

# Kategoria dobrego życia w starości w kontekście bioetyki i modelu pomyślnego starzenia się

## *The category of the good life in old age in the context of bioethics and the successful aging model*

Damian Luty

Katedra Socjologii i Etyki Gospodarczej, Instytut Społeczno-Ekonomiczny, Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu

### Streszczenie

Kategoria „dobrego życia”, centralna dla starożytnej filozofii moralnej, ponownie zyskała znaczenie w etyce w drugiej połowie dwudziestego wieku. W artykule przedstawione zostały dwa konteksty, w których ta kategoria wydaje się szczególnie ważna: kontekst bioetyki i kontekst teorii aktywnego starzenia się. Scharakteryzowano, w jaki sposób kategoria dobrego życia w starości pomaga rozwiązać problemy filozoficzne we wskazanych kontekstach. Przedstawione zostały trzy grupy poglądów filozoficznych na starość wraz z krótką charakterystyką kategorii dobrego życia w starości, która z tych poglądów się wyłania. (*Gerontol Pol* 2023; 31; 44-49) doi: 10.53139/GP.20233104

**Słowa kluczowe:** filozofia, bioetyka, aktywne starzenie się, dobre życie

### Abstract

The category of “the good life”, which is central to ancient moral philosophy, once again gained meaning in ethics in the second half of the twentieth century. In this article, I present two contexts in which this category seems especially important: the context of bioethics and the context of active aging theories. I show how the category of the good life can be utilized in dealing with some philosophical problems in the aforementioned contexts. I point out three groups of philosophical outlooks on old age and propose concise characterizations of the good life in old age which emerge from each group. (*Gerontol Pol* 2023; 31; 44-49) doi: 10.53139/GP.20233104

**Keywords:** philosophy, bioethics, active aging, the good life

### Wstęp

Niniejszy artykuł zawiera humanistyczne refleksje dotyczące starości w zakresie filozoficznych kontekstów występujących w postaci niektórych ogólnych i podstawowych założeń współczesnej bioetyki oraz modeli aktywnego starzenia się. Celem artykułu jest przedstawienie ograniczeń bioetyki dotyczących ujmowania starości, trudności modelu aktywnego starzenia się Johna Rowe’a i Roberta Kahna; wskazanie, że w obu tych przypadkach istotne jest przemyślenie kategorii „dobrego życia” w odniesieniu do starości, a następnie krótkie omówienie przykładowych, filozoficznych modeli dobrego życia w starości.

### Ograniczenia filozoficzne ujęć starości w bioetyce

Wpływowym kontekstem współczesnej filozoficznej refleksji nad starością jest bioetyka. Przyjmuję następującą jej definicję: „bioetyka to dział filozoficznej etyki szczegółowej, która ma ustalić oceny i normy (reguły) moralne ważne w dziedzinie działań (aktów) ludzkich polegających na ingerencji w granicznych sytuacjach związanych z zapoczątkowaniem życia, jego trwaniem i śmiercią” [1]. W kontekście starości zazwyczaj obejmuje to, przykładowo, problemy powiązane z eutanazją, opieką paliatywną, racjonowaniem zasobów medycznych [2,3]. Starość rozpatrywana jest z perspektywy określonych sytuacji granicznych – przede wszystkim śmierci i choroby. Osoba staje się w tym kontekście przedmiotem decyzji będących wytworem określonych

