Encyklopedia
starości, starzenia się i niepełnosprawności

2



1
A-G

2
H-O

3
P-Ś

4
T-Ż

5
Hasła uzupełniające A-Z
Bibliografia
Netografia
Filmografia
Dokumenty urzędowe
Alfabetyczny spis autorów haseł
Terminologia kongresowa
Płyta CD

Encyklopedia
starości, starzenia się i niepełnosprawności

H-O

2

Redakcja naukowa
Adam A. Zych

TS
Katowice 2017

Recenzja:
prof. zw. dr hab. Tadeusz Aleksander

Opracowanie graficzne:
Marek J. Piwko

Redakcja techniczna:
Grzegorz Bociek

Redakcja językowa:
Ewelina Gajewska

Korekta:
Klaudia Dąbrowska

Opieka redakcyjna:
Anna Gaudy

Konsultacja językowa:
dr hab. Andrzej Diniejko, Uniwersytet Warszawski (ang.)
dr hab. Anna Jaroszewska, Uniwersytet Warszawski (niem.)
dr hab. Oleg Leszczak, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach (ros.)
dr Magdalena Leszko, Uniwersytet Northwestern Evanston (am.)
mgr Anna Przewłocka-Alves, Centrum ds. Informacji i Koordynacji Gerontologicznej w Melun (fr.)
mgr Ewa Skurzyńska, Wrocław (hiszp.)

Koszty produkcji nakładu dofinansowano ze środków PFRON

Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Copyright © by Thesaurus Silesiae, Katowice 2017

ISBN 978-83-60781-25-8

Wydawca:
Stowarzyszenie Thesaurus Silesiae – Skarb Śląski
ul. J. Ligonia 7, 40-036 Katowice

Autorzy

Redaktor naukowy „Encyklopedii starości, starzenia się i niepełnosprawności”

prof. zw. dr hab. **Adam Alfred Zych**, psycholog i pedagog, twórca teorii moderacji rozwoju (2004) i osobistej korzyści w starości (2007). Jest profesorem zwyczajnym Dolnośląskiej Szkoły Wyższej we Wrocławiu. Główne dziedziny jego zainteresowań naukowych obejmują gerontologię społeczną, zwłaszcza geragogikę specjalną i leksykografię gerontologiczną, oraz psychologię osobowości, psychologię religii i tanatopsychologię. Został odznaczony m.in. Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Złotym Krzyżem Zasługi, Medalem Edukacji Narodowej i Medalem Miasta Oświęcimia. Jest laureatem pięciu indywidualnych nagród resortu edukacji i szkolnictwa wyższego oraz wyróżnienia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej za nowatorskie działania w zakresie upowszechniania wiedzy na temat starzenia się społeczeństwa polskiego (2015), otrzymał również honorowy tytuł „Przyjaciel Seniora” (2016), nadany przez Wrocławską Radę Seniorów.

Autorzy 2. tomu *Encyklopedii starości, starzenia się i niepełnosprawności* z afiliacją

dr hab. prof. UMK **Ditta Baczała**
- prof. nadzw., Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

prof. dr hab. **Ewa Monika Barcz**
- prof. nadzw., Warszawski Uniwersytet Medyczny

dr hab. prof. UKW **Małgorzata Anna Basińska**
- prof. nadzw., Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

dr inż. arch. **Iwona Benek**
- Politechnika Śląska w Gliwicach

dr inż. arch. **Maria Bielak-Zasadzka**
- Politechnika Śląska w Gliwicach

prof. zw. dr hab. **Barbara Małgorzata Bień**
- Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
- członek Rady ds. Polityki Senioralnej
- konsultant wojewódzki w dziedzinie geriatrii dla woj. podlaskiego

dr hab. **Mariola Marta Bieńko**
- Uniwersytet Warszawski

dr hab. prof. UMK **Józef Binnebesel**
- prof. nadzw., Uniwersytet im. Mikołaja Kopernika w Toruniu

dr **Aleksandra Błachnio**
- Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszcz

dr **Zbigniew Bogdan**
- Gdański Uniwersytet Medyczny

dr hab. prof. UM **Ewa Jolanta Borowiak**
- prof. nadzw., Uniwersytet Medyczny w Łodzi

dr **Adrianna Maria Borowicz**
- Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

dr **Agata Chabior**
- Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

prof. zw. dr hab. **Janusz Czajkowski**
- Uniwersytet Medyczny w Łodzi

dr **Karolina Czajor**
- Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu

prof. zw. dr hab. **Olga Maria Czerniawska**
- Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi

dr **Krzysztof Czykier**
- Uniwersytet w Białymstoku

ks. prof. dr hab. **Bogdan Czyżewski**
- prof. nadzw., Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

dr **Maciej Dobrzyński**
- Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

dr hab. prof. UŁ **Elżbieta Dubas**
- prof. nadzw., Uniwersytet Łódzki

dr hab. **Mariusz Duplaga**
- Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum w Krakowie

dr **Małgorzata Dziechciaż**
- Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna im. ks. Bronisława Markiewicza w Jarosławiu

dr **Artur Fabiś**
- Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie
- wiceprezes Stowarzyszenia Gerontologów Społecznych

dr **Amer Fheed**
- psycholog, Młodzieżowy Ośrodek Wychowawczy w Babimoście

ks. prof. nadzw. dr **Zbigniew Formella**
- Papieski Uniwersytet Salezjański (La Università Pontificia Salesiana) w Rzymie

mgr **Dawid Frik**
- rzecznik prasowy i dyrektor Biura Promocji, Dolnośląska Szkoła Wyższa we Wrocławiu

inż. arch. **Anna Gajowiec**
- studentka, Politechnika Śląska w Gliwicach

lek. med. **Lidia Głowicka-Pręgowska**
- Oddział Gruźlicy i Chorób Płuc Szpiala Rejonowego – Zespół Opieki Zdrowotnej w Busku-Zdroju

ks. dr hab. prof. WSP i SWPW **Andrzej Ryszard Gretkowski**
- Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Janusza Korczaka w Warszawie
- Szkoła Wyższa im. Pawła Włodkowica w Płocku

dr hab. **Barbara Irena Gryglewska**
- Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum w Krakowie

dr **Katarzyna Herman**
- Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

mgr **Anna Janowicz**
- Uniwersytet im. Mikołaja Kopernika w Toruniu

dr hab. **Anna Jaroszewska**
- Uniwersytet Warszawski

dr hab **Radosław Tomasz Kaczmarek**
- Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

dr **Małgorzata Kaleta-Witusiak**
- Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach

inż. arch. **Małgorzata Kampka**
- studentka, Politechnika Śląska w Gliwicach

lek. med. **Agnieszka Kasiukiewicz**
- Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

mgr **Andrzej Klimczuk**
- Szkoła Główna Handlowa w Warszawie

mgr **Elżbieta Kluska-Łabuz**
- doktorantka, Uniwersytet SWPS w Warszawie

dr **Renata Konieczna-Woźniak**
- Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

dr **Agnieszka Izabela Kotarba**
- Uniwersytet Medyczny w Łodzi

mgr **Maria Kotomska**
- Warszawski Uniwersytet Medyczny
- Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus w Warszawie

dr hab. **Dorota Bożena Kozieł**
- Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

ks. dr hab. **Piotr Krakowiak**
- Uniwersytet im. Mikołaja Kopernika w Toruniu
- Duszpasterz Krajowy Hospicjów przy Konferencji Episkopatu Polski

lek. med. **Paweł Wacław Królik**
- kierownik Oddziału Geriatrii, Szpital Specjalistyczny w Jaśle

dr **Dorota Ksiądzyna**
- Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

dr hab. prof. UM **Donata Izabela Kurpas**
- Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

dr **Katarzyna Kutek-Sładek**
- Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie

dr inż. arch. **Agnieszka Marzena Labus**
- Politechnika Śląska w Gliwicach
- fundatorka i prezes Zarządu Fundacji LAB 60+ w Bytomiu

dr **Magdalena Leszko**
- Uniwersytet Northwestern (Northwestern University) w Evanston

dr **Agnieszka Majewska-Kafarowska**
- Uniwersytet Śląski w Katowicach

dr hab. **Dorota Majka-Rostek**
- Uniwersytet Wrocławski

dr **Emilia Joanna Mazurek**
- Politechnika Wrocławska

mgr **Aldona Michalak**
- Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus w Warszawie
- Warszawski Uniwersytet Medyczny

mgr **Elżbieta Mirewska**
- Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie

dr **Ewa Miszczak**
- Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

dr **Marta Muszalik**
- Uniwersytet Mikołaja Kopernika – Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy

dr **Marek Michał Niezabitowski**
- Politechnika Śląska w Gliwicach – Katedra Stosowanych Nauk Społecznych w Zabrzu

prof. zw. dr hab. **Piotr Krzysztof Oleś**
- Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II w Lublinie
- Uniwersytet SWPS w Warszawie

dr hab. prof. UG i A-SW **Henryk Józef Olszewski**
- prof. nadzw., Uniwersytet Gdański
- prof. nadzw., Ateneum – Szkoła Wyższa w Gdańsku

prof. zw. dr hab. **Wiesław Jan Osiński**
- Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu
- Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Jana Amosa Komeńskiego w Lesznie

mgr inż. **Zbigniew Jan Pręgowski**
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Secura-Med w Busku-Zdroju

dr hab. prof. UAM **Jacek Łukasz Pyżalski**
- Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

dr **Ewa Romanowska**
- Niepaństwowa Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Białymstoku

dr **Dariusz Rutkowski**
- Dolnośląska Szkoła Wyższa we Wrocławiu

dr **Edyta Sielicka**
- Uniwersytet Szczeciński

dr **Anna Sierecka**
- dyrektor Zespołu Szkół Publicznych w Lenartowicach

prof. zw. dr hab. **Ewa Zofia Sikora**
- Instytut Biologii Doświadczalnej im. M. Nenckiego PAN w Warszawie

dr hab. prof. UO **Wiesław Sikorski**
- Uniwersytet Opolski

dr hab. prof. WSP **Barbara Halina Skałbania**
- Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Janusza Korczaka w Warszawie

prof. zw. dr hab. **Anna Skrzek**
- Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu
- redaktor naczelna pisma „Gerontologia Współczesna"

dr **Aleksandra Słopiecka**
- Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

dr **Hanna Stępniewska-Gębik**
- Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie

prof. zw. dr hab. **Jerzy Stochmiałek**
- Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie
- członek Rady ds. Polityki Senioralnej

dr hab. prof. DSW **Maria Magdalena Straś-Romanowska**
- prof. nadzw., Dolnośląska Szkoła Wyższa we Wrocławiu

dr **Magdalena Strugała**
- Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

dr **Anna Szafranek**
- Uniwersytet w Białymstoku

dr hab. prof. UP **Zofia Maria Szarota**
- Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie
- redaktor naczelna serii „Exlibris Biblioteka Gerontologii Społecznej"

prof. zw. dr hab. **Bogdan Szczepankowski**
- Społeczna Akademia Nauk w Warszawie

dr inż. arch. **Anna Szewczenko**
- Politechnika Śląska w Gliwicach
- wiceprezes Zarządu Fundacji LAB 60+ w Bytomiu

dr hab. **Magdalena Anna Szpunar**
- AGH Akademia Górniczo-Hutnicza im. Stanisława Staszica w Krakowie

lek. med. **Piotr Szudy**
- Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Rydygiera w Toruniu

dr **Agnieszka Szymajda**
- Dolnośląska Szkoła Wyższa we Wrocławiu

dr **Violetta Wiesława Tanaś**
- Wyższa Szkoła Biznesu i Nauk o Zdrowiu w Łodzi

prof. zw. dr hab. lek. med. **Waldemar Zdzisław Tłokiński**
- rektor Ateneum – Szkoły Wyższej w Gdańsku
- wiceprezes Polskiego Towarzystwa Neuropsychologicznego

dr hab. prof. UZ **Barbara Toroń-Fórmanek**
- Uniwersytet Zielonogórski

dr hab. prof. UJK **Elżbieta Trafiałek**
- Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

dr **Maria Trzcińska-Król**
- Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie

dr hab. inż. arch. **Joanna Tymkiewicz**
- Politechnika Śląska w Gliwicach

dr **Katarzyna Uzar-Szcześniak**
- Uniwersytet Wrocławski

dr **Joanna Krystyna Wawrzyniak**
- Wyższa Szkoła Bankowa we Wrocławiu – Wydział Ekonomiczny w Opolu

dr **Leokadia Wiatrowska**
- Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Rotmistrza Witolda Pileckiego w Oświęcimiu

dr **Jolanta Izabela Wiśniewska**
- Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie

dr hab. **Agata Wiza**
- Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu

dr hab. **Zyta Beata Wojszel**
- Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

prof. zw. dr hab. **Zbigniew Woźniak**
- Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

dr hab. prof. UR **Marta Maria Wrońska**
- Uniwersytet Rzeszowski

prof. zw. dr hab. **Marzenna Ewa Zaorska**
- Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

dr hab. prof. ATH **Anna Zawada**
- prof. nadzw., Akademia Techniczno-Humanistyczna w Bielsku-Białej

dr hab. prof. UP **Teresa Jadwiga Zbyrad**
- prof. nadzw., Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie

dr **Beata Ziębińska**
- Małopolska Wyższa Szkoła im. Józefa Dietla w Krakowie
- Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Zawierciu

ks. prof. zw. dr hab. **Andrzej Zwoliński**
- Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie

prof. zw. dr hab. **Adam Alfred Zych**
- Dolnośląska Szkoła Wyższa we Wrocławiu

dr hab. prof. P-WSNS **Hanna Małgorzata Żuraw**
- Pedagogium – Wyższa Szkoła Nauk Społecznych w Warszawie

Spis inicjałów autorów

AAZ – Adam A. Zych
AB – Aleksandra Błachnio
AC – Agata Chabior
AF – Artur Fabiś
AFH – Amer Fheed
AGA – Anna Gajowiec
AIK – Agnieszka I. Kotarba
AJ – Anna Jaroszewska
AJA – Anna Janowicz
AK – Andrzej Klimczuk
AKA – Agnieszka Kasiukiewicz
AL – Agnieszka Labus
AMB – Adrianna M. Borowicz
AMI – Aldona Michalak
AM-K – Agnieszka Majewska-Kafarowska
AML – Agnieszka M. Labus
AMS – Anna M. Sierecka
ARG – ks. Andrzej Ryszard Gretkowski
AS – Anna Skrzek
ASŁ – Aleksandra Słopiecka
ASZ – Anna Szafranek
ASZE – Anna Szewczenko
ASZY – Agnieszka Szymajda
AWI – Agata Wiza
AZ – Anna Zawada
AZW – ks. Andrzej Zwoliński
BB – Barbara Bień
BG – Barbara Gryglewska
BHS – Barbara H. Skałbania
BS – Bogdan Szczepankowski
BSC – ks. Bogdan Stanisław Czyżewski
BT-F – Barbara Toroń-Fórmanek
BZ – Beata Ziębińska CK
DB – Ditta Baczała
DBK – Dorota B. Kozieł
DF – Dawid Frik
DK – Donata Kurpas
DKS – Dorota Ksiądzyna
DM-R – Dorota Majka-Rostek
DR – Dariusz Rutkowski
EB – Ewa Barcz
ED – Elżbieta Dubas
EJB – Ewa J. Borowiak
EJM – Emilia J. Mazurek
EK-Ł – Elżbieta Kluska-Łabuz
EM – Elżbieta Mirewska
EMI – Ewa Miszczak
ER – Ewa Romanowska
ES – Edyta Sielicka
ESI – Ewa Sikora
ET – Elżbieta Trafiałek
HO – Henryk Olszewski
HS-G – Hanna Stępniewska-Gębik
HŻ – Hanna Żuraw
IB – Iwona Benek
JB – Józef Binnebesel
JC – Janusz Czajkowski
JIW – Jolanta I. Wiśniewska
JKW – Joanna K. Wawrzyniak
JP – Jacek Pyżalski
JS – Jerzy Stochmiałek
JT – Joanna Tymkiewicz
KC – Krzysztof Czykier
KCZ – Karolina Czajor
KH – Katarzyna Herman
KK-S – Katarzyna Kutek-Śladek
KU-S – Katarzyna Uzar-Szcześniak
LG-P – Lidia Głowicka-Pręgowska
LW – Leokadia Wiatrowska
MAB – Małgorzata A. Basińska
MB-Z – Maria Bielak-Zasadzka
MDOB – Maciej Dobrzyński
MDU – Mariusz Duplaga
MDZ – Małgorzata Dziechciaż
MEZ – Marzenna E. Zaorska
MK – Maria Kotomska
MKA – Małgorzata Kampka
MK-W – Małgorzata Kaleta-Witusiak
ML – Magdalena Leszko
MM – Marta Muszalik
MMB – Mariola M. Bieńko
MMS-R – Maria M. Straś-Romanowska
MN – Marek Niezabitowski
MS – Magdalena Szpunar
MST – Magdalena Strugała
MT-K – Maria Trzcińska-Król
MW – Marta Wrońska
OC – Olga Czerniawska
PK – ks. Piotr Krakowiak
PKR – Paweł Królik
POL – Piotr Oleś
PSZ – Piotr Szudy
RK – Radosław Kaczmarek
RK-W – Renata Konieczna-Woźniak
TZ – Teresa Zbyrad
VT – Violetta Tanaś
WJO – Wiesław J. Osiński
WS – Wiesław Sikorski

WT – Waldemar Tłokiński
ZB – Zbigniew Bogdan
ZBW – Zyta B. Wojszel
ZF – ks. Zbigniew Formella
ZJP – Zbigniew J. Pręgowski
ZS – Zofia Szarota
ZW – Zbigniew Woźniak

Spis haseł

H

Hall G. [Granville] Stanley (1844–1924)
haloterapia (leczenie w „grotach solnych")
Harman Denham (1916–2014)
Hayflick Leonard
Head Henry (1861–1940)
Heller Theodor (1869–1938)
higiena jamy ustnej u osób starszych
higiena wieku starczego (gerokomia) hipertermia
hipokineza (hipokinezja)
hipokineza (hipokinezja) a starzenie się
Hipokrates [Hippokrates] z Kos [grec. Ἱπποκράτης] (460 p.n.e.–377 p.n.e.)
hipotermia
hipoteza babci („efekt babci")
hipotonia ortostatyczna
holistyczna koncepcja niepełnosprawności
Holmes Lowell D. [Don] (1925–2010)
homeostenoza
hormony a starzenie się
hospicjum

I

immersja (immersyjność wirtualna)
Indeks Czynności Życia Codziennego Katza
indywidualny plan opieki pielęgniarskiej
indywidualny plan wsparcia (indywidualny plan opieki/plan opieki indywidualnej)
indywidualny program aktywności fizycznej
indywidualny program rehabilitacji
inkluzja
inkontynecja (nietrzymanie zwieraczy) – nietrzymanie moczu
instytucjonalizacja opieki
instytucjonalizacja umierania (instytucjonalizacja śmierci)
integracja i normalizacja społeczna osób z ograniczeniem sprawności
integracja wiekowa
inteligencja
interakcje leków (interakcje farmakologiczne)
interdyscyplinarna opieka geriatryczna
interdyscyplinarny zespół geriatryczny
interwencja kryzysowa
inwalidztwo
Inwentarz Depresji Becka (IDB)
inwolucja
izolacja społeczna

J

jakość behawioralna, funkcjonalna i techniczna DPS dla ludzi starszych
jakość życia
jakość życia osób starszych
Jaroszewski Zdzisław Józef (1906–2000)
jaskra (glaukoma)
język i komunikacja interpersonalna w starości
język migowy i system językowo-migowy

K

kacheksja
kalectwo
Kamiński Aleksander (1903–1978)
kapitał społeczny ludzi starszych
kardiologia geriatryczna (kardiogeriatria)
Karta Standardów Osoby Starszej
kaskada farmakologiczna
kaskada w geriatrii
Katz Sidney (1924–2012)
Keller Helena [Helen Adams] (1880–1968)
Kempisty Czesław (1925–1987)
Kępiński Antoni Ignacy Tadeusz (1918–1972)
kinezyprofilaktyka
kinezyterapia (gimnastyka lecznicza, leczenie ruchem)
Kirkwood Thomas (Tom) Burton Loram
klasy wieku
klub seniora
Kocemba Józef Władysław (1930–2008)
kohorta
kohorta narodzin (rocznik)
kohorta wiekowa
Komenský Jan Ámos [łac. Comenius, pol. Komeniusz, Komeński Jan Amos] (1592–1670)

kompetencje zdrowotne osób starszych
kompleksowe badanie okulistyczne
komputer a oczy
komunikacja
komunikacja niewerbalna
komunikacja z osobami z otępieniem
konieczność instytucjonalnego wsparcia seniorów
kontekstualizm (kontekstualistyczna teoria starzenia się)
kontrola społeczna nad ciałem [chorym, niepełnosprawnym i/lub starym]
Korenczewski Władimir Georgiewicz [ang. Korenchevsky Vladimir Georgievich, ros. Коренчевский Владимир Георгевич] (1880–1959)
Kreutz Mieczysław (1893–1971)
krótkowzroczność (krótkowzroczność wysoka)
kryteria Beersa
krytyczne wydarzenia życiowe
kryzys połowy życia
kryzysy starości (kryzysy związane z procesem starzenia się)
Kuhn Margaret [Maggie] Eliza (1905–1995)
kultura medialna seniorów
kulturowe konteksty niepełnosprawności
Kuratowska Zofia (1931–1999)

L

Laboratorium Achitektury 60+ (LAB 60+)
László Iván
Lawton M. [Mortimer] Powell (1923–2001)
Lazarević Lazar [Laza Kurmazanov, serb. Лазаревић Лазар К.] (1851–1891)
Le Gouès Gérard (1940–2011)
leczenie bólu w podeszłym wieku
leczenie uzdrowiskowe (leczenie sanatoryjne)
Levinson Daniel J. [Jacob] (1920–1994)
Lewis Myrna I. [Irene], nazwisko rodowe Eickhoff (1938–2005)
lęk przed śmiercią
lęki egzystencjalne w starości
limit wieku (granica wieku lub minimum wiekowe)
logopedia
logopedia wieku podeszłego (logopedia geriatryczna)
logoteoria
logoterapia
ludzka długość życia

Ł

łagodne zaburzenia poznawcze
łagodny przerost prostaty (łagodny przerost gruczołu krokowego) [ŁPP]
Łobożewicz Tadeusz (1935–2002)
Łuria Aleksandr Romanowicz [ros. Лурия Александр Романович] (1902–1977)

M

Maciarz Aleksandra Maria (1937-2011)
Mackenzie Basil William Sholto [Baron Amulree] (1900–1983)
majaczenie (delirium lub stan majaczeniowy) i stany splątaniowe
Majer Józef Grzegorz (1808–1899)
maksymalna długość życia
marginalizacja społeczna osób starszych
marzenia w życiu ludzi starszych
masaż leczniczy
mądrość życiowa
medialny obraz niepełnosprawności i osób niepełnosprawnych
medycyna holistyczna
medycyna komplementarna i alternatywna
medycyna prewencyjna
medycyna przeciwstarzeniowa (medycyna antiaging)
melatonina
Mendel Kurt (1874–1946)
menopauza (klimakterium/okres przekwitania)
mentoring
metafora windy
metoda biograficzna i jej formy
miasta przyjazne osobom starszym
miastenia
miażdżyca naczyń (miażdżyca tętnic)
Miecznikow Ilja Iljicz [fr. Metchnikoff Élie, ros. Мечников Илья Ильич] (1845–1916)
miejsce i przestrzeń w życiu ludzi starszych
miernik starości demograficznej (indeks lub wskaźnik starości demograficznej)
Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) w rehabilitacji geriatrycznej
Międzynarodowy Dzień Osób Starszych
minimum socjalne
mnemotechnika
mobbing (bullying) wobec osób starszych
mobilność (ruchliwość)
model opieki senioralnej
modele wypalenia
moderacja i/lub retardacja rozwoju człowieka
modyfikacja otoczenia fizycznego
Montaigne Michel Eyquem (1533–1592)
motoryczność osób starszych (motoryka osób starszych)
mowa starcza
Mruk Józef Bronisław (1913–1976)

mutyzm
muzykoterapia (leczenie muzyką)
muzykoterapia geriatryczna
muzykoterapia kreatywna z osobami starszymi
muzykoterapia osób starszych
Myśliwski Andrzej Piotr

N

nadreaktywność pęcherza moczowego (zespół pęcherza nadreaktywnego)
nadużycia wobec osób starszych
nadwzroczność
Nagorny Aleksandr Wasiliewicz [ukr. Нагорний Олександр Васильович, ros. Нагорный Александр Васиильевич] (1887–1953)
narzędzia pomiaru barier w przestrzeni publicznej (instrumenty oceny dostępności przestrzeni publicznej)
Nascher Ignatz [Ignatius] Leo (1863–1944)
„nasze czasy"
nauczanie św. Bazylego Wielkiego na temat starości
Naugarten Berenice, nazw. rodowe Levin (1916–2001)
neurofizjologiczne metody rehabilitacji osób starszych
niedożywienie w starszym wieku
niefarmakologiczne leczenie choroby Alzheimera
niemoc płciowa (impotencja)
niepełnosprawność (niepełna sprawność)
niepoczytalność
niepożądane działania leków (niepożądane reakcje polekowe)
niewidomy [funkcjonalnie i medycznie]
nordic walking
norma społeczna
normalizacja
normalne starzenie się
nowotwory wieku podeszłego

O

obecność seniorów w przekazie medialnym i reklamie
obiektywny i subiektywny wymiar starości
obturacyjny bezdech senny (zespół bezdechu sennego)
Obuchowski Kazimierz Michał (1931–2014)
ocena dostępności otoczenia dla osób niepełnosprawnych
ocena stanu umysłowego
odczuwanie bólu przez osoby starsze
oddział geriatryczny
odleżyna (martwica tkanek skóry)
odwarstwienie siatkówki
Olshansky S. [Stuart] Jay
onkologia geriatryczna
opieka (opiekowanie się)
opieka długoterminowa
opieka duszpasterska
opieka geriatryczna
opieka instytucjonalna
opieka nad umierającym
opieka nieformalna (opieka rodzinna)
opieka okołooperacyjna [nad pacjentem w podeszłym wieku]
opieka paliatywno-hospicyjna (opieka paliatywna i hospicyjna)
opieka prawna (kuratela)
opieka społeczna (opieka socjalna)
opieka społeczności
opieka u kresu życia
opiekun medyczny
opiekun rodzinny
opiekun społeczny
opóźnienie kulturowe
Orgel Leslie Eleazer (1927–2007)
orientacja przestrzenna i poruszanie się
orientacja seksualna a starzenie się
orzecznictwo inwalidzkie
orzecznictwo rentowe i dla celów pozarentowych
orzekanie o niepełnosprawności osób starszych
osobowościowy zespół organiczny
osobowość i samoocena człowieka starszego
osobowość ludzi starszych
osoby starsze w środowisku nowych mediów
osteomalacja
osteopenia
osteoporoza
osteoporoza starcza (osteoporoza inwolucyjna)
ośrodek pomocy społecznej
otępienie – ujęcie neuropsychologiczne
otępienie (demencja)
otępienie czołowo-skroniowe
otępienie naczyniowe (otępienie naczyniopochodne)
otępienie typu alzheimerowskiego
otępienie z ciałami Lewy'ego
otyłość

H

Hall G. [Granville] **Stanley** (1844–1924)
amer. psycholog i pedagog, pierwszy rektor (1889–1920) Clark University w Wrocester, MA, oraz pierwszy przewodniczący Amer. Tow. Psychologicznego (1892). Ukończył studia psychologiczne w William College (1867) w Nowym Jorku i uzyskał stopień doktora psychologii (1878) w Harvard Medical School Uniw. Harvarda w Cambridge k. Bostonu, będąc uczniem Williama Jamesa (1842–1910). Następnie w latach 1878–1880 odbył studia w niem. laboratoriach psychologicznych w Berlinie oraz u Wilhelma Wundta (1832–1920) w Lipsku.
G.S. Hall był wybitną postacią w historii psychologii amerykańskiej. Warto przypomnieć, że był profesorem psychologii i pedagogiki (1882–1888) na Uniw. Johna Hopkinsa w Baltimore i w roku 1883 założył tam pierwszą w Stanach Zjednoczonych, a drugą na świecie pracownię psychologiczną, przekształconą następnie w laboratorium psychologiczne, wprowadził metody przyrodnicze i laboratoryjne do badań psychologicznych, zainicjował wydawanie pierwszych amer. czasopism psychologicznych „American Journal of Psychology" (1887) i „Journal of Genetic Psychology" (1891). Ogłaszając drukiem pracę poświęconą wychowaniu moralnemu i religijnemu oraz zakładając w 1902 czasopismo „Journal of Religious Psychology and Education", położył fundament pod rozwój zarówno amer., jak i światowej psychologii religii (Zych, 2012). Zajmował się psychologią rozwojową dzieci i młodzieży oraz psychologią wychowawczą, m.in. próbował ustalić, jaki wpływ ma okres dojrzewania na edukację dziecka. W 1922 ogłosił drukiem pierwszy obszerny traktat z zakresu psychologii – starzenia się pt. *Senescence: The Last Half of Life* (*Starzenie się. Ostatnia połowa życia*) – praca ta dotyczyła m.in. → wykluczenia społecznego osób starszych, jak również → izolacji społecznej, ekonomicznej i intelektualnej ludzi starych. Można zatem uznać G.S. Halla za prekursora amer. → gerontologii oraz światowej → psychogerontologii. Thomas R. Cole nazwał Halla „prorokiem" współczesnej gerontologii, gdyż przewidział on „kryzys starzenia się" w XX stuleciu, wywołany m.in. wydłużeniem → biegu życia ludzkiego, zmianą ról rodzinnych, izolacją społeczną osób starszych oraz ograniczeniem ich uczestnictwa w życiu publicznym (Cole, 1984).

AAZ

B: Beauvoir, 1970; Cole, 1984; Hall, 1922; Perry, 2006; Woodward, 2003; Zych, 2012 a.
N: http://ihm.nlm.nih.gov…; https://archive.org…
O: gerontologia, psychogerontologia.

haloterapia (leczenie w „grotach solnych")
– wiąże się ściśle z pojęciem „halitytu" (od grec. *αλς*, *αλός* [háls, halos] – sól, i *λίθος* [lithos] – kamień), oznaczającym skałę osadową pochodzenia chemicznego składającą się głównie z halitu – NaCl, zwanego również solą kamienną, i słowem terapia (od grec. *θεραπεία* [therapeia] – opiekować się kimś, troszczyć się o kogoś. W literaturze naukowej haloterapia analizowana jest głównie w wąskim znaczeniu jako: tryb leczenia w kontrolowanym środowisku powietrza, który symuluje naturalny mikroklimat jaskini solnej. Alina Chervinskaya (2007) twierdzi, że pojęcie „haloterapii" w tym znaczeniu używane jest w Rosji od połowy lat 80. XX wieku.
Haloterapia wykorzystuje urządzenia (halogeneratory) wytwarzające suchy aerozol dozowany w określonej temperaturze i wilgotności powietrza, w celu uzyskania warunków odtwarzających leczniczy mikroklimat naturalnych komór podziemnych. W publikacjach naukowych metoda haloterapii jest nazywana terapią haloaerozolową (ang. *haloaerosol therapy*; Chervinskaya, 2007). Haloterapia rozważana jest w tym ujęciu jako alternatywa dla speleoterapii i/lub subterraneoterapii – metod klimatoterapeutycznych polegających na poddaniu chorych działaniu bodźców fizycznych, chemicznych i/lub biologicznych występujących wyłącznie pod ziemią. Temperatura, wilgotność, ciśnienie atmosferyczne, ruch i jonizacja powietrza składają się na unikatowy mikroklimat komór podziemnych, który ma właściwości lecznicze (Cieniawa, Skulimowski, Żebrak, 1981; Ponikowska, Ferson, 2009). Subterraneoterapię prowadzi się w komorach podziemnych – utworzonych w skałach solnych, wapiennych lub wulkanicznych bądź powstałych w sposób naturalny – jaskinie, groty lub sztuczny, np. sztolnie, komory, wyrobiska korytarzowe itp. Współczesna subterraneoterapia łączy lecznicze walory tych komór z elementami nowoczesnej → rehabilitacji (Kmiecik, 2006).

W bardzo szerokim ujęciu terminu, haloterapia obejmuje zabiegi lecznicze z wykorzystaniem różnych postaci soli: inhalacje solankowe, inhalacje suchym aerozolem solnym, który może być wytwarzany pod wpływem czynników naturalnych (strefa nadmorska, podziemne wyrobiska solne) lub przy użyciu specjalnych technologii (tężnie solankowe i halogeneratory), a także kąpiele solankowe, płukania czy kuracja pitna.

Pojęcie „haloterapii" zostało spopularyzowane przez środki masowego przekazu i reklamę jako określenie korzystnego wpływu na organizm człowieka przebywania w obiektach naziemnych aranżowanych architektonicznie na wzór jaskiń bądź grot solnych. Ich medyczne oddziaływanie związane jest ze stosowaniem metody inhalacji suchym aerozolem (Ponikowska, Ferson, 2009).

Korzystne oddziaływanie zdrowotne środowiska podziemnego na organizm człowieka znane było już w starożytnej Grecji i Rzymie – jaskinie Kerkira i Herculaneum. Źródła pisane potwierdzają wykorzystywanie soli jako środka leczniczego na ziemiach polskich od wieków, np. wzmianki kronikarza Marcina Kromera (1512–1589) i zalecenia krakowskiego humanisty, prawdopodobnie lekarza Adama Schroetera (1525–1572). Pisał on o konieczności ciągłego uzupełniania soli w organizmie, aby nie dopuścić do powstania raka, który „gryzie i wzrasta", oraz do powstania „wyrzutów, które bolą i gryzą", a także posypywania solą bolesnych ran, aby goiły się dużo lepiej (Kmiecik, 2006; Cieniawa, Skulimowski, Żebrak, 1981). Zdaniem lekarza i humanisty, Jodocusa Willichiusa (1501–1552), sól jest niezbędnym składnikiem potrzebnym do sporządzania leków w razie ukąszenia przez węże i skorpiony, a także do leczenia wyprysków, kurzajek, wrzodów, egzemy oraz → chorób wenerycznych. Wiele medycznych wskazań do stosowania soli podawał Antoni Schneeberger (1530–1581) – znany lekarz i uczony, który praktykował w Krakowie (Kmiecik, 2006; Cieniawa, Skulimowski, Żebrak, 1981). Za „ojca balneologii polskiej" uważa się przyrodnika i nadwornego lekarza króla Stefana Batorego (1533–1586) – Wojciecha Oczkę (1537–1599). Naukę tę obdarzali coraz większym zaufaniem lekarze i chorzy. Wyjazdy do wód w celach leczniczych stały się popularne. W XIX stuleciu powstały uzdrowiska solankowe Ischl, Hall i Elmen. W pierwszym na ziemiach polskich zdrojowisku solankowym w Wieliczce stosowano do leczenia m.in. solankę, parę solną i muł solny. Zabiegi balneologiczne odbywały się na powierzchni w nowoczesnych łazienkach. Feliks Boczkowski (1804–1855), inicjator wielickiego uzdrowiska, jako pierwszy na świecie stwierdził, że długie przebywanie w kopalni w Wieliczce jest skuteczniejszą metodą leczenia zmian patologicznych w układzie oddechowym od inhalacji solankowych (Kmiecik, 2006; Cieniawa, Skulimowski, Żebrak, 1981).

Podstawy teoretyczne subterraneoterapii stworzyli w latach 50. XX wieku Mieczysław Maciej Skulimowski (1930–1982) – w Polsce i Karl Hermann Spannagel – w Niemczech. W Wieliczce, w roku 1958 wprowadzono do leczenia chorób narządu oddechowego mikroklimat podziemnych komór solnych, a w 1963 założono pierwsze na świecie Towarzystwo Naukowe Klimatoterapii Podziemnej. Próby odtworzenia mikroklimatu lecznic solnych (halitowych, sylwinowych) w warunkach naziemnych zaczęto podejmować od połowy lat 80. XX wieku, a obecnie są reklamowane komercyjnie w różnych środkach masowego przekazu jako skuteczne metody leczenia, np. w Australii, USA, Europie i Kanadzie (Rashleigh, Smith, Roberts, 2014).

Walory lecznicze i przeciwwskazania do subterraneoterapii i haloterapii

Ze względu na naturalną metodę leczniczą subterraneoterapia zaliczana jest do → leczenia uzdrowiskowego. Główne czynniki kształtujące specyficzne warunki mikroklimatyczne w różnych komorach, grotach i wyrobiskach podziemnych to: parametry termiczno-wilgotnościowe (temperatura, wilgotność, ruch powietrza), skład chemiczny i jonizacja powietrza, stężenie i skład aerozolu, skład mikrobiologiczny powietrza (Ponikowska, Ferson, 2009; Cieniawa, Skulimowski, Żebrak, 1981). Efekty lecznicze zależą od siły bodźca (np. stężenia aerozolu, czasu przebywania w komorze podziemnej), jego natury oraz zdolności samego organizmu do odpowiedzi na te działania (stan zaawansowania choroby, rodzaj schorzenia, wiek chorego). U osób starszych korzystne zmiany w leczeniu uzdrowiskowym najczęściej występują później, niż u młodszych pacjentów (Ponikowska, Ferson, 2009).

Wskazania do subterraneoterapii obejmują m.in. przewlekłe zapalenia zatok, gardła, krtani i oskrzeli, alergiczny nieżyt nosa, → przewlekła obturacyjna choroba płuc, → astma oskrzelowa, rozstrzenie oskrzeli, nawracające zakażenia układu oddechowego porażenie przepony (Cieniawa, Skulimowski, Żebrak, 1981, http://www.sanatoria.org/pl).

Natomiast przeciwwskazania do subterraneoterapii obejmują m.in. stany chorobowe, które nie kwalifikują się do leczenia uzdrowiskowego, w szczególności: choroby o ostrym przebiegu (ostre stany zapalne,

→ zawał mięśnia sercowego), niewydolność krążenia, oddychania, nerek, wątroby, tętniak serca lub tętnic, niestabilna dusznica bolesna, → nadciśnienie tętnicze nieuregulowane, nowotwory złośliwe, stany przednowotworowe, czynna gruźlica płuc i gruźlica pozapłucna, choroby psychiczne – w tym klaustrofobia, padaczka z napadami – mimo systematycznego leczenia, pełnoobjawowe postacie nadczynności i niedoczynności tarczycy, niewyrównana → cukrzyca, a także ciąża i okres karmienia (Cieniawa, Skulimowski, Żebrak, 1981; Ponikowska, Ferson, 2009).

Efekty leczenia w naziemnych obiektach haloterapii są bardzo zróżnicowane. Poza czasem ekspozycji i czynnikami leżącymi po stronie pacjenta zależą od regulowanych elektronicznie: rodzaju i stężenia leczniczego aerozolu, temperatury, składu mikrobiologicznego powietrza (tj. jakości, sposobu zaprogramowania aparatury oraz możliwości technicznych i stanu obiektu). Inhalacje aerozolowe stosowane są w różnych dziedzinach medycyny, w szczególności w pulmonologii, alergologii, pediatrii, otolaryngologii (Chervinskaya, Ziber, 1995; Cieniawa, Skulimowski, Żebrak, 1981). Halogeneratory są instalowane w sanatoriach, ośrodkach zdrowia, komercyjnych naziemnych „grotach solnych", ale także przy saunach i basenach, w SPA, restauracjach, domach kultury, kinach i w przedszkolach.

ER

B: Chervinskaya, 2007; Chervinskaya, Ziber, 1995; Cieniawa, Skulimowski, Żebrak, 1981; Kmiecik, 2006; Ponikowska, Ferson, 2009; Rashleigh, Smith, Roberts, 2014.

N: http://bambino.donnamoderna.com…; http://www.sanatoria.org/pl

O: leczenie uzdrowiskowe.

S: speleoterapia, subterraneoterapia, terapia haloaerozolowa, terapia solna.

TK: ang. *halotherapy/speleotherapy/subterraneotherapy*, fr. *l'halothérapie ou la thérapie par le sol*, hiszp. *haloterapia*, niem. *Subterraneotherapiebedingungen*, ros. *спелеотерапия*.

Harman Denham (1916–2014)

amer. biogerontolog, twórca wolnorodnikowej teorii → starzenia się, wieloletni profesor biochemii w Centrum Medycznym Uniw. Nebraski w miejscowości Omaha. Ukończył studia w zakresie chemii i medycyny na Uniw. Kalifornijskim w Berkeley, stopień doktora medycyny uzyskał na Uniw. Stanforda (1943). Przez kilka lat pracował jako chemik w koncernie Shella (Shell Oil) w Emeryville, badając reakcje wolnorodnikowe w produktach ropy naftowej, a od roku 1958 objął kierownictwo badań układu krążenia we wspomnianym Centrum Medycznym, zajmując się tam problemami starzenia na poziomie komórkowym oraz zagadnieniami → biogerontologii i gerontologii środowiskowej.

W 1955 roku Denham Harman wysunął hipotezę głoszącą, że starzenie się organizmów jest wynikiem gromadzenia się w ich komórkach uszkodzeń wywołanych przez niespecyficzne reakcje reaktywnych form tlenu (RFT); na poparcie swej hipotezy przytaczał wyniki doświadczeń dotyczących wpływu antyoksydantów dodawanych do pożywienia zwierząt doświadczalnych na ich → długość życia. Stwierdzono zwiększenie średniej długości → życia badanych myszy o ok. 20–30%, nie zwiększała się jednak ich → maksymalna długość życia. U podstaw koncepcji wolnorodnikowej starzenia Harmana (1955, 1956) leżała zatem teza, że zasadniczą przyczyną starzenia się są niekontrolowane reakcje wolnych rodników powstających w toku metabolizmu. Wolne rodniki tlenowe (WRT) mogą przyspieszać starzenie się tkanki łącznej, naczyniowej i mózgowej. W sprzyjających warunkach WRT pojawiają się w organizmie w dużych ilościach, a do warunków tych należą m.in. nieodpowiednie odżywianie się, zanieczyszczenie środowiska i promieniowanie zewnętrzne (słoneczne, elektromagnetyczne itp.). W latach następnych Harman (1972, 1983) rozszerzył swoją teorię, stwierdzając, że mitochondria są najbardziej wrażliwą częścią komórki na działanie wolnych rodników. Sugerował również, że antyoksydanty w odpowiednich stężeniach mogą potencjalnie spowolnić proces mitochondrialnego starzenia się, oraz wierzył, że życie aktywnego, zdrowego człowieka można wydłużyć od 5 do 10 lat poprzez stosowanie odpowiedniej diety bogatej w witaminę A i C, selen, oraz syntetyczne i naturalne antyoksydanty, w postaci warzyw i owoców (Strzyżewski, Pioruńska-Stolzmann, 2007).

Harman był współzałożycielem (1970) i pierwszym przewodniczącym Amer. Stow. Starzenia się (AGA), założycielem (1985) Międzynarodowego Stow. Gerontologii Biomedycznej (IABG) oraz członkiem m.in. Amer. Tow. Geriatrycznego (AGA) i Amer. Tow. Gerontologicznego (GSA).

AAZ

B: Harman, 1955, 1956, 1972, 1983; Piotrowska, Bartnik, 2014; Sołyga-Żurek, 2011; Strzyżewski, Pioruńska-Stolzmann, 2007.

O: biogerontologia, biologiczne wskaźniki starzenia się, długość życia, starzenie się.

Hayflick Leonard (1928–)
amer. anatom i biogerontolog, twórca subdyscypliny gerontologicznej – cytogerontologii, znany z określenia granicy replikacyjnego → starzenia się, nazwanej limitem lub granicą Hayflicka. Jest najbardziej znanym badaczem w dziedzinie szczepionek przeciwwirusowych mykoplazmy. Urodził się w 1928 roku w Filadelfii, tam też ukończył studia na uniw. Pensylwanii – licencjackie w roku 1951, doktoranckie w 1956. Po odbyciu stażu podoktorskiego na uniw. w Teksasie powrócił do Filadelfii, gdzie przez dziesięć lat pracował w Instytucie Wistara i przez dwa lata na uniw. Pensylwanii. W 1968 roku Leonard Hayflick objął stanowisko profesora na Uniw. Stanforda w Kalifornii, w 1982 został dyrektorem Centrum Badań Gerontologicznych na Uniw. Florydy w Gainesville, a obecnie jest emerytowanym profesorem Uniw. Kalifornijskiego w San Francisco.
W dziedzinie → biogerontologii dokonał jednego z najważniejszych odkryć: udowodnił, że komórki prawidłowe przechodzą w hodowli określoną liczbę podziałów (Hayflick, Moorhead, 1961). Odkrycie to znane jako limit Hayflicka okazało się przełomowe w badaniach procesu → starzenia się komórkowego (ang. *cell senescence*) oraz obaliło powszechne przekonanie o nieśmiertelności (zdolności do nieskończonej liczby podziałów) prawidłowych komórek, która jest cechą charakterystyczną tylko dla komórek nowotworowych. Po raz pierwszy w historii nauki, Hayflick wyhodował linie (ang. *strains*) prawidłowych fibroblastów, a niektóre z nich są ciągle wykorzystywane do badań. Najlepiej scharakteryzowana jest tzw. linia WI-38, którą nadal wykorzystuje się do badań, nie tylko w biogerontologii. Służy ona do produkcji szczepionek przeciw wirusowi *rubella*. Hayflick jako pierwszy wyprodukował doustną szczepionkę przeciw wirusowi *polio*. Wyprowadzone przez niego pierwotne linie są powszechnie wykorzystywane do produkcji szczepionek, przeciwko takim wirusom jak: *polio*, *rubella* (wirus różyczki), *varicella* (wirus ospy wietrznej), *mumps* (świnki), *rabies* (wirus wścieklizny), *adenovirus* i przeciw wirusowi zapalenia wątroby typu A [HAV]. Po raz pierwszy wykazał też, że nietypowe zapalenie płuc (tzw. *Walking Pneumonia*) jest powodowane nie przez wirusa, a mykoplazmę nazwaną *Mycoplasma pneumoniae*.
Hayflick jest redaktorem ponad dziesięciu czasopism naukowych, a przez 13 lat pełnił funkcję redaktora naczelnego „Experimental Gerontology". Jest członkiem ponad 20 towarzystw i organizacji naukowych, a w wielu z nich pełnił lub pełni funkcję członka zarządu. Między innymi był członkiem z wyboru i przewodniczącym Komitetu Wykonawczego Rady Narodowego Instytutu Starzenia (NIA) przy Narodowym Instytucie Zdrowia (NIH) w Bethesda (USA) oraz konsultantem Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Za swą działalność naukową został uhonorowany wieloma prestiżowymi amer. i międzynar. nagrodami. W 2014 roku otrzymał Nagrodę Johna Scotta (*John Scott Award from the Trustees of the City of Philadelphia*), która jest najstarszą nagrodą,przyznawaną od roku 1825 w Stanach Zjednoczonych za badania naukowe. Hayflick jest autorem 275 prac naukowych i jednym z najczęściej cytowanych na świecie naukowców (ogółem ponad 24 tys. cytowań), a cztery jego prace są cytowane w ponad 2 mln publikacji, które ukazały się w latach 1961–1978. Napisał też książkę *How and why we age* (1994), która została przełożona na kilka języków oraz wydana w Japonii, Brazylii, Hiszpanii, Niemczech, Republice Czeskiej, na Węgrzech i w Polsce (1998). Obecnie Hayflick pracuje nad teorią nieprogramowanego starzenia się, która jest oparta na drugiej zasadzie termodynamiki.

ESI

B: Achenbaum, Alber, 1995; Hayflick, 1965, 1998, 2000; Hayflick, Finch, 1977; Hayflick, Moorhead, 1961; Hayflick i współprac., 2002, 2004, 2005; Tierney, 2005.

Head Henry (1861–1940)
angielski neurolog, neuropsycholog i psychiatra, pionier prac nad somatyczną reprezentacją nerwów oraz nerwami czuciowymi. Ukończył studia medyczne w Trinity College Uniw. Cambridge, studiował również histologię i fizjologię na uniw. w Halle. Jako pierwszy wykorzystał w latach 20. XX wieku → Test Rysowania Zegara do diagnozowania → otępień. Head prowadził też badania nad → chorobą Parkinsona oraz zajmował się → afazją i zaburzeniami mowy u dzieci. Od roku 1930 był członkiem Royal Society w Londynie.

AAZ

B: Head, 1926; Jacyna, 2008.

Heller Theodor (1869–1938)
austriacki psycholog i pedagog specjalny. Jego ojciec Simon Heller (1843–1922) był dyrektorem Inst. dla Niewidomych w Wiedniu. Theodor Heller jako dziecko często przebywał ze swoimi niewidomymi

rówieśnikami. Pragnął wówczas zostać nauczycielem niewidomych. Chcąc zrealizować swoje marzenia, rozpoczął studia filozoficzne na Uniwersytecie Wiedeńskim, jednak wkrótce przeniósł się do Uniw. w Lipsku, gdzie odbył studia filozoficzne i psychologiczne oraz pod kierunkiem Wilhelma Wundta (1832–1920) przygotował rozprawę pt. *Studium z zakresu psychologii niewidomych*, na podstawie której w roku 1894 uzyskał stopień doktora. Po powrocie do Wiednia, dzięki zbiegowi kilku korzystnych okoliczności, T. Heller stworzył – dla dzieci obarczonych różnymi problemami psychicznymi – specjalny zakład pedagogiczno-leczniczy, który istniał przez 43 lata (1895–1938). Łączył w nim praktyczną działalność pedagogiczną i psychologiczną w zakresie pedagogiki specjalnej, pedagogiki leczniczej, oraz psychologii niewidomych i psychopatologii dziecka z badaniami naukowymi, których wyniki zostały zawarte w wielu pracach naukowych (Heller, 1904, 1925, 1927). Naukowiec prowadził badania zaburzeń wieku dziecięcego oraz poszukiwał sposobów pomagania dzieciom w ich rozwoju i wychowaniu. W 1908 opisał dziecięce zaburzenie dezintegracyjne, które przypominało dziecięcy autyzm, a charakteryzowało się późnym początkiem (po 3. r.ż.) oraz utratą umiejętności językowych, społecznych i motorycznych, nazwane początkowo „otępieniem dziecięcym" (łac. *dementia infantilis*), a obecnie znane jako zespół Hellera (Gibson, 1959). Był też inicjatorem i członkiem założycielem Austriackiego Tow. Badań nad Dziećmi i honorowym przewodniczącym Międzynarodowego Tow. Ortopedagogiki (1937). Po aneksji Austrii przez Rzeszę Niemiecką (1938) T. Heller został pozbawiony przez hitlerowców, kierownictwa swojego zakładu a większość wychowanków została deportowana do obozów przejściowych lub obozów zagłady. Podjął wówczas próbę samobójstwa, w wyniku której zmarł w grudniu 1938 roku (Berger, 2010)

AAZ

B: Berger, 2010; Gibson, 1959; Heller, 1904, 1905, 1925, 1927, 1929, 1933.

N: Zeidler, 2004 – Internet: http://www.edukacyjne.dyskursy…

higiena jamy ustnej u osób starszych

obejmuje zakres czynności prowadzących do zredukowania liczby drobnoustrojów patogennych w jamie ustnej u osób w → wieku podeszłym, a tym samym do utrzymania jej dobrego stanu → zdrowia. W przypadku występowania stanów patologicznych utrzymanie dobrego poziomu higieny sprzyja terapii, a często stanowi nieodzowny warunek jej powodzenia.

Zachowanie dobrego stanu zdrowia jamy ustnej należy do istotnych czynników wpływających na → jakość życia osób starszych (Moriya i współprac., 2013, MacEntee 2006; Skiba, Kusa-Podkańska, Wysokińska-Miszczuk, 2005). Jednak związane z wiekiem zmiany w organizmie powodują, że jest to cel trudny do osiągnięcia i wymaga szczególnego zaangażowania. W podeszłym wieku częstym schorzeniem jest próchnica zębów, w tym również korzeni odsłoniętych z powodu recesji dziąseł. Występuje skłonność do zapalenia przyzębia, które, nieleczone, doprowadza do utraty zębów. Wadliwie wykonane lub nieprawidłowo oczyszczane uzupełnienia protetyczne mogą stać się źródłem stanów zapalnych otaczających tkanek miękkich (Dahm, Bruhm, Le Master, 2015). W rozwoju wymienionych schorzeń jednym z istotnych czynników ryzyka jest niewłaściwa higiena jamy ustnej. Zły stan jamy ustnej może powodować wiele komplikacji w różnych dziedzinach życia. Niekorzystny wygląd uzębienia oraz przykry zapach z ust utrudniają kontakty społeczne (MacEntee, 2006), a dyskomfort i utrudnione spożywanie posiłków prowadzą do → niedożywienia [w starszym wieku] (Sumi i współprac., 2009, Dahm, Bruhm, Le Master, 2015). Nieodpowiednia higiena powoduje wzrost liczby patogenów, które mogą wywołać niebezpieczne dla → życia choroby ogólnoustrojowe, zwłaszcza w przypadku częstego w podeszłym wieku upośledzenia odporności. Połykanie lub aspirowanie drobnoustrojów z obszaru jamy ustnej i nosogardła jest czynnikiem ryzyka rozwoju → zapalenia płuc. Wśród innych → chorób mogących mieć potencjalny związek z higieną jamy ustnej znajdują się → cukrzyca i choroby sercowo-naczyniowe. W zapobieganiu wymienionym problemom istotną rolę odgrywają prawidłowo przeprowadzane zabiegi higieniczne w jamie ustnej. Ich podstawowym celem jest redukcja liczby drobnoustrojów chorobotwórczych – bakterii, grzybów i wirusów w tym środowisku (Dahm, Bruhm, Le Master, 2015). W warunkach fizjologicznych występuje równowaga między gatunkami komensalnymi a patogenami, jednak wiele czynników, w tym również zaniedbania higieniczne, może prowadzić do jej zaburzenia. Wśród drobnoustrojów bytujących w jamie ustnej dominują bakterie, które w procesie kolonizacji tworzą strukturę zwaną płytką nazębną (biofilmem). Powszechnie występujące w podeszłym wieku recesje dziąseł i odsłonięcie powierzchni korzeni sprzyjają intensywnemu odkładaniu płytki nazębnej (Knychalska-Karwan, 2009). Dobrze przeprowadzone zabiegi higieniczne usuwają

biofilm, ale już po kilku godzinach następuje jego odtwarzanie, dlatego niezwykle istotna jest systematyczność (Przybyłowska, Mierzwińska-Nastalska, 2013).

Ze względu na złożoność problemów zdrowotnych występujących w jamie ustnej osób starszych, konieczna jest kompleksowa higienizacja. W wielu wypadkach wskazana jest pomoc opiekunów lub higienistek stomatologicznych, gdyż mniejsza w podeszłym wieku sprawność manualna może znacznie obniżać efektywność wykonywanych zabiegów. Szczególnie zły stan jamy ustnej stwierdza się u pensjonariuszy → domów opieki (Zenthöfer i współprac., 2016, Makuch i współprac., 2011). Trudności w utrzymaniu prawidłowej higieny jamy ustnej mogą być związane z → chorobami przewlekłymi, m.in. neurologicznymi, układu mięśniowo-szkieletowego, zaburzeniami wzroku i słuchu czy → zaburzeniami pamięci związanymi z wiekiem (MacEntee, 2006; Zenthöfer i współprac., 2016). Problem stanowi także brak motywacji i chęci współpracy ze strony osób starszych i związana z tym rezygnacja opiekunów z wykonywania zabiegów oczyszczających w jamie ustnej. Konieczna jest edukacja tej grupy osób, ponieważ niska świadomość i zaniedbania z ich strony mogą powodować stopniowe pogarszanie się stanu jamy ustnej u podopiecznych (Przybyłowska, Mierzwińska-Nastalska, 2013; Dahm, Bruhm, Le Master, 2015).

Podstawowym zabiegiem higienicznym u osób mających naturalne uzębienie oraz stałe uzupełnienia protetyczne jest szczotkowanie, które w sposób mechaniczny usuwa płytkę bakteryjną. Zaleca się przy tym użycie pasty do zębów z fluorem wzmacniającym szkliwo. Rodzaj szczoteczki powinien być dobrany indywidualnie do potrzeb pacjenta. Należy uwzględnić jej wielkość, twardość włosia oraz kształt rękojeści ułatwiający dobre utrzymanie. Osobom o małej sprawności manualnej poleca się szczoteczki o miękkim włosiu. Duże ułatwienie stanowią szczoteczki elektryczne, same wykonujące odpowiednie ruchy oczyszczające. Zalecana jest jednak ostrożność, gdyż nieumiejętne manipulowanie pracującym urządzeniem może uszkodzić błonę śluzową. W przypadku trudności można wykorzystać specjalne szczoteczki o włosiu nachylonym pod różnymi kątami, umożliwiające szybkie i jednoczesne oczyszczenie kilku powierzchni (Gerreth, 2013). Szczególną trudność sprawia usuwanie płytki z przestrzeni międzyzębowych, ze względu na wydłużenie koron klinicznych zębów spowodowane obnażeniem korzeni. Do dokładnego oczyszczenia tych obszarów konieczne jest użycie środków pomocniczych, takich jak szczoteczki międzyzębowe, nici dentystyczne czy wykałaczki, wymaga to jednak dość dużej sprawności manualnej (Knychalska-Karwan, 2009). W przypadku problemów związanych z ich używaniem, pomocne może być przepłukiwanie przestrzeni międzyzębowych, np. przy użyciu irygatora.

Osobnym zagadnieniem jest utrzymanie w czystości ruchomych protez, często stosowanych przez osoby starsze. Chropowatość powierzchni płyty akrylowej, podwyższona temperatura i wilgotność panujące pod jej powierzchnią, stwarzają dobre warunki rozwoju drobnoustrojów, zwłaszcza grzybów *candida albicans*. Grzybica jamy ustnej jest więc częstym problemem w przypadku złej pielęgnacji protez (Przybyłowska, Mierzwińska-Nastalska, 2013). Zaleca się ich oczyszczanie po każdym posiłku przy użyciu miękkiej szczoteczki i odpowiedniej pasty. Dodatkowo można użyć tabletek czyszczących. W nocy należy przechowywać protezę w suchym i przewiewnym miejscu.

W celu dokładnego usunięcia resztek pożywienia z jamy ustnej oczyszcza się tkanki miękkie za pomocą szczoteczki o miękkim włosiu (A. Felton, Chapman, S. Felton, 2011). Należy również zwrócić uwagę na higienę języka, gdyż jego powierzchnia podlega intensywnej kolonizacji przez bakterie i grzyby. Skuteczne w tym wypadku jest zastosowanie specjalnych skrobaczek (Jańczuk, Kaczmarek, Lipski, 2014).

Oprócz mechanicznego usuwania biofilmu do jego kontroli wykorzystuje się środki chemiczne. Należy do nich chlorheksydyna o działaniu przeciwbakteryjnym, przeciwgrzybiczym i przeciwwirusowym. Można ją stosować w postaci płukanki, a w przypadku trudności z płukaniem i wypluwaniem – w formie żelu 0,2%. (Sharif-Abdullah i współprac., 2016; Gerreth, 2013).

Osoby starsze powinny mieć w miarę możliwości zapewniony dostęp do regularnych, profesjonalnych zabiegów higienizacyjnych, takich jak usuwanie kamienia nazębnego, oraz do okresowych kontroli stomatologicznych (Knychalska-Karwan, 2009). Dbałość o stan jamy ustnej, a także prawidłowe i systematyczne wykonywanie zabiegów higienicznych istotnie wpływają na dobrą ogólną → sprawność funkcjonalną i mogą znacznie poprawić komfort życia osób w podeszłym wieku.

KH, MDOB

B: Dahm, Bruhm, Le Master, 2015; A. Felton, Chapman, S. Felton, 2011; Gerreth, 2013; Jańczuk, Kaczmarek, Lipski, 2014; Knychalska-Karwan, 2009; MacEntee, 2006; Makuch i współprac., 2011; Moriya i współprac., 2013; Przybyłowska, Mierzwińska-Nastalska, 2013; Sharif-Abdullah i współprac., 2016; Skiba, Kusa-Podkańska, Wysokińska-Miszczuk, 2005; Sumi i współprac., 2009; Zenthöfer i współprac., 2016.

N: http://mmdent.waw.pl…
O: stomatologia geriatryczna.
TK: ang. *oral hygiene* of *elderly people*, fr. *hygiène bucco-dentaire des personnes âgées*, hiszp. *higiene dental del ancianos*, niem. *Mundhygiene der älteren Menschen*, ros. *гигиена полости рта и зубов для пожилых*.

higiena wieku starczego (gerokomia)

to higiena w życiu codziennym człowieka będącego w okresie pełnej i późnej → starości. Polega na tworzeniu i utrzymaniu zdrowych warunków → życia, optymalnej sytuacji bytowej, racjonalnym odżywianiu, dbałości o czystość i estetykę osobistą oraz otoczenia. Składa się na nią zespół czynników środowiskowych wpływających na psychiczne, fizyczne i społeczne samopoczucie oraz sferę duchową człowieka w okresie starości. Zakłada możliwie jak najdłuższe podtrzymywanie okresu niezależności funkcjonalnej, zapobieganie niesprawności, niedołęstwu psychofizycznemu, obniżeniu funkcji poznawczych, samotności i osamotnieniu, powikłaniom jatrogennym lub je łagodzi. Osoba przestrzegająca tak pojmowanej higieny aktywnie spędza → czas wolny, łatwiej też buduje pozytywne relacje z otoczeniem. Higiena wieku podeszłego to także korzystanie z systemu → opieki nad osobami starszymi oraz podejmowanie działań, które będą opóźniały rozpoczęcie korzystania ze świadczeń medycznych i opiekuńczych.

MST

O: gerohigiena.
TK: ang. *gerocomia*, fr. *hygiène de la vieillesse*/*gérontocomie*, hiszp. *higiene de las personas de edad avanzada*, niem. *Altershygiene*/*Gerokomie*, ros. *геронтогигена*/*гигена старческого возраста*.

hipertermia

oznacza podwyższenie temperatury ciała lub działanie podwyższonej w stosunku do normy temperatury środowiska zewnętrznego, które utrudnia procesy odprowadzania ciepła z ustroju do otoczenia. Hipertermia znacznie obciąża mechanizmy termoregulacji i może spowodować podwyższenie temperatury ciała, zakłócając w ten sposób homeostazę, zaś w przypadkach krańcowych może doprowadzić do przegrzania ustroju i → udaru cieplnego. Szczególnie narażone na przegrzanie są osoby z niedostateczną sprawnością tkanek i układów biorących udział w regulacji termicznej, np. niemowlęta, osoby w → wieku podeszłym, chorzy z niewydolnością krążenia, osoby niedożywione, po urazach ośrodkowego układu nerwowego (OUN) oraz osoby pracujące fizycznie w wysokiej temperaturze otoczenia.

AAZ

O: hipotermia, homeostaza a starzenie się, udar cieplny.
S: nadmierny wzrost ciepłoty, przegrzanie.
TK: ang. *hyperthermia*, fr. *l'hyperthermie*, hiszp. *la hipertermia*, niem. *Hyperthermie*, ros. *гипертермия*.

hipokineza (hipokinezja)

– termin pochodzący od grec. źródłosłowów: *υπό* [hipo] – obniżenie i *κίνησις* [kinesis] – ruch (zatem *υποκίνηση* [hipokinese] to bezczynność ruchowa), używany jest w różnych znaczeniach. *The Oxford Dictionary of Sport Science and Medicine* (Kent, 1994) określa hipokinezę jako stan charakteryzujący brak lub znaczne ograniczenie → aktywności fizycznej. Stan ten jest niezależnym czynnikiem ryzyka powstania i rozwoju tak rozpowszechnionych → chorób jak: choroba wieńcowa serca, niektóre postaci raka, → cukrzyca typu 2., → otyłość, → osteoporoza, → nadciśnienie tętnicze, bóle dolnej części grzbietu, → depresja [i zaburzenia nastroju], → zespół słabości. W *Wielkim słowniku medycznym* (Komender i współprac., 1996) podkreśla się, że uogólnione lub ograniczone spowolnienie i zaburzenie ruchów może mieć również przyczyny w uszkodzeniu zwoju podstaw mózgu i ośrodków ruchowych lub dróg nerwowych. Zmiany charakterystyczne dla hipokinezy towarzyszą też niektórym schorzeniom psychicznym, → chorobie Parkinsona, pląsawicy Huntingtona, a także → udarowi mózgu, schizofrenii i hyperammonemii, będącej zaburzeniem metabolicznym, charakteryzującym się zwiększonym ponad dopuszczalny poziom stężeniem amoniaku w surowicy krwi.
Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) wskazywała, że 23% osób dorosłych powyżej 18. r.ż. nie jest aktywnych fizycznie w stopniu zadowalającym (dane z roku 2010). W grupie osób z wyższymi dochodami – 26% mężczyzn i 35% kobiet – nie było dostatecznie aktywnych fizycznie, a w grupie osób niżej zarabiających ten odsetek wynosił odpowiednio: 12% (M) i 24% (K). Zaobserwowano też, że niski poziom aktywności fizycznej koresponduje z ogólnie wyższym produktem krajowym brutto w danym kraju, wzrostem → czasu wolnego i częstszym korzystaniem ze środków transportu (*World*…, 2010). Zgodnie z obecnymi zaleceniami podstawowym wskazaniem dla osób starszych jest 150 min. umiarkowanej aktywności aerobowej (np. szybkiego marszu) każdego tygodnia oraz

dwa lub trzy razy w tygodniu ćwiczenia wzmacniające główne grupy mięśniowe (WHO…, 2010). Centrum Zwalczania i Zapobiegania Chorobom (*Centers for Disease Control and Prevention*) wskazuje, że pomiędzy 65. a 74. r.ż. aktywnych jest 34%, a powyżej 75. r.ż. ćwiczy dość regularnie już jedynie 17% osób. Dość powszechne jest też przekonanie, że „ćwiczenia fizyczne są najważniejszą aktywnością sprzyjającą → zdrowiu ludzi starszych" (Guccione, Wong, Avers, 2012).

Z badań nad skutkami ograniczenia lub braku aktywności fizycznej wynika, że dla hipokinezy są charakterystyczne (Bouchard, Blair, Haskell, 2007; Osiński, 2013):

- **atrofia mięśni** – zmniejszenie siły i wytrzymałości mięśniowej, gorsze unaczynienie, obniżenie poziomu substratów energetycznych, gorsze możliwości funkcjonalne, u osób starszych gorsza koordynacja i równowaga oraz zwiększone ryzyko → upadków [w podeszłym wieku];
- **osteoporoza** – obniżenie mineralizacji tkanki kostnej, bóle i złamania kości, resorpcja wapnia z kości, spadek masy kostnej;
- **pogorszenie funkcji metabolicznych i obniżenie przemiany materii** – ryzyko cukrzycy 2. typu, zwiększenie tkanki tłuszczowej i ryzyko otyłości, podniesienie poziomu frakcji LDL → cholesterolu we krwi, pogorszenie tolerancji glukozy, zakłócenie funkcji trawiennych i rytmu jelitowego;
- **zmniejszenie odporności swoistej i odporności nieswoistej ustroju** – obniżenie liczby i aktywności komórek obronnych (typu NK – ang. *natural killers*), częściej występują infekcje, zwiększone ryzyko np. raka piersi, prostaty, jelita grubego, płuc i macicy, zwiększenie zachorowalności i częstości zgonów;
- **spadek wydolności fizycznej** – zmniejszenie maksymalnej wentylacji płuc, zmniejszenie pojemności życiowej płuc i pogorszenie wymiany gazowej;
- **zwiększone ryzyko schorzeń sercowo-naczyniowych** – rozwój nadciśnienia tętniczego i choroby wieńcowej, zwiększone ryzyko powstawania blaszek miażdżycowych, gorsze funkcje sercowo-płucne, pogorszenie inotropizmu, zwiększenie sztywności tętnic, ryzyko niedokrwienia mięśnia sercowego;
- **negatywny wpływ na → zdrowie psychiczne i sprawność umysłową** – zakłócone funkcje poznawcze, ryzyko → otępienia (demencji), wzrost poziomu lęku i depresji, pogorszenie samopoczucia, skłonność do → stresu, niska samoocena, gorsza jakość snu, skłonność do zwiększonego przyjmowania leków.

Wraz z procesami → starzenia się obserwuje się daleko idące zmiany destrukcyjne we wszystkich narządach ustroju. Brak systematycznej i racjonalnej aktywizacji poprzez wysiłek fizyczny oraz powszechna sedenteria trybu → życia wybitnie przyspiesza i nasila niektóre zjawiska. W 7. dekadzie życia zdolności adaptacyjne układu sercowo-naczyniowego znacznie się zmniejszają, a u wielu osób dość wcześnie zachodzą procesy miażdżycowe tętnic, odkładają się złogi wapnia, gromadzi się niepożądany cholesterol, dochodzi do utraty elastyczności ścian naczyń. Mięsień sercowy jest gorzej utleniony i odżywiony, maleje wydolność, występują daleko idące zmiany degeneracyjne. Z wiekiem zachodzą w układzie oddechowym liczne destrukcyjne procesy, w wyniku których zmniejsza się pojemność życiowa płuc, pogarsza dyfuzja gazów, występuje ograniczona ruchomość klatki piersiowej i mniejsza elastyczność tkanki płucnej. W układzie ruchu nasila się atrofia mięśni i zmniejsza się siła mięśniowa, maleje liczba włókienek mięśniowych, zmniejsza się zawartość wapnia i potasu – ważnych dla mechanizmu skurczu mięśniowego, maleje sieć naczyń włosowatych. Jeszcze bardziej nasilone są zmiany w układzie kostno-stawowym, gdzie obniża się z wiekiem czynność osteoblastów, narasta istota gąbczasta, następuje demineralizacja kości, obniżenie gęstości mineralnej kości i tym samym wzrasta ryzyko złamań; dużemu osłabieniu ulega aparat więzadłowo-torebkowy. Systematycznie następują też zmiany w układzie nerwowym, gdzie obserwuje się zanik wielu komórek i włókien nerwowych, występują zaburzenia układu neurowegetatywnego, pogorszenie hemodynamiki mózgu i stopniowe obniżenie → pamięci oraz sprawności czynności umysłowych.

Hipokineza może bardzo obniżać sprawność procesów odpornościowych i ich skuteczność w zwalczaniu chorób poprzez redukcję komórek wzmacniających system immunologiczny. Na il. 1. przedstawiono odwróconą krzywą J, która ilustruje poziom sprawność układu odpornościowego w zależności od intensywności ćwiczeń fizycznych. Najkorzystniejsza jest umiarkowana intensywność ćwiczeń, która wzmaga działanie układu odpornościowego, zwiększa liczbę aktywnych komórek obronnych (ang. *natural killers*), ogranicza ryzyko m.in. chorób układu krążenia, nowotworów piersi, prostaty i jelita grubego, zmniejsza liczbę przeziębień, skraca czas leczenia chorób zakaźnych i ogólnie poprawia → jakość życia. Natomiast osoby starsze zbyt intensywnie ćwiczące mogą być szczególnie narażone na ryzyko zaburzeń układu odpornościowego. Podejmowaniu aktywności fizycznej może nie sprzyjać wiele barier o charakterze zdrowotnym, ekonomicznym, kulturowym, psychologicznym i archi-

tektonicznym. Poniżej wymieniono niektóre spośród nich (Bouchard, Blair, Haskell, 2007; Guccione, Wong, Avers, 2012):

- brak → aktywnego stylu życia w przeszłości, ograniczone kontakty społeczne, osobowość introwertyczna;
- palenie papierosów, picie alkoholu, nadużywanie leków;
- nadwaga lub fizyczne ograniczenia sprawności;
- → choroba przewlekła;
- brak współuczestnictwa partnera w ćwiczeniach;
- brak wsparcia → rodziny, rówieśników, konflikty w rodzinie;
- zbyt intensywne ćwiczenia;
- brak zaleceń, wsparcia i informacji ze strony lekarza rodzinnego;
- złe doświadczenia wyniesione z uczestnictwa w obowiązkowym programie wychowania fizycznego w szkole czy na uczelni;
- stała opieka nad wnukami;
- niska → emerytura i słaby status ekonomiczny;
- podejmowanie dodatkowej pracy;
- niski poziom wykształcenia i mała wiedza o znaczeniu aktywności fizycznej; przynależność do grupy społecznej (etnicznej), w której aktywność fizyczną uznaje się za mało istotną;
- brak lub utrudniony dostęp do obiektów i urządzeń, w tym brak informacji (promocji).

Hipokineza może prowadzić do przyspieszonej → niepełnosprawności oraz utraty życiowej samodzielności. Istnieją podstawy do obaw, że sedenteria trybu życia może sprzyjać obniżaniu się zdolności poznawczych (intelektualnych), funkcji motorycznych oraz sprawności podstawowych zmysłów wzroku i słuchu. Poszukując mechanizmów, które mogą objaśnić ten związek, trzeba zwrócić uwagę na lepszy przepływ krwi do mózgu oraz obniżone ciśnienie skurczowe krwi, niższy poziom lipidów (cholesterolu i triglicerydów), hamowanie sklejania się płytek krwi oraz zwiększony metabolizm mózgu u ćwiczących starszych osób (Morgenthal, 2001; Shephard, 2007). Z pewnością też sedenteria trybu życia obniżać może stężenie neuroprzekaźników: dopaminy, serotoniny, noradrenaliny oraz w efekcie zwiększać skłonność do stanów depresyjnych i ogólnego obniżenia samopoczucia (Shephard, 2007).

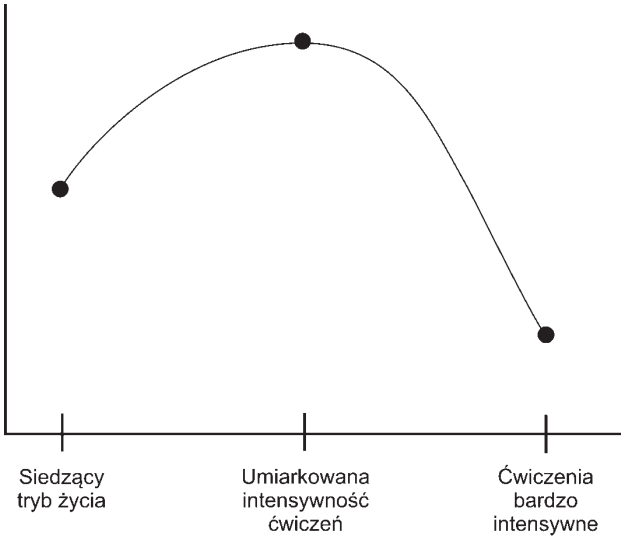
Ograniczeniom w podejmowaniu aktywności fizycznej w wieku starszym sprzyjają mocno utrwalone w kulturze mity, takie jak (Chodzko-Zajko, 2005):

- Mit 1. Aby podejmować ćwiczenia, trzeba być zdrowym.
- Mit 2. Jestem zbyt stary, aby zacząć ćwiczyć.
- Mit 3. Ćwiczenie wymaga specjalnego ubioru i wyposażenia.
- Mit 4. Trzeba unikać wszelkiego bólu i wysiłku.
- Mit 5. Jestem zbyt zajęty, aby ćwiczyć.

W Polsce mamy do czynienia z wyraźnym niedocenianiem roli aktywności fizycznej w profilaktyce zdrowotnej. Jeszcze w 2006 roku na terenie Warszawy w sposób zorganizowany i w miarę systematycznie aktywność fizyczną podejmowało jedynie ok. 1% osób starszych (Kozdroń, 2006). Aktywność fizyczna osób starszych jest zbyt często kojarzona jedynie z działalnością rehabilitacyjną (szpitalną bądź sanatoryjną) i niesłusznie traktuje się ją tylko jako część medycyny klinicznej.

WJO

B: Bouchard, Blair, Haskell, 2007; Chodzko-Zajko, 2005; Guccione, Wong, Avers, 2012; Kent, 1994; Komender i współprac., 1996; Kozdroń, 2006; Morgenthal, 2001; Osiński 2013; Shephard, 2007.
D: *World*…, 2010.
O: gerokinezjologia, hipokineza a starzenie się, kinezyterapia.
S: bezczynność ruchowa, niedoruchliwość mięśniowa, sedenteria.
TK: ang. *hipokinesia/hipokinesis*, fr. *hypocinésie*, hiszp. *hipokinesia/hipooquinesia/hipocinesia*, niem. *Hypokinese/Hypokiniesie*, ros. *гипокинезия*.



Il. 1. Aktywność fizyczna a odporność organizmu. Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Bouchard C., Blair S.N., Haskell W. L. (eds.), *Physical activity and health*. Champaign, IL 2007.

hipokineza (hipokinezja) a starzenie się

pochodzące od grec. źródłosłowu (*υπό* [hipo] – z dołu, obniżenie, *κίνησις* [kinesis]– ruch) określenie → „hipokineza" oznacza zmniejszoną ruchliwość i/lub ograniczenie → aktywności fizycznej, spowodowa-

ne np. → chorobą. Czasem określana jako patologiczne ubóstwo ruchów połączone ze spowolnieniem. Hipokineza, czyli coraz bardziej spoczynkowy tryb życia – charakterystyczny obecnie dla wielu społeczeństw – przyspiesza zmiany starcze. Ludzie nią dotknięci są bardziej zaawansowani pod względem → wieku biologicznego w stosunku do ich → wieku chronologicznego (Zych, 2001, 2017).

Hipokineza a starzenie się

Ograniczenie aktywności ruchowej w każdym wieku powoduje negatywne zmiany strukturalne i czynnościowe. Badania doświadczalne wykazują, że ograniczenie aktywności fizycznej powoduje szybsze → starzenie się organizmu. W → starości może pojawiać się zespół hipokinetyczny, oznaczający bardzo wiele negatywnych objawów i następstw niedostatecznej aktywności ruchowej. Syndrom hipokinetyczny występuje w dwóch postaciach: braku kondycji fizycznej → seniora lub unieruchomienia osób starszych z powodu choroby lub urazu.

Przyczyn powodujących mniejsze lub większe ograniczenie aktywności fizycznej u osób starszych jest bardzo wiele. Przejście na → emeryturę to okres zmiany → stylu życia na mniej aktywny. Wiele schorzeń geriatrycznych często wymaga w okresie leczenia **unieruchomienia**, a więc istotnego ograniczenia aktywności fizycznej. Równie ważne są też: strach przed nadmiernym wysiłkiem fizycznym oraz bólem, lęk przed upadkami (zaburzenia widzenia, równowagi, wcześniejsze urazy związane z upadkami), strach przed kolejnymi incydentami neurologicznymi (→ zawał mięśnia sercowego lub → udar mózgu), → depresja [i zaburzenia nastroju] czy przyjmowane leki oraz niewystarczająca edukacja dotycząca hipokinezy.

W → wieku podeszłym nawet relatywnie krótka bezczynność ruchowa może doprowadzić do wielu powikłań i negatywnych dla organizmu skutków. Zmiany będące efektem bezczynności ruchowej nakładają się na zmiany inwolucyjne, często potęgując ich intensywność i przebieg. U chorych hospitalizowanych mogą nakładać się również objawy dodatkowych chorób (→ wielochorobowość), co w konsekwencji może utrudnić proces diagnostyczno-terapeutyczny i pogarszać rokowania. Często konieczne jest ograniczenie możliwości terapeutycznych do takich metod, które umożliwiają szybką mobilizację starszych pacjentów (np. endoprotezoplastyka stawu biodrowego po złamaniu szyjki kości udowej zamiast leczenia zachowawczego). Równie ważna jest szybkość podjęcia decyzji o interwencji chirurgicznej oraz wczesna → rehabilitacja ograniczająca do niezbędnego minimum czas pozostawania pacjenta w łóżku.

Długotrwała hospitalizacja i brak → aktywności fizycznej zmniejszają ogólny metabolizm organizmu, co w konsekwencji prowadzi do pogorszenia wydolności czynnościowej wszystkich narządów. Obniżenie pułapu tlenowego (VO_2max) często traktuje się jako miarę zmniejszenia sprawności czynnościowej układu sercowo-naczyniowego pod wpływem hipokinezji (zmniejszenie metabolizmu, obniżenie ciśnienia hydrostatycznego). Już 10–20-dniowe unieruchomienie w łóżku to zmniejszenie VO_2max o 7,5%, po 42 dniach o 16,6% z obniżeniem objętości wyrzutowej serca o 30,9%, zmniejszeniem pojemności minutowej serca o 30,8%, a ilości hemoglobiny o 8,6%. Przyspieszenie czynności serca wynosi jedno uderzenie na dwa dni unieruchomienia w łóżku. Objętość krwi zmniejsza się o 7%. Konsekwencją tych zmian jest obniżenie wydolności serca, zła tolerancja wysiłku, zawroty głowy, omdlenia (Akima i współprac., 2001).

Już bardzo krótkie unieruchomienie pacjenta geriatrycznego i hipokineza powodują fizyczne i psychiczne reakcje adaptacyjne organizmu:

- niekorzystne reakcje ortostatyczne (zawroty głowy, zaburzenia widzenia, równowagi, omdlenia) wywołujące u pacjenta niechęć do podejmowania prób wstawania z łóżka;
- zmniejszenie napięcia mięśni szkieletowych i osiowego obciążenia na kręgosłup i kończyny dolne;
- zmniejszenie wydatku energetycznego;
- zmianę impulsacji narządu przedsionkowo-ślimakowego;
- niekorzystne zmiany psychofizjologiczne (→ stres).

Długotrwała hipokinezja wywołuje natomiast całą gamę niekorzystnych zmian klinicznych:

- stawy: atrofia struktur stawowych, ograniczenie ruchomości, przykurcze, a nawet usztywnienie stawów, obrzęki stawów;
- atrofia mięśni, osłabienie siły mięśniowej;
- kości: → osteoporoza z unieruchomienia, osłabienie wytrzymałości, zagrożenie złamaniami;
- układ moczowy: → [inkntynencja] nietrzymanie zwieraczy w postaci nietrzymania moczu, infekcje;
- serce: zmniejszenie rezerwy objętości wyrzutowej, spoczynkowa, powysiłkowa, tachykardia;
- układ sercowo-naczyniowy: zwiększenie lepkości krwi, hipotonia ortostatyczna, zakrzepowo-zatorowe zapalenie żył;
- płuca: niedodma, → zapalenie płuc, zatorowość płucna;

- układ pokarmowy: niedożywienie, zaparcia;
- skóra: atrofia, → odleżyny;
- stan psychiczny: lęk, niepokój, agresja, dezorientacja, → majaczenie i stany splątaniowe, depresja;
- zmiany metaboliczne: zmiany w składzie ciała, ujemny bilans azotowy, zaburzenia gospodarki węglowodanowej (nietolerancja glukozy), zmiany w zakresie farmakokinetyki (J. Kostka, T. Kostka, 2011).

Zasygnalizowany niekorzystny wpływ bezczynności (hipokinezy) na zmiany fizyczne oraz psychiczne związany jest również z istotnym pogorszeniem → jakości życia osób starszych. Zmiany te ograniczają bowiem samodzielność nawet w zakresie → czynności życia codziennego, powodując duże ograniczenia niezależności seniorów. Problem ten dotyczy dużej części społeczeństwa, ponieważ niedobór ruchu niezbędnego dla prawidłowego funkcjonowania jest czynnikiem ryzyka wielu chorób, takich jak: → nadciśnienie tętnicze, → choroba niedokrwienna serca, udary mózgu, → cukrzyca, choroby i urazy narządu ruchu, osteoporoza, otyłość i wiele in.

AS

B: Akima i współprac, 2001; J. Kostka, T. Kostka, 2011; Zych, 2001, 2017.

N: http://www.medme.pl/…

O: aktywność fizyczna, hipokineza.

S: bezczynność ruchowa a starzenie się.

TK: am. *hypokinesia and aging*, ang. *hypokinesis and ageing/hypokinesis and growing old*, fr. *hypokinésie et vieillissement*, hiszp. *hipocinesia e envejecimiento/hipocinesia e senescentia*, niem. *Hypokinese und Altern/Hypokinesie und Altern*, ros. *гипокинезия и старение*.

Hipokrates [Hippokrates] z Kos [grec. Ἱπποκράτης] (460 p.n.e.–377 p.n.e.)

lekarz grec., najwybitniejszy lekarz starożytności, obdarzony mianem „ojca medycyny", autor słów przysięgi lekarskiej, prekursor współczesnej → geriatrii i → muzykoterapii – stosował muzykę w przypadkach chorób psychicznych, oraz twórca pierwszych medycznych hipotez dotyczących przyczyn → starzenia się. Pochodził z rodziny Asklepiadów, którzy z pokolenia na pokolenie przekazywali umiejętności leczenia. Sztuki tej Hipokrates nauczył się od swojego ojca. Wiele podróżował, leczył i uczył się leczyć od innych. Był przedstawicielem hellenistycznej sztuki leczenia oraz autorem pism o anatomii, patologii, chirurgii, zabiegach lekarskich, terapii uporczywej, ginekologii i położnictwie. Podążając tropami Empedokresa (ok. 494 p.n.e.–ok. 434 p.n.e.), Hipokrates rozwinął koncepcję czterech humorów, którym odpowiadają cztery kosmiczne żywioły: powietrze, ziemia, ogień i woda. Według niego prawidłowy stosunek ilościowy czterech płynów (krwi, żółci, czarnej żółci wytwarzanej w śledzionie oraz śluzu) był gwarantem → zdrowia, zaś przewaga któregoś z nich miała powodować → chorobę. Uważał, że proces starzenia się polega na utracie ciepła i wilgoci, pisał bowiem: „Ciała w okresie wzrostu posiadają największą ilość wewnętrznego ciepła. Potrzebują więc najwięcej pokarmu, w przeciwnym bowiem razie ciało słabnie. U starych ludzi ciepła jest niewiele, potrzebują więc, rzecz można, mało paliwa dla potrzymania płomienia, bo nadmiar mógłby go zagasić. Z tego powodu gorączka u starych ludzi nie jest tak silna, bo ich ciało jest zimne" (Minois, 1995). Dodawał: „O ile → starość jako taka nie stanowi choroby, o tyle sprzyja chorobom, ciało bowiem jest mniej odporne". Do głównych schorzeń właściwych starości Hipokrates zaliczył: duszność, śluzotoki nosa i jelit, nieżyty oskrzelowe, cierpienia stawów, choroby nerek, zawroty głowy, wylewy, bezsenność, bóle żołądka, osłabienie wzroku i słuchu, oraz choroby nosa (*Hipokratesa Aforyzmy*…, 1864). Chcąc przedłużyć starość, zalecał umiar w odżywianiu i ćwiczenia fizyczne, które „wzmacniają, a nieczynność osłabia ciało". Jako lekarstwo na utratę ciepła i wilgoci Hipokrates radził stosować ciepłe kąpiele i pić wino (Minois, 1995).

AAZ

B: Aszyk, 2008; *Hipokratesa Aforyzmy*…, 1864; Minois, 1995.

O: Arystoteles, platońska wizja starości, starość, starzenie się.

hipotermia

to stan charakteryzujący się obniżeniem temperatury ciała poniżej normy lub wpływ obniżonej temperatury otoczenia na ustrój człowieka w warunkach dyskomfortu cieplnego, gdy bilans wymiany ciepła kosztem jego produkcji przesuwa się w kierunku deliberacji, która oznacza, że produkcja ciepła jest mniejsza niż jego straty. Jeśli stan ten nie zostanie szybko wykryty i wyleczony, może spowodować trwałe uszkodzenie organów, a nawet → śmierć.

U osób z zaburzeniami termoregulacji, zwykle starszych, do nadmiernego ochłodzenia ciała może dojść w sytuacjach pozornie niestwarzających zagrożenia. Zdarza się np., że mało sprawny człowiek starszy, przechodząc przez nieogrzany pokój, przewraca się i nie mogąc wstać, pozostaje kilka godzin na pod-

łodze. Wówczas może dojść do hipotermii z następową śpiączką.
Temperatura ciała poniżej 35°C może być sklasyfikowana jako: łagodna, lekka hipotermia w przypadku temperatury w granicach od 32,2°C do 35°C, umiarkowana hipotermia – od 27°C do 32,1°C, oraz poważna hipotermia, gdy temperatura ciała spada poniżej 27°C. Do podstawowych objawów hipotermii zalicza się płytki oddech, drgawki ciała, spowolnienie mowy i zwolnioną reakcją na bodźce.
Na hipotermię narażone są osoby niedożywione, wyniszczone → chorobami przewlekłymi, po znacznej utracie krwi i/lub z uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego (OUN), a także ludzie starsi, ponieważ reakcja ich ciała na zimno może być ograniczona w wyniku różnych → chorób, np. → cukrzycy lub leków, które przyjmują. Poza tym, osoby w → wieku podeszłym bywają mniej aktywne, a ich organizmy wytwarzają mniej ciepła, w konsekwencji → seniorzy mogą doświadczyć hipotermii nawet przy przebywaniu na relatywnie łagodnym chłodzie, przy niewielkim spadku temperatury. Należy odróżnić hipotermię od przegrzania, czyli → hipertermii, który to stan charakteryzuje się zbyt wysoką temperaturą ciała.

AAZ

O: hipertermia.
S: stres na skutek zimna, wychłodzenie ciała.
TK: ang. *hypothermia*, fr. *l'hypothermie*, hiszp. *hipotermia*, niem. *Hypothermie*, ros. *гипотермия*.

hipoteza babci („efekt babci")

– to próba wyjaśnienia przez przedstawicieli biologii ewolucyjnej zagadki → menopauzy, czyli długiego życia kobiety po zakończeniu okresu rozrodczego. Rozważania, dlaczego w historii gatunku ludzkiego pojawiła się menopauza, podejmowane są od połowy XX wieku. Hipoteza babci zaproponowana została przez Georga Christophera Williamsa (1926–2010) w książce *Adaptation and natural selection* [*Adaptacja a dobór natu*ralny] z roku 1966 i popularyzowana przez innych autorów: starzejący się organizm ma mniejsze szanse wychować zdrowego potomka niż młodszy, toteż samica lepiej zainwestuje we własne geny, wspomagając w rozmnażaniu córkę i pomagając jej w opiece nad wnukami. Zgodnie z hipotezą babci, zaprzestanie rodzenia dzieci zwiększa pośrednio sukces reprodukcyjny, gdyż pozwala na zainwestowanie swoich zasobów w pomoc innym matkom opiekującym się dziećmi. Matkami tymi są zwykle córki lub inne bliskie krewne, a więc przetrwanie ich dzieci zwiększa szansę na przekazanie większej liczby kopii własnych genów następnym pokoleniom.
Pochodzenie menopauzy próbuje wyjaśnić również hipoteza matki (ang. *the mother hypothesis* or *good mother hypthesis*), która opiera się na założeniu, że rodzenie dzieci do późnej starości jest czynnikiem mającym wpływ na czas przeżywalności matki i już urodzonych dzieci, którymi się ona opiekuje. Ciąże w starszym wieku zwiększają ryzyko poronienia lub martwych urodzeń, a u płodu mogą częściej występować wady rozwojowe. Menopauza ogranicza sytuacje, w których ryzyko związane z rodzeniem dzieci w późnym wieku nie zaowocuje właściwym zyskiem posiadania licznego, w pełni zdrowego potomstwa. Starsze kobiety, pomagając swoim córkom w opiece nad dziećmi, przyczyniają się do obniżenia wieku urodzenia przez nie pierwszego dziecka, skrócenia → czasu między urodzeniami kolejnych dzieci, odciążenia karmiącej córki od sprawowania opieki nad pozostałymi dziećmi. Umożliwiają w ten sposób sukces reprodukcyjny nosicielek własnych genów, które mogą dzięki temu zajść w kolejną ciążę przed osiągnięciem znacznego stopnia samodzielności przez poprzednie dziecko (hipoteza wtórnej bezradności – ang. *the altriciality-lifespan hypothesis*).
Koncepcja adaptacyjnej roli menopauzy zakłada, że zakończenie okresu płodności usuwa ryzyko → śmierci matki przy kolejnym porodzie i ogranicza przychodzenie na świat dzieci w gorszym stanie zdrowia. Ewolucyjne pojawienie się menopauzy rzutowało na sukces reprodukcyjny poprzez bezpośrednie (hipoteza matki i bezradności) lub pośrednie (hipoteza babki) zwiększanie szansy na przeżycie już urodzonych dzieci.
Przedstawione hipotezy były krytykowane przez wielu naukowców. Trudność weryfikacji hipotezy babki polega na braku pełnej ilościowej analizy wielkości ryzyka, jakie stwarza zaawansowany wiek matki dla przeżywalności i sukcesu reprodukcyjnego już urodzonych dzieci. Dopiero znając tę wartość, można byłoby ocenić, czy koszty kontynuowanej z wiekiem rozrodczości mogą być tak wysokie, aby dobór faworyzował kobiety kończące wcześniej swój okres rozrodczy. Dałoby to też wyobrażenie o tym, jak długo kobiety powinny żyć po zakończeniu własnej reprodukcji dla zapewnienia sukcesu reprodukcyjnego swoich dzieci. Ostatecznie pozwoliłoby to przyjąć lub odrzucić hipotezę, że względnie długie → życie kobiet po zakończeniu reprodukcji wyewoluowało z powodu konieczności wydłużenia opieki matczynej nad bezradnym dzieckiem.

Obserwowane u współczesnych kobiet oddalanie w czasie decyzji o urodzeniu pierwszego dziecka sprawia, że przedział czasu, jaki może być poświęcony na macierzyństwo, może ulegać skróceniu. Liczba urodzonych dzieci może być mniejsza, co ograniczy sukces reprodukcyjny kobiet. Wówczas korzystniejsze byłoby przesunięcie na później wieku osiągania menopauzy. Za sygnały tego potencjalnego zjawiska można uznać dane demograficzne, które wskazują na późniejszy wiek osiągania menopauzy w tych społecznościach, w których dzięki lepszym warunkom materialnym i zdrowotnym przeciętne [dalsze] trwanie życia jest dłuższe. W rezultacie kobiety, które w krajach rozwiniętych dożywają 80. r.ż., są niezdolne do rozmnażania przez ostatnie 30 lat życia.

MMB

B: Alvarez, 2000; Angier, 2001; Bielawska-Batorowicz, 2005 a; Buss, 2001; Dratva i współprac., 2009; Dunbar, 2016; Hawkes, 2003; Hill, Hurtado, 1991; Kaczmarek, 2014; Lock, Kaufert, 2001; Peccei, 2001; Pertyński, Stachowiak, 2008; Sikora, Bartosz, Witkowski, 2009: Williams, 1966.

N: https://de.wikipedia.org/wiki…

O: menopauza, społeczna rola babci.

TK: ang. *the grandmother hypothesis*, fr. *l'hypothèse de la grand-mère*, hiszp. *la hipótesis de la abuela*, niem. *die Großmutter--Hypothese*, ros. *гипотез бабушки*.



Neva Morris, nazw. rodowe Freed (1895–2010) w wieku 110 lat (2005) – żyła dłużej po menopauzie niż przed menopauzą… Źródło: https://de.wikipedia.org/wiki/Gro%C3%9Fmutter-Hypothese

hipotonia ortostatyczna

(inna nazwa: nietolerancja ortostatyczna) może mieć wiele przyczyn i często wymaga szerszej diagnostyki. Najczęściej jest spowodowana zaburzeniami adaptacji układu krążenia do pozycji pionowej, np. na skutek długotrwałego unieruchomienia. Jej głównym objawem jest spadek skurczowego ciśnienia tętniczego krwi o co najmniej 20 mmHg i/lub rozkurczowego o co najmniej 10 mmHg. Do głównych objawów można zaliczyć zawroty głowy, zaburzenia widzenia, zaburzenia → równowagi lub utratę przytomności. Szacuje się, że hipotonia ortostatyczna dotyczy 5% subpopulacji po 70. r.ż. i 10% po 80. r.ż. W przypadku chorób układu krążenia czy → cukrzycy ryzyko wystąpienia hipotonii ortostatycznej znacznie wzrasta (J. Kostka, T. Kostka, 2011).

AMB

B: J. Kostka, T. Kostka, 2011.

S: hipotensja, hipotonia, niedociśnienie, nietolerancja ortostatyczna.

TK: ang. *orthostatic hypotension*/*postural hypotension*/*orthostasis*, fr. *l'hypotension orthostatique*, hiszp. *hipotensión ortostática*, niem. *arterielle Hypotonie*, ros. *артериальная гипотензия*.

holistyczna koncepcja niepełnosprawności

Porządkując obszar definicyjny niepełnej sprawności, wskazać należy współwystępujące współcześnie trzy podstawowe sposoby ujmowania tego zjawiska:

1) **Perspektywa deficytu** (uszkodzenia, braki) – to najstarsze, klasyczne podejście w sposobie definiowania niepełnej sprawności, koncentrujące uwagę na organizmie na podstawie zmiennych klinicznych (etiologia, lokalizacja i zakres uszkodzeń), odwołujących się do kryterium normalności w wymiarze biologicznym, inwentaryzujących uszkodzenie narządów i ich czynności, powodujących naruszenie lub obniżenie sprawności funkcjonowania konkretnego narządu i/lub układu oraz całego organizmu z uwagi na to, że wszystkie czynności są wzajemnie uwarunkowane i skoordynowane – medyczny model → niepełnosprawności (tab. 1; Locker, 2003).
2) **Perspektywa ograniczeń funkcjonalnych**, w ramach której uszkodzenie jest nadal centralnym źródłem ograniczenia sprawności, analizuje się bowiem niesprawność w kategoriach ilościowych, mierząc ograniczenia funkcjonalne niezgodne z określonymi standardami. Niesprawność postrzegana jest jako rezultat sekwencji zjawisk, zdarzeń i procesów biopsychospołecznych: na początku jest zwykle uraz, → choroba przewlekła czy błąd genetyczny (*co się wydarzyło?*), których skutki mogą prowadzić do ograniczenia sprawności (*co kto ma?*). → Choroba, zaburzenie i/lub uraz, naruszając albo uszkadzając okresowo lub trwale struk-

turę i/lub funkcje organów, narządów bądź psychiki, staje się lub stać się może źródłem ograniczenia lub niezdolności do wykonywania codziennych czynności i/lub podstawowych, ważnych zadań życiowych. [Już w roku 1944 brytyjski dokument stanowił, że **człowiek niesprawny** to „ktoś, kto z powodu uszkodzenia, choroby lub wrodzonej deformacji lub → kalectwa jest rzeczywiście upośledzony w otrzymaniu i utrzymaniu zatrudnienia lub podjęcia pracy na własny rachunek, z wyjątkiem uszkodzenia, choroby lub kalectwa odpowiedniego do wieku, doświadczenia i kwalifikacji" (*Diseabled Persons' Act* – Internet: www.ukat.org.uk/thesaurus…) – przyp. aut.]. Niesprawność nie jest jednak wyłącznie rezultatem rodzaju i głębokości uszkodzeń i/lub urazów, ale wypadkową tego, jak jednostka definiuje i reaguje na określoną sytuację (ciało i tożsamość są nierozdzielne) oraz jak inni członkowie zbiorowości ją definiują, co przejawia się w ich reakcjach i oczekiwaniach oraz przekłada się na niemedyczne kryteria ograniczonej sprawności (zwłaszcza środowisko społeczne). Proces powstawania niesprawności ma zgodnie z przyjętymi założeniami charakter linearny – od choroby, urazu i uszkodzenia do ograniczenia sprawności uniemożliwiającego sprostanie oczekiwaniom społecznym. Choroba, zaburzenie i/lub uraz, naruszając lub uszkadzając okresowo lub trwale strukturę i/lub funkcje organów, narządów bądź psychiki stać się może źródłem ograniczenia lub niezdolności do wykonywania codziennych czynności i/lub podstawowych, ważnych zadań (sekwencja: ograniczenia funkcjonalne – niesprawność) – jest to stan określany jako **niepełnosprawność pierwotna**.

3) **Perspektywa socjoekologiczna**, która z jednej strony oparta jest na postrzeganiu osoby z ograniczeniem sprawności pozostającej w stałej interakcji i/lub wymianie ze środowiskiem fizycznym i społeczno-kulturowym, z drugiej zaś na takiej organizacji życia zbiorowego, która umożliwia osobom z niesprawnością funkcjonowanie, a także udział w głównym nurcie życia zbiorowego (→ inkluzja). Rzeczywisty poziom i zakres ograniczeń funkcjonalnych weryfikowany jest prawie natychmiast po opuszczeniu instytucji medyczno-rehabilitacyjnych: w mieszkaniu, na ulicy, w szkole, w instytucjach publicznych, na rynku pracy itp., a więc wszędzie tam, gdzie osoba z ograniczoną sprawnością napotyka na dodatkowe utrudnienia i → bariery – suma tych barier (architektonicznych, prawnych, społecznych itp.) skutkuje stanem, który określić należy mianem **niepełnosprawności wtórnej**. [Marnotrawiona jest wówczas zarówno praca, wiedza i umiejętności lekarzy, terapeutów i rehabilitantów, jak również wysiłek samych osób z ograniczoną sprawnością włożony w odbudowę własnego potencjału psychofizycznego, zaś w wymiarze ekonomicznym niepełnosprawność wtórna przekłada się na rosnący udział wydatków na świadczenia społeczne w budżecie państwa – przyp. aut.]. Podejście socjoekologiczne skupia uwagę na wzroście i rozwoju potencjału człowieka oraz właściwościach środowiska podtrzymującego lub hamującego generowanie i ujawnianie potencjału rozwojowego jednostki. Do głównych pojęć podejścia socjoekologicznego – odnoszących się do naturalnych warunków → życia człowieka, miejsca zamieszkania, społeczności, w ramach której zaspokajane są jego potrzeby (w tym bariery w przestrzeni), a także do formalnych i nieformalnych systemów → wsparcia – zaliczyć należy: przebieg → cyklu życia, związki interpersonalne, kompetencje, role, społeczną niszę i habitat, oraz wzajemne przystosowanie jednostki i jej środowiska znajdujące wyraz w zdolności do pełnienia podstawowych ról społecznych, adekwatnych do wieku i realnych możliwości konkretnej osoby (społeczny model niepełnosprawności – tab. 1). Każde z ww. kryteriów pełni odmienną funkcję: kryteria kliniczne są przydatne przede wszystkim dla celów → rehabilitacji i terapii, funkcjonalne – pozwalają ocenić zapotrzebowanie na świadczenia opiekuńcze czy niezbędne pomoce techniczne, kryteria społeczne – zapewniają pomoc w zakresie aktywizacji społecznej jednostki i jej → integracji z szerszym środowiskiem. Jednakże żadna z tych perspektyw stosowana osobno nie dostarcza wszechstronnej, a zarazem jednoznacznej oceny rodzaju i rozmiaru niepełnosprawności (Ostrowska, Sikorska, 1996).

Wskazane perspektywy postrzegania i rozumienia niepełnosprawności stanowią zarazem punkty zwrotne w „historii" jej rozumienia i definiowania. Im bliżej współczesności, tym częściej w teoretycznych rozważaniach nad niesprawnością pojawiały się kwestie aktywnej roli społeczeństwa i samych zainteresowanych w rozwiązywaniu problemów generowanych przez ograniczenie sprawności.

Do międzynar. obrotu prawnego termin „niepełnosprawność" został wprowadzony stosunkowo niedawno, gdyż pojawił się w ustawodawstwie wielu państw przede wszystkim jako pokłosie Międzynarodowego

Roku Inwalidów i Osób Niepełnosprawnych oraz w okresie tzw. Dekady na Rzecz Osób Niepełnosprawnych, ogłoszonej przez Organizację Narodów Zjednoczonych (ONZ) na lata 1983–1992. Główną rolę w przywracaniu osobom z ograniczeniem sprawności statusu pełnoprawnego obywatela odegrała ONZ, której idee w podmiotowym traktowaniu niepełnosprawności kontynuuje Wspólnota Europejska. Niebagatelną rolę w procesie nowego sposobu rozumienia odegrała działalność organizacji sektora obywatelskiego oraz samych osób z ograniczeniami sprawności, dla których podstawą przedsięwzięć był szerszy ruch grup mniejszościowych. Zgodnie z Deklaracją Praw Osób Niepełnosprawnych (1975) pojęcie „osoby niepełnosprawnej" oznacza człowieka niemogącego samodzielnie, częściowo lub całkowicie zapewnić sobie możliwości normalnego życia, indywidualnego lub społecznego na skutek wrodzonego lub nabytego upośledzenia sprawności fizycznych czy psychicznych. W kręgach działaczy społecznych i pracowników nauki, zwłaszcza socjologów, pojawiły się dość dawno, bo pod koniec lat 70. XX stulecia, koncepcje zwracające uwagę na to, że deficyt, brak lub ograniczenie aktywności spowodowane są przez współczesną organizację życia społecznego, rzadko podejmującego działania na rzecz osób z uszkodzeniami lub ograniczeniami sprawności i w ten sposób wyłączającego ich z uczestnictwa w głównym nurcie aktywności społecznej. Jednakże ten punkt widzenia wzmocniony i przełożony na definicje głównych podmiotów międzynar. polityki społecznej został dopiero w 1994 roku podczas Europejskiego Forum Niepełnosprawności w Parlamencie Europejskim, które to gremium stwierdziło w oficjalnym dokumencie, że osobą niepełnosprawną jest jednostka w pełni swych praw, znajdująca się w sytuacji upośledzającej ją na skutek barier środowiskowych, ekonomicznych i społecznych, których z powodu występujących u niej uszkodzeń nie może przezwyciężać w taki sposób jak inni ludzie. Bariery te zbyt często są zwiększane przez deprecjonujące postawy ze strony społeczeństwa. Krytyka utrzymywania kryteriów niepełnej sprawności na poziomie uszkodzeń, deficytów i ograniczeń funkcjonalnych spowodowała zmianę podejścia ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), którzy zmodyfikowali wcześniejszą definicję (1980), następnie przyjmując (1997), że jednostki niepełnosprawne to osoby o naruszonej sprawności psychofizycznej, powodującej ograniczenie funkcjonalne sprawności lub aktywności życiowej w stopniu utrudniającym pełnienie właściwych dla nich ról społecznych (Halbertsma, 2000), by w 2007 roku stwierdzić, że niepełnosprawność to wielowymiarowe zjawisko wynikające ze wzajemnych oddziaływań między ludźmi a ich fizycznym i społecznym otoczeniem, efekt barier napotykanych w otoczeniu fizycznym i społecznym. Mówi się o trzech wymiarach niepełnej sprawności. Pierwszym z nich jest uszkodzenie (ang. *impairment*), oznaczające wszelki brak lub anormalność anatomicznej struktury narządów, wszelkie nieprawidłowości i zaburzenia fizjologiczne i psychologiczne, będące skutkiem określonej wady wrodzonej, choroby lub urazu. Niepełnosprawność funkcjonalna (ang. *disability*) jest drugim wymiarem niepełnosprawności, rozumiana jako ograniczenie lub niezdolność wykonywania czynności zgodnie z przyjętymi zwyczajami oraz w sposób lub w granicach normalnie przewidzianych dla jednostki ludzkiej. Ostatnim z wymiarów niepełnej sprawności, decydującym o faktycznej pozycji niepełnosprawnej jednostki w społeczeństwie, jest upośledzenie (ang. *handicap*) lub niepełnosprawność społeczna (ang. *social disability*), oznaczająca mniej uprzywilejowaną, mniej korzystną sytuację danej osoby, która wynika z uszkodzenia i niepełnosprawności funkcjonalnej, a zarazem ogranicza w sposób znaczny, lub wręcz uniemożliwia pełnienie ról społecznych, ze względu na wiek, płeć czy sytuację społeczną i kulturową (Woźniak, 1990, 2008). [Pierwszą próbę sekwencjonowania procesu ograniczania sprawności od uszkodzenia (ang. *impairment*) poprzez upośledzenia (ang. *handicap*) do niepełnosprawności (ang. *disability*) zaproponowali w 1971 roku amerykańscy socjologowie medycyny Mervyn W. Susser i William Watson – przyp. aut.].

Tak więc współczesny sposób definiowania niepełnosprawności jako zjawiska oraz procesu o komponentach zarówno medycznych, jak i społecznych, powodowanej chorobami, dysfunkcjami cielesnymi lub psychicznymi, mającymi przede wszystkim wymierne źródła oraz konsekwencje funkcjonalne i społeczne, analizowana być musi z perspektywy holizmu społecznego – poglądu, zgodnie z którym jednostki można zrozumieć tylko w terminach działań systemów i/lub instytucji w jakich one partycypują. [Holizm (grec. *ὅλος* (holos) – całość) – to przeciwstawny redukcjonizmowi pogląd, zgodnie z którym wszelkie zjawiska tworzą układy całościowe, podlegające swoistym prawidłowościom, których nie można wywnioskować na podstawie wiedzy o prawidłowościach rządzących ich składnikami. Całości nie da się sprowadzić do sumy jej składników – całość jest czymś więcej niż sumą czę-

ści, nie tylko dzięki synergii między częściami, ale także dlatego, że poszczególne części mają wkład w całość, manifestując jej istotę, cel i funkcję. Całość może stać się czymś więcej niż sumą części, jeśli są one różne i zakres tych różnic jest traktowany twórczo – bogactwo całości zależy zatem od różnorodności oraz niepowtarzalności jej części, zaś nowe poziomy organizacji i zjawisk mogą się wyłonić tylko z kombinacji rzeczy różnych w założeniach, funkcjach, punktach widzenia itp. (Atlee, 2001 – Internet: http://www.co-intelligence.org…) – przyp. aut.]. Holizm społeczny jest konkurencyjny w pewnych aspektach wobec indywidualizmu, opiera się na teleologicznym i metafizycznym założeniu, że zachowania całostek raczej determinują zachowania ich części niż na odwrót. Niesprawność stanowi dużo bardziej złożoną i kompletną całostkę, niż sumę anatomicznych składowych ciała lub cech psychicznych – to rezultat współzależności umysłu, ciała i ducha osadzonych w systemie społecznym i kulturowym oraz zrelatywizowanych do całości społecznych (zbiorowości, systemy społeczne, instytucje). Ograniczenie sprawności ma swoje odrębne prawidłowości i nie można ani zrozumieć, ani wyjaśnić zachowań niesprawnej jednostki bez odwołania się do prawidłowości określających całość zjawiska (organizacja życia społecznego, infrastruktura społeczna, kultura, świadomość społeczna itp.). W ten oto sposób połączenie poszczególnych części składających się na ograniczenie sprawności w całość (integracja) z jednej strony, i zróżnicowanie z drugiej, odzwierciedlają i generują holizm (całościowość) niepełnej sprawności (Woźniak, 2008).

Niepełnosprawność nie jest spowodowana wyłącznie jakimś szczególnym uszkodzeniem – jest rezultatem luki między stanem biologicznym, zdolnościami i możliwościami jednostki (zasoby) a barierami, oczekiwaniami oraz wymaganiami generowanymi przez środowisko fizyczne i społeczno-kulturowe. Należy zatem traktować ją jako łączny efekt przeszkód, jakie ograniczenia funkcjonalne (niesprawność) oraz → bariery społeczne (kultura, organizacja życia zbiorowego) spiętrzają między jednostką a możliwością osiągnięcia przez nią maksymalnego poziomu funkcjonalnego (zadania, role, uczestnictwo w głównym nurcie życia społecznego). Niesprawność oznacza realną utratę możliwości i/lub ograniczenie aktywności jednostki spowodowane wtórnie organizacją życia społecznego, którego struktura normatywna, organizacyjna i instytucjonalna nie zaspokaja potrzeb ludzi z ograniczoną sprawnością (niesprawnych), co skutkuje utratą ich samodzielności życiowej i prowadzić może do marginalizacji, rodząc ryzyko wykluczenia tej kategorii obywateli z uczestnictwa w życiu zbiorowym.

Zgodnie z aktualnym stanem wiedzy niepełnosprawność powinna być ujmowana i analizowana z perspektywy holizmu społecznego, poglądu, zgodnie z którym jednostki można zrozumieć tylko w terminach działań systemów i/lub instytucji, w jakich one partycypują. Nie można ani zrozumieć, ani wyjaśnić zachowań jednostki z niepełnosprawnością bez odwołania się do prawidłowości określających całość zjawiska obejmującego organizację życia społecznego, infrastrukturę społeczną kulturę, świadomość społeczną itp.)

Holistycznie rozumianą niepełnosprawność (il. 1) traktować zatem należy jako rezultat luki między zasobami jednostki (zdolności i możliwości) a oczekiwaniami oraz wymaganiami generowanymi przez środowisko fizyczne i społeczne osoby z ograniczoną sprawnością i oznacza realne zagrożenie dla jej potencjału i/lub aktywności, powodowane wtórnie organizacją życia zbiorowego, którego struktura normatywna, organizacyjna i instytucjonalna nie zaspokaja potrzeb ludzi z niesprawnością, co skutkuje utratą lub ograniczeniem ich samodzielności życiowej i wykluczeniem z uczestnictwa w głównym nurcie życia społecznego (Woźniak, 2008).

Holistyczna koncepcja niepełnosprawności obejmuje cztery główne płaszczyzny doświadczeń opisujących kontekst życiowy osób z ograniczeniem sprawności:

1) **całkowite środowisko jednostki** – biologiczne, naturalne, demograficzne, społeczno-kulturowe, edukacyjne, zawodowe oraz przebieg cyklu życiowego;
2) **proces stawania się osobą z niepełnosprawnością** – od momentu wystąpienia choroby i/lub uszkodzenia do pojawienia się ograniczeń bądź utraty sprawności, aż do stanu, w którym ograniczenia te z powody barier społecznych czynią osobę z ograniczoną sprawnością jednostką rzeczywiście niepełnosprawną;
3) **możliwości i potencjał** – interakcja między całkowitym środowiskiem jednostki a procesem wchodzenia w niesprawność;
4) → **jakość życia** – przedstawia ostateczny rezultat wpływu środowiskowych czynników ryzyka, faz życia jednostki, procesu stawania się osobą niepełnosprawną i możliwości, potencjału jednostki oraz jej społecznego otoczenia (Woźniak, 2008).

Sfery te przenikają się wzajemnie, tworząc warunki życia i rozwoju, które pozostają w bliskich relacjach przyczynowo-skutkowych z kompleksem zagadnień

sprawność – niepełnosprawność. Stąd też dla włączenia osób z ograniczeniem sprawności w nurt życia społecznego konieczne są odpowiednie urządzenia społeczne (w tym polityka społeczna i jej programy), natomiast ludzie mają prawo i muszą być zdolni do prowadzenia aktywnego, niezależnego życia, stąd też trzeba im dostarczyć narzędzi temu służących.

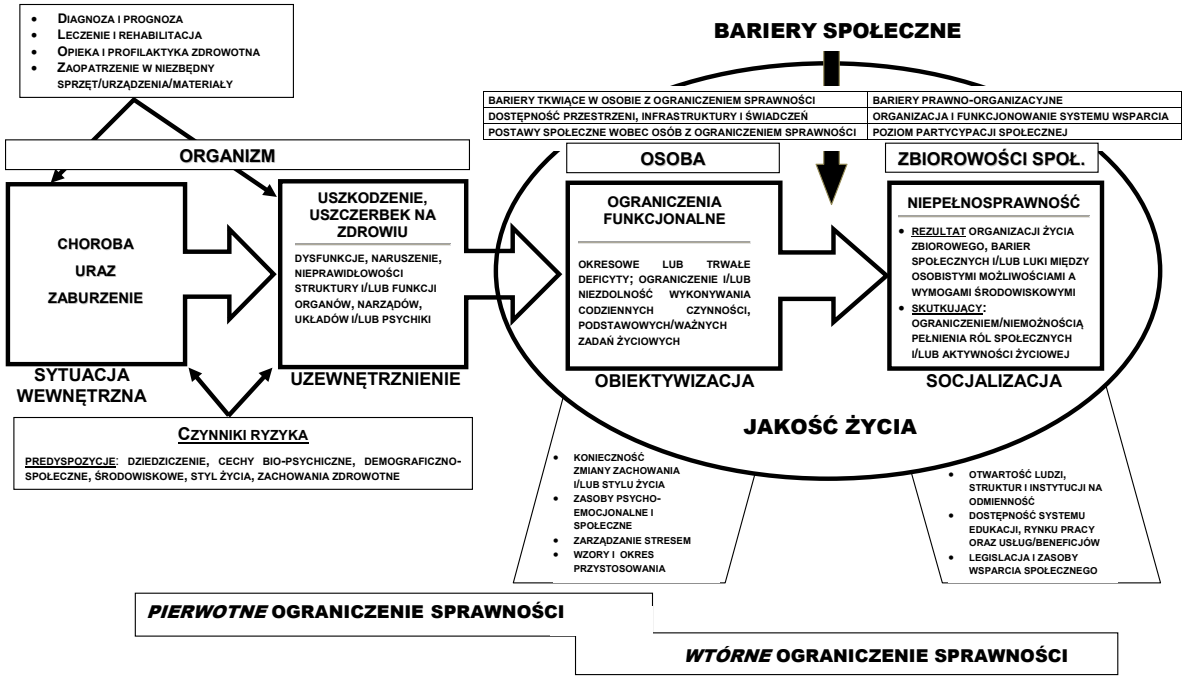
Posiłkując się modelem społecznym w budowaniu zintegrowanej (holistycznej) koncepcji niepełnosprawności (Piasecki, 1998; Woźniak, 2008; Ustawa z 15 VI 2012 roku):

1) skoncentrowano uwagę na społeczeństwie (zbiorowościach), jego organizacji oraz środowisku społecznym i fizycznym osób niesprawnych (interakcje osoby z ograniczeniami funkcjonalnymi z otoczeniem);
2) dąży się do określenia położenia i statusu społecznego oraz roli osób niepełnosprawnych w zbiorowości (na tle systemu wartości, norm i postaw społecznych wobec osób z ograniczoną sprawnością);
3) poszukuje się czynników, które mogą sprzyjać zmianie położenia osób niepełnosprawnych w interakcjach między niepełnosprawną jednostką, jak również strukturami i instytucjami społeczeństwa (*remedium*) – punktem wyjścia jest założenie, że zmieniać (rehabilitować) należy społeczeństwo jako całość (świadomość społeczna, postawy), zaś środkiem zaradczym może być ktokolwiek, kto wpływa na interakcje jednostka – społeczeństwo.

Sumując: Niepełnosprawność nie jest spowodowana wyłącznie jakimś szczególnym uszkodzeniem, ale jest rezultatem sposobu, w jaki społeczeństwo (ustawodawstwo, instytucje, organizacje społeczne*)* wychodzi naprzeciw potrzebom tych ludzi – jest to wynik interakcji uszkodzeń i deficytów, ograniczeń funkcjonalnych i przeszkód utrudniających uczestnictwo, w takich podsystemach jak: edukacja, rynek pracy, wypoczynek, życie organizacyjne, życie towarzyskie itp.

Współczesne spektrum definicyjne niepełnej sprawności rozpięte jest między podejściem czysto biologicznym a fundamentalnie społecznym, zaś między tymi biegunami napotykamy ujęcia kulturowe, prawne, ekonomiczne i polityczne, tworzone dla bardzo odmiennych celów i interesów.

Wybierając na potrzeby badań lub praktyki konkretną definicję niepełnosprawności, należy pamiętać, że określone sposoby rozumienia tego pojęcia pełnić mogą bądź będą spełniać bardzo istotne funkcje instrumentalno-usługowe, bowiem: kwestie istotne dla osób z ograniczoną sprawnością są tradycyjnie określane i rozwiązywane przez osoby w pełni sprawne; programy i rozwiązania systemowe w ramach polityki społecznej na ogół chronią *status quo* przedstawicieli grupy dominującej; definicja wyznacza kierunek, tempo i zakres społecznej zmiany; sposób definiowania determinuje przedmiot i sposób pomiaru, co znajduje wyraz w alokacji zasobów; definiowanie niepełnosprawności przekłada się na system świadczeń i usług (udział



Il. 1. Zintegrowany (holistyczny) model niepełnosprawności [opracowanie własne – przyp. aut.]

Tabela 1. Stary i nowy paradygmat niepełnosprawności. Podstawowe cechy i konsekwencje [opracowanie własne – przyp. aut.]

Stary paradygmat – model biomedyczny	Nowy paradygmat – model społeczny
1. Koncentracja na organizmie, deficytach i/lub uszkodzeniach jednostki – niesprawność lokalizowana wyłącznie w obrębie ciała/umysłu; to problem konkretnej jednostki.	1. Koncentracja na potencjale, zdolnościach i możliwościach oraz na wiedzy i doświadczeniu jednostki – uszkodzenia i choroby przewlekłe nie są tak istotne w generowaniu niesprawności jak bariery związane z organizacją i funkcjonowaniem zbiorowości społecznych.
2. Niesprawność jest deficytem, odchyleniem od standardów biopsychicznej normalności – środkiem zaradczym jest wyleczenie osoby i jej rehabilitacja. Osoby z ograniczeniem sprawności wymagają specjalnej terapii, rehabilitacji i poradnictwa, by skompensować utracone zasoby i możliwości psychofizyczne.	2. Ograniczenie sprawności to normalny aspekt życia wymagający nie tylko instrumentarium leczniczno-rehabilitacyjnego, lecz zmian w organizacji życia zbiorowego – rehabilitować należy całe społeczeństwo; konieczna jest przebudowa świadomości społecznej i rekonstrukcja struktury instytucjonalnej, systemu normatywnego i systemu wartości.
3. Najważniejsza jest dokładna diagnoza uszkodzeń/urazu oraz leżących u ich podłoża patologii/deficytów.	3. Istotne jest określenie położenia i statusu społecznego oraz roli osób niepełnosprawnych w zbiorowościach społecznych na tle systemu wartości, norm i postaw społecznych wobec osób z ograniczoną sprawnością.
4. Tożsamość osoby niesprawnej zredukowanej do roli chorego/pacjenta – wysiłek ogniskowany na osiąganie akceptowanego społecznie poziomu zdrowia i sprawności: jednostka z ograniczeniem sprawności musi się przystosować do otaczającego ją świata.	4. Uwaga zogniskowana na społeczeństwie, jego organizacji oraz na środowisku społecznym i fizycznym osób z ograniczeniem sprawności – świat wokół osób z ograniczeniem sprawności musi się przystosować do ich potrzeb, oczekiwań i możliwości.
5. Niesprawność jest niepożądana – musi być zatem usunięta z korzyścią dla jednostki i społeczeństwa; konieczna jest korekcja pod nadzorem profesji medycznych.	5. Niepełnosprawność jest odmiennością, różnicą – odmienność ta niekoniecznie musi być postrzegana, jako coś negatywnego.
6. Gwarantem wyzdrowienia i rehabilitacji jest pomoc profesjonalna – najbardziej efektywne są wyspecjalizowane instytucje, zaś „przepustką" do partycypacji społecznej jest udział w programach rehabilitacyjnych.	6. Remedium służącym rozwiązywaniu problemów osób z ograniczeniem sprawności są zmiany w interakcjach między niesprawną jednostką i zbiorowościami – środkiem zaradczym może być ktokolwiek, kto wpływa na relacje jednostka–społeczeństwo (profesje, rodzina, kręgi rówieśnicze, organizacje, instytucje, media, inni niepełnosprawni).
7. Specjalne beneficja, specjalistyczne świadczenia i usługi kompensatą tego co „złe", niedoskonałe w organizmie i ciele – uprawomocnienie do ich otrzymywania leży w rękach lekarzy; personel medyczny ma monopol na informacje i wybór form usuwania niesprawności.	7. Osoby niesprawne stają „twarzą w twarz" nie tylko z własnymi ograniczeniami, lecz przede wszystkim z dyskryminacją i uprzedzeniami – konieczne jest wsparcie w ich zmaganiach z barierami fizycznymi oraz społecznymi utrudniającymi/uniemożliwiającymi wykonywanie codziennych czynności oraz pełne uczestnictwo w głównym nurcie życia społecznego.
8. Definicje medyczne ograniczenia sprawności służą ochronie minimalnego poziomu dochodów osób niepełnosprawnych (orzecznictwo medyczne jako kryterium dostępu do świadczeń rentowych).	8. „Korekcja" zogniskowana na redukowaniu ograniczającego wpływu otoczenia i środowiska na funkcjonowanie osoby niesprawnej – zwłaszcza barier w dostępie do edukacji i rynku pracy.
9. Ekspertami w sprawach życiowych osób z niesprawnością (także pozazdrowotnych) stają się przede wszystkim przedstawiciele zawodów medycznych (głównie lekarze) i rehabilitanci.	9. Ważne jest przygotowanie osoby z ograniczeniem sprawności do kierowania własnym losem i uzyskania kontroli nad biegiem życia – osoby z niesprawnością są najlepszymi rzecznikami i ekspertami w sprawach związanych z własnym życiem.
Konsekwencje – problemy – kontrowersje	
1. „Naznaczenie" jednostki określonym rodzajem uszkodzenia/defektu/deficytu (diagnoza) implikuje prostą zależność między tym stanem a ograniczeniem sprawności.	1. Odrzucając redukcjonizm modelu medycznego z jego kontekstem instytucjonalnym, zwolennicy modelu społecznego rozważają kwestie niesprawności tak, jakby nie miały one jakiegokolwiek związku z ciałem/organizmem – w wersji fundamentalistycznej to model „przesocjologizowany".
2. Dwoistość stosowania terminu „normalność" – raz jako opisu (diagnoza, pomiar), innym razem jako oceny (osąd moralny).	2. Specyficzne skutki urazu/wypadku/choroby wywołują specyficzne potrzeby, te zaś generują zróżnicowane doświadczenia związane z własnym ciałem.
3. Oparcie się na niezbyt prawdziwej koncepcji „normalności", jako stabilnym i uniwersalnym kryterium rodzi ryzyko ignorowania kulturowych i historycznych wariantów tego pojęcia.	3. Brak odwołania się do psychologicznej koncepcji szkody/uszczerbku/krzywdy – po prostu przyjmuje się, że „to" ustąpi samoistnie w wyniku zmian politycznych.
4. Wysoki prestiż i władza profesji związanych z medycyną legitymizuje przede wszystkim rozwiązania o charakterze medycznym – w konsekwencji ignoruje się istnienie odmiennych dla każdej osoby niesprawnej zdolności i potrzeb: jednostka niesprawna staje się biernym odbiorcą świadczeń i usług.	4. Model prezentuje zbyt uproszczone traktowanie kwestii związanych z „równością" – osoby z ograniczeniem sprawności są obywatelami z wszystkimi przynależnymi im prawami, ale żyją w otoczeniu barier fizycznych i społecznych, a tym samym znajdują się w realnie „nierównościowym" położeniu; barier tych osoby niesprawne nie mogą pokonać w taki sam sposób jak pozostali obywatele.

5. Medyczne etykiety, kategorie i definicje uzyskują szerszy kontekst wymiar i kontekst kulturowy, reprodukując stereotyp osoby z niesprawnością jako jednostki „tragicznej", „pechowej", „nieszczęśliwej".	5. Zbytnie poleganie na zmianie politycznej, zwłaszcza na działaniach ruchu osób z ograniczeniem sprawności, które mają tę zmianę wywołać.
6. Model medyczny ignoruje kontekst społeczno-kulturowy i środowiskowy, w którym żyje osoba z ograniczeniem sprawności.	6. Model społeczny abstrahuje od rzeczywistego znaczenia uszkodzenia/deficytu/defektu i/lub leczenia oraz skutków choroby dla funkcjonowania jednostki oraz jej doświadczeń z tym związanych.
Summa: działania w ramach modelu medycznego są niezbędne w pierwszej fazie leczenia i zaopatrzenia skutków urazu, wypadku i/lub choroby – nieadekwatne są wtedy, gdy stają się uogólnionym wzorem działania i gdy są przejawem nie tyle potrzeb jednostki, lecz dominacji profesji medycznych. Mamy wówczas do czynienia z medykalizacją niepełnej sprawności: lekarze są przygotowani do diagnozy i leczenia chorób – nie są ekspertami od łagodzenia warunków społecznych i kondycji socjalnej osób niesprawnych; kontekst społeczno-kulturowy, w jakim funkcjonuje osoba z ograniczeniem sprawności, może być/jest znacznie istotniejszą determinantą rzeczywistej niepełnosprawności niż uszkodzenie/uraz/choroba.	Summa: model społeczny jest związany z osobistym i zbiorowym doświadczaniem funkcjonujących w społeczeństwie barier prowadzących do niesprawności – istotne jest, by można je wykorzystać w praktyce i w kształtowaniu działań politycznych; adekwatna koncepcja społecznego kontekstu niesprawności nie może jednak abstrahować od kwestii związanych ze społecznymi aspektami (konsekwencjami) uszkodzenia, urazu, deficytu i/lub choroby.

w budżecie) i w tym znaczeniu zabieg ten ma wymiar polityczny (ustawodawstwo, język legislacji, lobby, grupy interesów, zaplecze parlamentarne itp.).
Przez jednych model biorehabilitacyjny może być odbierany jako zbyt zmedykalizowany, a dla innych model społeczny jest „przesocjologizowany", stąd wniosek, że fundamentalizm i jednowymiarowe podejście do rozumienia niepełnej sprawności grozi nie tylko zbyt daleko posuniętym redukcjonizmem w myśleniu o problemie (nie uwzględnia się bowiem wkładu poszczególnych faz refleksji nad istotą zjawiska oraz budowania spójnej, wielowątkowej koncepcji jego rozumienia, na której oprzeć byłoby można zręby polityki na rzecz ludzi z niesprawnością), lecz prowadzić może także do dysfunkcjonalności systemu społecznego. Rodzi to zawsze aktualne pytania o to, co ważniejsze z punktu widzenia potrzeb – postrzeganie świata z perspektywy codziennego życia osób z ograniczoną sprawnością, czy też z perspektywy teorii niepełnej sprawności? Ważne jest, by nie monopolizować roli jakiejkolwiek sfery współokreślającej realny poziom ograniczenia sprawności, lecz stosując formuły holizmu (całościowości) postrzegać wzajemne zależności, synergię zjawisk i procesów prowadzących do ograniczeń sprawności. W praktyce badawczej i politycznej ważne oraz bardziej efektywne niż sztywne trzymanie się teoretycznych podziałów jest i/lub powinno być wykorzystywanie różnych koncepcji i istotnych elementów każdej z nich w celu budowania adekwatnych programów rozwiązywania problemów związanych z niepełną sprawnością członków społeczeństwa oraz szukania sposobów zaspokajania ich potrzeb.

ZW

B: Halbertsma, 2000; Locker, 2003; Ostrowska, Sikorska, 1996; Piasecki, 1998; Woźniak, 1990, 2008.

D: Ustawa z 15 VI 2012 roku.

N: Atlee, 2001 – Internet: http://www.co-intelligence.org…; *Disabled Persons' Act* – Internet: www.ukat.org.uk/thesaurus…

O: bariery, niepełnosprawność.

S: zintegrowany model niepełnosprawności.

TK: ang. *holistic model of disability/holistic concept of disability*, fr. *concept holistique d'invalidité*, hiszp. *concepto holistico de discapacidad*, niem. *holistischer Modell von Behinderung*, ros. *целостная концепция инвалидности*.

Holmes Lowell D. [Don] (1925–2010)

amer. antropolog, socjolog i etnograf, współtwórca gerontologii kulturowej i teorii modernizacji, mieszczącej się w nurcie strukturalnego funkcjonalizmu. Holmes ukończył studia na kierunku filologia angielska na Uniw. Northwestern w Chicago (1950) i uzyskał tam stopień doktora filozofii w zakresie antropologii (1957). Od roku 1959 był profesorem socjologii i antropologii w Wichita State University, w stanie Kansas, założył tam Muzeum Antropologii (1996), nazwane w późniejszym czasie jego imieniem. Był członkiem m.in. Amer. Tow. Antropologicznego (AAA) oraz Stowarzyszenia Antropologii i Gerontologii (AAG). Zajmował się metodologią badań antropologicznych oraz gerontologią międzykulturową.

AAZ

B: Cowgill, L.D. Holmes, 1972; L.D. Holmes, E.R. Holmes, 1983.

homeostaza a starzenie się

Określenie **homeostaza** pochodzi od starogrec. słów: *όμοιοσ* [homoios] – jednakowy, *στάσις* [stasis] – trwanie, czyli *όμοιοστάσις* [homoiostatsis] – stan równowagi. Jest to zdolność do samoregulacji, jak też stan

dynamicznej równowagi ustrojowej, rozumianej jako zdolność układu (biologicznego, psychologicznego, społecznego, technicznego bądź cybernetycznego) do utrzymywania trwałości struktury i składu oraz normalnego spełniania sobie właściwych funkcji pomimo stałych lub przypadkowych zmian parametrów, wywołanych czynnikami zewnętrznymi i/lub wewnętrznymi. Pojęcie to wprowadzili do fizjologii Claude Bernard (1813–1878), który w roku 1876 stwierdził, że wszystkie procesy zachodzące w ustroju żywym zmierzają do utrzymania stałości środowiska wewnętrznego oraz Walter Bradford Cannon (1871–1945), który w 1929 użył określenia „homeostaza" na oznaczenie ogólnej i stałej tendencji organizmu do przywracania i stałego utrzymania równowagi środowiska wewnętrznego. [Warto dodać, że już w 1924 polski psycholog Stefan Szuman (1889–1972) pisał: „Na → zdrowie i → chorobę patrzeć trzeba […] jako na dwie strony tego samego procesu → życia, jako na walkę o utrzymanie homeostazy" (Szuman, 1924) – przyp. red.].

Homoeostaza jest utrzymywana na zasadzie sprzężenia zwrotnego: w ośrodkowym układzie nerwowym i niektórych narządach znajdują się receptory wrażliwe na niewielkie odchylenia od stałości środowiska wewnętrznego, ich pobudzenie uruchamia mechanizmy wyrównawcze, wewnętrzna równowaga możliwa jest zatem dzięki współdziałaniu różnych układów, głównie nerwowego, hormonalnego i odpornościowego.

Stan homeostazy cechuje względna stałość parametrów chemicznych, fizycznych i/lub fizjologicznych, co zapewnia prawidłową czynność wszystkich narządów, układów i tkanek podlegających regulacyjnemu działaniu układów nerwowego i humoralnego. Kategoria homeostazy w psychologii jest wykorzystywana do określenia psychiki jako swoistego ekosystemu, i jest rozumiana jako stan równowagi psychicznej, spowodowanej zaspokojeniem podstawowych potrzeb fizjologicznych, poznawczych, emocjonalnych i społecznych. Równowaga ustrojowa odnosi się w równym stopniu do ciała, psychiki, jak i ducha. Z wiekiem zdolność do utrzymania równowagi wewnętrznej znacznie się obniża ze względu na osłabienie układu odpornościowego i nerwowego oraz zmiany w układzie hormonalnym. Mamy wówczas do czynienia z „zawężoną homeostazą", czyli występuje → homeostenoza.

→ Starzenie się – zdaniem Katarzyny Wieczorowskiej-Tobis– „oznacza stopniowe, następujące wraz z upływem → czasu pogorszenie funkcji narządów, które utrudnia utrzymanie homeostazy. W warunkach → stresu może to prowadzić do patologii. Ta zawężona homeostaza w starości określana jest mianem homeostenozy. Jej kruchość powoduje, że choć sam proces starzenia nie wystarcza do wywołania patologii, to jednak jej sprzyja. Tak więc częstość występowania wielu chorób zwiększa się z wiekiem, a w konsekwencji → wielochorobowość należy do typowych cech → geriatrii" (Wieczorowska-Tobis, 2008).

Trzeba dodać, że jednym z warunków zachowania homeostazy jest także odpowiednia proporcja pomiędzy wolnymi rodnikami a przeciwutleniaczami. Na przykład, nadprodukcja wolnych rodników lub niedobór przeciwutleniaczy powoduje pojawienie się stresu oksydacyjnego, który może się ujawniać np. pod wpływem zakażenia, urazu bądź traumatycznego zdarzenia, wówczas wyczerpują się rezerwy przeciwutleniaczy i zmniejszają siły odporne organizmu, co prowadzi do choroby. Taką sytuację określa się jako starzenie patologiczne bądź starzenie się na podłożu chorobowym, może mieć ono charakter przyspieszonego bądź → przedwczesnego starzenia się.

AAZ

B: Cannon, 1932; Comfort, 1998; Jabłońska, 2013; Kasperczyk, 2014; Kasperczyk, Krawczyk, 2007; O'Neill, 1997; Piotrowicz, 2010; Wieczorowska-Tobis, 2008; Wieczorowska-Tobis, Stogowski, 2014; Szuman, 1924; Witkowski, 2014.

O: homeostenoza, starzenie się.

TK: am. *homeostasis* or *homoeostasis and aging*, ang. *homeostasis and ageing*, fr. *homéostasie et vieillissement*, hiszp. *la homeostasis y el envejecimento*, niem. *Homöostase und Altern*, ros. *гомеостаз или гомеостазис и старение*.

homeostenoza

jest określeniem utworzonym dla potrzeb → geriatrii na oznaczenie związanego z wiekiem upośledzenia fizjologicznych możliwości adaptacyjnych organizmu, czyli jest to zmniejszenie możliwości utrzymania homeostazy (równowagi wewnętrznej ustroju) w warunkach → stresu fizjologicznego (Comfort, 1968). Termin „homeostenoza" pochodzi od starogrec. słów: *ὁμοιοσ* [homoios] – jednakowy, *στένωσις* [stenosis] – zwężenie, zatem w procesie tym dochodzi do zwężenia homeostazy. Inaczej mówiąc: jest to postępująca pod wpływem stresu utrata rezerw biologicznych, koniecznych do utrzymania homeostazy fizjologicznej (il. 1).

Homeostenoza może pojawiać się w okresie → późnej dojrzałości, zaś najwyraźniej manifestuje się w → wieku podeszłym, np. w postaci → zespołu słabości i/lub zjawiska kaskady kolejnych schorzeń i/lub → efektu domina (w rodzaju: zaburzenia równowagi, upadek, zła-

manie, zmiany w rytmie serca itp.), zwiększonej zapadalności na → choroby i trudniejszego powrotu do → zdrowia. Homestenozę można zatem uznać zarówno za funkcję → czasu, jak i → starzenia się organizmu. Zdaniem Toma → Kirkwooda (2005): „W miarę upływu czasu kumulacja skutków starzenia wystawia na próbę nawet najsprawniejszy mechanizm homeostatyczny. To właśnie dlatego wraz ze starzeniem pogarsza się nasza odporność na stres fizjologiczny. Częściowo wiąże się to z tym, że same mechanizmy homeostazy nie funkcjonują już tak dobrze, jak w młodości, a częściowo z tym, że zużyliśmy już w pewnym stopniu ich wydolność". Z kolei proces biologicznego starzenia cechuje stopniowe wygasanie funkcji poszczególnych narządów i układów, przy jednoczesnym wykorzystaniu mechanizmów kompensacyjnych, które umożliwiają zachowanie homeostazy, czyli stałości środowiska wewnętrznego, a tym samym zachowania → życia. Jednakże wraz z zaawansowaniem procesu starzenia się możliwości kompensacyjne maleją, zmniejsza się prawdopodobieństwo zachowania życia, a wzrasta prawdopodobieństwo → śmierci – w późnej → starości nawet niewielkie bodźce zewnętrzne mogą doprowadzić do nieodwracalnych zaburzeń homeostazy (np. w postaci homeostenozy) i do śmierci, tym m.in. tłumaczy się gorsze rokowanie chorób w późnej starości.

AAZ

B: Comfort, 1968, 1998; Cowdry, 1942; O'Neill, 1997.

N: https://www.pogoe.org…

O: biologia starzenia się, biologiczne wskaźniki starzenia się, choroba, homeostaza a starzenie się, inwolucja, kaskada w geriatrii, starzenie się, stres, teoria kumulacji stresów, zdrowie.

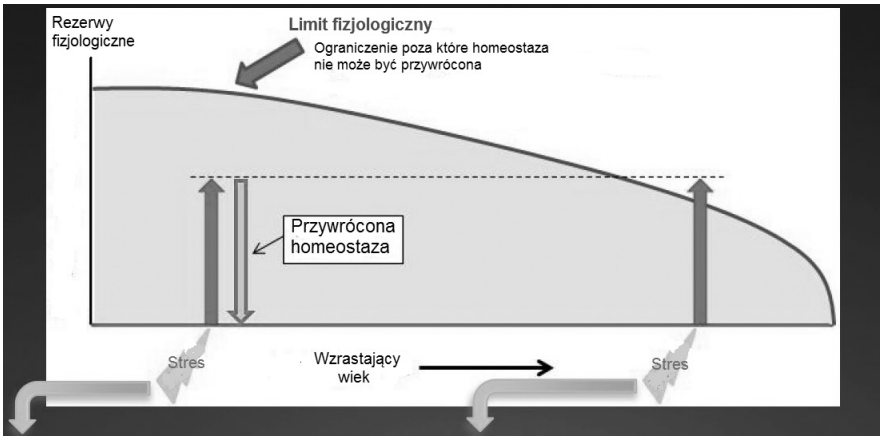
TK: ang. *homeostenosis*, fr. *homéosténose*, hiszp. *homeostenose*, niem. *Homöostenose*, ros. *гомеостеноз*.

hormony a starzenie się

Układ wewnątrzwydzielniczy jest biochemicznym regulatorem prawie wszystkich funkcji organizmu – łączy ze sobą działanie poszczególnych systemów, wpływa na tempo metabolizmu i sprawność układu energetycznego człowieka. Główne narządy wydzielania wewnętrznego są także powiązane ze sobą, a wydzielanie i hamowanie produkcji poszczególnych hormonów odbywa się na zasadzie sprzężenia zwrotnego.

→ Starzenie się organizmu i związana z tym procesem zmiana metabolizmu komórkowego i przekaźnictwa międzykomórkowego ma odbicie w funkcji układu endokrynnego i poziomie stężeń poszczególnych hormonów. Wykazano wzrost lub spadek aktywności określonych substancji w porównaniu z populacją ogólną oraz zmiany w ich dobowym rytmie wydzielania. Z jednej strony zmiany inwolucyjne wielu narządów w → starości wpływają na wygaszanie funkcji układu endokrynnego, a z drugiej – to właśnie wahania poziomu poszczególnych hormonów mogą skutkować zmianą czynności i funkcji komórek, sygnałów transdukcyjnych i ekspresji genów, produkcji enzymów, lipidów i białek, a więc odpowiadać za procesy związane ze starzeniem się całego organizmu.

W starości obserwujemy zmiany zarówno anatomiczne, jak i czynnościowe gruczołów wydzielania wewnętrznego oraz ich narządów docelowych, odmienną wrażliwość tkanek i receptorów komórkowych. Zmniejszenie stężenia białek w organizmie przejawia



Rezerwy fizjologiczne pozwalają jednostce na utrzymanie homeostazy mimo obecności stresu środowiskowego, emocjonalnego lub fizjologicznego

Wraz z homeostenozą stres, z którym młody organizm może sobie poradzić, popchnie osobę starszą poza jej zdolności funkcjonalne, powodując obrażenie, chorobę, a nawet śmierć

Il. 1. Proces homeostenozy jako funkcji starzenia się. Źródło: https://www.pogoe.org/sites/default/files/images/UMMS_Homeostenosis.JPG

się także niższym poziomem protein wiążących i transportujących hormony. Upośledzenie funkcji wątroby oraz nerek dodatkowo wpływa na metabolizm i wydalanie substancji czynnych. Ponadto choroby ogólnoustrojowe oraz patologie dotyczące poszczególnych układów hormonalnych występować mogą częściej w → wieku podeszłym. W praktyce więc często trudno jest odróżnić zmiany wynikające z fizjologii starzenia się od procesów patologicznych wpływających na strukturę i funkcję systemu endokrynologicznego u pacjentów geriatrycznych (Morley, Moon, 2012).

Diagnostyka powyższych zaburzeń w starości również może dostarczyć wielu problemów. Objawy nadczynności czy niedoczynności narządów mogą być niespecyficzne bądź w ogóle nieobecne w wieku starszym. Obraz kliniczny często komplikuje współistniejące → niedożywienie [w starszym wieku] i liczne → choroby towarzyszące. Z tych też powodów odpowiedź hormonalna na czynniki stresujące jest nieraz zaburzona, a więc testy czynnościowe mogą być nieadekwatne i niediagnostyczne. Wspomniana wcześniej dysproporcja białek wiążących hormony wpływa na ich stężenie wykrywane w testach laboratoryjnych, tak więc je także należy interpretować w zależności od obrazu klinicznego danego pacjenta.

Zmiany w starości dotyczące poszczególnych układów hormonalnych:

1. Podwzgórze i przysadka mózgowa. Główne zmiany czynnościowe zachodzące w starzejącym się organizmie dotyczą hormonu wzrostu (ang. *growth hormone* – GH). Jest on wydzielany przez komórki przysadki pod wpływem peptydu podwzgórzowego – somatoliberyny (ang. *Growth-hormone-releasing hormone* – GHRH), a hamowany przez somatostatynę. Z wiekiem obserwuje się spadek nocnego wydzielania GH i jego dobowej amplitudy. Ponadto zmniejsza się ilość receptorów dla GHRH, a zwiększa wrażliwość przysadki na hamujące działanie somatostatyny. To skutkuje dalszymi zmianami w organizmie – spada poziom zależnego od GH insulinopodobnego czynnika wzrostu 1 (IGF-1), będącego obwodowym mediatorem działania hormonu wzrostu. Zmiany te często określa się mianem somatopauzy (Harman i współprac., 2014 – Internet: http://www.uptodate.com…).

Stężenie prolaktyny u kobiet po → menopauzie znacząco się obniża, a wzrasta poziom hormonu luteinizującego (ang. *luteinizing hormone* – LH), z jednoczesnym spadkiem częstości i przy niezmienionej amplitudzie jego pulsacyjnego wydzielania. U mężczyzn poziom prolaktyny nieznacznie wzrasta – z zachowaniem rytmu dobowego, a poziom LH w surowicy maleje. Hormon folikulotropowy (ang. *follicle stimulating hormone* – FSH) u obu płci wraz z wiekiem rośnie (Nowak, Mooradian, 1996).

Wydzielanie w przysadce hormonu tyreotropowego (ang. *thyroid stimulating hormone* – TSH), regulującego wydzielanie tyroksyny i trójjodotyroniny przez tarczycę – nie zmienia się z wiekiem, natomiast obniża się wrażliwość komórek tyreotropowych przysadki mózgowej na zmiany stężeń obwodowych hormonów tarczycy. Mamy też do czynienia z upośledzonym nerkowym wydalaniem TSH. W wyniku powyższych procesów poziom krążącej tyreotropiny pozostaje w normie bądź zwiększa się w niewielkim stopniu (Nowak, Mooradian, 1996).

Wydzielanie przez przysadkę hormonu adrenokortykotropowego (ang. *adrenocorticotropic hormone* – ACTH), pobudzającego wydzielanie kortyzolu i androgenów przez korę nadnerczy, nie ulega zmianie. Podobnie jednak jak w przypadku komórek tyreotropowych, przysadkowa odpowiedź na hormon obwodowy jest słabsza i występuje z opóźnieniem.

Ilość produkowanego w podwzgórzu, a gromadzonego w tylnym płacie przysadki hormonu antydiuretycznego (ang. *antidiuretic hormone* – ADH, wazopresyna) u zdrowych osób starszych nie zmienia się bądź nieznacznie wzrasta. Zmniejsza się natomiast nerkowa wrażliwość na wazopresynę, predysponując osoby starsze do odwodnienia. Ponadto obniża się aktywność reninowa osocza, czyli aktywność konwertazy angiotensyny I. Powstająca w wyniku działania tego enzymu angiotensyna II stymuluje wydzielanie ADH oraz wpływa na uczucie pragnienia, tak więc obniżenie jej poziomu dodatkowo zwiększa ryzyko odwodnienia osób starszych (Gruenewald, Matsumoto, 2009).

W testach prowokacyjnych u osób starszych obniża się reakcja na TRH – niższe jest wydzielanie TSH u mężczyzn (ale nie u kobiet) i wydzielanie prolaktyny w odpowiedzi na metoklopramid u obu płci; podobnie wydzielanie GH po stymulacji insuliną, lewodopą czy w odpowiedzi na działanie hormonu podwzgórzowego GHRH. Niższe jest też wydzielanie FSH i LH wystymulowane przez gondoliberyny (ang. *gonadotropin-releasing hormone* – GnRH).

2. Tarczyca. Zmiany anatomiczne zachodzące w starzejącym się gruczole tarczycowym obejmują zwłóknienie, ścieńczenie nabłonka pęcherzyków, wzmożone nacieczenie miąższu limfocytami. Częściej występują też guzki tarczycy, szczególnie u kobiet. W porównaniu z młodszym wiekiem zwiększa się ilość koloidu

i objętość samego gruczołu. Zdolność wiązania hormonów tarczycowych przez białka nośnikowe nie ulega zmianie, ponieważ równoważą się dwa procesy – zmniejsza się stężenie globuliny wiążącej tyroksynę TIBG, a zwiększa stężenie prealbuminy (transtyretyny), również będącej białkiem nośnikowym tyroksyny (pod warunkiem, że nie współistnieje niedożywienie i zmniejszona podaż białka). Poziom samych hormonów tarczycy w zasadzie nie zmienia się z wiekiem. Produkcja tyroksyny (T4) co prawda zmniejsza się w porównaniu z wiekiem średnim, ale spada też tkankowe zużycie tego hormonu, proporcjonalnie do utraty beztłuszczowej masy ciała, głównie mięśni. Stężenie trójjodotyroniny (T3) również pozostaje stałe lub nieznacznie się obniża – w wyniku niższej produkcji T4 lub też zmniejszonej konwersji T4 do T3. Ta sytuacja przeważnie towarzyszy innym → chorobom przewlekłym, częstym w wieku starszym, a niezwiązanym z patologią samej tarczycy. Z wiekiem zwiększa się poziom odwrotnej trójjodotyroniny (rT3), szczególnie w przypadkach ograniczonej podaży kalorycznej i węglowodanów (Gruenewald, Matsumoto, 2009; Nowak, Mooradian, 1996).

Choroby tarczycy są dość częste u pacjentów geriatrycznych. Niedoczynność tarczycy, najczęściej w przebiegu choroby Hashimoto, występuje u ok. 2–5% osób powyżej 65. r.ż.. Nadczynność tarczycy spowodowana jest głównie guzkowym wolem toksycznym. Problemem pozostaje natomiast diagnostyka powyższych schorzeń z powodu niespecyficznego obrazu klinicznego, często odmiennego od symptomatologii w populacji ogólnej. Na pierwszy plan bowiem wysuwają się objawy z układu krążenia – → zaburzenia rytmu serca, zaostrzenie przewlekłej niewydolności krążenia i choroby wieńcowej – choroby obecne często w wieku starszym, także bez współistniejącej patologii tarczycy. Obserwuje się również objawy ze strony układu nerwowego oraz zmiany w stanie psychicznym – hipotyreozy należy poszukiwać przy pogorszeniu funkcji poznawczych w → depresji i zaburzeniach nastroju, hipertyreozy – przy epizodach → majaczenia i stanach splątaniowych i/lub maniakalnych. W porównaniu z młodszymi pacjentami pozostałe układy mogą być nieme klinicznie, mimo zaburzeń funkcji tarczycy – można nie obserwować zmian wilgotności skóry, rytmu wypróżnień czy zmian masy ciała. Ostrożność należy też zachować przy włączaniu substytucji hormonów tarczycy. Obniżenie metabolizmu i klirensu tyroksyny łatwo może doprowadzić do przedawkowania leku. Dlatego leczenie powinno się zaczynać od mniejszych dawek i zwiększać je bardzo powoli. Istotne jest to szczególnie w przypadku osób ze współistniejącą patologią układu krążenia – → chorobą niedokrwienną serca i niewydolnością serca. Zbyt szybkie wyrównywanie niedoboru hormonów tarczycy i tyreotoksykoza mogą prowadzić do groźnych zaburzeń rytmu lub wywołać ostry zespół wieńcowy.

3. Kora nadnerczy. W starzejącym się organizmie dochodzi do strukturalnych zmian w obrębie nadnerczy. Zmniejsza się ich waga, a w korze nadnerczy zachodzą zmiany degeneracyjne, w tym włóknienie, gromadzenie się lipofuscyny, fragmentacja mitochondriów w komórkach wydzielniczych. Zwiększa się ponadto częstość występowania gruczolaków i drobnych guzków nadnerczy (Nowak, Mooradian, 1996).

A. Glikokortykoidy. Podstawowy poziom kortyzolu w wieku starszym pozostaje na tym samym poziomie lub nieznacznie się zwiększa. Co prawda spada jego produkcja w nadnerczach, ale obniża się też jego klirens. Większe są wahania dobowe tego hormonu, a także obserwuje się większy wzrost stężenia w odpowiedzi na → stres, zaś odpowiedź ta jest przedłużona w porównaniu z wiekiem młodszym. Zmiany te mogą mieć implikacje kliniczne, np. zwiększenie stężenia kortyzolu w godzinach wieczornych może powodować → zaburzenia snu. Podwyższony poziom kortyzolu wpływa też negatywnie na funkcje poznawcze, gospodarkę wapniowo-fosforanową i gęstość kości, a przez to na ryzyko złamań, zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn. Glikokortykoidy przyczyniają się też do przyrostu tkanki tłuszczowej, a depresyjnie działają na mięśnie. To wszystko przyczynia się do zwiększonego ryzyka → niepełnosprawności starszych pacjentów (Harman i współprac., 2014 – Internet: http://www.uptodate.com…).

B. Mineralokortykoidy. Stężenie aldosteronu obniża się u pacjentów w podeszłym wieku. Dzieje się tak głównie z powodu spadku wydzielania reniny w aparacie przykłębuszkowym nerek. Obserwuje się to szczególnie u pacjentów z niewydolnością nerek, hiponatremią, zespołem utraty sodu, także polekowym. Spadek produkcji hormonu jest zaznaczony zarówno w warunkach podstawowych, jak i po próbach czynnościowych – w odpowiedzi na ograniczenie soli, pozycję stojącą czy po stymulacji ACTH. Stąd pacjenci geriatryczni mają tendencję do hipotonii ortostatycznej i odwodnienia. O ok. 20% u osób starszych obniża się też klirens nerkowy aldosteronu, co może być wtórne do jego mniejszej produkcji. Nie wyrównuje to jednak całkowicie zmniejszonej produkcji tego hormonu. Jak wynika z badań, poziom aldosteronu w surowicy krwi osób starszych jest o ok. 30% niższy

w porównaniu z subpopulacją młodszą (Gruenewald, Matsumoto, 2009).

C. Androgeny. W starzejącym się organizmie zmniejsza się też stężenie hormonów płciowych – → testosteronu i estradiolu. Niższy poziom testosteronu wpływa na masę oraz osłabione funkcjonowanie mięśni, a przez to na ryzyko rozwoju → sarkopenii i → zespołu słabości (ang. *frailty*). Także poziom dihydroepiandrostenonu (DHEA), prekursora androgenów i estrogenów, jest niższy u osób starszych, a szczególnie ze współistniejącym zespołem słabości. Spada jego stężenie podstawowe, a także po stymulacji ACTH [hormon adrenokortykotropowy]. Zmiany te mają wpływ na ogólny stan → zdrowia i sprawność pacjentów geriatrycznych. Hormon DHEA wpływa na podtrzymanie masy mięśni, a więc jego niedobór może się objawiać sarkopenią. Udowodniono też, że wyższe poziomy DHEA są związane z lepszym stanem zdrowia w wieku starszym i → długowiecznością [ludzką] (Harman i współprac., 2014 – Internet: http://www.uptodate.com…).

4. Rdzeń nadnerczy, będąc w zasadzie częścią współczulnego układu nerwowego, produkuje adrenalinę i noradrenalinę. Hormony te grają podstawową rolę w regulacji funkcji układu sercowo-naczyniowego i metabolizmu. Tak więc dysfunkcja w tym systemie może objawiać się zaostrzeniem chorób krążenia, w tym → nadciśnieniem [tętniczym], niewydolnością serca, → zaburzeniami rytmu serca, → otyłością czy zaburzeniami gospodarki węglowodanowej.

Z wiekiem spada nieznacznie poziom adrenaliny, natomiast stężenie noradrenaliny jest wyższe. Jest to efektem raczej zwiększonej aktywności układu współczulnego w wieku starszym, niż nadmiernej aktywności samego rdzenia nadnerczy. Towarzyszy temu spadek receptorów alfa2-adrenergicznych i beta-adrenergicznych, a przez to osłabiona jest odpowiedź tkankowa na te hormony. Dowiedziono natomiast, że palenie papierosów zwiększa znacząco poziom katecholamin (Gruenewald, Matsumoto, 2009).

Może to mieć swoje implikacje kliniczne, szczególnie przy stosowanej → farmakoterapii [w wieku podeszłym]. Należy się spodziewać, że podczas intensywnego leczenia ostrych stanów zagrożenia życia katecholaminami, odpowiedź presyjna i izotropowa może być słabsza u pacjentów w podeszłym wieku. Z drugiej strony trzeba kontrolować pacjenta podczas leczenia beta-adrenolitykami i z reguły rozpoczynać leczenie od mniejszych dawek, z uwagi na niską gęstość receptorów adrenergicznych.

5. Gonady i hormony płciowe. Oś podwzgórzowo-przysadkowo-gonadalna jest jedną z głównych osi, ulegających zmianom w związku ze starzeniem się organizmu. Dochodzi do osłabienia aktywności seksualnej, libido i obniżenia/zaniku płodności. Zmiany hormonalne zachodzą zarówno na poziomie gonad, jak i na wyższych szczeblach regulacyjnych (podwzgórze, przysadka, nadnercza). Tempo zmian różni się osobniczo, ale też w zależności od płci: u kobiet mamy do czynienia z nagłym ustaniem funkcji gonad po menopauzie, podczas gdy u mężczyzn procesy inwolucyjne zachodzą stopniowo. Zmiany anatomiczne występujące w obrębie męskich narządów płciowych w starzejącym się organizmie polegają na pogrubieniu błony podstawnej przewodzików nasiennych, zwłóknieniu okołoprzewodowym, zmniejszeniu liczby komórek Leydiga i Sertoliego oraz mniejszej produkcji nasienia. Płodność jednak bywa zachowana u mężczyzn do końca → życia, gdyż obok zmian degeneracyjnych występują też jednoczasowo ogniska prawidłowej spermatogenezy. Spadek stężenia testosteronu, zarówno całkowitego, jak i biodostępnego, wynika zarówno z osłabionej funkcji jąder (ok. 30% testosteronu jest pochodzenia gonadalnego), jak i mniejszego wydzielania LH przez przysadkę.

U kobiet po menopauzie dochodzi do zaprzestania produkcji estrogenów przez jajniki. Kilka lat przed menopauzą zmniejsza się stopniowo odpowiedź gonadalna na przysadkowe hormony tropowe FSH i LH, a także supresja produkcji tropin przez estrogen. Wtórnie do tych procesów zachodzą też zmiany w śluzówce macicy – zmniejsza się ilość receptorów dla estrogenów, natomiast liczba receptorów progesteronowych pozostaje stała, co również negatywnie wpływa na płodność kobiet. Z drugiej strony produkcja androgenów przez jajniki i obwodowa konwersja steroidów nie zmienia się. W wyniku tego odwraca się stosunek estrogenów do androgenów i estronu do estradiolu. Obniżenie poziomu estrogenów, oprócz wpływu na płodność, klinicznie objawia się ponadto atrofią komórek śluzówki układu moczowo-płciowego, zaburzeniami napięcia naczyń, spadkiem gęstości kości oraz ryzykiem → osteoporozy i złamań (Harman i współprac., 2014 – Internet: http://www.uptodate.com…, Nowak, Mooradian, 1996).

6. Przytarczyce. Zmiany dotyczące hormonów wpływających na gospodarkę wapniowo-fosforanową są łagodne. Poziom parahormonu (ang. *parathormon* – PTH) może być nieco wyższy u starszych osób, wtórnie do częstego w tej grupie wiekowej niedoboru witaminy D i spadku stężenia wapnia. Nerkowa odpowiedź na PTH jest osłabiona, co może skutkować zmniejszoną reabsorpcją wapnia i jego utratą z moczem.

Rola dysregulacji endokrynnej w procesie starzenia

Istnieje hipoteza sugerująca, że to dysregulacja w układzie endokrynnym oraz zmiana stężeń i funkcji hormonów wpływa na proces starzenia się organizmu. Według neuroendokrynnej teorii starzenia się, zaproponowanej w roku 1992 przez Vladimira Dilmana i Warda Deana, z wiekiem dochodzi do zaburzeń czynności endokrynnej podwzgórza, spadku wrażliwości jego receptorów na hormony obwodowe i czynności regulującej homeostazę hormonalną organizmu. Jedną z możliwych przyczyn upośledzonej funkcji podwzgórza są zmiany w produkcji oraz metabolizmie neurotransmiterów, głównie katecholamin oraz przesunięcie równowagi w stosunku katecholaminy/serotonina. Innym powodem zmian w podwzgórzu może być desensytyzujące działanie kortyzolu, którego nadmierną produkcję obserwujemy w starości. Z biegiem czasu wytwarza się mechanizm błędnego koła: brak hamującej odpowiedzi podwzgórza na stężenie kortyzolu powoduje dalszy jego wzrost w surowicy i postępujące uszkodzenie komórek podwzgórza.

Postulowano także wpływ tzw. hormonu śmierci czy DECO (ang. *decreasing oxygen consumption hormone*), którego obecność udowodniono u szczurów (Bilder, Denckla, 1977). Starzejąca się przysadka mózgowa miałaby produkować DECO, który hamując wrażliwość komórek na tyroksynę, zaburzałby regulację metabolizmu komórek organizmu i wpływał na proces ich starzenia się i degeneracji. Dotychczas nie udowodniono jednak istnienia tego mechanizmu w organizmie ludzkim.

Wykazano natomiast rolę hormonu wzrostu GH, insuliny i insulinopodobnych czynników wzrostu w procesie biologicznego starzenia się. Za najważniejszą uznaje się ścieżkę przekaźnictwa sygnału zależną od insuliny/IGF1 jako wpływającą na długowieczność – wykazaną dotychczas na modelach zwierzęcych (Bartke, 2005). W ostatnich latach zwraca się też uwagę na znaczenie białka Klotho, produkowanego w nerkach, a wpływającego na mechanizmy obrony antyoksydacyjnej, a także na ścieżkę sygnałową zależną od insuliny i przez to wydłużającego czas przeżycia (Kurosu i współprac., 2005).

Przeprowadzono wiele badań dotyczących substytucji hormonów jako postępowania prewencyjnego, zapobiegającego negatywnym skutkom powyższych procesów – zarówno wpływających na stężenie kortyzolu, jak i wrażliwość receptorów na hormony, czy substytucji samych substancji aktywnych. Niestety, jak dotychczas, oprócz pozytywnego wpływu podawania witaminy D, nie wykazano skuteczności suplementacji innych substancji, takich jak: testosteron, hormon wzrostu, IGF1, → dehydroepiandrostenon, estrogeny, czy melatonina w odwracaniu skutków procesu starzenia się i objawów starości (Morley, Moon, 2012).

AKA, ZBW

B: Bartke, 2005; Bilder, Denckla, 1977; Dilman, Dean, 1992; Gruenewald, Matsumoto, 2009; Kurosu i współprac., 2005; Morley, Moon, 2012; Nowak, Mooradian, 1996; Wolf, 2002.
N: Harman i współprac., 2014 – Internet: http://www.uptodate.com…
O: andropauza, menopauza, starzenie się, starość.
TK: am. *hormones and aging*, am. *hormones and ageing*, fr. *hormones et le vieillissement*, hiszp. *hormonas y envejecimiento*, niem. *Altern und Hormone/Hormone im Alter,* ros. *гормоны и старение.*

hospicjum

początkowo oznaczało gospodę lub zajazd i terminem tym (*hospitium*) posługiwali się m.in. → Cyceron, Wergiliusz (70–19 p.n.e.), Pliniusz Młodszy (ok. 61–113) czy Seneka Młodszy (ok. 4 p.n.e.–65 n.e.). Słowo pochodzi od łac. *hospes*, które oznacza osobę połączoną z inną trwałym związkiem wynikającym z gościnności: druha, przyjaciela. Termin ten oznacza także gospodarza podejmującego przybyłych (w prywatnym domu,

Tabela. 1. Zmiany w stężeniu hormonów w surowicy obserwowane w procesie starzenia

Bez zmian	Zwiększony poziom	Zmniejszony poziom
▪ hormon luteinizujący (LH) – mężczyźni ▪ tyroksyna (T4) ▪ tyreotropina (TSH) ▪ adrenalina (A) ▪ prolaktyna (PRL) – mężczyźni ▪ adrenokortykotropina (ACTH)	▪ hormon luteinizujący (LH) – kobiety ▪ hormon folikulotropowy (FSH) ▪ kortyzol ▪ parathormon (PTH) ▪ noradrenalina (NA)	▪ hormon wzrostu (GH) ▪ insulinpodobny czynnik wzrostu (IGF) ▪ testosteron ▪ estrogeny – kobiety ▪ dihydroepiandrostenon (DHEA) ▪ trojjodotyronina (T3) ▪ witamina D ▪ aldosteron ▪ prolaktyna (PRL) – kobiety

Źródło: Morley J.E., Moon K.J., *Endcrinology of aging*, w: A.J. Sinclair, J.E. Morley, B. Vellas (eds.). *Pathy's principles and practice of geriatric medicine*. Wyd. 5. Chichester 2012.

w oberży, na kwaterze żołnierskiej), także przybysza, obcego wędrowca, gościa odwiedzającego zajazd lub miejsce letniskowe. Określenie *hospitium* oznacza zatem sojusz, przymierze, związek gościnności, a także osobę połączoną z inną trwałym związkiem gościnności; gościna, ugoszczenie, dom gościnny, kwatera gościnna, zajazd, przytułek. Hospicjum to także miejsce zapewniające → opiekę dla osób nieuleczalnie chorych i umierających. [Pierwsze użycie określenia *hospitate* w znaczeniu: otrzymać gościnę, być gościem, przypisuje się św. Paulinowi z Noli, zw. Miłościwym (ok. 353–431), obejmował tym terminem wszelkie istniejące ówcześnie chrześcijańskie instytucje dobroczynne – przyp. red.].

Od czasów apostolskich Kościół otacza opieką osoby potrzebujące. W sposób zorganizowany czynił to po Edykcie mediolańskim, regularnie tworząc od roku 313 instytucje dobroczynne. Zakłady dobroczynne w średniowieczu zaczęły nosić nazwę *ksenodochium* lub *ksenodocheion* (od starogrec. *ξένος* [ksenos] – obcy, *ξενοδοχειον* [ksenodocheion] – gospoda, miejsce dla obcych, schronisko dla pielgrzymów i ubogich podróżnych). Ich kuratorem był biskup, a w każdym zakładzie reprezentował go *ksenodoch*, czyli świecki lub duchowny kierownik. Pobyt w takim hospicjum był darmowy, jedynie osoby zamożne zostawiały jakieś datki. Do zadań ksenodocha należało przygotowanie łóżka, pościeli oraz tego wszystkiego, co było niezbędne ludziom biednym i chorym (Longosz, 1996).

W średniowieczu uwagę skupiono na procesach umierania, a także opiekowano się zmarłymi. Zajmowały się tym arcybractwa dobrej śmierci opiekujące się katakumbami oraz cmentarzami. Z czasem zaczęto zajmować się sztuką umierania, będącą przygotowaniem osoby chorej na spotkanie z Bogiem. Wśród najbardziej znanych bractw wymienić należy: Bractwo Bożej Miłości (1494, Vicenza), Arcybractwo Konających (1616 Piazza Pasguino Rzym), Bractwo Dobrej Śmierci (Lwów), Arcybractwo Matki Boskiej Bolesnej (Watykan), Arcybractwo Modlitwy i Śmierci (1538, Rzym). W czasach wojen i wypraw krzyżowych chorymi i umierającymi zajmowały się zakony rycerskie.

W 1591 roku o. Piotr Skarga [właśc. Piotr Powęski] (1536–1612) założył w Warszawie Szpital św. Łazarza. Przyjmowano w nim osoby opuszczone, biedne, dotknięte trądem, chorych na wilka, weneryków i rakowatych. Od 1756 roku zakład ten przeznaczono wyłącznie dla osób zakaźnie chorych oraz chorych na raka (Górecki, 2000). [W czasach nowożytnych działalność hospicyjna została zainicjowana przez Jeanne Garnier (1811–1853), która otworzyła w Lyonie (1842) pierwsze ze swoich schronisk dla umierających, nazwane hospicjum lub Kalwaria (*Calvaire*). Niezależnie od tego irlandzkie Zgromadzenie Katolickie Sióstr Miłosierdzia założyło Hospicjum Naszej Pani dla Umierających (*Our Lady's Hospice for Dying*) w Dublinie (1879), a następnie Hospicjum św. Józefa w Londynie (1905), natomiast pierwsze w Rosji profesjonalne hospicjum dla pacjentów onkologicznych utworzył w roku 1903 dyrektor Instytutu Rakowego w Moskwie Lewe Lwowicz Lewszyn (1842–1911) – przyp. red.].

Współczesny ruch hospicyjny związany jest z niezwykle zasłużoną dla tej działalności osobą, jaką była → Saunders, która pracowała jako pielęgniarka w szpitalu św. Łukasza w Londynie, gdzie opracowała pełną koncepcję pracy z osobami nieuleczalnie lub terminalnie chorymi, dostosowaną do współczesnych warunków, potrzeb i możliwości. Pracując na oddziale umierających we wspomnianym szpitalu, spotkała nieuleczalnie chorego na nowotwór polskiego lotnika Dawida Taśmę (1911–1948). Rozmowy z nim prowadzone uświadomiły Saunders, że istnieje potrzeba stworzenia swoistej przystani dla osób umierających, miejsca odpoczynku, gdzie pacjent w spokoju będzie mógł pożegnać się z tym wszystkim, co było cenne w jego życiu. W 1967 roku założyła w Londynie specjalistyczny ośrodek opieki nad chorymi umierającymi na nowotwory – Hospicjum św. Krzysztofa. W hospicjum tym opiekę medyczną uzupełniono psychosocjalną, duchowo-religijną i wolontaryjną wykonywaną przez interdyscyplinarny zespół (Górecki, 2003).

Pierwsze polskie hospicjum powstało w parafii Najświętszej Maryi Panny Królowej Korony Polskiej w Bieńczycach w Nowej Hucie we wczesnych latach 70. XX w. Powstał wówczas Zespół Studyjny, który zajmował się wieloma tematami religijnymi i społecznymi, a wśród nich znalazły się również zadania związane z wyrażaniem miłości. W pierwszym etapie powstania hospicjum zaczęto poszukiwać praktycznego sensu niesienia pomocy nieuleczalnie chorym (Drążkiewicz, 1989). Hanna Chrzanowska (1902–1973) założyła w 1964 roku Krakowski Ośrodek Pielęgniarstwa Domowego, w którym zajmowała się chronicznie chorymi. Celem, do którego dążyła, było takie opiekowanie się chorymi, by mogli oni odzyskać godność, sponiewieraną przez cierpienie i opuszczenie (Bortnowska, 1985). Zespół Studyjny uwzględnił koncepcję Chrzanowskiej oraz równocześnie rozpoczął ochotniczą pracę na oddziale zakaźnym szpitala w Nowej Hucie. Grupę, która wówczas sprawowała opiekę nad chorymi terminalnie, uznaje się za pierw-

szą nieformalną grupę wolontariuszy hospicyjnych w Polsce. Zespół Studyjny nawiązał korespondencyjny kontakt z Hospicjum św. Krzysztofa w Londynie, a w 1978 roku zorganizowano wizytę Saunders w krakowskim Instytucie Onkologii. W 1981 roku utworzono stowarzyszenie p.n. Towarzystwo Przyjaciół Chorych Hospicjum, rozpoczęto budowę pierwszego stacjonarnego hospicjum w Polsce, a w 1982 roku powstał w Krakowie Zespół Opieki Hospicyjnej, składający się w głównej mierze z lekarzy Instytutu Onkologii. Ich zadaniem było obejmowanie opieką domową chorych terminalnie, którzy zakończyli hospitalizację (Górecki, 2000). Wiesław Stefański jako pierwszy rozpoczął tę praktykę, a po dwóch latach do jego zespołu dołączyli opiekunowie chorych terminalnie – przeszkoleni wolontariusze. Na przełomie lat 1983/1984 zorganizowano pierwszy kurs dla wolontariuszy. Od tego czasu co roku organizowane są szkolenia, dzięki którym ośrodki hospicyjne powiększają się o kolejnych wolontariuszy i rozszerzają swą działalność. Kolejnym, dobrze rozwijającym się ośrodkiem, było Hospicjum Pallottinum w Gdańsku, które swą działalność rozpoczęło w 1984 roku (Drążkiewicz, 1989).

