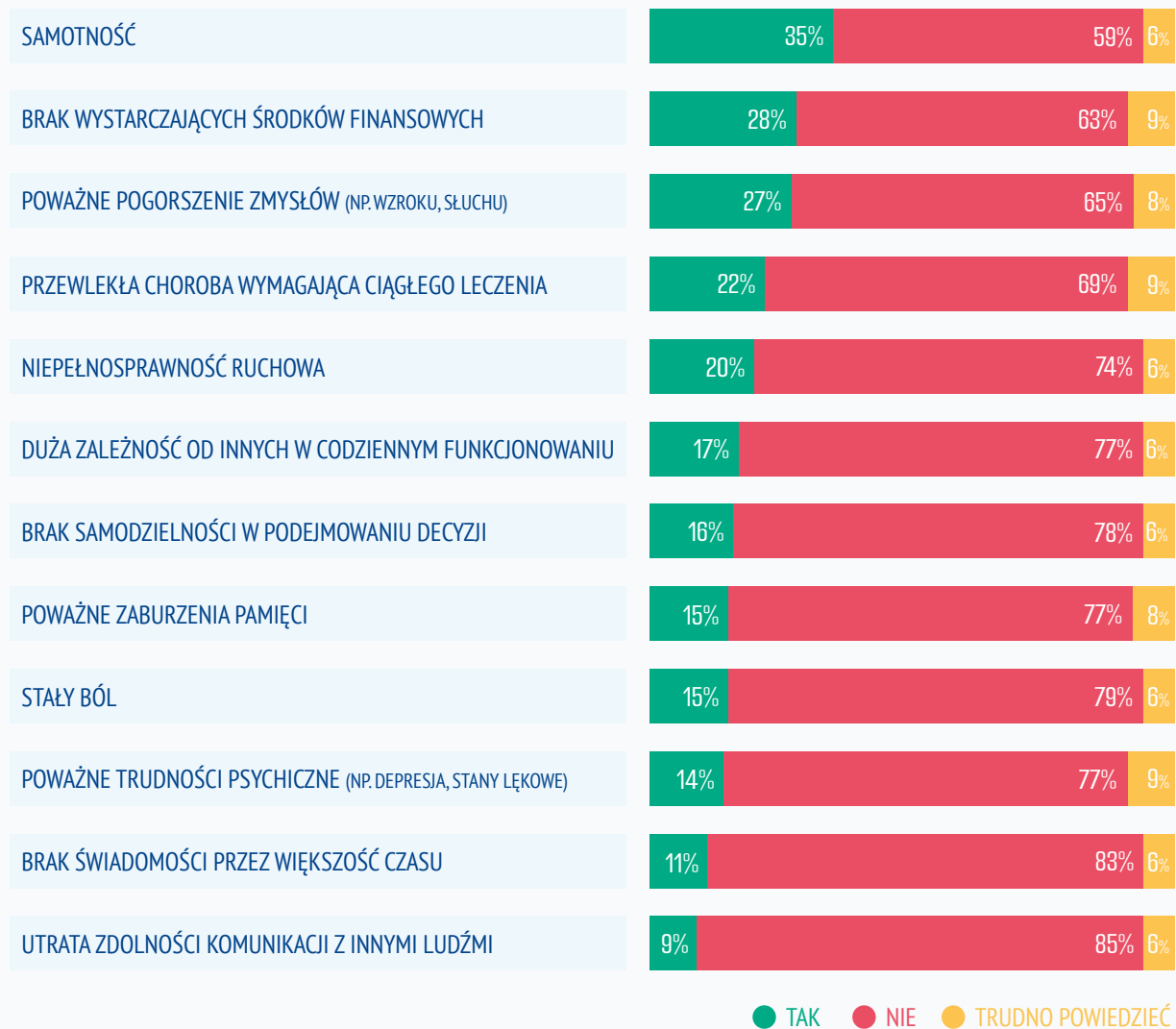
Wykres 10. Postrzegane czynniki decydujące o długości życia
Pytanie zamknięte wielokrotnego wyboru
Próba reprezentatywna dla Polski n=1018

Dla Polaków o długości życia decydują najbardziej styl życia (74%) oraz genetyka (69%). Na trzecim miejscu plasuje się dostęp do opieki medycznej i jakość leczenia (44%), a dalej otoczenie i warunki życia (38%) oraz nastawienie psychiczne (37%). Ten układ odpowiedzi pokazuje, że **społeczne wyobrażenia o źródłach długowieczności są stosunkowo bliskie aktualnemu konsensusowi naukowemu** – i odchodzą od przekonania, że „wszystko zależy od genów”.

Zgodnie z aktualnymi ustaleniami naukowymi **genetyka odpowiada za około 25% zmienności w długości życia, podczas gdy pozostałe 75% związane jest ze stylem życia i środowiskiem** (*National Library of Medicine, 2024*). Co więcej, znaczenie genów wyraźnie rośnie dopiero w bardzo późnym wieku – przez pierwsze dekady życia to właśnie codzienne wybory i warunki, w jakich funkcjonujemy, są silniejszym wyznacznikiem zdrowia i długości życia niż odziedziczone DNA. Należy podkreślić, że przywoływane badania i nasze badanie mierzą różne rzeczy: te pierwsze mówią o szacowanym udziale danego czynnika w wyjaśnianiu zmienności długości życia, podczas gdy w naszym badaniu procenty pokazują, jak często Polacy wskazywali dany czynnik wśród trzech najważniejszych. Mimo różnicy metodologicznej kierunek myślenia Polaków jest zbieżny z nauką – coraz mocniej dostrzegają wagę stylu życia. W tym sensie społeczne przekonania dotyczące czynników wpływających na długowieczność stanowią już istotny zasób – raczej nie trzeba nikogo przekonywać, że to, jak żyjemy, ma wpływ na to, jak długo będziemy żyć.

Jak Polacy podchodzą do kwestii wydłużania życia mimo cierpienia?

Czy zaakceptowałbyś wydłużenie życia o 10 lat, gdyby wiązało się z poniższymi sytuacjami?



Wykres 11. Akceptacja wydłużenia życia o 10 lat w różnych scenariuszach pogorszenia jego jakości
 Pytanie zamknięte jednokrotnego wyboru na pięciostopniowej skali, zadane dla 12 scenariuszy;
 odpowiedzi rekodowane do trzech kategorii: TAK (zsumowane zdecydowanie tak i raczej tak),
 NIE (zsumowane zdecydowanie nie i raczej nie), trudno powiedzieć
 Próba reprezentatywna dla Polski n=1018

Polacy w zdecydowanej większości **nie chcieliby wydłużenia życia o 10 lat, jeśli miałyby się ono wiązać z istotnym pogorszeniem jego jakości** – szczególnie w wymiarze utraty autonomii, relacji i sprawności poznawczej. Co istotne, większość badanych odrzuca każdy z analizowanych scenariuszy – nawet w przypadku tych „najtańszych” przeważają odpowiedzi negatywne.

Najsilniejszy sprzeciw budzą sytuacje związane z utratą kontaktu ze światem i sprawności poznawczej. **85% badanych nie chciałoby wydłużenia życia w przypadku utraty zdolności komunikacji z innymi ludźmi (np. z powodu choroby Alzheimera, udaru mózgu)**, a 83% – w sytuacji braku świadomości przez większość czasu. Podobnie wysoki poziom odrzucenia dotyczy braku samodzielności w podejmowaniu decyzji (78%), poważnych trudności psychicznych, np. przewlekłej depresji lub nasilonych stanów lękowych (77%), poważnych zaburzeń pamięci (77%) oraz dużej zależności od innych w codziennym funkcjonowaniu (77%).

Badani odrzucają także scenariusze związane z cierpieniem fizycznym. **79% badanych nie zgodziłoby się na wydłużenie życia kosztem stałego bólu**. Warto zestawić to z danymi o rzeczywistej skali tego problemu w Polsce: przewlekły ból, trwający co najmniej trzy miesiące, dotyczy 27% populacji, a w grupie osób powyżej 75. roku życia przekracza 40% (*PolSenior2, 2020*). Mimo tej powszechności doświadczenie to pozostaje jednym z najmniej akceptowalnych warunków wydłużenia życia.

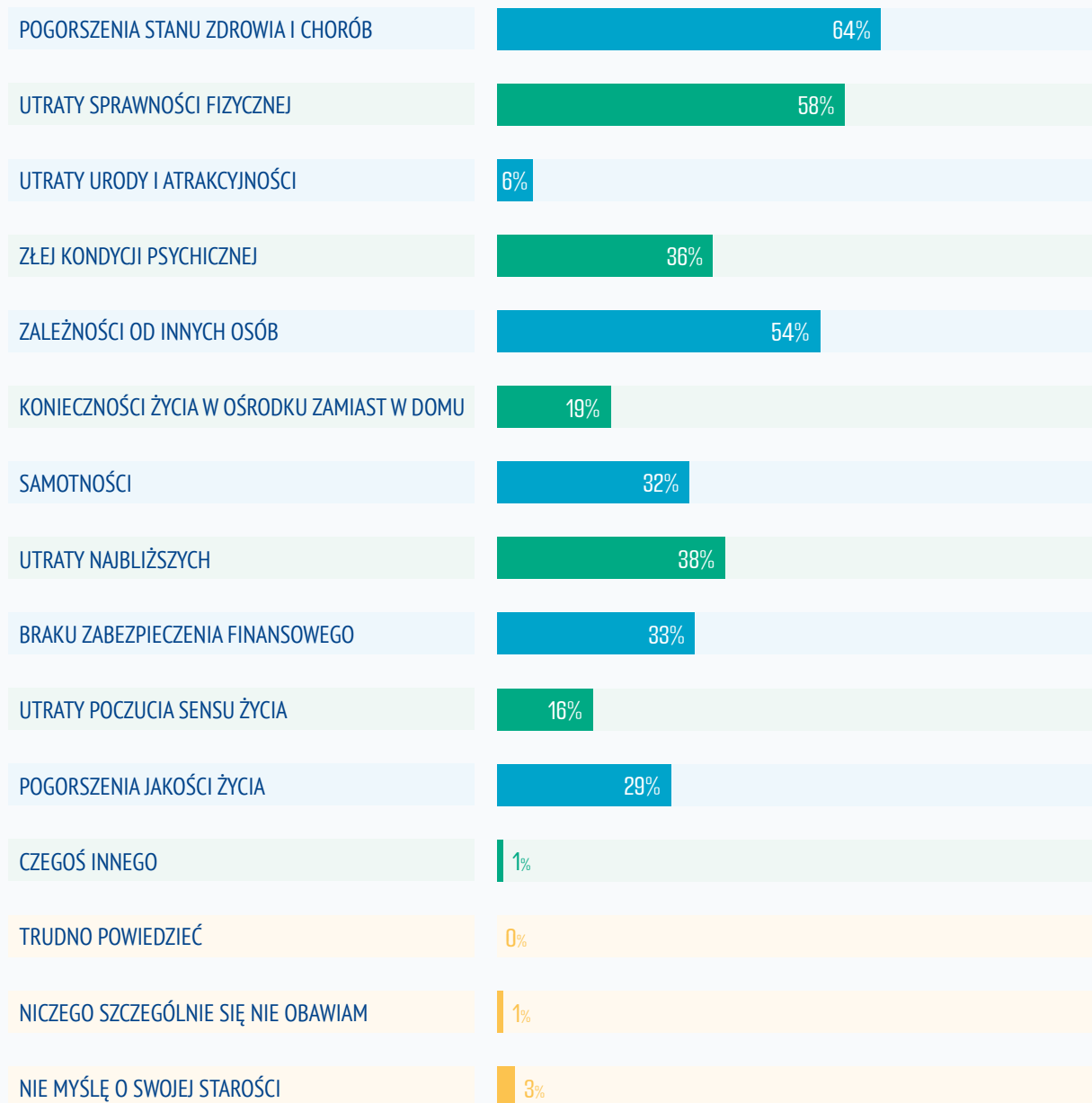
Podobny mechanizm widać w przypadku chorób i ograniczeń fizycznych. **Jedynie 22% Polaków deklaruje chęć wydłużenia życia o 10 lat, jeśli miałyby się to wiązać z przewlekłą chorobą wymagającą ciągłego leczenia** (69% odrzuca taki scenariusz), mimo że już teraz ponad połowa dorosłych (51%) deklaruje występowanie co najmniej jednej z nich. Jeszcze niższa akceptacja dotyczy niepełnosprawności ruchowej – tylko 20% badanych byłoby skłonnych zaakceptować taki stan (74% nie chciałoby wydłużenia życia w takiej sytuacji), choć w rzeczywistości dotyczy on około 12–14% społeczeństwa.

Relatywnie najwyższą akceptację uzyskuje scenariusz wydłużenia życia mimo samotności – 35% badanych uznaje go za możliwy do przyjęcia (choć 59% nadal go odrzuca). Może to wynikać z faktu, że samotność jest stanem bardziej subiektywnym i podatnym na reinterpretację. Możliwe jest też inne wyjaśnienie: jest to doświadczenie dobrze znane. Choć 34% Polaków otwarcie przyznaje się do osamotnienia, badania oparte na skalach psychologicznych wskazują, że problem ten może dotyczyć nawet 61% społeczeństwa (*Polacy wstydzą się samotności, UM we Wrocławiu, 2025*). Ta rozbieżność może wynikać z silnej stygmatyzacji samotności, która często nie jest ujawniana w deklaracjach. **Co ciekawe, wyższą tolerancję dla samotności w naszym badaniu deklarują mężczyźni** (tak: 41% vs 29% kobiet).

Widoczne są również różnice między osobami wierzącymi a niewierzącymi. Osoby **wierzące częściej niż niewierzące byłyby gotowe zaakceptować wydłużenie życia kosztem większego cierpienia**. Na przykład stałego bólu zdecydowanie nie akceptuje 68% osób niewierzących wobec 45% osób wierzących praktykujących. Różnica ta może wynikać z odmiennego sposobu interpretowania cierpienia: w wielu tradycjach religijnych ból i ograniczenia są osadzone w szerszym systemie znaczeń – mogą być postrzegane jako element próby, sensu, czy drogi życiowej – co może zwiększać gotowość do ich znoszenia i nadawać im bardziej „akceptowalny” wymiar.

Czego Polacy obawiają się w związku ze starością?

Czego najbardziej obawiasz się w związku ze starzeniem się?



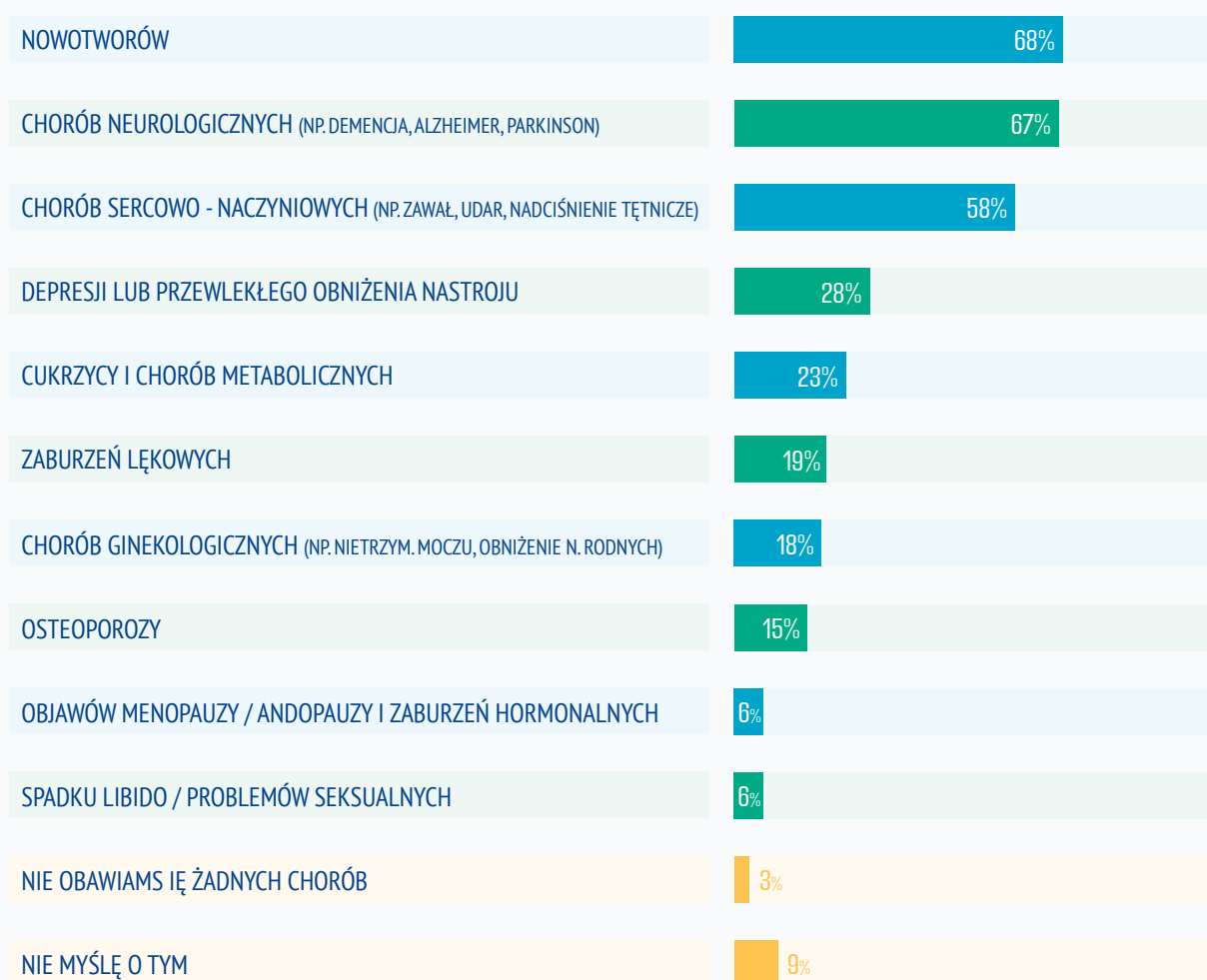
Wykres 12. Obawy związane ze starzeniem się
Pytanie zamknięte wielokrotnego wyboru
Próba reprezentatywna dla Polski n=1018

Największe **obawy związane ze starzeniem się koncentrują się wokół zdrowia, sprawności i utraty samodzielności**: 64% badanych wskazuje pogorszenie stanu zdrowia i choroby, 58% utratę sprawności fizycznej, a 54% zależność od innych osób.

Znaczna część obaw koncentruje się wokół szerzej rozumianej jakości życia i relacji: 38% obawia się utraty najbliższych, 36% złej kondycji psychicznej, a 33% braku zabezpieczenia finansowego. Na bardzo zbliżonym poziomie pojawia się także samotność (32%), co pokazuje, że kwestie relacyjne i ekonomiczne mają porównywalną wagę w wyobrażeniach o starości.

Wraz z wiekiem rośnie znaczenie obaw związanych ze zdrowiem i zależnością. Obawa przed pogorszeniem stanu zdrowia rośnie z 52% w grupie 18–29 do 80% wśród osób 70+. Podobnie utrata sprawności fizycznej – z 41% do 74% – oraz zależność od innych – z 43% do 70%. Jednocześnie **najmłodszy częściej obawiają się utraty najbliższych** (46% vs 36% w starszych grupach), braku poczucia sensu życia (27% vs 11% w grupie 70+) czy samotności (37% vs 28%). Spada też znaczenie obaw finansowych – z 34–43% w młodszych i średnich grupach do 14% wśród osób 70+. Sugeruje to przesunięcie perspektywy wraz z biegiem lat: od obaw związanych z relacjami, sensem życia i zabezpieczeniem przyszłości w kierunku bardziej bezpośrednich, zdrowotnych aspektów starzenia się.

Jakich chorób lub problemów zdrowotnych najbardziej obawiasz się w kontekście starości i długiego życia?



Wykres 13. Obawy o konkretne choroby i problemy zdrowotne w kontekście starości
Pytanie zamknięte wielokrotnego wyboru
Próba reprezentatywna dla Polski n=1018

Jakie konkretne choroby stoją za obawami przed pogorszeniem zdrowia, utratą sprawności i zależnością? Najczęściej wskazywane są choroby o wysokiej śmiertelności lub prowadzące do długotrwałej niesamodzielności: 68% badanych obawia się nowotworów, 67% chorób neurologicznych (tj. demencja, Alzheimer czy Parkinson), a 58% chorób sercowo - naczyniowych.

Na dalszym planie pojawia się zdrowie psychiczne (depresja: 28%, zaburzenia lękowe: 19%), co koresponduje z wcześniejszymi obawami o kondycję psychiczną i samotność, ale ma mniejsze znaczenie niż choroby somatyczne.

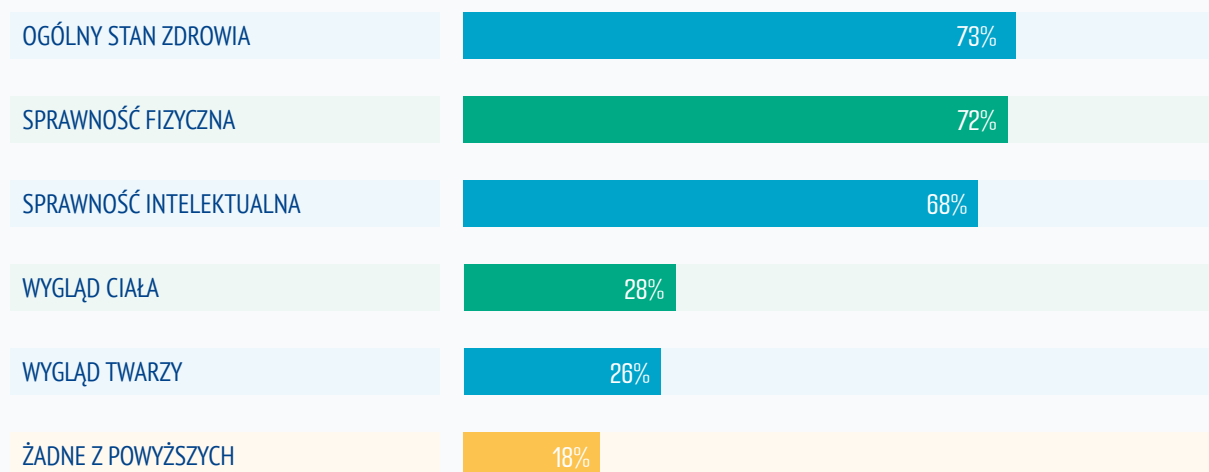
Pozostałe problemy są wskazywane wyraźnie rzadziej, co potwierdza, że obawy związane ze starzeniem się koncentrują się przede wszystkim wokół ciężkich chorób i ich konsekwencji dla sprawności i niezależności, a nie wokół jakości życia w węższym, codziennym wymiarze.