procedur, często niezbędnych, gdy mowa o efektywności danej instytucji. Z tego powodu, teorie etyczne używane najczęściej do uzasadnienia określonych decyzji okazują się neutralne w odniesieniu do podmiotowości osób starszych. Neutralność tę szczególnie widać w przypadku problemu racjonowania zasobów zdrowotnych. Aby dokonać wyboru, jakiemu pacjentowi przyznać określone, ograniczone zasoby wykorzystuje się, przykładowo, wskaźnik QALY (*quality-adjusted life year*), czyli wskaźnik długości życia skorygowanej o jego jakość [4]. Jest on wyznaczany poprzez iloczyn przewidywanej liczby lat po danej interwencji medycznej u pacjenta oraz subiektywnej ocenie satysfakcji z życia w skali 0 – 1. Decyzja o przyznaniu określonego zasobu może być kierowana przewidywaną ilościowo jakością życia pacjenta – osobie o wyższym wskaźniku QALY bardziej przysługuje dany zasób niż osobie o niższym wskaźniku QALY [5]. Stosowanie QALY motywowane jest opłacalnością ekonomiczną w sytuacji ograniczonego zasobów medycznych. O ile stosowanie QALY nie ogranicza się do zestawiania ze sobą osób młodszych i osób starszych, to w tym właśnie przypadku osoby starsze są na z góry gorszej pozycji [6]. Liczba przewidywanych lat życia po zabiegu może być niższa z uwagi na stan organizmu, a subiektywna satysfakcja z życia może w danym momencie być liczbowo zaniżona z uwagi na choroby czy z powodu niezadowolających warunków życiowych. Wskazany powyżej aspekt dotyczący kalkulacji jako narzędzia decydowania o ludzkim życiu łączy się z teorią etyczną służącą w sposób naturalny do uzasadniania stosowania QALY – teorią utylitarystyczną [7], zwłaszcza w jej klasycznej wersji [8]. W teorii tej tylko i wyłącznie konsekwencje działań mogą być dobre albo złe. W klasycznym utylitarystycznym twierdzi się, że działanie jest słuszne, jeżeli generuje jak najwięcej przyjemności, a Bentham sądził, że ową przyjemność da się wyrazić ilościowo. Im więcej zatem ilościowo wyrażonej przyjemności (albo innego dobra) w społeczeństwie, tym lepiej [9]. Prowadzi to do trudności: poszczególne życie jednostki zawsze będzie ilościowo mniej ważne od pozytywnych stanów większości ludzi [10]. Stąd kalkulacje przeprowadzane w duchu utylitarystycznym na ogół będą neutralne w stosunku do podmiotowości konkretnego człowieka, a także, jak w przypadku QALY, potencjalnie z góry niesprzyjające określonym grupom. Utylitarysta w sprawie alokacji zasobów medycznych, Daniel Callahan (współzałożyciel jednego z głównych ośrodków bioetyki na świecie, Centrum Hastingsa) wprost bronił poglądu, że dany zasób nie powinien zostać przyznany bezpośrednio ze względu na starszy wiek, ponieważ większa to oszczędność finansową rozumianą jako coś dobrego dla większości

społeczeństwa [11]. We współczesnej bioetyce dominuje jednakże teoria nazywana pryncypializmem [7]. Pryncypializm polega na podaniu czterech fundamentalnych zasad – dobroczynności, autonomii, nieszkodzenia i sprawiedliwości – mających dwojaki status: są traktowane jako ogólne normy postępowania oraz jako punkt odniesienia przy podejmowaniu decyzji biomedycznych. Krytycy pryncypializmu wskazują, że teoria ta również nie zawiera założeń pozwalających wyartykułować wartość i sens życia, co może stwarzać trudności w sytuacjach, gdy dochodzi do niedającego się załagodzić konfliktu zasad bądź gdy każda z zasad wydaje się w danym przypadku niewystarczająca [12,13].

### Aktywne starzenie się a dobre życie

Zagadnienie dobrego życia w starości jako potencjalnej treści pojęcia podmiotowości w przedstawionych powyżej kontekstach zostało, między innymi, podjęte w interdyscyplinarnym projekcie w Centrum Hastingsa, w którym połączono teoretyczną refleksję z obszarów gerontologii i bioetyki [14,15]. Z uwagi na pierwszy z tych obszarów szczególnie istotnym kontekstem staje się zjawisko starzenia się społeczeństw. Światowa Organizacja Zdrowia przedstawiła w 2002 roku [16] model starzenia się usytuowany w nurcie teorii aktywnego starzenia się, ujęty jako rekomendacja dla polityki względem osób starszych. Aktywne starzenie się to „proces optymalizacji szans związanych ze zdrowiem, uczestnictwem i bezpieczeństwem, mający na celu poprawę jakości życia osób starszych” [16]. Postulaty kształtowania społeczeństwa ze zwiększonym udziałem osób starszych bazują zatem na określonej socjologicznej koncepcji starzenia się, zapoczątkowanej m.in. przez Roberta Havighursta [17,18]. Koncepcje tego typu zawierają elementy deskryptywne i normatywne [19]. W przypadku modeli aktywnego starzenia obserwuje się zwiększoną aktywność osób starszych w życiu społecznym, obywatelskim i ekonomicznym. Jednocześnie powszechne wykorzystanie modeli aktywności wytwarza konkretne zalecenia normatywne – osoby starsze powinny, jak się postuluje, podtrzymywać swoją aktywność zawodową [18].