Ksiądz Ryszard Eugeniusz Dutkiewicz (1947–2002) – kapelan w Klinice Akademii Medycznej – stykający się w swej pracy z osobami umierającymi, zapoczątkował ruch hospicyjny w Gdańsku (Krakowiak, Stolarczyk, 2008). Był on świadkiem → śmierci osób opuszczonych, osamotnionych oraz niósł pomoc chorym i umierającym w ich domach. Początkowo zabiegi medyczne uzupełniane były opieką zespołu hospicyjnego, a następnie przybrały formę → opieki domowej. Zadaniem zespołu było odpowiadanie na potrzeby psychiczne, medyczne, metafizyczne i religijne (Drążkiewicz, 1989).

W 1985 roku powstało Hospicjum św. Jana Kantego w Poznaniu. Geneza tego hospicjum wiąże się z dążeniami środowiska medycznego – lekarzy, pielęgniarek, studentów medycyny, by przeciwdziałać bezduszności służby zdrowia, rutynie i korupcji. Początkowo organizowano raz w miesiącu wykłady na temat etyki lekarskiej oraz etyki osób opiekujących się chorymi, jak również podejmowano tematy związane z cierpieniem chorych. Koncepcja opieki domowej na rzecz nieuleczalnie chorych została zaaprobowana w środowisku poznańskim. Zaowocowało to współpracą nawiązaną w ciągu kilku miesięcy przez grupę wolontariuszy złożonych z osób ze służby zdrowia.

Prawdziwy rozkwit idei hospicyjnej w Polsce przypadł na lata 1987–1989. W tym okresie powstawały nowe hospicja w Białymstoku, Elblągu, Gdyni, Szczecinie, Toruniu, Warszawie i Wrocławiu. W innych miastach zaczęły tworzyć się grupy ludzi, którzy interesowali się ruchem hospicyjnym. Zaczęto formować wspólnoty i przygotowywano się do pomagania osobom nieuleczalnie chorym, umierającym i ich → rodzinom. Kolejne wolno stojące hospicja powstały w Mysłowicach i Łomży. Z upływem lat i narastającą liczbą doświadczeń oraz pozytywnymi przykładami sprawnie działającej opieki hospicyjnej, zaczęły powstawać kolejne ośrodki (Górecki, 2000; Hołubicki, 1997; Ruszkowska, 1989; Zych, 2017).

Ogólnopolska Rada Hospicjum została powołana w 1991 roku na Zjeździe Zespołów Hospicyjnych w Wesołej k. Warszawy, następnie zaś została przekształcona w Ogólnopolskie Forum Ruchu Hospicyjnego (OFRH). Rejestracja OFRH jako stowarzyszenia nastąpiła w 1992 roku, przyjęto za cel doskonalenie i propagowanie → opieki [paliatywno-] hospicyjnej. Było to możliwe dzięki współpracy między ośrodkami hospicyjnymi, wymianie doświadczeń, wspólnym zjazdom, konferencjom i szkoleniom, sesjom naukowym, a także współpracy z ośrodkami medycznymi, edukacyjnymi, religijnymi, łączności ze światowym ruchem hospicyjnym oraz redagowaniu publikacji na temat opieki hospicyjnej (Krakowiak, Modlińska, 2009). Pierwszy Zjazd OFRH odbył się w Gdańsku (1992). Przyjęto na nim Kartę Hospicjum, której zadaniem było określenie pola działania oraz uwzględnienie przewodnich założeń ruchu hospicyjnego. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej powołał w 1993 roku Krajową Radę Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej, której zadaniem jest wspieranie i koordynowanie rozwoju opieki hospicyjnej w całym kraju (Hołubicki, 1997). Jej zadaniem jest opracowanie końcowego programu rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej, uwzględniającego organizację, sposoby finansowania, standardy opieki, kształcenie i współuczestnictwo w rozwoju niezależnego ruchu hospicyjnego oraz koordynowanie działalności wszystkich organizacji związanych z opieką paliatywną. Krajowa Rada Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej jest organem wnioskującym, konsultacyjno-doradczym oraz opiniodawczym (Górecki, 2000). Ogólnopolski Zjazd Hospicjów i Zespołów Opieki Paliatywnej odbył się w latach 1995 i 1997 w Szczecinie. Grupa wolontariuszy chcąca umocnić więzi między członkami-hospicjantami postanowiła powołać w 1996 roku Formacyjny Krąg Hospicjantów Polskich im. św. Wincentego Pallottiego (Kromolicka, 2000).

Pod koniec lat 80. XX stulecia zaczęły powstawać hospicja dla dzieci – w Edmarc w Wirginii (1978) otwarto

pierwsze domowe hospicjum, natomiast pierwsze stacjonarne hospicjum dziecięce „Helens House" otworzyła w Oxfordzie (1982) angielska zakonnica i pielęgniarka s. Franciszka Dominika, z którą współpracował John David Baum (1940–1999) z Królewskiego Tow. Pediatrycznego. Dzięki tej współpracy możemy dziś mówić o odrębnej gałęzi medycyny wraz z jej własnymi standardami (Balk, 2010). Twórcą polskiej opieki paliatywnej dzieci jest Tomasz Stanisław Dangel, który zainicjował działalność Warszawskiego Hospicjum dla Dzieci (1985), stanowiącego obecnie wzór dla innych ośrodków europejskich. Zdaniem Dangela (2001) nieuleczalnie chore dzieci i ich rodzice powinni mieć swobodny wybór między leczeniem w szpitalu a leczeniem w domu.

Oprócz ruchu hospicyjnego, który prężnie rozwijał się w Polsce, niemal równocześnie rozwijał się ruch opieki paliatywnej. Pierwszy w Polsce Zespół Opieki Paliatywnej został utworzony w 1988 roku przy Katedrze Onkologii Akademii Medycznej w Poznaniu, a jego inicjatorem był Jacek Łuczak. W skład Zespołu Opieki Paliatywnej wszedł: Zespół Opieki Domowej, Poradnia Walki z Bólem oraz Poradnia dla Osób Osieroconych. Rok później powołano Towarzystwo Opieki Paliatywnej Uśmierzania Cierpień u Osób z Chorobą Nowotworową im. A. Lewińskiego i A. Mazur. Przekształcenie Zespołu Opieki Paliatywnej w Klinikę Opieki Paliatywnej nastąpiło w roku 1990. Kolejnym ośrodkiem, który dołączył do struktur Kliniki Opieki Paliatywnej, był Ośrodek Opieki Dziennej im. J. Drażby, a miało to miejsce w 1997 roku (Górecki, 2000).

W dzisiejszych czasach problematyka związana z hospicjami jest niezwykle ważna, bowiem „proces demograficznego starzenia się dotyka nie tylko osoby zdrowe i sprawne, ale również przedstawicieli grup o różnych rodzajach i stopniach niepełnosprawności. Wzrastająca liczba osób starzejących się i starych wśród ludności naszego kraju, a zwłaszcza wśród osób z rozmaitymi niepełnosprawnościami stanowi bardzo poważne wyzwanie otoczenia troską i opieką tej grupy społeczeństwa polskiego. Jest to problem dwubiegunowy, gdyż z jednej strony postępujące procesy inwolucji fizycznej i psychicznej powodują obniżenie sprawności i niezależności, prowadząc w wielu przypadkach do zniedołężnienia i konieczności opieki ze strony rodziny i osób najbliższych bądź służb społecznych, z drugiej zaś strony osoby od urodzenia czy wczesnej młodości niepełnosprawne fizycznie, intelektualnie i psychicznie szczególnie podlegają prawom natury i czasu, czyli nieuchronnie się starzeją" (Zych, 2013).

Przekazanie w 1993 roku przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej funduszy na rzecz rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej było przełomowym momentem w działalności polskich ośrodków. Pomimo ciągłego rozwoju, zarówno opieki hospicyjnej, jak i paliatywnej, w ogromnej mierze ruch ten opiera się na wolontariuszach, zaczyna się tworzyć nowy, ważny nurt → wolontariatu hospicyjnego (Sierecka, 2014). Obecnie istnieje ponad 100 placówek hospicyjnych, a wśród nich grupy nieformalne oraz posiadające osobowość prawną, hospicja stacjonarne, domowe, ośrodki dla dorosłych i dzieci. W Polsce łącznie z ośrodkami medycyny paliatywnej i poradniami jest ponad 500 jednostek opieki paliatywno-hospicyjnej (Krakowiak, Janowicz, 2008).

Dynamiczny rozwój opieki paliatywnej i hospicyjnej stawia Polskę na drugim miejscu w Europie, zaraz po Wielkiej Brytanii, pod względem stanu organizacyjnego tych dwóch dziedzin niesienia pomocy nieuleczalnie chorym. OFRH jest obecnie inicjatorem bardzo wielu akcji propagujących ideę hospicyjną. Działania, którymi zajmują się przedstawiciele hospicjów i ośrodków medycyny paliatywnej nie miałyby większego odzewu, gdyby nie systematycznie zgłaszający się ludzie chcący dzielić swój czas i dobrowolnie, bezinteresownie niosący pomoc. Opieka paliatywna należy do wysoko specjalistycznego działu medycyny, wymagającego dużych kwalifikacji medycznych, filozoficznych oraz rozwiniętej sfery psychoduchowej. W Polsce każdego roku zostaje zarejestrowanych ok. 120 tys. zachorowań na nowotwory złośliwe, a ponad 80 tys. chorych umiera. Inne → choroby przewlekłe również zbierają swoje żniwo w postaci 350 tys. zachorowań rocznie (Kaptacz, 2005).

Opieka nad chorymi terminalnie oraz ich rodzinami musi być sprawowana przez cały czas, a zespół, który ma brać w tym udział, musi być odpowiednio do tego przygotowany i przeszkolony. Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) w 2004 roku uznał opiekę paliatywną za → opiekę długoterminową. Obecnie wg zapisu NFZ u chorego w ciągu tygodnia powinny odbyć się cztery wizyty domowe, w tym jedna lekarska, a w przypadku zespołów opieki paliatywnej przyjęto wymóg co najmniej dwóch wizyt pielęgniarskich oraz jednej wizyty lekarskiej w tygodniu.

W zależności od potrzeb chorego przewiduje się również wizytę psychologa, duszpasterza, → pracownika socjalnego, fizjoterapeuty oraz wolontariusza. W przypadku naglących sytuacji przewidziane są dodatkowe wizyty interwencyjne. System ochrony zdrowia swoją opieką otoczył również personel i wolonta-

riuszy. Osoby, które potrzebują pomocy w radzeniu sobie ze → stresem wynikającym z opieki nad umierającymi i opieki nad rodzinami chorych czy osieroconych, potrzebują wsparcia psychologa lub duchownego, co zapobiega → zespołowi wypalenia zawodowego (Kaptacz, 2005).

Polityka zdrowotna państwa w programie dotyczącym opieki paliatywnej i hospicyjnej przyjmuje prowadzenie jej w następujących formach: zespoły domowej opieki hospicyjnej, hospicja stacjonarne, ośrodki opieki dziennej, ośrodki opieki paliatywnej.

W Polsce utworzono Fundację Hospicyjną (2004) pod auspicjami Krajowego Duszpasterza Hospicjów przy Konferencji Episkopatu Polski – od 2004 roku jest nim o. Piotr Krakowiak. Siedziba Fundacji znajduje się w Gdańsku. Od początku swojej działalności Fundacja prowadzi ogólnopolskie kampanie społeczne promujące hasło „Hospicjum to też Życie". Co roku za pośrednictwem mediów mówi się o opiece paliatywno-hospicyjnej, zwracając szczególną uwagę na konieczność wspierania hospicjów. Liczne debaty i konferencje prowadzone przez Fundację Hospicyjną poruszają trudne tematy związane z przewlekłą chorobą, stratą, osieroceniem i żałobą oraz propagują ideę → wolontariatu [hospicyjnego].

Organizacja hospicjów uzależniona jest od kultury i warunków właściwych w danym społeczeństwie, formacji ludzi je tworzących, ich nabytych doświadczeń, rodzaju medycyny, którą się posługują oraz pojmowania śmierci (Górecki, 2003). W Polsce obecnie opieka paliatywno-hospicyjna jest świadczeniem zdrowotnym, finansowanym z publicznych środków. Głównym źródłem finansowania są środki pochodzące z podpisanych kontraktów z NFZ (Ciałkowska-Rysz, 2009).

Opiekę paliatywno-hospicyjną realizuje się w Polsce w wielu formach, a są to: poradnie opieki paliatywnej i walki z bólem, zespoły opieki domowej, oddziały opieki paliatywnej i hospicyjnej, oddziały opieki dziennej, zespoły wspomagające, hospicja stacjonarne (Łuczak, 1996).

Pomijając zwyczajowe, spontaniczne formy opieki nad osobami chorymi terminalnie, ich zinstytucjonalizowane postaci można sprowadzić do trzech następujących typów:

1. **Zespoły domowej opieki hospicyjnej** w Polsce stanowią podstawową, nieodpłatną formę opieki. W ich składzie znajdują się lekarze, pielęgniarki, psychologowie, wolontariusze i duchowni niezwiązani ze środowiskiem medycznym. Zaletą tego typu opieki jest to, że pacjent przebywa w swoim domu, otoczony najbliższymi aż do śmierci. Zespół opiekujący się wraz z rodziną chorym koncentruje się na kontroli bólu, uciążliwych objawach i udziela hospicjentowi oraz jego rodzinie wsparcia duchowego, psychologicznego i socjalnego (Kostek, 2010).

Zespół współpracujący z chorym ma za zadanie wspomagać również rodzinę i szanować wolę chorego oraz jego najbliższych. Według szacunkowych danych optymalnie zorganizowana domowa opieka hospicyjna, dobrze wyszkoleni lekarze rejonowi, rodzinni i pielęgniarki środowiskowe oraz zaangażowanie społeczności lokalnej, pozwoliłoby zespołową domową opieką hospicyjną objąć 90% potrzebujących, rezygnując z angażowania specjalistycznych ośrodków (Hebanowski, Walden-Gałuszko, Żylicz, 1998).

Osoby wchodzące w skład zespołu zajmującego się wspieraniem chorego i jego rodziny, czując się współodpowiedzialnymi za wysoki poziom świadczonej opieki, powinny ciągle się dokształcać w dziedzinie terapii i opieki nad terminalnie chorym (Ruszkowska, 1989). Cykle opieki wykonywanej w domowych warunkach różnią się od innych pod pewnymi względami i mają swoje specyficzne cechy. Schematyczne sposoby działania w hospicjach nie sprawdzają się, gdyż uznać trzeba dużą elastyczność w postępowaniu w konkretnych przypadkach.

W skład zespołu domowej opieki hospicyjnej optymalnie powinno wchodzić: dwóch lekarzy lub lekarz i student medycyny, trzy pielęgniarki oraz trzech wolontariuszy (Bartoszewska, 2005). Domową opieką hospicyjną objęte zostają osoby, u których zdiagnozowano zaawansowaną (terminalną) fazę choroby. Wskazaniem do objęcia tym typem opieki chorego jest również moment, gdy u chorego pojawiają się nasilone objawy psychicznego nieprzystosowania pacjenta do stanu terminalnego choroby oraz nasilają się trudności w osiągnięciu pełnej likwidacji przez lekarza podstawowej opieki medycznej objawów fizycznych, które wynikają z zaawansowania choroby (Flakus, 2008).

W praktyce istnieją dwa wzory organizacji zespołów, mające swych zwolenników wśród uczestników ruchu. Pierwszy wzór stanowi hospicjum podzielone na stabilne, niepodlegające rotacjom zespoły przechodzące w stałym składzie do kolejnych chorych. Jego istotną zaletą jest możliwość tworzenia więzi wspólnotowej, która najskuteczniej chroni przed przeciążeniem, eliminuje ewentualne kolizje w pracy zespołowej i sprzyja właściwemu wypełnianiu opieki. Drugi wzór jest oparty na jednej wspólnocie hospicyjnej, wyłaniającej w miarę potrzeby zespoły do pielęgnacji konkretnych chorych. Zespoły te są zmienne i grupują uczestników hospicjów

w zmieniających się konfiguracjach. Jako główny argument przytacza się tu potrzebę tworzenia wspólnoty na szczeblu całego ośrodka, podczas gdy obecność stałych zespołów może sprzyjać zamykaniu się więzi wspólnotowych w małych grupkach (Bartoszewska, 2005).
Zespół wspierający musi opiekować się chorym w sposób ciągły, dając mu poczucie bezpieczeństwa i wpływając pozytywnie na jakość jego życia. Wspólne działanie na rzecz umierającego, różnorodność osób w zespole, ich osobowości, profesji i filozofii sprawia, że zaspokajanie potrzeb chorego jest możliwe.
2. **Hospicja stacjonarne** to miejsca, w których przebywać mogą osoby samotne, bezdomne lub wymagające całodobowej specjalistycznej opieki. Do głównych wskazań tego typu opieki należą trudne warunki domowe, potrzeba czasowego odciążenia rodziny, trudności w pełnej i kompetentnej terapii objawów (Górecki, 2000). Hospicja stacjonarne są drugą pod względem rozwoju formą opieki nad chorymi. Ten typ niesienia pomocy pozwala z jednej strony na zaspokojenie potrzeb chorych, z drugiej zaś na wypoczynek ich rodzin, które całodobowo sprawują opiekę nad najbliższymi. Reforma służby zdrowia, zakładająca ich restrukturyzację, sprawiła, że zaproponowane ograniczenie łóżek opieki krótkoterminowej na rzecz opieki długoterminowej wywołało zmniejszenie liczby tych chorych. Przy szpitalach powstały oddziały opieki paliatywnej, które zdecydowanie różnią się od typowych oddziałów opieki długoterminowej formą sprawowanej w nich opieki, dostosowanej do obowiązujących standardów (Walden-Gałuszko, Majkowicz, 2001).
Hospicja stacjonarne to miejsca z niewielką liczbą łóżek, kameralną atmosferą, a także sprawną opieką, której podstawą jest osobowy kontakt chorego z zespołem. Rodzina, przyjaciele, znajomi osoby chorej mają nieograniczony wstęp do hospicjum i mogą w nim przebywać tak długo, jak chcą. Mogą pomagać w pielęgnacji i opiece nad umierającym (Górecki, 2000).
Jerzy Drążkiewicz (1989) wymienił główne założenia, jakimi powinni kierować się organizatorzy tworzący hospicja stacjonarne: personel hospicyjny ma cechować specjalne nastawienie decydujące o atmosferze hospicyjnej, która ma być rodzinna, wspólnotowa; dbałość o psychiczną wytrzymałość personelu poprzez specjalne spotkania, rozmowy o charakterze psychoterapeutycznym, specjalne rekolekcje; założenie włączenia rodzin do opieki zarówno nad własnymi chorymi, jak i innymi samotnymi pacjentami; obok personelu i chorych w hospicjum pracują także wolontariusze, którzy w zależności od własnych możliwości zajmować się będą opieką nad chorymi, pracami porządkowymi, gospodarczymi i szkoleniowymi; hospicjum nie ma pełnić funkcji szpitala, dlatego przebywającym tam chorym nie będzie zapewniać wszelkiego rodzaju pomocy lekarskiej; hospicjum ma być placówką otwartą, z której chorzy mogą po przygotowaniu rodziny odchodzić do domów i wracać stamtąd do hospicjów, gdy zajdzie taka potrzeba; rodzina będzie miała możliwość stałej obecności przy chorym, nawet w nocy, w tym celu w pokojach chorych umieszczane są dodatkowe łóżka.
W hospicjum stacjonarnym śmierć traktowana jest jako coś naturalnego i mówi się o niej w sposób jawny. Pacjenci przebywający w tych miejscach otoczeni są swoimi ulubionymi przedmiotami, książkami, roślinami, obrazkami. W niektórych hospicjach zezwala się także na wizyty zaprzyjaźnionych zwierząt domowych (Bartoszewska, 2005).
Większość **ośrodków opieki dziennej** znajduje się w dużych aglomeracjach miejskich. Są one uzupełnieniem działalności prowadzonej przez ośrodki stacjonarne i zespoły opieki domowej. Ich podopiecznymi są chorzy mieszkający w pobliżu, którzy zmagają się z pierwszą fazą terminalnej choroby. Ośrodki te pozwalają chorym na korzystanie z ich usług, co pomaga w uzyskaniu optymalnej → jakości życia, pomimo zaawansowanej choroby. Doświadczone zespoły pracowników ośrodków dziennej opieki ułatwiają osobom chorym osiągnięcie jak najwyższego stopnia niezależności oraz możliwie jak największej poprawy kondycji fizycznej i samopoczucia. W dziennych ośrodkach prowadzone są różnego rodzaju indywidualne i grupowe zajęcia: wyrównawcze, terapeutyczne, relaksacyjne, przeciwdziałające apatii, depresji i osamotnieniu. Chorzy mogą liczyć na fachowość kadry pracującej oraz jej kompetentne porady.
Pozwala to zachować chorym własną godność, lepiej rozumieć siebie, swoją sytuację, osiągnąć stabilizację wewnętrzną, odnaleźć się w nowej sytuacji, korzystać z doświadczeń innych (*Opieka*…, 2009 – Internet: http://www.umed.pl/…). Osobom przebywającym w ośrodku zapewnia się aktywne spędzanie czasu, a ich rodzinom odpoczynek i możliwość kontynuowania pracy zawodowej (Kostek, 2010).
Do dziennych ośrodków opieki paliatywnej lub hospicyjnej przyjmowani są pacjenci z terenu znajdującego się nie dalej niż 15 km od ośrodka. Maksymalnie mogą one przyjmować od 12 do 20 chorych dziennie, u których zdiagnozowano niepoddającą się leczeniu chorobę nowotworową (Pyszkowska, 2004). Zespoły domowej opieki hospicyjnej, hospicja stacjonarne oraz ośrodki opieki dziennej stanowią trzy główne formy

opieki hospicyjnej. Oprócz nich można wyróżnić także ich pośrednie formy. Przyjmując za podstawę treść świadczonych usług, można je podzielić na ośrodki opieki paliatywnej i ośrodki konsultacyjne.

W **ośrodkach opieki paliatywnej** stosuje się medycynę paliatywną, która tak jak i inne kliniczne dyscypliny medyczne dotyczy opieki nad chorymi oraz badań nad tą opieką. Zajmuje się chorymi z ustalonym rozpoznaniem, z objawami czynnej, postępującej choroby, znajdującymi się w takim stanie zaawansowania, że w bliskiej, przewidywalnej przyszłości ich śmierć jest nieunikniona. Celem medycyny paliatywnej nie jest wyleczenie ani nawet zahamowanie postępu choroby, co w finalnej fazie tych chorób nie jest możliwe, ale poprawienie jakości ostatniego okresu życia (Kujawska-Tenner, Łuczak, 1998 – Internet: www.almamedia.com.pl/…). Specjalistyczne zabiegi medyczne, które muszą być wykonywane osobom z postępującą nieodwracalną chorobą, są wykonywane na oddziałach szpitalnych specjalnie do tego wydzielonych bądź na różnych oddziałach prowadzonych przez zespoły opieki paliatywnej.

W zależności od tego, czy postępowanie paliatywne rozumie się wąsko, jako specyficzny typ terapii, czy szeroko, jako specjalny typ opieki, która łączy zabiegi medyczne z pomocą duchową i psychologiczną, skład tych zespołów obejmuje wyłącznie personel medyczny lub też personel medyczny uzupełniony przez psychologów, pracowników środowiskowych, wolontariuszy i duchownych (Górecki, 2000). W ośrodkach tego typu funkcjonują poradnie leczenia bólu, punkty konsultacyjne, wypożyczalnie sprzętu pielęgnacyjno-rehabilitacyjnego oraz poradnie dla rodzin chorych.

3. **Ośrodki konsultacyjne** zorganizowane są w formie punktów konsultacyjnych, gdzie chorzy oraz ich rodziny otrzymują odpowiedzi na pytania, porady na temat nurtujących ich problemów. Pomoc ośrodków konsultacyjnych polega na nawiązywaniu kontaktu z hospicjum lub ośrodkiem opieki paliatywnej, świadczeniem pomocy w granicach właściwej im formy poradnianej. Zatrudnienie znajdują tam zarówno specjaliści, jak i wolontariusze, którzy w zależności od fazy choroby łączą się z hospitalizowaniem osoby terminalnie chorej lub zapewniają jej tylko opiekę domową (Górecki, 2000).

Opieka paliatywno-hospicyjna w Polsce przybiera różne formy, w zależności od miejsca, w którym się znajduje, ilości chorych oraz środków finansowych, jakie są potrzebne do tego, by dana forma pomocy mogła istnieć i działać. Podstawowym źródłem finansowania tej opieki jest NFZ. Dodatkowe źródła finansowe pochodzą od organizacji pozarządowych oraz samorządów lokalnych. Niewielka pomoc finansowa pochodzi czasami z programów ministra zdrowia.

AMS

B: Balk, 2010; Bartoszewska, 2005; Bortnowska, 1985; Ciałkowska-Rysz, 2009; Dangel, 2001; Drążkiewicz, 1989; Flakus, 2008; Górecki, 2000, 2003; Hebanowski, Walden-Gałuszko, Żylicz, 1998; Hołubicki, 1997; Kaptacz, 2005; Kostek, 2010; P. Krakowiak, Janowicz, 2008; Krakowiak, Modlińska, 2008; Krakowiak, Stolarczyk, 2008; Kromolicka, 2000; Longosz, 1996; Łuczak, 1996; Pyszkowska, 2004; Ruszkowska, 1989; Sierecka, 2014; de Walden-Gałuszko, Majkowicz, 2001; Zych, 2013, 2017.

N: Kujawska-Tenner, Łuczak, 1998 – www.almamedia.com.pl/…; *Opieka*…, 2009 – http://www.umed.pl/…; www.hospicja.pl

O: opieka nad umierającym, opieka paliatywno-hospicyjna, wolontariat hospicyjny.

TK: ang. *hospice*, fr. *hospice*, hiszp. *hospicio*, niem. *Hospiz*, ros. *xocnuc*.

I

IDB → Inwentarz Depresji Becka

immersja (immersyjność wirtualna)
– określenie [pochodzące od łac. *immergo* – zanurzyć, zatopić, oraz *immergere* – wcisnąć się, zagnieździć się] stosowane na oznaczenie silnie wyobrażonej identyfikacji lub więzi emocjonalną z fikcyjnym środowiskiem, często opisywane w kategoriach „eskapizmu" lub poczucia „bycia tam" (Jenkins, 2007). [Eskapizm, w ogólnym ujęciu, oznacza ucieczkę od problemów związanych z życiem społecznym, codziennością i rzeczywistością w świat iluzji i wyobrażeń (→ ucieczki od starości) – przyp. aut.].
Pojęcie „immersji" występuje w wielu dziedzinach, oznaczając ogólnie zjawisko zanurzania się. Szczegółowy sens wynika dopiero z rodzaju środowiska, w którym ów proces zachodzi. Może to być zarówno środowisko materialne, jak i wyimaginowane, fizyczne lub umysłowe, rzeczywiste lub wirtualne, dostępne empirycznie bądź tylko medialnie. Immersja może być zarówno stanem umysłowym, jak i działaniem fizycznym. Czasem obie te formy łączą się tak ściśle, że mówimy nawet o zatracaniu się w jakiejś czynności wykonywanej z silnej, wewnętrznej, nie do końca kontrolowanej potrzeby (Ubermanowicz, 2014).
W obszarach szeroko pojętej edukacji, kultury i sztuki immersyjność oznacza wchłanianie jednostki przez określone środowisko, media elektroniczne i nowe technologie. Wejście w proces immersji jest oddaleniem się od realności, początkiem zapominania, czym jest realność. Immersja daje wrażenie przekraczania progu świata realnego i zanurzania w świecie mieszanym, quasi-realnym lub symulowanym – jest więc psychicznym stanem świadomości. Jest konstytutywnym, nieodłącznym komponentem wirtualnej rzeczywistości, którą określa się symbolem „I 3" jako synergia Interakcji, Immersji i Imaginacji (Ubermanowicz, 2014). Immersję rozumianą jako stan psychiczny charakteryzuje postrzeganie siebie w stymulującym środowisku, np. wirtualnym. Czynnikami, które wpływają na immersję są izolacja od środowiska fizycznego i wyobrażenie włączenia siebie samego w dane środowisko, również wirtualne.
Sam fenomen immersji nie jest nowym zjawiskiem, już w latach 60. XX wieku Herbert Marshall McLuhan (1911–1980) napisał, że człowiek współczesny nie zdaje sobie sprawy, w jakim stopniu zależy od immersji (zanurzenia) w środowisku medialnym. W literaturze spotykamy wiele przypadków, gdzie immersja przybiera charakter skrajny, a czytelnik jest tak zanurzony w doświadczaniu świata utworu, że przestaje odróżniać świat fikcyjny od rzeczywistego. Takie doznania przeżywał słynny bohater powieści *Don Kichot z La Manczy* Miguela de Cervantesa (1547–1616). Jego chęć przeżycia równie niebezpiecznych i przynoszących chwałę przygód była tak silna, że zaczął się utożsamiać z postaciami ze swoich książek. To, o czym czytał, uważał za prawdę. Przez ich pryzmat postrzegał świat, wszedł w baśniową rycerską rzeczywistość jak w cyberprzestrzeń, i nie potrafił z niej wyjść.
Badając immersyjność literatury, wyodrębniono immersję przestrzenną (ang. *spatial immersion*), czyli przenikanie do świata powieści, częściowe utożsamianie się z bohaterami oraz uzupełnianie cech postaci i elementów rzeczywistości świata przedstawionego; immersję czasową (ang. *temporal immersion*), tj. przeżywanie przez odbiorcę dzieła w świecie realnym, uczestniczenie odbiorcy w wyobrażonym świecie, oddziaływanie przeżycia estetycznego w czasie, powodujące tworzenie elementów świata przedstawionego i losów bohaterów na podstawie percepcji utworu; oraz immersję emocjonalną (ang. *emotional immersion*), czyli przeniesienie literackiej osobowości do świata realnego jako wzorca związanego z wartościowaniem, wyznawaniem poglądów lub wcielaniem w realne życie zachowań bohaterów (Ryan, 2001). Wymienione cechy immersyjności nosi bardzo wiele utworów, zarówno literackich, jak i tych charakterystycznych dla innych dziedzin sztuki czy obecnych w świecie wirtualnym.
Zjawisko immersji nie jest także obce klasycznej historii sztuki. Przykładem mogą być choćby barokowe malowidła ścienne pod finezyjnie oświetlonymi kopułami, gdzie światło, obraz i elementy architektoniczne tworzą iluzję trójwymiarowości. Peter Weibel twierdzi, że „dzieło sztuki nie jest dłużej obrazem, nie jest dwuwymiarowym oknem na świat, ale staje się drzwiami do multisensorycznego zdarzenia […]. To zdarzenie zakłada połączenie wizualności, taktylności i audialności. Obserwator jest zarówno na zewnątrz, jak i wewnątrz zdarzenia, stając się częścią tego, co ob-

serwuje" (Weibel, 1994). Tym sposobem ustanowiony zostaje nowy model kontaktu z dziełem sztuki, który odrzuca proscenicznośc charakterystyczną dla tradycyjnych obiektów i sytuacji artystycznych, przełamany zostaje dystans albo dąży się do jego zmniejszenia na rzecz umiejscowienia widza nie na zewnątrz, ale w środku obrazu. [Proscenicznośc oznacza tu nie tylko oddzielenie odbiorcy od dzieła, tak jak to się dzieje na ogół w tradycyjnym teatrze, kinie, muzeum, ale również brak możliwości wpływania na formę dzieła, czyli to, co się dzieje przed naszymi zmysłami, np. nie możemy zmienić kompozycji wizualnej bądź dźwiękowej czy też przebiegu akcji (Porczak, 1998) – przyp. aut.].

W psychologii badania nad fenomenem zanurzenia po raz pierwszy pojawiły się w kontekście telepracy (Sacau, Laarni, Hartmann, 2008). Immersja daje możliwość osiągnięcia innej perspektywy patrzenia. Myron Krueger, amer. informatyk, pionier rzeczywistości wirtualnej, mówi, że immersja jest jak sen, ale od niego silniejsza, bo przeżywana świadomie i kontrolowana. Immersja staje się nie tylko cechą przestrzeni wirtualnej, ale celem samym w sobie, spełnieniem pewnego odwiecznego ludzkiego marzenia. Doświadczenie immersji uzależnione jest na dodatek od kontekstu odbiorczego, konwencji i stopnia, w jakim uczestnicy zaznajomieni są z medium będącym nośnikiem immersyjności (Krueger, 1991). Cyfrowe środki masowego przekazu informacji nadają zjawisku immersyjności nowy wymiar, wzbogacając je o wielokanałowe strumienie sygnałów, responsywność i dostarczaną przez coraz to doskonalszą technologię teleobecność i jej różne odmiany.

Immersja, czyli zagłębianie się w wirtualne światy, umożliwia doznawanie silniejszych bodźców niż podczas biernego oglądania filmu, co z jednej strony jest zaletą gier, a z drugiej faktycznie może stanowić pewne zagrożenie dla odbiorcy. Niebezpieczną dla niego jest także interakcja immersyjna, która występuje wówczas, kiedy odbiorca przechodzi od przeglądania danych i informacji do nawigacji po symulowanych światach trójwymiarowych. Taki świat przedstawiany jest np. w grach Halo 3, gdzie zostaje przeniesiony do futurystycznego świata, w którym rasa ludzka toczy walkę z obcą cywilizacją, nazwaną Przymierzem. Tutaj użytkownik środowisk immersyjnych oczekuje m.in. przyjemności wizualnej i zmysłowej płynącej z eksploracji przestrzeni (Lunenfeld, 1991, 2011). Natomiast podczas nawigacji hipertekstualnej, jak twierdzi Peter Lunenfeld, niebezpieczna może być też interakcja ekstrakcyjna (w tym przypadku użytkownik korzysta z komputera i jego oprogramowania), czyli jest to dla użytkownika doświadczenie tekstowe polegające na wyszukiwaniu i łączeniu fragmentów informacji w nową całość. Rezultatem końcowym takiej interakcji jest zindywidualizowany tekst zbudowany przez użytkownika ze wszystkich segmentów przeglądanych podczas nawigacji. Im większa baza danych, tym większe szanse na doświadczenie przez użytkownika unikatowego tekstu. Niestety, jest tak pochłonięty tą czynnością (zanurzony), że zapomina, co było jego głównym celem (Lunenfeld, 2011).

Poszerzając zagadnienie interakcji, Martin Lister (2009) pisze o interaktywności rejestracyjnej, która też może prowadzić do immersji. Interaktywność rejestracyjna odnosi się do funkcji dodawania komentarzy, jaką nowe teksty medialne oferują użytkownikom, a zatem do możliwości dodania czegoś od siebie do tekstu poprzez zarejestrowanie swojego komunikatu. Użytkownicy sieci bardzo często próbują coś i wszędzie komentować. Przykładem są portale społecznościowe, informacyjne, tematyczne itp.

Współcześnie człowiek zwykle nie zdaje sobie sprawy, w jakim stopniu zależy od immersji w środowisku medialnym. Nie myli wprawdzie filmu z rzeczywistością, nie zawsze ulega reklamie, ale wchłania ukryte w nich przekazy. W coraz większym stopniu staje się „usieciowiony" (ang. *wired up*), czego ewidentnym przykładem jest komunikowanie i utrzymywanie relacji z innymi właśnie za pośrednictwem internetu. „Sieciowe życie" dotyczy wymiany danych. Komunikacja sieciowa pozwala jednocześnie przesyłać różnorakie treści różnymi kanałami. Multiplikuje możliwości porozumiewania się. Trudno zatem dziwić się, że jest tak popularna. W chwili obecnej sieć stanowi dla ogromnej masy użytkowników zarówno nowe miejsce aktywności społecznej i spędzania wolnego czasu, jak i miejsce ucieczki od realności.

Obecnie rośnie liczba osób starszych aktywnie korzystających z mediów cyfrowych. Przekonują się również do mediów społecznościowych, które pozwalają im częściej uczestniczyć w → życiu → rodziny, np. poprzez rozmowy online z dziećmi i wnukami, które mieszkają daleko od rodzinnego domu, czy przez oglądanie zdjęć umieszczanych przez nich w internecie. → Seniorzy najczęściej w sieci znajdują to, czego brakuje im w świecie analogowym, czyli komunikację i możliwość kontaktu z innymi. Jest to remedium na ich problemy, takie jak: osamotnienie czy → depresja [i zaburzenia nastroju]. Ponadto wzrasta liczba osób po 50. r.ż. zainteresowanych grami sieciowymi (http://dojrzaloscwsieci.pl/…). Wobec takiej aktywności me-

dialnej seniorzy także mogą być narażeni na opisane powyżej zjawisko immersyjności wirtualnej.

MW

B: Jenkins, 2007; Krueger, 1991; Lister, 2009; Lunenfeld, 1991, 2011; Porczak, 1998; Ryan, 2001; Sacau, Laarni, Hartmann, 2008; Ubermanowicz, 2014; Weibel, 1994.
N: http://dojrzaloscwsieci.pl…
O: edukacja medialna seniorów, kultura medialna seniorów, pedagogika medialna, przestrzeń medialna, środki masowego przekazu w życiu osób starszych.
S: wirtualna immersja.
TK: ang. *immersion/immersion into virtual reality*, fr. *l'immersion* (*réalité virtuelle*)/*état immersive*, hiszp. *"immerse"* (*realidad virtual*), niem. *Immersion* (*virtuelle Realität*), ros. *погружение* (*виртуальная реальность*).

immersyjność wirtualna → immersja

impotencja → niemoc płciowa

Indeks Czynności Życia Codziennego Katza
to „narzędzie do pomiaru i oceny niezależności funkcjonalnej, opracowane przez amer. gerontologów → Katza i współprac. (1963, 1970). Indeks ocenia wykonanie zadań w sześciu następujących zakresach podstawowej aktywności opiekuńczej jednostki: przygotowanie posiłków i odżywianie się, toaleta, ubieranie się i pielęgnacja ciała, kąpiel, → mobilność i przemieszczanie się (korzystanie ze środków lokomocji) oraz kontrola wydalania. Znajduje zastosowanie w → rehabilitacji i/lub w diagnozowaniu stopnia sprawności osób starszych" (Zych, 2017).
Proces → starzenia się organizmu oraz następstwa urazu i/lub rozwoju → chorób przewlekłych należą do głównych przyczyn pogorszenia stanu → zdrowia człowieka i zmniejszenia jego sprawności w zakresie codziennego funkcjonowania. Postępujący z wiekiem spadek → sprawności fizycznej i psychicznej zwykle prowadzi do ograniczenia samodzielnego wykonywania podstawowych czynności w zakresie lokomocji i samoobsługi. Ze względu na systematyczny wzrost średniej → długości życia i zwiększenie odsetka osób powyżej 65. r.ż. w populacji ogólnej, coraz częściej podejmowana jest dyskusja dotycząca potrzeby rozwoju badań umożliwiających poznanie zjawisk związanych z procesem demograficznego starzenia się. Ważnym aspektem omawianego problemu jest wskazanie optymalnych metod oceny sytuacji zdrowotnej i społecznej osób w → wieku podeszłym, w tym możliwości zastosowania skal służących do badania zakresu → sprawności funkcjonalnej.
W literaturze przedmiotu zawarto wiele definicji, w których można zaobserwować wielość nazw i ich zróżnicowanie w określeniu znaczenia pojęcia „sprawności funkcjonalnej". Według Anny Skalskiej (2011) jest to „zdolności do samoobsługi i zabezpieczenia własnych potrzeb umożliwiających samodzielne funkcjonowanie w życiu codziennym". W innym ujęciu sprawność funkcjonalna oznacza „umiejętność radzenia sobie z czynnościami dnia codziennego" (Karabanowicz, 2005). Z doniesień autorów wymienionej definicji wynika, że wykonanie podstawowych czynności zależy od sprawności umysłu, czyli chęci i umiejętności wykonania czynności, od sprawnej drogi przekazania informacji (dróg nerwowych) oraz sprawności układu wykonawczego, tj. mięśni i stawów. Sprawność funkcjonalna została również określona jako „zdolność do bycia niezależnym od innych osób w zakresie podstawowych czynności życiowych, takich jak: poruszanie się, odżywianie, kontrolowanie czynności fizjologicznych organizmu i utrzymania higieny ciała" (Płaszewska-Żywko i współprac., 2008). W ocenie autorów powyższego określenia wymieniona zdolność uwarunkowana jest wieloma czynnikami. Do grupy czynników zdrowotnych zaliczono choroby układowe i narządowe, natomiast do czynników społeczno-demograficznych zakwalifikowano wiek, płeć, wykształcenie i miejsce zamieszkania. Definicję sprawności funkcjonalnej (czynnościowej) przedstawiła także Katarzyna Wiktor wraz ze współprac. (2010). Zgodnie z ich ustaleniami analizowane pojęcie oznacza „zdolność do bycia niezależnym od innych osób w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych". Należy zaznaczyć, że sprawność czynnościowa określana jest także mianem wydolności funkcjonalnej lub aktywności funkcjonalnej.
Do określenia i oceny sprawności w zakresie → czynności życia codziennego służy wiele skal funkcjonalnych, spośród których najczęściej wymienia się → Skalę Barthel i Indeks Katza (Hartigan, 2007). Zalicza się je do skal instrumentalnych, zwanych rozciągniętymi skalami czynności życia codziennego. W pierwszych badaniach Indeks Katza stosowany był w celu określenia postępów prowadzonej rehabilitacji u osób po złamaniu biodra, → udarze mózgu, w stwardnieniu rozsianym i w innych chorobach neurologicznych. W późniejszym okresie skalę tę wykorzystywano do czynnościowej oceny osób z różny-

mi problemami zdrowotnymi. Ocena w zakresie ADL, wg propozycji Katza, obejmuje określenie poziomu sprawności w zakresie podstawowych czynności życia codziennego, tj. kąpania, ubierania i rozbierania się, jedzenia, korzystania z toalety, wstawania i kładzenia do łóżka oraz kontrolowania wydalania moczu i stolca (Katz i współprac., 1963). W trakcie wykonywania testu badanemu przyznaje się punkty za możliwość wykonania określonych czynności (tab. 1). Stwierdzenie samodzielności jest podstawą do przyznania 1 punktu, natomiast w przypadku braku samodzielności badanemu nie przyznaje się punktu (0 pkt). W końcowym etapie badania sumuje się liczbę punktów. Maksymalny wynik uzyskany przez badanego wynosi 6 pkt, natomiast minimalny wynik to 0 pkt (Katz i współprac., 1970). Otrzymanie 5–6 pkt interpretowane jest jako sprawność, uzyskanie 3–4 pkt określane jest jako umiarkowane upośledzenie sprawności, natomiast przyznanie 2 lub mniej punktów oznacza upośledzenie sprawności w czynnościach dnia codziennego (Bień, 2012). Przeciętny czas przeznaczony na wykonanie testu wynosi ok. 5 minut.

W literaturze przedmiotu prezentowana jest również rozwinięta forma skali Katza, w której oceny określonych czynności dokonuje się na trzech poziomach. W przypadku zdolności do samodzielnego wykonywania czynności badany otrzymuje 1 punkt za każdą aktywność. Pośrednia sprawność, określana jako możliwość wykonania czynności pod nadzorem lub z niewielką pomocą, stanowi podstawę przyznania 2 pkt (za każdą czynność). Natomiast za brak samodzielności w wykonaniu poszczególnych czynności przyznaje się 3 pkt za każdy rodzaj czynności (Sosnowski, Chmara-Pawlińska, 2002).

Skala Katza jako narzędzie pomiaru stosowana była w badaniach, w których uczestnikami były najczęściej osoby w podeszłym wieku lub pacjenci z określonymi problemami zdrowotnymi (niezależnie od wieku osób chorych). W wielu projektach test wykorzystywano w badaniu osób, które spełniały określone kryteria, zwykle dotyczyły one miejsca badań terenowych lub przynależności do określonej grupy. Uwzględniając wymienione uwarunkowania, wskaźniki aktywności funkcjonalnej określano wśród: osób przyjmowanych do → hospicjum (Adamek, 2012) lub Pielęgniarskiego → Domu Opieki (Pruszyński, Cicha-Mikołajczyk, Gębska-Kuczerowska, 2006), pensjonariuszy → Domu Pomocy Społecznej (Kurowska, Bąk, 2010), pacjentów hospitalizowanych w oddziale szpitalnym (Wysokiński, Fidecki, Gębala, 2013) i chorych objętych opieką domową (Czajkowska-Malinowska i współprac., 2012). W zależności od stawianych przez autorów celów i przyjętych założeń oraz wyboru grupy badawczej, skala Katza służyła do oceny sprawności funkcjonalnej i/lub ukazania związków między sprawnością badanych osób a innymi zmiennymi. W realizowanych projektach podejmowano również próby: identyfikowania czynników wpływających na badaną sprawność (Płaszewska-Żywko i współprac., 2008), oceny wpływu sprawności funkcjonalnej na stan emocjonalny (Dziechciaż, Płaszewska-Żywko, Guty, 2010), badania wpływu → tlenoterapii na samodzielność i aktywność (Czajkowska-Malinowska i współprac., 2012) lub dokonania analizy porównawczej oceny funkcjonalnej oraz → jakości życia osób w starszym wieku (Muszalik i współprac., 2009). Z doniesień wynika, że ocena czynnościowa osób będących pod opieką poradni geriatrycznej, mierzona za pomocą Krótkiej Skali Oceny Funkcji Poznawczych, skorelowana została ze stopniem → otępienia o podłożu naczyniowym, mieszanym i → chorobie Alzheimera (Sosnowski, Chmara-Pawlińska, 2002). W innym projekcie potwierdzono hipotezę negatywnego wpływu deficytu sprawności fizycznej na jakość życia człowieka (Humańska i współprac., 2013). W przypadku pacjentów w starszym wieku stwierdzono korelację między oceną satysfakcji z opieki, samooceną → zdrowia i wiekiem a oceną funkcjonalną mierzoną skalą ADL (Muszalik i współprac., 2009). Z doniesień specjalistów wynika, że określenie poziomu funkcjonowania w codziennym życiu osób przewlekle i somatycznie chorych pozwoliło na ustalenie zakresu → opieki w stosunku do potrzeb badanych osób, co w konsekwencji mogło mieć duży wpływ na poprawę jakości sprawowanej opieki (Kurowska, Bąk, 2010). Indeks Katza stosowano również do oceny funkcjonowania dzieci i młodzieży z różnymi dysfunkcjami fizycznymi (Garstka – Internet: http://www.specjalnepotrzeby…) i do pomiaru stanu czynnościowego chorych przed chemioterapią (Wieczorowska-Tobis, Grodecka-Gazdecka, 2010). Skale funkcjonalne wykorzystywane były nie tylko do oceny samodzielności lub niesamodzielności pacjenta i/lub podopiecznego, ale także stanowiły pomocnicze narzędzie służące do określenia efektów leczenia (Minda, Galus, Kozak-Szkopek, 2012), kwalifikacji do rehabilitacji i/lub oceny jej wyników (Mikołajewska, 2011), do prognozowania → opieki długoterminowej i określenia potrzeb opiekuńczo-pielęgnacyjnych (Pruszyński, 2006) lub do celów orzecznictwa o → niepełnosprawności. Powodem badania osób, m.in. za pomocą skali Katza, była również ocena zależności pomiędzy → stresem

i lękiem a sprawnością w zakresie ADL (Płaszewska-Żywko i współprac., 2008), poznanie związku pomiędzy stanem emocjonalnym i samodzielnością wykonywania podstawowych → czynności życia codziennego (Dziechciaż, Płaszewska-Żywko, Guty, 2010) oraz dokonanie jakościowej oceny potrzeb i wydolności funkcjonalnej osób starszych z zaburzeniami psychicznymi (Muszalik i współprac., 2012). Zasadność zastosowania skal funkcjonalnych potwierdzono też w badaniach Elżbiety Mindy, Krzysztofa Galusa i Elżbiety Kozak-Szkopek (2012). Celem realizowanego projektu była ocena wpływu psychoterapii i farmakoterapii na stan umysłowy i funkcjonalny pacjentów z otępieniem. Decyzję o praktycznym wykorzystaniu analizowanej skali podejmowano u pacjentów cierpiących z powodu określonych problemów zdrowotnych – były to osoby po → udarze mózgu (Mikołajewska, 201) lub leczone z powodu: choroby kardiologicznej (Wysokiński, Fidecki, Gębala, 2013), stwardnienia rozsianego (Humańska i współprac., 2013,), choroby psychicznej (Muszalik i współprac., 2012), otępienia (Sosnowski, 2002), choroby nowotworowej (Łacko, 2012), przewlekłej niewydolności oddychania (Czajkowska-Malinowska i współprac., 2012) oraz w przypadku wielu innych jednostek chorobowych, zwłaszcza w sytuacji wystąpienia nowego problemu zdrowotnego lub pogorszenia funkcjonalnego (Skalska, 2007).

Indeks Katza należy do skal funkcjonalnych wykorzystywanych w klinimetrii, dziedziny wiedzy medycznej umożliwiającej pomiar zjawisk klinicznych występujących u chorego za pomocą odpowiednich skal liczbowych (Drużbicki, Pacześniak-Jost, Kwolek, 2007; Mikołajewska, 2011). Warto dodać, że pomiędzy skalą oceny podstawowych czynności życia codziennego Katza a innymi testami wykorzystywanymi w badaniach klinometrycznych (np. → Skala Oceny Złożonych Czynności Życia Codziennego Lawtona, Geriatryczna Skala Depresji Yesavage'a [GDS], Krótka Skala Oceny Funkcji Poznawczych [MMSE], → Test Tinetti), stwierdzono istotne korelacje (Biercewicz i współprac., 2005).

Z doniesień specjalistów wynika, że sprawność w zakresie ADL z wiekiem maleje, z wartości ok. 100% u osób w wieku 65–69 lat do 79% u osób po 85. r.ż. (Zasadzka i współprac., 2013). Jednocześnie wraz z wiekiem rośnie odsetek osób niesamodzielnych. Według Zofii Szwedy-Lewandowskiej (2014) udział osób niesprawnych w → grupie wieku 70–74 lata wynosi 7%, a w przypadku subpopulacji w wieku 85–89 lat osiąga wartość ok. 10% (Szweda-Lewandowska, 2014). Również Skalska (2011) przedstawiła dane potwierdzające tendencje wzrostu z wiekiem odsetka osób z niesprawnością w zakresie ADL. W opinii autorki, ok. 20% osób powyżej 70. r.ż., które mieszkają samodzielnie, „wymaga pomocy przynajmniej w jednej spośród 6 podstawowych czynności życia codziennego, przy czym w wieku 65–74 lata zależność w zakresie ADL deklaruje 7%, między 75. a 84. r.ż. już 14%, a po 84. r.ż. 24%".

Oprócz analizy danych statystycznych na temat zachodzących zjawisk dotyczących funkcjonowania wybranych grup ludności w zakresie podstawowych czynności życia codziennego, ważne jest również badanie ewentualnych związków między stanem → zdrowia a sprawnością czynnościową. Wielu autorów zwróciło uwagę na to, że osoby bardziej sprawne intelektualnie i samodzielne w zakresie ADL wykazywały lepszą ocenę stanu zdrowia. Z doniesień Lucyny Płaszewskiej-Żywko i współprac. (2008) wynika, że → depresja [i zaburzenia nastroju] oraz → stres związany z pobytem w DPS zmniejszały sprawność funkcjonalną jego pensjonariuszy. Podobne wyniki oceny cech zdrowia uzyskały w swoich badaniach Małgorzata Dziechciaż, Płaszewska-Żywko i Edyta Gury (2010). Według autorek wraz z pogorszeniem się samodzielności w wykonywaniu podstawowych czynności życia codziennego pogarszał się stan emocjonalny badanych osób. W przypadku osób starszych w subpopulacji wiejskiej pogarszająca się sprawność w zakresie ADL miała wpływ na występowanie depresji.

Indeks Katza, często w zmodyfikowanym zapisie graficznym, stosowany jest przez różne jednostki zajmujące się świadczeniem usług osobom starszym, przewlekle chorym lub niepełnosprawnym, np. w domach pomocy społecznej, ośrodkach bądź oddziałach rehabilitacyjnych itp. Również Zespoły do spraw Orzekania o Niepełnosprawności przyjęły wymienioną skalę za jedną z metod oceny stanu zdrowia osób korzystających ze świadczeń tej instytucji. Z prezentowanych w piśmiennictwie danych wynika także, że zmienioną wersję Skali Katza, obejmującą ocenę siedmiu podstawowych czynności (kąpiel, higienę osobistą, poruszanie się, wyjście z toalety, korzystanie z toalety, aktywność w łóżku, jedzenie) zaproponowano jako narzędzie do oceny pielęgniarskiej pacjenta. Zgodnie z Rekomendacjami Rady ds. e-zdrowia w Pielęgniarstwie, ocena każdej aktywności pacjenta polega na przyznaniu określonej liczby punktów, w tym przypadku w skali od 0 do 6 pkt (Rekomendacje nr 1 z 2013 roku). Praktyczne wykorzystanie Indeksu Katza w różnych dziedzinach medycyny potwierdzono

w wielu publikacjach. Należy jednak zaznaczyć, że zastosowanie testu nie spełnia oczekiwań wszystkich badaczy i praktyków. Według Anny Różańskiej-Kirschke i współprac. (2006) za pomocą wymienionego testu nie można określić podstawowych parametrów sprawności fizycznej, takich jak: siła, elastyczność, koordynacja i wytrzymałość. Z tego powodu opracowane zostały inne, bardziej użyteczne skale, np. → Test Sprawności Funkcjonalnej [Fullerton], test równowagi i chodu Tinetti, Test „Wstań i idź" na czas [TUG], → Skala Równowagi Berg [BBS] (Różańska-Kirschke, 2006; Wiktor, 2010). Warto dodać, że ze względu na to, że skalę Katza może wypełniać samodzielnie pacjent lub na podstawie stwierdzeń pacjenta, istnieje ryzyko braku obiektywnego określenia stanu funkcjonalnego (Wiktor, 2010).

Można zatem stwierdzić, że **Indeks Czynności Życia Codziennego Katza** jest uznaną i powszechnie stosowaną metodą oceny sprawności człowieka w zakresie podstawowych czynności życiowych, dzięki której możliwe jest podejmowanie optymalnych działań terapeutycznych i opiekuńczych. Zaletą wykorzystania w praktyce testu jest zebranie w krótkim czasie danych na temat aktywności badanych osób oraz możliwość dokonania porównań określonych cech zdrowotnych i społecznych wybranych subpopulacji. Należy podkreślić, że informacje dotyczące sprawności lub niesamodzielności ludności w życiu codziennym powinny być systematycznie analizowane, gdyż stanowią podstawę ważnych dla zdrowia publicznego prognoz i szacunków koniecznych do podejmowania decyzji dotyczących planowania zmian w systemach ochrony zdrowia i → pomocy społecznej.

ASŁ

A: KI.

B: Adamek i współprac., 2012; Bień, Broczek, 2012; Biercewicz i współprac., 2005; Czajkowska-Malinowska M. i współprac., 2012; Drużbicki, Pacześniak-Jost, Kwolek, 2007; Dziechciaż, Płaszewska-Żywko, Guty, 2010; Hartigan, 2007; Humańska i współprac., 2013; Karabanowicz i współprac., 2005; Katz i współprac., 1963, 1970; Kurowska, Bąk, 2010; Łacko, 2010; Mikołajewska, 2011; Minda, Galus, Kozak-Szkopek, 2012; Muszalik i współprac., 2009, 2012; Płaszewska-Żywko i współprac., 2008; Pruszyński, Cicha-Mikołajczyk, Gębska-Kuczerowska, 2006; Różańska-Kirschke A. i współprac., 2008; Skalska, 2007, 2011; Sosnowski, Chmara-Pawlińska, 2002; Szweda-Lewandowska, 2014; Wieczorowska-Tobis, Grodecka-Gazdecka, 2010; Wiktor i współprac., 2010; Wysokiński, Fidecki, Gębala, 2013; Zasadzka i współprac., 2013; Zych, 2017.

D: Rekomendacje nr 1 z 2013 roku.

N: Garstka, b.r. – Internet: http://www.specjalnepotrzeby…

O: aktywność życia codziennego, czynności życia codziennego, geriatryczne zaburzenia sprawności, sprawność funkcjonalna, sprawność funkcjonalna a starzenie się.

S: Indeks ADL Katza, Skala oceny podstawowych czynności życia codziennego Katza.

TK: ang. *The Katz Index of Independence in Activities of Daily Living/Katz ADL/Katz ADL Scale/Katz Index ADL*, fr. *échelle ADL de Katz/échelle d'autonomie de Katz pour les activités de base de la vie quotidienne*, hiszp. *Indice de Katz/Indice de Katz de Independencia en las Actividades de la Vida Diaria/Indice de Actividades de la Vida Diaria de Katz*, niem. *Katz-Index/Katz-Index ATLs/Katz-Index die Aktivitäten des taglichen Lebens*, ros. *Индекс Кац/Шкала Кац активностейв повседневной жизни*.

Tabela 1. Indeks Czynności Życia Codziennego Katza

Lp.	Rodzaje czynności	Samodzielny	
		TAK	NIE
1.	Kąpanie się	1	0
2.	Ubieranie się i rozbieranie	1	0
3.	Korzystanie z toalety	1	0
4.	Wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel	1	0
5.	Samodzielne jedzenie	1	0
6.	Kontrolowane wydalanie moczu i stolca	1	0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Garstka T., b.r. – Internet: http://www.specjalnepotrzeby.raabe.pl/narzedzia-do-oceny-funkcjonowania-dziecka-z-dysfunkcjami-fizycznymi-t-garstka

indeks starości demograficznej → miernik starości demograficznej

indywidualny plan opieki → indywidualny plan wsparcia

indywidualny plan opieki pielęgniarskiej

Pielęgnowanie osób starszych jest trudnym zadaniem ze względu na złożoność problemów zdrowotnych, pielęgnacyjnych i społeczno-psychologicznych. Niezbędne jest posiadanie dużej wiedzy o procesie → starzenia się człowieka, implikacjach zdrowotnych zachodzących zmian inwolucyjnych i chorobowych, wiedzy psychologicznej, pedagogicznej, medycznej oraz z zakresu pielęgniarstwa. Pielęgniarka w realizacji swoich zadań wykorzystuje wiedzę do promowa-

nia → zdrowia, działań profilaktycznych, usprawniania, przywracania i utrzymywania → sprawności funkcjonalnej oraz poprawy → jakości życia osób starszych. Pielęgnowanie osób w → wieku podeszłym ma na celu poprawę zachowań zdrowotnych, minimalizację strat czy powikłań wynikających ze schorzeń i wieku, udział w procesie diagnozowania i leczenia oraz zapewnienie godnego → umierania. Pielęgniarki dokonują oceny potrzeb zdrowotnych, diagnozują problemy pielęgnacyjno-opiekuńcze, oceniają deficyt w zakresie samoopieki i samopielęgnacji, określają sprawność funkcjonalną, planują cele → opieki i zadania, edukują pacjentów i ich opiekunów. Na podstawie zebranych informacji układany jest indywidualny plan opieki dla każdego pacjenta. Pielęgniarki pracujące w środowisku naturalnym wykonują samodzielnie wiele zadań, współpracując z lekarzem, rehabilitantem, → pracownikiem socjalnym i czasem z psychologiem. W krajach o wysokim poziomie → opieki społecznej i zdrowotnej pielęgniarki są koordynatorami geriatrycznej opieki domowej i → opieki instytucjonalnej. Sprawują nadzór merytoryczny nad personelem pomocniczym zapewniającym usługi opiekuńcze. Zadaniem personelu pomocniczego jest natomiast udzielanie pomocy w zakresie podstawowych → czynności życia codziennego, takich jak np. pomoc w poruszaniu się, ubieraniu, toalecie i spożywaniu posiłków. Pielęgniarki zobowiązane są do zapewnienia specjalistycznej opieki, uczą opiekunów pielęgnacji, prowadzą poradnictwo w zdrowiu i w → chorobie. Osoby starsze, zwłaszcza przewlekle chore, to zazwyczaj stali odbiorcy świadczeń różnych instytucji opieki zdrowotnej. Najczęściej korzystają z → opieki długoterminowej, która może mieć charakter stacjonarny, czyli być realizowana w ramach zakładu opiekuńczo-leczniczego, pielęgnacyjno-opiekuńczego lub w formie opieki domowej przez zakłady długoterminowej opieki domowej albo praktyki grupowe długoterminowej opieki domowej.

MM

B: Kędziora-Kornatowska, Muszalik, 2007; Kędziora-Kornatowska, Muszalik, Skolimowaka, 2010; Kędziora-Kornatowska i współprac., 2010; Schiefele i współprac., 1998.
O: indywidualny plan wsparcia, opieka, opieka geriatryczna, planowanie opieki nad osobami z otępieniem.
S: plan pielęgniarskiej opieki indywidualnej.
TK: ang. *individual nursing care plan*, fr. *individuelle plan de soins infirmiers*, hiszp. *individual plan de cuidados de enfermeria*, niem. *individuellen Pflegeplannung*, ros. *индивидуальный план сестринского ухода*.

indywidualny plan wsparcia (indywidualny plan opieki/plan opieki indywidualnej)

– to jedno z podstawowych narzędzi pracy z mieszkańcem → domu pomocy społecznej (DPS). Jest to swoiste kompendium wiedzy o rezydencie, obszerny dokument, skupiający podstawowe informacje o mieszkańcu (dane personalne i wskazanie opiekuna prawnego, jeśli taki występuje), informacje o przeszłości zawodowej, przyczyny umieszczenia w DPS, dane dotyczące kontaktu z → rodziną, informacje o sytuacji materialnej oraz opisy postępów w pracy z pensjonariuszem. Po przybyciu nowej osoby do domu pomocy społecznej otacza się ją szczególną → opieką, by złagodzić → stres i przyspieszyć proces adaptacji. Zakładana jest teczka osobowa oraz przeprowadza się diagnozę indywidualnych potrzeb mieszkańca. W celu ich ustalenia powołuje się zespoły terapeutyczno-opiekuńcze, które opracowują indywidualne plany → wsparcia (opieki), najlepiej przy udziale mieszkańca domu. Diagnoza służy określeniu stanu → zdrowia, sprawności zmysłów, sfery poznawczej, sprawności ruchowej, ustalony zostaje zakres samodzielności oraz zdolności do samoobsługi i utrzymania higieny osobistej, a także jakość kontaktów społecznych i sprawność w komunikowaniu się.

Indywidualne plany przewidują metody i terminarz osiągania zamierzonych celów. Planuje się w nich zestaw usług opiekuńczo-wspomagających w zakresie → rehabilitacji (np. wykorzystywanie sprzętu rehabilitacyjnego, gimnastyka), usług terapeutycznych, zdrowotnych i/lub socjalnych, oraz prognozuje się i ewidencjonuje zabiegi medyczne. Indywidualny plan wsparcia powinien być przyjęty do wiadomości przez zainteresowaną osobę i zaakceptowany własnoręcznym podpisem. Jest to zawiązanie i realizacja swoistego kontraktu socjalnego (Szarota, 2011). W ciągły i systematyczny sposób raportowane są rozmowy z mieszkańcem, wraz z podaniem tematu rozmowy, odnotowuje się formy zajęć i/lub zabiegów. Każdy DPS opracowuje własny model indywidualnego planu wsparcia mieszkańca domu pomocy społecznej – nie ma obowiązującego wzoru (Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z 19 X 2005 roku, Mielczarek, 2010).

ZS

A: IPW (pol.), ISP (ang., niem.), ISSP (ang.).
B: Mielczarek, 2010; Szarota, 2011.
D: Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z 19 X 2005 roku.
O: dom pomocy społecznej, indywidualny plan opieki pielęgniarskiej, opieka, wsparcie.

S: indywidualny plan wsparcia mieszkańca domu pomocy społecznej, zindywidualizowany plan opieki.
TK: ang. *individual support plan/individual service and support plan/individual care plan/individualized care plan*, fr. *le plan de soutien individualisé/plan des soins personnalisé*, hiszp. *plan individualizado para apoyo/plan de apoyo y service individual/plan de atención individual*, niem. *Individuelle Support-Plan/individuellen Betreuungsplan*, ros. *индивидуальный план по уходу/индивидуальный план поддержки*.

indywidualny program aktywności fizycznej

to plan, który wszelkie zalecenia treningowe dostosowuje do aktualnych indywidualnych możliwości organizmu. Należy uwzględniać fakt, że każdy człowiek jest inny, prezentuje różny stopień sprawności fizycznej i różną podatność (reaktywność) organizmu na bodźce treningowe, a więc i tempo osiągania efektów treningowych może być inne. → Aktywność fizyczna, → zdrowie i → jakość życia są ze sobą ściśle powiązane. Intensywny ruch był nieodłącznym czynnikiem ewolucji człowieka, zatem ruch i regularna aktywność fizyczna są niezbędne, aby unikać → chorób i jak najlepiej funkcjonować.
Proces → starzenia się społeczeństw jest faktem nieuniknionym i nieodwracalnym. Przebiega w różnym tempie, ale można i należy się do niego odpowiednio przygotować. Według ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) zdrowe, → pomyślne starzenie się (ang. *successful ageing*) to proces optymalizacji możliwości zachowania zdrowia (fizycznego, społecznego i psychicznego), który umożliwia osobom starszym czynne uczestnictwo w życiu społecznym, bez → dyskryminacji z powodu wieku, a tym samym pozwala na czerpanie radości z dobrej jakości niezależnego życia. W wyniku regularnej aktywności fizycznej ludzkie ciało przechodzi morfologiczne i funkcjonalne zmiany, które mogą zapobiegać występowaniu pewnych schorzeń lub je opóźniać oraz poprawiać zdolność do podejmowania wysiłków fizycznych. Tak więc ćwiczenia fizyczne są skutecznym narzędziem służącym redukcji lub zapobieganiu problemom funkcjonalnym związanym ze starzeniem się organizmu.
Planując indywidualne zajęcia ruchowe dla osób w starszym wieku, bez względu na ich cel, konieczna jest wnikliwa ocena stanu funkcjonalnego każdej osoby ze szczególnym uwzględnieniem przeciwwskazanych środków (głównie zajęć ruchowych), a nawet zaniechanie niektórych z nich. Aby trening był bezpieczny, należy określić aktualny stan zdrowia. W tym celu należy skonsultować się z lekarzem, który dokona kwalifikacji medycznej. W orzeczeniu powinny zostać uwzględnione przeciwwskazania do wysiłku fizycznego i określona maksymalna intensywność ćwiczeń.
W indywidualnym planowaniu aktywności fizycznej należy uwzględnić **rodzaje niezbędnych ćwiczeń**. W treningu zdrowotnym powinny dominować **ćwiczenia wytrzymałościowe** (aerobowe). Należą do nich: spacery, bieganie, jazda na rowerze, rolkach, marsz z kijkami (→ *nordic walking*), a także chodzenie po górach czy kopanie ogródka, które powinny być wykonywane 2 razy w tygodniu, przez co najmniej 20 min. Ważne są również **ćwiczenia siłowe** (oporowe), które prowadzą do zwiększenia siły i masy mięśniowej. Przykładem ćwiczeń siłowych są wszystkie ćwiczenia z obciążeniem – ciężarem obciążników (ćwiczenia z hantlami) lub ciężarem własnego ciała, np. pompki, przysiady. **Ćwiczenia równoważne** pomagają w utrzymaniu równowagi, przeciwdziałając → upadkom [w podeszłym wieku], które mogą być przyczyną złamań, innych obrażeń i często → niepełnosprawności. Ponadto zaleca się wprowadzanie do planu treningowego **ćwiczeń rozciągających**, takich jak: joga, stretching czy pilates [zestaw ćwiczeń fizycznych polegających na rozciąganiu i uelastycznianiu wszystkich mięśni – przyp. red.]. Polegają na delikatnym rozciąganiu poszczególnych partii mięśni.
Aby trening był efektywny i bezpieczny, należy stopniować jego **intensywność.** Realizowane obciążenia należy stopniowo zwiększać, adekwatnie do tempa zmian adaptacyjnych zachodzących w organizmie. Podjęcie zbyt intensywnych treningów lub zbyt szybkie zwiększanie obciążeń doprowadzi do przemęczenia i przetrenowania. Intensywność bezwzględna, którą rekomendują osobom starszym eksperci, to **wysiłek lekki i umiarkowany, minimum dwa, trzy razy w tygodniu** (Zhu, Chodzko-Zajko, 2006). Natomiast intensywność względna dotyczy potencjału konkretnego człowieka, jego możliwości wykonania ćwiczeń określonych przez: maksymalną częstość akcji serca, wydolność fizyczną (Vo_{2max}) bądź wydatek energetyczny w kilokaloriach. Intensywność umiarkowana (40–60%) jest określona w stosunku do indywidualnej 100% wartościowanej wielkości. Może być też wyrażona przez punktową ocenę wysiłku, np. w skali Borga od 6 do 20 pkt. Przegląd dostępnych prac utwierdza w przekonaniu, że umiarkowany wysiłek na poziomie ok. 2000 kcal/tydzień gwarantuje realne korzyści zdrowotne osobom starszym (Shepard, 2001). Pomiar tętna jest kolejnym użytecznym i wygodnym sposobem pozwalającym na określenie poziomu wysiłku fizycznego konkretnej osoby. Umiarkowana aktywność fizyczna powinna się kształtować w przedzia-

le 50–70% maksymalnej częstości akcji serca dla danej osoby. Maksymalna częstość akcji serca związana jest z wiekiem i określa ją wzór: 220 – wiek osoby = liczba uderzeń serca na min. Jeszcze innym sposobem określenia intensywności aktywności fizycznej jest skala Borga. Ćwicząca osoba sama określa swój wysiłek, oceniając intensywność na podstawie obserwacji pracy serca i płuc, pocenia się, zmęczenia mięśni. Przyjmuje się, że zalecany wysiłek o umiarkowanej aktywności (trening wytrzymałościowy), to liczba 11–13 w skali Borga (Marchewka, Dąbrowski, Żołądź, 2013; Osiński, 2013).

Dla bezpiecznego i poprawnego przebiegu działań w ramach aktywności fizycznej, dostosowanej do indywidualnych potrzeb i możliwości osób starszych, konieczne jest również stosowanie następujących **zasad treningowych zdrowotnego**:

- **Zasada specyficzności wysiłku** – mówi, że obraz oraz zakres treningowych zmian adaptacyjnych zależą od specyfiki i charakteru wysiłku fizycznego podejmowanego w ramach treningu. Innego rodzaju wysiłek rozwija siłę i masę mięśniową (trening siłowy), a innego wydolność krążeniowo-oddechową (trening wytrzymałościowy).
- **Zasada wszechstronności treningu** – zaleca, by w treningu zdrowotnym dominowały ćwiczenia wytrzymałościowe, ale co najmniej dwa razy w tygodniu w nienastępujących po sobie dniach należy wykonywać również ćwiczenia siłowe. Ponadto zaleca się wplatanie w treningi ćwiczeń rozciągających oraz koordynacyjnych, poprawiających m.in. poczucie równowagi.
- **Zasada systematyczności treningu** – zakłada regularne realizowanie zaplanowanych ćwiczeń w ramach indywidualnego planu treningowego. Zbyt rzadko podejmowany wysiłek fizyczny nie wywoła niestety trwałych, pożądanych zmian adaptacyjnych w strukturach i funkcjach naszego organizmu, przez co pomimo zaangażowania i poświęconego czasu, trening nie będzie skuteczny. Dlatego w ramach treningu zdrowotnego zaleca się co najmniej 2, a najlepiej 3–5 sesji treningowych na tydzień, każda po ok. 30–45 min.
- **Zasada stopniowania obciążeń treningowych** (progresywności). Wynikają z niej dwie istotne wskazówki treningowe. Pierwsza – trening należy zaczynać od najmniejszych zalecanych, a możliwych do wykonania obciążeń. Druga wskazówka – obciążenia należy stopniowo zwiększać, adekwatnie do tempa zmian adaptacyjnych zachodzących w naszym organizmie. Podjęcie zbyt intensywnego treningu, zwłaszcza w początkowym okresie, może skutkować przeciążeniem, przetrenowaniem i zniechęceniem.
- **Zasada indywidualizacji treningu** – zakłada, że wszelkie zalecenia treningowe należy dostosowywać do aktualnych indywidualnych możliwości organizmu (Kuński, 2002; Krawański, 2001).

Zaplanowanie indywidualnego program aktywności fizycznej dla **pacjenta geriatrycznego** wymaga zbadania całej historii jego choroby oraz stanu wydolnościowego różnych układów i narządów. Pozwoli to ocenić złożoność obrazu pacjenta, a także na tej podstawie opracować kompleksowy plan terapii. **Ocena stanu zdrowia i sprawności** pacjenta geriatrycznego powinna być dokonana na podstawie: historii choroby, wyników badań laboratoryjnych i podstawowych parametrów życiowych w spoczynku oraz podczas wysiłku (EKG, tętno, ciśnienie krwi, hipotonia ortostatyczna). **Ocena stanu czynnościowego** odbywa się z wykorzystaniem → Skal ADL i I-ADL oraz Skali Barthel. Przy **ocenie stanu zdrowia fizycznego** stosuje się skale powszechnie stosowane w medycynie, np. Skala niewydolności krążenia wg NYHA, Skala oceny siły mięśniowej Lovetta, Skala nasilenia duszności MRC (*Medical Research Council*), Skale VAS (oceny natężenia bólu). Charakterystyczne dla osób starszych są: ocena ryzyka upadków M.E. Tinetti, ocena chodu, równowagi i ryzyka upadków za pomocą → Testu Tinetti, Testu „Wstań i idź", ocena równowagi → Skalą Równowagi Berg, ocena ryzyka rozwoju odleżyn Skalą Nortona, ocena widzenia, ocena słuchu, ocena stanu odżywienia itp.

Ocena funkcji poznawczych. Można wykorzystać ankiety i kwestionariusze: Krótka Skala Oceny Funkcji Poznawczych (MMSE, *Mini Mental State Examination*), skrócony test sprawności umysłowej (AMTS, *Abbreviated Mental Test Score*), wskaźnik ischemiczny Hachinskiego (HIS, *Hachinski Ischaemic Scale*), Geriatryczna Skala Depresji Yesevage'a (GDS), → Test Rysowania Zegara, skala CAM (*The Confusion Assessment Method*) do oceny jakościowych zaburzeń świadomości, Skala DOS (*Delirium Observtion Scale*) do oceny występowania delirium itd.

Na podstawie zebranych informacji o pacjencie należy opracować program terapeutyczny w sposób przemyślany, biorący pod uwagę obecny stan pacjenta i wszystkie choroby współistniejące, uwzględniający potrzeby, możliwości i motywację pacjenta geriatrycznego. Realizacja programu musi opierać się na zaufaniu pacjenta do terapeuty, indywidualnym podejściu do pacjenta, doborze ćwiczeń i obciążeń ade-

kwatnie do możliwości pacjenta, stopniowaniu obciążeń, systematyczności w wykonywaniu ćwiczeń, doskonaleniu i utrwalaniu ruchu przez częste powtarzanie. Niezbędnym elementem realizacji planu terapii jest nadzór lekarski, a w razie potrzeby wsparcie psychologiczne i → pomoc społeczna. Elementami kompleksowej → fizjoterapii pacjenta geriatrycznego są: → kinezyterapia, fizykoterapia, masaż [leczniczy], terapia zajęciowa, → psychoterapia, zaopatrzenie ortopedyczne. Wszystkie te działania muszą być dostosowane indywidualnie do celów oczekiwanych przez pacjenta oraz przewidywanych rezultatów z uwzględnieniem jego możliwości (Wieczorowska-Tobis, Kostka, Borowicz, 2011; Polak i współprac., 2007).

AS

B: Krawański, 2001; Kuński, 2002; Marchewka, Dąbrowski, Żołądź, 2013; Osiński, 2013; Polak i współprac., 2007; Shepard, 2001; Wieczorowska-Tobis, Kostka, Borowicz, 2011; Zhu, Chodzko-Zajko, 2006.

N: http://panoramafirm.pl…; http://senior-i-zdrowie…

O: adaptowana aktywność fizyczna, aktywizacja i aktywność w okresie późnej dorosłości, aktywność fizyczna, bariery uczestnictwa w aktywności fizycznej w starości, sport i aktywność sportowa osób starszych.

TK: ang. *individual program of physical activity*, fr. *programme individuel d'activité physique*, hiszp. *programa individual de actividad física*, niem. *individuelle Programm für körperliche Aktivität*, ros. *ндивидуальная программа по физической активности*.

indywidualny program rehabilitacji

– prowadzony u osoby starszej powinien uwzględniać wskazania i przeciwwskazania do proponowanego leczenia fizjoterapeutycznego. Decydującą rolę w dostosowywaniu programu usprawniania powinien odgrywać stan psychofizyczny pacjenta, na który wpływa m.in. wiek pacjenta, → choroby współistniejące, poziom → sprawności funkcjonalnej, zaburzenia funkcji poznawczych, stosowana farmakoterapia. Nie bez znaczenia są również zasoby zewnętrzne i wewnętrzne osoby starszej, budujące poczucie koherencji, co jest szczególnie ważne dla dobrej → jakości życia (Brzezińska, Wilowska, 2010). Podkreśla się wagę hobby pacjenta jako czynnika sprzyjającego jego aktywizacji. Sieć więzi społecznych może mieć również wpływ na możliwość przeprowadzania indywidualnie dostosowanego programu rehabilitacyjnego, ze względu na konieczność współpracy z → rodziną bądź z → opiekunem [rodzinnym] osoby starszej. Kolejnym elementem jest z pewnością status ekonomiczny osoby starszej, od którego może np. zależeć możliwość wykorzystania nowoczesnych technologii do indywidualnej rehabilitacji funkcji poznawczych w warunkach domowych. Nie bez znaczenia jest tutaj również dostępność do nielimitowanej rehabilitacji w zakresie podstawowych, bezpłatnych usług medycznych z zakresu rehabilitacji czy terapii zajęciowej. Uwzględnienie tych wszystkich czynników pozwala na optymalny dobór programu rehabilitacyjnego z uwzględnieniem indywidualnych uwarunkowań i predyspozycji osoby starszej.

AMB

B: Brzezińska, Wilowska, 2010.

O: fizjoterapia, fizjoterapia i fizykoterapia osób starszych, fizjoterapia w geriatrii, indywidualny program aktywności fizycznej, rehabilitacja.

TK: ang. *individual rehabilitation program*, fr. *programme individual de réadaptation*, hiszp. *programa de rehabilitación individual*, niem. *individuelle Rehabilitationsprogramm*, ros. *индивидуальная программа реабилитации*.

inkluzja

jest określeniem pochodzącym od łacińskiego słowa *includere*: *in* – „w, do", *claudere* – „zamknąć". W języku polskim jego odpowiednikiem są słowa: „włączenie", „dołączenie". Inkluzja jako pojęcie stała się modna pod koniec XIX stulecia, definiując swoistą jedność wspólnotową tzw. *innych* z resztą danego społeczeństwa, narodu czy nacji. Antonimem inkluzji jest ekskluzja (wykluczenie), która jako pojęcie została wprowadzona do nauk społecznych europejskiego kręgu kulturowego we Francji w latach 60. XX wieku. Definicje inkluzji i ekskluzji związane są z różnymi dziedzinami życia społecznego i w związku z tym obejmują różnorodne grupy społeczne. Studia antropologiczne i socjologiczne pokazują, że grupy osób inkludowanych i eksludowanych są zróżnicowane wewnętrznie w zależności od obowiązujących w danym społeczeństwie norm i wartości (Grotowska-Leder, Faliszek, 2005). Proces inkluzji i ekskluzji socjalnej ma swoje korzenie w koncepcji społecznej Emila Durkheima (1858–1917) opartej na założeniach kulturowej „obecności" i „obcości". Durkheim zakładał, że jednostka zmuszona jest do zasymilowania się z kulturą dominującą (Grotowska-Leder, Faliszek, 2005). Z drugiej strony w dobie poważnej i głębokiej zmiany społecznej (w znaczeniu nadanym temu pojęciu przez Michela → Foucaulta) trudno jednoznacznie wskazać, a co do-

piero zdefiniować, przyczyny i warunki społecznej inkluzji (Magala, 1991; Ball, 1994). W pedagogice specjalnej inkluzja jest procesem włączania w życie społeczne (w tym w edukację) osób, które nie spełniają normy optymalnej (rozwojowej, społecznej lub prawnej). Jest jednym z kilku pojęć charakteryzujących procesy społeczne dotyczące osób niespełniających normy optymalnej (il. 1 i 2).

DB

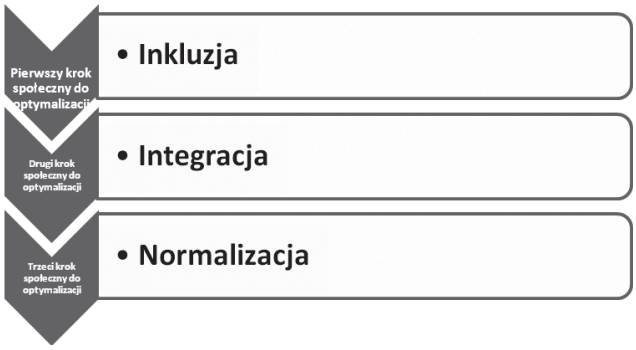
B: Ball, 1994; Grotowska-Leder, Faliszek, 2005; Magala, 1991.

N: https://de.wikipedia.org/wiki/Soziale…

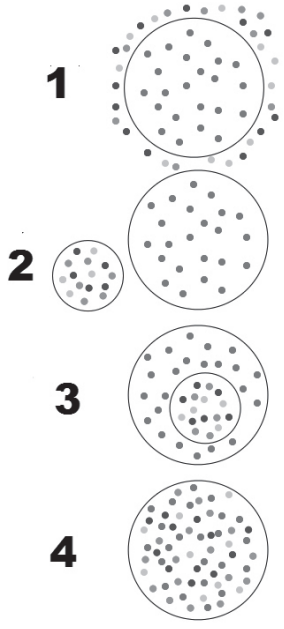
O: ekskluzja społeczna, niepełnosprawność.

S: włączenie.

TK: ang. *inclusion*, fr. *inclusion*, hiszp. *inclusión*, niem. *Inklusion*, ros. *включение*.



Il. 1. Droga do akceptacji i uczestnictwa w życiu społecznym osób z niepełnosprawnością.



Legenda: 1 – ekskluzja, 2 – separacja, 3 – integracja, 4 – inkluzja.

Il. 2. Zakresy znaczeniowe pojęć – od ekskluzji do inkluzji. Źródło: https://de.wikipedia.org/wiki/Soziale_Inklusion

inkontynecja (nietrzymanie zwieraczy) – nietrzymanie moczu

Nietrzymanie moczu (łac. *incontinentia urinae*) – to sytuacja kliniczna, w której dochodzi do mimowolnego wycieku moczu. Problem nietrzymania moczu (akronim: NM lub NTM) – zaliczany do → wielkich zespołów geriatrycznych – jest niezwykle powszechny i dotyczy ok. 30% kobiet dorosłych. U pacjentek starszych (po 60. r.ż.) odsetek nietrzymania moczu rośnie do ok. 60% tej subpopulacji. [Z problemem NTM boryka się w Polsce ponad 4 mln osób, przy czym ryzyko zachorowania jest dwukrotnie większe u kobiet niż u mężczyzn. Niekorzystne następstwa nietrzymania moczu obejmują: problemy z utrzymaniem higieny, dyskomfort, izolację społeczną, zwiększone ryzyko instytucjonalizacji oraz konsekwencje zdrowotne, takie jak: → zaburzenia snu, zwiększone ryzyko infekcji układu moczowego czy → odleżyny. Od paru lat realizowany jest w Polsce prospołeczny program pn.: *NTM – Normalnie żyć*, którego celem jest pomoc osobom cierpiącym na tę dolegliwość (Zych, 2017) – przyp. red.].

Nietrzymanie moczu może przybierać różne formy kliniczne. Najczęściej mamy do czynienia z tzw. wysiłkowym nietrzymaniem moczu, które związane jest z mechanicznym uszkodzeniem struktur dna miednicy. Uszkodzenia te powstają w wyniku przebytych porodów, dużych obciążeń pracą fizyczną, związane są również z wiekiem chorych. U części pacjentek obserwuje się rodzinne występowanie tego schorzenia, co może wskazywać na czynnik genetyczny. Z kolei wysiłkowe nietrzymanie moczu to sytuacja, w której dochodzi do wycieku moczu pod wpływem uruchomienia tłoczni brzusznej (np. kaszel, kichnięcie, podbiegnięcie, podskok, a w niektórych sytuacja nawet zmiana pozycji ciała w pozycji leżącej).

Leczenie wysiłkowego NTM wymaga indywidualnego podejścia do chorego. W zakresie leczenia zachowawczego proponuje się chorym fizykoterapię, miejscową estrogenoterapię (Samuelsson i współprac., 2015) i/lub pessaroterapię (Lipp, Shaw, Glavind, 2014). W przypadku braku efektu leczenia lub braku akceptacji jego formy pacjentce oferować można równego typu leczenie operacyjne, o wysokiej skuteczności i małej inwazyjności.

Drugim najczęstszym rodzajem jest nietrzymanie moczu z powodu parć naglących. Jest to sytuacja kliniczna, w której dochodzi do wycieku moczu na skutek skurczu mięśnia wypieracza pęcherza moczowego. Pacjentka zgłasza wyciek moczu następujący pod wpływem niemożliwego do opanowania parcia na mocz.

Objawami współtowarzyszącymi NTM mogą być również częstomocz oraz konieczność oddawania moczu w godzinach nocnych (z przerwaniem snu). Leczenie nietrzymania moczu z parć naglących opiera się przede wszystkim na stosowaniu farmakoterapii. W przypadku braku skuteczności leczenia zachowawczego pacjentkom oferuje się: 1. dopęcherzowe podawanie toksyny botulinowej, bardzo silnie działającej naturalnej toksyny powodującej zahamowanie uwalniania acetylocholiny – neuroprzekaźnika odpowiedzialnego za przekaz impulsów między nerwami a mięśniami; 2. elektrostymulację – zabieg, w którym za pomocą prądu elektrycznego o niskiej częstotliwości wywołuje się skurcz mięśni podobny do tego, który następuje podczas ćwiczeń fizykoterapeutycznych.

EB

A: NM, NTM (pol.), UI (ang.).

B: Lipp, Shaw, Glavind, 2014; Samuelsson i współprac., 2015; Zych, 2017.

O: inkontynecja (nietrzymanie zwieraczy) – nietrzymanie stolca, nadreaktywność pęcherza moczowego, samocewnikowanie, trening pęcherza moczowego.

TK: ang. *incontinence – urinary incontinence* [UI] or *involuntary urination*, fr. *l'incontinence – l'incontinence urinarie*, hiszp. *incontinencia – incontinencia urinaria*, niem. *Inkontinenz – Harinkontinenz*, ros. *недержание – недержание мочи*.

instrumenty oceny dostępności przestrzeni publicznej → narzędzia pomiaru barier w przestrzeni publicznej

instytucjonalizacja opieki

Termin „instytucjonalizacja" wywodzi się od pojęcia „instytucji", które w socjologii oznacza trwałe elementy społeczeństwa, tj. struktury społecznej organizującej podstawowe działania i czynności oraz zaspokajającej potrzeby społeczne, np. potrzebę ładu społecznego, wiary czy posiadania potomstwa (Marshall, 2004). Do najważniejszych instytucji społecznych należą: → rodzina, gospodarka i religia. Oprócz nich społeczeństwa tworzą dodatkowe instytucje przeznaczone do zaspokajania potrzeb ludzi i rozwiązywania problemów związanych z organizacją, jak np. rząd, prawo, edukacja, nauka i medycyna (Turner, 1998). Instytucje pełnią w społeczeństwie określone funkcje, dlatego kategorie instytucji i funkcji stały się przedmiotem analizy kierunku w socjologii zwanej funkcjonalizmem. Twórcą funkcjonalizmu był Herbert Spencer (1820–1903), który w swej analogii organicystycznej porównywał społeczeństwo do organizmu, przyjmował tezę o uniwersalnych wymogach funkcjonalnych – analogicznie do narządów organizmu, które pełnią niezbędne funkcje i zaspokajają określone potrzeby (Turner, 2004). W myśl powyższej tezy przyjmowano, że wszystkie instytucje (podobnie jak narządy w organizmie) są niezbędne i spełniają pożyteczne funkcje. Krytykę wczesnego funkcjonalizmu podjął w połowie XX wieku Robert King Merton (1910–2003), podając w wątpliwość „języki analiz funkcjonalnych". Zakwestionował pojęcie „funkcji instytucji", która dotychczas ujmowana była w kategoriach utylitarnych. Zdaniem tego socjologa instytucje mogą pełnić zarówno funkcje jawne, jak i funkcje ukryte. Funkcje jawne przyczyniają się do modyfikacji lub adaptacji systemu, są zamierzone i uznawane przez jego członków, zaś funkcje ukryte – nie są ani zamierzone, ani uświadomione. Merton nawet zalecał odkrywanie funkcji ukrytych, gdyż jak twierdził: „Odkrycie funkcji ukrytej nie tylko przyczynia się do lepszego sprecyzowania koncepcji funkcji spełnianych przez pewne wzory społeczne (podobnie jak w wypadku ustalania funkcji jawnych), ale wprowadza odmienny jakościowo wkład do stanu wiedzy" (Merton, 2002).

Funkcjonalizm, zwłaszcza w ujęciu Mertona, ostrzega przed niebezpieczeństwem jednostronnego ujmowania rzeczywistości, a szczególnie postrzegania instytucji. Rozszerza horyzont badawczy, uczulając na poszukiwanie tego, co funkcjonalne, jak i dysfunkcjonalne, co przyczynia się do integracji, a co do dezintegracji, wreszcie kieruje uwagę na odnalezienie funkcji jawnych i ukrytych. Zatem nie wszystkie instytucje są funkcjonalne i pełnią niezbędne dla społeczeństwa funkcje. Zupełnie odmienne postrzeganie instytucji zaproponował nowy kierunek zwany neoinstytucjonalizmem. Nowy instytucjonalizm w centrum swoich rozważań stawia zarówno jednostkę, jak i instytucje, które ograniczają zachowania jednostek. Biorąc pod uwagę to, że człowiek jest twórcą instytucji, nowy instytucjonalizm przyjmuje, że: „instytucje to wszystkie wymyślone przez człowieka, czyli zaprojektowane i nałożone na ludzkie zachowania ograniczenia, które kontrolują, porządkują i czynią przewidywalnym (a przez to możliwym i produktywnym) świat społecznych interakcji" (Chmielewski, 1994). Neoinstytucjonalizm opiera się na racjonalnej ekonomii, zakładając, że instytucje stanowią dla racjonalnej jednostki strukturę decyzyjną, w ramach której dokonuje ona wyborów, zmierzając do optymalizacji indy-

widualnych korzyści. Przedstawiciel tej wersji neoinstytucjonalizmu, Douglass Cecil North, twierdzi, że „instytucje to stworzone przez człowieka ograniczenia, które strukturyzują interakcje polityczne, ekonomiczne i społeczne […]. W ciągu historii instytucje zostały wykreowane przez ludzi w celu stworzenia porządku oraz zredukowania niepewności w transakcjach" (North, 2006; Jasińska-Kania, 2006).

Nowy instytucjonalizm zwraca uwagę na system transakcji zachodzący pomiędzy aktorami politycznymi, przy czym tworzenie instytucji nie jest już jak dawniej podyktowane szeroko rozumianym interesem społecznym. Jak twierdzi North: „Instytucji zwykle nie tworzy się z konieczności ani nawet po to, by były społecznie efektywne; są one, a przynajmniej ich formalne reguły, powoływane w interesie tych, którzy dysponują siłą przetargową do tworzenia nowych regulacji. Siła przetargowa nie wpływa na efektywność wyników w świecie zerowych kosztów transakcji, ale wpływa w świecie dodatnich kosztów transakcji" (North, 2006). To nowe spojrzenie na instytucje pozwala nam lepiej zrozumieć funkcjonowanie instytucji nieefektywnych, niespełniających oczekiwań społecznych, instytucji bardzo kosztownych, a nawet dysfunkcyjnych.

Teorie socjologiczne, jak np. prezentowany wyżej funkcjonalizm i neoinstytucjonalizm, pomagają nam zrozumieć, czym są instytucje i jak należy je interpretować. Analiza instytucjonalna pozwala nam lepiej zrozumieć istnienie i utrzymywanie nawet najbardziej nieefektywnych instytucji, które mają na celu nie tylko zaspokajanie potrzeb mieszkańców, ale też realizację innych celów, jak np. utrzymywanie kontroli i porządku, co kryje się pod hasłem racjonalnej ekonomii społecznej.

Instytucjonalizacja ma różne znaczenia w zależności od obszaru, w jakim analizujemy ów termin. I tak np. w polityce społecznej pod hasłem instytucjonalizacji kryje się model rozwiązywania społecznych problemów, w którym wiodącą rolę pełnią instytucje państwowe. Typowym przykładem jest model instytucjonalno-redystrybucyjny realizowany w krajach skandynawskich, który zakłada, że odpowiedzialność za dobrobyt i bezpieczeństwo socjalne obywateli ponosi przede wszystkim społeczeństwo, dlatego przyjmuje się, że w procesie zaspokajania wszystkich ważnych potrzeb mechanizmy rynkowe muszą być zaspokojone przez planowe działania państwa (Księżopolski, 2008). Przy takim modelu polityki społecznej, państwo i jego instytucje stają się głównym arbitrem w rozwiązywaniu problemów społecznych przy niewielkim udziale sektora pozarządowego, co oczywiście ma swoje konsekwencje.

W obszarze → pomocy społecznej instytucjonalizacja przybiera bardziej wyrazistą formę. Zgodnie z Ustawą o pomocy społecznej z 29 XI 1990 roku: „Pomoc społeczna jest instytucją polityki społecznej państwa mającą na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne środki, możliwości i uprawnienia". Za cel pomocy uznano zaspokajanie niezbędnych potrzeb życiowych osób i → rodzin oraz umożliwienie im bytowania w warunkach odpowiadających godności człowieka (art. 2.1). System pomocy społecznej oparty jest na wielu instytucjach skierowanych na zaspokojenie potrzeb beneficjentów. Wymienić tu można chociażby → ośrodki pomocy społecznej, powiatowe centra pomocy rodzinie, regionalne ośrodki polityki społecznej czy też instytucje świadczące usługi opiekuńcze i wspomagające o charakterze stacjonarnym (np. → domy pomocy społecznej, zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjne, → hospicja) i półstacjonarnym (np. → domy dziennego pobytu, środowiskowe domy samopomocy). Sposób realizacji usług opiekuńczych wyraźnie wskazuje, że w Polsce mamy do czynienia z instytucjonalizacją opieki, która oznacza taki system pomocy ludziom chorym, starszym, niepełnosprawnym, w którym główną rolę pełnią instytucje opieki całodobowej, stacjonarnej i/lub → opieki długoterminowej. Przejawem tak rozumianej instytucjonalizacji są domy pomocy społecznej, zakłady pielęgnacyjne, zakłady opiekuńczo-lecznicze, placówki opiekuńczo-wychowawcze. Instytucje te funkcjonują w ramach systemu pomocy społecznej i są kwalifikowane jako instytucje polityki społecznej państwa. W ustawie o pomocy społecznej czytamy, że: „pomoc społeczną organizują organy administracji rządowej i samorządowej, współpracując w tym zakresie, na zasadzie partnerstwa, z organizacjami społecznymi i pozarządowymi, Kościołem katolickim, innymi kościołami, związkami wyznaniowymi oraz osobami fizycznymi i prawnymi" (Ustawa z 29 XI 1990 roku). A to oznacza, że powoływanie i utrzymywanie instytucji pomocy społecznej leży w gestii państwa, które oczywiście może współpracować z organizacjami pozarządowymi. O instytucjonalizacji opieki świadczą dane statystyczne ukazujące zarówno liczbę instytucji, jak i ich podopiecznych. Dane tylko z ostatniej dekady nie pozostawiają wątpliwości co do rosnącej liczby instytucji realizujących usługi opiekuńcze w ramach sektora państwowego, a tym samym rosnącej liczby mieszkańców. W latach

2000–2013 większość instytucji świadczących usługi opiekuńcze niemal się podwoiła (*Rocznik Statystyczny*, 2007, 2010, 2014). Największy wzrost zauważyć można przy zakładach opiekuńczo-leczniczych: o ponad 200% (z 126 w roku 2010 do 379 w 2013) oraz hospicjach: o 180% (z 26 w 2010 roku do 73 w 2013). W tym samym okresie o 153% wzrosła liczba zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, a liczba łóżek zwiększyła się o ok. 170%. Także zapotrzebowanie na domy pomocy społecznej nie słabnie, a instytucji tych nadal przybywa. W okresie 2010–2013 ich liczba wzrosła o 70%. Biorąc pod uwagę poszczególne typy domów pomocy społecznej, największy wzrost można zauważyć wśród domów dla osób niepełnosprawnych fizycznie (wzrost o 316%), dla osób starszych (o 131%) oraz dla przewlekle psychicznie chorych (o 54%).

Przejawem instytucjonalizacji opieki jest mocno rozwinięty sektor instytucji państwowych w porównaniu z sektorem pozarządowym. Dane statystyczne nie pozostawiają wątpliwości co do marginalnego udziału sektora trzeciego w systemie instytucji pomocy społecznej w Polsce. Na podstawie badań Stowarzyszenia Klon/Jawor w 2004 roku aktywnie działających organizacji pozarządowych zajmujących się pomocą społeczną i usługami socjalnymi było 4,5 tys., co stanowiło ok. 10% całego sektora pozarządowego (Wygnański, 2006). Sytuacja ta bez większych zmian utrzymuje się nadal. I tak w 2010 roku w obszarze pomocy społecznej działało 7,7 tys. organizacji pozarządowych (takich jak: stowarzyszenia, organizacje społeczne, fundacje oraz społeczne podmioty wyznaniowe), co stanowiło 10% spośród 76,8 tys. wszystkich organizacji, a już w 2012 roku proporcje te były mniejsze, tj. odnotowano 7,3 tys. organizacji, spośród 79,8 tys. ogółem (*Rocznik Statystyczny*, 2014). Można zauważyć nieznaczny spadek liczby organizacji działających w obszarze pomocy społecznej przy wzroście ogółu organizacji pozarządowych (tj. z 10% w 2010 roku do 9,1% w 2012).

Instytucjonalizacja opieki niesie ze sobą wiele zagrożeń, m.in. ryzyko, że instytucje przejawiać będą cechy instytucji totalnych. Funkcjonujące w Polsce przez niemal 70 lat w systemie opieki zakłady i domy pomocy były typowym przykładem instytucji totalnych. Oderwanie mieszkańca od → czynności życia codziennego, takich jak: przygotowanie posiłków, pranie, sprzątanie czy robienie zakupów, wskazuje na anormalność sytuacji, w jakiej znajdują się pensjonariusze zakładów i domów pomocy społecznej. Gdy dołączymy do tego kilkuosobowe pokoje niezapewniające prywatności (w tym przypadkowy dobór współlokatorów), instytucjonalny sposób zaspokajania potrzeb (np. posiłki o określonej godzinie, brak wpływu na menu, wyznaczone godziny przyjmowania gości czy oglądania telewizji) oraz dobór personelu (zatrudnienie specjalistów, atmosfera panująca w instytucji, cechy charakteru ułatwiające lub utrudniające codzienne przebywanie itp.), wówczas wyłania się obraz instytucji, w której mieszkaniec ma niewielki wpływ na wszystko, co wokół niego się dzieje. Zarówno izolacja od świata zewnętrznego, jak i standaryzacja, przejawiająca się w formalnym charakterze instytucji (procedury, regulaminy, rozporządzenia, statuty, a nawet prawa i obowiązki mieszkańca), niosą wiele zagrożeń, które najczęściej kwalifikuje się jako syndromy → życia w instytucji (Zbyrad, 2012). Ponadto instytucjonalizacja opieki niejako „wyrywa" ludzi ze środowiska rodzinnego i zamieszkania, rozluźnia więzi rodzinne i sąsiedzkie wreszcie – eliminuje z życia społecznego.

Termin „instytucjonalizacja" występuje też w innych obszarach, m.in. w socjologii medycyny. Instytucjonalizacja wiąże się z podstawową rolą instytucji medycznych w procesie → umierania i → śmierci pacjenta. Większość zgonów – zarówno w Polsce, jak i większości krajów Europy Zachodniej – następuje w szpitalach: „możemy więc mówić o zjawisku instytucjonalizacji i → medykalizacji śmierci i umierania" (Więckowska, 2002). W instytucjach tych dokonuje się także proces umierania: „umieranie odbywa się tam jakby wstydliwie, z boku, za parawanem, poza głównym nurtem działalności instytucji" (Ostrowska, 2005). Oprócz szpitali istotną rolę w procesie umierania i śmierci odgrywają także hospicja.

TZ

B: Chmielewski, 1994; Jasińska-Kania, 2006; Księżopolski, 2008; Marshall, 2004; Merton, 2002; North, 2006; Ostrowska, 2005; *Rocznik Statystyczny*, 2007, 2010, 2014; Turner, 1998, 2004; Więckowska, 2002; Wygnański, 2006; Zbyrad, 2012.

D: Ustawa z 29 XI 1990 roku

O: deinstytucjonalizacja**,** instytucjonalizacja umierania, opieka, opieka długoterminowa, opieka instytucjonalna, pomoc społeczna.

TK: am. *institutionalization of care*, ang. *institutionalisation of care*, fr. *la institutionalization des soins*, hiszp. *institutionalización de la atención*, niem. *Institutionalisierung der Pflege*, ros. *институционализация или институцализация ухода*.

instytucjonalizacja śmierci → instytucjonalizacja umierania

instytucjonalizacja umierania (instytucjonalizacja śmierci)

Trudno sobie wyobrazić współczesne społeczeństwo bez istnienia instytucji. → Życie współczesnego człowieka jest prawie całkowicie zinstytucjonalizowane. Ważną rolę w zaspokajaniu niemal wszystkich potrzeb ludzkich odgrywają instytucje. Obok instytucji politycznych, gospodarczych, społecznych, edukacyjnych podstawową rolę odgrywają instytucje medyczne. Wśród nich najbardziej istotną rolę spełniają szpitale. W socjologii medycyny terminem „instytucjonalizacji" bardzo często określa się proces zachodzący u pacjentów w wyniku długiej hospitalizacji.

Proces ten polega na rozwinięciu się u pacjentów głównie negatywnych cech w związku z długotrwałym pobytem w szpitalu. Do tych cech należą: „apatia, ogólny brak zainteresowania, niemożność wykonywania prostych zadań, podejmowania decyzji i dokonywania wyboru" (Sokołowska, 2009). Ponadto u pacjentów, zwłaszcza szpitali psychiatrycznych, występuje zależność od instytucji, która sprawia, że pacjenci boją się opuścić szpital z uwagi na trudności z → adaptacją do normalnego życia, tj. poza szpitalem (Sokołowska, 2009). Pokrewnym terminem jest „instytucjonalizacja choroby" – chodzi tu o pobyt w szpitalu z uwagi na → chorobę. Pacjenci w szpitalu traktowani są zupełnie inaczej, aniżeli chorzy we własnym domu. Sceneria szpitalna może powodować → stres i budzić niepokój. Instytucja medyczna narzuca pewne nakazy i zakazy, jak i posłuszeństwo wobec personelu medycznego. Ubrania pacjentów są zastąpione przez szpitalne „uniformy", ustalane są godziny posiłków i odwiedzin. Pacjenci zobowiązani są poddać ciało oględzinom, jak i licznym zabiegom wykonywanym przez personel. Możliwości samostanowienia o sobie w warunkach szpitalnych, w sytuacji choroby, są bardzo mocno ograniczone (Ostrowska, 2005). Z kolei terminami „instytucjonalizacji umierania" bądź „instytucjonalizacji śmierci" określa się podstawową rolę instytucji medycznych w ostatnich fazach życia człowieka. Przez wieki ludzie umierali we własnych domach, wśród „swoich", w → rodzinach, obecnie coraz częściej umierają w instytucjach takich jak: szpitale czy → hospicja.

Instytucje medyczne głównie zaspokajają potrzeby zdrowotne ludności. Profilaktyka i leczenie chorób to główne, ale nie jedyne cele instytucji medycznych. W instytucjach takich jak szpitale ludzie przychodzą na świat, ale również umierają. Większość zgonów – zarówno w Polsce, jak i w większości krajów Europy Zachodniej – następuje w szpitalach: „możemy więc mówić o zjawisku instytucjonalizacji i medykalizacji śmierci i umierania" (Więckowska, 2002). Warto podkreślić, że w programach wyznaczających główne cele działalności szpitala jako głównego zakładu opieki zdrowotnej nie ma zbyt wielu informacji o procesie → śmierci i umierania. W aktach prawnych podkreśla się, że głównym zadaniem szpitala są świadczenia zdrowotne rozumiane jako: „wykonywane zawodowo postępowania służące zachowaniu, przywracaniu lub poprawie → zdrowia" (Ustawa z 30 VIII 1991 roku). Jedynym śladem wskazującym na proces umierania w szpitalu jest następujący zapis: „szpital jest zobowiązany do zapewnienia pacjentowi warunków do umierania w pokoju i godności" (art. 20, pkt 6). W zakładach opieki zdrowotnej, jakimi są szpitale, dokonuje się proces umierania: „umieranie odbywa się tam jakby wstydliwie, z boku, za parawanem, poza głównym nurtem działalności instytucji" (Ostrowska, 2005). Przyczyn ukrywania śmierci czy też odgradzania umierającego parawanem od innych pacjentów może być wiele. Jedną z nich jest panujące powszechnie przekonanie, że szpital nie jest odpowiednim miejscem do umierania i do zaspokajania potrzeb umierających pacjentów, gdyż został stworzony do innych celów. A, jak dobitnie stwierdzają socjolodzy medycyny: „śmierć chorego nieuleczalnego jest niemal porażką współczesnej medycyny, wskazuje na jej bezsilność wobec choroby. Sami chorzy również nie chcą umierać w szpitalu. Chcą umierać we własnym domu" (Więckowska, 2002). Śmierci w szpitalu towarzyszy samotność, owa „przeprowadzka z domu do szpitala" skutkuje samotnością umierania (Shilling 2010). Instytucje takie jak: szpitale, hospicja czy nawet → domy pomocy społecznej, w których umieszcza się ludzi starszych, schorowanych, niepełnosprawnych, pełnią funkcje kontrolne (neoinstytucjonalizm) oraz służą regulacji ciał w przestrzeni społecznej (Jakubowska, 2009). Społeczeństwo powołuje specjalne instytucje, które temu służą: „regulowanie ciał w przestrzeni oznacza również wykluczanie z niej ciał, które przeczą obowiązującym ideałom, tych które przypominają o »biologicznym« ciele i nieuchronności procesu → starzenia się i śmierci" (Jakubowska, 2009). Chodzi tu szczególnie o ciała stare, chore, zdeformowane, niepełnosprawne, a nawet ukazujące brak kontroli (np. nadwaga) czy nieestetyczne. Zdaniem Zygmunta Baumana (1925–2017) umieszczanie ciał chorych, umierających czy zmarłych w specjalnie wydzielonych do tego miejscach jest przejawem wykluczenia, ale też daje: „pozostałym możliwość zapominania o niedoskonałości i śmiertelności naszych ciał"

(Bauman, 1998). Autor ową segregację wiąże też z kategorią wstydu, stworzoną przez współczesną cywilizację: „Śmierć jest właśnie jedną z tych rzeczy, które zostały w ten sposób wyeksmitowane […] polega na segregacji, separacji, wyrzuceniu na śmietnik" (Bauman, 1998).

W instytucjonalizację umierania (śmierci) wpisuje się funkcja – tak podkreślana przez socjologów – instytucji kontrolującej i porządkującej życie społeczne. Trudno zakwestionować funkcje instytucji medycznych, które nie tylko leczą, prowadzą profilaktykę, zaspokajają potrzeby zdrowotne ludności, ale także stoją na straży ładu społecznego, w którym dokonuje się pewnej selekcji ludzi, oddzielając zdrowych od chorych, sprawnych od niepełnosprawnych oraz żywych od żegnających się z życiem.

Pokrewnym terminem do instytucjonalizacji umierania jest **medykalizacja śmierci**. W roku 1972 Irving Kenneth Zola (1935–1994) zwrócił uwagę na to, że medycyna działa tak jak „instytucja kontroli społecznej, ingerując w pozamedyczne obszary życia i traktując problemy społeczne tak, jakby były problemami medycznymi. Zjawisko to określił mianem medykalizacji" (Słońska, 2008). Pojęcie „medykalizacji" jest stosowane przez socjologów do statusu medycyny w społeczeństwie i postrzegania człowieka, jak i wielu problemów (takich jak np. ciąża, alkoholizm czy → starość), w kategoriach medycznych oraz kontrolowania ich za pomocą medycznych technologii i ekspertów. Medykalizacja, ogólnie ujmując, wynika z „fatalnego zauroczenia medycyną". U podstaw procesu medykalizacji leży wiara w nieograniczone możliwości medycyny w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych, w tym tych mających rozległe uwarunkowania leżące poza rzeczywistym wpływem służby zdrowia. Przejawem medykalizacji jest rosnąca liczba lekarzy, instytucji medycznych, popyt na produkty farmakologiczne czy zwiększone nakłady na służbę zdrowia. Medykalizację śmierci należy wiązać z rosnącym zainteresowaniem medycyny problemami umierania i śmierci we wszystkich aspektach. Rośnie liczba instytucji medycznych skierowanych wyłącznie na pełnienie → opieki nad umierającym i niesienie pomocy → rodzinie (Więckowska, 2002). Przykładem mogą być hospicja, które są nie tylko instytucjami sprawującymi opiekę nad umierającymi, ale także pewnym programem opieki i pomocy dla rodzin. Stąd krytykuje się postrzeganie hospicjum wyłącznie w kategoriach „wymieralni" (Ostrowska, 2005).

Nie ulega wątpliwości, że coraz bardziej rozpowszechniająca się praktyka oddawania przez rodziny ludzi starszych czy nieuleczalnie chorych w ostatnich fazach życia do szpitali czy hospicjów, uzasadniana chęcią zapewnienia im profesjonalnej opieki, jest przejawem instytucjonalizacji i medykalizacji śmierci oraz umierania. Pewnym antidotum na medykalizację i instytucjonalizację śmierci i umierania jest → opieka paliatywno-hospicyjna nad człowiekiem chorym i umierającym w domu, w środowisku zamieszkania.

TZ

B: Bauman, 1998; Jakubowska, 2009; Ostrowska, 2005; Shilling, 2010; Słońska, 2008; Sokołowska, 2009; Więckowska, 2002.
D: Ustawa z 30 VIII 1991 roku.
N: http://www.tricycle.com…
O: hospicjum, instytucjonalizacja opieki, opieka nad umierającym, opieka paliatywno-hospicyjna, śmierć.
TK: am. *institutionalization of death and dying*, ang. *institutionalisation of death and dying*, fr. *l'istitutionalisation de la mort*, hiszp. *la institutionalización de la muerte y los moribundos*, niem. *die Institutionalisierung Sterben und Tod/ die Institutionalisierung des Todes*, ros. *институционализация смерти*.

integracja i normalizacja społeczna osób z ograniczeniem sprawności

Integracja (łac. *integratio* – odnawianie, scalanie) jest synonimem zwartości, stanu koordynacji, zgodności oraz stopnia zharmonizowania – dla konkretnej osoby oznacza ona rozwój prowadzący do coraz większej równowagi pomiędzy różnymi strukturami, płaszczyznami funkcjonowania jednostki, które służą realizacji jej wewnętrznego systemu wartości. Integracja oznacza procesy zespalania elementów i części składowych w jedną całość, co w życiu społecznym przekłada się na procesy obejmujące te wszystkie interakcje między składowymi częściami i/lub grupami, które prowadzą do ich powiązania, kooperacji, koegzystencji, dostosowania się lub rozwiązywania konfliktów. Zwartość społeczna, zespolenie elementów zbiorowości społecznej oparte jest na akceptacji w jej obrębie wspólnego systemu wartości, norm i ocen, a także na wspólności interesów i podobieństwie członków danej grupy (Turowski, 1999). Psychospołeczny wymiar integracji obejmuje tworzenie wspólnoty ideowej, wspólnoty warunków → życia i wspólnoty interesów, dążeń i działań ludzkich. Integracja społeczna jest procesem, który składa się z wielu etapów wyznaczanych sytuacją społeczną, wolą jednostki oraz specyfiką środowiska lokalnego – to kontinuum stanów i zachowań lokujących się między wyobcowaniem

a zbliżeniem (Krause, 2003; Rudek, 2003; Olszewska, 2004).

Wyróżnia się cztery typy integracji (Landecker, 1950; Turowski, 1999):

1. Integrację kulturalną – to stan zgodności między standardami, wzorami kulturowymi występującymi w danym społeczeństwie lub grupie społecznej a wzorami kulturowymi alternatywnymi, uznawanymi przez pewne segmenty danego społeczeństwa lub członków danej grupy.
2. Integrację normatywną – oznaczającą stopień zgodności wartości i norm, którymi kierują się poszczególni członkowie grupy, z normami i wartościami akceptowanymi w danej grupie lub społeczeństwie.
3. Integrację komunikacyjną – stanowiącą o stopniu intensywności stosunków i kontaktów społecznych między członkami danej społeczności.
4. Integrację funkcjonalną – wyrażającą się stopniem rozwiniętej zależności między jednostkami w zakresie wzajemnej wymiany świadczeń i usług, wynikającej z podziału pracy. To stan i stopień zgodności ról społecznych pełnionych przez członków grupy oraz funkcji i zadań wykonywanych przez instytucje grupowe z rolami i funkcjami im przypisywanymi oraz stan i stopień, w jakim wykonują je w sposób zharmonizowany.

Integracja przebiega na następujących poziomach: 1) instytucjonalnym, będącym wykładnią równouprawnienia w sferze prawno-administracyjnej, co stanowi ogólną podstawę wyjściową dla inicjowania i/lub wystąpienia procesów integracyjnych; 2) interpersonalnym, wyznaczającym jakość interakcji pomiędzy osobami z niepełnosprawnością a osobami bez ograniczeń sprawności; 3) wewnątrzpsychicznym, stanowiącym o stopniu rzeczywistego → wsparcia (motywacji) dla interakcji.

Analiza stopnia integracji społecznej osób z → niepełnosprawnością czyniona jest na każdym z opisywanych poziomów (Olszewska, 2004; Krause, 2004). Integracja przejawia bądź wyraża się we wzajemnych stosunkach sprawnych i niepełnosprawnych członków zbiorowości społecznych, co oznacza respektowanie tych samych praw i stwarzanie dla obu kategorii obywateli identycznych warunków rozwoju. Pierwszy typ współżycia obu kategorii obywateli na drodze ku integracji to **spontaniczna partycypacja**, charakterystyczna dla społeczeństw rozwijających się, w których niepełnosprawność nie jest postrzegana jako istotny problem społeczny. Osoby z niepełnosprawnością są „widzialne", jednak nie partycypują one na równych prawach w relacjach z resztą społeczeństwa. Drugi typ to **separacja**, cechująca kraje przebudowujące struktury społeczno-ekonomiczne, w których niepełnosprawność postrzegana jest jako poważny problem, ale raczej medyczny niż społeczny. Osoby z niepełnosprawnością są „niewidzialne", bowiem przebywają albo w instytucjach opieki całodobowej, albo w domu. Trzecia forma współżycia to **integracja**, występująca w krajach wysoko rozwiniętych, z dużą tradycją rehabilitacji społecznej dla osób z ograniczeniem sprawności. Zniesienie barier społecznych powoduje, że większość osób z niepełnosprawnością jest „widzialna" i może partycypować w życiu społecznym na równych prawach z innymi członkami społeczeństwa (Ostrowska, 2016; Tobiasz-Adamczyk, 2000). Proces integrowania osób z ograniczoną sprawnością ze społeczeństwem i społecznością, w której żyją, wymaga spełnienia wielu warunków. Po pierwsze, osoby te muszą chcieć włączyć się w zbiorowości społeczne oraz być odpowiednio do tego przygotowane. To z kolei wiąże się z możliwością pełnienia różnych ról społecznych i funkcjonowania w wielu społecznych układach. To samo dotyczy społeczeństwa, gdyż musi się ono nauczyć akceptacji swoich nie w pełni sprawnych członków na równych prawach z innymi obywatelami, w odniesieniu do wielu różnych płaszczyzn życia. Integracja jest zatem procesem wzajemnego uczenia się i dostosowywania wzajemnych standardów, a nie jednorazowym aktem dobrej woli (Ostrowska, Sikorska, Gonciarz, 2001). Społeczna integracja osób z niepełnosprawnością odbywa się równolegle w strukturach formalnych i nieformalnych. Struktury formalne, instytucjonalne, tworzą ramy organizacyjne procesu integracji, jednak nie są one w stanie wymusić pożądanych postaw, emocji, zmiany hierarchii wartości i potrzeb.

Włączenie osób z niepełnosprawnością w główny nurt życia społecznego wymaga zatem spełnienia wielu warunków zewnętrznych i wewnętrznych: 1) czynniki zewnętrzne integracji obejmują wszelkie procesy i działania związane z przystosowaniem środowiska materialnego i instytucjonalnego pod względem organizacyjnym, prawnym, infrastrukturalnym i technicznym do potrzeb osób z niepełnosprawnością. W analizie zewnętrznych czynników integracji zwraca się również uwagę na znaczenie wzmacniania integracyjnego potencjału środowiska społecznego (postawy społeczne). Podstawową rolę odgrywa środowisko lokalne, w tym środowisko rodzinne, sąsiedzkie, instytucje edukacji i pomocy społecznej oraz organizacje pozarządowe kształtujące poczucie wpływu na własny

los, modelujące i wzmacniające zaradność życiową i samodzielność, umiejętności komunikacyjne, społeczne i interpersonalne związane z podejmowaniem niezależnych decyzji i mierzeniem się z konsekwencjami tejże niezależności; 2) czynniki wewnętrzne integracji tkwią w zróżnicowanych właściwościach osoby niepełnosprawnej, m.in. w prawidłowo ukształtowanej samoocenie, podmiotowości, poczuciu bezpieczeństwa oraz w dobrostanie emocjonalnym. Pominięcie czynników wewnętrznych rodzi ryzyko zaprzepaszczenia szans integracyjnych stworzonych w środowisku w wyniku automarginalizacji i autoizolacji osób z niepełnosprawnością (Kazanowski, 2004). Osoby z ograniczeniem sprawności mają 12 podstawowych kategorii potrzeb warunkujących pełną partycypację w życiu zbiorowym (potrzeby jednostki wyznaczają katalog praw – to warunek podstawowy normalizacji): 1) dostęp do przestrzeni publicznej i społecznej na równi z innymi uczestnikami życia społecznego; 2) dostęp do systemu transportowego; 3) sprzęt i urządzenia wspomagające codzienne funkcjonowanie; 4) dostępne i/lub zaadaptowane mieszkanie; 5) pomoc osobista (zdolność do samoopieki, asystenci); 6) inkluzywny (włączający, zintegrowany) system edukacji i przygotowania zawodowego; 7) adekwatny dochód; 8) równe możliwości na rynku pracy (zwłaszcza na otwartym rynku pracy); 9) właściwa i dostępna informacja; 10) rzecznictwo na rzecz własny i szerszego kręgu zainteresowanych, 11) → poradnictwo; 12) właściwa i dostępna opieka zdrowotna i → rehabilitacja.

Utylitarnym celem programów → wsparcia osób z niepełnosprawnością jest zmniejszanie luki między jednostką z niepełnosprawnością i jej potencjałem a środowiskiem i jego zasobami. Wsparcie to realizowane jest zarówno po stronie jednostki, jak i jej środowiska życia oraz społeczeństwa. Działania skierowane na przygotowanie jednostki do prowadzenia niezależnego życia w społeczności poprzez przywrócenie jej zdolności do aktywnego realizowania ról społecznych mieszczą się w ramach procesu rehabilitacji, której efektem ma być w miarę niezależne funkcjonowanie osób z niepełnosprawnością zgodnie z ich możliwościami i potrzebami. Ważnym obszarem, w którym jednostki z ograniczoną sprawnością powinny nabyć umiejętność radzenia sobie w życiu, jest funkcjonowanie w → rodzinie, miejscu edukacji i pracy, środowisku zamieszkania, instytucjach publicznych, czyli wszędzie tam, gdzie człowiek realizuje istotne role społeczne. Umożliwia to stworzenie swoistych „sytuacji integracyjnych", w których pełnosprawni i niepełnosprawni członkowie społeczeństwa mogliby funkcjonować na tych samych prawach, w podobny sposób.

Kraje członkowskie tzw. starej Unii Europejskiej [UE] od wielu lat zwracają szczególną uwagę na umożliwienie osobom z ograniczeniem [sprawności] dostępu do systemu edukacyjnego, standardów i jakości kształcenia służących podnoszeniu umiejętności trenerów i nauczycieli osób z niepełnosprawności, poprawianiu jakości poradnictwa dla niepełnosprawnych i polepszaniu współpracy profesjonalistów zwłaszcza z osobami zatrudnionymi na najniższych piętrach organizacyjnych systemu rehabilitacji społecznej i zawodowej.

Poprawianie wskaźników skolaryzacji w subpopulacji osób z ograniczeniem sprawności to kwestia podstawowa, lecz nie mniej ważna jest integracja społeczna rozpoczynana we wczesnych fazach wychowania i socjalizacji. Dlatego też dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi kształci się współcześnie w głównym nurcie szkolnictwa (ogólnodostępnego, integracyjnego) – nauczyciel uczy je w taki sam sposób jak pozostałych uczniów. Twórcy szkolnictwa integracyjnego sugerują, by w procesie tworzenia edukacji tego typu uwzględniać, takie zasady jak: 1) **bliskość** – dzieci powinny uczęszczać do placówek oświatowych usytuowanych tak blisko domu, jak to tylko możliwe; 2) **minimum interwencji** – dziecko nie powinno otrzymywać większej pomocy niż to konieczne i niezbędne; 3) **integracja** – jeśli to tylko możliwe z punktu widzenia stanu oraz poziomu ograniczenia sprawności i możliwości, kształcenie dziecka niepełnosprawnego powinno odbywać się w szkole ogólnodostępnej; 4) **skuteczność** – konieczne są środki wspierające, służące czerpaniu przez dziecko maksimum korzyści z pobytu w szkole (ujawnianie i rozwijanie własnych zdolności, talentów i potencjału ogólnego).

Obecnie funkcjonują na świecie cztery podstawowe zasady w integracyjnym systemie edukacyjnym: 1) dzieci z ograniczeniami sprawności oraz mające trudności w uczeniu się mają prawo do bycia częścią klas ogólnodostępnych i otrzymywania niezbędnego wsparcia w procesie nauczania; 2) wszystkie dzieci, bez względu na poziom sprawności, czerpią korzyści ze wspólnego pobierania nauki – włączanie (→ inkluzja) uczniów z ograniczeniem sprawności stanowi istotny składnik jakości edukacji; 3) wszystkie dzieci mają prawo do edukacji przygotowującej je do życia w społeczności; 4) formy i rodzaje kształcenia oraz nauczania dobrze służące włączaniu (inkluzji) w życie ogólnodostępnej szkoły, dobrze także służą edukacji i wychowaniu wszystkich uczniów (*Integration*…, 2007).

Możliwość nauki uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi wspólnie z ich rówieśnikami w szkołach ogólnodostępnych zapewniają wszystkie kraje UE. Prawie w każdym kraju członkowskim Wspólnoty przyjęto jednak inne rozwiązania instytucjonalne – można wyróżnić trzy podstawowe modele organizacji szkolnictwa specjalnego: 1) kategoria **jednej ścieżki** – integracja prawie wszystkich dzieci w głównym nurcie edukacji (Grecja, Hiszpania, Italia, Portugalia, Szwecja, Norwegia, Cypr); 2) kategoria **dwóch ścieżek** – istnieją dwa odrębne systemy edukacji, które funkcjonują na podstawie odrębnych przepisów dla szkolnictwa głównego nurtu i szkolnictwa specjalnego (Belgia, Holandia, Bułgaria, Rumunia, Łotwa); 3) kategoria **wielu ścieżek** – oferowane są różne koncepcje łączące elementy dwóch poprzednich systemów (Austria, Dania, Finlandia, Irlandia, Islandia, Lichtenstein, Luksemburg, Niemcy, Wielka Brytania oraz Czechy, Estonia, Litwa, Polska, Słowacja, Słowenia i Węgry).

Przyjmuje się, że dzieci i młodzież z rozmaitymi dysfunkcjami powinny mieć zapewnioną pomoc w przezwyciężaniu trudności szkolnych i nabywaniu umiejętności niezbędnych w dorosłym życiu. Edukacja specjalna jako preferowana forma kształcenia jest rozwijana tylko za zgodą rodziców, a szkoły specjalne muszą zapewniać taką samą jakość jak szkolnictwo ogólnodostępne. Dzieci niepełnosprawne uczęszczające zarówno do szkół specjalnych, jak i ogólnodostępnych są objęte specjalistyczną pomocą – wsparcie pedagogiczne otrzymują także nauczyciele, angażuje się również w szkołach pedagogów-doradców ze specjalistycznym przygotowaniem do pracy z osobami ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, pomocą służą także placówki opieki zdrowotne oraz → pomoc społeczna.

Wśród form kształcenia integracyjnego dla dzieci z ograniczeniem sprawności proponuje się dzisiaj w zależności od stanu zdrowia: 1) włączanie uczniów do zwykłych klas w szkołach ogólnodostępnych (integracja funkcjonalna lub tylko lokacyjna, bez wsparcia dla ucznia niepełnosprawnego); 2) integrację lokacyjną polegającą na zapewnieniu odpowiedniej pomocy i warunków funkcjonowania w roli ucznia i członka grupy rówieśniczej (forma uznawana za najlepszą); 3) integrację społeczną – organizowanie klas lub oddziałów specjalnych w szkole masowej (kontakty z rówieśnikami na przerwach, wspólne wycieczki, zabawy itp.); 4) tworzenie szkół sąsiedzkich (współpraca szkół specjalnych ze szkołami ogólnodostępnymi, lokalizowanie placówek blisko siebie); 5) tworzenie dziennych i internatowych szkół specjalnych; 6) nauczanie indywidualne w domach uczniów.

→ Edukacja osób niepełnosprawnych może obecnie odbywać się w takich zróżnicowanych formach nauczania jak: samokształcenie (taśmy audio i wideo, płyty CD, edukacyjne programy komputerowe, materiały drukowane itp.); uczenie na odległość z centrów edukacyjnych (lekcje odbywane w czasie rzeczywistym z pełnym dostępem z pytaniami i odpowiedziami wykładowcy i słuchaczy); interaktywne kursy na odległość (audio- i wideokonferencje) oraz nauczanie z fizyczną obecnością ucznia/studenta. Nową, atrakcyjną dla młodzieży formułą edukacyjną jest teleedukacja. Ta dynamiczna forma kształcenia ma wiele zalet: wszelkie instrukcje, zalecenia, sprawdziany itp. narzędzia nauczania są „pod ręką" (zwykle w komputerze, zwłaszcza przenośnym, telefonie typu smart); administrowanie edukacją jest uproszczone i wspomagane sprzętem komputerowym; łatwo obsługiwać urządzenia wykorzystywane w edukacji; brak → barier fizycznych – nie trzeba podróżować; i co najważniejsze każdy użytkownik systemu teleedukacyjnego może ustalić własny rytm uczenia się.

Najważniejszymi pojęciami integracji społecznej są: **osobista przemiana** oraz **reakcja podstawowych grup**. Osobista przemiana jako warunek pełnej integracji osób niepełnosprawnych w społeczności lokalnej wspiera się na takich procesach jak: wola, poczucie podmiotowości i godności, samoaktualizacja, dążenie do autentycznej tożsamości. Przyczyniają się one do podejmowania prób samodzielnego poprawienia własnego funkcjonowania oraz inicjowania zmian w sobie jako pożądanej wartości. Osobista zmiana nie zachodzi w pustce, a jej podjęcie i utrzymanie zależy od reakcji grup podstawowych (np. → rodzina, grupa odniesienia, społeczność lokalna) na przemianę osobistą. Podstawowa grupa, w której funkcjonuje osoba z niesprawnością, może akceptować i wesprzeć osobistą przemianę, jak również blokować i przeciwstawiać się przemianom, dokonującym się w osobie niepełnosprawnej, jak i działaniom zmierzającym do takiej przemiany. Grupa społeczna w obu wypadkach działa na rzecz utrzymania *status quo*.

Dla osiągnięcia celów integracji społecznej sprzyjającej procesowi → inkluzji istotne jest, by osoby z niepełnosprawnością intelektualną żyły w podobny sposób do osób sprawnych, „normalnie" (tab. 1). Funkcjonowanie w przestrzeni publicznej i wchodzenie w interakcje z osobami pełnosprawnymi w różnych sytuacjach formalnych i nieformalnych wymaga stworzenia swoistych sytuacji integracyjnych, co jest

możliwe przy organizowaniu otoczenia zgodnie z zasadą → normalizacji.

Integracja odnosi się do położenia jednostki i/lub grupy w jej społecznym otoczeniu i poprzedza **normalizację**, wyrastającą z ruchu na rzecz sprawiedliwości społecznej i przywracania praw obywatelskich osobom z ograniczeniem sprawności. Idea normalizacji rozwijana od połowy XX wieku w krajach skandynawskich traktowana była jako koncept socjopolityczny (Ericsson, 1985). [Normalizację określano pierwotnie jako filozofię życia dla dzieci z ograniczeniem sprawności intelektualnej, dzięki której przybliża się je w maksymalny sposób do życia społeczności. Teoretyczne podstawy normalizacji opracowane zostały w latach 80. XX stulecia, najpierw w koncepcji Wolfa Wolfenbergera (1934–2011), poszerzonej następnie przez Bengta Nirjego, Johna O'Brien'a, Nielsa Erika Bank-Mikkelsena, Alana Tyne'a oraz Burta Perrina. Analizując proces kształtowania struktury instytucjonalnego wsparcia osób z niepełnosprawnością intelektualną w Szwecji i Danii, dostrzeżono jej segregacyjny i izolacyjny charakter. Sprzeciw ze strony stowarzyszenia rodziców osób z niepełnosprawnością intelektualną, na którego czele stał prekursor koncepcji normalizacji Nirje, utorował drogę zmianom sposobu realizacji usług dla osób z niepełnosprawnością intelektualną w Szwecji, mających na celu udostępnienie osobom z niepełnosprawnością intelektualną wzorców i warunków codziennego życia, maksymalnie zbliżonych do normalnych. Szwedzki model wdrażania koncepcji normalizacji uzupełniony został doświadczeniami duńskimi oraz amerykańskimi związanymi z deinstytucjonalizacją wsparcia osób z niepełnosprawnością intelektualną (Ericsson, 1985) – przyp. aut.].

Szczególnie ważne na wczesnym etapie wdrażania zasady normalizacji było znalezienie i opisanie wskaźników tzw. normalnego życia, w skład których weszło osiem następujących zasad: (Nirje, 1993): 1) normalny rytm dnia; 2) normalny rytm tygodnia; 3) normalny rytm roku; 4) możliwość doświadczenia normalnych, rozwojowych fazy cyklu życia; 5) życie w świecie biseksualnym; 6) umożliwienie i respektowanie samodzielnie dokonywanych wyborów, życzeń i wymagań; 7) uznanie jednej normy ekonomicznej (ekonomicznego standardu); 8) fizyczna → dostępność obiektów gwarantująca możliwość skorzystania z niej osobom sprawnym i niepełnosprawnym na równych prawach.

Normalizację pierwotnie rozumiano jako stosowanie środków maksymalnie zgodnych z normą kulturową w celu zainicjowania i/lub podtrzymania cech i zachowań jednostki niepełnosprawnej, odpowiadających w jak największym stopniu standardom kulturowym (Wolfensberger, 1999). Natomiast w społeczeństwach postindustrialnych strategie integracyjne adresowane do ludzi niepełnosprawnych poszerzone o **normalizację** oznaczają wszelkie zachowania jednostki zmierzające do tego, by w wymiarze biofizycznym i psychospołecznym funkcjonować bez wyraźnych zakłóceń (normalnie), na tyle, na ile to możliwe – mimo oznak i symptomów → choroby przewlekłej lub ograniczonej sprawności. W procesie normalizacji jednostka stara się wytłumić **imperatyw fizjologiczny** (bycia osobą chorą lub z uszkodzeniami, czy też obdarzoną deficytami itp.) i przyjmuje w codziennym funkcjonowaniu **imperatyw aktywności**, jako osoby normalnej.

Proces normalizacji jest pochodną i dopełnieniem działań służących integracji społecznej – składa się nań (Renshaw, 1991; Nirje, 1993): 1) humanizacja życia – pełnoprawność, godne traktowanie, możliwość dokonywania wyborów zgodnie z potrzebami, sprawowanie kontroli nad sobą i własnym życiem; 2) pozytywna dyskryminacja – przeciwdziałanie naznaczaniu stygmatem niepełnej sprawności prowadzące do dyskryminacji, marginalizacji i wykluczenia społecznego; 3) wsparcie społeczne – w nabywaniu i utrwalaniu różnorodnych umiejętności niezbędnych w prowadzeniu samodzielnego i niezależnego życia (w tym wspomaganie dostępności do wiedzy i dóbr kultury); 4) indywidualizacja usług i świadczeń na rzecz osób z ograniczeniem sprawności i ich rodzin jako przeciwieństwo dopasowywania jednostek do zastanej oferty usługowej.

Koncepcja normalizacji koncentruje uwagę na odpowiedzialności systemu społecznego za kreowanie społecznej, kulturowej i instytucjonalnej struktury, która umożliwi osobom z niepełnosprawnością harmonijne funkcjonowanie w rolach społecznych. Normalizacja oznacza zatem wiele instytucjonalnych i pozainstytucjonalnych działań zmierzających do stworzenia normalnych warunków życia dla osób z niepełnosprawnością, co determinuje w dużej mierze jednostkowe relacje w środowisku lokalnym (M Birchenall, P. Birchenall, 2003).

Przesłanki normalizacji życia osób z niepełnosprawnością zakładają, że powinny one: 1) funkcjonować podobnie jak inni członkowie społeczeństwa (przesłanka wyprowadzona z zasady równości); 2) mieć szanse budowania i prowadzenia godnego życia, odpowiedniego dla sytuacji osoby z niepełnosprawnością (przesłanka zakorzeniona w koncepcji → jakości

życia); 3) być doceniane i mieć prawa takie jak inni ludzie (przesłanka wyprowadzona z katalogu praw człowieka).

Podstawowym założeniem koncepcji normalizacji jest jej powszechność, co oznacza, że jest ona adresowana do wszystkich osób z niepełnosprawnością, niezależnie od stopnia niepełnosprawności, jest stosowana w każdym społeczeństwie i we wszystkich grupach wiekowych. Jednostka ma prawo być obecna w środowisku fizycznym i społecznym, dokonywać wyborów, rozwijać i podtrzymywać własne umiejętności, otrzymywać zindywidualizowane wsparcie. Społeczeństwo powinno jej zapewnić ochronę praw osobistych, dbać o jej podmiotowość, traktować z szacunkiem, a przez to kształtować dobre relacje z otoczeniem. Inkluzja oznaczająca włączenie osób z niepełnosprawnością w główny nurt życia społecznego jest celem normalizacji (Woźniak, 2008).

W toku normalizacji jednostka z chorobą przewlekłą lub niesprawnością dąży do:

1) potwierdzenia własnej indywidualności, tożsamości i osobowości,
2) bycia zdolną do funkcjonowania na równi z rówieśnikami,
3) zredukowania poczucia bycia odmienną,
4) osiągnięcia samodzielności i niezależności oraz zdolności do samoopieki,
5) uzyskania maksymalnego poziomu integracji ze społeczeństwem (Devis, 1990).

Normalizacja zakłada funkcjonowanie pewnych programów, których celem jest osiąganie i utrzymanie niezależności życiowej przez osoby o ograniczonej sprawności (operacje kosmetyczne, sprzęt ukrywający deformacje itp.). Osoby z ograniczeniem sprawności – bez względu na typ i głębokość uszkodzenia – nie są grupą homogeniczną, która łatwo przystosowuje się w społeczeństwie niezbyt rozumiejącym potrzeby tej kategorii obywateli. Ich położenie nie może być ani właściwie rozumiane, ani zmienione przez politykę opartą na konwencjonalnym sposobie rozumienia standardów „normalności" i/lub uniformizacji.

Wśród celów normalizacji wymienia się przede wszystkim zapewnienie obecności jednostek i grup w środowisku fizycznym i społecznym, dokonywanie wyborów, rozwijanie i podtrzymywanie umiejętności, ochronę praw osobistych, odzyskanie podmiotowości i szacunku społecznego, zindywidualizowane traktowanie, kształtowanie dobrych relacji z otoczeniem społecznym, włączenie w nurt życia zbiorowego. O'Brien określił te pięć głównych celów normalizacji jako Ramy Osiągnięć (Bystrowski, 2007). Proces ten realizowany jest poprzez udostępnienie osobom z niepełnosprawnością intelektualną wzorców i warunków życia codziennego możliwie zbliżonych do norm oraz warunków życia charakterystycznych dla głównego nurtu społecznego. Nacisk położony jest na projektowanie i organizowanie infrastruktury społecznej, kulturowej, materialnej i instytucjonalnej w taki sposób, by osoby z niepełnosprawnością intelektualną mogły wypełniać istotne role społeczne i żyć w społeczności.

Najszerzej rzecz ujmując, można zatem powiedzieć, że normalizacja oznacza ona promowanie zespołu wartości, na których oparte jest przekonanie, że tylko kształtowanie, organizowanie materialnej i społeczno-kulturowej oraz instytucjonalnej struktury cywilizowanego społeczeństwa umożliwić może ludziom z ograniczoną sprawnością nieskrępowane i zharmonizowane zestrojenie się w rolach społecznych (M. Birchenall, P. Birchenall, 2003), proponując im te same warunki życia i funkcjonowania, jakie oferowane są innym obywatelom; normalny rytm życia: dnia, tygodnia, roku i całego cyklu życia; normalne warunki życia – mieszkanie, nauka, zatrudnienie, edukacja i zdobywanie kwalifikacji, odpoczynek i swoboda wyboru. Normalizacja nie oznacza bynajmniej „robienia" z osób z ograniczeniami sprawności „normalnych" ludzi, nie oznacza także „wrzucania ich na głęboką wodę", na siłę np. do szkół, zakładów pracy bez odpowiedniego przygotowania i wsparcia. To proces prowadzący do pełnego uczestnictwa w głównym nurcie życia społecznego – to także stan osiągany zarówno dzięki działaniom medyczno-rehabilitacyjnym, jak i efekt zmian w ustawodawstwie, warunkach życia oraz w postawach społecznych, odnajdowanych w polityce społecznej (normalizacja z integracją w tle). Normalizacja zwraca uwagę raczej na sferę „godnościową" niż na ochronę osób z ograniczeniem sprawności. Obejmuje osoby z ograniczeniem sprawności, ale również oznacza przekształcenia dokonywane w społeczeństwie i jego instytucjach (na poziomie służb i usług socjalno-opiekuńczych) – punktem odniesienia jest wartość przypisywana osobom z ograniczeniem sprawności.

W ramach normalizacji, stosując zasady służące waloryzacji ról społecznych (częściej rewaloryzacji), poszukuje się metod i narzędzi stwarzających szansę odwrócenia tego niekorzystnego procesu, interweniując przede wszystkim na poziomie struktur mediacyjnych – rewaloryzację i utrzymanie cenionych społecznie ról gwarantują dwa podstawowe mechanizmy: uwydatnienie kompetencji i zmiana społecznego wizerunku jednostek lub grup (Wolfensberger, 1999).

Waloryzacja ta jest opartym na podstawach naukowych działaniem służącym upełnomocnieniu, ustanowieniu, utrzymaniu i/lub obronie ważnych i cenionych społecznie ról – w pierwszym rzędzie w celu odbudowania bądź spotęgowania kompetencji i odbudowy (zmiany) wizerunku pewnych segmentów społeczeństwa, tak by stygmatyzowani ludzie mogli być pozytywnie oceniani przez obserwatorów i uczestników życia społecznego.

Konkludując, integracja społeczna i normalizacja jako zjawiska i procesy wzajemnie się uzupełniające opierać się muszą na **zasadach aktywnego życia** osób z ograniczoną sprawnością, do których zalicza się:

1) **właściwe rozpoznanie stanu sprawności** – długotrwałe ograniczenie sprawności nie jest synonimem choroby, zaś model medyczny w opiece nad osobami z ograniczoną sprawnością nie jest w większości przypadków wystarczający;
2) **triadę: samoopieka – niezależność – autonomia**, obejmującą wartości i wzory zachowań najkorzystniej sytuujące osobę z ograniczeniami sprawności w kontekście wyborów życiowych: a) **samoopieka** to pojęcie funkcjonalne, określające co jednostka może zrobić sama, bez pomocy innych; b) **niezależność** to pojęcie relacjonalne, wskazujące kontekst, od którego jednostka staje się zależna od innych; c) **autonomia** oznacza coś więcej niż oba wcześniejsze terminy razem wzięte – grec. źródłosłów sugeruje pojęcie prawne, oznaczające wolność jednostki w kierowaniu się własnymi, osobistymi normami (samostanowienie w ramach norm).

Współcześnie autonomia oznacza wolność podążania za własnymi pragnieniami i marzeniami, co oznacza dla dawców opieki i wsparcia konieczność szanowania osobistych wyborów osób z ograniczoną sprawnością, nawet gdy są niezgodne z poglądami opiekunów (pomagających bądź świadczeniodawców), przy czym **wybór** obejmuje naukę wybierania spośród dostępnych opcji sposobu i → stylu życia, by funkcjonować bez zbędnej nadopiekuńczości otoczenia i ryzyka zagrożenia zależnością – umiejętność wybierania musi być wymagana/socjalizowana na bardzo wczesnych etapach rehabilitacji. Z kolei **udział/partycypacja** w życiu zbiorowym na poziomie lokalnym i w szerszych zbiorowościach to wyłącznie pełna integracja społeczna, gwarantująca równy dostęp i możliwości normalnego udziału w życiu społeczności i szerszych kręgów społecznych. Istotne są też **konsultacje**/→ **doradztwo**, zwłaszcza dla osób ze zróżnicowanym „tłem kulturowym"; osoby z niepełnosprawnością powinny wiedzieć, co się planuje w sferze usługowej i w sieci wsparcia społecznego oraz co z tego jest dostępne w bezpośrednim zapleczu osoby z ograniczoną sprawnością (instytucje publiczne, sektor prywatny organizacje pozarządowe, eksperci). W końcu ważna jest **informacja** – łatwo dostępna i komunikatywna w odbiorze dla: każdej kategorii osób z ograniczoną sprawnością, rodzin osób niepełnosprawnych, a także dla opiekunów i kręgów wsparcia.

Ruchy społeczne na rzecz normalizacji, praw obywatelskich i niezależności osób z ograniczeniem sprawności generują nowe impulsy organizacyjne i przyspieszają proces przenikania kultur – ma to istotne znaczenie, bowiem w procesie dyfuzji kulturowej osoby z ograniczeniem sprawności mają do ujawnienia/przekazania innym członkom społeczeństwa następujące podstawowe wartości: akceptację dla ludzkich odmienności i zróżnicowań (w sferze fizycznej, funkcjonalnej, intelektualnej, ekonomicznej itp.); rzeczową, praktyczną orientację na pomaganie; przyjmowanie ludzkiej słabości i wzajemnej zależności jako części życia człowieka; wyrozumiałość dla trudności w znajdowaniu lub braku rozwiązań, zajmowania się sprawami nieprzewidywalnymi i z nieznanymi lub lokującymi się poniżej oczekiwań rezultatami; poczucie humoru – zdolność do żartowania z własnej, nierzadko opresyjnej sytuacji oraz znajdowania w niej absurdów i powodów do śmiechu; umiejętność kierowania złożonymi problemami, systemami i/lub technologicznym wspomaganiem codziennego życia oraz wieloma służącymi temu przyrządami; orientację ku przyszłości – zdolność konstruowania całościowych planów awaryjnych i dla realnych, antycypowanych problemów; staranność i ostrożność decyzji kończących komunikację interpersonalną: zdolność odczytywania postaw otoczenia, wypełniania luki i wychwytywania ukrytego znaczenia w sprzecznych komunikatach społecznych; elastyczne podejście do zadań i/lub kreatywność, stymulowana zarówno ograniczonymi zasobami, jak i doświadczeniami wyniesionymi w toku nietradycyjnych trybów i form funkcjonowania (Gill, 1995 – Internet: http://www.independentliving.org…).

Konstruowanie modelu społecznego niepełnosprawności oraz poszerzenie integracji społecznej o działania sprzyjające normalizacji położenia i funkcjonowania osób z ograniczoną sprawnością było niewątpliwie reakcją na niedostatki polityki społecznej.

Szczególnego znaczenia w procesie integracji i normalizacji nabiera adekwatne do potrzeb urządzenie bliższego i dalszego otoczenia osoby z ograniczoną sprawnością, a także ustawowe gwarancje równego z inny-

mi obywatelami udziału w życiu społecznym i dostępu świadczeń i usług, ponadto ochrona prawna statusu oraz warunków życiowych jednostek z niepełną sprawnością.

Ważnym składnikiem polityki społecznej wobec niepełnej sprawności musi być także edukacja całego społeczeństwa, zaś środowiskowe wsparcie i opieka nad osobami z ograniczoną sprawnością opierać się powinny na: samoopiece, grupach pierwotnych, samopomocy, profesjonalnej pomocy specjalistycznej oraz zasobach instytucjonalnych i sieci organizacji pozarządowych.

ZW

B: M**.** Birchenall, P. Birchenall, 2003; Bystrowski, 2007; Devis, 1990; Dryżałowska, Żuraw, 2004; Ericsson, 1985; Kazanowski, Mazur, 2004; Krause, 2003, Landecker, 1950; Łotocki, 2009; Mikołajczyk-Lerman, 2014; Ochonczenko, Nirje, 1993; Nowicka, 2006; Olszewska, 2004; Ostrowska, 2016; Ostrowska, Sikorska, Gonciarz; 2001; Renshaw, 1991; Rudek, 2003; Tobiasz-Adamczyk, 2000; Turowski, 1999; Wolfensberger, 1999; Woźniak, 2008.

N: Gill, 1995 – Internet: http://www.independentliving.org…

O: dostępność, edukacja osób niepełnosprawnych, inkluzja, niepełnosprawność.

TK: ang. *integration and social normalization of people with reduced abilities*, fr. *l'intégration et normalisation sociale des personnes handicapées*, hiszp. *integración e normalización*

Tabela 1. Elementy konstytutywne segregacji, integracji i włączenia (inkluzji) [opracowanie własne – przyp. aut.]

Segregacja	Integracja	Inkluzja
W centrum uwagi znajdują się:		
1) Kwestie osiągnięcia pożądanego społecznie stanu zdrowia/sprawności	1) Raczej osiągnięcie określonego stanu integracji niż sam proces integracyjny	1) Ciągłość procesu odzyskiwania/ utrzymania miejsca i roli w głównym nurcie życia społecznego
2) Świadczenia i usługi dla osób z ograniczeniem sprawności	2) Potrzeby osób z ograniczeniem sprawności	2) Prawa osób z ograniczeniem sprawności
3) Kategoryzacja niesprawności	3) Zmiana osób z ograniczeniem sprawności	3) Zmiana organizacji życia zbiorowego – zwłaszcza instytucji edukacyjnych i związanych z wejściem na rynek pracy
4) „Specjalne", odmienne traktowanie	4) Równe traktowanie	4) Równość jako zasada generalna – każdy potrzebujący otrzymuje wsparcie po to, by rozwijać/uruchamiać/osiągać własny potencjał
5) Niesprawność jako problem, który może być rozwiązany w specjalnych warunkach (instytucje)	5) Rozwiązywalność niesprawność jako problem społeczny	5) Wnoszenie przez każdego człowieka czegoś wartościowego do społeczności (zdolności, zasoby, umiejętności)
6) Świadczenia i usługi dostępne w wyodrębnionym podsystemie organizacyjnym	6) Korzyści i przywileje dla osób dobrze zintegrowanych z otoczeniem	6) Korzyści i przywileje takie jak dla każdego obywatela
7) Monopolistyczna pozycja profesjonalistów/ekspertów	7) Istotna rola profesjonalistów/ekspertów	7) Stałe zmagania polityczne na rzecz utrzymania zasad inkluzji; znacząca rola grup pierwotnych i NGOs
8) „Specjalne" terapie	8) Technika, urządzenia wspomagające	8) Znaczenie własnego, codziennego doświadczenia i praktyki
9) Kategoryzowanie i marginalizacja	9) Wyuczona bezradność	9) Asertywność
10) Pewne formy konkurencji dla części osób z ograniczeniem sprawności	10) Interwencja techniczna	10) Transformacja stosunków społecznych – wzrost ich siły i znaczenia
11) Presja na wkład/udział (*input*)	11) Presja na osiąganie/utrzymanie/ reprodukowanie integracji	11) Presja na rezultaty; spełnianie oczekiwań
12) Odrębne programy nauczania dla osób z niesprawnością	12) Dostarczanie programów nauczania	12) Kluczowa rola zawartości programów nauczania
13) Ograniczenie – integracja dla „niektórych" osób nie jest wskazana (pożądana)	13) Analizowanie możliwości osiągania integracji	13) Nieustanne zabiegi o włączenie w główny nurt życia zbiorowego (o inkluzję i jej poszerzanie)
Ludzie z ograniczeniem sprawności powinni: 1) mieć możliwości funkcjonowania podobne innym członkom społeczeństwa – przesłanka wyprowadzona z zasady równości 2) mieć szansę budowania i prowadzenia godnego życia, odpowiedniego dla sytuacji osoby z ograniczeniem sprawności – zasada zakorzeniona w koncepcji jakości życia 3) być doceniani i mieć prawa takie jak inni ludzie – zasada wynika z katalogu praw człowieka i obywatela		

social las personas con capacidad reducida, niem. *Integration und soziale Normalisierung des Menschen mit Behinderung*, ros. *интеграция и социальная нормализация жизни людей с нарушениями*.

integracja wiekowa

– termin stosowany w → gerontologii społecznej w przynajmniej dwóch znaczeniach. W ujęciu wąskim – przyjętym głównie w literaturze anglojęzycznej – integracja wiekowa odnosi się do takiej struktury ról społecznych w różnorodnych instytucjach, która umożliwia istnienie różnic, ale nie są one ściśle zależne od struktury wieku, tj. tego, czy ktoś jest osobą młodą, w wieku środkowym czy w wieku starszym (Phillips i współprac., 2010). Chodzi tutaj w szczególności o instytucje edukacyjne, ekonomiczne, polityczne, religijne i → czasu wolnego, w których osoby z odmiennych → grup wieku i → generacji odgrywają rozmaite role i zajmują różne pozycje. Integracja wiekowa opiera się na założeniu, że dostęp do instytucji, możliwości wyjścia z niej i dostęp do produktów (ang. *outputs*), zrealizowanych w rzeczywistości usług i wypłaconych świadczeń oraz rezultatów (ang. *outcomes*), efektów zrealizowanych usług i świadczeń, np. zmniejszenie ubóstwa, poprawa stanu → zdrowia, działalności tych instytucji, jest równy dla wszystkich bez względu na wiek. W tym ujęciu integracja wiekowa stanowi przeciwieństwo segregacji wiekowej, terminu, który opisuje → bariery związane z → normami społecznymi i normami wiekowymi, dotyczącymi akceptowalnych ról i związków poszczególnych grup wieku z instytucjami (np. ograniczenie możliwości edukacji, pracy, odpoczynku w pewnych miejscach; społeczne oczekiwanie ograniczenia interakcji do osób w tym samym wieku, np. w → domach pomocy społecznej lub społecznościach emerytalnych. Tak rozumiana koncepcja integracji wiekowej, jako idealnego typu struktury społecznej, została wprowadzona do literatury przez M.W. → Riley i Johna Winchelle Rileya (1908–2002), celem sformułowania odpowiedzi na problem „opóźnienia strukturalnego" (ang. *structural lag*). Opóźnienie strukturalne zostało wcześniej opisane przez M.W. Riley (1988) jako niedostosowanie powolnych zmian struktur społecznych do szybkiego procesu → starzenia się ludności o coraz lepszym stanie zdrowia i wzrastającej → długości życia. Opóźnienie to widać szczególnie w niedostosowaniu ról i szans życiowych ludzi na wszystkich etapach życia. Opóźnienie to związane jest z tendencją do utrzymywania segregacji wiekowej, głównie w formie instytucji i osobistych oczekiwań wspierających podział etapów → biegu życia na edukację w okresie młodości, pracę w wieku średnim i → emeryturę w okresie → starości. W praktyce wspieranie integracji wiekowej poprzez ograniczanie lub usuwanie formalnych i nieformalnych barier związanych z wiekiem ma za zadanie wspieranie integracji różnych grup wieku i pokoleń oraz wykonywanie czynności dotychczas wykonywanych na kolejnych etapach życia w dowolnym wieku. W szerszym ujęciu – przyjętym głównie w literaturze polskojęzycznej – integracja wiekowa to pojęcie odnoszące się do sytuacji, polityki lub procesu społecznego, który stymuluje interakcje pomiędzy osobami z różnych grup wiekowych (Zych, 2017). Celem takich działań, jak np. zapewnienie bliskości fizycznej, rozwijanie wspólnych zainteresowań, → projekty międzypokoleniowe czy → edukacja międzypokoleniowa, jest wyeliminowanie lub przynajmniej ograniczenie barier związanych z wiekiem. Tym samym integracja wiekowa ma sprzyjać pozytywnym postawom przedstawicieli poszczególnych pokoleń wobec innych pokoleń, np. osób młodszych wobec osób starszych, co ma np. prowadzić do ograniczenia → dyskryminacji z powodu wieku, → wykluczenia społecznego i → wykluczenia cyfrowego osób starszych.

Pojęcie „integracji wiekowej" jest też niekiedy zamiennie stosowane z określeniem integracja międzypokoleniowa. Wówczas uwaga jest zwrócona na próby scalania, łączenia w jedność jednostek i grup z odmiennych pokoleń, co ma prowadzić do podnoszenia poziomu więzi i → solidarności międzypokoleniowej (Szukalski, 2010; Klimczuk, 2010). Przeciwieństwem integracji wiekowej jest dezintegracja, dostrzegana przede wszystkim w wymiarze normatywnym. Jej przyczynami są m.in. brak informacji i łączności między członkami grup wieku i pokoleń, ich wysoka → mobilność społeczna, heterogeniczność grup oraz konflikty ról społecznych. Integracja międzypokoleniowa stanowi odpowiedź na wszelkiego rodzaju przejawy konfliktu (dystansu, przepaści) międzypokoleniowego, w szczególności rozumianego jako spory wokół dystrybucji zasobów społecznych i w skali makro konflikty związane z uczestnictwem w instytucjach państwa dobrobytu (Lüscher i współprac., 2015). Związane z takim podejściem różnorodne projekty międzypokoleniowe są przede wszystkim ukierunkowane na: wzrost świadomości współzależności pokoleń, dookreślanie więzi międzypokoleniowej, uwzględnianie w podejmowanych wyborach konsekwencji dla osób i grup z innych pokoleń. W mniej lub bardziej wprost wyrażany i uświadamiany sposób, projekty takie mają na celu

kształtowanie reguł międzypokoleniowych transferów różnorodnych zasobów (np. w ramach systemu zabezpieczenia społecznego) oraz kształtu umowy międzypokoleniowej.

Należy zauważyć, że pojęcie „integracji wiekowej" jest także bezpośrednio związane z szerszą koncepcją → integracji społecznej, której synonimy to spójność, koordynacja funkcji systemu, adaptacyjność ludzi do wartości, norm, instytucji i sposobów komunikacji w danym systemie (Klimczuk, 2010). Integracja wiekowa odnosi się zatem zawsze do stanu idealnego, docelowego, w którym stosunki między jednostkami i grupami w różnym wieku są pełne harmonii, pozwalają na samorealizację i podmiotowe działania przy wysokim poziomie zaspokojenia potrzeb materialnych. Przeciwieństwem tak rozumianej integracji wiekowej jest integracja systemowa szeroko omawiana w pracach niemieckich socjologów, takich jak: Niklas Luhmann (1927–1998) i Jürgen Habermas. Podczas gdy integracja wiekowa to procesy kształtowane oddolnie w interakcjach i stosunkach społecznych oraz relacjach między różnymi grupami wieku i pokoleniami, integracja systemowa obejmuje procesy sterowane odgórnie, zewnętrznie przez siły administracyjne i gospodarcze, oparte głównie na wymianie pieniężnej i działaniach instrumentalnych. Integracja systemowa jest zatem przejawem kalkulacji i racjonalizacji w stosunkach między przedstawicielami różnych grup wieku i pokoleń, gdyż nie dotyczy wartości, norm i porozumień zapośredniczonych przez świadomość ludzi. W takim ujęciu integracja wiekowa opiera się na budowie i wykorzystaniu → sieci [społecznej i wsparcia społecznego] oraz → kapitału społecznego [ludzi starszych], zaś integracja systemowa na kapitale ekonomicznym (np. mniej lub bardziej uświadamiane przekonanie, że kontakty z przedstawicielami innych pokoleń na rynku pracy są opłacalne w krótszej lub dłuższej perspektywie czasowej).

W literaturze integracja wiekowa bywa też rozumiana jako współpraca międzypokoleniowa (wzajemne i wspólne działania pokoleń na rzecz dobra wspólnego), która występuje w czterech podstawowych formach: normatywnej, funkcjonalnej, komunikatywnej i kulturalnej (Chabior, 2012). Integracja normatywna odnosi się do stanu i stopnia, w jakim systemy wartości wyznawane przez członków grupy oraz ich zachowania są zgodne z normami obowiązującymi w danej grupie. Integracja kulturalna dotyczy stanu zgodności między standardami i wzorami kulturowymi (np. w zakresie → zachowań konsumpcyjnych [osób starszych], spędzania → czasu wolnego, → stylu życia) w danej grupie a wzorami alternatywnymi, np. w subkulturach. Integracja funkcjonalna to stan i stopień zgodności ról pełnionych przez członków grupy oraz funkcji i zadań realizowanych przez instytucje grupowe z rolami i funkcjami im przypisywanymi (np. wzajemna wymiana świadczeń i usług, podział pracy). Wreszcie integracja komunikacyjna dotyczy rodzajów i stopnia intensywności stosunków oraz kontaktów społecznych między przedstawicielami grup czy pokoleń. Ponadto wyróżnić można dwie kolejne formy integracji: gospodarczą i polityczną (Klimczuk, 2010). Integracja międzypokoleniowa w wymiarze gospodarczym dotyczy zdolności wytwórczych do zaspokojenia potrzeb materialnych i poziomu → bezpieczeństwa socjalnego na poziomie adekwatnym do możliwości. Zaś integracja w wymiarze politycznym odnosi się do zdolności instytucji do rozwiązywania, tłumienia, regulowania i centralizacji konfliktów politycznych na podstawie konstytucyjnych regulacje prawnych.

Ponadto wszystkie te wymiary integracji (jak również dezintegracji i segregacji) można analizować ze względu na ich przejawy na poszczególnych poziomach społeczeństwa (de Jong Gierveld, Hagestad, 2006; Klimczuk, 2010). Integracja wiekowa może zatem być przedmiotem badań na poziomie makrostruktur (np. instytucje państwa, naród, klasy i warstwy społeczne), mezostruktur (np. społeczności lokalne, partie polityczne, organizacje pozarządowe, korporacje zawodowe) i mikrostruktur (np. → rodziny i inne małe grupy, kręgi towarzyskie i wspólnoty).

Wśród rozwiązań sprzyjających integracji wiekowej w literaturze wskazuje się m.in. zwiększanie elastyczności wyborów jednostek w odniesieniu do czasu poświęcanego na pracę, edukację i odpoczynek; przełamywanie tradycyjnych podziałów dotyczących norm i akceptowanych ról w pracy i edukacji, dzielenie zadań oraz odpowiedzialności w tych sferach między różne grupy wieku; łączenie pracy w domu z życiem rodzinnym i spędzaniem czasu wolnego; sprzyjanie przemianie wartości od rywalizacji gospodarczej i osiągnięć w kierunku wysokiej jakości relacji społecznych, działalności na rzecz dobra wspólnego i samorealizacji; kształtowanie nowatorskich i produktywnych ról dla przedstawicieli wszystkich pokoleń; tworzenie warunków do płynnych, nieobarczonych dyskryminacją przejść między typowymi → zadaniami rozwojowymi na kolejnych etapach życia, np. edukacją i pracą, pracą i emeryturą (M.W. Riley, J.W. Riley, 1994 a, 2000; Best, 1980; Rehn, 1977).

AK

B: Best, 1980; Chabior, 2012; de Jong Gierveld, Hagestad, 2006; Klimczuk, 2010; Lüscher i współprac., 2015; Phillips, Ajrouch, Hillcoat-Nalletamby, 2010; Rehn, 1977; M.W. Riley, 1988; M.W. Riley, J.W. Riley, 1994 a, 1994 b, 2000; Szukalski, 2010; Zych, 2017.
N: https://raquelmaiapedroso…
O: grupy wieku, limit wieku, uwarstwienie wiekowe.
TK: ang. *age integration*, fr. *intégration des divers groupes d'âges*, hiszp. *integración de los diversos grupos de edades*, niem. *Altersintegration*, ros. *возрастная интеграция.*

inteligencja

jest złożonym systemem zdolności poznawczych, pełniących istotną funkcję przystosowania jednostki do wymagań środowiska zewnętrznego. W tradycyjnym modelu, opartym na psychometrycznych badaniach testowych, wyróżnia się inteligencję ogólną, słowną i bezsłowną. Inteligencja ogólna, obejmująca zarówno słowne, jak i bezsłowne zdolności, a której miarą jest tzw. iloraz inteligencji, z wiekiem wykazuje tendencję spadkową, przy czym spadek ten spowodowany jest przede wszystkim obniżeniem wyników w skali bezsłownej testu mierzącego inteligencję (Trempała, 1989). Podział na inteligencję słowną i bezsłowną odpowiada współczesnemu podziałowi inteligencji na płynną i skrystalizowaną. Inteligencja płynna, w znacznej mierze wrodzona, to zdolność przetwarzania informacji, posługiwania się pojęciami abstrakcyjnymi, myślenia logicznego i radzenia sobie z nowymi zadaniami. Jest ona podstawą rozwoju tzw. funkcji wykonawczych, zwanych też zarządzającymi (ang. *executive functions*), które odpowiadają za → pamięć roboczą, elastyczność myślenia, planowanie, inicjowanie i kontrolowanie ukierunkowanych na cel czynności oraz uczenie się nowych sprawności. Podstawowymi elementami inteligencji płynnej są: koncentracja uwagi i pamięć operacyjna (robocza). Inteligencja skrystalizowana z kolei, nazywana też społeczną, to zdolność wykorzystywania nabytej w toku uczenia się wiedzy i umiejętności do rozwiązywania problemów. Z wiekiem poziom obu rodzajów inteligencji stopniowo się obniża, przy czym inteligencja skrystalizowana wykazuje wolniejsze tempo deterioracji. Wyniki badań nie upoważniają do jednoznacznie negatywnej oceny sprawności intelektualnej osób starszych. Istnieje pod tym względem znaczne zróżnicowanie indywidualne. Stosunkowo największe ubytki odnotowuje się w zakresie tzw. funkcji niewerbalnych, takich jak: myślenie indukcyjne, orientacja przestrzenna, koordynacja wzrokowo-ruchowa, zwłaszcza jeśli funkcje te są aktywizowane pod presją czasu, zaś najmniejsze w zakresie funkcji werbalnych (kompetencje słowno-pojęciowe, narracyjne) i rozumowania arytmetycznego. Największy spadek sprawności intelektualnej stwierdzono u osób będących ok. pięciu lat przed naturalną → śmiercią. Jest to tzw. spadek ostateczny (ang. *terminal drop*) nazywany też końcową → inwolucją. Głównymi czynnikami sprzyjającymi rozwojowi funkcji intelektualnych i zabezpieczającymi je przed degradacją w okresie → starości są: poziom wykształcenia, charakter i stopień aktywności, rodzaj rozwiązywanych problemów, a także osobowość, szczególnie poziom aspiracji i stawiane sobie cele życiowe. Mózg ludzki, a wraz z nim umysł, najintensywniej rozwija się w dzieciństwie i młodości, lecz synapsogeneza, tj. formowanie się połączeń między komórkami nerwowymi i tworzenie nowych sieci neuronalnych, zwiększających elastyczność mózgu, może trwać nawet do → wieku podeszłego [starczego] (Goldberg, 2014). Temu procesowi, który u osób starszych ma charakter samonaprawczy, sprzyja aktywność intelektualna i psychoruchowa oraz twórcza pasja, umożliwiając uczenie się i zapamiętywanie nowych treści. O sporych rezerwach możliwości intelektualnych osób starszych świadczy skuteczność treningów umysłowych (Pietrasiński, 1990). Obniżanie się z wiekiem inteligencji płynnej interpretowane jest specyfiką nowych zadań życiowych, zmianą wymagań i oczekiwań społecznych oraz koniecznością rozwijania innego rodzaju kompetencji niż te, które są potrzebne ludziom młodym. Na podłożu obu form inteligencji rozwijają się w drugiej połowie → życia i osiągając w → późnej dorosłości najwyższy możliwy dla jednostki poziom, posformalne operacje poznawcze: myślenie relatywistyczne i kontekstualno-dialektyczne. Myślenie relatywistyczne polega na subiektywnej selekcji informacji i dokonywaniu wyborów w obliczu logicznie sprzecznych systemów wiedzy, z których każdy jest wewnętrznie spójny. Dzięki tej zdolności możliwe jest postrzeganie zdarzeń w różnych perspektywach, rozumienie i akceptowanie względności ocen, a także łączenie i harmonizowanie sprzecznych informacji. Z kolei kontekstualizm polega na zdolności interpretowania zdarzeń na szerokim tle znaczeniowym, w odniesieniu do innych faktów, z uwzględnieniem dalekosiężnych przyczyn i następstw, na dążeniu do całościowego postrzegania rzeczywistości i traktowania siebie oraz osobistych problemów jako części większej, sensownej całości. Wreszcie myślenie dialektyczne, określane też jako paradoksalne lub kontradyktoryjne, polega na syntetyzowaniu opozycji (łac. *coincidentia oppositorum*), rozumowaniu na poziomie metapojęciowym

i dostrzeganiu sensu w bezsensownych, z racjonalnego punktu widzenia, zdarzeniach. „Wiem, że nic nie wiem", „Ten jest naprawdę odważny, kto się boi" – to przykłady paradoksów, niesprawiających trudności zrozumienia osobom, które osiągnęły poziom myślenia postformalnego. Badacze twierdzą, że jakościowe zmiany w zakresie przedstawionych wyżej strategii myślenia ukierunkowane są na osiąganie integracji dwu fundamentalnych sfer poznania: racjonalnej (logiczno-rozumowej) i pozaracjonalnej (emocjonalno-intuicyjnej) (Sinnott, za: Straś-Romanowska, 2011). Dzięki temu możliwe jest nie tylko poznawanie związków między rzeczami, lecz także wgląd w ich istotę, będący odpowiedzią na nasilającą się z wiekiem potrzebę sensu, odczuwanego subiektywnie jako oczywistość. Potrzeba sensu usposabia człowieka do poszukiwania zgodności myśli i uczuć, kontroli wewnętrznej i zewnętrznej, przekonań i działań. Integrowanie się struktur poznawczych prowadzi do wyłonienia się jeszcze jednej, najwyższej formy poznania, nazwanej poznaniem transcendentalnym (Pascual-Leone, za: Straś-Romanowska, 2011). Polega ono na zdolności myślenia wolnego od kontekstu życia, jego materialnej i pojęciowej osnowy, od znanych schematów rozumowania i osobistych zaangażowań, oraz zdolności dokonywania niejako czystej konceptualizacji (wg autora teorii: superabstrakcji). Jest to stan opisywany przez tradycyjną filozofię idealistyczną jako stan czystego rozumu. Starość sprzyja osiąganiu takich stanów, co nie znaczy, że jest to dane każdej starszej osobie. Rezultatem rozwoju myślenia postformalnego, połączonego z doświadczeniem życiowym, jest ostatecznie → mądrość [życiowa] – najwyższa cnota rozwojowa człowieka. Wprawdzie cechy myślenia postformalnego wykazują również ludzie młodsi, jednak jako prawidłowość rozwojowa są one charakterystyczne dla myślenia osób w pełni dojrzałych.

MMS-R

B: Goldberg, 2014; Pietrasiński, 1990; Steuden, 2011; Straś-Romanowska, 2011; Trempała, 1989.

TK: ang. *intelligence*, fr. *intelligence*, hiszp. *inteligencia*, niem. *Intelligenz*, ros. *интеллигенция*.

interakcje farmakologiczne → interakcje leków

interakcje leków (interakcje farmakologiczne)

definiowane są jako wzajemne oddziaływanie dwóch lub więcej leków (ewentualnie leku i składnika pożywienia), które może być korzystne lub nie z punktu widzenia ich skuteczności i bezpieczeństwa farmakoterapii (Mutschler i współprac., 2013). Obecnie przez to pojęcie rozumie się najczęściej interakcje niepożądane, które na skutek indywidualnej predyspozycji pojawiają się z różną częstotliwością i nasileniem, a ich następstwem jest osłabienie lub wzmocnienie działania przyjmowanego leku przez inny lek.

Wyróżnia się interakcje farmaceutyczne, farmakokinetyczne i farmakodynamiczne. Te pierwsze to niezgodności chemiczne, fizyczne i fizykochemiczne, do których najczęściej dochodzi poza organizmem, a ich następstwem są niekorzystne zmiany stosowanych preparatów. Często pozostają nierozpoznane i mogą odpowiadać za nieskuteczność terapii. Przykładem tego typu interakcji jest utworzenie związku kompleksowego penicyliny i aminoglikozydu przy ich jednoczesnym podaniu w tym samym roztworze infuzyjnym lub powstanie trudno rozpuszczalnych połączeń zawierających kationy leków (np. kodeiny, prokainy) z siarczanem sodu. Do interakcji farmakokinetycznych może dojść na każdym etapie farmakokinetyki (wchłanianie, dystrybucja, biotransformacja, wydalanie). Interakcje związane z wchłanianiem, które na ogół w praktyce oznaczają zmniejszenie wchłaniania jednego leku przez inny lek, mogą pojawić się wskutek np. zmiany wartości pH przez jeden z leków (środki zobojętniające, leki hamujące wydzielanie kwasu solnego a ketokonazol i niektóre leki antyretrowirusowe); wpływu na motorykę przewodu pokarmowego i czas kontaktu leku z powierzchnią wchłaniania (metoklopramid zmniejsza wchłanianie digoksyny, a leki antycholinergiczne mają odwrotny wpływ na wchłanianie innych leków) czy tworzenia związków niewchłanialnych z przewodu pokarmowego (jednoczesne stosowanie tetracyklin lub bisfosfonianów ze związkami wapnia, żelaza, magnezu). Przykładem interakcji związanych z dystrybucją leku jest wypieranie leków przeciwzakrzepowych z ich połączeń z białkami, co zwiększa stężenie wolnej frakcji leku we krwi i ryzyko krwawień.