Prawie co 4 kobieta (23%) obawia się chorób ginekologicznych. Kobiety także nieco częściej niż mężczyźni obawiają się chorób neurologicznych (71% vs mężczyźni 62%) – poza tym nie ma większych różnic.

Ciekawe jest to, że osoby żyjące skromniej rzadziej wskazywały trzy pierwsze rodzaje chorób średnio o 10–15 punktów procentowych w porównaniu z osobami lepiej sytuowanymi. Częściej natomiast miały obawy związane z zaburzeniami lękowymi 27% (vs 15% osób żyjących na dobrym i bardzo dobrym poziomie).

Czy Polacy byłoby gotowi na poważne operacje w celu zachowania sprawności i urody na starość?

Czy bylibyś gotowy poddać się obciążającym interwencjom medycznym, aby w starszym wieku zachować poniższe aspekty?



Wykres 14. Gotowość do obciążających interwencji medycznych dla zachowania wybranych aspektów funkcjonowania na starość
Pytanie zamknięte jednokrotnego wyboru na czterostopniowej skali, zadane dla 5 aspektów; pokazano odsetek odpowiedzi „TAK” (zsumowane „raczej tak” i „zdecydowanie tak”)
Próba reprezentatywna dla Polski n=1018

Większość Polaków byłaby gotowa poddać się obciążającym interwencjom medycznym (np. poważnym operacjom), aby w starszym wieku zachować kluczowe aspekty funkcjonowania.

73% deklaruje gotowość w przypadku ogólnego stanu zdrowia, 72% w odniesieniu do sprawności fizycznej, a 68% – sprawności intelektualnej. Jednocześnie około 10% badanych nie ma jednoznacznego zdania, a prawie co piąta osoba (18%) deklaruje, że nie byłaby gotowa poddać się żadnym obciążającym interwencjom medycznym – niezależnie od celu.

Ta tendencja odwraca się w przypadku wyglądu. Gotowość do poddania się operacjom w celu zachowania wyglądu ciała deklaruje 28% badanych, a wyglądu twarzy – 26%. Oznacza to, że **dla większości wygląd nie stanowi wystarczającej motywacji do podejmowania obciążających interwencji medycznych** – ale jednocześnie jest to relatywnie wysoki wynik: około jedna czwarta badanych byłaby gotowa podjąć takie ryzyko. W tym obszarze nie widać też istotnych różnic między kobietami a mężczyznami.

Jest to o tyle ciekawe, że w pytaniu o obawy związane ze starością wygląd miał marginalne znaczenie (6%). Może to wynikać z tego, że w przypadku pytania o obawy związane ze starością uruchamia się „normatywne” myślenie – skoncentrowane na zdrowiu i sprawności jako tym, co „powinno” być najważniejsze. Z kolei pytanie o gotowość do działania – zwłaszcza tak kosztownego i ryzykownego jak operacja – ujawnia bardziej konkretne, behawioralne preferencje. W tym ujęciu **wygląd, choć rzadko wskazywany jako obawa, dla części osób okazuje się na tyle ważny, że uzasadnia gotowość do poddania się interwencji.**

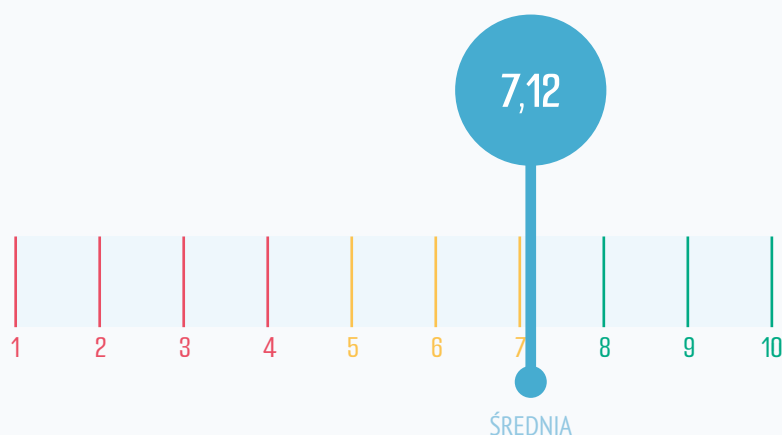
Co ciekawe, wiek nie różnicuje istotnie podejścia do interwencji w obszarze zdrowia i sprawności – gotowość do ich podejmowania pozostaje na zbliżonym poziomie. Różnice pojawiają się natomiast w przypadku wyglądu. **Największą skłonność do podjęcia interwencji medycznych wykazują osoby w wieku 30–39 lat** – 35,3% w przypadku wyglądu twarzy i 39% w przypadku wyglądu ciała. Wraz z wiekiem odsetki te wyraźnie spadają – do 16% (twarz) i 17,9% (ciało) w grupie 60–69 oraz do 18,7% i ok. 18% wśród osób 70+. **Im starsi badani, tym rzadziej wygląd może stanowić powód do podjęcia ryzykownej operacji.**

**Dbanie o zdrowie
i styl życia**



W jakim stopniu Polacy są zaangażowani w dbanie o swoje zdrowie?

W jakim stopniu jesteś obecnie zaangażowany w dbanie o swoje zdrowie?



Wykres 15. Poziom zaangażowania w dbanie o własne zdrowie
Pytanie numeryczne na skali 1-10; podano średnią
Próba reprezentatywna dla Polski n=1018

Średnia ocena zaangażowania w dbanie o swoje zdrowie wynosi wśród badanych 7,12 w skali 1–10. Można zatem stwierdzić, że **Polacy relatywnie wysoko oceniają swoje zaangażowanie w dbanie o zdrowie** – należy jednak pamiętać, że pytanie mierzy ich deklaracje, a nie ich codzienne działania, nie pozwala także ocenić, czy potrafią dobrze dbać o swoje zdrowie.

Wraz z wiekiem zaangażowanie w dbanie o swoje zdrowie wzrasta: od 6,66 wśród osób w wieku 18–29 do 7,68 wśród osób 70+. Taki wzorzec nie dziwi: osoby starsze częściej chorują przewlekłe, w związku z tym pojawia się konieczność codziennego dbania o zdrowie.

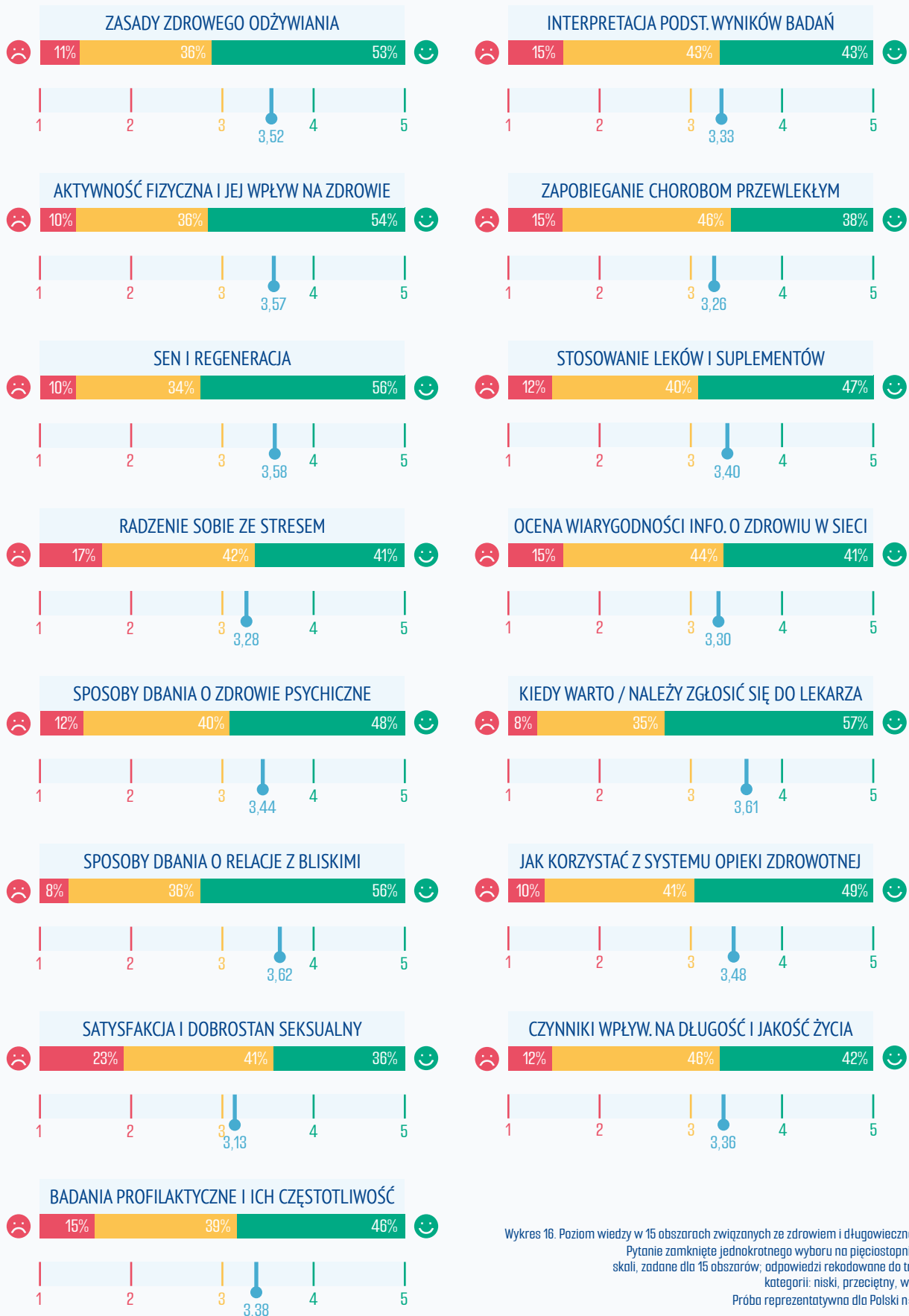
Sytuacja materialna różnicuje poziom zaangażowania w zdrowie podobnie, jak różnicowała jego subiektywną ocenę. **Osoby w (bardzo) skromnej sytuacji materialnej osiągają średnio 6,32 na skali zaangażowania, podczas gdy osoby w (bardzo) dobrej 7,66.** Niższe zaangażowanie osób uboższych wiąże się z nierównym dostępem do różnorodnych zasobów, np. prywatnych usług medycznych, ale także czasu, np. na aktywność fizyczną i odpoczynek, oraz sił poznawczych, który można przeznaczyć np. na planowanie posiłków.

Najsilniejszym predyktorem zaangażowania w zdrowie spośród badanych zmiennych okazuje się nastawienie do życia. Pesymiści osiągają średnio 5,97 na skali zaangażowania, z kolei optymiści aż 7,70.

Psychologia zdrowia dostarcza tu wyjaśnienia. Optymizm dyspozycyjny, rozumiany jako względnie stała tendencja do oczekiwania pozytywnych rezultatów, przekłada się na zdrowie poprzez wzorce zachowania. Optymiści wykazują większą wytrwałość w działaniu i rzadziej rezygnują w obliczu trudności (Scheier i Carver, 2018). W kontekście zdrowia może się to przekładać na konsekwencję w utrzymywaniu prozdrowotnych nawyków i skuteczniejszą regulację stresu.

Jaki jest poziom wiedzy na temat dbania o zdrowie?

Jaki jest Twój poziom wiedzy na temat poniższych obszarów zdrowia?



Wykres 16. Poziom wiedzy w 15 obszarach związanych ze zdrowiem i długowiecznością
 Pytanie zamknięte jednokrotnego wyboru na pięciostopniowej skali, zadane dla 15 obszarów; odpowiedzi rekodowane do trzech kategorii: niski, przeciętny, wysoki
 Próba reprezentatywna dla Polski n=1018

Ogólny wniosek jest taki, że **podstawowa, elementarna wiedza dotycząca zdrowia, która powinna gwarantować bezpieczeństwo i pozwalać podejmować dobre decyzje – w wielu obszarach jest niewystarczająca**. Warto podkreślić, że podobne wnioski pojawiają się także w innych badaniach dotyczących poziomu wiedzy zdrowotnej w Polsce (np. *Duplaga, 2020*).

Najniższy poziom wiedzy dotyczy satysfakcji i dobrostanu seksualnego – aż 64% badanych ma wiedzę na poziomie niewystarczającym (niski i przeciętny). To tym bardziej istotne, że jest to jednocześnie obszar, w którym badani deklarują najniższą satysfakcję (co widać w kolejnej części wyników).

Duże braki widać także w obszarach kluczowych z punktu widzenia podstawowej profilaktyki zdrowotnej. **Aż 62% badanych nie ma wystarczającej wiedzy na temat tego, jak zapobiegać chorobom przewlekłym**. Jednocześnie 59% deklaruje niską lub przeciętną wiedzę pozwalającą ocenić wiarygodność informacji o zdrowiu w internecie. W praktyce może to oznaczać, że część osób opiera swoje decyzje na niesprawdzonych informacjach lub nierzetelnych źródłach. To sugeruje, że warto zwrócić szczególną uwagę na **problem dezinformacji w obszarze zdrowia** – ponieważ stanowi on duże wyzwanie dla Polaków.

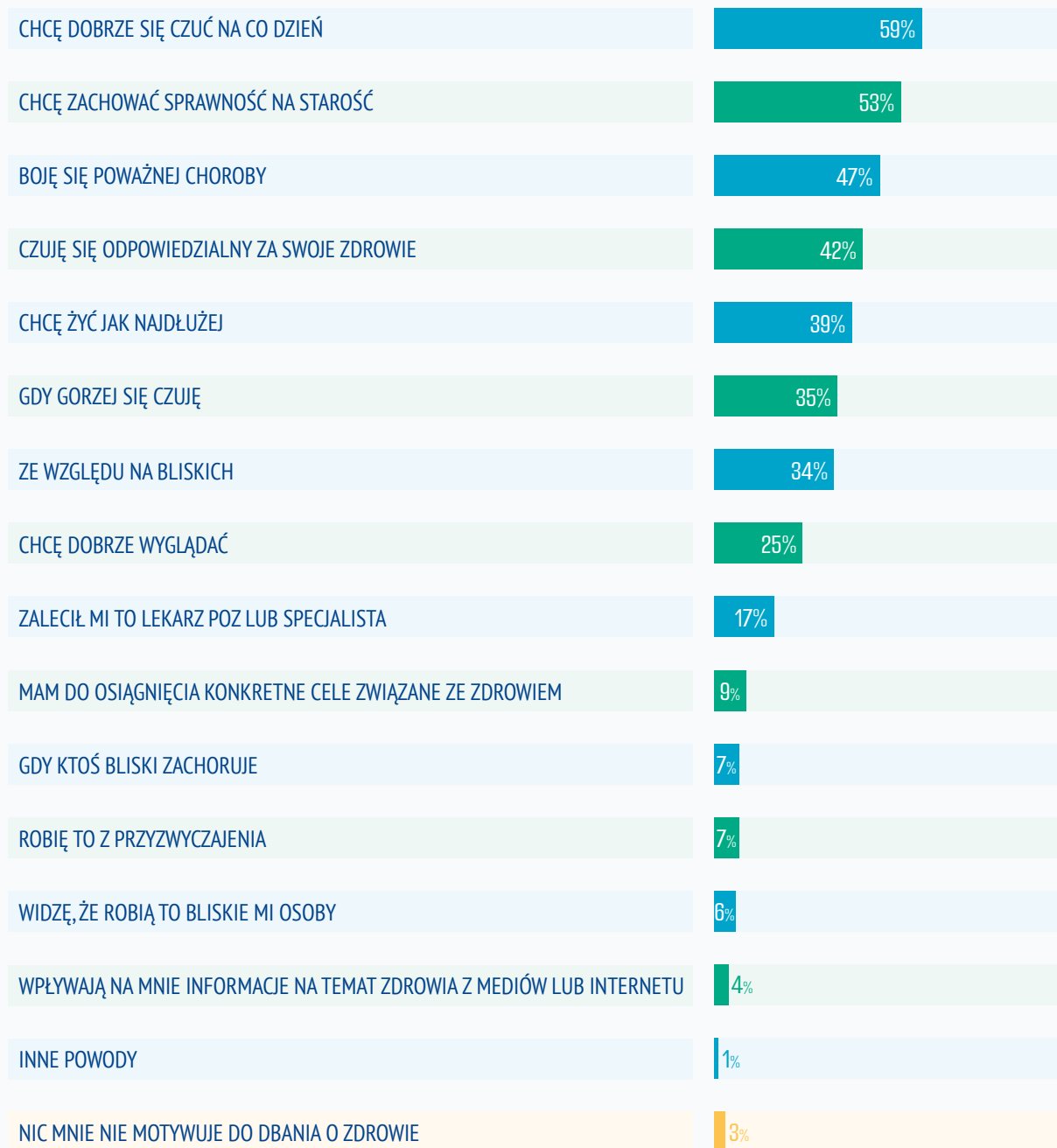
Na tym tle szczególnie ciekawe jest zestawienie poziomu wiedzy z deklarowanym zaangażowaniem. Badani oceniają swoje zaangażowanie w dbanie o zdrowie stosunkowo wysoko. Można więc powiedzieć, że chcą o siebie dbać i podejmują działania, ale nie zawsze mają wystarczającą wiedzę, aby robić to dobrze i skutecznie. W efekcie może się okazać, że mimo starań podejmowane działania nie przynoszą oczekiwanych efektów, a nawet mogą szkodzić.

W badaniach nad zdrowiem **rozdziela się wiedzę i kompetencje zdrowotne (*health literacy*) od faktycznego zaangażowania w działania prozdrowotne (*health behaviours*)**. Te dwa wymiary nie zawsze idą w parze. Sama wiedza nie gwarantuje działania. Jednak możliwe jest także, że osoba jest bardzo zmotywowana, intensywnie skupiona na dbaniu o zdrowie i podejmuje wiele działań w tym kierunku, ale jednocześnie nie dysponuje wystarczającą wiedzą, aby ocenić ich skuteczność. W praktyce może to prowadzić do sytuacji, w której silne zaangażowanie nie przekłada się na korzystne efekty zdrowotne, np. stosowanie restrykcyjnych diet czy nadmiernych działań „profilaktycznych”, które mogą być nieskuteczne lub wręcz szkodliwe.

Poziom wiedzy jest też niższy wśród osób żyjących skromnie lub bardzo skromnie, co może dodatkowo ograniczać zdolność do podejmowania trafnych decyzji zdrowotnych.

Co motywuje i powstrzymuje Polaków w dbaniu o zdrowie?

Co Cię najbardziej motywuje do dbania o swoje zdrowie?



Wykres 17. Motywacje do dbania o własne zdrowie
Pytanie zamknięte wielokrotnego wyboru
Próba reprezentatywna dla Polski n=1018

Większość badanych jako najważniejszą motywację w dbaniu o zdrowie wskazuje chęć **dobrego samopoczucia na co dzień (59%)**. Duże znaczenie ma też lęk przed chorobą – 47%. To pokazuje, że dominują motywacje wewnętrzne i bezpośrednie – oparte na odczuciach, komforcie i unikaniu negatywnych konsekwencji.

Silna jest także perspektywa związana z przyszłością – **53% ankietowanych chce zachować sprawność na starość, a 39% chce żyć jak najdłużej**. Jednocześnie dla ok 1/3 działania mają charakter bardziej reaktywny – 35% dba o zdrowie wtedy, gdy gorzej się czuje. To sugeruje, że dbanie o zdrowie nie zawsze jest stałą strategią, ale często odpowiedzią na bieżący stan.

Co czwartą osobę motywuje dbanie o wygląd (25%). To spójne z wcześniejszymi wynikami, które pokazywały, że podobna skala badanych jest gotowa ponieść koszt i ryzyko (np. operacji), aby go zachować. Wygląd nie jest najważniejszy deklaracyjnie, ale dla części osób pozostaje realnym motywatorem działania.

Wpływ innych osób i czynników zewnętrznych jest słabszy. Zalecenia lekarza wskazuje 17% badanych, wpływ bliskich 6%, a wpływ mediów i internetu zaledwie 4%. Niskie są też wskazania dla motywacji celowych (9%) i nawykowych (7%). Oznacza to, że **dbanie o zdrowie rzadko opiera się na systematycznym planie, trwałych nawykach czy presji otoczenia – częściej wynika z indywidualnych impulsów**.

Zestawiając to z wynikami innych badań (*Determinants of behaviour and their efficacy as targets of behavioural change interventions, 2024*), widać rozbieżność między tym, co motywuje badanych, a tym, co faktycznie sprzyja trwałej zmianie zachowań. To, co najczęściej wskazują badani – emocje (np. strach przed chorobą) czy ogólne przekonania – należą do czynników o ograniczonej skuteczności. Także sama wiedza rzadko prowadzi do zmiany zachowania.

Z kolei czynniki, które według badań są najskuteczniejsze, w deklaracjach Polaków są obecne słabo lub wcale. Największe znaczenie mają nawyki – czyli automatyczne, powtarzalne zachowania zakorzenione w codziennym życiu – oraz konkretne umiejętności behawioralne, które pozwalają wdrażać działania w praktyce. Bardzo ważne są także czynniki społeczne i środowiskowe: wsparcie innych osób, normy pokazujące, co faktycznie robią inni, oraz dostęp – czyli łatwość wykonania danego działania (np. infrastruktura, organizacja systemu). W tym sensie motywacje deklarowane przez badanych nie pokrywają się z mechanizmami, które prowadzą do trwałej zmiany zachowań prozdrowotnych.

Co jest dla Ciebie największą barierą w dbaniu o zdrowie?