Współcześnie istnieje wiele wersji teorii aktywnego starzenia się i co za tym idzie – istnieją różnorodne modele aktywnego starzenia się [20,21]. Skupię się na modelu zaproponowanym przez Rowe’a i Kahna [22]. W modelu tym, nazywanym również koncepcją pomyślnego starzenia się (*successful aging*), proponuje się rozróżnienie na zwykłe starzenie się oraz starzenie pomyślne. W omawianym modelu pomyślne starzenie się jest zależne od indywidualnych decyzji podejmowanych

w toku biegu życia, które mają prowadzić do zmniejszenia prawdopodobieństwa chorób i niepełnosprawności. W rezultacie „zwykle” starzenie się zostaje scharakteryzowane poprzez wskazanie na ryzyko chorób i niepełnosprawności jako na cechy specyficzne „zwykłej” starości. Samo to rozróżnienie zostało skrytykowane jako z jednej strony nierealistyczne, ze względu na obietnicę starości pozbawionej jakichkolwiek dolegliwości fizycznych [23], z drugiej strony jako wybiórcze, korzystające wyłącznie z cech negatywnych do charakterystyki całego okresu życia [24]. Niskie ryzyko chorób i niepełnosprawności to pierwszy element modelu pomyślnego starzenia się. Drugim elementem jest wysoki poziom funkcjonalności poznawczej i fizycznej, trzecim natomiast – aktywne zaangażowanie w życie [22]. Każdy z tych elementów podlega dalszej analizie u Rowe’a i Kahna, uwzględniającej zastosowanie postępów medycyny do udoskonalenia zdrowia. Wątki aksjologiczne występują w analizie elementu trzeciego, który składa się z: (i) relacji międzyludzkich; (ii) działań prowadzących do wytworzenia wartości społecznej [19]. Ponieważ wprost mowa jest o wartości społecznej, sugeruje się tutaj, że określone działania powinny być postrzegane jako godne podejmowania – a więc dobre.

Dwa aspekty modelu są jednak szczególnie problematyczne: postulat uniwersalności oraz wyrażenie wartości społecznej w terminach ekonomicznych. Postulat uniwersalności prowadzi do błędu traktowania osób starszych jako grupy homogenicznej oraz do błędu ignorowania różnic i przemian kulturowych w traktowaniu osób starszych [25]. Wartość społeczna analizowana jest w terminach ekonomicznych co redukuje wartość osoby starszej do jej produktywności. Ustanawia to działania podejmowane w wieku średnim i młodszym jako ideał/normę funkcjonowania. Model Rowe’a i Kahna stwarza zatem wątpliwości filozoficzne co do tego, czy faktycznie jest to oferta ideowa respektująca osoby starsze, ich uwarunkowania, indywidualne wartości, które nie muszą wyczerpywać się w produktywności. Są to zresztą zarzuty, które można postawić także innym modelom aktywnego starzenia się [26]. Z uwagi na wskazane trudności, zawarta w modelu Rowe’a i Kahna koncepcja dobrego życia – jako pozbawionego ograniczeń związanych z chorobami, niepełnosprawnością, funkcjonalnością produktywnego uczestnictwa w życiu gospodarczym – okazuje się niezupełnie adekwatna. Między innymi w reakcji na model pomyślnego starzenia się zaproponowano alternatywne ujęcia dobrego życia w starości, które mogą okazać się przydatne również w kontekście bioetyki.