Najwięcej interakcji farmakokinetycznych dotyczy metabolizmu wątrobowego leków, przy czym leki mogą zarówno pobudzać aktywność enzymów wątrobowych jak np. ryfampicyna i fenobarbital, jak i działać hamująco, np. erytromycyna czy flukonazol, co sprawia, że efekt terapeutyczny leku będzie odmienny od oczekiwanego.

Istotą interakcji farmakodynamicznych jest to, że podczas jednoczesnego podania substancji czynnych na skutek wspólnego oddziaływania na ten sam receptor/narząd docelowy lub proces sprzężenia zwrotnego dochо-

dzi do wzmocnienia lub osłabienia ich działania. Typowe przykłady to:

- nasilenie hamowania aktywności ośrodkowego układu nerwowego podczas łącznego podawania leków wpływających hamująco na czynność neuronów, np. leki obniżające ciśnienie tętnicze, uspokajające, nasenne, przeciwdepresyjne, neuroleptyki, opioidowe leki przeciwbólowe, leki przeciwpadaczkowe, leki przeciwhistaminowe I generacji, metyldopa i klonidyna,
- przeciwstawny wpływ na stężenie glukozy we krwi, np. antagoniści receptorów β-adrenergicznych (np. propranolol) nasilają hipoglikemizujące działanie insuliny, mogą przedłużać reakcję hipoglikemiczną, równocześnie maskując jej objawy, a glukokortykosteroidy osłabiają korzystny wpływ doustnych środków przeciwcukrzycowych i insuliny na stężenie glukozy w surowicy,
- wpływ na ciśnienie tętnicze – nasilenie działania hipotensyjnego przez leki antyarytmiczne, psychotropowe, nieselektywnych antagonistów receptorów α1– adrenergicznych, stosowanych w przeroście gruczołu krokowego, lub osłabienie działania hipotensyjnego metyldopy i klonidyny przez trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne albo inhibitorów enzymu hamującego angiotensynę i diuretyków przez niesteroidowe leki przeciwzapalne,
- nasilenie działania nefro- i ototoksycznego podczas jednoczesnego stosowania antybiotyków aminoglikozydowych i furosemidu,
- nasilenie toksyczności glikozydów nasercowych przez leki zwiększające wydalanie potasu (środki przeczyszczające, glikokortykosteroidy),
- nasilenie działania antycholinergicznego – równoczesne stosowanie leków przeciwhistaminowych I generacji, leków stosowanych w → chorobie Parkinsona, opioidowych leków przeciwbólowych (ryzyko zatrzymania oddawania moczu, zaparć, → jaskry),
- zwiększona skłonność do krwawień – leki przeciwzakrzepowe + kwas acetylosalicylowy i inne leki o działaniu przeciwpłytkowym, niesteroidowe leki przeciwzapalne, chinidyna, kwas walproinowy,
- zniesienie działania lewodopy i agonistów dopaminergicznych przez neuroleptyki, np. haloperidol (Mutschler i współprac., 2013).

Prawdopodobieństwo wystąpienia interakcji rośnie wraz z liczbą przyjmowanych równocześnie preparatów, a gdy jest ich co najmniej 8, ryzyko interakcji wynosi 100% (Abrams, Beers, Berkow, 1999). Podstawowym czynnikiem ryzyka interakcji jest nie wiek pacjenta, lecz ilość przyjmowanych leków (Gurwitz, Avorn, 1991). Ponieważ seniorzy przyjmują zwykle wiele leków (wg badania Agnieszki Rajskiej-Neumann średnio 7,6), należą do grupy zwiększonego ryzyka występowania interakcji. Co więcej, blisko połowa badanych (48%) stosujących przynajmniej 6 leków otrzymała recepty od co najmniej 3 lekarzy (Anderson, Kerluke, 1996). Około 23% pacjentek powyżej 65. r.ż. przyjmuje przynajmniej 5, zaś 12% – 10 różnych preparatów (Baltes i współprac., 1993). W konsekwencji, szacuje się, że potencjalne ryzyko istotnych interakcji lekowych wynosi 35–60%, a ryzyko wystąpienia poważnych działań niepożądanych – 5–15%. Nawet u 85% pacjentów stosujących co najmniej 5 preparatów dochodzi do przynajmniej jednej interakcji nasilającej, a u 52% – osłabiającej działanie leku.

Konkludując, im więcej leków, tym większe ryzyko interakcji. Najczęściej interakcje w podeszłym wieku dotyczą leków psychotropowych i stosowanych w chorobach układu krążenia (Abernethy, Flockhart, 2000).

W → wieku podeszłym szczególnie istotne są interakcje lek–choroba, czyli pogorszenie przebiegu schorzenia spowodowane farmakoterapią, np. agoniści receptorów β-adrenergicznych i teofilina nasilają zaburzenia snu, trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne mogą powodować arytmię, hipotonię, zaparcia, retencję moczu, napady jaskry; blokery kanałów wapniowych (diltiazem, werapamil) pogarszają przebieg niewydolności serca; tiazydy i diuretyki pętlowe – hipokaliemii i zaburzeń rytmu, antagoniści receptorów β-adrenergicznych – zarostowej → miażdżycy [naczyń], astmy oskrzelowej i/lub → przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP) czy zaburzeń metabolicznych. Liczne leki, np. antycholinergiczne, benzodiazepiny, np. nitrazepam, diazepam, temazepam, opioidowe leki przeciwbólowe, neuroleptyki, leki stosowane w chorobie Parkinsona, leki przeciwdepresyjne, leki przeciwpadaczkowe, antagoniści receptora H_1 i H_2, niesteroidowe leki przeciwzapalne (indometacyna, ibuprofen), glukokortykosteroidy, chemioterapeutyki (β-laktamy, chinolony), leki kardiologiczne (digoksyna, α-metyldopa, diuretyki, lipofilne β-adrenolityki, inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę) zaburzają funkcje poznawcze, zwłaszcza w warunkach ograniczonych rezerw homeostazy w podeszłym wieku (Moore, O'Keeffe, 1999). Leki, które powodują splątanie, zaburzenia psychiczne, podobnie jak inne nieprzyjemne działania niepożądane, mogą zmniejszyć zdyscyplinowanie i ograniczyć skuteczność terapii (Ksiądzyna, Szeląg, 2013).

Najczęściej interakcje w podeszłym wieku dotyczą leków psychotropowych i stosowanych w chorobach układu krążenia (Abernethy, Flockhart, 2000). Wśród leków i substancji o wysokim potencjalnym ryzyku takich interakcji wymienia się m.in.: amiodaron, β-blokery, digoksynę, diuretyki, erytromycynę, fenobarbital, fenytoinę, fluorochinolony, karbamazepinę, ketokonazol, nitraty, simwastatynę, sok grejpfrutowy, teofilinę, warfarynę czy też żywice jonowymienne (Jasińska, Orszulak-Michalak, 2009).

DKS

B: Abernethy, Flockhart, 2000; Abrams, Beers, Berkow, 1999; Anderson, Kerluke, 1996; Baltes i współprac., 1993; Gurvitz, Arvon, 1991; Ksiądzyna, Szeląg, 2013; Moore, O'Keeffe, 1999; Mutschler i współprac., 2013; Wecker i współprac., 2010.
N: http://en.wikipedia.org/wiki/Drug…; Jasińska, Orszulak-Michalak, 2009 – Internet: http://www.aptekarzpolski.pl…
TK: ang. *drug interactions*, fr. *interaction médicamenteuse*, hiszp. *interactiónes farmacológicas*, niem. *Arzneimittelwechselwirkungen auch Arzneimittelinteraktionen*, ros. *взаимодействие лекарственных средств/лекарственное взаимодействие.*

interdyscyplinarna opieka geriatryczna

→ Opieka geriatryczna to świadczenie udzielane przez zespół opieki geriatrycznej, w skład którego wchodzą: lekarz o specjalizacji w dziedzinie → geriatrii, pielęgniarka z tytułem specjalisty w dziedzinie → pielęgniarstwa geriatrycznego bądź z tytułem specjalisty w dziedzinach pielęgniarstwa rodzinnego, zachowawczego, psychiatrycznego, neurologicznego, paliatywnego i → opieki długoterminowej, albo w trakcie odbywania tych specjalizacji, (ewentualnie pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinach pielęgniarstwa rodzinnego, zachowawczego lub opieki długoterminowej), fizjoterapeuta, który ma tytuł specjalisty w dziedzinie fizjoterapii i/lub rehabilitacji ruchowej, psycholog. W pracach zespołu geriatrycznego mogą uczestniczyć inne osoby mające wykształcenie kierunkowe mające zastosowanie w ochronie → zdrowia i → pomocy społecznej (opiekun medyczny, terapeuta zajęciowy, logopeda, dietetyk, farmaceuta, → pracownik socjalny, kapelan). W interesie osoby starszej zespół geriatryczny współpracuje z nią samą i jej opiekunami prawnymi lub faktycznymi, specjalistami różnych dyscyplin medycznych, lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkami, instytucjami pomocy społecznej, a także wolontariuszami oraz lokalnymi władzami samorządowymi.

Interdyscyplinarny charakter opieki geriatrycznej, sprawowanej w oddziałach geriatrycznych całodobowych, dziennych, poradniach geriatrycznych oraz w geriatrycznej opiece domowej, polega na świadczeniu jej przez specjalistów różnych, uzupełniających się dziedzin.

MM

B: Bień i współprac., 2013; Fidecki i współprac., 2011.
O: interdyscyplinarny zespół geriatryczny, opieka, opieka geriatryczna.
TK: ang. *interdisciplinary geriatric care/interdisciplinary geriatric team care*, fr. *interdisciplinaire soins gériatriques ou interdisciplinaire soins de gériatrie*, hiszp. *interdisciplinarios cuidado de la geriatría*, niem. *interdisziplinäre geriatrische Krakenpflege/interdisziplinäre geriatrische geriatrische Pflege*, ros. *междисциплинарная гериатрическая опека/междисциплинарный гериатрический уход.*

interdyscyplinarny zespół geriatryczny

jest to wielodyscyplinarny **zespół osób o różnorodnej specjalności** sprawujących całościową → opiekę nad osobami po 65. r.ż. Według europejskich standardów postępowania z osobami starszymi tylko interdyscyplinarny zespół → opieki geriatrycznej może zapewnić najlepszą jakość tej opieki. Przez zespół geriatryczny należy rozumieć współpracę lekarza o specjalności w zakresie → geriatrii, pielęgniarki geriatrycznej, fizjoterapeuty, psychologa i → pracownika socjalnego. Wskazane jest, by w skład zespołu wchodziły również inne osoby mające wykształcenie kierunkowe w ochronie → zdrowia w zakresie → całościowej oceny geriatrycznej (Bień i współprac., 2013). Może to być: opiekun medyczny, dietetyk, terapeuta zajęciowy, logopeda czy specjaliści, w zależności od istniejącego problemu zdrowotnego, np. okulista, kardiolog, diabetolog, neurolog, rehabilitant, specjalista medycyny paliatywnej, anestezjolog, hematolog. Należy podkreślić, że wciąż niedocenianą rolę w składzie zespołu interdyscyplinarnego opiekującego się osobą starszą pełni okulista. Wystarczy nadmienić, że ok. 83% percepcji świata zewnętrznego płynie przez oczy, a wraz z wiekiem każdy będzie musiał założyć odpowiednie szkła do czytania. Wśród przewlekłych schorzeń okulistycznych, szczególnie u ludzi starszych, można wyróżnić dwie grupy: → choroby, które prowadzą do odwracalnej → ślepoty (np. → zaćma, niektóre choroby rogówki) i te, które grożą nieodwracalną ślepotą (→ jaskra, w tym najczęstsza jej postać – jaskra pierwotna otwartego kąta, oraz → zwyrodnienie plamki związane

z wiekiem [AMD], schorzenia naczyń siatkówki, takie jak: zator tętnicy środkowej siatkówki lub zakrzep żyły środkowej siatkówki, odwarstwienie siatkówki i zanik nerwu wzrokowego). Gdy chory ma jaskrowe uszkodzenie pola widzenia i ubytki z powodu AMD, jego pole widzenia jest podwójnie uszkodzone (centralne i obwodowe). Stanowi to problem nie tylko okulistyczny, ale również społeczny. Ponadto należy wyraźnie podkreślić, że ślepota należy do najpoważniejszych rodzajów → niepełnosprawności w życiu człowieka. Dlatego problem ten powinien być uwzględniony we wszechstronnej ocenie geriatrycznej (Kotarba, Czajkowski, Borowiak, 2015).

Wciąż niedocenianą, ale bardzo ważną rolę w zespole geriatrycznym, pełnią bliscy osoby starszej oraz wolontariusze. W wielu państwach, zgodnie z wyrażoną wolą podopiecznego, w skład zespołu geriatrycznego zalicza się również przywódcę duchowego.

Celami działalności interdyscyplinarnego zespołu geriatrycznego są: przeprowadzenie interdyscyplinarnego procesu diagnostycznego w celu identyfikacji problemów zdrowotnych i opiekuńczych, poprawa poziomu sprawności funkcjonalnej, a zarazem → jakości życia, oraz indywidualne dostosowanie do potrzeb osób w podeszłym wieku procesu leczenia i pielęgnacji (Bień i współprac., 2013).

Standardy postępowania w opiece geriatrycznej powinny być realizowane przez zespół geriatryczny w poradni geriatrycznej (ambulatoryjna opieka geriatryczna), w formie geriatrycznych wizyt domowych (domowa opieka geriatryczna), na oddziale geriatrycznym (leczenie szpitalne), w dziennym geriatrycznym oddziale szpitalnym (dzienny ośrodek opieki geriatrycznej), podczas konsultacyjnych wizyt geriatrycznych w zakładach leczniczych (Bień i współprac., 2013).

Przyjęty przez ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia schemat postępowania z osobą starszą ściśle określa kwalifikacje poszczególnych członków interdyscyplinarnego zespołu opieki geriatrycznej (Ustawa z 15 IV 2011 roku, Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 20 VII 2011 roku, oraz Bień i współprac., 2013). Lekarz powinien mieć specjalizację w dziedzinie geriatrii. Wymagane jest, aby pielęgniarka w zespole geriatrycznym miała tytuł specjalisty lub była w trakcie odbywania jednej ze specjalizacji w ściśle wymienionych dziedzinach pielęgniarstwa. Dopuszczalna jest również praca pielęgniarki, która ukończyła kurs kwalifikacyjny w precyzyjnie określonym zakresie. Standard opieki nad osobą starszą charakteryzuje także kwalifikacje fizjoterapeuty. Precyzuje on tytuł i rodzaje ukończonej uczelni, które przygotowały fizjoterapeutów do pracy m.in. z osobami po 65. r.ż. (Bień i współprac., 2013). Cytowany już standard dokładnie określa skład zespołu geriatrycznego w każdej z form jego działalności oraz liczbę odbywanych wizyt, a także zatrudnienie personelu w przeliczeniu na łóżko geriatryczne. Każdy z członków zespołu geriatrycznego ma ściśle określone zadania do wykonania. Lekarz geriatra odpowiada za całość procesu leczniczego pacjentów po 65. r.ż. (Bień i współprac., 2013, Ustawa z 15 IV 2011 roku, Ustawa z 5 XII 1996 roku). Realizuje on świadczenia mające na celu zapobieganie schorzeniom i niepełnosprawności osób w wieku podeszłym, dokonanie całościowej oceny geriatrycznej, rozpoznawanie i leczenie istniejących już schorzeń, szeroko rozumianą edukację zdrowotną podopiecznego i jego bliskich oraz dostarczenie wsparcia psychologicznego.

Pielęgniarka geriatryczna, wykonując m.in. zlecenia lekarskie, również czynnie uczestniczy w procesie edukacji zdrowotnej, diagnostyki, leczenia oraz → rehabilitacji (Ustawa z 15 VII 2011 roku). Niewątpliwie ma jeszcze inne dodatkowe zadania, takie jak: wywiad pielęgniarski, ocenę ryzyka powstania dodatkowych problemów zdrowotnych, np. → niedożywienia w starszym wieku, → odleżyn, → inkontynencji [nietrzymania zwieraczy – nietrzymania moczu i/lub stolca], ran przewlekłych i owrzodzeń czy ich stanu zaawansowania. Ważnym zadaniem pielęgniarki geriatrycznej jest współuczestniczenie w przeprowadzaniu całościowej oceny geriatrycznej, a zarazem pielęgnowanie pacjenta metodą procesu pielęgnowania. Poszczególne jego etapy: diagnozowanie, planowanie, realizowanie oraz ocena wymuszają holistyczną opiekę nad pacjentem (Ciechaniewicz, 2014). Zatem bardzo istotną rolę w zespole geriatrycznym pełni pielęgniarka, która poprzez umiejętne nawiązanie kontaktu, zdobycie zaufania pacjenta, obserwacje oraz czas spędzany z → seniorem zdobywa informacje przydatne w diagnostyce wielu → chorób i planowaniu całościowej opieki nad tą najstarszą grupą społeczeństwa (Fidecki, 2011). Istotna w tym zakresie jest również współpraca pielęgniarki z bliskimi podopiecznego.

W zakresie → rehabilitacji i → fizjoterapii osoba w → wieku podeszłym powinna być oceniania pod względem stanu funkcjonalnego, równowagi i chodu, wartości podstawowych parametrów życiowych oraz ryzyka → upadku [w podeszłym wieku]. Analiza otrzymanych wyników umożliwia planowanie oraz wdrażanie postępowania usprawniającego seniora, zalecanie

pacjentom odpowiedniego zaopatrzenia ortopedycznego i środków pomocniczych w celu przeprowadzenia prawidłowego postępowania fizjoterapeutycznego, oraz edukację podopiecznych w zakresie m.in. korzystania ze sprzętu medycznego i wyrobów medycznych czy obsługi sprzętu (Bień i współprac., 2013; Wieczorowska-Tobis, Kostka, Borowicz, 2011).

Psycholog, rozmawiając z pacjentem geriatrycznym i/lub jego → rodziną lub opiekunami, oraz przeprowadzając testy psychologiczne, dokonuje indywidualnej oceny psychologicznej potrzeb podopiecznego bądź potrzeb osób sprawujących opiekę, jak również udziela im → wsparcia psychologicznego i prowadzi → psychoterapię. Opieka psychologiczna jest szczególnie potrzebna osobom starszym oraz ich opiekunom. Wraz z wiekiem nasila się występowanie → depresji jako schorzenia lub objawu towarzyszącego wielu chorobom (Manthorpe, Iliffe, 2010). Duża grupa seniorów, na skutek uszkodzenia mózgu, przejawia różnorodne problemy z przebiegiem podstawowych procesów psychicznych (Krzyżanowski, 2004). Dlatego diagnoza psychologiczna i psychoterapia stosowana wobec podopiecznego, jego rodziny i/lub opiekunów, jest ważnym elementem całościowego podejścia do osób starszych.

W zespole geriatrycznym bardzo ważną rolę pełni pracownik socjalny. Wszystkie jego zadania zostały szczegółowo wymienione w Ustawie o → pomocy społecznej (Ustawa z 12 III 2004 roku). Osoby starsze często mają mniejsze dochody, trudniejszą sytuację rodzinną i w większym stopniu niż ludzie młodzi są zagrożeni wykluczeniem społecznym (Mossakowska, 2012). Dlatego tylko połączenie procesu leczenia, pielęgnacji, rehabilitacji z analizą i oceną zjawisk, które powodują zapotrzebowanie osób po 65. r.ż. na świadczenia z → opieki społecznej, z ich realizacją oraz → pracą socjalną świadczoną na rzecz osób w podeszłym wieku, może gwarantować skuteczność działań podjętych przez grupę medyczną.

Wciąż niedocenianą w Polsce rolę w opiece nad osobami starszymi spełnia rodzina. To najbliżsi pacjenta często spędzają z nim najwięcej czasu i gwarantują jego zadowolenie. Rodzina często przez wiele godzin dziennie i przez długie lata opiekuje się swoimi bliskimi (Mossakowska, 2012). Ta praca nie jest obecnie odpowiednio wynagradzana, a nawet często niedostrzegana. Szczególnie pacjenci po 65. r.ż. niechętnie przyjmują opiekę obcych osób (nawet najlepiej wyszkolonych), gdyż ufają tylko bliskim. Świadczenie opieki przez rodziny w środowisku zamieszkania jest najbardziej naturalną, najlepiej dostosowaną do potrzeb seniora i najtańszą formą opieki. Dlatego rodzina powinna być uwzględniona przy rozpoznawaniu, planowaniu i realizacji wielu potrzeb osoby starszej.

Każdy z członków zespołu geriatrycznego powinien wykazywać się umiejętnością współpracy z innymi specjalistami, mając na uwadze dobro osoby w podeszłym wieku. Tylko współpraca wszystkich członków zespołu geriatrycznego gwarantuje holistyczne postrzeganie problemów i ich największą szansę na realizację. Niewątpliwie większa liczba osób w zespole geriatrycznym zwiększa koszty jego działalności. Należy jednak pamiętać o oszczędnościach wynikających ze świadczonej dobrej opieki geriatrycznej. Zapewnienie osobom w podeszłym wieku kompleksowej opieki geriatrycznej pozwala dłużej utrzymać ich sprawność i samodzielność, a zatem ograniczyć i skrócić → czas koniecznych interwencji medycznych, jak i społecznych, zmniejszyć liczbę systematycznie przyjmowanych leków oraz polepszyć jakość życia tej grupy społeczeństwa. Wszystkie te elementy może osiągnąć jedynie współpracujący ze sobą, interdyscyplinarny zespół geriatryczny.

EJB, JC, AIK

A: GIT (ang.), IGT (niem.).
B: Bień i współprac., 2013; Ciechaniewicz, 2014; Fidecki i współprac., 2011; Kotarba, Czajkowski, Borowiak, 2015; Krzyżanowski, 2004; Manthorpe, Ilife, 2010; Mossakowska, 2012; Wieczorowska-Tobis, Kostka, Borowicz, 2011.
D: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 20 VII 2011 roku; Ustawa z 5 XI 1996 roku; Ustawa z 12 III 2004 roku; Ustawa z 15 IV 2011 roku; Ustawa z 15 VII 2011 roku.
O: interdyscyplinarna opieka geriatryczna, opieka geriatryczna.
S: interdyscyplinarny zespół opieki geriatrycznej.
TK: ang. *Geriatric Interdisciplinary Team* [GIT]/*geriatric interdisciplinary team*, fr. *l'équipe interdisciplinaire gériatrique* ou *l'équipe interdisciplinaire de gériatrie*, hiszp. *equipo interdisciplinario geriátrico*, niem. *Interdisziplinäre Geriatrische Team* [IGT]/*interdisziplinäre geriatrische Team*, ros. *междисциплинарная гериатрическая команда*.

interwencja kryzysowa

jest to krótkoterminowe, psychologiczne oddziaływanie, którego podstawowym celem jest udzielenie natychmiastowej pomocy osobom znajdującym się w trudnej sytuacji kryzysowej. Pomoc ta jest przede wszystkim wsparciem emocjonalno-poznawczym, ale bywa też wsparciem materialnym przy wykorzystaniu zasobów placówek socjalnych, np. Miejskiego

Ośrodka Pomocy Rodzinie (MOPR). Podstawowym narzędziem interwencji psychologicznej jest kontakt terapeutyczny, w którym możemy wykorzystać np. Formularz Oceny Selekcyjnej (*Triage Assessment Form* – TAF) Ricka A. Myera i współprac. (b.r., 1992, Myer, 2001). W szerszym rozumieniu interwencję opisuje się jako psychologiczną pomoc w przywracaniu równowagi psychicznej i powstrzymanie postępującej dezorganizacji zachowania i przeżywania sytuacji kryzysu. Często zamiennie używa się nieprofesjonalnego terminu „pierwsza pomoc psychologiczna". Interwencja obejmuje nie tylko pomoc bezpośrednio po wydarzeniu wywołującym kryzys, ale również pracę psychologiczną, ograniczoną w czasie i skoncentrowaną na problemie. Kryzys nie jest → chorobą, ale subiektywnym odczuwaniem lub doświadczaniem wydarzenia bądź sytuacji jako trudności nie do zniesienia, która wyczerpuje zasoby wytrzymałości, psychologiczne mechanizmy obronne i narusza strategie radzenia sobie z trudnościami. Charakterystyczne dla kryzysu jest: poczucie bezradności, przeżywanie silnych, destabilizujących, negatywnych emocji, np. strach, lęk, niepokój, uczucie paniki, zaburzenia psychosomatyczne – zaburzenia snu, łaknienia, problemy kardiologiczne, oraz przejściowe zmiany utrudniające normalne funkcjonowanie w zakresie przetwarzania informacji: problemy z koncentracją uwagi, pamięcią, trudności w rozumieniu kontekstu sytuacyjnego, uczucie „pustki", ponadto zachowania: spowolnienie psychoruchowe, apatia, przygnębienie, pobudliwość, nerwowość, drażliwość, skłonność do wybuchowości i konfliktowości. Stan kryzysu jest ograniczony w czasie i trwa najwyżej 6–8 tyg. Z upływem czasu wpływ wydarzenia kryzysowego na funkcjonowanie człowieka zmniejsza się i osoba wypiera je ze świadomości. Jednak pojawienie się nowych stresorów może spowodować powrót kryzysu. W takiej sytuacji jest to stan transkryzysowy. U osoby doświadczającej stanu transkryzysowego mogą pojawić się: „zamrożenie", dysocjacja, wypierania, tłumienie itp., jednocześnie może występować poczucie braku świadomości tego, co się z nią dzieje. Stany transkryzysowe mogą trwać miesiącami, a nawet latami. Rodzaje kryzysów doświadczanych przez człowieka to: 1) **kryzysy rozwojowe**, czyli zdarzenia, które pojawiają się w → życiu ludzkim. Powodują gwałtowną zmianę lub zwrot życiowy i wywołują nagłą reakcję emocjonalną. Do takich kryzysów zalicza się: reakcję na urodzenie dziecka, zakończenie studiów, zmianę kierunku kariery zawodowej w średnim wieku, → kryzys połowy życia czy przejście na → emeryturę i → kryzysy starości związane z procesem starzenia się; 2) **kryzysy sytuacyjne** – pojawiają się zwykle w wyniku rzadkich, nagłych, nadzwyczajnych zdarzeń, których człowiek nie jest w stanie przewidzieć lub kontrolować. Są one przypadkowe, silne, zaskakujące, wywołują wstrząs, powodują poczucie katastrofy. Kryzys psychiczny może pojawić się po takich wydarzeniach jak: wypadek lokomocyjny, gwałt, zmiana w strukturze firmy na skutek zmiany zarządu lub właściciela, a także utrata pracy, nagła choroba czy → śmierć; 3) **kryzysy egzystencjalne** – dotyczą obszaru wewnętrznych konfliktów i lęków związanych z ważnymi aspektami życia osobistego, takimi jak: wolność, poczucie celowości życia, samotność czy → lęk przed śmiercią, który jest najbardziej pierwotnym i prototypowym rodzajem lęku. Kryzysem może być: przejście na emeryturę, → bilans życiowy i uświadomienie sobie, że nic znaczącego się już nie osiągnie na polu zawodowym, poczucie, że nie podjęło się we właściwym czasie decyzji o założeniu rodziny, wyprowadzeniu się od rodziców itp.; 4) **kryzysy środowiskowe** – występują wówczas, gdy jakaś katastrofa naturalna lub spowodowana działalnością człowieka niesie ze sobą negatywne konsekwencje dla niego samego lub grupy ludzi, np. powodzie, huragany, trzęsienia ziemi, zamiecie śnieżne, lawiny śnieżne i błotne, susza, głód czy pożary lasów.

Sytuacjami zależnymi od człowieka mogą być wojny, czystki etniczne, zamachy terrorystyczne i wiele innych zdarzeń mających charakter intencjonalny. **Czynniki psychologicznego postępowania interwencyjnego** obejmują: 1) strukturyzowanie (nazywanie i określanie) celów pomocy w taki sposób, by wzmocnić kompetencje i zasoby psychiczne pacjenta w radzeniu sobie z trudnościami przez stosowanie technik rozwiązywania problemów; 2) wiedzę o osobowości pacjenta i poznanie funkcjonowania **ja**, zarówno w obszarze indywidualnym, jak i socjokulturowym, które stają się podstawą interwencji; 3) pracę z pacjentem dotycząca specyficznych, trafnie wybranych i określonych obszarów problemowych, mających związek z dysfunkcjami jego podstawowych ról i jego konfliktów interpersonalnych; 4) utrzymanie uwagi pacjenta na tych problemowych obszarach poprzez aktywne techniki koncentrujące; 5) interwencję odbywającą się na poziomie świadomości, dotyczącą świadomych (uświadamianych) konfliktów emocjonalnych i polegającą na poszukiwaniu ich sytuacyjnych odniesień i koncentrowaniu się na nich; 6) uznanie wydarzenia poprzedzającego wystąpienie kryzysu za istotne dla dynamiki sytuacji proble-

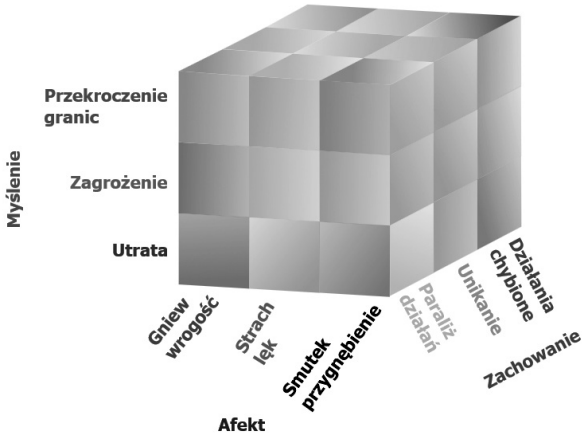
mowej oraz uznanie, że modyfikacja cech charakteru lub zmiany osobowościowe nie są podstawowymi celami interwencji kryzysowej. Interwencja musi mieć określone ramy działania i nie powinna być oddziaływaniem spontanicznym. Proces interwencyjny ma przebiegać zgodnie z następującymi punktami: 1) zapewnienie bezpieczeństwa rozumianego jako bezpieczeństwo psychologiczne i fizyczne – niezbędna jest szybka ocena poziomu zagrożenia, by psycholog mógł podjąć kroki zabezpieczające pacjenta przed doznaniem krzywdy; 2) dostarczenie wsparcia, które dokonuje się przez spójny i jednoznaczny komunikat ze strony psychologa, że pacjent jest kimś, na kim mu zależy; 3) ocena stanu psychosomatycznego pacjenta i rozmiaru kryzysu; 4) określenie problemu kryzysowego – psycholog lub psychoterapeuta podejmuje trud rozumienia problemu, jaki pacjent przeżywa, analizując ten problem z jego punktu widzenia; 5) przegląd i analiza możliwości poradzenia sobie z kryzysem – jest to bardzo istotny etap interwencyjny, ponieważ wielu pacjentów sądzi, że nie istnieją żadne dobre wyjścia z ich sytuacji. Ważne jest zaproponowanie pacjentowi rozważenia tylko tych rozwiązań, które mogą być realistyczne w sytuacji, w jakiej pacjent się znajduje; 6) sformułowanie planów wychodzenia z kryzysu oraz ustalenie „kontraktu" pomiędzy pacjentem a terapeutą, dotyczącego tych czynności, które pacjent wykona przed następną wizytą oraz czasu trwania interwencji psychologicznej w konkretnej sytuacji kryzysowej. W takim „kontrakcie" mogą być zawarte także te czynności, które – za zgodą pacjenta – wykona psycholog, dla przykładu: powiadomienie MOPR, policji bądź innych instytucji o potrzebie wsparcia). Główne **style działania psychologicznego w interwencji kryzysowej** obejmują: styl dyrektywny, współpracujący i niedyrektywny. Dobór metody pracy z pacjentem determinowany jest jego stanem psychofizycznym, zwłaszcza poziomem jego mobilności i/lub immobilności psychicznej. W sytuacji znacznego nasilenia kryzysu pacjent zazwyczaj jest immobilny, co oznacza, że nie jest w stanie adekwatnie spostrzegać rzeczywistości, wyciągać rozsądnych wniosków, podejmować trafnych decyzji i celowych, efektywnych działań. Wówczas „podejściem z wyboru" jest styl dyrektywny, gdy psycholog lub terapeuta czasowo przejmuje kontrolę nad sytuacją, podejmuje decyzje – również za pacjenta – i jest za niego odpowiedzialny. Ten styl symbolicznie określa się jako „podejście ja" („uważam, że…", „proponuję…", „zorganizuję…", „pragnę, żebyś…"). Pacjent doznający sytuacji kryzysowej, będący w stanie znacznej nierównowagi i dezorientacji, może znaleźć czasowe oparcie w kimś, kto jest osobą kompetentną w radzeniu sobie z trudnościami. Jeśli poziom immobilności nie jest duży, a pacjent nie jest jeszcze na tyle silny, by samodzielnie poradzić sobie z kryzysem, sposobem działania psychologa powinien być styl współpracujący, gdy obie strony funkcjonują w roli równoprawnych partnerów w procesie terapeutycznym. Rolą psychologa jest ułatwianie, wspieranie oraz doradzanie. Tego rodzaju działanie można symbolicznie określić jako „podejście my" („zobacz**my**…", „rozważ**my**…", „spróbuj**my**…"). W tym stylu działania odpowiedzialność jest podzielona. Jeśli stan pacjenta uzna się za mobilny, gdy jest on w stanie adekwatnie kontaktować się z rzeczywistością, kontroluje emocje, może podejmować decyzje i działać celowo, psycholog działa niedyrektywnie, czyli „zarządza" procesem, a podstawowa odpowiedzialność spoczywa na pacjencie. Rolą psychologa jest doradzanie, wyjaśnianie niejasności, wskazywanie na niedostrzegane przez pacjenta możliwości wyjścia z kryzysu, pomaganie w dopracowywaniu szczegółów. To działanie można symbolicznie określić jako „podejście ty" („jak sądzisz…", „jakie jest Twoje doświadczenie w …", „co zadecydujesz…"). Pozostający w dobrym kontakcie z pacjentem psycholog jest w stanie trafnie określić, jak powinien się on zachowywać, by zapewnić maksimum efektywności. Przechodzenie pomiędzy tymi stylami zazwyczaj dokonuje się płynnie, poczynając od dyrektywności w początkowych fazach cechujących się znaczną dezorganizacją i dezorientacją pacjenta, przez współpracę z nim, do doradczej niedyrektywności. Podstawowy, trójwymiarowy model oceny kryzysu psychicznego został przedstawiony na il. 1.

MK-W

B: Greenstone, Leviton, 2004; James, Gilliland, 2008, 2013; Kubacka-Jasiecka, 2010: Myer, 2001; Myer i współprac., 1992; Sarzała, 2008.

N: Myer i współprac., b.r.; Grodecka i współprac., 2010; http://szkolnictwo…

TK: ang. *crisis intervention*, fr. *la intervention en crisis*, hiszp. *intervención en crisis*, niem. *Kriseninterventionen*, ros. *кризисная интервенция*.



Il. 1. Trójwymiarowy model oceny kryzysu psychicznego. Źródło: http://szkolnictwo.pl/szukaj,Kryzys_psychiczny

inwalidztwo

Słowo „inwalida" pochodzi od łac. przymiotnika *invalidus*, czyli bezsilny, słaby, chory, niedołężny, niesprawny. To określenie, oddające istotę przypadłości fizycznej i podkreślające niższą pozycję w hierarchii społecznej osób nią dotkniętych w porównaniu z osobami zdrowymi, zostało wykreślone z oficjalnej nomenklatury jako uwłaczające godności człowieka. Terminy: inwalida i inwalidztwo to zatem określenia anachroniczne, niezgodne z duchem → czasu, rzadko stosowane i praktycznie równoznaczne z zalecanymi, ze względu na neutralność, takimi pojęciami jak: → niepełnosprawność i niepełnosprawn*y,* a najlepiej osoba z niepełnosprawnością (Krenko, Korczyński, 2008).

Inwalida to człowiek, który utracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy, służby wojskowej itp. z powodu → choroby, ułomności lub kalectwa (Kopaliński, 1994). Do końca XIX wieku za inwalidę uważano wyłącznie osobę o znacznej niepełnosprawności fizycznej, spowodowanej ranami odniesionymi na wojnie lub podczas służby w wojsku. Byli to zatem weterani walk na frontach, którzy odnieśli obrażenia, uniemożliwiające im zwykłą pracę i zdobywanie środków na utrzymanie. W wielu krajach ranni w czasie wojny otrzymywali stałą rentę, np. w carskiej Rosji czy w Niemczech (Kirenko, 2007). Ponadto otaczani byli powszechnym szacunkiem i uważani za bohaterów narodowych, co znalazło wyraz, np. w nadawaniu nazw obiektom i miejscom – przykładem może być Plac Inwalidów w Warszawie i Paryżu. W carskiej Rosji weterani walk, którzy odnieśli poważne obrażenia, byli dzieleni na trzy grupy i podział ten przetrwał okres rewolucji, przekształceń ustrojowych, II wojny światowej i ustabilizowania się ustroju komunistycznego w Związku Radzieckim, a ponadto wpłynął na całe ustawodawstwo bloku socjalistycznego, w tym także w Polsce (Kirenko, 2007). W Polsce w okresie międzywojennym inwalidzi wojenni oraz ich → rodziny uzyskali formalne uprawnienia do pobierania zaopatrzenia rentowego na mocy Ustawy z 18 III 1921 roku o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i ich rodzin oraz o zaopatrzeniu rodzin po poległych i zmarłych lub zaginionych bez własnej winy, których → śmierć, względnie zaginięcie, pozostaje w związku przyczynowym ze służbą wojskową. Oprócz świadczeń pieniężnych osoby objęte ustawą mogły korzystać z pomocy lekarskiej, ze specjalistycznej opieki medycznej oraz bezpłatnych szkoleń i nauki przystosowującej do nowego zatrudnienia (Stawicki, 2010 – Internet: www.senat.gov.pl…).

Pomimo panującego przekonania, że terminy: inwalida, inwalidztwo, kaleka, kalectwo mają zabarwienie pejoratywne (istniały i istnieją dziedziny, w których pierwszy z nich był jeszcze do niedawna oficjalnie używany. Chodzi tu przede wszystkim o polskie orzecznictwo prawne, decydujące o zaopatrzeniu rentowym uprawnionych osób, obowiązujące do września 1997 roku). Ponadto wspomniany termin jest nadal obecny w nazwie instytucji zwanej spółdzielnią inwalidów (Rybicki, 2004). Do roku 1997 używany był w znaczeniu formalno-prawnym jako tzw. niepełnosprawność legalna (prawna), w sytuacji gdy chodziło o ustalenie tego stanu na podstawie ściśle określonych kryteriów, np. zawartych w przepisach prawnych, dla ściśle określonych celów, np. dla celów rentowych, i/lub dla uzyskania pewnych świadczeń bądź przywilejów, np. zwolnień z opłat, podatków itd. (Majewski, 1995). W rozumieniu Ustawy z 14 XII 1982 roku o zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i ich rodzin, która była nowelizacją ustawy z 1968 roku i wcześniejszego dekretu z 1954 roku, inwalidą „jest osoba częściowo lub całkowicie niezdolna do wykonywania zatrudnienia z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu". Definicja ta, jako podstawowe kryterium uznania danej osoby za inwalidę w znaczeniu formalno-prawnym, przyjmuje niezdolność do pracy, a nie uszczerbek na → zdrowiu. Zależnie od stopnia niezdolności do zatrudnienia ustawa wyróżniała trzy grupy inwalidów: pierwszą, drugą i trzecią. W pierwszej grupie znalazły się osoby niezdolne do podjęcia jakiegokolwiek zatrudnienia, które ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji wymagają stałej lub długotrwałej → opieki innej osoby. Do drugiej grupy zaliczono osoby określone jako niezdolne do jakiegokolwiek zatrudnienia, natomiast do

grupy trzeciej osoby częściowo niezdolne do wykonywania dotychczasowego zawodu w zmniejszonym zakresie, całkowicie niezdolne do pracy oraz dotknięte szczególnym naruszeniem sprawności organizmu, nawet jeżeli te nie ograniczają zdolności do wykonywania dotychczasowego zatrudnienia. Aleksander Hulek (1916–1993) podał definicję inwalidy w postaci bardzo ogólnego i skrótowego określenia: „to osoba poszkodowana na zdrowiu, zaliczona, w myśl odpowiednich przepisów, do jednej z trzech grup inwalidów" (Hulek, 1976).

Janusz Kirenko i Mariusz Korczyński (2008) podkreślają, że sformułowanie: „osoby niezdolne do jakiegokolwiek zatrudnienia" użyte w ustawie w stosunku do inwalidów pierwszej i drugiej grupy, spotkało się z wieloma negatywnymi opiniami – zamykało bowiem tym osobom drogę do rehabilitacji zawodowej i społecznej. Osobom, które zostały uznane przez komisję lekarską za inwalidów, przysługiwało świadczenie rentowe, jednakże musiały spełnić jeszcze dwa dodatkowe warunki: wykazać się wymaganym okresem zatrudnienia oraz udowodnić, że inwalidztwo powstało w czasie zatrudnienia lub w okresie równorzędnym z okresem zatrudnienia, albo nie później niż w ciągu 18 miesięcy od ustąpienia tych okresów (Ustawa z 14 XII 1982 roku).

Istniały dwie drogi rozpoznania inwalidztwa: bezpośrednie oświadczenie zainteresowanej osoby lub pośrednie członków rodziny o istnieniu biologicznego ograniczenia w wykonywaniu → czynności życia codziennego lub orzeczenie o inwalidztwie wydane przez Komisje Lekarskie ds. Inwalidztwa i Zatrudnienia [KIZ] (Pańkowska, 1988). W związku z tym podwójnym sposobem określania inwalidztwa, istniał podział na inwalidów prawnych oraz inwalidów biologicznych. Inwalidzi prawni były to osoby, które miały aktualne orzeczenie KIZ niezależnie od tego, czy na tej podstawie otrzymywały rentę inwalidzką (z tytułu niezdolności do pracy) czy nie. Do inwalidów biologicznych zaliczono osoby, które oświadczyły, że z powodu kalectwa lub → choroby przewlekłej mają ograniczoną zdolność wykonywania podstawowych czynności właściwych danemu wiekowi, takich jak: nauka, praca zawodowa, prowadzenie gospodarstwa, a dla dzieci – zabawa, natomiast nie miały stosownego orzeczenia formalnego komisji (Pańkowska, 1988).

Pojęcie „inwalidztwa" w sensie formalno-prawnym zostało zastąpione określeniem „niezdolności do pracy" wraz z wejściem w życie Ustawy z 28 VI 1996 roku. Barbara Więckowska (b.r. – Internet: www.rzu.gov.pl/…) wskazuje, że wprowadzono wówczas dwa rodzaje niezdolności do pracy: całkowitą niezdolność do pracy i częściową niezdolność do pracy, które z kolei mogą być trwałe bądź okresowe. Jednocześnie, biorąc pod uwagę możliwość wykonywania pracy i zdolność do samodzielnej egzystencji, ustawa wprowadziła **pojęcie niepełnosprawności**, zastępując nim w niektórych przypadkach inwalidztwo. Można zatem powiedzieć, że obecne w poprzednich ustawach inwalidztwo zostało w nowym ustawodawstwie podzielone znaczeniowo na „niezdolność do pracy" oraz „niepełnosprawność", przy czym „każdą osobę niezdolną do pracy uznaje się za osobę niepełnosprawną".

Zofia Kawczyńska-Butrym podkreśla, że pojęcie „inwalidztwa" przeszło transformację znaczeniową, zarówno w odniesieniu do pracy zawodowej i życia społecznego, jak i w kontekście uszkodzeń fizycznych, stanowiących podstawę określenia ograniczeń aktywności człowieka. Zmiana ta polegała na odejściu od kojarzenia inwalidztwa wyłącznie z poważnym kalectwem fizycznym, wiążącym się ze znacznym ograniczeniem sprawności fizycznej, i wzięciu pod uwagę również lżejszych stanów uszkodzenia fizycznego oraz zaburzeń na płaszczyźnie psychologicznej (Kawczyńska-Butrym, 1996).

EMI

B: Hulek, 1976; Kawczyńska-Butrym, 1996; Kirenko, 2006, 2007; Kirenko, Korczyński, 2008; Kopaliński, 1994; Majewski, 1995; Pańkowska, 1988; Rybicki, 2004.

D: Ustawa z 18 III 1921 roku; Ustawa z 14 XII 1982 roku; Ustawa z 28 VI 1996 roku.

N: Stawicki, 2010 – Internet: www.senat.gov.pl…; Więckowska, b.r. – Internet: www.rzu.gov.pl/…

O: niepełnosprawność.

S: kalectwo, niepełnosprawność.

TK: ang. *invalidity*/*disablement*, fr. *invalidité*, hiszp. *invalidez*, niem. *Invalidität*, ros. *инвалидность*.

Inwentarz Depresji Becka (IDB)

nazywany Skalą Depresji Becka lub Kwestionariuszem Depresji Becka jest wystandaryzowanym narzędziem służącym do oceny głębokości → depresji [i zaburzeń nastroju]. Inwentarz został ogłoszony w roku 1961 przez amerykańskiego psychiatrę Aarona T. → Becka i współprac. Jest skalą często używaną do samooceny występowania depresji. Tadeusz Parnowski i Wojciech Marian Jernajczyk (1977) przetłumaczyli IDB na język polski, przeprowadzili wstępną adaptację tego narzędzia i dokonali polskiej standaryzacji. Inwentarz zawiera 21 pytań składających się z 4 odpowiedzi punk-

towanych od 0 do 3, obrazujących stopień ciężkości objawów. Pytania te pozwalają na ocenę występowania afektywnych, poznawczych, motywacyjnych i somatycznych objawów depresji. Osoba badana może uzyskać maksymalnie 63 punkty, a minimalnie 0. Ocena dotyczy minionego tygodnia lub miesiąca, a czas wypełnienia IDB wynosi ok. 10–20 min. Istnieją dwie normy interpretacji wyniku: 1. norma amerykańska, w której wynik od 0 do 9 punktów wskazuje na brak depresji, od 10 do 15 na depresję łagodną, od 16 do 23 na depresję średnią, zaś od 24 do 63 punktów na depresję ciężką; 2. norma niemiecka zakładająca, że wynik od 0 do 11 punktów to stan prawidłowy, od 12 do 19 wskazujący na depresję łagodną, od 20 do 25 na depresję średnią, a od 26 do 63 punktów na depresję ciężką (tab. 1).

W 1996 roku powstała zmodyfikowana wersja skali Becka (BDI-II). Wpływ na powstanie tej modyfikacji miała publikacja klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-IV, zawierająca bardziej szczegółowe kryteria diagnostyczne depresji. Wersja ta zawiera także 21 pytań i każda odpowiedź oceniana jest w skali od 0 do 3, jednak ocena zgodnie z wytycznymi DSM-IV odnosi się do ostatnich dwóch tygodni. Polska adaptacja tej skali powstała w 2009 roku. Im wyższy wynik w ocenie BDI-II, tym cięższa depresja.

Inwentarz Becka wykazuje dużą czułość i trafność oceny. Może być stosowany jako narzędzie do → badań przesiewowych depresji w danej subpopulacji. Należy jednak zauważyć, że jest to narzędzie służące głównie do oceny przesiewowej i otrzymany wynik nie może jednoznacznie zdiagnozować depresji, dlatego też powinien być uzupełniony o pełne badanie kliniczne.

MDZ

A: BDI (ang., niem.), IBD (fr.), IDB (pol.).

B: Beck, 1967, 1972; Beck i współprac., 1961; Hammen, 2004; Parnowski, Jernajczyk, 1977.

N: http://psychiatra.bydgoszcz.eu…

O: badanie przesiewowe, Beck Aaron Temkin, depresja egzystencjalna, depresja i zaburzenia nastroju, depresja inwolucyjna, depresja sezonowa, Skala Depresji Hamiltona, wielkie zespoły geriatryczne.

S: Kwestionariusz Depresji Becka, Skala Depresji Becka, Test Becka.

TK: ang. *Beck Depression Inventory* [BDI], fr. *L'Inventaire de* dépression de Beck [IDB], hiszp. *El Inventario de Depresión de Beck*, niem. *Beck-Depression-Inventar* [BDI], ros. *Шкала депрессии Бека*.

Tabela 1. Inwentarz Depresji Becka (IDB)

Odczuwanie smutku i przygnębienia
0 – Nie jestem smutna/y ani przygnębiona/y 1 – Często odczuwam smutek i przygnębienie 2 – Przeżywam stale smutek, nie mogę się uwolnić od niego 3 – Jestem stale smutna/y i nieszczęśliwa/y, jest to nie do wytrzymania
Martwienie się o przyszłość
0 – Nie przejmuję się zbytnio swoją przyszłością 1 – Często martwię się o swoją przyszłość 2 – Obawiam się, że w przyszłości nic dobrego mnie nie czeka 3 – Czuję, że przyszłość jest beznadziejna i nic tego nie zmieni
Uważasz, że zaniedbujesz swoje obowiązki?
0 – Sądzę, że nie popełniam większych zaniedbań 1 – Sądzę, że czynię więcej zaniedbań niż inni 2 – Kiedy zastanawiam się nad sobą, widzę mnóstwo błędów i zaniedbań 3 – Jestem zupełnie niewydolna/y i wszystko robię źle
Jesteś zadowolona/y z siebie?
0 – To, co robię, sprawia mi przyjemność 1– Nie cieszy mnie to, co robię 2 – Nic mi teraz nie daje prawdziwego zadowolenia 3 – Nie potrafię przeżywać zadowolenia i przyjemności. Wszystko mnie nuży
Czy często masz poczucie winy?
0 – Nie czuję się winną/ym ani wobec siebie, ani wobec innych 1 – Dosyć często mam wyrzuty sumienia 2 – Bardzo często czuję, że zawiniłam/em 3 – Stale mam poczucie winy
Czy zasługujesz na karę?
0 – Sądzę, że nie zasługuję na karę 1 – Sądzę, że zasługuję na karę 2 – Spodziewam się ukarania 3 – Wiem, że jestem karana/y
Zadowolenie z siebie
0 – Jestem z siebie zadowolona/y 1 – Nie jestem z siebie zadowolona/y 2 – Czuję do siebie niechęć 3 – Nienawidzę siebie
Czy czujesz się gorsza/y od innych?
0 – Nie czuję się gorsza/y od innych ludzi 1 – Zarzucam sobie, że jestem nieudolna/y i popełniam błędy 2 – Stale potępiam siebie za popełnione błędy 3 – Winię siebie za wszystko zło, które istnieje
Czy masz myśli samobójcze?
0 – Nie myślę o odebraniu sobie życia 1 – Myślę o samobójstwie, ale nie mogłabym/nie mógłbym tego dokonać 2 – Pragnę odebrać sobie życie 3 – Popełnię samobójstwo, jak będzie odpowiednia sposobność
Często chce Ci się płakać?
0 – Nie płaczę częściej niż zwykle 1 – Płaczę częściej niż dawniej 2 – Ciągle chce mi się płakać 3 – Chciałbym płakać, lecz nie jestem w stanie
Jesteś ostatnio bardziej nerwowy i rozdrażniona/y?
0 – Nie jestem bardziej podenerwowana/y niż dawniej 1 – Jestem bardziej nerwowa/y i przykra/y niż dawniej 2 – Stale jestem zdenerwowana/y lub rozdrażniona/y 3 – Wszystko, co dawniej mnie drażniło, stało się obojętne

Czy zmieniło się coś w Twoim zainteresowaniu innymi ludźmi?
0 – Ludzie interesują mnie jak dawniej 1 – Interesuję się ludźmi mniej niż dawniej 2 – Utraciłam/em większość zainteresowania innymi ludźmi 3 – Utraciłam/em wszelkie zainteresowanie innymi ludźmi
Czy ostatnio miewasz większe problemy z podejmowaniem różnych decyzji?
0 – Decyzję podejmuję łatwo, tak jak dawniej 1 – Częściej niż kiedyś odwlekam podjęcie decyzji 2 – Mam duże trudności z podjęciem decyzji 3 – Nie jestem w stanie podjąć żadnej decyzji
Czy uważasz, że wyglądasz gorzej i mniej atrakcyjnie niż kiedyś?
0 – Sądzę, że wyglądam nie gorzej niż dawniej 1 – Martwię się tym, że wyglądam staro i nieatrakcyjnie 2 – Czuję, że wyglądam coraz gorzej 3 – Jestem przekonana/y, że wyglądam okropnie i odpychająco
Czy masz większe trudności z wykonywaniem różnych prac i zadań?
0 – Mogę pracować jak dawniej 1 – Z trudem rozpoczynam każdą czynność 2 – Z wielkim wysiłkiem zmuszam się do zrobienia czegokolwiek 3 – Nie jestem w stanie nic robić
Czy masz kłopoty ze snem?
0 – Sypiam dobrze, jak zwykle 1 – Sypiam gorzej niż dawniej 2 – Rano budzę się godzinę lub dwie za wcześnie i trudno jest mi ponownie usnąć 3 – Budzę się kilka godzin za wcześnie i nie mogę usnąć
Czy męczysz się bardziej niż zwykle?
0 – Nie męczę się bardziej niż dawniej 1 – Męczę się znacznie łatwiej niż kiedyś 2 – Męczę się wszystkim, co robię 3 – Jestem zbyt zmęczona/y, aby cokolwiek robić
Czy masz kłopoty z apetytem?
0 – Mam apetyt nie gorszy niż dawniej 1 – Mam trochę gorszy apetyt 2 – Apetyt mam wyraźnie gorszy 3 – Nie mam w ogóle apetytu
W ciągu ostatniego miesiąca nie stosowałam/em diety, aby schudnąć, lecz straciłam/em na wadze:
0 – Nie tracę na wadze ciała (w okresie ostatniego miesiąca) 1 – Straciłem na wadze więcej niż 2 kg 2 – Straciłem na wadze więcej niż 4 kg 3 – Straciłem na wadze więcej niż 6 kg
Czy ostatnio bardziej martwisz się swoim stanem zdrowia?
0 – Nie martwię się o swoje zdrowie bardziej niż zawsze 1 – Martwię się swoimi dolegliwościami, mam rozstrój żołądka, zaparcia, bóle 2 – Stan mego zdrowia bardzo mnie martwi, często o tym myślę 3 – Tak bardzo martwię się o swoje zdrowie, że nie mogę o niczym innym myśleć
Czy masz kłopoty z potencją?
0 – Moje zainteresowania seksualne nie uległy zmianom 1 – Seks wyraźnie mniej mnie interesuje 2 – Zupełnie straciłam/em zainteresowanie sprawami seksu
Upewnij się, że udzieliłaś/eś odpowiedzi na wszystkie pytania
Suma punktów:
Interpretacja wyniku: 0–10 pkt – brak depresji, 12–19 pkt – łagodna depresja; 20–25 pkt – średnia depresja; 26–63 pkt – ciężka depresja

Źródło: http://psychiatra.bydgoszcz.eu/publikacje-dla-pacjenta/depresja/skala-depresji-becka/

inwolucja

W perspektywie → biegu życia indywidualnego jednostki termin „inwolucja" odnosi się do procesów regresywnych związanych ze → starzeniem się. W późniejszym okresie → starości występuje zanik wszystkich narządów i tkanek, zwany inwolucją starczą (zmiany zanikowe w ustroju w → wieku podeszłym). Inwolucja występuje w różnych okresach → życia, jednak jej natężenie wzrasta w ciągu życia osobniczego. Zanik starczy nie jest spowodowany czynnikami chorobotwórczymi, jest po prostu wynikiem starzenia się – procesu obejmującego cały organizm, przy czym inwolucja starcza nie powoduje na ogół uszkodzenia narządów, ale wpływa na występowanie ich niewydolności w warunkach obciążeń organizmu. Wskutek fizjologicznego obniżenia się sprawności komórek, czyli ich wyczerpania, procesy asymilacji są znacznie obniżone w porównaniu z procesami dysymilacji. Największe zaniki występują w tkankach najbardziej zróżnicowanych i najintensywniej pracujących, takich jak: tkanka nerwowa, wątroba czy mięsień sercowy. W wyniku inwolucji starczej skóra staje się cieńsza i wiotczeje, podściółka tłuszczowa i mięśnie ulegają także zanikowi, wypadają zęby na skutek zaniku miazgi zębowej, kości szkieletowe „kurczą się" w wymiarze poprzecznym i podłużnym, przez co obniża się wzrost, słabnie coraz bardziej natężenie procesów życiowych, wreszcie ustają one zupełnie i następuje → śmierć ze starości.

AAZ

O: depresja inwolucyjna.

S: zanik fizjologiczny.

TK: ang. *devolution*/*involution*, fr. *involution*, hiszp. *involutión*, niem. *Involution*/*Rückbildung*/*Rückgang*/*Stoffwechsel*, ros. *инволюция*.

izolacja społeczna

– inaczej społeczne wyobcowanie lub alienacja (od łac. *alienus*, *alienum* – obcy, cudzy) – to poczucie izolacji od społeczeństwa, nieutożsamianie się ze społecznością lokalną i ponadlokalną, utrata tożsamości jednostki, charakterystyczna dla dużych ośrodków miejskich w społeczeństwach przemysłowych i poprzemysłowych (postindustrialnych) oraz dla sytuacji migracji zarobkowej.

Pojęcie „alienacji" wprowadzone zostało przez Georga Wilhelma Friedricha Hegla (1770–1831), dla którego oznaczało stawanie się obcym państwa wobec ducha dziejów. Po raz pierwszy użyte do krytyki burżuazji przez Mojżesza Hessa (1812–1875), rozwinięte

zostało przez Karola Marksa (1818–1883), wg którego człowiek z natury twórczy, stając się częścią maszyny, zatraca swoją wolność i możliwości twórcze, w konsekwencji izolując się od rzeczywistości społecznej. Z kolei Herbert Marcuse (1898–1979) uważał, że człowiek pod wpływem alienacji ogranicza swoją aktywność do produkcji w ośmiogodzinnym dniu pracy oraz konsumpcji.

W filozofii XIX stulecia omawiany termin był wiązany szczególnie z koncepcją samorozwoju idei absolutnej Hegla, dla którego pojednanie świadomości i bytu jest możliwe dzięki temu, że świadomość (Duch) osiąga w historii ostateczne zrozumienie świata jako własnego uzewnętrznienia, przyswaja sobie ów świat jako własną prawdę i znosi jego przedmiotowy charakter, obcy jej i urzeczowiony (reifikacja). Na drodze ducha ku aktualizacji tego, czym w punkcie wyjścia był on tylko w możności, obiektywizowały się wszystkie twory kultury ludzkiej (prawo, państwo, sztuka, religia, filozofia), przez które także człowiek – podporządkowując się prawu rozumu – jedna się z rzeczywistością. Podobnie jak w procesie wyłaniania się świata przyrody z idei absolutnej, a z niego dziejów ludzkich, zanika alienacja rozwijającego się ducha, który poznając samego siebie, rozpoznaje jako własne to, co jawiło mu się dotąd jako obce. W dziejowym procesie znika też wyobcowanie instytucji społecznych i politycznych od ludzi, którzy je tworzyli, umożliwiając człowiekowi pojednanie z tym, co określa jego istotę wpisaną w owe procesy oraz wiążące się z tym zwiększenie jego wolności. O ile u Hegla termin „alienacja" służył głównie do opisu procesu rozwoju ducha, o tyle Ludwig Andreas Feuerbach (1804–1872) określał stan przeniesienia przez człowieka własnych przymiotów gatunkowych na stworzoną przez siebie ideę nieistniejącego (jako byt) Boga – ów stan zubożenia człowieka miał być zniesiony dzięki odzyskaniu w sobie samym obiektywizowanej w Bogu doskonałości i nieśmiertelności.

Gdy w teoriach społeczeństwa masowego analizowano przyczyny rozchwiania więzi spajających grupy pierwotne (→ rodziny, społeczności lokalne), termin „alienacja" pojawił się w nowym kontekście. Odnoszony już przez Maksa Webera (1864–1920) nie tylko do wyobcowanych robotników, zaczął być wykorzystywany przez marksistów, egzystencjalistów, psychoanalityków i teologów, którzy kojarząc alienację z procesem odrywania się wytworów ludzkiej działalności od swych twórców, reifikacji (urzeczowienie) produktów ludzkiej pracy, instytucji społecznych lub idei, wskazywali na niebezpieczeństwo podporządkowania im człowieka.

We współczesnych badaniach socjologicznych społeczeństwa poprzemysłowego oraz zjawiska migracji zarobkowej zwraca się uwagę na istotną rolę anomii społecznej w rozwijaniu się alienacji, a alienacji w powstawaniu zjawiska anomii indywidualnej. Anomia społeczna związana jest z podziałem pracy – prowadzi do nieutożsamiania się pracownika z wykonywanym przez siebie zawodem. Anomia indywidualna jest jednym z istotnych czynników prowadzących do samobójstwa, na co zwracali uwagę Émile Durkheim (1858–1917) i Robert King Merton (1910–2003).

DK

O: ubóstwo i wykluczenie społeczne osób w podeszłym wieku, wykluczenie społeczne osób starszych.

S: alienacja społeczna, wyobcowanie społeczne.

TK: ang. *social isolation*, fr. *isolation sociale*, hiszp. *el aislamiento social*, niem. *soziale Isolation/soziale Isolerung*, ros. *общественная изоляция*.

J

jakość behawioralna, funkcjonalna i techniczna DPS dla ludzi starszych

w polskim prawodawstwie jest określona za pomocą przepisów dotyczących dostosowania obiektów budowlanych do potrzeb osób starszych i/lub niepełnosprawnych, a także ich lokalizacji i koniecznego wyposażenia.

Jakość techniczna → Domu Pomocy Społecznej dla ludzi starszych obejmuje: standard, stan techniczny, stan utrzymania obiektu, rodzaj konstrukcji, wyposażenie w instalacje; systemy techniczne: ich nowoczesność i stan utrzymania, materiały budowlane użyte do budowy i wykończenia obiektu, stan utrzymania, ewentualne → bariery przestrzenno-architektoniczne, bezpieczeństwo ludzi i mienia, a także zgodność rozwiązań konstrukcyjnych z normami i przepisami budowlanymi. Z kolei **jakość funkcjonalna** DPS określa: „zdolność" budynku procesów w nim zachodzących, dopasowanie przestrzeni obiektu do potrzeb odbywających się w nim aktywności społecznych, ergonomiczność rozwiązania, typowe wyposażenie, efektywność wykorzystania powierzchni i przestrzeni, jakość przestrzeni, stref mieszkalnych lub miejsc pracy; poziom powiązania poszczególnych przestrzeni, zapewnienie płynnego wykonywania zadań, możliwość sprawnego „komunikowania" się i/lub poruszania, oraz zgodność rozwiązań przestrzennych z normami budowlanymi. Wreszcie **jakość behawioralna** DPS dla osób starszych obejmuje: wymagania użytkownika wobec budynku, podział funkcji ze względu na czynności odbywające się w budynku, poziom zaspokojenia potrzeb psychicznych użytkowników, takich jak: prywatność, intymność, terytorialność; gradację przestrzeni (od publicznej, przez półpubliczną, półprywatną, po prywatną), *wayfinding*, czyli odnajdywanie drogi do celu, estetykę przestrzeni wewnętrznej i zewnętrznej, oddziaływanie otoczenia i poszczególnych przestrzeni na samopoczucie, nastrój, psychikę, → zdrowie pensjonariuszy; reakcję użytkownika na przestrzeń: zmiany termiczne, zapachy, zróżnicowanie wrażeń dźwiękowych, słuchowych, dotykowych; poczucie bezpieczeństwa, oraz możliwość kontaktu z naturą i zielenią (wewnętrzne atria, ogród zimowy, oranżerie).

Badania jakości funkcjonalnej polegały na ocenie stanu istniejącego, analizie efektywności wykorzystania powierzchni, ocenie poszczególnych stref użytkowania, ich wyposażenia oraz na zbadaniu powiązań pomiędzy przestrzeniami – w celu stwierdzenia, czy zapewniają one płynne wykonywanie zadań, ułatwiające sprawne poruszanie się oraz komunikowanie.

Analizy wykonywane były na podstawie udostępnionej dokumentacji architektoniczno-budowlanej obiektu, polegały również na obserwacjach w trakcie obchodu, wizji lokalnej badanego budynku (inwentaryzacja urządzeń, umeblowania, wyposażenia pomieszczeń), na obserwacjach zachowań użytkowników w danym środowisku (w trakcie wizytacji należy uszanować prawo obserwowanych osób do prywatności) oraz na wywiadach, rozmowach i badaniach ankietowych, przeprowadzonych wśród wszystkich grup użytkowników obiektu.

Badania nad jakością behawioralną, czyli wymaganiami użytkowników wobec budynku, są trudne do przeprowadzenia, gdyż opierają się na elementach niełatwo poddających się ocenom obiektywnym. Ocena tej jakości dotyczy zarówno wygody, komfortu, zadowolenia, przyjemności płynącej z zamieszkania w budynku, jak i spraw związanych z estetyką przestrzeni wewnętrznej oraz zewnętrznej, i jej oddziaływania na nastrój, psychikę i zdrowie mieszkańców.

Problemy dotyczące jakości behawioralnej możemy rozpatrywać z jednej strony jako zagadnienie oddziaływania otoczenia, poszczególnych stref i przestrzeni na samopoczucie użytkownika, z drugiej jako reakcje użytkownika na warunki panujące w obiekcie, np. mikroklimat: zmiany termiczne, zapachy, zróżnicowanie wrażeń dźwiękowych, słuchowych i dotykowych. Ocena tej jakości jest bardzo czasochłonna i wymaga dużego zaangażowania ze strony prowadzącego badania. Niezbędna jest też ścisła współpraca z użytkownikami i mieszkańcami danej placówki, którzy najlepiej orientują się w problemach i brakach występujących w ich środowisku i mogą udzielić cennych informacji. Najlepszą techniką badawczą są w tym przypadku badania ankietowe oraz bezpośrednie kontakty: rozmowy i dyskusje prowadzone wg przygotowanej wcześniej listy pytań i problemów.

MB-Z

B: Bielak, 2010, 2011.

O: dom opieki, dom pomocy społecznej, standardy zamieszkania w DPS dla osób starszych.

TK: ang. *behavioral, functional and technical quality of social welfare home for elderly*, fr. *la qualité comportementale, fonctionnelle et technique la maison d'accueil*, hiszp. *calidad conductual, funcional y técnica el hogar de bienestar social*, niem. *Verhaltensqualität, funktionale und technische Qualität das Heim der Sozialfürsorge*, ros. *поведенческий, функциональный и техническое качество дома престарелых*.

jakość życia

oraz subiektywna ocena → życia, czyli poczucie jakości życia, to najważniejsze z zagadnień stanowiących przedmiot zainteresowań przedstawicieli współczesnych nauk społecznych. Termin „poczucie jakości życia" bywa zamiennie używany z takimi pojęciami jak: szczęście (szczęśliwość), → satysfakcja życiowa, → dobrostan [psychiczny], zadowolenie itp. Najogólniejsza definicja psychologiczna zakłada, że poczucie jakości życia jest poznawczą, refleksyjną oraz emocjonalną oceną własnej sytuacji życiowej. Ta ocena dotyczyć może całości życia, jak również poszczególnych jego dziedzin, wśród których za najważniejsze uznawane są: → zdrowie i kondycja fizyczna, status społeczny i materialny, relacje z otoczeniem, bliskie więzi, realizacja zadań i celów (sukcesy i porażki), zgodność aktywności z predyspozycjami, zainteresowaniami, marzeniami (samorealizacja), wolność i samostanowienie, a także → poczucie sensu życia jako całości i sensu własnych działań (Straś-Romanowska, 2005, 2006). Ludzie przypisują różne znaczenia poszczególnym kategoriom, ponadto ich rola w określaniu poczucia jakości życia zmienia się z wiekiem, może także ulegać zmianie pod wpływem zdarzeń losowych. Niewątpliwie jednak potrzeba dobrej jakości życia stanowi dla wszystkich istotne źródło motywacji do działania i rozwoju. Wyniki badań nad jakością życia osób starszych należą do stosunkowo najmniej konkluzywnych, niekiedy nawet są ze sobą sprzeczne, co z jednej strony wynika z samej specyfiki jakości życia jako kategorii nieostrej, wieloaspektowej i wieloczynnikowo uwarunkowanej, z drugiej zaś z typowej dla wieku → starzenia się indywidualizacji we wszystkich obszarach życia. Bezsporne ustalenia dotyczą kwestii zdrowia jako czynnika mającego najważniejszy wpływ na jakość życia → seniorów, od którego w znacznej mierze zależy aktywność, poczucie bezpieczeństwa i panowanie nad perspektywą własnej przyszłości. Podobne, acz nieco mniejsze znaczenie, ma status materialny. W dalszej kolejności, choć również na dość wysokiej pozycji, sytuują się dobre relacje z ludźmi, serdeczne więzi, uczestniczenie w spotkaniach towarzyskich. Niekiedy większą pozytywną rolę odgrywają kontakty z przyjaciółmi niż z → rodziną. Rodzina, zwłaszcza dzieci, bywa wskazywana jako źródło trosk i zmartwień. Pozostawanie w związku małżeńskim również nie stanowi jednoznacznego, bezwarunkowego zabezpieczenia dobrej jakości życia. Jest takim buforem wówczas, gdy relacje między małżonkami są satysfakcjonujące, w przeciwnym razie dostarczają przeżyć obniżających poczucie jakości życia (Nawrocka, 2013). Długotrwały, szczęśliwy związek z reguły bardziej służy dobrostanowi mężczyzn niż kobiet, pozytywnie koreluje też z → długością [trwania] życia. Niemniej, jakiekolwiek bliskie relacje, a najlepiej dobre, stanowią jeden z najważniejszych wyznaczników jakości życia seniorów (i nie tylko). → Samotność i osamotnienie [w okresie starości] są poważnym zagrożeniem dla poczucia sensu życia i w konsekwencji dla całej jego jakości. Badania pokazują, że pensjonariusze → domów pomocy społecznej mają wyższe poczucie jakości życia niż osoby mieszkające samotnie, a niekiedy nawet wyższe niż osoby mieszkające z rodziną, jeśli nie ma w niej zgody i miłości (Niewiedział, 2010; Okła, 2006). Współczesne badania coraz częściej dostarczają danych przekonujących o znaczeniu aktywności seniorów dla ich poczucia jakości życia (Czapiński, 2004; Nawrocka, 2013; Steuden, 2014). Aktywny tryb życia, jak również zróżnicowana aktywność, podtrzymująca poczucie własnej wartości, chroniąca przed izolacją, odwracająca uwagę od drobnych dolegliwości i trudności związanych z adaptacją do ograniczeń powodowanych naturalną utratą witalności, zdecydowanie poprawiają ogólny dobrostan. Ważnym, ale wrażliwym czynnikiem określającym subiektywną jakość życia są aspiracje. Jeśli nie przekraczają one możliwości jednostki, ich realizacja sprzyja dobrej jakości życia, gdy natomiast są zbyt wygórowane, mogą stać się źródłem złego samopoczucia psychicznego. Na ogół osoby mniej wymagające, zarówno od siebie, jak i od innych, są bardziej zadowolone z życia. Inne cechy osobowości sprzyjające pozytywnemu samopoczuciu psychicznemu, to ekstrawersja i niski poziom neurotyczności. Cechy te nie mają wprawdzie bezpośredniego wpływu na poczucie jakości życia, lecz modyfikują jego nasilenie. Ekstrawersja np. ułatwia nawiązywanie relacji, znajdowanie wsparcia, odwracanie uwagi od drobnych dolegliwości, natomiast neurotyczność utrudnia kontakty z ludźmi, wzmaga podatność na → stres. Dodatkowo, choć niespecyficznie, dobrostanowi psychicznemu sprzyjają: optymizm, poczucie humoru, a ponadto umiejętność dystansowania się wobec przykrych sytuacji, postawa akceptująca zdarzenia, które pozostają poza własną kontrolą (ang. *let*

be attitude), refleksyjność oraz wiara w głębszy sens tego, na co się nie ma wpływu. Charakterystycznym dla osób starszych czynnikiem określającym poczucie jakości życia jest → bilans życiowy, stosunek do przeszłości, wyrażający się w sposobie interpretacji zdarzeń życiowych. Pozytywny bilans zależy nie tyle od rzeczywistych sukcesów i niepowodzeń, ile od przyjmowanej perspektywy interpretacyjnej, systemu wartości i kontekstu znaczeniowego. Im szersza perspektywa, im rozleglejsze tło interpretacyjne, tym większe są szanse na znalezienie odpowiedzi na trudne, a ważne pytania egzystencjalne. Istotną rolę w zmaganiu się z tego typu pytaniami odgrywa postawa religijna (Hill, 2009). Doceniając znaczenie pozytywnego bilansu życia dla poczucia jakości życia, niektórzy doświadczeni psychogerontolodzy proponują organizowanie dla osób starszych profesjonalnej pomocy w postaci tzw. wspomaganego powrotu do przeszłości, która to pomoc polega na inspirowaniu, towarzyszeniu i ukierunkowywaniu rozmowy o dawnych doświadczeniach w taki sposób, aby wydobyć z nich jak najwięcej pozytywnych aspektów i rozpoznać w nich sens (Bee, 2004).

MMS-R

B: Bee, 2004; Czapiński, 2004; Hill, 2009; Nawrocka, 2013; Niewiedział, 2010; Okła, 2006; Steuden, 2011; Straś-Romanowska, 2005, 2006.

O: dobrostan psychiczny, poradnictwo egzystencjalne, satysfakcja życiowa.

S: jakość istnienia, poziom życia, stopa życiowa.

TK: ang. *quality of life*, fr. *qualité de la vie*, hiszp. *calidad de vida*, niem. *Lebensqualität*, ros. *качество жизни*.

jakość życia osób starszych

Określenie → **jakość życia** – stosowane przez badaczy różnej orientacji teoretycznej – nie doczekało się jednolitej konceptualizacji, jest pojęciem wieloaspektowym i złożonym. Jakość życia nie jest własnością stałą, nadaną, lecz zmienia się pod wpływem uwarunkowań środowiskowych oraz jednostkowych. Jest właściwością, którą cechuje płynność i swoisty dynamizm, podlega zmianom wraz ze zmianami dokonującymi się w jednostce. Określana jest poprzez interpretację sytuacji egzystencjalnej jednostki, a indywidualna percepcja, potrzeby, pragnienia, uznawane wartości, doświadczenia, filozofia → życia, poglądy i → wsparcie społeczne stają się filtrem dla odczuwania jakości życia (Dębska, 2007).

Niektórzy badacze podkreślają subiektywizm i wielowymiarowość jako immanentne cechy jakości życia. Przykładem takiego podejścia jest ujmowanie jakości życia jako odczucia własnego życia przez przeżywanie go (Kowalik, 1995). Różnorodność zdarzeń życiowych owocuje wzbudzaniem jakościowo odmiennych stanów emocjonalnych, a ich suma składa się na poczucie jakości życia.

W przeżyciu istotne jest kojarzenie elementów własnego doświadczenia z percepcją rzeczywistości oraz stosunek do informacji o poznawanej rzeczywistości z perspektywy ich znaczenia dla własnego życia.

Poznawcze ustosunkowanie się wobec własnego życia i sposobu jego przeżywania Stanisław Kowalik nazywa świadomością refleksyjną. Im bardziej jest ona rozwinięta, tym bardziej dana osoba jest podmiotem swojego życia i większa jest jej niezależność od wpływu otoczenia. Na jakość życia wpływa nie tylko zewnętrzny świat zawierający różnorodne bodźce, lecz także to, na ile wiedza o otoczeniu zostaje zintegrowana z osobistymi doświadczeniami danej osoby. „O jakości życia decyduje jakość jednostkowych, codziennych przeżyć, których źródła poszukiwać można w podmiotowym systemie poznawczym" (Kowalik, 2000).

Zagadnienie jakości życia można analizować także w wymiarach:

- przyjmowanych przez osoby starsze wartości i zakresu ich zaspokajania,
- subiektywno-przeżyciowego aspektu bycia osobą starszą (istotna staje się głębia i trwałość pozytywnych przeżyć i doświadczeń jednostki),
- bycia autorem swojego życia (Maciuszek, 1995).

W takim ujęciu realizacji indywidualnych planów towarzyszy wzrost jakości życia, dlatego podkreślana jest wartość wewnątrzsterowności, podmiotowości, podejmowanie działań zgodnie z własnym, niepowtarzalnym „ja". Rozwój podmiotowości wpływa na zwiększenie jakości życia, ważna jest zatem świadomość potencjału rozwojowego jednostki.

Odwołując się do koncepcji osobowości Kazimierza → Obuchowskiego (2000), dostrzec można znaczenie dwóch mechanizmów: pozyskiwania dystansu psychicznego wobec siebie i otaczającego świata oraz adaptacji twórczej dla kształtowania jakości życia osoby. Każdy człowiek jest dla siebie źródłem zmian decydujących o wzroście lub spadku jakości życia „[…] nie ma granic wiekowych dla podjęcia realizacji działań nadających sens życiu i nawet w późnym wieku działalność ta może zmienić już, wydawałoby się, ustabilizowaną biografię" (Obuchowski, 2000). Człowiek jest odpowiedzialny za przebieg własnej egzystencji i nadawanie sensu oraz jakości swojemu byciu w świecie, także w późnej dorosłości. Badaniem jakości ży-

cia osób w → późnej dorosłości zajmowała się Anna Izabela Brzezińska. Zadaniem badanych było subiektywne ustosunkowanie się do ważności potrzeb zgrupowanych w pięć kategorii: bezpieczeństwo, związki z ludźmi, działalność dla innych, aktywność i praca, wypoczynek i → czas wolny. Interesujące były wyniki: osoby starsze z czterech na pięć kategorii uzyskały ocenę pozytywną. Osoby powyżej 60. r.ż. wykazały niskie poczucie jakości życia jedynie w obszarze bezpieczeństwa, podczas gdy w pozostałych kategoriach poczucie jakości życia oceniły jako wysokie (Brzezińska, 2000).

Zdaniem Adama A. Zycha główną determinantą jakości życia jest aktywność człowieka, a zależność między tymi dwiema dymensjami jest wprost proporcjonalna. Bycie biernym zaniża w znacznym stopniu jakość życia osoby w późnej dorosłości. Natomiast warunkiem zachowania zadowalającego stanu → zdrowia i → adaptacji do starości jest utrzymanie optymalnego poziomu aktywności psychofizycznej. „Jedną z podstawowych cech wartościowego życia na przełomie dojrzałości i starości jest aktywność. Organizm człowieka przeznaczony jest właśnie do aktywności i działania" (Zych, 1999).

Potwierdzając znaczenie aktywności jako wyznacznika jakości życia, warto odwołać się do opracowań Józefa Drabika, który badał fizyczny przejaw aktywności osób starych. → Aktywność fizyczna pozytywnie oddziałuje na regulowanie procesów fizjologicznych organizmu, a także optymalizuje psychospołeczne funkcjonowanie osób starszych. Wzrost aktywności przyczynia się do poprawy samopoczucia, obniżenia poziomu dystresu dzięki temu, że obniża lęk, poprawia samoocenę, zwiększa niezależność, częstotliwość kontaktów społecznych, a wszystko to wpływa na poprawę poczucia jakości życia (Drabik, 1996).

Istnienie zależności pomiędzy aktywnością psychiczną a jakością życia wykazały badania Aleksandry Błachnio, które prowadzone były w dwóch grupach: osób mieszkających w → domu pomocy społecznej oraz prywatnych gospodarstwach. Wyniki badań wykazały brak zależności między miejscem zamieszkania a poczuciem jakości życia. Nie wykazano istotnych statystycznie związków między miejscem zamieszkania a poczuciem jakości życia i pragnieniem aktywności. Ponadto analiza porównawcza podejmowanych form aktywności psychicznej, fizycznej oraz społecznej osób starszych z obu grup nie wykazała istotnego ich zróżnicowania. Wysoka aktywność psychiczna współwystępowała z deklarowanym wysokim poczuciem jakości → życia psychicznego (Błachnio, 2002). Jednakże należy uwzględnić to, że wraz z postępującym procesem → starzenia się, możliwości organizmu ulegają ograniczeniu. „Do dziś nierozstrzygnięta pozostaje kontrowersja, czy typową i zarazem korzystną z rozwojowego punktu widzenia reakcją na wyzwanie starości jest aktywność jednostki, czy też jej wycofywanie się i rezygnacja z dotychczasowego → stylu życia" (Straś-Romanowska, 2011).

Trudno negować wpływ środowiska na jakość życia człowieka, lecz nie jest to główna determinanta. W teoretyczno-psychologicznym podejściu do kategorii jakości życia uwzględnia się rolę wrażeń, poczucia szczęścia, samopoczucia i indywidualne dyspozycje do podejmowania wyznaczonych zadań. Analizując jakość życia, bierze się pod uwagę różnice intrapersonalne, interpersonalne i środowiskowe (Kowalik, 1995). Osoby starsze różnią się między sobą zasobami zewnętrznymi, wewnętrznymi, zarówno z dotychczasowych etapów życia, jak i aktualnego.

Okres późnej dorosłości związany jest z doświadczaniem wielorakich strat, takich jak: utrata zdrowia, kondycji fizycznej, urody, pracy i związanej z nią pozycji społecznej, zabezpieczenia finansowego, kontroli nad własnym życiem, możliwości wyboru. Najdotkliwsza jest → utrata tych, których kochamy, współmałżonka, przyjaciół, członków → rodziny (Viorst, 1996). Istotną kwestią jest nie to, jakich strat doświadczamy, bo są one nieuchronne, lecz to, jak sobie z nimi radzimy, z jakiego rodzaju zasobów korzystamy.

Możemy wyróżnić potencjalne cztery obszary czynników ryzyka, które w istotny sposób obniżają poczucie jakości życia w późnej dorosłości (Brzezińska, 2005). Należą do nich zasoby wewnętrzne i zewnętrzne z dotychczasowego życia oraz zasoby wewnętrzne i zewnętrzne z bieżącego życia, czyli późnej dorosłości. Zasoby wewnętrzne ukształtowane w poprzednich okresach życia obejmują wszelkiego rodzaju umiejętności, wiedzę, zakres doświadczeń, wspomnienia, zarówno pozytywne, jak i negatywne, stosunek do siebie i innych ludzi, a także ogólną postawę wobec życia. Na zasoby zewnętrzne z dotychczasowego życia składa się kapitał społeczny, bogactwo kontaktów rodzinnych, przyjacielskich i koleżeńskich. Istotny jest także charakter środowiska, w którym żyliśmy, począwszy od domu rodzinnego, przez środowisko lokalne, towarzyskie, które rozrastało się na przestrzeni lat. Znaczenie ma to, w jakim środowisku żyliśmy, czy było ono wspierające, aktywne, czy też skłócone i bezradne w sytuacjach trudnych. Kolejne zasoby odnoszą się do obecnego czasu życia, czyli późnej dorosłości. Zasoby wewnętrzne, tj. proces starzenia się, kondycja

psychofizyczna, dynamika doświadczanych → chorób, poczucie kontroli nad sytuacją i związane z tym poczucie sprawstwa oraz podmiotowości. Natomiast zasoby zewnętrzne w aktualnym okresie życia obejmują różne instytucje, z których pomocy i usług korzystamy, ich dostępność i kompetencje pracowników (urzędy, banki, sklepy, placówki służby zdrowia). W kontekście funkcjonowania tych instytucji istotny jest także wizerunek → starości promowany w mediach.

Możliwość czerpania z poszczególnych zasobów, nawet jeśli odwołujemy się do sytuacji z przeszłości, w której sobie poradziliśmy lub zrealizowaliśmy swoje zamierzenia, podnosi zaufanie do swoich możliwości i wzmacnia odporność na aktualnie odczuwane trudności. Jest to szczególnie pomocne wtedy, gdy ograniczeniu ulega przestrzeń zarówno fizyczna, jak i społeczna oraz psychiczna. Przestrzeń fizyczna zawęża się, gdyż coraz trudniej dotrzeć w niektóre miejsca, zmniejsza się także aktywność rekreacyjna bądź turystyczna. Kurczy się krąg znajomych, ograniczają się spotkania rodzinne, towarzyskie i wiele kontaktów grupowych bądź interpersonalnych. Ograniczeniu ulega też przestrzeń psychiczna, pogarsza się funkcjonowanie narządów zmysłu, kondycji psychicznej. Wszystko to powoduje zmniejszanie się przestrzeni rozwoju indywidualnego. Zatem to, jak sobie poradzimy z ograniczeniami, zależy od tego, z jakimi kompetencjami i zasobami wchodzimy w późną dorosłość (Brzezińska, 2005).

Wnikliwej analizy jakości życia osób starszych dokonał Tomasz Frąckowiak (2012). Wykorzystana przez niego w badaniach koncepcja Marii Straś-Romanowskiej wskazuje, że jakość życia jest zjawiskiem złożonym, wielowymiarowym, a życie psychiczne przebiega w czterech wymiarach: psychofizycznym, psychospołecznym, podmiotowym i metafizycznym; jest to więc zadowolenie doświadczane we wszystkich sferach. Poczucie jakości życia osób długowiecznych przedstawiono w odniesieniu do osób na etapie wczesnego i późnego starzenia się. Okazało się, że poczucie jakości życia na ostatnim etapie zmienia swoją strukturę. Najwięcej wysokich wyników w sferze metafizycznej odnotowano wśród osób długowiecznych (40%), w grupie późnego (34%) i wczesnego (36%) starzenia się. Dzięki wartościom transcendentnym, powiązanym ze sferą duchową, osoby długowieczne mogą przekraczać ograniczenia, co wpływa na globalny dobrostan. Z wiekiem słabnie zadowolenie z fizycznej, społecznej i podmiotowej sfery egzystencji. W psychospołecznej sferze rozkład wysokich wyników jest taki sam jak w sferze psychofizycznej i podmiotowej, najwyższy w grupie wczesnej, niższy w średniej i zbliżony w późnej starości (Frąckowiak, 2012).

Poczucie spełnienia i zadowolenia osób starszych jest wynikiem zdobywania mądrości w trakcie życia. Mądrość osób starszych wiąże się z wewnętrznym spokojem, wolnością w wyrażaniu opinii, poglądów, redukcją powierzchownych kontaktów interpersonalnych, a przede wszystkim z → poczuciem sensu życia. (Steuden, 2012). O mądrości życiowej decyduje bogactwo życiowych doświadczeń, zwłaszcza kiedy poddajemy je refleksji, kiedy się uczymy i sprawdzamy w życiu oraz modyfikujemy swoje przekonania. Dlatego niezwykle ważna jest problematyka wpływu → mądrości życiowej na jakość życia osób w późnej dorosłości.

Teoria mądrości zawiera odniesienia do koncepcji inteligencji praktycznej oraz założeń psychologii poznawczej, psychologii motywacji i psychologii rozwoju w biegu życia (Uchnast, 2006). Mądrość stanowi wiedzę ekspercką o istocie i sensie ludzkiego życia, sposobach planowania i kierowania nim oraz strategiach osiągania dobrego życia. Zatem cechami mądrości jest szeroka wiedza oraz praktyczna znajomość warunków ludzkiego rozwoju, rozumienie celów i/lub obowiązków życiowych. Istotna jest także świadomość ludzkich ograniczeń oraz praktyczna znajomość działania czynników sytuacyjnych i społecznych na ludzkie życie. Mądrość wymaga integracji czynników poznawczych, interpersonalnych, osobowych, duchowych i łączy się z motywacją dążenia do doskonałości (Steuden, 2012). Wpływ mądrości życiowej na jakość życia osób w późnej dorosłości nie jest w pełni zbadany. Próby określenia związku między poziomem mądrości życiowej a poczuciem jakości życia podjęła się Monika Ardelt (1997), badając 120 kobiet i mężczyzn w późnej dorosłości. Wykazała ona, że mądrość życiowa opisywana przez wymiar poznawczy, emocjonalny, refleksyjny, ma pozytywny wpływ na jakość życia, niezależnie od obiektywnych okoliczności. Ponadto na jakość życia wpływa także umiejętność akceptacji ludzkich ograniczeń oraz to, że → śmierć jest integralną częścią życia, co jest zdecydowanie łatwiejsze dla osób o wysokim poziomie mądrości życiowej. Osoby mądre życiowo czerpią satysfakcję z życia, nawet jeśli obiektywne warunki ich egzystencji nie są najlepsze (Ardelt, 1997).

Związek między poziomem mądrości życiowej a poczuciem jakości życia badali także Kaja Wojciechowska i Stanisław Steuden. Do określenia mądrości życiowej wykorzystali koncepcję Ardelt, która ujmuje ją jako integrację poznawczych, refleksyjnych i emocjonalnych elementów. Wymiar poznawczy związany jest

z głębszym rozumieniem życia, świadomością nieprzewidywalności zdarzeń, ograniczoności wiedzy oraz akceptacji pozytywnych i negatywnych aspektów życia. Refleksyjny wymiar mądrości dotyczy spostrzegania sytuacji i zdarzeń z różnych stron oraz rozumienia i znajomości siebie. Wymiar emocjonalny odnosi się do sposobu funkcjonowania w relacjach społecznych, zdolności do empatii i współczucia (Ardelt, 2003). Zatem mądra osoba stara się postrzegać rzeczywistość z różnych perspektyw, dąży do zrozumienia sensu zdarzeń i ma świadomość ograniczenia ludzkiej wiedzy, a kwestie uniwersalne przedkłada nad dobrostan indywidualny. Natomiast poziom jakości życia został oceniony globalnie w czterech podskalach: poczucia kontroli, autonomii, samorealizacji oraz przyjemności. Wyniki badań pokazały, że ogólna jakość życia osób starszych jest na poziomie średnim, a ze wszystkich wymiarów najbardziej zaspokojona jest potrzeba przyjemności. Ludzie starsi chcą doświadczyć jak największej liczby zdarzeń, z których czerpią satysfakcję. Pozytywnie oceniają przeszłość i mają plany na przyszłość. Zadowoleni są ze swoich kontaktów społecznych, towarzyszy im także poczucie sensu życia (Wojciechowska, Steuden, 2015). Wykazano istotne zależności pomiędzy mądrością życiową a jakością życia. Ogólny wynik mądrości życiowej koreluje z wynikiem ogólnym jakości życia. Mądrość życiowa koreluje nisko z autonomią i samorealizacją oraz umiarkowanie z kontrolą. Najsilniejsza zależność występuje między wymiarem refleksyjnym a ogólną jakością życia, co oznacza że wraz ze wzrostem umiejętności spostrzegania sytuacji i zdarzeń z różnych perspektyw oraz rozumienia siebie wzrasta jakość życia poprzez zaspokojenie potrzeb, które się na nią składają. Wzrasta poczucie wpływu na własne życie oraz zdolność do planowania przyszłości. Osoby cechujące się wysoką jakością życia różnią się pod względem umiejętności spostrzegania sytuacji z różnych stron od osób z wysokim poczuciem niezależności i wpływu na własne życie, a także od osób z pozytywnym nastawieniem do życia. Pokazuje to, że mają one większą znajomość swoich preferencji i lepiej rozumieją własne potrzeby. Osoby z wysokim poczuciem niezależności i wpływu na własne życie różnią się pod względem ogólnej mądrości życiowej od osób przejawiających wysoki poziom jakości życia. Generalnie badani charakteryzują się umiarkowanym poziomem mądrości życiowej, obejmującej wymiary: poznawczy, refleksyjny oraz emocjonalny, co oznacza, że mają przeciętne umiejętności w głębszym rozumieniu życia, m.in. nieprzewidywalności zdarzeń oraz akceptacji pozytywnych i negatywnych aspektów życia. Poziom współodczuwania, współczucia i zdolności do empatii jest także przeciętny. Ponadto zdolność rozumienia siebie i znajomość własnych preferencji jest powierzchowna. Świadczyć to może o tym, że badani nie do końca pomyślnie rozwiązali kryzysy występujące na wcześniejszych etapach życia, cechują się ponadto umiarkowanym poziomem jakości życia. W skali przyjemności osiągają wysokie wyniki, a w pozostałych skalach na poziomie średnim. Osoby starsze pomimo codziennych trudności zaspokajają swoje potrzeby, znajdują nowe źródła przyjemności. Należy pamiętać, że sposoby zaspokajania takich potrzeb jak przyjemność i samorealizacja są zmienne i zależne od kontekstu. Analizy badań potwierdziły tezę, że wraz ze wzrostem poziomu mądrości życiowej wzrasta poczucie jakości życia. Ogólna mądrość życiowa współwystępuje z poczuciem wpływu na własne życie, z umiejętnością beztroskiego planowania go oraz ze świadomością niezależności od innych. Ludzie oceniający wyżej swoją mądrość życiową odczuwają satysfakcję z życia i czują przypływ energii. Wraz z zaspokojeniem potrzeb wchodzących w skład jakości życia można mówić o wzroście umiejętności składających się na mądrość życiową (Wojciechowska, Steuden, 2015).

Z jakością życia osób starszych ma związek orientacja temporalna i postrzeganie → czasu. Za optymalną orientację temporalną uważana jest elastyczna koncentracja na wszystkich wymiarach czasu (przeszłość, teraźniejszość i przyszłość). Koncentracja na przyszłości wspiera osiąganie celów, teraźniejszość sprzyja doświadczaniu radości, przyjemności, a pozytywne skupienie na przeszłości umacnia poczucie tożsamości. Aby osiągnąć zrównoważoną perspektywę temporalną, trzeba elastycznie dopasować się do sytuacji. Philip George Zimbardo uważa, że osoby skoncentrowane głównie na przyszłości cechowała niska potrzeba poszukiwania wrażeń, niski poziom lęku, a dużo czasu przeznaczały one na naukę. Wychylanie się w kierunku przyszłości sprzyja postrzeganiu życia jako uporządkowanego, z jasnymi celami. Natomiast słabe poczucie sensu życia współwystępuje z koncentracją na przeszłości (Sobol-Kwapińska, 2007).

W badaniach związku pomiędzy jakością życia a postrzeganiem czasu u osób starszych została wykorzystana teoria Paula Higgsa i współprac. (2003), wspierająca się na głównych potrzebach wpływających na ocenę jakości życia, czyli kontroli, autonomii, samorealizacji, przyjemności. Okazuje się, że wysoka jakość życia współwystępuje z postrzeganiem czasu jako konstruktywnego. Osoby mające zaspokojone potrze-

by kontroli, autonomii, samorealizacji i przyjemności, myślą o czasie w kontekście realizacji swoich możliwości, a poczucie wpływu na czas daje motywację do twórczej aktywności. Jednym ze sposobów zaspokojenia tych potrzeb jest aktywna postawa osób starszych w społeczeństwie (Olczykowska, 2015).

Jakość życia w dużym stopniu wyjaśnia strukturę temporalną, a zaspokojenie wszystkich wymienionych czterech potrzeb jest podstawą do pozytywnej oceny czasu i dobrej organizacji działania rozłożonej w czasie. Poza tym zaspokojenie potrzeb sprzyja odczuwaniu wielu pozytywnych emocji związanych z czasem. Trzy spośród czterech czynników jakości życia w sposób istotny wpływają na wyjaśnianie struktury temporalnej. Wymiar samorealizacji wyjaśnia pozytywne postrzeganie czasu, wymiar kontroli – stopień koncentracji na przyszłości, a zaspokojenie potrzeby autonomii wpływa na negatywne postrzeganie czasu, odczuwanie presji czasu, a także stopień koncentracji na przeszłości i teraźniejszości. Natomiast brak zaspokojenia potrzeby autonomii generuje nieustanny lęk przed nieuchronnością śmierci. Poprzez podnoszenie jakości życia osób w późnej dorosłości można wpłynąć na ich funkcjonowanie w kontekście temporalności. Dzięki integracji minionych wydarzeń z teraźniejszością oraz przyszłością osoby starsze radzą sobie z trudnościami. Wysoka jakość życia pomaga w ciągłym rozwoju oraz wykorzystaniu własnych możliwości.

AWI

B: Ardelt, 1997, 2003; Błachnio, 2002; Brzezińska, 2000, 2005; Dębska, 2007; Drabik, 1996; Frąckowiak, 2012; Higgs i współprac., 2003; Kowalik, 1995, 2000; Maciuszek, 1995; Obuchowski, 2000; Olczykowska, 2015; Sobol-Kwapińska, 2007; Steuden, 2011, 2012; Straś-Romanowska, 2011; Uchnast, 2006; Viorst, 1996; Wojciechowska, Steuden, 2015; D. Zawadzka, Stalmach, 2015; Zych, 1999.

O: dobrostan psychiczny, jakość życia, poradnictwo egzystencjalne, satysfakcja życiowa, zadowolenie z życia.

S: jakość istnienia osób starszych, poziom życia osób starszych, stopa życiowa osób starszych.

TK: ang. *quality of life in older people*, fr. *la qualité de la vie de personnes âgées*, hiszp. *calidad de vida de las personas mayores*, niem. *Lebensqualität älterer Menschen*, ros. *качество жизни пожилых людей*.

Jaroszewski Zdzisław Józef (1906–2000)

polski psychiatra, przedstawiciel ruchu higieny psychicznej. Odbył studia medyczne na Wydz. Lekarskim Uniw. Poznańskiego, gdzie był uczniem Stefana → Borowieckiego; w roku 1930 otrzymał dyplom doktora wszech nauk lekarskich na Uniw. Poznańskim. Od 1931 pracował w Szpitalu Psychiatrycznym w Świeciu nad Wisłą, następnie w szpitalach psychiatrycznych w Gnieźnie, Drewnicy i w Owińskach k. Poznania, równolegle był asystentem w Klinice Neurologiczno-Psychiatrycznej w Poznaniu. Po wybuchu II wojny światowej dowodził I Kompanią Sanitarną Obrony Warszawy (1939), następnie pracował jako lekarz w Goraju i Biłgoraju, równolegle prowadząc działalność konspiracyjną w oddz. „Ojczyzna" w Poznaniu. Zagrożony aresztowaniem zbiegł do Warszawy i pod zmienionym nazwiskiem, jako Józef Morawski, kontynuował działalność podziemną. Jednocześnie pracował w Inst. Higieny Psychicznej (IHP), współpracował również nad przygotowaniem działalności późniejszego Inst. Zachodniego w Poznaniu, członkiem którego został w 1945. W okresie 1948–1952 był dyrektorem Szpitala Psychiatrycznego w Koczorowie oraz w latach 1951–1952 zastępcą profesora psychiatrii sądowej Uniw. Mikołaja Kopernika w Toruniu. W okresie 1952–1975 był dyrektorem Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Drewnicy k. Warszawy, równolegle pracował w Inst. Psychoneurologicznym w Warszawie. Od 1975 był konsultantem w Zakładzie Organizacji Ochrony Zdrowia tegoż instytutu. Zajmował się psychiatrią kliniczną i sądową oraz problematyką odwykowego leczenia alkoholików, interesował się także zagadnieniami → psychogeriatrii (Jaroszewski, 1979), psychohigieny i zdrowia psychicznego. Został odznaczony m.in. Krzyżem Oficerskim i Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Złotym Krzyżem Zasługi, i wyróżniony odznaką Za wzorową pracę w służbie zdrowia (1993).

AAZ

B: Jaroszewski, 1979; Jaroszyński, Jaroszewski, Leder, 1976; Zych, 2013.

O: psychogeriatria.

jaskra (glaukoma)

Nazwą tą określa się postępujące uszkodzenie nerwu wzrokowego cechujące się zanikiem aksonów komórek zwojowych (il. 1). Powoduje ono charakterystyczne zmiany morfologiczne nerwu wzrokowego i ubytki w polu widzenia. Z uwagi na charakter zaniku w grupie tej wyróżnia się kilka typów schorzenia, które tak bardzo różnią się patomechanizmem i sposobami leczenia, że niektórzy autorzy postulują nawet rozróżnienie ich jako oddzielnych jednostek chorobo-

wych. Pojęcie „jaskry" jest dla okulisty bardziej określeniem zwyczajowym. W prawidłowej nomenklaturze konieczne jest bowiem dodatkowo określenie, czy zmiany mają charakter wrodzony czy nabyty, pierwotny czy wtórny, czy towarzyszy im wzrost ciśnienia wewnątrzgałkowego czy nie, oraz jaka jest konfiguracja kąta przesączania.

Kąt przesączania jest strukturą zlokalizowaną między nasadą tęczówki a rąbkiem – obwodową częścią rogówki. W tym miejscu znajduje się siateczka beleczkowania, czyli twór, przez który ciecz wodnista, produkowana przez ciało rzęskowe, opuszcza komorę przednią, aby udać się do kanału Schlemma, a dalej do krążenia żylnego. W zależności od tego, czy przepływ ten jest swobodny (kąt otwarty), czy też w jego obrębie lub dostępie do niego istnieje jakaś przeszkoda (kąt zamknięty), jaskrę dzieli się na postać z otwartym lub zamkniętym kątem, wyróżniając również formy pośrednie, jak jaskra przewlekle zamykającego się kąta, gdzie odpływ cieczy wodnistej bywa zaburzony, ale nie dzieje się tak w każdej sytuacji.

Jaskra należy do → chorób określanych mianem neuropatii nerwu wzrokowego. Zwykle przebiega z podwyższonym poziomem ciśnienia wewnątrzgałkowego (cwg lub IOP – od ang. *intraocular pressure*), ale wyróżnia się też postać jaskry normalnego ciśnienia (częściej u kobiet), gdzie neuropatia postępuje mimo poziomu cwg w granicach normy. Za wartości prawidłowe przyjmuje się te w przedziale 10–21 mmHg, ale jest to osobniczo zmienne. Dla danego pacjenta szkodliwe może być ciśnienie rzędu 18 mmHg, a są obserwowane przypadki, w których mimo utrzymującego się ciśnienia powyżej 21 mmHg nie dochodzi do uszkodzenia nerwu wzrokowego. Należy zatem zauważyć, że włączenie leczenia przeciwjaskrowego, które w każdym przypadku polega na obniżaniu ciśnienia, nie zawsze musi być związane z poziomem cwg powyżej tego, co powszechnie uważa się za górną granicę normy. Innymi słowy, decyzja lekarza o rozpoczęciu leczenia u danego pacjenta zawsze wiąże się ze stwierdzeniem postępującego uszkodzenia nerwu wzrokowego, a niekoniecznie (choć w większości przypadków tak) z podwyższonym poziomem ciśnienia wewnątrzgałkowego.

Najczęstszą postacią jest jaskra pierwotna otwartego kąta. Przebiega zazwyczaj podstępnie, ponieważ zwyżki ciśnienia wewnątrzgałkowego rzadko są tak znaczące, by powodować dolegliwości bólowe, wystarczające jednak, by skutkować postępującym uszkodzeniem nerwu wzrokowego, a w konsekwencji objawiać się powolnym zawężeniem pola widzenia. Niestety, również ten objaw często narasta bardzo długo, zanim zostanie przez pacjenta zauważony. Po pierwsze, zwykle dzieje się to bardzo powoli, a po drugie, z morfologii ułożenia włókien nerwowych wynika to, że degradacja dotyczy najpierw tych odpowiedzialnych za widzenie obwodowe, a centralna ostrość wzroku może bardzo długo pozostać na poziomie dla pacjenta satysfakcjonującym. Taki nieuświadomiony ubytek w polu widzenia jest szczególnie niebezpieczny w sytuacjach wymagających dobrego widzenia obwodowego, np. za kierownicą samochodu. Rzadszą postacią jest jaskra zamkniętego kąta przesączania. Wyróżniamy tu postać ostrą, czyli ostre zamknięcie kąta, oraz postać przewlekłą.

Ostre zamknięcie kąta wiąże się często z dramatycznymi objawami w postaci bardzo silnego bólu, tęczowych kół wokół źródeł światła, nudności i wymiotów. Oko jest silnie zadrażnione i często twarde w dotyku, niemal jak kamień. Ostre zamknięcie kąta, kiedyś określane jako ostry atak jaskry, jest stanem nagłym w okulistyce i wymaga pilnej interwencji medycznej, często w postaci dożylnego podania leków obniżających ciśnienie wewnątrzgałkowe oraz profilaktycznego leczenia drugiego oka.

W postaci przewlekłej również mamy do czynienia z bólem, zamazanym widzeniem i zadrażnieniem gałki ocznej, ale objawy nie są tak nasilone jak we wcześniejszym przypadku. Czynnikiem wyzwalającym często bywa rozszerzenie źrenicy, powodujące utrudnienie odpływu cieczy wodnistej poprzez sfałdowanie tęczówki w pobliżu kąta przesączania. Poszerzenie źrenicy może nastąpić pod wpływem środków farmakologicznych (krople stosowane w diagnostyce okulistycznej, adrenalina podawana ogólnie, substancje psychoaktywne) oraz samoistnie w ciemnym pomieszczeniu, np. w sali kinowej.

Jak już wspomniano, można również wykorzystać podział z uwagi na pierwotne lub wtórne występowanie schorzenia. Jest to o tyle istotne, że jaskra będąca następstwem innych chorób oka, czyli postać wtórna, może wymagać innego leczenia niż postać pierwotna. Przykładem jest jaskra zamykającego się kąta w oku nadwzrocznym, czyli nieco mniejszym niż normowzroczne, z postępującą → zaćmą, czyli mętniejącą i powiększającą się soczewką. Rosnąca objętość soczewki, przy stosunkowo niewielkiej objętości gałki ocznej, może prowadzić do zamykania się kąta przesączania i utrudnienia odpływu cieczy wodnistej z oka, a w konsekwencji do wzrostu cwg i uszkodzenia nerwu wzrokowego. Zalecanym postępowaniem w takiej sytuacji jest usunięcie zmętniałej soczewki

i to nawet w przypadku, kiedy sama zaćma nie jest jeszcze wskazaniem do operacji. Wykonuje się zatem zabieg usunięcia soczewki celem leczenia przeciwjaskrowego. Wśród innych przyczyn jaskry wtórnej należy wymienić → cukrzycę, choroby wymagające stosowania preparatów steroidowych, stany zapalne gałki ocznej, czy urazy i powikłania zabiegów wewnątrzgałkowych.

Diagnostyka i monitorowanie jaskry to przede wszystkim badanie nerwu wzrokowego: jego morfologii (badanie dna oka, badania obrazowe) i funkcji (pole widzenia). Bardzo ważne jest badanie poziomu ciśnienia wewnątrzgałkowego, ale, jak już wspomniano, cwg w granicach normy nie wyklucza rozpoznania jaskry. Dla każdego pacjenta wyznacza się natomiast tzw. bezpieczny poziom ciśnienia i za pomocą terapii dąży do jego osiągnięcia i utrzymania.

Leczenie jaskry polega na obniżaniu ciśnienia wewnątrzgałkowego. Można to osiągnąć za pomocą metod farmakologicznych (krople, tabletki), laseroterapii, operacyjnie czy kombinacją wymienionych. Najczęściej stosowane są leki miejscowe w postaci kropli ocznych o różnym mechanizmie działania, w zależności od typu schorzenia oraz chorób dodatkowych pacjenta. Doraźnie można stosować acetazolamid (diuramid), mannitol, czy glicerol w postaci doustnej bądź wlewów dożylnych, ale są to leki obarczone ryzykiem wystąpienia działań niepożądanych nieuzasadniających dłuższego ich stosowania. Krople przeciwjaskrowe są stosunkowo prostą i niedrogą (większość leków jest refundowana) metodą leczenia. Do niepowodzeń terapii przyczynia się głównie nieprzestrzeganie zaleceń, reakcje uczuleniowe oraz wyczerpująca się w miarę trwania terapii skuteczność działania (rzadko). Nieprzestrzeganie zaleceń związane jest z tym, że codzienne zakraplanie oczu (nierzadko więcej niż raz dziennie) z czasem staje się dla pacjenta uciążliwe. Pojawiają się również skutki uboczne (zależne od typu preparatu) w postaci zadrażnienia oczu, przebarwienia skóry powiek, nadmiernego wzrostu rzęs czy uczucia suchości.

Istotną informacją, którą należy wziąć pod uwagę w momencie podjęcia decyzji o włączeniu farmakoterapii, jest konieczność stałego przyjmowania leku bądź leków. Jaskra jest → chorobą przewlekłą i postępującą, leczenie nie prowadzi do cofnięcia się powstałych już zmian, a jedynie zapobiega powstawaniu nowych bądź spowalnia tempo progresji. Podkreślenia wymaga to, że jaskry nie da się wyleczyć.

Należy o tym pamiętać także w przypadku decyzji o laseroterapii oraz metodach chirurgicznych. Ich wykorzystanie opóźnia moment wprowadzenia leczenia miejscowego (kropli) lub pozwala na zmniejszenie liczby zalecanych preparatów zwykle na czas od pięciu do dziesięciu lat. Bywają oczywiście przypadki, kiedy po zabiegu przeciwjaskrowym pacjent nie musi stosować leków przez dłuższy czas, ale należą one do rzadkości.

Do metod laserowego leczenia jaskry zaliczamy laserową irydotomię (czyli wycięcie otworu w tęczówce), trabekuloplastykę (ALT) i selektywną trabekuloplastykę (SLT). Irydotomia jest metodą z wyboru w przypadku jaskry zamykającego się kąta, jak również w przypadku ostrego zamknięcia kąta, gdzie wykonywana jest profilaktycznie (zapobiegawczo) w drugim oku. Dwa ostatnie zabiegi natomiast wykonuje się w jaskrze z otwartym kątem przesączania i polegają na takiej modyfikacji struktury siateczki beleczkowania w kącie przesączania, która pozwala na zwiększenie odpływu cieczy wodnistej z gałki ocznej. Ich skuteczność ocenia się zwykle na pięć do dziesięciu lat i są częstym wyborem u osób młodszych, bardziej narażonych na skutki uboczne wieloletniego stosowania kropli.

Metody chirurgiczne są wciąż udoskonalane. Można je podzielić na zabiegi penetrujące, podczas których wytwarza się sztuczną komunikację między komorą przednią a przestrzenią podspojówkową, oraz niepenetrujące. Inny podział polega na wydzieleniu zabiegów obniżających ciśnienie wewnątrzgałkowe poprzez zmniejszenie produkcji cieczy wodnistej oraz tych ułatwiających jej odpływ. Historycznie najstarszym zabiegiem stosowanym do dzisiaj jest trabekulektomia. Jest zabiegiem penetrującym, ułatwiającym odpływ cieczy wodnistej z gałki ocznej. Polega na wycięciu części struktur kąta przesączania, co powoduje swobodny wypływ płynu z komory przedniej pod specjalnie wypreparowaną poduszkę pod spojówką. Jest zabiegiem skutecznym, ale o ograniczonej przewidywalności: z uwagi na brak kontroli odpływu może dochodzić do nadmiernego spadku ciśnienia wewnątrzgałkowego, co prowadzi do powikłań m.in. w postaci nieprawidłowego ukrwienia i odżywienia struktur gałki ocznej. Wymusiło to konieczność opracowania technik o bardziej stabilnym przebiegu pooperacyjnym. Zaliczamy do nich sklerektomię głęboką nieperforującą z lub bez kolagenowego implantu wszczepianego do kanału Schlemma (droga odpływu dla cieczy wodnistej), wiskokanaloplastykę i kanalostomię. Dwa ostatnie zabiegi polegają na modyfikacji kanału Schlemma, celem ułatwienia odpływu cieczy wodnistej.

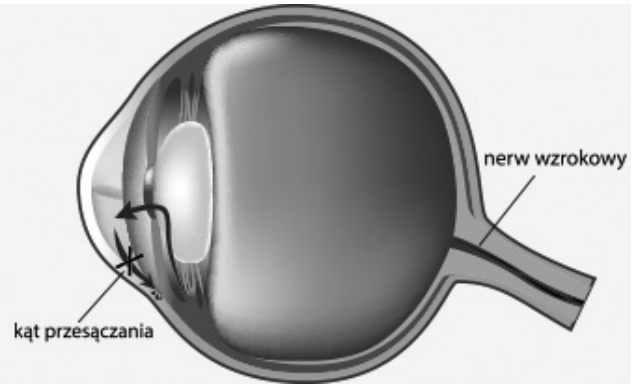
Dla cięższych przypadków zwykle zarezerwowane są metody zastawkowe, czyli wszczepienie implantu drenującego ciecz wodnistą z intensywnością zależną od ciśnienia wewnątrzgałkowego, oraz destrukcja (całkowita lub częściowa) ciała rzęskowego, czyli struktury odpowiedzialnej za produkcję cieczy wodnistej, za pomocą lasera lub mrożenia (to drugie obecnie rzadziej stosowane). W jaskrze zamkniętego kąta dodatkowo stosuje się procedury modyfikujące strukturę tęczówki bądź samego kąta przesączania, czyli irydoplastykę i gonioplastykę. W tym typie jaskry chirurgia jest metodą z wyboru. Natomiast w przypadku jaskry otwartego kąta decyzję o przeprowadzeniu zabiegu operacyjnego podejmuje się zwykle w sytuacji, gdy leki nie zapewniają odpowiedniej kontroli ciśnienia lub liczba stosowanych preparatów staje się zbyt duża.

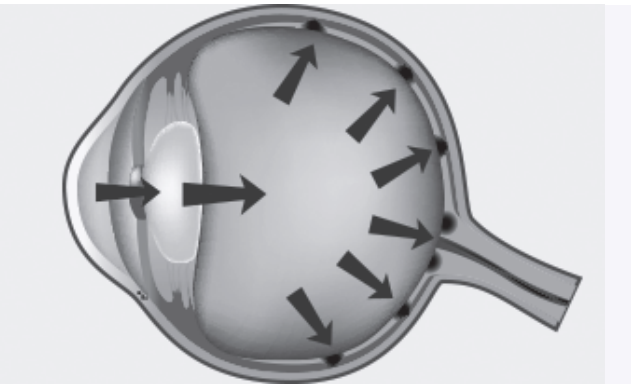
RK

N: http://jaskrabadania.pl…

O: budowa narządu wzroku, farmakoterapia w okulistyce, kompleksowe badanie okulistyczne, zmiany w narządzie wzroku w przebiegu procesu starzenia się.

TK: ang. *glaucoma*, fr. *glaucome*, hiszp. *glaucoma*, niem. *Glaucom/grüner Star*, ros. *глаукома*.





Il. 1. Jaskra (glaukoma). Źródło: http://jaskrabadania.pl/?page_id=13

język i komunikacja interpersonalna w starości

Mowa ludzka w ciągu → życia człowieka podlega różnym zmianom rozwojowym. Jako funkcja ludzkiego mózgu nie może być oderwana od jego rozwoju, który paradoksalnie jest systematycznym → starzeniem się. Starzenie się mózgu ludzkiego i zmiany jego funkcjonowania, również dotyczące świata symbolu, przebiegają bądź fizjologicznie, bądź ulegają różnym patologiom. Psychologia → rozwoju [człowieka], która poszerzyła → czas obserwacji zjawisk rozwojowych człowieka od dzieciństwa i dorastania aż do jego → śmierci, swoimi badaniami objęła również zachowania komunikacyjne, w tym procesy mowy w późniejszych etapach życia. Lingwistyka wskazała na ważność aspektów pragmalingwistycznych w komunikowaniu się ludzi. Neuropsychologia przekonała się, że bez obserwacji mowy ludzkiej znacząca część wiedzy diagnostycznej w rozpoznawaniu objawów neurodegeneracji mózgowia pozostałaby w ukryciu. Rozwojowe pytania wyłącznie o zmiany językowe, formułowane w aparaturze pojęciowej tradycyjnej gramatyki opisowej, nie były w stanie ukazać roli procesów komunikowania się słownego ludzi władających symboliką ani w mechanizmach starzenia się fizjologicznego, ani – tym bardziej – zagrożonego patologią.

Z punktu widzenia funkcji komunikacyjnych zmiany postępujące z wiekiem podzielić można na dwie grupy: wykonawcze i systemowe (Tłokiński, Olszewski, 2014). W zakresie zmian wykonawczych wspomnieć można prace opisujące zjawisko zmniejszania się obecności dźwięków w zakresie wysokości głosu (Endres, Bambach, Flosser, 1971, Hollien, Ship, 1972) lub takich kategorii jak: drżenie głosu, napięcie krtaniowe, zmniejszony przepływ powietrza w górnych drogach oddechowych, zwolnione tempo mówienia (Ryan, Burk, 1974). W zakresie zmian systemowych dokonano pewnych obserwacji odnośnie do posługiwania się słownikiem, gramatyką – głównie składnią – oraz systemem znaczeniowym języka. Obserwacje te pozwoliły wysnuć wniosek, że ludzie starzy charakteryzują się większą zmiennością w posługiwaniu się językiem w porównaniu z osobami młodymi. Wśród czynników, które determinować by mogły taki stan rzeczy, wymienia się deficyty kognitywne, zmiany w stanach emocjonalnych, obniżenie poziomu funkcjonowania → pamięci, zmiany w sferze oczekiwań społecznych itd. (Sarno, 1984).

Badacze są zgodni, że główne problemy z komunikacją u zdrowych starych ludzi wynikają z postępujących deficytów rozumienia mowy, choć mechanizm ten jest

przez badaczy różnie postrzegany. Loraine K. Obler (1980) uważa, że przyczyną trudności w rozumieniu mowy są deficyty w zakresie uwagi, natomiast Gillian Cohen (1979) sądzi, że w odpowiadających za ten stan rzeczy sprawnościach intelektualnych, zaburzeniom podlega głównie aspekt integracyjny i konstrukcyjny, co w znacznym stopniu upośledza rozumienie języka. Prowadzi to w efekcie do tego, że starzy zdrowi ludzie mają problemy z rozumieniem słów, a w konsekwencji zmniejsza się u nich ich aktywne użycie. Owe zmiany dotyczą słownika ludzi starszych zatrzymujących w produkcji słowa i środki niewerbalne najbardziej pomocne w kontaktach z innymi (Botwinick, Storandt, 1974). Nie jest to równoznaczne z tym, że te słowa i środki niewerbalne miałyby być jednocześnie najbardziej zautomatyzowane. Słownictwo [słownik] ludzi starych jest funkcją, z jednej strony nawyku – procesu zautomatyzowania, z drugiej zaś – doświadczenia życiowego, w tym językowo-pragmatycznego. Przykładem preferencji słownikowej, a zarazem dowodem zmian funkcji komunikacyjnej języka ludzi starych, mogą być stereotypy – wypełniające cztery funkcje pragmatyczne: społecznie integrującą, obronną, ideologiotwórczą oraz polityczną (Schaff, 1981). → Starość stwarza warunki do szczególnie częstego występowania stereotypów, gdyż komunikacja obfituje w „przekonania oparte na emocjach, sprzeczne nieraz ze stanem faktycznym, a przynajmniej wypaczającym go" (Schaff, 1981). W świetle tego stereotyp zyskuje bardziej pozytywny walor funkcji pragmatycznej, gdzie traci swą ujemną moc siła „przesłaniania rzeczywistości społecznej" wobec niezbędnej potrzeby integracji z realnością społeczną. Ujemne przesłanianie zostaje wyparte przez obronne osłanianie i łączenie z rzeczywistością (Tłokiński, 1986). W monografii pt. *Mowa ludzi u schyłku życia* (Tłokiński, 1990) autor poddał analizie obserwacje zmian aktów mowy ludzi starszych, dokonane przez ich młodszych opiekunów, gdzie obserwowano trzy poziomy zachowań komunikacyjnych: poziom lingwistyczny, konwersacyjny i pragmatyczny. Zmiany w poziomie lingwistycznym w formie zmian składniowych i prozodyjnych manifestowały się w konwersacji w formie zmian oszczędności, jasności i komunikatywności. W poziomie pragmatycznym poprzez zmiany składni oraz prozodii uzewnętrzniały się funkcje całkowitej niepewności, aktywizacji skierowanej na siebie i niezadowolenia. Pragmatyka komunikacyjna w starości jest funkcją zdobytego wcześniej doświadczenia językowego, które z kolei ściśle powiązane jest z posiadanym doświadczeniem życiowym. Stąd ważna jest wcześniejsza świadomość u ludzi, że starcze zmiany komunikacyjne są funkcją nie tylko zmian ilościowych w sieci społecznej, ale zależą także od posiadanego własnego wkładu (potencjału), wnoszonego do świata relacji społecznych. Gasnąca siła słowa w interakcjach komunikacyjnych pogłębia niekorzystny stereotyp człowieka starego, czyniąc go niepełnosprawnym w codziennych kontaktach. Trzeba dużo szczęścia, by los otoczył ludzi starszych osobami bliskimi, które kompensacyjnie będą umiały i chciały udzielić satysfakcjonującego wsparcia informacyjnego i emocjonalnego. Najczęściej jednak, na zasadzie odbicia lustrzanego, zmniejszaniu się kompetencji komunikacyjnych osoby starszej towarzyszy pomniejszanie aktywności komunikacyjnej w oczekiwanych interakcjach.

W okresie późnej starości, gdy kurczą się możliwości konwersatoryjne i stary człowiek przestaje być wiarygodnym komunikatorem, gdy grozi mu komunikacyjne osamotnienie, uaktywniają się adaptacyjne mechanizmy komunikacji intrapersonalnej, chroniącej przed brakiem normalnych ilościowo i jakościowo kontaktów słownych, ale opartej o dotychczasowe doświadczenie życiowe. Komunikacja intrapersonalna realizuje się dzięki mowie wewnętrznej rozumianej jako „tekst minus dźwięk", jako że komunikacja intrapersonalna korzysta z językowych form bezgłośnych, z wykorzystaniem wszystkich reguł gramatycznych. Pojawienie się komunikacji intrapersonalnej w starości jako substytutu komunikacji interpersonalnej, można by powiązać z formą mechanizmu obronnego, chroniącego przed osamotnieniem (Olszewski, 2003; Tłokiński, 1990). Taki sąd jest poglądem poważnie zredukowanym do powiązania udziału doświadczenia życiowego osoby starszej, wyłącznie z komunikacją tego właśnie okresu życia jako formą komunikacji nacechowanej mechanizmami obronnymi. Doświadczenie życiowe kształtuje się przez całe życie i rozstrzyga o sposobie komunikacji znacznie wcześniej, aniżeli pojawi się starcza komunikacja intrapersonalna, tym samym nie stanowi jej szczególnej charakterystyki.

W okresie starości szczególnego znaczenia nabiera więc zjawisko mowy wewnętrznej, w kontekście komunikacji intrapersonalnej. Jej osobliwość postrzegana jest głównie przez pryzmat dwóch kwestii: 1) bezgłośnej mowy; 2) rozmowy samego ze sobą. Konstruowany komunikat intrapersonalny w językowej formie tekstu mowy wewnętrznej jest wolny od wielu językowych obligacji, które nakłada na rozmówców sytuacja interakcji komunikacyjnej, a czego przykładem jest wła-

śnie czas gramatyczny podporządkowujący się intencji, sensowi i funkcji komunikatu intrapersonalnego. Otwarta pozostaje kwestia obiektywizacji sposobu badań mowy wewnętrznej. Dotychczasowe próby oparte są na introspekcji samych rozmówców, choć z drugiej strony dają one najpełniejszy materiał jakościowy i pragmatyczny rejestrowanych zjawisk. Badania tzw. obiektywne, np. neuroobrazowanie, nie są w stanie dostarczyć charakterystyk jakościowych (treściowych). Dodać jeszcze należy, że komunikowanie się ludzi jest ważnym narzędziem do budowania zrębów poczucia własnej tożsamości. Mowa ludzi starych w ich komunikacji intrapersonalnej podtrzymuje niezbędne dla życia społecznego procesy weryfikacji poczucia ich tożsamości, i nie są to starcze czynności obronno-adaptacyjne, lecz są one formą kontynuacji roli mowy w ciągu całego życia człowieka. W tej sytuacji nasuwa się pytanie: co powinno charakteryzować komunikowanie się z człowiekiem starszym, gdy bierze się pod uwagę rolę komunikacji w jego życiu?

Można przyjąć, że naturę komunikacji ludzkiej charakteryzują trzy odniesienia: poznawcze, środowiskowe i behawioralne. Z odniesieniem poznawczym powiązać należy edukację komunikacyjną w zakresie zaspokajania jej trzech podstawowych potrzeb: wyrażania (poziom lingwistyczny), współdziałania (poziom konwersacji) i wpływania (poziom pragmalingwistyczny). Z odniesieniem środowiskowym łączyłyby się wszelkie inicjatywy społeczne, wzmacniające sprawności werbalne człowieka. Z odniesieniem behawioralnym powiązane byłoby zachowanie nacechowane empatią. Wymienione wyżej trzy odniesienia do natury ludzkiej komunikacji stają się drogami, po których należy się poruszać w poszukiwaniu wiedzy i uczuć niezbędnych do współdziałania komunikacyjnego z człowiekiem starszym (Tłokiński, 1990).

Problemy metodologii oceny mowy osoby starszej obejmują kwestie ilościowe i jakościowe**.** Z aspektami ilościowymi powiązać należy wszelkie dane możliwe do określenia pojęciami wielkości poziomu natężenia, zasobu słownictwa, poziomu lęku komunikacyjnego, częstotliwości użycia danych jednostek językowych – leksykalnych i gramatycznych itp. Aspekty jakościowe w komunikowaniu się interpersonalnym to analiza cech zarówno faktów językowych, jak i zachowań użytkownika, tj. treści pojęciowe używanych słów, treści lęku komunikacyjnego, rodzaje konstrukcji gramatycznych, rodzaj nacechowania aksjologicznego aktu komunikacji itd. (Tłokiński, Olszewski, 2015).

Z kwestiami metodologicznymi powiązane jest też uwzględnienie rodzaju ujęcia temporalnego kompetencji komunikacyjnej osoby starszej, a więc ujęcie diachroniczne zdobywanych kompetencji i ujęcie synchroniczne**.** Obydwa ujęcia winny współwystępować z ocenie mowy → seniorów. Ujęcie diachroniczne umożliwia stworzenie profilu nabytych przez seniora w ontogenezie kompetencji komunikacyjnych i społecznych. Ujęcie synchroniczne (opisowe) oddaje aktualny stan możliwości komunikacyjnych seniora. Drogą zebrania danych dla perspektywy diachronicznej jest wywiad uzyskany od seniora lub członków jego bliskiej → rodziny, w którym ustalone pytania dotyczą obrazu indywidualnego doświadczenia językowego, komunikacyjnych wymiarów osobowości, oceny roli i ważności komunikacji w dotychczasowym życiu (ujęcie ilościowe i jakościowe). W ocenie synchronicznej analizuje się aktualne dane komunikacyjne (zachowania językowe) i dane z wywiadu, dotyczącego wszystkich zaplanowanych przed badaniem kwestii aktualnych możliwości komunikacyjnych na poziomie językowym, konwersacyjnym oraz pragmatycznym, ich realizacyjnych uwarunkowań i wartościowania (również w ujęciu ilościowym i jakościowym). Pomocny w dokumentowaniu jest profil zapisywanych danych, oddzielny dla obydwu perspektyw, uwzględniający ujęcie ilościowe i jakościowe. Dopiero porównanie obydwu perspektyw pozwoli na ocenę stanu aktualnego w kategoriach oceny zmian rozwojowych, oddzielnie przebiegających fizjologicznie, oddzielnie dotkniętych patologią mózgową.

Wszelkim próbom niezbędnej oceny zachowań komunikacyjnych osób starszych towarzyszyć musi świadomość tworzenia warunków interakcji komunikacyjnej, w której starszy partner uzyskać może oczekiwane → wsparcie. Już samo podjęcie rozmowy daje szansę osobie starszej na weryfikację jej społecznej egzystencji, właśnie poprzez i dzięki więziom słownym, które są najmocniejszą składową kompetencji społecznej człowieka. Kontakt taki odbywać się powinien w atmosferze najwyższego taktu i życzliwości, bez zniecierpliwienia, jeśli nawet na zadane pytania uzyska się nieadekwatną odpowiedź. Zachowanie formalnych ram dialogu (jakieś pytanie, jakaś odpowiedź) jest ważniejsze, aniżeli wymuszanie właściwej odpowiedzi poprzez burzenie relacji oczekiwanego partnerstwa. Utrzymywanie kondycji komunikacyjnej u osób starszych jest najwłaściwszą drogą chronienia ich przed uciążliwością komunikacyjnego osamotnienia i ważnym warunkiem poprawy poczucia ich → jakości życia (Tłokiński, Olszewski, 2015).

WT

B: Botwinick, Storandt, 1974; Cohen, 1979; Endres, Bambach, Flosser, 1971; Hamilton, 1999; Hollien, Shipp, 1972; Milewski, Kaczorowska-Bray, 2014; Obler, 1980; Olszewski, 2003; Ryan, Burk, 1974; Sarno, 1984; Schaff, 1981; Tłokiński, 1986, 1990; Tłokiński, Olszewski, 2014, 2015; Wolańska, 2015; Zych, 2015 a.
O: afazja, gerontologopedia, glottogeragogika, komunikacja, komunikacja niewerbalna, mowa starcza.
TK: ang. *language and interpersonal communications in old age*, fr. *language humain et la communications interpersonelle dans la vieillesse*, hiszp. *un lenguaje y communicación interpersonal en la vejez*, niem. *Sprache und zwischenmenschliche Kommunikation im Alter/Sprache und interpersnelle Kommunikation im Alter,* ros. *язык и межличностное общение в старости*.

język migowy i system językowo-migowy

Język migowy jest językiem, którym porozumiewają się między sobą osoby głuche (niesłyszące, głuchonieme) w danym kraju. Oznacza to, że podobnie jak w przypadku języków fonicznych istnieje na świecie wiele języków migowych. Każdy z nich ma system konwencjonalnych znaków i reguł gramatycznych. Dla odróżnienia od powstających hybrydowych odmian języka migowego, w których łączy się znaki migowe z mową dźwiękową, źródłową jego formę nazywamy językiem migowym (w przypadku Polski używa się określenia „polski język migowy" i skrótu PJM). Języki migowe zaczęły powstawać w pierwszych szkołach dla głuchych w II połowie XVIII wieku. Były tam bowiem pierwsze większe skupiska osób, dla których użycie języka fonicznego okazało się niemożliwe. Niezależnie od tego, czy w danej placówce stosowano metodę porozumiewania z niesłyszącymi dziećmi wykorzystującą mowę (tzw. metodę oralną) czy język migowy (zwaną wówczas metodą mimiczną), języki migowe w tych środowiskach powstawały i funkcjonowały przynajmniej jako podstawowy środek porozumiewania się pomiędzy uczniami. Zdecydowanie lepsze warunki rozwoju dla języków migowych istniały w tych placówkach, w których były one wykorzystywane w nauczaniu.

Historię polskiego języka migowego trzeba liczyć od daty powstania pierwszej polskiej szkoły dla dzieci głuchych, → Instytutu Głuchoniemych w Warszawie, w ówczesnym zaborze rosyjskim, a więc od roku 1817. Jego twórca, ks. Jakub Falkowski (1774–1848), był zwolennikiem metody nauczania wykorzystującej język migowy. Kolejne szkoły – Zakład dla Głuchoniemych we Lwowie (1830) oraz Królewski Zakład dla Głuchoniemych w Poznaniu (1832) – powstały w pozostałych zaborach i z tego też względu w każdym z nich rozwijał się inny język migowy. Po odzyskaniu niepodległości przez Polskę na terenie nowego państwa istniały znaczne różnice dialektalne w języku migowym. W wyniku kontaktów osób niesłyszących zamieszkałych na różnych terenach – stopniowo, choć powoli, dokonywała się unifikacja znaków. W ostatnich dziesięcioleciach w wyniku licznych publikacji, filmów dydaktycznych oraz funkcjonowania języka migowego w niektórych programach telewizyjnych można już mówić o ujednoliceniu większości znaków i jednolitym polskim języku migowym.

Polski język migowy (PJM)

Każdy język migowy jest językiem narodowo-środowiskowym, wytworzonym przez same osoby głuche dla realizacji naturalnej potrzeby porozumiewania się. Język ten żyje i rozwija się tak jak każdy żywy język używany w określonej społeczności ludzkiej i jest całkowicie sprawnym instrumentem → komunikacji. Język migowy, funkcjonujący w XIX stuleciu w warszawskim Instytucie Głuchoniemych i Ociemniałych, był równocześnie pierwszym polskim językiem migowym, który został opisany (il. 1). Dokonali tego w 1879 roku ks. Józef Hollak (1812–1890) i ks. Teofil Jagodziński (1833–1907). Dopiero w drugiej połowie XX wieku języki migowe zostały w wielu krajach (także i w Polsce) objęte badaniami naukowymi i stwierdzona została ich przydatność także w dydaktyce; nastąpił ich ponowny rozwój. Dziś języki migowe mają już swoją historię i tradycję, są też, jak każdy żywy język, tworzywem kulturotwórczym. Będąc znacznie młodszymi od języków fonicznych, stopniowo wyrównują zaległości, stając się pełnowartościowymi językami. Każdy język migowy ma swoje charakterystyczne słownictwo – migowe **znaki ideograficzne**, które określają poszczególne słowa, czasem krótkie zwroty. Ich liczba w różnych językach waha się od kilku do kilkunastu tys. znaków. Stanowią one podstawę komunikacji językowej.

Uzupełnieniem znaków ideograficznych są **znaki daktylograficzne**, na które składa się **alfabet palcowy** (il. 2), a więc zestaw znaków oznaczających poszczególne litery alfabetu (w polskim alfabecie także niektóre digrafy, jak np. **ch, sz, cz, rz**), znaki liczebników głównych i porządkowych, ułamków zwykłych i dziesiętnych, znaki interpunkcyjne itp.

Języki migowe mają własną strukturę gramatyczną o charakterze pozycyjno-przestrzennym. Podstawę porozumiewania się w tych językach stanowią znaki ideograficzne, gesty wtrącone i mimika, natomiast znaki daktylograficzne, poza znakami liczb, pełnią jedynie rolę pomocniczą i uzupełniającą. Warto jednak zauważyć, że początkowo alfabety palcowe istnia-

ły niezależnie od języków migowych, a ich historia jest znacznie starsza i sięga końca XII wieku.

Języki migowe mają większość cech charakteryzujących języki foniczne. Należą do nich: **otwartość** polegająca na możliwości tworzenia coraz to nowych komunikatów językowych; **donośność na dystans** polegająca na tym, że komunikaty językowe mogą odnosić się do rzeczy czy wydarzeń odległych w czasie i/lub przestrzeni, od → czasu i miejsca, w którym przebiega komunikacja językowa; **dystynktywność** – komunikaty każdego języka stanowią zasób elementów wyraźnie różnych od siebie; **przemienność** – osoby posługujące się danym językiem mogą przekazywać sobie komunikaty językowe na przemian; **sprzężenie zwrotne** – nadawca komunikatu językowego również go odbiera; **szybkie zanikanie** polegające na tym, że komunikaty są możliwe do odebrania tylko w chwili ich nadawania. Istotne różnice pomiędzy językami migowymi a fonicznymi polegają przede wszystkim na **innym kanale przekazu** – gestowo-wzrokowym, nie zaś głosowo-słuchowym, co z kolei wpływa na **ograniczoną wielokierunkowość transmisji**. Bowiem mimo mówienia w określonym kierunku, dźwięk rozchodzi się wokoło, natomiast przekaz wizualny musi być adresowany w kierunku odbiorcy, a odbiorca musi także być zwrócony wzrokiem w kierunku nadawcy. Kolejna istotna różnica to **arbitralność** komunikatów nadawanych w językach fonicznych (brak związku brzmienia akustycznego wyrazu z jego treścią merytoryczną, wyjątki stanowią nieliczne onomatopeje) wobec **ikoniczności** wielu znaków migowych (związku skojarzeniowego znaku migowego z charakterystyczną cechą wizualną określanego tym znakiem pojęcia).

Znak migowy jest kombinacją przestrzennego ułożenia ramion, rąk i palców oraz wykonywanego nimi ruchu w określonym kierunku, o ustalonej prędkości i wielkości. Są wśród nich znaki wykonywane jedną ręką, w tym znaki jednoręczne rzeczywiste i znaki wykonywane jedną ręką na nieruchomej podstawie uczynionej z drugiej ręki, oraz znaki dwuręczne, wśród których można wyróżnić znaki symetryczne i znaki asymetryczne. W wielu znakach integralnym elementem jest mimika twarzy, czasem również pantomimika.

Charakterystyczną cechą wielu znaków migowych jest ikoniczność – analogia układu palców i rąk do kształtu przedmiotu, który jest desygnatem znaku migowego lub podobieństwo ruchu wykonywanego w trakcie przekazywania znaku do ruchu charakterystycznego dla czynności, którą oznacza znak migowy. A.M.J. van Uden (1912–2008) podzielił znaki migowe na trzy grupy: 1) znaki **ikoniczne** (ang. *iconic signs*), które ze względu na wyraźne analogie mogą być rozumiane nawet przez osoby nieznające języka migowego; 2) znaki **ezoteryczne** (ang. *esoteric signs*), w których występuje analogia, ale z różnych przyczyn nie jest łatwo dostrzegalna, chociaż może być wytłumaczona; 3) znaki **arbitralne** (ang. *arbitrary signs*), w których nie można się dopatrzyć analogii do rzeczywistości.

Z badań van Udena (1986) prowadzonych nad kilkoma językami migowymi wynikało, że w różnych językach migowych charakter ikoniczny ma średnio ok. 1/3 znaków, ezoteryczny ok. połowa, a arbitralny ok. 1/5 wszystkich znaków. Wyniki badań polskiego języka migowego są podobne do wyników badań van Udena – ok. 30% znaków ma charakter ikoniczny, ok. 40% – ezoteryczny, pozostałe ok. 30% to znaki arbitralne (Szczepankowski, 1998).

Wśród znaków ikonicznych, a także niektórych ezoterycznych, ze względu na charakter analogii, można wyróżnić znaki **morficzne**, czyli naśladujące kształt obiektu lub cechy (w polskim języku migowym są to np. znaki „grzyb", „wklęsły"*)*, znaki **deiktyczne**, czyli wskazujące bezpośrednio na obiekt (np. znaki „ja", „oko"), znaki **fizjonomiczne** naśladujące jedną z charakterystycznych cech obiektu (np. znaki „ptak", „stół"), znaki **pozycyjne** wskazujące pozycję ciała występującą przy danej czynności (np. znaki „stać", „klęczeć"), znaki **ruchonaśladowcze**, czyli naśladujące ruch występujący przy danej czynności (np. znaki „chleb", „klucz"), znaki **lokatywne** wskazujące na obiekt związany z daną czynnością lub cechą (np. znaki „głuchy", „głos"), znaki **relacyjne** pokazujące wymiar lub relację bezpośrednią albo związaną z daną cechą lub obiektem (np. znaki „duży", „daleko"), znaki **kwantytatywne** określające liczbę (np. znak „kilka") i znaki **wektorialne** określające kierunek (np. znaki „lewy", „północ") (Perlin, 1993).

Wśród znaków ezoterycznych można wyróżnić znaki **archaiczne,** tj. takie, które w czasie, gdy powstawały, miały charakter ikoniczny i odzwierciedlały ówczesną rzeczywistość, natomiast dziś już nie mają takiego charakteru (np. znak „jechać", imitujący wywijanie batem, powstał w czasach, gdy jazda kojarzyła się z poganianiem konia i dziś nie wywołuje już właściwych skojarzeń). Z kolei wśród znaków arbitralnych można wyróżnić znaki **daktylogramowe**, tworzone na zasadzie wykorzystania znaku daktylograficznego pierwszej litery w wyrazie do budowania znaku ideograficznego (takich znaków w polskim języku migowym jest nieco ponad 5%). Niektóre pojęcia (ok. 1% wszystkich znaków migowych) mają odrębne znaki dla liczby mnogiej (w polskim języku migowym są to np. znaki określające słowa „dziecko", „gra", „jajko", „góra", „ząb", „kropla",

„człowiek", „róg", „ślad", „ucho", „oko", „noga", „ręka", „włos", „rękawiczka", podobnie, jak w polskim języku fonicznym taką odrębną liczbę mnogą mają np. pojęcia „człowiek" – „ludzie", „rok" – „lata"). Ponad 1% znaków języka migowego przy tłumaczeniu na język polski wymaga użycia więcej niż jednego słowa. Są to przykładowo takie znaki jak „szczoteczka do zębów", „karty do gry", „trzy dni temu", „brać udział", „palić papierosy" itd. Ze względu na nieodmienność znaków migowych (odmieniają się bowiem jedynie w ograniczonym zakresie dwa czasowniki („być" i „mieć") oraz jeden zaimek („ja"), gramatyka polskiego języka migowego (podobnie jak języków migowych w innych krajach) ma charakter pozycyjny. Ten typ gramatyki powoduje, że tłumacząc z języka migowego na język foniczny (i odwrotnie), nie można tłumaczyć słowa po słowie, lecz trzeba konstruować zdania w postaci całościowych struktur, zgodnie z zasadami gramatyki języka, na który się tłumaczy. Specyficzną cechą języków migowych jest także organizacja przestrzenna i czasoprzestrzenna wypowiedzi, pozwalająca opisywać rzeczywistość za pomocą znacznie mniejszej liczby znaków migowych niż ma to miejsce za pomocą słów w językach fonicznych (Szczepankowski, 1994). W polskim języku migowym, podobnie jak w polskim języku fonicznym, możemy wyróżnić rzeczowniki, przymiotniki, liczebniki (w większości zaliczone do znaków daktylograficznych), zaimki (rzeczowne, przymiotne, liczebne i przysłowne), przyimki, spójniki i partykuły. Z części mowy właściwych polskiemu językowi fonicznemu, w polskim języku migowym nie występują jedynie wykrzykniki, ponieważ dla wyrażania uczuć w języku migowym istnieją inne formy o charakterze kinetycznym. W polskim języku migowym, podobnie jak w wielu językach fonicznych, niektóre wyrazy mogą pełnić funkcje dwóch lub więcej części mowy. Najczęściej dotyczy to łączenia funkcji rzeczownika i czasownika, rzeczownika i przymiotnika, przymiotnika i przysłówka oraz rzeczownika, przymiotnika i przysłówka. Zjawisko to w polskim języku fonicznym także występuje, jednak ze względu na fleksyjność polszczyzny należy do rzadkości. Liczbę użytkowników języka migowego w Polsce, dla których jest to język podstawowy – można oszacować na 40–50 tys. osób. Większość z nich stanowią osoby z uszkodzeniem słuchu w stopniu głębokim. Także dla osób z uszkodzonym słuchem w stopniu znacznym, które wychowywały się wśród głuchych (a przede wszystkim uczęszczały do szkół dla dzieci głuchych), język migowy jest językiem podstawowym lub uzupełniającym. Część tych osób ma opanowaną mowę dźwiękową i dla nich język migowy może być alternatywnym środkiem porozumiewania się, wykorzystywanym w zależności od sytuacji i aktualnego otoczenia, w każdym jednak przypadku jest to dla nich język łatwiejszy w odbiorze, ze względu na jego wizualność, podczas gdy → odczytywanie z ust zawsze jest trudne i uciążliwe.

System językowo-migowy (SJM) i język migany

Od kilkudziesięciu lat w wielu krajach świata, w tym także w Polsce, niezależnie od klasycznego języka migowego, znaki migowe wykorzystuje się także jako ilustrację wypowiedzi słownej w języku ojczystym. Powstaje w ten sposób migana odmiana ojczystego języka mówionego, zwana **językiem miganym**. Znaków migowych używa się w szyku gramatycznym języka ojczystego, dodając fakultatywnie lub obowiązkowo końcówki fleksyjne za pomocą alfabetu palcowego. Język migany stosuje się zawsze w **systemie językowo-migowym** (początkowo nazwanym systemem migowo-językowym), tj. razem z językiem mówionym. Tę odmianę języka, łączącą w sobie cechy języka migowego i języka narodowego, wykorzystuje się w porozumiewaniu się z niesłyszącymi dwujęzycznymi, a więc tymi, którzy mają dobrze opanowane struktury gramatyczne języka polskiego, a równoczesne ilustrowanie wypowiedzi słownej znakami języka migowego ułatwia im odczytywanie z ust.

Na system językowo-migowy, będący wielokanałową formą przekazu informacji, składają się zatem trzy główne elementy:

- język mówiony w postaci głośnego i wyraźnego mówienia;
- język migany, czyli migana odmiana języka narodowego – znaki migowe o tej samej treści co mowa i przekazywane równolegle z nią;
- elementy prozodyczne wypowiedzi – mimika twarzy i inne zachowania kinetyczne (mowa ciała).

Pionierami w tej dziedzinie byli Amerykanie, chociaż w niektórych państwach europejskich podejmowane były działania, mające na celu dostosowanie języków migowych do współpracy z językami ojczystymi. Takim celom np. miały służyć francuskie znaki metodyczne wynalezione pod koniec XVIII wieku przez Charlesa-Michela de l'Épée'a (1712–1789), zarzucone później przez jego następców. Do europejskich pionierów w tej dziedzinie należy zaliczyć także angielskiego fonetyka Richarda Pageta (1869–1955), który w 1928 stworzył system pozwalający synchronizować mowę ze znakami języka migowego (ang. *Sign System for Language Development* – PGS

Polski system językowo-migowy, który w praktyce stosowali sami głusi – należy tu wymienić takich wy-

bitnych przedstawicieli tego środowiska jak: Roman Petrykiewicz (1901–1986), Kazimierz Włostowski (1903–1991), Wiesław Dobrowolski (1899–1969), Maria Graczyk (1911–2001) czy Stanisław Siła-Nowicki (1919–2001) – został opracowany całościowo w latach 1964–1965 jako jeden z pierwszych w Europie, a po raz pierwszy opublikowany w 1966 roku. Jego specyfiką jest równoczesna realizacja dwóch subkodów języka naturalnego – odmiany mówionej i miganej. Równoległy przekaz języka w formie mówionej i miganej umożliwia dwukanałową percepcję, której odbierane elementy wzajemnie się uzupełniają i wzmacniają.

Badania nad językiem migowym

Język migowy, mimo ponad 200-letniej udokumentowanej historii, aż do połowy XX wieku pozostawał poza zakresem zainteresowania lingwistów. Należy sądzić, że lingwiści nie zainteresowali się tym sposobem komunikowania się głównie z powodu trudności w jego ewentualnym badaniu, wynikających z nieznajomości tego języka. Pomijanie języka migowego w ogólnych rozważaniach nad definicją języka jako takiego spowodowało powstanie definicji fałszywie zawężanych, utożsamiających język z systemem mającym kanał głosowo-słuchowy jako pierwotny, co mogło sugerować, że języki migowe nie są językami. Dopiero w drugiej połowie XX wieku język migowy stał się przedmiotem badań naukowych w wielu krajach, najwcześniej w Stanach Zjednoczonych (USA). Pierwszą opublikowaną pracą z tego zakresu była monografia amerykańskiego języka migowego (*American Sign Language*, używa się także skrótów Ameslan i ASL) napisana przez Williama C. Stokoe'a Jr. (1919–2000) i wydana w 1960. Tę właśnie datę można przyjąć za początek badań lingwistycznych nad językami migowymi na świecie. W następnych latach powstało wiele prac badawczych, zarówno w aspekcie lingwistycznym, jak i pozalingwistycznym, przy czym początkowo były to wyłącznie badania amerykańskiego języka migowego, głównie dotyczące jego struktury pojęciowej i gramatycznej. Jednym z celów tych badań było wykazanie, że można stworzyć model fonologii niezależny od cech artykulacyjnych i fonicznych właściwych językom naturalnym, a tym samym możliwość opisywania także języków migowych. Dziś językoznawcy nie mają wątpliwości co do tego, że języki migowe są pełnoprawnymi językami. W 1977 roku w USA rozpoczęto coroczne prezentacje badań nad językiem migowym w formie seminariów naukowych, dwa lata później rozpoczęto organizację (początkowo co dwa, a od 1983 co cztery lata) podobnych seminariów na skalę światową. W latach 80. XX wieku zaczęto również organizować europejskie kongresy poświęcone wynikom badań nad językiem migowym. Zaczęły też pojawiać się pierwsze publikacje dotyczące badań nad europejskimi językami migowymi. W badaniach języka migowego, także w Europie, bierze udział coraz więcej głuchych naukowców. Obecnie badania nad językami migowymi prowadzone są już w wielu krajach i ośrodkach akademickich, początkowo w USA, następnie także w Wielkiej Brytanii, Szwecji, Włoszech, Szwajcarii, Izraelu, Rosji i innych państwach. Wyniki tych badań są publikowane, a także prezentowane na międzynar. kongresach i seminariach, również na organizowanych co cztery lata kongresach Światowej Federacji Głuchych. W ostatnich latach podjęto także badania nad polskim językiem migowym. W 1996 roku na Uniwersytecie Warszawskim pod kierunkiem Marka Świdzińskiego podjęty został długofalowy program realizacji projektu naukowo-badawczego pt. *Studia nad kompetencją językową i komunikacją niesłyszących*, którego cele obejmują sporządzenie definicji składni polskiego języka migowego, badania nad interakcjami komunikacyjnymi niesłyszącego dziecka w wieku przedszkolnym oraz badania historii społeczności głuchych i rozwoju ich systemu komunikacji. Program ten jest nadal realizowany. Na temat języka migowego rzadko spotykamy rzetelne prace naukowe, pisane przez osoby, które dobrze znają ten język. W literaturze przedmiotu dość często formułowane są opinie na temat języka migowego, które jednoznacznie dowodzą, że ich autorzy nie są jego użytkownikami. W polskiej literaturze surdopedagogicznej przez wiele lat dominowała teza, że podstawowym celem → rehabilitacji dzieci głuchych jest integracja, którą można osiągnąć jedynie poprzez kształtowanie u dziecka mowy dźwiękowej, czyli języka większości. W konsekwencji język migowy traktowany był jako coś złego, od czego należy w miarę możliwości izolować niesłyszące dziecko. Amerykański psycholog Harlan Lane stwierdza, że istnieją dwie, stosowane przez przeciwników języka migowego techniki jego zwalczania: zakaz używania oraz sprowadzanie do rangi kiepskiego surogatu języka. Obie te techniki można jeszcze dostrzec w niektórych pozycjach polskiej literatury surdopedagogicznej, na szczęście coraz rzadziej.

Język migowy a prawa człowieka

Dążenie coraz lepiej wykształconych osób głuchych do podmiotowości i uznania języka migowego jako podstawowego środka porozumiewania się w tym środowisku doprowadziło nie tylko do zmiany po-

staw społecznych wobec niesłyszących i języka migowego, ale także do stopniowych zmian w prawie. Przełomowym dokumentem stał się raport z paryskiej konferencji nt. alternatywnych podejść do kształcenia głuchych (1984, *Raport…*, 1986), w którym stwierdza się, że „stara teoria, że stosowanie języka migowego będzie przeszkodą dla rozwoju mowy i języka pisanego, nie jest już aktualna". Podobne podejście kreują także późniejsze zalecenia organizacji międzynar., np. w Rezolucji Nr 48/96 Zgromadzenia Ogólnego ONZ z 20 XII 1993 roku, w ratyfikowanej przez Polskę Konwencji o Prawach Dziecka (1989) oraz – w przyjętej przez Polskę – Deklaracji z Salamanki w sprawie zasad, polityki i praktyki w zakresie specjalnych potrzeb edukacyjnych. W wyniku starań Polskiego Związku Głuchych, od 1985 roku język migowy został dopuszczony jako środek pomocniczy w nauczaniu, od 1986 rozpoczęto kształcenie nauczycieli w tym zakresie, w 1994 język migowy został wprowadzony do planów nauczania jako przedmiot na wszystkich poziomach kształcenia w szkołach dla niesłyszących, początkowo jako nadobowiązkowy, a od 1996 jako obowiązkowy element w procesie rewalidacji. Przez wiele dziesięcioleci w edukacji niesłyszących dzieci dominowała teoria, że nieznające żadnego języka niesłyszące dziecko, należy uczyć od razu i wyłącznie języka ojczystego w formie fonicznej. Obecnie większość naukowców zdecydowanie wskazuje na potrzebę wychowywania dziecka niesłyszącego jako dziecka dwujęzycznego, które uczy się i poznaje dwa ojczyste języki – foniczny i migowy. Akceptują potrzebę poszanowania tożsamości dziecka niesłyszącego i nawiązania z nim bliskiego kontaktu językowego. Uznane zostało to, że język migowy oddaje – jak pisała Zofia Sękowska (1924–1997) – „nieocenione usługi zarówno w komunikowaniu się niesłyszących między sobą, jak i ze słyszącymi, stanowiąc poza tym cenną pomoc w kształtowaniu na ich podstawie mowy oralnej". Języki migowe zaczynają także zdobywać status języków urzędowych. Po rezolucji Parlamentu Europejskiego w sprawie języków migowych, przyjętej 17 VI 1988 roku, w wielu krajach parlamenty zaczęły uchwalać ustawy regulujące status języka migowego. W 2011 roku Sejm RP przyjął Ustawę o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Ustawa z 19 VIII 2011 roku).

BS

B: Hollak, Jagodziński, 1879; Perlin, 1993; *Raport…*, 1986; Sękowska, 1998; Stokoe, 1960; Szczepankowski, 1994; van Uden, 1986.

D: Rezolucja Nr 48/96 Zgromadzenia Ogólnego ONZ z 20 XII 1993 roku; Ustawa z 19 VIII 2011 roku.

O: głuchota, głuchota i niedosłuch, głuchota starcza, komunikacja, komunikacja niewerbalna.

TK: ang. *sign language and manually-coded language/signed language and manually-coded language*, fr. *langue des signes et système linguistique*, hiszp. *lengua de señas y codificados manualmente,/lengua de signos y codificados manualmente*, niem. *Gebärdensprache und Sprache-Signalalange System*, ros. *жестовый язык и система языково-жестова/язык жестов и система языково-жестова*.



Il. 1. Przykładowy znak polskiego języka migowego: „chłopiec"



Il. 2. Polski alfabet palcowy

K

kacheksja

– pochodzący z języka grec. (*κακός* [kakos] – zły, *ἕξις* [eksis] – stan ciała, łac. *marasmus* lub *inanitio*) termin – został zdefiniowany na *Cachexia Consensus Conference* w roku 2008 jako „złożony zespół metaboliczny związany z podstawową → chorobą i charakteryzujący się utratą mięśni z utratą [lub bez utraty] masy tkanki tłuszczowej". W rozwoju kacheksji istotną rolę odgrywa ostra odpowiedź immunologiczna jako wynik urazu lub stresu metabolicznego, spowodowana wytwarzanymi mediatorami. Początkowo produkowana jest interleukina 1 (IL-1), która następnie uruchamia produkcję czynnika martwicy guza (TNFα), interleukiny 6 (IL-6) i IFNγ. Cytokiny mają znaczący wpływ na wzrost stężenia kortyzolu, aktywności układu renina-angiotensyna-aldosteron oraz spadek produkcji insuliny. Wynikiem tego jest zwiększenie spoczynkowego wydatku energetycznego, wzrost glukoneogenezy, eksport aminokwasów z mięśni do wątroby. Ujemny bilans azotowy powoduje utratę masy mięśniowej, która charakteryzuje kacheksję.

W ocenie klinicznej kacheksji bierze się pod uwagę utratę masy ciała (spadek → wskaźnika masy ciała; BMI > 15% świadczy o znacznym zaawansowaniu kacheksji), obecność jadłowstrętu i znużenia. Poza zaburzeniami ośrodkowych mechanizmów regulacji łaknienia istotne znaczenie mają takie czynniki jak: → depresja [i zaburzenia nastroju], lęk ból, zaburzona samoocena, wpływ przyjmowanych leków onkologicznych zmniejszających łaknienie.

Kacheksja może się rozwinąć w wielu chorobach, takich jak: choroby nowotworowe, → reumatoidalne zapalenie stawów, zastoinowa niewydolność serca, zakażenie HIV, schyłkowy etap niewydolności nerek, wątroby, → przewlekła obturacyjna choroba płuc, gruźlica.

DBK

O: niedożywienie w starszym wieku, sarkopenia, wyniszczenie, żywienie osób starszych.

S: charłactwo.

TK: ang. *cachexia*, fr. *la cachexie*, hiszp. *la caquexia*, niem. *Kachexie*, ros. *кахексия*.

kalectwo

to podstawowe pojęcie nie tylko w → rehabilitacji i pedagogice specjalnej pierwszej połowy XX wieku, pochodzące z języka tureckiego (*kałyk*) i oznaczające człowieka ułomnego. Termin ten jest najmocniej związany z pojęciem → „choroby", bowiem kalectwo bywa następstwem procesu chorobowego. Słowo „kaleka" od XVI stulecia oznaczało człowieka ułomnego, inwalidę. Bliskoznaczny jest mu termin „ułomny", w znaczeniach: mający wady budowy, będący kaleką, popełniający błędy, mający słabostki, pełen błędów lub niedoskonały. Pojęcie „kalectwa" ma wydźwięk negatywny, jednak nadal funkcjonuje, czego dowodem jest obecność tego określenia w → Międzynarodowej Klasyfikacji Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń, definiowanego jako: „jakakolwiek trwała utrata struktury lub funkcji psychologicznej, fizjologicznej lub anatomicznej" (Kirenko, 2006, 2016). Biorąc pod uwagę czas zaistnienia niepełnosprawności, wyróżnia się kalectwo wrodzone i nabyte, z uwagi na rokowanie: czasowe i trwałe, ze względu na stopień i zakres: lekkie, umiarkowane, znaczne i głębokie, wybiórcze lub złożone. Ponadto, uwzględniając dotkniętą sferę aktywności, rozróżnia się np. kalectwo wzroku czy słuchu. W wyniku kalectwa ograniczone lub uniemożliwione jest pełnienie normalnych ról społecznych, wykonywanie zadań życiowych oraz uczestniczenie w życiu społecznym, czyli w kontaktach osoby z → niepełnosprawnością z otoczeniem (Kirenko, 2002).

HŻ

B: Kirenko, 2002, 2006, 2016.

O: inwalidztwo, niepełnosprawność, orzecznictwo inwalidzkie, upośledzenie.

TK: ang. *disability*, fr. *invalidité*, hiszp. *discapacidad*, niem. *Behinderung*, ros. *инвалидность*.

Kamiński Aleksander (1903–1978)

polski pedagog, wychowawca, harcmistrz, instruktor harcerski, współtwórca metodyki zuchowej, żołnierz Armii Krajowej, członek kierownictwa Szarych Szeregów, przewodniczący Prezydium Rady Naczelnej (1956–1958) Związku Harcerstwa Polskiego (ZHP), prekursor polskiej pedagogiki społecznej i koncepcji → wychowania do starości. Wczesne lata dzieciństwa i młodości spędził na Ukrainie, gdzie odbierał edukację i zdobywał pierwsze doświadczenia w pracy w harcerstwie. Po powrocie do kraju w roku 1921 kontynuował naukę w szkole średniej w Warszawie i w okresie 1923–1928 odbył studia na Wydz. Filozoficznym

Uniw. Warszawskiego w zakresie historii z przedmiotem pobocznym archeologia. Umiejętnie łączył naukę z pracą, w czasie studiów był wychowawcą młodzieży, kierownikiem bursy, zaś po ukończeniu studiów pracował jako nauczyciel historii, był współzałożycielem i członkiem zarządu Zw. Zaw. Wychowawców. W 1922 został mianowany harcmistrzem, od 1923 był drużynowym I Pruszkowskiej Drużyny Harcerzy im. Stefana Czarnieckiego, a następnie komendantem Hufca Pruszkowskiego (1925–1927) i Chorągwi Mazowieckiej ZHP (1928–1929). Aleksander Kamiński wspólnie z Jadwigą Zwolakowską (1895–1944) opracował metodykę zuchową, obejmującą zestaw instrumentów metodycznych dostosowanych do wieku zuchów zmierzających do realizowania harcerskiego systemu wychowawczego, uwzględniających m.in. etykę, uczenie w działaniu, system małych grup, prace plastyczne, teatr, gry i ćwiczenia itp. Po wybuchu II wojny światowej A. Kamiński – pod przybranym nazwiskiem Aleksandra Kędzierskiego – działał w konspiracji, był członkiem ścisłej Głównej Kwatery Szarych Szeregów („Pasieka"), inicjatorem i redaktorem naczelnym „Biuletynu Informacyjnego" – najważniejszego pisma konspiracyjnego w okupowanej Polsce oraz założycielem i komendantem Organizacji Małego Sabotażu „Wawer". Napisał wówczas jedną z najbardziej znanych książek o okupowanej Warszawie pt. *Kamienie na szaniec* (1943). Uczestniczył w powstaniu warszawskim i został awansowany do stopnia podporucznika rezerwy Wojska Polskiego. W latach powojennych czynnie uczestniczył w ZHP, ale pracował również jako asystent w Katedrze Pedagogiki Społecznej kierowanej przez Helenę Radlińską (1879–1954) i w Katedrze Pedagogiki Ogólnej Uniw. Łódzkiego. W 1947 uzyskał stopień doktora filozofii na podstawie rozprawy pt. *Metoda harcerska w wychowaniu i nauczaniu szkolnym*. W pracy dydaktycznej jako adiunkt prowadził konwersatoria z zakresu pedagogiki społecznej oraz ćwiczenia z opisu instytucji i pracy wychowawczej z młodzieżą. Ze względu na zawirowania polityczne i niepoprawność ideologiczną A. Kamiński został usunięty z ZHP (1949) i Uniw. Łódzkiego (1950). Wydarzenia październikowe 1956 roku spowodowały, że powrócił do pracy harcerskiej (1956) i naukowej (1958). W 1959 habilitował się na Wydz. Pedagogicznym UW na podstawie pracy pt. *Prehistoria polskich związków młodzi*eży. Od 1960 był docentem, a od 1962 kierował Katedrą Pedagogiki Społecznej UŁ. W 1969 otrzymał tytuł profesora nauk humanistycznych.

Kamiński – jako kontynuator myśli pedagogicznej Radlińskiej – jest autorem pogłębionych analiz, koncepcji teoretycznych i prekursorskich rozwiązań w obszarze pedagogiki społecznej, m.in. takich jak:

- koncepcja stowarzyszeń społecznych, ujmowanych w kategorii środowiska wychowawczego;
- koncepcja → czasu wolnego i analiza jego problematyki społeczno-wychowawczej;
- problematyka → gerontologii społecznej i społeczno-pedagogicznych aspektów wychowania do starości;
- próba określenia pedagogiki społecznej wobec innych subdyscyplin pedagogicznych oraz uporządkowania związków z innymi dyscyplinami społecznymi;
- zagadnienia pracy opiekuńczej i socjalnej oraz analiza ich funkcji wychowawczej;
- koncepcja profilaktyki społeczno-wychowawczej, integrującej pracę socjalną i kulturalną;
- aksjologiczne podstawy wychowania oraz oddziaływania poprzez przykład wychowawcy spolegliwego.

Zdaniem Kamińskiego „→ starości trzeba się nauczyć", a więc istotne jest → przygotowanie do starości, które powinno następować w toku całego aktywnego → życia każdej jednostki ludzkiej. Ukształtowane w fazach poprzedzających → emeryturę zainteresowania i aspiracje, umiejętności i przyzwyczajenia ułatwiają życie na emeryturze. „Poprawne wychowanie do starości to najlepszy sposób na godzenie ze starością. Być może nawet coś więcej – nie tylko sposób na aprobatę starości, ale także oczekiwanie starości jako okresu życia o swoistych urokach" (Kamiński, 1974). Przygotowanie do starości rozpatrywał zatem w odniesieniu do czterech wydzielonych faz życia: młodości i dorosłości, fazy bezpośrednio przedemerytalnej, okresu emerytalnego i starości niesprawnej. Warto zauważyć pominięcie dzieci i młodzieży jako grup wiekowych, w których można rozpocząć wychowanie do starości w znaczeniu kształtowania pozytywnych postaw wobec osób starzejących się i starych, budowania wzajemnej zależności, czyli solidarności między → generacjami oraz kształtowanie realistycznego, niestereotypowego obrazu człowieka starego (Zych, 2013). Wychowanie do starości Kamiński (1975) traktował jako czynnik adaptacji ludzi starych do nowoczesnego społeczeństwa, czyli przystosowanie do nowości cywilizacyjnych, technicznych i technologicznych, coraz szerszej sfery czasu wolnego, a także mody, sposobów komunikacji czy nowych obyczajów i zwyczajów, przy czym pragnienie niezależnego stylu życia osób starszych wysuwa się na plan pierwszy.

Kamiński był członkiem Tow. Naukowych – Białostockiego i Łódzkiego, Pol. Tow. Higieny Psychicznej,

Tow. Wolnej Wszechnicy Powszechnej, Związku Nauczycielstwa Polskiego, Komitetu ds. → Rehabilitacji i Adaptacji Człowieka oraz Komitetu Nauk Pedagogicznych i Psychologicznych PAN; był również współzałożycielem i wiceprzewodniczącym → Pol. Tow. Gerontologicznego. Za wybitne osiągnięcia na polu edukacji Kamiński otrzymał Nagrodę Fundacji im. Alfreda Jurzykowskiego (1975). Został odznaczony m.in. Krzyżem Walecznych, Złotym Krzyżem Zasługi z Mieczami (1944) i Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski. Pośmiertnie został uhonorowany Nagrodą Miasta Łodzi (1981), medalem Sprawiedliwy wśród Narodów Świata (1991), Krzyżem „Za Zasługi dla ZHP" (1992) i Krzyżem Komandorskim OOP (2008). Na mocy Uchwały Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej, rok 2003 ogłoszono rokiem Aleksandra Kamińskiego.

KC, AAZ

B: Czerniachowska, 2002; Czerniawska, 2003; Janowski, 1992; Kamiński, 1974, 1975, 1978, 1982, 1986; Małecka, 1994; Marynowicz-Hetka, Kubicka, Granosik, 2004; Zawadzka, 2001; Zych, 2013.

O: Polskie Towarzystwo Gerontologiczne, wychowanie do starości.

kapitał społeczny ludzi starszych

W literaturze przedmiotu określenie „kapitał" występuje zarówno w ujęciach funkcjonalnych, strukturalnych, normatywnych, jak i aksjologicznych. W naukach humanistycznych i społecznych pojęcie to rozumiane jest jako wartość odnoszona do czynnika ludzkiego. W naukach ekonomicznych kapitał to pojęcie węższe niż „zasób". Zasoby (np. surowce, materiały, ziemia, praca) są wykorzystywane przez ludzi do zaspokajania ich potrzeb, są czynnikami produkcji dóbr i usług (Rekowski, 2002). Kapitał to szczególny czynnik produkcji, gdyż stanowi już przekształcone zasoby (np. kapitał rzeczowy/fizyczny, ludzki, finansowy), które mogą zostać uruchomione, by przynieść zysk, powiększyć szanse oraz osiągnąć cele i korzyści na rynku (w ujęciu socjologicznym są to różne sfery życia społecznego, nie tylko obszary wymiany dóbr i usług). W polityce społecznej w nawiązaniu do klasycznych teorii Pierre'a Bourdieu (1930–2002), Jamesa Samuela Colemana (1926–1995) i Roberta D. Putnama kapitał obejmuje cztery kategorie. To podział porządkujący kwestie społeczne, w ramach którego mieści się: **kapitał ekonomiczny**, np. środki finansowe, dobra materialne, infrastruktura; **kapitał społeczny** – stosunki międzyludzkie, interakcje społeczne, sieci powiązań czy więzi; **kapitał kulturowy**, tj. zwyczaje, nawyki, style językowe, rodzaj ukończonych szkół, gust, → style życia; **kapitał symboliczny** – hasła, znaki, symbole ułatwiające wszelkie przekazy ideologii, doktryn, norm, zasad i/lub strategii (Olechnicki, Załęcki, 1998; Graniewska, 1999). Integralnym elementem kapitału ekonomicznego i społecznego jest **kapitał ludzki**, który determinuje wszechstronny rozwój społeczeństwa: gospodarczy, informacyjny, kulturalny i edukacyjny. Kapitał ludzki to aktywność, wykształcenie, kwalifikacje, szeroko rozumiana wiedza posiadana przez obywateli, a proces jego tworzenia oraz kumulowania towarzyszy wszystkim fazom → życia. Optymalny wymiar potencjału kapitału ludzkiego występuje w wieku dojrzałym i → wieku podeszłym.

Zwrot w kierunku docenienia roli kapitału społecznego nastąpił w momencie dostrzeżenia w latach 80. i 90. XX wieku, że inwestycje w kapitał fizyczny nie wyrównują różnic między krajami bogatymi a biednymi, podczas gdy pozytywne zmiany wpływają na rozwój inwestycji w kapitał ludzki (Herbst, 2007). Kapitał ludzki kojarzony głównie z organizacją przedsiębiorstw, efektywnością pracy, restrukturyzacją, innowacyjnością, konkurencyjnością i/lub wydajnością podmiotów gospodarczych – podstawowe umocowanie znajduje w analizach ekonomicznych. Od wartości skumulowanej w kapitale ludzkim, takich jak: wykształcenie, sprawność, wydajność, → mobilność, aktywność czy kreatywność, zależą kierunki i koszty przechodzenia na kolejne etapy rozwoju społecznego, a od optymalnego wykorzystania zasobów kapitałowych państwa, skuteczność działań modernizacyjnych i rozwój gospodarczy. Zależności te wyjaśnia wiele teorii naukowych. Na przykład w świetle popularnej w XIX wieku teorii determinizmu demograficznego Thomasa Roberta Malthusa (1766–1834) – zmiany zachodzące w obrębie struktury ludności wyznaczają kierunki rozwoju społeczno-gospodarczego i kulturowego społeczeństwa, a wedle teorii podaży i popytu Johna Maynarda Keynesa (1883–1946) – warunkiem minimalizowania ryzyka bezrobocia, zwiększania podaży i rozwoju gospodarczego jest tworzenie optymalnych warunków popytu i wzrostu możliwości konsumpcyjnych wszystkich grup społecznych. Zdaniem klasyka ekonomii, Adama Smitha (1723–1790), kapitał zawsze powstaje z nadwyżki produkcji nad konsumpcją, a wg współczesnego filozofa, politologa i polityka społecznego, Francisa Fukuyamy, optymalne wykorzystanie zasobów ludzkich determinuje trwanie struktur państwa opiekuńczego (ang. *welfare state*). Wszystkie przywołane teorie można odnieść do wartości zawar-

tej w kapitale ludzkim i społecznym. Zarówno w terminach socjologicznych, jak i ekonomicznych, są to korzyści, jakie społeczeństwo może czerpać z potencjału poszczególnych grup, w tym społecznych i wiekowych. To także podstawa budowy państwa przyjaznego, gwarantującego obywatelom szeroko rozumiane → bezpieczeństwo socjalne (społeczne).