Wykres 19. Bariery w dbaniu o własne zdrowie
Pytanie zamknięte wielokrotnego wyboru
Próba reprezentatywna dla Polski n=1018

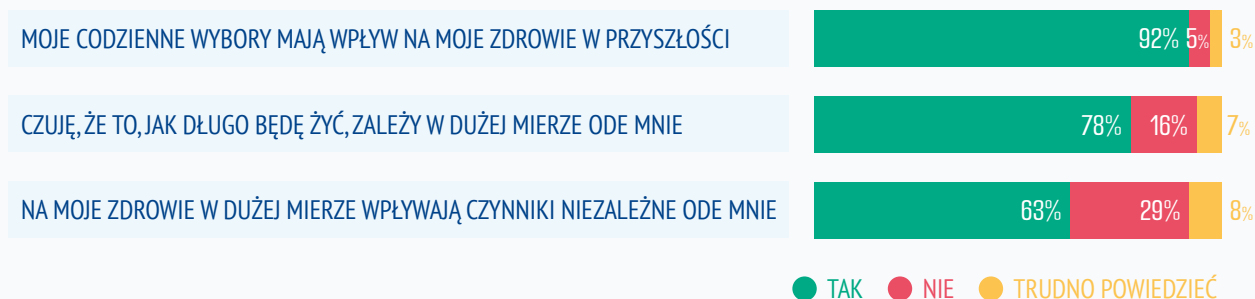
Na trudności w dbaniu o zdrowie składa się zwykle kilka czynników – badani wskazują średnio blisko trzy bariery (2,8), najczęściej związane z utrzymaniem zdrowych nawyków (34%). To spójne z wcześniejszymi wynikami: sama wiedza o tym, co jest dobre dla zdrowia, nie wystarcza, jeśli nie przekłada się na codzienne praktyki.

Drugą najważniejszą barierą są środki finansowe (29%), co pokazuje, że dbanie o zdrowie jest postrzegane jako koszt – wymagający zasobów, które nie dla wszystkich są dostępne.

Kolejną istotną barierą jest zmęczenie (21%). Badani deklarują, że brakuje im siły na dodatkowe działania prozdrowotne – dbanie o zdrowie jawi się jako kolejny obowiązek, wymagający wysiłku. Ten wątek jest spójny z innymi wynikami badania, które pokazują wysoki poziom ogólnego przemęczenia. Dla części osób problemem jest też odkładanie dbania o zdrowie „na później” (20%), co sugeruje, że inne sprawy są postrzegane jako bardziej pilne lub ważniejsze.

Jak Polacy postrzegają swój wpływ na zdrowie?

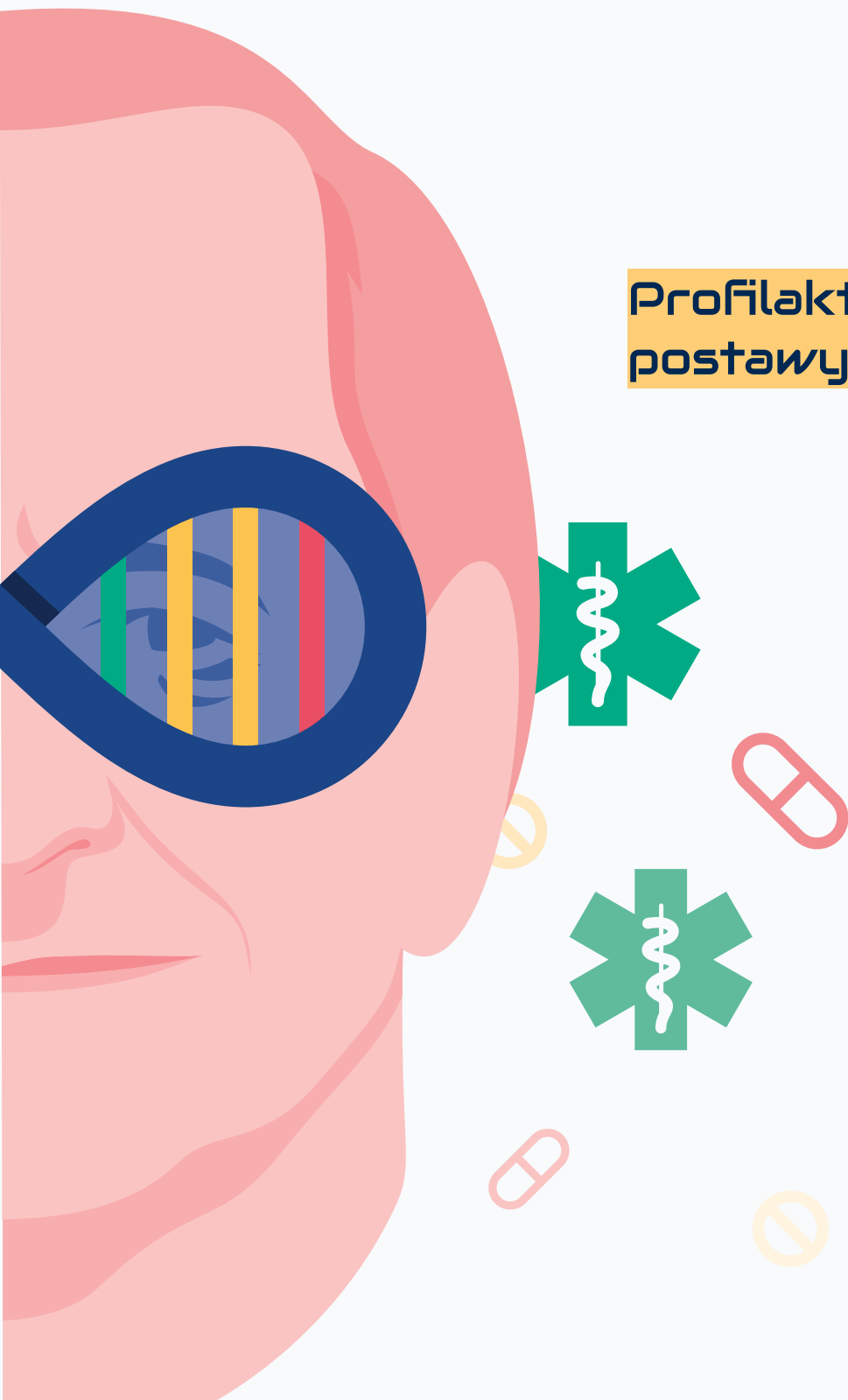
Jak postrzegasz swój wpływ na zdrowie?



Wykres 20. Postrzeganie własnego wpływu na zdrowie i długość życia
Pytanie zamknięte jednokrotnego wyboru na czterostopniowej skali, zadane dla 3 stwierdzeń; odpowiedzi rekodowane do trzech kategorii: TAK, NIE, trudno powiedzieć
Próba reprezentatywna dla Polski n=1018

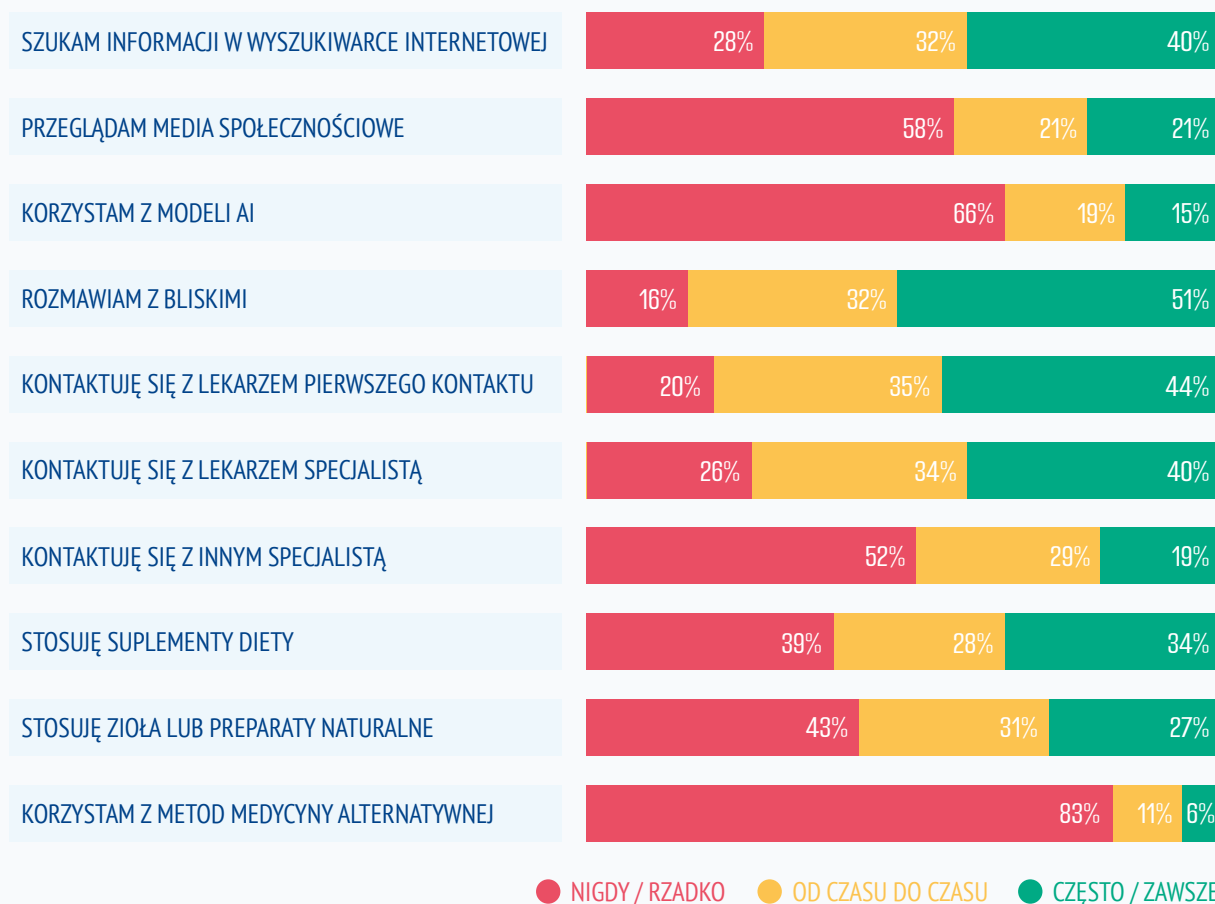
Badani w zdecydowanej większości postrzegają zdrowie i długość życia jako obszary, na które można aktywnie wpływać: **92% uważa, że codzienne wybory mają znaczenie dla przyszłego zdrowia, a 78% deklaruje, że długość życia w dużej mierze zależy od nich samych.** Jednocześnie 63% dostrzega rolę czynników niezależnych od jednostki. Wyniki pokazują więc nie tyle prostą wiarę w pełną kontrolę nad zdrowiem, ile przesunięcie sposobu myślenia – od traktowania zdrowia i długości życia jako kwestii przede wszystkim losu, genów czy ustalonego z góry przebiegu życia w stronę przekonania, że są one w dużej mierze efektem codziennych decyzji i stylu życia. Można interpretować to jako przejaw szerszej zmiany kulturowej, w której zdrowie staje się obszarem wymagającym indywidualnego zarządzania, a jednostka zyskuje większe poczucie odpowiedzialności i sprawczości wobec własnej przyszłości zdrowotnej.

Profilaktyka medyczna: postawy



Co robią Polacy, gdy im coś dolega?

Co robisz, gdy coś Ci dolega?



Wykres 21. Działania podejmowane przy dolegliwościach zdrowotnych
Pytanie zamknięte jednokrotnego wyboru na pięciostopniowej skali, zadane dla 10 sposobów działania; odpowiedzi rekodowane do trzech kategorii: nigdy/rzadko, od czasu do czasu, często/zawsze
Próba reprezentatywna dla Polski n=1018

Gdy Polakom coś dolega, w pierwszym odruchu najczęściej rozmawiają z bliskimi (51% badanych robi to często lub zawsze, a 32% od czasu do czasu). **W drugiej kolejności kontaktują się z lekarzem** (44% w przypadku, gdy coś im dolega często lub zawsze kontaktuje się z lekarzem pierwszego kontaktu, 35% od czasu do czasu, a 40% ze specjalistą). Równie często korzystają z wyszukiwarki internetowej - aż 72% korzysta z niej przynajmniej od czasu do czasu (32% od czasu do czasu, 40% często lub zawsze).

■ Nie oznacza to jednak zastępowania lekarzy, a raczej zmianę sposobu podejmowania decyzji. Badania pokazują, że internet jest dla wielu osób pierwszym źródłem informacji. Użytkownicy najczęściej zaczynają od wyszukiwarki, aby sprawdzić objawy i zorientować się w możliwych przyczynach, a dopiero później podejmują decyzję o kontakcie z lekarzem. Takie poszukiwania najczęściej dotyczą objawów o niewielkim nasileniu, choć w części przypadków mogą prowadzić do samodiagnozy lub opóźnienia konsultacji (T. Hone et al., 2016).

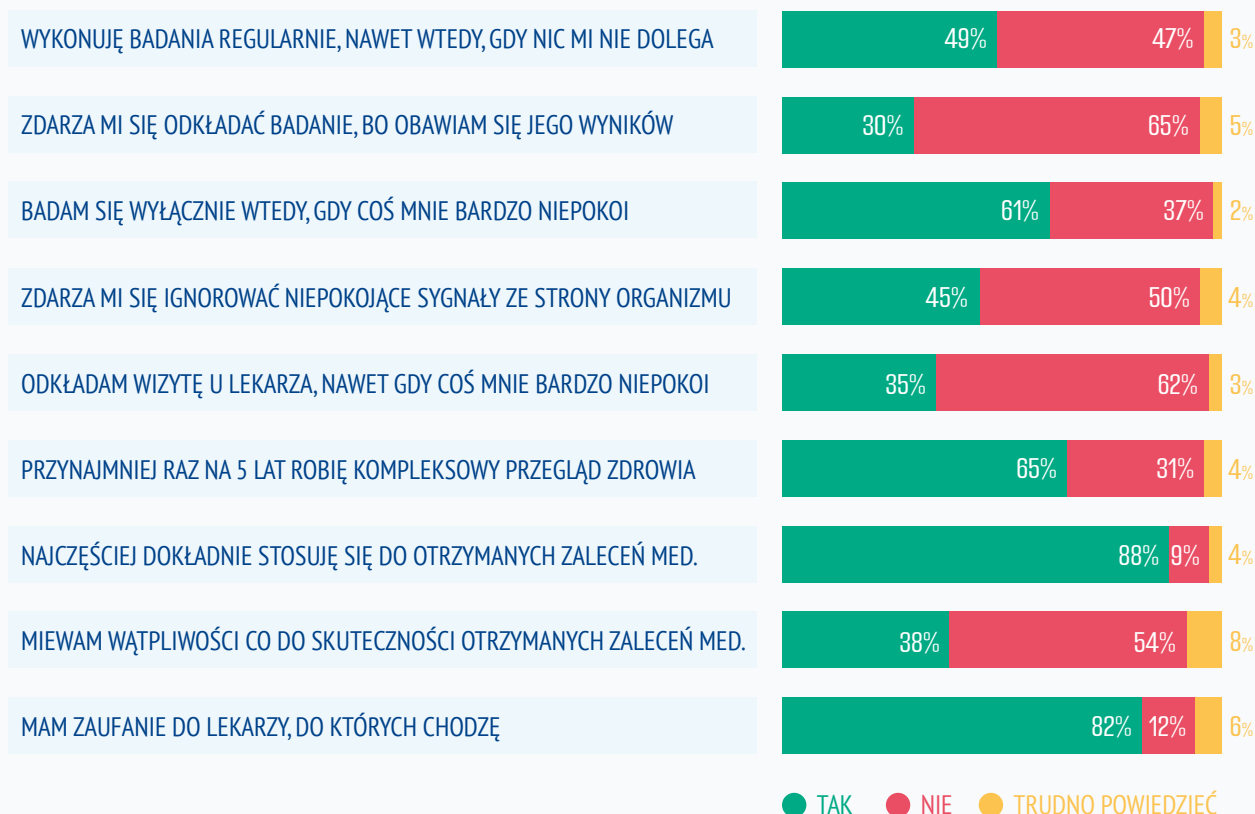
■ Równoległe pojawiają się nowe źródła informacji. **Z modeli AI korzysta 15% badanych często lub zawsze** (kolejne 19% od czasu do czasu), przy czym wśród najmłodszych jest to już niemal połowa, a wśród osób 70+ marginalne wartości. W połączeniu z wcześniejszymi wynikami o trudnościach w ocenie wiarygodności informacji oznacza to ryzyko korzystania z narzędzi bez odpowiednich kompetencji.

■ Istotne są też działania „na własną rękę”. **Aż 61% sięga po suplementy, gdy coś im dolega** (34% badanych często lub zawsze, 28% od czasu do czasu). To pokazuje, że suplementy są traktowane jako szybka odpowiedź na problem zdrowotny, często bez konsultacji. Jednocześnie wiemy, że poziom wiedzy o ich działaniu i regulacjach jest niski, co zwiększa ryzyko błędnych decyzji. Co ciekawe, wiek nie różnicuje tego wzorca.

■ Jak wiek wpływa na sposoby działania? Największe różnice widać w korzystaniu ze źródeł internetowych i kontaktach z lekarzem. **Bezpośredni kontakt z lekarzem rośnie wraz z wiekiem** – wśród osób 18–29 lat deklaruje go 63% badanych (w tym 30% od czasu do czasu), podczas gdy w grupie 70+ już 89% (z czego 34% od czasu do czasu, a pozostali częściej). Z kolei **korzystanie z wyszukiwarki internetowej jest najwyższe wśród najmłodszych** (79%, w tym aż 54% często lub bardzo często) i niższe wśród najstarszych (61%).

Jakie Polacy mają podejście do profilaktyki i diagnostyki?

Jak masz podejście do profilaktyki i diagnostyki?



Wykres 22. Postawy wobec profilaktyki i diagnostyki
Pytanie zamknięte jednokrotnego wyboru na czterostopniowej skali, zadane dla 9 stwierdzeń; odpowiedzi rekodowane do trzech kategorii: TAK, NIE, trudno powiedzieć
Próba reprezentatywna dla Polski n=1018

Badania i profilaktyka mają w dużej mierze charakter reaktywny. **Większość Polaków bada się wyłącznie wtedy, gdy coś ich niepokoi** (61%), a jednocześnie tylko połowa wykonuje badania regularnie, gdy nic im nie dolega (49%). Co więcej, tylko co trzeci Polak deklaruje, że raz na 5 lat robi kompleksowy przegląd zdrowia (65% tak vs 31% nie – ale w praktyce oznacza to raczej sporadyczność niż systematyczność). **Wyniki te są spójne z badaniami CBOS, które pokazują, że brak objawów obniża skłonność do wykonywania badań**, a działania zdrowotne częściej mają charakter reaktywny niż zapobiegawczy (CBOS 2024).

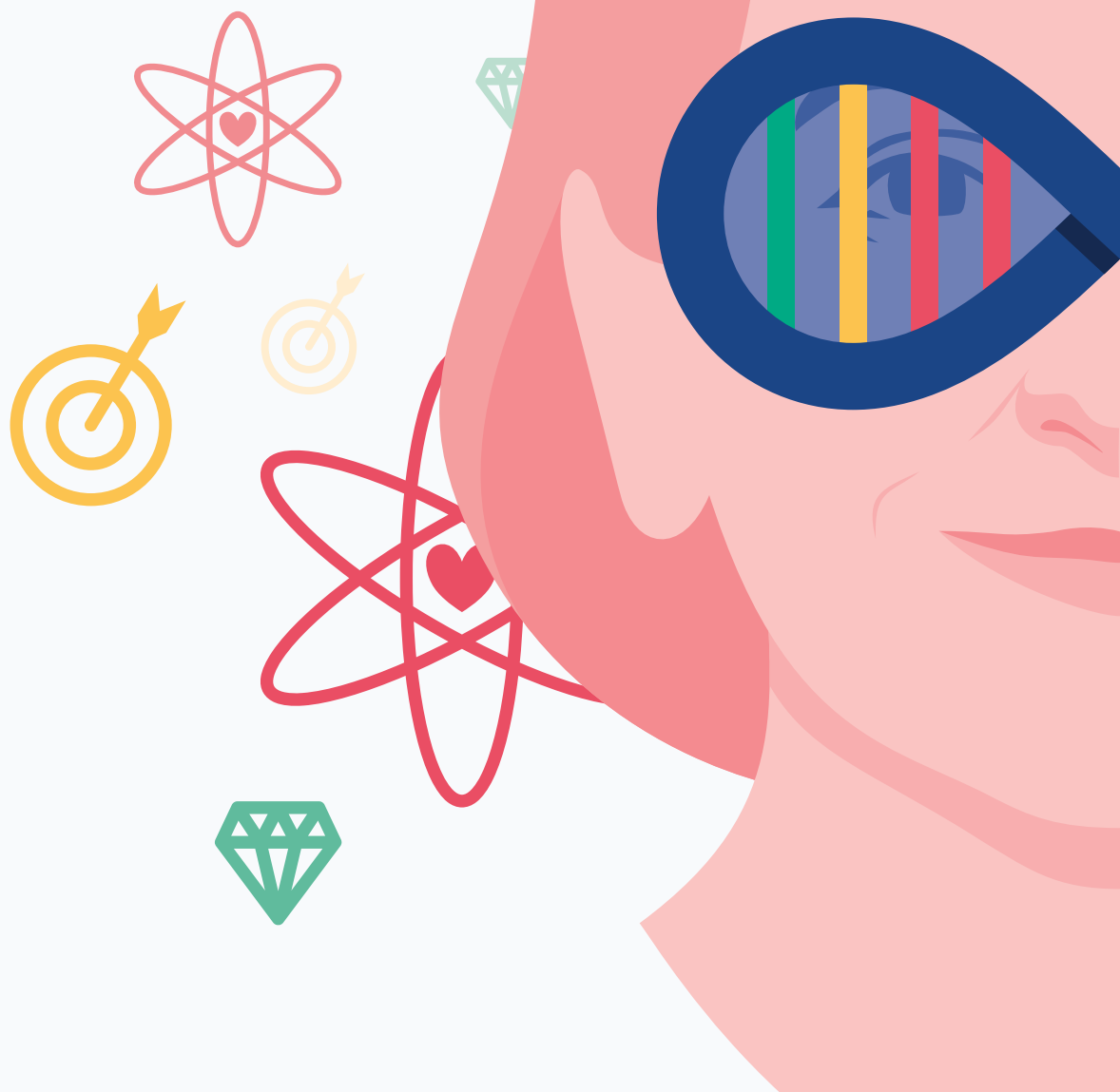
To, czy ludzie badają się regularnie, jest powiązane z sytuacją materialną. Wśród osób żyjących bardzo skromnie aż 60% nie wykonuje badań regularnie, podczas gdy wśród osób zamożnych jest to 38%. Oznacza to, że profilaktyka nie jest tylko kwestią postawy, ale też dostępnych zasobów.