## Modele dobrego życia w starości

Przedstawię trzy grupy modeli dobrego życia w starości. Pierwsza grupa poglądów dotyczących dobrego życia w starości inspirowana jest tradycyjnymi „sztukami życia” [24, 27], choć nie tylko. Tę grupę poglądów proponuję nazwać modelami apologetyczno-terapeutycznymi, ponieważ przedstawia się w nich wartość bycia osobą starszą oraz pomaga się odnaleźć sens w tym okresie życia. Wskażę na kilka wybranych perspektyw. W ujęciu Platona [28], starość jest przede wszystkim czasem wolności rozumianej jako zwiększonej niezależności umysłu od rozpraszających go afektów cielesnych. Z tego powodu pojawia się u Platona wizja starości jako miejsca mądrości – potencjalnej zdolności widzenia życia (prawie) jako całości i tego, co w nim istotne. Dla Platona starość nie jest wyodrębniana jako okres, w którym dolegliwości związane z wiekiem muszą być źródłem nieszczęścia, istnieje bowiem ciągłość psychologiczno-moralna człowieka: „Jak się człowiek trafi porządny i łagodny, to i starość mu tylko w miarę dokucza. A jak nie, to i starość [...] takiemu nieznośna i młodość” [28, s. 23]. Retor i polityk rzymski, Ciceron odpierał powody, dla których ludzie pałają niechęcią do starości: „cztery widzę przyczyny, dla których starość zwykliśmy uważać za nieszczęśliwy okres życia: oddala nas ona od życia czynnego, osłabia siły fizyczne, pozbawia nas wszystkich zmysłowych przyjemności, bliską jest śmierć” [29, s. 19]. Szczególnie odpowiedź Cicerona na pierwszą przyczynę jest ciekawa w kontekście modelu pomyślnego starzenia się. Sądził on, że powodem przekonania, że starość oddala od życia czynnego jest błędny sąd, że czynność musi wyczerpywać się w zaangażowaniu fizycznym. Innymi słowy, oddziaływanie na rzeczywistość i kształtowanie własnego życia nie musi wymagać całkowitej sprawności fizycznej. Simone de Beauvoir, dwudziestowieczna filozofka, dokonała analizy starości z perspektywy filozofii egzystencjalistycznej [30]. Twierdziła, że podstawowe doświadczenie starości to bycie postrzeganym jako radykalny inny przez resztę społeczeństwa oraz poczucie umykającej przyszłości. Jednakże, jako podstawowy wyznacznik ludzkiego istnienia de Beauvoir wskazuje możliwość dokonywania wyborów. Oznacza to, że sam akt podjęcia decyzji zakorzeniony jest w teraźniejszości, dzięki czemu można stwierdzić, że tą samą aktywnością, co w przeszłości – świadomym dokonywaniem wyborów – możemy nadawać swojemu życiu znaczenie. De Beauvoir wymienia oddanie się pracy twórczej, zaangażowanie w bliskie relacje, poświęcenie dla ważnej politycznie czy społecznie sprawy jako przykładowe decyzje, które można podjąć w poszukiwaniu własnego sensu [31]. Proponuję nastę-

pującą, ogólną charakterystykę dobrego życia w starości wyłaniającą się z wymienionych koncepcji: dobre życie w starości zachodzi wtedy, gdy świadome swoich warunków osoby wykazują troskę o swoje aktualne, osobowe możliwości i podejmują te aktywności, które postrzegają jako sprzyjające ich wolności i wartościom.

Druga grupa poglądów wypracowana została w kontekście współczesnej etyki cnoty, będącej kontynuacją i modyfikacją filozofii Arystotelesa [32,33] i proponując nazwać ją grupą modeli narratologicznych. W ramach tych ujęć postuluje się całościowe myślenie o ludzkim życiu z perspektywy nadrzędnej, integrującej poszczególne etapy biegu życia struktury narracyjnej [24]. W ramach takiego podejścia, spójna opowieść o własnym życiu odzwierciedla jedność indywidualnej osoby, dzięki czemu przyszłość zawsze można rozumieć jako dalszy ciąg opowieści, przeszłość zaś jako dotychczasową podróż. Konceptualnie zatem, zarówno przeszłość jak i przyszłość nie zostają wyobcowane. W ujęciu Alasdaira MacIntyre'a narracyjne podtrzymanie własnej tożsamości pozwala zapytać o to czym jest dla mnie dobro. Oznacza to zapytać, jak najlepiej mogą spróbować przeżyć i dopełnić narracyjną jedność swojego życia [33]. Następnie można podjąć próbę uczestniczenia w takiej tworzonej przez siebie opowieści z pełną świadomością, że narracja przeżywana, opowiadana i tworzona może ulegać dynamicznym przetworzeniom ze względu na nowe wyzwania życia. Refleksyjność w tym przypadku oznacza zdolność ponawiania pytań o to, co można by było zrobić lepiej, albo czego nie powinno się zrobić w przyszłości. W kontekście bycia osobą starszą tego typu model dobrego życia podkreśla emocjonalne i moralne zaangażowanie we własną „podróż”, a więc zawiera istotny element podmiotowości. Jednocześnie, narracjami o własnym życiu można się dzielić, a opowiadanie własnej historii jest wydarzeniem społecznym – oznacza publiczną obecność danej osoby [34]. Na gruncie tego podejścia dobre życie w starości byłoby zatem wtedy, gdy dana osoba w oparciu o swoje wartości realizuje i opowiada swoje życie, refleksyjnie nawiązując do decyzji, które podjęła, albo planuje podjąć. Zaleta powyższego poglądu jest taka, że bezpośrednio znajduje on zastosowanie w gerontologii ze względu na korzystanie w tej dyscyplinie jakościowych metod auto/biograficznych oraz narracyjnych oraz używanie psychologicznych koncepcji czerpiących z narratologicznych tradycji [35-37].