W badaniach socjologicznych za podstawowy wskaźnik kapitału społecznego uznaje się poziom uogólnionego zaufania, czyli odpowiedź na pytanie, czy „większości ludzi można ufać". Według „Europejskiego Sondażu Społecznego" w Polsce w roku 2010 z opinią tą zgadzało się 22% respondentów. Tym samym Polacy pod tym względem zajmują jedną z ostatnich pozycji w Unii Europejskiej (*European Social*…, 2015 – Internet: http://nesstar…). Inne istotne wskaźniki to: wrażliwość na naruszanie dobra wspólnego, wielkość sieci społecznej, dobrowolna przynależność do organizacji i pełnienie w nich funkcji, udział w nieprzymusowych zebraniach publicznych i zabieranie na nich głosu, organizowanie takich zebrań, dobrowolne działania na rzecz społeczności lokalnej (w tym wolontariat), udział w wyborach parlamentarnych i samorządowych oraz pozytywny stosunek do demokracji (Czapiński, Panek, 2013). Bardzo niski poziom wszystkich powyższych wskaźników wśród osób starszych w Polsce dokumentuje „Badanie Zdrowia, Starzenia się i Emerytur w Europie" (SHARE) oraz „Diagnoza Społeczna" (Czapiński, Błędowski, 2014). Uznaje się, że barierę dla aktywności społecznej seniorów stanowi nie tylko niski poziom ich kapitału społecznego, ale też jego dominująca forma – kapitał wiążący, czyli ograniczony do kręgów rodzinnych i przyjacielskich. Tymczasem szerokie pozytywne efekty zewnętrzne generuje pomostowy kapitał społeczny, czyli tworzony w grupach nakierowanych na zewnątrz i obejmujących osoby z różnych warstw i grup społecznych (np. ruchy praw obywatelskich, ekumeniczne organizacje religijne). Jak twierdzi Janusz Czapiński, niski poziom kapitału społecznego prowadzi do realizacji przez Polskę ścieżki rozwoju molekularnego, czyli opartego na kapitale ludzkim, co sprzyja różnicowaniu zamożności obywateli zgodnie z ich kompetencjami i motywacjami oraz poprawie → jakości życia poprzez wyposażenie gospodarstw domowych w dobra trwałe (Czapiński, 2008). Jednakże model ten nie sprzyja rozwiązywaniu problemów zbiorowych o wyższym poziomie złożoności (np. inwestycje publiczne, tworzenie innowacji technologicznych, reformowanie służby zdrowia), które wymagają współpracy między ludźmi i organizacjami, do czego potrzebny jest rozwój wspólnotowy oparty na kapitale społecznym. W odniesieniu do osób starszych, kapitał społeczny m.in. mobilizuje podmiotowość, integruje z szerszą zbiorowością, pozytywnie oddziałuje na jakość życia i → zdrowie, jest źródłem wsparcia i → opieki nieformalnej, ułatwia pożyczanie środków finansowych od przyjaciół, sąsiadów i towarzystw pomocy wzajemnej (Kawachi, Subramanian, 2004; Barr, Russell, 2006; Andrew, 2006; Barrett, Hale, Butler, 2014; Nyqvist, Forsman, 2015).

W Polsce w okresie po 1989 roku parokrotnie modyfikowano zarówno interpretację powyższych zależności, jak i kwestie wzmacniania potencjału tkwiącego w subpopulacji → seniorów: od „uśpionego", niewykorzystanego potencjału ludzkiego – do upowszechniania → edukacji ustawicznej [całożyciowej], → aktywizacji zawodowej osób starszych (50+), podniesienia wieku emerytalnego do 67 lat, następnie obniżenie do 60 i 65 lat, a także nadania polityce senioralnej priorytetowego charakteru. Transformacja systemowa zbiegła się w czasie z przekształceniami w sferze demograficznej struktury wieku, ze zmianą funkcji → rodziny, innowacyjnym postrzeganiem roli kobiety (w rodzinie, na rynku pracy, w systemie ubezpieczeń społecznych) oraz z problemami dotyczącymi płynności finansów publicznych i zachowania odpowiedniej elastyczności, chłonności rynku pracy. Rozwarstwienie ekonomiczne pogłębiło wielokierunkową polaryzację społeczną, jednocześnie wzmacniając tendencje monetaryzacji świadomości społecznej. Rozdźwięk między państwem a społeczeństwem spowodował też, że nie był w pełni wykorzystywany, bądź po prostu marnotrawiony, ignorowany kapitał obywatelski, moralny, społeczny i kulturowy. Niektóre z przejawów tego zjawiska to: słaba organizacja i siła sprawcza samorządów lokalnych, utrzymywanie konfrontacyjnych podziałów na „my" (społeczeństwo, obywatele) i „oni" (władza), biurokratyzacja, korupcja, nepotyzm w strukturach państwa, klientyzm i → instytucjonalizacja społecznej aktywności (Trafiałek, 2004). W konsekwencji zmiana systemowa podzieliła Polaków na klasy ekonomiczne, na „wygranych" i „przegranych" (Falkowska, 1997), na beneficjentów nowej rzeczywistości, „dobrze przystosowanych" oraz objętych ryzykiem → wykluczenia społecznego [osób starszych]. Ludziom w starszym wieku zagwarantowano świadczenia emerytalne i rentowe, ale pozbawiono możliwości współuczestniczenia w przemianach. Internet, rozwój nowych technologii, powszechny dostęp do informacji zminimalizował też rangę przekazu pokoleniowego w kontynuacji kulturowej. Mimo widocznych i stale pogłębiających się zmian demograficz-

nych – coraz liczniejszej zbiorowości seniorów, grupa ta była niemal niewidoczna w przestrzeni pozarodzinnej i pozareligijnej (Synak, 2003), pozbawiona reprezentacji, spauperyzowana, bezradna, w licznych sondażach społecznych wyrażająca często uzasadniony lęk przed → samotnością i osamotnieniem w okresie starości, utratą zdrowia i/lub samodzielności.

O pomijaniu kategorii społecznej ludzi starszych również w działaniach jednostek resortowych świadczy to, że w Sektorowym Programie Operacyjnym „Rozwój Zasobów Ludzkich" na lata 2004–2006 – przedstawiciele trzeciej → generacji w ogóle nie zostali uwzględnieni. Pominięto ich w opracowywaniu priorytetów w zakresie → integracji społecznej i zawodowej. Traktowani byli jako potencjalni podopieczni → pomocy społecznej, jako osoby niepełnosprawne o ograniczonej samodzielności, zagrożone wykluczeniem społecznym. Na tle polityki społecznej wobec osób starszych i wobec → starości, realizowanej m.in. w krajach skandynawskich, Francji, Niemczech czy Austrii, takie traktowanie osób odchodzących od aktywności zawodowej można uznać za przejaw → ageizmu, → dyskryminacji z powodu wieku.

Od przynajmniej 2008 roku, kiedy do realizacji przyjęto rządowy program → „Solidarność pokoleń [50+], działania dla zwiększenia aktywności zawodowej osób w wieku 50+", powszechna promocja samodzielności i aktywności zawodowej w okresie późnej dojrzałości i starości zyskują na znaczeniu. Świadomość odpowiedzialności za → jakość życia w naturalny sposób towarzyszy planom edukacyjnym, rodzinnym i aspiracjom ludzi młodych. I choć poziom wiedzy gerontologicznej: o → wychowaniu do starości, o deficytach wieku i sposobach ich redukowania wymaga dalszych działań edukacyjnych – to zainteresowanie rozwiązywaniem problemów przedmiotowych absorbuje już uwagę tak przedstawicieli świata nauki – zarówno geriatrów, gerontologów społecznych, geragogów, demografów, polityków społecznych, socjologów (Szukalski, 2012; Hrynkiewicz, 2012), → pracowników socjalnych, jak i ekonomistów, prawników, przedstawicieli administracji państwowej, samorządowej, organizacji pozarządowych i resortów odpowiedzialnych za kreowanie polityki rodzinnej, mieszkaniowej, ochrony zdrowia, rynku pracy oraz zabezpieczeń społecznych.

Kompleksowe działania służące realizacji tych zadań mieszczą się w popularnej od niedawna polityce senioralnej. Stanowi ona jeden z niezmiernie istotnych elementów rozległej przestrzeni zainteresowań polityki społecznej, a ze względu na interdyscyplinarny charakter – traktowana jest w kategoriach innowacji.

Znaczenie potencjału trzeciego pokolenia będzie narastać równolegle do potrzeb rozwoju gospodarczego, ograniczania wydatków na → świadczenia społeczne, adekwatnie do modyfikacji chłonności rynków pracy, do zmian demograficznych zachodzących w obrębie struktury społecznej i diagnozowanych w obrębie modelu rodziny. Odchodzące od aktywności zawodowej kolejne roczniki trzeciego pokolenia będą coraz lepiej wykształcone, mobilne, sprawne, kreatywne, świadome swych możliwości, potrzeb i praw. Będą stanowić coraz cenniejszy kapitał ludzki o ogromnym potencjale:

- ekonomicznym – jako płatnicy podatków, jako współfinansujący potrzeby życiowe innych członków rodzin;
- konsumenckim – jako grupa dysponująca stałym dochodem; emeryci i renciści są znaczącymi w gospodarce i na rynku pracy odbiorcami wszelkich dóbr i usług, w tym: edukacyjnych, rehabilitacyjnych, medycznych, kulturalnych, turystycznych itp.;
- opiekuńczym i samopomocowym – zredukowane → role społeczne seniorów, potrzeba afiliacji i współuczestniczenia w życiu społeczności lokalnej, rodzą potrzeby udzielania pomocy i/lub → opieki, angażowania się w prace wspólnot, zarówno rodzinnych czy sąsiedzkich, jak i lokalnych oraz wolontarnych;
- integracyjnym i emocjonalnym – zainteresowanie wszelkimi formami kompensacji utraconych ról zawodowych, współuczestniczenie w życiu społeczności lokalnych, wspólnot wyznaniowych, kół zainteresowań, klubów osiedlowych, aktywność w organizacjach pozarządowych;
- kulturowym – zaangażowanie w pokoleniowy przekaz kulturowy, przywiązanie do tradycji, wartości uniwersalnych, których rozumienie przychodzi z wiekiem;
- edukacyjnym – zainteresowanie coraz liczniejszych grup funkcjonowaniem → uniwersytetów trzeciego wieku, rosnąca akceptacja dla idei kształcenia ustawicznego i edukacji całożyciowej, dla korzystania z sieci, dla postępu i nowych technologii przekazu;
- politycznym – to liczny i zdyscyplinowany elektorat o znaczącym wpływie na kształt przyszłej polityki, struktur władzy, a w konsekwencji modelu państwa (Klimczuk, 2012; Trafiałek, 2004).

Nieunikniona w swym zróżnicowaniu, niejednakowa starość i jakość życia na → emeryturze obecnego pokolenia ludzi młodych w kolejnych dekadach coraz wyraźniej będzie wyznaczana statusem społecznym i ekonomicznym z wcześniejszych faz życia, ale optymalne redukowanie deficytów wieku i optymalne wykorzystanie potencjału zawartego w kapitale ludz-

kim seniorów zawsze stanowić powinno priorytet zadaniowy polityki społecznej. Jego realizacja wiąże się m.in. z takimi działaniami innowacyjnymi jak: promocja zasad → aktywnego starzenia się i samodzielności w miejscu zamieszkania; budowa dialogu międzypokoleniowego; organizowanie wszechstronnego → wsparcia społecznego w środowisku zamieszkania; wsparcie materialne i organizacyjne rodzin sprawujących opiekę nad starszymi i niepełnosprawnymi krewnymi; ograniczanie rozwoju form → opieki instytucjonalnej na rzecz rozwoju lokalnych sieci wsparcia, grup samopomocy, rozwoju → wolontariatu seniorów i innych inicjatyw środowiskowych; rozbudowa systemu kształcenia w zawodach towarzyszących pracy socjalnej, a związanych z organizowaniem skutecznego wsparcia społecznego osób starszych i ich rodzin w środowisku lokalnym, w tym: opiekunów osób starszych, asystentów osób niepełnosprawnych, → asystentów rodzinnych i opiekunów środowiskowych.

Kompleksowe działania wymagają planowania i realizacji z uwzględnieniem prakseologicznej triady: diagnoza, prognoza, strategia działań długofalowych. Upowszechnianiu nowego modelu polityki społecznej wobec ludzi w wieku dojrzałym i starszym sprzyja polityka Unii Europejskiej (UE). Jedną z jej najnowszych inicjatyw stanowiło ogłoszenie roku 2012 Europejskim Rokiem Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej, Zaangażowanie rządów poszczególnych krajów członkowskich w promocję aktywności osób starszych jest jednak zróżnicowane i uzależnione od tradycji i dotychczasowej ścieżki rozwoju (ang. *path dependency*) (Kocka, Brauer, 2010). Wspólną cechą wsparcia aktywności seniorów w UE jest ograniczenie obowiązków podatkowych organizacji pozarządowych i pożytku publicznego oraz promocja wolontariatu osób starszych. Na szczeblu krajowym w Polsce warto wskazać na coraz większe zainteresowanie wdrażaniem modelu polityki senioralnej i powszechne zaangażowanie, w tym także Biura Rzecznika Praw Obywatelskich i zespołów parlamentarnych, w proces wdrażania nowych strategii zadaniowych w starzejącym się społeczeństwie w partnerstwie z organizacjami zrzeszającymi osoby starsze, w szczególności z ruchem → uniwersytetów trzeciego wieku (UTW) oraz lokalnymi i regionalnymi → radami ds. seniorów (*Strategie…*, 2012, Klimczuk, 2013). Ponadto wraz z uruchomieniem w 2012 roku „Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych" (ASOS) obserwować można zwiększenie liczby inicjatyw na rzecz aktywizacji ludzi starszych w środowisku lokalnym, które mogą oddziaływać na budowę pomostowego kapitału społecznego (np. grupy wolontariatu międzypokoleniowego) oraz infrastruktury kapitału społecznego osób starszych, m.in. → domy pomocy społecznej, → domy dziennego pobytu, → kluby seniora, UTW, → hospicja, → grupy wspierania, organizacje pozarządowe (Klimczuk, 2012). W warunkach demograficznego starzenia się społeczeństw, racjonalne, zgodne ze standardami współczesności gospodarowanie kapitałem ludzkim i społecznym, stanowi poważne, interdyscyplinarne wyzwanie dla kreatorów życia społecznego, zarówno dla parlamentarzystów, senatorów, polityków społecznych, władz i jednostek samorządowych, jak i dla pracowników oświaty i służby zdrowia. Jest to zatem poważne wyzwanie dla wszystkich odpowiedzialnych za upowszechnianie wiedzy gerontologicznej, za przygotowanie kolejnych pokoleń do rozumienia istoty i satysfakcjonującego przeżywania trzeciej tercji życia.

ET, AK

B: Andrew, 2006; Barr, Russell, 2006; Barrett, Hale, Butler, 2014; Czapiński, Błędowski, 2014; Czapiński, 2008; Czapiński, Panek, 2013; Falkowska, 1997; Fukuyama, 1997; Graniewska, 1999; Herbst, 2007; Hrynkiewicz, 2012; Kawachi, Subramanian, 2004; Klimczuk, 2012; Klimczuk, 2013; Kocka, Brauer, 2010; Nyqvist, Forsman, 2015; Olechnicki, Załęcki, 1998; Rekowski, 2002; *Strategie…*, 2012; Synak, 2003; Szukalski, 2012; Szukalski, Szatur-Jaworska, 2014; Trafiałek, 2004.

N: *European Social…*, 2015 – Internet: http://nesstar…

TK: ang. *the social capital of older people*, fr. *capital social des personnes âgées*, hiszp. *el capital social de las personas de edad*, niem. *soziales Kapital der älteren Generation*, ros. *социальный капитал пожилых людей*.

kardiogeriatria → kardiologia geriatryczna

kardiologia geriatryczna (kardiogeriatria) – to dział medycyny zajmujący się prewencją, diagnostyką i leczeniem chorób układu krążenia u pacjentów w → wieku podeszłym. Zajmuje ona ważne miejsce w → opiece geriatrycznej z uwagi na duże rozpowszechnienie i wzrost zachorowalności na choroby kardiologiczne wraz z wiekiem, a z drugiej strony – ze względu na często odmienny obraz kliniczny tych schorzeń i konieczność uwzględniania wielochorobowości i stanu funkcjonalnego pacjenta podczas ustalania planu terapeutycznego.

Do najczęstszych chorób układu sercowo-naczyniowego w starszym wieku należą: → nadciśnienie tętnicze, → choroba niedokrwienna serca, przewlekła niewydolność krążenia, → zaburzenia rytmu serca i wady zastawkowe (Abdelhafiz, 2012). Schorzenia te są zarazem najczęstszą przyczyną zgonu w krajach rozwiniętych. Osoby starsze są także najczęstszym odbiorcą specjalistycznych świadczeń kardiologicznych, np. ponad 60% pacjentów gabinetów kardiologicznych przekroczyło 60. r.ż. (Goldwater, 2014).

Zmiany fizjologiczne zachodzące w starzejącym się organizmie, będące domeną → geronofizjologii, dotyczą też w istotnym stopniu układu krążenia – zarówno mięśnia sercowego, układu bodźco-przewodzącego, jak i naczyń krwionośnych (tab. 1). Zmiany te predysponują osoby starsze do częstszego zapadania na choroby układu sercowo-naczyniowego, a także wpływają na odmienny przebieg tych schorzeń i symptomatologię w → starości oraz na skuteczność terapii. Przykładem takich związków może być zwiększona sztywność tętnic, która skutkuje częstszym występowaniem w wieku podeszłym izolowanego skurczowego nadciśnienia tętniczego. Większa zależność stopnia napełniania komór serca od skurczu przedsionków predysponuje do częstszego występowania objawów dekompensacji krążenia w przypadku utraty funkcji przedsionka, jak to ma miejsce np. w migotaniu przedsionków (Lakatta, 1999).

Ocena diagnostyczna w kardiologii geriatrycznej nie różni się zasadniczo od zasad przyjętych ogólnie w kardiologii. Niemniej należy mieć na uwadze potencjalne trudności i ograniczenia w badaniu starszego pacjenta oraz odmienności symptomatologii schorzeń kardiologicznych w starości.

Wywiad kardiologiczny może być trudny do zebrania w przypadku towarzyszących trudności z → pamięcią, → łagodnych zaburzeń poznawczych czy → depresji i zaburzeń nastroju. Objawy poszczególnych → chorób mogą też być niecharakterystyczne. I tak, np., chorzy w starszym wieku z chorobą niedokrwienną serca częściej niż typowy, dławicowy ból zamostkowy będą zgłaszać duszność wysiłkową, objawy niedostatecznego krążenia mózgowego czy omdlenie. Ból wieńcowy może być też nieobecny z innego powodu. Dzieje się tak np. w przebiegu częstej w wieku podeszłym neuropatii cukrzycowej, która podnosi próg jego odczuwania, ale też z uwagi na nieosiąganie progu obciążenia wysiłkiem prowokującego ból, z powodu ograniczania przez starszego pacjenta podejmowania → aktywności fizycznej. Zmniejszenie → mobilności pacjenta może być następstwem występowania dolegliwości spowodowanych → chorobą zwyrodnieniową stawów, czy z powodu ogólnej niesprawności starszego pacjenta. Przy zbieraniu wywiadu dotyczącego omdleń zawsze trzeba zwrócić uwagę na obecność objawów wskazujących na możliwość występowania hipotonii ortostatycznej. W przypadku jej potwierdzenia za pomocą próby ortostatycznej należy uzupełnić wywiad o informacje na temat jej najczęstszych czynników ryzyka (takich jak: nadciśnienie tętnicze i terapia hipotensyjna, neuropatia autonomiczna w przebiegu → choroby Parkinsona i → cukrzycy, niewydolność układu żylnego kończyn dolnych, odwodnienie). Dodatnia próba ortostatyczna wymaga szczególnej czujności diagnostycznej i poszukiwania objawów choroby Parkinsona, czy też cukrzycy, nawet w przypadku braku takowych rozpoznań w wywiadzie zebranym od pacjenta lub jego opiekuna (z uwagi na często skąpoobjawowy przebieg tych schorzeń w ich początkowym okresie przez długi czas mogą one pozostawać nierozpoznane).

Szczególnie ważna podczas zbierania wywiadu od pacjenta geriatrycznego jest informacja o przyjmowanych lekach. Polifarmakoterapia jest częsta w wieku starszym, a z uwagi na zmiany w → składzie ciała w starości, oraz w zakresie funkcji wątroby i nerek, stwarza ona podwyższone ryzyko interakcji międzylekowych oraz wystąpienia działań niepożądanych. Przy stwierdzeniu objawów zaostrzenia niewydolności krążenia lub zwyżek ciśnienia tętniczego istotne jest pytanie o przyjmowanie leków przeciwbólowych z grupy niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ), które mogą upośledzać funkcję nerek i prowadzić do zatrzymania sodu i wody w organizmie. Hipotonia ortostatyczna, a także omdlenia, mogą być powodowane przez leki nasenne, neuroleptyki czy zbyt intensywne leczenie hipotensyjne, w tym lekami naczyniorozszerzającymi. Bradykardia bywa wywołana leczeniem beta-adrenolitykami, przy czym ważne jest dokładne sprawdzenie, czy pacjent nie przyjmuje kilku preparatów z tej samej grupy leków albo tego samego leku pod różną nazwą handlową – co w codziennej praktyce zdarza się nie tak rzadko.

W badaniu przedmiotowym układu krążenia u osoby starszej ważne jest zmierzenie ciśnienia tętniczego krwi w obu kończynach górnych, aby wykluczyć np. zwężenie tętnicy podobojczykowej. Powinno to być uzupełnione wykonaniem próby ortostatycznej. Osłuchiwanie tętnic celem stwierdzenia obecności szmeru dostarcza informacji o zmianach miażdżycowych, zwężeniach naczyń czy też występowaniu tętniaka aorty, chorób, których częstość występowania wzrasta wraz z wiekiem. Tony serca u starszych pacjentów mogą być cichsze niż u osób młodych, głównie

ze względu na wzrost objętości tkanki płucnej pomiędzy sercem a ścianą klatki piersiowej, czy też obecność zmian rozedmowych płuc. Czwarty ton serca, za który odpowiada skurcz przedsionków, może być obecny u pacjentów starszych i jest on zjawiskiem prawidłowym. Natomiast obecność tonu trzeciego, powstającego podczas wypełniania i rozszerzania się komór, świadczy o obecności patologii. Szmery wysłuchiwane nad sercem mogą być obecne nie tylko w przypadku istnienia wad zastawkowych, ale mogą też wynikać z szybszego przepływu krwi przez zastawkę, tzw. skurczowe szmery wyrzutu (Fleg, 1999).

Badania dodatkowe w diagnostyce kardiologicznej, takie jak: elektrokardiogram (EKG), 24-godzinne monitorowanie EKG czy ciśnienia tętniczego, oraz zasady ich interpretacji nie różnią się od tych wykonywanych pacjentom z populacji ogólnej. Mogą one wnieść wiele pomocnych informacji, szczególnie jeśli wywiad chorobowy zebrany od pacjenta jest niecharakterystyczny. Echokardiografia bywa bardzo przydatna przy diagnozowaniu wad zastawkowych i wydolności serca, chociaż w przypadku starszych chorych trudne może być uzyskanie dobrej technicznie jakości obrazu, także z uwagi na współistniejące → choroby pulmonologiczne w starszym wieku.

W przypadku badań laboratoryjnych wykorzystywanych w diagnostyce chorób układu krążenia należy często pamiętać o ograniczeniach interpretacji ich wyników w subpopulacji osób starszych. Dotyczy to np. oznaczania poziomu peptydu natriuretycznego (BNP), wykorzystywanego w diagnostyce niewydolności krążenia. Jego podwyższone poziomy mogą być stwierdzane u pacjentów w wieku podeszłym bez obecności patologii serca (McMurray i współprac., 2012). Podobne ograniczenia wiążą się z D-dimerami czy troponinami sercowymi, które mogą być podwyższone w przebiegu wielu schorzeń pozasercowych. Wyniki tych badań zawsze należy interpretować w kontekście obrazu klinicznego i rezultatów innych badań kardiologicznych (Thygesen i współprac., 2012).

U pacjentów geriatrycznych często ograniczona jest też wartość próby wysiłkowej. Chory może nie być w stanie wykonać badania, np. z uwagi na zmiany stawowe lub choroby neurologiczne. Ponadto niższa u osoby starszej maksymalna pojemność tlenowa wymaga odmiennych protokołów badania – obowiązuje zasada rozpoczynania testu przy niskim wydatku energetycznym i powolny wzrost obciążenia. Przyrost częstości rytmu serca podczas wysiłku u osób starszych jest mniejszy, natomiast skurczowe ciśnienie tętnicze, zarówno spoczynkowe, jak i po wysiłku może być wyższe. Stąd bardziej pomocne w diagnostyce choroby niedokrwiennej serca mogą być obrazowe próby wysiłkowe.

Badanie inwazyjne, głównie cewnikowanie naczyń wieńcowych, jest wykorzystywane w diagnostyce choroby wieńcowej niezależnie od wieku pacjenta. U pacjentów w wieku podeszłym należy jednak rozważyć bilans korzyści i ryzyka badania oraz wziąć pod uwagę stan funkcjonalny pacjenta i jego aktywność fizyczną, dalsze rokowanie, stan wydolności nerek oraz nasilenie chorób współistniejących. Nie dotyczy to oczywiście badania wykonywanego w ostrych zespołach wieńcowych, gdyż w tym przypadku pacjenci w wieku starszym odnoszą nawet większe korzyści z leczenia inwazyjnego w porównaniu z osobami młodszymi (Libungan i współprac., 2015).

Działanie terapeutyczne i wytyczne postępowania w poszczególnych chorobach sercowo-naczyniowych są dokładnie opisywane w aktualizowanych co kilka lat wytycznych towarzystw kardiologicznych. Zawarte w nich zalecenia są określane na podstawie przeprowadzanych licznych badań klinicznych. Zalecenia ogólne dotyczą też pacjentów geriatrycznych. Należy jednak mieć świadomość, że badania naukowe są w większości przeprowadzane na młodszej subpopulacji pacjentów, a osoby starsze, z wieloma chorobami współistniejącymi, z polifarmakoterapią, niedostatecznym stanem odżywienia czy → zespołem słabości, są z tych prób często wyłączane (Cruz-Jentoft i współprac., 2013). Wyniki tych badań i będące ich pochodną zalecenia terapeutyczne są zatem ekstrapolowane na subpopulację geriatryczną. Stąd obowiązujące wytyczne ogólne należy stosować w subpopulacji geriatrycznej, ale z uwzględnieniem stanu funkcjonalnego pacjenta, liczby i rodzaju przyjmowanych przez niego leków, wydolności narządów (szczególnie wątroby i nerek), oczekiwanego przeciętnego dalszego trwania życia oraz spodziewanych korzyści z leczenia. Stosowanie leków w prewencji zdarzeń sercowo-naczyniowych u pacjenta 85-letniego z → sarkopenią i → wielochorobowością może nieść więcej działań niepożądanych niż korzyści. Zbyt intensywne obniżanie ciśnienia tętniczego może wywoływać → upadki [w podeszłym wieku], → złamania [u osób starszych], a w konsekwencji zwiększać śmiertelność. Stosowanie wszystkich zalecanych leków, zgodnie z poszczególnymi wytycznymi obowiązującymi dla schorzeń występujących u pacjenta – w przypadku gdy współistnieje wiele chorób – może indukować → polipragmazję. Stąd czasem istnieje potrzeba selekcji i wybrania terapeutyków najbardziej potrzebnych i istotnych w leczeniu pacjenta geriatrycznego oraz służących przede

wszystkim poprawie jego → jakości życia, a pozostawienia mniej istotnych schorzeń bez „pełnego" leczenia.

Z drugiej strony istnieje niebezpieczeństwo tzw. nihilizmu terapeutycznego, czyli braku odpowiedniego leczenia pacjenta geriatrycznego, mimo potencjalnych korzyści, jakie mógłby on odnieść z wdrożonego postępowania. Zawsze należy pamiętać, że sam → wiek chronologiczny [kalendarzowy] nie jest przeciwwskazaniem ani do → farmakoterapii [osób starszych], ani do leczenia zabiegowego, w tym kardiochirurgicznego. Leczenie takie jednak jest statystycznie rzadziej podejmowane u pacjentów starszych (Iung, 2005 i współprac.). Podobna sytuacja istnieje w przypadku leków przeciwzakrzepowych – leki te z jednej strony nieraz były stosowane bez wskazań, natomiast w przypadkach wymagających takiej terapii – włączane tylko u 1/3 pacjentów (Monte i współprac., 2006). Wdrożenie odpowiedniego planu terapeutycznego powinno odbywać się po przeprowadzeniu → całościowej oceny geriatrycznej. Uzależnione musi być od stanu funkcjonalnego pacjenta, poziomu oczekiwanej współpracy z nim samym lub jego opiekunem, i po ustaleniu realnych celów, do jakich powinno się dążyć u danego pacjenta.

AKA, ZBW

B: Abdelhafiz, 2012; Cruz-Jentoft i współprac., 2013; Fleg, 1999; Goldwater, 2014; Iung i współprac., 2005; Lakatta, 1999; Libungan i współprac., 2015; McMurray i współprac., 2012; Monte i współprac., 2006; Thygesen i współprac., 2012.

O: aktywność fizyczna, choroba niedokrwienna serca, choroby pulmonologiczne w starszym wieku, cukrzyca, gerontofizjologia, łagodne zaburzenia poznawcze, miażdżyca, nadciśnienie tętnicze, polipragmazja, sarkopenia, skład ciała w starości, upadki w podeszłym wieku, wielochorobowość, zaburzenia rytmu serca, zawał mięśnia sercowego, złamania u osób starszych.

TK: ang. *geriatric cardiology*, fr. *cardiologie gériatrique*, hiszp. *cardiología geriátrica*, niem. *geriatrischen Kardiologie*, ros. *гериатрическая кардиология*.

Karta Standardów Osoby Starszej

została uchwalona w roku 1997 przez Międzynarodowe Tow. Gerontologiczne Regionu Europy (IAG ER) z inicjatywy Johna L.C. Dalla, który przedstawił tę propozycję na posiedzeniu IAG ER w Parmie (1996). Karta określa zalecane i oczekiwane standardy oraz skodyfikowane zasady → opieki społecznej i zdrowotnej nad osobami w → wieku podeszłym na terenie Zjednoczonej Europy. Czytamy w niej m.in. (*The Older Person's Charter of Standards*, 1997 – Internet: http://www.aoa.acl.gov…; Pędich, 2007):

„Jako osoba starsza masz prawo uzyskać opiekę zdrowotną dostosowaną do stopnia niesprawności, opierając się jedynie na potrzebach klinicznych, niezależnie od zdolności do zapłaty, → stylu życia lub jakichkolwiek innych czynników. Możesz oczekiwać, że Zespół Opieki Podstawowej poradzi sobie z większo-

Tabela 1. Zmiany fizjologiczne w starości dotyczące układu krążenia

Narząd/układ	Zmiany fizjologiczne
Serce	▪ łagodny przerost mięśnia lewej komory – przerost kardiomiocytów ▪ uścian mięśnia sercowego ▪ wczas skurczu, a skrócony czas relaksacji komór ▪ frakcja wyrzutowa nie zmniejsza się ▪ nkomór w większej mierze zależne od skurczu przedsionków, echokardiograficznie spadek wskaźnika E/A ▪ zwiększenie rozmiarów lewego przedsionka ▪ spadek aktywności bodźcotwórczej – obniża się wewnętrzna podstawowa częstość serca (po całkowitej blokadzie układu autonomicznego), natomiast podstawowa HR nie zmienia się (co wynika ze zwiększonego napięcia układu współczulnego) ▪ mniejszy przyrost częstości rytmu serca po wysiłku
Zastawki	▪ zwapnienia i zwłóknienie – podłoże do wystąpienia wad ▪ zastawkowych
Tętnice	▪ wydłużenie i poszerzenie aorty, orazgłównych tętnic – w wyniku zmian w strukturze włókien elastyny i kolagenu oraz kalcyfikacji ▪ usztywnienie ścian ▪ spadek funkcji śródbłonka
Żyły	▪ zwiotczenie ścian ▪ niesprawność zastawek ▪ zwiększenie objętości łożyska żylnego
Układ neuroendokrynny	▪ wyższy poziom katecholamin ▪ zmniejszona wrażliwość receptorów beta-adrenergicznych ▪ zachowanie gęstości receptorów beta-adrenergicznych

ścią Twoich problemów medycznych. W przypadku poważniejszego lub bardziej złożonego problemu możesz oczekiwać, że zostaniesz skierowany do odpowiedniego oddziału szpitala".

W zakresie komunikacji i informacji masz prawo oczekiwać, że „będziesz partnerem w procesie leczenia oraz we wszystkich decyzjach dotyczących Twojego → zdrowia i opieki; będziesz cierpliwie, z uwagą i w sposób bezstronny wysłuchany przez wszystkich członków personelu, z którymi masz do czynienia; będziesz mógł być reprezentowany przez członka → rodziny, przyjaciela lub opiekuna, jeśli pojawią się trudności w porozumieniu się z członkami zespołu medycznego; będziesz mógł korzystać z urządzeń ułatwiających porozumienie w przypadku problemów ze słuchem lub wzrokiem; będziesz w jasny i delikatny sposób informowany o swoich problemach zdrowotnych; będziesz mógł uzyskać na żądanie diagnozę na piśmie; będziesz w pełni informowany o możliwościach leczenia, a także o zagrożeniach związanych z obecnym stanem zdrowia; otrzymasz informacje na temat Twojej → choroby, zanim dowiedzą się o niej członkowie rodziny, chyba że choroba to uniemożliwia; będziesz mieć dostęp do historii swojej choroby i pewność, że wszyscy członkowie zespołu leczącego są zobowiązani do utrzymania tych informacji w tajemnicy; każde Twoje skargi zostaną zbadane i szybko uwzględnione; otrzymasz dokładne informacje o lokalnych usługach i świadczeniach zdrowotnych i socjalnych; będziesz mieć łatwy dostęp do wsparcia oraz uzyskania informacji pomagających zrozumieć chorobę i pogodzić się z nią, a także uzyskać podobne wsparcie dla Twojej rodziny i przyjaciół".

Z kolei w zakresie → promocji zdrowia „możesz oczekiwać uzyskania informacji na temat: zdrowego stylu życia; zdrowych nawyków żywieniowych; ćwiczeń fizycznych; profilaktycznej kontroli stanu zdrowia w wieku 65/75 lat". I wreszcie w zakresie transportu możesz oczekiwać, że „w przypadku braku możliwości samodzielnego dotarcia do szpitala zostanie Ci zapewniony odpowiedni transport; w szpitalach znajdą się czytelne oznaczenia ułatwiające poruszanie się po terenie; zostaną zapewnione rozwiązania ułatwiające przekazywanie chorych między oddziałami szpitala tak szybko, jak to jest możliwe".

We wspomnianym dokumencie określone zostały też szczegółowe zasady dotyczące chorób, okresu zdrowienia i → rehabilitacji, wypisania ze szpitala, opieki zastępczej, usług środowiskowych i socjalnych oraz zmiany miejsca zamieszkania osoby starszej.

AAZ

A: *Carta de derechos*…, 1999; Doron, 2005; Pędich, 2007.

N: *The Older Person's Charter of Standards*, 1997 – Internet: http://www.aoa.acl.gov…

O: Europejska Karta Praw i Obowiązków Osób Starszych Wymagających Długoterminowej Opieki, prawa pacjenta.

TK: ang. *The Older Person's Charter of Standards*, fr. *Charte des droits et libertés de la personne âgée*, hiszp. *Carta de derechos para las personas mayores*, niem. *Charter Standard älterer Menschen*, ros. *Хартия стандартов пожилых людей*.

kaskada farmakologiczna

to zjawisko polegające na leczeniu dolegliwości i objawów wynikających z działań niepożądanych leków stanowiących przyczynę włączenia kolejnego leku bez kontroli stanu → zdrowia i okresowych badań laboratoryjnych, czyli ciąg: działanie niepożądane – dekompensacja – kolejny objaw – kolejny lek (Gryglewska, 2007). Kaskady problemowe to ciągi objawów wzajemnie z siebie wynikających, a cykle to zespoły problemów tworzące mechanizmy samonapędzających się błędnych kół. Zasadniczy element kaskad i kół stanowią przyjmowane przez pacjenta leki (Gryglewska i współprac., 2014). Typowe przykłady to obrzęki kończyn dolnych pojawiające się jako możliwe działanie niepożądane brokerów kanałów wapniowych. W celu złagodzenia tych działań pacjent otrzymuje tiazydowy lek moczopędny, którego efektem ubocznym może być z kolei objawowa dna moczanowa. Jest ona leczona niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi [NLPZ], które mogą spowodować dyspepsję, z powodu której pacjent zaczyna przyjmować inhibitor pompy protonowej. Inny przykład to nudności wywołane przyjmowaniem glikozydów nasercowych. Stosowany w takiej sytuacji przez zbyt długi czas metoklopramid może wygenerować parkinsonizm polekowy, z powodu którego zostaną włączone do terapii leki przeciwparkinsonowskie. Podobne przykłady można by mnożyć (Ksiądzyna, Szeląg, 2013). Jest to klasyczna „spirala chorób i terapii", podczas gdy najlepszym rozwiązaniem w obu powyższych sytuacjach powinna być wnikliwa ocena stanu pacjenta i etiologii zgłaszanych dolegliwości, a następnie zmniejszenie dawki lub odstawienie preparatu, który wygenerował działanie niepożądane.

DKS

B: Gryglewska, 2007; Gryglewska i współprac., 2014; Ksiądzyna, Szeląg, 2013.

O: farmakodynamika w wieku podeszłym, farmakoterapia wieku podeszłego, geriatryczny zespół jatrogenny, interakcje leków, niepożądane działania leków, polipragmazja.

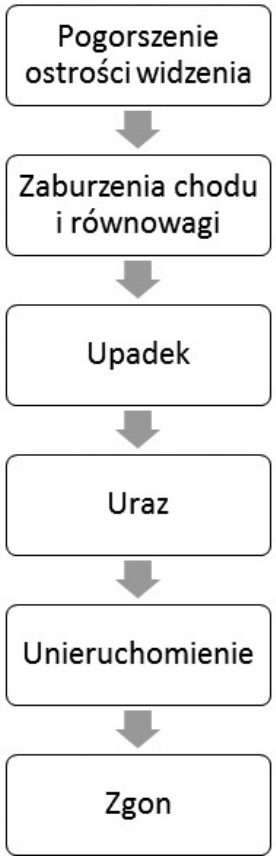
TK: ang. *pharmacological cascade*, fr. *cascade médicamenteuses*, hiszp. *la cascada de la prescripción*, niem. *pharmakologische Kaskade*, ros. *фармакологическая каскад/каскад лекарственных средств*.

kaskada w geriatrii

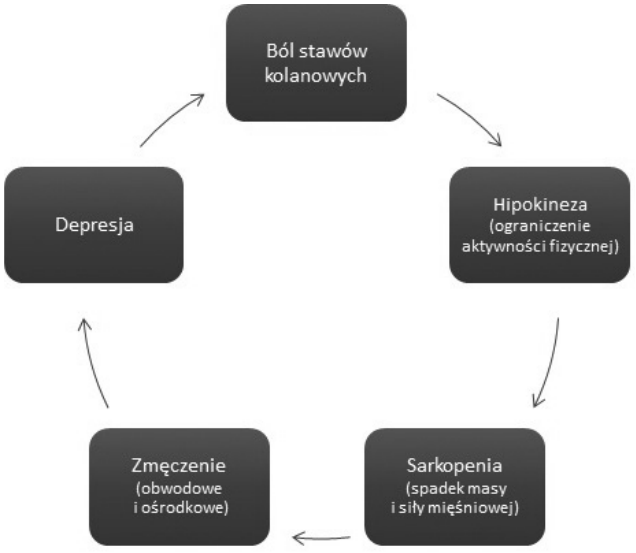
to następujące po sobie objawy, które wzajemnie z siebie wynikają. Przykładowa kaskada geriatryczna może obejmować (il. 1): pogorszenie ostrości widzenia, → zaburzenia równowagi i/lub chodu, → upadek, uraz, unieruchomienie, zgon. W → geriatrii kaskady często nakładają się na cykle objawowe (il. 2), obejmujące np. ból stawów kolanowych, → hipokinezę, → sarkopenię, zmęczenie, → depresję [i zaburzenia nastroju] (Wieczorowska-Tobis, Jóźwiak, 2008).

AMB

B: Wieczorowska-Tobis, Grześkowiak, Jóźwiak, 2008.
O: kaskada farmakologiczna, wielkie zespoły geriatryczne.
S: kaskada geriatryczna, kaskada problemowa w geriatrii.
TK: ang. *cascade in geriatrics*, fr. *cascade en gériatrie*, hiszp. *la cascada en geriatría*, niem. *Kaskade in der Geriatrie*, ros. *каскад в гериатрии*.



Il. 1. Przykładowa kaskada geriatryczna



Il. 2. Przykład cyklu objawowego w geriatrii

Katz Sidney (1924–2012)

amer. lekarz geriatra, profesor medycyny geriatrycznej na Uniw. Columbia w Nowym Jorku, w Benjamin Rose Institute of Aging w Cleveland oraz w Brown's Center for Gerontology and Health Care Research w Providence; współtwórca → Indeksu Czynności Życia Codziennego [Katza] (1963), konsultant naukowy ds. → geriatrii ONZ i w wielu krajach (m.in. w Finlandii, Francji, Kanadzie, Nowej Zelandii, Szwecji i Wielkiej Brytanii) oraz wieloletni członek amer. Narodowej Akademii Nauk. Zajmował się problemami → opieki geriatrycznej, a zwłaszcza regulacjami i standardami → opieki w → domach opieki, → jakością życia i prawami pensjonariuszy tych placówek, oraz → opieką długoterminową. Za osiągnięcia naukowe Katz został wyróżniony wieloma prestiżowymi nagrodami, m.in. Nagrodą Maxwella A. Pollaka (1993) i Nagrodą Amer. Tow. Geriatrycznego (2001). Był autorem lub współautorem uznanych w świecie naukowym prac geriatrycznych (Katz, 1987, Katz i współprac., 1963, 1970, 1979, 1983; Katz, Stroud, 1989; Stroud, Katz, Gooding, 1985).

AAZ

B: Hawes, 2009; Katz, 1987; Katz i współprac., 1963, 1970, 1979, 1983; Katz, Stroud, 1989; Noelker, Browdie, 2014; Stroud, Katz, Gooding, 1985.

Keller Helena [Helen Adams] (1880–1968)
najwybitniejsza w historii surdotyflopedagogiki (działu pedagogiki specjalnej zajmującego się osobami z równoczesnym poważnym uszkodzeniem słuchu i wzroku, czyli głuchoniewidomymi) przedstawicielka osób głuchoniewidomych, amer. pisarka, pedagog, działaczka społeczna – szczególnie organizacji pozarządowych funkcjonujących na rzecz ludzi z niepełnosprawnością słuchową, wzrokową i głuchoniewidomych. Pochodziła z rodziny emigrantów szwajcarskich, a mając 19 miesięcy, w rezultacie zapalenia mózgu, utraciła słuch i wzrok. Kiedy miała 6 lat, rodzice poprosili o konsultację w sprawie możliwości wychowania i kształcenia córki dra Aleksandra Grahama Bella (1819–1905), który był nie tylko znakomitym fizykiem, ale również nauczycielem dzieci głuchoniemych. Ten z kolei skierował ich prośbę do znanej w świecie Szkoły Perkinsa dla Niewidomych w Bostonie (zwanej również Inst. Perkinsa). Władze szkoły postanowiły oddelegować do pracy z Heleną Keller, w jej środowisku rodzinnym, swoją słabo widzącą absolwentkę Annę Mansfield Sullivan (1866–1936), która w roku 1887 podjęła się nauczania głuchoniewidomego dziecka. W specjalnej edukacji i rehabilitacji Heleny Keller, zainicjowanej między 6. a 7. r.ż., a realizowanej przez A.M. Sullivan, do przekazu informacji wykorzystano metodę alfabetu palcowego do dłoni. Pierwszym słowem, którego znaczenie zrozumiała Keller, było słowo „woda". Dzięki wprowadzonej metodzie komunikacji wychowanka A.M. Sullivan nauczyła się czytać, pisać → alfabetem Braille'a oraz pisać z wykorzystaniem tzw. pisma płaskiego, poznała też podstawy różnych dyscyplin wiedzy. Jako osoba dorosła, w 1890 roku, nauczyła się mówić głosem – stało się to z pomocą Sary Fuller, przełożonej szkoły im. Horacego Manna, która wykorzystała metodę nauki mowy dźwiękowej, opracowanej na potrzeby osób niesłyszących. Poza językiem angielskim, na dobrym poziomie werbalnym, uczennica opanowała język francuski, niemiecki, łacinę i grekę. W roku Helena Keller wspólnie ze swoją nauczycielką udały się do Inst. Perkinsa dla Niewidomych w Bostonie, gdzie Helena kontynuowała naukę. W 1894 wstąpiła do Szkoły Wrighta-Humasona dla Głuchych w Nowym Jorku – A.M. Sullivan pełniła funkcję jej tłumaczki i przewodniczki. W 1904 Helen Keller ukończyła ze stopniem naukowym Radcliffe College w Cambridge k. Bostonu, a następnie uzyskała stopień doktora filozofii, na podstawie rozprawy na temat optymizmu. Aktywnie uczestniczyła w życiu publicznym, niosła pomoc i wsparcie wielu osobom niepełnosprawnym. Podtrzymywała na duchu rannych w czasie pierwszej i drugiej wojny światowej żołnierzy. Cieszyła się szacunkiem wybitnych indywidualności czasów, w których żyła. Keller pisała wiersze, napisała wiele prac o charakterze popularnonaukowym, biograficznym i literackim (np. *Optymizm*, 1907), w tym najbardziej znaną *Historię mojego życia* (1905), którą zadedykowała następująco: „Doktorowi Aleksandrowi Grahamowi Bellowi, który nauczył głuchych mówić, a słyszących nakłaniać ucho do tej mowy od brzegów Atlantyku aż do podnóża Gór Skalistych" (Keller, 1978). Historia jej życia stała się inspiracją dla twórczości literackiej, teatralnej i filmowej. Sztuka teatralna autorstwa Williama Gibsona (1914–2008) pt. *Cudotwórczyni*, przedstawiająca pierwszy okres pracy A.M. Sullivan z Heleną Keller, zdobyła Nagrodę Tony (1959), została też w 1962 roku sfilmowana przez Arthura Penna (1922–2010). Za rolę A.M. Sullivan aktorka Anne Bancroft (1931–2005) otrzymała Oscara (1962). Podobnie aktorka grająca postać Heleny Keller – Patty Duke (1946–2006) – jest ona jak dotychczas jedyną laureatką Oscara za rolę, w której nie wypowiedziała żadnego zrozumiałego słowa; nowa wersja tego filmu pochodzi z 2000 roku. Helena Keller była członkinią amerykańskiej Partii Socjalistycznej i związku zawodowego *Industrial Workers of the Wo*rld. Działała na rzecz równouprawnienia kobiet. Pomogła w założeniu Amerykańskiej Fundacji na rzecz Niewidomych, mającej na celu zapewnienie świadczeń na wyższym poziomie dla ludzi z → niepełnosprawnością wzroku. Często podróżowała po swoim kraju i za granicę, wygłaszając wykłady oraz zbierając środki finansowe na działalność charytatywną. Od 1932 była wiceprezesem Królewskiego Narodowego Instytutu dla Niewidomych w Zjednoczonym Królestwie. Po jej śmierci, w 1968, założono na jej cześć stowarzyszenie do walki ze ślepotą w krajach rozwijających się. Obecnie organizacja ta, pod nazwą *Helen Keller International* (HKI), jest jedną z największych organizacji pozarządowych, pracujących na rzecz ludzi niewidomych na świecie.

MEZ

B: Grzegorzewska, 1984; Kaczyńska, 1998; Keller, 1905, 1978; Nilsen, 2005; Zaorska, 2002.

F: *Cudotwórczyn*i, 1962, 2000.

O: głuchociemnota, głuchota, głuchota i niedosłuch, ślepota.

Kempisty Czesław (1925–1987)
polski lekarz – specjalista w zakresie chorób przemysłowych i wewnętrznych oraz organizacji ochrony zdrowia, gerontolog i geriatra; podczas II wojny światowej był żołnierzem Szarych Szeregów, w roku 1940 został aresztowany i uwięziony na Pawiaku w Warszawie, następnie w nazistowskich obozach koncentracyjnych (KL Auschwitz, Ravensbrück i Sachsenhausen). Odbył studia w Akad. Med. (AM) we Wrocławiu, uzyskując dyplom lekarza (1952), następnie otrzymał stopnie doktora medycyny (1968) na Wydz. Lekarskim AM w Krakowie na podstawie rozprawy pt. *Wpływ przebywania w hitlerowskich obozach koncentracyjnych na wzmożenie chorobowości i przyspieszenie miażdżycy* i doktora habilitowanego medycyny (1972) na Wydz. Lekarskim AM w Łodzi na podstawie pracy pt. *Wyniki badań socjomedycznych osób, które w dzieciństwie przebywały w hitlerowskich obozach koncentracyjnych*. W 1987 otrzymał tytuł profesora nadzw. nauk humanistycznych. Kempisty przeprowadził unikatowe badania medyczne dotyczące syndromu ocalałego, a w szczególności somatycznych i psychicznych następstw pobytu dzieci w skrajnych sytuacjach obozu koncentracyjnego. W latach 1955–1961 pracował w II Klinice Chorób Wewnętrznych AM we Wrocławiu, następnie był pierwszym dyrektorem Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu, gdzie zorganizował woj. poradnię geriatryczną, którą kierował w latach 1961–1987. Był założycielem (1976) i opiekunem naukowym Studium Trzeciego Wieku, obecnego → Uniwersytetu Trzeciego Wieku we Wrocławiu. W 1977 został mianowany docentem w Akad. Wych. Fizycznego we Wrocławiu, kierował tam Katedrą Rekreacji Ruchowej, specjalizując się w dziedzinie rekreacji ruchowej ludzi starszych, był też dziekanem Wydz. Wych. Fizycznego (1980–1984). Zajmował się patologią wojenną, → gerontologią i → geriatrią, zwłaszcza rekreacją i → aktywnością ruchową osób starszych, współtworzył program → geriorytmu, czyli gimnastyki dla → seniorów (Kempisty, Markowska, 1987).
Kempisty był członkiem Międzynar. Komitetu Oświęcimskiego, Pol. Tow. Medycyny Społecznej, członkiem Prezydium → Pol. Tow. Gerontologicznego i członkiem Międzynar. Stow. Gerontologicznego (IAG). Za osiągnięcia na polu medycyny otrzymał Nagrodę Pol. Tow. Lekarskiego (1970), Ministra Zdrowia i Opieki Społ. (1987) i Nagrodę miasta Wrocławia (1987). Został odznaczony m.in. Złotym Krzyżem Zasługi, Krzyżami – Oficerskim i Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Medalem Komisji Edukacji Narodowej i Medalem Opiekuna Miejsc Pamięci Narodowej.

AAZ

B: Kempisty, 1970, 1975, 1984, 1990; Kempisty, Markowska, 1987; Kempisty, Piotrowska, 1979; *Kto jest kim…*, 1987; Witkowski, 1989.

O: geriorytm, uniwersytet trzeciego wieku.

Kępiński Antoni Ignacy Tadeusz (1918–1972)
polski lekarz – psychiatra i psychoterapeuta, twórca teorii metabolizmu informacyjnego, koncepcji psychofizjologicznej tłumaczącej zjawiska psychiczne spotykane w psychiatrii i psychologii. Ukończył I Państw. Gim. im. Bartłomieja Nowodworskiego w Krakowie (1936) i podjął studia na Wydz. Lekarskim Uniw. Jagiellońskiego. Po wybuchu II wojny światowej jako ochotnik student medycyny uczestniczył w wojnie obronnej 1939, został internowany przez Niemców na Węgrzech, w roku 1940 zbiegł, a po przejściu Pirenejów został schwytany przez frankistów i osadzony w hiszpańskim obozie koncentracyjnym w Miranda del Elbro. Po uwolnieniu w 1943 przez Gibraltar dostał się okrętem do Pol. Sił Zbrojnych w Wielkiej Brytanii, i w tymże roku przez krótki okres służył jako lotnik w Królewskich Siłach Powietrznych (RAF). W latach 1944–1945 skończył studia na Pol. Wydz. Lekarskim w Edynburgu, a następnie powrócił do Polski; od 1947 był starszym asystentem w Klinice Neurologiczno-Psychiatrycznej Akad. Med. w Krakowie. W 1949 roku uzyskał stopień doktora medycyny na Wydz. Lekarskim UJ w Krakowie, w 1958 przebywał na stypendium Min. Zdrowia i Opieki Społ. w Inst. Psychiatrii Maudsley w Londynie, a w 1960 habilitował się na Wydz. Lekarskim Akad. Med. w Krakowie. W 1963 został mianowany docentem, w 1970 – kierownikiem Katedry i Kliniki Psychiatrii, a w 1972 – profesorem nadzw. psychiatrii AM w Krakowie. W latach 60. XX wieku współrealizował pionierskie badania byłych więźniów hitlerowskich obozów koncentracyjnych, prowadzone w Klinice Psychiatrii AM w Krakowie nad „syndromem ocalałego" (niem. *das Überlebenden-Syndrom* lub *KZ-Syndrom*). Kępiński łączył → bilans życiowy z obrazem samego siebie i przypisywał mu duże znaczenie w → psychoterapii, zwłaszcza u ludzi starszych. Jego zdaniem: gdy człowiek starszy lub chory zbyt boleśnie odczuwa swój bilans życia, świadczy to o tym, że nie dojrzał on jeszcze do swego wieku. Pod wpływem rozmów z terapeutą retrospektywny

przegląd życiowy pacjenta staje się mniej negatywny, co umożliwia mu spojrzenie na własne → życie z dystansu. Antoni Kępiński zajmował się zagadnieniami psychiatrii klinicznej i społecznej, psychopatologii ogólnej i neurofizjologii, a ponadto → psychoterapią, higieną psychiczną i środowiskiem terapeutycznym – w podejściu do chorych wymagał i uczył największej skrupulatności, nienagannej odpowiedzialności, a także nieskazitelnej postawy moralnej (Kępiński, 1962, 1971 a, 1978). Interesował się również → psychogeriatrią (psychiatrią geriatryczną), m.in. problematyką otępień starczych, → depresji involucyjnej, lęku i zaburzeń psychicznych → wieku podeszłego (Kępiński, 1970, 1971 b, 1972, 1974, 1977). Analogicznie do poglądów Ottona Ludwiga Binswangera (1852−1929) Kępiński wyróżnił trzy podstawowe modalności egzystencji człowieka: świat biologiczny, rządzący się biologicznymi prawami natury i przez nią zdeterminowany, subiektywny świat przedmiotowy o charakterze psychologicznym, charakteryzujący się samoświadomością oraz dążeniem do transcendencji i samorealizacji, a także świat społeczny, cechujący się współistnieniem i współżyciem z ludźmi. Za pionierskie prace z zakresu psychiatrycznej problematyki okresu okupacji hitlerowskiej i jej następstw Kępiński otrzymał dwukrotnie Nagrodę Prezesa Rady Naczelnej ZBoWiD. Został odznaczony m.in. Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski i Złotym Krzyżem Zasługi.

AAZ

B: Kępiński, 1962, 1970, 1971 a, 1971 b; 1972, 1972 b, 1974, 1977, 1978, 2005; Kolek, 2009; Kosnarewicz, Rzepa, Stachowski, 1992; Murawski, 1987; Stawnicka, 1999; Zych, 2013.

kinezyprofilaktyka

to różnorodne formy aktywności ruchowej dostępne dla → seniorów, stosowane w odpowiedniej dawce i tempie, spełniające zasady treningu zdrowotnego. Obejmują one profilaktykę pierwotną zapobiegającą patologii → starzenia się, promując prozdrowotny → styl życia (Ściepurko, 2002). Zasadniczym celem jest utrzymanie jak najlepszego stanu → zdrowia wśród osób starszych, możliwie jak najdłuższe podtrzymywanie zadowalającej kondycji psychicznej i fizycznej, wydolności krążeniowo-oddechowej oraz zabezpieczenie przed urazami i ich skutkami. Konieczna jest również modyfikacja stylu życia, obniżenie masy ciała, ergonomiczna eksploatacja kręgosłupa i profilaktyka przeciążeń stawów. W odróżnieniu od → fizjoterapii w geriatrii, kinezyprofilaktyka zajmuje się prewencją pierwotną i podejmuje działania, których celem jest zapobieganie patologii starzenia, m.in. poprzez promowanie prozdrowotnego stylu życia (Gieremek i współprac., 2007).

Aktywność ruchowa jest koniecznością i powinnością każdego z nas. Już 2,5 tys. lat temu → Arystoteles głosił, że „nic tak nie rujnuje człowieka jak bezruch". Dzieje się tak, ponieważ ruch jest największym biologicznym stymulatorem naszego organizmu. Systematyczna, umiarkowana aktywność ruchowa to lekarstwo na choroby cywilizacyjne, to warunek dobrego samopoczucia i skuteczna forma opóźniania inwolucyjnych zmian organizmu prowadzących do → niepełnosprawności. Ruch to sprawność, samodzielność, niezależność. Tak proste elementy jak: → aktywność fizyczna, prawidłowe odżywianie, racjonalny wypoczynek, wyeliminowanie nałogów, czyste środowisko naturalne i brak → stresu, są niezwykle istotne w utrzymaniu dobrego stanu zdrowia lub pokonaniu i ograniczeniu dolegliwości. Wskazuje to na bliskie związki między stanem zdrowia a stylem życia (Ściepurko, 2002).

Starzenie się to proces fizjologiczny powodujący nieodwracalne zmiany narządowe, które sprzyjają powstawaniu wielu → chorób. Przez działania prozdrowotne i profilaktyczne można korzystnie wpłynąć na opóźnienie procesu starzenia, pojawienie się wielu schorzeń i utraty samodzielności. Dzięki systematycznym ćwiczeniom fizycznym proces inwolucyjny może zostać spowolniony. Dlatego należy zachęcać osoby starsze do podejmowania różnych form aktywności fizycznej, aby mogły być sprawne fizycznie i psychicznie (Gębka, Kędziora-Kornatowska, 2012). Aktywny styl życia wraz z istotną rolą aktywności fizycznej są ważnymi predykatorami → jakości życia osób starszych, o czym pisano już wielokrotnie (Skrzek, Stefańska, 2012; Skrzek i współprac., 2014). Regularne ćwiczenia fizyczne mogą być czynnikiem zapobiegającym starzeniu się, ale także pozytywnie wpływają na sprawność umysłową osób w podeszłym wieku, o czym pisał Päivi Lampinen i współprac. (2006). Wpływ aktywności fizycznej na procesy przebiegające na poziomie komórki analizowali Lynn F. Cherkas i współprac. (2008), którzy dowiedli, że długość telomerów w chromosomach leukocytów zależy od aktywności fizycznej. Judy G. Chipperfield (2008) wykazała korzystny wpływ codziennej aktywności fizycznej (ang. *everyday physical activity*) na przeżycie osób starszych.

Wielokrotnie wykazywano, że zdrowy styl życia wykorzystujący kinezyprofilaktykę w formie treningu zdro-

wotnego czy ćwiczeń w środowisku wodnym opóźnia procesy starzenia oraz pojawienie się wielu schorzeń.

Profilaktyka nadciśnienia tętniczego obejmuje: redukcję masy ciała, zaprzestanie palenia tytoniu, ograniczenie spożywania wysokoprocentowych alkoholi, ograniczenie spożywania soli, właściwe odżywianie oraz podjęcie aktywności ruchowej. Systematyczny trening o umiarkowanym charakterze wpływa na obniżenie ciśnienia tętniczego, zwiększa objętość wyrzutową serca, zmniejsza sztywność tętnic, pozytywnie działa w zaburzeniach krążenia obwodowego (T. Kostka, J. Kostka, 2011).

Profilaktyka onkologiczna ma istotne znaczenie w zapobieganiu chorobom nowotworowym. Poprzez zmianę trybu życia możemy zmniejszyć ryzyko występowania tej choroby. Działalność profilaktyczna, m.in. ruch, może odnieść właściwy skutek w walce z tą chorobą. Istnieją dowody pozytywnej roli aktywności ruchowej w zapobieganiu takim nowotworom jak: rak okrężnicy, prostaty, płuc, piersi i narządów rodnych. Systematyczne ćwiczenia wpływają korzystnie na pracę przewodu pokarmowego i gruczołów dokrewnych, doskonaląc gospodarkę hormonalną, enzymatyczną, która wpływa na system obronny organizmu i podnosi odporność na choroby (Eberhard, 2004).

Profilaktyka schorzeń kręgosłupa. Tego typu schorzenia wiążą się z przewlekłymi dolegliwościami bólowymi, a ich leczenie jest długotrwałe i drogie. Do najważniejszych metod profilaktyki bólów kręgosłupa należy kinezyprofilaktyka. Celem nadrzędnym jest wyrobienie prawidłowej postawy, wzmocnienie mięśni stabilizujących kręgosłup, zwiększenie ruchomości w stawach, poprawienie ukrwienia i odżywienia mięśni. Aktywność mięśni szkieletowych uzależniona jest z kolei od prawidłowego funkcjonowania układu nerwowego, który pod wpływem systematycznie prowadzonych ćwiczeń poprawia technikę, koordynację i szybkość ruchów. Dodatkowo opóźnia spadek sprawności i wydolności fizycznej oraz poprawia sprawność funkcjonalną osób starszych (Osiński, 2013).

Profilaktyka otyłości. Walka z → otyłością powinna zmierzać w kierunku wprowadzenia do codziennej praktyki aktywności ruchowej. Odpowiednio dobrany wysiłek fizyczny wpływa na szybsze spalanie spożytych pokarmów, obniżenie poziomu cukru we krwi, obniżenie poziomu → cholesterolu LDL, a podwyższenie cholesterolu HDL, przyspieszenie usuwania produktów przemiany materii. Konieczna jest również zmiana sposobu odżywiania, w którym należy kierować się zasadami racjonalnego żywienia.

Profilaktyka cukrzycy dotyczy bardzo podstępnej choroby, która może rozwijać się przez wiele lat, nie dając żadnych objawów, siejąc jednocześnie ogromne spustoszenie w organizmie. Trening zdrowotny powinien być wykorzystywany w profilaktyce → cukrzycy. Regularne ćwiczenia ułatwiają wyrównanie glikemii, zwiększają zużycie glukozy przez pracujące mięśnie oraz u otyłych zmniejszają masę ciała. U osób z cukrzycą zalecany jest wytrzymałościowy wysiłek o umiarkowanej intensywności (T. Kostka, J. Kostka, 2011).

U osób w starszym wieku aktywność fizyczna o charakterze profilaktycznym powinna opierać się na naturalnym, umiarkowanym ruchu ułatwiającym zachowanie optymalnej kondycji fizycznej przez właściwy dobór form i środków metodycznych (Manu, Joyner, Booth, 2002). Wysiłek fizyczny osób w → wieku podeszłym powinien być oparty na systematycznym wysiłku aerobowym (tlenowym, pokrywającym energetyczne zapotrzebowanie organizmu) i prowadzony wg programu dostosowanego do indywidualnych potrzeb i możliwości ćwiczącego (Wannamethee, 2006). Określanie poziomu przemęczenia w praktyce jest trudne i może obejmować zarówno narząd ruchu, jak i narządy wewnętrzne (Wieczorkowska-Tobis, 2008). Dlatego też możliwe jest przekroczenie progu wydolności, zdolności i możliwości przystosowawczych, zwłaszcza wśród osób ćwiczących ze szczególnym zapałem oraz w przypadku ćwiczeń wykonywanych na zasadzie współzawodnictwa. Prawidłowa ocena niepokojących objawów należy do fizjoterapeuty i jest niezwykle ważnym elementem podczas prowadzenia ćwiczeń ruchowych (Pasek i współprac., 2011). Istnieje wiele form aktywności ruchowej, które mogą być realizowane u osób starszych w formie: gimnastyki prozdrowotnej, marszu z kijkami (ang. *nordic walking*), tańca, zabaw i gier rekreacyjnych, takich jak: boccia, krokiet-minigolf, ringo (Gaworska, Kozdroń, 2007). Przy każdej formie aktywności należy pamiętać o zasadzie dawkowania ćwiczeń, ich tolerancji przez organizm oraz uwzględnić wskazania i przeciwwskazania. Do metod kontroli obciążeń w trakcie wysiłku zaliczyć można pomiar częstości skurczów serca oraz Skalę [subiektywnej oceny ciężkości pracy] Borga, zgodnie z którą za granicę dla bezpiecznego treningu przyjmuje się 11–12 pkt (Kozdroń, 2011). U osób starszych → promocja zdrowia i zapobieganie chorobom powinny dotyczyć określonych działań związanych z przygotowaniem seniorów do przejścia na → emeryturę, zachowaniem → zdrowia psychicznego, jakości życia oraz postępowania zdrowotnego. Ogromne znaczenie dla

seniorów mają → uniwersytety trzeciego wieku, które oprócz działań edukacyjnych, proponują bogatą ofertę zajęć ruchowych. Istnieje również Program Rekreacji Osób Starszych – PROS, którego celem jest promocja zdrowego stylu życia oraz wdrożenie seniorów do aktywnego spędzania → czasu wolnego. Trudno jest niekiedy przekonać ludzi starszych do wysiłku, ponieważ ruch nie zawsze sprawia przyjemność, nie wypływa z biologicznej potrzeby, a liczne bariery go ograniczają. Dlatego ważna jest edukacja i podnoszenie świadomości o korzystnym działania treningu zdrowotnego na organizm (Kozdroń, 2011, Szałtynis, Kochańczyk 1997).

AS

B: Cherkas i współprac., 2008; Chipperfield, 2008; Eberhard, 2004; Gaworska, Kozdroń, 2007; Gębka, Kędziora-Kornatowska, 2012; Gieremek i współprac, 2007; T. Kostka, J. Kostka, 2011; Kozdroń, 2011; Lampinen i współprac., 2006; Manu, Joyner, Booth, 2002; Osiński, 2013; Pasek i współprac., 2011; Skrzek i współprac., 2014; Skrzek, Stefańska, 2012; Szałtynis, Kochańczyk, 1997; Ściepurko, 2002; Wannamethee, 2006; Wieczorkowska-Tobis, 2008.

O: aktywność fizyczna, fizjoterapia, gerokinezjologia, kinezyterapia.

TK: ang. *kinesis prophylaxis*, fr. *kinésiprophylaxie/ cinésiprophylaxie*, hiszp. *kinesioprofiláctica/kinesiprofilaxia/ cinesiprofilaxis*, niem. *Kinesioprophylaxie/prophylaktische Kinesis*, ros. *кинетопрофилактика*.

kinezyterapia (gimnastyka lecznicza, leczenie ruchem)

dział → fizjoterapii obejmujący całość zagadnień związanych z leczeniem ruchem oraz z gimnastyką leczniczą. Określenie to pochodzi od grec. źródłosłowów: *κίνησις* [kinesis] – ruch i *θεραπεία* [terapeia] – leczenie, oraz stanowi podstawę rehabilitacji leczniczej. Ruch staje się środkiem leczniczym, mającym wpływ na cały organizm. Jest to zespół odpowiednio dobranych ćwiczeń fizycznych, stosowanych w stanach patologicznych mających na celu zapobieganie utracie bądź ograniczeniu funkcji narządu, czyli leczenie istniejących dysfunkcji i/lub przystosowanie narządu do podjęcia funkcji zastępczych. Ruch jest bardzo specyficznym bodźcem, wywołującym reakcje fizjologiczne niemożliwe do uzyskania dzięki innym czynnikom fizykalnym. Jest więc niezastąpionym elementem w przywracaniu utraconej sprawności psychofizycznej, a także w rozwoju człowieka oraz zapobieganiu wielu schorzeniom cywilizacyjnym. Ćwiczenia fizyczne mają działanie miejscowe, które wpływają na poprawę parametrów biomechanicznych oraz działanie ogólne, wywierające wpływ na cały organizm. Kinezyterapia znajduje zastosowanie w wielu dziedzinach medycznych, np. ortopedii, neurologii, pediatrii, medycynie sportowej, medycynie pracy, jak również w → geriatrii. Może być wykorzystana jako podstawowa i jedyna forma leczenia (np. w zachowawczym leczeniu wad postawy) lub – jeżeli → choroba wymaga leczenia operacyjnego – może być prowadzona zarówno w okresie przedoperacyjnym, jak i po zabiegu. W większości nawet drobnych urazów narządu ruchu, w których kinezyterapia nie jest podstawową formą leczenia, powinno się ją stosować po zakończeniu leczenia podstawowego lub równolegle z nim. Kinezyterapię często łączy się z innymi formami leczenia (zabiegi z fizykoterapii lub masaż), w celu zwiększenia efektu terapeutycznego (Kwolek, 2003).

Kinezyterapia ma swoje ważne cele i zadania:

- w obrębie biernego narządu ruchu: utrzymuje pełne zakresy ruchomości w stawach lub przywraca ich prawidłowe wartości, kształtuje powierzchnie stawowe, zapewnia odpowiednią elastyczność i sprężystość więzadeł, powięzi i torebek stawowych, poprawia metabolizm tkanki kostnej;
- w obrębie czynnego narządu ruchu: zwiększa masę i siłę mięśniową, utrzymuje prawidłową długość i elastyczność mięśni, zwiększa przepływ krwi w mięśniach, poprawia czynność metaboliczną i enzymatyczną komórek mięśniowych, usprawnia przepływ chłonki;
- w układzie krążeniowym: prowadzi do spoczynkowego zwolnienia akcji serca, obniżenia ciśnienia tętniczego krwi, poprawy warunków pracy serca (zwiększenie siły skurczu serca i objętości wyrzutowej serca), poprawia zaopatrzenie serca w tlen (sprawniejsze krążenie wieńcowe), obniża stężenia niskocząsteczkowych lipoprotein we krwi, a zwiększa stężenie wysokocząsteczkowych (zapobieganie → miażdżycy naczyń);
- w układzie oddechowym: wpływa na zwiększenie wentylacji płuc oraz maksymalne pochłanianie tlenu, zwiększa objętość i pojemność życiową płuc, poprawia dyfuzje gazów oddechowych, zwiększa parametry klatki piersiowej;
- w układzie nerwowym: pobudza ośrodkowy układ nerwowy poprzez wytworzenie nowych połączeń i dróg nerwowych, poprawia koordynację nerwową i równowagę posturalną, rozwija pamięć ruchową, zmniejsza napięcie nerwowe, skraca czas reakcji nerwowo-mięśniowych;

- zwiększa odporność organizmu poprzez wpływ na metabolizm, gospodarkę hormonalną oraz pobudzenie układu odpornościowego;
- zwiększa wydolność, tolerancję wysiłkową i sprawność ogólną (Woźniewski, 2003).

Kinezyterapia obejmuje ćwiczenia lecznicze i metody kinezyterapeutyczne. Ćwiczenia lecznicze dzielą się na miejscowe i ogólne.

Ćwiczenia miejscowe – dotyczą bezpośrednio narządu zmienionego chorobowo – i obejmują:

- ćwiczenia izometryczne – czynne napinanie mięśni bez zmiany długości włókien – statyczna praca mięśni (bez efektu ruchowego);
- ćwiczenia izotoniczne – wykonywane w warunkach stałego lub zmiennego oporu w czasie ruchu (wykorzystujące koncentryczną lub ekscentryczną pracę mięśni);
- ćwiczenia izokinetyczne – to rozwijanie skurczu mięśniowego przy stałej prędkości kątowej, w całym zakresie ruchu;
- ćwiczenia bierne – wykonywane przez kinezyterapeutę lub aparat CPM (*Continuous Passive Motion* – ciągły bierny ruch) bez czynnego udziału chorego, znajdują zastosowanie przy stanach przebiegających z obniżeniem siły mięśniowej poniżej 2 w skali Lovetta;
- ćwiczenia redresyjne – są odmianą poprzednich ćwiczeń, polegających na użyciu większej siły zewnętrznej, w celu przezwyciężenia określonego oporu tkankowego i uzyskania pełnej, biernej ruchomości w ćwiczonym stawie;
- ćwiczenia autoredresyjne – są to takie same ćwiczenia jak redresyjne, ale ćwiczący może wykonywać je samodzielnie, w odpowiednich pozycjach ułożeniowych;
- ćwiczenia samowspomagane – pacjent siłą mięśni kończyny zdrowej wspomaga pracę osłabionych mięśni;
- ćwiczenia czynne w odciążeniu – wykonywanie ruchu samoczynnie przez pacjenta, przy odciążeniu ćwiczonego odcinka ciała;
- ćwiczenia w odciążeniu z oporem – wykonuje się najczęściej w podwieszaniu osiowym, stosując odciążenie ciężarkiem za pomocą dodatkowego zestawu linek, bloczków, mankietów (alternatywnie taśmę theraband, sprężyny, opór ręczny, równie pochyłe, ekspandery);
- ćwiczenia czynne – wykorzystują własną siłę usprawnianego;
- ćwiczenia czynne z oporem – mogą być wykorzystane dla mięśni o sile 4, 5 w skali Lovetta, w systemie ciężarkowo-bloczkowym, z wykorzystaniem fotela do ćwiczeń z oporem, sprężyn, taśm, aparatu do ćwiczeń izokinetycznych, masy ciała ćwiczącego lub terapeuty.

Kinezyterapia o działaniu miejscowym: obejmuje wszystkie działania lecznicze i środki pomocnicze, dotyczące chorego narządu, zmierza do wytwarzania mechanizmów kompensacji miejscowej, angażuje mniej niż 30% dynamicznych zespołów mięśniowych, nie powinna doprowadzać do zmian wskaźników fizjologicznych (tętno, ciśnienie, rytm oddechowy), może być stosowana nawet u pacjentów w stanach ciężkich i jest silnie związana z fizykoterapią, balneologią czy masażem.

Ćwiczenia ogólne – składają się z ćwiczeń działających na cały organizm – i obejmują:

- ćwiczenia ogólnokondycyjne – ukierunkowane na poprawę globalnej sprawności pacjenta i jego wydolności oraz wytworzenie odpowiednich mechanizmów kompensacyjnych;
- ćwiczenia gimnastyki porannej – mają na celu pobudzenie układu krążenia i oddychania, przygotowanie organizmu do czekających go wysiłków oraz mobilizację chorych do aktywnego rozpoczęcia dnia;
- ćwiczenia w wodzie – stwarzają „specjalne" warunki do przeprowadzania ćwiczeń w środowisku wodnym do kształtowania sprawności ogólnej, specjalnej oraz doskonalenia integracji sensomotorycznej.

Kinezyterapia o działaniu ogólnym prowadzona jest w grupach jednorodnych pod względem jednostki chorobowej, wydolności ogólnej, wieku i płci, oraz działa na cały organizm, nie skupiając się wyłącznie na częściach ciała objętych procesem patologicznym, poprawiając wydolność i sprawność ogólną (Zembaty, 2002, 2003; Nowotny, 2004).

Metody kinezyterapeutyczne dostosowują opracowane schematy i działania oraz wzorce ruchowe do leczniczych potrzeb pacjentów z jednorodnymi schorzeniami, poszukują zależności między rozwojem struktur nerwowo-mięśniowych a ruchem, przeciwdziałają zmianom powstałym w obrębie poszczególnych układów.

Metoda Priproprioceptywnego Torowania Nerwowo-Mięśniowego [PNF] (*Proprioceptive Neuromuscular Facilitation*) opracowana została w latach 40. XX wieku przez neurologa i neurofizjologa Hermana Kabata (1913–1995) oraz fizjoterapeutkę Margaret Knott (1918–1978). W roku 1953 do zespołu dołączyła Dorothy E. Voss (1916–1996), aby w 1956 ogłosić drukiem pierwszą książkę opisującą koncepcję PNF

(Knott, Voss, 1956). Metoda znana jest w rehabilitacji neurologicznej jako postępowanie oparte na sumowaniu bodźców aferentnych. U podstaw tej metody leży stosowanie różnych bodźców, które na drodze odruchowej ułatwiają wykonanie ruchów. Reedukacja czynności ruchowych podporządkowana jest fizjologicznej sekwencji rozwoju ruchowego i prowadzona na podstawie czynności zbliżonych do codziennych. W metodzie PNF rezygnuje się z izolowanych ruchów w pojedynczych stawach i w typowych płaszczyznach na rzecz całościowego ruchu w postaci kompleksowych wzorców ruchowych. Podczas ćwiczeń wykorzystuje się wiele elementów torujących (ułatwiających), takich jak: rozciągnięcie mięśni i innych elementów okołostawowych, ciąg i nacisk, odpowiednio stawiany opór, właściwy chwyt, odpowiednia kolejność pracy mięśni (Nowotny, 2004; Lizak, 2003).

Ortopedyczna terapia manualna Kaltenborna i Evjetha to metoda postępowania opracowana przez norweskich fizjoterapeutów: Freddy'ego M. Kaltenborna oraz Olafa Evjetha. Zaproponowali całościowy system badania i leczenia pacjentów z ortopedycznymi dysfunkcjami narządu ruchu, który został zarejestrowany w urzędzie patentowym jako *OMT Kaltenborn-Evjeth Konzept*. Według tego schematu dokonuje się biomechanicznej i funkcjonalnej oceny pacjenta. Wynik badania warunkuje podjęcie odpowiedniego leczenia z wykorzystaniem różnych terapii. Przy występowaniu bólu wykorzystuje się różnorodne środki i metody uśmierzające ból. Przy stwierdzeniu ograniczonej ruchomości stawów stosuje się środki zwiększające ich ruchomość (mobilizacja stawów, nerwów i tkanek miękkich, masaż, relaksacja poizometryczna, rozciąganie), natomiast przy nadmiernej ruchomości środki zmniejszające ruchomość, dzięki czemu następuje wzmocnienie mięśni stabilizujących staw wraz ze stabilizatorami stawu (Dębski, 2003).

Metoda Hamowania i Ułatwiania NDT-Bobath (*NeuroDevelopmental Treatment)* to metoda przeznaczona głównie do usprawniania dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, opracowana przez Bertę Bobath (1907–1991) i Karela Bobatha (1906–1991). Całość postępowania zmierza do poprawy samodzielności dziecka upośledzonego motorycznie. Podstawą tej metody jest hamowanie nieprawidłowych, prymitywnych odruchów postawy i jednoczesne torowanie ułatwianie wzorców ruchowych opartych na prawidłowych reakcjach równoważnych. Techniki hamowania i ułatwiania służą głównie poprawieniu napięcia mięśniowego podczas ruchu i utrzymywania postawy. Takie przestawienie dziecka z nieprawidłowych wzorców postawy i ruchu na wzorce zbliżone do fizjologicznych, nazwali Bobathowie „nowym torowaniem".

Metoda NTD-Bobath dla dorosłych i/lub → seniorów jest koncepcją terapeutyczną pracy, która ukierunkowana jest na zadania. Przeznaczona jest dla osób dorosłych i/lub starszych cierpiących na zaburzenia funkcji, ruchów oraz kontroli postawy wynikających z uszkodzenia w obrębie układu nerwowego. Ma podstawowe znaczenie w leczeniu i rehabilitacji chorych z uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego, zwłaszcza po → udarze mózgu. Po kilku latach stosowania w terapii dzieci z powodzeniem została wprowadzona do leczenia dorosłych z neurogennymi zaburzeniami ruchu o charakterze zapalnym, zwyrodnieniowym lub urazowym. Jednak największe znaczenie ma w rehabilitacji pacjentów po udarze mózgu. W metodzie tej zwraca się szczególną uwagę na normalizację napięcia mięśni odpowiadających za prawidłową postawę i prawidłowy wzorzec ruchowy (Mikołajewska, 2011).

Podstawą całości postępowania terapeutycznego prowadzonego tą metodą są zmiany ułożenia tzw. punktów kluczowych. Ważny jest również wpływ doświadczeń czuciowo-ruchowych (sensomotorycznych) na nowe wzorce ruchowe. Rozwój czynności ruchowych związany jest m.in. z odpowiednim odbieraniem bodźców, np. dotykowych, proprioceptywnych, wzrokowych itp. (Nowotny, 2004).

Ruch jako środek leczniczy został wprowadzony do polskich klinik i szpitali po II wojnie światowej, najpierw w Poznaniu, przez Wiktora → Degę, który doceniał ten rodzaj terapii jeszcze w okresie międzywojennym. Szybko okazało się, że możliwości lecznicze kinezyterapii są znacznie szersze i stopniowo zaczęto z nich korzystać nie tylko w ortopedii, ale również w wielu innych specjalnościach medycznych. Trudno nie wymienić również nazwiska drugiego z wielkich polskiej → rehabilitacji medycznej – Mariana Weissa (1921–1981), którego zasługi dla fizjoterapii były ogromne (Zembaty, 2002).

AS

B: Dębski, 2003; Knott, Voss, 1956; Kwolek, 2003; Lizak, 2003; Mikołajewska, 2011; Milanowska, 2001; Nowotny, 2004; Raine, Meadow, Lynch-Ellerington, 2013; Woźniewski, 2003; Zembaty, 2002, 2003.

N: http://anatomiazycia,pl/…; http://www.bobaththerapy.org.uk/…

O: gimnastyka korekcyjna, kinezyprofilaktyka.

S: kinetoterapia, kinezjoterapia, mechanoterapia.

TK: ang. *kinesitherapy*, fr. *cinésitéraphie/kinésitéraphie,* hiszp. *kinesioterapia/kinesiterapia/cinesiterapia*, niem. *Kinesiotherapie*, ros. *кинетотерапия*.

Kirkwood Thomas (Tom) Burton Loram (1951–)
brytyjski biolog i gerontolog. Urodził się w Durbanie w Płd. Afryce, młodość spędził w Anglii, gdzie studiował na uniwersytetach w Cambridge i Oxfordzie, uzyskując licencjat z matematyki, magisterium ze statystyki, a doktorat z biologii. Początki kariery Kirkwooda związane są z badaniami prowadzonymi w Narodowym Inst. Biologicznych Standardów i Kontroli w Londynie. W roku 1993 przeniósł się do Manchesteru, gdzie otrzymał stanowisko pierwszego w Wielkiej Brytanii profesora w dziedzinie nauk o → starzeniu się. Pracował tam sześć lat, po czym przeniósł się na uniw. w Newcastle upon Tyne, gdzie od 2004 jest dyrektorem Inst. Starzenia i Zdrowia. W 2010 dodatkowo objął stanowisko prodziekana ds. badań starzenia się, które stały się priorytetowymi dla tej uczelni.
Kirkwood wraz z Robinem Hollidayem (1932–2014) jest twórcą teorii ciała jednorazowego użytku, której założenia zostały ogłoszone drukiem w 1979 roku. Zgodnie z tą koncepcją starzenie pojawiło się na skutek ewolucji limitów w utrzymaniu somy. Czynniki ekologiczne, takie jak: dostępność pożywienia oraz wszelkie zagrożenia wpływają na kompromis pomiędzy inwestycją w rozmnażanie i wzrost a utrzymaniem somy. Tłumaczy to, zdaniem Kirkwooda, różnice w → długości życia, gdyż optymalna inwestycja jest różna dla różnych gatunków. Utrzymywanie ciała, które nie służyłoby reprodukcji, byłoby nieopłacalną strategią. Organizmy zgodnie z nią postępujące zostałyby wyeliminowane przez konkurentów rozmnażających się bardziej efektywnie, nietracących zasobów energetycznych na niepotrzebnie dużą inwestycję w somę. Pod kontrolą ewolucji, a więc i genów, jest długość życia, ale nie proces starzenia, który zachodzi na skutek wyczerpania zasobów przeznaczonych na naprawę uszkodzeń i utrzymanie somy. Teoria ta przez wiele lat była jedną z dominujących → ewolucyjnych teorii starzenia.
Obecnie naukowe zainteresowania Kirkwooda koncentrują się na → biogerontologii, a zwłaszcza na wyjaśnianiu procesów starzenia i związku starzenia z → chorobami oraz spadkiem → sprawności funkcjonalnej i/lub fizycznej. W szczególności poszukuje on czynników odpowiedzialnych za złożoność mechanizmów starzenia oraz zróżnicowanie tego procesu na poziomie jednostki. Jest twórcą podejścia systemowego w → biologii starzenia się, które odnosi się do złożoności powiązań różnych mechanizmów, odpowiedzi komórkowej oraz ścieżek sygnałowych, które razem modulują procesy starzenia. Kirkwood zapoczątkował w Wielkiej Brytanii badania populacyjne starzenia się (program: *The Newcastle 85+ Study*), które mają na celu badanie całego spektrum fizjologicznych parametrów → zdrowia starych ludzi. Przez 12 lat (2000–2012) Kirkwood był redaktorem naczelnym czasopisma „Mechanisms of Ageing and Development". Jest konsultantem Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) i w różnych okresach pełnił funkcję członka zarządu lub przewodniczącego brytyjskich towarzystw i funduszy badań nad starzeniem się. Został uhonorowany wieloma nagrodami i odznaczeniami. W 2009 otrzymał od brytyjskiej królowej jedno z najwyższych odznaczeń: tytuł Komandora Orderu Imperium Brytyjskiego. Jest także członkiem Akad. Nauk. Med. Zjedn. Królestwa (*UK Academy of Medical Sciences*).
Kirkwood zajmuje się biologią starzenia się, biologicznymi i ewolucyjnymi teoriami starzenia się oraz zagadnieniami → długowieczności ludzkiej. Jest współautorem ponad 200 prac doświadczalnych opublikowanych w czasopismach o międzynar. zasięgu, w tym ośmiu w „Nature" i pięciu w „Science". Napisał też kilka książek, z których najbardziej znana jest *Time of our lives* (1999), przetłumaczona również na język polski (Kirkwood, 2005). Wystąpił na kilkuset konferencjach naukowych. Dzięki działaniom propagującym ideę badań starzenia za pomocą środków masowego przekazu jest postacią dobrze znaną w Wielkiej Brytanii.

ESI

B: Kirkwood, 1977, 1981, 1985, 1999, 2005, 2010 a, 2010 b; Kirkwood, Holliday, 1986; Kirkwood, Rose, 1991; Kirkwood, Rosenberger, Galas, 1986.

klasy wieku
są to niesformalizowane grupy jednostek, których odrębność polega jedynie na świadomości przynależności do określonej → generacji i jej manifestowaniu, tak więc odpowiadające stosownym → stopniom wieku jednostki mogą tworzyć sformalizowane → grupy wieku bądź też należeć do określonej klasy wieku. W literaturze antropologicznej pod pojęciem „klas wieku" rozumie się grupy wiekowe, na ogół męskie → kohorty narodzin, których członkowie uroczyście przechodzą od jednego stopnia wieku do innego.

AAZ

O: generacja, grupy wieku, kohorta urodzeniowa, kohorta wiekowa.
S: osoby z tego samego rocznika.

TK: ang. *age sets/age classes*, fr. *classes d'âge*, hiszp. *conjuntos de edad*, niem. *Altersklassen*, ros. *возрастные группы*.

klimakterium → menopauza

klub seniora

jest odmianą klubu ludzi starszych. Zazwyczaj są to lokalne programy dla → seniorów, których celem jest organizacja zajęć kulturalnych, rekreacyjnych, edukacyjnych i społecznych. Tego rodzaju instytucja może być powołana przez same osoby starsze bądź agencje socjalne, a jej podstawowym zadaniem jest rekompensowanie seniorom utraty dotychczas pełnionych ról społecznych (np. roli zawodowej) oraz stwarzanie warunków do pomyślnego przebiegu → adaptacji do nowej sytuacji życiowej i wymogów życia na → emeryturze. Chodzi zarazem o umożliwienie im rozwoju zainteresowań i umiejętności, stwarzanie możliwości aktywizacji społeczno-kulturalnej i opiekuńczej, realizowanie → czasu wolnego w wartościowy sposób oraz ułatwianie nawiązywania kontaktów towarzyskich, społecznych czy środowiskowych. Pierwszy w Polsce klub seniora utworzono w Poznaniu w dzielnicy Stare Miasto w roku 1924, obecnie w Poznaniu działa ponad 40 tego rodzaju klubów dla seniorów (Zych, 2013).

Ludzie starzejący się i starzy, jako dominująca pod względem liczebności i wieloproblemowości subpopulacja, stają się tematem i przedmiotem badań wielu nauk. Jednak nie tylko w nauce, ale i w publicystyce bardzo propagowany jest model dobrego, → pomyślnego starzenia się, wiązany z szeroko pojmowaną aktywnością w okresie → starości, a ta z kolei nie pozostaje bez wpływu na → jakość życia.

W literaturze gerontologicznej istnieją ustalenia (Bugajska, 2007) wskazujące na wysoką korelację pomiędzy aktywnością seniorów a ich poczuciem szczęścia, zadowoleniem i oceną jakości życia w starości. Promowany model dobrego, a zarazem aktywnego starzenia się, narzucany jest przez współczesny świat, który nakłada na człowieka, bez względu na wiek (choć chyba najbardziej dotyczy to seniorów), wymóg kształtowania zdolności adaptacji do dynamicznie zmieniającej się rzeczywistości. W ten proces przystosowawczy zaangażowane są dwie strony. Pierwsza z nich to sami seniorzy, bo im właśnie stawia się za zadanie aktywność jako gwarant ich społecznej użyteczności, prestiżu i poważania, a jednocześnie warunek dobrego starzenia się. Druga strona natomiast to społeczność lokalna lub szerzej: społeczeństwo, na którym spoczywają rzeczywiste i założone zadania realizowania szeroko rozumianej aktywizacji społecznej i życiowej tej grupy osób.

Chodzi tu o aktywizację w rozumieniu społecznego procesu tworzenia warunków i okazji do bycia aktywnym lub optymalizowania już istniejących form → aktywizacji i aktywności osób w okresie późnej dorosłości. Aktywizację społeczną traktować należy jako proces społeczny realizowany w środowisku lokalnym, realizatorami którego są różne podmioty społeczeństwa obywatelskiego, od instytucji pomocowych począwszy, przez ośrodki, placówki i domy kultury, a skończywszy na bibliotekach bądź wybranych stowarzyszeniach i/lub organizacjach związkowych, jak np. Związek Nauczycielstwa Polskiego. To rodzaj strategii społecznego działania, celem którego jest tworzenie warunków do realizacji szeroko pojmowanej aktywności w okresie starości.

W tę złożoność starań, zarówno społeczności lokalnej (społeczeństwa) w roli organizatora, jak i seniorów, w rozumieniu podmiotów tych działań, doskonale wpisują się kluby seniora z całą ofertą działań i pełnionych przez nie funkcji.

Historycznie i zwyczajowo traktujemy je jako placówki wolnoczasowe dla osób w starszym wieku. To miejsca, w których seniorzy mogą rozwijać swoje zainteresowania, oraz spotkać ludzi wyznających podobne wartości. Kluby organizowane specjalnie dla ludzi starszych zaczęły powstawać w Polsce już w okresie międzywojennym (1924), a po II wojnie światowej tworzono je w Wielkiej Brytanii i Stanach Zjednoczonych. Ich znaczny rozwój na zachodzie Europy nastąpił w latach 50. XX wieku, natomiast w Polsce w latach 60. (Muchnicka-Djakow, 1986). Od początku swojego istnienia kluby uznawane były za ośrodki życia kulturalnego, oświatowego, towarzyskiego i/lub rekreacyjnego dla osób starszych.

Traktowane jako placówki wolnoczasowe dla seniorów, wpisane zostały w teorię działalności kulturalno-oświatowej z następującymi celami:

- tworzenie warunków do przyjemnego spędzania czasu wolnego i zaspokajania potrzeb wyższego rzędu, w tym głównie: kontaktów towarzyskich, wypoczynku, rozrywki, aktywności i szeroko pojmowanych potrzeb kulturalno-oświatowych;
- umożliwianie rozwijania zainteresowań oraz motywacji do aktywności, rozbudzanie inicjatyw i aspiracji do bycia aktywnym na różnych polach, w tym także społecznym;
- nawiązywanie i podtrzymywanie kontaktów towarzyskich, tworzenie więzi społecznych i w efekcie przeciwdziałanie osamotnieniu, nudzie, izolacji;

- tworzenie płaszczyzn integracji międzypokoleniowej i wewnątrzpokoleniowej;
- rozbudzanie zainteresowania własnym → zdrowiem i rozwojem.

W ostatnich latach kluby seniora wpisały się w świadomość starszych ludzi jako placówki pomocowe, ponieważ powoływane są przez podmioty pomocy społecznej, takie jak Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie (PCPR) czy → ośrodki pomocy społecznej. Zwyczajowo (ale także merytorycznie) przestają jawić się tylko jako placówki wolnoczasowe, a zaczynają być traktowane jako forma → pracy socjalnej, aktywizacji społecznej i życiowej, której głównym zadaniem jest utrzymanie ludzi starszych w stanie aktywności, a tym samym samowystarczalności i samodzielności życiowej do jak najdłuższych lat → życia w naturalnym dla nich środowisku. [Istotnym novum było powołanie w 2005 Telewizyjnego Klubu Seniora, czyli cyklicznych audycji telewizyjnych emitowanych w polskiej telewizji regionalnej TVP3 Wrocław – przyp. red.].

Traktowanie klubów seniora tylko jako formy → wsparcia i aktywizacji społecznej jest niewystarczające – współcześnie bowiem znacznie rozszerzyły one ofertę swoich działań i spełnianych funkcji. Ze względu na wzrastające społeczne i kulturowe znaczenie, należałoby przywrócić klubom seniora dawny prestiż, wpisując je z jednej strony w nurt edukacji permanentnej, a z drugiej – aktywizacji społecznej. Kluby seniora powinny być traktowane jako placówki kulturalno-oświatowe realizujące koncepcję upowszechniania kultury w kontekście procesu jej instytucjonalizacji. Upowszechnianie kultury to „[…] intencjonalnie organizowanie oddziaływania służące kształtowaniu, rozwijaniu potrzeb i zainteresowań kulturalnych oraz stymulowaniu i wspomaganiu jednostek i małych grup społecznych do rozwijania i sublimacji swojej aktywności kulturalnej (recepcyjnej, współtwórczej i twórczej, zabawowej i rekreacyjnej)" (Kargul, 1996). Przyjęcie takiej definicji pozwala widzieć kluby seniora jako placówki upowszechniania kultury, jednak w szerszym rozumieniu tego zjawiska. Wartość klubów polegałaby przede wszystkim na umożliwieniu osobom zainteresowanym podjęcia określonej aktywności, porozumiewania się poprzez określone treści kulturowe i ich realizowania, zgodnie z indywidualnie przyjętymi celami, dążeniami i aspiracjami, czy tylko możliwościami.

W pracach gerontologicznych z ostatniej dekady podejmujących temat aktywności seniorów w zasadzie nie spotyka się odniesień do teorii i koncepcji animacji czy animacji kulturalno-społecznej. Być może dzieje się tak dlatego, że zakres pojęciowy animacji jest dość zbliżony do zakresu pojęciowego aktywizacji, choć z pewnością należy go uznać za obszerniejszy. Wskazuje się na następujące sposoby rozumienia animacji: 1) kierunek działania wśród i dla ludzi; 2) metoda działania w pracy kulturalnej; 3) proces odkrywania siebie na drodze twórczej aktywności. W zakres animacji powinna wchodzić dzielność społeczna, edukacyjna, informacyjna, promująca wieloraki rozwój człowieka i przynosząca rozwój jego tożsamości. Chodzi o budzenie ducha twórczej aktywności tak wśród jednostek, jak i grup społecznych.

Animacja to „[…] kierunek działania wśród ludzi i z ludźmi, który ma na celu ułatwienie jednostce oraz grupie udziału w bardziej aktywnym i twórczym życiu poprzez lepsze rozumienie przemian, łatwiejsze porozumiewanie się z innymi, współudział w ożywianiu środowiska" (Kargul, 1996). Animacja jako metoda działania w pracy kulturalno-oświatowej, polega na stymulacji do aktywności, zarówno społeczności lokalnej, jak i małej grupy, do działania mającego na celu ulepszanie życia społecznego środowiska. Animacja – w tym rozumieniu – to dodawanie sił do działania, zachęcanie, rozpalanie, ożywianie podnoszenie życia na wyższy poziom. I wreszcie: „Animacji nadawano i nadaje się również trzecie znaczenie, traktując ja jako proces wewnętrzny zachodzący w osobowości jednostki ludzkiej, dzięki któremu następuje nie tylko ożywienie, aktywizowanie, pobudzanie do działania, ale przede wszystkim odkrywanie w sobie sił twórczych, możliwości kreacyjnych, szans zachowań ekspresyjnych. Innymi słowy animacja jest również procesem odkrywania siebie" (Kargul, 1996).

Rozpatrując dziedziny animacji, a także różne jej definicje, najczęściej wskazuje się na animację społeczno-kulturalną. Traktuje się ją jako ożywianie i uruchamianie sił społecznych tkwiących w środowiskach do dokonywania przeobrażeń i zmian o charakterze społecznym, ekonomicznym i kulturalnym. To pobudzanie do aktywności jednostek i grup społecznych, pośredniczenie i zachęcanie do uczestnictwa w życiu wspólnotowym.

Zdaniem Jana Żebrowskiego (1987): „Animacja implikuje trzy ściśle połączone ze sobą procesy: 1) proces odkrywania – chodzi tu o stwarzanie takich warunków, aby grupa i cała jednostka ujawniła swoje problemy, wątpliwości i pragnienia […]; 2) proces tworzenia związków – to kontakty ludzi między sobą, jak również z działaczami i twórcami, u podstaw tych związków leży wzajemne zrozumienie i porozumienie (ugo-

da) oraz konflikt i negacja; 3) proces twórczości (kreacji) – wyraża się dzięki sprzężeniu jednostek i grup z ich otoczeniem poprzez ekspresję, inicjatywę, odpowiedzialność i działania twórcze. Procesy te – odkrywania, tworzenia związków, twórczości (kreacji) – są ze sobą połączone i charakteryzują najbardziej istotne cechy animacji […]", a ich głównym celem są zmiany postaw jednostek i stosunków interpersonalnych poprzez bezpośrednie oddziaływanie.

Aktywizacja społeczna w rozumieniu procesu pobudzania do aktywności określonych jednostek i grup społecznych oraz stwarzania warunków, miejsc i możliwości do tego działania, jest zbieżna z koncepcjami animacji. Animacja społeczno-kulturalna ma jednak szerszy wymiar, bowiem odnosi się nie tylko do aktywności społeczno-kulturalnej, której rezultaty służą dobru wspólnemu, ale jej istota wyraża się przede wszystkim w rozwoju poszczególnych jednostek. Osoby uczestniczące w animacji społeczno-kulturalnej rozwijają swoją osobowość, stają się bardziej aktywne, twórcze i mobilne w zakresie układania swojego życia w szerszych relacjach społecznych. Powstające i funkcjonujące kluby seniora wpisują się w rzeczywistość społeczną jako przejaw aktywizacji społecznej i/lub działania dla dobra wspólnego, a realizowane w nich formy działania i pełnione funkcje wskazują na ich zgodność z koncepcjami upowszechniania kultury i animacji społeczno-kulturalnej.

Kluby seniora realizują zadania aktywizujące, a jest to coraz częściej aktywizacja poprzez edukację i sztukę. Placówki te kierują bogatą ofertę do swych członków, od działań o charakterze wolnoczasowym, przez kursy językowe i informatyczne, warsztaty artystyczne po kluby odnowy biologicznej i gabinety kosmetyczne. Działalność klubów seniora cieszy się popularnością, a zapotrzebowanie na tego typu placówki jest coraz większe.

Celem obecnie powoływanych klubów seniora, jako placówek stanowiących szeroką płaszczyznę interpersonalnych i społecznych kontaktów osób starszych, jest: organizowanie i ułatwianie seniorom dostępu do różnych form aktywności (fizycznej, kulturalnej, twórczej, edukacyjnej, społecznej itp.), rozbudzanie nowych zainteresowań i promowanie zdrowego → stylu życia. Znane są dwa rodzaje klubów seniora: zakładowe i środowiskowe. Kluby pierwszego typu zlokalizowane są przy zakładach pracy, lecz współcześnie w tej formie już prawie nie istnieją (Muchnicka-Djakow, 1986). Wymienione jako drugie kluby środowiskowe organizowane są przy osiedlowych klubach czy domach kultury. Coraz częstszą praktyką jest powoływanie i organizowanie klubów seniora przez podmioty → pomocy społecznej, np. PCPR czy MOPR – wówczas traktowane są w pierwszej kolejności jako forma wsparcia społecznego i przyporządkowane być powinny do środowiskowych klubów seniora.

Kluby seniora pełnią liczne funkcje, do których zalicza się (Maciantowicz, Mazur, 2000): **kompensacyjną, terapeutyczną, profilaktyczną, integracyjną, rekreacyjno-turystyczną** i **adaptacyjną**. Badania prowadzone w ostatnich latach pozwalają zaobserwować rozwój nowych form działalności klubów seniora, a także spełnianych przez nie funkcji (Chabior, 2011).

Prawie każdy z klubów seniora dąży do osiągnięcia założonych celów poprzez realizowanie określonych form działalności, w których dominują dwa zasadnicze rodzaje: stałe formy działania i cykliczne, okolicznościowe imprezy. Do najpopularniejszych form działania klubów seniora należą: lektoraty języków obcych, terapia zajęciowa i → arteterapia, rękodzielnictwo, gimnastyka zbiorowa i ćwiczenia rehabilitacyjne oraz kąciki/warsztaty: komputerowy, szachowy, brydżowy i wreszcie kulinarny. Do najistotniejszych cyklicznych lub okolicznościowych wydarzeń organizowanych w tych placówkach zaliczyć należy: udział w imprezach sportowo-rekreacyjnych i/lub kulturalno-oświatowych, takich jak: aerobik wodny, pływanie w basenie i parku wodnym, koncerty, festyny, andrzejki, wigilie, sylwester, → Dzień Babci i → Dzień Dziadka.

Różnorodność proponowanych seniorom form spędzania wolnego czasu pozwala im na wybór najodpowiedniejszych, a sama działalność w klubach spełnia w życiu starszych osób istotne funkcje, wpływając na ich poczucie własnej wartości i użyteczności.

Do funkcji tych należą:

- integracyjna, która pozwala ludziom starszym lepiej przystosować się do pracy w grupie, zawiązywać nowe, wartościowe kontakty interpersonalne, zarówno na poziomie wewnątrzpokoleniowym, jak i międzypokoleniowym;
- kształcąca, do niedawna rezerwowana głównie dla → uniwersytetów trzeciego wieku (UTW) i/lub placówek o charakterze edukacyjnym. Obecnie dzięki bardzo dobrze rozwiniętym zajęciom o charakterze edukacyjnym, takim jak: lektoraty języków obcych na różnych poziomach zaawansowania czy kursy komputerowe o zróżnicowanym stopniu trudności, funkcja ta przypisywana jest także klubom seniora, które z placówek typowo rekreacyjnych i zabawowych coraz częściej przekształcają się w placówki kształcące;

- kompensacyjna i adaptacyjna – pierwsza z nich pozwala na wyrównywanie braków (rzeczywistych bądź domniemanych) w innych i obszarach życia społecznego, druga zaś na lepsze przystosowanie się osób starszych do życia w nowej sytuacji społecznej i rodzinnej;
- rekreacyjno-rozrywkowa – wyrażająca się w likwidacji → stresu, przywracaniu chęci do życia, motywowaniu i inspirowaniu do dalszej działalności – prestiżowa, zarówno w wymiarze indywidualnym, jak i społecznym. W wymiarze indywidualnym pozwala na budowanie poczucia własnej wartości i użyteczności wśród seniorów, natomiast w wymiarze społecznym służy budzeniu szacunku do aktywnych ludzi starszych i staje się podstawą do budowania pozytywnych → postaw wobec starzenia się i starości.

Ponieważ obok oferty kulturalnej, kluby seniora kierują do swoich uczestników także bogate propozycje z obszarów edukacji i zajęć klubowych, wskazać należy także na nowe funkcje tych placówek:

- informacyjną – polegającą na zdobywaniu niezbędnych i aktualnych informacji o życiu społecznym, gospodarczym i kulturalnym, które pomagają seniorom w codziennym funkcjonowaniu oraz korzystaniu z dobrodziejstw i osiągnięć współczesnych technologii;
- kształcącą – pozwalającą na zdobywanie nowej wiedzy i umiejętności, takich jak: obsługa komputerów, czy znajomość języków obcych;
- prozdrowotną, która wyraża się w promowaniu w klubach seniora zdrowego stylu życia poprzez zajęcia rehabilitacyjne i ruchowe;
- estetyczną, polegającą na rozbudzaniu w seniorach potrzeby dbałości o wygląd poprzez stwarzanie im możliwości korzystania z usług kosmetycznych, fryzjerskich itp., dzięki czemu łatwiej akceptują własną fizyczność;
- opiniotwórczą – aktywność w klubach seniora pozwala ludziom starszym kreować pozytywne opinie na temat okresu późnej dorosłości i tym samym przyczyniać się do przełamywania negatywnych stereotypów dotyczących starzenia się, starości i ludzi starych.

Kluby seniora są ważną i cenną formą aktywizacji seniorów, a różnorodność i wielorakość realizowanych w nich form działalności kulturalnej, edukacyjnej, twórczej i społecznej, przemawia za tym, by były postrzegane nie tylko jako miejsca wsparcia społecznego, ale przede wszystkim uczestnictwa i animacji społeczno-kulturalnej. Aktywność w klubie seniora przynosi osobom starszym konkretne i wymierne korzyści w postaci zadowolenia z wybranego modelu starzenia się i pozytywnych zmian w życiu. Kluby seniora, będąc płaszczyzną szeroko pojmowanej i różnorodnej aktywności seniorów, podnoszą jakość życia w starości. Potwierdza to tezę, że aktywność, w tym aktywna działalność w klubach seniora, w znacznym stopniu jest związana z jakością życia w starości, i jako taka, powinna stanowić ważny element profilaktyki gerontologicznej.

AC

B: Bugajska, 2007; Chabior, 2011; Kargul, 1996; Maciantowicz, Mazur, 2000; Muchnicka-Djakow, 1986; Zych, 2013; Żebrowski, 1987.

O: centrum seniora, senior.

S: klub kultury seniora, „klub złotego wieku".

TK: ang. *senior club/club for senior citizens*, fr. *club des doyens*, hiszp. *el club de la tercera edad/el club de los ancianos/el club de adultos mayors*, niem. *Altenklub/Seniorenklub*, ros. *„клуб золотого возраста"/клуб по интересам для граждан пожилого возраста*.

Kocemba Józef Władysław (1930–2008)

polski lekarz – specjalista chorób wewnętrznych, kardiologii, → gerontologii i → geriatrii. W roku 1949 rozpoczął studia na Wydz. Lekarskim Uniw. Jagiellońskiego, a dyplom uzyskał w 1954 w Akad. Med. w Krakowie. Tam też uzyskał stopień doktora medycyny (1966) i doktora habilitowanego (1980), a w 1992 otrzymał tytuł profesora medycyny Tuż po habilitacji został wyznaczony do zorganizowania od podstaw Kliniki Geriatrii, utworzonej na podstawie Domu Spokojnej Starości w Krakowie. Placówka ta stanowiła pierwszy w Polsce kliniczny → oddział geriatryczny, prowadzący nauczanie geriatrii wśród studentów medycyny i badania naukowe dotyczące zagadnień kardiologii geriatrycznej, metabolizmu osób w → wieku podeszłym i patofizjologii procesu → starzenia się, a także zajmujący się szkoleniem podyplomowym w zakresie geriatrii.

Kocemba aktywnie wspierał rozwój polskiej gerontologii i geriatrii. W 1985 zorganizował w Krakowie V Międzynarodowy Zjazd Sekcji Geriatrycznej → Pol. Tow. Gerontologicznego (PTG), a w 1993 VII Zjazd Naukowy PTG. W okresie 1998–2008 był redaktorem naczelnym pisma „Gerontologia Polska". W latach 90. XX wieku dostrzegł konieczność zmiany w podstawowej opiece zdrowotnej i wspierał rozwój medycyny rodzinnej, a w prowadzonej przez siebie jednostce utwo-

rzył Pracownię Medycyny Rodzinnej oraz Katedrę Gerontologii i Medycyny Rodzinnej. Po przejściu na → emeryturę w 2000 roku nadal był bardzo aktywny zawodowo, prowadząc zajęcia na Wydziale Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum UJ i w Krakowskiej Wyższej Szkole Promocji Zdrowia, której był rektorem (2006–2008). W uznaniu osiągnięć w dziedzinie geriatrii i nadciśnienia został wybrany członkiem honorowym Słowackiej Akademii Nauk, Pol. Tow. Nadciśnienia Tętniczego, PTG, Kolegium Lekarzy Rodzinnych i Kolegium Lekarzy Specjalistów Geriatrii. Został odznaczony m.in. Złotym Krzyżem Zasługi oraz Krzyżem Kawalerskim i Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski, otrzymał Nagrodę Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia i Opieki Społ. (1968) i zespołową Nagrodę Naukową Miasta Krakowa (1977).

AAZ

B: Grodzicki, Kocemba, 2000; Grodzicki, Kocemba, Skalska, 2007; Kocemba, Kołomyjska, 1989; *Kto jest kim…,* 1987; *Złota Księga Nauki*…, 2006.

O: Polskie Towarzystwo Gerontologiczne.

kohorta

(od łac. *cohors*, *cohortis* – gwardia, zastęp) dosłownie oznacza jednostkę taktyczną wojska rzymskiego stanowiącą dziesiątą część legionu (Kopaliński, 1994). Wyraz ten został zapożyczony do badań statystycznych i demograficznych, a także gerontologicznych w celu określania zbiorowości osób, którą łączy dana cecha, np. rok urodzenia, ekspozycja na określone zagrożenie, doświadczenie życiowe czy terapeutyczne. Taka grupa ludzi może być porównywana z analogicznie skonstruowaną grupą, która różni się najczęściej pod względem jednej określonej cechy, jak rok badania (np. kohorta 60-latków w roku 1950 i kohorta 60-latków w 2000) lub obszar badania (np. kohorta 60-latków w dużym mieście w Polsce i analogiczna w dużym mieście w Szwecji) itp.

Chociaż kohortę można definiować na podstawie rozmaitych kryteriów, w badaniach gerontologicznych z oczywistych względów przyjęło się odnosić to pojęcie do → wieku chronologicznego, przykładem może być → kohorta wiekowa lub urodzeniowa (Deming, Cutler, 1983). Przynależność zbiorowości ludzi do określonego rocznika urodzenia lub zakresu roczników urodzeniowych, np. pięciu lat, stanowi ważną cechę w analizach służących do ustalania związków między → normalnym starzeniem się a skutkami wydarzeń zewnętrznych (np. kryzys ekonomiczny, wojna) oddziałujących na kohortę wiekową w różny sposób w zależności od przynależności do określonego rocznika, czyli fazy → życia przypadającej na określoną traumę. Idea kohorty w podejściu gerontologicznym zakłada wspólny i niepowtarzalny jej rodowód, biografię, a tym samym specyficzny dla niej wzorzec → starzenia się determinowany wspólnotą jej historii (Back, 1983; Riley, 1994).

Znaczenie kohorty jako koncepcji w badaniach nad przeobrażeniami społecznymi szeroko uzasadnił Norman B. Ryder (1923–2010). Zauważył, że wszystkie osoby żyjące w danym czasie łączy historia, a uczestnictwo w niej, wkład i odpowiedzialność za przeszłe wydarzenia jest różny dla poszczególnych kohort urodzeniowych. Traumatyzujące wydarzenia, jak kryzysy społeczne czy rewolucje, stają się źródłem kształtowania mentalności kohorty i rzutują na jej dalsze losy (Ryder, 1965). Podobnie, gwałtowna urbanizacja w ostatnich dziesiątkach dekad dokonała się dzięki niemalże selektywnej migracji wychodzących ze wsi i wchodzących do miast młodych kohort. Akceptacja oraz zrozumienie coraz nowocześniejszej technologii, jak również udział w jej tworzeniu i wykorzystaniu, w różnym stopniu dotyczy kolejnych → generacji. Powoduje to także zróżnicowanie owych kohort wiekowych. Kohorta, jako grupa rówieśników, w niemal każdej epoce tworzy swoistą subkulturę, którą łączy kohortowa wspólnota i solidarność utrzymywana do końca → cyklu życia człowieka. Kohortowe podejście do analiz społecznych przekonuje o ciągłości, a zarazem zmienności pokoleniowej. Ryder (1965) zwrócił również uwagę, że w ostatnich czasach dochodzi do zacierania się identyfikacji kohortowej. Wiek staje się coraz mniej precyzyjny jako wskaźnik charakterystyki socjalnej. Ludzie doświadczają pewnej „synchronizacji", czyli ich wiek jest różnie interpretowany przez różne sfery instytucjonalne. Przylegające do siebie kohorty urodzeniowe przenikają się wzajemnie, a definicje wieku odbierane są bardziej w kategoriach społecznych aniżeli biologicznych. Pomijanie zróżnicowania kohortowego (inaczej → zjawiska kohorty) utrudnia, a czasem uniemożliwia interpretację „zmiany w starzeniu" od „różnicy w starzeniu".

Zdefiniowanie próby badanej jako grupy osób jednorodnej pod względem wieku (kohorty wiekowej) umożliwia śledzenie zmian zachodzących w atrybutach tej grupy (np. zatrudnienie, nawyki, styl życia, zachowania prozdrowotne, sprawność, profil chorobowości, przeżywalność) na drodze regularnie powtarzanych badań tej grupy w określonym okresie → badania podłużnego (longitudinalnego, np. co pięć

lat w okresie 20 lat obserwacji). O ile badanie dotyczy tych samych osób określonej kohorty wiekowej, określane jest → badaniem panelowym (ang. *panel study*). Badanie panelowe umożliwia ocenę „zmiany w starzeniu", czyli ewolucję parametrów zachodzącą w zbiorowości tych samych osób między punktami czasowymi badania (np. spadek filtracji nerek z wiekiem). Gdy jednak takie badanie w kolejnych jego sekwencjach zestawia dane uzyskane od różnych osób należących do określonej kohorty urodzeniowej (w efekcie ponawianego losowania przedstawicieli danej kohorty wiekowej z populacji generalnej) – to badanie takie określane jest jako kohortowe (ang. *cohort study*). Różnice w charakterystyce populacji równolatków z dwóch punktów czasowych, np. 60-latków w latach 1980 i 2010, stanowią o tzw. efekcie kohorty. Pojęcie „różnicy w starzeniu" odnosi się zatem do uchwycenia różnicy w pomiarach wykładników → starości między różnymi osobnikami należącymi do tej samej kohorty urodzeniowej, a „zmiany w starzeniu" do różnicy w pomiarach wykładników starości u tych samych osób w dwóch punktach czasu.

Zaletą sekwencyjnego badania kohortowego przedstawicieli tej samej kohorty wiekowej (niekoniecznie tych samych osób) jest możliwość uniknięcia ubytku probantów ze względów naturalnych (umieralność) lub organizacyjnych (np. zmiana miejsca zamieszkania lub odmowa udziału w badaniu). Uzyskane wyniki przynoszą porównywalną wartość predykcyjną w zakresie szansy ujawnienia lub dyskryminowania ocenianych parametrów, ponieważ za każdą sekwencją badania nie ubywa probantów (ang. *panel attrition*) przy zachowaniu założonej wielkości próby badanej. „Zużywanie" członków panelu, chociażby tylko z powodu ich naturalnego wymierania, prowadzi do powstawania systemowych błędów (ang. *biases*) narastających wraz z czasem badania, a zatem coraz większych trudności w interpretowaniu wyników.

Kohorta urodzeniowa w badaniach gerontologicznych daje podstawę szczególnej kombinacji → badań poprzecznych (przekrojowych) z badaniami longitudinalnymi, którą określa się terminem → „analiza kohorty". Może być ona wykorzystana zarówno w wariancie badania panelowego, jak w badaniach Nathana W. Shocka (1906–1989) i współprac., 1984, jak i badania kohortowego (Decker, 1980). Zasadniczo analiza kohortowa polega na zastosowaniu wielokrotnie powtarzanych w kolejnych punktach czasu randomizowanych badań typu *survey study*, zbierających te same informacje od osób w tych samych grupach wiekowych. Porównanie wyników w równoletnich kohortach urodzeniowych w różnych punktach czasu pozwala wykazać tzw. efekt kohorty odpowiadający w zasadzie pojęciu „różnicy w starzeniu". By uchwycić wpływ upływu czasu na przedmiot badania, w gerontologii dyskutowanych jest kilka projekcji badawczych. Należą do nich (Schaie, 1973): powtarzane badania przekrojowe, longitudinalne badania kohortowe oraz przekrojowo-longitudinalne badania opóźnione w czasie (ang. *time-lag method*), takie jak kohortowo-sekwencyjne (ang. *cohort-sequential*), okresowo-sekwencyjne (ang. *time-sequential*) i przekrojowo-sekwencyjne (ang. *cross-sequential method*).

BB

B: Back, 1983; Decker, 1980; Deming, Cutler, 1983; Kopaliński, 1994; Riley, 1994; Ryder, 1965; Schaie, 1973; Shock i współprac., 1984.
O: analiza kohorty, „centryzm kohorty", kohorta narodzin, kohorta wiekowa, zjawisko kohorty.
TK: ang. *cohort*, fr. *cohorte*, hiszp. *cohorte*, niem. *Kohorte*, ros. *когорта/возрастная группа*.

kohorta narodzin (rocznik)

– grupa osób urodzonych w tym samym okresie (zwykle w ciągu jednego roku), których charakterystyki społeczne i/lub demograficzne są rozważane analitycznie w → czasie. Z reguły jest to dość płynna zbiorowość jednostek przynależących do kategorii wiekowej osób urodzonych mniej więcej w tym samym czasie, mających podobne doświadczenia historyczne, np. pokolenie Kolumbów, obejmujące roczniki lat 20. XX wieku (Bratny, 1957) czy generacja sieci (ang. *net generation*), obejmująca młodzież początku XXI wieku (Tapscott, 2010).

AAZ

B: Bratny, 1957; Tapscott, 2010.
O: analiza kohorty, „centryzm kohorty", klasy wieku, kohorta wiekowa, zjawisko kohorty.
S: generacja, kohorta urodzenia, pokolenie.
TK: ang. *birth cohort*, fr. *cohorte des naissances*, hiszp. *cohorte de nacimiento*, niem. *Geburtenkohorte*, ros. *когорта по рождению*.

kohorta wiekowa

– zbiór ludzi należących do tego samego przedziału wiekowego, czyli określona w → czasie → grupa wieku. Wśród → kohort, poza → kohortą narodzin i wiekową, wyróżnić można:

1) **kohortę właściwą**, czyli grupę osób, która może być obserwowana przez wiele lat z możliwością całkowitej identyfikacji osób; 2) **kohortę niewłaściwą**, czyli grupę osób utworzoną na zasadzie równości jednej lub więcej cech, poddaną obserwacji w ciągu dłuższego lub krótszego czasu; 3) **kohortę prospektywną**, obejmującą określoną grupę osób, której cechy badane są poprzez wielokrotne zasięganie informacji, przy czym przebieg badanego zjawiska nie jest jeszcze zakończony; 4) **kohortę retrospektywną** – w jej badaniach analizuje się przebieg zjawiska już zakończonego, czyli określona grupa osób udziela informacji na temat kształtowania się zjawiska w przeszłości (Zych, 2017).

AAZ

B: Zych, 2010.

O: analiza kohorty, „centryzm kohorty", kohorta narodzin, zjawisko kohorty.

TK: ang. *age cohort*, fr. *cohort d'âge*, hiszp. *cohorte de edad*, niem. *Alterskohorte*, ros. *возрастная группа*.

Komenský Jan Ámos [łac. Comenius, pol. Komeniusz, Komeński Jan Amos] (1592–1670)
czeski filozof i pedagog, duchowny ewangelicki, teolog i polityk, reformator życia doczesnego, w szczególności systemu edukacji powszechnej, znawca i badacz języków. Od dziecka związany ze społeczno-religijnym ruchem Braci Czeskich (czes. *Jednota Bratří Českých*; łac. *Unitas Fratrum*), wyrosłym na fundamentach tradycji husyckiej w drugiej połowie XV wieku. Komeński urodził się i wychował w rodzinie mieszczańskiej. Po stracie rodziców – Martina i Anny, w roku 1604 zamieszkał u ciotki w Strażnicach, gdzie uczęszczał do szkoły Braci Czeskich. Nie ukończył jej jednak ze względu na zniszczenie miasta przez wojska węgierskie i konieczność ucieczki przed prześladowcami. Edukację dokończył po kilkuletniej przerwie w szkole w Przerowie. W latach 1611–1614 studiował teologię i filozofię na uniwersytetach w Herborn i Heidelbergu. Na skutek choroby przerwał studia, by powrócić do Przerowa, gdzie w latach 1614–1618 pełnił obowiązki dyrektora i nauczyciela w swojej dawnej szkole. W 1616 roku został kapłanem w gminie Braci Czeskich, w 1618 ożenił się z Magdaleną Vizovską z Przerowa. W okresie 1618–1621 przebywał w miejscowości Fulnek, gdzie oprócz powinności kapłańskich, piastował stanowisko dyrektora miejscowej szkoły. Tam też, pod wpływem dzieł Wolfganga Ratkego (1571–1635) i Juana Luisa Vivesa (1492–1540), zapoczątkował badania na sposobami ułatwienia nauki łaciny, rozwinął też działalność opiekuńczą i wychowawczą. Po zrabowaniu i spaleniu miasta w 1621 roku przez hiszpańsko-włoskie wojska Habsburgów (w wyniku czego badacz stracił bibliotekę, w tym własne rękopisy) kolejne lata spędził w ukryciu. W 1622 roku, prawdopodobnie w wyniku epidemii dżumy, zmarła jego żona oraz dwóch synów. W 1623 roku, w majątku rodu Žerotinow, mając już w dorobku kilka poważnych publikacji, napisał teologiczno-filozoficzny traktat *Labyrint světa a ráj srdce* (pol. *Labirynt świata i raj serca*), którego pierwodruk ukazał się dopiero w 1631 roku w Lesznie (wyd. pol. 1695 i 1914). Wypowiadał się w nim na temat społecznej niesprawiedliwości, za którą winę ponoszą, jego zdaniem, ustrój feudalny, niemoralność duchowieństwa, rozwarstwienie ekonomiczne społeczeństwa, ludzka zawiść i zachłanność, fanatyzm i nietolerancja, czy w końcu nauka, która pomimo postępu pozostaje nieudolna i nie służy ludziom, lecz wyłącznie własnym korzyściom. W roku 1624 ożenił się po raz drugi, a jego małżonką została Maria Dortothea Cyrill (zm. 1648). Następnie odbył podróże do Leszna, Berlina, Hagi i Amsterdamu, gdzie udzielał się politycznie. W 1627 roku przebywał z rodziną w czeskim Bila Tremesna, ale ostatecznie, w obawie przed rosnącą falą terroru i prześladowań religijnych, postanowił osiąść na obczyźnie.

Za swój nowy dom Komeński obrał Leszno, dokąd przybył w 1628 wraz z licznym zastępem współwyznawców, przyjmując gościnę i pomoc wojewody bełskiego, Rafała Leszczyńskiego (1526–1636). Poza działalnością nauczycielską w lesznieńskim gimnazjum poświęcił się dalszej pracy naukowej, która zaowocowała pierwszym w historii literatury studium na temat wychowania przedszkolnego *Informatorium školy mateřské* (pol. *Szkoła macierzyńska*). Pisane w latach 1629–1630, pierwotnie po czesku, studium po raz pierwszy drukiem ukazało się w języku niemieckim w roku 1633 w Lesznie (wyd. pol. 1636). Comenius zwrócił w nim uwagę nie tylko na ogrom i potrzebę systematycznej pracy wychowawczej rodziców nad dzieckiem w pierwszych latach życia, lecz także na jego własną, niebagatelną rolę w procesie fizycznego, intelektualnego i duchowego rozwoju. Kładł nacisk na potencjał, który w porę dostrzeżony i zagospodarowany poprzez stosowne zabiegi pedagogiczne pozwoli przygotować młodego człowieka do dalszej edukacji szkolnej. Program wychowania przedszkolnego, który wówczas proponował, stanowił zalążek rozwiniętej w późniejszym czasie koncepcji nauki poglądowej, umniejszającej znaczenie nauczania opartego wyłącz-

nie na werbalizmie na rzecz zaangażowania polisensorycznego przekazu treści, m.in. poprzez obserwację realnych przedmiotów i zjawisk oraz włączenie w proces kształcąco-wychowawczy aktywności praktycznej w najbliższym otoczeniu dziecka. Uprzednio należało wzbudzić w dziecku zainteresowanie, które – zdaniem badacza – we wczesnym dzieciństwie osiąga poziom najwyższy. Novum w jego rozważaniach było przeciwstawienie się zapożyczonemu ze średniowiecznej tradycji, a kultywowanemu jeszcze powszechnie modelowi wychowania represyjnego. Także w Lesznie opracował Komeński zręby *Didactica magna universale omnes omnia* (wyd. pol. *Wielka dydaktyka*). Pierwotne, czeskie opracowanie dzieła, przygotowane w latach 1628–1632, ogłoszono drukiem dopiero w 1849 w Pradze. Jego zmieniona i rozszerzona łacińska wersja pisana w latach 1633–1638 została ogłoszona drukiem jeszcze za życia autora, w Amsterdamie w roku 1657 w zbiorowym wydaniu jego dzieł (wyd. pol. 1935 i 1956). Przełomowy postulat szkoły powszechnej, bezpłatnej, jednolitej i drożnej, podzielonej na cztery sześcioletnie okresy kształcenia (szkoła macierzyńska, szkoła elementarna, szkoła łacińska, akademia) uznawany jest współcześnie za jedno z najwybitniejszych dzieł, stanowiące najpełniejszy wykład poglądów pedagogicznych Komeńskiego. W *Uniwersalnej sztuce nauczania wszystkich wszystkiego* – jak wyjaśnia sam autor w rozbudowanym podtytule – przedstawiony został „pewny i doskonały sposób zakładania we wszystkich gminach, miastach i wsiach każdego chrześcijańskiego państwa takich szkół, w których cała młodzież obojga płci bez wyjątku mogłaby się kształcić w nauce, uszlachetniać obyczaje, przepajać się duchem bogobojności i tak w ciągu lat chłopięcych przygotować do wszystkiego, co należy do doczesnego i przyszłego życia, w sposób zwarty, miły i gruntowny". A wszystko to w zgodzie z naturą, w sposób wyważony, w myśl zasady kontinuum, a więc stopniowo, na bazie powtórzeń, w odpowiedzi na indywidualne potrzeby i możliwości, stosownie do wieku oraz czynionych postępów, bez przymusu, lecz dobrowolnie, na skutek osobistego zainteresowania, poprzez obserwację i zmysłowe doświadczanie rzeczywistości, od ogólnego do szczegółowego jej poznania.

Sprzyjające warunki pracy, jakie zapewniał religijno-kulturowy tygiel leszneński i patronat Leszczyńskiego, pozwoliły Komeńskiemu podjąć na nowo także inne projekty o znamienitym znaczeniu dla ówczesnej, ale i współczesnej dydaktyki. W latach 1629–1631, w odpowiedzi na hiszpańsko-łacińską *Bramę języków*, wydaną w roku 1611 przez Willama Bathe [Baueusa] (1564–1614), z myślą o podniesieniu efektywności kształcenia dzieci, opracował, a następnie wydał w 1631 roku własną metodykę nauczania języka łacińskiego *Janua linguarum reserata sive seminarium linguarum et scientiarum omnium* (wyd. pol. *Drzwi języków otworzone*, 1633). Podręcznik wzbudził wielkie zainteresowanie, a przetłumaczony na kilkanaście języków, często też zmieniany bez zgody autora, bardzo szybko stał się jednym z najpopularniejszych podręczników do nauki języków obcych nie tylko w Europie, ale i Azji, cenionym jeszcze w wieku XVIII i XIX. Jego dopełnieniem było *Vestibulum*, wydany w 1633 roku w wersji rozszerzonej podręcznika kurs wprowadzający przeznaczony dla uczniów najmłodszych.

W 1632 roku Komeński został wybrany konseniorem, a następnie seniorem Braci Czeskich. Jednocześnie otrzymał powołanie na urząd pisarza Jednoty. W 1633 ogłosił drukiem, później niezwykle popularny i ceniony, podręcznik fizyki *Physicae ad lumen divinum reformatae synopsis*: *philodidacticorum & theodidacticorum censurae exposita*, jak również napisał podręcznik astronomii *Astronomia ad lumen physicum reformanda* – dziś uznany za zaginiony. W kolejnych latach kontynuował pracę nad ostateczną wersją *Wielkiej dydaktyki*, krystalizowała się też jego koncepcja pansofii (grec. *παν* [pan] – wszystko, *σοφία* [sofia] – mądrość, mistrzostwo, wszechwiedza) – idei wszechstronnej i uniwersalnej wiedzy, w jaką przez system wychowania w rodzinie, a później system szkolny winni być wyposażeni ludzie, idei wyrażającej jedność człowieka z Bogiem, Przyrodą oraz kreowaną przez niego sztuką, do czego może prowadzić jedynie ich gruntowne poznanie i zrozumienie. W dużej mierze do szybkiego upowszechnienia tych poglądów przyczyniły się kontakty badacza z Samuelem Hartlibem (ok. 1600–1662), który, otrzymawszy od Komeńskiego szkice prac poświęconych pansofii, w 1637 roku w Oksfordzie zdecydował się opublikować je bez wiedzy autora. W związku z pozytywnym przyjęciem publikacji w szerokich kręgach uczonych, wydanie to – tym razem opatrzone tytułem *Prodromus pansophiae* i za zgodą autora – wznowiono w 1638, a następnie w przekładzie angielskim w 1642. W odpowiedzi na zaproszenie, w 1641 roku Komeński wyjechał do Londynu, gdzie stał się aktywnym uczestnikiem przemian społeczno-kulturalnych związanych z rozprzestrzeniającą się w Anglii rewolucją burżuazyjną zmierzającą do obalenia ustroju feudalnego. W przemianach tych upatrywał szansy na realizację swojego programu pansofii. Wojna domowa skłoniła go jednak do opuszczenia Anglii w 1642.

Zanim do tego doszło, napisał traktat *Via lucis* (wyd. pol. *Droga światłości*), w którym ponownie poddał krytyce dotychczasową „pustą, powierzchowną i fałszywą" filozofię, wskazując jednoczenie na pożądaną i konieczną rolę nauki w społeczeństwie oraz przedkładając nowy plan organizacji wykształcenia ludzkości. Ów manifest, dedykowany członkom jednego z pierwszych na świecie towarzystw naukowych – *The Royal Society* w Londynie, został opublikowany dopiero w 1668 w Amsterdamie (wyd. pol. 1964).

Komeński – przez Lejdę, Amsterdam, Bremę i Lubekę – udał się następnie do Szwecji, gdzie zyskał poparcie Ludwika de Geera (1587–1652), holenderskiego przedsiębiorcy, dziś uznawanego za „ojca szwedzkiego przemysłu". Za jego namową i dzięki finansowemu wsparciu postanowił wrócić do Polski i osiedlić się w Elblągu. Zaczął tam intensywną pracę naukową, dzieląc czas między zleconą i opłacaną działalność na rzecz szkolnych podręczników a umotywowaną wewnętrzne twórczość poświęconą pansofii. Jeszcze w tym samym roku w Gdańsku ukazała się drukiem jego *Pansophia diatyposis, ichnographica & orthographicâ delineatione* (wyd. pol. *Szkic wiedzy ogólnej*). Rok później został mianowany profesorem ekstraordynaryjnym w gimnazjum w Elblągu i przystąpił do pracy nad monumentalnym dziełem *De rerum humanarum emendatione consultatio catholica* (wyd. pol. *Ogólna rozprawa o naprawie rzeczy ludzkich*), nad którym, z przerwami, pracował niemal do końca swoich dni. Za → życia Komeńskiego, w Amsterdamie w 1662 roku, ukazała się drukiem zaledwie pierwsza część tego siedmioksięgu – *Panegersia* (wyd. pol. *Powszechne przebudzenie*). Część druga – *Panaugia* (wyd. pol. *Powszechny świt*), przygotowywana do druku jeszcze przez samego autora, została wydana już po jego → śmierci – w 1681. Po raz pierwszy w pełnym wydaniu, uwzględniającym te i pięć kolejnych ksiąg: *Pansophia* (wyd. pol. *Powszechna mądrość*), *Pampaedia* (wyd. pol. *Powszechne wykształcenie*), *Panglottia* (wyd. pol. *Powszechny język*), *Panorthosia* (wyd. pol. *Powszechna reforma*) i *Pannuthesia* (wyd. pol. *Powszechna przestroga*), dzieło to ogłoszono drukiem dopiero w 1966 roku w Pradze. Największą popularność zyskała *Pampaedia*, opublikowana po raz pierwszy w czeskim przekładzie w roku 1948 (wyd. pol. 1973). W niej bowiem rozwinął ustalenia z *Wielkiej dydaktyki* i przedłożył koncepcję szkoły całożyciowej oraz permanentnej, wykraczając daleko poza wszystko, co dotychczas zostało powiedziane na temat edukacji i wychowania człowieka. Rozważania swoje osadził na trzech fundamentalnych zasadach, aby wszyscy uczyli się wszystkiego i całkowicie (łac. *omnes*, *omnia*, *omnino*). Będąc przekonanym o zasadności kształcenia na każdym etapie życia – stosownie do pełnionych ról społecznych, potrzeb oraz możliwości – postulował utworzenie ośmiu typów szkół (*narodzin*, *dziecięctwa*, *chłopięctwa*, *wieku dojrzewania*, *wieku młodzieńczego*, *wieku męskiego*, *starości*, *śmierci*). Dwa ostatnie – opisane równie skrupulatnie, co wcześniejsze – w pełni odzwierciedlają dziś już rozpowszechnione koncepcje → wychowania do starości, ale też pedagogiki → starzenia się i → starości, dziś nazywanej → geragogiką (Zych, 2003, 2014; Pavlů, 2013).

W latach 1644–1646 badacz przygotował również *Methodus Linguarum Novissima* (wyd. pol. *Najnowsza metoda nauczania języków*) – rozprawę na temat nauczania języków obcych, w której przeciwstawił własną koncepcję nauczania poglądowego praktykowanej ówcześnie metodzie pamięciowej. Pierwodruk dzieła ukazał się w 1648 (wyd. pol. 1964). W 1648 roku Komeński został wybrany pierwszym biskupem Braci Czeskich i na krótko powrócił do Leszna, gdzie nadzorował prace nad wydaniem swoich kolejnych dzieł. W tym samym roku umarła jego druga żona, a rok później ożenił się po raz trzeci, z Janiną Gajus. W latach 1650–1654, z małymi przerwami, przebywał na Węgrzech, gdzie – poza pracą twórczą – na prośbę księcia Zygmunta Rakoczego (1544–1608) uczestniczył w organizowaniu systemu szkolnego. Tam też napisał i w 1651 roku ogłosił drukiem traktat *Schola Pansophica* (wyd. pol. *Szkoła wszechwiedzy*; 1964). W 1654 przedłożył również *Schola ludus* (wyd. pol. *Szkoła zabawą*; 1964) – metodykę nauczania języka obcego opierającą się na technikach dramowych, będącą adaptacją wydanej wcześniej *Janui*. Podczas pobytu na Węgrzech, prawdopodobnie w latach 1653–1654, przygotował ponadto *Orbis sensualium pictus* (wyd. pol. *Świat w obrazach rzeczy dostępnych zmysłom*). Zgodnie z pansoficznymi koncepcjami i wbrew scholastycznym tradycjom za pomocą 150 obrazów i ich gruntownych opisów (także wielojęzycznych) ukazywał w nim podstawową, a mimo to bogatą i wszechstronną wiedzę na temat świata przyrody oraz ludzkiej w nim działalności. Była to swego rodzaju ilustrowana encyklopedia szkolna, metodyczny majstersztyk będący pierwowzorem współczesnych podręczników, dzieło uniwersalne i przełomowe – tak w nauczaniu języka ojczystego i kształtowaniu zasobów wiedzy ogólnej (w wymiarze encyklopedycznym, analitycznym i pragmatycznym), jak i w zakresie obcojęzycznego kształcenia. Wznawiany przeszło dwieście razy i tłumaczony na dwadzieścia języków *Orbis pictus* bez wątpienia w stopniu najwyższym rozsławił oso-

bę Komeńskiego w Europie oraz poza jej granicami. Pierwodruk dzieła, z tekstem łacińskim i niemieckim, miał miejsce w 1658 roku w Norymberdze (pierwsze wyd. pol. [właśc. łac.-fr.-niem.-pol.] 1667, najnowsze – 2015).

W 1654, wezwany przez rodaków osiadłych w Polsce, Komeński powrócił do Leszna, gdzie zaangażował się w działalność organizacyjną i polityczną. Wkrótce potem, także twórczo, opowiedział się po stronie Szwedów atakujących Rzeczpospolitą w II wojnie północnej, zwanej powszechnie potopem szwedzkim (1655–1660). W wyniku toczących się działań wojennych w roku 1656 Leszno zostało doszczętnie spalone przez wojska polskie. Komeński, po raz kolejny, stracił cały swój dobytek, w tym zbiory biblioteczne i własne rękopisy. Jego tułaczą dolę odmieniło zaproszenie do Amsterdamu, gdzie osiedlił się wraz z rodziną, uzyskawszy regularne pobory i dotację na ukończenie swoich prac. Te w dużej części ukazały się drukiem jeszcze za jego życia. W 1670 został biskupem seniorem Braci Czeskich. Zmarł w listopadzie tego samego roku, pozostawiając po sobie nie tylko bogactwo dzieł drukowanych, lecz również liczne rękopisy, które, publikowane w późniejszych latach, na stulecia stały się przedmiotem gruntownych badań naukowych, odkrywanym na nowo świadectwem pedagogicznego geniuszu i wizjonerstwa.

Komeński – nie bez przyczyny – uznawany jest dziś za „ojca pedagogiki nowożytnej". Jego poglądy – manifestowane w licznych rozprawach i wystąpieniach, wyrażające się w politycznej, organizatorskiej i typowo pedagogicznej działalności – przyczyniły się do upowszechnienia oświaty – niegdyś dobra elitarnego – oraz przeformułowania fundamentalnych zasad nauczania. Twórca systemu klasowo-lekcyjnego, orędownik nauczania poglądowego i metody zwanej naturalną oraz prekursor idei kształcenia ustawicznego, znany jest jednak nie tylko ze swoich dzieł, lecz również z niezliczonych publikacji poświęconych jego osobie i twórczości, a wydanych przez potomnych. Pamięć o nim trwa dzięki wydawnictwom periodycznym, jak „Acta Comeniana" (wyd. od 1957), „Colloquia Comeniana" i „Studia Comeniana et Historica" (wyd. od 1971), za sprawą konferencji komeniologicznych, czy działalności kół zainteresowań, towarzystw naukowych i fundacji, które przyjęły go za patrona i próbują współcześnie realizować jego ponadczasowe postulaty.

AJ

B: Bieńkowski, 1980, 2000; Komeński, 1956, 1964,1973, 1999; Pavlů, 2013; Suchodolski, 1979; Zych, 2003, 2014.

kompetencje zdrowotne osób starszych

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) kompetencje zdrowotne to poznawcze i społeczne umiejętności, które określają motywację i zdolność poszczególnych osób do uzyskania dostępu, rozumienia i wykorzystania informacji w sposób, który przyczynia się do promowania i utrzymania dobrego stanu → zdrowia. Kompetencje zdrowotne są niezbędnym warunkiem wzmocnienia samodzielności i uprawomocnienia każdego człowieka w podejmowaniu skutecznych, korzystnych decyzji dotyczących zdrowia (Nutbeam, 1998).

W piśmiennictwie istnieje wiele definicji kompetencji zdrowotnych. Większość z nich wskazuje na umiejętności niezbędne do wykorzystania dostępnych informacji zdrowotnych w sytuacjach związanych z troską o zdrowie, a także do korzystania z zasobów systemu ochrony zdrowia. Do tych umiejętności, wymienionych w definicji zaproponowanej przez WHO w 1998 roku, poza uzyskaniem dostępu, zrozumieniem i wykorzystaniem, niektórzy autorzy dodają także zdolność do oceny informacji zdrowotnych (Zarcadoolas, Pleasant, Greer, 2003, 2005; Freedman i współprac., 2009). Nieco szersze rozumienie kompetencji zdrowotnych zaproponował Institute of Medicine (2004) w Stanach Zjednoczonych. Definicja przyjęta przez tę instytucję nie ogranicza się tylko do uzyskiwania, przetwarzania i rozumienia informacji zdrowotnych, ale obejmuje także usługi zdrowotne jako warunek podejmowania właściwych decyzji zdrowotnych. Analiza przeprowadzona przez Kristine Sørensen i jej współprac. (2012) pozwoliła wyodrębnić sześć kategorii pojęciowych pojawiających się w definicjach kompetencji zdrowotnych. Obejmują one umiejętności, działania, do których odnoszą się te umiejętności, rodzaj informacji, cel podejmowania działań, kontekst tych działań oraz ewentualnie czynnik → czasu. Wielość definicji wydaje się wynikać z różnorodności modeli koncepcyjnych kompetencji zdrowotnych. Don Nutbeam (2000) wyróżnił trzy rodzaje kompetencji zdrowotnych: funkcjonalne, interaktywne i krytyczne. W jego modelu kompetencje zdrowotne skutkują korzyściami osobistymi, takimi jak: poprawa wiedzy na temat zagrożeń, stosowanie się do zaleceń, czy poprawa motywacji i pewności siebie, oraz społecznymi – obejmującymi zaangażowanie w populacyjne programy zdrowotne, zdolność wpływania na normy społeczne i interakcji z grupami społecznymi, skuteczne oddziaływanie na społeczne i ekonomiczne determinanty zdrowia oraz środowisko społeczne. Podobne wymiary kompetencji zdrowotnych zaproponowały

także Ilona Kikcbusch i Daniela Maag (2008). Warto też zauważyć, że wskazywały one na skutki zdrowotne i koszty jako istotne konsekwencje wypływające z kompetencji zdrowotnych. Jenifer Manganello (2008) zaproponowała dodanie do rodzajów: funkcjonalnego, interaktywnego i krytycznego kompetencji zdrowotnych także kompetencji medialnych, a wśród efektów wynikających z ich rozwoju wymieniała zachowania zdrowotne, koszty związane z zachowaniem zdrowia oraz korzystanie z usług zdrowotnych. Institute of Medicine (2004) wśród wymiarów kompetencji zdrowotnych wyróżnił wiedzę kulturową i koncepcyjną oraz umiejętność słuchania, mówienia, pisania, czytania i umiejętności arytmetyczne.

Wśród najnowszych inicjatyw mających na celu opracowanie modelu kompetencji zdrowotnych warto wymienić wysiłki podjęte w ramach projektu *European Health Literacy Project* (HLS-EU) finansowanego ze środków programu europejskiego (http://www.health-literacy.eu).

Odnosząc się do licznych modeli kompetencji zdrowotnych, konsorcjum projektowe zaproponowało ich zintegrowany model, w którym centralne miejsce zajmują kompetencje niezbędne w dostępie, rozumieniu, ocenie i wykorzystaniu informacji dotyczących zdrowia. Te cztery rodzaje kompetencji wymagają określonych zdolności poznawczych. Dla potrzeb modelu autorzy wyróżnili także trzy główne obszary kontinuum zdrowia odpowiadające roli pacjenta w systemie opieki zdrowotnej, osoby zagrożonej → chorobą w prewencji chorób i obywatela żyjącego w społeczności w promocji zdrowia. Proces kształtowania kompetencji zdrowotnych powinien przygotować człowieka do przejęcia kontroli nad swoim zdrowiem poprzez wykorzystanie ogólnych zdolności do czytania i liczenia, zdobycie koniecznych informacji, ich zrozumienie, krytyczną ocenę i w końcu wykorzystanie w celu pokonania → barier dla zachowania zdrowia. Model opracowany przez Konsorcjum HLS-EU miał na celu integrację medycznego aspektu kompetencji zdrowotnych z perspektywą zdrowia publicznego, stąd próba odniesienia się do różnych obszarów podejmowania interwencji ukierunkowanych na zachowanie zdrowia (Sørensen i współprac., 2012).

Richard H. Osborne i współprac. (2013) zaproponowali model kompetencji zdrowotnych na podstawie opinii wyrażonych przez przedstawicieli ogólnej populacji, pacjentów, praktyków i osoby odpowiedzialne za kształtowanie polityki zdrowotnej. Model ten jest właściwie pochodną wcześniejszych prac nad opracowaniem narzędzia do oceny kompetencji zdrowotnych z perspektywy pacjenta (Jordan, Buchbinder, Osborne, 2010). W efekcie wyróżniono następujące umiejętności podstawowe: zdolność do decydowania, kiedy szukać informacji zdrowotnych, wiedzę, gdzie jej szukać, werbalne umiejętności komunikacyjne, asertywność, alfabetyzm, umiejętność przetwarzania i zachowywania informacji oraz zdolności aplikacyjne. Po rozszerzeniu perspektywy, podstawowe aspekty uwzględnione w opracowanym przez Osborne'a i współprac. (2013) kwestionariuszu oceniającym kompetencje zdrowotne, to poczucie bycia rozumianym i wspieranym przez świadczeniodawców, posiadanie informacji wystarczających do właściwej troski o zdrowie, aktywne podejście do dbałości o zdrowie, społeczne wsparcie dla zdrowia, umiejętność oceny informacji zdrowotnej, zdolność do aktywnej interakcji ze świadczeniodawcami, umiejętność poruszania się w systemie ochrony zdrowia, zdolność do znajdowania odpowiedniej informacji zdrowotnej, i wreszcie: rozumienie informacji zdrowotnej. Zainteresowanie rozwojem i pomiarem kompetencji zdrowotnych wynika z przekonania o ich znaczeniu dla osiągania korzystnych efektów zdrowotnych. Dotychczasowe badania wskazują, że ograniczone kompetencje zdrowotne prowadzą do różnorodnych niekorzystnych skutków. Z przeglądu ogłoszonego drukiem w 2011 roku wynika, że małe kompetencje zdrowotne wiążą się z częstszymi hospitalizacjami i częstszym korzystaniem z doraźnej pomocy, nieprzestrzeganiem zaleceń lekarza, mniejszą akceptacją badań mammograficznych i szczepień przeciwko grypy, mniejszą zdolnością właściwej interpretacji ulotek i komunikatów zdrowotnych oraz, w niektórych grupach, gorszym ogólnym stanem zdrowia i większą umieralnością (Berkman i współprac., 2011). Inni autorzy wskazywali także na trudności w porozumiewaniu się z pracownikami ochrony zdrowia oraz na mniejszą wiedzę o przebiegu chorób i gorsze umiejętności samodzielnego radzenia sobie z chorobą wśród pacjentów z chorobami przewlekłymi. Wśród innych niekorzystnych skutków ograniczonych kompetencji zdrowotnych wymieniano wzrost wydatków na opiekę zdrowotną. Ponadto od kompetencji zdrowotnych może zależeć umiejętność posługiwania się przez pacjentów osobistą elektroniczną dokumentacją medyczną i akceptacja tego systemu (Rhia, 2012).

Kompetencje zdrowotne mają szczególne znaczenie w starszym wieku. Narastające trendy zwiększania się średniej → długości życia prowadzą do sytuacji, w której w społeczeństwach żyje coraz liczniejsza grupa starszych osób. → Wiek podeszły charakteryzuje się zwiększoną częstością występowania → chorób

przewlekłych, → wielochorobowości oraz → inwalidztwa. Prowadzenie aktywnego trybu → życia i radzenie sobie z problemami zdrowotnymi występującymi w starszym wieku wymaga rozwiniętych zdolności wykorzystywania informacji dotyczących zdrowia. Zwiększenie kompetencji zdrowotnych powinno pomóc starszym osobom w lepszym radzeniu sobie z przewlekłymi schorzeniami i sprawniejszym korzystaniu z usług służby zdrowia.

Ostatecznym oczekiwanym efektem jest zdrowe i → aktywne starzenie się oraz wydłużenie czasu życia w stanie zdrowia.

W przeglądzie opublikowanym przez Amy K. Chesser i współprac. (2016) wskazywano, że wśród czynników objętych analizą, a mogących mieć wpływ na poziom kompetencji zdrowotnych u osób starszych, były: wykształcenie, rasa, płeć, wiek i wielkość dochodów. Spośród nich najistotniejszy wydaje się związek wykształcenia z kompetencjami zdrowotnymi. Można przypuszczać, że zmiany zachodzące w wyniku → starzenia się prowadzą do zmniejszenia kompetencji zdrowotnych. Wśród tych zmian wskazuje się szczególnie na obniżenie zdolności poznawczych oraz upośledzenie słuchu i wzroku, co wpływa na ograniczone rozumienie i zapamiętywanie nowych pojęć, a także przetwarzanie informacji zdrowotnych. Pogłębianie się różnic dotyczących → sprawności fizycznej i zdolności poznawczych pomiędzy osobami starszymi oraz młodszymi pokoleniami może skutkować uczuciem wstydu, a to z kolei może nasilać problemy z komunikacją i ograniczać kompetencje zdrowotne osób starszych. Wyniki badania Davida W. Bakera i współprac. (2000) wskazywały na zmniejszanie się średniego wskaźnika kompetencji zdrowotnych, ocenianych przy pomocy testu S-TOFHLA o stałą wartość z każdym rokiem w starszym wieku. Wyniki przeglądu dokonanego przez Chesser i współprac. (2016) nie były już jednak tak jednoznaczne. Z czterech badań z lat 2010–2012 wyniki dwóch wskazywały na istotny wpływ wieku na kompetencje zdrowotne. Pozostałe dwa badania takiego wpływu nie wykazały. Istotniejszym czynnikiem niż sam wiek może być stan funkcji poznawczych u osób w starszym wieku (Ganzer, Insel, Ritter, 2012). Pogarszanie się funkcji poznawczych może prowadzić do niewystarczających kompetencji zdrowotnych i do narastających trudności przy podejmowaniu decyzji zdrowotnych, dotyczących np. przestrzegania zaleceń lekarskich. W 2015 roku opublikowano wyniki badania kohortowego mającego na celu określenie związku pomiędzy spadkiem czynności poznawczych i zmniejszeniem kompetencji zdrowotnych a przeprowadzonego w Wielkiej Brytanii (*English Longitudinal Study of Ageing*) w latach 2004–2011. Ujawniło ono, że zmniejszenie czynności poznawczych jest predyktorem zmniejszenia się kompetencji zdrowotnych. Ponadto wysoki wskaźnik zdolności poznawczych chroni przed spadkiem kompetencji zdrowotnych. Warto zauważyć, że w grupie objętej badaniem, liczącej ponad 5 tys. uczestników, zmniejszenie wskaźnika kompetencji zdrowotnych stwierdzono u prawie 20% osób w okresie objętym badaniem. U osób, które rozpoczynały badanie w wieku co najmniej 80 lat, ta proporcja wynosiła ok. 38%. Pozostałe czynniki sprzyjające zmniejszeniu kompetencji zdrowotnych to płeć męska, rasa inna niż biała, niski poziom wykształcenia, a także niska klasa zawodowa (Kobayashi i współprac., 2015).

Większość skutków niewystarczających kompetencji zdrowotnych opisanych wcześniej w odniesieniu do różnych grup badawczych można odnieść także do osób w starszym wieku. Warto podkreślić, że wśród niekorzystnych efektów w przypadku starszej populacji wymienia się zwiększenie umieralności i częstsze hospitalizacje. Kompetencje zdrowotne mają także istotne znaczenie dla radzenia sobie z chorobami przewlekłymi, które występują szczególnie często u osób starszych (Williams i współprac., 1998).

Kontrowersyjna jest kwestia stosowania poszczególnych narzędzi pomiarowych kompetencji zdrowotnych w różnych populacjach. Wskazuje się tutaj na brak właściwej walidacji niektórych narzędzi w populacji osób starszych, a mogą być one niewłaściwe dla tej grupy wiekowej ze względu na ograniczenia wynikające ze starzenia się organizmu (Saldana, 2012).

MDU

B: Baker i współprac., 2000; Berkman i współprac., 2011; Chesser i współprac., 2016; Freedman i współprac., 2009; Ganzer, Insel, Ritter, 2012; Institute of Medicine, 2009; Jordan, Buchbinder, Osborne, 2010; Kikcbusch, Maag, 2008; Kobayashi i współprac., 2015; Manganello, 2008; Nutbeam, 1998, 2000; Osborne i współprac., 2013; Rhia, 2012; Saldana, 2012; Sørensen i współprac., 2012; Williams i współprac., 1998; Zarcadoolas, Pleasant, Greer, 2003, 2005.

N: http://www.health-literacy.eu.

O: promocja zdrowia i zapobieganie chorobom, promocja zdrowia osób starszych, zdrowie.

S: alfabetyzm zdrowotny osób starszych.

TK: ang. *health literacy for elderly people*, fr. *la littératie en santé chez les personnes âgées*, hiszp. *de alfabetización en salud en los adultos mayores*, niem. *Gesundheitskompetenz für ältere Menschen*, ros. *санитарная грамотность пожилых людей*.

kompleksowe badanie okulistyczne

Badanie okulistyczne, jak każde badanie lekarskie, składa się z części podmiotowej i przedmiotowej. W tej pierwszej informacje o stanie narządu wzroku dostarczają dane uzyskane od pacjenta, w drugiej istotne są te, które lekarz pozyskuje na podstawie swoich obserwacji bądź wyników badań obrazowych. Do badań podmiotowych zaliczamy przede wszystkim badanie ostrości wzroku do dali i bliży. Po jego przeprowadzeniu można określić wartości ewentualnie rozpoznanej wady wzroku oraz jej optyczną korekcję. Ponadto bada się widzenie centralne (plamkowe) za pomocą testu Amslera, pole widzenia, rozpoznawanie barw oraz adaptację do ciemności. Badanie przedmiotowe to badanie poszczególnych odcinków gałki ocznej, włączając w to również oczodół i narządy dodatkowe oraz badania obrazowe.

Badania podmiotowe: ostrość wzroku

Pojęciem „ostrości widzenia" określa się zdolność oka do rozróżniania szczegółów obrazu. W celu obiektywnej oceny tego parametru wprowadzono kilka wielostopniowych skal. W Polsce najbardziej popularna jest tablica opracowana przez holenderskiego okulistę Hermanna Snellena (1834–1908), na której odczytuje się symbole z odległości 6 m (w krajach anglosaskich z odległości 20 stóp). Wielkość symboli jest tak dobrana, że najniższy rząd odpowiada prawidłowej ostrości widzenia zdrowego oka, co jest zapisywane jako 6/6 lub w skali dziesiętnej 1,0. Należy zaznaczyć, że określenie „prawidłowa ostrość wzroku" jest przez niektórych okulistów uznawane za dyskusyjne, ponieważ zdrowe oko młodych osób często rozpoznaje optotypy (symbole) mniejsze, niż te umieszczone w rzędzie oznaczonym jako 1,0. W związku z tym proponuje się określenie „standardowa ostrość wzroku".

W trakcie badania ostrości widzenia nie określa się pola widzenia, zdolności do rozpoznawania kolorów czy stopnia widzenia stereoskopowego (przestrzennego). Badanie przeprowadza się dla każdego oka osobno, zaczynając od oka gorzej widzącego. Drugie oko musi być szczelnie zasłonięte, by zapobiec ewentualnemu, często nieświadomemu podglądaniu. Jeśli badany nie rozpoznaje symboli wyświetlanych lub pokazywanych na tablicy, badający pokazuje swoje palce z coraz bliższej odległości, polecając pacjentowi podać ich liczbę. Kolejnym krokiem jest liczenie palców tuż przed okiem, następnie zdolność rozpoznania ruchu ręki przed okiem, a gdy pacjent nie widzi nawet tego ruchu, określenie zdolności rozróżnienia światła od ciemności, czyli badanie poczucia światła. W przypadku tak niskiej ostrości wzroku szczególnie ważne jest zasłonięcie drugiego oka. Oko, które nie widzi światła, przez okulistę określane jest jako ślepe, natomiast z punktu widzenia prawa za → ślepotę [prawną] uznaje się ostrość wzroku poniżej 0,05.

Następnym krokiem jest próba korekcji okularowej, która pozwala na określenie, w jakim stopniu obniżenie ostrości wzroku spowodowane jest wadą refrakcji, a w jakim współistniejącym schorzeniem okulistycznym. Niestety w tym drugim przypadku korekcja istniejącej wady refrakcji za pomocą okularów bądź soczewek kontaktowych nie przyniesie oczekiwanego rezultatu. Przykładami takich schorzeń są → zaćma czy → zwyrodnienie plamki związane z wiekiem (AMD), powodujące postępujący spadek ostrości wzroku. Pacjenci, zwłaszcza chorujący na AMD, często pokładają nadmierną nadzieję w skuteczności korekcji okularowej. Skutkuje to zakupem kolejnych par okularów, które mają okazać się lepsze od tych już posiadanych. W efekcie, pomimo posiadania kilku par, pacjenci z AMD nie są zadowoleni z żadnej z nich.

Obecnie standardem stało się wykonywanie badania ostrości wzroku po wstępnym określeniu refrakcji za pomocą autorefraktometru (tzw. badanie komputerowe). Wydruk z autorefraktometru pozwala ukierunkować badanie, ale nigdy nie może go zastąpić – błędem jest dobór korekcji jedynie na jego podstawie. Na wynik tego badania wpływa wiele zmiennych czynników, które sprawiają, że, wbrew częstemu mniemaniu, nie jest to badanie precyzyjnie i jednoznacznie określające wielkość wady refrakcji oka. Kolejnym etapem jest badanie ostrości wzroku do bliży wg podobnego schematu: osobno dla każdego oka i, w razie potrzeby, próba skorygowania niedoboru przy pomocy korekcji okularowej bądź soczewkowej. Zarówno przy badaniu ostrości wzroku do dali, jak i do bliży, w przypadku pacjentów nieumiejących czytać, w tym dzieci, zamiast liter stosuje się łatwe do identyfikacji symbole.

Badania podmiotowe: test Amslera

Siatka bądź test, opracowany przez Marca Amslera (1891–1968), polega na obserwacji specjalnie przygotowanej kartki papieru w kratkę. Jest to kwadrat o boku 10 cm, z kratkami przecinającymi się pod kątem prostym co 0,5 cm. Dwie podstawowe wersje siatki Amslera to białe linie na czarnym tle i odwrotnie. W centrum siatki znajduje się kontrastowy punkt. Ważne jest, aby wykonywać to badanie w okularach do bliży (jeżeli takie są używane przez pacjenta), każ-

dym okiem osobno oraz starając się patrzeć na centralny punkt kartki, bez „szukania" wzrokiem miejsc ewentualnych zaburzeń. Jeśli plamka oka badanego jest zdrowa, wszystkie kratki są widoczne, równe i przecinają się pod kątem prostym. Do ewentualnych zaburzeń należą wygięcia linii (metamorfopsje) i mroczki (przysłonięcie części kratek). Test ten można wykonywać samodzielnie w domu. Wskazane jest jego regularne powtarzanie, mniej więcej co 2–3 tygodnie. Częstsze nie jest zalecane, ponieważ może uniemożliwić wychwycenie subtelnych zmian.

Badania podmiotowe: pole widzenia

Pole widzenia – to zbiór wszystkich punktów w przestrzeni postrzeganych jednocześnie z punktem fiksacji, czyli tym, na który skierowana jest uwaga patrzącego. Oznacza to, że badanie pola widzenia wymaga od pacjenta skupienia wzroku na jednym punkcie, bez rozglądania się na boki. W warunkach prawidłowych pole widzenia obejmuje obszar najszerszy od strony skroniowej (85–90°), nieco węższy od dołu (65–70°) i nosa (55–60°), a najwęższy od góry (45–55°). Przy obu oczach otwartych centralne pole widzenia obejmuje nakładające się obszary z obojga oczu, jedynie w częściach skroniowych pochodzące tylko z oka po danej stronie. Badanie pola widzenia, czyli perymetria, polega na wpatrywaniu się jednym okiem (drugie szczelnie zasłonięte) w centralny punkt w półokrągłej czaszy. Aby uniknąć niezamierzonych ruchów głowy, zwykle stosuje się podparcie brody, często także unieruchomienie głowy za pomocą miękkiej opaski przymocowanej do aparatu. Punkt fiksacji jest podświetlony, aby ułatwić jego stałą obserwację. Po objaśnieniu przebiegu badania pacjentowi wręcza się przycisk, który należy wcisnąć za każdym razem, gdy w polu widzenia pojawi się świecący punkt. Nie można rozglądać się ani zamykać oczu (można oczywiście mrugać). Badanie to nie należy do łatwych do wykonania i często wymagane jest jego powtórzenie w wyznaczonym przez lekarza terminie. Jest to podstawowe badanie stosowane w diagnostyce i monitorowaniu → jaskry oraz diagnostyce schorzeń neurologicznych, dotyczących centralnego układu nerwowego (CUN), mogących wpływać na zaburzenia pola widzenia jednego bądź obojga oczu. Uzyskanie prawidłowego wyniku zależy od wielu czynników. Oprócz dobrej współpracy pacjenta, prawidłowego funkcjonowania siatkówki i nerwu wzrokowego, czyli układu przewodzącego bodźce wzrokowe, nienaruszona musi być również dalsza struktura drogi wzrokowej przebiegająca już poza gałką oczną, czyli w mózgu, aż do potylicznej kory mózgowej. Wszystkie te czynniki muszą być wzięte pod uwagę przy interpretacji ewentualnych nieprawidłowości zobrazowanych na wydruku badania.

Badania podmiotowe: widzenie barwne, poczucie kontrastu, adaptacja do ciemności

W szczególnych przypadkach, np. w diagnostyce schorzeń neurologicznych, bada się widzenie barwne, wrażliwość na kontrast oraz adaptację do ciemności.

Badania przedmiotowe: badanie fizykalne

W badaniu fizykalnym lekarz ocenia takie parametry jak osadzenie i ustawienie gałek ocznych, ich ruchomość i reakcję źrenic na światło.

Badania w lampie szczelinowej

Jest to badanie, które można podzielić na dwa etapy: ocena odcinka przedniego oraz dna oka. Lampa szczelinowa jest przyrządem diagnostycznym niezbędnym każdemu okuliście. Pozwala na ocenę w odpowiednim powiększeniu i przy użyciu specjalistycznych soczewek praktycznie wszystkich struktur gałki ocznej. Od pacjenta wymagana jest pozycja siedząca na wprost badającego, z głową opartą o dwie podpórki: czołową i pod brodę. Lekarz ogniskuje promień światła na badanym odcinku, prosząc pacjenta o spoglądanie w określonych kierunkach. W początkowym etapie badania lekarz skupia się na strukturach tworzących przedni odcinek gałki ocznej: aparacie ochronnym, spojówce, twardówce, rogówce, komorze przedniej, tęczówce i soczewce. Do dokładnej oceny ewentualnych zmętnień w soczewce, struktury ciała szklistego oraz dna oka (siatkówki i nerwu wzrokowego) konieczne jest podanie kropli wpływających na szerokość źrenicy, czyli otworu w tęczówce. Są one potocznie określane mianem mydriatyków (*mydriaza* – rozszerzenie źrenicy). Należy do nich tropicamid (czas działania ok. 2–3 godz.) i neosynefryna (czas działania do 6 godz.). W celach diagnostycznych praktycznie niestosowana jest atropina z uwagi na długi czas działania (nawet do 2 tyg.). Zastosowanie ww. kropli, poza chwilowym, nieprzyjemnym uczuciem pieczenia, wiąże się z pogorszeniem ostrości wzroku do bliży oraz zwiększoną wrażliwością na światło, dlatego też dobrze jest zaopatrzyć się w przyciemniane okulary i nie prowadzić pojazdów mechanicznych do czasu ustąpienia tych objawów. Do badania dna oka lekarz stosuje specjalne soczewki w połączeniu z lampą szczelinową lub używa wziernika okulistycznego.

Do elementów badania w lampie szczelinowej może należeć również pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego i ocena kąta przesączania. Ciśnienie wewnątrzgałkowe jest ciśnieniem, jakie panuje wewnątrz gałki ocznej. Wahania jego poziomu związane są głównie z produkcją płynu przez ciało rzęskowe. Podwyższony poziom charakterystyczny jest dla jaskry, obniżony może być w odwarstwieniu siatkówki czy zaniku gałki ocznej. Średni poziom ciśnienia wewnątrzgałkowego wynosi ok. 16 mmHg. Ponieważ jego rozkład populacyjny zbliżony jest do krzywej Gaussa, za tzw. prawidłowy przedział wysokości ciśnienia wewnątrzgałkowego przyjęto wartości 10–21 mmHg, stanowiące dwukrotne odchylenie standardowe od wartości średniej. Ciśnienie niższe lub wyższe może, ale nie musi być objawem choroby. Pomiar ciśnienia metodą aplanacyjną uważany jest za najdokładniejszą metodę pomiaru. Wymaga znieczulenia rogówki przy wykorzystaniu kropli znieczulających, których działanie następuje po ok. 20 s od zakroplenia. Następnym krokiem jest podanie żółtego barwnika (fluoresceiny) do worka spojówkowego i założenie końcówki aplanacyjnej do aparatu umieszczonego na lampie szczelinowej. Pozycja przyjmowana przez pacjenta jest identyczna jak przy standardowym badaniu, różnica polega na dotknięciu powierzchni rogówki sterylną końcówką i odczytaniu przez lekarza wartości ciśnienia. Przy odpowiedniej współpracy pacjenta (nieruchome trzymanie głowy, patrzenie w ustalonym kierunku, powstrzymanie się od mrugania) badanie trwa kilka sekund i nie wiąże się z żadnymi dolegliwościami poza delikatnym uczuciem nacisku na gałkę oczną. Do innych sposobów pomiaru ciśnienia wewnątrzgałkowego należą metody bezkontaktowe, takie jak: air-puff (często spotykana przesiewowa metoda pomiaru, polegająca na „dmuchnięciu" powietrzem w oko), tono-pen, i-Care lub kontaktowy tonometr Schioetza, obecnie rzadko stosowany. Ocena kąta przesączania, czyli gonioskopia, również wiąże się z koniecznością znieczulenia rogówki w sposób identyczny jak wyżej opisany. Kąt przesączania jest strukturą zawartą między rąbkiem rogówki (część rogówki przechodząca w twardówkę) a tęczówką i jest drogą odpływu cieczy wodnistej, krążącej wewnątrz oka. Jeśli mamy do czynienia z patologiami tej struktury, może dojść do zaburzeń odpływu płynu i w konsekwencji podwyższenia ciśnienia wewnątrzgałkowego. Dlatego też badanie to ważne jest m.in. w diagnostyce jaskry. Polega ono na przyłożeniu do rogówki specjalnej soczewki, która, dzięki odpowiedniemu nachyleniu powierzchni lusterek, pozwala na obejrzenie struktur kąta przesączania. Wymagania stawiane pacjentowi nie różnią się od tych przy pomiarze ciśnienia: nieruchome trzymanie głowy, spoglądanie przed siebie i rzadsze mruganie. Przy odpowiedniej współpracy badanie trwa kilkadziesiąt sekund i jest niebolesne.

Badania obrazowe: ultrasonografia (USG)

USG jest badaniem wykorzystującym odbicie fal ultradźwiękowych od poszczególnych struktur oka. Ultradźwięki wytwarzane są poprzez drgania piezoelektrycznego kryształu umieszczonego w głowicy i odbijane (lub pochłaniane) przez napotkane struktury. Mierzy się ich amplitudę, na której wysokość ma wpływ stopień pochłaniania fal oraz odległość od głowicy. W okulistyce zastosowanie znajduje USG w dwóch prezentacjach: A (liniowej) i B (płaszczyznowej). Oba te badania są badaniami kontaktowymi, czyli wymagającymi przyłożenia sondy USG bezpośrednio do gałki ocznej po jej znieczuleniu lub do zamkniętych powiek.

USG A – biometria. Jest to badanie polegające na pomiarze długości gałki ocznej w celu wyliczenia mocy sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej, wszczepianej w miejsce usuniętej przy operacji → zaćmy. Sondę USG przykłada się do rogówki, po podaniu kropli znieczulających, prostopadle do powierzchni gałki ocznej. Badanie jest krótkie (trwa kilka minut) i bezbolesne.

USG B. Ten typ ultrasonografii służy głównie diagnostyce i ocenie topograficznej struktur gałki ocznej, m.in. w przypadku nieprzeziernej rogówki, czy soczewki, oraz – w ograniczonym zakresie – oczodołu. Dla lepszego obrazowania stosuje się przezroczysty, jałowy żel nakładany bezpośrednio na gałkę oczną po jej znieczuleniu kroplami lub na zamknięte powieki. Od pacjenta wymaga się spoglądania w kierunkach podawanych przez badającego. Czas trwania badania zależy od przyczyny jego wykonywania, w przypadku konieczności przeprowadzenia pomiarów konkretnych struktur może się ono przedłużyć, ale zwykle nie trwa dłużej niż kilka, kilkanaście minut. Jest bezbolesne.

Badania obrazowe: optyczna koherentna tomografia (OCT)

Optyczna koherentna tomografia (ang. *optical coherence tomography* – OCT) jest metodą badawczą pozwalającą na bezkontaktową ocenę zarówno odcinka przedniego, jak i struktur dna oka: siatkówki i nerwu wzrokowego (w odcinku wewnątrzgałkowym). Jest stosunkowo nowym badaniem – została wpro-

wadzona na początku lat 90. XX wieku i bardzo szybko zyskała uznanie. Obecnie aparat OCT jest jednym z podstawowych narzędzi diagnostycznych w dziedzinie obrazowania okulistycznego. Zasada działania OCT jest podobna jak w ultrasonografii, jednak zamiast ultradźwięków wykorzystuje się wiązkę światła wytwarzaną przez diodę superluminescencyjną. Wiązka światła ulega częściowemu odbiciu, rozproszeniu i pochłonięciu po zetknięciu się z badanym obiektem; odbita część wiązki wraca do urządzenia, ulegając interferencji z częścią wiązki odbitej od zwierciadła referencyjnego. Sygnał rejestrowany jest przez spektrometr, analizowany i przetwarzany do dwuwymiarowego obrazu. W celu ułatwienia jego interpretacji większość aparatów umożliwia nadanie kolorów strukturom badanym. Nowsza generacja urządzeń pracuje na podstawie techniki spektralnej, opracowanej przez naukowców z Uniw. Mikołaja Kopernika w Toruniu, w której brak jest zwierciadła odbijającego wiązkę referencyjną. W zamian przeprowadzana jest fourierowska analiza widma światła odbitego od badanej tkanki. Zmniejsza to czas uzyskania obrazu oraz wpływa na zwiększenie rozdzielczości badania. Badanie wymaga współpracy pacjenta – należy skoncentrować wzrok na podświetlonym znaczniku i w momencie określonym przez badającego powstrzymać się od mrugania. Ponieważ jest to metoda bezkontaktowa, nie jest konieczna żadna forma znieczulenia. Badanie trwa kilkanaście sekund do minuty i, nie licząc konieczności nieruchomego spoglądania w wyznaczonym kierunku, nie wiąże się z żadnymi dolegliwościami. Jak wspomniano wyżej, optyczna koherentna tomografia służy do obrazowania prawie każdego odcinka gałki ocznej. Wyróżniamy dwa podstawowe rodzaje aparatury wykorzystujące tę technologię: OCT Visante i OCT tylnego odcinka.

OCT Visante
Inaczej AS-OCT (*Anterior Segment OCT* – OCT przedniego odcinka). Badanie to znajduje zastosowanie w diagnostyce jaskry zamkniętego kąta, dzięki obrazowaniu struktur kąta przesączania, schorzeń rogówki i tęczówki oraz pomocniczo w chirurgii refrakcyjnej.

OCT tylnego odcinka
Do jego podstawowych zastosowań należy obrazowanie tylnego bieguna gałki ocznej, czyli rejonu plamki oraz tarczy nerwu wzrokowego. Schorzenia takie jak: obrzęk plamki w przebiegu → cukrzycy, czy → zwyrodnienie plamki związane z wiekiem (AMD), błona przedsiatkówkowa, otwór w plamce oraz wszelkie neuropatie nerwu wzrokowego z jaskrą na czele, są wskazaniami do wykonania OCT.