Istotną rolę odgrywają także lęk i obawy. **Prawie jedna trzecia badanych (30%) odkłada badania z obawy przed ich wynikami, a niemal połowie zdarza się ignorować niepokojące sygnały ze strony organizmu (45%).** Zjawisko to jest dobrze opisane w literaturze. Metaanaliza obejmująca ponad 560 tys. osób pokazuje, że około 30% populacji unika informacji medycznej, w tym wykonywania badań, podejmowania diagnostyki czy odbierania wyników (*Offer et al., 2025*). Główną rolę odgrywają tu emocje, przede wszystkim lęk, stres i niepewność związana z możliwą diagnozą, co może prowadzić do opóźniania badań i wizyt u lekarza.

Obawy są szczególnie widoczne wśród osób młodszych i w gorszej sytuacji materialnej. W grupie 18–29 lat aż 40% odkłada badania z lęku przed wynikiem. Podobnie wśród osób żyjących bardzo skromnie – 40% z nich odkłada badania (vs 19% wśród osób w bardzo dobrej sytuacji materialnej). W tej samej grupie aż 57% ignoruje niepokojące sygnały ze strony organizmu (vs 34% wśród osób zamożnych). Może to sugerować, że obawa przed wynikiem jest powiązana z poczuciem braku możliwości poradzenia sobie z jego konsekwencjami.

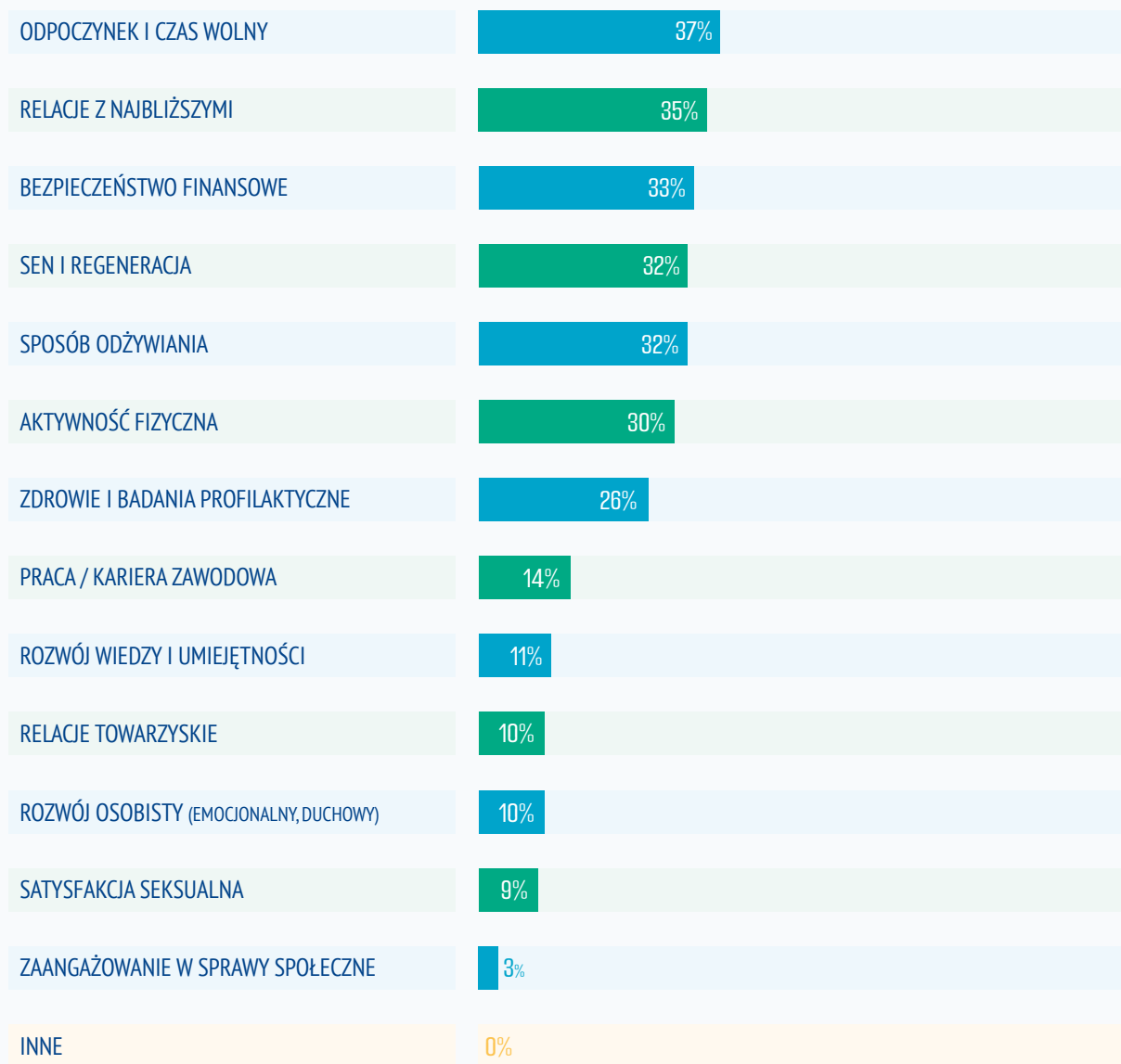
Jednocześnie widać **wysoki deklaracyjny poziom zaufania do medycyny** – 88% badanych deklaruje, że stosuje się do zaleceń lekarzy, a 82% ma zaufanie do lekarzy. Jednocześnie 38% przyznaje, że miewa wątpliwości co do skuteczności tych zaleceń. To pokazuje, że zaufanie do lekarzy i gotowość do stosowania się do zaleceń są wysokie, ale nie wykluczają wątpliwości. W praktyce oznacza to, że badani częściej „robią, co trzeba”, niż są do tego w pełni przekonani.

Wartości i sens życia



Jakie obszary życia są dla Polaków priorytetowe?

Na które z poniższych obszarów swojego życia zwracasz obecnie uwagę najbardziej?



Wykres 23. Priorytetowe obszary życia
Pytanie zamknięte wielokrotnego wyboru
Próba reprezentatywna dla Polski n=1018

Priorytety Polaków są osadzone w codziennym funkcjonowaniu. **Najważniejszy jest odpoczynek i czas wolny (37%) – co dobrze wpisuje się w szerszy kontekst przemęczenia** – omówiony w kolejnych częściach raportu. Na drugim miejscu są relacje z najbliższymi (35%), a dalej bezpieczeństwo finansowe (33%) oraz szeroko rozumiany zdrowy styl życia – sen, odżywianie i aktywność fizyczna (ok. 30–32%).

Wraz z wiekiem zmienia się hierarchia priorytetów. Rośnie znaczenie zdrowia i profilaktyki – z 13% wśród najmłodszych do 47% w grupie 70+. Podobnie wzrasta rola relacji z najbliższymi – z ok. 32% do 47%. **Osoby najmłodsze częściej wskazują relacje towarzyskie** (23% wobec ok. 7–9% w starszych grupach), a także rozwój osobisty i życie społeczne. Z kolei **w starszych grupach większe znaczenie zyskują sen, regeneracja oraz sposób odżywiania** – wskazywane łącznie przez ponad 40% respondentów.

Dla kobiet najważniejsze są relacje z najbliższymi (40% vs 30% mężczyźni), sen i regeneracja 36% (mężczyźni 28%), sposób odżywiania (35% vs 28% mężczyźni). Z kolei dla mężczyzn największe znaczenie ma odpoczynek i czas wolny 40% (vs 34% kobiety), a także nieco więcej uwagi niż kobiety poświęcają satysfakcji seksualnej (15% vs 4%).

Ciekawa jest także zależność pomiędzy wiarą a wskazywanymi priorytetowymi obszarami – **dla osób wierzących i praktykujących zdrowie i badania profilaktyczne miały nieco większe znaczenia** niż dla osób niewierzących (32% do 21%), a z kolei nieco mniejsze znaczenie miało bezpieczeństwo finansowe (27% do 38%).

W całej próbie wyróżniają się również optymiści, którzy najczęściej wskazywali aktywność fizyczną (35% vs 20% pesymistów) oraz sposób odżywiania (35% vs 24%). Z kolei dla pesymistów większe znaczenie ma bezpieczeństwo finansowe (aż 41% vs 30% optymistów).

Jak Polacy postrzegają swoje życie i jego sens?

Jak postrzegasz swoje życie i jego sens?



Wykres 17. Motywacje do dbania o własne zdrowie
Pytanie zamknięte wielokrotnego wyboru
Próba reprezentatywna dla Polski n=1018

Ogólny poziom deklarowanego dobrostanu i sprawczości jest wysoki – 80% badanych czuje, że ich życie ma sens, 74% deklaruje, że odpowiada im to, jak żyją, a 85% ma poczucie wpływu na swoje życie. Jednocześnie różnice między poszczególnymi grupami są istotne.

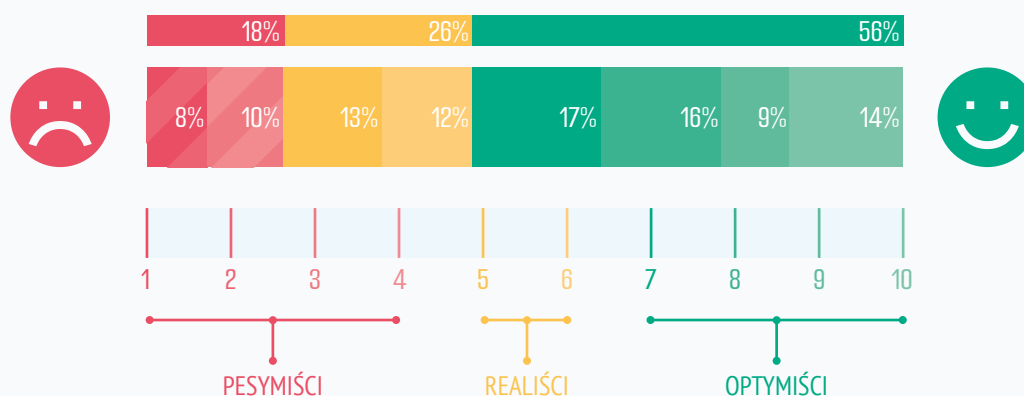
Podjęcie do własnego życia wygląda najmniej optymistycznie u najmłodszych. **Tylko 61% osób w wieku 18–29 czuje, że ich życie ma sens – co oznacza, że blisko 1/3 tej grupy tego nie doświadcza.** Dla porównania wśród osób 70+ odsetek ten wynosi 90%. Podobny wzorec widać w ocenie własnego życia – w najmłodszej grupie tylko 55% deklaruje, że odpowiada im to, jak żyją, podczas gdy wśród osób 60–69 jest to 84%, a w grupie 70+ – 89%.

Różnice są równie istotne w zależności od sytuacji materialnej i podejścia do życia. **Wśród osób żyjących bardzo skromnie tylko 64% widzi sens życia (vs ok. 90% wśród osób w dobrej sytuacji materialnej).** Podobnie w ocenie własnego życia – 55% vs 85%. Jeszcze wyraźniej widać to przy podziale na pesymistów i optymistów: sens życia deklaruje 47% pesymistów vs 92% optymistów, a zadowolenie z tego, jak żyją – 43% vs 89%.

Istotnym czynnikiem różnicującym poczucie wpływu sytuacja materialna – **sens życia deklaruje 69% osób żyjących skromnie oraz 95% dobrze sytuowanych.** Pokazuje to, że poczucie sprawczości jest powiązane z dostępem do zasobów i możliwości działania.

Wyniki te wpisują się w szersze zmiany obserwowane w badaniach międzynarodowych. W starszych analizach obserwowano tzw. „U-kształtną” zależność dobrostanu od wieku – wyższy u młodych, spadek w średnim wieku i ponowny wzrost w starszym. Nowsze badania pokazują jednak, że ten wzorzec słabnie lub zanika. Obecnie młodzi dorośli częściej deklarują niższy dobrostan niż wcześniejsze pokolenia, a różnice między grupami wiekowymi są mniej regularne. Wiąże się to m.in. z pogorszeniem zdrowia psychicznego młodych, większą presją ekonomiczną i przeciążeniem informacyjnym (Blanchflower, Bryson, 2025).

Jak określiłbyś siebie w podejściu/nastawieniu do życia?



Wykres 25. Nastawienie do życia – pesymiści, realści, optymiści. Pytanie numeryczne na skali 1-10 (od „jestem pesymist(k)ą” do „jestem optymist(k)ą”); odpowiedzi rekodowane do trzech kategorii: pesymiści (1-4), realści (5-6), optymiści (7-10). Próba reprezentatywna dla Polski n=1018

Większość badanych określa się jako optymiści (56%), częściej niż jako pesymiści (18%). Jednocześnie 26% lokuje się pośrodku, co pokazuje, że istotna część ma bardziej zrównoważone, mniej jednoznaczne podejście do życia.

Wraz z wiekiem maleje odsetek pesymistów i rośnie optymizm. W grupie 18–29 pesymiści (1–4) stanowią ok. 25%, a wśród osób 70+ już tylko ok. 5%. Równolegle rośnie udział optymistów (7–10) – z ok. 44% wśród najmłodszych do ponad 70% wśród najstarszych. Zmiana ma charakter stopniowy – w każdej kolejnej grupie widać przesunięcie w stronę wyższych ocen.

Sytuacja materialna wywiera największy wpływ na wyniki. **Wśród osób żyjących bardzo skromnie pesymiści to 34%,** a wśród najlepiej sytuowanych 13%. Jednocześnie optymiści (7–10) stanowią 37% vs ok. 70%. Wraz z poprawą sytuacji materialnej rośnie też udział najwyższych ocen (np. „10”: 13% vs 19%).

Wyniki te wpisują się w przywoływane wcześniej badania – dobrostan i nastawienie do życia silnie zależą od czynników społeczno-ekonomicznych, a nie tylko wieku.

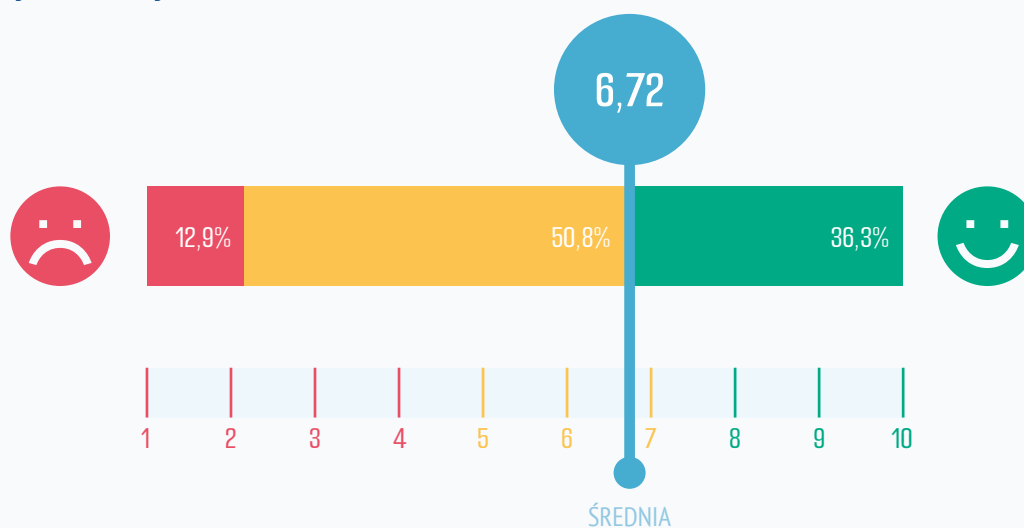


Dobrostan



Jak Polacy oceniają swój komfort zdrowotny?

Jak oceniasz swój ogólny komfort zdrowotny w ostatnim roku (zdrowie psychiczne i fizyczne)?



Wykres 26. Ocena ogólnego komfortu zdrowotnego w ostatnim roku
Pytanie numeryczne na skali 1-10; podano średnią oraz rozkład procentowy (odpowiedzi rekodowane do trzech kategorii: niski komfort (1-4), umiarkowany (5-7), wysoki (8-10))
Próba reprezentatywna dla Polski n=1018

To bardzo subiektywny wskaźnik – pokazuje nie tyle, czy ktoś jest zdrowy, ale jak czuje się w swoim ciele. Średnia ocena ogólnego komfortu zdrowotnego w ostatnim roku wynosi 6,72 w skali 1-10 i jest powiązana z sytuacją materialną. To nie jest ani dobrze, ani źle.

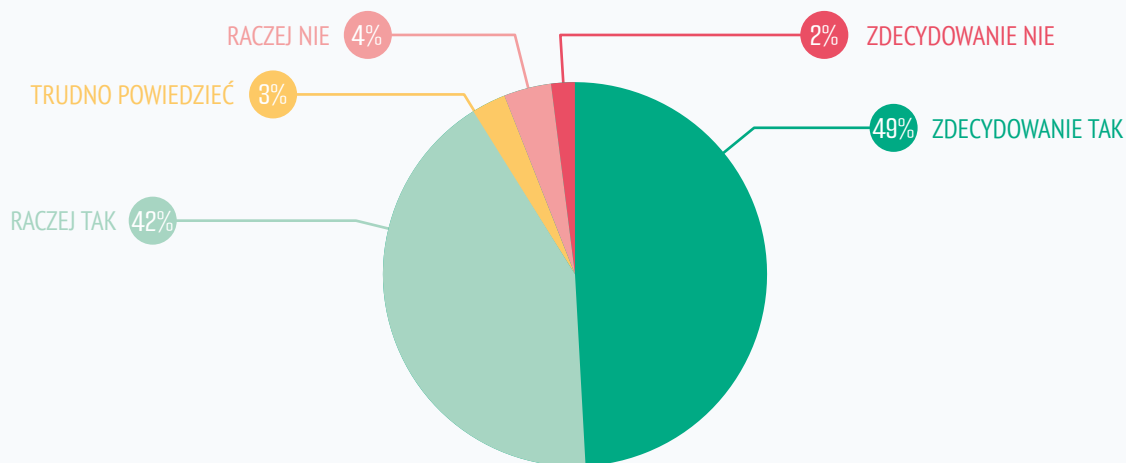
To właśnie **sytuacja materialna okazuje się kluczową zmienną** różnicującą te oceny. Wśród osób żyjących skromnie i bardzo skromnie 25% ocenia swój komfort zdrowotny nisko (1-4), podczas gdy wśród osób w dobrej i bardzo dobrej sytuacji materialnej odsetek ten spada do 7%. W górnej części skali zależność wygląda podobnie – wysokie oceny (8+) deklaruje 45% osób w gorszej sytuacji i aż 51% w lepszej.

Co istotne, wiek nie różnicuje tych ocen w podobny sposób, co sugeruje, że **większe znaczenie mają warunki życia niż sam etap życia**. Wynik ten nie jest zaskakujący – dane GUS pokazują podobny mechanizm: osoby o wyższych dochodach około dwa razy częściej oceniają swoje zdrowie jako dobre niż osoby z najniższego kwintyla dochodowego (*EU-SILC 2024, GUS 2025*).

Jednocześnie warto zwrócić uwagę na jeszcze jedno zjawisko: **z jednej strony około 70% dorosłych Polaków ocenia swoje zdrowie jako dobre lub bardzo dobre, z drugiej – 1/3 deklaruje choroby przewlekłe lub długotrwałe dolegliwości** (*GUS 2024*). Oznacza to, że dobra ocena zdrowia nie wyklucza jednoczesnego występowania problemów zdrowotnych.

Czy ankietowani rozumieją sygnały płynące z ciała?

Czy czujesz, że masz kontakt ze swoim ciałem – tzn. zauważasz i rozumiesz sygnały płynące z organizmu?



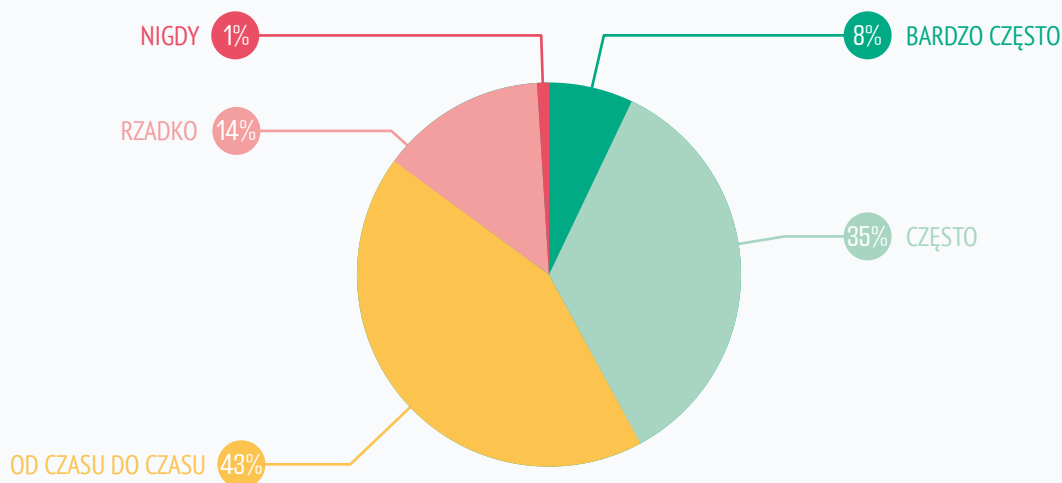
Wykres 27. Kontakt z własnym ciałem
Pytanie zamknięte jednokrotnego wyboru na czterostopniowej skali
Próba reprezentatywna dla Polski n=1018

Aż 91% badanych deklaruje, że zauważa i rozumie sygnały płynące z organizmu – takie jak głód, zmęczenie, napięcie czy emocje. To wynik optymistyczny, ale warto podejść do niego z ostrożnością. Badania eksperymentalne pokazują, że ludzie często przeceniają swoje zdolności w tym zakresie (Garfinkel 2015).