Trzecia grupa modeli dobrego życia można nazwać modelami możliwościowymi. Wywodzą się one z nurtu nazywanego *Capability Approach* w filozofii społecznej i politycznej. *Capability Approach* osadzone jest w kontekście prób teoretycznego ujęcia sprawiedliwości

społecznej. Są to teorie podstaw uprawnień mających przysługiwać każdemu obywatelowi jako uzasadnionych oczekiwań co do rzeczywistych możliwości podejmowalnych w życiu. Martha Nussbaum podała listę dziesięciu możliwości, do których dostęp, w jej opinii, jest obiektywnie konstytutywny dla rozkwitu i godności człowieka, co w jej rozumieniu jest tożsame z dobrym życiem [38]. Amartya Sen zaproponował podejście proceduralistyczne, w którym możliwości podlegają debacie publicznej [39]. Rutger Claassen natomiast ujmuje możliwości z perspektywy kategorii podmiotowej sprawczości. Coś stanowi zasadną możliwość, jeżeli sprawia, że podmiot może stawiać sobie cele, autonomicznie je realizować, może uczestniczyć w życiu społecznym oraz skutecznie nawigować zastaną rzeczywistość [40]. Z tej perspektywy można pytać o uzasadnione oczekiwania przez osoby starsze co do dostępnych możliwości. Przykładowa lista możliwości może obejmować: możliwość edukowania się, dostępu do służby zdrowia, funkcjonalność w korzystaniu z dóbr obywatelskich, sprawczość, zasobność (rozumianą, z grubsza, jak poczucie materialnego bezpieczeństwa) [19]. Tego typu podejście szczególnie może znaleźć zastosowanie w kontekście problematyki ubóstwa oraz trudności mieszkaniowych u osób starszych. Ogólną koncepcję dobrego życia w starości opartą o nurt *Capability Approach* oddać następująco: dobre życie w starości zachodzi wtedy, gdy dana osoba może z poczuciem sprawiedliwości korzystać z uzasadnionych i dostępnych możliwości aby kontynuować i rozwijać swoje życie.

## Podsumowanie

Podane filozoficzne modele dobrego życia w starości mogą posłużyć jako uzupełnienie wskazanych teorii bioetycznych oraz mogą być analizowane w kontekście konkretnych praktyk korzystających z teorii aktywnego starzenia. Jest jednak tak, że modele te mogą funkcjonować logicznie niezależnie od bioetyki oraz praktyk gerontologicznych, co jednocześnie stanowi zaletę (duży zakres zastosowań) jak i wadę (zakres ten może nie uchwytować specyfiki wielu problemów poruszanych w gerontologii czy polityce względem osób starszych). Wspomniana wada jednak prowokuje przede wszystkim niezbędność dalszych badań oraz dociekań mających na celu wyraźniejsze uspojnienie tych modeli z konkretnymi kontekstami problemowymi.