Badania obrazowe: HRT
Badanie to wykonywane jest przy użyciu skaningowego laserowego oftalmoskopu (SLO), który skanuje poszczególne warstwy siatkówki i tarczy nerwu wzrokowego przy użyciu lasera diodowego. Technologia ta użyta jest w aparacie Heidelberg Retina Tomograph, stąd skrótowa nazwa badania: HRT. Metoda ma zastosowanie w diagnostyce i monitorowaniu postępu jaskry, może również służyć do obrazowania plamki. Z punktu widzenia pacjenta technika jego przeprowadzenia podobna jest do badania OCT: jest to badanie bezbolesne, ale wymagające skupienia wzroku na wskazanym znaczniku.

Badania obrazowe: GDx
Analizator warstwy włókien nerwowych siatkówki jest urządzeniem służącym diagnostyce i monitorowaniu → jaskry, stąd jego nazwa (ang. *glaucoma diagnostic x* – GDx). Mierzy zmiany w polaryzacji spowodowane dwójłomnością aksonów (części komórek nerwowych) warstwy włókien nerwowych siatkówki. Ma to bezpośrednie przełożenie na grubość tej warstwy: im większa polaryzacja, tym grubsza warstwa. Technika badania podobna jest do badań OCT i HRT.

Badania obrazowe: angiografia fluoresceinowa
Jest to badanie naczyń krwionośnych dna oka po dożylnym podaniu środka kontrastowego. Metoda ta polega na wykonywaniu serii zdjęć dna oka za pomocą aparatu zwanego fundus kamerą. Znajdujący się w naczyniach środek kontrastowy (10% roztwór soli sodowej fluoresceiny) ma zdolność fotoluminescencji po wzbudzeniu światłem niebieskim. Dzięki temu można obserwować przepływ w naczyniach żylnych i tętniczych oraz miejsca ewentualnych przecieków czy zastojów, jak np. zablokowanie przepływu przez zatory w naczyniach tętniczych lub zakrzepy w żylnych. Wskazaniami do wykonania tego badania są wszelkie zmiany podejrzane o patologiczne unaczynienie, w tym nowotworowe, nieprawidłowości naczyniowe, → choroby przebiegające z nowotwórstwem naczyniowym, czyli → retinopatia cukrzycowa i inne. W celu dobrego uwidocznienia dna oka, a co za tym idzie, wykonania dobrych zdjęć, konieczne jest podanie kropli rozszerzających źrenice, najczęściej tropica-

midu i neosynephryny. Ich działanie jest przemijające i ustępuje po ok. 2–3 godz. Jak już wspomniano, badanie wymaga dożylnego podania kontrastu. W związku z tym konieczne jest założenie dostępu naczyniowego (popularny wenflon), najczęściej w zgięciu łokciowym, który usuwa się kilka do kilkunastu minut po zakończeniu badania. Większość osób dobrze toleruje podanie barwnika, ale mogą wystąpić niegroźne działania niepożądane w postaci zawrotów głowy, uczucia ciepła, mdłości, nieprzyjemnego smaku w ustach, czy drętwienia ręki w pobliżu miejsca wkłucia. Dolegliwości te zwykle mijają w ciągu kilku minut bez pozostawienia następstw. Poważnym działaniem niepożądanym jest wstrząs, który wymaga szybkiej interwencji medycznej. Na szczęście zdarza się on bardzo rzadko. Fluoresceina znajduje się w krążeniu ogólnym całego organizmu, po czym jest wydalana, głównie przez nerki. Przez kilka godzin po badaniu pacjent może zaobserwować zażółcenie skóry i spojówek oraz ciemniejsze zabarwienie moczu. Należy pamiętać, że niewydolność nerek może być jednym z przeciwwskazań do wykonania tego badania. Po dokładnym rozszerzeniu źrenic i zabezpieczeniu dostępu dożylnego następuje podanie środka kontrastowego. Wykonuje się je dość szybko, w ciągu kilku sekund, dlatego też pacjent czasem odczuwa chłodne mrowienie. Bezpośrednio po podaniu barwnika, w ciągu pierwszych minut badania, wykonuje się serię kilkudziesięciu zdjęć. Ich liczba i czas zależne są od wskazań, z jakich wykonywane jest badanie. Można je zakończyć już po kwadransie, bywają jednak przypadki, kiedy robi się zdjęcia nawet do godziny od rozpoczęcia badania. Jednak tylko w początkowej fazie (pierwsze minuty) wykonuje się większą liczba zdjęć, późniejsze zaś w kilku-, kilkunastominutowych odstępach. Oprócz fluoresceiny można podawać również zieleń indocyjaniny. Badanie określa się wtedy mianem angiografii indocyjaninowej i służy ono głównie obrazowaniu krążenia naczyniówkowego (angiografia fluoresceinowa ukazuje głównie krążenie w naczyniach siatkówki). Wskazania do jego wykonania są jednak rzadsze i w związku z tym nie jest ono zbyt często zlecane.

Badania obrazowe: elektrofizjologia

Wśród podstawowych badań elektrofizjologicznych wyróżniamy elektroretinografię (ERG), elektrookulografię (EOG) oraz wzrokowe potencjały wywołane (VEP). Badania te polegają na rejestracji prądów czynnościowych powstających w oku, drodze wzrokowej i polach wzrokowych zlokalizowanych w korze mózgowej. Wśród wskazań do ich wykonania wymienić należy m.in. zaburzenia widzenia, których istnienia nie da się wyjaśnić badaniami okulistycznymi opisanymi powyżej, oraz badanie osób nieprzytomnych czy niewspółpracujących (dzieci, osoby niepełnosprawne oraz podejrzane o symulowanie ślepoty). Do części z opisywanych badań wymagane jest podanie kropli rozszerzających źrenice i adaptacja do ciemności lub światła, niektóre można wykonać bez takiego przygotowania. Konieczne jest umieszczenie specjalnych elektrod (ich liczba, rodzaj i lokalizacja zależne są od konkretnego badania) oraz nieruchome wpatrywanie się w punkt lub wzór wyświetlany na ekranie. Nie jest to badanie przyjemne, jednak jeśli elektrody pozostają w bezpośrednim kontakcie z gałką oczną (tzw. elektrody nagałkowe, np. w postaci specjalnej soczewki kontaktowej), aplikacja taka poprzedzona jest podaniem kropli znieczulających.

Badania z użyciem promieni jonizujących: RTG, TK

Badania te wykorzystuje się m.in. w celu lokalizacji ciał obcych oraz oceny struktur kostnych oczodołu i czaszki. → Tomografia komputerowa (TK) dodatkowo służy również do obrazowania mięśni okoruchowych oraz nerwu wzrokowego i ewentualnych patologicznych zmian w obrębie czaszki, mogących mieć wpływ na przebieg i funkcjonowanie drogi wzrokowej. Istnieje możliwość wykonania tych badań z kontrastem, celem uwidocznienia zmian naczyniowych.

Rezonans magnetyczny (MRI)

Obrazowanie metodą rezonansu magnetycznego (ang. *magnetic resonance imaging* – MRI) jest cenną metodą diagnostyczną stosowaną w okulistyce, ponieważ dokładnie ukazuje wewnątrzczaszkową część układu wzrokowego. Wśród wskazań do jego wykonania jest wiele schorzeń z dziedziny neurookulistyki. Jego podstawowym ograniczeniem jest niemożność wykonania w przypadku podejrzenia istnienia metalicznego ciała obcego.

RK

O: budowa narządu wzroku, jaskra, nadwzroczność, retinopatia cukrzycowa, retinopatia nadciśnieniowa, ślepota, zaćma, zespół suchego oka, zwyrodnienie plamki związane z wiekiem.

S: kompleksowe badanie optometryczne.

TK: ang. *comprehensive eye exam*, fr. *examen complet de la vue*, hiszp. *integral de examen de ojo*, niem. *umfassende Augenuntersuchung*, ros. *всестороннее исследование глаз.*

komputer a oczy

Praca z komputerem dotyczy coraz większej liczby osób, praktycznie w każdym wieku. Zaburzenia widzenia związane z korzystaniem z komputera coraz częściej są przyczyną szukania pomocy w gabinetach okulistycznych i/lub w salonach optycznych. Zgłaszane dolegliwości możemy podzielić na dwie główne grupy: związane z → wadą wzroku oraz dyskomfortem wywołanym specyfiką tej pracy wzrokowej. Najczęstszą wadą wzroku, która bywa powodem szukania porady lekarskiej, jest presbyopia, czyli starczowzroczność. Z wiekiem dochodzi do utraty akomodacji (zdolności do ostrego postrzegania blisko położonych przedmiotów) i korzystanie z komputera czy smartfona, czytanie i precyzyjne prace, takie jak: rysowanie i szycie, zaczynają sprawiać coraz większą trudność. Należy zaznaczyć, że prezbiopia (presbyopia) jest zjawiskiem fizjologicznym, które dotyka każdego człowieka (choć na różnym etapie → życia) i błędne jest przekonanie, jakoby intensywna praca wzrokowa z bliska miała ten proces nasilać. Ratunkiem są okulary: jednoogniskowe do bliży bądź o zmiennej ogniskowej – półprogresywne (tzw. biurowe) i progresywne. Te pierwsze są rozwiązaniem tańszym i łatwo się do nich przyzwyczaić, ale ich zakres działania jest węższy – dotyczy jednej odległości. Może więc się okazać, że w danej korekcji korzystanie z komputera jest znacznie ułatwione, ale czytanie książki, znajdującej się często znacznie bliżej niż ekran komputera, już nie tak wygodne. Okulary o zmiennej ogniskowej są droższe i wymagają okresu adaptacji, ale pozwalają swobodnie czytać książkę, patrzeć na ekran telefonu, korzystać z oddalonego ekranu komputera i, w zależności od tego, czy są półprogresywne – wyraźnie widzieć do odległości ok. 2,5 m, czy progresywne – do nieskończoności. Pamiętać należy o zachowaniu właściwej odległości od ekranu komputerowego – najczęściej jest to ok. 0,75 do 1 m. Jeśli z jakichś przyczyn odległość ta jest inna, należy to wyraźnie zaznaczyć przy doborze korekcji. Zaburzenia widzenia, takie jak: zamazane widzenie czy ból głowy, pojawiające się przy dłuższej pracy wzrokowej z komputerem, są wywoływane nie tylko spadkiem zakresu akomodacji. Również niewyrównana wada wzroku, z uwagi na wymuszony nadmierny skurcz mięśni odpowiedzialnych za akomodację, może odpowiadać za te objawy. Dotyczy to częściej osób młodych bądź, w przypadku nadwzroczności, dopiero wchodzących w wiek prezbiopijny. Dolegliwości wywołane korzystaniem z komputera mogą być również związane z wysychaniem gałki ocznej. Udowodniono, że praca przy komputerze wiąże się z rzadszym mruganiem, a to w konsekwencji skutkuje gorszym nawilżeniem powierzchni oka. Nie bez znaczenia jest też to, że często korzystanie z komputera oznacza przebywanie w klimatyzowanym lub ogrzewanym pomieszczeniu, co również pogarsza jakość nawilżającego filmu łzowego pokrywającego powierzchowne warstwy gałki ocznej. Rozwiązaniem jest robienie przerw w trakcie pracy (minimum minuta patrzenia w dal na każdą godzinę pracy z bliska), nawilżanie powietrza oraz stosowanie kropli nawilżających, tzw. sztucznych łez, najlepiej bez środków konserwujących. Należy pamiętać, że zwłaszcza to ostatnie jest rozwiązaniem objawowym, a zatem odstawienie kropli najprawdopodobniej spowoduje nawrót dolegliwości. Komputer, a ściślej rzecz ujmując monitor, jest również źródłem promieniowania elektromagnetycznego. Obecnie standardem stały się monitory niskoradiacyjne (ang. *Low Radiation*) i można przyjąć, że wpływ wytwarzanego promieniowania na organizm ludzki jest praktycznie pomijalny. Wciąż istnieje jednak związany z tym zjawiskiem efekt zaburzenia jonizacji powietrza przez pole elektromagnetyczne wytwarzane wokół monitora oraz polaryzacja przestrzeni między monitorem a użytkownikiem, co odpowiada za zwiększone przyciąganie cząsteczek kurzu, m.in. do powierzchni gałki ocznej. W połączeniu ze zjawiskiem rzadszego mrugania powoduje to podrażnienie spojówek, a często także reakcje alergiczne. Rozwiązaniem jest częstsze wietrzenie pomieszczenia, robienie przerw w pracy przy komputerze, a także rośliny zielone w pomieszczeniu. Odrębnym zagadnieniem jest wpływ światła ekranu komputerowego na rytm dobowy. Podkreśla się związek nadmiernego korzystania z komputerów i smartfonów z zaburzeniami snu. Światło jest najważniejszym czynnikiem kształtującym rytm okołodobowy. Promienie światła, padając na siatkówkę, wysyłają sygnały do wewnętrznego zegara biologicznego, który synchronizuje wszystkie układy organizmu za pomocą hormonu zwanego melatoniną, czyli substancji wydzielania wewnętrznego, której produkcja przypada na okres ciemności. Nadmierne eksponowanie siatkówki oka na promienie światła, np. emitowane przez ekran komputera, może osłabiać wytwarzanie melatoniny, a w konsekwencji prowadzić do zaburzeń działania zegara biologicznego i problemów ze snem.

RK

N: http://fabrykamemow.pl…; http://www.taringa.net/…

O: wady wzroku, zespół suchego oka, zmiany w narządzie wzroku w procesie starzenia się.

TK: ang. *computer and eyes*, fr. *l'ordinateur et les yeux*, hiszp. *la computadora y los ojos*, niem. *Computer und Augen*, ros. *компьютер и глаза*.

komunikacja

jest procesem porozumiewania się ludzi i/lub wymianą myśli. Etymologicznie termin wywodzi się z łac. słowa *communicare*, co znaczy być w relacji (związku) z kimś, uczestniczyć w czymś, zrzeszać się (Goban-Klas, 2005) oraz z łac. słowa *communicato* oznaczającego współudział, rozmowę (Doroszewski, b.r. – Internet: http://sjp.pwn.pl/doroszewski…). Jest rodzajem kontaktu pomiędzy co najmniej dwiema osobami nawiązywanego za pomocą zmysłów lub środków komunikowania, tj. specjalnie do tego przystosowanych narzędzi, przy czym jedna osoba (nadawca) przekazuje drugiej (odbiorcy) pewne treści pojęciowe, emocjonalne z wykorzystaniem znanych i zrozumiałych dla obu stron procesu komunikowania znaków (Mrozowska, 2001). Celem procesu komunikowania jest stałe i dynamiczne kształtowanie, zmiana lub modyfikacja zachowań, wiedzy, postaw osób lub grup w kierunku wartości i interesów osób w niej uczestniczących (Dobek-Ostrowska, 2007). Komunikowanie jest czynnością zamierzoną i celową. Człowiek komunikuje coś innym, chce to czynić i chce osiągnąć jakiś cel.

Proces komunikowania może być rozumiany jako: transmisja – przekaz informacji; rozumienie – proces umożliwiający zrozumienie innych, jak i zrozumienie nas przez innych; oddziaływanie – wywieranie wpływu, oddziaływanie na osoby uczestniczące w tym procesie; łączenie – tworzenie wspólnoty społecznej przy wykorzystaniu języka lub znaków znanych i zrozumiałych dla obu stron procesu komunikowania; interakcja społeczna – oddziaływanie społeczne za pomocą symboli; wymiana – współistnienie wymieniających się znaczeń, spostrzeżeń, pragnień, postaw między poszczególnymi osobami; składnik procesu społecznego – środek wyrażania norm grupowych, sprawowania kontroli, przydzielania ról, ujawnianie oczekiwań itp. (Goban-Klas, 2005).

Niezbędnym, a zarazem podstawowym elementem każdego procesu komunikowania się jest język – mówiony bądź pisany (Retter, 2005), pozwalający na wyrażanie myśli, ukierunkowanie uwagi, ułatwiający współdziałanie, jak również tworzący poczucie tożsamości i przynależności (Stewart, 2012). Język jest jednym z wielu środków komunikacyjnych, jest medium umożliwiającym przenoszenie informacji w → czasie lub przestrzeni. Wśród innych środków komunikowania i przekazu można wymienić (Goban-Klas, 2005): znaki językowe lub ich systemy (np. gest, słowo mówione); kody umożliwiające tworzenie przekazów (np. alfabet, sygnalizacja); nośniki sygnałów (np. wibracje powietrza, ale także przedmioty pozwalające na utrwalenie sygnałów, np. papier, płyta CD, taśma filmowa); narzędzia umożliwiające powielanie, transmisję czy odbiór sygnałów (drukarki, odbiorniki radiowo-telewizyjne); instytucje tworzące przekazy (np. radio, prasa).

W sytuacji komunikacyjnej muszą pojawić się następujące elementy (Mrozowska, 2001):

- styczność fizyczna – jako kontakt bezpośredni, postrzegana za pomocą tych samych zmysłów (np. wzroku, słuchu) lub jako kontakt pośredni z wykorzystaniem specjalnie do tego stworzonych urządzeń (np. papieru, telefonu, komunikatora); nie każda styczność fizyczna ma charakter komunikacyjny, musi dojść do nawiązania kontaktu i nadania mu charakteru interakcji;
- kanał komunikacyjny – wyodrębniona przestrzeń tworząca kanał komunikacyjny, np. gdy styczność fizyczna przekształca się w komunikacyjną, tzn. gdy osoby uświadamiają sobie, że jedna drugiej ma coś do zakomunikowania;
- przekaz – kanał komunikacyjny zawsze tworzy pewną wypełnioną przekazami przestrzeń umożliwiającą komunikowanie, przekazy są zbudowane wg określonych reguł i znaków;
- znak – podstawowa jednostka wyrażania ludzkich myśli i emocji; najbardziej rozwiniętym systemem znaków jest język werbalny;
- znaczenie – określone przesłanie, treść pojęciowa nadana znakom komunikacyjnym;
- prezentacja – znak (materialna forma) i treści pojęciowe (wyraża ludzkie myśli i emocje) przekształcają stany subiektywne (znaki, którym człowiek przypisuje określone treści pojęciowe) w ich obiektywną prezentację;
- reprezentacja – znak, który zastępuje inne realnie istniejące obiekty lub zjawiska.

Poziomy komunikacji

Komunikowanie jest procesem społecznym, i zachodzi w kontekście społecznym określonym m.in. przez liczbę oraz charakter jego uczestników. Przebiega na kilku poziomach w zależności od kontekstu. Najniższy poziom stanowi **komunikacja intrapersonalna**, będąca procesem biologicznym i psychicznym, dotyczy odbierania bodźców płynących z organizmu i reago-

wania na nie. Nieco wyższy poziom stanowi **komunikacja interpersonalna**, zachodząca pomiędzy dwiema osobami, gdzie strony nawiązują osobisty kontakt. Mamy tu do czynienia z wzajemnym zaangażowaniem, poznaniem, a sam przekaz może mieć bardzo osobisty charakter. Wyższy poziom to **komunikacja grupowa,** zwana także **wewnątrzgrupową**, która zachodzi pomiędzy członkami grupy, np. rodziny. Zarówno komunikowanie interpersonalne, jak i grupowe dały podstawy do wykształcenia się pewnych form i norm interakcji oraz wpływu i dyfuzji przekazów. Powstanie struktur społecznych umożliwiło wyłonienie **komunikacji międzygrupowej**, czyli dużych liczebnie grup, których członkowie nie zawsze mają ze sobą osobisty i bezpośredni kontakt. Z kolei procesy komunikowania na poziomie **organizacyjnym**, **instytucjonalnym** są bardzo mocno sformalizowane. Sposób i forma samego przekazu jest regulowana przez procedury organizacji, instytucji, a ich naruszenie może przyczynić się do braku porozumienia. Najwyższym poziomem komunikowania, a zarazem najmłodszym, jest **komunikowane masowe**. Powstało wraz z wynalezieniem środków masowego przekazu, tj. książki, prasy, wzbogacane zostało wraz z rozwojem kina, radia i telewizji, a obecnie poszerzone o tzw. nowe media np. internet, portale społecznościowe. Charakteryzuje się niesystematycznością relacji, jednokierunkowością przekazu, nadawcą jest instytucja, a odbiorcą – anonimowa zbiorowość (Dobek-Ostrowska, 2007; Mrozowska, 2001).

Cechy komunikacji

Procesom komunikowania przypisuje się kilka bardzo istotnych cech. Wśród nich badacze wymieniają m.in. to, że jest **procesem społecznym**, zachodzącym pomiędzy minimum dwiema osobami, w określonych warunkach społecznych i kontekście. **Kontekst** jest warunkowany przez liczbę i charakter uczestników tego procesu (Dobek-Ostrowska, 2007). Komunikowanie może być osadzone w kontekście: lingwistycznym – odnoszącym się do treści; kulturowym – uwarunkowanym kulturą porozumiewania się np. danego kraju; interpersonalnym – określonym relacjami zachodzącymi pomiędzy podmiotami procesu komunikowania; instrumentalnym – determinowanym celem i/lub rodzajem zadania (Wawrzak-Chodaczek, 2017). Jest **procesem dynamicznym**, a zarazem kreatywnym. Polega na odbieraniu i analizowaniu informacji docierających do jednostki, a zarazem niebudowaniu nowych pojęć i poszerzaniu wiedzy. Jest **procesem ciągłym**, trwającym od narodzin aż do → śmierci. Ma charakter **symboliczny**, tj. bazuje na znanych obu stronom procesu komunikacji narzędziach, tj. symbolach i znakach. Wśród innych cech procesu komunikowania wymienia się **interakcyjność**, gdyż pomiędzy jego uczestnikami zachodzą określone stosunki i związki. W każdej fazie tego procesu zachodzi sprzężenie między działaniem nadawcy a odbiorcy. Jest **celowe** i **świadome**, gdyż każdemu aktowi komunikowania towarzyszą określone motywy (Dobek-Ostrowska, 2007). W obecnych czasach coraz mocniejsze staje się przekonanie, „że komunikowanie się ludzi jest fundamentem i osnową każdej zbiorowości i każdej kultury" (Mrozowska, 2001), jest **nieuchronne**, jest fundamentem, centralną działalnością każdej cywilizacji, kultury, gwarantuje rozwój społeczny (Fiske, 1999). Ludzie zawsze i wszędzie porozumiewają się bez względu na uświadomione bądź nie zamiary. Komunikowanie jest **procesem złożonym**, wieloelementowym, może mieć charakter: jednostronny (jedna strona komunikuje coś drugiej) lub dwustronny (obie strony czynnie uczestniczą w procesie komunikacji), werbalny (językowy) lub niewerbalny (posługiwanie się np. gestami, mimiką, znakami, tonem i barwą głosu, wyglądem), bezpośredni (uczestnicy procesu komunikowania są w bliskiej odległości fizycznej) lub pośredni (nadawca i odbiorca posługują się odpowiednimi narzędziami komunikacyjnymi, np. telefonem, komunikatorem internetowym w celu przekazania komunikatu, nie są w bliskiej styczności fizycznej). Komunikacja jest **procesem nieodwracalnym**, gdyż nie da się cofnąć wypowiedzianych słów (Dobek-Ostrowska, 2007).

Elementy komunikacji

Stałymi elementami procesu komunikowania są: kontekst, uczestnicy tego procesu, przekaz (komunikat), kanał, szumy (zakłócenia) oraz sprzężenie zwrotne. Kontekst tworzy ramy komunikacji, w których zachodzi interakcja, może być określany przez typy (kulturowy, czasowy, sytuacyjny, funkcyjny, związku) lub poziomy (interpersonalny, grupowy, instytucjonalny, masowy).

Uczestnicy odgrywają rolę nadawców i odbiorców komunikatów. Osoby komunikujące się różnicuje stosunek do innych, płeć i kultura. Każdy uczestniczący w procesie komunikowania ma określony stosunek do pozostałych członków grupy. Niejednokrotnie odmienna perspektywa i doświadczenia życiowe stanowią → barierę w nawiązaniu bliższych kontaktów i dzieleniu się wiedzą. Na komunikat składają się: znaczenia – idee i uczucia przekładane na znaczenia i dzielone z innymi; symbole – słowa, dźwięki, wszyst-

kie elementy, które umożliwiają oznajmianie innym znaczenia; kodowanie i dekodowanie – przekształcanie idei i uczuć w symbole; forma oraz organizacja – znaczenia potrzebują nadania im odpowiedniej formy, jak również zorganizowania. Kanał natomiast rozumiany jest jako droga przekazu i środki transportu komunikatu. W komunikowaniu interpersonalnym może mieć charakter formalny i nieformalny. Szumy to źródło zakłóceń procesów komunikacyjnych, mogą mieć charakter zewnętrzny (np. nieodpowiednia temperatura, hałas), wewnętrzny (uczucia i predyspozycje psychiczne, np. odczuwany ból, → zmęczenie, → emocje, uprzedzenia) lub semantyczny (konsekwencja złego użycia znaczenia, co uniemożliwia odkodowanie przez odbiorcę komunikatu). Sprzężenie zwrotne to natomiast reakcja odbiorcy na przekaz. Wyróżniamy sprzężenie bezpośrednie, natychmiastowe w komunikowaniu bezpośrednim oraz pośrednie, opóźnione w czasie, występujące w komunikacji pośredniej (Dobek-Ostrowska, 2007).

Biologiczne i społeczne uwarunkowania komunikacji
Jednym z czynników determinujących zachowania komunikacyjne człowieka jest płeć biologiczna. Różnice w budowie i funkcjonowaniu mózgu kobiet i mężczyzn mają ogromny wpływ na sprawność językową, czy zdolność do przetwarzania informacji. U mężczyzn ośrodki kontrolujące język i mowę mieszczą się w lewej półkuli, a ośrodki kontrolujące orientację przestrzenną oraz emocje w prawej. U kobiet nie ma tak wyraźnego zróżnicowania podziału i specjalizacji półkul. Ośrodki przetwarzania języka i emocji mieszczą się w obu półkulach, a połączenia między półkulami są gęstsze (ciało modzelowate), dzięki czemu wymiana informacji między półkulami jest szybsza i płynniejsza. Taka budowa mózgu sprawia, że kobiety są zdolne do przetwarzania informacji zarówno niewerbalnych, jak i werbalnych w tym samym czasie, zauważania szczegółów i zapamiętywania ich, są także wrażliwsze na dźwięk. Mężczyźni natomiast są bardziej wrażliwi na obraz, mają większą zdolność abstrakcyjnego myślenia. Przeżywanie emocji u mężczyzn jest oddzielone od ich wyrażania, co wynika z tego, że informacje muszą być przesłane z półkuli prawej do lewej (Mrozowska, 2001). Każdej z płci przypisywane są pewne predyspozycje i role społeczne, a także style komunikowania – męski i żeński. Wykształcenie człowieka w dużym stopniu określa jego poziom kompetencji komunikacyjnych. Edukacja odgrywa podstawową rolę w kształtowaniu pierwszych i podstawowych składników kompetencji komunikowania, tj. zasobów znaków i odpowiadających im pojęć (Mrozowska, 2001). Ludzie wykształceni są bardziej krytyczni wobec przekazywanych im treści. Mają bowiem większy zasób wiedzy z różnych dziedzin, kojarzą fakty, rozumieją pojęcia abstrakcyjne, potrafią dostrzegać problemy i analizować je, są lepiej przygotowani do odbioru przekazów.

Skuteczność porozumiewania się
O skuteczności komunikacji decydują kompetencje komunikacyjne osób w niej uczestniczących. Czynnikami poprawiającymi zdolność skutecznego i/lub stosownego komunikowania się są: motywacja, wiedza i umiejętności. Elementami utrudniającymi procesy komunikacji mogą być przeszkody na poziomie (Czechowski, 2014): **semantycznym** – odbiorca nie rozumie znaczeń użytych słów, znaków, komunikatów; **indeksacyjnym** – odbiorca nie rozumie, na kogo lub na co wskazuje nadawca komunikatu; **zamysłu pragmatycznego** – odbiorca nie rozumie intencji komunikacyjnej nadawcy. Wśród barier komunikacyjnych możemy wyróżnić także te związane z czynnikami fizycznymi lub psychologicznymi (np. trudności percepcyjne, wybiórczość uwagi, różnice kulturowe, stereotypy, brak umiejętności przyjęcia perspektywy rozmówcy). Z kolei wśród barier utrudniających odbiór przekazu możemy wskazać, np. osądzanie, porównywanie, udzielanie rad, zmianę tematu rozmowy, sprzeciwianie się, etykietowanie.
Elementami zwiększającymi skuteczność porozumiewania się są: umiejętność aktywnego słuchania drugiej osoby; otwarcie się na drugą osobę i uważne słuchanie, nieosądzanie jej; świadome słuchanie, tj. zwracanie uwagi na to, co i jak mówi druga strona.

MT-K

B: Czechowski, 2014; Dobek-Ostrowska, 2007; Fiske, 1999; Goban-Klas, 2005; Mrozowska, 2001; Retter, 2005; Stewart, 2012; Wawrzak-Chodaczek, 2017.
N: Doroszewski W., b.r. – Internet: http://sjp.pwn.pl/doroszewski…
O: komunikacja niewerbalna, komunikacja z osobami z otępieniem.
TK: ang. *communication*, fr. *communication*, hiszp. *communicación*, niem. *Kommunikation*, ros. *коммуникация*.

komunikacja niewerbalna

jest dopełnieniem naszej wypowiedzi słownej. To nadawanie informacji płynących z gestów rąk, ruchów i napięć ciała, mimiki i koloru skóry twarzy, od-

dechu, tonu głosu i tempa mówienia, kontaktu wzrokowego, odległości dzielącej osoby oraz ich układu w przestrzeni, czyli architektury kontaktu. Jak wynika z obliczeń irańsko-amerykańskiego psychologa Alberta Mehrabiana (1971), tylko 7% informacji czerpiemy ze słów, 35% wnioskujemy z tonu głosu i aż 55% z języka ciała. Na system komunikacji niewerbalnej składają się nie tylko nasze zachowania i gesty, ale także tony, półtony, postawy i nastroje. Na ich podstawie można odgadnąć prawdziwe intencje rozmówcy, a nawet przewidzieć, jak zachowa się on za chwilę.

Komunikacja niewerbalna istnieje już ponad milion lat. Jest więc znacznie starsza od mowy, powstałej prawdopodobnie ok. 40 tys. lat temu. Ta pierwotna forma → komunikacji jest jedynym środkiem porozumiewania się zwierząt, które za pomocą mimiki, postaw, gestów, pomrukiwań, warknięć itp. dobierają partnerów, ustalają hierarchię dominacji i współpracują w grupach. Podobne sygnały używane są przez ludzi i również w ich świecie spełniają one ogromną rolę. W połowie lat 60. XX wieku komunikacja niewerbalna stała się przedmiotem poważnych badań. Przed XX wiekiem najbardziej znaczącą publikacją dotyczącą zachowań niewerbalnych było *Wyrażanie emocji przez ludzi i zwierzęta* Karola Darwina (1809–1892). Jego praca została wydana w roku 1872, jednak wiele z idei i obserwacji, które w niej zawarł, jest wciąż cenionych przez współczesnych badaczy na całym świecie. Komunikacja niewerbalna jest używana świadomie przez ludzi chcących osiągnąć swój cel poprzez interakcję ze słuchaczami i ich zachowaniami.

Komunikacja niewerbalna nie zawiera gestów, które zawierają słowa, takich jak → język migowy [i system językowo-migowy] ani słów pisanych i/lub przekazywanych elektronicznie. Komunikaty niewerbalne informują o podstawowych stanach emocjonalnych, intencjach, oczekiwaniach wobec rozmówcy, pozycji społecznej, pochodzeniu, wykształceniu, samoocenie lub cechach temperamentu. Nadawane są i odbierane najczęściej na poziomie nieświadomym, jednak mogą być również nadawane i odbierane świadomie (gesty bądź wyrazy mimiczne).

Komunikowanie niewerbalne jest uzupełnieniem oraz wzmocnieniem bezpośredniego i ustnego komunikowania werbalnego, z którym jest nierozerwalnie związane. Komunikacja niewerbalna trwa przez cały → czas interakcji, tak długo jak ludzie są w swojej obecności. Komunikacja niewerbalna to przede wszystkim nasza mowa ciała, czasu, przestrzeni oraz wygląd zewnętrzny. Wielu specjalistów i ekspertów zajmujących się badaniem przekazywanych przez nas informacji uważa, że komunikacja niewerbalna oraz mowa ciała stanowi ponad 50% komunikatu, który przekazujemy w interakcji osobie, z którą rozmawiamy.

Mowa ciała jest bardzo ważna, ponieważ aż 93% treści komunikowanych przez człowieka jest przekazywana za jej pośrednictwem, a przez to jest bardziej wiarygodna od komunikacji werbalnej. Język ciała stanowi zewnętrzne odzwierciedlenie stanu emocjonalnego ludzi oraz cech ich osobowości. Każdy ruch i gest danej osoby jest ważny, aby móc określić emocje, jakie ona obecnie odczuwa. Kluczem do poprawnego odczytywania mowy ciała rozmówcy jest zrozumienie jego stanu emocjonalnego podczas słuchania. Pozwala to oddzielić fakty od fikcji, a rzeczywistość od fantazji. Nie zawsze jesteśmy świadomi tego, że w kontaktach z innymi wysyłamy i odbieramy komunikaty niewerbalne.

Komunikacja niewerbalna tworzy kilka grup sygnałów, do których zalicza się parajęzyk, kinezjetykę, samoprezentację, dotyk, proksemikę, chronemikę i elementy otoczenia. **Parajęzyk** to dźwiękowe komponenty, które niosą w sobie znaczenie niezależnie od treści zawartej w słowach. Obejmuje on cechy wokalne głosu oraz interferencje wokalne. Do cech wokalnych głosu należą: wysokość dźwięku, rezonans, artykulacja, tempo, siła głosu i rytm. Interferencje wokalne to wzajemne oddziaływanie na siebie dwu lub więcej cech głosu oraz wszelkie dźwięki pozajęzykowe, takie jak: uf, ach, eee itp. Parajęzyk zdradza nasz nastrój i nastawienie, ujawnia to, kim jesteśmy i co czujemy. Z kolei **kinezjetyka** jest ważną częścią komunikatu niewerbalnego. Ruchy, postawa ciała zawierają wiele informacji, a ich interpretacja zależna jest od kultury społeczeństwa. Ponieważ wiele z nich kierowane jest przez podświadomość, istnieje duże ryzyko, że nie zostaniemy zrozumiani w sytuacji komunikacji międzykulturowej. Terminu „kinezyka" (ang. *kinesics*) użył po raz pierwszy w 1952 roku amer. antropolog Ray Birdwhistell, który zainteresowany był sposobem, w jaki ludzie porozumiewają się poprzez postawę, gest i ruch. Jego obserwacje, trwające kilka dekad, zostały zsyntetyzowane i spisane w książce *Kinesics and context* (1970). Kinezjetyka jest w dużej mierze wyuczona. Gesty przekazywane są z pokolenia na pokolenie bez specjalnego treningu, a poszczególne kultury łączy raczej podobieństwo mowy ciała niż języka werbalnego. Kinezjetyka to głównie ruchy ciała i kończyn oraz **mimika twarzy.** Mimika to ruchy mięśni twarzy, wyrażające myśli, emocje, przeżycia, nastroje, a także postawy wobec innych ludzi oraz bieżące komentarze do toczącej się komunikacji. Mimika twarzy jest

tym kanałem przekazu informacji, na który najwcześniej zwrócono uwagę i poddano rozmaitym badaniom. Z drugiej strony, jest to ten rodzaj komunikacji niewerbalnej, który budzi najmniej kontrowersji, gdyż jest najłatwiejszy do zaobserwowania, bowiem nasz wzrok najczęściej skupia się właśnie na twarzy rozmówcy. Wyraz mimiczny jest kształtowany przez siedem regionów twarzy: brwi i czoło, oczy, nos, górną wargę, dolą wargę i brodę, szczelinę ust oraz żuchwę. Dzięki temu, że niektóre elementy twarzy mogą reagować niezależnie od siebie, twarz może wyrażać tysiące gestów mimicznych. W klasyfikacji wyrazów mimicznych można wyróżnić strach, cierpienie, szczęście, miłość, radość, zdziwienie i gniew, wściekłość, zdecydowanie, niesmak, wstręt, pogardę, lekceważenie oraz smutek. Wszystkie wyrazy mimiczne są rozpoznawane bezbłędnie przez członków różnych kultur. Uważa się, że na podstawie czyjejś mimiki można określić, jakie emocje przeżywa osoba, z którą się kontaktujemy. W większości przypadków jest to prawdą, ale trzeba pamiętać, że na naszą ocenę wpływa także kontekst. Płacz może być oznaką nie tylko smutku, ale i radości. Bez uwzględnienia kontekstu trudno odróżnić też mimiczny wyraz zdziwienia od strachu. **Ruchy ciała i kończyn** są skoordynowane z mową i stanowią część całościowego procesu komunikowania się. Ręce, poza twarzą, są chyba najbardziej ekspresyjną partią ciała człowieka. To właśnie nimi wykonujemy mnóstwo ruchów: wymachujemy ramionami, kreślimy znaki, wykonujemy ruchy ostre i miękkie, dotykamy, głaszczemy, podtrzymujemy, pieścimy, uderzamy, szczypiemy, drapiemy, przesuwamy itp. Ręce to jeden z istotnych instrumentów aktywnej komunikacji międzyludzkiej. **Gest** to dowolny ruch wykonany przez kogoś świadomie lub nieświadomie, mający określone znaczenie. Gesty są bardzo ważnym i nieodłącznym elementem mowy ciała. Wielu wybitnych ekspertów podkreśla, że służą one obramowaniu interakcji. Zła gestykulacja może spowodować, że nasza wiadomość zostanie źle odebrana, natomiast swobodna i naturalna gestykulacja zazwyczaj pozytywnie wpływa na jakość przekazywanych przez nas informacji.

Podobnie jak język jest inny w każdej kulturze, różnią się także pewne sygnały mowy ciała. Jeden gest może powszechnie występować w określonej kulturze i mieć jasne znaczenie, a w innej może być zupełnie niezrozumiały lub znaczyć coś zupełnie innego. Niektóre gesty stanowią też rodzaj znaku, umożliwiającego rozpoznanie odpowiednich osób. Istnieją gesty, które zostały rozpowszechnione niemalże na cały świat dzięki prostocie przekazu lub udziałowi mediów, np. gest Kozakiewicza, trzymanie kciuków czy meksykańska fala. Z kolei **postawa ciała** informuje zarówno o trwałych cechach osoby (np. charakterze czy temperamencie), jak i jej aktualnych stanach wewnętrznych. Komunikaty wyrażane postawą ciała to postawa interpersonalna (np. lubię – nie lubię, unikam), cechy osobowości (np. pewność siebie, otwartość), pozycji społecznej (pochodzenie społeczne, pozycja w hierarchii społecznej), aktualne stany emocjonalne (lęk, poczucie bezpieczeństwa), cechy temperamentu. Postawa ciała jako informacja o aktualnym stanie wewnętrznym powinna być analizowana w kontekście innych komunikatów – zarówno werbalnych, jak i niewerbalnych – a także norm kulturowych i społecznych, które obowiązują w danej sytuacji. **Samoprezentacja** człowieka – to wygląd fizyczny, budowa ciała, ubranie, fryzura, makijaż, biżuteria, noszone dodatki. Elementy te niosą dużo informacji o człowieku i czasem już na wstępie przesądzają o relacjach komunikacyjnych. **Dotyk** jest pierwszym zewnętrznym bodźcem, jaki otrzymujemy w → życiu. Dopiero od niedawna zaczęto sobie uświadamiać znaczenie, jakie ma skóra ludzka w komunikacji interpersonalnej. Skóra jest bowiem takim organem zmysłu, który charakteryzuje się ogromną liczbą receptorów dotykowych, a dotyk z kolei świadczy o stosunku emocjonalnym i zależy zarówno od uprzejmości, kultury osobistej, preferencji jednostki, jak i od kontekstu kulturowego. Przekazy dotykowe są szczególnie skuteczne w dostarczaniu pocieszenia osobom potrzebującym psychicznego → wsparcia. Poprzez dotyk najlepiej dokonuje się transmisja uczucia sympatii, zrozumienia, współczucia. Bardzo ważna jest rola dotyku w relacjach rodzice – dzieci. Dotyk odgrywa ogromnie ważną rolę w kształtowaniu bliskich relacji. Przekaz zawarty w dotyku zależy jednak od rodzaju relacji. W bliskich związkach dotyk komunikuje sympatię, życzliwość, wsparcie itp., a w relacji np. z przełożonym jest wskaźnikiem władzy, dominacji i statusu. **Proksemika** to dziedzina wiedzy, która skupia się na analizie otaczającej nas przestrzeni komunikacyjnej w celach badawczych. Proksemika bada wzajemny wpływ relacji przestrzennych na komunikację interpersonalną oraz relacje psychologiczne między ludźmi, a także między nimi a otoczeniem. Jednym z ważniejszych badaczy zajmujących się ściśle tematyką przestrzeni komunikacyjnych w relacjach społecznych był amer. etnolog Edward T. Hall (1914–2009), specjalista z zakresu badań nad daną kulturą, który zaproponował podział stref proksemicznych na cztery przestrzenie komunikacyjne: wewnętrzną i ze-

wnętrzną strefę intymną, strefę osobistą, społeczną i publiczną. **Wewnętrzna i zewnętrzna strefa intymna** – jest najważniejsza spośród wszystkich stref, ponieważ jest pilnie strzeżona przez każdego człowieka i uważana za jego własność. Tylko osoby związane uczuciowo mają prawo do jej naruszania. Należą do nich kochankowie, rodzice, małżonkowie, dzieci, bliscy przyjaciele i krewni. Możemy wyróżnić substrefę, która rozciąga się do 15 cm od ciała danego człowieka i która może być naruszona tylko podczas kontaktów fizycznych. Jest to strefa ściśle intymna. Do zewnętrznej strefy intymnej, która zakreśla się w dystansie wynoszącym od 15 do 45 cm, mają dostęp również tylko nasi życiowi partnerzy oraz → rodzina. Z kolei **strefa osobista** – to odległość, jaka dzieli nas od innych ludzi podczas przyjęć u znajomych lub w pracy czy w biurze, kontaktów społecznych i spotkań towarzyskich. Zakreśla się w granicach od 45 cm do 1,2 m. Stanowi ją dystans, który stwarza komfortowe warunki, by w towarzystwie osób dobrze nam znanych czuć się swobodnie i komfortowo, zwłaszcza, gdy towarzyszą temu odpowiednie okoliczności: urodziny, imieniny itd. Zazwyczaj nie dopuszczamy do tej strefy nikogo obcego, a wtargnięcie do niej przez obcych traktujemy z niechęcią i zazwyczaj się odsuwamy. Natomiast **strefa społeczna** – jest odległością, jaką zachowujemy w stosunku do nieznajomych oraz ludzi, których dobrze nie znamy. Zawarta jest w przedziale wynoszącym od 1,2 do 3,6 m. Ten dystans proksemiczny wykorzystujemy w życiu codziennym i niejednokrotnie zdarza się go przekroczyć do strefy osobistej. Robiąc zakupy, czekając na przystanku, czy nawet będąc na spacerze z psem korzystamy ze strefy społecznej. Większość ludzi czuje się w tej strefie bardzo komfortowo i swobodnie. Wreszcie **sfera publiczna** – to najwygodniejsza dla nas odległość, której zwykle przestrzegamy, zwracając się do większej grupy ludzi. Jest dystansem proksemicznym, w którym umownie przyjmuje się, że odległość nadawcy od odbiorcy powinna wynosić co najmniej 3,6 m.

Chronemika wykorzystuje czas jako sygnał komunikacyjny, jak np. punktualność, oczekiwanie, czas trwania zdarzenia itp., zaś **elementy otoczenia** – to temperatura, oświetlenie, kolor itp. Elementy otoczenia mogą wpływać na zachowania się ludzi, stymulować ich bądź odstraszać.

Funkcje komunikacji niewerbalnej wynikają z relacji pomiędzy komunikacją werbalną a niewerbalną. W ujęciu Klausa R. Scherera i Haralda G. Wallbotta całość aktów komunikacyjnych służy następującym funkcjom, zróżnicowanym z punktu widzenia roli pełnionej w przebiegu konwersacji: 1) **funkcja zastępowania** – to sygnały niewerbalne określane jako emblematy, takie jak: charakterystyczny ruch ręką lub głową, gest czy znak. Mogą być stosowane w miejsce słów i zdań, zastępując je; 2) **funkcja uzupełnienia** – to sygnały niewerbalne, nazywane ilustratorami, które uzupełniają komunikat werbalny, precyzują go i są komplementarne w stosunku do niego; 3) **funkcja ekspozycji** – to sygnały niewerbalne, zwane pozami, które pozwalają na ukazanie uczuć i emocji w znacznie większej skali niż ich rzeczywisty stan oraz akcentują ją, eksponują i/lub wyolbrzymiają, np. ból lub przeciwnie: ciało nadawcy ukrywa prawdziwe myśli i uczucia, ukazując znacznie mniej emocji; 4) **funkcja regulacyjna** – to sygnały niewerbalne, zwane regulatorami. Mogą być użyte do kontroli i regulacji płynności konwersacji lub tradycyjnego komunikowania. Tę rolę odgrywać może nawiązanie kontaktu wzrokowego, ruch głową lub ciałem, podniesienie brwi itd. Regulatory wskazują innym uczestnikom procesu, że czynność jest kontynuowana, powtarzana czy skończona; 5) **funkcja moderująca** – to sygnały niewerbalne, tzw. adaptery, które służą do łagodzenia przeżywanych napięć. Mogą wystąpić w formie drapania się po głowie, klepania po nodze, ściskania dłoni lub obgryzania paznokci. Adaptery redukują → stres wywołany rozmową.

Mowa ciała, czyli komunikacja niewerbalna, przekazuje nam informacje o nastrojach ludzi w sposób bezpośredni, możemy zatem poznać tzw. duszę człowieka. Mowa ciała jest bardzo spontaniczna, nieświadoma i mówi o człowieku więcej niż słowa. Znajomość znaczenia kodów mowy ciała umożliwia eliminację własnych różnorodnych szkodliwych manier, gestów i grymasów zakłócających proces komunikacji interpersonalnej. Istotne jest jednak to, żeby badania nad komunikacją niewerbalną uwzględniały także aspekt komunikacji werbalnej. [W komunikacji niewerbalnej z pacjentem możemy z powodzeniem wykorzystać specjalne tablice z symbolami (il. 1) – przyp. red.].

AMI

A: NVC (ang.).

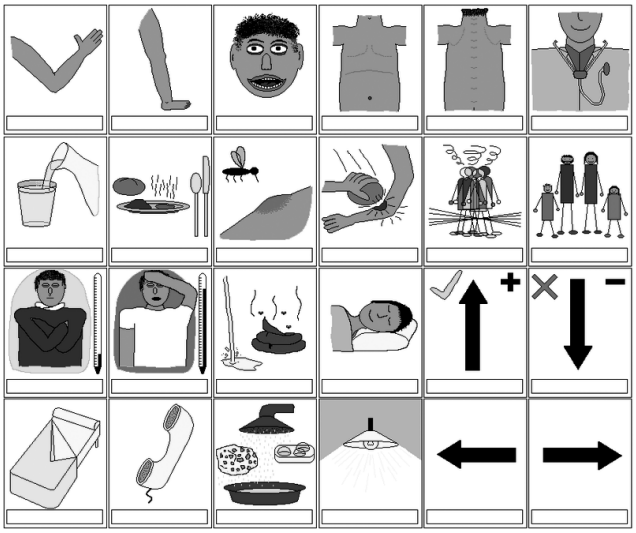
B: Birdwhistell, 1970; Collins, 1995; Mehrebian, 1971; Nęcki, 2000; McKay, Davis, Fanning, 2013; Szwed, 2000.

N: https://fr.wikipedia.org/wiki/Communication…

O: komunikacja, komunikacja alternatywna i wspomagająca, komunikacja z osobami w podeszłym wieku, komunikacja z osobami z otępieniem.

S: „mowa bez słów", mowa ciała.

TK: ang. *nonverbal communication* [NVC], fr. *communication non verbale* ou *langage du corps*, hiszp. *comunicación no verbal*, niem. *nonverbale Kommunikation/averbale Kommunikation/ Verständigung ohne Worte*, ros. *невербальное общение/жестовое общение или язык тела*.



Il. 1. Tablica z symbolami do komunikacji niewerbalnej z pacjentem. Źródło: https://fr.wikipedia.org/wiki/Communication_non_verbale

komunikacja z osobami z otępieniem

Olbrzymim problemem w komunikowaniu się z osobami w → wieku podeszłym jest → otępienie, zwane zamiennie demencją starczą lub otępieniem o późnym początku. Dysfunkcja ta polega na postępującym procesie zmniejszania się sprawności myślenia, → pamięci [roboczej, krótkotrwałej], orientacji, umiejętności abstrahowania, planowania i organizowania, uczenia się, koordynacji ruchowej oraz wzrokowo-ruchowej (Siuta, 2005).

Otępienie wynika z niekorzystnych zmian w centralnym układzie nerwowym pod wpływem → starzenia się, chorób degeneracyjnych układu nerwowego czy defektów mózgu o różnorodnej etiologii. Często towarzyszą mu negatywne zmiany stanu psychicznego i emocjonalnego: labilność emocjonalna, dysforia, agresja werbalna lub niewerbalna, nieadekwatne do sytuacji pobudzenie czy przygnębienie.

W klasyfikacji otępienia zazwyczaj przyjmuje się kryterium wieku, stosując określenia typu: otępienie o wczesnym początku, tj. przedstarcze i otępienie o późnym początku, zależnie od → czasu jego emisji. Ponadto z uwagi na trwałość używa się pojęć: otępienie odwracalne lub nieodwracalne, inaczej degenerujące (Brock, 1991).

Relacje interpersonalne

Bardzo duże znaczenie dla skutecznej → komunikacji między osobami z otępieniem starczym a ich krewnymi bądź opiekunami mają ich związki i wzajemne relacje. Obie komunikujące się strony w oczywisty sposób łączy długoletnia historia wspólnego → życia. Uczucia, jakimi się wzajemnie obdarzają, zrozumienie dla ograniczeń (np. *Nie potrafię lepiej tego zrobić* czy *Jestem bezradny*), własne oczekiwania, wytrwałość i cierpliwość wpływają w istotny sposób na to, co i w jaki sposób może być otwarcie wyrażone. Jakość tych relacji zależy też od dostępnych środków (słownych i pozawerbalnych), umiejętności sprawnego mówienia oraz myślenia. Niewątpliwie zostaje zachwiana równowaga w komunikowaniu się, gdyż jedna ze stron coraz bardziej traci siłę intelektu i możliwość posługiwania się środkami wyrazu, umiejętność płynnego wypowiadania się, a także zmienia dotychczasowe sposoby odczuwania i postępowania.

Deficyty komunikacyjne

Wraz z postępem otępienia problemy językowe narastają i są coraz bardziej dostrzegalne. Odczuwalny jest coraz większy brak pożądanych słów, przypominający częściową utratę posługiwania się językiem ojczystym lub dobrze opanowanym językiem obcym. W ślad za tym coraz więcej trudności sprawia powiedzenie czegoś nowego, odpowiedniego, zgodnego z intencjami. Pustosłowie, niezbyt czytelne ogólniki czy zbyt zdawkowe odpowiedzi z dnia na dzień wypierają konkretne, przejrzyście sformułowane wypowiedzi. Osobom z otępieniem starczym zaczyna brakować słów, by wyrazić swoje myśli i prawdziwe stanowisko, a także nie pamiętają, co pragnęli powiedzieć lub co już przekazali. W efekcie nie są w stanie udzielić informacji czy wyjaśnień, o które byli proszeni.

W różnych okolicznościach i w różnym stopniu ich własne blokady komunikacyjne są dla nich bardzo uciążliwe, kłopotliwe i bolesne. Starają się temu zaradzić, mówiąc jak najmniej, aby nie robić wrażenia mniej sprawnych intelektualnie i komunikacyjnie. Trzeba przy tym zaznaczyć, że nie chodzi tu tylko o „niewłaściwie pracujący nadajnik" czy jedynie o utratę „narzędzia", lecz o tragedię osobistą. Cierpiący na otępienie nie tylko tracą swoje „narzędzia" i starają się jakoś funkcjonować z komunikacyjnymi ograniczeniami, ale również tracą część własnej tożsamości, swojego wyobrażenia o tym, kim są oraz szacunku dla samego siebie.

Nie wszyscy z otępieniem starczym są świadomi swoich deficytów komunikacyjnych lub wręcz niespraw-

ności, i nie wszyscy reagują na to fatalistycznie czy skrajnie pesymistycznie. Na podstawie wieloletnich badań ustalono, że wynikające z otępienia uciążliwości, cierpienia i ograniczenia komunikacyjne mogą nieco łagodnieć (Brock, 1991). Wiele osób w rozwiniętym stadium otępienia zaczyna bardziej liczyć na wyrozumiałość i troskę ze strony innych osób (→ rodziny, opiekunów), a także z większym optymizmem patrzy na samych siebie. Większość jednak ubolewa z powodu doznawanych ograniczeń komunikacyjnych. Zdarza się też, że pozytywnie usposobiona i pogodzona z uciążliwościami osoba w podeszłym wieku zaskakuje swoich bliskich czy opiekunów, mówiąc otwarcie o chęci jak najszybszego zakończenia swojego życia. Podczas gdy w przypadku średnio rozwiniętego otępienia starczego komunikowanie się przy użyciu słów jest ograniczone, ale możliwe, to przy zaawansowanym otępieniu mówienie wymaga ogromnego wysiłku, a nierzadko całkowicie uniemożliwia logiczne wypowiadanie się. Słuchacz nie jest w stanie od razu zrozumieć padających słów, bywa też, że są one zupełnie niezrozumiałe: nie jest jasne, co komunikujący ma na myśli, jego wypowiedzi są mało sensowne, pozbawione konkretnych treści.

Nieco lepsze są umiejętności rozumienia mowy. Także przy umiarkowanym stopniu otępienia możliwe jest dość dobre rozumienie prostych, zwykłych pytań, próśb i rozmowy. Jednakże percepcja złożonych relacji, np. w informacyjnych programach telewizyjnych, jest bardziej utrudniona i zdolność rozumienia tego rodzaju przekazów zanika coraz bardziej wraz z postępem otępienia. Proste zdania i określenia mogą zrozumieć nawet osoby z bardzo rozwiniętym otępieniem, jednak w bardziej zaawansowanych fazach otępienia tracą zdolność mówienia i rozumienia.

Sposoby postępowania

Ograniczenia komunikacyjne u osób z otępieniem starczym wymagają przestrzegania pewnych zasad przez obcujących z nimi bliskich czy opiekunów. Po pierwsze, wymagane jest możliwie najprostsze wyrażanie się oraz formułowanie bardzo czytelnych komunikatów. Po drugie, należy mówić powoli, gdyż taki sposób mówienia sprzyja lepszemu rozumieniu u wszystkich osób z otępieniem starczym. Natomiast mówienie głośne zalecane jest tylko w przypadku słabiej słyszących. Po trzecie, trzeba unikać szkodzącego komunikacji poprawiania i krytykowania, gdyż tego typu postępowanie krępuje, rodzi ból i zwiększa brak poczucia pewności siebie. Po czwarte, ważnym elementem jest uzyskiwanie od osób z otępieniem starczym informacji zwrotnych, ponieważ ułatwia to rozpoznanie, czy właściwie zrozumieli kierowane do nich słowa. Po piąte, trzeba wyraziście okazywać emocje i uczucia, ponieważ sprzyja to lepszemu rozumieniu, tak jak podkreślanie i wzmacnianie przekazywanych treści zachowaniami niewerbalnymi – ekspresją mimiczną i gestykulacją.

Życzliwy kontakt wzrokowy, zmniejszanie dystansu fizycznego (bliskość ciała), delikatne przytulenie, objęcie, uśmiech, klaskanie w dłonie, odpowiednie brzmienie głosu (łagodny ton, wolne tempo) – ogół tego typu niewerbalnych sygnałów rozumieją osoby z otępieniem starczym lepiej niż większość słów. Olbrzymią zaletą „mowy ciała" jest to, że mogą z niej korzystać nawet w bardzo rozwiniętych stadiach otępienia. Ponadto posługiwanie się tego typu komunikatami jest ważne z uwagi na potwierdzony badawczo fakt, że pozostają one znacznie dłużej w pamięci niż treści przekazywane przy użyciu słów (Leathers, 2007).

Wspierający dotyk

Olbrzymie znaczenie w komunikacji z osobami z otępieniem starczym ma kontakt dotykowy. Możliwość wyrażania emocji odpowiednim dotykiem sprawia, że jest on wręcz niezastąpionym i koniecznym środkiem w sytuacji, gdy krewni czy opiekunowie chcą okazać bliskość, ciepło, → wsparcie czy pocieszenie. Dotyk jest szczególnie przydatny w kontakcie z osobami z otępieniem starczym, pragnącymi emocjonalnego wsparcia.

W obcowaniu z osobami z otępieniem starczym komunikacja dotykowa może pełnić większą funkcję komunikacyjną niż jakakolwiek inna forma niewerbalnego porozumiewania się. Zdaniem Dale G. Leathersa (2007) zarówno pierwsze, jak i ostatnie w życiu pocieszanie płynie z dotyku, gdyż poprzez dotyk można komunikować się z osobami w stanie śpiączki, z ludźmi umierającymi, jednym słowem – kiedy słowa już nie mogą do nich dotrzeć.

Osoby z daleko posuniętym otępieniem starczym, które utraciły zdolność mówienia, są w stanie odczuwać lekkie dotknięcie, a także odbierać informacje o trosce i wsparciu, które dotyk ten przekazuje. Wiele osób z zaawansowanym otępieniem starczym traci z oczywistych względów zainteresowanie komunikowaniem werbalnym. Wtedy ważną rolę może zacząć odgrywać specyficzny kod dotykowy, np. jedno uściśnięcie ręki krewnego czy opiekuna przez osobę z otępieniem starczym może oznaczać „tak", a dwa uściśnięcia – „nie". Często też komunikacja przy użyciu dotyku staje się

dla takich osób jedyną uznawaną (a niekiedy zachowaną) i preferowaną zdolnością porozumiewania się z innymi.

Osoby pracujące z osobami z otępieniem starczym (czy w ogóle w podeszłym wieku) dobrze wiedzą, że dotyk jest dość często najskuteczniejszym środkiem komunikowania emocji. Ograniczenia wynikające z postępującego otępienia starczego nasilają lęk i niepewność ludzi starych. Wymaga to empatycznego reagowania, zapewniającego wsparcie i zwiększającego poczucie bezpieczeństwa. Z tego powodu ktoś szukający pocieszenia i zapewnienia przy użyciu dotyku zwykle próbuje chwycić rękę opiekuna. Trzeba jednak pamiętać, że dotyk może przekazywać zarówno pozytywne uczucia sympatii, zapewnienia, zrozumienia i współczucia, jak i negatywne uczucia złości, wrogości i strachu. Aby więc komunikacja dotykowa była w pełni skuteczna, musi być stosowana we właściwy sposób, w odpowiednim momencie i miejscu (Okun, 2002).

Problematyczne wciąż pozostaje podanie jednoznacznych zasad właściwego dotyku. Z jednej strony, opiekunowie są postrzegani jako bardziej kompetentni, wspierający i empatyczni, jeśli częściej dotykają swych podopiecznych. Z drugiej zaś strony, płeć opiekuna w wyraźny sposób wpływa na to, jak odbierany jest jego dotyk. Kobiety z otępieniem starczym przychylniej traktują inicjowany przez opiekunów dotyk niż mężczyźni z tym zaburzeniem. Prawdopodobnie w dużej mierze wynika to ze stereotypu dotyczącego ról płciowych. Stereotypowo kobiety preferują wspieranie, podczas gdy mężczyźni mogą reagować mniej życzliwie na opiekuna, który stosuje dotyk, gdyż dotyk może być przez nich kojarzony z podporządkowaniem i podatnością na zranienie (Aronson, Wilson, Akert, 1997). Dotyk oprócz walorów komunikacyjnych ma działanie zdrowotne. Robin J. Lewis i współprac. (1995) ustalili, że „szczególne znaczenie wydaje się mieć dotyk inicjowany przez pielęgniarki, a także innych pracowników opieki zdrowotnej, który wpływa na to, jak radzą sobie pacjenci. Pielęgniarki, chcąc przekazać pocieszenie, mogą głaskać, trzymać czy delikatnie potrząsać ręką pacjenta, mogą także dotykać pacjentów w ramach szpitalnych procedur (w czasie podawania dożylnie leków czy pomiaru ciśnienia krwi)".

Choć dotykowi przypisuje się duże znaczenie komunikacyjne i „lecznicze", to wciąż wiele osób z otępieniem starczym, które najbardziej potrzebują dotyku, ma zbyt małe możliwości, aby skorzystać z jego dobrodziejstw. Wyniki jednego z reprezentatywnych badań wskazują, że osoby z daleko posuniętym otępieniem starczym są obdarowywane dotykiem przez opiekunów znacznie rzadziej niż osoby z mniejszymi zaburzeniami (Lewis i współprac., 1995).

Wymiar relacyjny komunikacji

Treść przekazu nie jest jedyną informacją, jaką wymieniają dwie komunikujące się osoby. W trakcie rozmowy wymieniane są informacje, obie strony komentują wypowiedź poprzednika, proszą o dodatkowe wyjaśnienia i zadają pytania. Każdy z tych rodzajów porozumiewania – zarówno słowny, jak i niewerbalny – ma drugi wymiar, a mianowicie relacyjny, który informuje o uczuciach i emocjach komunikujących się osób względem siebie. Komunikaty relacyjne zaspokajają jedną bądź więcej społecznych potrzeb: bliskości, kontroli, szacunku i przynależności (Adler, Rosenfeld, Proctor II, 2011). Z tego względu mają one szczególne znaczenie w komunikacji z osobami z otępieniem, gdyż z jednej strony dość często nie są one w stanie zrozumieć treści adresowanych do nich komunikatów, z drugiej zaś ich wypowiedzi stają się coraz bardziej zdawkowe czy nawet dziwaczne. W konsekwencji treści w tworzonych komunikatach (często nawet w początkowym stadium otępienia) są coraz bardziej zniekształcone i nieczytelne, a w bardziej zaawansowanym stadium choroby w ogóle zanikają. Zgoła inaczej jest z aspektem relacji (odniesienia, związku). Dzięki tej płaszczyźnie członkowie rodziny lub opiekunowie mogą wyrazić swoją troskę, akceptację, bliskość, oburzenie, brak wyrozumiałości czy cierpliwości itp. Osoby z otępieniem potrafią to właściwie odczytać, nawet gdy nie są w stanie zrozumieć kierowanych do nich słów. Bliscy lub opiekunowie powinni możliwie najszybciej dostrzec, że aspekt treści komunikacji staje się coraz mniej zrozumiały i zarazem mniej użyteczny, natomiast aspekt relacji zyskuje coraz większe znaczenie.

Przystosowanie się do takiej zmiany wymaga dużej elastyczności. Krewni czy opiekunowie, którzy bardziej polegali na treści informacji niż na aspekcie relacji, zwykle prowokują spięcia czy nieporozumienia. Tak zdarza się np., gdy osoba z otępieniem mówi coś niedorzecznego, a krewni czy opiekunowie nie potrafią powstrzymać się od argumentacji czy okazania swojego sprzeciwu lub niezadowolenia. Zrozumienie kontrargumentów często przekracza możliwości osób z otępieniem, a aspekt relacji w takim przekazie często odbierają jako formę ataku bądź zagrożenia. Komunikaty odbierane w ten sposób przez osoby z otępieniem mogą wyzwalać w nich poczucie lęku

czy nawet paniczny strach, i w efekcie wybuchy złości. Martwić to może zarówno osoby z otępieniem, jak i ich bliskich czy opiekunów, niemile zaskoczonych takim niespodziewanym rozwojem sytuacji. Tego rodzaju nieporozumieniom można zapobiec, jeżeli poczucie przynależności, bezpieczeństwa i szacunku we wzajemnych relacjach będzie wobec osoby z otępieniem nieustannie potwierdzane. W atmosferze zaufania jest dużo łatwiej zyskać uznanie i przekonać do swoich racji. Jedna z córek, która opiekowała się swoją matką z daleko posuniętym otępieniem, tak mówiła o swych doświadczeniach: „Jeśli mimo moich olbrzymich starań matka nie jest w stanie zrozumieć, czego od niej oczekuję, utwierdzam ją w przekonaniu, że może na mnie zawsze liczyć. Na szczęście wierzy w moje dobre zamiary".

Związek przynależności

Do najbardziej wzruszających chwil należą sytuacje, gdy osoby z otępieniem okazują swoim bliskim miłość, wdzięczność i szacunek. Jeden z mężczyzn z bardzo zaawansowanym otępieniem, który w trakcie wizyty u lekarza nie potrafił wypowiedzieć żadnego sensownie brzmiącego zdania, pochylając się do przodu znieruchomiał z nic niemówiącym wyrazem twarzy. Gdy po jakimś czasie w gabinecie pojawiła się jego żona, nastąpiło nagłe przeobrażenie w kochającego męża, przekazującego spojrzeniami, czułymi pocałunkami, delikatnymi gestami to, co było dla niego najwartościowsze.

Dla członków rodziny ten związek przynależności ważny jest także z tego powodu, że stanowi namiastkę utraconej normalności, która przy tak olbrzymich i dramatycznych stratach może być zachowana nieco dłużej. Wyjątkowo uciążliwe bywają chwile, gdy osoby z otępieniem starczym nie są już w stanie rozpoznawać swoich bliskich. Nie oznacza to jednak, że dochodzi do całkowitej utraty wzajemnych relacji. Dość często bowiem osoby z bardzo zaawansowanym otępieniem starczym potrafią częściowo przypominać sobie najbliższych. Potwierdzają to wypowiedzi bliskich tych osób. Jedna z żon opowiadała o zdarzeniu na ławce w parku ze swym mężem, bardzo mocno dotkniętym otępieniem starczym. Uświadomienie sobie przez niego, że przez wiele dziesiątki lat była jego żoną i że za chwilę wrócą do wspólnego domu, przekraczało jego możliwości. Siedząc obok niej nagle zaczął zachowywać się tak, jakby widział ją po raz pierwszy w życiu, zaczął ją adorować i reagować jak ktoś zakochany od pierwszego wejrzenia. Próbował wyrazić, co do niej czuje, jednocześnie namawiając ją, aby byli razem. Jego żona potraktowała te zaloty, z pewnością nieprzypadkowo skierowane do niej, z aprobatą i humorem.

Zachowane umiejętności

Możliwości wyrażania uczucia przynależności słabną wraz ze wzrostem otępienia starczego, na dłużej zaś zachowane zostają takie umiejętności jak:

1. Słuchanie muzyki, nucenie piosenek i tańczenie. Ważne jest, by członkowie rodziny i opiekunowie znali utwory muzyczne i piosenki, których osoby z otępieniem najchętniej słuchały czy nuciły w przeszłości, a nawet w okresie młodości. Zwłaszcza śpiew ma ogromne znaczenie dla podtrzymywania aktywności umysłowej. Jest on także ważnym elementem służącym integracji, np. podczas doniosłych uroczystości rodzinnych (rocznic ślubu, urodzin itp.). Muzykowanie i śpiew pozwalają osobom z otępieniem odciąć się na chwilę od dramatycznej rzeczywistości, a także sprzyjają przywracaniu na jakiś czas zdolności odczuwania oraz ułatwiają nawiązywanie kontaktów i służą uaktywnianiu wcześniej nabytych umiejętności. Muzykowanie i śpiew – traktowane po części jako specyficzny rodzaj → muzykoterapii – są przydatne przede wszystkim w początkowym i średnio zaawansowanym stadium otępienia starczego.
2. Przeżywanie otaczającego świata. Niezmiernie korzystne komunikacyjnie i poznawczo jest zachęcanie osób z otępieniem starczym do przebywania na łonie natury, odbierania przyrody przy użyciu wszystkich dostępnych zmysłów i dzielenia się swoimi wrażeniami.
3. Przeglądanie albumów ze starymi fotografiami bądź oglądanie filmów z rodzinnego zbioru (wideoteki) i wspominanie dawnych dobrych czasów oraz minionych przeżyć.
4. Wspólne wykonywanie nieskomplikowanych czynności bez wytykania nieporadności czy braku dokładności i okazywania niezadowolenia, np. z powodu robienia bałaganu podczas sprzątania (Zięba, Horbulewicz-Mokrzycka, Dudek, 2001).

Dla członków rodziny i opiekunów najbardziej dramatyczną chwilą jest sytuacja, gdy nie można już spodziewać się od osób z bardzo zaawansowanym otępieniem starczym wykonania nawet najprostszych czynności. Wtedy bliscy i opiekunowie dość często uważają, że komunikacja z takimi osobami staje się całkowicie niemożliwa, mają wątpliwości, czy warto je męczyć, nakłaniając do rozmowy. Jednak są krewni i opiekunowie, którzy konsekwentnie i uparcie starają się pod-

trzymywać kontakt, mocno wierząc, że komunikacja z nimi wciąż jest możliwa. Wtedy niewątpliwie pierwszoplanowe znaczenie może mieć → komunikacja niewerbalna. Przy użyciu „mowy ciała" członkowie rodziny i opiekunowie mogą naocznie przekonać się, że ich bliscy czy podopieczni z mocno rozwiniętym otępieniem starczym obdarowują ich uśmiechem i dotykiem (próbując złapać ich za rękę), odwzajemniają życzliwym spojrzeniem. Osoby z tak zaawansowanym otępieniem starczym są bardzo skore do przytulania i głaskania przez najbliższych. Doznają w takich chwilach radości, uzyskując zarazem pewien rodzaj wsparcia i wzmocnienia. Próbują wówczas coś z siebie wykrztusić, wypowiedzieć choćby jedno dorzecznie brzmiące słowo czy zdanie, co niestety rzadko im się udaje. Trzeba wtedy trwać przy takich osobach i mieć dużo wyrozumiałości dla ich skrajnie zaburzonej komunikacji. Zwykle te osoby pytane o proste rzeczy potrafią potakująco lub przecząco odpowiadać ruchami głowy. Oznacza to zarazem, że nawet osoby z daleko posuniętym otępieniem starczym są zdolne do jakiegokolwiek komunikowania się – rozumienia, odczuwania i reagowania na kierowane do nich słowa i gesty.

WS

B: Adler, Rosenfeld, Proctor II, 2011; Aronson, Wilson, Akert, 1997; Brock, 1991; Kamanová, 2016; Leathers, 2007; Lewis i współprac., 1995; Okun, 2002; Siuta, 2005; Zięba, Horbulewicz-Mokrzycka, Dudek, 2001.
N: https://languageanddementia.wordpress.com/
O: komunikacja, komunikacja niewerbalna, otępienie.
TK: ang. *communicating with persons with dementia*, fr. *communiquer avec les personnes atteintes de démence*, hiszp. *comunicarse con personas con dmencia*, niem. *Kommunikation mit Menschen mit Demenz*, ros. *коммуникация с людьми с деменцией*.

konieczność instytucjonalnego wsparcia seniorów

Z danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wynika, że w roku 2020 30% mieszkańców Ziemi będą stanowiły osoby w wieku 60 i więcej lat. WHO za społeczeństwo starzejące się uznaje takie, w którym odsetek osób w wieku 65 lat i więcej jest większy niż 7% ogółu ludności, natomiast za demograficznie stare, gdy przekracza 10%.

Cechą charakterystyczną starzejącego się organizmu ludzkiego jest zmniejszająca się sprawność fizyczna i psychiczna. Po przekroczeniu 75 lat proces → starzenia się postępuje relatywnie szybko, co jednocześnie wymusza większe zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne i usługi opiekuńcze. Natomiast „najstarsi starzy", czyli osoby w wieku 85 lat i więcej potrzebują już najczęściej stałej → opieki (Zych, 2004). Aktualnie w europejskim modelu opieki nad ludźmi starszymi dominuje tendencja do podejmowania takich działań, które umożliwiają pozostawienie ich jak najdłużej w miejscu zamieszkania. Decydują o tym dwa czynniki. Pierwszy, ekonomiczny, gdyż pomoc środowiskowa jest mniej kosztowna w porównaniu z pomocą instytucjonalną. Drugi, środowiskowy, tj. znaczenie środowiska lokalnego w → życiu starszego człowieka. Środowisko lokalne stanowi ważną przestrzeń życiową i społeczną → seniorów. Jest im dobrze znane, często mają tu swoich bliskich i znajomych. Dąży się nawet do tworzenia tzw. inteligentnych systemów domowych, dzięki którym osoba starsza nie musiałaby korzystać z ustawicznej pomocy opiekuna. Powstaje jednak pytanie, czy liczne udogodnienia techniczne (pagery i nadajniki w połączeniu z urządzeniami mierzącymi puls, temperaturę ciała, napięcie mięśni; automatyczne wyłączniki oświetlenia; wyświetlanie informacji na ekranie telewizora, jeśli senior nie słyszy dzwonka do drzwi itp.) dadzą poczucie bezpieczeństwa samotnie mieszkającemu seniorowi i rozwiążą każdy jego problem. (www.soprano-ip.org).

Z badań przeprowadzonych przez CBOS w latach 2000 i 2009 (*Polacy*…, 2000, 2009) wynika, że zdecydowana większość badanych w okresie → starości chciałaby pozostać we własnym mieszkaniu, korzystając z doraźnej pomocy osób bliskich: → rodziny, przyjaciół, sąsiadów. Oczywiście jest to najlepsze rozwiązanie, jeśli się ma rodzinę, znajomych czy sąsiadów, na których można liczyć, gdy już będzie się uzależnionym od innych osób. Zdecydowanie mniej osób myśli o całkowitym związaniu swojego życia z dziećmi, wnukami lub dalszą rodziną. Incydentalnie badani wybierają dom spokojnej starości – prywatny bądź państwowy. Prawie zupełnie nie interesuje ich możliwość zamieszkania wspólnie z innymi starymi ludźmi w celu wzajemnego wspierania się lub wynajem komuś obcemu pokoju czy części mieszkania/domu w zamian za opiekę.

Również z badań, które przeprowadziłam w 2014 roku wśród słuchaczy → uniwersytetu trzeciego wieku (UTW) w podregionie bielsko-bialskim, za pomocą metody sondażowej, wykorzystując ankietę roznoszoną (ankiety zostały osobiście przekazane przewodniczącym UTW i osobiście odebrane, próba liczyła 185 osób, otrzymano 165 zwrotów), można wnioskować, że seniorzy ostatni etap swojego życia chcą spędzić we własnym mieszkaniu, korzystając z doraźnej

pomocy osób bliskich i rodziny. Zdecydowana większość badanych (86,06%) uważa, że → dom pomocy społecznej (DPS) to miejsce, do którego osoby starsze powinny trafić w wyjątkowych sytuacjach, np. gdy nie mają rodziny lub rodzina z powodów materialnych czy zdrowotnych nie jest w stanie zapewnić im opieki. Tylko 4,85 % jest zdania, że w ponowoczesnym świecie jest to najlepsze miejsce dla ludzi starszych, ponieważ mają tam zapewnioną profesjonalną opiekę, towarzystwo współmieszkańców, zagospodarowany → czas wolny, mogą godnie przeżyć ostatni etap swojego życia. Czy istnieje zatem konieczność tworzenia DPS, skoro z badań wynika, że tylko niewielki odsetek planuje w nich swoją przyszłość (tab. 1)?

Wybór formy opieki powinien być sprawą indywidualną każdej starszej osoby. Ważne jest jednak, aby przy wyborze formy opieki uwzględnione zostały: warunki zdrowotne, indywidualne potrzeby, możliwość korzystania z pomocy rodziny, znajomych, stosunki panujące w rodzinie, dotychczasowe warunki zamieszkania, możliwości finansowe, ponieważ ta ostatnia faza życia powinna przebiegać również w godnych warunkach.

W Polsce przy wyborze przez rencistów i emerytów formy mieszkalnictwa decydującą rolę odgrywają środki finansowe. Nie bez znaczenia jest także brak samych form zamieszkania skierowanych do seniorów (Bielak, 2011). Namiastki mieszkań wspieranych dla seniorów, które działają na podobnych zasadach jak „słoneczne miasta" w wielu stanach Ameryki Północnej czy krajach zachodniej Europy, powstały w 2009 roku w Stargardzie Szczecińskim i Radkowie Kłodzkim. Nie są one jednak adresowane do przeciętnego mieszkańca i dzisiaj nie ma jeszcze na nie dużego zapotrzebowania, chociaż tendencja ta za kilka lat może ulec zmianie. Zatem z uwagi na poziom zabezpieczenia materialnego seniorów placówki opiekuńcze nadal stanowić będą najbardziej rozpowszechnioną formę opieki. Konieczność tworzenia placówek instytucjonalnych jest zatem bezdyskusyjna, zwłaszcza ze względu na przemiany demograficzne i kulturowe, które dotykają rodzinę. Należą do nich np. zwiększenie subpopulacji małodzietnych, a także tych, którzy nie założyli rodziny lub się rozwiedli i z różnych względów nie mają dobrego kontaktu z dziećmi, ponadto mobilność młodego pokolenia i związane z nią migracje na duże odległości, czasami też poza granice kraju. W konsekwencji starsze osoby nie zawsze mogą liczyć na pomoc najbliższych. Są również i takie sytuacje, kiedy młody człowiek jest jedynym opiekunem swojego rodzica, wówczas nie z własnej winy zmuszony jest umieścić go w placówce opiekuńczej, gdyż nie może mu zapewnić koniecznej, całodobowej, często specjalistycznej opieki. Na uwadze należy mieć bowiem to, że w Polsce publiczne usługi opiekuńcze są słabo rozwinięte. Brakuje dziennych ośrodków → wsparcia oraz placówek → opieki długoterminowej i/lub krótkotrwałej nad osobą starszą, m.in. w sytuacji hospitalizacji opiekuna czy wyjazdu na urlop. Dopóki nie będzie rozwiniętego wsparcia dla opiekunów nieformalnych, oczekiwanie, że rodzina powinna być głównym wspierającym podmiotem, pozostanie tylko postulatem.

Z analiz Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) wynika, że już za niecałe 10 lat co czwarty mieszkaniec dużego miasta w Polsce będzie osobą 65-letnią i starszą. Nowi starzy to osoby lepiej wykształcone, ale też bardziej samotne. Już 60% Polek, które ukończyły 60. r.ż., to kobiety samotne – niezamężne, wdowy, rozwiedzione (Bunda, 2008). Odpowiednio prowadzony DPS może być więc substytutem domu rodzinnego, może zapobiec osamotnieniu i zapewnić opiekę, której często brakuje seniorowi w środowisku lokalnym, zwłaszcza wielkomiejskim. Bo starość to ten etap życia, gdy człowiek nie powinien być sam. Zdaniem A. → Kępińskiego (1977) lęk przed samotnością zbliżony jest do → lęku przed śmiercią. Zatem samotność pośrednio równa się → śmierci. DPS dają natomiast możliwość przebywania z osobami w zbliżonym wieku, mającymi podobne problemy i potrzeby. Tego codziennego kontaktu z drugą osobą nie zastąpi godzinna czy dwugodzinna wizyta raz lub dwa razy w tygodniu → opiekuna społecznego czy wolontariusza. Należy wziąć pod uwagę także to, że zorganizowanie profesjonalnego wsparcia dla osób w → wieku podeszłym w DPS okazuje się niejednokrotnie łatwiejsze, a tym samym wyższej jakości niż w środowisku. Usługi świadczone przez opiekunki na rzecz osób starszych w środowisku nie zawsze są wystarczające, a ich jakość często budzi wiele zastrzeżeń, także natury moralnej. Kolejny problem tkwi w tym, że istnieje dla tej opieki pewna granica. Jest nią pogarszająca się sprawność fizyczna i umysłowa osób w podeszłym wieku. Jak wynika z badań CBOS (*Polacy*…, 2000), kiedy człowiek staje się bezradny i zależny od innych ludzi, może przede wszystkim liczyć na pomoc najbliższej rodziny, a gdy ta zawiedzie – bądź nie będzie w stanie się opiekować – lub gdy osoba starsza jest samotna, pozostaje wyłącznie pomoc instytucji powołanych do jej niesienia. Na zwiększone zapotrzebowanie na miejsca, zarówno w DPS, jak i placówkach opiekuńczo-leczniczych i placówkach pielęgnacyjno-opiekuńczych, wskazują prognozy dotyczące zapotrzebowa-

nia na liczbę miejsc w DPS dla seniorów do roku 2030 (Szweda-Lewandowska, 2007).

Działalność DPS, w tym → domów pomocy społecznej dla ludzi starszych, reguluje Ustawa z 12 III 2004 roku która uwzględnia takie formy pomocy instytucjonalnej dla osób w podeszłym wieku jak: domy pomocy społecznej (DPS) dla osób w podeszłym wieku; → rodzinne domy pomocy (RDP) dla osób starszych; oraz zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL) i pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO).

Te dwa ostatnie są zakładami stacjonarnej opieki zdrowotnej, tzn. nie należą do sektora → pomocy społecznej. Działają one w ramach ubezpieczenia zdrowotnego w Narodowym Funduszu Zdrowia (NFZ). Placówki te prowadzone są zarówno przez samorządy, tj. podmioty publiczne – publiczne zakłady opieki zdrowia, jak i podmioty prywatne – niepubliczne zakłady opieki zdrowia. Udzielają one całodobowych świadczeń zdrowotnych osobom, które nie wymagają hospitalizacji, ale ze względu na zły stan → zdrowia i trudną sytuację rodzinną nie mogą przebywać w swoim domu. Celem tych placówek jest nie tylko poprawa stanu zdrowia osób w podeszłym wieku, ale również przygotowanie ich do powrotu do środowiska zamieszkania (tab. 2).

Ponieważ zapotrzebowanie na usługi świadczone w formie stacjonarnej będzie systematycznie rosło, a aktualna infrastruktura stacjonarnej → opieki społecznej nad seniorami nadal jest jeszcze słabo rozwinięta i niedostatecznie dostosowana do zachodzących zmian demograficznych w strukturze wiekowej, należałoby rozważyć przeprowadzenie gruntownych reform w zakresie jej organizacji i finansowania, tak aby mogła ona sprostać nowym wyzwaniom. Ponadto zasadne wydaje się włączenie w usługi DPS usług medycznych. Potrzeba zapewnienia odpowiedniej opieki medycznej wynika z → chorób, jakie dotykają osoby w podeszłym wieku. Obecnie wychodzi się z założenia, że DPS jest dla mieszkańca takim samym miejscem zamieszkania jak naturalne środowisko zamieszkania, w którym nie świadczy się tego typu usług. Aktualnie usługi pielęgniarskie świadczone są przede wszystkim w → domach opieki, które z reguły prowadzone są przez podmioty niepubliczne. Brak jest zatem kompleksowych działań nad mieszkańcami DPS.

Domy pomocy społecznej powinny być zróżnicowane i w miarę maksymalnie dostosowane do sprawności oraz stanu zdrowia mieszkańców, powinno nadać się im charakter rodzinny i prywatny, aby mieszkańcy mieli zapewnione poczucie bezpieczeństwa (Zych, 1999). Dobrą alternatywą dla DPS są rodzinne domy pomocy (RDP) i na nich powinna się opierać stacjonarna opieka. Bez wątpienia ta forma pomocy, m.in. ze względu na małą liczbę mieszkańców (3–8) i niemal rodzinne warunki życia, może zmienić negatywny stereotyp, jaki wytworzył się wokół DPS. Ponadto jest ona dostosowana do potrzeb nowych seniorów, którzy są bardziej wymagający i potrafią upomnieć się o swoje prawa. Plusem tej formy pomocy jest możliwość indywidualnego, bezpośredniego podejścia do mieszkańca. Mieszkaniec w tak małej grupie nie jest anonimowy, ma zapewniony bliski kontakt ze wszystkimi domownikami. Istnieje zatem większe prawdopodobieństwo, że mieszkańcy będą wzajemnie się wspierać, pomagać sobie, gdy zajdzie taka potrzeba. W miarę swoich możliwości mogą także aktywnie uczestniczyć w pracach domowych – przygotowywaniu posiłków, robieniu drobnych zakupów, pielęgnowaniu działki. Wykonując takie prace jak we własnym domu, łatwiej można przejść okres adaptacji do nowych warunków. W okresie styczeń–czerwiec 2017 roku w Polsce funkcjonowało 28 RDP – z ich usług korzystało 151 osób (tab. 3). Przyczyna niewielkiej jeszcze liczby RDP tkwi w trudnościach związanych z ich prowadzeniem. Przede wszystkim brakuje osób chętnych do ich uruchamiania. Tymczasem gmina powinna być zainteresowana zakładaniem tego typu placówek. Po pierwsze, koszty utrzymania RDP są o wiele niższe niż tradycyjnych stacjonarnych placówek pomocy społecznej, a po drugie dają możliwość zatrudnienia osobom, które próbują odnaleźć się na rynku pracy, np. poprzez samozatrudnienie (Mirewska, 2011). Może to być też atrakcyjna propozycja dla osób, które posiadają własne domy o dużej powierzchni, niejednokrotnie są samotne, ale nie chcą zmienić swojego miejsca zamieszkania. Dostosowanie własnego domu do obowiązujących standardów nie powinno stanowić przeszkody finansowej dla osoby lub rodziny, która chce uruchomić placówkę. Środki na ten cel można bowiem pozyskać z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Zawodowej, od dysponenta funduszy Unii Europejskiej (UE), z → ośrodka pomocy społecznej w ramach pomocy na ekonomiczne usamodzielnienie i/lub z urzędu pracy w ramach pożyczki na uruchomienie działalności gospodarczej. RDP różnią się od prywatnych domów pomocy prowadzonych przez osoby fizyczne lub podmioty prawne przede wszystkim tym, że nie są nastawione na zysk.

Ciekawą propozycją nowej stacjonarnej oferty opieki dla osób starszych jest również program „Agrodom Seniora", który powstał z inicjatywy Stowarzyszenia Domów Opieki i Pensjonatów dla Seniorów (Bielak,

2011). Projekt ten nie ma swojego odpowiednika w świecie, jest to autorska koncepcja przeznaczona do realizacji we wszystkich województwach Polski. Projekt „Agrodom Seniora" skierowany jest do: 1) niepracujących rodziców lub dziadków, którzy są skłonni przekazać swoje mieszkanie dzieciom lub wnukom w zamian za pobyt w Agrodomie Seniora; 2) rolników, którzy nie mają następców i decydują się za miejsce w Agrodomie Seniora przekazać swoje gospodarstwo. Funkcjonowanie Agrodomu Seniora w pewnym stopniu zbliżone jest do funkcjonowania RDP – w tym systemie opieki całodobowej jest też mniej symptomów charakteryzujących instytucję totalną.

Wprowadzenie nowych zróżnicowanych form stacjonarnej opieki społecznej daje seniorom możliwość ich wyboru. Zaletą różnorodności placówek stacjonarnych jest konkurencja między nimi, która powinna przyczynić się do podniesienia ogólnego standardu świadczonych usług i wyeliminowania placówek budzących zastrzeżenia nie tylko ze względu na bazę materialną i strukturę organizacyjną, ale zwłaszcza ze względu na zatrudniony zespół terapeutyczno-opiekuńczy. W Polsce nie tylko brak konkurencji jest czynnikiem hamującym podnoszenie jakości usług świadczonych w DPS, również istotny wpływ na to mają zasady finansowania pobytu w tych placówkach. Biorąc pod uwagę aktualne zasady finansowania, dla gmin korzystniejsze jest kierowanie niesamodzielnych osób do placówek, które oferują usługi nie najwyższej jakości, ale za to tańsze. W efekcie dochodzi do sytuacji, w której obserwuje się zwiększony popyt na placówki świadczące tanie usługi niskiej jakości, podczas gdy placówki zapewniające drogie usługi wysokiej jakości dysponują wolnymi miejscami (Jurek, 2011).

W związku z powyższym opieka stacjonarna nad osobami starszymi powinna być w większym stopniu przekazywana do sektora drugiego (sfera biznesu) i trzeciego (organizacje non-profit). Szczególną rolę w tej kwestii winien odgrywać sektor trzeci, gdyż jego przedstawiciele mają bardzo dobre rozeznanie w potrzebach ludzi w podeszłym wieku, a zatrudniony personel stanowi nie tylko dobrze wyspecjalizowaną, ale i oddaną mieszkańcom kadrę. Ponadto oferta sektora trzeciego w przeciwieństwie do domów opieki prowadzonych przez osoby fizyczne lub prawne w celu uzyskania zysku z działalności gospodarczej nie jest skierowana tylko i wyłącznie do grupy najzamożniejszych seniorów. Wskazane jest więc wprowadzenie różnych alternatywnych form zamieszkania osób starszych. Bogata oferta skierowana do seniorów będzie dawała możliwość wyboru najlepszej dla indywidualnego użytkownika oraz przyczyniała się do wspomnianej już konkurencji w sektorze. Oczywiście chodzi o zdrową konkurencję, a ta powinna być oparta na tożsamym dostępie do informacji oraz środków finansowych pomiędzy placówkami opiekuńczymi prowadzonymi przez trzy sektory. Wysoki standard i jakość oferowanych usług oraz rzetelne publiczne informacje o funkcjonowaniu DPS mogą przyczynić się do zmiany ich negatywnego wizerunku ciągle jeszcze funkcjonującego w obiegowej opinii. Zatem władza publiczna powinna stworzyć odpowiednie podłoże do zwiększenia podaży na tego typu usługi. W grę wchodzą zachęty fiskalne (preferencyjne kredyty, ulgi podatkowe) oraz działania, które związane są z edukacją profesjonalnego personelu placówek pomocowych (Jurek, 2011).

Ze względu na rosnące zapotrzebowanie na opiekę instytucjonalną nad osobami starszymi, spowodowaną m.in. przemianami w modelu rodziny, należałoby zadbać o rzetelną i pełną informację dotyczącą jej stanu. Aktualnie brakuje pełnych danych. Przede wszystkim brak bazy danych teleadresowych i informacji o wszystkich świadczących usługi opiekuńcze placówkach funkcjonujących na terenie danego województwa. Nie ma również ogólnodostępnych krótkich informacji z przeprowadzonych kontroli Naczelnej Izby Kontroli (NIK) na temat standardu i jakości usług w poszczególnych domach pomocy. Takie informacje byłyby istotne dla przyszłych mieszkańców DPS, którzy po latach pracy pragną mieć godny wypoczynek i zaspokojone nie tylko potrzeby bytowe, ale przede wszystkim te duchowe – obecność kogoś bliskiego, prawo do prywatności itp. Istotną sprawą jest również to, aby wraz z większym zaangażowaniem drugiego i trzeciego sektora w prowadzenie stacjonarnych placówek dla osób w podeszłym wieku państwo przekierunkowało swoją rolę z bezpośredniego realizatora zadań, czyli świadczeniodawcy, na rolę organizatora całego systemu, który zajmuje się określaniem celów i zasad, finansowaniem zadań oraz kontrolą (Jurek, 2011). Jeżeli nie nastąpią rzeczywiste zmiany – zarówno w zakresie struktury, jak i funkcji instytucjonalnej opieki – niewielu seniorów będzie planowało swoją przyszłość w placówkach, nawet wówczas, gdy pobyt w miejscu zamieszkania miałby wiązać się z bardzo niską → jakością życia.

AZ

B: Bielak, 2011; Bunda, 2008; Jurek, 2011; Kępiński, 1977; Mirewska, 2011; *Polacy*…, 2000, 2009; Szweda-Lewandowska, 2007; Zych, 1999, 2004.

Tabela 1. Plany związane z organizacją życia w okresie starości (dane w %)

Jak chciał(a)by Pan(i) zorganizować swoje życie na stare lata, kiedy będzie Pan(i) potrzebował(a) pomocy? Czy będzie chciał(a) Pan(i) przede wszystkim:	Badania CBOS 2000 n = 1 094	Badania CBOS 2009 n = 1 022	Badania własne 2014 n = 165
Mieszkać we własnym mieszkaniu, korzystając z doraźnej pomocy osób bliskich – rodziny, przyjaciół, sąsiadów	57	66	58
Dzielić mieszkanie z dziećmi, wnukami lub dalszą rodziną	20	12	6
Mieszkać we własnym mieszkaniu, mając zapewnioną opłaconą przez siebie stałą pomoc osób zajmujących się opieką nad ludźmi starymi	8	9	9
Mieszkać we własnym mieszkaniu, mając zapewnioną bezpłatną stałą pomoc, np. opieki społecznej, PCK Caritasu lub innych wolontariuszy	3	3	12
Mieszkać wspólnie z innymi starszymi ludźmi w celu wzajemnego wspomagania się	2	1	2
Zamieszkać w prywatnym domu spokojnej starości	2	1	4
Zamieszkać w państwowym domu spokojnej starości	1	2	3
Wynająć komuś obcemu pokój lub część mieszkania w zamian za opiekę	0,3	1	0,0
Inne rozwiązanie	0,2	1	0,0
Nie wiem, nie zastanawiałem(am) się nad tym	6	4	2
Brak odpowiedzi	0,0	0,0	3

Źródło: *Polacy wobec ludzi starych i własnej starości.* Komunikat z badań (BS/172/2000). Warszawa 2000. *Polacy wobec ludzi starszych i własnej starości*. Komunikat z badań (BS/157/2009). Warszawa 2009

Tabela 2. Placówki stacjonarne dla osób w podeszłym wieku z uwzględnieniem profilu usług

Sektor	Rodzaj	Profil działania
Publiczny – ośrodki pomocy społecznej	Domy pomocy społecznej (DPS) [Uwzględniono te typy domów pomocy społecznej, w których wszyscy lub część mieszkańców to osoby starsze – przyp. aut.].	Dla osób w podeszłym wieku
		Dla osób przewlekle somatycznie chorych
		Dla osób przewlekle chorych psychicznie
		Dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie
		Dla osób niepełnosprawnych fizycznie
		Dla osób uzależnionych od alkoholu
	Rodzinne domy pomocy (RDP)	Dla 3–8 osób; zapewnione są usługi bytowe i opiekuńcze
Niepubliczny	Prywatne domy opieki (PDO)	Dodatkowo zapewnione są usługi pielęgnacyjne (także w czasie choroby)
Służba zdrowia	Zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL)	Dla osób wymagających wzmożonej opieki medycznej; zapewniają całodobowe świadczenia zdrowotne (pielęgnację i rehabilitację)
	Zakłady pielęgniczo-opiekuńcze (ZPO)	Dla osób wymagających wzmożonej opieki medycznej; zapewniają całodobowe świadczenia zdrowotne (pielęgnację i rehabilitację)

Tabela 3. Rodzinne domu pomocy (RDP) wg województw – stan na 1 XII 2014 roku

Podmiot prowadzący RDP	Gmina			Inny podmiot		
Województwo/liczba	RDP	Miejsc	Osób	RDP	Miejsc	Osób
1 – kujawsko-pomorskie				2	16	15
2 – lubuskie				1	8	3
3 – łódzkie				1	4	4
4 – małopolskie				2	19	19
5 – podkarpackie				1	3	3
6 – podlaskie				4	28	21
7 – pomorskie	3	17	18			
8 – śląskie				1	8	8
9 – świętokrzyskie	5	36	30	2	8	8
10 – warmińsko-mazurskie	5	19	14			
11 – wielkopolskie				1	7	8
Razem	13	72	62	15	101	89

Źródło: Sprawozdanie MPiPS-03-R za styczeń–czerwiec 2017 roku Zestawienie wg województw – Internet: https://www.mpips.gov.pl/pomoc-spoleczna/raporty-i-statystyki/statystyki-pomocy-spolecznej/statystyka-...[dostęp: 05.03.2018].

D: Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z 28 VII 2005 roku; Ustawa z 12 III 2004 roku.
N: Sprawozdanie MRPiPS-03 za styczeń-czerwiec 2017 roku. Zestawienie wg województw – Internet: https://www.mpips.gov.pl/pomoc-spoleczna/raporty-i-statystyki/statystyki-pomocy-spolecznej/statystyka-... [dostęp: 05.03.2018].
O: grupy wspierania, indywidualny plan wsparcia, sieć społeczna i wsparcie społeczne, wsparcie.
TK: ang. *necessity of institutional support for seniors*, fr. *nécessité d'un appui institutionnel pour les personnes âgées*, hiszp. *necesidad de apoyo institucional para adultes mayores*, niem. *Notwendigkeit die institutionelle Hilfe für Senioren*, ros. *необходимость институциональной поддержки для пожилых людей*.

kontekstualistyczna teoria starzenia się → kontekstualizm

kontekstualizm (kontekstualistyczna teoria starzenia się)

– paradygmat niemieckiego gerontopsychologa P.B. → Baltesa (1987), wiążący → starość ze wzrostem wiedzy i doświadczenia życiowego w ciągu całego → cyklu życia i → rozwoju człowieka. Dojrzewanie do starości objawia się w zdolności do zmiany swojego zachowania w odpowiedzi na przemiany dokonujące się w fizycznym i społecznym kontekście → życia i/lub środowiska, w którym przyjdzie człowiekowi żyć, gdy stanie się starszy. P.B. Baltes w swym kontekstualizmie stał na stanowisku, że człowiek starzejący się i stary może zmieniać się dzięki nagromadzonej → mądrości życiowej i doświadczeniu życiowemu, by podejmować nowe wyzwania i przezwyciężać nadchodzące kryzysy życiowe, jakie przynosi zmieniający się kontekst indywidualny, społeczny i środowiskowy. Do oceny mądrości życiowej P.B. Baltes ze swoim zespołem zaproponował następujące kryteria: bogatą faktograficzną wiedzę teoretyczną, która dotyczy podstawowej pragmatyki życiowej; praktyczną wiedzę proceduralną z tego zakresu; zdobytą w → biegu życia wiedzę kontekstualną, która dotyczy rożnych aspektów życia (m.in. → rodziny, pracy, przyjaźni), ich wzajemnych powiązań i zmian na przestrzeni; relatywizm wartości i tolerancję, przy jednoczesnej orientacji w wartościach i ich ważności; oraz świadomość braku pewności i radzenie sobie z nim. W podejściu kontekstualnym do rozwoju, a zarazem do procesu → starzenia się, zakłada się, że człowiek jest dynamicznym układem, którego zmiany rozpatrywane są zawsze w kontekście innych zmian, stale zachodzących w świecie na różnych poziomach jego organizacji: fizycznym, biologicznym, społecznym i psychicznym, czyli ludzki rozwój jest pojmowany jako efekt ciągłych interakcji między różnymi poziomami organizacji istniejącymi w świecie: zewnętrznymi i wewnętrznymi, zarówno fizycznymi, biologicznymi, jak i psychicznymi (Trempała, 2001).

AAZ

B: Baltes, 1987; Trempała, 2001.
O: rozwojowa teoria starzenia się, rozwój człowieka, społeczne teorie starzenia się, starzenie się.
TK: ang. *contextualism*, fr. *le contextualisme*, hiszp. *contextualismo*, niem. *der Kontextualismus*, ros. *контекстуализм*.

kontrola społeczna nad ciałem [chorym, niepełnosprawnym i/lub starym]

Potocznie kontrola kojarzy się z różnymi represjami zewnętrznymi wynikającymi ze społecznych nakazów i zakazów. Przykładem może być kontrola w tramwaju, która wynika z przestrzegania norm rządzących korzystaniem z komunikacji miejskiej, a więc zobowiązujących podróżnego do posiadania biletu. W literaturze socjologicznej przyjmuje się, że kontrola społeczna to wszelkie mechanizmy uruchamiające, a niekiedy i wymuszające współdziałanie, które utrzymuje porządek społeczny (Szacka, 2003). Termin „kontrola społeczna" jest stosowany w odniesieniu do procesów społecznych, poprzez które regulowane jest zachowanie jednostek lub grup. Ponieważ wszystkie społeczeństwa mają normy i/lub reguły rządzące ich postępowaniem, we wszystkich funkcjonują pewne mechanizmy zapewniające zgodność zachowań z tymi normami oraz regulujące postępowanie w przypadku dewiacji (Marshall, 2004). Kontrola społeczna może być wewnętrzna (odpowiada za nią proces socjalizacji poprzez internalizację wartości i norm, działa w małych wiejskich społecznościach lokalnych) lub zewnętrzna (posługuje się sankcjami oraz systemem nagród i kar) oraz formalna (regulaminy, kodeksy prawne) i nieformalna (posługuje się sankcjami pozytywnymi, np. okazanie szacunku, wzrost prestiżu lub negatywnymi, np. pogarda, wykluczenie, ośmieszenie). Wszystkie rodzaje kontroli stosują sankcje, w przypadku kontroli wewnętrznej mogą to być wyrzuty sumienia (Szacka, 2003). W strukturze społecznej kontrola przebiega na poziomie mikrostruktur (odpowiada za nią proces socjalizacji), jak i makrostruktur (na straży porządku stoi prawo

i instytucje). W miarę jak społeczeństwa powiększają się, stają się coraz bardziej złożone i zróżnicowane, przestają wystarczać dotychczasowe czynniki kontroli społecznej, a czasem mogą przyczynić się do powstania dewiacji, czyli zachowań, które łamią dotychczas przyjęte normy (Turner, 1998).

W tworzeniu porządku społecznego biorą udział **instytucje**. Kontrolują one ludzkie działania, narzucają wzory postępowania, które każą zachowywać się w określony sposób (Szacka, 2003). Instytucje społeczne spełniają szczególnie ważną rolę w systemie kontroli społecznej. Jan Szczepański (1913–2004) wyróżnił dwa rodzaje mechanizmów kontroli społecznej: – **psychospołeczny**, polegający na internalizacji norm i wartości, tak że jednostka odczuwa posłuszeństwo wobec nich jako wewnętrzny przymus, oraz **materialno-społeczny**, polegający na przymusie zewnętrznym stosowanym przez instytucje (Szczepański, 1970). Do typowych instytucji kontrolnych zalicza się te włączone do wymiaru sprawiedliwości, jak: sądy, policję czy zakłady karne. Istnieje też wiele instytucji, które pełnią funkcje kontrolne w różnych obszarach życia, jak np. urzędy kontroli skarbowej, służba leśna, służba celna czy inspekcje transportu drogowego. Wszystkie te instytucje mają na celu troskę o przestrzeganie prawa i utrzymywanie porządku społecznego. Obok instytucji pełniących funkcje kontrolne są i takie, które – w społecznym odczuciu – zostały powołane w zupełnie innym celu. Przykładem mogą być instytucje opiekuńcze, które obok **jawnych funkcji** związanych z → opieką nad osobami starszymi, niepełnosprawnymi czy chorymi, w przeszłości pełniły **funkcje ukryte** związane z kontrolą i represjami, stając się dysfunkcjonalne i zyskując miano instytucji totalnych. W socjologii przyjmuje się, że instytucje powstają w celu zaspokajania ważnych społecznie potrzeb i pełnią określone funkcje. Znamienną cechą instytucji opiekuńczych jest zaspokajanie potrzeb związanych z opieką i pielęgnacją. Wśród nich wymienia się m.in. → domy pomocy społecznej, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze i opiekuńczo-lecznicze. Jedną z najbardziej rozpowszechnionych instytucji opiekuńczych są domy pomocy społecznej. W ujęciu socjologicznym domy pomocy społecznej należą do instytucji polityki społecznej państwa i stanowią organizację formalną o charakterze pomocowym. Zgodnie z Ustawą z 12 III 2004 roku o pomocy społecznej wyróżnia się następujące typy: 1) dla osób w → wieku podeszłym; 2) dla osób przewlekle somatycznie chorych; 3) dla osób przewlekle psychicznie chorych; 4) dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie; 5) dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie; 6) dla osób niepełnosprawnych fizycznie.

Domy pomocy społecznej przekształciły się ze szpitali, przytułków, zakładów zamkniętych (utożsamianych z instytucjami totalnymi), wreszcie z → domów opieki. Opinia o tych instytucjach, jak i ich mieszkańcach nie zawsze należała do pozytywnych. W przeszłości instytucje te nosiły nazwę „umieralni", a mieszkańców traktowano jak obywateli „drugiej kategorii" (Zbyrad, 2014). Współczesne domy pomocy społecznej nie ograniczają się tylko do zaspokajania podstawowych potrzeb bytowych, ale starają się również dbać o potrzeby duchowe swych podopiecznych (w ustawie wymienia się szeroki wachlarz usług wspomagających). Na przestrzeni lat zasadniczej poprawie uległa jakość usług i ich zróżnicowanie oraz przygotowanie zawodowe personelu (Sierpowska, 2007). Instytucje opiekuńcze stanowią szczególną kategorię instytucji społecznych z uwagi na to, że zamieszkują w nich ludzie. Dlatego instytucje te budzą zainteresowanie wielu badaczy nie tylko z uwagi na specyfikę ich funkcjonowania, ale także ze względu na fenomen rosnącego zapotrzebowania na ich usługi.

Pierwszą gruntowną próbę „zdemaskowania" owych instytucji podjął Erving Goffman (1922–1982). Wyróżnił pięć grup instytucji totalnych, a wśród nich dwie kwalifikuje się jako instytucje opiekuńcze: „Do **pierwszej** należą instytucje powołane do opieki nad osobami niedołężnymi i nieszkodliwymi. Są to domy starców, przytułki dla ociemniałych, żebraków, sierot itd. Grupę **drugą** stanowią zakłady opieki nad osobami niezdolnymi do samodzielnego troszczenia się o siebie, a zarazem – choć nie z ich winy – niebezpiecznymi dla społeczeństwa. Są to sanatoria przeciwgruźlicze, szpitale psychiatryczne i leprozoria" (Goffman, 2006).

Domy pomocy społecznej stanowią egzemplifikację instytucji totalnych w trzech obszarach. Po pierwsze, świadczą usługi dla osób niedołężnych, nieszkodliwych (np. → seniorów), jak i niezdolnych do samodzielnego troszczenia się o siebie (np. niepełnosprawnych czy chorych psychicznie). Po drugie, są wyizolowane z otoczenia, a mieszkańcy w jednym miejscu zaspokajają swoje potrzeby i podlegają zbiorowej dyscyplinie. Codzienne czynności pensjonariuszy są ściśle wyznaczone i z góry zaplanowane: „tworzy się w ten sposób cała sekwencja czynności narzuconych przez system jawnych, formalnych reguł i wykonywanych pod jawnym nadzorem kierownictwa. Te wszystkie obowiązkowe działania w efekcie tworzą jeden racjonalny plan, służący urzeczywistnianiu oficjalnych celów instytu-

cji" (Goffman, 2011). Po trzecie, zatrudniony personel pełni niejako funkcje nadzorcze, a mieszkańcy stosują się do jego poleceń. Funkcje kontrolne instytucji opiekuńczych najlepiej zrozumieć, odwołując się do prostego schematu strukturalnego ukazującego podział na grupę zarządzającą, czyli personel i grupę zarządzaną, czyli mieszkańców (pensjonariuszy). Świat personelu i mieszkańców obejmuje dwa przeciwstawne bieguny: „Pensjonariusze zazwyczaj przebywają w instytucji na zasadzie pobytu stałego, a ich kontakt ze światem zewnętrznym ograniczają mury. Personel spędza tu osiem godzin dziennie i ma stały kontakt społeczny ze światem zewnętrznym. Przedstawiciele każdej z tych grup, myśląc o drugiej grupie, wykorzystują ubogie treściowo stereotypy wrogości. Personel z reguły postrzega mieszkańców jako osobników skrytych, zawziętych i niegodnych zaufania, oni zaś traktują personel jak ludzi wywyższających się, złośliwych i władczych. Personel zazwyczaj odczuwa swoją wyższość nad mieszkańcami i uznaje prawowitość posiadanej przez siebie władzy. Mieszkańcy natomiast czują się poniżeni, słabi, podejrzani i winni" (Goffman, 2011). Nie bez przyczyny zwraca się uwagę na problem depersonalizacji w relacjach personel – podopieczny, czyli przedmiotowego traktowania. Świat personelu stawia sobie za cel „obróbkę ludzi". Chodzi tu o uformowanie podwładnych wedle określonych wzorców. U podwładnych z chwilą przekroczenia progu instytucji totalnej rozpoczyna się – zdaniem Goffmana – **proces degradacji**, który dokonuje się poprzez przechowywanie rzeczy osobistych w magazynie, ograniczenie kontaktów ze światem zewnętrznym, zawieszenie planów rodzinnych czy zawodowych itp. Ponadto u podwładnych następuje proces **deprywacji osobowości**, który uwidacznia się w systemie władzy w trojaki sposób: 1) każdy członek personelu ma prawo karania każdego podwładnego; 2) władza stosuje sankcje za wykroczenia; 3) za wykroczenia w jednej dziedzinie stosuje się sankcje w innych dziedzinach. Te trzy cechy władzy wytwarzają u podwładnego sieć przymusu, osądu i presji, spod których trudno jest się wymknąć. System ten podważa zasadę, że każdy dorosły ma prawo decydowania o stosunkach z innymi ludźmi. Ponadto w instytucji totalnej istnieją liczne, specyficzne i rygorystycznie przestrzegane przepisy, wskutek których podwładni żyją w ciągłym lęku przed ich łamaniem, obawiając się konsekwencji (Zbyrad, 2012).

Totalny charakter instytucji, jakimi są – czy raczej były – domy pomocy społecznej, był przedmiotem zainteresowania wielu badaczy, m.in. Elżbiety Tarkowskiej (1994), której zdaniem „życie w instytucji totalnej – a taką jest dom pomocy społecznej – jest przede wszystkim ekstremalnym wyrazem zależności i podporządkowania […]. Domy pomocy społecznej to jeden z najtrudniejszych problemów → pomocy społecznej w Polsce, pozostałość separacyjnego modelu → opieki społecznej, charakterystyczne dziedzictwo przeszłości". Badania prowadzone w domach pomocy społecznej przez Tarkowską pozwoliły na wyodrębnienie cech podkreślających totalny charakter tych instytucji, a tym samym wskazujących na dość wysoki poziom systemu kontroli. Należą do nich: 1) **uprzedmiotowienie mieszkańców** – traktowanie ich jako obiekty zabiegów pielęgnacyjno-higieniczno-opiekuńczych bądź traktowanie ich jak dzieci; 2) **obsługiwanie, dostarczanie „gotowego"** – odsuwanie mieszkańców od decyzji w różnych (drobnych i większych) sprawach życia codziennego i od udziału w przygotowaniach do nich; jest to istotne zubożenie życia, a jednocześnie prowadzi do postaw i zachowań pasywnych, niekiedy do roszczeniowości; 3) **standaryzacja, uniformizacja życia codziennego** – wyrażająca się w kolektywnych sposobach zaspokajania potrzeb, w braku indywidualnych możliwości wyboru; 4) **minimalizacja potrzeb, a nie rozwój** – typowa dla instytucjonalnego → życia; 5) **podwójna redukcja potrzeb** – sprowadzanie zaspokajania potrzeb mieszkańców przede wszystkim do podstawowych potrzeb bytowych, minimalizacja potrzeb, a nie ich rozwój, sprowadzanie zaspokajania potrzeb bytowych wyłącznie do ich biologicznej funkcji (np. dostarczanie organizmowi kalorii) przez pozbywanie się kulturowej warstwy zaspokajania potrzeb, np. spożywania posiłków; 6) domy nie zaspokajają wielu potrzeb **związanych z kontaktami międzyludzkimi** – bliskości, serdeczności, przyjaźni, miłości, a także ciągłości stosunków międzyludzkich. Niestety, wymienione wyżej cechy nie odeszły do przeszłości, ich całkowite wyzbycie się nie zawsze jest możliwe. Na ograniczający i kontrolny charakter instytucji opiekuńczych wskazują także współczesne teorie neoinstytucjonalne. Nowy instytucjonalizm przyjmuje, że „instytucje to wszystkie wymyślone przez człowieka, czyli zaprojektowane i nałożone na ludzkie zachowania ograniczenia, które kontrolują, porządkują i czynią przewidywalnym (a przez to możliwym i produktywnym) świat społecznych interakcji" (Chmielewski, 1994).

Nowe spojrzenie na instytucje prezentuje Douglass Cecil North, który utożsamia instytucje z ograniczeniami wytworzonymi przez ludzi, a te z kolei kształtują strukturę ludzkich interakcji. Instytucje mają zatem trzy wymiary: **ograniczenia formalne**, np. regu-

ły, prawa, konstytucje, **ograniczenia nieformalne**, np. normy zachowań, konwencje, dobrowolnie przyjęte kodeksy postępowania, oraz **sposoby ich narzucania i egzekwowania**. Razem tworzą strukturę bodźców społeczeństw, a w szczególności gospodarek (North, 2006). Pojęcie „instytucji" North stosuje zamiennie z pojęciem „reguł", o czym świadczy podział instytucji na dwa rodzaje: reguły formalne i nieformalne oraz towarzyszące im sankcje. Oznacza to, że formalne reguły, które mają działać w społeczeństwie, współwystępują zawsze z nieformalnymi ograniczeniami oraz powiązanymi oboma typami reguł różnymi sankcjami (Chmielewski, Niklas, 2010).

Nowy instytucjonalizm zwraca uwagę na system transakcji zachodzący pomiędzy aktorami politycznymi, przy czym tworzenie instytucji nie jest już jak dawniej podyktowane szeroko rozumianym interesem społecznym. Jak twierdzi North (2006): „Instytucji zwykle nie tworzy się z konieczności ani nawet po to, by były społecznie efektywne; są one, a przynajmniej ich formalne reguły, powoływane w interesie tych, którzy dysponują siłą przetargową do tworzenia nowych regulacji. Siła przetargowa nie wpływa na efektywność wyników w świecie zerowych kosztów transakcji, ale wpływa w świecie dodatnich kosztów transakcji". Kalkulacje ekonomiczne będą coraz bardziej decydujące w procesie kształtowania instytucji, a mniej sposób i jakość zaspokajanych potrzeb. Nowi instytucjonaliści integralnym elementem instytucji czynią racjonalność, ograniczenie, regułę, a nie jak niegdyś funkcje, cele, potrzeby. Instytucje w ujęciu tych teorii nie tyle zaspokajają potrzeby społeczne, co raczej opierają się na racjonalności ludzkiego działania. Tym też należy tłumaczyć utrzymywanie nieefektywnych w opinii społecznej instytucji.

Cechy instytucji opiekuńczych, takie jak: regulaminy, procedury, nakazy, zakazy, masowy sposób zaspokajania potrzeb (np. menu jednakowe dla wszystkich), ograniczona swoboda i mniej lub bardziej wprowadzona dyscyplina (Zbyrad, 2012) wskazują na elementy kontrolne. Ale nie brakuje też innych argumentów przemawiających za tym, że instytucje opiekuńcze stanowią formę kontroli nad człowiekiem starym, chorym czy niepełnosprawnym. Najwięcej dowodów dostarcza nam subdyscyplina socjologii, jaką jest socjologia ciała – zwana też socjologią medycyny, → zdrowia i → choroby. W świetle tej nauki nasze ciało nieustannie podlega kontroli społecznej. Wyspecjalizowane instytucje, takie jak np. domy pomocy społecznej, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze czy → hospicja pełnią funkcję „regulowania ciał w przestrzeni, co oznacza: wykluczanie z niej tych, które przeczą obowiązującym ideałom, tych, które przypominają o »biologicznym« ciele i nieuchronności procesu → starzenia się i → śmierci. Ciała stare i chore ujawniające brak kontroli, a także uznane za nieestetyczne, obsceniczne i wzbudzające wstręt, stają się przedmiotem wykluczenia" (Jakubowska, 2009). Owemu wykluczeniu sprzyjają instytucje, które z jednej strony powołane są do opieki nad osobami zależnymi, z drugiej zaś są miejscem zatrzymywania tych, dla których przestrzeń publiczna staje się coraz bardziej obca.

Zygmunt Bauman (1925–2017), oceniając współczesną rzeczywistość, zwraca uwagę na nieustannie podnoszony „próg wstydu", polegający na tym, że trzymamy w ukryciu rzeczy, których się wstydzimy, oraz że coraz szersze kręgi zatacza „segregacja, separacja" (Bauman, 1998). Instytucje powołane do opieki nad osobami starszymi, schorowanymi czy umierającymi właśnie stają się takim miejscem segregacji, separacji i trzymania w ukryciu naszych bliskich, których się „wstydzimy". Najbardziej separujemy osoby zmarłe czy umierające. Służą ku temu specjalnie tworzone instytucje. Jest to nowe zjawisko, nieznane w przeszłości, gdyż ludzie zawsze umierali w rodzinach, wśród swoich.

Antonina Ostrowska (2005) zauważa, że mamy do czynienia z → instytucjonalizacją umierania i/lub „instytucjonalizacją śmierci". W instytucjach, takich jak: szpital czy hospicjum, „dokonuje się także proces umierania […] umieranie odbywa się tam jakby wstydliwie, z boku, za parawanem, poza głównym nurtem działalności instytucji" (Ostrowska, 2005). W podobnym tonie wypowiada się wielu badaczy problematyki, wskazując na eliminację śmierci z publicznego życia, na jej instytucjonalizację i komercjalizację.

Ciągłe zapotrzebowanie na instytucje opiekuńcze nie tylko świadczy o słabnącej roli → rodziny w zabezpieczaniu swoich mniej sprawnych członków, jak to było niegdyś w rodzinie tradycyjnej, o deficycie potencjału opiekuńczego, zarówno w rodzinie, sąsiedztwie, jak i całej lokalnej społeczności, ale także należy to zapotrzebowanie ujmować w kategoriach separacji, segregacji i wykluczenia z przestrzeni publicznej ciał, które nie są atrakcyjne, które nie pasują do „kultu młodości", które przeczą ideałom zdrowego i pięknego ciała. Społeczeństwa zawsze kontrolowały ciała słabe, naruszające społeczne normy i zakłócające porządek społeczny. Niegdyś wobec tych wszystkich kategorii osób stosowano przymus i system represji społecznej (Mrugalska, 1995). Idealną formą współczesnej kontroli stają się instytucje, które z jednej strony świadczą

usługi opiekuńczo-wspomagające, a z drugiej zapewniając miejsce stałego pobytu, eliminują z przestrzeni społecznej ciała odbiegające od społecznych ideałów.

TZ

B: Bauman, 1998; Chmielewski, 1994; Chmielewski, Niklas, 2010; Goffman, 2006, 2011; Jakubowska, 2009; Marshall, 2004; Mrugalska, 1995; North, 2006; Ostrowska, 2005; Sierpowska, 2007; Szacka, 2003; Szczepański, 1970; Tarkowska, 1994, 1997; Turner, 1998; Zbyrad, 2012, 2014.
D: Ustawa z 12 III 2004 roku**.**
O: choroba, niepełnosprawność, obiektywny i subiektywny wymiar starości, starość.
TK: ang. *social control over the body*, fr. *le contrôle social sur le corps*, hiszp. *el control social sobre el cuerpo*, niem. *soziale Kontrolle über den Körper*, ros. *социальный контроль над телом*.

Korenczewski Władimir Georgiewicz [ang. Korenchevsky Vladimir Georgievich, ros. Коренчевский Владимир Георгевич] (1880–1959)

rosyjski lekarz, bakteriolog, farmakolog, patolog i gerontolog, prekursor współczesnej → geriatrii i badań procesu → starzenia się oraz „ojciec → gerontologii". W latach 1898–1903 odbył studia w Wojskowej Akad. Med. (WAM) w Petersburgu, uzyskując ze złotym medalem dyplom lekarza; w okresie 1904–1905 jako lekarz wojskowy brał udział w wojnie rosyjsko-japońskiej; w roku 1908 na zaproszenie Ilji Iljicza → Miecznikowa pracował w Inst. Pasteura w Paryżu, następnie był wykładowcą patologii eksperymentalnej w Uniw. Moskiewskim (1908–1909), tam też uzyskał stopień doktora medycyny (1909); zaproszony przez Iwana Pietrowicza Pawłowa (1849–1936) pracował w Inst. Medycyny Eksperymentalnej WAM w Petersburgu (1910–1911), a od 1915 roku był profesorem patologii eksperymentalnej na Uniw. w Piotrogrodzie. W 1920 roku wyemigrował do Anglii, uzyskał obywatelstwo brytyjskie, osiadł w Londynie i został starszym pracownikiem naukowym w Inst. Medycyny Prewencyjnej (1920–1945). Następnie był profesorem i dyrektorem Oddz. Badań Gerontologicznych w Oksfordzie (1946–1952). Władimir G. Korenczewski był założycielem najstarszego tow. badań gerontologicznych na świecie, utworzonego w 1940 roku w Londynie, początkowo w formie klubowej (*The Club for Ageing*, 1939), a następnie w postaci Brytyjskiego Tow. Badań Starzenia się (BSRA). Był również honorowym sekretarzem tego tow. oraz współzałożycielem Międzynarodowego Stow. Gerontologii (1950), przekształconego w 2004 w Międzynarodowe Stow. Gerontologii i Geriatrii (IAGG). BSRA ustanowiło nagrodę imienia Korenczewskiego.

AAZ

B: Crowdy, 1959; Korenchevsky, 1952, 1961.

Kreutz Mieczysław (1893–1971)

polski psycholog, filozof i metodolog psychologii, obrońca metody introspekcji, przedstawiciel higieny psychicznej. Po ukończeniu szkoły średniej w rodzinnym Lwowie studiował filozofię, biologię i psychologię na Uniw. Jana Kazimierza we Lwowie (1911–1914), będąc uczniem m.in. Kazimierza J.A. Twardowskiego (1866–1938). W roku 1924 uzyskał stopień doktora filoz. tegoż uniw. i wyjechał na dalsze studia uzupełniające w zakresie psychologii, które odbywał na uniw. w Lipsku, Berlinie i Hamburgu. W 1927 habilitował się w zakresie psychologii na Uniw. Jana Kazimierza we Lwowie na podstawie pracy pt.: *Zmienność rezultatów testów*. W 1921 roku rozpoczął pracę naukowo-badawczą i dydaktyczną w tymże uniw., początkowo jako asystent, a od 1927 jako zastępca profesora, następnie doc., a w 1934 roku prof. nadzw. psychologii i kierownik Katedry Psychologii (1934–1939). Po zakończeniu II wojny światowej przez krótki czas był prof. zw. psychologii na Uniw. Jagiellońskim w Krakowie (1945), następnie przeniósł się do Wrocławia, gdzie został mianowany prof. zw. psychologii, kierownikiem Zakładu Psychologii Uniw. Wrocławskiego (1946–1952) oraz dyrektorem Inst. Pedagogicznego ZNP. Od 1952 roku był profesorem Uniw. Warszawskiego i kierownikiem Katedry Psychologii Eksperymentalnej (1957–1963). Kreutz zajmował się metodologią badań psychologicznych, diagnostyką psychologiczną, zwłaszcza metodami: introspekcyjną i testową, krytyczną analizą behawioryzmu, psychologii introspekcyjnej i psychoanalizy, a także psychologią rozwojową, wychowawczą i pedagogiczną. Ponadto: pedeutologią, głównie zagadnieniami osobowości nauczyciela, problematyką higieny i → zdrowia psychicznego oraz → psychogerontologią, zwłaszcza zmianami → pamięci u ludzi w → wieku podeszłym i zapamiętywaniem tekstów. W badaniach tych stosował własną metodę pytaniową. Był członkiem Komitetu Nauk Pedagogicznych PAN (1956–1960) i Komitetu Nauk Pedagogicznych i Psychologicznych (1961–1971) PAN oraz członkiem honorowym (1962) Pol. Tow. Psychologicznego.

AAZ

B: Kreutz, 1970, 1972; Zych, 2013.

O: psychogerontologia, zaburzenia pamięci, zaburzenia pamięci związane z wiekiem.

krótkowzroczność (krótkowzroczność wysoka)

Krótkowzroczność (od grec. *μύω* [mio] – „kurczyć" i *όψις* [opis] – wzrok, spojrzenie) – obok → nadwzroczności (hypermetropii), astygmatyzmu (niezborności) oraz przez niektórych autorów wyróżnianej nadwzroczności starczej (presbiopii lub starczowzroczności) – jest → wadą wzroku bądź refrakcji. W krótkowzroczności obraz przedmiotów znajdujących się blisko jest ostry, jednak gdy przedmioty znajdują się w oddali, wydają się niewyraźne (il. 1).

W odróżnieniu od chorób oczu wada wzroku jest związana z optyką gałki ocznej i może być korygowana. Główną funkcją oka jest odbieranie fal świetlnych i przetwarzanie ich na impulsy elektryczne, a następnie przekazywanie za pomocą nerwu wzrokowego. **Układ optyczny oka** składa się z: rogówki, cieczy wodnistej, wypełniającej przednią komorę oka, soczewki oraz ciała szklistego (Zając, 2003). Główną rolę pełni rogówka (największa moc optyczna – ok. 40D) oraz soczewka mająca zdolność do akomodacji (przystosowania oka do odległości od obserwowanego przedmiotu). Aby obraz był ostry (przy założeniu, że oko jest zdrowe), układ optyczny tak powinien załamać równolegle biegnące promienie świetlne, aby ogniskowały się na siatkówce, a dokładniej w plamce żółtej. Oko, które spełnia ten warunek, nazywane jest okiem miarowym (Niżankowska, 1992; Misiuk-Hojło, 2010). Aby oko było miarowe (*emmetropia*), musi być właściwy stosunek mocy łamiącej układu optycznego – ok. 60D, do długości gałki ocznej – ok. 23–24 mm. Krótkowzroczność jest zatem jednym z przypadków niemiarowości oka. W krótkowzroczności równolegle biegnące promienie świetlne ogniskują się przed siatkówką. Może wynikać to z nadmiernej mocy łamiącej układu optycznego albo zbyt wydłużonej gałki ocznej.

Krótkowzroczność może być korygowana poprzez zmniejszenie mocy układu optycznego. Stosowane są do tego okulary korekcyjne oraz szkła nagałkowe (kontaktowe) rozpraszające, oznaczone znakiem minus (–) o wartości dobranej podczas badania. Okulary minusowe możemy łatwo rozpoznać – pomniejszają one obraz. Nie należy samodzielnie kupować lub pożyczać okularów korekcyjnych. Mogą one zaszkodzić ze względu na: nieodpowiednio dobraną moc, niekorygowanie astygmatyzmu, nieodpowiednie ustawienie szkieł korekcyjnych względem źrenic. Odpowiednio dobrane okulary mogą zawierać różne, przynoszące korzyści w różnych warunkach powłoki uszlachetniające szkła, np. antyrefleks, hydrofobowa, filtr przeciwko promieniowaniu ultrafioletowemu [UV]. Aby nie brudzić i nie uszkodzić szkieł i powłok, nie należy ich dotykać – oczywiście poza czyszczeniem czy konserwacją. W przypadku krótkowzroczności połączonej ze starczowzrocznością można zaobserwować poprawę widzenia do bliży. Z korekcji minusowej (–3) można uzyskać dobre widzenie bez okularów, a jeśli były słabsze to z – przechodzą w +, w zależności od wcześniejszej mocy korekcji. Alternatywą dla okularów korekcyjnych są soczewki kontaktowe. Istnieją szkła kontaktowe miękkie i twarde, a w zależności od długości użytkowania – od dziennych poprzez tygodniowe, miesięczne do rocznych. To, czy będzie można korzystać z soczewek kontaktowych, zależy od stanu zdrowia oczu, filmu łzowego i jakości obrazu wynikającego z dopasowania soczewek. Jeszcze jednym sposobem korekcji krótkowzroczności jest stosowanie zabiegu laserowego. Przeciwwskazaniami do zabiegu są m.in. zły stan → zdrowia oraz wiek pacjenta.

Wyróżnia się trzy stopnie krótkowzroczności: małą do 4D, średnią 4D–8D, wysoką ponad 8D (fot. 1). **Wysoka krótkowzroczność** nie jest jedynie wadą wzroku, którą koryguje się optycznie. Jest niepodlegającą wyleczeniu, rozpoczynającą się we wczesnym dzieciństwie genetyczną chorobą degeneracyjną charakteryzującą się postępującym zanikiem siatkówki. Wysoka krótkowzroczność wynika z nieprawidłowej budowy gałki ocznej. Oko ma zbyt dużą długość osiową i jego kształt przestaje być kulisty, staje się natomiast wydłużony (Niżankowska, 1992). Przyjmuje się, że wydłużenie gałki ocznej o 1 mm powoduje wzrost wartości wady refrakcji od ok. 2.5D (Bartnikowska,1996) do 3D (Jarzębińska-Večeřova, Tuleja, 2005; Misiuk-Hojło, 2010). Może ona prowadzić do degeneracji szklistkowo-siatkówkowych, → jaskry [otwartego kąta] oraz → zaćmy. Najgroźniejszym powikłaniem w wysokiej krótkowzroczności jest duże prawdopodobieństwo odwarstwienia siatkówki, co może skutkować bezpowrotną utratą wzroku. Czynnikiem mogącym przyspieszyć odwarstwienie siatkówki jest wzmożona, przede wszystkim dynamiczna, → aktywność fizyczna. Podczas dynamicznego ruchu ciałko szkliste może pociągnąć siatkówkę i spowodować jej odwarstwienie (Kwitko, Ross, 1994). Zakres prac fizycznych wykonywanych przez osoby z wysoką krótkowzrocznością musi uwzględniać nie tylko ich zapał i umie-

jętności, ale przede wszystkim – przeciwwskazania do wysiłku fizycznego (Dziedzic, Remplewicz, 1980; Janećka, 1999; Ossowski, 2007; Górny, 2009).

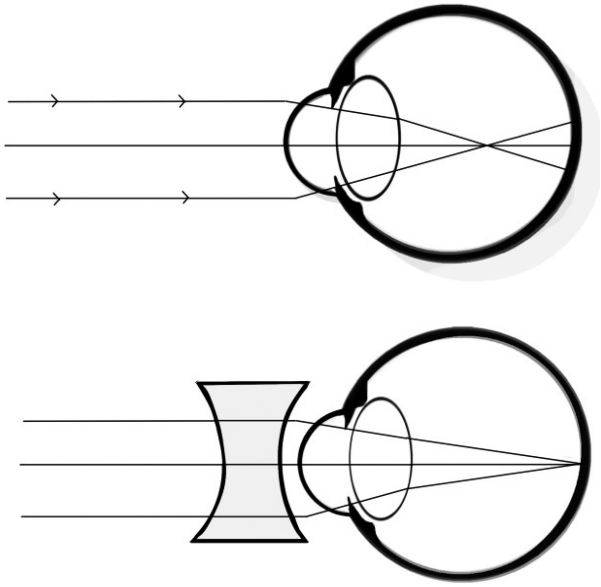
DR

B: Bartnikowska, 1996; Dziedzic, Remplewicz, 1980; Górny, 2009; Janećka, 1999; Jarzębińska-Večeřova, Tuleja, 2005; Kwitko, Ross, 1994; Misiuk-Hojło, 2010; Niżankowska, 1992; Ossowski, 2007; Zając, 2003.

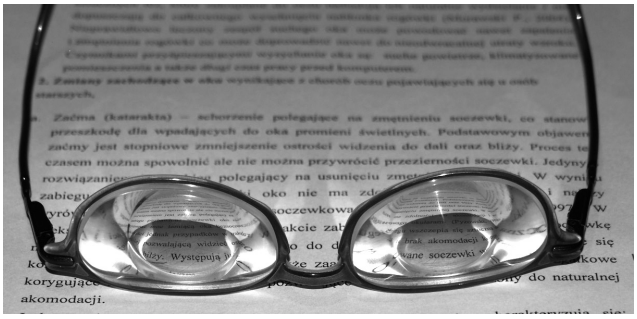
O: budowa narządu wzroku, jaskra, kompleksowe badanie okulistyczne, nadwzroczność, starczowzroczność, wady wzroku, zmiany w narządzie wzroku w procesie starzenia się.

S: ametropia, niemiarowość oka.

TK: ang. *near-sightedness/short-signteness/myopia*, fr. *la myopie/amétropie*, hiszp. *la miopía*, niem. *Kurzsichtigkeit/Myopie*, ros. *близорукость/миопия*.



Il. 1. Oko krótkowzroczne oraz korekcja krótkowzroczności. Il. M. Rutkowska



Fot. 1. Okulary 26D do korekty krótkowzroczności wysokiej

krótkowzroczność wysoka → krótkowzroczność

kryteria Beersa

to kryteria potencjalnej niepoprawności farmakoterapii chorych w → wieku podeszłym, opracowane przez zespół amerykańskich ekspertów w dziedzinie → geriatrii i farmakologii, pod kierownictwem Marka H. Beersa (1954–2009), aby ograniczyć powszechne zjawisko przepisywania nieodpowiednich leków starszym pacjentom (Beers, 1997; Beers i współprac., 1991). Najnowsza aktualizacja kryteriów Beersa wyróżnia trzy kategorie leków: I – leki, których stosowanie jest potencjalnie niewłaściwe u pacjentów w podeszłym wieku bez względu na sytuację kliniczną, II – leki, których stosowanie jest niewłaściwe w konkretnych stanach klinicznych, III – leki, które należy stosować ostrożnie w podeszłym wieku (Fick, Semla, 2012). Do kategorii I zaliczono np. atropinę, barbiturany, butylobromek hioscyny, digoksynę w dawkach powyżej 0,125 mg/d, pentazocynę i petydynę. Kategoria II jest reprezentowana m.in. przez niesteroidowe leki przeciwzapalne, koksyby, diltiazem, werapamil (u pacjentów z niewydolnością serca), bupropion, chloropromazynę, klozapinę, tiorydazynę, tramadol (w przypadku padaczki), benzodiazepiny i leki przeciwpsychotyczne (w razie zespołu otępiennego) czy metylfenidat, pseudoefedrynę, teofilinę i kofeinę (u → seniorów cierpiących na bezsenność). Z kolei do kategorii III zaliczono m.in. cisplatynę, karbamazepinę, leki przeciwpsychotyczne, trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne, selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny, inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny oraz leki rozszerzające naczynia krwionośne (wazodilatatory). Listę Beersa często wykorzystuje się w badaniach naukowych oceniających poprawność farmakoterapii zaordynowanej w określonej grupie pacjentów w podeszłym wieku (Pasina i współprac., 2014; Kondo i współprac., 2015). Z drugiej strony pojawiają się propozycje nowych klasyfikacji, które z założenia powinny ułatwiać podejmowanie decyzji dotyczących farmakoterapii w podeszłym wieku, np. klasyfikacja [*FORTA – Fit for The Aged, czyli „odpowiedni dla sędziwych*" – przyp. red.] Martina Wehlinga – kategorie A, B, C, D oraz X przez analogię do klasyfikacji leków stosowanych u kobiet w ciąży (Wehling, 2009, 2013; Wehling, Burkhardt, 2011).

Innym sposobem na optymalizację terapii, który może być wykorzystany u pacjentów w podeszłym wieku, są tzw. wytyczne SAIL, opierające się na czterech zasadach: S (*simple*) – możliwie prosty schemat dawkowania; A (*adverse*) – unikanie leków z małym współczynnikiem terapeutycznym, → interakcji leków oraz iden-

tyfikacja możliwych → niepożądanych działań leków; I (*indication*) – sprecyzowanie wskazań oraz jasnych celów terapeutycznych dla każdego ze stosowanych leków, L (*list*) – przygotowanie listy wszystkich przyjmowanych leków, zarówno na receptę, dostępnych bez recepty, jak i preparatów ziołowych (Lee, 1998). Podobne zasady ujęte w postaci dziesięciu punktów opracował John E. Carlson (1996).

DKS

B: Beers, 1997; Beers i współprac., 1991; Carlson, 1996; Fick i współprac., 2003; Fick, Semla, 2012; Kondo i współprac., 2015; Ksiądzyna, Szeląg, 2013; Lee, 1998; Pasina i współprac., 2014; Wehling, 2009, 2013; Wehling, Burkhardt, 2011.
N: Jasińska, Orszulak-Michalak, 2009 – Internet: http://www.aptekarzpolski.pl/…
O: choroby jatrogenne, interakcje leków, niepożądane działania leków.
TK: ang. *Beers Drug Criteria/Beers Criteria/Beers List/Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults*, fr. *les critères de Beers*, hiszp. *los criterios de Beers*, niem. *Beers-Liste*, ros. *критерия Бира/список препаратов не рекомендованные для приема пожилыми людьми*.

krytyczne wydarzenia życiowe

– określenie to obejmuje złożoną problematykę, a na jego synkretycyzm składają się pojęcia „kryzysu emocjonalnego" i „zdarzeń życiowych", bowiem powodują one pobudzenie fizjologiczne oraz silne uczucie napięcia emocjonalnego. Krytyczne wydarzenia życiowe wykazują też silne związki ze → stresem, w wyniku którego powstają zmiany w organizmie, będące jego swoistą reakcją (sposobem) na poradzenie sobie z zaistniałą sytuacją (stresorem). Bodźce wywołujące zdarzenia życiowe mogą mieć charakter fizyczny, psychologiczny lub społeczny, stąd też wydarzenia te mogą również wyrażać się w trójdymensjonalnym układzie. Z krytycznymi wydarzeniami życiowymi wiąże się nierozerwalnie → interwencja kryzysowa, która zintegrowana z procesami społecznymi, kulturą i uczeniem się, ma na celu niesienie pomocy ludziom borykającym się z zaistniałymi problemami i porażkami życiowymi. To dynamiczna, krótkotrwała i wieloobszarowa ingerencja o charakterze indywidualnym, rodzinnym i grupowym, która może regulować nierównowagę emocjonalną i dyskomfort psychiczny.

Kryzys emocjonalny

Do przejawów każdego kryzysu można zaliczyć: 1) uczucia i reakcje emocjonalne; 2) procesy poznawcze; 3) objawy fizjologiczne; 4) zachowania, które są wynikiem napięcia, lęku, dezorientacji czy bezradności. Poprzez pojęcie „kryzysu emocjonalnego" rozumieć należy przejściowe i czasowe zaburzenie porządku psychicznego jednostki, wynikające z tymczasowego załamania związanego z → poczuciem sensu życia i systemem aksjologicznym, w bezpośrednim zetknięciu się z ważnym → problemem życiowym i trudnością w jego rozwiązaniu. Stanowi on składowy i naturalny element ludzkiego losu. Towarzyszy mu wysoki poziom napięcia emocjonalnego, a nade wszystko lęku, gniewu i złości jako emocji destruktywnych, co ma swoje behawioralne następstwa. → Emocje te jako chwilowe uposażenie człowieka generują dyskomfort psychiczny, ból, cierpienie lub motywację do podjęcia działań służących rozwiązaniu problemu. Niejednokrotnie sytuacja taka wydaje się niemożliwa do zniesienia i opiera się o kontinuum wartości jednostkowo doświadczanych i społecznie akceptowanych. Człowiek odwołuje się wówczas do osobistych doświadczeń, strategii, umiejętności i zasobów, w celu powrotu do równowagi, aby w ostateczności sięgać do niekonwencjonalnych sposobów radzenia sobie w sytuacjach trudnych.

Kryzys emocjonalny to inaczej stan niestabilności psychicznej, wywołany wydarzeniami krytycznymi, który wymaga działań zwrotnych, czyli rozwiązania w celu zachowania homeostazy organizmu. Urzeczywistnia się on w emocjonalno-poznawczym wymiarze funkcjonowania, poprzez nierównowagę organizmu w trójdymensjonalnym układzie człowieka (jego psychiczności, fizyczności i noetyczności), w jego holistycznym oglądzie, gdzie skutki emocjonalne są zdecydowanie najbardziej aktywne i efektywne. Kryzys emocjonalny znamionuje pobudzenie i napięcie, a człowiek nim dotknięty jest jednocześnie przestraszony, rozgniewany, niepewny, zmieszany, pełen poczucia winy, przeżywający ból i cierpienie. Tak więc brak równowagi jest cechą dystynktywną człowieka kryzysu i symptomem jego aktualnie trudnej sytuacji życiowej. Nie każda jednostka stojąc w obliczu zagrożenia, doznaje kryzysu. Na jego zaistnienie wpływa znaczący spadek odporności psychicznej, ogólne wyczerpanie organizmu, zablokowanie lub nieskuteczne sposoby zmagania się z zagrożeniem, co jednoznacznie rzutuje na pojawienie się kryzysu, jego zasięg i natężenie w jednostkowym funkcjonowaniu. Kryzys ma zatem endogenne uwarunkowania, leżące po stronie osoby doświadczającej sytuacji zagrożenia i od jej kondycji oraz uposażenia osobowościowego jest zależny, co mogą też zakłócać aktualnie istniejące (towarzyszące) warunki

zewnętrzne. Ostatecznie zatem istotą kryzysu zaistniałego w sytuacji życiowej człowieka jest zaburzenie równowagi emocjonalnej między wiedzą jednostki o zaistnieniu problematycznej sytuacji i jej znaczeniu a możliwościami jej rozwiązania, które są niewystarczające, by zrobić to w miarę szybko i skutecznie. Sytuacja ta wywołuje początkową silną dążność człowieka do uporania się z problemem, aż do momentu, gdy jednostka załamuje się, gdyż nie widzi takich możliwości z własnej perspektywy i osiąga stan czasowej dezorganizacji. Następnie poszukuje znów nowych taktyk i sposobów dochodzenia do równowagi. Podmiot doświadczający eksploruje z kolei obszary → wsparcia i pomocy, nie tylko w sobie samym, ale i środowisku dopomagającym, gdy takowe istnieje. Uogólniając, kryzys można interpretować jako stan psychiki, stan relacji człowieka z człowiekiem czy stan społeczny odnoszący się do szerszego kontekstu środowiskowego. Nie wszyscy jednak odnajdują nowe sposoby rozwiązań i upatrując w tym swojej porażki, utrzymują stres i poczucie bezradności, co niejednokrotnie prowadzi do poważnych zaburzeń i nieprawidłowości. Pojęcie „kryzysu" charakteryzuje się zatem złożonością, wynikającą z wielości charakterystyk przyczynowo-skutkowych zachodzących podczas pojawiania się kryzysu i wyjść z niego. O wystąpieniu kryzysu można mówić wówczas, gdy daje się zidentyfikować wydarzenie krytyczne (bodziec, przeszkodę, utrudnienie, incydent) prowadzące do niego i do zahamowania inicjatyw jednostki w celu jego rozwiązania. Kryzys charakteryzuje też czynnik temporalny, gdyż czas jego trwania hipotetycznie nie powinien przekraczać limitu 4–6 tygodni, co wyznacza zdolność człowieka do tolerowania napięć i zmagania się z zagrożeniem.

Koncepcje kryzysu emocjonalnego

Kryzys ujmowany jako doświadczenie w wąskim, definicyjnym ujęciu postrzegany jest jako: 1) → utrata czegoś; 2) zachwianie homeostazy organizmu (emocjonalnej, życiowej); 3) blokada strategii działań lub brak odpowiednich sposobów radzenia sobie; 4) okres krytyczny, przełomowy, przejściowy czy zwrotny w funkcjonowaniu jednostki; 5) sytuacja niebezpieczna dla poczucia sensu życia i uposażenia aksjologicznego; 6) podważenie aktualnego określenia własnej tożsamości i poczucia własnego **ja**. Spojrzenia te wygenerowały następstwa w postaci polietiologicznych uwarunkowań zaistnienia kryzysu emocjonalnego, w postaci następujących koncepcji:

1. **Koncepcje psychodynamiczne** (teorie *ego*) – źródeł zaburzonej równowagi emocjonalnej organizmu upatruje się w nieuświadomionych i wypartych myślach oraz negatywnych doświadczeniach emocjonalnych mających swoje miejsce w przeszłości. Istotną rolę w powrocie do równowagi stanowi przywrócenie ich do świadomości i zamierzona aktywność własna organizmu w zakresie rozwiązania trudności.
2. **Koncepcje poznawcze** – istotę kryzysu emocjonalnego stanowi subiektywna, nieadekwatna ocena zdarzeń generujących kryzys oraz ich irracjonalna interpretacja. Podstawą zmian owych przekonań i percepcji zdarzeń jest racjonalne podejście do sytuacji krytycznych oraz modyfikacja myśli, przekonań i zachowań. Nadawanie sensu istniejącemu stanowi rzeczy pozwala na weryfikację kryzysu i wyjście z niego.
3. **Koncepcje behawioralno-adaptacyjne** – oparte są na teoriach uczenia się, w wyniku czego człowiek ma zdolność uczenia się nowych i adekwatnych wzorów doświadczeń i zachowań. Pozwalają one na kształtowanie się innych od dotychczas funkcjonujących mechanizmów adaptacyjnych i nowych strategii radzenia sobie ze stresem. Efektywność tych działań, w postaci zmian w zachowaniu przystosowawczym, umożliwia pokonanie poczucia bezradności i wewnętrznego rozbicia.
4. **Koncepcja interpersonalna** Carla R. Rogersa (1902–1987) – istotą funkcjonowania człowieka jest jego poczucie własnej wartości, które może być ważnym orężem ochrony przed kryzysem, wzmocnieniem odporności na sytuacje stresowe i wsparciem w rozwiązaniu kryzysu. Z tej perspektywy służebne tu są cechy osobowościowe podmiotu, dzięki którym wzmacnia się poczucie własnej wartości i zarazem poczucie kontroli nad sobą, własnym życiem i jego przebiegiem.
5. **Koncepcja chaosu i złożoności** – wygenerowana została z nauk matematycznych, które przystosowały ją do zdarzeń pozornie przypadkowych, ale ogólnie ustrukturalizowanych. Chaos jako stan dezorganizacji z towarzyszącym mu permanentnie lękiem i zmianami somatycznymi staje się możliwą siłą (bodźcem) zmiany rozwojowej. Organizm ludzki jako system samoregulujący się, generujący przeobrażenia, pod wpływem kryzysu może wytwarzać nowe systemy, które zaprowadzą ład i porządek. Tutaj sytuacja chaosu postrzegana jest jako ukryty ład i porządek, który układa i porządkuje zaburzone funkcjonowanie, czyli prowadzi do rozwiązania kryzysu.

Zdarzenia życiowe (krytyczne zdarzenia życiowe, znaczące zdarzenia życiowe)

Wydarzenia krytyczne (zdarzenia życiowe, kamienie milowe, momenty przejścia, momenty przełomowe, punkty graniczne, sytuacje trudne, sytuacje stresowe, zdarzenia kryzysowe, czynniki zmiany życiowej – są pojęciami spokrewnionymi, ale wykazują znamienne i osobliwe podejścia teoretyczne) wpisują się swoją istotą w zjawiska kryzysowe, ze względu na ich często wspólne źródła etiologiczne. Zdają się niejednokrotnie być procesami, które mają swój początek, tło i odniesienie rozciągnięte w czasie i w przestrzeni. Z punktu widzenia jednostki są dla niej niezwykle ważne i zajmują znaczną część → życia oraz osobistych doświadczeń. Prowadzą one do swoistych sukcesów lub porażek w kontekście osiągnięć człowieka oraz wyzwalają jego aktywność lub pasywność w behawioralnych przejawach. Odwołują się do zasobów lub ich przekształceń, które uruchomione wskazują na sposoby radzenia sobie w życiu, kształtując umiejętności przystosowawcze.

Wydarzenia krytyczne rozpatrywane w aspekcie doświadczeń obrazują bilans zysków i strat w funkcjonowaniu indywidualnym i społecznym jednostki. To czynniki afektywny i behawioralny determinują rozwiązywanie problemów poprzez pełnienie nowych ról i związanych z tym zadań życiowych. Stanowią one o → jakości życia człowieka, tworząc jego usensowiony aspekt lub bezsensowną egzystencję. Jakość ową można wyrazić za pomocą trzech sposobów: opisowego (zawiera cechy życia oczekiwanego), oceniającego (określa jakości zawarte w życiu człowieka, stwierdzenia takie jak: życie wartościowe, wspaniałe, udane itp.) i normatywnego (ukazuje jakość życia, do której należy zmierzać oraz pokazuje, jakie życie być powinno). Krytyczne wydarzenia życiowe (kryzysy) wpisane są w życie człowieka i są normą w ujęciu całości oraz jakości życia. Są psychologicznym stanem, który jest inny, odmienny od dotychczasowo doświadczanych. Bez nich człowiek nie mógłby się rozwijać, nie dokonywałaby się progresja związana z doskonaleniem się osobowości człowieka, jego zdolności i umiejętności. Chodzi jednak o to, aby generowały one wartość dodatnią w zbiorze osobistych zasobów jednostki. Kryzysy są bowiem czasowym zachwianiem równowagi organizmu człowieka. Są stanem czasowej dezorganizacji, w którym → bieg życia człowieka układa się odmiennie i dezorganizująco, z perspektywy aktualnego myślenia i działania. Z tego też względu uruchamiają się regulacyjne mechanizmy obronne, dotychczas wykształcone lub restrukturyzują się ich aktualne obrazy, bądź dokonują się zmiany, pomagające zażegnać kryzys. Sytuacje kryzysowe bowiem ze swej natury wymagają od jednostki zmian w jej życiu, w zakresie myślenia, działania, odczuwania, spostrzegania czy przeżywania, a zmiana owa jest nie tylko koniecznością, ale i elementem konstytutywnym, niezbędnym w sytuacji zaistnienia owego kryzysu. Stanowi ona o zmianie jakościowej życia człowieka, czyli dotyka kwalifikacji jego istnienia w subiektywnych kryteriach. Zmiana ta dotyczy więc szeroko pojmowanego → stylu życia, rozumianego jako zbiór rutynowych, charakterystycznych dla danej jednostki (w ramach funkcjonującej kultury) sposobów ustosunkowań i ich behawioralnych przejawów (zachowań). Owe zachowania, myślenie, odczucia, podlegając rewizji i modyfikacji, stanowią o nowym wymiarze funkcjonowania jednostki, gdyż wyznaczyły go nowe (inne) trajektorie poznawczych doświadczeń. Zmiany natomiast są antycypacją lepszej przyszłości i doskonalszego jednostkowego życia człowieka.

Krytyczne wydarzenia życiowe są zatem subiektywną reakcją organizmu na bodźce czy wstrząsy dziejowe w jednostkowej historii życia człowieka, które urzeczywistniają się w postaci emocjonalnego chaosu i zachwiania równowagi organizmu czy ustabilizowanych (ukształtowanych) postaci zachowań przystosowawczych jednostki. W jej odczuciach urzeczywistniają się poza kontrolą jednostki i uświadamiają jej, że dotychczas wypracowane strategie działań i towarzyszące im mechanizmy przystosowawcze są niewystarczające i nieadekwatne do zaistniałych sytuacji. Ingerują niejednokrotnie w ustaloną dotychczas tożsamość jednostki, podważając jej wiarę w siebie i swoje możliwości. Wytwarzają dość wyraźnie odczuwalny stopień dysproporcji w tym, czym jednostka dysponuje, a czego oczekuje od niej sytuacja i jej rozwiązanie. Zaburzają więc przy tym własne **ja**, samoocenę i automotywację, tak istotną z perspektywy działań samorealizacyjnych i autokreacyjnych, prowadzących do spełniania się. Chcąc przezwyciężyć doświadczane krytyczne zdarzenia życiowe, człowiek musi odwołać się do modyfikacji (zmian, przekształceń) mechanizmów przystosowawczych bądź wypracowania nowych. To przepracowanie stanowi więc punkt krytyczny (przełomowy, zwrotny) w życiu i zachowaniu jednostki, która musi dokonać swoistej i natychmiastowej reorganizacji i rozstrzygnięcia w tym, co robi i co czuje. Na krytyczne wydarzenia życiowe można więc spojrzeć z perspektywy związków (relacji, stosunków), jakie zachodzą między jednostką (istotnymi cechami jednostki) doświadczającą zdarzeń tu i teraz a aktualnymi wydarzeniami pochodzącymi z otoczenia zewnętrznego, którym współtowarzyszą inne zda-

rzenia o mniejszej sile czy zasięgu, niemniej znaczące dla aktualnej kondycji podmiotu doświadczającego. Zdaniem Heleny Sęk wydarzenia krytyczne to „[…] wzajemne oddziaływanie na siebie elementów otoczenia i podmiotu powodujące taki stan niezrównoważenia, który wymaga dokonywania zmian […] ten stan zakłócenia równowagi jest stanem kryzysu – momentem zwrotnym" (Sęk, 2005). W nich to wyraźnie uwidacznia się międzyludzki, zintensyfikowany i aktywny charakter wynikający z czasowej dysharmonii relacyjnej jednostka – środowisko. Ta sytuacja wiąże się z koniecznością zmian w diadzie układów, gdyż tylko wtedy człowiek może wrócić do równowagi organizmu. Krytyczne wydarzenia życiowe (kryzysy), jako stany przejściowe, wpisane są w życie człowieka jako nieuniknione i konieczne. Są normą w holistycznym ujęciu jakości życia. Ich źródłem są dywergencje między subiektywnie percypowanymi problemami i znaczeniem sytuacji problemowej a aktualnymi kompetencjami i możliwościami jednostki.

Cechy dystynktywne krytycznych wydarzeń życiowych:

- urzeczywistniają się poza kontrolą jednostki, jest im ona poddana;
- stanowią biografię człowieka, czyniąc je obiektywnymi elementami toku życia;
- są ważne dla jednostki i powszechne w obszarze jej całościowego funkcjonowania;
- mają charakter relacyjny wynikający z fundamentalnych zasad życia i współżycia;
- dotyczą aksjologicznego wymiaru człowieka, grożąc jego zmianom i przewartościowaniom;
- zaburzają równowagę organizmu, zmuszając do nieantycypowanych przedsięwzięć;
- reorganizują dotychczas ustaloną tożsamość człowieka dotyczącą pełnienia ról, wykonywania zadań, obrazu własnego **ja** czy samorealizacji;
- zmieniają → bieg życia człowieka, przekierunkowując go lub nadając mu nowe wymiary;
- mają znamiona twórczych, ale i niszczących sytuacji,
- wymagają dokonywania koniecznych zmian i działania,
- są naznaczone czasem, przestrzenią, zasięgiem i natężeniem.

Klasyfikacja zdarzeń życiowych

Przyjmując różne kryteria podziału zdarzeń życiowych, można wskazać na: 1) ciągłe (długi czas trwania); 2) krótkotrwałe (lapidarne epizody); 3) rozciągnięte w czasie i ujawniające się jako nasilony efekt zdarzeń poprzedzających; 4) historyczne (z przeszłości); 5) bieżące (aktualnie doświadczane); 6) normatywne (stanowiące zasadę życia ludzkiego); 7) przewidywalne (wynikające z procesu rozwojowego czy praw natury, jako ich następstwo); 8) holistyczne (ich zasięg dotyczy całości życia jednostki); 9) fragmentaryczne (ich zasięg dotyczy tylko pewnej sfery funkcjonowania człowieka); 10) o charakterze makrospołecznym (katastrofy, żywioły, hekatomby o szerokim zasięgu regionalno-społecznym); 11) o charakterze indywidualnym (subiektywne, dotyczące konkretnej jednostki); 12) pozytywne (o interakcyjnym charakterze, korzystne rozwojowo); 13) negatywne (o interakcyjnym charakterze, niekorzystne rozwojowo).

Fazy reakcji kryzysowych

Reakcje kryzysowe określają swoistą siłę i intensywność przeżywanych kryzysów oraz zmian dokonywanych w zakresie przejawów działań. Gerald Caplan (1917–2008) wskazał na cztery fazy reakcji kryzysowych: 1) napotkanie trudności bez możliwości jej rozwiązania, co wytwarza napięcie, niepokój i zagubienie; 2) intensyfikacja napięcia i pojawienie się wysiłków zmierzających do nieefektywnych rozwiązań, typu metoda prób i błędów, wzrost poczucia bezsilności i spadek wiary we własne możliwości; 3) moment wzmożonej aktywności mentalnej i instrumentalnej, punkt kulminacyjny, pełna świadomość nadaremnych dotychczasowych wysiłków i konieczność modyfikacji zachowań, odwoływanie się do zasobów wsparcia środowiskowego, wspólnotowego; 4) zużycie, przemęczenie, spadek napięcia jako skutek rozwiązania problemu, uzyskanego wsparcia i pomocy, czy też beznadzieja i rezygnacja jako wynik braku koncepcji dalszych rozwiązań (Caplan, 1964). Każda z tych faz wykazuje odmienną potrzebę pomocy, intensyfikację i formę własnych działań człowieka oraz zaangażowania emocjonalnego, co w ostateczności prowadzi do określonych skutków.

Strategie radzenia sobie w krytycznych wydarzeniach życiowych

Człowiek w kryzysie nie reaguje natychmiast na wydarzenia krytyczne, lecz eksploruje nowe sposoby na radzenie sobie z zaistniałą sytuacją, których brak kryzysów generuje. Strategie zaradcze w sytuacjach zdarzeń losowych są uwarunkowane wieloma czynnikami, np. właściwości podmiotu ich doświadczającego, konkretna sytuacja, której dotyczą, okoliczności im towarzyszące czy ogólny poziom doznawanego stresu, który integralnie połączony jest wieloma więzami z sy-

tuacjami krytycznymi. Stąd polimorficzne uwarunkowania rzutują na różny sposób reagowania na te wydarzenia, generując wielość rozwiązań.

Analogicznie do sposobów radzenia sobie ze stresem, można zatem wyróżnić następujące sposoby radzenia sobie podczas krytycznych wydarzeń życiowych:

1. **Strategie radzenia sobie zorientowane na problem** – polegają albo na zmianie środowiska jednostki, albo na przekształceniu sposobu, w jaki jednostka wchodzi w relacje z tym środowiskiem. Dokładniej obrazując, działania jednostki skupiają się wokół zmian elementów środowiska, w którym człowiek przebywa lub też dotyczą zmian związków i stosunków łączących oba podmioty. W konsekwencji akcent przenosi się na rozwiązanie sytuacji problemowej i skupienie się przede wszystkim na niej. Na strategie te składają się: 1) aktywne radzenie sobie; 2) planowanie; 3) instrumentalne → wsparcie społeczne; 4) hamowanie konkurencyjnych aktywności; 5) radzenie sobie przez powstrzymywanie aktywności.
2. **Strategie radzenia sobie zorientowane na emocje** – dotyczą zmian reakcji emocjonalnych osoby doświadczającej zdarzenia, ich modyfikacji i jawnego wyrażania. Wysiłki te zogniskowane są wokół emocji powstałych wobec zaistniałego stresu, jego skutku i konsekwencji. Dokonywane są więc próby adaptacji do aktualnej sytuacji. Kontroli zostają poddane emocje i stan emocjonalnego napięcia. Strategie te mogą przybierać formę: 1) emocjonalnego wsparcia społecznego; 2) rozładowania emocji; 3) pozytywnej reinterpretacji i rozwoju; 4) spadku zaangażowania behawioralnego; 5) spadku zaangażowania umysłowego.

Można też mówić o technikach kontrolowania (radzenia sobie) z krytycznymi wydarzeniami życiowymi, których taksonomia wyraża się w następujący sposób: 1) relaksacja (relaksacja neuromięśniowa, systematyczne odwrażliwianie); 2) medytacja; 3) biologiczne sprzężenie zwrotne (ang. *biofedback*); 4) → aktywność fizyczna; 5) trening odporności na stres (ang. *stress inoculation training* – SIT).

Na inne sposoby rozwiązywania problemów, po uprzednim ich zidentyfikowaniu, wskazuje Philip George Zimbardo:

1. **Algorytmy** – to modelowe konstrukty czy postępowanie, które zostało ukształtowane wcześniej w toku uczenia się i doświadczania świata. Staną się skuteczne tylko wtedy, gdy sytuacja aktualna jest analogiczna lub podobna do tej, w której wykorzystano tę procedurę, a efekt był zadowalający i nastąpiło rozwiązanie problemu. Użycie algorytmów jest ograniczone z uwagi na zmienne, niewiadome i inne okoliczności im towarzyszące. Stąd niektóre problemy nie poddają się zastosowaniu algorytmów. Algorytmy wymagają ścisłego wykonania krok po kroku określonej procedury, aby stać się niezawodnymi w rozwiązywaniu sytuacji trudnych.
2. **Heurystyki** – to miękkie strategie poznawcze używane w celach rozwiązywania problemów. Są zazwyczaj powszechnymi i prostymi normami, „spod dużego palca", które umożliwiają, ale nie dają pewności, rozwikłania krytycznych wydarzeń życiowych. Wyznaczają często trafne kierunki dochodzenia do stanu finalnego i są dobrymi podpowiedziami (Zimbardo, Johnson, McCann, 2010). Do podstawowych strategii heurystycznych zaliczyć należy: 1) kroczenie wstecz (rozpoczęcie od końca); 2) poszukiwanie analogii (rozpoznanie podobieństw między aktualnym i przeszłym problemem); 3) dzielenie dużego problemu na mniejsze (wyróżnienie podcelów).

W procesach radzenia sobie z sytuacją problemową (kryzysową) wykorzystuje się wiele zasobów natury osobistej (wewnętrznej), jak i zewnętrznych. Istotny jest tutaj wiek podmiotu doświadczającego stresu w wyniku zaistnienia sytuacji kryzysowej. Badania bowiem wykazują, że reakcje na działanie stresora mają swoje duże uwarunkowania w sposobie interpretacji (percepcji) stresora, a nie jego właściwości (intensywność, natura stresora, czas jego trwania), stąd ludzie młodzi silniej przeżywają krytyczne wydarzenia życiowe niż osoby starsze. Ludzie starsi wykazują większy dystans wobec doświadczanych sytuacji oraz dokonują zmian i przekształceń we własnym systemie aksjologicznym. Dokonują waloryzacji rzeczy i zdarzeń, dzieląc je na ważne i nieistotne, dobre i złe, pozytywne i negatywne. Aby skutecznie rozwiązać problem, konieczne jest posiadanie niezbędnej wiedzy tym zakresie, umiejętne określenie istoty i charakteru problemu oraz dobór adekwatnej strategii, antycypującej duże prawdopodobieństwo jego usunięcia.

LW

B: Caplan, 1964; Filipp, 1995; Filipp, Aymanns, 2009; Kubacka-Jasiecka, 2010; Kubacka-Jasiecka, Mudyń, 2003; Sęk, 2005; Zimbardo, Johnson, McCann, 2010.

O: interwencja kryzysowa, kryzys połowy życia, kryzysy starości, utrata.

S: czynniki zmiany życiowej, kamienie milowe życia, momenty przejścia w życiu, przełomowe wydarzenia życiowe, punkty graniczne, znaczące zdarzenia życiowe.

TK: ang. *critical life events/life change events*, fr. *accidents critiques de la vie/des événements critiques de la vie*, hiszp. *eventos criticos de la vida/incidentes criticos de la vida*, niem. *kritische Lebensereignisse*, ros. *критические события в жизни*.

kryzys połowy życia

zaliczany jest do kryzysów rozwojowych, występuje w wieku średnim i jest „procesem intensywnych i subiektywnie trudnych przemian osobowości, które dotyczą koncepcji siebie, świata i wartości oraz zadań życiowych, a mogą wynikać z konfrontacji z faktem czasowej ograniczoności → życia, reewaluacji dotychczas realizowanych dążeń życiowych i z konieczności adaptacji do zadań i ról typowych dla wieku średniego" (Oleś, 2000). Dynamika kryzysu połowy życia, podobnie jak innych zmian rozwojowych osób dorosłych, jest zindywidualizowana. Adaptacja do zadań i wyzwań wieku średniego wymaga refleksji, przewartościowań i opracowania nowego sposobu postrzegania siebie i świata. Kryzys połowy życia może wywodzić się z dysharmonii między sferami, np. biologiczną a psychiczną lub społeczną, i może prowadzić do istotnej zmiany punktu widzenia, nowego sposobu wewnętrznej integracji oraz wyboru nowych celów, zadań i dążeń życiowych (Allport, 1968; Riegel, 1975).

Wśród przyczyn kryzysu połowy życia wymienia się przede wszystkim uświadomienie sobie skończoności życia i → lęku przed śmiercią. Przyjmuje się nawet, że każdy lęk występujący w okresie wieku średniego i starszego ma swoje źródło właśnie w lęku przed śmiercią (Yalom, 1980). Inne przyczyny to: a) objawy → starzenia się organizmu; b) poczucie niespełnienia dążeń życiowych i celów osobistych przy jednoczesnej obawie, że może nie starczyć na to → czasu; c) niekorzystne porównania społeczne; d) negatywny bilans półmetka w postaci nierozwiniętych talentów lub niewykorzystanych szans; e) obniżona satysfakcja z życia. Niekiedy czynnikiem inicjującym proces kryzysu jest stresujące wydarzenie życiowe, implikujące pytania o sens i wartość życia. „Sprowadzenie życia do jego kwintesencji wymaga postawienia sobie pytania, o co tak *naprawdę* chodzi w naszym życiu. Problemy połowy życia mogą być dość radykalne: Jakie są moje najgłębsze pragnienia? Co jest dla mnie ważne? Jakie jest moje miejsce w świecie? Dotykają one istoty tego, kim jesteśmy i w związku z tym mogą być zagrażające" (Strenger, 2009).

Kryzys połowy życia jest zjawiskiem złożonym i trudnym do jednoznacznego zdefiniowania. Istnieje wiele definicji kryzysu akcentujących różne aspekty tego zjawiska. Podejścia jednowymiarowe określają kryzys połowy życia jako: radykalną zmianę osobowości przejawiającą się w przewartościowaniu życiowych celów, priorytetów czy działań (Whitbourne, 1986) bądź jako zmianę w postawie, wartościach czy zachowaniu wynikającą ze stanu dezintegracji psychicznej (Ciernia, 1985 b; Waskel, 1992). Podejścia odwołujące się do wielu wymiarów pozwalają scharakteryzować i zrozumieć kryzys połowy życia w odniesieniu do szerszej gamy zjawisk. Przykładem jest teoria D.J. → Levinsona, który wyraźnie nawiązuje do teorii Carla Custava Junga (1875–1961), określając kryzys połowy życia jako czas intensywnych wewnętrznych zmagań, sprzyjający integracji przeciwieństw: młodość – → starość, męskość – kobiecość, twórczość – destrukcja, przywiązanie – oddzielenie (Levinson i współprac., 1978). Bardziej rozbudowaną definicję proponuje Homer R. Figler, który akcentuje dziesięć charakterystycznych symptomów kryzysu połowy życia: 1) poczucie niezadowolenia i poszukiwanie nowych wartości; 2) utrata poczucia bezpieczeństwa zarówno w kwestii trwałości bliskich relacji (małżeństwa), jak i pozycji zawodowej, związanej z presją młodszej → generacji; 3) obniżone samopoczucie (→ depresja i zaburzenia nastroju) wywołane brakiem oczekiwanych sukcesów i obawami o przyszłość bądź przeciwnie – wysokimi osiągnięciami, które zabierają pole do przyszłych dokonań; 4) trudności decyzyjne wynikające z depresji bądź lęku przed konsekwencjami i skutkami ich podjęcia; 5) niepokój wynikający z lęku przed → śmiercią; 6) konflikty wewnętrzne: realna wizja siebie *versus* świadomość małych szans na spełnienie upragnionej wizji siebie; potrzeba autonomii i wolności *versus* ograniczenia wynikające ze zobowiązań i pełnionych ról; lęk przez skutkami własnych działań; 7) frustracja i zniecierpliwienie wynikające z pojawiających się przeszkód i poczucia niemożności zrealizowania celów osobistych; 8) rozproszenie wynikające z angażowania się w zbyt wiele rzeczy jednocześnie i braku wyboru tego, co najważniejsze i na czym warto się skupić; 9) brak pełnej satysfakcji z pracy zawodowej i poczucie utraty indywidualności w kontekście zawodowym; 10) lęk przed starością, → chorobą i → śmiercią (Figler, 1978; Oleś, 2000). Helena Sęk definiuje kryzys połowy życia, akcentując egzystencjalny wymiar zjawiska oraz podobieństwo kryzysu połowy życia do kryzysu tożsamości. Zdaniem Sęk (1990) kryzys połowy życia przejawia się w odczuwaniu dyskomfortu psychicznego w postaci napięcia, wątpliwości, potrzeby zmiany czy zagubienia. Efektem tego są cechy kryzysy, które mają bezpośrednie odzwierciedlenie w trzech perspekty-

wach temporalnych i charakteryzują się skupieniem na: a) **przeszłości**, poprzez dokonywanie → bilansu życiowego, ocenę straconych i wykorzystanych szans, zestawienie marzeń z realnością oraz ocenę dawnych i aktualnych wartości; b) **teraźniejszości**, poprzez zadawanie pytań natury egzystencjalnej na temat sensu i celu życia, wyznawanych wartości, jakości relacji oraz własnej tożsamości; c) **przyszłości**, poprzez stawianie pytań o nowe cele, zadania i wyzwania. Warto przywołać również koncepcję Daniela T. Sheka (1995), która łączy w sobie wymiar egzystencjalny i niezadowolenie z obecnej sytuacji, a także aspekty społeczne. Na kryzys w tym przypadku składa się sześć elementów: 1) negatywny pogląd na przyszłość; 2) niezdolność do cieszenia się → czasem wolnym; 3) poczucie pogarszającego się → zdrowia; 4) negatywna ocena małżeństwa, pracy i relacji z dziećmi; 5) frustracja egzystencjalna, zachwianie sensu życia, a przy tym poczucie braku czasu na realizację życiowych dążeń lub brak satysfakcjonujących osiągnięć, oraz 6) → stres wynikający z troski o starzejących się rodziców i obawy o przyszłość (Oleś, 2000). Złożoność zjawiska, jakim jest kryzys połowy życia, jest powodem tak różnych definicji i przyczyną szerokiego zakresu interpretacji objawów wymienianych zwłaszcza w definicjach wielowymiarowych. To z kolei bezpośrednio wpływa na trudności z precyzyjną operacjonalizacją zjawiska.

Istnieje zatem wiele operacjonalizacji kryzysu połowy życia. Jedną z pierwszych był schemat wywiadu D.J. Levinsona. Wśród testów warto wspomnieć *Kwestionariusz kryzysu połowy życia* (*Mid-life Crisis Scale* – McCrea, 1978; McCrea, Costa, 2005) autorstwa Paula T. Costy i Roberta R. McCrae'a, zawierający twierdzenia odnoszące się do: „poczucia bezsensu, braku satysfakcji zawodowej i rodzinnej, wewnętrznego zamętu i dezorientacji oraz poczucia nieuchronnie zbliżającego się obniżenia sprawności fizycznej i śmierci" (McCrea, Costa, 2005). Kolejne to: skala Michaela Farrella i Stanleya Rosenberga (1981) oraz inwentarz *Men's Adult Life Experiences Inventory* (De Luccie, Scheidt, Davis, 1989), obejmujące takie składowe, jak: relacje rodzinne, praca zawodowa, czas wolny, zdrowie, świadomość upływającego czasu oraz stosunek do śmierci.

W Polsce H. Sęk (1990) stworzyła metodę jakościową do oceny nasilenia objawów kryzysów połowy życia, a Piotr Oleś skonstruował *Kwestionariusz kryzysu połowy życia* (KKPŻ) w dwóch wersjach: dla mężczyzn (Oleś, 1994) oraz dla kobiet (Oleś, Baranowska, 2003). Wersja dla mężczyzn liczyła 76 twierdzeń i zawierała trzy podskale: nasilenie kryzysu, dojrzałość psychologiczna, akceptacja losu i śmierci. Wersja dla kobiet składała się z 68 twierdzeń i zawierała pięć podskal: bilans życia, dojrzałość, świadomość negatywnych zmian, depresja oraz poczucie samorealizacji. Bardziej złożona struktura zjawiska u kobiet tłumaczona była większą wagą, jaką kobiety przypisują bliskim relacjom interpersonalnym oraz bardziej złożonym celom życiowym, które obejmują spełnienie jednocześnie na niwie osobistej (rodzinnej) i zawodowej. Marzenia życiowe kobiet są bowiem na ogół rozgałęzione – obejmują samorealizację i życie rodzinne, a ocena satysfakcji z życia w większym stopniu niż u mężczyzn opiera się na sukcesach i dokonaniach osób bliskich, zazwyczaj męża i dzieci – poszerzone **ja** (Miluska, 1996; Oleś, Baranowska, 2003). Aktualną wersją metody, służącą do badania zarówno kobiet, jak i mężczyzn w wieku 35–55 lat jest *Kwestionariusz przełomu połowy życia* (Kluska i współprac., 2016). Kwestionariusz składa się z 36 twierdzeń i zawiera trzy skale odpowiadające wymiarom przełomu połowy życia: pozytywny bilans życia, nasilenie kryzysu oraz przewartościowania. Metoda służy do badania bardziej powszechnego zjawiska, jakim jest przełom połowy życia.