Co ciekawe, poczucie „kontaktu z ciałem” rośnie wraz z wiekiem – w grupie 70+ deklaruje je aż 98% badanych, podczas gdy wśród najmłodszych (18–29) 82%. Widać też związek z podejściem do życia – wśród pesymistów odsetek ten wynosi 82%, a wśród optymistów 95%.

Jak często Polacy doświadczają przyjemnych doznań płynących z ciała?

Jak często doświadczasz przyjemnych doznań płynących z ciała w codziennym życiu (np. uczucia relaksu, komfortu, przyjemności z ruchu)?



Wykres 28. Częstość doświadczania przyjemnych doznań płynących z ciała
Pytanie zamknięte jednokrotnego wyboru na pięciostopniowej skali
Próba reprezentatywna dla Polski n=1018

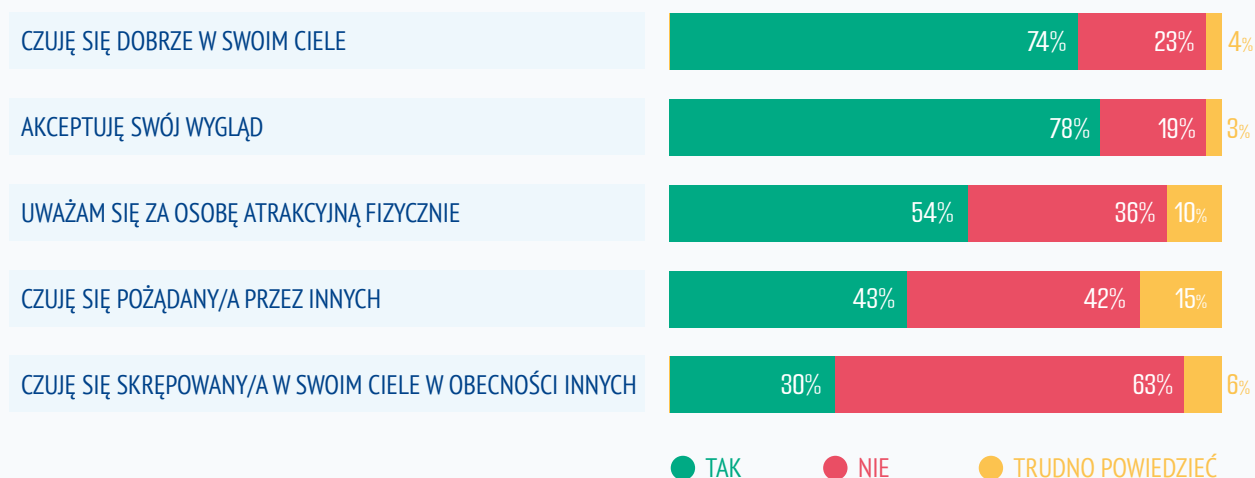
Mniej niż połowa badanych (43%) często lub bardzo często doświadcza przyjemnych doznań płynących z ciała, co oznacza, że dla większości są one raczej sporadyczne (43% „od czasu do czasu”, 15% rzadko lub nigdy).

Najmniej takich doświadczeń deklarują osoby w wieku 30–39 lat – tylko ok. 35% z nich odczuwa je często, co wpisuje się w okres największego obciążenia pracą i obowiązkami. Najwyższe wyniki widać w grupie 60–69 lat (53%), co sugeruje większą uważność na ciało lub więcej przestrzeni na regenerację.

Silnie różnicuje to także sytuacja materialna i nastawienie do życia. Wśród osób żyjących najskromniej tylko 27% doświadcza często lub bardzo często przyjemnych doznań z ciała (dla sytuowanych bardzo dobrze jest to 58%). Także wśród pesymistów to zaledwie 17% (vs dla optymistów 57%).

Jak Polacy czują się w swoim ciele?

Jak czujesz się w swoim ciele?



Wykres 29. Samopoczucie w swoim ciele i akceptacja wyglądu
Pytanie zamknięte jednokrotnego wyboru na czterostopniowej skali, zadane dla 5 stwierżeń, odpowiedzi rekodowane do trzech kategorii: TAK, NIE, trudno powiedzieć
Próba reprezentatywna dla Polski n=1018

Większość badanych dobrze czuje się w swoim ciele (74%) i akceptuje swój wygląd (78%). Nieco ponad połowa uważa się za osobę atrakcyjną fizycznie (54%), a 43% czuje się pożądana przez innych. Jednocześnie co trzecia osoba (30%) przyznaje, że czuje się skrępowana w swoim ciele w obecności innych.

Ten obraz dobrze pokrywa się z wynikami innych badań, ale pokazuje też napięcie. Z jednej strony ok. 74% Polaków deklaruje zadowolenie ze swojego wyglądu, jednak najczęściej jest to odpowiedź „raczej tak”, a zdecydowane zadowolenie jest rzadsze. Z drugiej strony aż **57% przyznaje, że chciałoby coś w swoim wyglądzie zmienić.** W praktyce można wyodrębnić trzy grupy: osoby zadowolone, które nie chcą zmian (38%), osoby zadowolone, ale rozważające korekty (34%) oraz osoby niezadowolone (22%) (CBOS 2024).

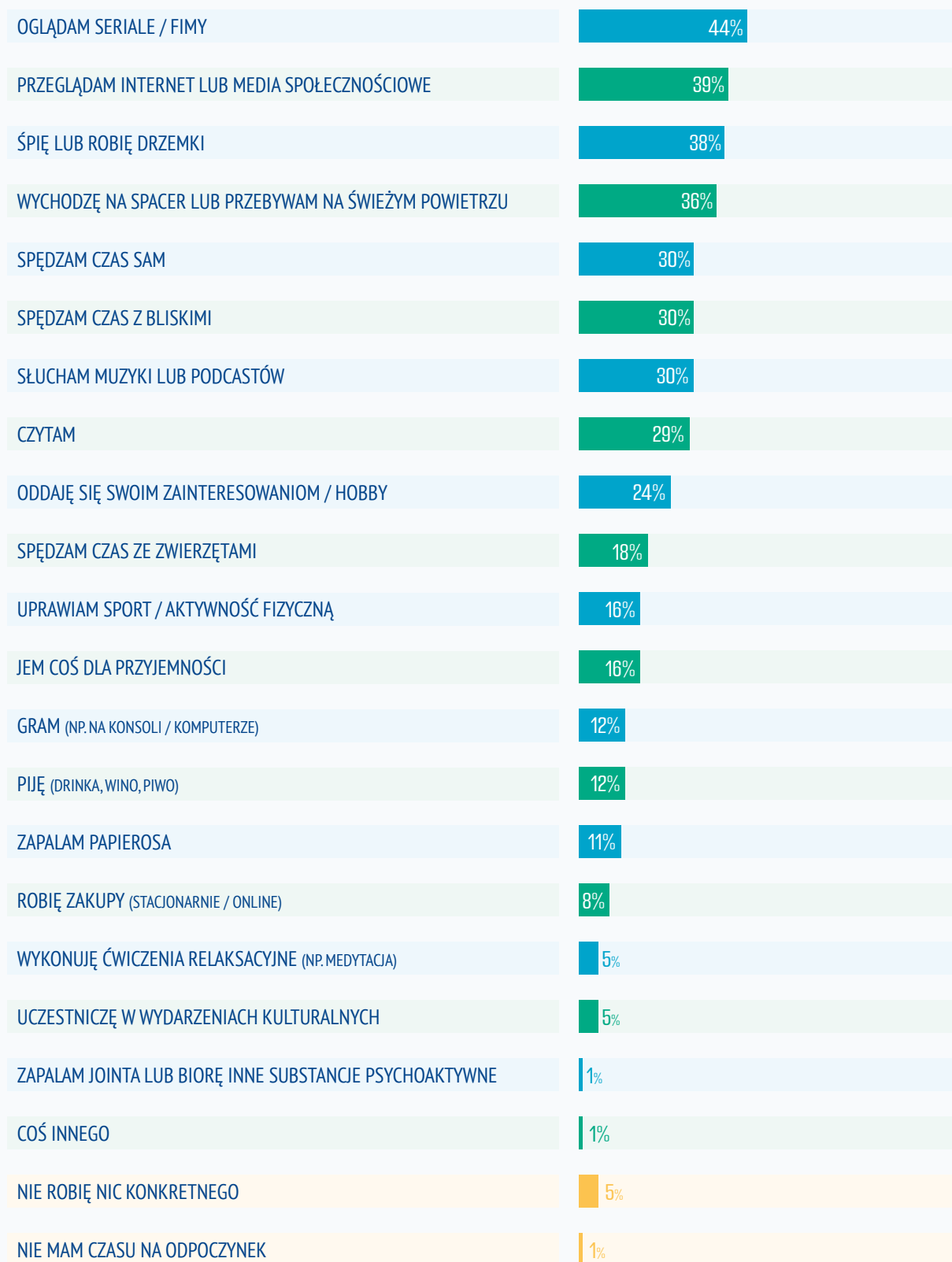
Widać wpływ wieku. Wraz z nim rośnie akceptacja i komfort w ciele – od 65% akceptacji wyglądu wśród najmłodszych do 92% w grupie 70+. Podobnie „czuję się dobrze w swoim ciele” rośnie z 57% do ok. 85–87%. Jednocześnie maleje skrępowanie – z 52% wśród najmłodszych do ok. 14% wśród najstarszych.

Sytuacja materialna również stanowi tutaj ważny czynnik. Wśród osób żyjących skromnie tylko 58% czuje się dobrze w swoim ciele i 67% akceptuje wygląd, podczas gdy wśród najlepiej sytuowanych jest to odpowiednio 83% i 85%. Różnice widać też w poczuciu atrakcyjności (42% vs 64%) i bycia pożądanym (34% vs 54%). Jednocześnie skrępowanie spada z 43% do 20%.

Silnie różnicuje to także nastawienie do życia. **Wśród pesymistów tylko 42% czuje się dobrze w swoim ciele, a 49% akceptuje swój wygląd, podczas gdy wśród optymistów jest to odpowiednio 87% i 90%.** Różnice są jeszcze większe w poczuciu atrakcyjności (27% vs 68%) i bycia pożądanym (26% vs 54%). Skrępowanie działa odwrotnie – 52% pesymistów vs 21% optymistów.

W jaki sposób Polacy odpoczywają i co ich regeneruje?

Co zazwyczaj robisz dla odpoczynku?



Wykres 30. Sposoby odpoczynku
Pytanie zamknięte wielokrotnego wyboru
Próba reprezentatywna dla Polski n=1018



Najczęściej odpoczynek ma charakter pasywny – ekranowy. Na pierwszym miejscu badani wskazali seriale i filmy (44%), a zaraz potem przeglądanie internetu i mediów społecznościowych (39%).

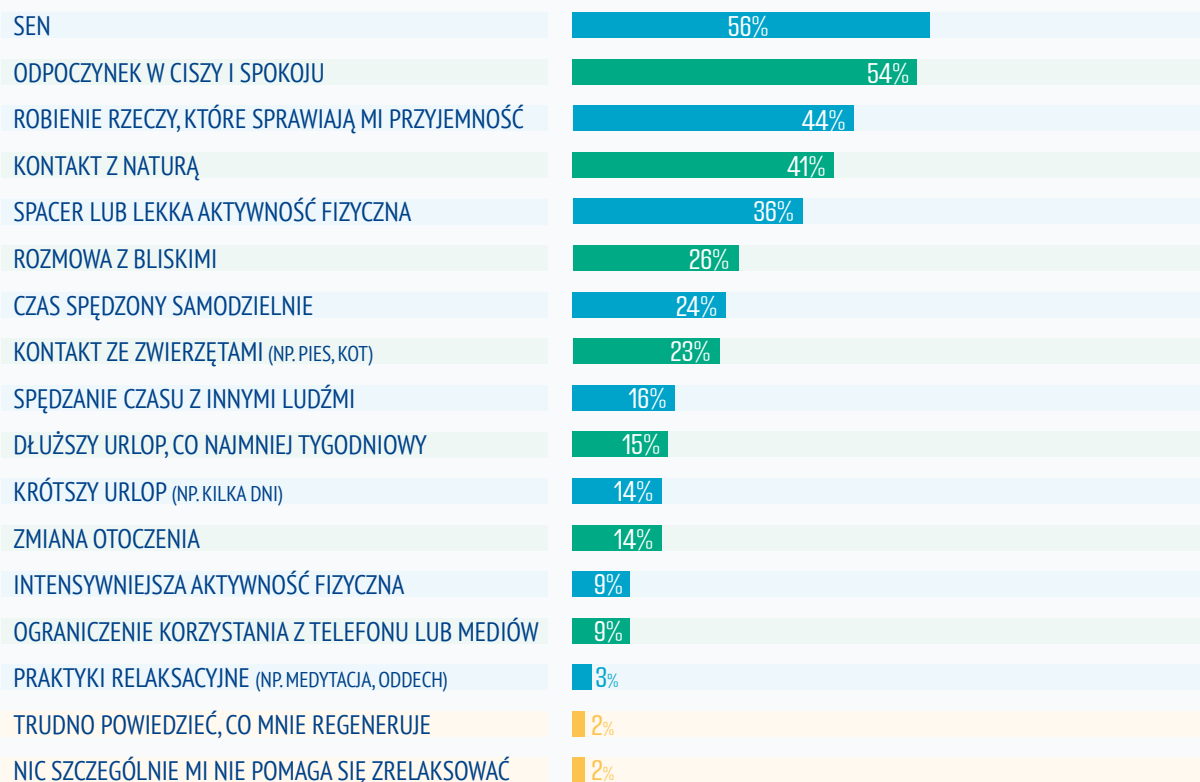
Oznacza to, że **odpoczynek Polaków ma głównie bierny charakter** – i jest to zgodne z wynikami innych badań (*GUS 2023*). Warto przy tym pamiętać, że bierny odpoczynek nie zawsze oznacza pełną regenerację. Badania z psychologii odpoczynku pokazują, że takie aktywności rzadziej obniżają stres w dłuższej perspektywie i są mniej skuteczne w przywracaniu energii niż bardziej aktywne formy.

W drugiej kolejności badani wskazywali na sen i drzemki (38%) oraz spacer i przebywanie na świeżym powietrzu (36%). Równoległe ważne są także relacje i czas dla siebie – po 30%. Dalej pojawiają się muzyka, czytanie i hobby (ok. 24–30%).

Różnice między kobietami a mężczyznami są widoczne, choć nie skrajne. Kobiety częściej wybierają czytanie (35% vs 22%) i spacer (39% vs 31%). Mężczyźni częściej sięgają po drzemki (42% vs 34%), granie (16% vs 8%) oraz alkohol (18% vs 6%).

Różnice wiekowe są mniej istotne, ale widać pewne przesunięcia. **Najmłodszy częściej przegląda internet (45%) i słucha muzyki lub podcastów (45%)** – nawet nieco częściej niż oglądają seriale i filmy (41%). Z kolei wśród najstarszych rośnie znaczenie spacerów i świeżego powietrza (52%), oglądania filmów i seriali (51%), przeglądania internetu (47%) oraz czytania (40%).

Co pomaga Ci się zregenerować i odzyskać energię?



Wykres 31. Czynniki sprzyjające regeneracji i odzyskaniu energii
Pytanie zamknięte wielokrotnego wyboru
Próba reprezentatywna dla Polski n=1018

Ponad połowa Polaków wskazuje, że tym, co **naprawdę pomaga im się zregenerować i odzyskać energię, jest sen (56%) oraz odpoczynek w ciszy i spokoju (54%).**

W drugiej kolejności pojawiają się praktyki związane z regeneracją i poprawą samopoczucia – robienie rzeczy sprawiających przyjemność (44%), kontakt z naturą (41%) oraz spacer lub lekka aktywność fizyczna (36%). Rzadziej wskazywane są sposoby oparte na relacjach społecznych, takie jak rozmowa z bliskimi (26%) czy spędzanie czasu z innymi ludźmi (16%).

Ten układ dobrze wpisuje się w badania nad regeneracją. Z jednej strony potwierdza znaczenie podstawowych mechanizmów, takich jak sen i relaks – czyli obniżenie pobudzenia i „wyłączenie się”. Z drugiej strony widać obecność elementów, które w literaturze są uznawane za szczególnie skuteczne w dłuższej perspektywie: kontakt z naturą, aktywność fizyczna czy angażujące przyjemności.

Badania z psychologii pracy i odpoczynku pokazują, że regeneracja jest najskuteczniejsza, gdy łączy kilka elementów: oderwanie od obowiązków, relaks oraz aktywności, które angażują i dają poczucie przyjemności lub sprawczości. Ich skuteczność zależy także od częstotliwości, zróżnicowania, ale również od rodzaju przeciążenia, a nie zaś od jednej uniwersalnej formy odpoczynku (L. Kuykendall et al. 2015).

W tym kontekście widać pewną niespójność z wcześniejszymi wynikami: **choć Polacy wskazują aktywności takie jak ruch, natura czy przyjemności jako regenerujące, w praktyce częściej wybierają bierne formy odpoczynku** (ekran, drzemki).

W jakim stopniu zgadzasz się bądź nie z poniższymi stwierdzeniami?



Wykres 32. Poczucie zmęczenia i bariery w regeneracji
Pytanie zamknięte jednokrotnego wyboru na czterostopniowej skali, zadane dla 4 stwierdzeń, odpowiedzi rekodowane do trzech kategorii: TAK, NIE, trudno powiedzieć
Próba reprezentatywna dla Polski n=1018

Półowa Polaków (51%) deklaruje, że mimo odpoczynku często czuje się zmęczona. Jednocześnie 39% mówi, że trudno im się naprawdę zrelaksować, nawet gdy mają na to czas, a kolejne 39% wskazuje, że w codziennym życiu po prostu brakuje im czasu na odpoczynek. Co ważne, odpowiedzi są jednoznaczne – odsetek niezdecydowanych jest bardzo niski, co pokazuje, że badani mają dość klarowne poczucie własnego zmęczenia.

Zestawiając to z wcześniejszymi wynikami, wyłania się spójny obraz. Z jednej strony odpoczynek jest jednym z najważniejszych obszarów życia, z drugiej – często nie przynosi oczekiwanej regeneracji. **Widać też, że „dbanie o zdrowie” czy bardziej zaawansowana profilaktyka przegrywają z bieżącą potrzebą odpoczynku**, co sugeruje, że dla wielu osób priorytetem jest po prostu zmniejszenie zmęczenia tu i teraz.

Co ciekawe – najbardziej zmęczeni są najmłodszy. Wśród nich (18–29) aż ok. 70% zgadza się ze stwierdzeniem, że mimo odpoczynku czuje się zmęczona. W tej samej grupie 58% mówi, że trudno im się naprawdę zrelaksować, a podobny odsetek wskazuje na brak czasu na odpoczynek. W kolejnych grupach wiekowych odsetki te systematycznie maleją. Po 50. roku życia spadek jest szczególnie widoczny – wśród osób 60+ trudność z relaksem deklaruje już tylko ok. 21–22%, a brak czasu przestaje być dominującym problemem.

Znaczenie ma także sytuacja materialna. Wśród osób żyjących w bardzo skromnych warunkach 66% deklaruje zmęczenie mimo odpoczynku, podczas gdy wśród osób w bardzo dobrej sytuacji materialnej – 37%. Podobny wzór widać w przypadku trudności z relaksem (55% vs 27%) oraz oceny warunków życia – aż połowa osób w trudnej sytuacji (50%) uważa, że ich otoczenie nie sprzyja regeneracji, podczas gdy wśród najlepiej sytuowanych odsetek ten wynosi 18%. Różnice są też widoczne w poczuciu braku czasu na odpoczynek (46% vs 32%).

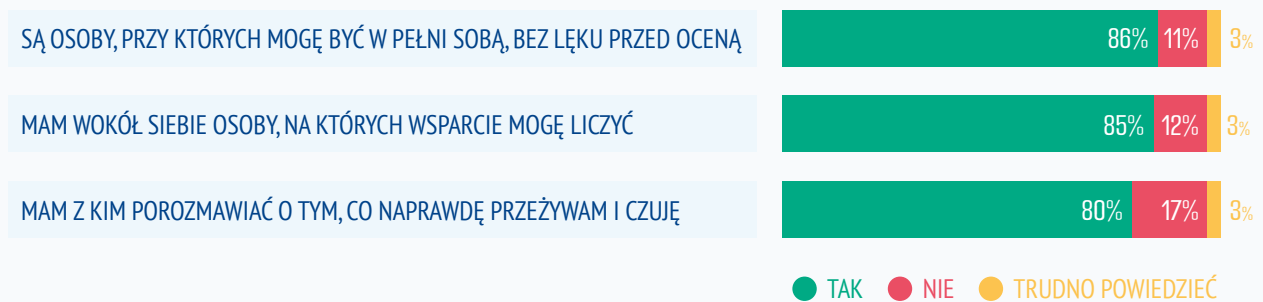
Wyniki te wpisują się w szerszy kontekst – **Polacy należą do najbardziej zapracowanych społeczeństw w Europie, pracując więcej godzin niż średnia UE i mając niższy poziom równowagi między pracą a życiem prywatnym** (Eurostat 2026). W takiej sytuacji sam odpoczynek – nawet jeśli jest obecny – często nie wystarcza, by przywrócić energię. Oznacza to, że problem nie sprowadza się wyłącznie do sposobu odpoczywania. W dużej mierze wynika z wysokiego obciążenia pracą oraz ograniczonych zasobów – przede wszystkim czasu i pieniędzy – a dopiero w dalszej kolejności z tego, jak ten odpoczynek wygląda w praktyce.

Relacje i bliskość



Czy Polacy mają wokół siebie bliskie osoby?

Czy masz wokół siebie bliskie osoby?



Wykres 38. Posiadanie bliskich osób w otoczeniu
Pytanie zamknięte jednokrotnego wyboru na czterostopniowej skali, zadane dla 3 stwierżeń; odpowiedzi rekodowane do trzech kategorii: TAK, NIE, trudno powiedzieć
Próba reprezentatywna dla Polski n=1018

Wyniki są optymistyczne – większość badanych deklaruje, że ma wokół siebie ludzi, przy których może być sobą i na których może liczyć. 86% wskazuje, że są osoby, przy których może być w pełni sobą, bez lęku przed oceną, 85% – że ma osoby, na których wsparcie może liczyć, a 80% – że ma z kim porozmawiać o tym, co naprawdę przeżywa i czuje.