Konflikt interesów/ Conflict of interest

Brak/ None

**Piśmiennictwo/References**

1. Ślipko T. Granice życia. Dylematy współczesnej bioetyki. Kraków: Wydawnictwo WAM; 1994.
2. Galewicz W. Kryterium wieku w racjonowaniu zasobów zdrowotnych. Forum PTB i InCET. <http://bazy.incet.uj.edu.pl/dzialy.php?l=pl&p=30&i=388&m=19&n=1&z=0&k=43> [dostęp: 3.02.2023].
3. Cole T. R., Ray R.E., Kastenbaum R. A guide to humanistic studies in aging: What does it mean to grow old? Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2010.
4. Ziętkowska M. Starość a moralna problematyka racjonowania opieki medycznej. W: Kowaleski J, Szukalski P (red.). Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich. Łódź: Zakład Demografii UŁ; 2006. ss. 346-51.
5. Pettitt D, et al. The limitations of QALY: a literature review. *J Stem Cell Res Ther* 2016; 6(4).
6. Scheunemann L, White D. The Ethics and Reality of Rationing in Medicine. *Chest*. 2011; 140(6): 1625-32.
7. Beauchamp T, Childress J. Principles of Biomedical Ethics. Oxford: Oxford University Press; 2019.
8. Bentham J. Wprowadzenie do zasad moralności i prawodawstwa, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe; 1958.
9. Driver J. Ethics. The Fundamentals. Oxford: Blackwell Publishing; 2007.
10. Foot P. *Moral Dilemmas and Other Topics in Moral Philosophy*. Oxford: Oxford University Press; 2002.
11. Callahan D. Setting Limits. *Hypatia*. 1989;4(2):169-78.
12. Shea M. Principlism's Balancing Act: Why the Principles of Biomedical Ethics Need a Theory of the Good. *J Med Philos*. 2020;45(4-5):441-70.
13. Gert B, Culver Ch, Clouser D. Bioetyka. Ujęcie systematyczne. Gdańsk: Wydawnictwo Słowo/obraz terytoria; 2009.
14. Berlinger N, Solomon M. Becoming Good Citizens of Aging Societies. *The Hastings Center Report*. 2018;48:2-9.
15. Berlinger N, Medeiros K, Girling L. Bioethics and Gerontology: The Value of Thinking Together. *Gerontologist*. 2022;62(8):1097-103.
16. WHO. Active ageing: a policy framework. Geneva: World Health Organization; 2002.
17. Havighurst R. Developmental tasks and education. Chicago: The University of Chicago Press; 1948.
18. Halicki J. Społeczne teorie starzenia się. W: Halicka M, Halicki J (red.). Zostawić ślad na ziemi. Księga pamiątkowa dedykowana Profesorowi Wojciechowi Pędichowi w 80 rocznicę urodzin i 55 rocznicę pracy naukowej. Białystok: Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku; 2006. ss. 255-76.
19. Ehni H, et al. Toward a global geroethics – gerontology and the theory of the good human life. *Bioethics*. 2018;32(4):261-8.
20. Foster L, Walker A. Active and successful aging: a European policy perspective. *Gerontologist*. 2015;55(1):83-90.
21. Sadana R, et al. 2016. Healthy Ageing: Raising Awareness of Inequalities, Determinants, and What Could Be Done to Improve Health Equity. *Gerontologist*. 2016;56(Suppl 2):178-193.
22. Rowe J, Kahn R. Successful Aging 2.0: Conceptual Expansions for the 21st Century. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2015;70(4):593-6.
23. Bowling A, Dieppe P. What is successful ageing and who should define it? *BMJ*. 2005;331(7531):1548-51.
24. Baars J. Aging and the Art of Living. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2012.
25. Philips J, et al. Key Concepts in Social Gerontology. London: SAGE Publications; 2010.
26. Jurek Ł. „Aktywne starzenie się” jako paradygmat w polityce społecznej. *Polityka Społeczan*. 2012;3:8-12.
27. Jabłonko O. Filozofowie o starości. Zarys historii problemu. *Edukacja Humanistyczna*. 2022;1(46):59-71.
28. Platon. Państwo t.1. Warszawa: Wydawnictwo Wiedza; 1948.
29. Cynceron M.T. Katon starszy o starości, Warszawa: Wydawnictwo Literackie; 1996.
30. de Beauvoir S. Starość. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca; 2011.
31. Arp K. Old Age in Existentialist Perspective. W: Scarre G. (red.). *The Palgrave Handbook of the Philosophy of Aging*. London: palgrave macmillan; 2016. ss. 135-48.
32. Arystoteles. Etyka Nikomachejska. Warszawa: PWN; 2007.
33. MacIntyre A. Dziedzictwo cnoty. Studium z teorii moralności. Warszawa: PWN; 1996.

34. McCabe M. Virtue, Ageing and Failing. W: Scarre G. (red.). The Palgrave Handbook of the Philosophy of Aging. London: palgrave macmillan; 2016. ss. 425-44.
35. Dryll E, et al. Psychologia narracyjna. Warszawa: Wydawnictwo Liberi Libri; 2021.
36. Świątek-Młynarska P. Wyzwania w prowadzeniu badań społecznych z osobami starszymi – wybrane zagadnienia na przykładzie badań biograficznych. Gerontol Pol. 2019; 27: 316-323.
37. Bornat J. Ageing, narrative and biographical methods. W: Twigg J, Martin W. (red.). Routledge Handbook of Cultural Gerontology. New York: Routledge; 2015. ss. 113-120.
38. Nussbaum M. Women and Human Development: The Capabilities Approach. Cambridge: Cambridge University Press; 2000.
39. Sen A. The Idea of Justice. Harvard: Harvard University Press; 2009.
40. Claasen R. An Agency-Based Capability Theory of Justice. European Journal of Philosophy. 2016; 25(4):1279-304.