Teoria kryzysu połowy życia, próby operacjonalizacji oraz tworzenie metod pomiaru przyczyniły się do rozwoju badań nad zjawiskami występującymi w wieku średnim. Badania te potwierdziły m.in. kierunek przemian emocjonalnych, jaki dokonuje się od wczesnego wieku średniego, zgodnie z którym kobiety rozwijają cechy emocjonalności „męskiej", a mężczyźni „kobiecej" (Miluska, 1996; O'Connor, Wolfe, 1987; Wink, Helson, 1993). Potwierdzono również znaczne zmiany w strukturze życia oraz priorytetach osób wchodzących w wiek średni, sugerujące dążenie ku większej autonomii jednostki (O'Connor, Wolfe, 1987, 1991; Wolfe, O'Connor, Crary, 1990). Okazało się ponadto, że realizacja marzenia życiowego dokonana w wieku średnim ma znaczenie dla satysfakcji z życia i poczucia szczęścia (Drebing, Gooden, 1991; Drebing i współprac., 1995). Inny ważny rezultat to potwierdzenie, że jednym z osiowych problemów kryzysu połowy życia jest lęk przed śmiercią (Ciernia, 1985 a; Oleś, 2000; Waskel, 1992, 1995; Waskel, Coleman, 1991). Badania potwierdziły również indywidualne zróżnicowanie sposobów wejścia w wiek średni zarówno u mężczyzn (Farrell, Rosenberg, 1981; Oleś, 2000), jak u kobiet (Oleś, 2011, 2013). Potwierdzono także, że w połowie życia powracają problemy tożsamościowe (Farrell, Rosenberg, 1981; Kroger, Haslett, 1991; McAdams, de St. Aubin, 1992; Miluska, 1996), ale istotna jest zmiana nastawienia na bardziej pro-

społeczne (de St. Aubin, McAdams, 1995; McAdams, de St. Aubin, 1992; McAdams, Josselson, Lieblich, 2001). Polskie badania ujawniły zjawisko nakładania się kryzysu połowy życia rodziców i kryzysu tożsamości ich dorastających dzieci (Sęk, 1990). Fakt przechodzenia kryzysu przez rodziców wpływa na ich interakcje z dziećmi. Zwłaszcza u ojców zauważa się wpływ korzystny, przemiany połowy życia sprzyjają bowiem doskonaleniu refleksji, empatii oraz zdolności rozumienia różnych dylematów i problemów. Ponadto oryginalne badania H. Sęk (1990) ukazały kryzys połowy życia jako integrację przeciwieństw w wymiarze emocjonalnym męski – żeński, relacji międzyosobowych przywiązanie – separacja oraz aktywności destrukcja – twórczość, przebiegających podobnie u kobiet i mężczyzn. Natomiast w wymiarze czasu młody – stary kobiety miały większą trudność z integracją niż mężczyźni; u mężczyzn z kolei wyraźniejsze były zmiany struktury życia w kierunku wyznaczonym przez wybraną formę aktywności – cele, dążenia. Badania Olesia (1995, 2000) przeprowadzone w grupie mężczyzn ujawniły związek adaptacyjnego sposobu rozwiązywania problemów połowy życia z przyszłościową orientacją temporalną, plastycznością w zakresie stosowanych strategii radzenia sobie, skutecznością w realizacji dążeń i preferencją wartości wyższych o charakterze społecznym, moralnym i duchowym. Okazało się, że większe nasilenie kryzysu wiąże się z frustracją zarówno w obszarze potrzeb podstawowych, jak i potrzeby samoaktualizacji u kobiet. Z większym nasileniem kryzysu połowy życia łączy się też stosowanie emocjonalnych strategii radzenia sobie ze stresem i rzadkie używanie strategii zorientowanych zadaniowo. Zmienne opisujące nasilenie kryzysu połowy życia, zarówno kobiet, jak i mężczyzn, korelują istotnie i ujemnie z nadzieją podstawową oraz dodatnio z depresją, natomiast miary dojrzałości psychologicznej odwrotnie: korelują dodatnio z nadzieją podstawową oraz ujemnie z depresją. Zupełnie analogiczne korelacje stwierdzono między nasileniem kryzysu i dojrzałością kobiet a wypaleniem zawodowym. Nasilenie kryzysu połowy życia łączy się z obniżonym → poczuciem sensu życia i obniżoną samooceną kobiet i mężczyzn oraz z lękiem przed przyszłością u mężczyzn, ale nie u kobiet. Podobne relacje występują między nasileniem kryzysu połowy życia, niepokojem egzystencjalnym i poczuciem sensu życia kobiet. Duże nasilenie kryzysu połowy życia i niepokoju egzystencjalnego oraz towarzyszące temu niskie poczucie sensu życia występuje u kobiet, które nie pamiętają marzenia życiowego, natomiast nie ma związku z oceną stopnia jego realizacji u kobiet, które marzenie pamiętają. Spośród czterech płci psychologicznych – męska, kobieca, androgyniczna i nieokreślona – przełom połowy życia w sposób najbardziej adaptacyjny (najmniejsze nasilenie trudności i problemów związanych z kryzysem środka życia) przechodzą mężczyźni androgyniczni, czyli łączący cechy płci męskiej i kobiecej; u kobiet nie stwierdzono związku między płcią psychologiczną a sposobem przechodzenia przełomu. Okazało się też, że partnerzy życiowi trafnie rozpoznają u siebie nawzajem nasilenie problemów połowy życia, ale czynią to tym lepiej, im większą charakteryzują się dojrzałością (Oleś, 2013). Ocena marzenia jako niezrealizowane albo porzucone wiąże się ze skłonnością do formułowania negatywnego bilansu połowy życia, natomiast ocena marzenia jako zrealizowane lub realizowane – z większą dojrzałością w połowie życia. Większe nasilenie kryzysu połowy życia oraz silniejsza świadomość negatywnych zmian występuje u kobiet, które nie podjęły realizacji aktualnego marzenia, a nie marzenia z okresu młodości. Stwierdzono ponadto związek między treścią marzeń a miarami kryzysu połowy życia u kobiet (Kałużna-Wielobób, 2010).

Jednocześnie wciąż dyskusyjną sprawą pozostaje kwestia powszechności zjawiska (Oleś, 2000, 2013). Badania D.J. Levinsona (1986) wykazały że ok. 80% mężczyzn przechodziło kryzys; w badaniu kobiet uzyskano podobne wyniki (D.J. Levinson, J. Levinson, 1996). Natomiast w badaniach, w których kontrolowano poziom wykształcenia, stwierdzono, że w grupie osób wykształconych kryzys przechodziło 70%, a w grupie osób o niższym poziomie wykształcenia i statusie społecznym jedynie 25% badanych (Lachman, Bertrand, 2001). Przy czym połowa badanych była w stanie wskazać w swoim otoczeniu osobę, która kryzys przechodziła. Badania Olesia (2000) pokazują natomiast, że ok. 50% mężczyzn po przekroczeniu 40. r.ż. doświadcza kryzysu, a w grupie powyżej 50. r.ż. nawet 75% mężczyzn identyfikowało u siebie to zjawisko. W zależności od sposobu pomiaru, doboru grupy i przyjmowanych kryteriów, osób przechodzących kryzys lub przełom połowy życia jest od kilku procent (Chiriboga, 1989 a; Tamir, 1989), przez 25–33% (McGill, 1980), po blisko połowę (Oleś, 2000; Sęk, 1990), a nawet zdecydowaną większość, tj. 70% i więcej (Ciernia, 1985 b; Waskel, 1992). Dyskutowane są również: związek kryzysu połowy życia z określonym wiekiem (Born, Nelson, 1983–1984), fazowy bądź ciągły przebieg zmian (Dederick, Miller, 1992; O'Connor, Wolfe, 1987, 1991), czy reperkusje kryzysu w zakre-

sie zdrowia psychicznego (McCrae, Costa, 2005; Shek, 1995; Tamir, 1982).

Niektórzy badacze uważają, że kryzys połowy życia to użyteczny mit pozwalający wyjaśniać szeroką gamę zjawisk mających wspólny mianownik – zmian linii życia lub kariery, emocjonalnych problemów lub trudności w przystosowaniu występujących w okresie średniej dorosłości (Heckhausen, 2001; Kruger, 1994; McCrae, Costa, 2005). Za początek kontrowersji wokół tego zjawiska, uznaje się przedstawienie rezultatów badań przeprowadzonych przez Costę i McCrae'a (1978). Wykazali oni, że nasilenie mierzonych problemów, takich jak: „poczucie bezsensu, brak satysfakcji zawodowej i rodzinnej, wewnętrzny zamęt i dezorientacji oraz poczucia nieuchronnie zbliżającego się obniżenia sprawności fizycznej i śmierci" (McCrae, Costa, 2005), nie jest związane z wiekiem, a z poziomem neurotyczności. Ich zdaniem ani badania kwestionariuszowe, ani dane jakościowe z wywiadów na temat postrzegania zmian osobowości, ani wyniki reprezentatywnych sondaży społecznych nie dowodzą istnienia tego zjawiska. Zjawisko kryzysu połowy życia nie istnieje, co najwyżej można uznać je za manifestację neurotycznych problemów typowych dla wieku średniego (McCrae, Costa, 1990). Zdaniem Heckhausen (2001) mit kulturowy dotyczący kryzysu połowy życia pełni funkcję adaptacyjną, gdyż dzięki niemu osoby w wieku średnim mogą porównywać się do innych rzekomo przeżywających dramatyczne zmiany w tym okresie i gorzej sobie radzących ze względu na kryzys, co pozytywnie wpływa na podniesienie własnej samooceny. Tym samym zjawisko kryzysu połowy życia stało się użytecznym sposobem wyjaśniania negatywnych zjawisk, które mogą pojawić się w wieku średnim, takich jak: uzależnienia, rozwody, poczucie braku sensu życia, poczucie straty, świadomość nieodwracalnie mijającego czasu, mniejsze zaangażowanie w aktywność celową, ponieważ niektóre cele tracą na aktualności, a brak w ich miejsce nowych itd. Wszystkie te symptomy lub każdy z osobna, mogą stać się podstawą do doszukiwania się u siebie lub innych kryzysu połowy życia. Jednocześnie Jutta Heckhausen, jako najbardziej prawdopodobną przyczynę trudności psychologicznych w wieku średnim, podaje kwestie konfrontacji ze świadomością skończoności życia. W swoich rozważaniach nawiązuje więc do egzystencjalnej interpretacji zjawiska kryzysu przełomu połowy życia, jednocześnie kwestionując jego istnienie.

Współczesne stanowisko na temat kryzysu połowy życia, uwzględniając przedstawione wyżej kontrowersje oraz dane empiryczne, coraz bardziej zbliża się do zamiany określenia „kryzys", nadużywanego w opracowaniach popularnych, na określenie „przełom". Przełom połowy życia z kilku powodów okazuje się trafniejszym określeniem dla zmian mających miejsce w okresie środka życia. Jak sugerują wyniki badań, u większości ludzi przemiany połowy życia zachodzą stopniowo i choć prowadzą do nowej organizacji struktury życia, przesunięć priorytetów czy wprowadzania nowych form aktywności, nie spełniają kryteriów definicyjnych kryzysu, nie są bowiem radykalną i gwałtowną zmianą punktu widzenia. Istotą jest zmiana rozwojowa, która przebiega stopniowo i częściej ma charakter ewolucyjny, a rzadziej rewolucyjny. Kryzys oznacza punkt zwrotny, charakteryzujący się załamaniem mechanizmów adaptacyjnych i obronnych, a także koniecznością opracowania nowych, co skutkuje zmianą struktury życia: priorytetów, rodzaju aktywności lub jej uzasadnień, odniesienia do czasu, siebie lub innych ludzi. Typowy jest zatem stan pomieszania, akcentowany w niektórych definicjach kryzysu, oraz powtórna integracja, na ogół na nowym poziomie dojrzałości (Płużek, 1991). Przełom połowy życia oznacza, podobnie jak kryzys, proces zmierzający do nowego sposobu przystosowania, przy czym akcent nie pada na emocjonalną stronę owych zmian, ale raczej ich skutki emocjonalne, poznawcze (zmiany przekonań), interpersonalne, społeczne i osobiste (koncepcja siebie). Przełom może dokonać się bez doświadczenia kryzysu, jest więc pojęciem ogólniejszym. Sposób przechodzenia przełomu jest wysoce zindywidualizowany, nie ma jednego wzorca przemian ani ściśle określonego przedziału wieku, w którym występuje, są natomiast indywidualne ścieżki rozwojowe (Chiriboga, 1989 b; Heckhausen, 2001; Hunter, Sundel, 1989). Uniwersalne doświadczenie, jakim jest wejście w okres połowy życia, bywa odczytywane przez ludzi w sposób indywidualny, w zależności od co najmniej trzech czynników: 1) zmian w zakresie przekonań, oczekiwań, marzeń i planów; 2) zmian dążeń i zadań życiowych stosownie do etapu życia; 3) znaczenia, jakie ma dla człowieka czas i w związku z tym, jak traktowane są potencjalne i faktyczne zmiany. Czynniki te sprawiają, że nawet te same zmiany, zachodzące w okresie środka życia, interpretowane są przez różnych ludzi krańcowo odmiennie i decydują o wystąpieniu kryzysu, przełomu bądź przemian połowy życia, albo hamowaniu tych procesów. Ponadto wystąpienie kryzysu ma związek ze strukturą cech osobowości. Osoby, u których wystąpił kryzys, odznaczają się przede wszystkim większą refleksyjnością i otwartością na nowe doświadczenie, skłon-

nością do przewartościowań, słabą przyszłościową orientacją temporalną i emocjonalnie zorientowanymi strategiami radzenia sobie ze stresem (Oleś, 1995, 2000). Moment przechodzenia przełomu, aktualna struktura życia, wydarzenia, skłonność do refleksji, mają również znaczenie w sposobie przechodzenia przełomu, który może, ale nie musi objawiać się kryzysem. Dlatego też nie ma jednego uniwersalnego zjawiska, tylko wiele indywidualnych wersji przechodzenia rozwojowych zmian połowy życia. Dla jednych jest to przełom, dla innych kryzys, dla jeszcze innych wielka zmiana życiowa zwana syndromem Gauguina (Oleś, 2013), dla pozostałych stopniowe i mało zauważalne przemiany lub po prostu kontynuacja linii rozwoju osobowości. [Określenie *kryzys połowy życia* (ang. *mid-life crisis*) wprowadził w 1965 roku kanadyjski psychoanalityk i psycholog Elliott Jaques (1917–2003) – przyp. red.].

EK-Ł, POL

B: Allport, 1968; Born, Nelson, 1983–1984; Chiriboga, 1989 a, 1989 b; Ciernia, 1985 a, 1985 b; Costa, McCrae, 1978; De Luccie, Scheidt, Davis, 1989; De St. Aubin, McAdams, 1995; Dederick, 1992; Drebing, Gooden,1991; Drebing i współprac., 1995; Farrell, Rosenberg, 1981; Figler, 1978; Heckhausen, 2001; Hunter, Sundel, 1989; Jaques, 1965; Kałużna-Wielobób, 2010; Kluska i współprac., 2016; Kroger, Haslett, 1991; Kruger, 1994; Lachman, Bertrand, 2001; D.J. Levinson, 1986; D.J. Levinson, J. Levinson, 1996; D.J. Levinson i współprac., 1978; McAdams, de St. Aubin, 1992; McAdams, Josselson, Lieblich, 2001; McCrea, 1978; McCrea, Costa, 2005; McGill, 1980; Miluska, 1996; O'Connor, Wolfe, 1978, 1991; Oleś, 1994, 1995, 2000, 2011, 2013; Oleś, Baranowska, 2003; Płużek, 1991; Riegel, 1975; Sęk, 1990; Shek, 1995; Strenger, 2009; Tamir, 1982, 1989; Waskel, 1992, 1995; Waskel, Coleman, 1991; Whitbourne, 1986; Wink, Helson, 1993; Wolfe, O'Connor, Crary, 1990; Yalom, 1980.

O: interwencja kryzysowa, kryzysy starości.

S: kryzys wieku średniego, przełom połowy życia.

TK: ang. *midlife crisis*/*mid-life crisis*/*middle-age crisis*, fr. *crise d'un âge moyen*/*crise de la quarantaine*/*crise de la cinquantaine*, hiszp. *crisis la mediana edad*/*crisis de los 40*, niem. *Midlife Crisis*/*"Mittlebenskrise"*/*Krise in den besten Jahre*, ros. *кризис среднего возраста*.

kryzysy starości (kryzysy związane z procesem starzenia się)

Rozważając rolę trudnych i kryzysowych sytuacji w przebiegu aktywności życiowej osób starszych, warto przypomnieć, że termin „kryzys" pochodzi z języka grec. Jego źródłosłów *κρίσις* [krisis] oznacza wybór, decydowanie, w formie zwrotnej zaś – zmaganie się, walkę, w której konieczne jest działanie pod presją → czasu (Badura-Madej, 1996). Treść słowa *crisis* w języku angielskim poszerza się dodatkowo o takie cechy jak: nagłość, urazowość i subiektywne konsekwencje urazu w postaci negatywnych przeżyć.

Przy typologizacji różnorodnych sytuacji kryzysowych warto zwrócić uwagę na funkcjonowanie jednostek, grup społecznych czy instytucji. Obok kryzysów społecznych, politycznych, gospodarczych, ekonomicznych wymienić można kryzysy instytucjonalne czy kryzysy osobiste. W ontologicznym rozwoju jednostki występują kryzysy przemiany (rozwojowe) oraz sytuacyjne (traumatyczne). Wśród kryzysów osobistych (jednostkowych) szczególną rolę zajmują kryzysy intra- oraz interpersonalne, kryzysy tożsamości oraz kryzysy → utraty.

Kryzysy sytuacyjne mogą mieć trzy rodzaje źródeł: 1) materialne lub środowiskowe, np. pożar, klęski żywiołowe; 2) osobiste lub somatyczne, np. atak bądź → zawał mięśnia sercowego, groźna → choroba; 3) interpersonalne i społeczne, np. rozwód, → śmierć bliskiej osoby (Kubacka-Jasiecka, 2004). Kryzysy sytuacyjne, nazywane losowymi, incydentalnymi bądź traumatycznymi, wywołane są przez silne, urazowe wydarzenia, występują w wyniku pojawienia się zewnętrznych, najczęściej nieoczekiwanych sytuacji. Wydarzenia te przekraczają nasze możliwości pojmowania, rozumienia i radzenia sobie. Zagrażają one poczuciu tożsamości, bezpieczeństwa, a także → zdrowiu i → życiu. Należą do nich m.in. katastrofy, utrata pracy, zdrada współmałżonka, nagłe rozpoznanie choroby somatycznej, → inwalidztwo lub śmierć bliskiej osoby (Badura-Madej, 1996).

Zgodnie z koncepcją Erika H. Eriksona (1902–1994) rozwój jest procesem ewolucyjnym, odbywającym się poprzez ciągłe rozwiązywanie konfliktów i kryzysów. Kryzysy są zawarte immanentnie w tym procesie, a u ich podstaw leży walka dwóch dążeń: do progresji i uzyskiwania gratyfikacji oraz do regresji, czyli powrotu do fazy wcześniejszej o mniejszej złożoności. Kryzys jest więc zjawiskiem normalnym, a także niezbędnym w rozwoju psychicznym człowieka (Pietrasiński, 1990).

Warto zauważyć, że kryzysy psychiczne stanowią naturalną składową ludzkiego losu, nieuchronnie stając się, wcześniej czy później, doświadczeniem każdego z nas. Zasadniczo przyjmuje się, że kryzys może wystąpić u osoby dotychczas zrównoważonej i całkowicie zdrowej w odpowiedzi na sytuację ocenioną subiektywnie jako ekstremalnie trudną, o znaczeniu krytycznym,

przełomowym, w której dochodzi do wyczerpania się zasobów indywidualnych, jak i dostępnych dla jednostki środowiskowych zasobów zmagania się z przeciwieństwami losu. Powiązane z kryzysem charakterystyki funkcjonowania emocjonalnego i poznawczego doprowadzają do zablokowania dostępnych jednostce środków i strategii zaradczych, uniemożliwiając samodzielne rozwiązanie sytuacji kryzysowej. W stanie kryzysu człowiek zostaje opanowany przez lęk, jest bezbronny, pozbawiony możliwości kontrolowania sytuacji, a często również i własnego zachowania (Kubacka-Jasiecka, 2004).

Sytuacje kryzysowe, niezależnie od odmienności i różnorodności warunkujących je przyczyn, przyjmujących kształt wydarzeń traumatycznych, zmian rozwojowych czy trudnych życiowych wydarzeń, łączy pewne podobieństwo. Stanowią dla jednostki duże obciążenie, na skutek wyczerpania obniżają psychiczną odporność, zmniejszają lub pozbawiają zdolności korzystania ze sprawdzonych do tej pory strategii radzenia sobie z trudnościami – mogą też stanowić impuls do zwiększenia wykorzystania posiadanego potencjału rozwojowego.

Kryzysy życiowe dotyczą zarówno jednostek, jak i grup społecznych – → rodziny, środowiska lokalnego. W okresie → późnej dorosłości ogranicza się w znacznym stopniu, czasem gwałtownie, a czasem stopniowo, nasza przestrzeń fizyczna, bo coraz trudniej dojść nam gdzieś dalej, niekiedy przejście na wyższe piętro staje się przeszkodą nie do pokonania bez czyjejś życzliwej pomocy. Ograniczeniu ulega także przestrzeń społeczna – umierają bliscy nam ludzie, kurczy się krąg znajomych i sąsiadów, przestajemy uczestniczyć w życiu wielu ważnych dla nas dotąd grup – towarzyskich, zawodowych, kurczy się nawet nasza grupa rodzinna czy sąsiedzka. Ograniczeniu, zawężeniu lub nawet likwidacji ulegają więc nie tylko kontakty grupowe, ale także wiele kontaktów interpersonalnych. I wreszcie, ograniczeniu ulega przestrzeń psychiczna, gorzej widzimy, pojawiają się problemy ze słuchem, → pamięcią, szybciej się męczymy.

Te trzy rodzaje ograniczeń powodują, że przestrzeń naszego rozwoju kurczy się – znacznie zmniejsza się w stosunku do poprzednich okresów życia. To, jak sobie z ową zmianą poradzimy, zależy od kilku czynników (Brzezińska, Hejmanowski, 2005):

- od tego, z jakimi zasobami, z jakimi kompetencjami, z jakim stosunkiem do siebie i innych ludzi, z jaką ogólną postawą wobec świata wkroczyliśmy w ostatni okres swego życia, co jest naszym oparciem w trudnych chwilach – są to nasze zasoby wewnętrzne, pochodzące z całego przeszłego życia (dzieciństwa, dorastania i dorosłości);
- od tego, jak przebiega proces → starzenia się i utraty sił, a dzieje się to u każdego nieco inaczej; jakie jest nasze samopoczucie, jak sobie radzimy z codziennymi zadaniami – są to aktualne zasoby wewnętrzne;
- od tego, w jakim środowisku żyliśmy i dorastaliśmy, czy było to środowisko aktywnie podejmujące różne problemy, samoorganizujące się w trudnych chwilach, uruchamiające różne formy samopomocy, czy istniały w nim różnorodne sieci społeczne – zawodowe, towarzyskie, rozrywkowe, sąsiedzkie, czy było ono skłócone, zatomizowane, bezradne w obliczu trudności – są to zasoby zewnętrzne, często obecne jedynie w naszej pamięci, ale właśnie owa pamięć o zaradności często dodaje sił w aktualnie przeżywanych trudnościach i zachęca do aktywnego, odważnego domagania się pomocy czy po prostu respektowania naszych praw;
- od tego, jaka jest aktualna postawa innych ludzi wobec nas, ludzi bliskich nam, jak i tych, z których pomocy, informacji, → opieki korzystamy w różnych instytucjach: szpitalu, przychodni, banku, sklepie – są to nasze aktualne zasoby zewnętrzne.

Polepszanie → jakości życia osób starszych

Wielostronnie uwarunkowane zjawisko jakości życia osób starszych rozpatrywać można z punktu widzenia kilku podejść teoretycznych wykorzystywanych przez gerontologów społecznych. W swoim opracowaniu Piotr Szukalski odwołał się do teorii niezaangażowania [„wycofywania się"] (ang. *disengagement theory*), teorii modernizacji, teorii wymiany społecznej, → teorii aktywności oraz teorii społecznej kompetencji i wyłamywania się (ang. *social competence and breakdown theory*) jako intelektualnej podbudowy dla zrozumienia interesujących nas zjawisk (Szukalski, 2005).

Natomiast → Synak (1999) w rozwoju badań socjologicznych nad osobami starszymi dostrzegał zwłaszcza orientacje strukturalistyczne i nurt interakcjonistyczny. W tych pierwszych uwzględnia teorię wyłączania, teorię aktywności, → teorię ciągłości [kontynuacji], → teorię stratyfikacji wieku czy też teorię podkultury starości. W nurcie interakcjonistycznym umieszcza teorię wymiany i teorię naznaczania społecznego. Wśród innych orientacji zauważa → analizę przebiegu życia i teorię modernizacji.

W okresie późnej dorosłości różni ludzie wymagają odmiennych sposobów udzielania pomocy, od zwyczajnej pociechy ze strony bliskich do → wsparcia i → poradnictwa ze strony profesjonalistów. Autorką

bardzo wartościowej teorii poradnictwa jest Alicja Kargulowa. Obszerne elementy teorii zostały przez Kargulową (2004) zaprezentowane z uwzględnieniem dyskursu w nurcie neopozytywistycznym, dyskursu w paradygmacie humanistycznym, dyskursu krytycznego i postmodernistycznego.

Podstawowym czynnikiem polepszania jakości życia → seniorów jest ich aktywność własna. Motywacja do tej aktywności ma wielorakie uwarunkowania, wynikające z indywidualnej sytuacji życiowej osoby. Poszukując nowych strategii postępowania i realizując nowe zadania edukacyjne, osoby starsze mają szansę przezwyciężania kryzysów poprzez traktowanie procesu starzenia się podmiotowo z możliwością decydowania i akceptowania wyborów bez biernego poddawania się sytuacji zewnętrznej.

Przy omawianiu starości użyteczne jest rozróżnienie jej na normalną, pomyślną i niepomyślną. → Normalne starzenie się przebiega bez patologii biologicznych czy psychicznych. Mianem → pomyślnego starzenia się określa się swego rodzaju utopię: starzenie się w warunkach rozwoju i przyjaznego starości środowiska. Starość niepomyślna zdominowana jest przez procesy chorobowe, np. otępienie o późnym początku. Wymienione formy starzenia się trudno jednoznacznie oddzielić (Halicki, 2004). Głównym problemem w życiu starych ludzi jest pokonywanie przybierającego na sile negatywnego bilansu między wynikającymi z procesu rozwoju zyskami a stratami (Cibor, 2008). Można zauważyć, że u osób starszych czynnikami sprzyjającymi wystąpieniu sytuacji kryzysowych są zwłaszcza: doświadczanie sytuacji ograniczeń i strat przy braku umiejętności adaptacyjnych do nowej sytuacji oraz wydarzenia krytyczne pojawiające się nagle. Wśród czynników kryzysogennych wymienia się jeszcze trudności sprzyjające pogorszeniu jakości życia osoby starszej, co może przyczynić się do złego samopoczucia i braku satysfakcji z życia. Są to: 1) trudności z wykonywaniem podstawowych czynności domowych, spowodowane pogarszającym się wzrokiem oraz obniżoną sprawnością fizyczną, osłabieniem kończyn; 2) trudności w wykonywaniu podstawowych → czynności życia codziennego, takich jak: mycie, jedzenie, ubieranie się, toaleta osobista; 3) trudności z poruszaniem się (Coni, Davison, Webster, 1994).

Podstawowe kryzysy, jakie dotykają osoby w → wieku podeszłym, to kryzysy egzystencjalne, należą do nich zwłaszcza: poczucie upływu czasu, przemijania, rozczarowanie niespełnionymi oczekiwaniami, świadomość, że traci się atrakcyjność fizyczną, lęk przed utratą kobiecości/męskości. Czynniki kryzysogenne mogą być bardzo różne. Do najczęściej występujących można zaliczyć:

- przejście na → emeryturę, oznaczające koniec kariery zawodowej, związane z pogorszeniem się sytuacji materialnej, zmianą porządku dnia, utratą pewnego statusu społecznego związanego z wcześniej wykonywaną pracą;
- utrata zdrowia, wynikająca zarówno z chorób, jak i → niepełnosprawności oraz utrata kondycji fizycznej, sił fizycznych i psychicznych czy atrakcyjnego wyglądu fizycznego;
- śmierć i żałoba – czynnik związany ze śmiercią współmałżonka lub zbliżającą się śmiercią własną. Każda z poprzednich faz życia ma w perspektywie następną z faz, natomiast następstwem starości jest śmierć, stąd pojawia się lęk przed śmiercią, ale również powolne oswajanie się z tą myślą. → Lęk przed śmiercią może mieć kilka postaci: żal przed opuszczeniem świata, przeświadczenie, że nie ma innego życia po śmierci, obawy związane z karą za grzechy, obawy związane z samym umieraniem i związanym z nim cierpieniem;
- „puste gniazdo", kryzys związany z utratą ról rodzicielskich i opuszczeniem domu przez dzieci. Ta sytuacja wymaga od małżonków wypracowania nowych form bycia razem, życia tylko we dwoje;
- zmiana miejsca zamieszkania, związana z przeprowadzeniem się do domu dzieci lub → domów pomocy społecznej. W domach pomocy człowiek musi przystosować się do nowych warunków życia w grupie, często w jednym pokoju z przypadkowymi osobami;
- utrata poczucia przydatności i prestiżu, wiążąca się z utratą dotychczasowych ról społecznych, utrata poczucia znaczenia i wzrost poczucia bezużyteczności (Szatur-Jaworska, Błędowski, Dzięgielewska, 2006).

Jak zauważa Walentyna Wnuk (2007), współczesny senior boryka się z wielością różnych problemów wyznaczających bieg jego życia, czasem go zakłócając. Niektóre problemy pojawiają się nagle, nieoczekiwanie, wymagają dokonania zmian w życiu. Inne trwają czasem zbyt długo, nie umiemy sobie z nimi poradzić, blokują one naszą dotychczasową aktywność. Opanowane przez nas zachowania przystosowawcze okazują się niewystarczające. Owe problemy są często pretekstem do zmian w zachowaniu i działaniu. Każdy z nas ma własną subiektywną ocenę problemów, przypisując im większe lub mniejsze znaczenie.

Warto w tym miejscu wskazać też na możliwość występowania zjawiska → ageizmu [i dyskryminacji] –

negatywnego odnoszenia się do osób starszych i dyskryminowania ich. Adam A. Zych zauważa takie rodzaje wymienionego zjawiska, jak np. dystansowanie się, czyli unikanie bliskich kontaktów z ludźmi starszymi; dewaluowanie, tzn. upowszechnianie przekonań o negatywnych cechach ludzi starszych; delegitymizacja, czyli utrwalanie w postaci aktów prawnych negatywnego stosunku jednych osób wobec innych, co prowadzi do zaliczenia danej jednostki do kategorii społecznej pozbawionej określonych praw; segregacja, polegająca na izolowaniu jednostek lub grup od środowiska społecznego, a w skrajnych przypadkach eksterminacja, np. w czasach nazizmu (Zych, 2001).

Termin „ageizm" ma szerszy zakres znaczeniowy niż → gerontofobia, czyli logicznie nieuzasadniony lęk i nienawiść wobec osób starszych oraz negatywne lub pejoratywne wyobrażenia czy postawy wobec jednostki ze względu na jej wiek. → Dyskryminacja z powodu wieku oznacza zatem niechęć do ludzi starszych opartą na przekonaniu, że starzenie się czyni ich nieatrakcyjnymi, nieinteligentnymi, niezdolnymi do pracy zawodowej, słabymi i seksualnie nieaktywnymi. Ten rodzaj dyskryminacji dotyka osoby starsze, stereotypowo postrzegane jako godne litości, niezaradne, schorowane, stojące u progu śmierci lub niepotrafiące funkcjonować w społeczeństwie ludzi zdrowych, młodych, „normalnych". Są one w związku z tym często izolowane i zmuszane do przeniesienia się do „geriatrycznych gett", a więc do różnego rodzaju domów spokojnej starości. Źródeł dyskryminacji wiekowej upatruje się w stereotypach i uprzedzeniach dotyczących starości i osób starszych oraz w funkcjonującym w społeczeństwie obrazie starości podkreślającym ciemne strony tego okresu życia (Zych, 2017).

Kryzys → samotności i osamotnienia [w okresie starości]

W podeszłym wieku obniża się poziom sprawności fizycznej i psychicznej, zauważa się oziębienie stosunków międzyludzkich, co jest znaczącym uwarunkowaniem samotności, z powodu zbliżającego się końca życia. Niesprawność fizyczna, mała ruchliwość utrudniająca poruszanie się poza mieszkaniem może sprzyjać wystąpieniu poczucia samotności.

Samotność dla Szukalskiego (2005) oznacza pozostawanie przez długi czas w pojedynkę, brak fizycznej możliwości kontaktu z innymi osobami, wynikający z braku więzi społecznych, braku integracji z grupą, źle pełnionych ról społecznych. Przyczyna samotności może być obiektywna (brak krewnych, przyjaciół, znajomych, samotne zajmowanie lokalu mieszkalnego) lub subiektywna – wynikać może z cech danej jednostki zniechęcających do kontaktów z nią, bądź też z zamykania się jednostki we własnym wnętrzu.

Jednak znaczenie słowa „samotność" jest bardzo nieostre. Ktoś może być samotny, ale nie czuć się osamotniony. Ktoś inny przeciwnie, czuje się osamotniony, mimo że nigdy nie jest sam. Samotny (sam) i osamotniony nie oznaczają więc tego samego. Samotność nie oznacza osamotnienia. Wielu ludzi szuka samotności i odczuwa ją jako dar.

Z kolei osamotnienie koncentruje się na psychicznym aspekcie samotności lub poczuciu niemożności bycia zrozumianym przez innych, wyobcowaniu pomimo istnienia fizycznych kontaktów z innymi; wspiera się zatem na analizie natężenia i – przede wszystkim – jakości relacji z innymi (Szukalski, 2005).

W literaturze osamotnienie definiowane jest w różny sposób. To rodzaj oderwania od potrzebnych związków z innymi lub niezbędnego związku z bliską osobą. Robert Stuart Weiss wyodrębnia osamotnienie emocjonalne i społeczne. Osamotnienie emocjonalne spowodowane jest brakiem możliwości nawiązywania bliskich interakcji z wybraną osobą. Osamotnienie tego typu występuje po utracie kogoś bliskiego, utracie spowodowanej śmiercią lub zerwaniem związku. Osamotnienie społeczne jest natomiast rezultatem braku grupy przyjaciół, z którymi można dzielić przeżycia oraz wspólne zainteresowania (Kmiecik-Baran, 1998).

Samotność może być stanem wybranym świadomie, człowiek samotny wcale nie musi być bardziej osamotniony od żyjącego wśród innych – w rodzinie, w grupie. Niejednokrotnie słyszy się wypowiedzi, że nigdzie człowiek nie jest tak samotny jak między ludźmi. Samotność może więc być stanem pozytywnym, o ile jest krótkotrwała lub pożądana. Jak zauważa Józef Kozielecki, można wyróżnić pewną klasę ludzi, dla których samotność nie tylko nie jest ciężarem, ale stanowi wartość pozytywną. Ma ona swój urok i swoje piękno. Dzięki zerwaniu lub ograniczeniu kontaktów z rodziną, instytucją, przyjaciółmi – ludzie ci zdobywają większą niezależność, mają więcej czasu na twórczość i kształtowanie własnej drogi życiowej, Samotność stanowi ich świadomą decyzję. Wielkie osiągnięcia indywidualne stają się możliwe dzięki zawierzeniu samotności i jednocześnie na ogół ją pogłębiają (Kozielecki, 1988). Osobne miejsce zajmuje problematyka samotności i osamotnienia osób starszych, zarówno funkcjonujących w rodzinie, jak też przebywających w placówkach → pomocy społecznej (Kurcz, 2003; Lausch-Żuk 1998).

Zjawisko samotności dotykające osoby starsze może wywoływać silne spustoszenie w ich życiu psychicznym. W obecnych czasach społeczeństwa starzeją się, tj. grupa starszych ludzi stanowi znaczny odsetek ogółu ludności, co sprawia, że nie jest to tylko sprawa poszczególnych osób, ale problem o zasięgu społecznym. Ludzie starsi żyją w izolacji mimo przebywania w grupie i nie mają siły do nawiązywania nowych kontaktów międzyludzkich. Takie zachowania zaobserwować można w domach pomocy społecznej, gdzie trudno utrzymać własne poczucie rzeczywistości i zachować → zdrowie psychiczne w sytuacji zamieszkania we wspólnym pokoju z innymi osobami, z którymi trudno się porozumieć.

Niektórzy badacze zastanawiają się nad przyczynami wywołującymi samotność u osób starszych i wymieniają siedem grup przyczyn tego zjawiska (Rembowski, 1992): czynniki geograficzne, bariery językowe, samotność kulturową, samotny styl życia, samotność spowodowaną chorobą bądź utratą najbliższych osób, a także świadomość nieuchronnej śmierci.

Poczucie samotności jest bardzo bolesnym doświadczeniem, dezintegrującym zachowanie osoby, prowadzącym do emocjonalnego paraliżu i bezradności. Dotyka człowieka na każdym etapie jego życia: w dzieciństwie, w młodości oraz w okresie przechodzenia w wiek senioralny.

Skalę samotności można określić na dwa sposoby: 1) pośrednio poprzez analizę warunków mieszkaniowych seniorów i ich rozkładu wg wielkości i typu gospodarstwa domowego (wychodząc z założenia, że osoby mieszkające w pojedynkę można zakwalifikować jako osoby samotne); 2) bezpośrednio poprzez analizę badań odnoszących się do budżetów czasu osób starszych z punktu widzenia tego, z kim spędzają one czas – w samotności czy w obecności innych (Szukalski, 2005).

Kryzys przemijania – śmierć oraz reakcja → żałoby [i przeżywania żalu]

Pomimo że nieuleczalna choroba, często bezpośrednio związana z bólem i cierpieniem, prowadząca do umierania, a nade wszystko śmierć, od wieków są podstawowym tematem filozofii, literatury, sztuki i myśli religijnej, to dopiero w ostatnich dekadach stały się przedmiotem systematycznych badań naukowych (Zych, 2013).

Proces starzenia się jest bardzo złożony. Jego źródła leżą w wielu różnych mechanizmach. Analizując koncepcje biologiczne zauważymy, ze starzenie dotyczy wszystkich organizmów, jest zależne od działania genów oraz wpływu otoczenia na organizm. Teorie starzenia można podzielić na opierające się na zaprogramowanej śmierci oraz kumulacji błędów (Woźniak-Krakowian, 2007). Teorie zaprogramowanej śmierci zakładają, że czas życia organizmu jest odliczany przez biologiczne zegary. Kiedy zegary odliczą pewną liczbę, włącza się proces samobójczej śmierci organizmu. Teorie kumulacji błędów winą za proces starzenia obarczają negatywny wpływ środowiska. Czynniki mutagenne powodują błędy w kopiowaniu genów, które kumulują się dzięki przenoszeniu do kolejnych pokoleń komórek. W pewnym momencie procent błędów przekracza pewien poziom i organizm nie potrafi ich już naprawić, co doprowadza do śmierci.

Wśród teorii funkcjonowania poznawczego w jesieni życia istnieje teoria tzw. krańcowego spadku, autorstwa Roberta W Kleemeiera (1915–1966). Mówi ona, że znaczące pogorszenie się funkcjonowania poznawczego pojawia się na 5, 7 lat przed śmiercią. O ile funkcjonowanie fizyczne ulega powolnemu i stopniowemu spadkowi, o tyle inteligencja, czy skrystalizowane zdolności, pozostające przez wiele lat na tym samym poziomie, ulegają nagłemu spadkowi właśnie na kilka lat przed śmiercią. Prawdziwość teorii krańcowego spadku lepiej wykazywały testy pamięci epizodycznej (sprawdzające rozpoznawanie) niż testy odpamiętywania, w których poziom wykonania i tak z wiekiem znacznie się obniża. Potwierdzono, że na kilka lat przed śmiercią spada poziom wykonania testów pamięci pierwotnej. Stwierdzono też związany ze zbliżającą się śmiercią spadek wykonania testów, w których rezultat i tak znacznie obniża się w miarę starzenia, takich jak testy sprawdzające szybkość reakcji lub zdolność abstrakcyjnego rozumowania (Janiszewska-Rain, 2005; Zych, 2010).

Człowiek oczywiście obawia się nie tylko swojej śmierci, ale także śmierci bliskich osób. Boi się je utracić, gdyż je kocha lub też jest w rozmaity sposób od nich uzależniony.

Analizując treść lęków związanych ze śmiercią, Roman Schulz wymienia osiem czynników, stanowiących potencjalne źródła odczuwanego niepokoju. Są to: cierpienie fizyczne, wstyd i poniżenie, zmiany zachodzące w ciele, uzależnienie od innych, konsekwencje naszej śmierci dla innych, przerwanie realizacji ważnych zadań życiowych, nieistnienie, kara za grzechy (Ostrowska, 1997).

Lęk wypływający ze świadomości własnej skończoności jest w stanie całkowicie obezwładnić istotę ludzką. Stąd też, w celu łagodzenia trwogi i osiągnięcia takiego stopnia psychicznego spokoju, który pozwoliłby jednostkom na rozwój i wzrastanie, ludzie budują kul-

turowe koncepcje rzeczywistości, wyjaśniające im ich miejsce w świecie i wypełniające egzystencję znaczeniem (Rusaczyk, 2008).

Jedno z bardziej obiecujących wyjaśnień, przydatnych do szerokiego rozumienia dysfunkcji oraz trudności psychicznego i społecznego funkcjonowaniu ludzi w konfrontacji z umieraniem i śmiercią, można wyprowadzić z teorii opanowywania trwogi (*Terror Management Theory* – TMT). Obszerne założenia tej interesującej teorii zaprezentowano w innym miejscu (Stochmiałek, 2009).

Specjalizacja i instytucjonalizowanie się wsparcia dla umierających i ich rodzin wyzwoliły naturalną potrzebę dostosowania form pomocy i jej zakresu do rzeczywistych potrzeb osób objętych tak pomyślaną posługą (Górecki, 2000). Z pomocą osobom konającym w samotności przychodzi → opieka paliatywno-hospicyjna. Obok zwyczajowych, spontanicznych form opieki nad umierającymi można wymienić: → hospicja stacjonarne, zespoły domowej opieki hospicyjnej, ośrodki opieki dziennej, ośrodki konsultacyjne.

Śmierć bliskiej osoby, rodzica, krewnego wywołuje reakcję żałoby związaną z trudnym zmaganiem się ze → stresem. Proces ten charakteryzuje indywidualna zmienność etapów, różniących się czasem trwania oraz intensywnością wystąpienia.

Warto podkreślić, że całe życie człowieka związane jest z doświadczaniem → utraty – począwszy od narodzin, kiedy dziecko traci bezpieczne środowisko, poprzez możliwość zerwania przyjaźni, utratę pracy, ale też utratę sił witalnych czy zdrowia wraz z procesem starzenia się.

Stopień radzenia sobie po utracie partnera zależy od posiadanych kompetencji do życia w samotności oraz od realnie funkcjonującej sieci społecznego wsparcia. W literaturze przyjmuje się, że następująca po śmierci współmałżonka żałoba przebiega w rozmaity sposób – od smutku i cierpienia po samotność i → depresję [i zaburzenia nastroju]. Składa się ona zasadniczo z trzech stadiów. Od wstrząsu i odrętwienia, charakteryzującego się pewnym automatyzmem działania i brakiem świadomości straty, poprzez stadium kurczenia się w sobie, gdy wdowiec lub wdowa zaczyna w pełni rozumieć doznaną stratę i musi zmierzyć się z negatywnymi uczuciami, aż po stadium akomodacji, w którym owdowiała osoba odkrywa nowe sposoby spojrzenia na świat. Przejście przez wymienione trzy stadia jest niezbędne dla pomyślnego zakończenia tej krytycznej sytuacji. Nie zawsze jednak próba poradzenia sobie z wdowieństwem ma pozytywne zakończenie. Dowodzi tego typologia postaw charakteryzujących osoby znajdujące się w sytuacji po utracie partnera (Halicki, 2004), gdzie jedna z postaw dotyczy trwania w emocjonalnej konsternacji. Osoby prezentujące tę postawę są depresyjne i zrezygnowane. Wprawdzie przez krótki czas po śmierci partnera mogły być emocjonalnie odciążone, jednak później stają się coraz bardziej bezradne, bierne i izolujące się. Istniejące początkowo psychosomatyczne dolegliwości przechodzą często w obiektywnie zły stan zdrowia. Ta postawa jest silnym czynnikiem ryzyka niepomyślnego starzenia się.

JS

B: Badura-Madej, 1996; Brzezińska, Hejmanowski, 2005; Cibor, 2008; Coni, Davison, Webster, 1994; Górecki, 2000; Halicki, 2004; Janiszewska-Rain, 2005; Kargulowa, 2004; Kmiecik-Baran, 1998; Kozielecki, 1988; Kubacka-Jasiecka, 2004; Kurcz, 2003; Lausch-Żuk, 1998; Ostrowska, 1997; Pietrasiński, 1990; Rembowski, 1992; Rusaczyk, 2008; Stochmiałek, 2009; Synak, 1999; Szatur-Jaworska, Błędowski, Dziegielewska, 2006; Szukalski, 2005; Wnuk, 2007; Woźniak-Krakowian, 2007; Zych, 2001, 2013, 2017.

O: interwencja kryzysowa, utrata.

TK: ang. *the old age crises/ageing crises*, fr. *crises de vieillesse et vieillissement/sénescence et crises*, hiszp. *crisis de la avandaza edad*, niem. *Krisen im Alter*, ros. *кризисы старости/кризисы пожилого возраста*.

kryzysy związane z procesem starzenia się → kryzysy starości

Kuhn Margaret [Maggie] Eliza (1905–1995)

amer. aktywistka i działaczka społeczna, która w roku 1970 zainicjowała ruch społeczny „Szarych Panter". Zawiązanie tego ruchu wynikało z potrzeby wytworzenia u osób starszych samoświadomości i poczucia wspólnoty, a jego celem było przeciwdziałanie rezygnacji, samotności i osamotnieniu, izolacji społecznej, marginalizacji ludzi starzejących się i starych oraz → ageizmowi i dyskryminacji z powodu wieku. Maggie Kuhn była znaną działaczką w Kościele Prezbiteriańskim, prowadziła także wykłady w Chrześcijańskim Stow. Młodzieży Żeńskiej, dotyczące społecznych spraw kobiet. W 1970 roku przeszła w stan spoczynku. Jest autorką prac autobiograficznych (1977, 1991), istotnych dla współczesnej → gerontologii społecznej.

AAZ

B: Hessel, Kuhn, 1971; Kuhn, Long, Quinn, 1991; Sanjek, 2009.

O: ageizm i dyskryminacja.

kultura medialna seniorów

Nowa rzeczywistość elektroniczna kształtuje nowy paradygmat, jakim jest „kultura medialna", która może być istotnym czynnikiem zmiany funkcjonowania → seniora w → przestrzeni medialnej. Jeżeli współczesnego człowieka ma cechować kultura medialna, nie może on ograniczać się tylko do opanowania umiejętności korzystania ze sprzętu komputerowego i sieci globalnej. Termin „kultura medialna" jest dwuatrybutowy. Na jego treść składa się to wszystko, co włączamy do desygnatów pojęć „kultura" i „media". Pojęcie „kultury medialnej" obejmuje warstwę świadomości społecznej, która wyraża oceny, opinię, poglądy i postawy wobec mediów, a także wiedzę, umiejętności i nawyki charakteryzujące zbiorowość zgodnie z funkcjonującym systemem wartości. Kultura medialna to zjawisko budujące przestrzeń komunikacyjną i określające reguły funkcjonowania w danym środowisku.

Człowiek współczesny żyje i funkcjonuje w przestrzeni medialnej. Wielkiego zatem znaczenia nabiera pytanie o właściwości i relacje człowieka z mediami. Okazuje się bowiem, że media niosą ze sobą ogromne szanse dla ludzi, ale również spore zagrożenia. Potęgują możliwości umysłu jednostki, stając się znakomitymi narzędziami gromadzenia, przetwarzania i generowania informacji, udoskonalając formy i metody nauczania–uczenia się. Można mówić o elementach kultury medialnej, takich jak np. charakterystyczny język, swoista tonacja uczuciowo-emocjonalna, szczególne formy zachowania, specyficzny system wartości. Pojęcie „kultury medialnej" obejmuje zatem całokształt działań i twórczości człowieka w przestrzeni mediów. Funkcjonuje w języku współczesnym, zwłaszcza zaś w tych jego obszarach, które dotyczą rozmaitych aspektów formowania się nowego paradygmatu kultury opartego na dynamice rozwoju nowych mediów. W tekstach naukowych pojawia się pojęcie „kultury medialnej", lecz jest różnorodnie definiowane bądź nie jest precyzyjnie określane, co wskazuje na rozległość tematu i wiele wątpliwości, zarówno metodologicznych, jak i teoretycznych. Warunkiem podstawowym jest konieczność redefiniowania tego permanentnie podlegającego zmianom obszaru, jakim jest kultura medialna. Jest to o tyle istotne, że kultura staje się źródłem powstawania zupełnie nowych zjawisk, jak np. procesu kompozytowania przekazu, dążenia do budowy gigantycznych baz danych, a także kształtowania wśród użytkowników kreatywnych umiejętności korzystania z nich. Pojęcie „kultury medialnej" ma wiele określeń. W definiowaniu operacyjnym przydatne są dwa ujęcia terminu „kultura" zaczerpnięte ze *Słowników języka polskiego*: „Kultura – stopień doskonałości, sprawności w opanowaniu jakiejś umiejętności; wysoki poziom czegoś, zwłaszcza rozwoju intelektualnego, moralnego" (Szymczak, 1978), oraz „1) Kultura, rozumiana jako całokształt materialnego i duchowego dorobku ludzkości, 2) Kultura, stopień doskonałości, sprawności w opanowaniu i znawstwie jakiejś specjalności" (Doroszewski, 1961). Celowe jest także odwołanie się do Denisa McQuaila, który pisze, że kultura musi mieć następujące atrybuty: być czymś kolektywnym i posiadanym wspólnie z innymi (nie ma kultury czysto indywidualnej). Musi mieć jakieś symboliczne formy ekspresji intencjonalnej (lub nie), a także pewne wzorce, porządek czy też regularność, z których wynikają pewne wymiary ocenne, np. stopień zgodności z narzuconym wzorcem kulturowym (McQuail, 2007).

Zachowując pewne elementy przytaczanych definicji, można sądzić, że kultura medialna w rozumieniu obiektywnym to – dotychczasowy dorobek w zakresie mediów (urządzenia – *hardware*, produkty – *software*) oraz w rozumieniu subiektywnym – właściwość człowieka, jego aktywność, poziom rozwoju intelektualnego i moralnego. Kultura medialna to funkcjonowanie komunikacyjno-edukacyjne człowieka, zapewniające mu pełniejszy rozwój intelektualny, poczucie bezpieczeństwa w świecie ekspansywnych środków masowego przekazu informacji oraz aktywne uczestnictwo w społeczeństwie informacyjnym, w którym media cyfrowe są atrakcyjnym i efektywnym źródłem informacji, umożliwiając jej strukturyzację i wykorzystanie w procesie konstruowania wiedzy. Podstawowymi komponentami kultury medialnej są: wiedza o mediach, umożliwiająca świadome i racjonalne funkcjonowanie w świecie współczesnych mediów, umiejętności korzystania z mediów oraz postawy wobec mediów.

Wiedza o mediach umożliwia jednostce aktywne uczestnictwo w konstruowaniu poznawanej rzeczywistości. Senior, jeśli chce bezpiecznie i funkcjonalnie poruszać się w przestrzeni medialnej, musi nieustannie poszerzać swoją wiedzę w tym obszarze. Wiedza osób starszych o mediach jest konstruowana dzięki ich możliwościom poznawczym, a także wpływom środowiska (np. dzięki oddziaływaniom → uniwersytetów trzeciego wieku). Zmiany technologiczne implikują nową wiedzę o mediach, która pomaga zachować wobec nich konieczny dystans, pozwala podjąć krytyczny osąd na temat medialnego przekazu, odróżnić to, co dobre i wartościowe i z tego korzystać, a zamknąć się na działania szkodliwe. Wiedza o mediach

jest istotnym czynnikiem umożliwiającym seniorowi świadome przebywanie w przestrzeni medialnej. Jest także znajomością zasad funkcjonowania tych środków, form i gatunków medialnych. Wiedza o mediach pozwala poznać mechanizmy tworzenia informacji, jej prezentowania, a także odbioru. Często jednak o doborze prezentowanych informacji decyduje jej atrakcyjność lub dosadniej – sensacyjność, a nie znaczenie dla odbiorcy. Wiedza o mediach umożliwia optymalny wybór danego środka, odpowiadający oczekiwaniom odbiorcy, jego potrzebom i zainteresowaniom. Uboga wiedza czyni seniora „analfabetą" w odbiorze komunikatów z danego medium, bezbronnym wobec medialnej manipulacji. Braki w tej wiedzy powodują także, że senior staje się osobą skazaną na postępujące uzależnienie od innych, wchodzi w rolę petenta stale poszukującego pomocy. W przestrzeni medialnej istotne znaczenie ma funkcjonalność wiedzy, czyli stopień jej wykorzystania przez seniora, a zarazem umiejętność stosowania mediów.

W psychologii poznawczej funkcjonalność oznacza możliwość transferu pomiędzy wiedzą deklaratywną (ang. *declarative knowledge*, tj. „wiedza, że" – *knowing that*) a wiedzą proceduralną (ang. *procedural knowledge*, tj. „wiedza jak" – *know-how*), którą teorie przetwarzania informacji często określają terminem „umiejętności" (ang. *skills*). Umiejętności oznaczają zatem zdolność do stosowania wiedzy i korzystania z procedury *know-how* w celu wykonywania zadań i rozwiązywania problemów. Nabywanie umiejętności stosowania mediów związane jest z wieloma właściwościami osobowymi danego podmiotu. Wysoki poziom umiejętności stosowania mediów przez seniora warunkuje mu łatwą adaptację do zmieniających się okoliczności w każdej dziedzinie, a przede wszystkim w życiu społecznym.

Istotne znaczenie mają postawy seniorów wobec mediów. Postawa jest czymś, co wiąże się z afektywną oceną (pozytywną lub negatywną) różnego typu obiektów. Postawa jest zawsze postawą wobec czegoś (np. wobec mediów), charakteryzuje ją gotowość do reagowania w określony sposób – pozytywny lub negatywny. Postawy pozytywne wymagają wysiłku intelektualnego odbiorcy, opierają się na jego krytycznym myśleniu, pozwalając na zachowanie własnego zdania w konkretnych działaniach. Postawy negatywne wykazują uzależnienie od mediów. Prowadzą do wytworzenia określonej mentalności odpowiadającej danemu medium. Człowiek uzależniony od medium staje się z biegiem czasu jego fanem, nie akceptując przeciwników tego medium, często traktując ich z niechęcią. Opisane komponenty kultury medialnej: wiedza o mediach, umiejętności stosowania mediów oraz postawy wobec środków masowego przekazu informacji, decydują o profesjonalnym, konstruktywnym i efektywnym wykorzystaniu mediów. Kultura medialna może być zatem konstytutywnym elementem eliminującym bezmyślne wchodzenie seniorów w przestrzeń medialną.

MW

B: Bignell, 2007; Doroszewski, 1961; McQuail, 2007; Szymczak, 1978.
O: edukacja medialna seniorów, pedagogika medialna, przestrzeń medialna, starość w środkach masowego przekazu, stulatkowie w komunikacji społecznej i medialnej, środki masowego przekazu w życiu osób starszych.
TK: ang. *a media culture of older people/a media culture of seniors*, fr. *culture médiatique des personnes âgées*, hiszp. *cultura mediática de las personas de edad*, niem. *Medienkultur der älteren Menschen*, ros. *культура средств массовой информации* [СМИ] *пожилых людей*.

kulturowe konteksty niepełnosprawności

Kultura (z łaciny *cultura* – uprawa, kształcenie) to całokształt materialnego i duchowego dorobku ludzkości, a także ogół wartości, zasad i norm współżycia przyjętych przez dane zbiorowości; wszystko to, co powstaje dzięki pracy człowieka, co jest wytworem jego myśli i działalności.

Kultura dzieli się na trzy modele które nawzajem się dopełniają. Znana socjolog kultury, Antonina Kłoskowska (1919–2001) wyróżniła: kulturę bytu, kulturę społeczną i kulturę symboliczną.

1. Kultura bytu nazywana jest częściej kulturą materialną. Obejmuje działania i wytwory techniczne związane z produkcją, dystrybucją i usługami, które służą zaspokajaniu naturalnych i bytowych potrzeb człowieka.
2. Kultura społeczna charakteryzuje się tym, że podmiotem oraz przedmiotem kulturowo zorientowanych działań są sami ludzie. Regulujący wpływ kultury odnosi się do stosunków, ról i układów ludzi w ich wzajemnych powiązaniach. W jej skład wchodzi komunikowanie służące organizacji ludzkich stosunków. Porządek społeczny wyraża się również w „twardych faktach" podziału władzy, dostępu do dóbr, funkcji oraz pozycji społecznych.
3. Kultura symboliczna to sfera czynności, wartości i przeżyć autotelicznych, które nie są związane z zaspokajaniem potrzeb człowieka jako istoty biologicznej oraz jako członka społeczeństwa.

Czynności autoteliczne są działaniami wykonywanymi ze względu na nie same, a nie z uwagi na uzyskiwane rezultaty czy związane z nimi korzyści. Do sfery związanej z kulturą symboliczną należą takie dziedziny jak: sztuka, nauka czy religia, zjawiska spełniające funkcje estetyczne, poznawcze i ludyczne.

Studia nad kulturowymi kontekstami niepełnosprawności poddają analizie sposób, w jaki poszczególne przejawy kultury i różnorodne kultury (istnieje obecnie siedem kręgów kulturowych) kształtują sytuację człowieka z → niepełnosprawnością. Analizy kulturowe dotyczą:

- językowych i semantycznych kontekstów niepełnosprawności: modeli niepełnosprawności, nazewnictwa oficjalnego i nieoficjalnego, jego kształtowania się na przestrzeni dziejów, a także analiz porównawczych między poszczególnymi nazwami istniejącymi w różnych językach i kulturach;
- konceptualizacji niepełnosprawności, zachowań wobec osób z niepełnosprawnością i ich tożsamości, sposobów reakcji społecznej na niepełnosprawność;
- prawnych regulacji dotyczących człowieka z niepełnosprawnością;
- stosunku do niepełnosprawności;
- instytucjonalnych rozwiązań na rzecz osób z niepełnosprawnością – ich leczenia, → rehabilitacji, edukacji, zatrudnienia, wspomagania;
- sztuki i niepełnosprawności, zwłaszcza takich zagadnień jak: człowiek z niepełnosprawnością w sztuce i kulturze masowej, człowiek z niepełnosprawnością jako twórca;
- sportu i kultury fizycznej osób z niepełnosprawnością;
- kultury technicznej wobec osób z niepełnosprawnością;
- codzienności życia z niepełnosprawnością w jej bogactwie przejawów (w tym zagadnień dotyczących cielesności i seksualności, mody, → czasu, przestrzeni, praktyk życiowych obecnych w pewnych sytuacjach, rytuałów, osób, pokarmów, zjawisk destabilizujących codzienność, sfery sacrum, brud, czystość i śmieci, pracy i edukacji, rodzajów rekreacji, zwierząt jako „obiektów" życia codziennego).

Studia kulturowe mogą mieć postać analiz ilościowych i jakościowych.

HŻ

kuratela → opieka prawna

Kuratowska Zofia (1931–1999)
polska lekarka, specjalista chorób wewnętrznych i hematologii, przewodnicząca Zarządu Głównego → Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego (1980–1982). Ukończyła studia lekarskie w Akad. Med. w Warszawie (1955), następnie uzyskała stopnie doktora (1962) i doktora hab. (1970) oraz otrzymała tytuł prof. nauk med. (1989). Przez wiele lat kierowała Kliniką Geriatrii, Hematologii i Immunologii w Centrum Kształcenia Podyplomowego w Warszawie. Kuratowska odegrała znaczną rolę w przemianach politycznych w Polsce, początkowo jako działaczka opozycji demokratycznej, a następnie jako senator i wicemarszałek Rzeczypospolitej Polskiej. W latach 1998–1999 była ambasadorem RP w Republice Południowej Afryki. Prowadziła badania z zakresu → geriatrii dotyczące → farmakoterapii w wieku podeszłym, badania ubocznych skutków chemioterapii nowotworów i badania kliniczne nad stanem układu krwiotocznego w chłoniakach złośliwych. W roku 1983 została odznaczona przez rząd londyński Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, a w 1997 przez Prezydenta RP Krzyżem Komandorskim z Gwiazdą OOP.

AAZ

TK: ang. *cultural contexts of disability,* fr. *contexte culturel de la incapacité,* hiszp. *conrextos cultural de la discapacidad, niem. kullturelle Kontexte das Behinderung,* ros. *культурные контексты неполноценности.*

L

Laboratorium Architektury 60+ (LAB 60+)
– to pierwsza w Polsce fundacja, a zarazem pracownia zajmująca się innowacyjnym podejściem do planowania i projektowania przestrzeni dla starzejącego się społeczeństwa, powołana w roku 2016. W zakres działań Laboratorium Architektury 60+ (LAB 60+) Przestrzeń z perspektywą 60+ wchodzi wymiana wiedzy, realizacja projektów, ich komercjalizacji, oraz organizacja inspirujących wydarzeń dotyczących przestrzennego wymiaru starzenia się społeczeństwa. LAB 60+ współtworzą najlepsi specjaliści w Polsce zajmujący się przestrzenną polityką senioralną, od określenia wizji dla danego obszaru, po skalę dzielnicy, osiedla, budynku, wnętrza aż do przedmiotów codziennego użytku. LAB 60+ wspiera władze samorządowe, deweloperów, prywatnych inwestorów, pracownie projektowe, firmy oferujące produkty dla osób starszych pomocne w kreowaniu środowiska jak najlepiej dostosowanego do indywidualnych potrzeb tej grupy klientów. [Więcej na stronie: www.lab60plus.pl – przyp. red.]. Celem LAB 60+ jest: 1) wspieranie i realizowanie działań na rzecz przestrzennej polityki senioralnej, w tym programowanie i projektowanie rozwiązań przestrzennych; 2) rozwijanie obszaru współpracy między różnymi interesariuszami, m.in. poprzez współpracę z uczelniami, szkołami wyższymi, instytucjami badawczymi i innymi organizacjami; 3) działalność naukowa, naukowo-techniczna, oświatowa oraz szkoleniowa i promocyjna związana z uwzględnianiem potrzeb osób starszych w trakcie planowania i implementacji polityki przestrzennej.

Geneza LAB 60+
LAB 60+ powstało z myślą o teraźniejszości, w trosce o jakość życia naszych dziadków i rodziców, a w przyszłości nas samych. W działaniach fundacji istotne jest uwzględnianie prognoz, zgodnie z którymi dzisiejsze pokolenie 30+ w przyszłości ma się znacznie różnić od dzisiejszego pokolenia 60+, nie tylko aspiracjami, → stylem życia, ale także większą mobilnością. Fundację LAB 60+ stworzyła Agnieszka Labus, która od wielu lat specjalizuje się w zagadnieniach rewitalizacji w kontekście starzenia się społeczeństwa. Jako pierwsza w Polsce podjęła dyskusję naukową dotyczącą koncepcji odnowy miast europejskich w XXI wieku jako miejsca przyjaznego ludziom starszym, co posłużyło do opracowania zagadnień przestrzennych w pierwszym w Polsce dokumencie strategicznym dla regionu małopolskiego. Fundacja LAB 60+ ściśle współpracuje z Wydziałem Architektury Politechniki Śląskiej w Gliwicach, który zapewnia fundacji środowisko przyjazne dla rozwoju, wzajemnej współpracy i wsparcia m.in. w zakresie podejmowanych działań i projektów.

Struktura LAB 60+
Działalność fundacji rozwijają obecnie i współtworzą wybitni eksperci z grona pracowników z Wydziału Architektury Politechniki Śląskiej specjalizujących się w zagadnieniach starzenia się społeczeństwa w różnych skalach przestrzennych. LAB 60+ to także Rada Honorowa skupiająca postacie wybitne i zasłużone dla polityki senioralnej oraz projektowania uniwersalnego w Polsce, eksperci z innych ośrodków naukowo-badawczych w Polsce, a także praktycy (m.in. aktywiści miejscy, projektanci, architekci, urbaniści i planiści przestrzenni). Ponadto fundacja współpracuje także z organizacjami samorządowymi zajmującymi się rozwojem gospodarki senioralnej w Polsce. Współpraca LAB 60+ z różnymi podmiotami w działaniach i projektach daje szansę na uzyskanie rozwiązań zgodnych z najnowszymi tendencjami w polityce senioralnej oraz umożliwia wypracowanie standardów i norm przestrzennych w kontekście potrzeb starzejącego się społeczeństwa, zarówno na szczeblu krajowym, jak i lokalnym. Pomysł i koncepcja stworzenia poprzez Fundację LAB 60+ platformy dla architektów, urbanistów, planistów i projektantów, został doceniony przez pierwszą w Polsce akademię start-upową dla kobiet – *Girls go start up Academy* (http://girls-startup.pl/), realizowaną przez Fundację Edukacyjną Perspektywy oraz Stowarzyszenie TOP500 Innovators, przy współpracy z Ambasadą Stanów Zjednoczonych. W ramach Akademii pomysł LAB 60+ otrzymywał wsparcie merytoryczne wielu ekspertów, m.in. z dziedziny prawa, rozwoju i innowacji, a także bezpośrednie wsparcie Izabeli Paluch – Prezes Intech PK, która specjalizuje się w zarządzaniu własnością intelektualną, komercjalizacji wyników projektów B+R, finansowaniu innowacji, inkubacji spółek typu *spin-off*. Dzięki takiemu kompleksowemu wsparciu udało się przejść ścieżkę od pomysłu do realizacji.

Zakres działań LAB 60+

W ramach podejmowanych działań LAB 60+ (realizowanych lub planowanych) są:

1. **Ekspertyzy dotyczące identyfikowania przestrzennych → barier** (w zakresie planowania przestrzennego, urbanistyki, architektury, ergonomii). Problemy mogą być rozpatrywane w różnych skalach przestrzennych środowiska zbudowanego, czyli: miasta/dzielnicy/wybranej przestrzeni publicznej/budynku/wnętrza/produktów codziennego użytku.
2. **Inicjowanie i koordynowanie projektów badawczych i wdrożeniowych**, w tym współpracy interdyscyplinarnej.
3. **Prognozowanie potrzeb przestrzennych związanych ze starzeniem się społeczeństwa –** przeprowadzanie oceny jakości obiektów przeznaczonych m.in. do zamieszkania osób starszych (techniczna, funkcjonalna, behawioralna) pod modernizację i rozbudowę nieruchomości. Prognoza potrzeb może dotyczyć m.in. wskazania nowych struktur mieszkaniowych, w tym alternatywnych i wielopokoleniowych form zamieszkania dla osób starszych.
4. **Opracowanie materiału w celu ubiegania się o środki finansowe** na realizację działań w zakresie rozwoju infrastruktury senioralnej przy składaniu wniosków o finansowanie w ramach programów operacyjnych i pozyskiwaniu kapitału na inwestycje z funduszy strukturalnych.
5. **Diagnozowanie i projektowanie rozwiązań przestrzennych**, na miarę potrzeb. Metody działania dobierane są pod kątem rozwiązań najbardziej optymalnych w warunkach analizowanej przestrzeni. Priorytetem jest to, by przyjęte innowacyjne rozwiązania służyły wszystkim użytkownikom przestrzeni – osobom zdrowym i aktywnym, jak i tym z różnymi dysfunkcjami, wymagającymi stałej → opieki.

Model pracy LAB 60+

W ramach pracy nad projektami LAB 60+ przyjęto 5-etapowy model pracy w fazie przedprojektowej (analizy):

1. **Współtworzenie!** Wykorzystaniem **metody *co-designingu*** (wspólnego projektowania założeń) z osobami starszymi i innymi interesariuszami zaangażowanymi w projekt, dzięki czemu następuje zidentyfikowanie potrzeb i diagnoza elementów, które są zbędne lub stanowią bariery w środowisku miejskim w skali: miasta, dzielnicy, budynku, wnętrza. Dzięki tej metodzie zacierają się granice między „użytkownikiem" a „projektantem", a tym samym odrzucony zostaje prymat „ekspertów".
2. **Odnowa!** Wykorzystanie **technik warsztatowych** z seniorkami i → seniorami, samorządami, organizacjami pozarządowymi (NGO's), w tym burzy mózgów, dzięki czemu znajduje się sposoby na zapobieganie wykluczeniu osób starszych oraz wspieranie ich aktywności i integracji społecznej w skali: miasta, dzielnicy, budynku, wnętrza.
3. **Dzielenie się!** Upowszechnianie zdobytej wiedzy poprzez **wywiady, ankiety, prezentacje, panele dyskusyjne, publikacje** oraz organizację różnego rodzaju szkoleń i sesji coachingowych.
4. **Projektowanie!** Wykonywane przez LAB 60+ **ekspertyzy projektów** architektoniczno-urbanistycznych zawsze podejmują kwestie dostosowania do potrzeb starzejącego się społeczeństwa. Przyjmujemy zasadę, że każda inwestycja, na wszystkich etapach projektowania, powinna być weryfikowana pod kątem potrzeb osób starszych. Wykonane ekspertyzy wzbogacone są o zdjęcia, rysunki, schematy itp., które pozwalają na łatwiejszy i czytelniejszy odbiór projektu.
5. **Samokontrola!** Opracowanie na podstawie zrealizowanych projektów w różnych skalach przestrzennych **list kontrolnych, testowanie rozwiązań z wykorzystaniem nowoczesnych technologii** (tj. wirtualnej rzeczywistości), które służą weryfikacji wprowadzonych rozwiązań projektowych, a tym samym minimalizowaniu popełnionych błędów projektowych.

AL, IB, MB-Z, JT, ASZE, AGA, MKA

N: http://girls-startup.pl/; www.lab60plus.pl

O: adaptacja, adaptacja przestrzeni, bariery, bariery przestrzenno-architektoniczne, dostępne mieszkalnictwo, dostępność, miasta przyjazne osobom starszym, miejsce i przestrzeń w życiu ludzi starszych, starzejące się miasta europejskie, starzejące się społeczeństwo, starzenie się, starzenie się w miejscu.

TK: ang. *Laboratory of Architecture 60+ (LAB 60+)*, fr. *Laboratoire d'Architecture 60+ (LAB 60+)*, hiszp. *Loboratorio de Arquitectura 60+ (LAB 60+)*, niem. *Lobor für Architektur 60+ (LAB 60+)*, ros. *Лаборатория Архитектуры 60+ (ЛАБ 60+)*.

László Iván (1933–)

węgierski psychiatra, neurolog, gerontolog, geriatra i polityk – jako przedstawiciel Węgierskiej Unii Obywatelskiej Fidesz był członkiem Parlamentu (2006–2010) i Zgromadzenia Narodowego (2010–

2014). Ukończył z wyróżnieniem studia med. na Uniw. Semmelweisa w Budapeszcie (1957), następnie uzyskał specjalizację w zakresie psychiatrii (1961), psychiatrii sądowej (1969) i → geriatrii (2000), oraz stopnie doktora medycyny (1980) i doktora habilitowanego (1995). W okresie 1982–1998 pracował w Centrum Gerontologii w Budapeszcie, równolegle od roku 1993 był profesorem i dyrektorem Inst. Gerontologii Uniw. Semmelweisa w Budapeszcie, w 2003 przeszedł na → emeryturę. Zajmuje się → psychogeriatrią, → gerontologią społeczną, → gerohigieną, gerontologią środowiskową, geriatrią i procesem → starzenia się. Założył Akad. Seniorów w Budapeszcie (1997). Jest przewodniczącym Węgierskiego Tow. Polityki Społ., członkiem Komitetu Nauk Demograficznych Węgierskiej Akad. Nauk oraz członkiem Węgierskiego Tow. Gerontologii i Geriatrii (MGGT) – był przewodniczącym 33. Kongresu MGGT (2013). L. Iván otrzymał tytuł doktora *honoris causa* uniw. w Walencji oraz został odznaczony m.in. Krzyżem Kawalerskim Węgierskiego Orderu Zasługi (2001).

AAZ

B: Iván, 1967 a, 1967 b, 1979, 1985, 1991, 1993,1997, 2000, 2002; Iván, Kiss, 1991.

O: choroba Alzheimera, geriatria, gerohigiena, osteoporoza, otępienie, psychogeriatria.

Lawton M. [Mortimer] **Powell** (1923–2001)
amer. psycholog i gerontolog, pionier gerontologii środowiskowej. Ukończył studia w Haverford College (1947) i uzyskał stopień doktora psychologii na Uniw. Columbia w Nowym Jorku (1952). Lawton był wieloletnim starszym pracownikiem naukowym i dyrektorem Inst. Badań w Centrum Geriatrycznym w Filadelfii, założycielem i wydawcą pisma „Psychology ad Aging", członkiem Amer. Tow. Gerontologicznego (GSA) i Amer. Tow. Psychologicznego (APA). Zajmował się m.in. problemami współczesnej gerontologii środowiskowej, zwłaszcza projektowaniem przestrzeni i miejsc zamieszkania dla osób starszych.

AAZ

B: Eisdorfer, Lawton, 1973; Lawton, 1975; Lawton, Windley, Byerts, 1982; Scheidt, Windley, 2003.

O: gerontologia ekologiczna, miejsce i przestrzeń w życiu ludzi starszych

Lazarević Lazar [Laza Kurmazanov, serb. Лазаревић Лазар К.] (1851–1891)
serbski psychiatra, neurolog i pisarz, ukończył studia medyczne na uniw. w Belgradzie, następnie studiował na uniw. w Berlinie (1872–1879), uzyskując stopień doktora medycyny, po czym podjął pracę w szpitalu w Belgradzie. Lazar Lazarević utworzył w roku 1881 w Belgradzie pierwszy na świecie współczesny szpital geriatryczny, w 1885 zorganizował szpital wojskowy w Niszu podczas wojny serbsko-bułgarskiej, służył również jako lekarz wojskowy podczas wojny serbsko-tureckiej (1876–1878). Uznawany za prekursora serbskiej → gerontologii i → geriatrii – jako jeden z pierwszych opisał objawy → choroby Parkinsona (1887). Zajmował się też → afazją, miażdżycą rdzenia kręgowego, nowotworami ośrodkowego układu nerwowego i dystrofiami (zanikami) mięśniowymi. Był członkiem Serbskiej Akad. Nauk i Umiejętności.

AAZ

Le Gouès Gérard (1940–2011)
psycholog, psychoanalityk i psychiatra francuski. Ukończył studia medyczne i psychologiczne na uniw. w Paryżu, a następnie uzyskał stopień doktora medycyny w zakresie psychiatrii. Pracował początkowo jako lekarz Franc. Czerwonego Krzyża w Biafrze, następnie był konsultantem psychiatrycznym w Szpitalu Rothshilda w Paryżu (1981–2005), a od roku 1998 profesorem Uniw. Kartezjusza w Paryżu. Zajmował się psychoanalizą → starzenia się i → starości, → psychogerontologią i psychopatologią → wieku podeszłego. Został odznaczony Medalem Franc. Czerwonego Krzyża i wyróżniony nagrodą Fundacji Zellidja (1958). Był członkiem m.in. Międzynarodowego Tow. Psychoanalitycznego (1980), Tow. Psychoanalitycznego w Paryżu (SPP) i od 1992 sekretarzem generalnym Tow. Psychogeriatrii [jęz. francuskiego] (SPLF).

AAZ

B: Ferrey, Le Gouès, 2008; Le Gouès, 1991, 2000, 2004; Le Gouès i współprac., 2008.

O: psychogerontologia, starość w psychoanalizie.

leczenie bólu w podeszłym wieku
Ból jest najczęstszym objawem występującym w medycynie. Według aktualnie obowiązującej definicji podanej przez Międzynar. Tow. Badania Bólu (IASP) jest to nieprzyjemne doznanie czuciowe i emocjonalne

związane z aktualnie występującym lub zagrażającym uszkodzeniem tkanek lub doznaniem opisywanym w kategoriach takiego uszkodzenia. Powstaje skutek bezpośredniej aktywacji receptorów bólowych, czyli nocyceptorów (ból fizjologiczny) lub w następstwie zmian ich właściwości (ból zapalny i neuropatyczny). Przewlekły ból geriatryczny dotyczy osób w wieku powyżej 65 lat i trwa ponad 3 miesiące. W jego powstawanie zaangażowane są zarówno mechanizmy bólu zapalnego, jak i neuropatycznego. Ból przewlekły przestaje pełnić funkcję ostrzegawczą i obronną, staje się źródłem cierpienia obniżającym istotnie → jakość życia. Może prowadzić do → depresji [i zaburzeń nastroju] z eliminacją aktywności, izolacji i zamknięcia się w sobie, obniżenia funkcji poznawczych, utraty apetytu i spadku masy ciała, zaburzeń chodu i → upadków [w podeszłym wieku] oraz polifarmacji. Wykrywanie i leczenie bólu u osób starszych pozostaje wciąż niewystarczające. W jednym z badań u 66% pensjonariuszy → domu opieki stwierdzono występowanie bólu przewlekłego, u 34% nie był on wcześniej rozpoznany i leczony. Wynika to m.in. z błędnego przekonania pacjentów w → wieku podeszłym, że ból jest normalnym objawem procesu → starzenia się. W innych przypadkach, takich jak ból nowotworowy, jest on zbyt rzadko zgłaszany z obawy przed progresją → choroby.

Leczenie bólu rozpoczyna się od oceny czynników mogących być jego źródłem i możliwości ich wyeliminowania oraz indywidualnej oceny najbardziej efektywnego sposobu jego leczenia. Istotna jest również ocena nasilenia odczuwanego przez chorego bólu, co często wobec trudności ze zrozumieniem skarg pacjenta cierpiącego na zaburzenia funkcji poznawczych staje się dużym wyzwaniem. Pomocne w ocenie bólu są skale, które możemy podzielić na: wizualne, np. wizualna skala analogowa (ang. *Visual Analogue Score* – VAS) z linijką, na której 0 oznacza brak bólu, a 10 – ból najsilniejszy, jaki można sobie wyobrazić; werbalne, oceniające ból w sposób opisowy: brak bólu, ból słaby, ból umiarkowany, ból silny i stopień piąty, czyli ból nie do zniesienia (il. 1), oraz numeryczne, np. numeryczna skala oceny bólu (ang. *Numerical Rating Scale* – NRS), gdzie 0 oznacza brak bólu, natomiast 10 – ból najsilniejszy.

Zaleca się interdyscyplinarne podejście do leczenia bólu u osób w podeszłym wieku, włączając w to farmakoterapię, → wsparcie psychologiczne i → rehabilitację oraz procedury interwencyjne. Leczenie farmakologiczne jest ogólnie najczęstszym sposobem leczenia bólu geriatrycznego. Wynika to m.in. z faktu, że stosunkowo prosto je wdrożyć. Składa się na nie paracetamol, niesterydowe leki przeciwzapalne [NLPZ], opioidy oraz leki wspomagające terapię, w tym zwiotczające. Farmakoterapia nie pozostaje jednak bez ryzyka, może mieć wpływ na stan fizjologiczny, funkcjonalny i poznawczy chorego, mogą wystąpić działania niepożądane oraz → interakcje leków. Należy zawsze pamiętać o zmianach fizjologicznych zachodzących w starzejącym się organizmie, które wpływają na efektywność stosowanego leczenia, a także na występowanie działań niepożądanych.

Ze względu na znaczne podobieństwo przewlekłego bólu geriatrycznego do bólu nowotworowego właściwe jest przestrzeganie zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) dotyczących stosowania leków przeciwbólowych, czyli tzw. drabiny analgetycznej WHO (il. 2) – stosowanie leków przeciwbólowych doustnie oraz regularnie co kilka lub co kilkanaście godzin, czyli *by the clock*. Według rekomendacji Amer. Tow. Geriatrycznego (AGS) z roku 2009 acetaminofen, czyli paracetamol pozostaje nadal podstawowym lekiem w leczeniu bólu uporczywego o stosunkowo niewielkim nasileniu, zwłaszcza bólu mięśniowo-szkieletowego, ze względu na wykazaną skuteczność, jak również dobry profil bezpieczeństwa. Bezwzględnym przeciwwskazaniem do jego stosowania jest niewydolność wątroby. Nie należy przekraczać maksymalnej zalecanej dawki dziennej wynoszącej 4 g (z uwzględnieniem tzw. ukrytych źródeł, czyli *hidden sources*, takich jak tabletki skojarzone).

NLPZ, których działanie polega na hamowaniu cyklooksygenazy prostaglandynowej (COX) można podzielić na klasyczne (np. kwas acetylosalicylowy ASA, ketoprofen, naproxen, diklofenak, meloksykam) hamujące równocześnie COX-1 (cyklooksygenaza fizjologiczna) i COX-2 (cyklooksygenaza zapalna) i selektywne blokujące wyłącznie COX-2 (np. celekoksyb). Powinny być u osób starszych stosowane w przypadku bólu łagodnego lub umiarkowanego, rzadko i ze szczególną ostrożnością wtedy, gdy inne terapie zawiodły i gdy korzyści z ich włączenia przewyższają potencjalne ryzyko. Bezwzględnym przeciwwskazaniem jest aktywna choroba wrzodowa, przewlekła niewydolność nerek i niewydolność serca. Osoby starsze stosujące nieselektywny NLPZ (lub selektywny razem z ASA) powinny stosować równocześnie inhibitor pompy protonowej (IPP) lub misoprostol w celu ochrony przewodu pokarmowego. Z powodu dużego ryzyka krwawienia z przewodu pokarmowego, działania hepato- i mielotoksycznego oraz zwiększonej retencji płynów, nie należy stosować indometacyny i diclofenaku. Nie powinno się przyjmować w tym

samym czasie więcej niż jednego NLPZ. Należy unikać preparatów o długim okresie półtrwania. Bardzo istotny u starszych pacjentów jest również profil bezpieczeństwa kardiologicznego. Pacjenci leczeni kwasem acetylosalicylowym po ostrym zespole wieńcowym (OZW) nie powinni stosować ibuprofenu, gdyż istnieją doniesienia, że może on zwiększać śmiertelność w tej grupie pacjentów. Udokumentowano również zwiększone ryzyko wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych przy stosowaniu diclofenaku i naproxenu wśród pacjentów z → chorobą Alzheimera.

Zdecydowana większość NLPZ wykazuje wysokie powinowactwo z białkami krwi, dlatego w sytuacji łączenia ich z innymi lekami charakteryzującymi się również wysokim stopniem powinowactwa, np. lekami przeciwpadaczkowymi, przeciwcukrzycowymi czy doustnymi antykoagulantami, należy pamiętać o możliwości wypierania ich z tych połączeń przez NLPZ, wzrostu ich frakcji wolnej i nasileniu działania. Chorzy leczeni NLPZ powinni być rutynowo badani pod kątem toksyczności żołądkowo-jelitowej (choroba wrzodowa, krwawienie z przewodu pokarmowego), uszkodzenia nerek, → nadciśnienia tętniczego i niewydolności serca. Z kolei u pacjentów z bólem umiarkowanym lub silnym, zaburzeniami czynnościowymi związanymi z bólem lub pogorszeniem jakości życia ze względu na ból, należy rozważyć leczenie opioidami. Początkowo odpowiednim wyborem są słabe opioidy: kodeina, dihydrokodeina i tramadol w połączeniu z paracetamolem. Kodeina może wywołać nadmierną senność, spowolnienie rytmu oddechowego oraz uporczywe zaparcia. Tramadol podany razem z neuroleptykami może wywołać drgawki, a z lekami przeciwdepresyjnymi zespół serotoninowy. W przypadku stosowana tramadolu razem z lekami nasennymi może dochodzić do sumowania się efektu nasennego.

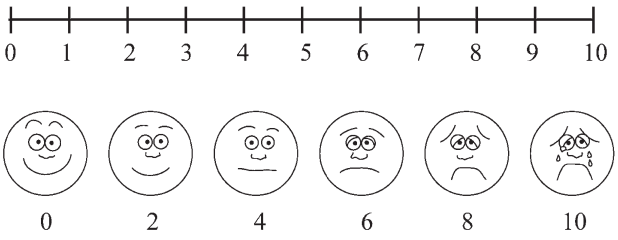
W wybranych przypadkach bólu ciężkiego, opornego na dotychczasowe leczenie, można włączyć silny opioid (agonistę receptora opioidowego): morfina, fentanyl, buprenorfina, oksykodon, metadon. U pacjentów geriatrycznych bezwzględnie przeciwwskazane jest stosowanie petydyny. W przypadku silnych opioidów należy stosować zasadę *start low and go slow*, leczenie rozpoczynać od najmniejszych skutecznych dawek i zwiększać je powoli.

U wszystkich pacjentów cierpiących na ból neuropatyczny oraz inne rodzaje bólu opornego na leczenie można włączyć terapię lekami adjuwantowymi (koanalgetykami). Są to leki należące do różnych grup o podstawowym przeznaczeniu innym niż leczenie bólu: leki przeciwdepresyjne, przeciwdrgawkowe (gabapentyna i pregabalina), uspokajające, miorelaksujące (baklofen, tyzanidyna, tetrazepam, flupirytyna), sterydy i itp., które zmieniając mechanizmy powstawania, przewodzenia i modulowania bólu przewlekłego, wykazują pośrednie działanie przeciwbólowe. Należy unikać trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych, które mogą wywołać niekorzystny efekt sercowo-naczyniowy i cholinolityczny. Stosować można natomiast antydepresanty z grupy selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny (SNRI): wenlafaksynę i duloksetynę, ze względu na korzystny profil bezpieczeństwa. Należy jednak pamiętać o ryzyku hiponatremii oraz w przypadku łącznego stosowania z NLPZ, zwiększonym ryzyku wystąpienia krwawień.

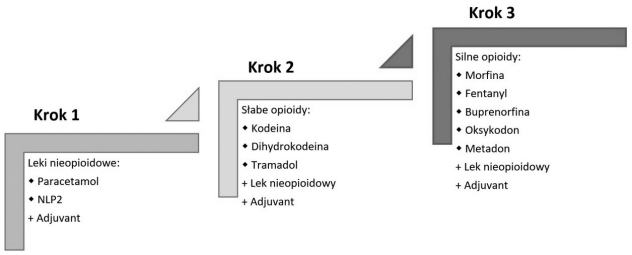
Ponieważ ból jest złożonym doświadczeniem sensorycznym i emocjonalnym, strategia radzenia sobie z nim powinna obejmować również metody psychologiczne, m.in. techniki medytacji, oddalania uwagi oraz modlitwy. Depresję i lęk należy pokonywać za pomocą → psychoterapii. Należy również stworzyć solidny system wsparcia chorego obejmujący krewnych i opiekunów. Rehabilitacja może pozwolić pacjentowi zachować niezależność i sprawność funkcjonalną, zahamować postęp choroby, zapobiegać wtórnym urazom, zmniejszyć percepcję bólu oraz ułatwić adaptację do → niepełnosprawności. Interwencyjne sposoby leczenia obejmują głównie blokady nerwów obwodowych. Ból przewlekły nie jest zatem nieuniknioną częścią starzenia się. Może być prawidłowo diagnozowany, poddany właściwej ocenie i skutecznemu leczeniu.

PKR

B: Andres, Dobrogowski, 2011; Kotlińska-Lemieszek, Łuczak, 1999.
N: http://assessment-module.yale.edu…
O: ból totalny.
TK: ang. *treatment of pain in the elderly*, fr. *traitement de la douleur chez les personnes âgées*, hiszp. *tratamiento del dolor en los ancianos*, niem. *Schmerzbehandlung von älteren Patienten*, ros. *лечение боли у пожилых людей*.



Il. 1. Wizualna skala analogowa do samooceny natężenia bólu (*Visual Analogue Score* – VAS). Opis: 0 – Brak bólu; 5 – Ból umiarkowany; 10 – Ból maksymalny. Źródło: http://assessment-module.yale.edu/im-palliative/visual-analogue-scale



Il. 2. Przeciwbólowa drabina analgetyczna w chorobach przewlekłych (wg WHO)

leczenie ruchem → kinezyterapia

leczenie sanatoryjne → leczenie uzdrowiskowe

leczenie uzdrowiskowe (leczenie sanatoryjne)
ma na celu leczenie → chorób przewlekłych oraz prowadzenie edukacji zdrowotnej, → promocję zdrowia i zapobieganie → chorobom, czyli prowadzenie profilaktyki zdrowotnej, jak również → rehabilitacji (Ponikowska, 1996). Kuracja uzdrowiskowa wykorzystuje wiele bodźców fizykalnych w celu uruchomienia mechanizmów adaptacyjnych związanych z przystosowaniem się organizmu do odmiennych warunków środowiskowych. Jest to leczenie holistyczne, które korzysta z wiedzy z zakresu klimatoterapii, balneoterapii, → fizykoterapii, → kinezyterapii, → masażu leczniczego, hydroterapii, farmakoterapii, dietetyki i → psychoterapii (Drobnik i współprac., 2011).
Lecznictwo uzdrowiskowe prowadzone jest w sanatoriach i szpitalach uzdrowiskowych dla dorosłych, sanatoriach i szpitalach uzdrowiskowych dla dzieci, przychodniach uzdrowiskowych, zakładach przyrodoleczniczych, szpitalach i sanatoriach w urządzonych podziemnych wyrobiskach leczniczych (Obwieszczenie Marszałka Sejmu RP z 24 IV 2012 roku).
W ramach lecznictwa uzdrowiskowego można wyróżnić następujące kierunki lecznicze: 1) choroby ortopedyczno-zawodowe; 2) choroby układu nerwowego; 3) choroby reumatyczne; 4) choroby kardiologiczne i → nadciśnienie [tętnicze]; 5) choroby naczyń obwodowych; 6) choroby górnych dróg oddechowych; 7) choroby dolnych dróg oddechowych; 8) choroby układu trawienia; 9) → cukrzyca; 10) → otyłość; 11) choroby endokrynologiczne; 12) → osteoporoza; 13) choroby skóry; 14) choroby kobiece; 15) choroby nerek i dróg moczowych; 16) choroby krwi i układu krwiotwórczego; 17) choroby oczu i przydatków oka. Leczenie uzdrowiskowe obejmuje również leczenie chorób zawodowych [prekursorem tego typu lecznictwa w Europie był niemiecki lekarz, chemik i filozof, Paracelsus (1493–1541), który zalecał terapię wodą]. Uzdrowiska stały się szczególnie popularne w XIX stuleciu, gdy niemiecki naturalista i duchowny Sebastian Kneipp (1821–1897) rozpropagował wodolecznictwo, wspomagane dietą i piciem wód mineralnych, oraz założył zakład wodoleczniczy w Wörishofen (1881). Współcześnie wodolecznicwo przyjęło postać spa – *sanus per aquam* (zdrowie przez wodę – przyp. red.].

AMB

B: Drobnik i współprac., 2011; Ponikowska, 1996; Zych, 2017.
D: Obwieszczenie Marszałka Sejmu RP z 24 IV 2012 roku
S: kuracja uzdrowiskowa, leczenie klimatyczne, lecznictwo uzdrowiskowe, spa.
TK: ang. *climatic treatment/sanatorium treatment/spa treatment*, fr. *traitement climatique/cure thermale*, hiszp. *tratamiento climatic/tratamiento de spa*, niem. *klimatichen Behandlung/Spa-Behandlung*, ros. *санаторно-курортное лечение/климатическое лечение*.

leczenie w „grotach solnych" → haloterapia

Levinson Daniel J. [Jacob] (1920–1994)
amer. psycholog rozwoju i gerontolog, twórca koncepcji czterech pór → życia ludzkiego i teorii → kryzysu połowy życia. Studiował nauki społeczne na Uniw. Kalifornijskim w Berkeley, uzyskał stopień doktora psychologii (1947). Od roku 1950 był pracownikiem naukowo-badawczym na Uniw. Harvarda w Cambridge k. Bostonu, a w latach 1966–1990 na Uniw. Yale w New Haven.
Daniel L. Levinson [początkowo zajmował się psychologią osobowości, biorąc udział w badaniach osobowości autorytarnej (1950), a następnie zajął się psychologią całożyciowego → rozwoju człowieka]. Dla współczesnej → gerontologii społecznej szczególne znaczenie mają poglądy Levinsona na rozwój człowieka dorosłego – wyróżnił on w → cyklu życia człowieka cztery pory, nazwane erami: 1) przeddorosłość; 2) wczesna dorosłość; 3) średnia dorosłość; 4) → późna dorosłość, oraz trzy okresy przejściowe znajdujące się pomiędzy nimi. Późna dorosłość, a w istocie → starość, jest (jak w innych koncepcjach) m.in. → czasem → involucji, czyli spadku sił fizycznych, porą przejścia na

→ emeryturę, co sprawia, że człowiek musi nawiązać nowe relacje ze światem, gdyż jego dotychczasowe role i położenie ulega mniej lub bardziej radykalnej zmianie. Levinson zauważył, że starość nie musi być czasem braku aktywności i twórczości → seniorów, wpływa jednak na to nieuchronnie stan → zdrowia, który motywuje lub zniechęca do działania. Analizował również ważne z punktu widzenia gerontologii kwestie → bilansu życiowego człowieka przekraczającego „smugę cienia" oraz istotne zagadnienia → krytycznych wydarzeń życiowych, kryzysu drugiej połowy życia oraz → kryzysów starości. Uważał, że czyniąc bilans „połowy drogi" życiowej, trzeba sobie odpowiedzieć na następujące pytania: Co zrobiłem ze swoim życiem? Co zawdzięczam, a co potrafiłem dać mojej żonie/mężowi, dzieciom, przyjaciołom, w pracy, społeczności, i w końcu – samemu sobie? Czego tak naprawdę chcę dla siebie i dla innych? Jakie są moje główne wartości i jakie znajdują odbicie w moim życiu? Jakie posiadam zdolności i jak je wykorzystuję (lub marnuję)? Co zrobiłem, by zrealizować swe marzenia, i co teraz robię w tym kierunku? Czy potrafię tak żyć, żeby połączyć swe pragnienia, zdolności i cele? W jakim stopniu jestem zadowolony z życia, które prowadzę, i na ile sprzyja ono odnoszeniu sukcesów i własnej skuteczności? Co i jak powinienem zmienić, by stworzyć dobry punkt wyjścia na przyszłość? (Levinson i współprac., 1978).

AAZ

B: Adorno i współprac., 1950; Benz, 1992; Levinson, 1977, 1986, 1996; Levinson i współprac., 1978; Miś, 2000.

O: bieg życia ludzkiego, bilans życiowy, cykl życia człowieka, krytyczne wydarzenia życiowe, kryzys połowy życia, kryzysy starości, społeczne teorie starzenia się.

Lewis Myrna I. [Irene], nazwisko rodowe Eickhoff (1938–2005)

amer. psychoterapeutka, psycholog, gerontolog i pracownik socjalny. Ukończyła studia w zakresie → pracy socjalnej na Uniw. Minnesota w Minneapolis (1960) i uzyskała doktorat (2000) w Szkole Pracy Socjalnej Uniw. Columbia w Nowym Jorku. Była wieloletnim pracownikiem naukowo-dydaktycznym w Mount Sinai School of Medicine w Nowym Jorku, prowadziła też gościnne wykłady na uniw. w Oslo, Berkeley i Waszyngtonie, oraz praktykę psychoterapeutyczną w Nowym Jorku. Zajmowała się m.in. zagadnieniami → depresji i zaburzeń nastroju w → wieku podeszłym, → seksualnością osób starszych oraz → gerontologiczną pracą socjalną. Była członkiem wielu towarzystw naukowych, m.in. Amer. Tow. Gerontologicznego (GSA) i Nowojorskiej Akad. Medycyny.

AAZ

B: Achenbaum, Alber, 1995; Butler, Lewis, 1973, 1976, 1986, 1995.

lęk przed śmiercią

– określany również jako trwoga przed śmiercią, lęk tanatyczny i/lub tanatofobia (od imienia Tanatosa – boga i uosobienia → śmierci w mitologii grec.), jest negatywnym stanem uczuciowym spowodowanym świadomością śmiertelności istoty ludzkiej, zagrożeniem → życia, przy czym zagrożenie to wynika z samego faktu bycia istotą cielesną (Kępiński, 1992). Człowiek jako jedyny w ożywionym świecie może myśleć o śmierci, mieć wyobrażenia dotyczące śmierci czy generować różne jej reprezentacje (Haśkovcova, 1988), dlatego podstawą lęku przed śmiercią jest raczej prawdopodobieństwo śmierci niż faktyczne niebezpieczeństwo (Kępiński, 1986). Lęk ten bywa potęgowany w sytuacjach konfrontacji ze śmiercią innych osób, realnego zagrożenia życia, → choroby swojej bądź innych, utraty ważnych obiektów itd. Lęk przed śmiercią jest przedmiotem badań nie tylko psychologii, ale również filozofii, w obrębie której powstał kierunek filozofii egzystencjalnej, zajmującej się problemami ludzkiej egzystencji. Karl Jaspers (1883–1969), pisząc o lęku przed śmiercią, używał kategorii „kruchości bytu", Martin Heidegger (1889–1976) mówił o „możliwości zupełnej niemożliwości", Paul Tillich (1886–1965) o „lęku ontologicznym", natomiast Søren Kierkegaard (1813–1855) określał ten stan jako „lęk przed niebyciem". Temu ostatniemu filozofowi zawdzięczamy wprowadzenie rozróżnienia pomiędzy lękiem a strachem. Zdaniem Kierkegaarda strach jest strachem przed czymś, natomiast lęk nie ma swojego przedmiotu. Człowiek boi się unicestwienia siebie, powstaje w nim lęk, którego nie można umiejscowić (Yalom, 2008 a).

Lęk przed śmiercią, dzięki mechanizmom obronnym psychiki, zazwyczaj zostaje zamieniony w mniej toksyczną i bardziej zamaskowaną postać, generując czasem różne objawy. Należy więc zaznaczyć, że możemy mówić o świadomym i nieświadomym lęku przed śmiercią (Yalom, 2008 a). Wyniki badań wskazują, że świadomy lęk przed śmiercią jest pozytywnie skorelowany z → depresją [i zaburzeniami nastroju], wczesną → utratą, brakiem przekonań religijnych oraz zawodem. Stwierdzono również, że poziom lęku przed

śmiercią u nastolatków jest wyższy niż w innych → grupach wieku. Z badań również wynika, że spora część lęku nie jest do końca uświadamiana. Lęk ten wzrasta w miarę przechodzenia od doświadczenia świadomego do nieświadomego, śmierci w wieku starszym boją się bardziej osoby niedojrzałe psychicznie lub mało aktywne życiowo. Zarówno lęk świadomy, jak i nieświadomy występuje w większym stopniu u ludzi neurotycznych (Yalom, 2008 a).

Lęk przed śmiercią w psychoanalizie Zygmunta Freuda (1856–1939) rozumiany jest raczej jako lęk neurotyczny, który wtórnie, w wyniku opracowania nieświadomego, zostaje związany z różnymi obiektami, w tym np. ze śmiercią, natomiast symptomy, które mu towarzyszą, stanowią specyficzne jego ujście. Lęk neurotyczny powstaje w momencie problemów z obsadzeniem libido, tzn. kiedy dochodzi do pobudzenia libido bez możliwości rozładowania (Freud, 2010). Karen Horney (1885–1952), pisząc o lęku, wskazuje na reakcje, które są powodowane ukrytym i subiektywnym niebezpieczeństwem, w przeciwieństwie do strachu, który jest reakcją proporcjonalną do niebezpieczeństwa. Lęk może przybierać określoną treść, jak lęk przed śmiercią, i przejawiać się w atakach lękowych bądź w formie rozlanej (Horney, 1993). Dla Ericha Fromma (1900–1980) lęk przed śmiercią to lęk przed indywidualnością, wolnością, rozwojem, a przezwyciężenie lęku polega na zmianie orientacji życiowej, realizacji własnego potencjału, a więc z „mieć" w kierunku „być" (Fromm, 2003). W koncepcji Carla Gustava Junga (1875–1961) lęki wywodzą się z archetypów, czyli z pewnych uniwersalnych idei, z którymi się rodzimy i które stanowią podstawę naszej duszy (Jung, 2011). W psychologii egzystencjalnej Rollo Maya (1909–1994) lęk przed śmiercią odgrywa istotną rolę w rozwoju jednostki, tzn. będąc świadoma śmiertelności, pokonuje ów determinizm, realizując się twórczo w indywidualnym rozwoju. Jeśli człowiek nie potwierdza swojego istnienia rozwojem, stopniowo je traci (May, 1994). → Frankl zwraca uwagę na powstawanie lęku przed śmiercią, kiedy jednostka nie poszukuje sensu własnego życia, albo gdy poszukując, zawiedzie się i go nie znajdzie. Człowiek żyje bowiem po to, aby osiągnąć sens wartości przewyższającej go, mającej większe znaczenie niż jego własny byt (Frankl, 1984).

Irvin David Yalom uważa, że lęk i jego skutki, które utrudniają życie, są reakcją na troski ostateczne, do których zaliczamy śmierć, wolność, izolację oraz brak sensu. Lęk przed śmiercią pojawia się – zdaniem tego autora – jako napięcie między świadomością nieuchronności śmierci a pragnieniem dalszego trwania (Yalom, 2008 b). Według → Kępińskiego – autora koncepcji metabolizmu energetyczno-informacyjnego – śmierć jest ostatecznym zagrożeniem życia i wyzwala sygnał lękowy (Kępiński, 1992). Wraz z nim pojawia się zagrożenie zarówno porządku energetycznego, jak i informacyjnego organizmu, co może doprowadzić do atrofii ciała oraz dewaluacji wartości czy przekonań. Jednak z drugiej strony śmierć może też być uwolnieniem od życia, od obciążającego bagażu doświadczeń. Sygnał lękowy stanowi pobudzenie do wysiłku, ale może też zahamować dotychczasowy rozwój. Intensywność lęku przed śmiercią zależy od wyznawanych przez jednostkę wartości. Jeżeli koncentruje się ona na utrzymaniu własnego życia (pierwsze prawo biologiczne), to tym samym stwarza silne napięcie, natomiast jeśli koncentruje się na celach usytuowanych poza własnym życiem (drugie prawo biologiczne), to perspektywa śmierci staje się mniej przerażająca. Kazimierz Dąbrowski (1902–1980) w ramach koncepcji dezintegracji pozytywnej uważa, że myślenie o śmierci jest czymś konstytutywnym i powstaje ono dzięki potencjałom rozwojowym jednostki, a szczególnie poprzez tzw. śmierć cząstkową. Zanikają struktury na niższych poziomach, aby na wyższych mogła pojawić się nowa hierarchia wartości (Dąbrowski, 1989). Człowiek dorasta do zrozumienia śmierci przez całe swoje życie, przechodząc od protestu do ideału osobowego, w którym następuje transcendencja śmierci poprzez zachowanie najwyższych wartości z przekonaniem wyrażonym w słowach *non omnis moriar* (Mesjasz, 2010).

Człowiek może doświadczyć różnych rodzajów lęku przed śmiercią. Pierwszy z nich to lęk przed własną śmiercią, który bardzo często łączy się z obawą przed rozstaniem z najbliższymi, smutkiem związanym z końcem własnych życiowych doświadczeń, czy żalem dotyczącym niezrealizowanych planów. Lęk przed śmiercią innych wprowadza dodatkowe rozróżnienie dotyczące śmierci bliskich i obcych osób. Śmierć kogoś bliskiego jest również związana z lękiem przed samotnością i przemijaniem, i łączy się ze świadomością utraty miejsc i relacji, które istniały dzięki tej osobie. Jednak to właśnie doświadczenie, należące do najbardziej radykalnych i nieodwołalnych, może stać się powodem przemiany (Bauman, 2008). Można też lękać się samego umierania: własnego lub innego człowieka. Ten rodzaj lęku należy rozumieć jako lęk przed cierpieniem, bólem, brzydotą, utratą świadomości i kontroli nad własnymi procesami fizjologicznymi, z którymi związane jest poczucie wstydu. Natomiast lęk

przez umieraniem innych ludzi to lęk przed współodczuwaniem, poczuciem bezradności wobec cierpienia i zależności od innego człowieka (Mesjasz, 2010). Inna klasyfikacja rodzajów lęku to: lęk przed spotkaniem ze śmiercią, czyli bezpośrednim kontaktem z osobą umierającą lub zmarłą; lęk przed śmiertelnością (potencjalnym udaremnieniem przez śmierć planów i zamierzeń oraz cierpieniem bliskich); lęk przed końcem swojego życia (brak akceptacji śmierci jako definitywnego zakończenia swojej egzystencji); lęk przed fizycznym zniszczeniem (obawa o to, co stanie się z ciałem po śmierci); lęk przed życiem po śmierci wywołany przerażającą perspektywą niepewności dotyczącej tego, co będzie po śmierci, oraz lęk przed procesem umierania (Jastrzębski, Śląski, 2008). Wielowymiarowy model lęku przed śmiercią odnosi się do trzech rodzajów lęku: **lęk intrapersonalny**, który dotyczy lęku przed anihilacją ciała i niezrealizowaniem własnych celów; **lęk interpersonalny** to lęk przed utratą tożsamości społecznej, a także lęk o swoich bliskich po śmierci; oraz **lęk transpersonalny**, składający się z lęku przed nieznaną naturą śmierci i przed pośmiertną karą za uczynki popełnione w życiu (Mesjasz, 2010).

Lęk przed śmiercią zmienia się wraz z rozwojem człowieka. Modyfikacji ulega sposób doświadczania tego lęku, sposób rozumienia oraz w konsekwencji jego znaczenie. W okresie wczesnego dzieciństwa lęk przed śmiercią może być rozumiany jako pochodna lęku separacyjnego, powstającego w tych przypadkach, w których postawa matki charakteryzuje się nadopiekuńczością albo wysokim poziomem lęku, co może powodować u dziecka lęk przed rozłąką, czy obwinianie matki za jej nieobecność – nawet nieobecność spowodowaną śmiercią (Makselon, 1988; Popielarska, 1989). Dzieci w wieku przedszkolnym w większości przypadków doświadczają śmierci poprzez nieobecność kogoś, dlatego też śmierć kojarzona jest z rozstaniem albo życiem w innym miejscu (Mesjasz, 2010). Nie rozumieją radykalności i nieodwracalności śmierci oraz są przekonane, że śmierć przydarza się innym, stąd brak obawy o własne życie, ale przy tym też lęk separacyjny. Starsze dzieci, u których pojawia się rozumienie śmierci, mają obawy dotyczące własnej śmierci bądź śmierci innych osób. Dzieje się tak mniej więcej ok. 7. r.ż., kiedy to dzieci zaczynają sobie zdawać sprawę z nieodwracalności śmierci, jednak własna śmierć wydaje im się wciąż odległa, a wręcz niemożliwa (Widera-Wysoczańska, 1990). Od 8. do 10. r.ż. dzieci rozwijają rozumienie pojęć związanych ze śmiercią, takich jak: skończoność życia i nieodwracalność, coraz lepiej sobie radzą z biologicznymi jej aspektami, natomiast trudnością pozostają wymiary – duchowy i psychologiczny. Ważne są w tym okresie rozmowy, które mogą dać dziecku możliwość wygenerowania w przyszłości skutecznych sposobów radzenia sobie z zagadnieniami związanymi ze śmiercią. W okresie dojrzewania lęk przed śmiercią ujawnia się najczęściej w postaci lęku przed utratą bliskich osób, lęku przed karą, która może spotkać człowieka po śmierci, oraz związany jest z budzącą się świadomością własnej skończoności (Makselon, 1988). Sprzyjają temu poszukiwanie sensu życia, czy dylematy etyczno-światopoglądowe, które pojawiają się w czasie poszukiwania własnej tożsamości (Mesjasz, 2010). Kolejny etap, w którym może dochodzić do zmian w przeżywaniu lęku przed śmiercią, tworzą doświadczenia połowy życia. Śmierć staje się wtedy bardziej obecna poprzez odniesienie do bliskich osób oraz do siebie samego, postrzegania siebie i świata w zmieniającej się perspektywie czasowej (Oleś, 2000). W tym momencie życia pojawia się personifikacja śmierci w postaci objawów → starzenia się, zmniejszania → sprawności fizycznej i/lub funkcjonalnej, czy śmierci najbliższych, a zmiana perspektywy czasowej zbliża do wymiarowości lat, które dzielą nas od śmierci (Mesjasz, 2010). Niektóre symptomy pojawiające się w czasie → kryzysu połowy życia wprost wiążą się z lękiem przed śmiercią, np. poczucie nieszczęścia, stan niepokoju i niezadowolenia bądź poczucie, że zbliża się coś strasznego, będącego zapowiedzią lęku tanatycznego (Oleś, 2000). W efekcie może prowadzić to do pojawienia się obsesji dotyczącej śmierci, choroby, cierpienia czy → starości.

Jednak konfrontacja ze skończonością czasu i personifikacją śmierci pod rozmaitymi postaciami, podparta silną osobowością, powinna przynieść zrozumienie śmierci i jej znaczenia oraz służyć samorozwojowi jednostki. Perspektywa skończoności egzystencji nie powinna generować strachu, ale raczej mobilizować do refleksji egzystencjalnej oraz doskonałości i pełni (Oleś, 2011). Pozytywnie rozwiązany kryzys wieku średniego niesie ze sobą wymiar rozwojowy polegający na przeformułowaniu dotychczasowych celów życiowych, planów, zadań czy ról. Perspektywa śmierci staje się czynnikiem motywującym do życia, doceniania oraz odchodzenia od zachowań prokrastynacyjnych. Starość jest szansą na pojawienie się nowych kompetencji mających znaczenie rozwojowe, takich jak: dystans wobec siebie i świata oraz → mądrość życiowa, określana przez niektórych jako mądrość transcendentna (Straś-Romanowska, 2002; Ułaszewska-Żuk, 2006). Ich wypracowanie pozwala na zaakceptowanie rytmu życia i śmierci, jednak w zależności od różnych

okoliczności życiowych jednostce nie zawsze udaje się osiągnąć stan integralności wewnętrznej, który powoduje osłabienie lęku przed śmiercią. Zmniejszeniu poziomu tego lęku sprzyja poczucie kontroli → zdrowia, wysoki poziom skuteczności oraz → satysfakcji życiowej (Jastrzębski, Śląski, 2008). Współczesna medycyna pozwala na wydłużenie ludzkiego życia, co nie jest równoznaczne z podtrzymaniem jego jakości, dlatego też ważne jest wzbogacanie przez odpowiednie instytucje różnych ofert dotyczących aktywizacji osób starszych oraz ciągła praca nad sobą osób w → wieku podeszłym. Proces biologicznego starzenia się przynosi również zmiany poza sferą fizjologiczną w postaci rozstań z bliskimi, wzrostu poczucia samotności, pogorszenia statusu materialnego. Towarzysząca temu „świadomość wypełnienia życia" staje się tragicznym przeżyciem, szczególnie wtedy, gdy bilans osobistych doświadczeń jest ujemny (Kępiński, 2004). Jednak nawet najtragiczniejsze doświadczenia obudowane refleksją z perspektywy zmierzchu życia często zyskują nowy sens. Śmierć, która najmocniej wpisuje się w retorykę okresu starości, staje się czynnikiem odblokowującym, wiążącym i strukturalizującym doświadczenie (Żurko, Dębska, 2006), dzięki czemu starzenie się nie polega na rozstawaniu się z życiem, ale raczej na nadawaniu mu nowego sensu. To, w jaki sposób się starzejemy, w dużej mierze wynika ze sposobu funkcjonowania w poprzednich fazach rozwojowych, rozwiązywania konfliktów rozwojowych, nabytych kompetencji, dokonanych wyborów. Jednak starość jest zarazem darem, który daje możliwość doświadczenia pełni możliwej ludzkiej egzystencji. Współcześnie również śmierć własna jest interpretowana jako ostatnia faza rozwoju (Kübler-Ross, 2008).

Radzenie sobie z lękiem przed śmiercią stało się podstawą wielu analiz naukowych, studiów teoretycznych i badań empirycznych. Zaowocowało też stworzeniem teorii opanowania trwogi (ang. *Terror Management Theory*), której autorami są: Thomas A. Pyszczynski, Jeff Greenberg i Sheldon Solomon (Pyszczynski, 1997; Łukaszewski, 2008, 2010). Koncepcja ta opiera się na założeniu, że organizmy żywe ukierunkowane są na zachowanie życia. Natomiast czynnikami, które odgrywają decydującą rolę w zmaganiu się z lękiem przed śmiercią są światopogląd oraz poczucie własnej wartości. Jeśli dla człowieka duże znaczenie mają światopogląd i wartości w nim zawarte, jeśli przestrzega on reguł i spełnia standardy obecne w kulturze, otrzymuje on zarazem swego rodzaju zabezpieczenie przed dojmującą trwogą. Innymi słowy: silna identyfikacja z określonym poglądem na świat, określoną orientacją aksjologiczną i standardami kulturowymi przynosi ukojenie. Również przekonanie o własnej wartości jako członka grupy społecznej oraz bycie osobą wartościową dla siebie samego stanowią zabezpieczenie przed lękiem. Według twórców teorii opanowania trwogi, lęk przed śmiercią jest podstawowym mechanizmem napędzającym ludzkie zachowania. Uważają oni, że człowiek, tak jak zwierzęta, motywowany jest instynktem samozachowawczym, jednak w odróżnieniu od zwierząt ma świadomość własnej śmiertelności. Znaczenie trwogi jest zupełnie inne niż pozostałych lęków, i tylko w przypadku lęku przed śmiercią istotną rolę odgrywają światopogląd i poczucie własnej wartości. Sam instynkt samozachowawczy jest realizowany za pomocą trzech rodzajów motywów. Pierwsze z nich to motywy zapewniające przeżycie (ang. *direct motives*) – pokarm, sen, unikanie bólu, poszukiwanie więzi; drugie to motywy obronne (ang. *defense motives*), które obejmują zaufanie do światopoglądu kulturowego oraz zabiegi związane z samooceną, wreszcie motywy ekspansji **ja** (ang. *self-expansive motives*), czyli potrzeba rozwoju, rozumienia świata (Pyszczynski, 1999, Łukaszewski, 2010). Motywy pierwszego rodzaju zapewniają odpowiednie funkcjonowanie ludzkiego organizmu, trzeciego – zdolność do adaptacji i do funkcjonowania w zmiennych warunkach, a drugiego – (motywy obronne) łagodzą napięcia emocjonalne związane ze świadomością nieuchronnej śmierci i dlatego, z perspektywy teorii opanowania trwogi, mają one fundamentalne znaczenie. Badania nad wpływem światopoglądu na lęk przed śmiercią ukazują zależność dodatnią pomiędzy nasilającymi się myślami o śmierci a tendencją do popierania akceptowanych poglądów oraz osób, które mają takie same poglądy i przekonania, natomiast skłania do potępiania tych, którzy nie podzielają akceptowanego światopogląd (Łukaszewski, 2010). Wzrasta dostrzegane podobieństwo do tych, którzy mają podobne poglądy oraz poczucie odmienności od tych, którzy myślą inaczej (Łukaszewski, 2010). Natomiast badania dotyczące zależności pomiędzy lękiem przed śmiercią a samooceną wskazują, że osoby o wysokiej samoocenie są w mniejszym stopniu narażone na negatywne skutki tego lęku oraz są mniej wrażliwe na sygnały dotyczące śmierci i wykazują mniejszą obecność myśli o śmierci. U tych osób lęk przed śmiercią wzmacnia tendencję do autowaloryzacji (Łukaszewski, 2010).

Krytyka teorii opanowania trwogi doprowadziła do powstania kolejnych badań i wniosków, które wzbogacają tę teorię lub przynoszą podwaliny pod następne koncepcje. Jednym z elementów takich teorii jest do-

strzeganie roli związków z innymi ludźmi – wydaje się, że oprócz światopoglądu i samooceny bycie z kimś stanowi kolejny bufor zabezpieczający przed konsekwencją doświadczenia wyrazistości śmierci (Łukaszewski, 2010).

Kolejnym elementem są zachowania związane z regulacją nastroju, czyli zabiegi poprawiające zły nastrój, takie jak: koncentrowanie się na dobrym samopoczuciu fizycznym, atrakcyjnym wyglądzie, działaniach konsumpcyjnych i poszukiwaniu ryzyka (Łukaszewski, 2010). Działania te odwołują się do poszukiwania przyjemności jako buforu przed negatywnymi skutkami lęku przed śmiercią.

Krytyczna analiza teorii opanowania trwogi pozwoliła na sformułowanie pewnych ogólnych wniosków dotyczących lęku przed śmiercią (Łukaszewski, 2010):

- częściej występuje on u osób młodszych niż starych;
- częściej występuje u mężczyzn niż u kobiet;
- częściej występuje u konserwatystów niż u liberałów;
- częściej występuje u ludzi o niskiej samoocenie niż u osób o wysokiej samoocenie;
- częściej występuje u ludzi samotnych bądź zagrożonych samotnością niż u ludzi, którzy są w związkach;
- częściej występuje u osób niezadowolonych z życia i nieszczęśliwych niż u zadowolonych.

Koncepcją krytyczną w stosunku do teorii opanowania trwogi jest teoria koalicji, którą stworzył amer. psycholog Carlos David Navarrete (2005). Jego zdaniem zagrożenia na nas oddziałujące, poza wygłodzeniem, odwodnieniem i chorobami, spowodowane są przez innych ludzi. Od dawna też ludzie żyją w społecznościach, chronią swoje terytoria, rywalizują z innymi społecznościami. Dlatego też tworzą koalicje lub alianse, które zapewniają bezpieczeństwo i ekspansję (Łukaszewski, 2010). Navarrete uważa, że w sytuacji każdego zagrożenia, w tym konfrontacji ze śmiercią, ludzie odwoływać się będą do związku z innymi ludźmi, a szczególnie ze swoimi.

Następną – polemizującą z teorią opanowania trwogi – jest koncepcja utrzymywania sensu (ang. *Meaning Maintenance Model*) stworzona przez Stevena J. Heine'a, Travisa Proulx i Kathleen D. Vohs (2006). Teoria ta polega na zintegrowaniu danych dotyczących sensu z danymi dotyczącymi utrzymania samooceny, tendencji afiliacyjnych, redukowania niepewności itd. Autorzy odwołują do trzech założeń. Pierwsze z nich mówi o tym, że sens ma naturę relacyjną, tzn. ludzie poszukują spójnych relacji w sobie samych, świecie zewnętrznym i pomiędzy tymi dwoma wymiarami. Określenie tych relacji generuje zrozumienie zjawisk oraz przewidywanie, czy formułowanie oczekiwań. Inaczej mówiąc, ludzie poszukują sensu, ponieważ dzięki temu stają się częścią świata zewnętrznego. Drugie założenie dotyczy odkrywania związku między zdarzeniami, stanami rzeczy a ich interpretacjami. To człowiek tworzy i nadaje znaczenia, ma również zdolność odkrywania sprzeczności, przejawiania utraty sensu, czy przywracania go. Natomiast trzecie założenie, które jest podstawą teorii, opiera się na twierdzeniu, że ludzie usiłują podtrzymywać wypracowane struktury znaczeniowe, ale w przypadku niepowodzenia próbują potwierdzać struktury alternatywne. Autorzy, odwołując się do badań, pokazują, że ludzie wykazują tendencję do kompensowania realnej śmiertelności poczuciem symbolicznej nieśmiertelności. Według badaczy mechanizm płynnej kompensacji można zauważyć w trzech obszarach: tendencji do różnych metod podnoszenia samooceny, poszukiwań porządku i pewności oraz poszukiwań sposobów pozostawania w bliskich kontaktach z innymi. Tendencje te pojawiają się nie dlatego, że ludzie boją się śmierci, ale raczej dlatego, że doświadczenie wyrazistości śmierci narusza porządek i równowagę w ich systemie znaczeń (Łukaszewski, 2010).

Pewne elementy przedstawionych powyżej teorii i badań znajdziemy również w interesujących opisach praktyki klinicznej i społecznej Elisabeth Kübler-Ross (1926–2004) i wspomnianego Irvina Yaloma, których prace skłaniają do refleksji nad lękiem przed śmiercią oraz prezentują sposoby radzenia sobie z tym doświadczeniem.

HS-G

B: Bauman, 2008; Dąbrowski, 1989; Frankl, 1984; Freud, 2010; Fromm, 2003; Haśkovcova, 1978; Heine, Proulox, Vohs, 2006; Horney, 1993; Jastrzębski, Śląski, 2008; Jung, 2011; Kępiński, 1988, 1992, 2004; Kübler-Ross, 2008, 2010; Kübler-Ross, Kessler, 2014; Łukaszewski, 2010; Łukaszewski, Boguszewska, 2008; Makselon, 1988; May, 2008; Mesjasz, 2010; Navarrete, 2005; Navarrete i współprac., 2004; Oleś, 2000, 2011; Popielarska, 1990; Pyszczynski, Greenber, Solomon, 1997, 1999; Straś-Romanowska, 2002; Ułaszewska-Żuk, Żuk, 2006; Widera-Wysoczańska, 1990; Yalom, 2008 a, 2008 b; Żurko, Dębska, 2006.

O: edukacja tanatologiczna, lęki egzystencjalne w starości, śmierć, tanatopedagogika, tanatopsychologia.

S: „lęk przed niebyciem", lęk tanatyczny, tanatofobia, trwoga przed śmiercią.

TK: ang. *death anxiety/fear of death/thanatophobia*, fr. *peur de la mort/la thanatophobie*, hiszp. *miedo a la muerte*, niem. *Todesfurcht*, ros. *страх смерти/тревога смерти*.

lęki egzystencjalne w starości

Lęk jest reakcją emocjonalną wynikającą z pojawienia się jakiejś sytuacji lub bodźca odbieranych jako zagrażające. Nazywany procesem lub stanem, jest nieodłącznym elementem ludzkiej egzystencji (Reimann, 2005). Lęk (obok bólu) to sygnał alarmowy, ostrzegający przed zbliżającym się zagrożeniem, natomiast ból występuje już w bezpośrednim zetknięciu z zagrożeniem. Ten sam mechanizm działa w przypadku lęku egzystencjalnego. Podłożem lęku przed własną skończonością jest najbardziej fundamentalny konflikt egzystencjalny: pragnienie zachowania → życia kłóci się w człowieku ze świadomością nieuchronności jego końca. → Lęk przed śmiercią jest towarzyszem życia człowieka na każdym jego etapie. „Lęk w swojej istocie – mimo różnych postaci, jakie przybiera – jest zawsze lękiem przed śmiercią" (Kępiński, 2012). Odczuwanie lęku egzystencjalnego z założenia uzależnione jest od bliskości → śmierci: im człowiek starszy, tym bardziej naturalne są lęki tego typu.

Podobnie jest z uwarunkowaniami zewnętrznymi, które konfrontują człowieka z bliskością śmierci, wymuszając niejako konieczność zmierzenia się z problematyką przemijania. Należą do nich np. udział w działaniach wojennych, pobyt w obozie koncentracyjnym, uczestnictwo w wypadku komunikacyjnym, ciężka → choroba czy → utrata bliskich osób. Trudne doświadczenia przyczyniają się do zmian rozwojowych, przyspieszenia procesu dojrzewania duchowego a w konsekwencji rodzą gotowość do zmierzenia się z troskami egzystencjalnymi. Taka reakcja nie jest jednak normą (Kępiński, 2012). U niektórych osób uruchamiają się bowiem mechanizmy obronne, powodujące wypieranie, maskowanie, tłumienie i oddalanie myśli o śmierci. Zjawisko to tłumaczy m.in. Teoria Opanowania Trwogi (Rusaczyk, 2008; Łukaszewski, 2010). Jak słusznie zauważył Antoni → Kępiński (2012): „natężenie lęku więcej nam mówi o stanie ustroju niż o zagrażającym niebezpieczeństwie". Nie tylko uwarunkowania zewnętrznej bliskość śmierci decydują o generowaniu lęków egzystencjalnych, lecz także psychofizyczna kondycja człowieka na danym etapie rozwoju jego dojrzałość duchowa, rodzaj i mnogość przeżytych doświadczeń.

Lęk egzystencjalny jest konkretyzacją niepokoju egzystencjalnego i utożsamiany bywa najczęściej z lękiem przed śmiercią. Choć bezsprzecznie (bezpośredni) lęk przed śmiercią jest największym problemem egzystencjalnym, zgodnie z koncepcją Irvina D. Yaloma występują też inne czynniki nierozerwalnie związane ze świadomością przemijania i bliskością śmierci, a wywołujące cierpienie, niepokój egzystencjalny, czy nawet dysfunkcje psychiczne. Stają się one nie tylko potencjalnymi problemami życia w → starości, ale także generują lęk przed ich bliskim urzeczywistnieniem (Yalom, 2008).

Najważniejsze z tych czynników, zdaniem Yaloma (2008), to: samotność (izolacja egzystencjalna, osamotnienie, utrata więzi), sens i bezsens życia (bezsens istnienia, pustka egzystencjalna, utrata sensu dalszego życia) oraz wolność (poczucie zniewolenia, odpowiedzialności za siebie i innych). Inni badacze proponują do tej listy dołączyć jeszcze bilansowanie życia oraz radzenie sobie z ograniczeniami i niedogodnościami (fizycznymi, psychicznymi i społecznymi), będącymi konsekwencją zmian w starości. Są to m.in.: ból, cierpienie, straty, wyzbywanie się ról społecznych, akceptacja własnej skończoności (Zych, 2009, 2013; Jacobsen, 2007; Fabiś, 2013, 2015).

AF

B: Fabiś, 2013, 2015; Jacobsen, 2007; Kępiński, 2012; Łukaszewski, 2010; Reimann, 2005; Rusaczyk, 2008; Yalom, 2008; Zych, 2009, 2013.

N: ski.dmochowskigallery.net…

O: depresja egzystencjalna, gerontofobia, lęk przed śmiercią, poradnictwo egzystencjalne.

TK: ang. *the existential fears in old age*, fr. *angoisses existentielles dans la vieillesse*, hiszp. *miedos existenciales en la vejez*, niem. *Existenzängste im Alter*, ros. *экзистенциальные страхи в старости*.

limit wieku (granica wieku lub minimum wiekowe)

W systemach ubezpieczeń społecznych jest to prawnie określona granica wieku, po której osiągnięciu i przy spełnieniu innych kryteriów, takich jak np. okres zatrudnienia czy wykonywany zawód, pracownik może przejść np. na emeryturę pomostową, częściową, górniczą lub mundurową, bądź musi przejść na ustawową emeryturę. W Polsce ustawowy wiek emerytalny wynosi 60 lat dla kobiet i 65 lat dla mężczyzn. Od 2013 roku podniesiono dla obojga płci limit wieku do 67 lat, a w 2016 roku przywrócono poprzednią granicę wieku emerytalnego. W Portugalii wiek ten w 2014 roku został podniesiony z 65 do 66 lat, w Irlandii w 2021 roku będzie podniesiony z 66 do 67, a w 2028 do 68 lat, w Hiszpanii i Holandii reforma emerytalna zakończy się podniesieniem wieku emerytalnego z 65 do 67 lat. Dane dotyczące faktycznego i projektowanego wieku emerytalnego w wybranych krajach europejskich zamieszczamy w tabeli 1.

AAZ

N: http://natemat.pl…

TK: ang. *age limit/minimum age*, fr. *limite d'âge/âge minimum*, hiszp. *límite de edad/edad mínima*, niem. *Altersgrenze/Mindestalter*, ros. *лимит возраста/возрастная граница*.

Tabela. 1. Faktyczny i projektowany wiek emerytalny w wybranych krajach europejskich.

Kraj	Faktyczny wiek emerytalny (2015)	Projektowany wiek emerytalny
	Mężczyźni/Kobiety	Mężczyźni/Kobiety
Austria	65/60	65 (2033) *unisex*
Belgia	65 *unisex*	67 (2030) *unisex*
Finlandia	63–68/65	65+ (2027) *unisex*
Francja	65 *unisex*	67 (2023) *unisex*
Grecja	67 *unisex*	67+ (2021) *unisex*
Hiszpania	65 lat 3 m-ce *unisex*	67 (2027) *unisex*
Holandia	65 lat 3 m-ce *unisex*	67+ (2024) *unisex*
Irlandia	66 *unisex*	67 (2021) *unisex* 68+ (2028) *unisex*
Malta	62 *unisex*	65 (2027) *unisex*
Niemcy	65 lat 3 m-ce *unisex*	67 (2031) *unisex*
Portugalia	66 *unisex*	66+ (2016) *unisex*
Rumunia	65/60	65 (2030) *unisex*
Szwajacria	65/64	65 (2020) *unisex*
Włochy	66 lat 3 m-ce/63 lata 9 m-cy	67+ (2022) *unisex*
Zjednoczone Królestwo	65/62 lata 4 m-ce	67+ (2028) *unisex* 68 (2046) *unisex*

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: http://natemat.pl/142993, cala-europa-podnosi-wiek-emerytalny-czy-jest-o-co-robic-afere

logopedia

nie stanowi aktualnie samodzielnej dyscypliny naukowej. Ze względu na interdyscyplinarny charakter przedmiotu i podmiotu swoich zainteresowań jest lokowana w wielu bardziej ogólnych subdyscyplinach czy nawet dyscyplinach nauki. Zazwyczaj są nimi: pedagogika (szczególnie pedagogika specjalna), językoznawstwo i lingwistyka, nauki o zdrowiu. Cytując Irenę Styczek (1924–1981), można powiedzieć, że logopedia „jest nauką o kształtowaniu prawidłowej mowy, usuwaniu wad mowy oraz nauczaniu mowy w wypadku jej braku lub utraty. Termin *logopedia* pochodzi od dwóch starogrec. wyrazów: *λόγος* [logos] – słowo, mowa, oraz *παιδεία* [paideia] – wychowanie. Z kolei określenie «mowa» obejmuje zarówno czynność mówienia, jak i rozumienia mowy" (Styczek, 1983). Logopedia – zdaniem Wincentego Okonia (1914–2011) – „to dyscyplina naukowa, której przedmiotem jest mowa dziecka: przekazywanie i odbiór informacji słownych oraz jej strona dźwiękowa. Logopedia obejmuje następujące działy: fonetykę wraz z problemami regulacji oddechu i głosu, rozwój mowy dziecka, percepcję mowy, nauczanie mowy głuchych i głuchoniemych, patologię mowy, terapię i praktykę żywego słowa" (Okoń, 1981). Larysa S. Wołkowa (1930–2004) zdefiniowała logopedię jako „naukę o zaburzeniach mowy, metodach profilaktyki, diagnozowania, terapii tych zaburzeń z wykorzystaniem specjalnych metod wychowania i kształcenia. Logopedia bada przyczyny, mechanizmy, symptomy, przebieg, strukturę zaburzeń mowy oraz system wymaganych i możliwych działań terapeutycznych" (Волкова, 1998).

Logopedia, w opinii Anny Sołtys-Chmielowicz i Grażyny Tkaczyk (1993) wyróżnia się nie tylko swoim wielospecjalistycznym, praktycznym charakterem, ale także posiadaniem własnego przedmiotu, metod badań, aparatu pojęciowego. Wymaga ona współpracy różnych specjalistów: psychologów, lekarzy, pedagogów, → pracowników socjalnych. Nie jest też prostą sumą wiedzy medycznej, psychologicznej, pedagogicznej i językoznawczej, lecz logiczną i spójną strukturą, do której starsze od logopedii dyscypliny wnoszą wyniki swoich badań (Grabias, 1997; Jastrzębowska, 2003; Minczakiewicz, 2009). Definicje słownikowe natomiast ujmują logopedię jako „dział pedagogiki specjalnej zajmujący się prawidłowym rozwojem mowy pod względem fonetycznym, gramatycznym i leksykalnym, zapobieganiem powstawaniu wad mowy oraz usuwaniem tych wad (Szymczak, 1979) bądź jako „dział pedagogiki specjalnej zajmujący się kształceniem wymowy, zapobieganiem jej wadom i ich leczeniem; jest więc nauką z pogranicza językoznawstwa, medycyny i pedagogiki" (Urbańczyk, 1978). Tradycyjna logopedia polska realizuje dwie podstawowe kategorie celów: ogólne i specjalne. Cele ogólne to: 1) kształtowanie prawidłowej mowy i jej jak najlepszy rozwój w przedszkolu, szkole, → rodzinie, czyli dbanie o jej jak najlepszy rozwój pod względem fonetycznym, gramatycznym i leksykalnym; 2) doskonalenie mowy i/lub wymowy już ukształtowanej. Natomiast cele specjalne obejmują: 1) usuwanie wad/zaburzeń mowy i/lub wymowy; 2) nauczanie mowy (mówienia i rozumienia) w okolicznościach (sytuacjach) jej braku lub utraty; 3) usuwanie zaburzeń głosu; 4) usuwanie trudności w czytaniu i pisaniu – aczkolwiek ten cel jeszcze w latach 80. XX wieku został przejęty przez tzw. → terapię pedagogiczną (Styczek, 1983). Współcześnie za nadrzędne zadanie logopedii uznaje się kształtowanie kompetencji komunikacyjnych bez względu na to, czy są one realizowane w formie tradycyjnej, werbalnej, czy z wykorzystaniem alternatywnych i/lub wspo-

magających metod → komunikacji. Podmiotem logopedii jest dziecko znajdujące się w okresie nabywania mowy oraz osoba mająca wady i/lub zaburzenia mowy lub wady/zaburzenia wymowy. Przedmiotem – proces nabywania mowy, rozwoju i usprawniania mowy oraz korygowania ewentualnych wad i zaburzeń mowy i/lub wymowy. Według Leona → Kaczmarka (1991) przedmiotem zainteresowań polskiej logopedii „jest mowa z wyraźnie wyodrębnionymi jej składnikami, tj. mówieniem i rozumieniem (nadawanie – przekazywanie i odbiór wypowiedzi) oraz wynikiem obu tych procesów, a więc wypowiedzią (tekst słowny), składnikiem niezwykle ważnym dla procesu porozumiewania się na podstawie języka. Zaburzenia mowy z kolei, stanowiące akt w procesie porozumiewania się językowego słownego, polegają na tym, że albo nie umiemy właściwie zbudować wypowiedzi, albo też jej percypować. Każde zaburzenie, gdziekolwiek by ono zaistniało, zniekształca w mniejszym lub większym stopniu najważniejsze ogniowo tego aktu, tj. całą wypowiedź, lub też szczegółowiej określając jakąś składową tej części. Owe zupełnie łatwo dające się zauważyć mankamenty wypowiedzi są główną podstawą logopedycznej klasyfikacji zaburzeń mowy, ich zaś przyczyny pomocniczą. Zakłócenia odbioru wypowiedzi, chociaż mają odrębną specyfikę mieszczą się w poszczególnych jej grupach" (Kaczmarek, 1980; Smith 2008).

Do podstawowych kierunków oddziaływania logopedycznego można włączyć: profilaktykę logopedyczną, stymulację rozwoju mowy i doskonalenie mowy już ukształtowanej, diagnostykę i terapię logopedyczną, ewaluację efektywności podjętych, (z)realizowanych działań specjalistycznych. Historycznie – z punktu widzenia najstarszej w Polsce szkoły logopedycznej, tzw. szkoły lubelskiej, założonej w latach 60. XX wieku przez L. Kaczmarka, uznawanego za twórcę współczesnej polskiej logopedii – logopedia dzieli się na osiem działów (wymieniając dane działy zachowano pierwowzór ich lokalizacyjnego i terminologicznego przedstawiania): 1) teoria mowy, stanowiąca część teorii informacji i komunikacji; 2) embriologia mowy, czyli proces kształtowania się mowy w ontogenezie; 3) rozwój mowy u osób z upośledzonym słuchem; 4) porozumiewanie się głuchociemnych; 5) percepcja wypowiedzi słownych – słuchowa, wzrokowa; 6) fonetyka artykulacyjna i akustyczna; 7) patologia mowy; 8) ekspresja słowna – potoczna, publiczna, artystyczna (Demelowa, 1982). Od roku 1960 ukazuje się czasopismo „Logopedia", a od 1963 funkcjonuje Polskie Towarzystwo Logopedyczne z siedzibą władz w Lublinie. Zasługą L. Kaczmarka jest także stworzenie podyplomowego kształcenia logopedów. Pierwsi absolwenci studium logopedycznego otrzymali dyplomy uprawniające do wykonywania zawodu logopedy w 1972, kolejne takie studium powstało w 1972 na Uniwersytecie Warszawskim (Styczek, 1983). Za twórcę polskiej surdologopedii, a właściwie logopedii w ogóle, uznaje się Łukasza Jana Siestrzyńskiego (1788–1824), lekarza i bliskiego współpracownika założyciela Inst. Głuchoniemych w Warszawie o. Franciszka Jakuba Falkowskiego (1775–1848). Siestrzyński pracował w Inst. od momentu jego powstania, tj. w okresie 1817–1824. W historii polskiej logopedii zajmuje szczególne miejsce jako pierwszy znany propagator metody oralnej (ustnej) w nauczaniu dzieci głuchych. Jest autorem nieopublikowanego dzieła znanego pod skróconym tytułem: *Teoria i mechanizm mowy*… (1820; Szczepankowski, 1999). Obecnie do najbardziej znanych i powszechnie identyfikowanych subdyscyplin logopedii należą: logopedia ogólna, logopedia przedszkolna i szkolna, surdologopedia – zajmująca się osobami z niepełnosprawnością słuchową, oligofrenologopedia – obejmująca działaniem terapeutycznym osoby z niepełnosprawnością intelektualną, neurologopedia – adresatem działań są osoby z zaburzeniami neurologicznymi, balbutologopedia – dotycząca osób z zaburzeniami płynności mowy, jąkających się, oraz logopedia artystyczna, która zasadniczo wiąże się z zawodem aktorskim (Zaorska, 2012, 2013).

Realizacją zadań stawianych przed logopedią zajmują się specjaliści odpowiednio przygotowani do pracy w zawodzie logopedy – poprzez podejmowanie studiów stacjonarnych i niestacjonarnych pierwszego i/lub drugiego stopnia, studiów pięcioletnich magisterskich, stacjonarnych lub niestacjonarnych na kierunku logopedia lub na innych kierunkach studiów mających uprawniania do kształcenia logopedów w ramach specjalności, oraz studiów podyplomowych (Zaorska, 2012). W Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 7 VIII 2014 roku kilkakrotnie jest wymieniany zawód logopeda. W grupie: Audiolodzy i logopedzi (kod 2294) pojawiają się m.in. następujące zawody: Logopeda (kod 229402), Neurologopeda (kod 229403), Surdologopeda (kod 229405). W innej grupie: Specjaliści nauczania i wychowania gdzie indziej niesklasyfikowani (kod 2359) uwzględniony jest zawód: Nauczyciel logopeda (kod 235906). Sytuacja ta dowodzi sygnalizowanej już wyżej interdyscyplinarności logopedii w zakresie jej przedmiotu, podmiotu, misji praktycznej oraz ukierunkowania eksploracji teoretycznych i naukowo-badawczych. [Termin „logopedia" został wprowadzony w 1924 roku przez au-

striackiego laryngologa i pedagoga Emila Fröschelsa (1884–1972) – przyp. red.].

MEZ

B: Demelowa, 1982; Grabias, 1997; Jastrzębowska 2003; Kaczmarek, 1980, 1991; Minczakiewicz, 2009; Okoń, 1981; Sołtys-Chmielewska, Tkaczyk, 1993; Smith, 2008; Styczek, 1983; Szczepankowski, 1999; Szymczak, 1979; Urbańczyk, 1978; Wołkowa [Волкова], 1998; Zaorska, 2012, 2013.

D: Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 7 VIII 2014 roku.

O: afazja, gerontologopedia, język i komunikacja interpersonalna w starości, logopedia wieku podeszłego.

TK: ang. *speech-language pathology*, fr. *logopédie/l'orthophonie*, hiszp. *fonoaudiología/logopedia* o *terapia del lenguaje*, niem. *Logopädie*, ros. *логопедия*.

logopedia geriatryczna → logopedia wieku podeszłego

logopedia wieku podeszłego (logopedia geriatryczna)

Polska przekroczyła próg starości demograficznej w roku 1967, zaawansowanej starości demograficznej w 2008, zaś udział osób w wieku powyżej 65. r.ż. w ogólnej liczbie mieszkańców naszego kraju w 2015 wynosił już 15,6%. Według prognoz Eurostatu (2013) po roku 2024 subpopulacja osób starych (powyżej 65. r.ż.) przekroczy 20% ogółu ludności Polski. Zgodnie z kryteriami zaproponowanymi przez Organizację Narodów Zjednoczonych (ONZ) populację uznaje się za starą, gdy udział osób powyżej 65. r.ż. w ogólnej strukturze ludności przekracza 7%. Zaawansowana starość oznacza natomiast udział ponad 10% (*Prognoza…*, 2014). W miarę → starzenia się populacji wzrasta również liczba osób starszych z → otępieniem, → zaburzeniami poznawczymi [w starszym wieku], a także, co się z tym wiąże, trudnościami w → komunikacji. Problemy komunikacyjne osób starszych częściej niż przez językoznawców czy logopedów dostrzegane są przez psychologów i psychoterapeutów, zajmujących się ludźmi z tej grupy wiekowej. Zdaniem Waldemara Tłokińskiego (1990) – prekursora badań mowy → seniorów – w literaturze naukowej poświęconej ludzkiemu starzeniu się przez długi okres panowało przekonanie, „że wszystko w człowieku może się z wiekiem zmienić z wyjątkiem mowy". Niemniej starzenie się organizmu człowieka wiąże się m.in. z pojawiającymi się → chorobami, którym niejednokrotnie towarzyszy pogorszenie funkcjonowania poznawczego, w tym umiejętności komunikacyjnych. Ponieważ choroby ludzi starych często wiążą się z różnymi skutkami, można przyjąć, że coraz więcej starzejących się osób potrzebuje lub będzie potrzebowało pomocy logopedycznej. W tej grupie pacjentów pojawiają się zaburzenia mowy o różnej etiologii, m.in. o podłożu neurologicznym, psychiatrycznym, onkologicznym, związane z układem obwodowym i/lub czynnikami psychologicznymi. W związku ze specyfiką pracy z pacjentem w wieku senioralnym logopeda pomagający tej grupie osób musi mieć wiedzę i umiejętności z różnych działów → logopedii (Pluta-Wojciechowska, 2014). Stąd można wyodrębnić → gerontologopedię, nazywaną również logopedią gerontologiczną, która obejmuje procesy i uwarunkowania komunikowania się słownego ludzi w wieku senioralnym, starzejących się fizjologicznie lub z towarzyszącymi zjawiskami patologii zdrowotnej. W aspekcie pierwszym nauka wyjaśnia rozwojowe zmiany związane z jakością realizowanych funkcji komunikacyjnych. W drugim aspekcie wskazuje drogi postępowania diagnostycznego w przypadku zjawisk patologii mowy i języka, jak również metody pracy z pacjentem (Kaczorowska-Bray, 2017; Tłokiński, Milewski, Kaczorowska-Bray, 2017).

Specyfika komunikacji językowej osób starzejących się fizjologicznych wynika m.in. ze zmian strukturalno-funkcjonalnych charakterystycznych dla tego etapu → życia. Wraz z postępującym starzeniem się występują zmiany inwolucyjne w ośrodkowym układzie nerwowym (OUN), mięśniowym, stomatognatycznym, oddechowym i fonacyjnym. Często diagnozuje się również zmiany w obrębie narządu zmysłów, głównie słuchu i wzroku (Gebreselassie, Godlewska, 2017). Wszystkie te zmiany wpływają na jakość komunikacji słownej, co można zauważyć w zmianie akustyki głosu i prozodii mowy, pogorszeniu jakości głosu i mowy (co jest związane z niedosłuchem lub/i zmianami w układzie stomatognatycznym oraz obniżoną sprawnością narządów mowy). Inną przyczyną nagłych lub dość szybko nasilających się zaburzeń mowy w podeszłym wieku są najczęściej uszkodzenia „pola mowy" w lewej półkuli mózgu, głównie w następstwie → udaru mózgu (zatoru, wylewu), urazów czaszki lub mózgu bądź postępujących chorób neurodegenacyjnych. W Polsce co 10. osoba po 65. r.ż., czyli ok. 500 tys. osób, choruje na różne formy otępienia; większość (ok. 50–60%, czyli 250 do 300 tys. osób) cierpi na → chorobę Alzheimera, 20–25% na demencję typu miażdżycowego (otępienie wielozawałowe), a 18% na otępienie „mieszane" (np.

choroba Alzheimera z → otępieniem naczyniowym). Z kolei zapadalność na → chorobę Parkinsona wynosi w Polsce 10–20 przypadków na 100 tys. ludności, co oznacza, że rocznie przybywa 4–7,5 tys. chorych i obecnie cierpi na tę chorobę ok. 80 tys. ludzi, głównie po 50. r.ż. (Siuda i współprac., 2012). Wyniki badań [projektu] PolSenior (Klich-Rączka i współprac., 2012) wskazują, że udar mózgu jest główną przyczyną niesprawności i trzecią przyczyną zgonu w subpopulacji osób starszych. Obecnie szacuje się, że na chorobę Alzheimera i inne rodzaje otępień cierpi w Europie ok. 7,3 mln osób, rocznie u 2 mln występują objawy udaru mózgu, a ponad 9 mln żyje z następstwami udaru. Zwiększająca się liczba osób w → wieku podeszłym oraz przewlekły przebieg zarówno → zespołów otępiennych, jak i → niepełnosprawności po udarze mózgu powodują, że leczenie i → opieka stają się problemem nie tylko medycznym, lecz także społecznym i ekonomicznym. W Polsce udaru mózgu doznaje 70 tys. osób rocznie. Jak podaje Joanna Pniewska (2013), objawy udaru mózgu zależne są od typu udaru, jego rozległości i lokalizacji ogniska udarowego. Do częstych objawów zalicza się: zaburzenia ruchowe pod postacią niedowładów lub porażeń kończyn (70%–85%), zaburzenia czucia (ponad 50% chorych), zaburzenia afatyczne mowy (21%–38%), zaburzenia widzenia czy dysfagia. Jak wskazują cytowane powyżej wyniki: co piąta, a nawet co trzecia osoba po udarze wykazuje zaburzenia mowy lub/i trudności w obszarze komunikacji interpersonalnej.

W. Tłokiński i Henryk Olszewski (2015) sformułowali dyrektywę, która powinna przyświecać logopedom podejmującym próby dokonywania oceny zachowań słownych osób starszych. Stwierdzili, że: „Utrzymywanie kondycji komunikacyjnej u osób starszych stanowi najwłaściwszą drogę chronienia ich przed dotkliwościami komunikacyjnego osamotnienia i jest ważnym warunkiem poprawy poczucia ich jakości życia. W każdym przypadku logopeda nawiązujący kontakt terapeutyczny z osobą starszą realizuje interakcję komunikacyjną, staje się więc równoważnym partnerem komunikacyjnym, bez względu na zaplanowane działania profesjonalne. Ta dyrektywa powinna przyświecać logopedom podejmującym jakiekolwiek próby dokonywania oceny zachowań słownych osób starszych".

KK-S

B: Gebreselassie, Godlewska, 2017; Kaczorowska-Bray, 2017; Klich-Rączka i współprac., 2012; Pluta-Wojciechowska, 2014; Pniewska i współprac., 2013; *Prognoza…*, 2014; Siuda i współprac., 2012; Tłokiński, 1990; Tłokiński, Milewski, Kaczorowska-Bray, 2017; Tłokiński, Olszewski, 2015.

O: gerontologopedia, język i komunikacja interpersonalna w starości, logopedia, mowa starcza.

TK: ang. ang. *logopaedics of the elderly/geriatric speech therapy*, fr. *orthophonie de la personne âgée/orthophonie en gériatrie*, hiszp. *logopedia en personas mayores/fonoaudiología geriátrica*, niem. *logopädische Therapie bei älteren Menschen/Logopädie in der Geriatrie*, ros. *логопедия пожилого возраста/гериатрическая логопедия*.

logoteoria

wywodząca się z grec. źródłosłowów: *λόγος* [logos] – słowo, sens, myśl, treść, zaś wg stoików „rozum kosmiczny" – przyp. red.] i *θεωρία* [theoria] – przyglądać się, rozważać, kontemplować] nazwa teorii człowieka, przedstawiona przez austriackiego psychiatrę i psychoterapeutę Viktora Emila Frankla (1905–1997). Dotyczy zagadnień związanych z egzystencją człowieka, jego wolnością i odpowiedzialnością, oraz z jego duchowością: byciem i stawaniem się, czyli odkrywaniem → poczucia sensu życia. Rozpatrywanie przeżyć osoby powinno dokonywać się poprzez zwrócenie uwagi na te podstawowe wartości, które ukierunkowują osobę w stronę ideałów, zadań i celów. V.E. Frankl poświęca wiele uwagi wewnętrznemu doświadczeniu człowieka: relacji **ja**–**świat**, określając napięcie pomiędzy tymi dwoma biegunami za pomocą terminu „noodynamika" [*noodynamics*]. Rozwój człowieka następuje dzięki odkrywaniu współzależności dwóch przeciwstawnych relacji **ja**–**świat** i ich ostatecznej jedności poprzez transcensdencję własnego **ja** w nurcie pewnych wartości. Istotą dążeń każdego człowieka jest pragnienie (wola) sensu. W poszukiwaniu odpowiedzi na pytanie o sens życia i sens cierpienia Frankl zwrócił się ku wymiarowi duchowemu ludzkiej egzystencji. Logoteoria koncentruje się na sensie życia jako podstawowej potrzebie i motywacji ludzkiej egzystencji: „istnienie ludzkie [człowieka] jest istnieniem ku sensowi, choćbyśmy go jeszcze bardzo mało znali […], czy człowiek tego chce, czy nie […] wierzy w swój sens tak długo, jak długo oddycha" (Frankl, 1967, 1968, 1984).

Logoteoria – rozpatrywana jako koncepcja człowieka – zmierza do uzyskania pełnego obrazu osoby i jednocześnie dąży do uniknięcia różnych determinizmów, które mogą ten obraz zdeformować, takich jak: biologizm (redukcja ludzkiego bytu do rzeczywistości fizyczno-biologicznej), psychologizm (ograniczanie bytu do sfery psychicznej) i socjologizm (redukowa-

nie istnienia człowieka do rzeczywistości społecznej). Te trzy redukcjonistyczne podejścia nie uwzględniają wymiaru duchowego w człowieku. Zdaniem Frankla tylko połączenie sfery duchowej, fizycznej, psychicznej i społecznej może odsłonić pełny wymiar wartości i sensu. Wymiar duchowy (nazywany przez Frankla noetycznym) jest właściwy tylko człowiekowi, obejmuje myślenie, świadome akty woli, wolne decyzje i postawy (Biller, Stiegeler, 2008; Popielski, 1987; Purjo, 2014). Poznanie człowieka i okazywanie mu pomocy o charakterze terapeutycznym wymaga wykorzystania określonego sposobu analizy, który Frankl nazywa → logoterapią.

MK-W

B: Biller, Stiegler, 2008; Frankl, 1967, 1968, 1984; Popielski, 1987; Purjo, 2014.

O: logoterapia.

TK: ang. *logotheory* or *logo-theory*, fr. *logothéorie*, hiszp. *la logoteoría*, niem. *die Logotheorie*, ros. *логотеория*.

logoterapia

wywodząca się z grec. źródłosłowów: *λόγος* [logos] – słowo, sens, myśl, nauka, treść i *θεραπεύειν* [therapein] – troska, terapia, leczenie, pielęgnowanie; nazwa odmiany systemu psychoterapii egzystencjalnej, której twórcą był – ocalony z Holokaustu – austriacki psychiatra i psychoterapeuta Viktor Emil Frankl (1905–1997).

Logoterapia wykorzystuje m.in. analizę egzystencjalną (niem. *Existenzanalyse/Existentiële Analyse*) oraz „logoanalizę", czyli metodę analizy sensu [życia], twórcą której był James Charles Crumbaugh (1912–2005). Ta ostatnia metoda jest zorientowana na indywidualną pracę, celem której jest odnalezienie sensu życia i rekonstrukcja utraconego systemu wartości. Pozwala na przeprowadzenie szczegółowego przeglądu → życia pacjenta: po każdym kroku terapii następuje omówienie rezultatów z terapeutą, co pozwala na wyrobienie nawyku częstego patrzenia na swoje życie i obiektywnej jego oceny – pełny cykl „logoanalizy" trwa ok. 1,5 roku. Metoda ta może być stosowana jako wspomagająca → adaptację w starszym wieku (Crumbaugh, 1972).

Logoterapia służy specyficznej pomocy psychologicznej i pedagogicznej w uwrażliwieniu każdego człowieka – szczególnie człowieka chorego bądź w → wieku podeszłym – na świat wartości i duchowości, oraz w tworzeniu → poczucia sensu życia. Za jedną z podstawowych potrzeb człowieka Frankl uważał dążenie do odnalezienia sensu życia, a jego utratę za ważny czynnik patogenny nerwicy. Jest to jednocześnie pomoc wynikająca z troski o wyjaśnianie i szukanie uzasadnienia sensu życia, nawet w sytuacji cierpienia. Formuła twórczej realizacji ludzkiej egzystencji akcentuje to, że statycznie człowiek „ma" jakieś konkretne bóle i dolegliwości, zaś dynamicznie „cierpiącym się jest" dłuższy czas z uczuciem zmiennego natężenia cierpienia (Biller, Stiegler, 2008; Pöpping, 2014).

Logoterapia uwzględnia całość ludzkiego bytu jako jedność fizyczno-psychiczno-duchową ze specyficznymi przymiotami, takimi jak: wolność, odpowiedzialność (za siebie i drugiego człowieka) oraz dążenie „ku" wartościom i orientowanie się człowieka „na sens", nie tylko na sens cierpienia, ale na sens życia w ogóle. Sens dotyczy każdej poszczególnej sytuacji życiowej i całego życia człowieka. W odnalezieniu sensu może pomagać sumienie, którego zadaniem jest ukazanie konkretnej osobie tej jedynej możliwości „sensotwórczej", istniejącej w konkretnym momencie i określonej sytuacji. Istotą logoterapii jest umożliwianie człowiekowi odkrywania sensu jego życia w każdej, nawet najbardziej dramatycznej sytuacji życiowej, poprzez poszukiwanie znaczenia doświadczeń i wydarzeń życiowych.

Praca nad historią życia człowieka i empatyczne podejście terapeuty mogą ułatwić dostęp do emocji osoby uczestniczącej w logoterapii. To zaś sprzyja zrozumieniu siebie i twórczej pracy nad określaniem sensu życia. Każdy człowiek ma wewnętrzną „wolę sensu", czyli wewnętrzną potrzebę, przekonanie motywujące go do działania. Jest ona pierwotna, podstawowa, wpisana w naturę każdego człowieka. Określana jest jako „potrzeba potrzeb". Mając „wolę sensu", człowiek uruchamia podstawową cechę ludzkiego istnienia – zdolność do transcendencji. Frankl (1984, 2009) podkreślał, że „być człowiekiem to znaczy być skierowanym na coś lub kogoś, być oddanym dziełu, któremu się poświęcamy, człowiekowi, którego kochamy lub Bogu, któremu służymy". Odkrycie sensu życia dokonuje się poprzez zaangażowanie osobiste, przyjęcie postawy twórczej wobec świata i wobec odkrytych wartości. Proces „stawania się" tworzy się poprzez: działanie (kształtowanie świata); przeżywanie świata, wchłanianie oraz przyswajanie piękna i prawdy bytu; cierpienie (możliwe do przyjęcia i zaakceptowania jedynie wówczas, gdy ma swój sens, czyli w sytuacji, gdy przeżywane jest ze względu na kogoś lub coś). Możliwości „stawania się", kształtowania siebie, powstają dzięki istnieniu wartości w świecie zewnętrznym. Wartości związane z sensem życia są czynnikami, które powo-

dują, że człowiek bierze odpowiedzialność za swoje życie. Pozwalają na „spełnianie siebie", tworzenie hierarchii z wartością absolutną na czele i samotranscendencją na płaszczyźnie wolności człowieka w wymiarze duchowym. Będąc wolnym, człowiek może przyjąć wobec życia (jako takiego) i wobec innych ludzi postawę „być", „mieć" i „kochać". Wyznacza to kierunek odkrywania sensu życia i określania → jakości życia. Postawy „być" i „kochać" są dynamiczne, zmieniają się wraz z rozwojem człowieka, ich zasadniczy kierunek wyznaczają wartości obiektywne. Wolność człowieka pozwala na przyjęcie innej postawy wobec życia, czyli postawy „mieć". Ma ona następujące cechy: prowizoryczna postawa wobec bytu ludzkiego (człowiek nie widzi potrzeby brania odpowiedzialności za swój los); fatalistyczna postawa wobec życia (wiara w przeznaczenie) oraz kolektywistyczne myślenie (brak samodzielności w myśleniu); fanatyzm (brak tolerancji wobec ludzi o odmiennych poglądach). Postawa „mieć" opiera się na egocentryzmie, nieufności i konformizmie. Tworzące się poczucie własnej tożsamości jest uzależnione od jakości wpływu świata zewnętrznego, co może wyzwalać poczucie zagrożenia, ostrożności, wewnętrznego niepokoju, schematyzm i sztywność myślenia. Natomiast system wartości opiera się na wartościach „doczesnych", takich jak: zdrowie, zasoby finansowe, kariera, pozycja społeczna, z których jedna staje się absolutna i naczelna. Człowiek wykazujący postawę „mieć" nie uczestniczy w twórczych relacjach z drugim człowiekiem. Postawy te mają ogromne znaczenie w aspekcie egzystencjalnym, tj. dla funkcjonowania podmiotu w krytycznych momentach życia, takich jak: cierpienie, → choroby przewlekłe lub stan terminalny. Chory człowiek przestaje – na krótszy lub dłuższy okres swojego życia – pełnić dotychczasowe role społeczne, dokonuje refleksji związanych z wykonywanym zawodem, postawą wobec życia „być–mieć", oraz z wartościami, dokonuje → bilansu życiowego. Człowieczeństwo, wg Frankla, ujawnia się w ukierunkowaniu na wartości, które pozwalają jednostce przekraczać (transcendować) aktualny stan i sytuację życiową, np. chorobę przewlekłą lub terminalną. Te wartości (zwłaszcza duchowe) umożliwiają odnajdywanie sensu życia, zachowanie wewnętrznej osobistej wolności i godności, nawet w sytuacjach nadzwyczajnego cierpienia czy w obliczu → śmierci (Kimble, 2000, 2013).

MK-W

B: Biller, Stiegler, 2008; Crumbaugh, 1972; Frankl, 1984, 2009, 2014; Kimble, 2000, 2013; Pöpping, 2014.
O: logoteoria, psychoterapia.
TK: ang. *logotherapy*, fr. *logothérapie*, hiszp. *la logoterapia*, niem. *die Logotherapie*, ros. *логотерапия*.

ludzka długość życia

– termin używany w → demografii na określenie maksymalnego wieku lub zakresu wiekowego ludzkiego istnienia, który jednostki ludzkie jako gatunek osiągają w danych, optymalnych warunkach, wyłączając jednak rzadkie przypadki. W niektórych krajach określenie to stosowane jest często w psychologii jako odpowiednik → biegu życia.

AAZ

O: bieg życia ludzkiego, długość życia, maksymalna długość życia.
TK: ang. *human life span*, fr. *longuer de la vie humaine*, hiszp. *duración de la vida humana*, niem. *menschiliche Lebensdauer*, ros. *продолжительность жизни человека*.

Ł

łagodne zaburzenia poznawcze

– określenie to (ang. *Mild Cognitive Impairment* – MCI) jest stosowane do opisu zaburzeń poznawczych w procesie → starzenia się, które nie spełniają jeszcze kryteriów → otępienia, ani nie są wynikiem znanej → choroby (Craft, 2009). Pojęcie to ewoluowało z wcześniej stosowanej kategorii „zaburzenia poznawcze bez otępienia" (ang. *cognitive impairment no dementia* – CIND, Graham i współprac., 1997).

Łagodne zaburzenia poznawcze wykraczają poza normalne lub oczekiwane zaburzenia poznawcze zależne od wieku, takie jak np. → zaburzenia pamięci związane z wiekiem (Anderson, Chawla, 2014 – Internet: http://emedicine…).

Ronald C. Petersen zaproponował kryteria do diagnozowania MCI, które zostały później przeformułowane i uznane jako kryteria Mayo [od nazwy kliniki w Rochester, MN – przyp. red.], a mianowicie: 1) subiektywne poczucie upośledzenia → pamięci, które zostało potwierdzone przez informatora z zewnątrz; 2) obiektywne upośledzenie pamięci względem normy dla wieku ocenione za pomocą testów; 3) względnie dobrze zachowane inne funkcje poznawcze; 4) brak zaburzeń funkcjonowania społecznego lub w życiu codziennym wynikających z zaburzeń pamięci; 5) nieobecność otępienia (Petersen i współprac., 1999).

Łagodne zaburzenia poznawcze postrzegane są jako stan przejściowy między zaburzeniami pamięci zależnymi od wieku a otępieniem. → Badania podłużne (longitudinalne) sugerują, że u 80% osób spośród prezentujących łagodne zaburzenia poznawcze rozwinie się → choroba Alzheimera w okresie od 5 do 8 lat. Roczny wskaźnik tzw. konwersji do choroby Alzheimera szacuje się w grupie takich osób na 10–15% na rok, podczas gdy w pełnej populacji jedynie 1–2% (Grundman i współprac., 2004). W obrazie klinicznym MCI mogą przebiegać z upośledzeniem różnych funkcji poznawczych (pamięci, funkcji językowych, wzrokowo-przestrzennych, zaburzeń uwagi, orientacji), jednak gdy dominują wśród nich zaburzenia pamięci (amnestyczne MCI), to stan ten może zwiastować bardzo wczesne, przedobjawowe stadium choroby Alzheimera (Grundman i współprac., 2004). Gdy zaś dominują inne niż pamięć, ale liczne zaburzenia poznawcze (*multiple domain* MCI), to osoby takie częściej transformują w kierunku innych niż etiologia alzheimerowska otępień, np. → otępienie z ciałami Lewy'ego (Tabert i współprac, 2006). Najrzadziej można spotkać MCI z upośledzeniem jednej funkcji poznawczej innej niż pamięć (*single nonmemory cognitive* MCI).

Obok klinicznych podtypów MCI zaburzenie to można klasyfikować pod względem przyczyny wywołującej (neurodegeneracyjna, naczyniowa, psychiatryczna, pourazowa). Do czynników prognozujących szybszą progresję MCI do choroby Alzheimera należy nosicielstwo apolipoproteiny E4 (Petersen i współprac., 1995) oraz niższa wartość wolumetryczna hipokampa (Jack i współprac., 1999). Należy jednak pamiętać, że nie wszyscy pacjenci z łagodnymi zaburzeniami poznawczymi wcześniej czy później ulegną progresji do pełnoobjawowego otępienia. Francuskie badania longitudinalne *PAQUID* na dużej próbie udowodniły, że aż 40% osób z MCI odzyskało po pewnym czasie swoje upośledzone funkcje poznawcze (Larrieu i współprac., 2002). Może to z jednej strony świadczyć o niespecyficzności tego rozpoznania, a z drugiej o niestabilności takiej diagnozy. Można ją porównać przez analogię do nietolerancji glukozy, która u części osób ulega progresji do → cukrzycy, ale u części ulega rewersji do normy. Zatem, by niepotrzebnie nie etykietować ludzi z MCI, zaleca się pogłębiać diagnostykę w kierunku wykluczenia bądź potwierdzenia obecności markerów choroby Alzheimera w płynie mózgowo-rdzeniowym (Blennow, 2004).

Koncepcja łagodnych zaburzeń poznawczych wzbudziła ogromne zainteresowanie w związku z hipotezą stanowienia fazy przejściowej w kontinuum rozwoju zaburzeń poznawczych od zmian traktowanych jako normalne w starzeniu do pełnoobjawowej choroby Alzheimera. Postrzeganie tych zaburzeń jako prodromalnej fazy choroby Alzheimera umożliwiłoby nie tylko wcześniejsze leczenie, czy być może zatrzymanie tej choroby, ale przede wszystkim ustanowienie modelu badawczego dla testowania nowych i bardziej skutecznych interwencji terapeutycznych w przyszłości (Petersen, 2004).

BB

A: LKB (niem.), MCI (ang.).

B: Blennow, 2004; Craft, 2009; Graham i współprac., 1997; Grundman i współprac., 2004; Jack i współprac., 1999; Larrieu i współprac., 2002; Petersen, 2003, 2004; Petersen i współprac., 1995, 1999; Tabert i współprac., 2006.

N: Anderson, Chawla, 2014 – Internet: http://emedicine…
O: choroba Alzheimera, otępienie, pamięć, stymulacja funkcji poznawczych, zaburzenia pamięci związane z wiekiem.
TK: ang. *mild cognitive impairment/Mild Cognitive Impairment* [MCI], fr. *le déficit cognitif léger/trouble cognitif léger*, hiszp. *el deterioro cognitivo leve/demencia incipiente o deterioro cognitivo aislado*, niem. *leichte kognitive Beeinterächtigung* [LKB] *auch leichte kognitive Störung*, ros. *умеренные когнитивные нарушения*.

łagodny przerost gruczołu krokowego → łagodny przerost prostaty

łagodny przerost prostaty (łagodny przerost gruczołu krokowego) [ŁPP]

Prostata (od łac. *prostata*) − inaczej gruczoł krokowy lub stercz − znajduje się tuż pod pęcherzem i otacza cewkę moczową. Gdy gruczoł jest dojrzały, czyli ok. 30. r.ż. mężczyzny, ma 3−3,5 cm szerokości. W pobliżu gruczołu krokowego znajdują się dwa ważne mięśnie zwane zwieraczami. Zapobiegają one wyciekaniu moczu z pęcherza oraz ułatwiają wytrysk spermy w trakcie orgazmu. Dla kontroli wydalania moczu z pęcherza szczególnie ważny jest mięsień położony poniżej prostaty − zewnętrzny zwieracz pęcherza. Z wiekiem gruczoł krokowy powiększa się. Proces ten jest najintensywniejszy po 50. r.ż., zatem dolegliwości związane z tym organem mają głównie starsi mężczyźni. U mężczyzn po 60. r.ż. wzrasta ryzyko nowotworu stercza. W Polsce pod względem częstości występowania zajmuje on drugie miejsce po raku płuc. Po 50. r.ż. obniża się produkcja męskiego hormonu płciowego − testosteronu. Jest to spadek nieznaczny, ale odczuwalny dla organizmu, tym bardziej, że nie dochodzi do spadku produkcji estrogenów. Zaburzenie proporcji pomiędzy poziomami tych hormonów prowadzi do pobudzenia w głównej mierze rozrostu tkanek prostaty: gruczołowej, łącznej i mięśniowej wewnętrznej części gruczołu. Powiększenie się tej części gruczołu jest punktem odniesienia dla później pojawiających się zaburzeń. Można powiedzieć, że te procesy dotyczą każdego mężczyzny, ale nie u wszystkich są jednakowo nasilone. Powiększanie się gruczołu krokowego sam w sobie nie jest problemem i kłopotliwe objawy przerostu tego narządu zależą od jego wielkości. Rzecz w tym, że przez prostatę przebiega przewód wyprowadzający mocz z pęcherza, czyli cewka moczowa. Powiększający się gruczoł uciska ją i zwęża jej ujście pęcherzowe. Skutkiem jest utrudnienie i spowolnienie wypływu moczu (il. 1). Prostata odpowiada za wzwód podczas stosunku. Produkuje też płyn, który zawiera glukozę, substancję odżywiającą i chroniącą plemniki. W istotnym więc stopniu wpływa na jakość nasienia, a tym samym na męską płodność.

Najczęściej występujące choroby prostaty obejmują:

- łagodny rozrost stercza [ŁRS] (łac. *hyperplasia prostatae*),
- nowotwór złośliwy prostaty (łac. *carcinoma prostatae*),
- zapalenie gruczołu krokowego (łac. *prostatitis*).

Słowo „łagodny" w odniesieniu do przerostu/rozrostu prostaty wskazuje, że nie mamy do czynienia z nowotworem złośliwym. Jednak sama choroba, jeśli nie będzie leczona, wcale nie musi mieć łagodnego przebiegu.

Przebieg choroby można podzielić na trzy okresy:

1. W okresie początkowym (podrażnienia) występuje częstomocz nocny, rzadziej dzienny, a trudności w oddawaniu moczu narastają, przy czym strumień moczu staje się cienki. Czasami pojawiają się parcia naglące. Pęcherz opróżnia się całkowicie.
2. W drugim okresie częściowe zatrzymanie moczu, częstomocz i trudności w oddawaniu moczu nasilają się, a strumień moczu staje się przerywany: występuje zapalenie pęcherza moczowego. Powoli rozwija się niewydolność nerek, występuje złe samopoczucie i osłabienie.
3. Całkowite zatrzymanie moczu następuje w trzecim okresie choroby. Powiększa się zaleganie moczu, a z przepełnionego pęcherza następuje wyciekanie moczu kroplami.

Wskutek zastoju w górnych drogach moczowych nasila się niewydolność nerek, zwiększa stężenie mocznika i kreatyniny w surowicy krwi. Pojawia się osłabienie, suchość w jamie ustnej, okresowo wymioty, zwyżki temperatury ciała. Rozwija się niedokrwistość i mocznica.

Powiększenie objętości prostaty spowodowane jest wzrostem liczby komórek gruczołowych oraz włókien mięśniowych w jej obrębie. Gruczolak stercza rozrasta się w strefie bezpośrednio otaczającej cewkę moczową. Samo powiększenie się gruczołu nie może być podstawą do rozpoznania łagodnego rozrostu prostaty.

Do całości obrazu zaliczyć musimy **objawy ze strony dolnych dróg moczowych**, takie jak:

- **objawy „podrażnieniowe"**: częstomocz w ciągu dnia, konieczność oddawania moczu w nocy − nawet kilkakrotnie, gwałtowne parcie na mocz i → inkontynencja − nietrzymanie moczu, oraz ból w czasie oddawania moczu;

- **objawy „przeszkodowe”**: wyczekiwanie na mikcję, osłabienie strumienia moczu, konieczność parcia na mocz, oraz wydłużenie czasu mikcji.