Jednocześnie widać, że **istnieje też niewielka, ale istotna grupa osób – ok. 7% – które nie wskazują żadnej z tych opcji, czyli deklarują, że nie mają ani osób, przy których mogą być sobą, ani takich, na których mogą liczyć**, ani takich, z którymi mogłyby porozmawiać o tym, co czują.

Widać przy tym wpływ wieku – starsze osoby częściej deklarują, że mają wokół siebie takie relacje. W grupach 60–69 i 70+ odsetki odpowiedzi pozytywne sięgają ok. 90%+, podczas gdy w najmłodszych grupach są nieco niższe (ok. 75-85%).

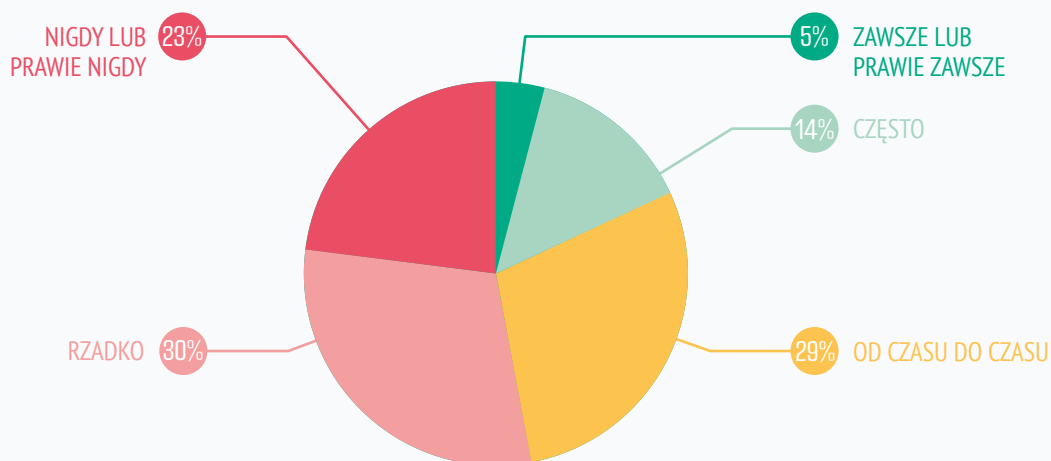
Różnice widać także w zależności od sytuacji materialnej. Wśród osób żyjących bardzo skromnie rzadziej pojawiają się odpowiedzi, że „są osoby, przy których mogę być w pełni sobą” (75% vs 91% wśród najlepiej sytuowanych), „mam wokół siebie osoby, na których wsparcie mogę liczyć” (72% vs 92%) oraz „mam z kim porozmawiać o tym, co naprawdę przeżywam i czuję” (67% vs 86%). Jednocześnie w tej grupie znacznie częściej pojawia się brak takich relacji – 16% deklaruje, że nie ma żadnej z tych osób, podczas gdy wśród osób w dobrej i bardzo dobrej sytuacji materialnej dotyczy to tylko 4–5%.

Różnice są jeszcze bardziej widoczne w zależności od nastawienia do życia. **Wśród pesymistów tylko 70% deklaruje, że ma osoby, przy których może być sobą**, 65% – że ma na kogo liczyć, a 62% – że ma z kim rozmawiać o tym, co czuje. Wśród optymistów te odsetki rosną odpowiednio do 92%, 92% i 89%.

W przypadku wiary różnice są mniejsze, ale widoczny jest podobny kierunek – osoby wierzące, zwłaszcza praktykujące, częściej wskazują, że mają wokół siebie osoby, na których mogą liczyć (ok. 89%) i że mają z kim rozmawiać o tym, co przeżywają (85%), niż osoby niewierzące (78% i 75%).

Jak często Polacy czują się osamotnieni?

Jak często czujesz się osamotniony?



Wykres 34. Częstotliwość odczuwania osamotnienia
Pytanie zamknięte jednokrotnego wyboru na pięciostopniowej skali
Próba reprezentatywna dla Polski n=1018

Poczucie osamotnienia rozkłada się niemal „pół na pół”. Z jednej strony **53% badanych deklaruje, że czuje się osamotniona rzadko lub nigdy**, z drugiej – 48% doświadcza go przynajmniej od czasu do czasu.

Co piąta osoba (łącznie 19%) czuje się osamotniona często lub zawsze, w tym 5% – zawsze lub prawie zawsze. To ważny wynik, który dobrze uzupełnia poprzednie pytanie o relacje. Tam dominowały deklaracje, że badani mają osoby, przy których mogą być sobą i na których mogą liczyć, tutaj widać już doświadczenie – i okazuje się ono bardziej złożone. **Samo przekonanie, że ma się ludzi wokół siebie, nie zawsze oznacza, że kontakt z nimi jest wystarczająco częsty lub satysfakcjonujący.**

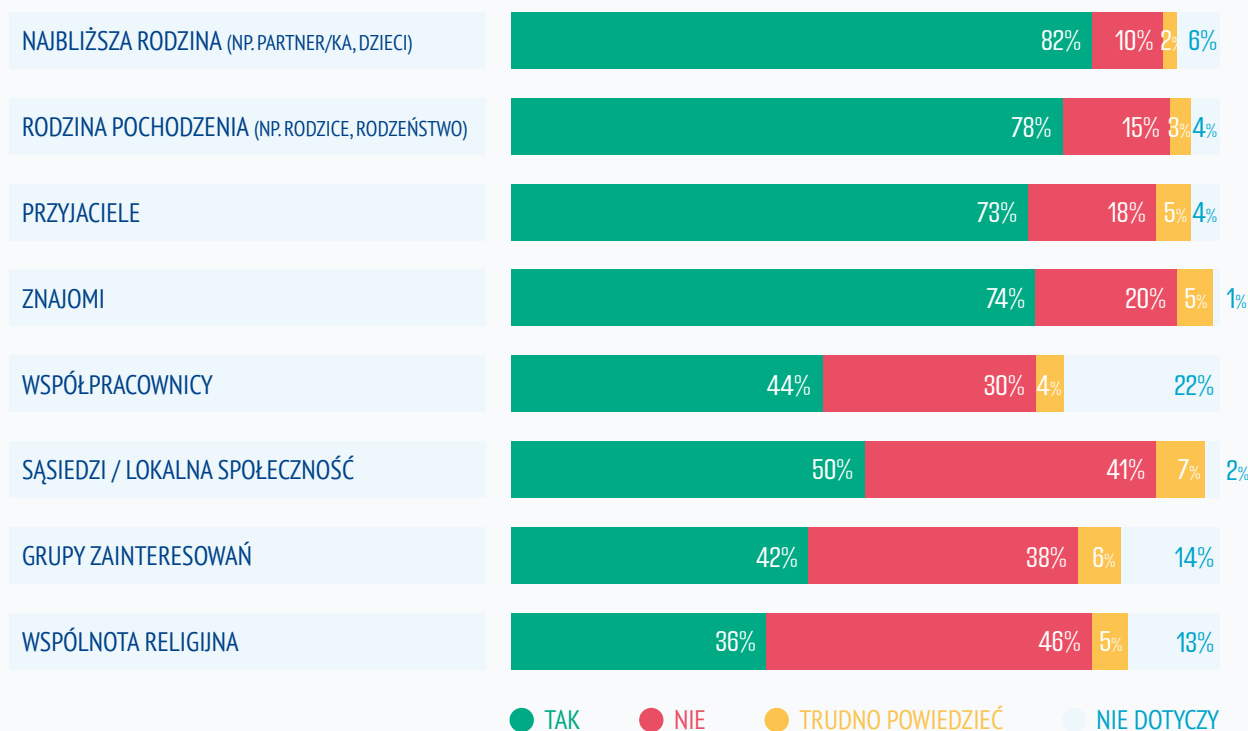
Najmłodszy (18–29) najczęściej deklaruje osamotnienie – 28% z nich czuje się osamotniona często lub zawsze. Wraz z wiekiem odsetek ten systematycznie spada, do ok. 10–12% w najstarszych grupach. Jednocześnie rośnie udział odpowiedzi „rzadko” i „nigdy”, co pokazuje, że **poczucie osamotnienia maleje wraz z wiekiem.**

Wśród osób żyjących bardzo skromnie aż 38% czuje się osamotniona często lub zawsze, podczas gdy wśród osób w dobrej i bardzo dobrej sytuacji materialnej jest to tylko ok. 10%. Jednocześnie w tej grupie najrzadziej pojawia się odpowiedź „nigdy lub prawie nigdy” (9% vs 38%).

Wśród pesymistów aż 46% deklaruje, że czuje się osamotniona często lub zawsze, podczas gdy wśród optymistów jest to zaledwie ok. 9%. Równoległe optymiści znacznie częściej wskazują, że osamotnienie pojawia się rzadko lub wcale (65% vs 25% wśród pesymistów).

Czy Polacy czują przynależność do poszczególnych grup społecznych?

Czy czujesz przynależność do poszczególnych grup społecznych?



Wykres 35. Poczucie przynależności do grup i środowisk społecznych
Pytanie zamknięte jednokrotnego wyboru na czterostopniowej skali, zadane dla 8 grup; odpowiedzi rekodowane do czterech kategorii: TAK, NIE, trudno powiedzieć, nie dotyczy
Próba reprezentatywna dla Polski n=1018

Większość badanych deklaruje przynależność do podstawowych kręgów społecznych – przede wszystkim najbliższej rodziny, tj. partner/ka, dzieci (82%), rodziców, rodzeństwa (78%), a także przyjaciół (73%) i znajomych (74%). To pokazuje, że dla większości badanych najważniejszym punktem odniesienia są najbliższe relacje – rodzina i znajomi – i to one stanowią podstawę ich życia społecznego.

Pozostałe formy przynależności mają już bardziej selektywny charakter – dotyczą tylko części badanych i są silniej zależne od kontekstu życia. Dotyczy to zwłaszcza współpracowników (44%), grup zainteresowań (42%) czy wspólnot religijnych (36%).

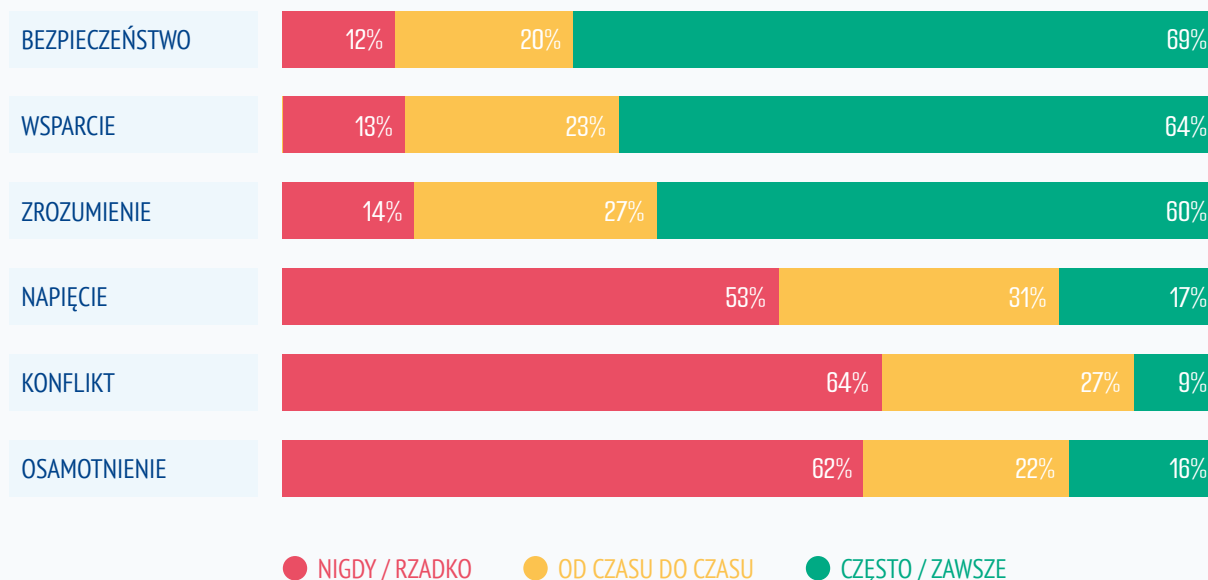
Na tym tle szczególnie istotna jest kategoria sąsiedztwa i lokalnej społeczności – przynależność deklaruje tu tylko połowa badanych (50%). To relatywnie słaby poziom zakorzenienia, biorąc pod uwagę, że jest to najbliższe otoczenie społeczne poza rodziną.

Wiek różnicuje ten obraz i najmocniej widać to w przypadku najmłodszych. To właśnie oni najrzadziej czują się częścią różnych grup społecznych – nie tylko najbliższej rodziny (65% vs 91% wśród najstarszych), ale też znajomych, przyjaciół czy lokalnej społeczności (31% vs ponad 60% w starszych grupach). Ich przynależność jest więc nie tylko słabsza w pojedynczych obszarach, ale ogólnie niższa i bardziej rozproszona. **W starszych grupach widać odwrotny kierunek – rośnie zarówno znaczenie najbliższej rodziny, jak i zakorzenienie w lokalnym otoczeniu, a relacje częściej mają charakter trwały i stabilny.**

Warto też zwrócić uwagę na wpływ wiary w kontekście przynależności lokalnej – osoby wierzące znacznie częściej czują się częścią sąsiedztwa i lokalnej społeczności (ok. 61%) niż osoby niewierzące (37%). Pokazuje to, że wspólnoty religijne mogą wzmacniać zakorzenienie społeczne poza najbliższym kręgiem.

Jaka jest jakość najbliższych relacji Polaków?

Jak często w relacjach z bliskimi doświadczasz następujących stanów?



Wykres 36. Stany doświadczane w relacjach z bliskimi
Pytanie zamknięte jednokrotnego wyboru na pięciostopniowej skali, zadane dla 6 stanów;
odpowiedzi rekodowane do trzech kategorii: nigdy/rzadko, od czasu do czasu, często/zawsze
Próba reprezentatywna dla Polski n=1018

Na pierwszy rzut oka wyniki mogą wyglądać dobrze – szczególnie w zestawieniu z wcześniejszymi deklaracjami, gdzie obraz relacji był wyraźnie pozytywny. Tutaj jednak schodzimy poziom głębiej i przyglądamy się jakości tych relacji, pamiętając, że chodzi o najbliższe osoby.

Większość badanych często lub bardzo często doświadcza w relacjach z bliskimi bezpieczeństwa (69%), wsparcia (64%) i zrozumienia (60%). Jednocześnie skala braków jest istotna. Co trzecia osoba nie doświadcza regularnie bezpieczeństwa w relacjach (32%), podobny odsetek nie czuje się regularnie wspierany (36%), a aż 40% doświadcza zrozumienia co najwyżej od czasu do czasu lub rzadziej.

To pokazuje napięcie, które trudno uchwycić w prostych deklaracjach. **Relacje są dla większości Polaków są źródłem pozytywnych doświadczeń, ale nie zawsze zapewniają taki poziom wsparcia, zrozumienia, bliskości i bezpieczeństwa, jakiego potrzebują.**

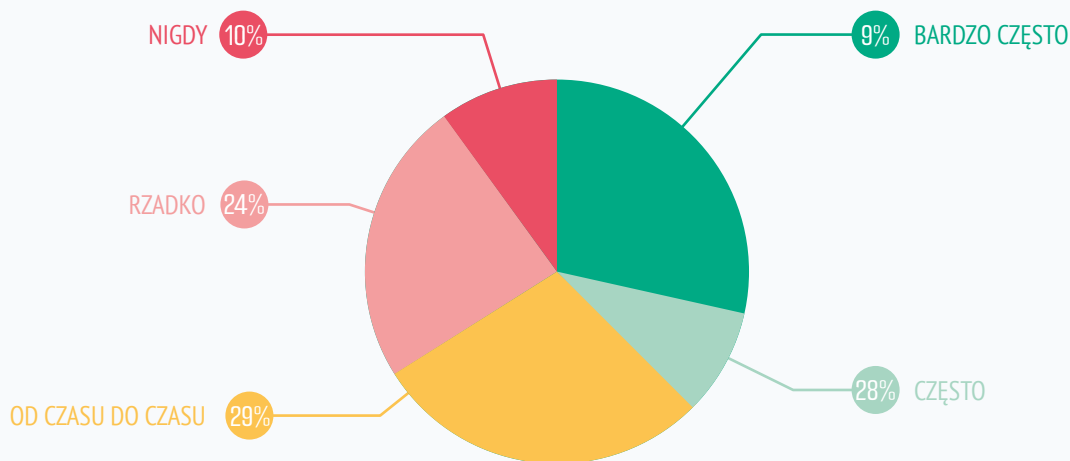
Wiek różnicuje te doświadczenia w umiarkowany sposób. Poczucie bezpieczeństwa pozostaje względnie stabilne, natomiast wraz z wiekiem rośnie doświadczenie wsparcia (ok. 77% wśród najstarszych vs 62% wśród najmłodszych) oraz zrozumienia (72% vs 55%). Jednocześnie starsi rzadziej wskazują na napięcie i konflikt, co sugeruje większą stabilność i komfort w relacjach.

Podobnie jak w poprzednich pytaniach, widoczny jest wpływ sytuacji materialnej – osoby żyjące skromniej rzadziej doświadczają bezpieczeństwa, wsparcia i zrozumienia, a częściej napięcia i trudnych stanów w relacjach.

Osoby pesymistyczne znacznie rzadziej doświadczają w relacjach bezpieczeństwa, wsparcia i zrozumienia, a częściej napięcia, konfliktu i osamotnienia. W przypadku optymistów proporcje są odwrócone – relacje częściej są dla nich źródłem wsparcia i stabilności.

Jak często Polacy doświadczają dotyku, który daje poczucie bliskości?

Jak często doświadczasz dotyku, który daje Ci poczucie bliskości?



Wykres 37. Częstotliwość doświadczania dotyku dającego poczucie bliskości
Pytanie zamknięte jednokrotnego wyboru na pięciostopniowej skali
Próba reprezentatywna dla Polski n=1018

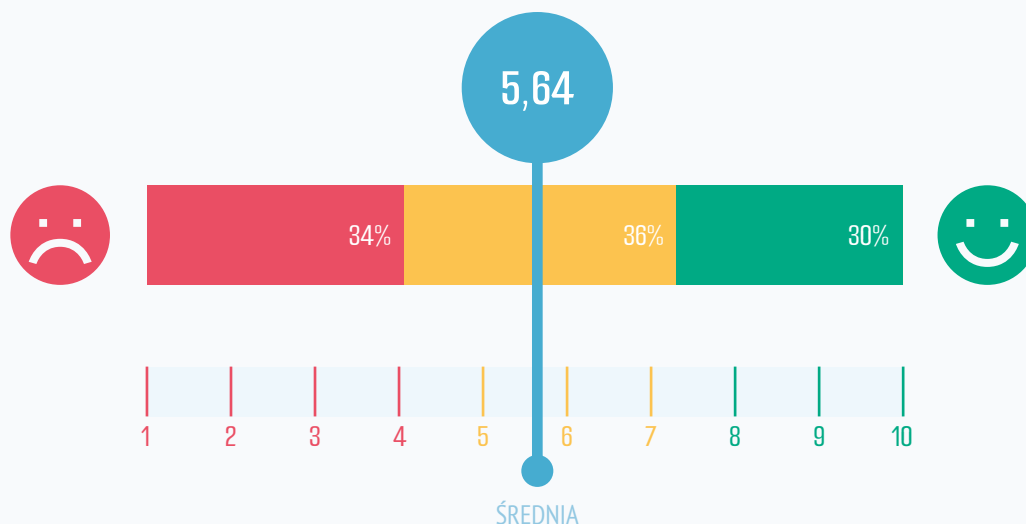
Schodząc jeszcze poziom głębiej – do fizycznego doświadczenia bliskości – obraz się zmienia. **Tylko 37% badanych doświadcza dotyku, który daje poczucie bliskości często lub bardzo często**, a niemal tyle samo (34%) doświadcza go rzadko lub nigdy. Oznacza to, że jakość utrzymywanych relacji może jednak nie zaspokajać potrzeb badanych.

W zestawieniu z wcześniejszymi wynikami ma to szczególne znaczenie. Z jednej strony większość deklaruje, że ma osoby, na których może liczyć i przy których może być sobą, z drugiej – rzadziej przekłada się to na doświadczenie bliskości w codziennym kontakcie. Może to sugerować, że **relacje istnieją na poziomie deklaracji i struktury („mam ludzi wokół”), ale ich jakość – rozumiana jako bliskość, czułość, kontakt fizyczny – jest niższa lub mniej obecna.**

Nie widać tu dużych różnic ze względu na wiek ani wiarę – co sugeruje, że jest to zjawisko dość powszechne i niezależne od etapu życia. Wyraźniej różnicuje natomiast sytuacja materialna i nastawienie do życia. Wśród pesymistów aż ponad połowa (ok. 53%) doświadcza takiego dotyku rzadko lub nigdy, a tylko ok. 19% często lub bardzo często. Wśród optymistów proporcje są odwrócone – 47% doświadcza bliskości fizycznej często lub bardzo często, a tylko 24% rzadko lub nigdy.

W jakim stopniu Polacy czerpią satysfakcję ze swojego życia seksualnego?

Jak dużą satysfakcję czerpiesz ze swojego życia seksualnego?



Wykres 38. Satysfakcja z życia seksualnego
Pytanie numeryczne na skali 1-10; podano średnią oraz rozkład procentowy (odpowiedzi rekodowane do trzech kategorii: niska (1-4), średnia (5-7), wysoka (8-10))
Próba reprezentatywna dla Polski n=1018

Ogólna ocena satysfakcji z życia seksualnego jest umiarkowana – średnia wynosi 5,64 w skali 1-10. Rozkład odpowiedzi jest przy tym stosunkowo spolaryzowany: co trzecia osoba (34%) ocenia swoją satysfakcję nisko (1-4), ale niemal identyczny odsetek jest jednoznacznie zadowolony (8-10) (30%).