Powiększający się gruczoł krokowy wywiera ucisk na cewkę, zwęża jej światło, powodując podrażnienie oraz utrudnienie oddawania moczu. Może to wywołać pojawienie się objawów takich jak wykapywanie moczu z cewki po mikcji oraz całkowite zatrzymanie moczu. Dopiero wystąpienie tych elementów w różnym nasileniu upoważnia do rozpoznania łagodnego rozrostu prostaty.

Opisane wyżej objawy nie zawsze bywają naprawdę kłopotliwe. Jednak pęcherz musi pokonywać opór z większą siłą i po pewnym czasie wysiłek ten daje o sobie znać. Niektórzy mężczyźni zaczynają odczuwać dolegliwości. Muszą oddawać mocz natychmiast, gdy tylko poczują potrzebę, ale nierzadko parcie jest tak silne, że chory się moczy. Oddawanie moczu w nocy, które nosi nazwę nykturii, zakłóca sen i uniemożliwia odpowiedni wypoczynek.

Łagodny rozrost prostaty (ŁPP) nie jest wyłącznie sprawą osobistą mężczyzny. Skutki tej choroby odczuwa także otoczenie. Mężczyzna przysparza cierpień partnerce, na którą przenosi infekcje układu moczowego drogą płciową. Wstając w nocy, przerywa sen domownikom. Spada jego wydajność w pracy, bo jest niewyspany, zmęczony. Z tego też powodu bywa rozdrażniony, nerwowy, co niekorzystnie wpływa na relacje z członkami → rodziny i ze współpracownikami.

Etiologia ŁPP nie jest do końca poznana. Przypuszcza się, że zarówno nowotwór prostaty, jak i łagodny rozrost stercza są chorobami hormonozależnymi i do ich rozwoju niezbędna jest hormonalna funkcja jąder. ŁPP dotyczy co drugiego mężczyzny po 55. r.ż. Przyczyną tak częstego występowania tej choroby jest nie tylko postęp cywilizacyjny, a co za tym idzie starzenie się populacji, ale również zwiększenie się dostępności usług medycznych oraz społeczny wzrost świadomości zdrowotnej. Choroba często ma stosunkowo łagodny przebieg, ale może też stanowić istotne zagrożenie dla → zdrowia.

Na szczęście sam przerost stercza nie wpływa bezpośrednio na sprawność seksualną. Jednakże prostata i pęcherzyki nasienne są miejscem, gdzie produkowany jest płyn nasienny, w którym umieszczone są plemniki oraz substancje umożliwiające odpowiednie nawilżenie i technicznie ułatwiające odbycie stosunku płciowego. Każde zaburzenie produkcji tych związków może − choć nie musi − spowodować dyskomfort w trakcie współżycia, mimo że sprawność seksualna mężczyzny, czyli zdolność do uzyskania wzwodu, nadal jest zachowana. Nie zmienia to tego, że mężczyźni z łagodnym rozrostem prostaty (ŁRP) mają obniżone libido, zaburzenia erekcji, ejakulacji, jak również zmniejszone zadowolenie z życia seksualnego. Głównym powodem jest pogorszenie → jakości życia. Niedostateczna ilość snu, → zmęczenie, dolegliwości ze strony układu moczowego osłabiają ochotę na seks, ale samo powiększenie gruczołu krokowego też odgrywa rolę – może np. spowodować zaburzenia erekcji.

Na zwiększenie się częstości rozpoznawania tej choroby istotnie wpłynął rozwój techniki. Rozpowszechnienie podstawowego badania diagnostycznego – ultrasonografii (USG) oraz badań laboratoryjnych – badania oceny poziomu antygenu sterczowego (ang. *prostate-specific antygen* – PSA) umożliwiło działania mające na celu wykrycie w subpopulacji osób zagrożonych lub cierpiących na łagodny przerost gruczołu krokowego. Mimo to wielu mężczyzn nie dostrzega lub stara się nie dostrzegać zbliżających się kłopotów. W ich naturze przyznanie się do problemów urologicznych może świadczyć o niepełnej wartości organizmu.

W badaniu i postawieniu rozpoznania możemy mówić o trzech podstawowych elementach. Pierwszym z nich jest rozmowa z lekarzem o dokuczających objawach, połączona często z wypełnieniem specjalnej ankiety dotyczącej objawów towarzyszących chorobom prostaty. Przed rozpoczęciem badania urolog zawsze zbiera wywiad osobowy z pacjentem, który może zasugerować lekarzowi prawdopodobne rozpoznanie i określić, w jakim kierunku powinna być przeprowadzona diagnostyka. Do najczęstszych pytań zalicza się te na temat: częstotliwości oddawania moczu w dzień i w nocy, bólu przy oddawaniu moczu, szerokości i siły strumienia moczu, przerwy w oddawaniu moczu, parć naglących, nietrzymania moczu, a także moczenia paradoksalnego.

Dodatkowo pacjent wypełnia Kwestionariusz Międzynarodowej Skali Punktowej Objawów Towarzyszących Chorobom Prostaty (IPSS). Skala ta zawiera 7 pytań o dolegliwości związane z oddawaniem moczu i jedno pytanie o jakość życia. Każda odpowiedź jest punktowana w skali od 0 do 5 pkt. Suma punktów pośrednio świadczy o stopniu nasilenia objawów łagodnego przerostu prostaty, czyli im większa suma punktów, tym dolegliwości są bardziej nasilone. Interpretacja: 0−7 pkt punktów świadczy o niewielkim nasileniu objawów, 8−19 pkt mówi o umiarkowanym nasileniu, a wynik powyżej 20 pkt wskazuje na znaczne dolegliwości. Niezwykle istotne jest rzetelne odpowiadanie na pytania zadawane w ankiecie, gdyż na

podstawie tej skali lekarz często podejmuje ostateczną decyzję co do metody leczenia.

Drugim składnikiem jest bezpośrednie badanie prostaty przez lekarza. Badanie to wykonuje się ręcznie, sprawdzając przez odbyt wielkość, kształt, symetrię i konsystencję gruczołu. W warunkach prawidłowych jest on wyraźnie odgraniczony, elastyczny, z wyraźnie zaznaczoną bruzdą międzypłatową. Zmiany o charakterze znacznego powiększenia gruczołu z równomiernie wzmożoną spoistością i zatartą bruzdą międzypłatową świadczą o łagodnym przeroście prostaty.

Badanie, choć wzbudza wiele emocji, jest niezbędnym elementem każdej wizyty u urologa. Z medycznego punktu widzenia jest badaniem idealnym. Jest nieinwazyjne, bezbolesne (stosowane jest znieczulenie miejscowe) i szybkie. Doświadczony lekarz w trakcie kilku sekund jest w stanie określić, czy gruczoł zawiera cechy przerostu, badaniami dodatkowymi może tę diagnozę potwierdzić i określić charakter zmian.

Ostatnim elementem są badania dodatkowe takie jak USG i badanie poziom PSA we krwi. Antygen sterczowy jest produkowany przez prawidłowe komórki gruczołu. Prawidłowe stężenie waha się między 0 a 4 ng/ml i zwiększa się wraz z wiekiem i objętością stercza. Ogólnie panuje zasada, że systematyczny wzrost wyników nawet w granicach normy nie wyklucza patologii w obrębie gruczołu. Warto podkreślić, że wzrost poziomu PSA występuje najczęściej w przypadku raka stercza. Może on być jednak podwyższony także u chorych z ostrym lub przewlekłym zapaleniu prostaty, po cewnikowaniu pęcherza, po badaniu *per rectum*. Z powodu tego ostatniego oznaczenie stężenia PSA należy wykonywać zawsze przed badaniem odbytnicy.

W przypadku przerostu poziom PSA we krwi ulega podwyższeniu. Ze względu na wysoką częstość występowania chorób gruczołu sterczowego badanie PSA we krwi powinno być elementem standardowego badania urologicznego u wszystkich mężczyzn powyżej 50 r.ż., którzy zgłaszają się do urologa w ramach planowanej kontroli lub z dolegliwościami. Ultrasonografia (USG) jest obecnie najczęściej wykonywanym badaniem rutynowym dróg moczowych. Badanie USG wykonuje się, aby ocenić rozmiar i budowę prostaty, ale również w celu oceny ilości moczu, który zalega po mikcji. Często wykonywane jest jako pierwsze, gdyż jego wynik jest na tyle miarodajny, że pozwala na odstąpienie od dalszych badań.

USG prostaty pozwala na zobrazowanie stanu górnych dróg moczowych oraz pęcherza. Powinno być wykonywane przy wypełnionym pęcherzu (zwykle pacjent zobowiązany jest do wypicia litra płynu na godzinę przed badaniem), a następnie po oddaniu moczu. Tak przeprowadzone badanie pozwala dokładnie ocenić wielkość gruczołu krokowego oraz objętość zalegającego moczu. Za wartość patologiczną uznaje się 10% pojemności czynnościowej pęcherza. W ocenie samej prostaty bardziej przydatne jest badanie USG wykonywane głowicą transrektalną, czyli doodbytniczą. USG przezodbytnicze (transrektalne) gruczołu krokowego (TRUS) jest badaniem wykorzystywanym od ponad 15 lat w diagnostyce schorzeń gruczołu krokowego. Dodatkowym badaniem wykonywanym w diagnostyce łagodnego przerostu prostaty u niektórych pacjentów jest uroflowmetria. Jest to badanie służące pomiarowi przepływu moczu przez cewkę w czasie mikcji, z określeniem Q_{max}, czyli maksymalnego przepływu cewkowego. Wynik badania często jest niemiarodajny, dlatego też dla potwierdzenia wykonywane jest ono co najmniej dwukrotnie. Wynik uznaje się za wiarygodny, jeśli objętość jednorazowo oddanego moczu wynosiła co najmniej 150 ml. Pacjentom z podejrzeniem łagodnego przerostu gruczołu krokowego wykonuje się również badania laboratoryjne, takie jak: badanie ogólne moczu i ewentualnie posiew moczu, poziom kwasu moczowego oraz poziom kreatyniny. Badanie moczu jest niezbędne do wykluczenia zakażenia dróg moczowych, które są częstym powikłaniem zastoju moczu w pęcherzu i górnych drogach moczowych. Z kolei oznaczenie w surowicy krwi kreatyniny i kwasu moczowego pozwala wcześnie rozpoznać nefropatię zastoinową.

Wybór sposobu leczenia zależy m.in. od tego, jak bardzo objawy choroby zmuszają chorego do zmiany trybu życia, na ile obniżają jakość jego życia. Decyzję dotyczącą rodzaju terapii powinien podjąć lekarz wspólnie z pacjentem, po poinformowaniu go o możliwościach różnych form leczenia, ich zaletach i ryzyku ewentualnych powikłań. Konieczne jest wprowadzenie diety: ograniczenie spożywania potraw pikantnych, kawy, napojów alkoholowych, unikanie siedzącego trybu życia. W przypadku braku poprawy i utrzymywania się trudności w oddawaniu moczu, lekarz wprowadza inne metody leczenia.

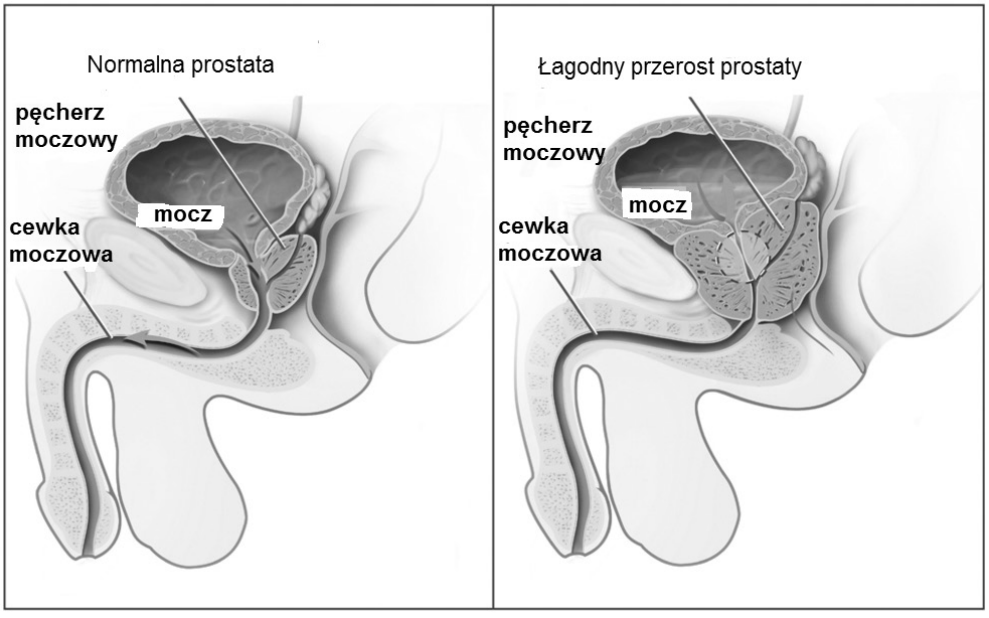
Łagodny rozrost gruczołu krokowego można leczyć farmakologicznie lub operacyjnie. Przy pierwszych objawach przyjmuje się leki, które obniżają napięcie mięśni gładkich dróg moczowych, zmniejszają obrzęki i przekrwienie szyi pęcherza moczowego, poprawiają elastyczność gruczołu krokowego i drożność pęcherza (np. z wyciągiem z wierzbownicy drobnokwiatowej, pokrzywy zwyczajnej lub olejem z pestek dyni). Urolog może zalecić też przyjmowanie leków zmniej-

szających objętość gruczolaka stercza i poprawiające przepływ moczu. Decyzja o operacji zapada, gdy gruczolak jest duży, mocz zalega w pęcherzu, często dochodzi do zakażeń układu moczowego lub gdy lekarz stwierdził dodatkowo kamicę pęcherza.

Złotym standardem w leczeniu łagodnego rozrostu prostaty jest przezcewkowa elektryczna resekcja prostraty (ang. *transurethral resection of the prostate* − TURP). Chirurg dociera przez cewkę moczową do prostaty i usuwa część gruczołu, by umożliwić swobodny odpływ moczu.

Minusem takiego zabiegu jest ryzyko tzw. wytrysku wstecznego, czyli przedostawania się nasienia do pęcherza moczowego. Dla wielu mężczyzn jest to zjawisko nieakceptowalne, dlatego też wybierają alternatywne metody. Jedną z nich jest przezcewkowa termoterapia mikrofalowa stercza, czyli podgrzanie gruczołu za pomocą sondy. Wysoka temperatura hamuje namnażanie się podścieliska i jego włóknienie. Gruczoł prostaty zmniejsza się, ustępują przykre objawy, takie jak: utrudnione i częste oddawanie moczu, parcia, pieczenia, bóle podbrzusza, ból w jądrach, uczucie ogólnego dyskomfortu oraz niekiedy zaburzeń erekcji. Podobne efekty daje alkoholizacja, czyli podanie alkoholu wprost do stercza. W leczeniu zabiegowym ŁPP wykorzystuje się także różne techniki laserowe oraz ultradźwięki, które rozbijają tkankę stercza, zmieniając ją w jednolitą masę, którą można odessać. W leczeniu łagodnego przerostu prostaty coraz powszechniej stosuje się protezy cewkowe, które do niedawna były wykorzystywane głównie w leczeniu paliatywnym zaawansowanego raka prostaty. Stenty wprowadzane do zwężonej cewki moczowej mogą być biodegradowalne (ulegają rozkładowi po upływie kilku miesięcy) lub wykonane z materiałów wykazujących się dużą trwałością. Adenomektomię, czyli operację otwartą (przecięcie powłok brzusznych) wykonuje się tylko w szczególnie trudnych przypadkach. Zabieg ten bywa konieczny wyłącznie u mężczyzn ze znaczną objętością gruczołu krokowego (objętość, która uniemożliwia usunięcie gruczolaka na drodze przezcewkowej podczas jednego zabiegu). Adenomektomia otwarta może być bardziej skuteczna niż TURP w łagodzeniu objawów przeszkody podpęcherzowej. Jest wskazana także u mężczyzn z uchyłkami lub kamicą pęcherza moczowego. Otwarta adenomektomia nadłonowa może stanowić skuteczną alternatywę terapeutyczną u chorych z umiarkowanymi lub znacznie nasilonymi objawami. Wybór metody musi być wysoce zindywidualizowany dla konkretnego chorego, uwzględniać uwarunkowania anatomiczne i socjalne, a także doświadczenie operatora. Wyniki badań wykazały, że operacje z dostępu otwartego wiążą się z dłuższą hospitalizacją, utratą większej ilości krwi i większym ryzykiem powikłań okołooperacyjnych.

Przerost prostaty rozwija się zwykle dość wolno, ale gdy gruczoł krokowy osiągnie duże rozmiary − pojawienie się powikłań jest sprawą nieuniknioną. Warto więc zadbać o to, by leczenie rozpocząć jak najwcześniej − jeszcze zanim pojawią się powikłania. Blokująca



Il. 1. Porównanie prawidłowego odpływu moczu (po lewej) do zaburzeń odpływu w łagodnym przeroście prostaty (po prawej). Źródło: https://pl.wikipedia.org/wiki/%C5%81agodny_rozrost_gruczo%C5%82u_krokowego

odpływ moczu powiększona prostata jest przyczyną powikłań na różnych piętrach układu moczowego. Na najniższym może powodować nawracające infekcje cewki i pęcherza.

Mężczyźnie z przerostem prostaty zwykle nie udaje się w czasie oddawania moczu całkowicie opróżnić pęcherz moczowy. Zalegający mocz łatwo ulega zakażeniom bakteryjnym, co prowadzi do pogrubienia ścian pęcherza oraz przerostu mięśnia wypieracza. W konsekwencji tworzą się kamienie (złogi), które w drogach moczowych mogą tworzyć się zarówno w miedniczkach nerkowych, jak i w pęcherzu moczowym. Do ich powstawania dochodzi, gdy mocz zbyt długo zalega w drogach moczowych, a z powodu przerośniętego gruczołu krokowego nie może swobodnie odpływać. Choroba odciska swoje piętno również w górnych drogach moczowych. Może być przyczyną zastoju moczu, co promuje zakażenia, kamicę nerkową, niewydolność nerek. Najcięższym powikłaniem jest urosepsa, czyli masywne zakażenie całego organizmu, u którego źródła leży zaleganie moczu w pęcherzu z powodu rozrostu gruczołu krokowego. Najgorszym doraźnym powikłaniem łagodnego rozrostu prostaty jest natomiast nagłe zatrzymanie moczu. Cewka moczowa anatomicznie przebiega przez środek prostaty. Gdy dochodzi do powiększenia gruczołu krokowego, światło cewki moczowej ulega zwężeniu aż do całkowitego jego zamknięcia. Powikłanie to wymaga szybkiej interwencji medycznej – założenia cewnika do pęcherza i wdrożenia antybiotykoterapii. Przerost gruczołu krokowego może prowadzić do poważnych powikłań. Nie wolno lekceważyć żadnych objawów, które mogą sugerować wystąpienie choroby. Konieczna jest kontrola u urologa co najmniej raz w roku. Po przekroczeniu 50 r.ż. pacjentów powinni mobilizować do badania nie tylko lekarze pierwszego kontaktu, ale również najbliższa rodzina. ŁPP stanowi poważny problem społeczny ze względu na częstość występowania, a w związku ze starzeniem się społeczeństwa wkrótce będzie dolegliwością powszechną. Na szczęście badania profilaktyczne i odpowiednio wcześnie podjęte leczenie zwykle umożliwiają szybkie i skuteczne zniwelowanie objawów choroby.

AMI

A: BEP, BPE (ang.), BPH (ang., niem.), DGPŻ [ДГПЖ] (ros.), HBP (hiszp.), ŁPP, ŁRP, ŁRS (pol.), PA (niem.).

B: Boniecki, 2010, 2011; Dutkiewicz, 2008; Kierstan, Sosnowski, 2007; Kozłowski, 2003; Kwias, 2000.

N: https://pl.wikipedia.org/wiki/%C5%81agodny…; Maranda, 2000 – Internet: http://www.maranda.pl…

O: onkologia geriatryczna, psychoonkologia.

S: gruczolak, gruczolak stercza, łagodny rozrost gruczołu krokowego, łagodny rozrost prostaty [ŁRP], łagodny rozrost stercza [ŁRS].

TK: ang. *benign prostatic hypertrophy*, [BPH]/*benign enlargement of the prostate* [BEP or BPE], fr. *hypertrophie bénigne de la prostrate*, hiszp. *la hipertrofia benigna prostática* [HBP], niem. *benigne Prostatahyperplasie* [BPH]/*früher auch Prostataadenom* [PA]/*gutartige Prostatahypertrophie/ Prostatavergrösserung*, ros. *доброкачественная гипертрофия простаты/доброкачественная гиперплазия предстательной железы* [ДГПЖ].

Łobożewicz Tadeusz (1935–2002)

polski pedagog, działacz społeczny, znawca i popularyzator rekreacji i turystyki, rektor Wyższej Szkoły Ekonomicznej Almamer w Warszawie (2001–2002). Odbył studia w Akad. Wych. Fizycznego w Warszawie (1959) i uzyskał stopień doktora (1965). W roku 1992 habilitował się w zakresie rekreacji ruchowej na podstawie rozprawy pt. *Stan i uwarunkowania aktywności ruchowej ludzi starszych w Polsce*. Przebywał na stypendiach naukowych w Uniw. Humboldta w Berlinie i Uniw. im. Justusa Liebiga w Giessen, odbył też staż naukowy na uniw. w Oldenburgu. Od 1959 pracował w warszawskiej AWF, początkowo jako wykładowca, od 1974 jako docent, a od 1998 na stanowisku profesora nadzw. Łobożewicz zajmował się teorią rekreacji oraz turystyki aktywnej i kwalifikowanej, zagadnieniami krajoznawstwa, bezpieczeństwa i higieny w turystyce, a także rekreacją i turystyką osób starszych. Był wiceprzewodniczącym Zarządu Głównego Pol. Tow. Naukowego Kultury Fizycznej i członkiem Prezydium → Pol. Tow. Gerontologicznego. Został odznaczony m.in. Złotym Krzyżem Zasługi, Medalem Komisji Edukacji Narodowej (1986) i Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski (1989).

AAZ

B: Krawczyk, 2002; Szulc, 2005: Szwarc, Łobożewicz, Wolańska, 1988.

Łuria Aleksandr Romanowicz [ros. Лурия Александр Романович] (1902–1977)

rosyjski psycholog, fizjolog i neurolog, twórca neuropsychologii oraz kontynuator koncepcji i badań neuropsychologicznych → Wygotskiego. W latach 1918–1921 odbył studia psychologiczne na Wydziale Nauk Społecznych uniw. w Kazaniu, a następnie studia med. w Inst. Med.w Moskwie. W okresie 1921–

1922 był pracownikiem naukowo-badawczym w Inst. Pracy w Kazaniu, a od roku 1923 wykładowcą psychologii Uniw. Moskiewskiego oraz Eksperymentalnego Inst. Defektologii w Moskwie. A.R. Łuria współpracował z L.S. Wygotskim w Inst. Neurologicznym im. A.J. Kożewnikowa w Moskwie (1928–1929), następnie w Klinice Inst. Psychoneurologicznego w Charkowie (1931–1933), prowadząc badania rozwoju psychiki i studia teoretyczne nad podstawami zjawisk psychicznych; uczestniczył również w ekspedycji naukowej do Kirgizji i Uzbekistanu (1931/1932), a w okresie 1936–1941 pracował w Inst. Neurochirurgii im. N.N. Burdenki oraz w Inst. Neurologii w Moskwie. Od 1940 był pracownikiem badawczym w Klinice Chorób Nerwowych Wszechzwiązkowego Inst. Medycyny Eksperymentalnej w Moskwie, zajmując się badaniami ogniskowych uszkodzeń mózgu. Uzyskał stopnie doktora nauk pedagogicznych w zakresie psychologii (1936), kandydata nauk med. (1939) na podstawie pracy pt. *Nauka o → afazji w świetle patologii mózgu. Afazja skroniowa* oraz doktora nauk medycznych w zakresie neuropsychologii (1942) na Uniw. Moskiewskim. Podczas II wojny światowej był kierownikiem naukowym ewakuowanego na Ural szpitala, będącego filią Moskiewskiego Inst. Neurologii. Od 1944 roku pracował w Inst. Neurochirurgii im. N.N. Burdenki w Moskwie, od 1945 był profesorem psychologii, a następnie kierownikiem Katedry Neuro- i Patopsychologii Uniw. Moskiewskiego (1967–1977) oraz konsultantem naukowym w Laboratorium Neuropsychologii Inst. Psychologii ANP ZSRR w Moskwie (1972–1977).Równolegle był zastępcą dyrektora Inst. Defektologii ANP ZSRR w Moskwie (1972). A.R. Łuria zajmował się neuropsychologią, psycholingwistyką, defektologią, → logopedią i patopsychologią a także psychologią → pamięci, → emocji oraz wykorzystaniem psychologii w badaniach kryminologicznych. Prowadził prace badawcze nad afazją pourazową i restytucją czynności mózgu po urazach wojennych, tworząc oryginalną teorię afazji; poddał analizie funkcje płatów czołowych w regulacji procesów psychicznych oraz zajmował się możliwościami użycia metod neuropsychologicznych w diagnostyce lokalnych porażeń mózgu. Szczególnie interesował się rozwojem mowy i jej rolą w poznawaniu oraz życiem emocjonalnym. Za osiągnięcia w działalności naukowo-badawczej i pedagogicznej wyróżniony został Nagrodą im. M.W. Łomonosowa, otrzymał również doktorat *honoris causa* wielu uniw. europejskich (Bruksela, Nijmingen, Leicester, Tampere, Upsala i UMCS w Lublinie). Był członkiem rzeczywistym Akad. Nauk Pedagogicznych RFSRR i ZSRR, Narodowej Akad. Nauk i Narodowej Akad. Pedagogicznej Stanów Zjednoczonych, Amer. Akad. Nauk Humanistycznych i Przyrodniczych oraz członkiem honorowym tow. psychologicznych: Brytyjskiego, Francuskiego, Hiszpańskiego i Szwajcarskiego.

AAZ

B: Łuria [Лурия], 1947, 1967, 1975, 1976, 1984.

M

Maciarz Aleksandra Maria (1937–2011)
pedagog, przedstawicielka polskiej pedagogiki specjalnej i leczniczej. Studia pedagogiczne ukończyła na Wydz. Filozoficzno-Historycznym Uniw. Jagiellońskiego (1961), zaś doktorat nauk humanistycznych uzyskała w Inst. Pedagogiki Uniw. Warszawskiego (1979). W roku 1988 habilitowała się na Wydz. Pedagogicznym UW na podstawie pracy pt. *Integracja społeczna dzieci niepełnosprawnych* (1987). W okresie 1975–2000 pracowała w Wyższej Szkole Pedagogicznej w Zielonej Górze (obecny Uniw. Zielonogórski) na stanowisku wykładowcy, następnie docenta, profesora i prorektora, zaś w latach 2000-2007 na stanowisku profesora w Dolnośląskiej Szkole Wyższej we Wrocławiu. U schyłku życia była profesorem Łużyckiej Wyższej Szkoły Humanistycznej w Żarach. Przez wiele lat była członkiem Komisji Pedagogiki Specjalnej w Komitecie Nauk Pedagogicznych Polskiej Akad. Nauk. Za swoją działalność pedagogiczną została trzykrotnie wyróżniona nagrodą resortu edukacji oraz odznaczona m.in. Medalem Komisji Edukacji Narodowej (1985) i Złotym Krzyżem Zasługi (1987). Działalność naukowo-badawcza Aleksandry M. Maciarz była wielowątkowa – dominowały w niej zagadnienia społecznej integracji dzieci niepełnosprawnych i pedagogiki terapeutycznej, w drugim nurcie poszukiwań teoretyczno-badawczych obecna była problematyka psychicznych, opiekuńczych i wychowawczych aspektów → chorób przewlekłych oraz dysfunkcji narządu ruchu dzieci. Zajmowała się też leksykografią pedagogiki specjalnej (Maciarz, 2005), problemami sieroctwa i macierzyństwa, zagadnieniami opieki i → wsparcia dziecka przewlekle chorego i/lub niepełnosprawnego, w tym dziecka autystycznego z zespołem → Aspergera (Maciarz, 1998, 2001, 2004, 2006).

AAZ

B: Maciarz, 1987, 1998, 2001, 2004, 2006; Zych, Nowicka, 2007.

Mackenzie Basil William Sholto [Baron Amulree] (1900–1983)
angielski lekarz, prekursor medycyny geriatrycznej w Zjednoczonym Królestwie; równolegle do Léona Bineta (1891–1971) był twórcą *credo* współczesnej → gerontologii, wyrażonego w tytule pracy: *Adding life to years* (*Dodać życia do lat*, 1951). Ukończył studia medyczne w Lancing College i w Gonville & Caius College uniw. w Cambridge, uzyskując stopień doktora medycyny. Od roku 1949 Mackenzie pracował na oddz. geriatrycznym szpitala uniwersyteckiego w Londynie. Był członkiem zarządu i przewodniczącym wielu tow. naukowych, m.in. Brytyjskiego Tow. Gerontologicznego (BGS), Tow. Studiów Etyki Medycznej i Stow. Terapeutów Zajęciowych. Był sukcesorem tytułu [drugiego] Barona Amulree (1942) oraz Rycerzem Orderu Imperium Brytyjskiego (KBE), a także członkiem Royal College of Physicians w Londynie. W okresie 1955–1977 często przemawiał w Izbie Lordów w Londynie na temat różnorodnych zagadnień → opieki nad osobami w → wieku podeszłym.

AAZ

B: Binet i współprac., 1951; Mackenzie, 1950, 1951.

majaczenie (delirium lub stan majaczeniowy) i stany splątaniowe
– są jakościowymi zaburzeniami świadomości występującymi najczęściej w przebiegu chorób mózgu lub ogólnoustrojowych.
Świadomość oznacza towarzyszące zjawiskom psychicznym poczucie ich przeżywania (Bilikiewicz, 1988) i jest zjawiskiem nadrzędnym. To zdolność do odbierania, rejestrowania i zintegrowanego przetwarzania informacji, a także celowego reagowania na bodźce. Stan typowy nazywamy przytomnością, a przejawia się ona czuwaniem, potencjalną zdolnością do odbierania bodźców i reagowaniem na nie w sposób niekoniecznie świadomy, jest więc czysto fizycznym odbieraniem i przekazywaniem bodźców przez komórki nerwowe (Ryglewicz, Milewska, 2006). Świadomość jest elementarną cechą zjawisk psychicznych i jako taka jest podstawą ludzkiego działania.
Stany patologiczne zaburzeń świadomości mogą mieć charakter ilościowy lub jakościowy. Te pierwsze w bardzo ogólnym znaczeniu określają mniej lub bardziej nasiloną senność, aż do śpiączki włącznie, natomiast jakościowe zaburzenia świadomości leżą u podstaw ostrych zespołów psychotycznych zwanych: zespołem

majaczeniowym, zespołem zamroczeniowym i zespołem splątaniowym (Billikiewicz, 1988). W jakościowych zaburzeniach świadomości dochodzi do zaburzeń orientacji, którą rozumie się dwojako: (1) jako orientację autopsychiczną – dotyczącą własnej osoby, podstawowych danych na swój temat, np. imię, nazwisko, bądź (2) jako orientacją allopsychiczną – dotyczącą świadomości miejsca, → czasu i sytuacji (Wciórka, 2002).

Przyczyny jakościowych zaburzeń świadomości można podzielić na pierwotne, gdy → choroba dotyczy samego mózgu, lub wtórne, gdy choroba powstaje w wyniku innych procesów chorobowych o charakterze pozamózgowym, ogólnoustrojowym lub narządowym. Do przyczyn pierwotnych zaliczamy m.in.: choroby mózgu, → udar mózgu, zapalenie opon mózgowych, urazy i guzy mózgu, padaczkę. Wtórnymi przyczynami zaburzeń świadomości mogą być: choroby ogólnoustrojowe lub narządowe, np. → cukrzyca, choroby nerek, wątroby, zatrucia np. alkoholem, narkotykami, lekami nasennymi albo czadem, czynniki fizyczne, np. przegrzanie lub promieniowanie (Jarosz, Billikiewicz, 1988).

Kryteria rozpoznawania majaczenia wg ICD-10

Zespół majaczeniowy charakteryzuje się następującymi objawami:

- zaburzeniami świadomości (od przymglenia do śpiączki) i uwagi (trudności w ukierunkowaniu i skupieniu);
- dezorientacją w czasie, a przy znacznym nasileniu, także w otoczeniu;
- zaburzeniami spostrzegania pod postacią iluzji oraz omamów, które mają zwykle charakter sceniczny, tzn. chory reaguje na nie jak widz; omamy nasilają się w miarę pogarszania warunków spostrzegania (np. o zmroku, w ciemności);
- zaburzeniami toku myślenia pod postacią inkoherencji utrudniającej kontakt.

Mogą wystąpić także zaburzenia treści myślenia pod postacią urojeń będących zwykle urojeniową interpretacją treści wynikających z zaburzeń spostrzegania, – nastroju zmiennego zależnego od treści omamowych, często lękowego z drażliwością (dysforyczny); – sferę ruchową wyrażającą niepokój z możliwością zachowań agresywnych będących odpowiedzią na psychotyczne doznania omamowe; – zaburzeniami rytmu sen–czuwanie; – → pamięci – występuje częściowa → amnezja z zachowaniem fragmentów wspomnień przeżyć chorobowych; – zaburzoną orientacją allopsychiczną. W zespole majaczeniowym chory ma słaby kontakt z otoczeniem, jest bezkrytyczny w stosunku do swoich przeżyć, a głębokość zaburzeń świadomości ulega wahaniom z nasileniem objawów wieczorem i w nocy. Jego przebieg zwykle jest krótkotrwały i odwracalny oraz o zmiennym nasileniu. Poza wymienionymi, przyczyną tego zespołu może być także nagłe przerwanie ciągu alkoholowego. Leczenie, o ile znana jest przyczyna, powinno skoncentrować się na jej usunięciu, a chorego należy zabezpieczyć przed agresją i autoagresją (*Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja…*, 1998).

Zespół splątaniowy (amentywny) – to najgłębsze zaburzenia świadomości, czasami stan przedterminalny, pozostawiający po sobie znaczną lub całkowitą niepamięć. Najbardziej charakterystycznym jego przejawem jest bardzo silne bezcelowe pobudzenie ruchowe. Niepokój ruchowy osiąga rozmiar bezładnego miotania się. Ponadto występują zaburzenia spostrzegania – omamy oraz zaburzenia myślenia – urojenia i splątanie myślowe. Chory wypowiada niepowiązane ze sobą słowa, sylaby czy głoski. Mowa jest chaotyczna i nie pełni funkcji komunikacyjnej. Zespół ten zaczyna się często ostro wraz ze znacznym wzrostem temperatury, obecnością omamów oraz dużym podnieceniem ruchowym. Generalnie objawy psychotyczne, takie jak omamy i urojenia są trudne do stwierdzenia z powodu znacznie ograniczonego kontaktu z chorym. Na to, że mogą one występować, wskazuje czasami zachowanie chorego. Obserwuje się przejawy silnego lęku, zaburzenia orientacji allo i autopsychicznej (Billikiewicz, 1988; Wciórka, 2002).

Zespół ustępuje powoli, a ponieważ jest wyniszczający dla organizmu, nie rokuje dobrze, szczególnie wtedy, gdy towarzyszy ciężkim stanom somatycznym w przebiegu chorób wewnętrznych lub organicznego uszkodzenia mózgu (*Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja…*, 1998).

MAB

A: SCA [hiszp.].

B: Bilikiewicz, 1988; Jarosz, Bilikiewicz, 1988; *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja…*, 1998; Ryglewicz, Milewska, 2006; Wciórka, 2002.

O: osobowościowy zespół organiczny, triada organiczna, udar cieplny, udar mózgu.

S: ostry stan splątaniowy, ostry zespół mózgowy, ostre zaburzenie mózgowe,

TK: ang. *delirium and confusional states/acute confusional states*, fr. *délire et confusion mentale/le syndrome confusionnel*, hiszp. *síndrome confusional agudo/delirio* [SCA], niem. *Delirium/*

Delir/delirates Syndrom/akutes Gehirnsyndrom, ros. *делирий/бред/бредовое состояние/растерянность*.

Majer Józef Grzegorz (1808–1899)

polski lekarz, fizjolog, farmakolog, przyrodnik i antropolog, prekursor nauki o konstytucji człowieka, leksykograf polskiego słownictwa medycznego. Po ukończeniu gimnazjum św. Anny w rodzinnym Krakowie (1824) studiował fizykę i matematykę, a następnie medycynę na Uniw. Jagiellońskim, uzyskując w roku 1831 stopień doktora medycyny. Jako lekarz brał udział w powstaniu listopadowym (1830–1831) i został internowany przez władze pruskie. W latach 30. XIX stulecia odbywał podróże naukowe po Niemczech. Był profesorem fizjologii (1848–1877), dziekanem Wydz. Lekarskiego (1845–1848 i 1862–1863) oraz dwukrotnie rektorem (1848–1851 i 1865–1866) Uniw. Jagiellońskiego w Krakowie. W 1865 wszedł jako rektor do Sejmu Galicyjskiego, posłem był do 1887. Działał też w krakowskiej Radzie Miejskiej. Józef Majer był prezesem Tow. Naukowego Krakowskiego i pierwszym prezesem Akad. Umiejętności (późn. PAU) w Krakowie. Otrzymał doktorat *honoris causa* macierzystego UJ i Uniw. Jana Kazimierza we Lwowie, członkostwo honorowe Pozn. Tow. Przyjaciół Nauk i tytuł honorowego obywatela miasta Krakowa. Był założycielem i redaktorem „Rocznika Wydziału Lekarskiego UJ", „Przeglądu Lekarskiego", „Zbioru Wiadomości Antropologicznych Krajowych" oraz autorem ponad 160 prac z dziedziny fizjologii, historii medycyny, nauk przyrodniczych, nazewnictwa anatomicznego i słownictwa lekarskiego (Majer, 1854, 1857). Był również współautorem *Uwag nad niektórymi wyrazami lekarskimi* (1835) – publikacji inicjującej prace nad pierwszym polskim słownikiem med. – oraz współtwórcą krakowskiej szkoły antropologicznej i prekursorem badań antropologicznych nad → długością życia człowieka i → długowiecznością ludzką, prowadził bowiem badania porównawcze nad osobami stuletnimi i prawidłowym trwaniem → życia (Majer, 1866, 1880).

AAZ

B: Majer, 1854, 1857, 1866, 1880.

maksymalna długość życia

wyraża potencjalnie największą liczbę lat, jaką może przeżyć człowiek lub maksymalny spodziewany wiek, jakiego człowiek może dożyć. Ocena maksymalnej długości życia [m.d.ż.] opiera się na wiarygodnych i dobrze udokumentowanych zapisach dotyczących osób długowiecznych. Leonard → Hayflick uważa, że zapisana w genach m.d.ż. człowieka to ok. 125 lat. Osiąganie tak późnego wieku należy jednak do szczególnych wyjątków, gdyż wartość m.d.ż. jest uwarunkowana genetycznym programem → starzenia się człowieka jako gatunku. Na oznaczenie maksymalnej możliwej długości życia ludzkiego używa się terminu: kraniec życia.

AAZ

A: m.d.ż. (pol.), MLS (ang.)

B: Hayflick, 1998.

O: bieg życia ludzkiego, długość życia, ludzka długość życia.

S: kraniec życia.

TK: ang. *maximum life span* [MLS], fr. *maximum de la longuer de la vie/durée de vie maximale*, hiszp. *vida maxima*, niem. *maximale Lebensdauer*, ros. *максимальная продолжительность жизни*.

marginalizacja społeczna osób starszych

jest efektem rozwoju gospodarczego i cywilizacyjnego społeczeństw. Współcześnie najwyżej cenione są działania prowadzące do postępu technologicznego oraz przynoszące wzrost gospodarczy poszczególnym krajom. Z takimi procesami kojarzone są: praca, sukces, aktywność, postęp, dostatek i nowoczesność, a przeciwstawiane: bierność, → emerytura, tradycjonalizm, niechęć do zmian, → starość. Konsekwencją zmian technologicznych i społecznych stała się więc marginalizacja określonych grup społecznych mających trudności z podołaniem nowym wyzwaniom gospodarczym i społecznym. Wśród tych grup znalazła się subpopulacja osób starszych jako grupa o ujawnionej bezradności i kłopotach z adaptacją do nowej sytuacji politycznej, do szybkich zmian obyczajowych i technologicznych, co ograniczyło rzeczywisty udział → seniorów w życiu społeczno-politycznym oraz gospodarczym.

Marginalizacja społeczna jest pojęciem socjologicznym i oznacza kulturową obcość jednostek (grup), których obyczaje, wartości, wzory poznawcze i sposoby percepcji różnią się na tyle od kultury ich otoczenia społecznego, że utrudniają procesy komunikowania się z tym otoczeniem i korzystanie z jego instytucji. Ponadto obcość ta wywołuje deficyty uprawnień przysługujących jednostkom (grupom) i/lub deficyty realizowania tych uprawnień (Frieske, 1999). Zgodnie z tą definicją seniorzy w znacznym stopniu różnią się od pozostałych (młodszych) grup takimi atrybutami

jak: postawy, wyznawane wartości, normy obyczajowe, zasoby indywidualne, co powoduje, że ich pozycja i rola w społeczeństwie zostaje pomniejszona wraz z możliwościami korzystania z dóbr i przywilejów na równi z innymi członkami społeczeństwa. Usuwanie osób starszych na margines życia społecznego staje się w istocie ograniczaniem im możliwości współuczestniczenia w życiu społecznym, korzystania z instytucji i wchodzenia w interakcje społeczne, a więc staje się odmową współtworzenia życia społecznego i dążeniem do wyłączenia seniorów ze struktur zbiorowości. Marginalizacja wywołuje zakłócenie relacji między jednostką, grupą a społeczeństwem, przyczyniając się do rozpadu więzi społecznych (Trafiałek, 2006).

Marginalizacja społeczna osób starszych jest zjawiskiem wielowymiarowym, przejawiającym się w ograniczonych możliwościach korzystania z form życia zbiorowego, wymiany społecznej, możliwości działania, uczestnictwa w procesach społecznych oraz z powszechnie dostępnych dóbr, usług czy informacji. Z pojęciem „marginalizacji" bardzo często współwystępuje termin → „wykluczenie społeczne" [osób starszych] oraz → „ageizm" [i dyskryminacja] bądź też → „dyskryminacja z powodu wieku". Pojęcia te traktowane są jako problematyka bliskoznaczna, gdyż najczęściej określają stan pozbawienia możliwości osób starszych uczestnictwa w życiu społecznym (wykluczenie) oraz zaspokojenia jakiejś ważnej potrzeby, a głównym powodem tej odmowy jest wiek (Szatur-Jaworska, 2005; Szukalski, 2012). Jeśli szanse dostępu do dóbr określają przesądy lub stereotypy dotyczące cech takich jak wiek, mówimy o dyskryminacji, która z kolei ma związek z marginalizacją społeczną, czyli usytuowaniem ludzi na peryferiach istotnych nurtów → życia. Grupy marginalizowane mają znacznie mniejsze możliwości poprawy własnego życia ze względu na deficyty uprawnień, czyli ograniczone możliwości uczestniczenia i dostępu do systemów społecznych takich jak: służba zdrowia, rynek pracy, zabezpieczenie społeczne, edukacja, kultura, usługi doradcze (w tym prawne i ekonomiczne), co wpływa znacząco na rozwój i skutkuje deprywacją. Marginalizacja społeczna osób starszych jest zjawiskiem dynamicznym i obejmuje wiele obszarów życia i działalności, wśród których można wskazać kilka sfer.

W zakresie życia zawodowego i na rynku pracy → seniorzy są marginalizowani jako podmiot życia zawodowego najczęściej w sferze: rekrutacji, inwestowania w ucieleśniony w nich kapitał ludzki oraz awansowania, za czym idą korzyści zarówno materialne, jak i niematerialne, m.in. rozwój zawodowy, poczucie satysfakcji i użyteczności (Szukalski, 2008). Pracodawcy niechętnie inwestują w starszego pracownika (szkolenia, kursy), a w procesie redukcji etatów seniorzy są najczęściej grupą zagrożoną zwolnieniami i wysyłaniem na → emeryturę częściową czy na zasiłki pomostowe lub kierowaniem na → emeryturę zaraz po osiągnięciu przez pracownika wymaganego wieku. Także w procesie rekrutacji do pracy osoby starsze (już w wieku 50+) zwykle są traktowane gorzej niż ich młodsi koledzy, co ułatwiają rosnące wymagania co do kompetencji i wykształcenia pracowników oraz dominacja podaży nad popytem na rynku pracowników. W przypadku starszych kobiet marginalizacja ta jest bardziej widoczna i polega często na odmowie zatrudnienia ze względu na wiek, a nie posiadane czy nieposiadane kwalifikacje. Ze zjawiskiem marginalizacji zawodowej wiąże się bezpośrednio problem ubóstwa, będącego efektem relatywnie większego bezrobocia wśród kobiet, niższych płac i emerytur, samodzielnego macierzyństwa oraz szczególnego obciążenia kobiet pracą, w tym → opieką domową (Charkiewicz, 2010). Przyczyn marginalizacji zawodowej osób starszych jest kilka, lecz istotne znaczenie ma powszechność stereotypowych sądów utrwalonych w świadomości pracodawców na temat nieefektywnego, mało wydajnego starszego pracownika oraz jego ograniczonych możliwości i umiejętności. Oferty zatrudnienia pracownika w wieku 50+ pracodawca formułuje zwykle wówczas, gdy są one korzystne pod względem finansowym (ulgi, uczestnictwo w projektach np. urzędów pracy dotyczących przekwalifikowania i zatrudniania starszych i/lub długotrwale bezrobotnych, niższe koszty płacy itp.). Marginalizowanie starszych pracowników w procesie kierowania na szkolenia i kursy w dużym stopniu uwarunkowane jest przeświadczeniem o niższych możliwościach uczenia się seniorów oraz ograniczeniami wiekowymi w wykonywaniu pewnych zawodów (np. sędzia, farmaceuta, pilot, komornik) lub możliwością przechodzenia na wcześniejszą emeryturę w przypadku niektórych (uprzywilejowanych) grup (służby mundurowe, kierowcy zawodowi, nauczyciele, górnicy). Emeryci często pomijani są także przy podziale akcji prywatyzowanych firm (Tokarz, 2005). Marginalizacja zawodowa skutkować może marnotrawieniem potencjału zawartego w starszych pracownikach oraz degradacją przekazu międzygeneracyjnego.

W sferze ochrony zdrowia pojawia się usuwanie starszych pacjentów na margines, co widać wyraźnie w niewielkiej liczbie lekarzy specjalizujących się w leczeniu chorób i dolegliwości wieku starczego (geria-

trów) oraz → oddziałów geriatrycznych i łóżek dla starszych pacjentów w szpitalach, a także braku dziennych oddziałów diagnostycznych oraz form opieki domowej dla seniorów. Liczby te są nieproporcjonalne do wzrastającej wciąż liczby osób starszych w społeczeństwie oraz do znanego zjawiska → wielochorobowości wśród starszych pacjentów. Bardzo widoczne są też zaniedbania w szpitalnej → opiece seniorów, bagatelizowanie w procesie diagnostycznym problemu uzależnień oraz → depresji [i zaburzeń nastroju] u osób starszych, utrudniony dostęp do sprzętu rehabilitacyjnego, niezrozumiały sposób informowania o zapisywanych lekach i sposobie ich zażywania, drobny druk na ulotkach dołączonych do leków (Chabior, 2015). Szczególnie dotkliwy jest brak wsparcia dla → opiekunów rodzinnych i/lub domowych osób starszych.

Kolejna sfera marginalizacji społecznej osób starszych to urzędy i instytucje. Seniorzy nie bez trudu załatwiają sprawy formalne oraz korzystają z usług rozmaitych instytucji czy placówek. Oprócz → barier przestrzenno-architektonicznych, takich jak: brak wind, poręczy przy schodach, ławek i krzeseł w poczekalniach, śliskie podłogi, widać brak cierpliwości u urzędników czy pracowników banków do wyjaśniania osobom starszym sposobów postępowania. Do innych → barier należy drobny druk w dokumentach, niezrozumiały język formalny, odsyłanie do internetu w celu dopełnienia formalności, zawiłe procedury wymagające odwiedzenia wielu miejsc, by dopełnić procedurę. Seniorzy wraz z wiekiem odczuwają problemy nie tylko ze sprawnym poruszaniem się, lecz też ze wzrokiem lub słuchem, co rzadko jest uwzględniane przez pracowników urzędów oraz instytucji usługowych. Ponadto w wielu z nich obowiązują limity na usługi dla starszych klientów, jak udzielanie kredytów w bankach, sprzedaż ratalna, ubezpieczenia na życie i → zdrowie, usługi opiekuńcze (komercjalizacja), refundacja leków w aptekach. W związku z tego rodzaju sytuacjami pojawiły się na rynku usługi skierowane do seniorów, jak np. kredyt zwany → odwróconą hipoteką, za pomocą którego firmy finansowo-ubezpieczeniowe wykorzystują trudną sytuację i/lub niewystarczającą wiedzę ekonomiczno-prawną, by wejść w posiadanie za stosunkowo niewysoką cenę (często bardzo intratnej) nieruchomości.

Marginalizowanie osób starszych odbywa się również poprzez zamieszczanie informacji małym drukiem (w umowach, instrukcjach obsługi, na opakowaniach), za pomocą niezrozumiałych symboli i piktogramów, niejasnym językiem, jak również za pomocą technicznych lub innych typowych dla jakiejś dziedziny sformułowań, także w językach obcych.

Także w komunikacji miejskiej i/lub transporcie publicznym, w której osoby starsze i często niepełnosprawne są jedną z liczniejszych grup użytkowników można zauważyć niewystarczającą liczbę autobusów niskopodłogowych, wysokie schody i brak poręczy, siedzeń, a także nieodpowiednią lokalizację przystanków i zniecierpliwienie kierowców.

W zakresie partycypacji społecznej, pomimo realizowania z coraz większym powodzeniem programów aktywizujących i inkluzyjnych, pełne uczestnictwo w życiu społeczności w przypadku seniorów nadal napotyka na istotne utrudnienia związane m.in. z:

- udziałem w wyborach (osoby poważnie chore, niesprawne, niemobilne, nie są w stanie dotrzeć do lokali wyborczych, a nie mają pełnomocnika, który mógłby oddać głos w ich imieniu);
- brakiem zwyczaju i uregulowań formalnych dotyczących konsultowania decyzji władz lokalnych ze środowiskiem seniorów, co ogranicza ich wpływ na sprawy dla nich znaczące;
- ograniczonym dostępem do internetu, co czyni z seniorów osoby pomijane i nieinformowane o ważnych społecznych decyzjach.

Funkcjonowanie osób starszych w życiu społecznym i publicznym związane jest z ich funkcjonalnością w świecie nowych technologii, a tu – pomimo licznych działań aktywizujących i edukacyjnych – osoby starsze wypadają znacznie gorzej niż młodsze pokolenia. → Wykluczenie cyfrowe osób starszych i/lub marginalizowanie seniorów w obszarze nowych technologii spowodowane bywa brakiem dostępności technicznej sieci (zawłaszcza na wsi), ograniczeniami finansowymi w dostępie do komputerów, szkoleń itp., co wpływa jednocześnie na dostęp seniorów do informacji, zarówno zawodowych, handlowych, jak i prawnych. Dostęp ten jest utrudniony głównie z powodu ograniczeń motorycznych osób starszych, często z powodu słabszego słuchu i/lub wzroku, a także z uwagi na odsyłanie do internetu jako głównego źródła wszelkich informacji. Problemem jest również słaba znajomość praw konsumenckich wśród seniorów, która z powodów ww. jest dodatkowo ograniczana.

Sfera → opieki społecznej. Osoby starsze bardziej dojmująco odczuwają potrzeby związane ze zdrowiem oraz poczuciem bezpieczeństwa, co uruchamia działania z zakresu szeroko rozumianej opieki społecznej. W tej sferze jednak mają miejsce niekorzystne dla seniorów zjawiska, m.in. (Szatur-Jaworska, 2005):

- samorządy nie dofinansowują w odpowiednim zakresie usług opiekuńczych;

- istniejący mechanizm „progu dochodowego" w → pomocy społecznej nie uwzględnia np. wysokich kosztów leczenia seniorów;
- finansowanie pobytu w → domach pomocy społecznej i niewystarczająca ich liczba, co prowadzi do utrudnionego dostępu do tych placówek;
- niewystarczająca liczba → domów dziennego pobytu oraz mieszkań chronionych – zwłaszcza na terenach wiejskich;
- kierowanie programów reintegracji społecznej i zawodowej do osób w wieku produkcyjnym, a nie do seniorów;
- niewystarczające przygotowanie pracowników socjalnych do diagnozowania przemocy domowej wobec osób starszych.

Obyczaje i cywilizacja. Seniorzy, zwłaszcza w → „czwartym wieku" (80+) znajdują się w rzeczywistości, która zmieniła się dla nich w sposób diametralny, nie tylko w sferze technologicznej, lecz również w obszarze zjawisk kulturowych, jak np. wzrost zagrożeń społecznych i powszechność mediów. Szczególnie przemiany obyczajowe powodują u seniorów niezrozumienie wielu postaw i zachowań oraz dysonans poznawczy. Zmieniający się model → rodziny, stanowiącej najważniejsze środowisko życia seniorów, modyfikacje ról rodzinnych i społecznych, alternatywne formy życia rodzinnego (z wyboru: związki nieformalne, jednopłciowe, samotne macierzyństwo, rodziny bezdzietne), większa powszechność rozwodów wpływają na zmniejszenie poczucia bezpieczeństwa seniorów. Takie przemiany cywilizacyjne i obyczajowe wpływają znacząco na zmniejszenie autorytetu oraz pozycji osób starszych w rodzinach, jako przedstawicieli minionych wartości. Ta tendencja przenosi się do życia pozarodzinnego i staje się przyczyną marginalizacji najstarszych obywateli jako reprezentantów zdezaktualizowanej wiedzy i wartości.

Dodatkowo brak programów i tekstów dotyczących starości w mediach, a także niewystarczająca ilość działań medialnych pokazujących starość w pozytywnym świetle, wpływają niekorzystnie na postrzeganie seniorów w społeczeństwie. Poza marginalizacją społeczną osób starszych ma miejsce również automarginalizacja**,** która jest zjawiskiem o tyle powszechnym, że niezauważalnym przez samych marginalizujących się, a odbywa się najczęściej poprzez przyjmowanie „uniformu starości", czyli postawy odpowiadającej nastawieniu otoczenia. Przewaga negatywnych ocen starości jako fazy życia ma miejsce nie tylko w innych populacjach, ale także w niej samej. Działania takie opierają się na przekonaniach seniorów co do własnych praw i możliwości („Już mi nie wypada", „Trzeba ustąpić miejsca młodym…", „W tym wieku powinienem zająć się czymś odpowiednim dla starszej osoby"), a wymuszone są przez obyczajowość i oczekiwania innych grup społecznych wobec aktywności ludzi starszych. Automarginalizacja przejawia się najczęściej zaniżonym poczuciem własnej wartości, rezygnacją z przysługujących praw i możliwości rozwoju, a także pogodzeniem z gorszym traktowaniem. Wpływa to niekorzystnie na podejmowanie aktywności i motywację do działań, powodować może izolację, zamykanie się w przestrzeni własnych domów, poprzestawanie na aktywności receptywnej (np. oglądanie telewizji) oraz wewnątrzrodzinnej.

Przyczyny marginalizacji osób starszych tkwią w kumulacji wielu czynników, wśród których najważniejszymi są niskie dochody osób starszych, niedostatek, choroby i/lub niesprawność i związana z nimi konieczność korzystania ze świadczeń oraz pomocy instytucji oraz placówek wsparcia, ochrony zdrowia, pozycja społeczna wyznaczona przez rodzaj i poziom dochodów (emerytura, renta, zasiłki). Może też być wynikiem pojedynczej dysfunkcji, jak: → niepełnosprawność, bezdomność, bezradność.

Małgorzata Dzięgielewska zwraca uwagę na nowy problem tzw. świadomościowej marginalizacji, kiedy osoby starsze same poddają się marginalizacji przez odejście z pracy, rezygnację z kształcenia itp. (Dzięgielewska, 2007). U podstaw zarówno wykluczenia społecznego, jak i marginalizacji tkwią różnorodne formy dyskryminacji ograniczające prawa obywatelskie, osłabiające więzi i interakcje społeczne, destabilizujące funkcje rodziny. Osoby marginalizowane trudniej bowiem wchodzą w interakcje, rzadziej wiodą aktywne, satysfakcjonujące życie, a częściej izolują się lub zamykają w małych środowiskach.

JKW

B: Chabior, 2015; Charkiewicz, 2010; Dzięgielewska, 2007; Frieske, 1999; Szatur-Jaworska, 2005; Szukalski, 2008; 2012; Tokarz, 2005; Trafiałek, 2006.

O: ageizm i dyskryminacja, ageizm w edukacji, dyskryminacja z powodu wieku, ekskluzja społeczna, wykluczenie cyfrowe osób starszych, wykluczenie komunikacyjne osób starszych.

S: ekskluzja społeczna osób starszych, izolacja społeczna osób starszych, marginalność społeczna osób starszych, wykluczenie społeczne osób starszych.

TK: ang. *social exclusion of older people*, fr. *l'exclusion socjale des personnes âgées*, hiszp./*marginación social de las personas mayores*/*exclusión social de las personas mayores*, niem. *soziale Marginalisierung alter Menschen*/*soziale Exklusion alter*

Menschen/soziale Ausgrenzung alter Menschen, ros. *социальная маргинализация пожилых людей/социальная маргиналность пожилых людей/социальная изоляция пожилых людей.*

martwica tkanek skóry → odleżyna

marzenia w życiu ludzi starszych

Można powiedzieć, że subiektywne odczucia oddalają w → czasie → starość. Osoby 60-letnie często nie godzą się na nazywanie ich starymi. Twierdzą, że na temat starości nie mogą się wypowiadać, bo jeszcze nie przeżyły tego etapu. Podobnie 70-latkowie, jeśli są zdrowi, odsuwają od siebie przymiotnik „stary". Wanda Szuman (1890–1994), pedagog specjalny i andragog, napisała podanie o pracę w wieku 95 lat. Zmarła w wieku 104 lat. Do śmierci była aktywna i czynna (Borowska-Beszta 2009). Podobnie Elżbieta Zawacka (1909–2009), która zmarła tuż przed ukończeniem 100 lat (Frąckowiak i współprac, 2009) – była aktywna i twórcza do ostatnich dni. Kolejnym przykładem aktywnej stulatki jest siostra Emmanuella (1908–2008) [właśc. Madeleine Cinquin, ze Zgromadzenia Matki Bożej Syjonu – przyp. red.], która swoje życie poświęciła pomocy biednym, przede wszystkim w Egipcie, Tunezji i Turcji, a w sędziwym wieku jeździła i wygłaszała konferencje oraz udzielała wywiadów (Emmanuelle, 2009).

Wyróżnia się dwa rodzaje marzeń, które da się opisać również w odniesieniu do osób starszych: marzenia na jawie i marzenia senne, określane jako sen (Sillamy, 2002).

Marzenia senne

Sen może wpływać na samopoczucie i nastrój w ciągu dnia. Przyjemne sny nastawiają optymistycznie do wydarzeń dnia, a trudne i przykre wywołują nastrój przygnębienia i frustracji. Sny pouczające i ostrzegające występują już w Starym i Nowym Testamencie. Należy również zwrócić uwagę na rolę senników, wykorzystywanych w pracy wychowawczo-oświatowej, np. w Galicji. Odpowiedzialni za oświatę zakładali, że wiarę w sny i senniki można pozytywnie wykorzystać. W sennikach można zawrzeć pewne pouczenia, zachęty do pracy i porzucenia nałogów, wezwania do wyrabiania w sobie cnót pracowitości, zaradności, trzeźwości, uczciwości itp. (Wojciechowski, 1954).

Senniki w celach edukacyjnych wykorzystuje się również współcześnie. Poruszanie tematu snów i ich interpretacji w rozmowach z osobami starszymi jest pożyteczne i wskazane. W dyskusjach pojawia się zjawisko uciążliwe dla starszych ludzi – bezsenność i trudność w zasypianiu, złe sny, koszmary itp.

W związku z powyższym w przyjaznym wobec podopiecznych → domu pomocy społecznej stosuje się praktykę porannych odwiedzin mieszkańców w pokojach, przywitanie ich i pytania o to, co im się śniło, czy dobrze spali. Jest to praktyka zalecana, wręcz wzorcowa w → gerontologii. Wyrażone zainteresowanie pobudza do rozmowy, rozładowuje napiętą atmosferę, jeśli ktoś miał tzw. zły sen. Sen jest tematem łatwym i zachęcającym do rozmowy. Dlatego warto pytać o sen i rozmawiać, warto przypomnieć sobie przyjemne sny i łatwość zasypiania. Osoby starsze cierpią bowiem na bezsenność i mają trudności z zasypianiem. Przeżywają w nocy swoisty czas bezsenności i czekania na sen. Różnie sobie radzą. Czytają, piją ciepłe mleko, oglądają programy telewizyjne, snują wspomnienia, spacerują po mieszkaniu itp.

„Pasja Nocy"

Czas nocny sytuuje się w kręgu zainteresowań badań biograficznych. Temat ten podejmuje francuski badacz Gaston Pineau. Uważa, że w stanie bezsenności człowiek zadaje sobie różne ważne pytania o → sens życia, o siebie, swoją rolę w życiu, o to, dlaczego cierpi, martwi się, na co choruje, co go uszczęśliwia, czego pragnie, czego się lęka, co ma robić jutro, pojutrze, w tygodniu, w tej porze roku itp.; planuje swoją przyszłość, ocenia przeszłość, myśli o teraźniejszości (Pineau, 1983). Troski i zmartwienia przypływają falą, ale powracają także miłe odczucia, dobre wspomnienia z podróży, wizyt, zabaw itp. Człowiek śni na jawie, przypomina sceny z przeszłości lub planuje przyszłość. Rozmowy o śnie mają funkcje edukacyjne i terapeutyczne. [Przywołać tutaj można określenie „Pasji Nocy" wprowadzone do języka współczesnej higieny psychicznej i psychiatrii przez Karla Jaspersa (1883–1969), którego zdaniem „Pasja Nocy przebija wszelkie nakazy – rzuca się w ponadczasową otchłań Niebytu, który wciąga wszystko w swoje wiry […]. Pasja ta jest pierwotnie ciemna i mroczna […]. Pasja unicestwienia ogarnia bez reszty całego człowieka" (A. Zych, B. Zych, 1980).

Czas nocy, sny, zasypianie i bezsenność, sposoby zapobiegania bezsenności to dziedzina bardzo ważna w życiu ludzi starych. Wiele osób korzysta z różnych środków nasennych, wymienia się radami, co używać i jak używać, co zrobić, aby zasnąć. Dzielą się sposobami wypróbowanymi, niezawodnymi. Czasem takie rady są jednak szkodliwe. Poradnictwo nieformalne stano-

wi relacje w życiu, których nie można ograniczać i wyeliminować, trzeba jednak je przewidywać i pomagać wydobyć się spod ich wpływu, a także przestrzegać przed udzielaniem rad, które mogą zaszkodzić, uzależnić, przynieść złe skutki.

Marzenia na jawie

Marzenia dzienne (Singer, 1980) to stan oderwania od rzeczywistości, pośredni między jawą a marzeniem sennym. Osoba oderwana od świata rzeczywistego daje się ponieść serii obrazów i myśli podlegających bardziej sferze emocji niż logiki. Marzenia na jawie pojawiają się w okresie dojrzewania i stanowią antycypację przyszłej rzeczywistości. Wyrażamy sobie siebie jako osoby atrakcyjne, piękne, silne, odnoszące sukcesy, brylujące w towarzystwie (Szmigielska, 2001). Jak pisze Barbara Szmigielska, marzenia na jawie towarzyszą człowiekowi przez całe → życie i pełnią w nim znaczącą rolę. Autorka zgadza się ze stwierdzeniem, że szczytowy ich rozwój przypada na okres młodzieńczy, ale marzą także dzieci, ludzie dorośli i starsi (Szmigielska, 2001). W okresie 2008–2009 zebrałam od studentów pedagogiki opiekuńczo-wychowawczej wywiady na temat: „Marzenia osób starszych (60+)". Wywiady zostały przeprowadzone najczęściej z kobietami (25 osób) i kilkoma mężczyznami (6 wywiadów). Wiek badanych wahał się w granicach 60–85 lat. Najczęściej były to osoby 60-letnie z wykształceniem podstawowym, ale kilka osób miało wykształcenie średnie i wyższe. Zaskoczyło chętne opowiadanie o marzeniach przez osoby starsze i ich pamięć biograficzna. W wywiadach pojawiły się opisy marzeń w dzieciństwie i młodości. W dzieciństwie marzono o zabawkach – lalce, rowerze, motorze, ubraniach, pięknych sukniach, w tym o czerwonej sukience, ładnych butach, długich spodniach, eleganckiej koszuli. Obrazowo, fotograficzne wspomnienia marzeń z dzieciństwa przekształca się w opisowe marzenia z młodości, o poznaniu interesującej osoby, dziewczyny, chłopca, o dobrej zabawie. W dorosłości marzenia nabierają praktycznych wymiarów. Marzy się o mieszkaniu, dobrym urlopie, o powodzeniu dzieci i zdrowiu. Marzenia przekształcają się w pragnienia określone i ułatwiające życie, odsuwające nieszczęście, zmartwienia, niepowodzenia. Badane osoby marzyły i marzą, chcą mówić na ten temat. Definiują pojęcie „marzenia".

Marzenia w narracjach

Pani Teresa, 66-letnia pielęgniarka mówi: „Marzenia według mnie to fantazje i rojenia. Często są to rzeczy trudne do urzeczywistnienia". Dalej stwierdza: „Dla mnie osobiście marzenie stanowi przedmiot pragnień i dążeń". Są to myśli o rzeczach przyjemnych, o urzeczywistnieniu czegoś przyjemnego. Za szczyt marzeń uważa to, co stanowi dla niej największy sukces, ideał życiowy, szczęście. Jako dziecko marzyła o rowerze i po Pierwszej Komunii św. stała się dumną i szczęśliwą posiadaczką roweru. Chciała mieć huśtawkę i miała ją. Obecnie marzy o tym, aby wszyscy w rodzinie byli zdrowi i na świecie nie było wojen i głodu.

Pan Jan (85 lat), jeden z najstarszych respondentów, zawsze pragnął mieć konia. Kiedy dorósł, kupił sobie „wybrakowanego", wychudzonego, słabego konia. Dbał o niego. Obecnie ogląda westerny ze względu na konie, ale także jeździ na rowerze do gospodarstwa, w którym hodują konie i ogląda je.

Pani Aleksandra (72 lata), rolniczka. Marzyła o szybkim usamodzielnieniu się. Chciała mieć męża, swoje mieszkanie i dzieci. Marzenia te się zrealizowały, w wieku 18 lat wyszła za mąż, miała mieszkanie. Zaczęła marzyć o większym mieszkaniu, kolorowym telewizorze, pięknych firankach. Obecnie marzenia jej koncentrują się wokół wnuczka. Chciałaby, by miał dobrą żonę i dzieci.

Chora na stwardnienie rozsiane nauczycielka (63 lata), mówi: „Marzenia ludzi chorych różnią się od marzeń ludzi zdrowych". Pragnie wyzdrowieć, zachować samodzielność, mieć znośne warunki życia, czysty, ciepły pokój, własną łazienkę.

69-letnia pielęgniarka chciała być lekarzem, nie zrealizowała tego marzenia.

70-letnia szwaczka, pani Ewa, mówi: „W marzeniach chodzi o to, by gonić króliczka, a nie o to, by go złapać". Czuje się obecnie spełniona i szczęśliwa i pragnie, aby tak było do końca jej życia.

Podobne marzenia ma 62-letnia kobieta. Określa swoje małżeństwo jako bardzo szczęśliwe. Ma domek i ogródek. Chciałaby być prababcią.

72-letnia pani Zofia marzy o częstych kontaktach z córką, która mieszka w Krakowie.

Pani Maria, 76 lat, himalaistka. Marzy o skoku na spadochronie. Nie może się już wspinać, ale czuje się spełniona. Zdobyła szczyty, ma bardzo dobrego męża, dzieci i wnuki.

63-letnia rolniczka jako dziecko marzyła o lalce. Jej matka dała jej kolbę kukurydzy i ubrała ją jak lalkę. Była bardzo biedna. Obecnie marzy, by zostać prababcią, a także, aby cofnąć czas, choć wie, że to niemożliwe. Chciałaby jeszcze raz przejść drogę życia i zmienić napisy na drogowskazach.

62-letnia nauczycielka uważa, że jej marzenia się spełniły. Chciała uczyć języka polskiego i uczyła go, mieć

męża i dzieci – ma, mieć mieszkanie – ma, czuje się spełniona.
Najczęstsze marzenia respondentów dotyczą prawnuków. Stwierdzają oni, że dopiero z wnukami mieli dłuższe kontakty, dziećmi się opiekowali, a nie bawili, pracowali zawodowo i nie mieli czasu. Myślą, że prawnukom poświęcą cały swój czas i uwagę. Większość narratorów określa się jako spełnionych, szczęśliwych, marzą o zachowaniu zdrowia i życzą sobie spokojnej → śmierci. Marzeniami obejmują dzieci i wnuki.
Trzeba stwierdzić, że wypowiedzi nie są reprezentatywne, pochodzą od 31 osób i w większości kobiet. Grupa wieku to młodzi starzy lub starzy dorośli. Wskazane byłoby objęcie kolejnymi badaniami 70- i 80-latków.

„Złote marzenia"
W roku 1999, określonym jako Światowy Rok Ludzi Starszych, założono stowarzyszenie „Złote Marzenia", które przygotowało międzynar. wystawę → aktywnych seniorów „Złote Marzenia". W Polsce patronat nad wystawą objęła Ambasada Finlandii. W wystawie brały udział następujące kraje: Finlandia, Francja, Izrael, Polska, Stany Zjednoczone, Wielka Brytania i Włochy. Uczestniczyło w tym projekcie 35 osób, które przedstawiły swoje plany, projekty na przyszłość, które zrealizowały lub realizują. Wystawę zorganizowano w kilku miastach w Polsce (Lublin, Łódź, Poznań, Szczecin, Warszawa). Powstała fundacja wspierająca realizację marzeń. Należały do nich takie projekty jak np. podróż, nauka jazdy na nartach, rowerze, wspinaczka, nauka prowadzenia samochodu czy pilotowania samolotu. Uczestnicy chcieli ogłosić drukiem wiersze, zorganizować wystawę malarstwa, wydać album fotograficzny itp.
Zwiedzający wystawę pytali, jak można dotrzeć do fundacji, identyfikowali się z niektórymi marzeniami, głównie z podróżami. Podróż to jedno z najczęściej wymienianych marzeń. To zazwyczaj marzenie o podróży do egzotycznych krajów, do Chin, Indii, Afryki, Ameryki Łacińskiej, Stanów Zjednoczonych, ale także do określonego kraju w Europie: najczęściej do Włoch, Francji, Hiszpanii czy Grecji, do Rzymu czy Paryża, na fiordy do Norwegii, ale także do Krakowa, Gdańska, Zakopanego; lub ogólnie w góry, nad morze, na wieś, do lasu, nad rzekę, nad jezioro, w ciepłe kraje, do kraju dzieciństwa.
Dobrze jest marzyć i starać się spełniać swoje marzenia. Zrealizowane marzenia dają poczucie szczęścia i spełnienia w życiu, a umiejętność marzenia w starości to jeden z wyznaczników dobrego, pomyślnego → optymalnego starzenia się.

OC

B: Borowska-Beszta, 2009; Czapiński, 2001; Emanuelle, 2009; Frąckowiak i współprac., 2009; Kałużna-Wielobób, 2010; Kummer, 1994; Lewis, 1998; Majewska-Kafarowska, 2012; Pineau, 1983; Sillamy, 2002; Singer, 1980; Strońska, 1993; Szmigielska, 2001; Wojciechowski, 1954; Zimbardo, Boyd, 2011; A. Zych, B. Zych, 1980.
TK: ang. *dreams in life of elderly people*, fr. *les rêves des personnes âgées*, hiszp. *los ensueños de las personas de edad*, niem. *Träumen in Leben der älteren Generation*, ros. *мечты в жизни пожилых людей*.

masaż leczniczy
ma za zadanie poprawić ukrwienie tkanek, wpłynąć na wzrost metabolizmu komórkowego i stymulację procesów regeneracyjnych organizmu. W efekcie może się przyczynić do zmniejszenia objawów przewlekłych stanów zapalnych, złagodzenia dolegliwości bólowych czy zmiany napięcia mięśniowego. Niektóre z technik masażu wpływają pobudzająco, inne rozluźniająco. Techniki o słabszej amplitudzie bodźców i mniejszej sile (np. technika głaskania) są więc często wykorzystywane do łagodzenia objawów → stresu. Oprócz tego masaż poprawia czucie eksteroceptywne i proprioceptywne, co jest wykorzystywane w rehabilitacji neurologicznej u dzieci i dorosłych.

AMB

B: Benedetti i współprac., 2008.
O: fizjoterapia, fizjoterapia i fizykoterapia osób starszych, fizjoterapia w geriatrii, fizykoterapia, gimnastyka lecznicza.
S: gimnastyka wyrównawcza.
TK: ang. *medical massage/therapeutic massage*, fr. *massage thérapeutique*, hiszp. *masaje terapéutico*, niem. *therapeutische Massage*, ros. *лечебный массаж/терапевтический массаж*.

mądrość życiowa
Prekursorami debaty nad mądrością byli duchowni i filozofowie. Rozumienie mądrości i jej istotę wyjaśniają księgi Starego Testamentu, ale najstarsza wiedza mądrościowa wywodzi się z Bliskiego Wschodu, z Egiptu i Babilonu (Wroński, 2010). Religia chrześcijańska mądrości upatruje w Bogu i człowieku. Mądrość człowieka, zdaniem Stanisława Wrońskiego (2010), może mieć kilka wyznaczników: polega na bojaźni Bożej, otrzymywana jest jako dar od Boga, jest dostępna i konieczna dla każdego, wiąże się z religijnością i moralnym postępowaniem, obejmuje wiedzę człowieka o tym, co przeszłe i przyszłe, jest bardzo cenna. Filozofowie, starożytni myśliciele i mędrcy ko-

chali mądrość, bo samo słowo „filozofia" oznacza umiłowanie mądrości (starogrec. *φιλοσοφία* [filosofia]). Najczęściej traktowali mądrość jako cnotę rozumu podporządkowaną sprawiedliwości. Filozoficzne koncepcje mądrości tworzyli i wyjaśniali m.in. tacy filozofowie jak: Pitagoras (ok. 572–ok. 497 p.n.e.), Platon (427–347 p.n.e.), → Arystoteles, św. Augustyn (354–430), św. Tomasz z Akwinu (1225–1273). Od samego początku namysłu nad mądrością istniały zróżnicowane poglądy na jej temat. Mądrość uznawano za: wartość, najlepsze dobro, piękno, wiązano z moralnością, pożytkiem i wiedzą (Wroński, 2010).

W historii filozoficznych prób opisywania mądrości wyodrębnia się pięć okresów (Olejnik, 2000): wczesne greckie koncepcje mądrości, koncepcje klasyków starożytnej filozofii greckiej, wczesnochrześcijańską tradycję mądrości, renesans oraz czasy Kartezjusza (1596–1650) i nowożytne koncepcje mądrości. W ujęciu psychologicznym problem mądrości jest równie skomplikowany i niejednoznaczny, stąd wymaga głębszej analizy oraz powołania się na dotychczasowy stan badań nad tym zjawiskiem. Różnorodność ujęć mądrości związana jest z perspektywą naukową psychologów, którzy się nią zajmują, a w szczególności z psychologią poznawczą i rozwojową. Wielość ujęć problematyki mądrości wynika też z wybranej metodologii badań.

Alan Carr (2009) rozróżnił ukryte i jawne teorie mądrości. Ukryte teorie powstały na podstawie badań mających uzyskać odpowiedź na pytanie, czym jest mądrość, i prowadzononych wśród zwyczajnych ludzi. Druga grupa teorii wspiera się na psychologicznych pomiarach stadiów rozwoju osobowości, procesów poznawczych i/lub poziomów umiejętności powiązanych z procesami osobotwórczymi bądź poznawczymi.

Współcześnie mądrość uznawana jest więc za kategorię naukową. Badania nad mądrością zostały zapoczątkowane w latach 80. ubiegłego wieku przez psychologów w dwóch współpracujących ze sobą ośrodkach naukowych: w Stanach Zjednoczonych i Niemczech. Badaniami w ośrodku naukowym w Yale University kierował Robert Sternberg, a w Inst. Maxa Plancka w Berlinie P.B. → Baltes.

Stanisława Steuden podkreśla złożoność prowadzonych badań i ich dwuetapowy charakter: najpierw na podstawie przekonań osób wywodzących się z różnych środowisk na temat charakterystyki postaci powszechnie uznanych za mądre zostały sformułowane intuicyjne koncepcje, dopiero potem przeprowadzono zasadnicze badania, które weryfikowały pierwszy etap i w ten sposób zostały opracowane koncepcje mądrości i możliwość ich empirycznej weryfikacji (Steuden, 2011 b).

Stan dotychczasowych badań i teorii nad problematyką mądrości pozwala psychologom wyodrębnić trzy ujęcia mądrości (Oleś, 2011; Kunzmann, 2007; Reznitskaya, Sternberg, 2007):

1) mądrość jako aspekt rozwoju osobowości w wieku dorosłym, pojawiająca się, gdy dorośli wykraczają poza egocentryczną perspektywę, zmierzając w kierunku generatywności i integracji osobowości;
2) mądrość jako poziom postformalnego myślenia dialektycznego; na tym etapie rozwoju następuje integracja różnych rodzajów wiedzy, odmiennych punktów widzenia oraz trzech systemów psychicznych: poznania, emocji i motywacji;
3) mądrość jako rozwinięta forma → inteligencji, szczególnie eksperckich komponentów poznawczo-emocjonalnych.

Pierwsze z ujęć mądrości zawiera jedną z bardziej znanych koncepcji psychospołecznego rozwoju człowieka, Erika H. Eriksona (1902–1994). Mądrość w tej teorii jest istotnym przymiotem → starości, a obok generatywności i integralności stanowi rezultat pozytywnie rozwiązanych kryzysów rozwojowych dorosłego → życia. Można uznać, że jest wręcz szczególnym ideałem, cnotą, do których zmierza całożyciowy rozwój. Mądrość przez Eriksona (2002) została określona jako „dobrze poinformowane i zdystansowane zainteresowanie życiem w obliczu nadchodzącej → śmierci". Jej przeciwieństwem jest pogarda, stanowiąca niepożądaną reakcję na odczuwane, narastające poczucie końca, zmieszanie i bezradność. Erikson (2002) podkreśla, że mądrość opiera się na zdolności widzenia, patrzenia, zapamiętywania, słuchania, słyszenia i pamiętania, ponieważ integralność wymaga taktu, kontaktu i dotyku. Osiągnięcie mądrości życiowej wiąże się wyraźnie z ósmą fazą rozwoju, z pomyślnie rozwiązanym kryzysem rozwojowym, z pozytywnym → bilansem życiowym (Brzezińska, 2000). Mądrość stanowi ostatnie stadium rozwoju osobowości i nie jest bezpośrednio związana z inteligencją, choć, jak podkreśla Carr (2009), przypuszczalnie potrzebny jest minimalny poziom inteligencji, by rozwiązywać poszczególne dylematy całego → cyklu życia [człowieka]. U schyłku życia Erikson uzupełnił swoją koncepcję, a jego żona Joan Mowat Erikson (1902–1997) jeszcze dokładniej zdefiniowała i opisała ją, wyróżniając dziewiątą fazę i możliwą dla niej → gerotranscendencję. Zgodnie z definicją → Tornstama i jego współpracowników gerotranscendencja jest zmianą w metaperspektywie polegającą na

przejściu od wizji materialistycznej i racjonalnej do kosmicznej i transcendentnej, która zazwyczaj podnosi → jakość życia (Erikson, 2002; Straś-Romanowska, 2001). Gerotranscendencja wspiera się głównie na uzyskanej w ciągu życia mądrości, która przechodzi w zaawansowanej starości w mądrość transcendentną. Także Adam A. Zych zwraca uwagę na wydłużające się ludzkie życie i łączy je z → moderacją [i/lub retardacją] rozwoju [człowieka], czyli jego spowolnieniem, dlatego dopiero u schyłku długiego i pomyślnego życia może pojawiać się mądrość transcendentna (Zych, 2013).

W drugim ujęciu mądrość traktowana jest jako poziom postformalnego myślenia. Obok znanego podziału rozwoju poznawczego Jean Piageta (1896–1980) na cztery stadia: sensoryczne, przedoperacyjne, operacji konkretnych i formalnych, pojawia się też dodatkowe, piąte stadium postformalne, które dotyczy operacji dialektycznych. Natomiast Klaus F. Riegel (1925–1977) uważał, że mądrość opiera się na dialektycznym myśleniu służącym rozwiązywaniu złożonych problemów międzyludzkich, które wynikają z poznawczego egocentryzmu. Przezwyciężenie tego egocentryzmu, w końcowym stadium operacji formalnych, pozwala rozwinąć myślenie dialektyczne. Może ono dotyczyć rozumowania czasu, przestrzeni, różnych perspektyw postrzegania zjawisk, odmiennych przekonań, poglądów, kontekstów. Efektem myślenia dialektycznego jest świadomość, że ludzkie pomysły zmieniają się w niekończącym się procesie tezy–antytezy–syntezy (Carr, 2009). Mądrość obejmuje więc wykorzystanie dialektycznego myślenia do rozwiązywania zróżnicowanych i skomplikowanych problemów życiowych.

W trzecim ujęciu mądrość jest rozwiniętą formą inteligencji, a zwłaszcza wiedzy eksperckiej połączonej z komponentem emocjonalnym. Jednym z reprezentantów takiego podejścia był główny jej badacz P.B. Baltes, który uznał, że: mądrość reprezentuje nadzwyczajną wiedzę, osąd i poradę; jest doskonałym połączeniem wiedzy i charakteru, umysłu i cnoty; koordynuje indywidualny i społeczny rozwój i wzrost; łączy się z równowagą i umiarkowaniem; obejmuje świadomość ograniczeń wiedzy i niepewność świata; trudno ją osiągnąć, ale łatwo rozpoznać; oraz odnosi się do problemów sensu i ukierunkowania życia (Oleś, 2011). Można zatem uznać, że mądrość jest wiedzę ekspercką o życiu, prowadzi do odnajdywania jego sensu.

P.B. Baltes i Ursula M. Staudinger – prowadząc badania nad mądrością – zdefiniowali ją poprzez wyodrębnienie i opisanie konkretnych kryteriów, na podstawie których można oceniać mądrość ludzi, ich sądy i zachowania. Pierwszym z nich jest szeroki zasób wiedzy deklaratywnej, czyli wiedzy dotyczącej rozwoju człowieka, oraz uzależnionego od kontekstu → biegu życia człowieka. – Drugim kryterium jest bogaty repertuar wiedzy proceduralnej ważnej dla rozwiązywania rutynowych albo trudnych, skomplikowanych problemów życiowych i/lub sytuacji konfliktowych. Trzeci to docenianie różnych aspektów biegu życia, zauważanie roli rozmaitych kontekstów – **ja**, → rodzina, grupa rówieśnicza, szkoła, praca, społeczność, społeczeństwo, kultura, religia oraz relacji pomiędzy nimi. W przypadku czwartego ważny jest relatywizm wartości i priorytetów życiowych oraz tolerancja dla ich odmienności u poszczególnych osób, społeczności bądź kultur. Piąte kryterium wskazuje natomiast na radzenie sobie z niepewnością własnej wiedzy oraz tolerancję do jej wieloznaczności (Carr, 2009; Oleś, 2011). P.B. Baltes i Staudinger nazwali więc mądrością wiedzę dotyczącą pragmatycznej, życiowej i ludzkiej kondycji. Dzięki niej człowiek wykorzystuje rutynowe i niestandardowe procedury, dokonuje wyborów odpowiednich strategii radzenia sobie z problemami, zorientowany jest na wspólne dobro, które prowadzi do lepszego życia. Ponadto potrafi doceniać różne jego konteksty i odmienność ludzi, być wobec nich i siebie tolerancyjnym (Steuden, 2011 a).

Trzeba jednak dodać, że rozwój mądrości może generować też negatywne zjawiska, które wynikają z większej odpowiedzialności, zmartwień, konfrontacji z samym sobą, rezygnacji z własnych potrzeb, na rzecz działań dla wspólnego dobra (Steuden, 2011 b).

W dyskusji nad mądrością na uwagę zasługuje również teoria równowagi mądrości, autorstwa drugiego z promotorów badań, Sternberga, oparta na triadowej teorii inteligencji. Zdaniem Sternberga istnieją trzy rodzaje inteligencji. Pierwsza to analityczna, obejmująca komponenty nabywania wiedzy, komponenty wykonawcze oraz metakomponenty. Komponenty nabywania wiedzy oznaczają selektywne wybieranie z nowych informacji wiedzy ważnej, przydatnej i łączenie ich z wiedzą dotychczasową w sensowną całość oraz selektywne porównanie z tym, co już było znane wcześniej. Komponenty wykonawcze obejmują kodowanie elementów problemu, porównanie własnych rozwiązań z innymi i uzasadnienie dokonanego wyboru. Metakomponenty pozwalają na budowanie strategii i wprowadzanie ich w życie, by rozwiązywać problemy oraz czuwać nad oceną i efektywnością rozwiązań. Inteligencję analityczną wykorzystuje się do rozwiązywania jasno określonych problemów z pojedynczymi, konkretnymi ich rozwiązaniami. Drugi ro-

dzaj to inteligencja praktyczna, która służy do rozwiązywania niejasno zdefiniowanych problemów, z wieloma możliwymi rozwiązaniami. Inteligencja ta pozwala na odkrywanie różnych znaczeń w odmiennych kontekstach życia. Istotnym komponentem inteligencji praktycznej jest wiedza proceduralna, która udziela odpowiedzi na pytanie: jak coś zrobić, związana jest z nabywanym doświadczeniem i służy rozwiązywaniu codziennych problemów. Inteligencja twórcza natomiast potrzebna jest do wykorzystania dotychczasowego doświadczenia w nowych sytuacjach, do uzyskiwania nowych rozwiązań problemów.

Wykorzystanie wszystkich rodzajów inteligencji służy efektywnemu przystosowaniu się do środowiska. Uzyskanie równowagi jest użyciem inteligencji praktycznej w sposób równoważący korzyści własne i innych ludzi oraz całej społeczności dla wspólnego dobra. W ten sposób zostaje zrównoważona orientacja na wartościowanie i działanie: dobrostan – dobro innych ludzi – dobro wspólne. Zgodnie z tą koncepcją mądrość jest wykorzystaniem inteligencji praktycznej oraz wiedzy ukrytej, która jest wyzwalana przez tę inteligencję. Wiedza ukryta zdobywana jest przez osobiste doświadczenia, ewentualnie modelowanie zachowań, stąd chociaż mądrości nie można się wyuczyć, to można pomóc w jej zdobyciu, poprzez naśladowanie specjalistów, mentorów i/lub ludzi mądrych (Carr, 2009; Steuden, 2011 b).

Ian Stuart-Hamilton, w dyskusji nad definiowaniem mądrości, podkreśla jej różnorodność ujęć, ale zaznacza, że nie należy utożsamiać jej z inteligencją skrystalizowaną (społeczną, nabywaną w toku uczenia się i gromadzenia doświadczeń), choć niektórzy badacze zrównują te kategorie ze sobą. Rozumienie mądrości łączy ze zdolnością rozwiązywania realnych problemów życiowych. Nazywa ją „wiedzą światową" (Stuart-Hamilton, 2006).

Trzeba podkreślić, że również na gruncie polskim wielu psychologów wniosło znaczący wkład w upowszechnianie i rozwój badań nad mądrością. Zbigniew Pietrasiński (1926–2010), łącząc koncepcje filozoficzne z psychologicznymi, nazwał mądrość cennym przymiotem człowieka, który charakteryzuje się obszerną wiedzą, istotną dla rozumienia i rozstrzygania ważnych spraw życiowych uzyskaną na podstawie wiedzy podręcznikowej, jak i doświadczalnej, umiejętnością dostrzegania i trafnego rozwiązywania życiowych problemów na podstawie dwóch rodzajów wyróżnionej wiedzy oraz wnikliwego myślenia i wybiegania w przyszłość, ujmowania problemów z różnych perspektyw, a także dojrzałej osobowości pozbawionej egocentryzmu i samozakłamania, otwartej na nową wiedzę, umiejącą przechodzić od myśli do zgodnego z nią działania (Pietrasiński, 2001). Mądrość w jego ujęciu zawiera dwa elementy: wiedzę i kulturę poznawczą. która sprawia, że wiedza nie ma tylko i wyłącznie deklaratywnego charakteru, lecz nabiera praktycznego, proceduralnego znaczenia. Kulturę poznawczą tworzą metody, procedury, programy oraz metarefleksja. Mądrość wymaga inteligencji, lecz się do niej nie sprowadza. Sprawdza się bowiem w sytuacjach wymagających znajomości ludzi i życia, przewidywania konsekwencji swoich i cudzych działań, podejmowania decyzji w sytuacjach niepewności. Weryfikacją mądrości są trafne sądy w trudnych zdarzeniach życiowych. Pietrasiński (2001) podzielił kulturę poznawczą na ogólną i specjalną, ta ostatnia obejmuje metody, procedury, programy stosowane w poszczególnych dziedzinach nauki i praktyki zawodowej, a zarazem przypisuje wysoką rangę kulturze poznawczej, porównuje ją z kryteriami definiowania mądrości ludzi opisanymi przez P.B. Baltesa w jego pięcioelementowej definicji i jest zdania, że kultura poznawcza odpowiada czterem z nich, bez pierwszego, czyli wiedzy deklaratywnej. Uważa, że nadanie pozostałym kryteriom nazwy kultury poznawczej podnosi jej rangę i określa rolę polegającą na gromadzeniu i przetwarzaniu wiedzy deklaratywnej na użytek rozwiązywania życiowych problemów. Pietrasiński opisuje atrybuty niskiej i wysokiej ogólnej kultury poznawczej, ponieważ to one w sposób szczególny wiążą się z mądrością. Osoba o wysokiej ogólnej kulturze poznawczej charakteryzuje się: krytycznym stosunkiem do swojej wiedzy, szukaniem uzasadnień, dowodów, badaniem opinii odmiennych od własnych, umiejętnością oceny swoich zasobów umysłowych, przewidywaniem i badawczym podejściem do konsekwencji swoich działań (Pietrasiński, 2001, 1990).

Znaczący wkład w rozwój problematyki dotyczącej mądrości, szczególnie w odniesieniu do osób starszych, wniosła Maria Straś-Romanowska, która uważa, że mądrość stanowi prototypową cechę starości i może nawet jedyną pozytywną cechę w charakterystyce człowieka starego dokonywanej przez społeczeństwo (Straś-Romanowska, 2001). Mądrość jest bowiem sztandarowym określeniem w etykiecie pozytywnego stereotypu starości. Na szczególną uwagę zasługuje refleksja autorki, że nadmierna koncentracja na poznawczym wymiarze mądrości pozbawia ją aspektu duchowego, stąd proponuje ona odróżnienie mądrości pragmatycznej od duchowej (transcendentnej). Taki podział wynika z filozo-

ficznego rozróżnienia wiedzy praktycznej, społecznej oraz kontemplatywnej, metafizycznej. Ten punkt widzenia odpowiada teorii E.H. Eriksona i późniejszej J.M. Erikson, w której mądrość również stanowi cnotę najwyższego stadium samorozwoju człowieka i jest efektem pozytywnie rozwiązanego konfliktu rozwojowego, zakończonego integralnością, a w dziewiątej fazie życia wzbogaconej mądrością transcendentną. Straś-Romanowska (2001) podkreśla, że osiąganie mądrości transcendentnej wymaga jakościowej zmiany perspektywy ustosunkowania się do świata, ludzi i własnej osoby. Wymaga konieczności odrzucenia, uwolnienia się od osobistego, angażującego własne **ja** i oceniającego punktu widzenia rzeczywistości, dzięki czemu relacje ze światem nabierają pozapodmiotowego, transpersonalnego charakteru. Osoba, która osiąga tego typu mądrość, cechuje się afirmującym, pogodnym, akceptującym i uwolnionym od żądań nastawieniem do biegu życia. Równocześnie z pełną pokorą znosi trudy i ograniczenia starości. Mądrość transcendentna może, ale nie musi być powiązana z głęboką religijnością. Mądrość jako przejaw rozwoju duchowego pojawić się może również u ludzi młodszych, to jednak dopiero starość stwarza szczególne warunki do rozwoju duchowego i osiągania mądrości transcendentnej.

Starość sprzyja osiąganiu mądrości, nazywanej też mianem mądrości życiowej (Zych, 2017), bo mądrość powiązana jest z doświadczeniem, a to wymaga określonego czasu. Ponadto propozycja oddzielenia wiedzy intelektualnej (teoretycznej) od wiedzy zorientowanej na mądrość (ang. *intelelectual and wisdom related knowledge*) wprowadzona przez Monikę Ardelt sugeruje, że wiedza zorientowana na mądrość jest jednak bardziej przydatna i silniej wykorzystywana w późniejszym okresie życia człowieka. Różnice związane z wykorzystaniem wiedzy dotyczą sześciu obszarów: celów, podejścia osoby do zdobytych informacji, zakresu wiedzy, przyswajania wiedzy, znaczenia wiedzy dla osoby uczącej się, związku wiedzy ze → starzeniem się. Wiek sprzyja osiąganiu mądrości, jest koniecznym warunkiem jej ujawnienia się, ale niejedynym. Koncepcja Ardelt podkreśla w mądrości połączenie cech osobowości, poznawczych, afektywnych i refleksyjnych.

Mądrość życiowa może być więc końcowym efektem udanego życia, pomyślnego radzenia sobie z życiowymi kryzysami, ale kryzysy mogą też sprzyjać rozwojowi mądrości. Mądrość życiowa pozwala na dystansowanie się od problemów i wykorzystanie zdobytej wiedzy podczas pokonywania nowych trudności. Inną jej cechą jest umiejętność wypracowania nowych kryteriów oceny siebie i otoczenia, zdolność do zmiany form aktywności i zaangażowania emocjonalnego oraz akceptacji nowych zjawisk kulturowo-społecznych i ekonomicznych (Steuden, 2011 b). Ostatnie ze zjawisk charakterystycznych dla mądrości życiowej w świecie nieustannych, dynamicznych zmian wydaje się niezwykle istotne, nie oznacza to jednak konieczności bezkrytycznego podążania ludzi starszych, mądrych życiowo za wszelkimi nowymi zjawiskami. Wręcz przeciwnie, mądrość będąca efektem działania analitycznej inteligencji, poprzez selektywną koncentrację na rzeczach, informacjach ważnych, potrafi dostrzec i wykorzystać tylko te zmiany, które służą → dobrostanowi [psychicznemu], dobru innych i wspólnotowemu działaniu społecznemu.

Mimo różnic w ujmowaniu zjawiska, jakim jest mądrość, pojęcie to ma zawsze integracyjny charakter. Łączy w sobie różne elementy (nie zawsze wszystkie), zgodne z konkretnymi jej koncepcjami, takie jak: poznawcze, afektywne i motywacyjne, duchowe i społeczne. Elementy poznawcze obejmują: wysokie zdolności intelektualne, bogatą wiedzę i doświadczenie, uczenie się na błędach. Elementy społeczno-emocjonalne zawierają umiejętności społeczne, wrażliwość, troskę, zdolność udzielania rad. Elementy motywacyjne wiążą się z działaniem związanym z mądrością (Steuden, 2011 b).

Mądrość jest też ważnym zagadnieniem psychologii pozytywnej, która skupia się na siłach i przymiotach człowieka, pozwalających osiągać mu życiowy dobrostan. Martin P. Seligman, uznawany za jednego z twórców tego nurtu w psychologii, łączy mądrość z wiedzą oraz uznaje je za cnoty i siły charakteru człowieka, na które składają się również: twórczość, ciekawość, otwartość umysłu, zamiłowanie do zdobywania wiedzy, inteligencja społeczna i emocjonalna, perspektywiczne myślenie.

Koncepcja Seligmana (2005, 2011) zdaje się godzić różnorodne podejścia do rozumienia mądrości. Czynniki poznawcze wiąże z osobowościowymi, jak również emocjonalnymi. Ma więc integralny charakter, niemniej najbliższa jest trzeciemu podejściu – mądrości traktowanej jako rozwinięta forma inteligencji z wykorzystaniem wiedzy eksperckiej.

Podsumowując, psychologiczne koncepcje mądrości zawierają zróżnicowane jej wyznaczniki. Podobnie, ale i odmiennie opisują zachowania ludzi uznanych za mądrych. Wspierają się na nakładających się na siebie, nieco inaczej nazywanych, ale też często rozdzielnych typach wiedzy, takich jak: deklaratywna, teore-

tyczna, intelektualna, proceduralna, praktyczna, społeczna, kontemplatywna, metafizyczna, jawna, ukryta, ekspercka, zorientowana na mądrość. Ta sama tendencja dotyczy wielu rodzajów inteligencji: skrystalizowanej, płynnej, analitycznej, praktycznej, twórczej oraz poziomów myślenia: sensorycznego, przedoperacyjnego, konkretnego, formalnego, postformalnego (dialektycznego). Różnorodność komponentów mądrości generuje jej typy, mądrość: pragmatyczną, duchową, transcendentną, osobistą (dotyczącą wglądu podmiotu we własne życie), ogólną (odnoszącą się do życia w ogóle), życiową.

Mądrość życiowa jest syntezą różnorodnych komponentów: poznawczych, emocjonalnych, osobowościowych i społecznych. Pomaga rozwiązywać dylematy życiowe, zadania rozwojowe i kryzysy oraz rozumieć wewnętrzne i społeczne przemiany ludzi. Ułatwia przyjęcie trudów starszego wieku, pozwala zrozumieć odmienność postępowania i wytłumaczyć motywację własnych i cudzych działań. Podnosi → jakość życia i u jego kresu bilansuje je dodatnio, wykorzystując całożyciowy potencjał rozwojowy człowieka. Stąd szczególnie predestynowanymi do roli osób mądrych życiowo są ludzie starsi.

Mirosława Nerło (2007), korzystając z propozycji Straś-Romanowskiej (2001), dokonała analizy współczesnych, psychologicznych koncepcji mądrości i wyodrębniła cechy wspólne mądrości pragmatycznej i mądrości transcendentnej. Są nimi: wysoka świadomość, efektywna kontrola, dystans wobec świata, poczucie względności wartości materialnych oraz ich przemijanie, postrzeganie zjawisk w szerokim kontekście życia i w odległej perspektywie, akceptacja własnego życia (jego negatywnej i pozytywnej strony), rozumienie drugiego człowieka, łatwość wybaczania, tolerancja.

Współcześnie mądrość, zarówno pragmatyczna, jak i transcendentna, pozostaje nadal niezwykle cenną wartością ludzkiego życia. Oprócz perspektywy religijnej, filozoficznej czy psychologicznej, mądrość wydaje się równie przydatna w wyjaśnianiu koncepcji socjologicznych, kulturoznawczych, pedagogicznych, czy ekonomicznych. Mądrość może stanowić podstawę budowania lepszych, bardziej spójnych relacji społecznych, przydawać się w tłumaczeniu zmian kulturowych i wielokulturowości, w uczeniu międzypokoleniowym, czy w wykorzystywaniu różnorodnych zasobów wiedzy, którą dysponują różne → generacje, w budowaniu, wzmacnianiu oraz lepszym wykorzystaniu → kapitału społecznego [ludzi starszych].

RK-W

B: Brzezińska, 2000; Carr, 2009; Erikson, 2002; Hill, 2009; Kunzmann, 2007; Nerło, 2007; Olejnik 2000; Oleś, 2011; Pietrasiński, 1990, 2001; Reznitskaya, Sternberg, 2007; Seligman, 2005, 2011; Steuden, 2011 a, 2011 b; Straś-Romanowska, 2001; Stuart-Hamilton, 2006; Wroński, 2010; Zych, 2013, 2017.
O: poradnictwo egzystencjalne, poradnictwo w biegu życia, problemy życiowe.
TK: ang. *life wisdom*, fr. *sagesse de la vie*, hiszp. *sabidurí de la vida*, niem. *Lebensweisheit*, ros. *жизненная мудрость*.

medialny obraz niepełnosprawności i osób niepełnosprawnych

Środki masowego przekazu każdego dnia dostarczają milionom swoich odbiorców przede wszystkim rozrywki i informacji. Często dobór tematów, a w szczególności sposób ich prezentowania, ma realny wpływ na ludzkie postawy. Zdarza się, że media pełnią też rolę opiekuńczo-wychowawczą lub współtowarzysza codzienności. Dla wielu bywają pierwszym, a nawet jedynym źródłem wiedzy o otaczającym świecie. Należy jednak zwrócić uwagę na wiarygodność publikacji, jakie do nas docierają. Jak wynika z badań przeprowadzonych przez Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS), niemal wszyscy badani (92%) uważają, że aby wyrobić sobie zdanie na temat bieżących wydarzeń, należy korzystać z różnych źródeł informacji, przy czym blisko połowa (49%) zdecydowanie zgadza się z tym poglądem, a pozostali (43%) raczej się z nim zgadzają. Ogromna większość ankietowanych (79%) twierdzi, że przekaz w różnych mediach na temat tych samych wydarzeń jest tak różny, że nie wiadomo, gdzie leży prawda (*Dystans wobec przekazu*…, 2017). Chcąc spełnić oczekiwania odbiorcy, należy zwracać uwagę na jakość publikacji, a więc język wypowiedzi i sposób prezentacji, które mają ogromny wpływ na budowanie wiarygodności przekazu. Idąc dalej, jeśli przyjmiemy, że najważniejszym źródłem (dla dziennikarza lub autora publikacji) jest „temat lub zdarzenie", a czynnikiem determinującym i w narracyjny sposób konstruującym przekaz w informacji jest „człowiek lub to, co jest z nim związane", to w wielu przypadkach media odpowiadają zarówno za kształtowanie wizerunku bohatera tematu, jak i postawy odbiorców wobec konkretnych problemów, środowisk i zdarzeń w nich prezentowanych. Szczególnie odnosi się to do wybranych grup społecznych, a zwłaszcza mniejszości narodowych, seksualnych, osób starszych i niepełnosprawnych. Dlatego niezwykle istotna jest nie tylko świadomość przyczyn i powodów podejmowania określonych tematów, ale przede wszystkim po-

ziom społecznej świadomości i wiedza na temat skutków ich upowszechniania.

Pomimo ogromnego rozwoju i powszechnego dostępu do nowych technologii i wirtualnych narzędzi, wizerunek ludzi z rozmaitymi dysfunkcjami, a w szczególności osób z niepełnosprawnością, jest marginalizowany i prezentowany w sposób uproszczony. Dzieje się tak dlatego, że osoby te nie wpisują się w kult współczesnego piękna, doskonałości i pełnej sprawności. Środki masowego przekazu nie starają się zatem tworzyć egalitarnego obrazu rzeczywistości. Zgodnie z raportem opublikowanym w magazynie „Integracja", w mediach osoby niepełnosprawne reprezentują dwa światy. Jedne są superbohaterami, którzy mając ponadprzeciętne umiejętności i siłę, potrafią pokonywać → bariery napotykane na swojej drodze, bez problemu żyjąc pełnią → życia, inne zaś niemalże wegetując, są ofiarami losu, nieporadnie funkcjonującymi w życiu, czekającymi na pomoc z każdej strony (Gorajewska, 2009 – Internet: http://www.niepelnosprawni.pl…). Taki sposób prezentacji nie jest jednak kwestią przypadku. Jednym z czynników determinujących funkcjonowanie mediów są odbiorcy, a dokładniej ich potrzeby. Herbert C. Kelman (1974) w teorii wpływu społecznego nazwał to medialną internalizacją, czyli mechanizmem oddziaływania odnoszącym się do potrzeb i wyznawanych przez odbiorcę wartości. Media często epatują ludzką tragedią, problemami, ale i niezwykłymi historiami, odpowiadając na potrzeby i oczekiwania odbiorcy, którym kieruje ciekawość. Takie przedstawienia problemów są dla niego atrakcyjne, i właśnie dzięki temu można dostrzec w mediach m.in. osoby niepełnosprawne (zob. filmografia). Ich wizerunek jednak jest zróżnicowany, mimo że odnosi się ciągle do jednej i określonej grupy społecznej. Dzieje się tak, gdyż przekazy medialne często oparte są na uproszczonych obrazach rzeczywistości, co wpisuje się w definicję stereotypu, rozumianego jako funkcjonujący w świadomości społecznej skrótowy, uproszczony i zabarwiony wartościująco obraz rzeczywistości odnoszący się do rzeczy, osób, grup społecznych, instytucji itp., często oparty na niepełnej lub fałszywej wiedzy o świecie, utrwalony jednak przez tradycję i nieulegający zmianom (*Słownik języka polskiego*, 2006). Osoby z niepełnosprawnością poddane są więc ciągłej stereotypizacji, gdyż odbiegają od pewnych norm obowiązujących w społeczeństwie. W tym miejscu należy zwrócić również uwagę na dwie kategorie stereotypów: jako przekonań indywidualnych lub zbiorowych. Stereotypy z pierwszej kategorii skupiają się na bezpośrednich interakcjach, w wyniku czego powstają określone obrazy i przekonania (stereotypy), zaś z drugiej koncentrują się na pośrednich źródłach wiedzy i tutaj swoją rolę odgrywają m.in. media (Stangor, Schaller, 1999). Brak możliwości bezpośredniego kontaktu skutkuje odejściem do środków pośrednich i tworzeniem za ich pomocą obrazu rzeczywistości. Skoro media są pośrednim źródłem wiedzy na temat świata, ich rola i odpowiedzialność za konformistyczne postawy ludzi wobec niepełnosprawnych jest ogromna. Należy podkreślić, że oba typy przekonań przenikają się wzajemnie i nie mogłyby bez siebie istnieć. Natomiast sam wizerunek i metody jego kreowania są sposobem, w jaki dana osoba lub rzecz jest postrzegana i przedstawiana.

Z badań TNS OBOP nt. *Polacy o niepełnosprawności* (2004) wynika, że 68% Polaków uważa, że niepełnosprawni mogą mieć poczucie niższości wobec osób w pełni sprawnych. Jaka jest tego przyczyna? Jedna z najczęstszych barier tkwi w samym procesie komunikowania się, którego przebieg ma znaczny wpływ na budowę wizerunku. Proces komunikacji bezpośredniej w przeciwieństwie do przekazów medialnych daje możliwość otrzymania komunikatu zwrotnego. Jeśli natomiast mamy szczątkową wiedzę i utrwalony stereotypowy obraz niepełnosprawności, ciężko nam pokonać lęk przed podjęciem interakcji z osobą niepełnosprawną. Skutkiem tego jest wycofanie się i obawa przed kontaktem, a dodatkowo osoby niepełnosprawne najczęściej same się alienują, aby uniknąć niekomfortowych sytuacji bądź negatywnych reakcji. Można zapytać, czy istnieje zatem szansa dla osób z niepełnosprawnością na stworzenie pozytywnego wizerunku ich środowiska w obliczu tryumfu i kultu piękna, pełnej aktywności i sprawności oraz marginalizowania tematów trudnych, niepopularnych i odnoszących się do grup zagrożonych wykluczeniem społecznym? Można mieć nadzieję, że rozwój nowych technologii, a przede wszystkim dostępność mediów społecznościowych, pomoże w zbudowaniu mostów łączących światy osób sprawnych i niepełnosprawnych. W kwestii roli mediów warto przypomnieć pojęcie „misji nadawców publicznych". Zgodnie z art. 21 ust. 1 Ustawy z 29 XII 1992 roku nadawcy powinni oferować, na zasadach określonych w ustawie, całemu społeczeństwu i poszczególnym jego częściom, zróżnicowane programy i inne usługi w zakresie informacji, publicystyki, kultury, rozrywki, edukacji i sportu, wyróżniające się pluralizmem, bezstronnością, wyważeniem i niezależnością oraz innowacyjnością, wysoką jakością i integralnością przekazu. Do zadań mediów publicznych należy m.in. uwzględnianie potrzeb

mniejszości narodowych i etnicznych oraz społeczności posługującej się językiem regionalnym, w tym emitowanie programów informacyjnych w językach mniejszości narodowych i etnicznych oraz w języku regionalnym. Programy w nich prezentowane powinny: kierować się odpowiedzialnością za słowo i dbać o dobre imię publicznej radiofonii i telewizji; rzetelnie ukazywać całą różnorodność wydarzeń i zjawisk w kraju i za granicą; sprzyjać swobodnemu kształtowaniu się poglądów obywateli oraz formowaniu się opinii publicznej; umożliwiać obywatelom i ich organizacjom uczestniczenie w życiu publicznym poprzez prezentowanie zróżnicowanych poglądów i stanowisk oraz korzystanie z prawa do kontroli i krytyki społecznej (www.krrit.gov.pl/bip…). Jeśli więc zwraca się szczególną uwagę na odpowiedzialność za słowo oraz język przekazów medialnych, który jest niezwykle istotny w budowaniu wizerunku osób z niepełnosprawnością, warto jeszcze przyjrzeć się słowu „niepełnosprawny". Sama nazwa wskazuje już na człowieka słabszego i gorszej kategorii. W tym określeniu nie ma widocznych barier prowokowanych przez społeczeństwo, widać jedynie ograniczenia odnoszące się do osoby z tą etykietą.

Problematyczny jest też powszechnie obowiązujący symbol niepełnosprawności, ograniczony do osoby niepełnosprawnej ruchowo, w dodatku poruszającej się na wózku. Zatem część środowiska osób niepełnosprawnych może nie identyfikować się z tym symbolem. Warto ponadto zwrócić uwagę na kilka powszechnie obowiązujących zwrotów i określeń, których w sposób podświadomy lub nieświadomi ich znaczenia używamy na co dzień, takich jak: „kaleka, ślepy, zezol, garbaty, inwalida, upośledzony, kulawy, ułomny, świr, czubek, przygłup" etc., pogardliwe potoczne zwroty do odbiorcy: „ty […] downie, ułomie, czubku, przygłupie, debilu" itp. Wiele z wymienionych określeń używanych jest w codziennych sytuacjach, np. kiedy w wyniku sporu chcemy kogoś obrazić. Adresat epitetu niekoniecznie musi być osobą o obniżonej sprawności. Często nieświadomi znaczenia używamy zwrotów lub określeń odnoszących się do niepełnosprawności w celu zdeprecjonowania konkretnej osoby. Warto dodać też, że w niektórych słownikach synonimów i antonimów nie można znaleźć wyrazu niepełnosprawny, natomiast pod hasłem „sprawny" pojawiają się takie synonimy, jak: zręczny, zwinny, wygimnastykowany, zgrabny, operatywny, dynamiczny, niezawodny, działający, prawidłowy, bez wad, funkcjonujący, czynny, dobry itp. Ich antonimy to: niezręczny, niezgrabny, niesprawny, nieporadny, niezdarny, słoniowaty, ofermowaty, ciapowaty, opieszały, apatyczny, obojętny, zepsuty, uszkodzony, wadliwy, z defektem, z usterką, niedziałający, popsuty, zdefektowany, nieczynny (Gajewska, Pawlus, 2003). Można zadać pytanie, czy to, jakich słów i zwrotów używamy, ma wpływ na sposób postrzegania osób z niepełnosprawnością. W prawie relatywizmu językowego sformułowanym przez Eduarda Sapira (1884–1939) i Benjamina Lee Whorfa (1897–1941) zwanym także „hipotezą Sapira-Whorfa" (Rydygier, 2017 – Internet: http://www.focus.pl…), zawiera się przekonanie, że myślenie determinowane jest przez język, którym się posługujemy i za pomocą którego opisujemy rzeczywistość, w której żyjemy. Jest to trudne do zbadania, jednak przykłady przekazów medialnych udowadniają, że język opisowy, za pomocą którego prezentuje się np. osobę niepełnosprawną, jest w stanie wywołać konkretne postawy wobec tej osoby i u tej osoby. Osoby niepełnosprawne stoją zatem przed próbą pokonania wielu barier wynikających głównie z uwarunkowań psychologicznych. Marginalizacja tego środowiska występuje już na poziomie języka, gdzie trudno szukać definicji niepełnosprawności w słownikach, a jeśli już się pojawi, to w lapidarnej formie i pejoratywnym znaczeniu. Sam język również generuje liczne określenia odnoszące się do ludzi z obniżoną sprawnością, które mają negatywne nacechowanie.

Niewątpliwie sposób mówienia o niepełnosprawności należy do trudnych tematów, również w kontekście medialnego wizerunku osób niepełnosprawnych. Rodzi się bowiem pytanie, jakie są możliwości kształtowania tego wizerunku, skoro brakuje programów poświęconych niepełnosprawności, a niepełnosprawnych dziennikarzy aktywnych zawodowo jest również niewielu. Na szczęście osoby z niepełnosprawnością coraz częściej same decydują się walczyć z marginalizacją i stereotypizacją swojego środowiska. Wkładają ogromny wysiłek w budowanie relacji z otoczeniem i dzielenie się swoją codziennością, co pozytywnie wpływa na wzmacnianie ich wizerunku jako osób, które żyją jak każdy z nas, mają marzenia, plany, sukcesy i porażki, radości i smutki. Znaczną rolę w tej kwestii odegrały media społecznościowe, które pomagają przezwyciężyć barierę komunikacyjną i obustronny lęk przed bezpośrednim kontaktem oraz stwarzają możliwość przekazu nieograniczonego ani terytorialnie, ani pod względem treści i formy. Ważną rolę odgrywają dziś także pełnomocnicy, koordynatorzy i rzecznicy instytucji, firm i lokalnych władz ds. osób z niepełnosprawnością, których zadaniem jest szerzenie wiedzy lub informacji o możliwościach i dokonaniach osób z nie-

pełnosprawnością. Nie mniej ważni są lokalni liderzy. Duże znaczenie mają również kampanie społeczne, które podejmują organizacje pozarządowe, choć dyskusyjne może być wykorzystywanie w nich wizerunku celebrytów. Krokiem milowym w procesie socjalizacji i edukacji było utworzenie klas i grup integracyjnych w szkołach oraz przedszkolach. Jednak wciąż brakuje kompleksowych działań, dzięki którym osoby z obniżoną sprawnością mogłyby poczuć się częścią większej wspólnoty. Wolno sądzić, że media mają tu do spełnienia szczególnie ważną rolę.

DF

B: *Dystans wobec przekazu*…, 2017; Gajewska, Pawlus, 2003; Kelman, 1974; *Polacy o niepełnosprawności*, 2004; *Słownik języka polskiego*, 2006; Stangor, Schaller, 1999.
D: Ustawa z 29 XII 1992 roku.
F: *Nienormalni*, 1990; *Zanim się pojawiłeś*, 2016.
N: Gorajewska, 2009 – Internet: http://www.niepelnosprawni.pl…; https://en.wikipedia.org/wiki/ Me_Before_You_(film); Rydygier, 2017 – Internet: http://www.focus.pl…; www.krrit.gov.pl/bip…
O: niepełnosprawność, przestrzeń medialna.
TK: ang. *media image of disability and persons with disability*, fr. *représentation du incapacité et des personnes handicapées dans les médias* / *image médiatique du incapacité et des personnes handicapées*, hiszp. *medios imagen de discapacidad y las personas con discapacidad*, niem. *das Bild von Behinderung und behinderte Menschen in den Medien*, ros. *медиа-образ неполноценности и людей с ограниченными возможностями*.

medycyna anti-aging → medycyna przeciwstarzeniowa

medycyna holistyczna

jest całościowym, integralnym podejściem do procesu leczenia pacjenta w wymiarach: fizycznym, emocjonalnym, umysłowym (mentalnym) i duchowym. To, że chory ma wpływ na przebieg leczenia, wydaje się oczywiste. Człowiek optymistycznie nastawiony do → życia zdrowieje szybciej niż osoba ze skłonnościami do pesymistycznego postrzegania zjawisk życiowych. W medycynie holistycznej bierze się pod uwagę wszystkie aspekty wpływające na → zdrowie, dobre samopoczucie i wewnętrzną równowagę, włącznie z dietą, → stylem życia, stanem emocjonalnym, relacjami międzyludzkimi, związkami z otoczeniem i duchowością. Pacjent i lekarz-terapeuta są partnerami w procesie leczenia. Dzięki nowym zdobyczom nauki odkryto, że pewne włókna nerwowe kończą się na powierzchni krwinek białych, które są podstawowym składnikiem systemu odpornościowego. W związku z tym informacje wysyłane z mózgu wpływają na działanie sytemu odpornościowego. Można więc zauważyć związek między stanem emocjonalnym pacjenta a rozwojem różnych → chorób. Medycyna holistyczna zajmuje się w takim samym stopniu troską o uzdrowienie wymiaru emocjonalnego istnienia człowieka, jak i leczonego zgodnie z najnowszymi osiągnięciami wiedzy medycznej. Skuteczność takiego podejścia do procesu leczenia jest potwierdzona wynikami wielu prac badawczych. Niektórzy traktują ciało chorego jak maszynę, której poszczególne części uległy zepsuciu, więc celem leczenia jest ich naprawa. W podejściu holistycznym postrzega się ciało jako energię połączoną z innymi formami życia. Celem leczenia jest dostrzeżenie wzorców choroby oraz usunięcie przyczyny i okoliczności ich występowania. Medycyna tradycyjna opiera się na przekonaniu, że zdrowie jest dobre, a ból i choroba są złe. Dlatego dąży do wyeliminowania symptomów choroby. Podejście holistyczne nie osądza, a symptomy choroby traktuje jak cenne sygnały wewnętrznego konfliktu.

Zdrowie jest bezcenne – to stwierdzenie brzmi niczym pusty frazes, ale o jego słuszności na pewno wie każdy, kto musiał zmagać się z poważną chorobą. Bez względu na to, czy dotyka ona człowieka bezpośrednio, czy atakuje kogoś bliskiego, ludzka natura nakazuje walczyć o życie na wszelkie sposoby. Całościowa (holistyczna) koncepcja zdrowia stała się fundamentem nowego modelu medycyny, przyjętego i propagowanego przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). W definicji i modelu zdrowia WHO – i innych tworzonych zgodnie z paradygmatem holistycznym koncepcjach i modelach zdrowia – uwagę zwraca przeniesienie akcentu z choroby na zdrowie i ograniczenie znaczenia medycyny i lekarzy na rzecz psychologów i psychoterapeutów. W odróżnieniu od modelu socjomedycznego, akcentującego medyczno-techniczne podejście do pacjenta i eksponującego rolę lekarzy, w nowym modelu podkreśla się podejście podmiotowe. Pacjent jest przedmiotem nie tylko medycznych zabiegów, popsutą maszyną, którą należy naprawić, ale istotą czującą i cierpiącą, a lekarz musi być nie tylko tym, który leczy ciało, ale też duszę (psychikę). Medycyna holistyczna opiera się na założeniu, że poszczególne sfery życia człowieka stanowią niepodzielną całość. W podejściu holistycznym ciało, umysł, → emocje i dusza stanowią jedność. Zamiast skupiać się na symptomach choroby, medycyna holistyczna stara się dotrzeć do jej

przyczyny. Zaangażowanie pacjenta w proces leczenia to podstawa w walce z chorobą. Medycyna holistyczna skupia się na naturalnych procesach leczenia, podczas których lekarz ma wspomagać siły natury. W myśl założeń medycyny holistycznej pacjent stanowi całość (ciało, umysł, dusza, emocje), jest człowiekiem, nie jednostką chorobową, czynnie uczestniczy w procesie leczenia, a leczenie skupia się na przyczynie choroby, nie tylko na łagodzeniu symptomów, i w końcu równowaga na wszystkich poziomach życia stanowi podstawę zdrowia i szczęścia.

Metody, których używa medycyna konwencjonalna, a które polegają na stosowaniu środków farmakologicznych i zabiegów chirurgicznych, nie uwzględniają na ogół prawdziwych przyczyn i nie dotykają rzeczywistego problemu. Świadomi lekarze dokonują odważnych zmian w swoim podejściu do procesu leczenia. Nie zajmują się jedynie profilaktyką, tj. zmianami dokonywanymi na poziomie środowiska (zażywanie witamin, odpoczynek, ćwiczenia, szczepienia ochronne, zmiana diety, unikanie szkodliwych leków i środków chemicznych), ale idą głębiej. Nowe podejście holistyczne postrzega profilaktykę jako integrację osoby na wszystkich poziomach, a więc ciała, umysłu i ducha, z wszystkimi aspektami życia. W modelu medycyny konwencjonalnej lekarz jest jedynym autorytetem i przejmuje całkowitą kontrolę nad pacjentem oraz procesem leczenia. Nie angażuje się emocjonalnie, a jego kontakt z pacjentem można porównać do relacji nauczyciel – uczeń. Natomiast praktyk medycyny holistycznej jest dla klienta partnerem, który zachęca go do wzięcia odpowiedzialności za proces zdrowienia, a troskę i współodczuwanie traktuje jako główny komponent leczenia. Medycyna tradycyjna zwraca uwagę na skuteczność i dane statystyczne, takie jak: tabele czy testy, podczas gdy medycyna holistyczna kładzie nacisk na głębokie ludzkie wartości i umiejętne korzystanie z intuicji. Wprawdzie medycyna konwencjonalna twierdzi, że jej celem jest dotarcie do przyczyny choroby, ale na ogół poprzestaje na leczeniu symptomów. W podejściu holistycznym chodzi o **znalezienie wzorców wywołujących chorobę** i minimalne wspomaganie ze strony medycyny komplementarnej przez stosowanie diety, ćwiczeń, technik radzenia sobie ze → stresem, oddechu, → masażu leczniczego czy pozytywnego myślenia. Według medycyny konwencjonalnej umysł jest mało istotnym czynnikiem w chorobie ciała, a umysł i ciało są traktowane oddzielnie. Holizm w medycynie zakłada, że **emocje mają bardzo duży wpływ na stan zdrowia i leczenie choroby**. Wszelkie przekonania pacjenta wpływają na jego emocje, a w związku z tym nie są obojętne dla zdrowia. Można jednak nauczyć się wpływać na postawy, uczucia i przekonania, i dzięki temu zmieniać swoje emocje. Holistyka mówi o tym, że każdy człowiek funkcjonuje w wymiarze fizycznym, mentalnym i duchowym, a dla zdrowia najważniejsza jest równowaga między nimi. Wynika z tego, że leczenie tylko na poziomie fizycznym nie przynosi rezultatów. Poprzez terapię fizyczną można jedynie usunąć objawy, zewnętrzne symptomy choroby, które po upływie jakiegoś → czasu pojawiają się na nowo.

Medycyna holistyczna to nie tylko naturalne metody leczenia. W zależności od stanu i predyspozycji chorego, rodzaju choroby i jej zaawansowania lekarz powinien wykorzystywać w leczeniu osiągnięcia medycyny zachodniej, konwencjonalnej, jak i korzystać z doświadczeń medycyny naturalnej. Zwolennicy medycyny holistycznej krytykują medycynę tradycyjną za coraz dalej postępującą specjalizację, koncentrację na coraz mniejszych fragmentach ciała. Koncentracja na szczegółach (częściach) sprawia, że traci się z oczu całego człowieka, a w przekonaniu holistów nie można chorego ciała wyleczyć (i zrozumieć przyczyn choroby), jeżeli się je oddzieli od takich czynników jak: stan psychiki, środowiska, sposób odżywiania. Dopiero po uwzględnieniu tych czynników mamy pełny obraz stanu zdrowia jednostki. Holiści twierdzą, że zdrowie to nie tylko brak choroby. Pojęcie to obejmuje również dobre samopoczucie człowieka w każdej dziedzinie. Wbrew tradycyjnej medycynie zwolennicy koncepcji zdrowia holistycznego twierdzą, że człowiek ma wewnętrzną siłę, która ma moc uzdrawiania ciała i że uzdrowiciel wewnątrz nas jest najmądrzejszą, najbardziej złożoną, integralną jednostką we wszechświecie. Zwolennicy medycyny holistycznej propagują alternatywne wobec klasycznej medycyny techniki i sposoby leczenia, takie jak: akupunktura, akupresura, biofeedback, kręgarstwo, homeopatia, irydologia, orgonomia, terapia strefowa, rolfing, terapia polaryzacyjna czy joga. Powyższe metody powinny być wsparte różnego typu terapiami psychologicznymi. W terapii prowadzonej w myśl medycyny holistycznej zaleca się pacjentowi dogłębną analizę warunków, w których żyje. Chory powinien zastanowić się nad swoim życiem osobistym i zawodowym, odpowiadając sobie na konkretne pytania, np. czy jest szczęśliwy, czy realizuje się w życiu, jakie są jego stosunki z innymi ludźmi. Następnie pacjent powinien przeanalizować swój świat wewnętrzny, zastanowić się nad swoimi emocjami, marzeniami i pragnieniami. Uświadomić sobie, co naprawdę przeżywa i spróbować znaleźć podłoże swo-

jej choroby. Dopiero wówczas można zidentyfikować stan jego psychiki i zacząć nad nim pracować. Psychika i osobowość są bowiem kluczowe dla osiągnięcia równowagi organizmu. Kiedy człowiek jest przygnębiony, ma poczucie niespełnienia, żalu lub tęsknoty, ma niską samoocenę i poczucie winy, wówczas jego ciało zaczyna reagować na tę trudną sytuację, jego układ immunologiczny jest coraz słabszy i zaczyna się choroba.

W medycynie holistycznej nie leczy się choroby, lecz człowieka. Dlatego tak ważna jest rozmowa z badanym i uświadomienie mu, jak duże znaczenie ma strefa emocjonalna i duchowa.

Jak wiadomo, leki chemiczne mają działanie uboczne, jeśli więc nie ma konieczności stosowania farmakologii, warto spróbować leczenia metodami naturalnymi, dietą, ziołolecznictwem czy homeopatią. Medycyna holistyczna ma swoje korzenie zarówno w medycynie chińskiej, zachodniej, czyli u → Hipokratesa, jak i w mądrości Indii – ajurwedzie.

Medycyna chińska postrzega człowieka przez pryzmat wszystkich aspektów jego życia. Wbrew pozorom to tradycyjne chińskie podejście nie różni się bardzo od poglądów, które stały u początków medycyny zachodniej. Wspomniany Hipokrates uważał, że człowiek pozostaje w ścisłym związku ze swoim środowiskiem, a leczyć należy chorego, nie konkretną chorobę. Zgodnie z chińską teorią Pięciu Elementów, nazywaną „teorią wzajemnych wpływów między człowiekiem a naturą", światem – także ludzkim ciałem – rządzi pięć żywiołów. Są to: Drzewo, Ogień, Ziemia, Metal i Woda. Kiedy siły te pozostają w harmonii, wszystko działa sprawnie. W przeciwnym razie przepływ energii zostaje zaburzony. Dlatego warunkiem zdrowia jest utrzymanie stanu równowagi pomiędzy różnymi narządami organizmu oraz między naszym ciałem a środowiskiem. Wśród przyczyn choroby Chińczycy wyróżniają czynniki zewnętrzne, klimatyczne (zimno, gorąco, wiatr), wewnętrzne (stres, przemęczenie, wyczerpanie lub pobudzenie emocjonalne) oraz inne, takie jak: niewłaściwe odżywianie czy urazy. Lekarz ze Wschodu, zanim podejmie decyzję o sposobie leczenia, stara się dociec powodów powstania schorzenia. Wizyta rozpoczyna się od szczegółowego wywiadu, podczas którego lekarz zadaje pytania dotyczące stylu życia, zwyczajów, diety i usposobienia pacjenta. Następnie bada jego puls, ocenia stan skóry (barwę, nawilżenie), ogląda język i oczy. Dopiero po szczegółowych oględzinach i postawieniu diagnozy lekarz decyduje o sposobie leczenia. Dobiera go indywidualnie do każdego chorego, łącząc zwykle (w różnych proporcjach) kilka metod terapii. Najpowszechniej w medycynie chińskiej stosuje się akupunkturę, akupresurę, rozgrzewanie i ziołolecznictwo, ale równie ważne w leczeniu są odpowiednia dieta i ćwiczenia.

Ajurweda to najstarszy system medyczny, którego celem jest zachowanie zdrowia osób zdrowych i leczenie chorych. Logicznie i konsekwentnie pojmuje różnice indywidualne między pacjentami i proponuje im bardzo zindywidualizowany sposób leczenia. Obejmuje dietę, żywienie, ćwiczenia fizyczne i oddechowe, medytację, ziołolecznictwo, zmianę stylu życia, zabiegi pielęgnacyjno-lecznicze itd. Zdrowie postrzega jako harmonię między ciałem, umysłem, emocjami i duchowością. Chorobę zaś interpretuje jako objaw i skutek dysharmonii. Nie stanowi magicznego panaceum na wszelkie dolegliwości, a jednak istnieje i służy człowiekowi od pięciu tys. lat. Co więcej, w obliczu niewystarczalności tzw. współczesnej medycyny akademickiej, coraz częściej staje się obiektem zainteresowania ludzi na całym świecie: zdrowych, szukających metod profilaktyki, a także chorych, szukających sposobów leczenia. Ajurweda niczego nie zabrania, nie działa inwazyjnie ani agresywnie, korzysta ze wszystkich istniejących systemów medycznych i w leczeniu dolegliwości posługuje się wszelkimi występującymi w naturze substancjami. Ajurweda to również system medycyny naturalnej, naturoterapii, znany jako sposób na zdrowe życie i → długowieczność [ludzką]. To nie tylko leczenie chorób i/lub zapobieganie im, ale także utrzymanie zdrowia, długowieczności i żywotności. Celem metod Ajurwedy jest osiągnięcie równowagi i harmonii, dobrego zdrowia i długowieczności. Jest to osiągane przy kompleksowym podejściu bez użycia leków chemicznych i inwazyjnych zabiegów, ale przy wykorzystaniu zrównoważonej i odpowiednio dobranej diety, leków ziołowych, delikatnych ćwiczeń zdrowotnych, medytacji i relaksacji oraz terapii fizycznych.

Leczenie holistyczne polega nie na leczeniu objawów choroby, a na docieraniu do jej źródła. Holizm sprzeciwia się redukcjonizmowi, wg którego człowiek jest niczym maszyna i aby poprawić jego funkcjonowanie, należy naprawić uszkodzoną część. Tym samym prezentują stanowisko, że niektóre choroby są „chorobami duszy" i wynikają np. z nieprzepracowanych problemów psychicznych. Są więc chorobami psychosomatycznymi, jak np. przewlekłe migreny. Istotne jest także to, w jaki sposób przeprowadza się leczenie w koncepcji holizmu. Zadaniem lekarza jest przede wszystkim **wspieranie organizmu pacjenta w samodzielnym zdrowieniu** oraz **skupianie się na naturalnych procesach leczenia**.

AMI

O: medycyna prewencyjna, medycyna przeciwstarzeniowa.
S: medycyna całościowa, medycyna integralna, medycyna komplementarna.
TK: ang. *holistic medicine/holistic health*, fr. *holistiques medicines/thérapie holistique*, hiszp. *la medicina holística/la medicina complementari*, niem. *Ganzheitsmedizin/ganzheitliche Medizin/Komplementärmedizin/komplementäre Medizin*, ros. *холистическая медицина/холистическое здоровье*.

medycyna komplementarna i alternatywna – to określenia, których często używa się zamiennie, jednak oznaczają co innego. Podstawowa różnica polega nie na rodzaju metod leczenia, ale na sposobie ich stosowania. Medycyna komplementarna to metody wspomagające tradycyjne leczenie, natomiast alternatywna zakłada odrzucenie terapii zalecanej przez lekarza i wybór innych metod, takich jak: akupunktura, homeopatia, ziołolecznictwo, kręgarstwo, aromaterapia i/lub → masaż [leczniczy]. Część z nich wywodzi się z tradycji kultur Wschodu – akupunktura z medycyny chińskiej, stosowanie specjalnych, indywidualnie dobranych mieszanek ziół z medycyny tybetańskiej, a np. masaż ajurwedyjski to tradycyjny masaż hinduski. Dawniej medycyna opierała się doświadczeniach i spostrzeżeniach wielu pokoleń ludzi zajmujących się leczeniem. Naturalne metody leczenia, stosowane na dużą skalę przez całe stulecia, na początku XX stulecia zostały zepchnięte przez medycynę naukową na dalszy plan. Jednak w ostatnich latach, mimo stałego postępu medycyny w zakresie diagnostyki i terapii, pacjenci chętnie wracają do naturalnych metod leczenia.
Ostatnie dwudziestolecie to okres wielkiego zainteresowania alternatywnymi i komplementarnymi metodami leczenia oraz ponowne „odkrycie" zalet medycyny naturalnej. Obserwuje się też sięganie do różnych starych tradycji: europejskiego ziołolecznictwa czy medycyny orientalnej. Renesans zainteresowania przeżywa homeopatia, znana od ok. 200 lat. Dziedziny te dają nieraz spektakularne dowody skuteczności diagnozowania i leczenia. Coraz więcej ludzi na świecie, w tym także w Polsce, interesuje się terapiami naturalnymi. Wśród osób je stosujących przeważają kobiety, które szczególnie często wybierają masaże i aromaterapię, przypominające przyjemne zabiegi kosmetyczne. Mężczyźni natomiast, jeżeli już decydują się na leczenie, to poszukują sposobów na zwalczenie konkretnych schorzeń, takich jak: kontuzje sportowe czy bóle kręgosłupa. Chcąc ujednolicić strukturę silnie i szybko rozwijającej się medycynie alternatywnej, Biuro Medycyny Alternatywnej (utworzone w Stanach Zjednoczonych w latach 90. XX wieku przez Narodowy Instytut Zdrowia) wyodrębniło siedem głównych kategorii: 1) diety i odżywki; 2) techniki umysł – ciało; 3) bioelektromagnetyzm; 4) medycyna tradycyjna i ludowa; 5) metody terapii farmakologicznej i biologicznej; 6) metody leczenia manualnego; 7) leki ziołowe. Podział ten został zweryfikowany w następnych latach i ustalono pięć kategorii: 1) całościowy system medyczny: np. tradycyjna medycyna chińska, naturopatia, homeopatia i ajurweda [starożytny system medycyny indyjskiej – przyp. red.]; 2) medycyna umysł–ciało: holistyczne podejście do → zdrowia wykorzystujące wzajemne powiązania pomiędzy ciałem, umysłem a psychiką. Działa na podstawie założenia, że umysł może wpływać na funkcjonowanie ciała i powodować występowanie fizycznych symptomów; 3) praktyki aktywne biologicznie: terapie rozwinięte na podstawie substancji występujących w przyrodzie, takich jak: zioła, żywność, witaminy oraz inne substancje naturalne; 4) terapie manualne związane z ciałem, polegające na „poruszeniu" części ciała, podobnie jak w przypadku chiropraktyki lub osteopatii, np. refleksologia; 5) bioenergioterapia (medycyna energetyczna): dziedzina, która zajmuje się zarówno domniemanymi, jak i sprawdzalnymi polami energii).
W ostatnich latach w wielu krajach nasila się proces tworzenia medycyny komplementarnej lub alternatywnej, i włączania jej do medycyny akademickiej, która stanowi trzon systemów zdrowotnych. Medycyna akademicka polega na działaniach lekarzy i innych osób reprezentujących zawody medyczne, które wynikają ze zdobytego przez nich wykształcenia i – coraz częściej – dowodów z badań naukowych. Ten rodzaj opieki nazywany jest czasem medycyną naukową, nowoczesną, zachodnią, uniwersytecką, konwencjonalną, oficjalną, urzędową lub ortodoksyjną. Medycyna tradycyjna jest trudniejsza do zdefiniowania. Stanowi ogólną sumę wiedzy, umiejętności i praktyk opierających się na teoriach, przekonaniach i doświadczeniach właściwych dla różnych kultur, które są wykorzystywane do zachowania zdrowia oraz zapobiegania → chorobom, diagnozowania ich, a także leczenia. Należy zwrócić uwagę, że medycyna akademicka i tradycyjna nie stanowią całkowicie odrębnych podsystemów. Mają specjalistów, którzy fachowo wykonują zabiegi z różnych obszarów (np. lekarze homeopaci czy akupunkturzyści), a przeważająca większość pacjentów i konsumentów korzysta z obu podsystemów. Ostatnie lata pokazują dobitnie, że medycyna akademicka i naukowcy coraz bardziej interesują się praktykami tradycyjnymi, także tymi komplementarnymi – pochodzącymi

z odległych regionów świata. Medycyna komplementarna może składać się np. z segmentów wywodzących się z lecznictwa ludowego, z medycyny chińskiej i indyjskiej, z nowszych i nowo powstających metod oraz technik uzdrowicielskich. Niektóre z owych segmentów mogą sytuować się na granicy biomedycyny, jak np. homeopatia czy akupunktura. Mogą być częściowo uznane bądź zaakceptowane praktycznie, tzn. istnieje przyzwolenie dla ich stosowania także w ramach medycyny tradycyjnej, ale bez uznania ich podstaw teoretycznych. Medycyna komplementarna poprzez różne metody terapeutyczne ma wspomagać konwencjonalne sposoby leczenia. Obejmuje ona techniki pracy nad ciałem i umysłem oraz stosowanie naturalnych suplementów, ziół czy uzdrawiania duchowego. Choć komplementarne procedury medyczne są stosowane od tysięcy lat, badania naukowe nie potwierdziły jednoznacznie ich skuteczności. Naukowcy zwracają jednak uwagę, że niektóre metody, takie jak akupunktura, joga czy medytacja, mogą pomóc w uśmierzaniu bólu. Poza tym terapia komplementarna pozytywnie wpływa na stan psychiczny pacjenta, co ma duże znaczenie w procesie zdrowienia. Alternatywne sposoby leczenia odbiegają od tradycyjnych przede wszystkim pod względem podejścia specjalisty do pacjenta. Więcej uwagi poświęca się w nich całej osobie, zaś leczenie konkretnego schorzenia jest niejako wtórne. Leczenie ma na celu nie tylko usunięcie objawów schorzenia, ale także jego przyczyny i ogólną poprawę stanu zdrowia. Dlatego w medycynie alternatywnej tak duży nacisk kładzie się na ustalenie, jaki styl życia prowadzi pacjent, w jakim przebywa środowisku, jak się odżywia i jaka jest jego kondycja psychiczna.

Profilaktyka jest kolejnym, bardzo ważnym elementem filozofii medycyny naturalnej. Chociaż niektórzy ciągle kwestionują skuteczność medycyny niekonwencjonalnej, Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) sporządziła listę schorzeń, w których leczeniu może być ona pomocna, zwłaszcza akupunktura i ziołolecznictwo (Dyrektywa 2004/24/WE). Ponadto terapie naturalne coraz częściej stosuje się jako uzupełnienie konwencjonalnego leczenia nawet ciężkich chorób. Takie metody jak akupunktura nie mogą oczywiście zastąpić tradycyjnej terapii, jednak ich stosowanie podwyższa komfort → życia pacjenta, przykładowo poprzez zmniejszenie bólu czy usuwanie ubocznych efektów chemioterapii, takich jak np. mdłości. Prowadzi się coraz więcej badań potwierdzających skuteczność alternatywnych metod leczenia, co obala mit, jakoby ich wpływ na stan zdrowia pacjenta był niczym innym niż efektem placebo. Jeśli terapia jest prawidłowo stosowana, medycyna alternatywna może być bezpieczna dla pacjenta, jednakże niektóre leki ziołowe mogą być toksyczne i niezdrowe, np. gdy zawierają trujące rośliny, a zwłaszcza jeśli występują w zbyt dużych dawkach lub są to zioła pochodzące z tropikalnych stref klimatycznych, których działanie nie jest znane. Chcąc ograniczyć liczbę niekorzystnych zdarzeń, związanych ze stosowaniem medycyny komplementarnej i alternatywnej, konieczne jest podjęcie wielokierunkowych działań zwiększających świadomość zarówno pacjentów, jak i lekarzy. W tym celu należy kontynuować badania nad preparatami medycyny niekonwencjonalnej, oceniające ich działanie, objawy niepożądane i interakcje z innymi lekami.

AMI

A: CAM (ang.), MAC (hiszp.), "ThC" (fr.).
B: Mathers i współprac., 2001; Parking, 2006; Robbins, 2006.
D: Dyrektywa 2004/24/WE.
O: medycyna holistyczna, medycyna prewencyjna, medycyna przeciwstarzeniowa.
S: medycyna niekonwencjonalna, paramedycyna.
TK: ang. *complementary and alternative medicine* [CAM], fr. *medicine complémentaire et alternative/"thérapies complémentaires"* ["ThC"], hiszp. *medicina alternative y complmentaria* [MAC], niem. *Alternativmedizin und Komplementärmedizin/komplementäre und alternative Medizin* ros. *нетрадиционная медицина/дополнительная н альтернативная и медицина/комплементарная медицина.*

medycyna prewencyjna

Współcześnie w medycynie coraz większą rolę zaczyna odgrywać profilaktyka, jednak główne wysiłki ukierunkowane są zwykle na leczenie już istniejących, często bardzo zaawansowanych zmian. Warto zwrócić uwagę na to, że wielu z nich przy odpowiednim podejściu można by uniknąć. Tego typu obserwacje przyczyniły się do powstania nurtu, który w niektórych krajach wysokorozwiniętych zaowocował wyodrębnieniem się specjalizacji lekarskiej zwanej medycyną *anti-aging*, czyli → medycyną przeciwstarzeniową, której celem jest m.in. wczesne wykrycie niepożądanych dolegliwości. Dziś ludzie jak najdłużej pragną zachować taki sam komfort, poziom i → jakość życia, jak w latach swojej młodości. Z pomocą przychodzi im właśnie *anti-aging medicine*, która w odróżnieniu od medycyny klasycznej nie jest nastawiona na leczenie skutków → choroby, lecz na prewencję. Jej głównym zadaniem jest zapobieganie chorobom, wykrywanie i leczenie ich we wczesnym stadium, a także

usuwanie wszelkich zmian powiązanych z wiekiem. Celem jest nie tylko wydłużenie, lecz również poprawa jakości naszego życia. Działania przeciwstarzeniowe skupiają się na zachowaniu witalności, sprawności, zarówno fizycznej i psychicznej, a także młodego wyglądu oraz dobrego samopoczucia na każdym etapie naszego → życia.

Medycyna prewencyjna jest nowo tworzącym się kierunkiem w medycynie XXI wieku. Jest to ewolucja w medycznym sposobie myślenia, w kategorii → zdrowia, a nie choroby. Reprezentuje całościowe spojrzenie na pacjenta, na jego indywidualne potrzeby i preferencje zdrowotne. Medycyna prewencyjna obejmuje działania profilaktyczne, biorąc pod uwagę wszystkie aspekty życia. Zarazem jest odpowiedzią na potrzebę zmiany tradycyjnego podejścia medycznego: nie leczymy objawów, ale pacjenta. Obejmuje działania prewencyjne i profilaktyczne zmierzające ku osiąganiu równowagi między ciałem a umysłem. Średnia długość ludzkiego życia systematycznie się zwiększa, a dzieje się tak dzięki poprawie jego jakości, profilaktyce wielu chorób i postępowi medycyny. Podczas gdy 200 lat przed Chrystusem ludzie żyli średnio tylko 22 lata, dwadzieścia wieków później, w roku 1900, żyli już prawie dwukrotnie dłużej, bo 47 lat, zaś 100 lat później, w roku 2000, już 77 lat. Średnia długość życia prognozowana na rok 2050 wynosi 100 lat. W niezwykle szybkim tempie zwiększa się subpopulacja ludzi po 65. r.ż.. W roku 1900 liczyła ona 3 mln, 35 mln w 2000, a w 2030 prognozowana jest na 70 mln. Obecnie żyje na świecie 140 tys. ludzi, którzy osiągnęli lub przekroczyli wiek stu lat, w 2050 roku ma ich być milion (Parking, 2006). Tak znaczny wzrost populacji ludzi starszych staje się problemem społecznym naszych czasów. Wydłużenie średniego czasu życia stwarza bowiem nowe problemy ekonomiczne, społeczne i również zdrowotne, bowiem dłuższy czas życia oznacza często dłuższe chorowanie.

Obserwuje się obniżanie średniego wieku występowania wielu chorób, w tym układu krążenia, a obecnie ludzie ok. 10% z czasu swego życia chorują. Choroby ograniczające → sprawność funkcjonalną i/lub psychiczną, złe samopoczucie, czasami zależność od innych osób powodują, że trzeba się zmagać z życiem, zamiast się nim cieszyć. Rozwijająca się dynamicznie w ciągu ostatnich 25 lat medycyna przeciwstarzeniowa ma na celu zapewnienie człowiekowi dłuższego życia w jak najlepszej formie.

Podstawowa różnica pomiędzy klasyczną a prewencyjną medycyną polega na tym, że medycyna klasyczna koncentruje się na rozpoznawaniu chorób i ich leczeniu, natomiast medycynę prewencyjną interesuje optymalizacja zdrowia i niedopuszczanie do rozwoju chorób. Medycyna klasyczna osiąga niewątpliwe sukcesy na polu technik operacyjnych i farmakoterapii, lecz jest bezradna wobec wrastającej liczby zachorowalności na choroby cywilizacyjne. Dowodem na to są badania Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), która ocenia, że śmiertelność z powodu zachorowań na choroby degeneracyjne i związane z wiekiem wynosi w Europie 85%, a w Polsce jest równa aż 90% (Mathers i współprac., 2001).

O wzroście zachorowań degeneracyjnych decydują przede wszystkim czynniki związane ze → stylem życia, dietą i środowiskiem społecznym, które aż w 80% wpływają na nasze zdrowie i życie. Czynniki biologiczne i genetyczne to jedynie 5–10% wpływu (Lalonde, 1974 – Internet: http://www.hc-sc.gc.ca…).

Niezwykle ważna – udowodniona naukowo – jest możliwość zahamowania wczesnych faz rozwoju chorób, a nawet ich odwrócenie, poprzez właściwe zachowania zdrowotne, a więc wykorzystanie modelu nazywanego postępowaniem niefarmakologicznym. Czynniki środowiskowe są w pełni modyfikowalne i poddają się wpływom. Wiedza ta jednak wciąż nie znajduje satysfakcjonującego odzwierciedlenia w profilaktyce zdrowia. W założeniu medycyny prewencyjnej i przeciwstarzeniowej istotna jest współpraca lekarza i pacjenta. Ważne, aby pacjent był świadomy, zaangażowany, a oprócz analizowania, rozmowy, stosowania się do zaleceń wydanych na podstawie wiedzy medycznej, brał aktywny udział w procesie terapeutycznym, dążąc do poprawy swojego stanu zdrowia. Lekarze i pacjenci zaczynają szukać przyczyn choroby i sposobów działania. Zauważa się związek między chorobą a czynnikami wynikającymi ze stylu życia, takimi jak: sen, → aktywność fizyczna, odżywianie i środki do produkcji żywności, poziom → stresu, relacje międzyludzkie (społeczne i rodzinne) oraz toksyny w otaczającym środowisku. Analizuje się specyficzne czynniki ryzyka zaistniałe w przeszłości, czynniki wyzwalające, czynniki pośredniczące w procesach psychicznych, fizjologicznych, immunologicznych, metabolicznych i toksykologicznych predysponujące do wystąpienia symptomów choroby na podstawie badań naukowych, które wykazały związek z przyczynami → chorób przewlekłych. Żaden z tych składników nie jest odrębny, wpływa na całe spektrum zdrowia. Wszystkie razem wpływają na nasze samopoczucie, wygląd i myślenie. Medycyna przeciwstarzeniowa nie jest specjalizacją jednego lekarza. Zajmują się nią lekarze od pediatry do geriatry, gdyż profilaktykę powin-

niśmy stosować przez całe życie. Warto zauważyć, że najdłużej żyją mieszkańcy japońskiej wyspy Okinawa. Mają zdrowe środowisko, tryb życia, dietę bogatą w warzywa, ryby i świeże algi. To świadczy o tym, jak duży wpływ na nasze życie ma to, co robimy i jak żyjemy. Nie bez znaczenia jest także nastawienie do życia. Osoby z pozytywnym usposobieniem starzeją się pomyślniej. Podobnie jak osoby utrzymujące sprawność społeczną i intelektualną.

Ważne jest dokładne zebranie wywiadu medycznego, poczynając od przebiegu porodu, wieku i wagi urodzeniowej, chorób w dzieciństwie i ewentualnych urazów. Wywiad rodzinny powinien szczególnie uwzględniać choroby układu krążenia, → cukrzycę, → otyłość, alergie, → depresję [i zaburzenia nastroju], → chorobę Alzheimera, nowotwory i → osteoporozę oraz średni czas życia dziadków i rodziców.

Modelowanie stylu życia to najpotężniejsze i najważniejsze narzędzie, jakim dysponuje medycyna przeciwstarzeniowa. Na tym etapie należy ustalić, jak wygląda dieta danej osoby, czy nie występują zaburzenia pracy przewodu pokarmowego typu wzdęcia, zaparcia, biegunki lub bóle brzucha, nietolerancje pokarmowe czy niedobory żywieniowe. Prawidłowa dieta ma dla medycyny przeciwstarzeniowej fundamentalne znaczenie. Naukowcy udowodnili, że dieta, która obciąża metabolizm, sprzyja powstawaniu wolnych rodników. Osoby, które pragną uchronić swój organizm przed działaniem tych reaktywnych związków, powinny zmienić dotychczasowe nawyki żywieniowe. Konsumpcja słodyczy, potraw określanych jako fast food czy chipsów, przyczynia się do → przedwczesnego starzenia się organizmu. Dieta powinna być niskokaloryczna, zawierająca wystarczająco dużo owoców i warzyw, nienasyconych kwasów tłuszczowych oraz białka przygotowywanego w niskiej temperaturze. Dieta powinna być pozbawiona wszelkich szkodliwych produktów, takich jak: cukier, alkohol, kofeina, produkty przetworzone, spalony tłuszcz lub mięso. Powinno się też ograniczać spożywanie nabiału. Ograniczenie kalorii dostarczanych organizmowi wydaje się najprostszym sposobem na → długowieczność [ludzką]. → Starzenie się organizmu bardzo ściśle powiązane jest z aktywnością wolnych rodników, a odpowiednio skomponowana dieta ma za zadanie ich neutralizowanie. W diecie przeciwstarzeniowej dużą uwagę zwraca się na antyoksydanty, dzięki którym – jak twierdzą naukowcy – można zminimalizować skutki w ponad 80 chorobach związanych ze starzeniem się. Przeciwutleniacze odbudowują bowiem zniszczone komórki, regenerując wszystkie organy naszego organizmu. W „diecie młodości" nie tylko ważny jest dobór odpowiednich produktów żywnościowych, ale również sposób ich przyrządzania. Naukowcy udowadniają, że gotowanie na parze, pieczenie i duszenie potraw może pomóc zachować młodzieńczy wygląd.

Podstawowe zasady, których powinno się przestrzegać, stosując dietę przeciwstarzeniową, to:

Dieta bogata w antyoksydanty. Są to związki należące do substancji biologicznie aktywnych. Odpowiedzialne są za neutralizowanie aktywności wolnych rodników powstałych w wyniku takich procesów jak: smażenie, wędzenie, nieprawidłowe przechowywanie itp. Do przeciwutleniaczy należą m.in. witaminy (A, C, E) i składniki mineralne. Najbogatszym źródłem antyoksydantów są oczywiście owoce i warzywa, najlepiej uprawiane w sposób naturalny. Produkowane na masową skalę niestety bardzo często tracą większość najcenniejszych składników odżywczych, a tym samym swoją dobroczynną moc.

Dieta ubogoentergetyczna. Zakłada się bowiem, że ograniczenie dostarczanych do organizmu kalorii o 30% przedłuża życie, a także pozwala zmniejszyć ryzyko zachorowania na chorobę Alzheimera, cukrzycę i → miażdżycę naczyń.

Rezygnacja z żywności przetworzonej, cukru i słodyczy. Unikać należy jedzenia potraw typu fast food, słodkich napoi gazowanych, słodyczy, dań typu instant i innych wysoko przetworzonych produktów. Cukier rafinowany, a także syrop glukozowo-fruktozowy znacznie przyspiesza procesy starzenia organizmu. Szybki wzrost cukru we krwi powoduje zmiany struktury komórek, które z kolei wywołują stan zapalny w organizmie. Zapalenie nasila zmiany skórne oraz wpływa na pogłębienie zmarszczek. Ponadto cukier spowalnia produkcję kolagenu i elastyn. Nie chcąc całkowicie rezygnować ze słodzenia, można stosować zamienniki cukru w postaci miodu, stewii czy ksylitolu.

Unikanie tłuszczów typu trans i utwardzanych na rzecz zdrowych tłuszczów. Należy podkreślić, że w diecie przeciwstarzeniowej nie unikamy tłuszczów, gdyż zapewniają komórkom elastyczność i przepuszczalność składników odżywczych oraz umożliwiają usuwanie zbędnych produktów przemiany materii. Są też niezbędne do zachowania równowagi hormonalnej, mocnych włosów, paznokci i zdrowego wyglądu skóry. Eliminując wszelkie tłuszcze z diety, blokuje się przyswajanie witamin A, D, E, K. W rezultacie zamiast się odmładzać i upiększać, zmierzamy w kierunku degeneracji organizmu. Trzeba jednak pamiętać, że

do prawidłowej regeneracji starych i budowy nowych komórek niezbędne są zdrowe tłuszcze. Należy uważać na nienasycone kwasy tłuszczowe typu trans, powstałe w wyniku utwardzenia olejów roślinnych. Same oleje roślinne są zdrowe, ale proces utwardzania powoduje, że zmieniają się ich właściwości. Wówczas mogą być groźniejsze dla zdrowia niż – i tak bardzo niezdrowe – nasycone kwasy tłuszczowe.

Spożywanie warzyw i owoców oraz stosowanie przypraw. Im więcej posiłków zawiera w swoim składzie warzywa i owoce, tym lepiej. Warzywa zielone są bogate w chlorofil i kwas foliowy, a także w magnez, wapń i potas. Detoksykują organizm i wspomagają proces odchudzania. Warzywa pomarańczowe i żółte zawierają dużo beta-karotenu i witaminy C. Są korzystne dla urody oraz chronią przed nowotworami. Warzywa koloru czerwonego są bogate w przeciwutleniacze. Wzmacniają serce i układ krążenia a także pomagają obniżyć poziom → cholesterolu. Warzywa fioletowe wspierają działanie układu trawienia i zawierają przeciwutleniacze. Warzywa koloru białego zawierają naturalne antybiotyki, działają przeciwzapalnie, przeciwwirusowo i bakteriobójczo. Przyprawy mające zbawienny wpływ na nasz organizm to m.in. imbir, kurkuma, czosnek, bazylia, chili i oregano.

Wzbogacanie diety w białko, które jest podstawowym budulcem naszego organizmu, i odpowiada m.in. za prawidłową odbudowę komórek. Ponadto warunkuje właściwą pracę mózgu i utrzymanie stałego poziomu cukru we krwi. Niezbędne dla prawidłowego przyswojenia białka są: błonnik oraz kwasy omega 3, 6 i 9. Źródłem pełnowartościowego białka jest przede wszystkim mięso (wołowina, kurczak, ryby, indyk) oraz produkty pochodzenia zwierzęcego, takie jak: jaja, sery i fermentowane przetwory mleczne. Należy jednak pamiętać, że spożywanie dużej ilości białka zwierzęcego zakwasza organizm.

Uwzględnianie błonnika w diecie. Reguluje on pracę jelit, zapobiega zaparciom, obniża poziom cholesterolu, a także reguluje poziom glukozy we krwi. Błonnik chroni także przed nowotworem jelita grubego. Można go znaleźć w warzywach, owocach oraz zbożach.

Odpowiedni poziom nawodnienia organizmu to podstawa dobrego samopoczucia, woda pełni bowiem wiele ważnych funkcji. Jest ona niezbędnym elementem procesu trawienia i przemiany materii, transportuje wszystkie składniki po całym organizmie, reguluje temperaturę ciała i usuwa z organizmu toksyny. Odpowiednie nawilżenie jest warunkiem dobrego wyglądu.

Ograniczenie toksyn w najbliższym otoczeniu. Nie należy jeść spalonych lub przypalonych pokarmów. Istotny jest odpowiedni dobór produktów, dlatego trzeba uważnie czytać etykiety i starać się wybierać te produkty, w których najmniej jest konserwantów, sztucznych barwników czy emulgatorów. Należy uważać na obecność metali ciężkich, bakterii, pleśni, alkoholu i dymu papierosowego.

Kolejny element istotny dla zdrowia – z punktu widzenia medycyny przeciwstarzeniowej – to prawidłowa jakość i długość snu. Podczas snu wydzielane są hormony, takie jak np. hormon wzrostu, i nasila się ich pozytywne działanie. Równocześnie obniża się wydzielanie takich hormonów jak: kortyzol i adrenalina. → Zaburzenia snu powodują zakłócenie tej prawidłowości – skutkuje to m.in. niekorzystnymi zmianami metabolicznymi, → otyłością i większym ryzykiem cukrzycy.

Bardzo ważna z punktu widzenia medycyny przeciwstarzeniowej jest aktywność fizyczna oraz umiejętność radzenia sobie ze stresem. Korzyści wynikające z uprawiania sportu są niezliczone i obejmują m.in. zmniejszenie ryzyka otyłości i/lub chorób serca, obniżenie profilu lipidowego, w tym cholesterolu, zmniejszone ryzyko zachorowania na raka, zapobieganie rozwojowi nadciśnienia tętniczego, wzmocnienie mięśni i kości, zapewnienie zdrowia umysłowego oraz lepszego samopoczucia. U osób, u których poziom stresu jest wyższy, obserwuje się nasilenie procesów zapalnych, większe stężenie wolnych rodników, jak również zaburzenia stężeń hormonów.

Taki przewlekle utrzymujący się stan może powodować przedwczesne starzenie. Prawidłowe reagowanie na stres i odpowiedni relaks to podstawowe czynniki wpływające na długowieczność. Równie istotna jest osobowość i utrzymywanie więzi z bliskimi i przyjaciółmi. Udowodniono, że osoby samotne żyją znacznie krócej. Z medycyną przeciwstarzeniową nierozerwalnie związane jest pojęcie → „wieku biologicznego", który ocenia stan funkcjonalny osobnika w odniesieniu do jego rówieśników na podstawie określenia, jak dobrze funkcjonuje on w porównaniu z nimi. By to ocenić, wykonuje się kilka badań fizykalnych, takich jak: badanie widzenia, słuchu, → pamięci, rozumienia, kojarzenia, koordynacji, równowagi, wydolności układu krążenia i płuc, siły fizycznej i grubości skóry. Określa się także gęstość kości i stan zębów oraz wykonuje badania prewencyjne typu mammografia, cytologia, kolonoskopia czy badanie prostaty.

Medycyna przeciwstarzeniowa nie czeka na ujawnienie się choroby, a zapobiega jej wcześniej, nawet u młodego zdrowego człowieka, bowiem w każdym wieku przynosi korzystne efekty. Warto też zdawać so-

bie sprawę, że w znacznym stopniu od samego człowieka zależy, jak długo będzie cieszył się zdrowiem i pełnią życia. Bowiem w niewielkim stopniu wpływają na to geny, a decydujące znaczenie ma prawidłowa masa ciała, dieta z ograniczeniem nasyconych kwasów tłuszczowych, wczesne wykrywanie i leczenie nadciśnienia, zwiększenie aktywności fizycznej, niepalenie, życie towarzyskie, sprawność umysłowa, aktywność seksualna i dobry sen. Za czynniki skracające życie uznaje się nadwagę i otyłość, hiperglikemię, nadciśnienie, palenie papierosów, spożywanie trzech lub więcej porcji alkoholu dziennie, niskie wykształcenie i samotność. Długość naszego życia zależy w dużej mierze od osobowości i pozytywnego nastawienia do jego kolejnego etapu, jakim jest starzenie. Dłużej żyją ludzie aktywni umysłowo i fizycznie, mający plany i ciekawi świata.

AMI

B: Mathers i współprac., 2001; Parking, 2006; Robbins, 2006.
N: Lalonde, 1974 – Internet: http://www.hc-sc.gc.ca…
S: medycyna profilaktyczna, medycyna zapobiegawcza.
TK: ang. *preventive medicine*, fr. *médicine préventive*, hiszp. *medicina preventiva*, niem. *vorbeugende Heilkunde/Gesundheitsvorsorge/Präventivmedizin*, ros. *профилактическая медицина*.

medycyna przeciwstarzeniowa (medycyna *anti-aging*)

Określenie medycyna przeciwstarzeniowa (am. *anti-aging medicine* – AAM) zaczęło być używane w latach 90. XX wieku do opisu wszelkich działań związanych z ograniczaniem rozwoju → chorób, spowolnieniem procesu → starzenia się oraz opóźnieniem ryzyka zgonu (Klatz, Goldman, 2003; Stuckelberger, 2008). Za pioniera tej gałęzi medycyny uznawany jest węgierski gerontobiolog Imre → Zs.-Nagy. [Celem nadrzędnym działania AAM jest poprawa → jakości życia i wydłużenie czasu jego trwania, zachowanie witalności, sprawności zarówno fizycznej, jak i psychicznej, młodego wyglądu i dobrego samopoczucia na każdym etapie życia, mimo upływającego czasu (Stuckelberger, 2008). Cel ten można osiągnąć przez zapobieganie chorobom, ich wykrywanie i leczenie we wczesnym stadium, a także odwracanie skutków chorób typowo związanych z wiekiem oraz likwidację konsekwencji chorób już przebytych. Zwolennicy AAM uważają, że dzięki osiągnięciom nauki i rozwojowi nowych zaawansowanych technologii możliwe będzie zahamowanie lub znaczące ograniczenie procesów związanych z fizjologicznym i patologicznym starzeniem, prowadzących do ograniczeń fizycznych i psychicznych, dysfunkcji, zaburzeń i chorób (Klatz, Goldman, 2003; Stuckelberger, 2008). Według niektórych biogerontologów osiągniemy w niedługim czasie taki poziom wiedzy, że możliwe będzie zatrzymanie procesu starzenia (De Grey, 2004).

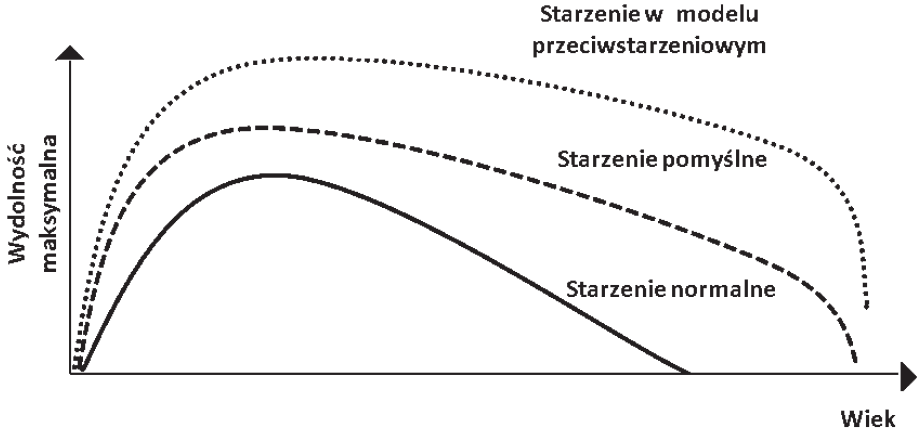
W klasycznym ujęciu procesu starzenia ubytek → sprawności funkcjonalnej, prowadzący do niesprawności, ma charakter nieodwracalny (Stuckelberger, 2008). Po wdrożeniu klasycznych metod prewencji możliwe jest osiągnięcie przebiegu starzenia ze zwiększeniem → długości życia i → czasu przeżycia w → zdrowiu. Interwencje profilaktyczne medycyny przeciwstarzeniowej mają doprowadzić do znacznego ograniczenia zmian związanych z procesem starzenia i opóźnienia wystąpienia schorzeń prowadzących do zgonu (il. 1).

Interwencje proponowane w medycynie przeciwstarzeniowej można podzielić na wewnętrzne, zewnętrzne i funkcjonalne (Stuckelberger, 2008). Interwencje wewnętrzne obejmują: restrykcje kaloryczne, wykorzystanie komórek macierzystych, wykorzystanie genetyki, genomiki i proteonomiki oraz wprowadzenie środków farmakologicznych (peptydy, hormony, suplementy diety). Interwencje zewnętrzne dotyczą chirurgii estetycznej, bariatrycznej, bioinżynierii (implanty, protezy), dermatologii oraz obejmują optymalne leczenie → chorób przewlekłych. Do zaawansowanych technologii medycyny przeciwstarzeniowej zalicza się najnowocześniejsze specjalistyczne leczenie chorób → wieku podeszłego mające zastosowanie m.in. w kardiologii, ortopedii, dermatologii, okulistyce czy stomatologii. W optymalnym leczeniu chorób ważna jest odpowiednia terapia farmakologiczna. W zakresie prewencji w tej specjalności wykorzystuje się współczesną wiedzę dotyczącą zasad prawidłowego odżywiania, nutrigenomiki czy wykorzystania suplementów diety, ale także zmian → stylu życia ze zwiększeniem → aktywności fizycznej, stosowania treningu fizycznego, uprawiania sportu, a przy ograniczeniach fizycznych indywidualnej → rehabilitacji, z wykorzystaniem treningu wspomaganego technologicznie. Dla utrzymania sprawności umysłowej ważne jest wykorzystanie treningu → pamięci, metod poprawy nastroju oraz zasad odżywiania wspomagających pracę układu nerwowego.

Medycyna przeciwstarzeniowa obejmuje także medycynę estetyczną, naprawczą i regeneracyjną. W tych dwóch ostatnich dziedzinach propaguje wykorzystanie technik klonowania terapeutycznego, komórek

macierzystych, genomiki, bioinżynierii, bioniki, nanomedycyny. Dla poprawy funkcjonowania w warunkach środowiskowych sugeruje wykorzystanie robotyki i kształtowanie inteligentnego środowiska. AAM nie ogranicza się wyłącznie do → geriatrii w prewencji i leczeniu osób w wieku podeszłym, ale powinna być wprowadzana zdecydowanie wcześniej dla utrzymania zdrowia do późnej starości. Wykorzystując osiągnięcia w naukach podstawowych, różnych dziedzinach medycyny i w zakresie nowych technologii medycznych, ma integrować działania różnych specjalności medycznych, promując jednocześnie inne spojrzenie na proces starzenia.

Szerokie wykorzystanie wielu proponowanych przez AAM metod jest współcześnie z wielu względów niemożliwe. Część rozwiązań technologicznych czy medycznych jest albo zbyt droga, albo jeszcze niedostatecznie przebadana. Najłatwiejsze do wprowadzenia metody opierające się na wprowadzeniu zmian dietetycznych lub uzupełnieniu niedoborów pojawiających się w procesie starzenia nie mają dowodów EBM (ang. *Evidence Based Medicine*) lub też wyniki badań przemawiają przeciw ich powszechnemu stosowaniu w działaniach przeciwstarzeniowych u ludzi. Restrykcje kaloryczne w badaniach na modelach zwierzęcych (owady, gryzonie) powodowały nawet dwukrotne wydłużenie życia (Sinclair, 2005). Jednak w badaniach na naczelnych (małpy rezus) nie stwierdzono tego efektu, a także nie zmniejszyła się znacząco zapadalność na schorzenia związane z wiekiem (Mattison i współprac., 2012). Trudno zatem promować stosowanie restrykcji kalorycznych u ludzi. Również wyniki badań nad suplementacją hormonalną przyniosły rozczarowanie. Hormonalna terapia substytucyjna lub zastępcza (ang. *hormone replacement therapy* – HRT) u kobiet zwiększała ryzyko nie tylko powikłań zakrzepowo-zatorowych, ale także nowotworów hormonozależnych, → udarów mózgu, ostrych zespołów wieńcowych, kamicy pęcherzyka żółciowego, → otępienia, inkontynencji, a zmniejszała jedynie ryzyko występowania złamań osteoporotycznych. W związku w powyższym HRT nie jest zalecana w prewencji chorób przewlekłych u kobiet (Moyer, 2013). Także suplementacja testosteronu u mężczyzn z potwierdzonym niedoborem wiązała się ze zwiększeniem ryzyka zgonu czy powikłań sercowo- i mózgowo-naczyniowych (Basaria i współprac., 2013; Vigen i współprac., 2013). Podobne rozczarowanie przyniosło stosowanie suplementów witamin antyoksydacyjnych (witaminy C, E, beta-karotenu) w zmniejszaniu ryzyka występowania chorób układu sercowo-naczyniowego (Marchioli i współprac., 2001). W ostatniej metaanalizie dotyczącej stosowania różnych preparatów witaminowych stwierdzono, że dane z wyników badań dotyczące prewencji chorób układu sercowo-naczyniowego oraz nowotworów są ograniczone i większość z nich nie wykazuje efektu u ludzi (Fortmann i współprac., 2013 – Internet: http://annals.org…). W związku z powyższym w wytycznych prewencji chorób przewlekłych nie zaleca się stosowania suplementacji preparatów witaminowych (*Recommendation*s…, 2014 – Internet: http://www. uspreventiveservicestaskforce.org…). Jedyny wyjątek stanowi witamina D, której niedobory stwierdza się w ponad 90% populacji osób po 65. r.ż. (Płudowski i współprac., 2013). Stwierdzono ponadto, że suplementacja tej witaminy w dawce 800–2000 j./dobę przyczynia się do zmniejszenia ryzyka zgonów (Chowdhury i współprac., 2014). Wykazano także, że witamina ta jest ważna nie tylko dla zdrowia kości, ale jej niedobór ma znaczenie dla rozwo-



Il. 1. Trzy modele procesu starzenia się. Źródło: Modyfikacja własna na podstawie: A. Stuckelberger, *Anti-ageing Medicine*: *Myths and Chances*. Zürich 2008.

ju zaburzeń funkcji poznawczych i nastroju, wiąże się ze zwiększeniem ryzyka rozwoju nowotworów, → cukrzycy i chorób układu sercowo-naczyniowego (Ralls, Boyer, Wilkins, 2014).

Należy jeszcze zwrócić uwagę, że w medycynie antystarzeniowej duże znaczenie ma utrzymanie odpowiedniego stylu życia, z aktywnością fizyczną i umysłową, stosowaniem urozmaiconej i pełnowartościowej żywności oraz unikaniem ryzykownych zachowań. Nowe technologie w AAM mają niestety na razie ograniczony zasięg i są nadal bardzo drogie, a wysoce specjalistyczne leczenie jest ukierunkowane na osoby mające określone wskazania do jego zastosowania. Nie znamy odpowiedzi na pytanie, czy w przyszłości postęp wiedzy i technologii pozwoli na opracowanie nowych metod, które będą miały powszechne zastosowanie u ludzi w celu spowolnienia procesu starzenia i zmniejszenia zagrożeń z nim związanych. Jednak część geriatrów ocenia, że będzie to możliwe i będziemy żyć dłużej i lepiej niż dzisiaj sądzimy (De Grey, 2004; Westendorp, 2014).