Wyniki różnicują się wraz z wiekiem, ale nie liniowo. **Najwyższą satysfakcję z życia seksualnego deklarują osoby w wieku 40-49 lat (średnia 6,42)**, natomiast najniższą osoby 70+ (średnia 4), a zaraz po nich najmłodszy dorośli 18-29 (5,45). Oznacza to, że zarówno początek dorostłości, jak i późna dorostłość wiążą się z niższą satysfakcją, choć prawdopodobnie z różnych powodów. Różnice widać też ze względu na nastawienie do życia – pesymiści oceniają swoją satysfakcję znacznie niżej (4,54) niż optymiści (6,28). Dodatkowo warto zwrócić, że **co czwarta kobieta ocenia swoją satysfakcję z życia seksualnego na jednoznacznie najniższym poziomie (1)** – podczas gdy tylko 13% mężczyzn wybrało taką ocenę, co wskazuje na istotną lukę w jakości doświadczeń. Jak wiemy z poprzednich pytań – mężczyźni jednak nadają satysfakcji seksualnej nieco wyższy (choć nadal nie wysoki) priorytet niż kobiety (15% vs 4%).

Warto zestawić te wyniki z wcześniejszymi wnioskami. **Życie seksualne rzadko jest uznawane za priorytet, a poziom wiedzy na jego temat był przez badanych oceniany najniżej spośród analizowanych obszarów.** Może to sugerować, że seksualność nie jest powszechnie traktowana jako element zdrowia i dobrostanu, lecz raczej jako sfera prywatna, oddzielona od ...dbania o siebie”.

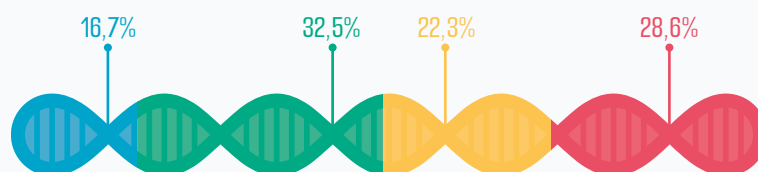
Cztery postawy wobec długiego życia i zdrowia



Cztery postawy wobec długiego życia i zdrowia

Wcześniejsze części raportu pokazywały, jak Polacy myślą o długowieczności na poziomie ogólnym – uśrednionym. Taki obraz zaciera jednak istotne różnice między ludźmi, ponieważ myślenie o długowieczności (oraz starości), choć dotyczy wszystkich, nie jest przeżywane w jednakowy sposób. Dla jednych jest związane z ciekawością i nadzieją, dla innych jest źródłem niepokoju, a dla jeszcze innych – tematem, nad którym po prostu się na co dzień nie zastanawiają.

Żeby uchwycić tę różnorodność, w ostatniej części badania sięgnęliśmy po **analizę klas ukrytych (LCA – metodę statystyczną służącą do identyfikowania wzorców odpowiedzi współwystępujących u różnych osób)**, która pozwoliła wyłonić w danych cztery grupy (segmenty) osób podobnie myślących o długowieczności i zdrowiu.



● ŻYJĘ Z DNIA NA DZIEŃ – DŁUGIM ŻYCIEM SIĘ NIE ZAJMUJĘ

● LUBIĘ ŻYCIE, CZAS Z BLISKIMI – CHCĘ ŻYĆ DŁUGO I ZDROWO

● CHCĘ ŻYĆ DŁUGO, ALE NIE CHCĘ SIĘ STARZEĆ

● BOJĘ SIĘ STAROŚCI, A DŁUGIE ŻYCIE MOŻE BYĆ PONAD MOJE SIŁY

Wykres 39. Cztery postawy wobec długiego życia i zdrowia
Wyłonione na bazie analizy klas ukrytych w odniesieniu do wybranych pytań (przywoływanych wcześniej w raporcie)
Próba reprezentatywna dla Polski n=1018

Co ciekawe, **grupy nie różnią się między sobą demografią**. Ani wiek, ani płeć, ani wykształcenie, dochód czy miejsce zamieszkania nie pozwalają przewidzieć, do której grupy ktoś należy. Postawy wobec długowieczności kształtują się niezależnie od tych czynników – zależą od indywidualnych doświadczeń, przekonań oraz uwewnętrznionych obrazów starości i długiego życia. To ważna wskazówka także dla komunikacji o zdrowiu i długowieczności: te same komunikaty trafiają na różny grunt i w związku z tym mogą mieć różną skuteczność.

Grupa 1: Żyję z dnia na dzień – długim życiem się nie zajmuję - 16,7%

Stosunek do długowieczności: dystans i obojętność. Tylko **41% osób w tym segmencie deklaruje pozytywne emocje wobec długiego życia – najmniej spośród wszystkich grup**. Jednocześnie 22% mówi wprost „brak uczuć”, a 16% – „obojętność”. Ciekawość i nadzieja, dominujące w pozostałych segmentach, pojawiają się tu na poziomie 10–16%. Nieśmiertelność odrzuca 62% osób, ale 21% odpowiada „nie wiem” – najwięcej w badaniu. **W tej grupie wobec długowieczności dominuje raczej dystans niż silne emocje.**

Powody chęci długiego życia: słabo zdefiniowane. Czas z bliskimi wskazuje 21%, „lubię życie” – 20%, realizację celów – 21%. W pozostałych segmentach te same wartości sięgają 30-58%. 16% odpowiada "nie zastanawiam się", 10% – "nie zależy mi". Oba wskaźniki są najwyższe w badaniu. To grupa, która nie ma silnego "po co" – ani relacyjnego, ani aspiracyjnego.

Stosunek do własnej starości: temat nieobecny. 26% deklaruje „nie myślę o tym” – najwięcej ze wszystkich segmentów. 14% wskazuje obojętność. **Negatywne emocje wobec starości pojawiają się u 42% osób, pozytywne – u 52%**, ale w niższym natężeniu niż w segmentach z wyraźną akceptacją. Starość, podobnie jak długowieczność, jest tu raczej tematem nieobecnym niż przepracowanym.

Wartości i sens: komfort i podstawy zamiast relacji. Top 3 wartości to: odpoczynek i czas wolny (40%), bezpieczeństwo finansowe (32%), sen i regeneracja (31%). Relacje z najbliższymi wskazuje 23% – vs 33–40% mniej w pozostałych segmentach. Zdrowie i badania jako wartość – 14%, trzy razy mniej niż w innych grupach. Poczucie sensu życia: 76% (umiarkowane). Poczucie osamotnienia jest na średnim poziomie w stosunku do pozostałych grup. W centrum ich życia stoi komfort i podstawy bytowe, a nie relacje czy zdrowie.

Dbanie o zdrowie: pasywny komfort. Komfort zdrowotny i zaangażowanie są na poziomie średnim (6,65 i 6,84 w skali 10-stopniowej). 33% deklaruje, że nic nie stanowi dla nich bariery w dbaniu o zdrowie – najwyższy odsetek w badaniu. Jednocześnie 52% ignoruje sygnały z ciała, 39% nie robi regularnych badań bez objawów. Motywacja do dbania o zdrowie jest słabsza niż w pozostałych segmentach we wszystkich kategoriach. Brak barier prawdopodobnie nie wynika tu z aktywnego pokonywania trudności, tylko z niskiego zaangażowania w temat.

Grupa 2: Lubię życie, czas z bliskimi – chcę żyć długo i zdrowo – 32,5%

Stosunek do długowieczności: spokój, ciekawość i nadzieja. **Pozytywne emocje wobec długiego życia deklaruje 90% osób w tym segmencie.** Dominują ciekawość (58%), nadzieja (55%), spokój (36%) i motywacja (36%) – emocje „wyciszone”, bez ekscytacji. Nieśmiertelność odrzuca 60%, tylko 22% chciałoby żyć wiecznie. Lęk przed śmiercią jako powód życia wskazuje zaledwie 4% – najmniej w badaniu. To grupa, który chce żyć długo, ale akceptuje to, że ich życie kiedyś się skończy.

Powody chęci długiego życia: bliscy i radość z codzienności. Czas z bliskimi wskazuje 58% (najwięcej w badaniu), wspieranie bliskich – 49%, obserwowanie dzieci – 48%, „lubię życie” – 52%. Wszystkie te wartości są najwyższe w całym badaniu. Cele i doświadczenia są ważne (30-44%), ale to relacje i afirmacja codzienności są centralnym paliwem życia w tej grupie.

Aż 87% osób deklaruje pozytywne emocje wobec starości – to najwyższy wynik w badaniu. Jest to jedyna grupa prawdziwie pogodzona z perspektywą starzenia się. Dominują akceptacja (51%), ciekawość (42%), nadzieja (35%), spokój (26%). Negatywne emocje pojawiają się u 27% – najmniej w całym badaniu. To jedyna grupa, w której stosunek do długowieczności i starości jest spójny – oba są pozytywne.

Wartości i sens: relacje, zdrowie, najwyższe poczucie sensu życia. Top 3 wartości to: relacje z najbliższymi (40%), odżywianie (37%), aktywność fizyczna (36%). Zdrowie i badania jako wartość wskazuje 30% – najwięcej w badaniu. Poczucie sensu życia: 94% – najwyższe w badaniu. Poczucie osamotnienia: najniższe w badaniu. Dla tej grupy wartości, relacje i sens życia tworzą spójny ekosystem.

Dbanie o zdrowie: aktywne i skuteczne. Komfort zdrowotny i zaangażowanie są najwyższe w badaniu (7,40 i 7,81 w skali 10-stopniowej). 60% robi regularne badania nawet bez objawów (najwięcej), tylko 18% odkłada badania ze strachu (najmniej), 30% ignoruje sygnały z ciała (najmniej). Motywacja jest zintegrowana: przyszłość (88%), tu i teraz (74%), cele i odpowiedzialność (66%), dla innych (40%) – wszystkie wskaźniki najwyższe w badaniu. Bariery istnieją (finanse 27%, dostęp do specjalistów 22%, przeciążenie informacjami 18%), ale nie blokują działania. Można powiedzieć, że **druga grupa jest modelowym przykładem „świadomego dbania o zdrowie”.**

Grupa 3: Chcę żyć długo, ale nie chcę się starzeć - 22,3%

Stosunek do długowieczności: fascynacja. Pozytywne emocje wobec długiego życia deklaruje 99,6% osób – najwyższy wskaźnik w badaniu. Dominują ciekawość (58%), nadzieja (56%), radość (45%), spokój (38%), ekscytacja (31%) i motywacja (37%) – pojawiają się tu więc emocje "rozpalone", w dużym natężeniu. **Nieśmiertelności pragnie 51%** (vs 14–22% w pozostałych segmentach) – to jedyna grupa, która silnie pragnienie nie umierać. **Lęk przed śmiercią jako powód życia wskazuje 37%** (vs 4–6% w S1/S2). W tej grupie jako jedynej chęć długiego życia łączy się z silnym lękiem przed jego końcem.

Powody chęci długiego życia: doświadczenia, świat, cele: obserwowanie świata wskazuje 51% (najwięcej w badaniu), ciekawość przyszłości – 40%, realizacja celów – 35%, doświadczanie życia – 33%. Czas z bliskimi (45%) i wspieranie ich (41%) są ważne, ale w cieniu motywacji poznawczych. Ta grupa pragnie doświadczać i obserwować zmieniający się świat. Chce dożyć średnio 88 lat, ale spodziewa się tylko 75 – to różnica 13 lat, największa w badaniu. Chcą żyć dłużej niż inne grupy, a wierzą w to najmniej.

Stosunek do własnej starości: skrajnie negatywny. **Negatywne emocje wobec starości deklaruje 96% osób** – najwyższy wskaźnik w badaniu. Dominują niepokój (69%), lęk (59%), smutek (52%), przytłoczenie (37%) – wszystkie w bardzo wysokim natężeniu. Pozytywne emocje pojawiają się u 20%, akceptacja – tylko u 6%. Największym paradoksem tej grupy jest to, że chcą żyć długo, ale nie chcą się starzeć. Stosunek do długowieczności (99,6% pozytywnych) budzi entuzjazm, z kolei starość (96% negatywnych) równie duży lęk i niepokój.

Top trzy wartości dla tej grupy to: odpoczynek i czas wolny (42%), odżywianie (34%), aktywność fizyczna (31%). Zdrowie i badania jako wartość wskazuje 28%. Wartości skoncentrowane są wokół ciała, doświadczeń i regeneracji. Poczucie sensu życia: 76% (umiarkowane). Poczucie osamotnienia: drugie najwyższe w badaniu. W tej grupie wysokie aspiracje i intensywne życiem łączą się z poczuciem samotności.

Dbanie o zdrowie: paradoks – chcą najbardziej, działają najgorzej. Komfort zdrowotny: 6,48; zaangażowanie: 6,96 (wyższe niż komfort – wkładają więcej, niż dostają). Motywacja jest wysoka, zwłaszcza reaktywno-lękowa (81%, najwięcej w badaniu) i przyszłościowa (71%). Jednocześnie 56% ignoruje sygnały z ciała (najwięcej w badaniu), 39% odkłada badania ze strachu (najwięcej). Bariery są liczne i różnorodne: trudność z nawykami (39%), finanse (37%), zmęczenie (28%), przytłoczenie informacjami (21%), niepokój wokół zdrowia (19%). Przemęczenie codzienne: 50% – wysokie. Lęk i przeciążenie blokują konkretne zachowania prozdrowotne.

Grupa 4: Boję się starości, a długie życie może być ponad moje siły – 28,6%

Stosunek do długowieczności: niepokój i sceptycyzm. **Negatywne emocje wobec długiego życia deklaruje 68% osób** – najczęściej w badaniu. Dominują obawa (30%), sceptycyzm (25%), niepokój (25%), lęk (22%), przytłoczenie (18%). Ambiwalencję wskazuje 39% – najczęściej spośród trzech grup. Pozytywne emocje pojawiają się u 45%, ale w niskim natężeniu. Nieśmiertelność odrzuca 66% – najczęściej w badaniu. Długie życie jest postrzegane przez tę grupę raczej jako obciążenie.

Powody chęci długiego życia: bliscy jako kotwica. Obserwowanie, jak rozwijają się dzieci, wskazuje 45%, czas z bliskimi – 41%, wspieranie bliskich – 32%. **„Lubię życie” – tylko 22% (vs 41–52% w grupie drugiej i trzeciej)**. Lęk przed śmiercią jako powód życia: 30%. Dla tej grupy to właśnie relacje, a nie sama przyjemność z życia, uzasadniają jego sens.

Stosunek do własnej starości: skrajnie negatywny. Negatywne emocje wobec starości deklaruje 93% osób – drugi najwyższy wskaźnik w badaniu (po grupie nr 3). Dominują niepokój (66%), lęk (54%), smutek (41%), przytłoczenie (34%). Akceptacja: 5%, ciekawość: 10%, spokój: 3%. Stosunek do długowieczności i do starości jest spójny – oba negatywne. **W tej grupie własny obraz przyszłości jest najbardziej pesymistyczny – a więc (negatywnie) spójny.**

Wartości i sens: bezpieczeństwo, bliscy, najniższy sens życia. Top 3 wartości to: bezpieczeństwo finansowe (41%, najczęściej w całym badaniu), relacje z najbliższymi (37%), sen i regeneracja (34%). Zdrowie i badania jako wartość: 26%. Wartości tej grupy są związane z ochroną i regeneracją – chodzi o własne przetrwanie oraz bliskich, nie o rozwój czy aspiracje. Poczucie sensu życia: 68% – najniższe w badaniu. Poczucie osamotnienia: stosunkowo wysokie.

Dbanie o zdrowie: wyczerpani i bezradni. **Komfort zdrowotny i zaangażowanie są najniższe w badaniu (6,15 i 6,62 w skali 10-stopniowej). Motywacja ma charakter „gaszenia pożarów” – reaktywno-lękowa (79%) i tu i teraz (71%)**. Bariery są liczne i mają związek z poczuciem wyczerpania: trudność z nawykami (43%, najczęściej w badaniu), brak motywacji (25%), niemożność wkomponowania ich w codzienność (22%), zmęczenie (27%), finanse (32%). Przemęczenie codzienne: 57% – najwyższe w badaniu. 51% ignoruje sygnały z ciała. Można więc stwierdzić, że ostatnia grupa nie tyle nie chce dbać o zdrowie, ile brakuje jej na to zasobów.

Część III
DŁUGOWIECZNOŚĆ
W INNYCH BADANIACH



Życ dłużej czy żyć lepiej? Lifespan, healthspan, lifespan-healthspan gap

Kiedy mówimy o długowieczności jako wydłużaniu życia w powiązaniu z jego jakością i funkcjonalną sprawnością, nie sposób pominąć dwóch pojęć: *lifespan* (długość życia) i *healthspan* (długość życia w zdrowiu). *Lifespan* to klasyczna miara demograficzna: całkowita liczba przeżytych lat. *Healthspan* odnosi się do okresu życia wolnego od chorób przewlekłych i innych poważnych ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu, w tym niepełnosprawności. Istotna jest też różnica między tymi dwoma wskaźnikami, znana jako *lifespan-healthspan gap*.

Jeszcze w 1800 roku, nigdzie na świecie oczekiwana długość życia nie przekraczała 40 lat. Od tego czasu niemal się podwoiła. Badania pokazują jednak, że **choć długość życia ludzi wzrasta, nie oznacza to, że żyjemy dłużej w dobrym zdrowiu. Tak naprawdę wydłużył się okres życia z chorobą.** W 2020 roku Światowa Organizacja Zdrowia oszacowała, że **globalny *lifespan-healthspan gap* wynosi aż 9,6 lat.** Oznacza to, że (średnio) ostatnie 10 lat życia przeżywamy w złym stanie zdrowia i dyskomforcie. Co więcej – pomimo poprawy jakości życia – *gap* wzrasta (dane WHO wskazują na wzrost od 8,5 do 9,6 lat od 2000 do 2019 roku). W 2019 roku największe różnice w tym zakresie odnotowano w Stanach Zjednoczonych: 12,4 roku (*Rethinking Ageing Research: from lifespan to healthspan*, K. A. Mather, M. Revelas 2025).

Prognozy na przyszłość są alarmujące. Jeśli obecne wzorce się utrzymają, **analizy trendów wskazują na dalsze poszerzanie się luki między długością życia a długością życia w zdrowiu** do 2100 roku. Naukowcy oszacowali, że mediana tej różnicy wśród krajów świata wzrośnie w tym czasie o 22%, wahając się od 7,3 do 18,8 lat (*Healthspan-lifespan gap differs in magnitude and disease contribution across world regions*, A. Garmany, A. Terzic 2025).

Nieoczekiwane odkrycia: co naprawdę wydłuża życie?

Przez dekady panowało przekonanie, że długość życia to głównie kwestia genów. Obecny konsensus naukowy mówi jednak, że **genetyka odpowiada za około 25% zmienności w długości życia, podczas gdy pozostałe 75% determinowane jest przez środowisko i styl życia** (*Is longevity determined by genetics?*, National Library of Medicine 2024). Co więcej, geny zaczynają odgrywać naprawdę istotną rolę dopiero po osiemdziesiątce. Przez pierwsze siedem lub osiem dekad życia to właśnie styl życia i środowisko są silniejszym wyznacznikiem zdrowia i długowieczności niż odziedziczone DNA. Część z tych czynników jest już dobrze znana i szeroko opisana. Medycyna stylu życia – dziedzina traktująca codzienne nawyki jako równorzędne narzędzie terapeutyczne obok farmakologii – wskazuje na kilka kluczowych obszarów: aktywność fizyczną, jakość snu, dietę opartą na nieprzetworzonej żywności, ograniczenie używek oraz zarządzanie stresem. To fundament, o którym wiemy dużo i który ma solidne oparcie w badaniach. Jednak nauka o długowieczności dostarcza też odkryć znacznie mniej oczywistych. Najciekawsze z nich przedstawiamy poniżej.

RELACJE SPOŁECZNE

Jednym z najsilniej udokumentowanych czynników wpływających na długość życia są relacje społeczne. W dużej metaanalizie obejmującej 148 badań podłużnych z udziałem niemal 309 tysięcy uczestników

wykazano, że osoby z silniejszymi więziami społecznymi mają o 50% większe szanse na przeżycie. Jak to zbadano? W badaniach objętych metaanalizą, uczestnicy byli obserwowani średnio przez 7,5 roku: okres obserwacji w poszczególnych badaniach wahał się od 3 miesięcy do aż 58 lat. Badacze porównali ryzyko zgonu w grupach różniących się poziomem relacji społecznych. Wyniki wskazały, że w okresie obserwacji osoby z silniejszymi relacjami miały około 50% niższe ryzyko zgonu niż osoby z relacjami, które były osłabione. Co ciekawe, oddziaływanie relacji społecznych na śmiertelność okazało się tak samo silne, jak wpływ palenia tytoniu czy picia alkoholu oraz silniejsze od wpływu braku aktywności fizycznej czy otyłości (*Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review*, J. Holt-Lunstad, T. B. Smith, J.B. Layton 2010). W badaniu *Harvard Study of Adult Development*, prowadzonym nieprzerwanie od 1938 roku, wykazano z kolei, że **poziom zadowolenia z relacji** (badany u osób w wieku ok. 50 lat) **okazał się lepszym predyktorem zdrowia w wieku 80 lat niż poziom cholesterolu** – markera, który medycyna od lat traktuje jako jeden z kluczowych wskaźników ryzyka chorób serca i długości życia (*Harvard Study of Adult Development*).

POCZUCIE SENSU

Bazując na danych z podłużnego badania MIDUS przeprowadzonego na ponad 7 000 Amerykanów w wieku 20–75 lat, badacze wykazali, że osoby z wyższym poczuciem sensu i celu w życiu żyją statystycznie dłużej. Podczas badania uczestnicy ustosunkowywali się do kilku twierdzeń, m.in.: „Niektórzy ludzie idą przez życie bez celu, ale ja do nich nie należę” czy „Żyję z dnia na dzień i nie myślę o przyszłości”, „Czasem czuję, że zrobiłem już w życiu wszystko, co było do zrobienia”. Na podstawie tych odpowiedzi obliczano przeciętny poziom poczucia celu dla całej grupy oraz rozrzut wyników (czyli to, jak bardzo poszczególne osoby różniły się od przeciętnej). Okazało się, że każde przesunięcie o jeden ...punkt” w górę na skali (bycie bardziej ukierunkowanym na cel niż przeciętnie) wiązało się z 15-procentowym obniżeniem ryzyka śmierci w ciągu kolejnych 14 lat obserwacji (*Purpose in Life as a Predictor of Mortality across Adulthood*, P. L. Hill, N. A. Turiano 2015). Co ważne, efekt ten był niezależny od poziomu szczęścia, jakości relacji społecznych czy obecności negatywnych emocji w życiu. **Poczucie celu działa więc jako samodzielny czynnik ochronny.**

PRZEKONANIA O STAROŚCI A DŁUGOWIECZNOŚĆ

Na zdrowie i długość życia mają wpływ także stereotypy dotyczące starości. Kiedy się starzejemy, przekonania na temat starości i starszych ludzi przynajmniej częściowo wnikają w obraz nas samych jako osoby starszej. Badania wskazują, że **osoby z pozytywnymi przekonaniami na temat własnego starzenia się żyją średnio 7,5 roku dłużej** niż te z przekonaniami negatywnymi (nawet biorąc pod uwagę wyjściowy stan zdrowia). Krzywdzące stereotypy przyswojone w młodości zwiększają ryzyko problemów sercowo-naczyniowych w późniejszym życiu. Osoby w grupie wiekowej 18–39 lat były dwukrotnie bardziej narażone na zawał lub udar po 60. roku życia, jeśli wcześniej zinternalizowały negatywny obraz starości (*Stereotype Embodiment*, B. Levy 2009). Starzenie się jest więc nie tylko procesem biologicznym, ale także psychospołecznym: to, jak myślimy o starości, wpływa na to, jak się starzejemy.

Długowieczność a nierówności społeczne

STATUS SPOŁECZNO-EKONOMICZNY

Badania wskazują, że **długowieczność** – oprócz powiązania ze stylem życia i genami – **jest także pochodną naszego statusu społeczno-ekonomicznego**. W jednym z badań podłużnych z USA (czyli takim badaniu, w ramach którego osoby są obserwowane wielokrotnie w czasie, często na przestrzeni kilku dekad) wykazano, że największy wpływ na długość życia mają: zatrudnienie, dochód rodziny, wykształcenie oraz stan cywilny. Analiza oczekiwanej długości życia u osób w wieku 50 lat wykazała, że bezrobocie skraca ją o 4,2 lata, niskie dochody o 3,5 roku, niskie wykształcenie o 3,1 roku, a brak partnera życiowego o 2,4 lata. Kumulacja wszystkich tych czynników skutkuje **”utrata” 10,8 lat życia w porównaniu do grupy o najkorzystniejszym profilu** (*Social determinants of health and life expectancy in US adults, Q. Wang, X. Pan, C. Li et al 2026*). Potwierdzają to brytyjskie badania podłużne: w Wielkiej Brytanii **najbogatsi żyją o 11,1 lat dłużej w pełnej sprawności, w porównaniu do grup defaworyzowanych** (*Frailty-free life expectancy and its association with socio-economic characteristics..., D.R. Sinclair et al 2025*). **Wpływ nierówności społecznych na długowieczność ilustrują też wyniki badania, które przedstawimy w dalszej części raportu.**

W kontekście nierówności **ważne są także inne społeczne determinanty, które wpływają na zdrowie: to, w jaki sposób skonstruowane są systemy ekonomiczne w miejscach, w których żyjemy** (m.in. nierówności płacowe, system podatkowy, rynek pracy czy polityki handlowe i przemysłowe), infrastruktura społeczna (polityki publiczne i usługi publiczne), konflikty, przymusowe migracje i przesiedlenia, a także obecne megatrendy, takie jak zmiany klimatu czy cyfryzacja. Wszystko to wpływa na warunki życiowe człowieka, które z kolei wpływają na jego zdrowie (*World Report on Social Determinants of Health Equity, WHO 2025*).

MIEJSCE, W KTÓRYM ŻYJEMY

Na długość życia wpływa także miejsce, w którym żyjemy. **1 na 4 zgony na świecie to wynik mieszkania lub pracy w niezdrowym środowisku. Około 91% światowej populacji żyje w miejscach, gdzie rekomendowane przez WHO poziomy jakości powietrza nie są spełnione** (*Integrating health in urban and territorial planning. A sourcebook, WHO 2020*).

Środowisko miejskie generuje stres przewlekły, czyli ten najbardziej szkodliwy dla organizmu. Jego źródła można podzielić na dwa rodzaje. Pierwsza grupa to czynniki, które fizycznie wnikają do ciała, przede wszystkim zanieczyszczenie powietrza. Spaliny, smog i pyły PM2.5 przenikają przez pęcherzyki płucne bezpośrednio do krwiobiegu, docierają do serca, mózgu, wątroby i innych narządów, wywołując przewlekły stan zapalny i stres oksydacyjny uszkadzające komórki i DNA. Podobnie działają toksyny w glebie i wodzie pitnej (metale ciężkie, pestycydy) oraz szkodliwe materiały budowlane (azbest, formaldehyd).

Druga grupa to czynniki, które przeciążają układ nerwowy i hormonalny. Hałas, zagęszczenie zabudowy, brak zieleni, nadmierne tempo życia, utrzymują organizm w stanie permanentnego pobudzenia, podnosząc poziom hormonów stresu takich jak kortyzol i adrenalina. Żaden z tych czynników nie jest groźny jako jednorazowe zdarzenie, jednak mieszkańcy miast mają z nimi kontakt niemal nieprzerwanie i stąd ich negatywny wpływ na zdrowie.

Co ciekawe, **średnia długość życia mieszkańców miast może różnić się o ponad 20 lat w zależności od zamieszkiwanej dzielnicy**. Według jednego z badań przeprowadzonego w Londynie, osoby żyjące w pobliżu stacji metra Star Lane żyły przeciętnie 75 lat, podczas gdy mieszkańcy okolic Oxford Circus niemal 97 lat (*Lives on the line, J. Cheshire 2012*). Skąd tak drastyczne różnice? Dzielnicie zamożniejsze oferują lepszą jakość powietrza, więcej zieleni, ciszę i bezpieczne przestrzenie do ruchu. Z kolei w uboższych dzielnicach skupiają się ruchliwe trasy i przemysł, zabudowa jest zwykle gęsta, pozbawiona zieleni, a same budynki są gorszej jakości.

W związku z tym w działaniach na rzecz długowieczności niezbędne jest także takie projektowanie miast, które uwzględnia wszystkie czynniki środowiskowe, wpływające na zdrowie i dobre samopoczucie mieszkańców (tzw. zdrowa urbanistyka).

LIFE-COURSE APPROACH

Perspektywę tę uzupełnia *life-course approach*, czyli podejście badawcze zakładające, że **długość i jakość życia są rezultatem całej trajektorii doświadczeń**: czynników biologicznych (np. rozwój narządów w okresie prenatalnym, masa urodzeniowa, sprawność płuc, ciśnienie krwi), psychologicznych (np. strategie radzenia sobie ze stresem, zdolności kognitywne, otwartość na nowe doświadczenia) i społecznych (np. pozycja socjoekonomiczna, warunki pracy i mieszkaniowe, dostęp do opieki zdrowotnej, sieci wsparcia).

Life-course approach pozwala zrozumieć, jak przeszłość wpływa na zdrowie w późniejszym wieku. Okazuje się, że różne wydarzenia zbierane w przeciągu całego życia nawarstwiają się i wpływają na ostateczną kondycję zdrowotną. Każde niekorzystne doświadczenie, np. doświadczona w dzieciństwie bieda, zwiększa obciążenie organizmu i ogranicza zasoby, z których człowiek może korzystać na kolejnych etapach życia. Każdy zasób, np. dobra edukacja, stabilna praca, silne relacje, bezpieczne warunki mieszkaniowe, otwiera kolejne korzystne możliwości i chroni zdrowie. Stąd kondycja zdrowotna osoby w wieku 70 czy 80 lat jest w dużej mierze zapisem całego jej życia. Co istotne, wraz z upływem czasu, małe różnice na starcie mają tendencję do pogłębiania się, a nie do wyrównywania (*A life course approach: research orientations and future challenges, E. Heikkinen 2010*).

Czego nie znajdziemy w badaniach?

W badaniach zdecydowanie **niewystarczająco poruszany jest temat długowieczności w kontekście etycznym i społecznym**. W zasadzie nie ma pogłębionych, rozbudowanych badań dotyczących postaw wobec terapii i technologii umożliwiających przedłużanie życia (również radykalne przedłużanie życia).

Ostatnim wartym uwagi tego typu dużym badaniem był raport *Pew Research Center* z 2013 roku. W tamtym czasie większość Amerykanów (56%) deklarowała, że nie chciałyby poddać się terapiom umożliwiającym radykalnie dłuższe życie. 51% badanych uważało poza tym, że radykalnie dłuższe życie byłoby złe dla społeczeństwa, a 2/3 badanych, że nadwyrężyłoby nasze zasoby naturalne. Większość – 66% – uważała także, że dostęp do takiej technologii miałyby wyłącznie osoby najbogatsze (*Living to 120 and Beyond. Americans' Views on Aging, Medical Advances and Radical Life Extension, Pew Research Center 2013*).

Z kolei inne badanie z 2016 roku rzuciło nowe światło na przyczyny negatywnego nastawienia do wyraźnie dłuższego życia przedstawione w raporcie PRC. Okazuje się, że aż 42 % badanych, kiedy byli pytani o chęć długiego życia, ale z zachowaniem zdrowia, chcieliby żyć bez ograniczeń czasowych (tylko 20% chciało nadal umrzeć w wieku 85 lat). Być może więc wydłużone życie jest przez respondentów utożsamiane z równie wydłużonym okresem choroby, utraty sprawności i niezależności (*Great Desire for Extended Life and Health amongst the American Public*, Y. Donner et al. 2016). Zagadnienia te wymagają dalszych, pogłębionych badań.

Co słyszeć w medycynie?

Geroscience (dziedzina badająca biologiczne mechanizmy starzenia) jest dziś jednym z najdynamiczniej rozwijających się obszarów biomedycyny, a jej ustalenia coraz częściej przekładają się na konkretne terapie i metody. Współczesna nauka definiuje starzenie nie jako jeden proces, lecz jako sieć powiązanych uszkodzeń komórkowych, opisanych w modelu **Hallmarks of Aging**. Wszystko zaczyna się na poziomie cząsteczkowym: niestabilność genomu, skracanie telomerów, utrata zdolności do naprawy białek – to błędy kumulujące się przez lata, niewidoczne gołym okiem.

Z biegiem czasu organizm uruchamia mechanizmy obronne, które stopniowo stają się szkodliwe: komórki wchodzi w stan senescencji (rodzaj uśpienia), mitochondria tracą wydajność energetyczną, a komunikacja między komórkami ulega zaburzeniu. Skutkiem jest degradacja systemowa całego organizmu.

Część metod ma już ugruntowaną pozycję. **Medycyna stylu życia**, traktująca codzienne nawyki jako równorzędne narzędzie terapeutyczne obok farmakologii, jest w pełni uznaną, opartą na dowodach metodą. Standardem jest również **medycyna regeneracyjna** i implantologia: od implantów i endoprotez zastępujących uszkodzone stawy i kości, przez sztuczne zastawki serca oraz terapie komórkami macierzystymi (np. przeszczep szpiku kostnego czy rąbka rogówki, leczenie oparzeń). Nowe zastosowania tych technologii (pełne narządy, inne terapie regeneracyjne dla konkretnych tkanek) wciąż są rozwijane.

Najbardziej obiecujące, a jednocześnie będące w fazie intensywnych badań, są **terapię celującą bezpośrednio w mechanizmy starzenia komórkowego**. Badany jest potencjał geroprotekcyjny (spowalnianie starzenia) substancji, które znane są od dawna, lecz stosowane były do tej pory w innych celach: metformina, wykorzystywana w leczeniu cukrzycy oraz rapamycyna - lek immunosupresyjny po przeszczepach. W badaniach są także senolityki, czyli substancje selektywnie eliminujące komórki senescencyjne, które zamiast naturalnie obumierać, trwają w tkankach i wydzielają sygnały zapalne niszczące sąsiednie, zdrowe struktury. Żaden senolityk nie jest jednak jeszcze zatwierdzony jako terapia. Podobnie reprogramowanie epigenetyczne, które ma za cel cofnąć biologiczny zegar komórek. Metoda działa jak na razie w modelach zwierzęcych i trwają pierwsze badania na ludziach, jednak nierozwiązany problemem pozostaje ryzyko onkogenne. Tak samo edycja genów za pomocą CRISPR: jest zatwierdzona w leczeniu niektórych chorób genetycznych, natomiast jako narzędzie spowalniania starzenia pozostaje na etapie badań podstawowych.

Rozwijane są także **narzędzia diagnostyczne i predykcyjne**. Zegary epigenetyczne pozwalają szacować wiek biologiczny organizmu oraz śledzić, czy dana interwencja rzeczywiście spowalnia starzenie. Nie

wiemy jednak jeszcze, czy poprawa wyniku zegara epigenetycznego rzeczywiście przekłada się na lepsze zdrowie i dłuższe życie (korelacja jest udokumentowana, jednak związek przyczynowo-skutkowy nie). Cyfrowe bliźniaki, czyli komputerowe modele konkretnego pacjenta, umożliwiają testowanie wpływu leków i diet zanim zostaną zastosowane w rzeczywistości. Choć wchodzi już do medycyny (zwłaszcza do kardiologii i onkologii, głównie jako narzędzia planowania zabiegów), jako narzędzia zarządzania procesem starzenia są wciąż w fazie pilotażowej. Podobnie biohacking rozumiany jako systemowe monitorowanie biomarkerów: metody monitorowania są w pełni wiarygodne, brakuje jednak badań potwierdzających skuteczność interwencji w organizm podejmowanych na ich podstawie.

Dlaczego warto rozmawiać o długim życiu w zdrowiu?

Starzenie się populacji to fundamentalna zmiana demograficzna. Niesie ze sobą poważne konsekwencje dla całego systemu społeczno-gospodarczego, w tym dla funkcjonowania systemów zabezpieczenia społecznego, rynku pracy i ochrony zdrowia. Warto jednak pamiętać, że trend ten wykracza daleko poza sferę ekonomii i medycyny.

W jednym ze swoich esejów włoska antropolożka Giulia dal Maso zwraca się do czytelnika: „Wyobraź sobie przyszłość, w której większość otaczających cię ludzi będzie starsza, żyjąc do osiemdziesięciu, dziewięćdziesięciu, a nawet ponad stu lat. To nie science-fiction, a demograficzna rzeczywistość, w kierunku której zmierzamy. **Do 2050 roku globalna populacja osób powyżej 60. roku życia przekroczy 2,1 miliarda.** W krajach takich jak Japonia czy Niemcy, co trzecia osoba będzie osobą w starszym wieku (ONZ, 2019). W samych Chinach liczba osób starszych będzie większa niż cała populacja Stanów Zjednoczonych. Te demograficzne fakty wskazują na przyszłość nie – po prostu – „starszą”, ale coraz bardziej zorganizowaną – społecznie, ekonomicznie i politycznie – wokół zarządzania dłuższym życiem” (*Welcome to the age of longevity capitalism*, G. dal Maso 2025, tłumaczenie własne).

W Polsce, zgodnie z danymi GUS, proces starzenia się społeczeństwa także postępuje. Na koniec 2024 r. osoby w wieku 60+ stanowiły ok. 26,6% populacji (blisko 10 mln osób). Prognozy wskazują, że ich udział będzie systematycznie rósł: do ok. 28% w 2030 r., 33% w 2040 r. i ok. 37–38% w 2050–2060 r. Jednocześnie liczba ludności ogółem będzie spadać, co oznacza wzrost obciążenia demograficznego.

Wszystko wskazuje na to, że **zmiany te wpłyną na podstawowe wzorce życia społecznego.** Wydłużające się życie w zdrowiu zmieni np. jego przebieg, do tej pory organizowany zwykle w ciągu edukacja-praca-emerytura, na rzecz bardziej elastycznych, wielofazowych cykli aktywności i odpoczynku (*The Longevity Imperative: building a better society for healthier, longer lives*, A. J. Scott 2024). Wydłuży się też okres, w którym starsze osoby będą potrzebowały opieki i asysty. Wszystkie tego typu przemiany wpłyną na naszą codzienność i sposób w jaki postrzegamy – na przykład – zobowiązania międzyludzkie. **Jednocześnie, jako że starość stanie się długim i zróżnicowanym etapem życia, zmiany ulegną kulturowe wyobrażenia na jej temat.** Czy w nowej rzeczywistości dążenie do zatrzymania czasu i kult młodości będą jeszcze obowiązywać? Jakich bohaterów będziemy oglądać na ekranach kin? Zmiana będzie kształtować naszą wyobraźnię, przekonania, popkulturę, wpływając na to, jak zdefiniujemy dobre życie.

Podsumowanie

1. Długowieczność nie jest tematem wyłącznie medycznym. Jest osadzona w kulturze, historii i wartościach. Zmieniamy się jako społeczeństwo w sposób, którego konsekwencje dopiero zaczynamy rozumieć. Demograficzne starzenie się populacji to nie tylko wyzwanie ekonomiczne. To zmiana, która dotknie fundamentalnych wzorców życia społecznego, kultury i wyobraźni zbiorowej.

2. Nauka jest pełna niespodzianek. Relacje społeczne chronią życie równie skutecznie jak niepalenie. Poczucie sensu obniża ryzyko śmierci niezależnie od poziomu szczęścia. Sposób, w jaki myślimy o starości w młodości, kształtuje to, jak będziemy się starzeć.

3. Długowieczność jest nierozdzielnie związana z nierównościami. Czynniki strukturalne – bezpieczeństwo ekonomiczne, poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania – mają większy wpływ na długość życia niż wiele indywidualnych wyborów. Ignorowanie tego wymiaru sprawia, że dyskusja o długowieczności staje się rozmową wyłącznie dla uprzywilejowanych.

Bibliografia

- A life course approach: research orientations and future challenges, E. Heikkinen (2010).
- Association of searching for health-related information online with self-rated health in the European Union, T. Hone, R. Palladino, F. T. Filippidis (2016).
- Average actual weekly hours worked in the main job of persons who worked in this job during the reference week by professional status, full-time/part-time employment and occupation, Eurostat (2026).
- Budżet czasu ludności, GUS (2023).
- Co Polacy sądzą o swoim wyglądzie?, CBOS (2024).
- Determinants and Consequences of Limited Health Literacy in Polish Society, M. Duplaga (2020).
- Determinants of behaviour and their efficacy as targets of behavioural change interventions, D. Albarracin, B. Fayaz-Farkhad, J. Granados Samayoa (2024).
- Dispositional Optimism and Physical Health: A Long Look Back, A Quick Look Forward, Michael F. Scheier, Charles S. Carver (2018).
- Dochody i warunki życia ludności Polski – raport z badania EU-SILC 2024, GUS (2025).
- EZOP II. Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań, Instytut Psychiatrii i Neurologii (2021).
- Frailty-free life expectancy and its association with socio-economic characteristics, D.R. Sinclair et al. (2025).
- Great Desire for Extended Life and Health amongst the American Public, Y. Donner et al. (2016).
- Harvard Study of Adult Development, Harvard Medical School (2015).
- Healthspan-lifespan gap differs in magnitude and disease contribution across world regions, A. Garmany, A. Terzic (2025).
- Integrating health in urban and territorial planning. A sourcebook, WHO (2020).
- Is longevity determined by genetics?, National Library of Medicine (2024).
- Knowing your own heart: Distinguishing interoceptive accuracy from interoceptive awareness, S. N. Garfinkel (2015).
- Leisure engagement and subjective well-being: A meta-analysis, L. Kuykendall, L. Tay, V. Ng (2015).
- Life satisfaction in Western Europe and the gradual vanishing of the u-shape in age, D. G. Blanchflower, A. Bryson (2025).
- Lives on the line, J. Cheshire (2012).
- Living to 120 and Beyond. Americans' Views on Aging, Medical Advances and Radical Life Extension, Pew Research Center (2013).

Loneliness trajectories in older adults: A systematic review, X. Li et al. (2025).

Mortality salience, religiosity, and indefinite life extension: evidence of a reciprocal relationship between afterlife beliefs and support for forestalling death, U. Lifshin et al. (2018).

Narodowy Raport o Seksualności, EasyToys (2024).

Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2023 r. – wyniki wstępne, GUS (2024).

Polacy wstydzą się samotności, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu (2025).

PolSenior2. Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem, Gdański Uniwersytet Medyczny (2022).

Postawy społeczne wobec osób starszych. Teoria i badania, J. Łukasiewicz, W. Kowalski (2021).

Prevalence and predictors of medical information avoidance: a systematic review and meta-analysis, K. Offer et al. (2025).

Purpose in Life as a Predictor of Mortality across Adulthood, P. L. Hill, N. A. Turiano (2015).

Raport o samotności 2021, Szlachetna Paczka (2021).

Regulacja rynku suplementów diety. Czy Polska ma szansę zostać europejskim liderem?, Polski Instytut Ekonomiczny (2019).

Rethinking Ageing Research: from lifespan to healthspan, K. A. Mather, M. Revelas (2025).

Samopoczucie Polaków w 2025 roku. Komunikat z badań, CBOS (2026).

Social determinants of health and life expectancy in US adults, Q. Wang, X. Pan, C. Li et al. (2026).

Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review, J. Holt-Lunstad, T. B. Smith, J. B. Layton (2010).

Stan Młodych 2025, Fundacja Ważnych Spraw (2025).

Stan zdrowia ludności Polski – wyniki badania EHIS (European Health Interview Survey), GUS (2024).

StatusOfMind. Social media and young people's mental health and wellbeing, Royal Society for Public Health (2017).

Stereotype Embodiment, B. Levy (2009).

The Global Longevity Survey, The Oxford Longevity Project (2024).

The Longevity Imperative: building a better society for healthier, longer lives, A. J. Scott (2024).

Trwanie życia w 2024 roku, GUS.

Trwanie życia w zdrowiu w 2024 r., GUS.

Ubóstwo w Polsce w latach 2023 i 2024, GUS (2025).

Welcome to the age of longevity capitalism, G. dal Maso (2025).

Why does aging anxiety emerge? A study on the influence of socioeconomic status, S. Yang, D. Ge (2025).

Work-life balance a elastyczne formy organizacji pracy, Polski Instytut Ekonomiczny (2024).

World Report on Social Determinants of Health Equity, WHO (2025).

Zdrowie i zachowania prozdrowotne Polaków, CBOS (2024).

Zdrowie online, CBOS (2020).

RAPORT PRZYGOTOWANY NA ZLECENIE



GEDEON RICHTER POLSKA

PATRONAT MEDIALNY