BG

A: AAM (am., ang.).
B: Basaria i współprac., 2013; Chowdhury i współprac., 2014; De Grey, 2004; Klatz, Goldman, 2003; Marchioli i współprac., 2001; Mattison i współprac., 2012; Moyer, 2013; Płudowski i współprac., 2013; Ralls, Boyer, Wilkins, 2014; Sinclair, 2005; Stuckelberger, 2008; Vigen i współprac., 2013; Westendorp, 2014.
N: Fortmann i współprac., 2013 – Internet: http://annals.org…; *Recommendation*s…, 2014 – Internet: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org…
O: aktywne starzenie się, profilaktyka gerontologiczna, promocja zdrowia i zapobieganie chorobom, starzenie się.
S: medycyna antystarzeniowa, prewencja starzenia.
TK: am. *anti-aging medicine/Anti-Aging Medicine* [AAM], ang. am. *anti-ageing medicine/Anti-Ageing Medicine* [AAM], fr. *la médecine anti-âge/la médecine anti-vieillissement/la médecine antivieillissement*, hiszp. *medicina antienvejecimiento/Medicina Antienvejecimiento*, niem. *Anti-Aging Medizin und Prävention*, ros. *медицины анти-старения/медицина антистарения*.

melatonina

– hormon produkowany w szyszynce, odkryty i wyizolowany w roku 1958 przez amer. dermatologa Aarona Bunsena Lernera (1920–2007) i współprac. W nomenklaturze chemicznej jest to N-acetylo-5-metoksytryptamina, związek chemiczny wytwarzany po zapadnięciu zmroku przez szyszynkę, czyli gruczoł dokrewny znajdujący się w centralnej części mózgu. Reguluje aktywność organizmu, m.in. budzenie się i zasypianie, ma też znaczenie w regulacji rytmów biologicznych. Od melatoniny w dużym stopniu zależy również samopoczucie człowieka, ponieważ stanowi ona substancję wyjściową do wytwarzania innego hormonu: serotoniny, odpowiedzialnej za dobre samopoczucie jednostki. Wydzielanie melatoniny do osocza maleje z wiekiem i wielu badaczy wskazuje na udział hormonu szyszynki w procesach → starzenia się i → chorobach związanych z → wiekiem podeszłym – zawartość melatoniny we krwi u ludzi w wieku 70 lat wynosi zaledwie 50% stężenia obserwowanego u osób młodych. Melatonina jest także antyoksydantem i zmiataczem wolnych rodników. Znaleziono również powiązania melatoniny z funkcjami immunologicznymi organizmu. Melatonina wzmacnia system immunologiczny, umożliwiając organizmowi walkę z chorobami i utrzymywanie młodzieńczego → zdrowia i energii. Jest w związku z tym uznawana za hormon opóźniający starzenie się organizmu i przedłużający młodość. Melatonina nie jest magazynowana, wobec czego jej stężenie we krwi obrazuje aktualną wielkość biosyntezy, bardzo zależną od pory dnia, sezonu i wieku organizmu. Gerontolodzy przypuszczają, że obniżenie w starszym wieku poziomu melatoniny może być czynnikiem, który wyzwala procesy zwyrodnieniowe organizmu prowadzące do → śmierci, a zatem uzupełnianie poziomu melatoniny w średnim wieku może mieć wpływ na poprawę snu, → pamięci i układu odpornościowego organizmu, i – w konsekwencji – przedłużać → życie. Melatoninę stosuje się też do łagodzenia skutków → andropauzy. Zaobserwowano również, że suplementacja melatoniny jest pomocna w leczeniu → choroby Alzheimera i → choroby Parkinsona oraz → zaburzeń snu i/lub adaptacji do różnych stref czasowych podczas lotów międzykontynentalnych. Obecnie istnieją trzy podstawowe wskazania do stosowania terapeutycznego melatoniny. Są to: 1) zaburzenia snu, zwłaszcza u osób w wieku podeszłym; 2) regulacja rytmu sen – czuwanie u osób niewidomych; 3) niwelowanie zaburzeń wynikających z szybkiej zmiany stref czasowych w → czasie międzykontynentalnych podróży. Dawka stosowanej melatoniny i długość kuracji powinny być zawsze dobierane indywidualnie oraz zależeć od przyczyny jej stosowania (Karasek, 2007). Powiązania melatoniny z procesem starzenia się wynikają z kilku przesłanek teoretycznych: 1) stężenia melatoniny we krwi ulegają wyraźnemu obniżeniu z wiekiem, tak że u osób po 60.–70. r.ż. występują jedynie niewielkie ilości tego hormonu we krwi i zanika dobowy rytm jego wydzielania; 2) hormon ten reguluje

rytmy dobowe w organizmie, a desynchronizacja tych rytmów związana ze spadkiem wydzielania melatoniny z wiekiem może prowadzić do powstawania chorób wieku podeszłego; 3) melatonina jest efektywnym czynnikiem regulującym cykl sen – czuwanie; uważa się, że pogorszenie jakości snu bardzo często występujące u ludzi starszych może wynikać z jej niedoboru; 4) melatonina ma działanie pobudzające układ immunologiczny, a niedomagania tego systemu są charakterystyczne dla wieku podeszłego; 5) znaczną rolę w procesie starzenia się i powstawania chorób związanych z wiekiem przypisuje się toksycznym wolnym rodnikom, które wytwarzane są przez komórki w podstawowym dla życia procesie utleniania w związku z tym, że melatonina jest bardzo silnym przeciwutleniaczem i zmiataczem wolnych rodników, jej podawanie może mieć korzystny wpływ na osoby w podeszłym wieku (Reiter, Karasek, 2001).

AAZ

B: Karasek, 2007; Reiter, Karasek, 2001.

O: choroba Alzheimera, choroba Parkinsona, starzenie się, starość, zaburzenia snu.

TK: ang. *melatonin*, fr. *mélatonine*, hiszp. *melatonina*, niem. *Melatonin*, ros. *мелатонин*.

Mendel Kurt (1874–1946)

niemiecki lekarz neurolog i psychiatra pochodzenia żydowskiego. Studiował medycynę na uniwersytetach w Berlinie, Getyndze i Kilonii, tam też – w Uniw. Chrystiana Albrechta w Kilonii – otrzymał stopień doktora medycyny (1897). Od roku 1899 pracował w prowadzonej przez ojca Emanuela Mendla (1839–1907) poliklinice w Berlinie, następnie był redaktorem i wydawcą pisma „Neurologisches Centralbaltt", a od roku 1912 sekretarzem czasopisma „Gesellschaft Deutscher Nervenärzte". Kurt Mendel w 1904 opisał [niezależnie od W.M. → Bechterewa] neurologiczny objaw świadczący o uszkodzeniu korowo-rdzeniowych dróg piramidowych, nazwany objawem Mendla-Bechterewa. W 1910 roku przedstawił pierwszy kliniczny opis → andropauzy, a w 1911 wysunął hipotezę, że trauma może być podłożem → choroby Parkinsona. Od 1913 Mendel pracował w zespole Aloisa → Alzheimera we Wrocławiu. Podczas I wojny światowej badał neurologiczne uwarunkowania nerwic i zaburzeń psychicznych u żołnierzy, zwłaszcza psychozy wojennej.

AAZ

B: Mendel, 1010.

menopauza (klimakterium/okres przekwitania)

– to fizjologiczny okres, występujący zwykle między 45. a 55. r.ż. kobiety. W związku ze zmianami aktywności osi podwzgórze – przysadka – gonady w tym → czasie powoli zanika czynność jajników, które zaczynają produkować jedynie resztkowe ilości hormonów. Krwawienia miesięczne stają się nieregularne, bardziej skąpe i krótsze, a ostatnie cykle menstruacyjne są bezowulacyjne, znacznie się wydłużają i ostatecznie ustają. Z medycznego punktu widzenia zespół objawów obejmuje: 1) zatrzymanie cyklu miesiączkowego; 2) wyłączenie czynności gonad; 3) zanik funkcji jajników; 4) ustanie syntezy estrogenu i progesteronu.

Menopauza (od starogrec. *μήν* [men] – miesiąc i *παυσις* [pausis] – przerwa, zaprzestanie) to trwałe zakończenie miesiączkowania. Rozpoznaje się ją, gdy po ostatniej miesiączce nie występują krwawienia miesięczne przez okres kolejnych 12 miesięcy i nie stwierdza się żadnych patologicznych przyczyn tego stanu. Jest to wskaźnik procesu → starzenia się reprodukcyjnego, oznacza bowiem zakończenie pracy jajników, a tym samym kres zdolności rozrodczych kobiety i, jeśli pominąć podejmowane ostatnio próby wykorzystywania metod wspomaganego rozrodu wobec kobiet po menopauzie, uniemożliwia wydawanie na świat kolejnych dzieci.

Menopauza dzieli okres przekwitania na trzy fazy: premenopauzę – okres od kilku do kilkunastu lat poprzedzających menopauzę (przypadającą na okres średniej dorosłości); perimenopauzę (określaną mianem okresu okołomenopauzalnego) 3–4 lata przed i jeden rok po ostatniej miesiączce, oraz postmenopauzę (pomiędzy średnią a → późną dorosłością) – okres po roku od menopauzy do 65. r.ż. W medycynie rozróżnia się menopauzę naturalną, odnoszącą się do zjawiska fizjologicznego wynikającego z procesu starzenia się organizmu, i menopauzę sztuczną, spowodowaną interwencją chirurgiczną, szkodliwym działaniem substancji chemicznych, radiologicznych czy innych przyczyn zewnętrznych.

Wiek, w którym kobieta osiąga menopauzę, ma istotne znaczenie dla jej → zdrowia. W medycynie ustanie menstruacji u kobiet w wieku 40–45 lat ocenia się jako menopauzę wczesną. Przerwanie menstruacji u kobiety powyżej 55. r.ż. traktuje się jako późną menopauzę. Mediana wieku osiągnięcia menopauzy u polskich kobiet wynosi 51,25 lat. Za nieprawidłowe przyjmuje się wystąpienie menopauzy poniżej 40. i powyżej 60 r.ż. Menopauza w młodszym wieku oznacza wcześniejsze

starzenie się, jest równocześnie czynnikiem zwiększającym ryzyko wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych, → udaru mózgu i → osteoporozy. Menopauza w starszym wieku natomiast zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia raka piersi i endometrium [błony śluzowej] macicy. W tym sensie wiek wystąpienia menopauzy jest nie tylko wskaźnikiem fizjologicznego procesu starzenia się, ale także wskaźnikiem zdrowia subpopulacji kobiet. Według większości danych kobiety wcześniej dojrzewające przekwitają później, nie jest to jednak bezsporne. Im dłuższe cykle miesięczne, tym później występuje menopauza.

Wypadowe objawy klimakteryczne można zaklasyfikować do kilku grup. Są to objawy: psychologiczne, somatyczne, wazomotoryczne i seksualne. Objawy występują u ok. 80% kobiet, a u ok. 25% uderzenia gorąca, wzmożona potliwość mogą utrzymywać się nawet przez okres dłuższy niż 5 lat. Do wczesnych zwiastunów zaliczane są objawy naczynioruchowe i zmiany psychiczne. Obserwuje się: labilność emocjonalną, wzmożoną drażliwość, osłabienie → pamięci i koncentracji, → zaburzenia snu, migrenowe bóle głowy, → depresję i zaburzenia nastroju bądź zmiany nastroju. W okresie menopauzy występują także zmiany atroficzne w obrębie układu moczowo-płciowego: suchość pochwy, dyspaurenia, częstomocz, wysiłkowe nietrzymanie moczu i zaburzenia statyki narządu rodnego. Niedobór estrogenów prowadzi do zmian zanikowych błon śluzowych w układzie moczowo-płciowym, a w następstwie do zmian zapalnych pochwy i cewki moczowej. Ma ponadto miejsce obniżenie zainteresowania życiem płciowym i spadek libido. Skóra wiotczeje, staje się cienka i sucha (zmniejszona produkcja kolagenu), włosy stają się słabsze, łatwiej wypadają. Występują objawy wysychania błon śluzowych i spojówek znane jako → zespół suchego oka. Po menopauzie również gruczoły sutkowe ulegają zmianom zanikowym. Utrzymują się często bóle mięśni, stawów, drętwienie różnych partii ciała, zakłócenie czucia w dłoniach i stopach, trudności z oddychaniem. Do późnych zmian wynikających z niedoboru estrogenów należą osteoporoza pomenopauzalna oraz zaburzenia w układzie sercowo-naczyniowym. Ubytek masy kostnej po menopauzie może prowadzić do złamań, najczęściej nadgarstka, później do kompresyjnych złamań kręgosłupa i szyjki kości udowej. Zanik czynności jajników powoduje wzrost stężenia → cholesterolu całkowitego i cholesterolu LDL oraz spadek HDL, co jest istotnym czynnikiem ryzyka → choroby niedokrwiennej serca. Po menopauzie protekcyjny wpływ estrogenów ustaje, a choroby układu krążenia stanowią jeden z najpoważniejszych problemów zdrowotnych kobiet w okresie przekwitania.

Występowanie objawów klinicznych u kobiet w okresie około- i pomenopauzalnym jest bardzo zróżnicowane. Różnorodność dotyczy zarówno rodzaju objawów, jak i ich nasilenia oraz długości trwania. Chociaż sama menopauza nie jest → chorobą, w niektórych przypadkach w celu uzupełnienia brakujących hormonów w organizmie kobiety w okresie klimakterium stosuje się terapię hormonalną (ang. *hormonal therapy* – HT). Może ona zmniejszyć wczesne objawy menopauzy, szczególnie wypadowe (krótkotrwałe stosowanie HT od 6 miesięcy do 5 lat), ale ma też działanie profilaktyczne, zapobiegające osteoporozie i chorobom układu krążenia (długoterminowe stosowanie HT). U kobiet z zachowaną macicą stosuje się złożoną estrogenowo-progestagenową hormonalną terapię substytucyjną [hormonalne leczenie zastępcze] (HTZ), natomiast u kobiet po histerektomii estrogenową terapię zastępczą (ETZ).

Koncepcja menopauzy zmieniała się w miarę poznawania jej fizjologicznego mechanizmu. Wzmianki o menopauzie pojawiły się już w pismach → Arystotelesa, który wspominał o zakończeniu miesiączkowania u kobiet w wieku ok. 40 lat. Jedno z pierwszych wyjaśnień mechanizmu leżącego u podłoża menopauzy pochodzi z roku 1777, gdy John Leake tłumaczył zanik krwawień miesiączkowych pojawiający się z wiekiem niedostatecznym pompowaniem krwi przez naczynia krwionośne. Termin „menopauza" – w znaczeniu podobnym do obecnego – został wprowadzony do literatury medycznej w 1816 roku przez francuskiego lekarza Charlesa-Pierre'a-Louisa de Gardanne'a (1788–ok. 1860) jako *ménespausie* i poprawiony na *ménopause* w 1821. Dokładną definicję zjawiska podał po raz pierwszy Thomas Smith Clouston (1840–1915) w artykule *Climacteric insanity* (1899). Wiązał on menopauzę z dolegliwościami natury psychicznej występującymi przede wszystkim u kobiet z wyższych sfer. W Polsce termin „menopauza" został wprowadzony do języka medycznego w XIX wieku przez Jędrzeja Śniadeckiego (1768–1838). Negatywny stosunek do starzenia się i utrata zdolności prokreacyjnych określają społeczną pozycję kobiety po menopauzie.

Czas klimakterium (starogrec. *κλιμακτήριος* [klimakterios] – szczebel) w Polsce XVII-wiecznej interpretowany był jako „okres krytyczny, okres nieszczęść". Charakterystyczne dla XIX-wiecznej koncepcji menopauzy było zalecanie kobietom odrzucenia aktywności seksualnej po menopauzie, a także sugerowanie utraty typowo kobiecych cech i właściwości oraz nabywania

męskich. Argumentowano, że kobiety, które przestały miesiączkować, stają się bardziej zrównoważone, odpowiedzialne i dojrzałe; ze względu na mniejszą impulsywność w zachowaniu zaczynają przypominać mężczyzn. W latach 30. XX wieku kobiety niezażywające estrogenów w czasie menopauzy były opisywane jako osoby tracące swą płeć, upodabniające się do mężczyzn za sprawą pojawiającego się zarostu, zmiany głosu, zanikania piersi. Przestawały być kobietami, ale nie stawały się mężczyznami. Powstawały prace mówiące o „trzeciej płci", dotyczące kobiet po okresie klimakterium.

Współcześnie menopauzę rozpatruje się z kilku perspektyw teoretycznych. Pierwszą z nich jest perspektywa biologiczna, zgodnie z którą wszystkie doświadczenia kobiet w okresie peri- i postmenopauzalnym należy przypisać zachodzącym w ich organizmach zmianom hormonalnym. Drugą jest perspektywa psychologiczna (psychospołeczna), w której podkreśla się rolę → stresu i stresorów jako czynników sprzyjających ujawnianiu się i nasilaniu objawów menopauzalnych. Trzecie ujęcie – społeczno-kulturowe lub środowiskowe – uwzględnia znaczenie, jakie nadawane jest menopauzie w danym kręgu kulturowym. [Synonimiczne określenie „emerytura kobiecości" wiąże się z kulturowym naznaczeniem „cichego przejścia" od młodości do późnej dojrzałości, z utratą płodności – przyp. red.]. Typowe dla danej kultury poglądy na temat menopauzy, a także charakterystyczny dla kobiet → styl życia, kształtują indywidualne postawy wobec przekwitania oraz mogą modyfikować indywidualny sposób prezentowania objawów menopauzalnych.

W badaniach nad menopauzą można wyróżnić cztery główne paradygmaty naukowe: biomedyczny, konstruujący menopauzę jako chorobę wymagającą medycznej interwencji; społeczno-kulturowy, postrzegający menopauzę jako zdarzenie naturalne, rozwojowe, ale któremu, w zależności od kontekstu, nadawane są różne znaczenia i przypisywane różne wartości; feministyczny, uznający menopauzę za doświadczenie biologiczne, które wykorzystywane jest do wprowadzania kontroli społecznej nad kobietami poprzez medykalizację tego okresu; postmodernistyczny, przyjmujący, że chociaż przekwitanie jest przejściem fizjologicznym, to doświadczenie tego przejścia jest inaczej przeżywane przez poszczególne kobiety, a także że istnieje wiele wymiarów wiedzy na temat menopauzy.

Na świecie kobiety po menopauzie stanowią ponad 10% światowej populacji i ich liczba stopniowo się zwiększa wraz ze starzeniem się społeczeństwa. Wzrastające (choć w różnym tempie w różnych regionach świata) średnie trwanie życia sprawia, że coraz więcej kobiet dożywa menopauzy. Aż do końca XIX stulecia zaledwie 30% kobiet miało szansę dożyć wieku, w którym dziś pojawia się menopauza. Obecnie w krajach wysoko rozwiniętych średnia długość życia kobiet sięga powyżej 80 lat, co sprawia, że ponad 1/3 jego długości przypada na okres pomenopauzalny.

MMB

B: Bielawska-Batorowicz, 2005 a, 2005 b; Bińkowska i współprac., 2014; Kaczmarek, 2008, 2012, 2014; Pertyński, Stachowiak, 2008; Zierkiewicz, Łysak, 2006; Zych, 2001, 2010, 2013.

N: http://www.imsociety.org/

O: andropauza, hipoteza babci, hormonalny a starzenie się, inwolucja.

S: „ciche przejście", „demon wieku dojrzałego", „emerytura kobiecości", okres przejściowy, przekwitanie, „środek życia", „zmiana życia".

TK: ang. *menopause/climacterium/climacyeric/gonadopause/change of life*, fr. *la menopause/climatère/retour d'âge/âge critique*, hiszp. *la menopausia*, niem. *die Menopause/Klimakterium/Klimax/Wehseljahre*, ros. *менопауза/климактерический период/климакс*.

mentoring

współcześnie kojarzony jest dość często z jedną z metod uczenia się ludzi dorosłych w trakcie ich aktywności zawodowej, podczas zawodowego rozwoju bądź uczenia się na stanowisku pracy (Łaguna, 2004). Proces ten opiera się na relacji mistrz–uczeń i dotyczy ważnych obszarów kariery zawodowej. Relacja zawiera też służenie radą, pomocą w sprawach życiowych, w jej trakcie następuje przekazywanie osobie uczącej się: → mądrości [życiowej], wiedzy, doświadczeń mentora (Landsberg, 2007). Określenie mentor zostało zaczerpnięte z mitologii greckiej, od postaci o imieniu Mentor, który był najmądrzejszym przyjacielem Odyseusza. Mityczny Mentor podczas nieobecności Odyseusza z powodu jego udziału w wojnie trojańskiej przyjął pod swoją opiekę jego syna Telemacha. Mentor udzielał młodemu Telemachowi rad i pomocy, uczestniczył w jego rozwoju.

Początkowe, wczesne rozumienie mentoringu – wówczas nienazywanego jeszcze w ten sposób – zbliżone było do roli mentora z mitologicznej opowieści, ponieważ mentorem był ktoś starszy (mistrz), osoba, która nawiązywała i rozwijała relacje z osobą młodszą, uczniem, podopiecznym. Celem tej relacji było służenie radą, wspomaganie osoby młodszej w rozwoju, we wchodzeniu w meandry i problemy życia. Relacja pomiędzy mentorem a podopiecznym mia-

ła nieformalny charakter. Tak pojmowana funkcja mentora została wpisana również w jedno z zadań rozwojowych fazy wczesnej dorosłości, określonych przez → Levinsona. Młody człowiek w fazie „nowicjatu" w świecie dorosłych miał znaleźć sobie mentora. Zbigniew Pietrasiński (1926–2010) podkreślał, że Levinson nadawał temu zadaniu wielką rangę, ponieważ: „mentor to niezwykle ważna dla rozwoju w tym okresie postać, oznaczana u nas czasem mianem »mistrza«, lecz mniej od mistrza oficjalna i »koturnowa«" (Pietrasiński, 1996, 1990). Z badań Levinsona wynikało, że mentor był osobą o pół pokolenia (8–15 lat) starszą od podopiecznego i zajmował ważną pozycję w świecie, do którego dopiero wchodził młody człowiek. Mógł nim być: zwierzchnik, nauczyciel, starszy kolega. Była to osoba podziwiana, naśladowana, znacząca dla osoby młodej, której rola polegała na pomocy moralnej i rzeczowej, motywowaniu do spełniania ambitnych planów życiowych. Kontakt mentora z podopiecznym nacechowany był bliskością emocjonalną, ale na ogół kończył się konfliktem i rozstaniem, po okresie średnio 2–3 lat, a najwyżej 8–10 lat. Zakończenie relacji było związane ze zmianą wzajemnej percepcji. Mentor zaczynał postrzegać podopiecznego jako niewdzięcznika, osobę nieposłuszną, a podopieczny mentora widział jako osobę, która ogranicza i krępuje jego niezależność (Pietrasiński, 1996).

W ostatniej dekadzie minionego wieku mentoring – jako metoda uczenia się, rozwoju ludzi dorosłych – na dobre wpisał się w kanon innych metod stosowanych w edukacji człowieka dorosłego. Przeobrażenia rynku pracy, związane z gospodarką rynkową i nowymi warunkami ekonomicznymi, wymagały też nowoczesnej edukacji ludzi dorosłych (Matlakiewicz, Solarczyk-Szwec, 2009). Od tamtej pory różnorodność definicji i koncepcji mentoringu rozrasta się, zaś samo zjawisko nadal charakteryzuje się wieloznacznością i otwartością. Przeglądowe opracowanie różnych sposobów definiowania mentoringu, jego rodzajów i form, przedstawia Małgorzata Sidor-Rządkowska (2014). W cytowanych przez autorkę definicjach podkreśla się w sposób szczególny aspekt rozwoju zawodowego osób wchodzących w relację z mentorem, a tylko w niektórych (albo częściej na drugim miejscu) wymiar ich osobistego rozwoju jako efekt uczenia się z doświadczeń, pomocy, przyjmowania wskazówek, różnorodnej wiedzy, zwłaszcza praktycznej. Sztandarowa definicja nowoczesnego mentoringu, autorstwa jego twórców Davida Clutterbucka (2002, 2009) i Davida Megginsona oraz ich współpracowników z końca lat 90. XX wieku, ma bardzo otwarty charakter, ale stanowi odniesienie dla późniejszych koncepcji. Mentoring został w niej zdefiniowany jako „rodzaj pomocy udzielanej jednej osobie przez drugą w dokonaniu znaczącego przełomu w wiedzy, pracy i sposobie myślenia" (Sidor-Rządkowska, 2014).

W polskim dorobku naukowym dotyczącym problemu metoringu dość często cytowana jest definicja Sebastiana Karwali (2009), który proponuje następujące określenie mentoringu: „partnerska relacja między mistrzem a uczniem, zorientowana na odkrywanie i rozwijanie potencjału ucznia. Opiera się na inspiracji, stymulowaniu i przywództwie. Polega głównie na tym, aby uczeń, dzięki odpowiednim zabiegom mistrza, poznawał siebie, rozwijając w ten sposób samoświadomość, i nie lękał się iść wybraną przez siebie drogą samorealizacji. Obejmuje on także doradztwo, ewaluację oraz pomoc w programowaniu sukcesu ucznia. Uczniem w rozumieniu tej definicji może być każdy bez względu na rolę i funkcję, jaką pełni, a więc może nim być np. student, pracownik, bezrobotny". Definicja ta ukazuje celowość mentoringu, traktowanego jako proces ogólnorozwojowy podmiotu, który oczywiście przekłada się również na jego aktywność zawodową. W definicji użyte zostaje określenie uczeń, co sytuuje mentoring w obszarze procesu uczenia się, z udziałem przewodnika, osoby pomagającej, wyzwalającej potencjał i aktywność rozwijającego się podmiotu. Równocześnie podkreślona jest samodzielność i decyzyjność ucznia, co w przypadku relacji osób dorosłych, wydaje się podstawą i atutem partnerskiej relacji (Karwala, 2009). Takie ujmowanie mentoringu wydaje się szczególnie trafne w przypadku relacji osób zróżnicowanych wiekowo, gdzie mentorem jest osoba starsza, a podopiecznym młodsza.

W dyskusji nad mentoringiem ważne podkreślenia jest też stosowanie różnorodnych określeń dotyczących osoby wchodzącej w relację z mentorem, który czasami zamiennie nazywany jest mistrzem. W zależności od rodzaju i form opisywanego zjawiska stosuje się następujące terminy: uczeń, podopieczny, protegowany, *protégé*, *mentee*, mentorowany, adept, *mentis* (Sidor-Rządkowska, 2014; Drożdż, 2008; Bergmann, Chamier-Ciemiński, Michałek, 2012).

Dyskusja nad wielością definicji, terminów i sposobów ujmowania mentoringu jest dowodem ciągłego rozwoju tego zjawiska, czego świadectwem jest również podział mentoringu na jego rodzaje i formy. Ze względu na rodzaj relacji pomiędzy mentorem a podopiecznym wyróżniono następujące **rodzaje mentoringu**, które nie wykluczają się wzajemnie, a mentorzy mogą w nich odgrywać uzupełniające się role (Landsberg, 2007):

- **formalny** – najczęściej jest inicjowany przez przedstawicieli firmy, a funkcja mentora wpisana zostaje w zakres obowiązków zawodowych doświadczonych pracowników. W takim rozwiązaniu relacja skupiona jest przede wszystkim na realizacji celów przedsiębiorstwa i podlega ocenie ze strony organizacji (Sidor-Rządkowska, 2014). Ten rodzaj mentoringu pojawił się, zdaniem Maksa Landsberga (2007), w latach 90. minionego stulecia poprzez wykorzystanie naturalnych relacji w organizacji, jako próba zastępowania mentoringu pozycyjnego, bazującego na relacji służbowej zależności;
- **nieformalny** – w tego rodzaju mentoringu relacje rozwijają się powoli w sposób naturalny. Charakteryzują się zwykle bliskością, zażyłością, ponieważ osoby pozostające w relacji łączy zbliżony system wartości. Mentorzy nieformalni podejmują się zazwyczaj tej roli w sposób dobrowolny, stąd ich zaangażowanie może być większe, a charakter relacji bardziej pogłębiony (Sidor-Rządkowska, 2014);
- **pozycyjny** – jest to relacja mentora, który jest przełożonym (menadżerem liniowym) z podopiecznym. W tego typu mentoringu mogą pojawiać się różne przeszkody, ponieważ przełożony może być stronniczy, a podopieczny nie potrafi zmieniać ról i stanowisk w zależności o sytuacji, w której aktualnie się znajduje, menadżer może być też oskarżany o faworyzowanie pracownika;
- **sytuacyjny** – ważny w konkretnych okolicznościach, np. zmiany stanowiska, wdrażania nowego systemu itp. Z krótkotrwałej relacji uczenia się od mentora może rozwinąć się długotrwała relacja: nauczyciel – uczeń (Landsberg, 2007).

Wyróżnia się także inne rodzaje, czy może raczej **odmiany mentoringu**, których kryteria podziału dotyczą zależności służbowych, kontekstu, czy środków wykorzystanych w jego organizacji:

- **hierarchiczny** – porównywalny z pozycyjnym, gdzie rolę mentora pełni osoba znajdująca się co najmniej o dwa stopnie wyżej w strukturze firmy;
- **lateralny** – jest to relacja pomiędzy mentorem a podopiecznym, którzy zajmują w hierarchii te same stanowiska;
- **intermentoring** – mentor może być równocześnie uczniem, podopiecznym, a uczeń mentorem, zgodnie z obecną tendencją, że osoby starsze uczą się również od młodszych;
- **mentoring korporacyjny** i/lub **biznesowy** – powiązany jest z miejscem, kontekstem pełnienia roli mentora, w tym przypadku w korporacji, organizacji czy firmie;
- **mentoring branżowy** – związany jest z rolą mentora w konkretnych organizacjach zawodowych, pomaga podopiecznemu uzyskać lub podwyższyć określone kwalifikacje;
- **mentoring edukacyjny** – zwłaszcza akademicki, poprzez tworzenie relacji mistrz – uczeń dla poprawy osobowych kontaktów na uczelniach i podnoszenia jakości kształcenia;
- **e-mentoring** (ang. *electronic mentoring*, *online mentoring*, *cybermentoring)* – kontakty z mentorem za sprawą nowoczesnych komunikatorów przybierają różnorodne formy, wykorzystujące komunikację na odległość (Sidor-Rządkowska, 2014; Karwala, 2009).

Ze względu na liczbę uczestników procesu mentoringu, jak i jego rodzaj, charakter okazywanej pomocy, założenia programowe, istnieje również podział na **mentoring indywidualny** i **grupowy** (Jeran, 2013 a – Internet: http://www.nicbeznas.byd…).

Rola społeczna mentora

Na zakończenie przeglądu koncepcji, rodzajów bądź odmian mentoringu, trzeba też podkreślić rolę jeszcze jednego jego rodzaju – **mentoringu społecznego**. Mentoring w tym ujęciu traktowany jest jako → wsparcie społeczne i kierowany jest do odbiorców, którzy znajdują się w trudnej sytuacji życiowej, wymagają pomocy. Problemy podopiecznych mentoringu społecznego mogą wynikać z sytuacji rodzinnej, → niepełnosprawności, bezrobocia, różnych sytuacji zagrażających rozwojowi dzieci i młodzieży (http:/www.brat…).

Agnieszka Jeran (2013 b), powołując się na wyniki badań dotyczących tego problemu, podkreśla, że młodzi ludzie w trudnej sytuacji życiowej chętniej korzystają z pomocy specjalnie powołanego mentora aniżeli z pomocy nauczyciela, → pracownika socjalnego, jeśli nie mają wsparcia osób bliskich, takich jak: przyjaciele, krewni, sąsiedzi, czyli osoby będące naturalnymi mentorami. Mentoring społeczny jest sięganiem po zasoby, które można pozyskiwać dzięki relacjom społecznym. „Kapitał społeczny, warunkujący dostęp do tych zasobów to sieć osób, które znamy na tyle, że możemy się do nich zwrócić o pomoc, przy czym pomoc ta może mieć różny charakter, co oddają typy wsparcia społecznego" (Jeran, 2013 b).

Rola mentora w tego typu wsparciu społecznym (mentoringu społecznym) koncentruje się wokół czterech obszarów wsparcia poprzez: konkretną pomoc i działanie, emocje, doradzanie oraz okazywanie szacunku. Możliwość wykorzystania wyróżnionych obszarów wsparcia, w dobranych przez mentora odpowied-

nich proporcjach, wymaga też podjęcia konkretnych działań podczas budowania relacji mentor – podopieczny: stabilności, stałości, wzajemności, bliskości i troski. [Na podstawie opracowań wielu publikacji anglojęzycznych Jeran (2013 b) stworzyła własne koncepcje mentoringu, proponując polskojęzyczne akronimy wyszczególnionych obszarów mentoringu społecznego i sposobów ich działania. Akronim dotyczący obszarów został określony jako SzREK, co oznacza: Szacunek-Rada-Emocje-Konkrety. Akronim dotyczący stylu działania określono jako styl SOBoTni, co oznacza działania: Stabilnie i Stałe, Odwzajemniając Bliskość i okazując Troskę – przyp. aut.]. Rola mentora w ogólnym ujęciu, niezależnie od rodzaju prowadzonego mentoringu, nie odbiega zasadniczo od roli mentora w mentoringu społecznym, niemniej wydaje się, że może być w niej mniej bezpośredniej pomocy, na rzecz silniejszego wykorzystania potencjału samego podopiecznego, poprzez doradzanie mu, jak ten potencjał spożytkować. Ponadto polega ona, jak w każdym przypadku mentoringu, na: wnikliwym słuchaniu, wyzwalaniu i podtrzymywaniu motywacji oraz pewności siebie podopiecznego, pomaganiu w planowaniu i radzeniu sobie z przeszkodami przez podopiecznego, podawaniu przykładów własnych i cudzych doświadczeń, które mogą stać się inspiracją do naśladowania, modelowania zachowań, rekomendowania podopiecznego. Mentor pełni zatem różnorodne role: przewodnika, doradcy, przyjaciela, modela, osoby słuchającej i obserwującej, żeby reagować szybko w celu wspomagania podopiecznego (Jeran, 2013 b). W związku z szerokim wachlarzem pełnionych ról musi wieć wiele ważnych kompetencji. Zgodnie z podziałem Clutterbucka (2002; Sidor-Rządkowska, 2014) należą do nich:

- samoświadomość (rozumienie siebie);
- rozumienie innych – znajomość zachowań, procesów motywacji, wykorzystywanie inteligencji emocjonalnej;
- wiedza zawodowa, biznesowa, praktyczna;
- jasność stawianych celów – umiejętność ich precyzowania;
- konceptualizacja – analizowanie informacji i ich ocena, nadawanie im odpowiedniej struktury, spójnej formy w celu przekazania ich podopiecznym;
- ustawiczne samokształcenie – ciągłe nabywanie wiedzy, umiejętności i kompetencji;
- kierowanie relacją, budowanie jej i podtrzymywanie;
- komunikatywność (słuchanie i słyszenie podopiecznego, patrzenie i widzenie, otwartość, umiejętność stawiania pytań, empatia, asertywność, umiejętność wyboru i dostosowania się do określonych preferencji i stylów komunikacyjnych);
- poczucie humoru dopasowane do podopiecznego, które rozładowuje atmosferę, uczy dystansu do problemów i siebie;
- zainteresowanie rozwojem podopiecznego i poczucie satysfakcji z powodu jego osiągnięć.

Mentoring a wiek

Warto zwrócić uwagę na jeszcze jeden z aspektów mentoringu: relację pomiędzy wiekiem mentora i podopiecznego. Istnieją w tej kwestii zróżnicowane stanowiska. Odnosząc mentroring do obszaru aktywności zawodowej i traktując go jako metodę rozwoju zawodowego, wiek może, ale też nie musi mieć znaczenia. Przykładem jest intermentoring, w którym działa zasada przemienności ról mentora i podopiecznego. Innej wiedzy, umiejętności i kompetencji niż starsze osoby potrzebują ludzie młodzi. Dwukierunkowy transfer jest więc niezwykle pożyteczny dla obu stron i łagodzi napięcia pomiędzy → generacjami X, Y, Z. Na polskim gruncie jest już sporo dobrych doświadczeń z wykorzystania wzajemnego potencjału osób młodych i starszych, w zrealizowanych projektach intermentoringu pokoleniowego (Boryta-Gojny, Popiołek, 2014). Sam twórca i znawca współczesnego mentoringu: Clutterbuck uważa, że wiek nie ma większego znaczenia, ponieważ w kompetencjach mentora liczy się jego wiedza i doświadczenie. [W wywiadzie dla „Rzeczypospolitej" (nr z 4 XI 2009 roku), na pytanie: czy w mentoringu wiek ma znaczenie, Clutterbuck, powiedział: „nie chodzi tu o wiek, ale o odpowiednie doświadczenie. Znam firmę, gdzie menedżerów wysokiego szczebla, którzy byli analfabetami informatycznymi, połączono z młodymi kierownikami i specjalistami, którzy byli świetni w IT. Pomogli swym starszym kolegom oswoić się z nowymi technologiami. Mentor to osoba, która ma doświadczenie, które potrzebne jest innym. Wiek nie jest ważny" – przyp. aut.]. Niemniej istotą mentoringu jest m.in. doświadczenie, i to nie tylko zawodowe, a suma doświadczeń może być związana z czasem ich pozyskiwania, czyli dość często też z wiekiem. Sformalizowanie mentoringu spowodowało pomniejszenie roli wieku mentora w tym procesie. Zawodowo przygotowana kadra mentorów zastępuje mentorów naturalnych, którzy kiedyś wspierali swoim doświadczeniem życiowym młodych ludzi, udzielając im rad, podając przykłady i modelując na ich podstawie zachowania młodszego pokolenia. Szczególnie w odniesieniu do mentoringu stawiające-

go na wszechstronny rozwój podopiecznego, czas i powiązany z nim wiek mentora wydaje się ważny. Można porównać tę zależność do związku wieku z → mądrością życiową, w którym również wiek sprzyja osiąganiu mądrości, choć nie jest jej podstawowym kryterium. Na kwestię wieku coraz częściej zwracają uwagę promotorzy mentoringu, tworząc specjalne programy mentoringu 50+. W Stanach Zjednoczonych i krajach Europy Zachodniej – szczególnie w Wielkiej Brytanii, wykorzystywanie zasobów osób dojrzałych od wielu już lat jest stałą praktyką. W Polsce są jeszcze silnie zakorzenione stereotypy dotyczące możliwości rozwoju, aktywności zawodowej i społecznej osób dojrzałych wiekowo, stąd nie w pełni wykorzystywany jest kapitał ludzki i społeczny starszego pokolenia. Podobnie jak w przypadku intermentoringu istnieją już jednak projekty, które wiek mentora, powiązany z jego doświadczeniem życiowym i zawodowym oraz bogatym repertuarem innych kompetencji, traktują jako jego atuty (Bergmann, Chamier-Ciemiński, Michałek, 2012).

Podsumowując, można stwierdzić, że ludzie starsi mają wielki potencjał, kapitał społeczny, który warto wykorzystywać w procesie mentoringu. Oprócz doświadczenia i wiedzy różnego rodzaju mają wiele cech osobowych, takich jak: spokój opanowanie, empatia, umiejętność słuchania, inteligencja emocjonalna, które wpisują się w kompetencje mentora. Szczególnie ważne wydaje się zaangażowanie osób starszych w mentoring społeczny, branżowy i/lub intermentoring, dzięki którym istnieje możliwość wykorzystania potencjału starszego pokolenia. Mentoring jest ważną metodą, z której mogą korzystać obie strony, mentor i podopieczny, warto jedynie dodać, jak bardzo istotne jest trzymanie się roli mentora, aby jego działanie nie przeradzało się w nieprofesjonalne mentorstwo, nadmierne pouczanie, moralizowanie bądź krytykanctwo. Tego typu zachowania odbiegają bowiem od kompetencji mentora i prowadzą do osłabienia lub zerwania partnerskiej, dwukierunkowej relacji, na której opiera się prawdziwy proces mentoringu.

RK-W

B: Bergmann, Chamier-Ciemiński, Michałek, 2012; Boruta-Gojny, Popiołek, 2014; Clutterbuck, 2002, 2009; Drożdż, 2008; Jeran, 2013 b; Karwala, 2009; Landsberg, 2007; Łaguna, 2004; Matlakiewicz, Stolarczyk-Szwec, 2009; Megginson, 2008; Pietrasiński, 1990, 1996; Sidor-Rządkowska, 2014.

N: http:/www.brat…; https://en.wikipedia.org/wiki/Mentorship…; Jeran, 2013 a – Internet: http://www.nicbeznas.byd…

O: doradztwo i jego główne odmiany, poradnictwo, poradnictwo egzystencjalne, poradnictwo geragogiczne i geriatryczne.

S: mądre doradztwo.

TK: ang. *mentorship*, fr. *le mentorat*, hiszp. *la mentoria*, niem. *Mentoring/Menotorat*, ros. *менторство/наставичество*.

metafora windy

jest to często obserwowana – szczególnie wśród → seniorów – forma reagowania na nowość i/lub na → stres. Jednostka uczy się nowej formy zachowania, ale natychmiast wraca do starych schematów i przyzwyczajeń. Mechanizm ten mogą wywoływać różne sytuacje dnia codziennego, ale także lęk przed → starością, → chorobą, → niepełnosprawnością, niedołęstwem, uzależnieniem od innych czy uczeniem się nowych rzeczy (Szpunar, 2013).

Opanowywanie obsługi komputera i narzędzi z pewnością należy do stresogennych czynności. Pamiętajmy, że → socjalizacja technologiczna osób starszych przebiegła w momencie, kiedy byli dorośli, przyzwyczajeni do użycia zgoła odmiennych narzędzi komunikacyjnych. Prowadzone przez Łukasza Tomczyka (2009) badania na próbie 50 słuchaczy Cieszyńskiego → Uniwersytetu Trzeciego Wieku (w wieku 55–78 lat) wykazały, że hipoteza windy znajduje swoją egzemplifikację. Mając możliwość wyboru trybu nauki, badani seniorzy preferowali tradycyjne zajęcia (88% wskazań), zajęcia prowadzone tylko poprzez Internet wybrało zaledwie 4% ankietowanych, a 8% zdecydowało się na mieszany sposób edukacji – część materiału realizowano poprzez kurs realizowany metodą tradycyjną, natomiast część zajęć prowadzono przez Internet. Jednocześnie 36% ankietowanych wyraziło chęć uczestnictwa w kursach „internetowych", jednak 64% nie deklarowało zainteresowania taką formą nauczania. Należy podkreślić, że ani jeden z badanych nigdy nie brał udziału w kursie e-learningowym. Warto zwrócić uwagę na cechy, które seniorzy przypisują dobremu kursowi online. Są to: prostota obsługi, przystępna terminologia, odpowiednia grafika, formuła „krok po kroku". Szczególnie preferowane tematy to: zabezpieczanie komputerów osobistych przed złośliwym oprogramowaniem (*malware*), obsługa oprogramowania biurowego, komunikacja online, usługi informatyczne, ogrodnictwo, obróbka zdjęć cyfrowych, nagrywanie płyt, dokonywanie bezpiecznych zakupów, historia sztuki, historia regionu, nauka języków obcych oraz różnorodne wykorzystanie Internetu (Tomczyk, 2009).

Wyniki te wskazują na zachowawczą postawę seniorów wobec nowych technologii oraz pokazują istotną prawidłowość – wiele osób starszych jest zaintereso-

wanych kursami związanymi z bardziej zaawansowanym i efektywnym korzystaniem z Internetu i komputera. Dokonujące się przemiany w sferze psychofizycznej seniorów w wielu przypadkach negatywnie wpływają na proces adaptowania się do nowości i do uczenia się korzystania z nowych narzędzi – w tym Internetu i komputera.

Należy dodać, że aktywność edukacyjna w starszym wieku jest nie tylko szansą na aktywne uczestnictwo w życiu społecznym, ale także sprzyja podniesieniu samooceny. Ma to podstawowe znaczenie dla seniorów, których jesień → życia w wielu przypadkach nie napawa optymizmem, pojawia się bowiem lęk przed chorobą, opuszczeniem, samotnością i → lęk przed śmiercią. Uczenie się pozwala zachować sprawność umysłową, ale przyczynia się także do utrzymywania kontaktów społecznych, które na tym etapie życia są bardzo ważne. Badania prowadzone w grupie seniorów wykazały, że czynnikiem warunkującym potrzeby edukacyjne były ograniczenia fizyczne, a także dotyczące opanowania technologii. Najważniejsze dla seniorów były potrzeby edukacyjne związane z przemieszczaniem się, → zdrowiem i bezpieczeństwem. Najniżej na skali lokowano wiedzę i umiejętności związane z nowymi technologiami, do czego prawdopodobnie przyczynia się poczucie niskiej efektywności w przyswajaniu wiedzy w obszarze nowych technologii informacyjnych (ang. *Information Technologies* – IT) oraz obniżona sprawność → pamięci. Reprezentanci → późnej dorosłości w kontakcie z nowymi mediami przejawiają wiele trudności, m.in. są to: nieumiejętność prawidłowego postrzegania elementów znajdujących się na pulpicie wraz z przyporządkowaniem ich do poszczególnych kategorii (pliki, foldery); frustracja z powodu niespełnionych oczekiwań wobec komputera osobistego; różnice pomiędzy cechami poszczególnych komputerów (sprzęt, oprogramowanie, wygląd, umieszczenie przycisków funkcyjnych), co powoduje trudności w obsłudze; niemożność wyodrębnienia i przyswojenia informacji wyświetlanych na ekranie; niedostosowanie urządzeń wejścia (głównie myszki) do manualnych możliwości seniorów; w wyniku zmian neurologicznych niektóre osoby nie mają pełnej sprawności w dłoniach (wskaźniki i kursor są za małe i za szybko poruszają się po ekranie, mylenie wskaźnika myszy z kursorem tekstowym); trudności na pierwszym etapie edukacji związane z posługiwaniem się klawiaturą – tendencja do mocnego i długiego przytrzymywania klawiszy (zamiana klawiszy Alt, nieświadome naciskanie skrótów klawiaturowych, nieodpowiednie stosowanie klawisza Enter); deklarowanie, że senior wykonał daną operację, a mimo to ona nie powiodła się; niezrozumienie pojawiających się komunikatów systemowych. Te problemy powodują, że proces uczenia się obsługi komputera i Internetu w przypadku seniorów jest wydłużony, a od osób prowadzących wymaga cierpliwości, wielokrotnego powtarzania tych samych poleceń. Wyrozumiałość i spokój są cechami, których seniorzy najbardziej pożądają u osób szkolących ich w zakresie obsługi IT – 80% wskazań. Kolejno ważne są dla nich: umiejętność przystępnego prezentowania informacji – 52%, komunikatywność – 44%, oraz bardzo dobre merytoryczne przygotowanie – 24% (Tomczyk, 2009, 2015).

MS

B: Szpunar, 2013; Tomczyk, 2009, 2015.

N: http://jcrowcoaching.com…

O: „cyfrowi imigranci", osoby starsze w środowisku nowych mediów, socjalizacja technologiczna, technofobia, wykluczenie cyfrowe osób starszych.

S: hipoteza metafory.

TK: am. *elevator hypothesis/elevator metaphor*, ang. *lift hypothesis/the lift metaphor* fr. *la métaphore de l'ascenseur/ hypothèse de l'ascenseur*, hiszp. *la metáfora de elevación/hipótesis de elevación*, niem. *der Lift Metaphor/der Lift Hypothese*, ros. *метафора лифта/гипотеза лифта*.

metoda biograficzna i jej formy

Początki biografistyki, czyli utrwalania na piśmie żywotów znanych osób, sięgają czasów starożytnych – prekursorskich dzieł grec. pisarza Plutarcha (ok. 50–ok. 125) i rzymskiego kronikarza Swetoniusza (ok. 70–ok. 160). Prace te trudno jednak wiązać z pojęciem „metody badań", choć źródeł metody biograficznej upatrywać można właśnie w biografistyce filozoficznej, literackiej i/lub historycznej.

Chcąc ustalić etymologię wyrazu biografia, należy sięgnąć do języka grec., w którym leksem *βίος* [bios] oznacza życie, natomiast *γράφω* [grapho] – piszę, maluję. Biografia zatem w pierwotnym znaczeniu oznacza opis → życia, wtórnie natomiast określa się tym mianem „to, co jest przedmiotem opisu", czyli ludzkie życie w jego rzeczywistym wymiarze (Lalak, 2010). **Biografia** może być opisywana przez osobę przeżywającą – ma wówczas wymiar autobiografii nie tylko opowiedzianej w postaci pamiętnika czy dziennika, ale także listów, wspomnień, wierszy i wszelkich zapisków prezentujących stan umysłu i przeżyć osoby opowiadającej, może także być tworzona przez osoby trzecie, a więc biografów, badaczy historii bądź li-

teratury. **Autobiografia** ma z reguły charakter subiektywny, gdyż osoba opisująca dokonuje autokreacji, uwzględniając często oczekiwania odbiorcy i pragnąc zdobyć jego przychylność. Ma również charakter „niedomknięty", ponieważ autor znajduje się na określonym etapie życia i z czasowej perspektywy dokonuje autoprezentacji oraz relacji z przebiegu życiowych doświadczeń. Badania biograficzne stwarzają możliwość poznania subiektywnej strony rzeczywistości społecznej. Osoba relacjonująca przebieg swego życia z reguły dokonuje selekcji wydarzeń i wspomnień, co jest spowodowane sytuacją, zależy od kontekstu towarzyszącego powstawaniu biografii. „Człowiek na ogół stara się przedstawić siebie w sposób interesujący, dlatego w oczywisty sposób w opowiadaniu pojawiają się retusze, przejaskrawienia, przesadna eskalacja napięcia, albo też elementy autoprezentacji służące eksponowaniu wizerunku" (Lalak, 2010).

Zdaniem Danuty Lalak (2010) tego typu zabiegi nie obniżają wartości poznawczej zebranego materiału, wręcz przeciwnie – stanowią istotne wskazówki dla badaczy materiału biograficznego. Tomasz Maruszewski używa natomiast sformułowania „pamięć okresów życia", które definiowane jest nie tylko za pomocą dokładnych ram czasowych, ale również instytucjonalnych (przestrzennych). „Przykładem pamięci okresów życia może być okres uczęszczania do szkoły, okres studiów, służby woskowej bądź czas, kiedy dzieci były małe". W odniesieniu do autobiografii przestępców taką przestrzenią będzie również więzienie czy kolejne okresy odbywania kary pozbawienia wolności. „Pamięć okresów życia zawiera informacje o wysokim stopniu schematyzacji. Informacje te dotyczą przede wszystkim głównych rodzajów aktywności, realizowanych planów i celów, a także osób znaczących" (Maruszewski, 2005).

Metoda biograficzna – jak zauważa Halina Worach-Kardas– opiera się na perspektywie → czasu, która dla jednostki oznacza prywatny świat zapamiętany (przeszłość), bieżące zainteresowanie teraźniejszością, oczekiwania związane z przyszłością. „Perspektywa czasowa wydaje się użyteczną zmienną różnicującą jednostki; jest wiązką wymiarów, w ramach których wyjaśniane są poszczególne doświadczenia życiowe" (Worach-Kardas, 1990)

W naukach humanistycznych biografia traktowana jest jako przedmiot naukowej analizy lub metoda badań. Analiza naukowa polega na badaniu życiowych doświadczeń jednostki, a zebrane materiały badawcze stanowią źródło „wiedzy aspirującej do uniwersalności i obiektywności naukowej" (Lalak, 2010).

Mieczysław Łobocki (1929–2012) twierdził, że metoda biograficzna polega na „opisie i analizie przebiegu życia ludzkiego rozpatrywanego w kontekście ogólnego wycinka rzeczywistości społecznej", czyli jest to metoda, która zawsze odwołuje się do subiektywnej perspektywy badanych osób, czyniąc ich sposób postrzegania rzeczywistości punktem wyjścia do konstrukcji uogólnień natury teoretycznej (Łobocki, 2003).

W ujęciu Lalak (2010) podstawowe założenia teoretyczne badań biograficznych (celowe w związku z obranym polem badawczym) można sformułować następująco:

1. „W celu zrozumienia i wyjaśnienia zjawiska o charakterze społecznym czy psychicznym, trzeba zrekonstruować jego genezę, czyli proces powstania, warunki i okoliczności jego istnienia (trwania) i przemian, jakim ono podlega.
2. Aby zrozumieć i wyjaśnić działanie (zachowanie) człowieka niezbędne jest zarówno przyjęcie perspektywy podmiotu działania, jak i poznanie przebiegu tego działania […].
3. W celu zrozumienia i wyjaśnienia wypowiedzi osoby badanej, dotyczącej określonego tematycznie zakresu przeżyć z przeszłości, niezbędne jest przyjęcie takiej perspektywy interpretacji, która uwzględni wzajemne związki wszystkich wymiarów składających się na kształt obecnego życia i jego odniesienia do przeszłości i przyszłości".

Metoda biograficzna opiera się na następujących założeniach:

1. Badanie ludzkich działań powinno uwzględniać poznanie subiektywnych doznań, przeżyć i odczuć jednostki.
2. Prowadzone analizy powinny zawierać kontekst środowiskowy, gdyż warunkuje on subiektywne interpretacje i znaczenia przez nią wyrażane.
3. W badaniach konieczne jest wykorzystanie różnych źródeł informacji (danych biograficznych).
4. Badania powinny mieć charakter monografii historycznej, dlatego że subiektywne doświadczenia można zrozumieć jedynie na tle minionych doświadczeń (Lalak, 2010).

Stosując metodę biograficzną, badacz polega na wielu wypowiedziach pisemnych i/lub ustnych, które dotyczą życia osobistego badanych osób, ich doświadczeń życiowych, podzielanych opinii; materiały te są interesujące ze względu na cel badań. Jest to podejście jakościowe. Nie jest to jednak powszechna metoda badawcza – zarzuca się jej przede wszystkim „brak narzędzi satysfakcjonującego (adekwatnego) poznania", stąd też w naukach społecznych wykorzystywana jest

w niewielkim stopniu. Lalak (2010) uważa, że nie chodzi tu o niedostatki zebranego materiału naukowego, ale raczej o niedoskonałość działań metodycznych, czyli „niezbędny jest rozwój wiedzy na temat sposobów przeżywania, reflektowania, opowiadania i opisywania doświadczeń".

Lalak (2010) wprowadza pojęcie „intersubiektywności procesu biografii", co może stanowić istotny element w sposobie postrzegania metody biograficznej. Pod tym pojęciem rozumie nie tylko biografię jako życie poddane autorefleksji osoby przeżywającej, ale przede wszystkim cudze życie poddane refleksji obserwatora – jego refleksje traktuje przy tym jako swoistego rodzaju „społeczne lustro", w którym jednostka badana (opisująca swe życie) się przegląda. Inaczej rzecz ujmując, badacz jest przekaźnikiem i zarazem filtrem. Te spostrzeżenia okazują się jednak niepełne. Badaczowi przyświeca określony, świadomie obrany cel podjętych działań badawczych, gdyż często zdarza się, że od badań jednostkowych przechodzi on do uogólnień i budowania prawidłowości (wniosków) charakterystycznych dla danej grupy społecznej. Powtarzalność pewnych życiowych doświadczeń i tożsame uwarunkowania społeczno-bytowe mogą prowadzić do wysnucia wniosków o swoistych życiowych schematach powielających się w badanych biografiach. Z drugiej jednak strony zebrany materiał ma indywidualny i niepowtarzalny charakter, a jego znaczenie subiektywne nie mogłoby być uwzględnione np. przy klasycznych badaniach ankietowych. Stąd też ich szczególna rola i miejsce w naukach humanistycznych. Jak podkreśla Lalak (2010), „warto […] stawiać pytania badawcze o to, jaki typ osobowości, w jakich biograficznych okolicznościach rozwojowych, w jakiej sytuacji życiowej, pod wpływem jakich wydarzeń wypracowuje specyficzne strategie działania i pokonywania trudności i w jaki sposób przeżywa określone wydarzenia życiowe. Dopiero ich analiza w kontekście biografii pozwoli określić ich znaczenie i ważność oraz reprezentację poznawczą".

Lalak (2010) wyodrębniła trzy orientacje poznawcze, które zalicza do badań biograficznych:

1. Podejście interpretatywne, które oparte jest na koncepcji „świata przeżywanego" i fenomenologii doświadczenia źródłowego, przy czym celem badań w tym wypadku jest wydobycie sensu przeżyć i doświadczeń podmiotu biografii.
2. Podejście obiektywno-analityczne – badanie obiektywnego znaczenia zdarzeń i procesów życiowych, którego celem jest wydobycie z danych biograficznych wiedzy odnoszącej się do świata zewnętrznego.
3. Interpretacja dokumentarna wyprowadzona z założeń etnometodologii i socjologii codzienności, której celem jest wskazanie wpływu czynników zewnętrznych na zachowania podmiotu biografii.

Orientacja nazwana podejściem interpretatywnym pozwala uchwycić „związek między rzeczywistością społeczną a zmieniającym się znaczeniem tej rzeczywistości w perspektywie pojedynczego przypadku – indywidualnego losu i doświadczeń człowieka" (Lalak, 2010). Badacz nie analizuje pojedynczego przypadku w izolacji od tego, co zewnętrzne, nie są to jedynie indywidualne zdarzenia w życiu jednostki, lecz to, co składa się na sumę doświadczeń, jest wynikiem oddziaływania różnych okoliczności, często takich, na które człowiek nie ma bezpośredniego wpływu.

Lalak (2010) wskazuje na cztery różne poziomy interpretacji, które zauważyć można na płaszczyznach: biografia rozumiana jako życie przeżywane – biografia zrekonstruowana przez badacza. Są to swoistego rodzaju warstwy interpretacyjne, wypełniające obszar między doświadczaniem świata a jego opisem i refleksją teoretyczną.

1. Poziom pierwszy – uświadamia nam, że historia życia jest zawsze rekonstrukcją zdarzeń minionych, a więc stanowi odwzorowanie przeszłości, która podlega interpretacji (swoistej „obróbce").
2. Poziom drugi – polega na swoistej autokreacji podmiotu opowiadającego, który z jednej strony operuje niedoskonałym tworzywem przekazu, a z drugiej dokonując opisu, retuszuje, przejaskrawia i uwydatnia to, co pasuje do kreowanego przez niego wizerunku własnej osoby.
3. Poziom trzeci – dotyczy osoby podejmującej próbę odczytania materiału biograficznego, która w początkowej fazie usiłuje wczuć się w sytuację osoby relacjonującej (ten poziom ma wówczas zabarwienie empatyczno-poznawcze), następnie jednak przechodzi do analiz – antropologicznej, semantycznej, językowej lub klasycznej socjologicznej analizy treści – próbując dokonać uogólnień i zbudować teorię naukową.
4. Poziom czwarty – ma charakter wtórny, w pewnym sensie niezależny od zamiarów badacza i niewynikający z relacji do podmiotu badań. Dotyczy on tych osób, które np. przynależą do środowiska badanych, ale z różnych przyczyn nie relacjonują swych doświadczeń. Badacz powinien w tym momencie stawiać pytania dotyczące także tej subpopulacji, która nie pozostawia źródeł do analiz badawczych.

Ukazanie różnych poziomów interpretacyjnych uświadamia nam, jak złożonym procesem jest metoda zwana podejściem interpretacyjnym. Druga z kolei orientacja poznawcza – podejście obiektywno-analityczne – zakłada, że badacz narażony jest na niebezpieczeństwo błędnej interpretacji treści biograficznych i w związku z tym zaleca stosowanie podejścia genetyczno-wyjaśniającego (analiza przeszłości jednostki). „Badacz powinien wiedzieć, czego poszukuje i mieć wypracowane jasne kryteria tych poszukiwań, aby następnie ograniczyć się do pewnych reprezentatywnych przypadków, których przestudiowanie pozwoli wykorzystać uzyskane wyniki do możliwie wszystkich przypadków tej kategorii" (Lalak, 2010).

Lalak (2010) powołuje się na pracę Gordona W. Allporta (1897–1967), który, badając biografię, wykorzystał następujące poziomy analizy:

- egzystencjalną (empatia, intuicja jako droga do zrozumienia);
- psychologię głębi (poszukiwanie źródeł problemów w dzieciństwie);
- strukturalno-dynamiczną analizę zróżnicowanych aspektów osobowości (triangulacja);
- analizę statystyczną.

Przy podejściu obiektywno-analitycznym istnieje tendencja do łączenia analizy treści z podejściem ilościowym i analizą statystyczną, co ma na celu obiektywizację analizowanych treści. Z kolei metoda interpretacji dokumentarnej ukazuje konstruktywistyczny aspekt rzeczywistości i „ma charakter obserwacji polegającej na pojęciowo-teoretycznej rekonstrukcji wiedzy przedteoretycznej, teoretycznej lub metaforycznej […]. Metoda ta polega na porównawczej analizie grup i badaniu wzorów orientacji przez genetyczną analizę procesów społecznych" (Lalak, 2010).

Powołując się na pracę Ralfa Bohnsacka, cytowana autorka wymienia cztery etapy interpretacji materiału empirycznego:

- interpretacja formułująca – streszczenie tematycznej zawartości danego tekstu;
- interpretacja przez refleksję – wypracowanie ram znaczeniowych pozwalających na eksplikację głównych wątków dyskusji grupowej, co ułatwia charakterystykę porównawczą między grupami;
- opis przypadku – określanie pola zbiorowych doświadczeń w środowisku, które reprezentują badani;
- budowanie typów – interpretacja pojedynczych przypadków prowadzi do generowania sądów ogólnych.

Podstawowy walor analizy dokumentarnej upatruje Lalak (2010) w docenianiu znaczenia procesów typizacji, gdyż pojecie tego, co wspólne, jest narzędziem obiektywizacji wiedzy i nadaje jej wymiar ponadjednostkowy.

Reinterpretując metodę biograficzną, Norman Kent Denzin twierdzi, że w analizie biograficznej na pierwszy plan wysuwa się znaczenie i to ono właśnie ma pierwszeństwo przed metodą, oraz sugeruje, że studia biograficzne mogą przybrać jedną z trzech form:

- badanie narracji na temat jednej historii życia;
- zebranie historii życiowych zgrupowanych wokół wspólnych tematów;
- analiza porównawcza historii życiowych, dokonywana w celu wypracowania ugruntowanej teorii (Denzin, 1990).

Badając biografie w odniesieniu do jednej tylko formy, badacz natrafić może na wiele niedogodności, dlatego też – zdaniem Denzina (1990) – najlepsze rezultaty osiąga on, łącząc wszystkie trzy formy analizy, gdyż „jedynie takie trójczłonowe podejście ma zaletę osadzenia badania biograficznego w historycznym świecie przeżywanych doświadczeń".

To trójczłonowe podejście Denzin radzi łączyć z następującymi formami analizy (Allport, 1946):

- historia życia (ang. *life history*) – przedstawia doświadczenia jednej osoby, grupy czy organizacji społecznej w taki sposób, w jaki owa osoba, grupa czy organizacja interpretuje konkretny zbiór doświadczeń;
- historia przypadku (ang. *case history*) – koncentruje się na pewnym procesie w danym życiu;
- studium przypadku (ang. *case study*) – to analiza pojedynczego przypadku w celu stworzenia teorii;
- relacje z życia (ang. *life story*) – ogniskują się na życiu lub jego fragmencie w relacji danej jednostki. Różnią się od historii życiowych, gdyż koncentrują się na doświadczeniach życiowych zanurzonych w rozwijającym się procesie, który badacz chce poddać interpretacji;
- autonarracja (ang. *self story*) – to opowieść danej osoby o swoim życiu, czyli historia własnego **ja** w stosunku do jakiegoś wydarzenia lub przeżycia (Denzin, 1990).

Każdy poziom analizy to część składowa szerszego zamysłu badawczego.

Metoda biograficzna przypomina zarówno metodę monograficzną, jak i metodę indywidualnych przypadków, stąd też często traktowane są one jako odmiany metody biograficznej. Ich wspólne cechy to:

- posługiwanie się samodzielnymi metodami lub technikami badawczymi, np. analizą dokumentów, obserwacją, metodą dialogową;

- nastawienie głównie na jakościowy opis i analizę zgromadzonego materiału biograficznego;
- uwzględnienie w badaniach szerokiego kontekstu społeczno-kulturowego podejmowanego problemu (Łobocki, 2003).

Badania prowadzone metodą monograficzną dotyczą głównie zasad funkcjonowania instytucji, jej organizacji, skuteczności działania i dążą do zbadania ludzi z nią związanych, natomiast metoda indywidualnych przypadków (inne synonimiczne określenia to: studium przypadku, analiza przypadku, metoda kliniczna) dotyczy pojedynczych ludzi i polega na gromadzeniu danych o rozwoju i życiu fizycznym, psychicznym i społecznym, które interesują badacza. Zatem jest to rodzaj badania, które może być wykorzystywane zarówno w metodologii ilościowej, jak i jakościowej. Celem studium przypadku jest dokładny opis badanego z możliwie różnych stron, czemu służy gromadzenie różnorodnych materiałów badawczych przy wykorzystaniu odpowiednich technik, np. wywiadu narracyjnego, obserwacji uczestniczącej, analizy dokumentów (Pilch, Bauman, 2001). „Biograficzna rekonstrukcja przypadku pozwala […] nie tylko uwypuklić przełomowe punkty (zwane również punktami interpretacyjnymi) w życiu człowieka, które prowadzą do reinterpretacji przeszłości i teraźniejszości, ale również wpływają na kształt przyszłości" (Lalak, 2010).

Jak podkreśla Robert E. Stake, przedmiotem zainteresowania badacza nie musi być jeden przypadek, lecz grupa przypadków, gdyż zrozumienie jednego często nie jest możliwe bez wiedzy na temat innych. „Jednak w momencie studiowania danego przypadku powinniśmy być całkowicie skoncentrowani na rozumieniu «jego» kompleksowości" (Stake, 2009). Metoda indywidualnych przypadków umożliwia lepsze porozumienie się z badanymi osobami, umożliwia też przeprowadzenie badań w środowisku, w jakim żyją osoby badane (Stake, 2009).

BT-F

B: Allport, 1942, 1946; Denzin, 1990; Lalak, 2010; Łobocki, 2003; Maruszewski, 2005; Pilch, Bauman, 2001; Stake, 2000; Worach-Kardas, 1990.

O: badania gerontologiczne, badania internetowe, badania jakościowe, badania panelowe, badania podłużne, badania potrzeb i problemów osób starszych, badania przesiewowe.

TK: ang. *biographical method and its forms*, fr. *méthode biographiques et ses formes*, hiszp. *método biográfico y sus formas*, niem. *biographische Methode und ihre Formen*, ros. *биографический метод и его формы*.

miasta przyjazne osobom starszym

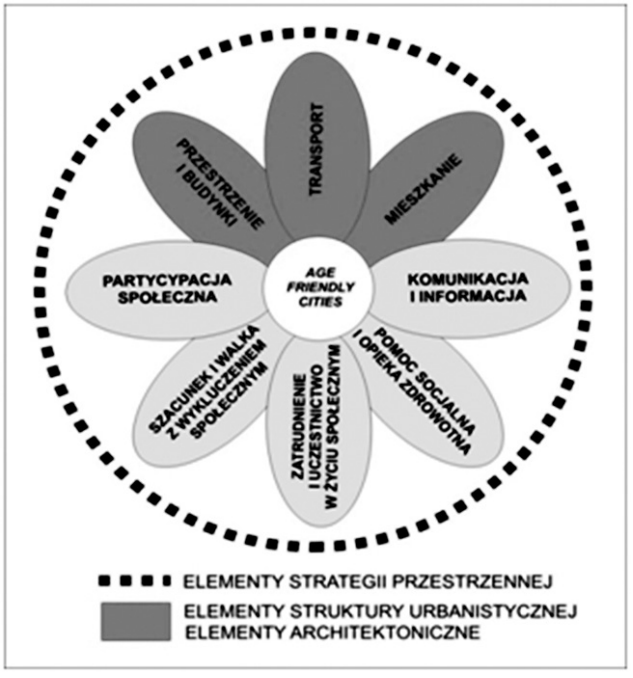
– to hasło przewodnie międzynar. projektu Age-Friendly Cities opracowanego w ramach Globalnej Sieci Miast i Gmin Przyjaznych Starzeniu Światowej Organizacji Zdrowia (The WHO Global Age-Friendly Cities and Communities Network). Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) ogłosiła drukiem przewodnik pt. Global Age-Friendly Cities: A Guide (2007), który koncentruje się na lokalnej polityce społecznej i stanowi zestaw pożytecznych wskazówek dotyczących obszarów, które wymagają przemian w kontekście starzenia się społeczeństwa. W 2005 roku w ramach konferencji Międzynarodowego Stowarzyszenia Gerontologów i Geriatrów w Rio de Janeiro w Brazylii dokonano prezentacji wyników badań na temat oczekiwań → seniorów w zakresie warunków ich → życia w społecznościach lokalnych; rezultaty te upowszechniła WHO, ogłaszając drukiem wspomniany przewodnik. W każdym z 33 ośrodków badanych przez Sieć Miast i Gmin Przyjaznych Starzeniu WHO w ramach wywiadów grupowych pytano o osiem podstawowych obszarów, zaliczając do najważniejszych zagadnień odnowy miejskiej w kontekście starzenia się populacji, wspomagających aktywne i zdrowe starzenie się, następujące dziedziny (*Global…*, 2007):

- **transport publiczny** – przystosowany do dysfunkcji i ograniczeń ruchowych osób starszych, w celu podniesienia → jakości życia;
- **przestrzenie miejskie i budynki** – tak zaprojektowane i zbudowane środowisko naturalne, aby ludzie starsi mogli bezpiecznie i swobodnie poruszać się po budynkach, a także mieć swobodny dostęp do terenów zewnętrznych;
- **zabudowa mieszkaniowa** – elastyczne projektowanie mieszkań, dostępnych dla ludzi na każdym etapie życia, o różnej sprawności psychofizycznej, różnych zainteresowaniach i różnych możliwościach finansowych, stwarzające bezpieczeństwo i możliwość jak najdłuższego → życia w niezależności (promowanie koncepcji **starzenia się w miejscu**);
- → **wsparcie społeczne i opieka medyczna** – dostępność do sieci → usług socjalnych, społecznych i zdrowotnych;
- **lokalizacja i dostępność usług** – łatwy dostęp do podstawowych usług i lokalizacja ich w pobliżu miejsca zamieszkania;
- **komunikacja i lepsze wykorzystanie technologii informacyjnych** – dostępne oraz przystosowane do ludzi starszych nowe źródła informacji i komunikacji, stwarzające poczucie bezpieczeństwa i dające możliwość niezależności trwającej jak najdłużej;

- **zatrudnienie i zaangażowanie społeczne (partycypacja społeczna)** – możliwość rozwoju i utrzymywania więzi sąsiedzkich w lokalnym środowisku, ponadto stworzenie warunków udziału osób starszych w wolontariacie adresowanym zarówno do młodych, jak i starszych mieszkańców (elastyczne formy zatrudnienia, dzielnie się własnym doświadczeniem);
- **szacunek i integracja społeczna** – rozumiana jako konieczność respektowania różnorodności osób starszych przez wszystkie podmioty oraz zachęcanie i umożliwienie ludziom starszym włączenia się w życie społeczne, walka z → wykluczeniem społecznym [osób starszych];
- **budowanie relacji międzypokoleniowej poprzez wspólne użytkowanie przestrzeni miejskiej** – tworzenie dostępnych przestrzeni publicznych umożliwiających integrację międzypokoleniową, w których każda grupa społeczna może znaleźć coś dla siebie.

Il. 1 prezentuje **zagadnienia dotyczące odnowy miejskiej** wg koncepcji *Age-Friendly Cities*. Koncepcja miast przyjaznych starzeniu się została stworzona w odpowiedzi na wzrastający odsetek osób starszych w społeczeństwie i liczne problemy, jakie generują współczesne miasta. Program *Age-Friendly Cities* ma wymiar globalny i uczestniczy w nim ponad trzydzieści miast z całego świata. Chcąc ocenić, czy miasto jest miejscem przyjaznym osobom starszym, sporządzono szczegółową listę kontrolną (*Checklist of essentials*…, 2014 – Internet: http://www.who.int/ageing…). WHO podkreśla, że miasto przyjazne dla osób starszych jest miastem przyjaznych dla wszystkich mieszkańców niezależnie od wieku. Nadzorowane sąsiedztwo jest bezpieczne dla osób starszych, przynosi również korzyści dla dzieci, młodzieży i kobiet, ponadto budynki pozbawione → barier przestrzenno-architektonicznych zwiększają → mobilność i niezależność osób starszych, jak i niepełnosprawnych, matek z wózkami dziecięcymi itp. (Asanowicz, 2012). W związku z tym koncepcja miasta przyjaznego osobom w każdym wieku obejmuje szeroki zakres działań dotyczących przyszłości całego miasta, od formułowania wizji strategicznych przemian obszaru miejskiego, aż po uzupełniające i dostosowujące do potrzeb osób starszych działania estetyzujące. Stąd wymienione na rysunku aspekty odnowy miast przyjaznych wiekowi odpowiadają działaniom w trzech podstawowych skalach przestrzennych: **skali strategii miasta**, **skali struktury urbanistycznej** oraz **skali architektury.** Warto jednak zwrócić uwagę, że nie wszystkie działania z zakresu elementów strategii miasta mają charakter czysto przestrzenny. Można wyróżnić działania o znaczeniu organizacyjnym, które nie do końca zależą od urbanistów i architektów, np. budowanie relacji pomiędzy mieszkańcami poprzez wspólne użytkowanie przestrzeni miejskich, uczestnictwo w życiu społecznym, czy wzajemne wsparcie i → pomoc społeczna. Natomiast zdecydowany wpływ na programowanie i projektowanie miasta mają takie zagadnienia, jak: mieszkalnictwo, transport, przestrzenie i budynki. W 2014 roku publikacja *Global Age-Friendly Cities: A Guide* (2007) doczekała się tłumaczenia na język polski (przez Fundację Res Publica im. Henryka Krzeczkowskiego) i wydana została pt. *Miasta Przyjazne Starzeniu: Przewodnik* (2014 – Internet: http://publica.pl/teksty…). Przewodnik ma być punktem wyjścia dla miast i gmin, które są zainteresowane poszerzaniem swojej otwartości na procesy starzenia się, ale nie wiedzą, gdzie i jak zacząć. Wielu inspiracji dostarczają przykłady dobrych praktyk i owocna współpraca z miastami na całym świecie. Sieć *Age-Friendly Cities* ułatwia kontakty i współpracę na poziomie lokalnym, krajowym i międzynar. pomiędzy rządami, urbanistami, inżynierami transportu, → pracownikami socjalnymi, służbą zdrowia i naukowcami a pokoleniem starszych ludzi.

AML



Il. 1. Zagadnienia odnowy miejskiej dotyczące miast przyjaznych osobom starszym [opracowanie własne]

A: AFC (ang.), MPS (pol.).

B: Asanowicz, 2012; *Global*…, 2007; Labus, 2014.

N: *Checklist of essentials*…, 2014 – Internet: http://www.who.int/ageing…;
http://bettercitiesnow…; *Miasta Przyjazne*… – Internet: http://publica.pl/teksty…
O: architektura a starzenie się społeczeństwa, projektowanie dla osób starszych, projektowanie wolne od barier.
S: Miasta Przyjazne Starzeniu.
TK: ang. *age friendly cities* [AFC]/*Age-Friendly Cities* [AFC], fr. *des villes-aimes des aînés*/*des villes à l'égard des aînés*, hiszp. *ciudad amigable con las personas mayores*, niem. *"Altensfreundliche Stadt"*, ros. *города, доброжелательные к пожилым людям*.

miastenia

– nazywana również miastenią rzekopomopraźną lub chorobą Erba-Goldflama – to → choroba przewlekła, zaliczana do → chorób autoimmunologicznych, dotykająca układu nerwowo-mięśniowego. Częstość występowania tego schorzenia wynosi 50–125 na milion osób. W Polsce na miastenię choruje ponad trzy tysiące osób. Co roku zapada na nią kolejnych 150–200 osób. Miastenia występuje we wszystkich grupach etnicznych u obu płci. Zazwyczaj ujawnia się między 20. a 30. r.ż.. Najczęściej dotyka kobiety poniżej 40 lat oraz osoby od 50. do 70. r.ż. obu płci, ale może wystąpić w każdym wieku. Miastenii się nie dziedziczy, jest ona natomiast schorzeniem autoimmunologicznym, co oznacza, że układ odpornościowy wytwarza przeciwciała, które są kierowane przeciwko własnym komórkom i tkankom. W przypadku miastenii – przeciwko receptorom znajdującym się na włóknach mięśniowych. Autoprzeciwciała blokują te receptory i uniemożliwiają przyłączenie do nich uwalnianej przez włókna nerwowe acetylocholiny, czyli substancji, która jest zaliczana do tzw. neuroprzekaźników. Nie dochodzi do przekazania informacji pomiędzy nerwem a mięśniem, w wyniku czego mięsień się nie kurczy i nie można wykonać żadnego ruchu. Przyczyny miastenii nie są znane. Nie wiadomo, dlaczego w organizmach niektórych ludzi tworzą się autoprzeciwciała, które są produkowane w grasicy. Nie do końca wyjaśniona jest w genezie → choroby rola grasicy – jest to gruczoł położony w śródpiersiu, biorący udział w budowaniu odporności organizmu związanej z limfocytami T. Normalnie gruczoł ten po okresie dorastania zanika. Powiązanie to jest brane pod uwagę, ponieważ u 65% chorych na miastenię stwierdza się przerost grasicy, natomiast guz grasicy nazywany thymoma występuje u 15% chorych. Najważniejszym dowodem wydaje się jednak poprawa stanu → zdrowia chorych po chirurgicznym usunięciu omawianego gruczołu. Rokowanie pacjentów z miastenią jest na ogół dobre, tak jak i → jakość życia, biorąc pod uwagę bardzo dobre wyniki leczenia. W latach 90. XX wieku śmiertelność związana z miastenią wynosiła 70%, teraz ta liczba jest szacowana na ok. 3–5%, co jest związane ze wzrostem świadomości i regularnym przyjmowaniem leków przez chorych. Monitorowanie osób z miastenią jest bardzo ważne, ponieważ co najmniej 20% z nich doświadczy miastenicznego kryzysu w ciągu dwóch lat od rozpoznania, a to wymaga interwencji medycznej. Ogólnie rzecz biorąc, najcięższa miastenia może wystąpić rok po wstępnej diagnozie. Miastenia może być chorobą śmiertelną, jeśli zaatakuje mięśnie związane z oddychaniem. Charakterystycznym objawem miastenii jest tzw. męczliwość albo nużliwość mięśni. Jest to nieprawidłowe, nadmiernie szybkie męczenie się mięśni prowadzące do ich osłabienia, które ustępuje po odpoczynku. W przebiegu miastenii zajęte mogą być różne grupy mięśni. Najczęściej są to mięśnie poruszające gałkami ocznymi i mięśnie powiek, co powoduje opadanie powiek lub podwójne widzenie; mięśnie twarzy, gardła i krtani, co skutkuje niewyraźną lub ściszoną mową, trudnościami z gryzieniem, żuciem i połykaniem pokarmów; mięśnie rąk i nóg, co pociąga za sobą trudności z dłuższym utrzymaniem rąk w górze, a w konsekwencji np. z myciem czy czesaniem włosów, chodzeniem, wchodzeniem po schodach, bieganiem. Zwykle na początku wykonywania danej czynności osłabienie mięśni jest niewielkie i narasta stopniowo w miarę jej wykonywania. Dla miastenii typowa jest zmienność objawów – są one bardziej nasilone wieczorem niż rano. W przebiegu miastenii może niekiedy dochodzić także do osłabienia mięśni oddechowych, co bywa powodem duszności i może prowadzić do niewydolności oddechowej.
W zależności od zajętych mięśni oraz stopnia dolegliwości miastenię dzieli się na cztery podtypy:

1. **Miastenia oczna** – ograniczona do mięśni gałek ocznych. Może wystąpić opadanie powieki z powodu słabości dźwigacza powieki górnej Superioris i podwójne widzenie z powodu słabości mięśni gałki ocznej. Objawy ze strony oka nasilają się podczas oglądania telewizji, czytania lub jazdy. W związku z tym niektóre osoby dotknięte chorobą noszą okulary.
2. **Miastenia łagodna**, uogólniona – dotyczy mięśni gałki ocznej i mięśni opuszkowych, co przejawia się zaburzeniami mimiki, opadaniem żuchwy, zaburzeniami mowy, gryzienia i połykania oraz mięśni kończyn. W konsekwencji chory musi odpo-

czywać podczas chodzenia czy przerywać prace wykonywane rękoma.

3. **Miastenia ciężka**, uogólniona – w tym stadium zajęte są już wszystkie mięśnie w znacznym stopniu. Dodatkowo nie obserwuje się poprawy po zastosowaniu tzw. leków cholinergicznych.
4. **Miastenia ciężka gwałtowna** – mówimy o niej wówczas, gdy dojdzie do nasilenia objawów lub gwałtownego pojawienia się objawów dotyczących wszystkich mięśni, łącznie z mięśniami oddechowymi.

Słabość mięśni biorących udział w połykaniu może prowadzić do trudności w połykaniu (dysfagia). Zwykle oznacza to, że niektóre rodzaje żywności mogą pozostać w jamie ustnej po próbie przełknięcia. Słabość mięśni, które poruszają szczęką (mięśnie żucia), może spowodować trudności w żuciu. U osób z miastenią żucie pokarmu jest bardziej męczące podczas żucia włóknistych pokarmów. Słabość mięśni biorących udział w mowie może prowadzić do dyzartrii i hypophonii. Mowa może być powolna i niewyraźna. Ze względu na słabość mięśni twarzy i mięśni żucia może nastąpić osłabienie twarzy, objawiające się niemożnością trzymania zamkniętych ust. Opadająca powieka i osłabienie twarzy mogą sprawić, że pojawia się senność. Może wystąpić trudność w utrzymaniu głowy w pozycji pionowej. Mięśnie, które kontrolują oddychanie (duszność), rzadko są obecne jako pierwsze symptomy miastenii, a rozwijają się przez miesiące lub lata. W miastenicznym kryzysie występuje paraliż mięśni oddechowych, co wymaga wentylacji wspomaganej do podtrzymania życia. Miastenia czasem na wiele lat się wycofuje, są to okresy tak zwanej remisji. W mniej więcej 10–15% przypadków choroba ustępuje sama, może się jednak cały czas powoli rozwijać. Objawy nasilają się z drobnych powodów, np. na skutek infekcji, nadmiernego przegrzania lub oziębienia organizmu, przemęczenia fizycznego, → stresu, nieleczonej nadczynności lub niedoczynności tarczycy, obniżenia poziomu potasu w organizmie po wymiotach czy biegunce. U kobiet w trakcie miesiączki lub na początku ciąży. Oznaki i objawy u kobiet w ciąży mają tendencję do poprawy w drugim i trzecim trymestrze. Całkowita remisja może wystąpić u niektórych matek. Leczenie immunosupresyjne powinno być utrzymywane przez cały okres ciąży, ponieważ zmniejsza to ryzyko wystąpienia u noworodka osłabienia mięśni, jak również ułatwia kontrolę miastenii u matki. 10-20% dzieci z matek dotkniętych tą chorobą rodzi się z przemijającą miastenią, która na ogół powoduje oddechowe trudności, rozwijające się od 12 godzin do kilku dni po porodzie. Miastenia dotyczy wyłącznie mięśni szkieletowych. Nie atakuje mięśni gładkich, czyli jelit, pęcherza moczowego, macicy, mięśnia sercowego. Nie dochodzi więc np. do zatrzymania akcji serca, a kobiety chore na miastenię mogą rodzić siłami natury.

W przebiegu miastenii może również wystąpić znaczne, nagłe pogorszenie stanu zwane przełomem. Wyróżnia się dwa rodzaje przełomów: miasteniczny oraz cholinergiczny. Pierwszy z nich wynika z prostego zaostrzenia przebiegu choroby, natomiast drugi jest skutkiem przedawkowania omawianych wcześniej leków cholinergicznych. Osłabieniu mięśni towarzyszy wówczas nieostre widzenie, ślinotok, przyspieszone bicie serca, pocenie się, wymioty, biegunka oraz uczucie lęku. Przyczynę przełomu rozpoznaje się także poprzez podanie choremu krótko działającego leku cholinergicznego – nasilenie objawów przemawia za przełomem cholinergicznym, natomiast poprawa za przełomem miastenicznym. Objawy miastenicznе mogą występować w chorobie nowotworowej lub chorobach tkanki łącznej. Zawsze należy więc wykonać badania mające na celu wykazanie przyczyny choroby. Objawy podobne do miastenii, zwłaszcza jej postaci ocznej, mogą wystąpić także w przebiegu zatrucia jadem kiełbasianym, czyli toksyną botulinową.

Leczeniem miastenii zajmuje się neurolog. Podczas badania fizykalnego, w celu zdiagnozowania miastenii, lekarz może poprosić o wykonywanie powtarzających się ruchów, np. spoglądania na stały punkt przez 30 sekund i rozluźnianie mięśni czoła. Dlatego, Osoby z miastenią mogą bowiem przejawiać zdolność do wypadnięcia ze względu na osłabienie powiek. Lekarz może także spróbować wywołać „znak kurtyny" u pacjenta, trzymając jedno oko otwarte, co w przypadku miastenii poprowadzi do tego, że drugie oko się zamyka. Po przeprowadzeniu badania fizykalnego lekarz zleca dodatkowe badania. W pierwszej kolejności wykonuje się analizę krwi na obecność przeciwciał przeciw receptorom acetylocholiny. Następnie badanie elektromiograficzne, które ocenia siłę i męczliwość mięśni po podrażnieniu nerwu słabym prądem. W elektromiografii pojedynczego włókna, która jest uważana za najbardziej wrażliwy test dla miastenii, cienka igła jest wprowadzana do różnych obszarów konkretnego mięśnia, nagrywając potencjały czynnościowe z kilkoma próbkami z różnych pojedynczych włókien mięśniowych. Identyfikowane są dwa włókna mięśniowe należące do tego samego zespołu mięśniowego i mierzona jest ich zmienność czasowa.

Dla postawienia diagnozy ważne są częstotliwość i proporcje poszczególnych potencjalnych nieprawi-

dłowego działania, zwane „blokowanie". Blok odnosi się do braku impulsów nerwowych przy wywołaniu potencjałów czynnościowych w sąsiednich włóknach mięśniowych w tym samym mięśniu. Obrazowanie klatki piersiowej (RTG) może identyfikować poszerzenie śródpiersia, sugerujące grasiczaka, ale tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny (MRI) są bardziej czułe przy identyfikacji grasiczaka i są zwykle wykonywane przy próbie diagnozy. MRI czaszki może być przeprowadzane w celu wykluczenia stanów zapalnych nerwów czaszkowych i mięśni ocznych. Wymuszona pojemność życiowa może być monitorowana w odstępach wykrywających rosnące osłabienie mięśni. Ostra, negatywna siła wdechu może być wykorzystana do określenia adekwatności wentylacji, jest ona wykonywana u osób z miastenią. Zwykle wykonuje się również określenie poziomu hormonów tarczycy, ponieważ dość często miastenii towarzyszy nadczynność tego gruczołu. Obecnie dostępne leczenie miastenii jest bardzo skuteczne. U zdecydowanej większości chorych można znaleźć nieprawidłową grasicę. U osób z miastenią jest zazwyczaj przerośnięta, o nietypowym układzie lub rosną w jej obrębie guzy – grasiczaki. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości tego gruczołu dokonuje się jego chirurgicznego usunięcia. Operacja nazywa się tymektomią. Wykonuje się ją również wtedy, gdy objawy miastenii są silne i zwiększają się mimo zażywania leków. U ok. 30% chorych po usunięciu grasicy miastenia ustępuje. Stan zdrowia kolejnych 50% osób leczonych operacyjnie znacznie się poprawia. U innych konieczne bywa leczenie immunosupresyjne, tzw. chemia, czyli podawanie leków stosowanych w onkologii, celowo osłabiających **układ odpornościowy**. W początkowej fazie choroby i przy braku a guza grasicy lekarze zwykle przepisują leki ułatwiające przewodzenie impulsów z nerwu na mięsień, tzw. leki cholinergiczne.

Niezwykle ważne jest dobranie odpowiedniej dawki i zażywanie jej w ściśle określonym czasie. Chodzi o to, by nie doszło do tzw. przełomu cholinergicznego, czyli zaostrzenia objawów choroby. Należy pamiętać, że leki mogą powodować działania niepożądane, dlatego decyzję o rozpoczęciu farmakoterapii podejmuje się indywidualnie u każdego pacjenta. W sytuacji, kiedy objawy miastenii są tak nasilone, że zagrażają życiu chorego, tzn. występują zaburzenia oddechowe i nasilone zaburzenia połykania, konieczne jest leczenie szpitalne. Dostępne są również drogie i specjalistyczne metody szybko poprawiające stan pacjenta. Znajdują zastosowanie podczas przygotowania pacjenta do zabiegu tymektomii lub u osób z ciężkimi objawami. Pierwsza z nich to plazmafereza, w której krew pacjenta jest przepuszczana przez specjalne „filtry" zatrzymujące przeciwciała. Druga to dożylne podawanie immunoglobulin. Dokładny mechanizm ich działania nie jest znany. W leczeniu miastenii ważne jest także leczenie współistniejących chorób autoimmunologicznych oraz zakażeń, które mogą nasilać objawy miastenii. Należy także unikać nadmiernego wysiłku fizycznego i często odpoczywać. Ważne jest, aby chorzy na miastenię informowali o swojej chorobie lekarzy innych specjalności, np. przed planowanym zabiegiem operacyjnym, gdyż niektóre leki i środki znieczulające są przeciwwskazane w tej chorobie. Pacjenci chorzy na miastenię wymagają wzmożonej uwagi. Przeoczenie nagłego zaostrzenia objawów, tzw. przełomu miastenicznego, w którym dochodzi do osłabienia mięśni oddechowych, może skończyć się tragicznie. Tak więc szczególnie ważna jest wiedza o czynnikach i substancjach mogących zaostrzyć miastenię.

AMI

A: MG (ang., hiszp., niem.).

B: Emeryk-Szajewska, 1996; Hausmanowa-Petrusewicz, 2005; Strugalska, 1992.

N: http://www.poradnikzdrowie.pl/: http://www.medonat.pl/: https://portal.abczdrowie.pl: http://www.miasteniaforum.pl/

S: choroba Elba-Goldflama, miastenia rzekomoporaźna.

TK: ang. *myasthenia gravis* (MG), fr. *myasthénie*, hiszp. *miastenia gravis* (MG), niem. *myasthenia gravis* (MG), ros. *миастения*.

miażdżyca naczyń (miażdżyca tętnic)

jest to → choroba przewlekła, polegająca na zmianach zwyrodnieniowo-wytwórczych w błonie wewnętrznej i środkowej tętnic, głównie w aorcie, tętnicach wieńcowych i mózgowych, rzadziej w tętnicach kończyn. Miażdżyca jest najczęstszą przyczyną stwardnienia tętnic.

Niemożliwe do modyfikacji czynniki ryzyka miażdżycy obejmują: wiek, płeć (męską) oraz zaburzenia genetyczne. Do czynników ryzyka potencjalnie poddających się kontroli należą: palenie tytoniu, → nadciśnienie tętnicze i → cukrzyca. Czynniki ryzyka mniej ważne, niepewne lub trudne do oceny ilościowej, obejmują: → otyłość, brak → aktywności fizycznej, → stres (osobowość typu A), niedobór estrogenów (po → menopauzie), dużą ilość węglowodanów w diecie, wysoki poziom lipoproteiny (a) [Lp(a)], spożywanie nasyconych oraz nienasyconych (trans) utwardzonych tłuszczów, a także zakażenia.

Analizując patogenezę miażdżycy, należy zwrócić uwagę na hipotezę rozwoju miażdżycy, zgodnie z którą przewlekłą odpowiedź ścian naczyń o charakterze zapalnym, zapoczątkowaną uszkodzeniem śródbłonka. Istotne są tutaj następujące procesy: przewlekłe uszkodzenie śródbłonka, którego rezultatem jest jego dysfunkcja, prowadząca do zwiększonej przepuszczalności i przylegania leukocytów, a także sprzyjająca zakrzepicy; przedostawanie się lipoprotein, głównie frakcji LDL zawierającej dużo → cholesterolu, w obręb ścian naczyń; modyfikacja lipoprotein w obrębie zmiany wskutek ich utleniania; przyleganie monocytów krwi (oraz innych leukocytów) do śródbłonka, po którym następuje ich migracja do błony wewnętrznej i transformacja w makrofagi i komórki piankowate; przyleganie płytek krwi; uwalnianie przez aktywowane płytki, makrofagi lub komórki naczyń czynników powodujących migrację komórek mięśni gładkich z błony środkowej do błony wewnętrznej; proliferacja komórek mięśniowych gładkich w błonie wewnętrznej i produkcja macierzy pozakomórkowej, co prowadzi do odkładania kolagenu i proteoglikanów; oraz wzmożone gromadzenie lipidów,zarówno w komórkach (makrofagi i komórki mięśni gładkich), jak i pozakomórkowo.

Naturalny rozwój miażdżycy tętnic

Miażdżyca polega na wysepkowatym gromadzeniu się w błonie wewnętrznej tętnic cholesterolu (i jego estrów) oraz innych lipidów. W pierwszym etapie komórki śródbłonka gromadzą nadmierne ilości cholesterolu i lipidów, które są przemieszczane pod błonę wewnętrzną tętnic, tzw. pasma tłuszczowo-lipidowe. Tego typu zmiany można obserwować już u dzieci. Podśródbłonkowe masy lipidowo-cholesterolowe powodują gromadzenie się makrofagów, rozrost fibroblastów i komórek mięśni gładkich warstwy środkowej tętnicy oraz drobnych naczyń krwionośnych odchodzących od naczyń odżywiających ścianę tętnicy. Zakłada się, że komórki piankowate tworzące blaszki miażdżycowe nagromadziły lipidy, pochodzące od lipoprotein osocza krwi, drogą tzw. szlaku zmiataczowego, które uprzednio uszkodzone zostały przez reaktywne formy tlenu.

Kolejnym etapem jest wapnienie tych ognisk, tzw. wapnienie dystroficzne, prowadzące do miażdżycowego stwardnienia tętnic, oraz pojawienie się ubytków śródbłonka nad ogniskiem miażdżycowym. Ubytki śródbłonka są przyczyną miejscowego spadku stężenia prostacykliny – czynnika zapobiegającego gromadzeniu się płytek krwi. W wyniku tego procesu, w miejscach obnażonych z błony wewnętrznej dochodzi do owrzodzeń miażdżycowych (owrzodzeń kaszowatych), które stają się obszarami przyściennej agregacji płytek krwi i narastania zakrzepów.

Następstwa miejscowe miażdżycy

Proces miażdżycowy prowadzi do zmniejszenia światła tętnic i zmniejszenia ich elastyczności. Z niewiadomych przyczyn – niewykluczone, że z powodu braku dodatkowego nadkażenia bakteryjnego – u niektórych ludzi w miejscach ogniska cholesterolowe nie ulegają owrzodzeniu i wapnieniu, a narastająca płytka miażdżycowa jest zbudowana z tkanki włóknistej i licznych naczyń włosowatych. Ogniska te – zwane „żywymi płytkami" miażdżycowymi – są pokryte żywym śródbłonkiem i rzadko stają się miejscem narastania zakrzepicy, ale dość często są miejscem powstania krwiaka, zamykając w ten sposób światło tętnicy. Z kolei płytki zwapniałe stanowią obszar narastania zakrzepu oraz mogą ulec pęknięciu, co także prowadzi do zamknięcia światła tętnicy.

Jeśli chodzi o lokalizację zmian miażdżycowych, to miażdżyca pojawia się prawie wyłącznie w tętnicach dużego układu krążenia, zwłaszcza w tych miejscach, gdzie istnieje wysokie ciśnienie krwi (aorta i tętnice bezpośrednio od niej odchodzące) oraz przepływ krwi nie jest laminarny (zwłaszcza w miejscach rozgałęzień tętnic).

Następstwa miażdżycy tętnic mózgu obejmują m.in. niedokrwienie mózgu i zmiany psychiczne, ponadto mogą następować pęknięcia naczyń i udary mózgu, zwłaszcza przy współistniejącym nadciśnieniu tętniczym. Miażdżyca tętnic wieńcowych jest jedną z przyczyn choroby wieńcowej, miażdżyca aorty może prowadzić do powstania tętniaka.

W zapobieganiu i leczeniu miażdżycy duże znaczenie mają: odpowiednia dieta, aktywny tryb życia i/lub racjonalny wypoczynek.

Zagadnienia nazewnicze

Określenie miażdżycy jako procesu chorobowego (łac. *atheromatosis*) dotyczy wszystkich jej etapów. Nazwa pochodzi ona od grec. źródłosłowu: *αθήρη* [athere] o pierwotnym znaczeniu „papka z mąki", które później przyjęło znaczenie „kaszka". Nazwa ta nawiązuje do „kaszowatego" wyglądu ubytku w ścianie tętnicy. Pojęciem *atherosclerosis* nazywa się zaawansowane postacie miażdżycy, w których doszło do stwardnienia (łac. *sclerosis*) ściany tętnicy w wyniku procesu miażdżycowego. Jest to pojęcie węższe od „stwardnienia tętnic" (łac. *arteriosclerosis*, od łac. *arteria* – tętnica, oraz *sclerosis* – stwardnienie), które może być spo-

wodowane także innymi przyczynami niż miażdżycą, np. starczym stwardnieniem tętnic (łac. *arteriosclerosis senilis*), pozapalnym stwardnieniem tętnic (łac. *arteriosclerosis postinflammatoria*), stwardnieniem tętniczek (łac. *arteriolosclerosis*), stwardnieniem typu Monckeberga (łac. *calcificatio mediae*).

DK

A: ASVD (ang.).
B: Kumar, 2014.
O: cholesterol, choroby wieku podeszłego, chromanie przestankowe.
S: arterioskleroza, arteroskleroza.
TK: ang. *atherosclerosis/atheoris/arteriosclerotic vascular disease* [ASVD], fr. *atherosclerosis p*, hiszp. *la aterpesclerosis*, niem. *Atherosklerose/Arterienverkalkung*, ros. *амерокслероз*.

miażdżyca tętnic → miażdżyca naczyń

Miecznikow Ilja Iljicz [fr. Metchnikoff Élie, ros. Мечников Илья Ильич] (1845–1916) – rosyjski fizjolog, mikrobiolog i zoolog, laureat Nagrody Nobla w dziedzinie medycyny (1908) za badania nad odpornością organizmów, twórca → biologicznej teorii starzenia się, znanej jako koncepcja samozatrucia organizmu. W latach 1870–1882 był profesorem uniw. w Odessie. W roku 1882 przeprowadził badania nad larwami rozgwiazd we własnym laboratorium w Mesynie na Sycylii, w 1883 ogłosił w Odessie odkrycie fagocytozy, która ma podstawowe znaczenie dla odporności organizmów żywych. Był współzałożycielem i dyrektorem pierwszego w Rosji instytutu pasteurowskiego w Odessie (1886). Od 1883 był członkiem Petersburskiej Akad. Nauk. W 1888 został pracownikiem naukowym, a od 1904 zastępcą dyrektora Inst. Pasteura w Paryżu. Zajmował się też procesem → starzenia się. Uznał, że starzenie się i → starość są rezultatem zatrucia organizmu, a ściślej samozatrucia wydalinami flory bakteryjnej w jelicie grubym. Zdaniem Miecznikowa „organizm ludzki degeneruje się w połowie drogi życiowej, a starość nasza to → choroba, którą trzeba leczyć, jak każdą inną" (Mogilewski, 1950; Zych, 1999). Samozatruciem organizmu tłumaczył też Miecznikow przedwczesne starzenie się i zbyt wczesną → śmierć. Prowadząc badania wśród stulatków na Bałkanach i w Rosji, Miecznikow szczególną uwagę zwrócił na bakterie spożywane z takimi produktami, jak kefir i/lub jogurt. Wysunął on tezę, że tzw. mleko bułgarskie, czyli mleko poddane fermentacji specyficzną mikroflorą, jest przyczyną długowieczności rosyjskich i bułgarskich chłopów. Miecznikow początkowo wykorzystywał w swoich badaniach bakterie jogurtowe sprowadzane bezpośrednio z Bułgarii, ale z czasem wyhodował odpowiednie szczepy w paryskim laboratorium w Inst. Pasteura. Twierdził, że wysoka koncentracja bakterii mlekowych w jelicie może mieć dobroczynny wpływ na → zdrowie, a tym samym przyczyniać się do → długowieczności [ludzkiej]. Przedstawił również patogenezę chorób zakaźnych oraz – na oznaczenie „nauki o starości" – wprowadził w 1903 roku termin → „gerontologia". Główna jego praca to: *L'Immunité dans les maladies infectieuses* (1901 b). Ponadto jest autorem ważnych rozpraw na temat procesu starzenia się (Metchnikoff, 1899, 1901 a, 1904)

AAZ

B: Komarovsky, 1932; Metchnikoff [Miecznikow], 1899, 1901 a, 1902 b, 1904; Mogilewski, 1950; Zych, 1999.
O: gerontologia.

miejsce i przestrzeń w życiu ludzi starszych

Miejsce to nic innego jak przestrzeń znacząca, czyli taka, której człowiek przypisuje określone znaczenia. Ze względu na bardzo zindywidualizowaną percepcję miejsce jest kategorią fenomenologiczną. Niektórzy badacze studiujący uczucia związane z miejscem zamieszkania ujmują te postawy w jedną kategorię pojęciową – *sense of place*. Trudno znaleźć polski odpowiednik tego terminu. Jest to na pewno zbiór postaw wobec środowiska zamieszkania (Steele, 1981; Hummon, 1992), jak również poczucie jego wyjątkowości, niepowtarzalnego charakteru. Mimo że postrzeganie i odczuwanie miejsca jest bardzo zindywidualizowane, psychologowie środowiska poszukiwali powtarzalnych schematów bądź typów percepcji miejsc. Najbardziej elementarną, wyjściową typologię postaw wobec miejsca zamieszkania opracował David Mark Hummon (1992) na podstawie swoich badań mieszkańców Worcester w Stanach Zjednoczonych. W takich aktach percepcji doszukiwali się regularności i powtarzalności również gerontologowie środowiskowi, dlatego znaczenie miejsca w → życiu → seniorów doczekało się też kilku konceptualizacji w tej subdyscyplinie naukowej. Jedną z nich jest idea lub koncepcja *insideness* Edwarda Charlesa Relpha, czyli reakcji na miejsce (Relph, 1976). Ideę tę rozwinął i zoperacjonalizował badawczo Graham D. Rowles, eksponując trzy sposoby przejawiania się *insideness* jako

uwewnętrznienia miejsca w człowieku (Rowles, 1983, 1984; Rubinstein, Parmelee, 1992; Niezabitowski, 2014 a, 2014 b; Niezabitowski, 2018):

- *social insideness* (uwewnętrznienie społeczne, społeczny aspekt przywiązania do miejsca) – wyjątkowość miejsca w tym ujęciu wspiera się na skojarzeniu go z ludźmi, grupami społecznymi o dużym subiektywnym znaczeniu dla człowieka;
- *autobiographical insideness* (uwewnętrznienie autobiograficzne, autobiograficzny aspekt przywiązania do miejsca) – wyjątkowość miejsca opiera się na kojarzeniu go z wydarzeniami, które miały duże znaczenie emocjonalne dla człowieka, dla jego tożsamości osobowej, czyli dla jego świadomości siebie;
- *physical insideness* (uwewnętrznienie fizyczne, aspekt fizyczny przywiązania do miejsca) – spektrum odczuć i skojarzeń wynikających z doświadczeń użytkowania mieszkania lub innej przestrzeni, np. łazienki, w której toczy się życie codzienne człowieka. Ten stan świadomości oznacza poczucie komfortu wynikające ze znajomości cech środowiska, z wiedzy o tym, jak się w nim poruszać, jak zaspokajać w nim potrzeby i wykonywać czynności życiowe. Gdy seniorzy wiedzą o tak oswojonym środowisku już wszystko, nie chcą go zmieniać lub zmiany takiej się obawiają.

Przywiązanie do miejsca (ang. *place attachment*) odgrywa w życiu ludzi starych szczególną rolę, przynajmniej na trzy sposoby potwierdzoną badaniami gerontologów środowiskowych (Rubinstein, Parmelee, 1992; Niezabitowski, 2014 a, 2014 b, Niezabitowski, 2018):

- przywołując wspomnienia sprzed wielu lat, pozwala uporządkować obraz własnego życia i może wspomagać pogodzenie się z nim;
- kompensuje różne deprywacje i → utraty charakterystyczne dla tego etapu życia poprzez zachowanie trwałego związku z miejscem (Rubinstein, Parmelee, 1992);
- daje poczucie większej samodzielności i autonomii, gdy jest się w miejscu postrzeganym jako własne.

W istocie, gdy chodzi o ostatni podpunkt, badania kanadyjskiego zespołu wykazały, że dla starszych mieszkańców przedmieść Montrealu (prowincja Quebec) możliwość zamieszkiwania jak najdłużej we własnym, od lat zajmowanym mieszkaniu oznacza zachowanie statusu osoby samodzielnej i niezależnej (Després, Lord, 2005; Niezabitowski, 2014). Obok → zdrowia, stanowi to dla seniorów jedną z najważniejszych wartości w ich życiu (Zych, 1999). Równie istotnym powodem, dla którego mieszkanie dla ludzi starszych ma tak duże znaczenie, może być to, że jest ich dziedzictwem – tym, co mogą przekazać dzieciom czy wnukom.

Kolejną postawą świadczącą o znaczeniu miejsca zamieszkania w życiu ludzi starszych jest tzw. *place dependence* (funkcjonalna zależność od miejsca). Jest to świadomość, że wszystkie najważniejsze potrzeby i aktywności można realizować najlepiej w tym, a nie innym środowisku zamieszkania (Stokols, Shumaker, 1981). W nawiązaniu do koncepcji ładów przestrzennych Marka S. Szczepańskiego (Szczepański, Ślęzak-Tazbir, 2007; Jałowiecki, Szczepański, 2006) można stwierdzić, że charakterystyczną cechą tej postawy jest to, że osoba starsza ma poczucie ładu funkcjonalnego swojego otoczenia – wszystko, czego potrzebuje na co dzień znajduje się blisko. W praktyce chodzi tu o instytucje, placówki służby zdrowia, stowarzyszenia, dostęp do interakcji i kontaktów społecznych, gdy odczuwa się taką potrzebę (Niezabitowski, 2018).

Jednym z najważniejszych aspektów *sense of place* jest *place identity* (Proshansky, Fabian, Kaminoff, 1983; Niezabitowski, 2018). Nie jest to już tylko postawa lub zbiór postaw człowieka wobec miejsca, ale także charakter samego miejsca, które wzbudza skojarzenia z postawami, doświadczeniami życiowymi, ewokuje emocje i skłania do zachowań określonego typu. Dzięki pewnym cechom miejsca ktoś czuje się w nim tak, a nie inaczej. Ta swego rodzaju tożsamość miejsca jest jednakże zjawiskiem czysto indywidualnym, bowiem tylko w świetle doświadczeń i zdarzeń biograficznych danej osoby miejsce to uzyskuje dla niej ten niepowtarzalny charakter. Koncepcja ta ujmuje miejsce jako autonomiczną jednostkę analizy i zarazem autonomiczną, integralną część tożsamości osobowej i społecznej człowieka. Z tego też względu niewątpliwie może być przedmiotem badań fenomenologicznych.

Silny i trwały związek tożsamości z miejscem/miejscami w przypadku osób starszych jest ugruntowany ich wieloletnimi doświadczeniami użytkowania tychże miejsc (w szczególności zaś mieszkań) i przebywania w nich. Bardzo dobrym przedstawieniem tych problemów i zarazem najlepszym ujęciem kwintesencji *place identity* są analizy i koncepcje personalizacji przestrzeni mieszkania w gerontologii środowiskowej. Dla seniora mieszkanie to najczęściej po prostu dom. Dom to nie maszyna do mieszkania, lecz miejsce szczególne, któremu praktycznie wszystkie kręgi kulturowe przypisują poczucie pewności, bezpieczeństwa, komfortu i spokój. Ze względu na związek z życiem człowieka mieszkanie jest swoistym jego przedłużeniem. Za ten stan rzeczy odpowiedzialne są takie procesy zorientowane na osobę (ang *person-oriented*

processes), jak (Rubinstein, 1987; Niezabitowski, 2018): całościowe obrazowanie (ang. *accounting*), personalizacja (ang. *personalization*), przedłużenia cech osoby (ang. *extension*) oraz ucieleśnienia (ang. *embodiment*). Personalizacja to nasycenie mieszkania (zajmowanej przestrzeni) przedmiotami symbolizującymi zdarzenia biograficzne o dużym subiektywnym znaczeniu dla osób starszych, a także takimi, które są zgodne z ich gustem estetycznym. Przedłużenie cech osoby polega na tym, że w mieszkaniach celowo są umieszczane artefakty przedstawiające pasje lub zawód danej osoby, np. biblioteka w przypadku naukowca, poroża, w przypadku myśliwego, puchary, gdy mieszkanie należy do sportowca itp. Jak wykazały badania, które przeprowadził Eugene Rochberg-Halton (1984), rzeczy osobiste ludzi starszych przechowywane w ich domach pełnią ważne funkcje psychologiczne. Kategoryzację tych rzeczy stworzył również Robert L. Rubinstein (1987), analizując materiał z 88 wywiadów pogłębionych z osobami w wieku 65 lat i więcej. Jego respondenci, opisując rzeczy, które określili jako szczególne (ang. *special*), pokazali ich związek ze swoją przeszłością, ważnymi wydarzeniami w ich życiu oraz ze znaczącymi innymi. Dzięki zdolności do odczuwania i wyobrażania sobie całokształtu cech mieszkania, swoistego ich sumowania (ang. *accounting*) możliwe jest osiągnięcie ostatniego stanu świadomości – ucieleśnienia (ang. *embodiment*). Jest to wypadkowa tych wcześniejszych procesów. Rezultat to poczucie zrośnięcia się jaźni seniora z zajmowanym mieszkaniem – człowiek odnosi wrażenie, że nie istnieje poza tym miejscem, że bez niego nie jest już sobą. To jeden z najważniejszych powodów, dla których seniorzy nie wyobrażają sobie zamiany mieszkania na inne lub na jakiekolwiek inne miejsce pobytu (Niezabitowski, 2014 b). Za utrwalanie przywiązania do mieszkania odpowiedzialne są także procesy zorientowane na ciało (ang. *body-oriented processes*), które polegają na ugruntowaniu w świadomości seniora doświadczeń związanych z fizycznymi właściwościami przedmiotów użytkowanych na co dzień w mieszkaniu (Rubinstein, 1987; Niezabitowski, 2018). Wyróżniono tu dwa mechanizmy. Pierwszy z nich to *entexturing* – pamięć zmysłowych doznań związanych z tymi przedmiotami i czynnościami, które ich dotyczą. Drugi mechanizm to *environmental centralization* – przestrzenne ześrodkowanie – zogniskowanie jak największej liczby czynności życiowych osoby starszej w małej skurczonej przestrzeni, ograniczonej np. do jednego pokoju, czy jego fragmentu. To kurczenie się przestrzeni życiowej (Zych, 2017) służy dostosowaniu jej do coraz większych problemów mieszkańca z poruszaniem się. Działania takie pozwalają zachować jak najwięcej poczucia niezależności i kompetencji we własnym oswojonym środowisku poprzez redukowanie wymagań i barier, jakie stawia. Gdy towarzyszy temu wyposażenie pokoju w specjalne urządzenia dla osób w bardzo zaawansowanym wieku i o słabnącej sprawności, jest to odzwierciedlenie przygotowań do „wychodzenia" z ról dotychczas pełnionych i opuszczanie tego świata. Zjawiska te można traktować jako przejaw i symbol procesu wycofywania się z życia, na który zwraca uwagę i opisuje teoria niezaangażowania.

Środowisko zamieszkania i mieszkanie polskich seniorów – stan badań

Polskie badania nad miejscem i przestrzenią w życiu ludzi starszych koncentrowały się na miejscu, w którym seniorzy wg potocznych intuicji przebywają często – na ich mieszkaniach. Środowisko to, skoro najbliższe fizycznie i emocjonalnie, powinno być szczególnie przyjazne tej grupie użytkowników. Początki systematycznego zainteresowania naukowego tą tematyką w Polsce sięgają przełomu lat 60. i 70. XX wieku. Zdefiniowano wtedy najważniejsze problemy mieszkaniowe starszej generacji Polaków, jak m.in. to, że w starej zabudowie mieszka najczęściej najstarsza ludność i w tych właśnie częściach miast zachodzi kumulacja różnych problemów → starości (Frąckiewicz, 1972).

Do podobnych konstatacji doszła Hanka Ludmiła Zaniewska (1941–2016) wiele lat później, twierdząc, że budynki starzeją się razem z zamieszkującymi je seniorami (Zaniewska, 2005). W latach 70. XX wieku pokazano również na podstawie badań, że należy kilkakrotnie zwiększyć liczbę miejsc w → domach pomocy społecznej (DPS), by zaspokoić istniejące potrzeby w tym zakresie (Kozińska, 1973).

Poczucie wagi środowiska zamieszkania dla jakości życia osób starszych znalazło odzwierciedlenie również w tematyce wszystkich trzech, jak dotąd najważniejszych ogólnopolskich → badań gerontologicznych, w tym pod egidą → Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego (PTG). Warunki mieszkaniowe były bowiem przedmiotem studiów w badaniach pod kierunkiem J. → Piotrowskiego w latach 1966–1967 (Piotrowski, 1973), pod kierunkiem B. → Synaka w latach 1999–2001 (Synak, 2003), oraz projektu PolSenior pod kierunkiem Piotra Błędowskiego, również realizowanego pod egidą PTG w latach 2007–2011 (Mossakowska, Więcek, Błędowski, 2012; Błędowski, 2011). Porównanie wyników tych badań pokazuje dynamikę i charakter przemian środowiska

zamieszkania i warunków mieszkaniowych polskich seniorów. Każde z tych badań odzwierciedla inną sytuację w kraju i prowadzi do innych wniosków. Gdy porównamy lata 60. XX wieku (pierwsze ogólnopolskie badania gerontologiczne) i koniec lat 90. (pierwsze ogólnopolskie badania PTG), najbardziej zauważalną zmianą warunków zamieszkania ludzi starszych w Polsce są: wzrost ilości i poprawa jakości wyposażenia mieszkań w podstawowe instalacje techniczne oraz zwiększenie powierzchni mieszkaniowej przypadającej na statystycznego seniora (Błędowski, 2003). Chodzi tu głównie o stan wyposażenia w instalacje sanitarne – wodę bieżącą, kanalizację, centralne ogrzewanie, toaletę, oraz sprzęt, taki jak: odkurzacz, telewizor czy pralka – sytuacja pod tym względem poprawiała się znacznie w stosunku do lat 60. XX wieku. Wynika stąd, że pod koniec lat 90. XX stulecia polscy seniorzy dysponowali większą przestrzenią mieszkaniową niż ich rówieśnicy 30 lat wcześniej, co stwarza teoretycznie lepsze warunki dla intymności, prywatności i niezależności. Najgorzej wyposażone były mieszkania seniorów samotnie zamieszkujących. W roku 2007 rozpoczęto realizację ogólnopolskiego projektu PolSenior. Badania w ramach podprojektu dotyczącego środowiska zamieszkania polskich seniorów odpowiedziały na pytanie: jak doświadczają oni swojego miejsca zamieszkania? Ich wyniki informowały zatem nie tylko o stanie obiektywnym, ale także o subiektywnej ocenie mieszkań przez respondentów. Dlatego też prowadzono badania dwutorowo: poprzez włączenie pytań dotyczących tej tematyki do kwestionariusza ogólnopolskiego oraz przeprowadzenie badań jakościowych wybranych osiedli mieszkaniowych na Górnym Śląsku. Po raz pierwszy badania środowiska mieszkaniowego ludzi starszych w Polsce miały charakter interdyscyplinarny – architekci współpracowali w ramach jednego zespołu badawczego z socjologami (Bartoszek i współprac., 2012; Niezabitowska i współprac., 2013).

Rezultaty tych badań wykazały, że subiektywne spostrzeżenia seniorów na temat swojego mieszkania dotyczą doświadczanych na co dzień → barier i niedogodności, takich jak: schody, brak poręczy zarówno w przestrzeni urbanistycznej, jak i w budynkach, niedostosowanie mieszkań do → niepełnosprawności osoby starszej itp. Stwierdzono ponadto, że odczuwanie tych barier i doświadczanie wad technicznych lokali mieszkalnych staje się z wiekiem coraz dotkliwsze. Największy odsetek respondentów bada PolSenior odczuwających takie trudności zanotowano wśród seniorów z → grupy wieku 75–79 lat (67,5%) oraz w → kohorcie 80 lat i więcej (52%). Mniejszy odsetek takich deklaracji w grupie osiemdziesięciolatków może wynikać z tego, że ci najstarsi wycofują się z aktywności, i dlatego barier w tak dużym stopniu już nie spostrzegają (Bartoszek i współprac., 2012). To może być kolejne praktyczne potwierdzenie teorii wyłączania, która proces ten przedstawia jako nieodłączny element biologicznego → starzenia się. Najczęściej barier utrudniających wychodzenie z domu doświadczają seniorzy z najstarszej grupy wiekowej – 80 lat i więcej (Bartoszek i współprac., 2012). Charakterystyczna jest tu kumulacja problemów starości – zaawansowany wiek, dużo barier w mieszkaniu, coraz dotkliwsze ich odczuwanie wraz z obniżającą się → sprawnością funkcjonalną, coraz większe przeszkody w ich likwidowaniu z braku sił fizycznych, wsparcia finansowego i organizacyjnego oraz psychicznej odporności na → stres i dezorganizację towarzyszącą remontom. W istocie z ocen eksperckich pielęgniarek uczestniczących w realizacji projektu PolSenior wynika, że mieszkania najmniej sprawnych seniorów nie są dostosowane do ich stanu zdrowia i sprawności (Bartoszek i współprac., 2012). Znaczenie tego problemu potwierdzają także inne badania (Zaniewska, 2005). Specjalne narzędzie oceny mieszkań i budynków pod względem dostosowania do ograniczeń sprawności opracowano w Szwecji. Wykorzystano je m.in. w międzynar. badaniach ENABLE-AGE (Scheidt, Windley, 2016).

Mimo wielu niedogodności – wynikających z istnienia barier utrudniających normalne funkcjonowanie – seniorzy najczęściej chcą pozostać w swoim dotychczasowym mieszkaniu. Tylko nieliczni seniorzy myślą poważnie i realnie o zmianie miejsca zamieszkania na starość. O ocenie subiektywnej w znacznym stopniu decydują dwa główne kryteria: społeczne – dobre i wspierające sąsiedztwo, oraz funkcjonalne – bliska, szybka i wygodna dostępność usług, instytucji, kontaktów międzyludzkich oraz oferty kulturalnej i rekreacyjnej w najbliższym otoczeniu miejsca zamieszkania (Bartoszek i współprac., 2012; Niezabitowski, 2018).

Okazało się, że seniorzy w dalszym ciągu bardzo liczą na → opiekę → rodziny w razie utraty sprawności i autonomii w życiu codziennym i nie wyobrażają sobie siebie w DPS. Potwierdza tę tendencje m.in. to, że niemały odsetek najstarszych seniorów (wiek 80 lat i więcej) mieszka w mieszkaniach, których właścicielami są inne osoby – najczęściej rodzina, która przejmuje rolę opiekuna (Bartoszek i współprac., 2012; Niezabitowski, 2018).

Jeśli chodzi o same placówki całodobowe badane w ramach tego podprojektu, okazuje się, że adaptacja do nich jest dla osób starszych bardzo trudna (Bartoszek i współprac., 2012; Niezabitowski, 2018). Ułatwieniem tego procesu mogą być dni otwarte placówek oraz → domy dziennego pobytu zlokalizowane przy placówkach całodobowych, dzięki którym przyszli pensjonariusze mogą zaznajomić się z tym środowiskiem. Ci seniorzy, którzy dobrowolnie, bez nacisków sytuacji czy rodziny, podjęli te decyzje, adaptują się szybciej i pomyślniej. Z analiz architektów wynika, że podniesienie jakości usług dla samych pensjonariuszy placówek wymagałoby obniżenia kosztów eksploatacji poprzez wprowadzenie na jej terenie energooszczędnych rozwiązań (np. baterii słonecznych) oraz wytworzenie przychodu, np. poprzez wynajem pomieszczeń na usługi dla innych grup klientów (Bartoszek i współprac., 2012). Placówki typu DPS nie mają w świetle przepisów takich możliwości, mają je natomiast prywatne domy dla osób w → wieku podeszłym czy np. domy księży emerytów. Wprowadzenie takich usług i wynajmów być może przyczyni się do lepszego zintegrowania placówek z ich otoczeniem (Niezabitowski, 2018).

Środowisko placówek dla seniorów jest złożone, i dlatego wymaga wieloaspektowej analizy i wyspecjalizowanych kryteriów oceny. Szczegółową wieloetapową procedurę oceny organizacji placówek pod kątem zapewniania jakości życia pensjonariuszy, która uwzględnia także aspekty psychospołeczne pobytu, opracowali w warunkach amerykańskich Rudolf Moos i Sonne Lemke (1984). Specyficzną grupą użytkowników całodobowych placówek są seniorzy z → otępieniem. Z myślą o nich również opracowano wytyczne dla projektowania środowiska takich instytucji, by ułatwiać im orientację w przestrzeni i przeciwdziałać błądzeniu (ang. *wandering behaviour*), oraz optymalizować poziom pobudzenia przy jednoczesnym zachowaniu aktywności i funkcji poznawczych (Cohen, Weisman, 1991; Torrington, 1996; Zeisel, 2006). Jakość usług świadczonych przez placówki całodobowe i dzienne dla osób starszych w wielu krajach jest przedmiotem procedur ewaluacyjnych, a jednym z żywo dyskutowanych problemów jest kwestia lokalizowania takich placówek. W środowisku gerontologicznym nierzadkie jest przekonanie, że powinny znajdować się jak najbliżej dotychczasowego miejsca zamieszkania seniorów, tak, by w jak największym stopniu zachować ich *sense of place*, czyli unikatowość doświadczania miejsca, do którego przywykli (Niezabitowski, 2018).

MN

B: Bartoszek i współprac., 2012; Błędowski, 2003, 2011; Cohen, Weisman, 1991; Després, Lord, 2005; Frąckiewicz, 1972; Hummon, 1992; Jałowiecki, Szczepański, 2006; Kozińska, 1973; Moos, Lemke, 1984; Mossakowska, Więcek, Błędowski, 2012; Niezabitowska i współprac., 2013; Niezabitowski, 2014 a, 2014 b, 2015, 2018; Piotrowski, 1973; Relph, 1976; Rochberg-Halton, 1984; Rubinstein, 1987; Rubinstein, Parmelee, 1992; Proshansky, Fabian, Kaminoff, 1983; Rowles, 1983, 1984; Scheidt, Windley, 2016; Steele, 1981; Stokols, Shumaker, 1981; Synak, 2003; Szczepański, Ślęzak-Tazbir, 2007; Torrington, 1996; Zaniewska, 2001, 2005; Zeisel, 2006; Zych, 1999, 2017.
O: adaptacja przestrzeni, dostępne mieszkalnictwo, dostępność, miejsce i przestrzeń w życiu ludzi starszych, mobilność, orientacja przestrzenna i poruszanie się, przestrzeń życiowa człowieka starego.
TK: ang. *place and space in the life of elderly people*, fr. *lieu et l'espace dans la vie des personnes âgées*, hiszp. *lugar y espacio en la vida de las personas de edad avanzada*, niem. *Platz und Raum in Leben des ältere Menschen*, ros. *место и пространство в жизни пожилых людей*.

miernik starości demograficznej (indeks lub wskaźnik starości demograficznej)

Określenie z zakresu → demografii, oznaczające miarę strukturalną demograficznego starzenia się. Jest to demograficzna miara zmieniającej się kompozycji lub struktury wieku w określonej populacji, często obliczana przez porównanie osób w wieku powyżej 65 lat z osobami poniżej 15. r.ż. w celu ukazania obszaru, w którym populacja starzeje się.

Do najważniejszych mierników starości demograficznej należą: 1) udział ludności w wieku 60 lat i powyżej w populacji – współczynnik → starości zaproponowany przez polskiego demografa Edwarda → Rosseta; w Polsce w roku 2000 wynosił on 16,7%, a w 2010 – 19,4%, prognoza na 2030 – 35,6%; 2) udział ludności w wieku 65 lat i więcej w stosunku do populacji (wskaźnik → starzenia się przyjęty przez demografów Organizacji Narodów Zjednoczonych) – w Polsce w 2000 wynosił 12,2%, a w 2010 – 13,5%, prognoza na 2030 – 21,1%; 3) udział ludności w → wieku poprodukcyjnym w populacji – w Polsce w 2000 wynosił on 14,8%, a w 2010 – 16,9%, prognoza na 2030 – 21,1%; 4) społeczny współczynnik obciążenia, oznaczający obciążenie demograficzne ludnością w wieku poprodukcyjnym ludności w → wieku produkcyjnym – w Polsce w 2000 wynosił on 24,3%, a w 2010 – 26,2%, prognoza na 2030 – 41,0%; 5) wskaźnik starzenia się francuskiego demografa Alfreda → Sauvy'ego, określający liczbę ludzi starych (w wieku 60 lat i więcej) przypadającą na 100 osób młodych (w wieku 0–17 lat), czyli ustalający propor-

cje pomiędzy najstarszymi (pokolenie dziadków) i najmłodszymi (generacja wnuków) → grupami wieku – wskaźnik ten w Polsce w 2000 wynosił 66, w 2010 – 104, prognoza na 2030 – 188 (*Rocznik Demograficzny 2011*, 2011); 6) wskaźnik → trzeciego wieku brytyjskiego demografa Petera Lasletta (1915–2001), określający szanse osoby mającej 25 lat na osiągnięcie wieku 70 lat (jest to liczba osób dożywających 70. r.ż. podzielona przez liczbę osób w wieku 25 lat i poniżej); 7) indeks lub wskaźnik starzenia się gerc. demografa Vasiliosa G. Valaorasa (1902–1996), będący miarą względnego starzenia się populacji – jest to proporcja między krańcowymi wiekowo subpopulacjami: ludzi starych (powyżej 60 lat) i młodych (poniżej 15 lat), obliczana na 100 osób – wskaźnik ten w Polsce w 2000 wynosił 86, w 2010 – 128 (*Polska w obliczu*…, 2008, *Rocznik Demograficzny 2015*, 2015; Zych, 2017).

AAZ

B: Calot, Sardon, 2000; *Polska w obliczu*…, 2008; *Rocznik Demograficzny 2011*, 2011; *Rocznik Demograficzny 2015*, 2015; Zych, 2017.

N: http://www.admr13.com…

O: demografia, granice starości, grupy wieku, starzenie się, starość, wiek nieprodukcyjny, wiek poprodukcyjny.

S: indeks starzenia się, miernik starzenia się, stopa starości, wskaźnik starzenia się, współczynnik starości.

TK: am. *index for measuring demographic aging/index of aging*, ang. *indicator of population ageing/Ageing-Index/ageing index/ index of ageing/coefficient of old age*, fr. *l'indice de vieillissement/ la mesure du vieillissement démographique/l'indice de vieillissement de la population*, hiszp. *el índice de envejecimento de la población*, niem. *Altersindex/Koeffizient des Alters/ Alterskoeffizient/der Alterungsindex der Bevölkerung*, ros. *индекс старения/индекс старения населения*.

Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) w rehabilitacji geriatrycznej

ICF to biopsychospołeczny model postępowania zaproponowany przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) i zatwierdzony przez nią w roku 2001. Opisuje on cechy stanu → zdrowia człowieka w kontekście jego indywidualnej sytuacji życiowej i czynników środowiskowych. ICF to skala systemowa, która ocenia zdrowie w kontekście jakościowym i ilościowym, a także umożliwia zapis w formie elektronicznej w postaci kodów.

Jest ona narzędziem klinicznym, badawczym (w interdyscyplinarnych zespołach diagnostyczno-terapeutycznych), edukacyjnym, ekonomicznym, jak również narzędziem przydatnym dla celów polityki społecznej (*Międzynarodowa Klasyfikacja*., 2001 – Internet: http://www.csioz.gov.pl…, Wilmowska-Pietruszyńska, Bilski, 2013).

Zastosowania ICF

Od czasu ogłoszenia drukiem pierwszej wersji klasyfikacji w 1980 roku, wykorzystywano ją w rozmaitych celach: **jako narzędzie statystyczne** – dla zbierania i zapisywania danych (np. w badaniach populacji i badaniach przeglądowych lub w zarządzaniu systemami informatycznymi); **jako narzędzie badawcze** – dla pomiaru i/lub badań np. → jakości życia bądź czynników środowiskowych; **jako narzędzie kliniczne** – przydatne w ocenie potrzeb zdrowotnych, w doborze metod postępowania w określonych stanach chorobowych, ocenie profesjonalizmu i ocenie → rehabilitacji lub jej wyników; **jako narzędzie polityki społecznej** – pomocne w planowaniu → ubezpieczeń społecznych, systemów odszkodowań oraz przygotowywaniu i realizacji polityki społecznej; **jako narzędzie edukacyjne** – przydatne przy tworzeniu programów nauczania oraz w uświadamianiu społeczeństw i podejmowaniu działań socjalnych.

Elementy składowe ICF

W obszarze zdrowia ICF obejmuje: **funkcje ciała ludzkiego** (z włączeniem funkcji psychicznych) – czyli procesy fizjologiczne poszczególnych układów ciała; **struktury ciała ludzkiego** – tj. jego części anatomiczne, takie jak: narządy, kończyny i ich elementy składowe; **upośledzenia** – zmiany funkcji lub struktury ciała, takie jak: → utrata lub istotne odchylenie od stanu prawidłowego; → **aktywność [fizyczną]** – podjęcie działania lub wykonanie przez daną osobę określonego zadania; **uczestniczenie** – angażowanie się danej osoby w określone sytuacje życiowe; **ograniczenia aktywności** – trudności, jakie dana osoba może mieć w podejmowaniu działań; **ograniczenia uczestniczenia** – problemy utrudniające danej osobie angażowanie się w sytuacje życiowe; **czynniki środowiskowe** – fizyczne i społeczne środowisko, w którym żyją ludzie. Skala ICF znajduje zastosowanie w rehabilitacji geriatrycznej.

AMB

B: Wilmowska-Pietruszyńska, Bilski, 2013.

N: *Międzynarodowa Klasyfikacja*…, 2001 – Internet: http://www.csioz.gov.pl…

O: niepełnosprawność, rehabilitacja, zdrowie.

TK: ang. *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) *in geriatric rehabilitation*, fr. *la Classification internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé* (CIF) *en réadaptation gériatrique*, hiszp. *Clasificación*

Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF) *en fisioterapia geriátrica*, niem. *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit* (ICF) *in der geriatrische Rehabilitation*, ros. *Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья* (МКФ) *в гериатрической реабилитации*.

Międzynarodowy Dzień Osób Starszych

ustanowiony został 14 XII 1990 roku przez Zgromadzenie Ogólne Organizacji Narodów Zjednoczonych (Rezolucja 45/106) i na całym świecie obchodzony jest 1 października. Rezolucja została przyjęta dzięki poprzedzającym ją innym inicjatywom, takim jak: I Światowe Zgromadzenie ds. → Starości w Wiedniu oraz zatwierdzony w roku 1982 Wiedeński Plan Działania dotyczący Osób Starszych. Święto o ustanowiono po to, aby zwrócić uwagę na problemy osób starszych, zachęcić do dyskusji na tematy im bliskie a także w celu ukazania → starzenia się jako procesu naturalnego, który nie zawsze musi wiązać się z ograniczeniami, niemożnością prowadzenia aktywnego, pełnowartościowego → życia czy samorealizacji. Szczególnie ważne jest w tym kontekście dążenie do zerwania ze stereotypem zrównującym wiek dojrzały z niedołężnością i niesamodzielnością. Podobna idea przyświecała też pomysłodawcom innych świąt poświęconych → seniorom, takich jak: Ogólnopolski Dzień Seniora (14 XI), Europejski Dzień Seniora (20 X), Światowy Dzień Praw Osób Starszych (15 VI); natomiast rok 2012 decyzją Parlamentu Europejskiego ustanowiono Europejskim Rokiem Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej. Dni poświęcone zagadnieniu starzenia się są okazją do lepszej realizacji postulatów mających na celu poprawę sytuacji osób dojrzałych: walki z dyskryminacją, zapobiegania → niepełnosprawności, zagwarantowania odpowiedniej opieki zdrowotnej i równego udziału w rozwoju kulturalnym i ekonomicznym społeczeństw. Wspólnym celem tych świąt jest kształtowanie pozytywnego wizerunku starości oraz podejmowanie wszelkich działań mających na celu zapewnienie ludziom starszym godnego życia. Do najważniejszych zadań należy więc walka z wykluczeniem osób w podeszłym wieku, ułatwienie im dostępu do opieki medycznej, a także do pełnego życia kulturalnego i społecznego. Starzenie się społeczeństwa polskiego i jego uwarunkowania demograficzne w najbliższym czasie dadzą zauważalne skutki tak w obszarze życia społecznego, jak i w sferze życia zawodowego. Z prognoz Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) na lata 2008–2035 wynika, że udział osób w wieku poprodukcyjnym będzie stale wzrastał i w roku 2035 będą one stanowiły 26,7% ogółu ludności Polski (dla porównania w stosunku do roku 2007 oznacza to wzrost o 11 punktów procentowych), przy jednoczesnym niskim przyroście naturalnym i widocznym wydłużaniu się życia człowieka (*Trwanie życia…*, 2011, *Prognoza ludności…*, 2008). Zatem niezbędne jest prowadzenie polityki prosenioralnej na dwóch płaszczyznach: lokalnej i ogólnej. W odpowiedzi na te potrzeby rząd polski podjął już pewne inicjatywy: w grudniu 2013 przyjęto tzw. pakiet senioralny. Jest to zestaw dokumentów, w którego skład wchodzą m.in. Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020, Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014–2020 [ASOS] i Program „Solidarność pokoleń" (Uchwała Nr 237, 238 i Nr 289 Rady Ministrów). Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020 to pierwszy tego typu dokument dotyczący polityki państwa wobec osób starszych. Stanowią one konkretny zestaw koniecznych działań w obszarze → polityki senioralnej w Polsce, których celem jest wspieranie i zapewnienie możliwości → aktywnego starzenia się w → zdrowiu oraz prowadzenia samodzielnego, niezależnego i satysfakcjonującego życia. W ramach Rządowego Programu ASOS na lata 2014–2020 przeznaczonych zostanie 280 mln zł, m.in. na dofinansowanie → uniwersytetów trzeciego wieku. Program „Solidarność pokoleń" proponuje działania dla zwiększenia → aktywizacji zawodowej osób starszych (w wieku 50+). Zakłada on osiągnięcie wskaźnika aktywizacji osób w wieku 55–64 lat na poziomie 50% do 2020 roku Międzynarodowy Dzień Osób Starszych obchodzony jest na różne sposoby – od organizacji wydarzeń artystycznych, festiwali, spektakli, aż po konferencje, warsztaty, spotkania rekreacyjne czy pokoleniowe pikniki integracyjne. [Najwcześniej w dziejach (1795) wprowadzono *Święto Starości* we Francji i obchodzono je 27 sierpnia, „w jednym rzędzie ze Świętem Młodości, Małżonków, Rolników, Kalek…" (Bois, 1996) – przyp. red.].

AM-K

B: Bois, 1996; *Trwanie życia…*, 2011.

D: Uchwała Nr 237 Rady Ministrów…; Uchwała Nr 238 Rady Ministrów…; Uchwała Nr 239 Rady Ministrów…

N: *Prognoza ludności…*, 2008 – Internet: http://demografia.stat.gov.pl…

O: Dzień Babci, Dzień Dziadka.

TK: ang. *International Day of Older Persons*, fr. *la Journée internationale pour les personnes âgées*, hiszp. *Día Internacional*

de les Personas de Edad, niem. *der Tag der älteren Generation*, ros. *международный день пожилых людей*.

minimum socjalne

– to wskaźnik, który określa koszty utrzymania gospodarstw domowych na podstawie koszyka dóbr i usług służących do zaspokojenia potrzeb bytowo-konsumpcyjnych na niskim poziomie. Składniki przyjęte w koszyku minimum socjalnego zapewniają jednostce nie tylko zaspokojenie podstawowych potrzeb (jak w przypadku koszyka minimum egzystencji), lecz także integrację ze społeczeństwem oraz chronią ją przed dostaniem się do sfery ubóstwa. W skład koszyka minimum socjalnego wchodzą: wydatki na mieszkanie (eksploatacja, wyposażenie), żywność, odzież i obuwie, ochronę zdrowia, higienę osobistą, koszty komunikacji i łączności (np. dojazdy do pracy), wydatki na kształcenie i wychowanie dzieci, na kulturę i rekreację; uwzględniono także pozostałe wydatki. Podobnie jak w minimum egzystencji, w minimum socjalnym nie uwzględnia się żadnych używek (alkoholu, papierosów). Minimum socjalne nie jest uważane za linię ubóstwa, lecz linię ostrzegającą, że poniżej tej granicy powstaje zagrożenie ubóstwem. John Veit-Wilson (1994, 1999) linię tę nazywa standardem dochodu minimalnego (Golinowska, 1995). Gdyby obrazowo porównać minimum socjalne i minimum egzystencji, okazałoby się, że minimum socjalne wyznacza górną granicę ubóstwa, poniżej której następuje deprywacja społecznych potrzeb człowieka i narasta zagrożenie ubóstwem, z kolei minimum egzystencji wyznacza dolną granicę ubóstwa, poniżej której dochodzi do zagrożenia degradacją biologiczną i egzystencjalną. Brytyjski socjolog, Benjamin Seebohm Rowntree (1871–1954), uważał, że w pierwszym przypadku mamy do czynienia z biedą wtórną (ograniczającą partycypację jednostki w życiu społecznym), natomiast w drugim – z biedą pierwotną (zagrażającą biologicznej egzystencji).

Minima – socjalne i/lub egzystencji – pełnią jedynie funkcję prognostyczno-informacyjną, pozwalającą zorientować się w sytuacji społeczeństwa. Jako miara skromnego poziomu → życia mogą pełnić w analizach sytuacji dochodowej ludności punkt odniesienia dla dochodów minimalnych – minimalna płaca, minimalna → emerytura, minimalna renta, oraz dla dochodów przeciętnych – przeciętna płaca netto, przeciętna emerytura netto, przeciętna renta netto (Szatur-Jaworska, 2014).

W Polsce minimum socjalne obliczane jest oficjalnie przez Instytut Pracy i Spraw Socjalnych (IPSS) w sposób ciągły (co kwartał) od roku 1981 – w wyniku realizacji jednego z porozumień sierpniowych. Wcześniej prowadzono w tej dziedzinie wyłącznie badania naukowe, np. Lucyny Deniszczuk (1931–2014) i → Tymowskiego. IPSS ustala wartość koszyka minimum socjalnego oddzielnie dla 6 typów pracowniczych gospodarstw domowych (1-osobowe, mężczyzna w wieku 25–60 lat lub kobieta w wieku 25–60 lat; 2-osobowe, mężczyzna i kobieta; 3-osobowe, mężczyzna, kobieta i dziecko młodsze – w wieku 4–6 lat; 3-osobowe, mężczyzna, kobieta i dziecko starsze – w wieku 13–15 lat; 4-osobowe, mężczyzna, kobieta, dziecko młodsze i starsze; 5-osobowe, mężczyzna, kobieta, dziecko młodsze i dwoje dzieci starszych) oraz 2 typów gospodarstw emeryckich (1-osobowe, mężczyzna powyżej 60 lat lub kobieta powyżej 60 lat; 2-osobowe, mężczyzna i kobieta). Koszyk minimum socjalnego określany jest ilościowo (minimalna ilość dóbr i usług wg norm zużycia zalecanych przez naukowców) oraz wartościowo (koszt nabycia danych ilości dóbr i usług). W ten sposób otrzymuje się obraz niezbędnych kosztów utrzymania gospodarstw domowych na poziomie standardu minimum socjalnego. Wartość minimum socjalnego, podobnie jak minimum egzystencji, oblicza się dla całego gospodarstwa domowego danego typu. Również obliczana jest przeciętna wartość minimum, która przypada na jedną osobę w danym typie gospodarstwa (Szatur-Jaworska, 2014). [Minimum socjalne jest zatem kategorią wyznaczającą próg, poniżej którego istnieje obszar niedostatku lub ubóstwa, a zarazem uznawane jest za kryterium progu integracji społecznej, poniżej którego trudno uczestniczyć w życiu społecznym. Zdaniem ekspertów IPSS powinno ono zapewnić takie warunki, aby umożliwić reprodukcję sił życiowych człowieka, wychowanie potomstwa oraz utrzymanie więzi społecznych w czasie pracy, nauki i wypoczynku. Oznacza to zaspokajanie potrzeb konsumpcyjnych na relatywnie niskim poziomie, ale uwzględniającym zalecenia nauki (np. w zakresie wyżywienia), odpowiadającym powszechnie przyjmowanym normom obyczajowym i/lub kulturowym (rekreacja, uczestnictwo w kulturze) oraz obowiązującym normom prawnym (m.in. w zakresie oświaty czy ochrony zdrowia). We wrześniu 2017 roku dla gospodarstwa pracowniczego jednoosobowego minimum socjalne wyniosło 1134,97 zł (IPiSS, *Poziom i struktura minimum socjalnego we wrześniu 2017 r.*, Warszawa 28 listopada 2017 roku, Internet).

AZ

B: Deniszczuk, Sajkiewicz, 1996; Golinowska, 1995; Kowalczyk, Kamiński, 2009; Szatur-Jaworska, 2014; Veit-Wilson, 1994, 1999.

N: (IPiSS, *Poziom i struktura minimum socjalnego we wrześniu 2017 r.*, Warszawa 28 listopada 2017 roku, Internet).
O: jakość życia, jakość życia osób starszych, renta socjalna, ubóstwo i wykluczenie społeczne osób w podeszłym wieku.
S: minimum komfortu psychicznego, niski dochód.
TK: ang. *minimum wage*, fr. *minimum social*, hiszp. *mínimo social*, niem. *soziales Minimum*/*Sozialminimum*, ros. *социальный минимум*.

minimum wiekowe → limit wieku

mnemotechnika

nazywana także mnemoniką, korzeniami sięgająca czasów antycznych, to sztuka zapamiętywania. Składa się na nią ogół technik intelektualnych wspierających procesy kodowania, przechowywania, a następnie wydobywania z → pamięci różnych informacji, często takich, które nie są ze sobą logicznie powiązane i których zapamiętanie bez stosownej „obróbki" mentalnej może być utrudnione lub wręcz niemożliwe. Ów proces przetwarzania polega na selekcjonowaniu i organizowaniu pozyskanych informacji wg z góry przyjętego systemu, np. poprzez nadawanie informacjom indywidualnych znaczeń, ich kategoryzowanie, wyszukiwanie w nich związków logicznych, kojarzenie ich ze stałą listą cyfr, liter, kolorów bądź innych symboli graficznych, przypisywanie do nich słów „kluczy" bądź skrótów, werbalizowanie, tworzenie między nimi lub na ich podstawie skojarzeń treściowych odwołujących się do subiektywnie ważnych dat, miejsc, osób, wydarzeń, doświadczeń, preferencji itd. Poza podstawowymi procesami asocjacji i wizualizacji mnemotechnika bardzo często odwołuje się do pogłębionej refleksji, pozytywnych lub negatywnych emocji, wykorzystuje rymy, akronimy, akrostychy, formy muzyczne.

Mnemotechnika może być pomocna zwłaszcza wtedy, gdy w danym momencie nie możemy wejść w posiadanie fizycznego źródła interesujących nas informacji lub wówczas, gdy nie dysponujemy środkami technicznymi umożliwiającymi ich zapisanie poza rejestrem naszej pamięci, a więc na sztucznie wytworzonym nośniku danych (np. odręczny zapis czy szkic w notatniku; zapis komputerowy; fotokopia wykonana za pomocą kserokopiarki lub skanera; zapis audio i/lub wideo przy użyciu dyktafonu, aparatu fotograficznego, kamery lub innego urządzenia rejestrującego obraz i/lub dźwięk).

Przykładem okoliczności, w których mnemonika może być z powodzeniem wykorzystywana, jest tradycyjny, encyklopedyczny proces uczenia się, który zwykle wieńczy jakiś, niekoniecznie szkolny, egzamin, mający na celu weryfikację znajomości określonego materiału pamięciowego. Mogą to być np.: dziedzinowe dane faktograficzne; fabuła książki, filmu lub sztuki teatralnej; charakterystyka postaci; daty i związane z nimi wydarzenia historyczne; dane geograficzne; wzory matematyczne, fizyczne lub chemiczne; reguły gramatyczne i ortograficzne; obcojęzyczne słowa i wyrażenia itd. Mnemotechnika doskonale sprawdza się w sytuacjach spontanicznych, gdy brak jest czasu, by sięgnąć po środki techniczne umożliwiające zapisanie bądź odczytanie ważnych informacji, przez co jesteśmy zmuszeni informacje te zapamiętać (np. numer telefonu napotkanego w windzie znajomego, z którym nie widzieliśmy się od wielu lat, a z którym chcemy odnowić znajomość; numer rejestracyjny samochodu, który potrącił pieszego i którego kierujący odjechał z miejsca wypadku, nie udzielając pierwszej pomocy poszkodowanemu – gdy jesteśmy naocznymi świadkami takiego zdarzenia; wizerunek twarzy sprawcy kradzieży widzianego zaledwie przez chwilę w czasie popełniania przestępstwa). Mnemotechnika może być szczególnie użyteczna wszędzie tam, gdzie zasadne jest wyłącznie pamięciowe przywoływanie informacji, choćby ze względu na poufność i bezpieczeństwo danych (np. przekazywanie bądź korzystanie z tajnych informacji podczas misji służb wywiadu wojskowego; użycie kodu PIN przy wypłacie pieniędzy z bankomatu lub włączaniu telefonu komórkowego; korzystanie z hotelowego sejfu, który wymaga zapamiętania kodu numerycznego; wysyłanie wiadomości pocztą e-mailową bądź realizowanie transakcji za pośrednictwem bankowości elektronicznej, kiedy to system pocztowy lub bankowy weryfikuje naszą tożsamość na podstawie indywidualnego loginu, numeru identyfikacyjnego i hasła). Do posługiwania się mnemotechniką skłania także charakter wykonywanego zawodu, potrzeba prestiżu i uznania bądź po prostu szacunek dla drugiej osoby i normy dobrego wychowania (np. udział w debacie, wygłoszenie orędzia lub exposé w ramach działalności politycznej; wygłoszenie mowy adwokackiej; odegranie roli teatralnej; prezentowanie usługi i/lub produktu przed inwestorem i/lub klientem; przyjęcie zamówienia przez kelnera w restauracji; wygłoszenie wykładu dla studentów lub podczas konferencji naukowej; publiczna recytacja wiersza lub prozy; uczestnictwo w konkursie wiedzy przedmiotowej; opowiadanie bajek, anegdot, dowcipów; zapamiętywanie kolejności kart w grach hazardowych lub podczas pokazów sztuczek karcianych; utrwalanie w pamięci imion i nazwisk znajomych, choć rzadko widywanych osób, współpracowników, podwładnych, uczniów).

Zakres wspomagania zapamiętywania za pomocą mnemotechniki jest niemal nieograniczony i może dotyczyć każdej sfery → życia, także zdarzeń i sytuacji bardzo prozaicznych, jak choćby sporządzanie pamięciowej listy zakupów czy tworzenie mentalnej mapy drogowej lub trasy pieszej wędrówki, ułatwiających dotarcie do miejsca przeznaczenia bez otwierania atlasu-książki. Jednocześnie mnemotechnika bywa wykorzystywana do celów mniej utylitarnych, a nawet abstrakcyjnych, po to tylko, aby wykazać, jak wielkim potencjałem i ogromną pojemnością dysponuje ludzki mózg, w tym pamięć (np. zapamiętywanie wieloelementowych ciągów cyfr, liter, innych symboli, wyrazów, tekstów, nazw przedmiotów itd.), co w przypadku wybitnych w tym zakresie zdolności i umiejętności może budzić naukowe, publiczne oraz medialne zainteresowanie, a w konsekwencji stać się źródłem dochodu. Szczególnym tego przykładem jest postać rosyjskiego mnemonisty, Salomona Szereszewskiego (1886–1958), gruntownie zbadana i opisana przez rosyjskiego neuropsychologa, Aleksandra Romanowicza → Łurię.

Posługiwanie się mnemotechniką nie jest jednak wrodzoną zdolnością i wymaga czasem bardzo żmudnych ćwiczeń. Właśnie dlatego w dobie nowych technologii, a właściwie już od czasów upowszechnienia pisma pozwalającego sztucznie utrwalić ślad pamięciowy, na temat intelektualnych technik wspomagania pamięci pojawiają się także krytyczne opinie – pozostające jednak w mniejszości. Jednoczesne rozwijanie mnemoniki i wykorzystywanie jej na własne potrzeby w istotny sposób przyczynia się nie tylko do względnego uniezależnienia od środków technicznych i optymalizacji wszelkiej aktywności, w której wydajność pamięci nie jest bez znaczenia, lecz również może mieć pozytywny wpływ na ogólną wydajność aparatu poznawczego człowieka. Bazując na polisensorycznym kodowaniu informacji, mnemotechnika prowadzi bowiem do synergii półkul mózgowych, co w przypadku spadku wydajności lub zaburzenia określonych funkcji intelektualnych, związanych choćby z procesami → starzenia się, przesądza o jej kompensacyjnym, a niekiedy nawet rewalidacyjnym charakterze.

Do najbardziej znanych mnemotechnik należy zaliczyć „metodę miejsc" (łac. *loci*), sięgającą początków greckiego parlamentaryzmu i sztuki oratorskiej, zwaną także „techniką lokacji", „pałacem pamięci" lub „pokojem rzymskim", a polegającą na kodowaniu informacji poprzez przypisywanie ich – w wyobraźni – do wymyślonych lub dobrze znanych miejsc, np. w przestrzeni pałacowych dziedzińców, krużganków i komnat, w nawach i kaplicach katedralnych, na kolejnych piętrach wieżowca, w układzie urbanistycznym rodzinnego miasta, na trasie przejazdu z domu do pracy itd. Swoistą odmianę tej techniki stanowią popularne dziś metody: „słowa haka", „kotwic", „kołków", „słów-wieszaków" czy „haków pamięciowych", ujmowane w kategorię „systemów zakładkowych", które w gruncie rzeczy wyrażają alternatywne nazwy i formy dla podobnego sposobu utrwalania informacji w pamięci – poprzez wyobrażanie ich sobie w konkretnych miejscach (np. na haczykach), przypisywanie ich do podstawowych słów czy choćby utożsamianie z częściami własnego ciała. Równie powszechnymi technikami wspomagającymi zapamiętywanie są dziś, praktykowane m.in. w edukacji szkolnej, wymienione już: grupowanie, wierszowanie, rymowanie, rytmizowanie, śpiewanie, ale też akronimy i akrostychy. Procesy zapamiętywania mogą być również wspomagane poprzez: wykonywanie ćwiczeń pantomimicznych, uwydatnienie treści humorystycznych, użycie piktogramów, włączenie dodatkowych rekwizytów, np. chusteczki, na której zawiązywane są kolejne supełki, będące nośnikiem ściśle określonej, mentalnie zakodowanej informacji. Niekiedy do mnemoniki zaliczana jest też technika „map myślowych", którą jednak należy uznać za pograniczny system wspomagania pamięci, łączący w sobie opisaną powyżej pracę intelektualną z odciążającym pamięć zapisem typowo graficznym. Do mniej popularnych mnemotechnik, choć w literaturze przedmiotu opisanych szczegółowo, można zaliczyć „łańcuchową metodę skojarzeń", „technikę połączeń kaskadowych" oraz „Główny System Pamięciowy".

AJ

B: Anderson,1998; Bąbel, Baran, 2011; Dudley, 1994; Gorini, 2008; Jagodzińska, 2008; Vetulani, 1998.

O: amnezja, pamięć, zaburzenia pamięci związane z wiekiem.

S: mnemonika.

TK: ang. *mnemonic device/art of memory*, fr. *mnémotechnique/art de mémoire*, hiszp. *la mnemotecnia/nemotecnia*, niem. *Mnemotechnik*, ros. *мнемотехника/мнемоника*.

mobbing (*bullying*) wobec osób starszych

rozumiany jako przemoc realizowana w sposób intencjonalny, powtarzalny (w dłuższej perspektywie czasowej), związany jest z występowaniem nierównowagi sił między sprawcą a ofiarą. W niektórych przypadkach nawet pojedynczy silny akt przemocy może być definiowany jako mobbing.

Cechy definicyjne mobbingu

Trzy cechy mobbingu wywodzą się z koncepcji Dana Åke Olweusa, która stanowi najczęściej przyjmowany punkt odniesienia w literaturze światowej, zwłaszcza w przypadku mobbingu w środowisku szkolnym, choć pokrewne koncepcje, np. koncepcja mobbingu w miejscu pracy, wskazują zwykle te same podstawy definicyjne (Monks i współprac., 2009).

Intencjonalność wskazuje na celowe działanie sprawców lub sprawcy, których celem jest zadanie cierpienia ofierze – wyklucza się tu zatem wszelkie sytuacje, gdy cierpienie zostało wywołane przez inne osoby przypadkowo, w sposób niezamierzony.

Powtarzalność oznacza, że osoba doświadcza wrogich działań przez dłuższy → czas w sposób regularny. W konsekwencji nawet akty agresji o relatywnie niedużym natężeniu ulegają zsumowaniu i zyskują znaczny potencjał negatywny. Ze względu na powtarzalność ofiara zaczyna także permanentnie spodziewać się tego, że doświadczy negatywnych działań ze strony innych. W badaniach przyjmuje się różne kryteria powtarzalności – zarówno jeśli chodzi o analizowany czas (np. 3 miesiące, rok), jak i uwzględnianą częstotliwość. Brak zunifikowanych kryteriów w tym zakresie wskazuje się jako jedną z podstawowych przyczyn znacznych różnic w wynikach dotyczących pomiarów rozpowszechnienia mobbingu (Monks i współprac., 2009).

Nierównowaga sił oznacza, że sprawca lub sprawcy są (przynajmniej w odbiorze ofiary) o wiele od niej silniejsi. Źródłem tej przewagi może być rzeczywista siła fizyczna, sprawność, ale także przewaga psychologiczna (np. lepsze kompetencje komunikacyjne, czy wyższa inteligencja sprawcy) lub przewaga liczebna (w przypadku grupy sprawców).

Współwystępowanie tych trzech właściwości składających się na mobbing sprawia, że ofiara staje się bezradna i często nie podejmuje lub przestaje podejmować aktywności obronne, albo też podejmuje w odpowiedzi na przemoc działania nieracjonalne, które pogarszają jej sytuację.

Typy mobbingu

Ze względu na formę realizacji przemocy wyróżnia się zwykle cztery główne typy bullyingu:

- mobbing fizyczny – polegający na biciu, popychaniu, szarpaniu, duszeniu, kopaniu itd.;
- mobbing słowny (werbalny) – polegający na przezywaniu, obrażaniu, wyzywaniu;
- mobbing relacyjny – polegający na izolowaniu, wykluczaniu z relacji i/lub różnych aktywności;
- mobbing elektroniczny (cyberprzemoc) – polegający na stosowaniu aktów przemocy przy wykorzystaniu tzw. nowych mediów, np. internetu, telefonów komórkowych, smartfonów (Monks i współprac., 2009; Pyżalski, 2012).

Mobbing w różnych kontekstach

Badania dotyczące mobbingu rozpoczęły się w latach 70. minionego wieku w Norwegii i stanowią do dziś najbardziej rozpowszechniony obszar naukowych eksploracji tej problematyki. Wypracowano poprawne psychometrycznie narzędzia diagnostyczne (głównie kwestionariuszowe) oraz przeprowadzono wiele badań nad uwarunkowaniami i konsekwencjami bullyingu (Pyżalski, 2012). Opracowano także i przetestowano wiele programów i rozwiązań nastawionych zarówno na profilaktykę bullyingu, jak i działania o charakterze interwencyjnym, np. norweski *Olweus Bullying Prevention Program* (http://www.violencepreventionworks.org…) bądź fińska KiVa (www. kivaprogram.ne). Programy te często mają długą historię testowania oraz potwierdzoną skuteczność.

Mobbing w środowisku szkolnym a osoby starsze

Badania podłużne wskazują, że doświadczanie wiktymizacji na wcześniejszych etapach → życia jest skorelowane z większą tendencją do wchodzenia w sytuacje mobbingu w wieku dorosłym lub innymi problemami w zakresie → zdrowia psychicznego. Na przykład Australijski Projekt Temperamentu wykazał, że osoby, które doświadczały mobbingu w szkole, prezentowały gorszy stan zdrowia psychicznego nawet po 30 latach od tych doświadczeń (Vassalo, Sanson, Olsson, 2014). Do najczęściej pojawiających się późnych następstw krzywdzenia w dzieciństwie, obserwowanych u osób w podeszłym wieku, należą (Davies, 2003; Zych, 2013): przewlekła → depresja i zaburzenia nastroju, większe ryzyko ponownego stania się ofiarą, trudności w radzeniu sobie ze → stresami, niewykształcenie umiejętności związanych ze zdobywaniem i utrzymaniem autonomii, niezależności, integralności, oraz brak poczucia skutecznego radzenia sobie z problemami życiowymi, co w → wieku podeszłym skutkuje podatnością na stresy związane z utratą → wsparcia społecznego.

Mobbing w środowisku pracy

Niemiecki psycholog Heinz Leymann określił mobbing w pracy jako „terror psychiczny w miejscu pracy, który angażuje wrogie nastawienie i nieetyczne komunikowanie się (stosowanie w codziennych kontaktach w miejscu pracy) obelg, wyzwisk, pomówień,

oszczerstw, krzyku itd.) systematycznie podtrzymywane przez jedną bądź kilka osób w stosunku do innej, co w konsekwencji spycha ofiarę do pozycji bezbronności. Działania te zdarzają się często (co najmniej raz w tygodniu) i trwają przez dłuższy okres czasu (co najmniej pół roku). Z uwagi na czas trwania i powtarzalność, maltretowanie to skutkuje zaburzeniami w sferze psychologicznej, psychosomatycznej i społecznej" (Leymann, 1996).

W polskiej legislacji, zgodnie z art. 94 Kodeksu pracy (Ustawa z 26 VI 1974 roku), „mobbing oznacza działania lub zachowania dotyczące pracownika lub skierowane przeciwko pracownikowi, polegające na uporczywym i długotrwałym nękaniu lub zastraszaniu, wywołujące u niego zaniżoną ocenę przydatności zawodowej, powodujące lub mające na celu poniżenie lub ośmieszenie pracownika, izolowanie go lub wyeliminowanie z zespołu współpracowników".

W środowisku pracy mamy najczęściej do czynienia z mobbingiem wertykalnym (z góry na dół), kiedy sprawcą przemocy jest przełożony, który zwykle ze względu na swoją pozycję formalną ma przewagę nad pracownikiem. Mobbing w środowisku pracy może mieć także charakter wertykalny – ofiara doświadcza wtedy przemocy ze strony innego pracownika (pracowników).

Starsi pracownicy a mobbing w pracy

Badania dotyczące powiązania wiktymizacji mobbingu z wiekiem pracowników dostarczają niejednoznacznych wyników. Wiele badań przeprowadzonych w krajach skandynawskich wskazuje na większe narażenie tej grupy pracowników na mobbing w porównaniu z pracownikami młodszymi (Einrasen i współprac., 2003; Vartia, 2003). Inne badania (Hoel, Cooper, 2000; Rayner, 1997) wskazują na odwrotną tendencję – gdzie ofiarami mobbingu są najczęściej najmłodsi, często dopiero rozpoczynający pracę pracownicy. Polskie wyniki w tym zakresie są niejednoznaczne – brakuje wyraźnie zaznaczonych tendencji (*Raport CBOS*, 2014). Niewątpliwie jednak doświadczanie mobbingu w pracy może być przyczyną rezygnacji lub niepodejmowania aktywności zawodowej przez osoby starsze, a także przyczyniać się do obniżenia ich → dobrostanu [psychicznego] i stanu zdrowia psychicznego w szerszym znaczeniu.

Mobbing w instytucjach opiekuńczych i resocjalizacyjnych

Sporo uwagi poświęcono mechanizmom powstawania i rozpowszechnieniu mobbingu w instytucjach przykładowo takich jak: domy dziecka, → domy pomocy społecznej oraz placówki resocjalizacyjne dla młodzieży i dorosłych. Względna izolacja takich placówek od szerszego społeczeństwa, występowanie grupowej nieformalnej hierarchii pomiędzy mieszkańcami (często o charakterze negatywnym, w postaci tzw. drugiego życia) oraz negatywne tradycje w wielu krajach sprawiają, że wskaźniki występowania mobbingu są w tych placówkach wyższe w porównaniu z innymi instytucjami. Dodatkową kwestią jest bullying ze strony personelu placówek tego typu, który ze względu na formalne umiejscowienie oraz cechy podopiecznych dysponuje zwykle relatywnie silną władzą, która może być nadużywana (Monks i współprac., 2009).

Mobbing w instytucjach a osoby starsze

Bardzo istotnym, choć wciąż słabo rozpoznanym empirycznie problemem jest mobbing osób starszych (→ seniorów) w placówkach opiekuńczych (zarówno o charakterze stacjonarnym, jak i ambulatoryjnym).

W tym kontekście mówi się o trzech konfiguracjach sytuacji mobbingowych:

- mobbing horyzontalny, gdy osoby starsze (pensjonariusze) są zarówno sprawcami, jak i ofiarami bullyingu;
- mobbing wertykalny, gdzie seniorzy doświadczają wiktymizacji ze strony personelu placówki;
- mobbing wertykalny, gdy osoby starsze prowadzą działania o charakterze przemocy wobec personelu placówki (Gutman, 2013 – Internet: http://www.sfu.ca…).

Mobbing wobec osób starszych w instytucjach dotyczy w szczególności tych jednostek, które ze względu na stan zdrowia są zależne od innych osób i mają obiektywnie ograniczone możliwości aktywnej ochrony przed przemocą otoczenia.

Konsekwencje doświadczania bullyingu przez osoby starsze nie są zwykle specyficzne w kontekście konsekwencji doświadczanych przez inne → grupy wieku. Informacje na temat tych konsekwencji pochodzą głównie z badań o charakterze jakościowym realizowanych na małych grupach. Ostrożne szacunki ilościowe wskazują, że mobbing w instytucjach opiekuńczych dla seniorów może dotyczyć co dwudziestego mieszkańca (Bonifas, Frankel, 2012 – Internet: http://www.mybetternursinghome.com…).

Mobbing elektroniczny (cyberprzemoc, cyberbullying)

Stanowią go akty agresji i/lub przemocy realizowane za pomocą narzędzi internetowych kierowane prze-

ciwko innym osobom. Działania takie mogą polegać na czynnej agresji w postaci zapośredniczonego przez komputer komunikowania się z ofiarą (np. w postaci nieprzyjemnych wiadomości tekstowych, listów elektronicznych), tworzenia publicznych komunikatów znieważających ofiarę (np. w portalu społecznościowym). Mogą też przyjmować inne formy, np. postać tzw. kradzieży tożsamości (udawanie ofiary w internecie) czy ujawniania w sieci tajemnic i sekretów innej osoby W niektórych przypadkach mobbingu elektronicznego pojawiają się nowe mechanizmy, tj. relatywna anonimowość sprawców, czy tzw. niewidzialna publiczność (osoby obserwujące akty agresji online) zwiększające potencjał wiktymizujący.

W poważniejszych przypadkach mobbing elektroniczny może – często wraz z innymi działaniami realizowanymi w sposób tradycyjny offline – przypominać podlegający penalizacji stalking, który w polskim kodeksie karnym (art. 190 a § 1 Ustawy z 6 VI 1997 roku) definiuje się jako uporczywe nękanie powodujące uzasadnione okolicznościami poczucie zagrożenia lub istotne naruszenie prywatności zagrożone karą pozbawienia wolności do 3 lat lub – w przypadku doprowadzenia ofiary do próby samobójczej – do 10 lat.

Przemoc elektroniczna może wiązać się z relacjami osobistymi lub instytucjonalnymi, stanowiąc rozszerzenie mobbingu realizowanego w sposób tradycyjny lub przyjmować formę tzw. agresji wobec grup, gdzie obrażane publicznie są nie konkretne osoby, ale całe grupy osób, np. ze względu na narodowość, wyznanie, wiek (Pyżalski, 2012).

Przemoc elektroniczna wobec osób starszych

Większość badań dotyczących przemocy elektronicznej dotyczy młodych ludzi, główne adolescentów. Brak jest pogłębionych badań dotyczących tej tematyki w odniesieniu do osób dorosłych, w tym seniorów. Jednak istniejące badania wskazują, że problem agresji bądź przemocy internetowej dotyczy coraz częściej osób dorosłych (*Raport CBOS*, 2009). Będzie on się z dużym prawdopodobieństwem powiększał ze względu ma generacyjnie zmniejszające się → wykluczenie cyfrowe [osób starszych].

Konsekwencje zaangażowania w mobbing

W przypadku mobbingu najczęściej mówimy o konsekwencjach w obszarze zdrowia psychicznego doświadczanych przez ofiary. Badania, w których wykorzystano podejście metaanalityczne, wskazują na następujące – najczęściej pojawiające się problemy – u ofiar z różnych grup wiekowych i w różnych kontekstach otoczenia społecznego: lęk społeczny, depresja, myśli samobójcze, a także samobójstwa usiłowane lub dokonane (tzw. *bully-cide*), obniżone poczucie własnej wartości oraz zaburzenia psychosomatyczne związane np. z problemami ze snem, odżywianiem itp. (Di Martino, Hoel, Cooper, 2003; Due i współparc., 2009; Kessel Schneider i współprac., 2012; Pyżalski, 2012; Warszewska-Makuch, 2005).

Badania podłużne wskazują, że wiele konsekwencji doświadczanych na wczesnym etapie życia, np. w szkole, potrafi przynosić długotrwałe skutki obserwowane też u osób dorosłych (Vassalo, Sanson, Olsson, 2014).

Konsekwencje dotyczące sprawców mobbingu badane były zwykle wśród dzieci i młodzieży. Sprawcy tego typu mają często deficyt empatii, przejawiają też inne problemy, np. negatywne postawy wobec szkoły, czy zażywają substancje psychoaktywne. Sprawstwo mobbingu jest też predykatorem zaangażowania w dorosłości w zachowania agresywne i przestępczość. Należy jednak podkreślić, że pewien odsetek sprawców bullyingu nie tylko nie wykazuje zaburzeń emocjonalnych, ale ma znaczące kompetencje społeczne, pozwalające na sprawne stosowanie mobbingu, w szczególności relacyjnego (Pyżalski, 2012).

Szczególnego znaczenia nabiera badanie świadków mobbingu. Z jednej strony, obserwując przemoc, ponoszą oni konsekwencje psychologiczne, np. mają obniżone poczucie bezpieczeństwa, z drugiej: przyjmując różne role, np. wspierania sprawcy, obojętności albo wspierania ofiary, wpływają na przebieg całego procesu – jego eskalację lub zatrzymanie (Salmivalli, Voeten, Poskiparta, 2011).

Przeciwdziałanie mobbingowi wobec osób starszych

Zależnie od kontekstu społecznego mobbingu wyróżnia się następujące niespecyficzne i specyficzne obszary oddziaływań profilaktycznych i interwencyjnych (Bonifas, Frankel, 2012 – Internet: http://www.mybetternursinghome.com…):

1. **Poziom instytucjonalny**, np. budowanie polityki organizacji i/lub placówki nastawionej na bezpieczeństwo/szacunek; posiadanie procedur postępowania w przypadku wystąpienia mobbingu; szkolenia personelu dotyczące metodyki zapobiegania i interwencji związanych z mobbingiem.
2. **Poziom pracy z potencjalnymi i aktualnymi ofiarami**, np. szkolenia nastawione na rozwój wiedzy o własnych prawach dla mieszkańców instytucji, rozwój kompetencji w zakresie radzenia sobie, np.

treningi asertywności;edukacja medialna – w kontekście mobbingu elektronicznego – w obszarze radzenia sobie z zagrożeniami występującymi w sieci edukacja potencjalnych świadków, by nie byli bierni w przypadku przemocy wobec innych osób.

3. **Poziom pracy ze sprawcami** – jasność stosowanych konsekwencji i współpracy z innymi instytucjami w przypadku wykrycia mobbingu, szkolenie w zakresie pożądanych społecznie zachowań i/lub treningi radzenia sobie ze złością.

JP

B: Davies, 2003; Di Martino, Hoel, Cooper, 2000, 2003; Due i współprac., 2009, Einrasen i współprac., 2003; Hoel, Cooper, 2000; Kessel Schneider i współprac., 2012; Leymann, 1996; Monks i współprac., 2009; Pyżalski, 2012; Rayner, 1997; Salmivalli, Voeten, Poskiparta, 2011; Vartia, 2003; Vassalo, Sanson, Olsson, 2014; Warszewska-Makuch, 2005; Zych, 2013.
D: Ustawa z 26 VI 1974 roku; Ustawa z 6 VI 1997 roku.
N: Bonifas, Frankel, 2012 – Internet: http://www. mybetternursinghome.com…; Gutman, 2013 – Internet: http://www.sfu.ca…; http://memy.pl/tag…; http: www. violencepreventionworks. org…; *Raport CBOS*, 2009 – Internet: http://www. cbos.pl…, 2009; *Raport CBOS*, 2014 – Internet: http://www.cbos.pl…, 2014; www. kivaprogram.ne
O: człowiek stary w sytuacji przemocy, nadużycia wobec osób starszych, przemoc wobec ludzi starych, wykluczenie cyfrowe osób starszych, zdrowie psychiczne.
S: bullying osób starszych, nękanie osób starszych, znęcanie się nad osobami starszymi.
TK: ang. *mobbing (bullying) directed towards older people/ older adults mobbing (bullying)/senior mobbing (bullying)*, fr. *l'intimifation envers les personnes aînés/les brimades dirigée vers les personnes âgées*, hiszp. *el asco psicológico o asco moral e dirigo a las personas mayores/intimidación de las personas mayores*, niem. *Mobbing (Mobben)/"Psychoterror"* oder *eine Schikane gegenüber älteren Menschen gerichtet*, ros. *моббинг (буллинг) против пожилые люди/задирание или запугивание пожилых людей*.

mobilność (ruchliwość)

Terminem tym (ang. *mobility* – zdolność poruszania się, ekspresja, ruchliwość) określa się zdolność do niezależnego i bezpiecznego przemieszczania się z jednego miejsca na drugie w czasie codziennej aktywności życiowej. Pojęcie „mobilności" odnosić można do takich jej form jak: chodzenie, mycie się, ubieranie się, czynności samoobsługi, chodzenie po schodach, korzystanie z komunikacji miejskiej. Można je również odnosić do różnych form aktywności sportowo-rekreacyjnej (Osiński, 2013).

Warunkiem niezbędnym realizacji większości ruchów dowolnych i lokomocji człowieka jest możliwość utrzymania stabilności posturalnej, czyli zdolność do odzyskiwania stanu równowagi. W tym celu uruchamia się w sposób odruchowy albo wyuczony odpowiednie strategie odzyskiwania równowagi. Należą do nich strategia stawu skokowego, strategia stawu biodrowego lub strategia kroku (Rose, 2005).

U osób starszych utrzymanie równowagi ciała ulega pogorszeniu. Jest to funkcja złożona, która wymaga połączenia informacji z układu wzrokowego i przedsionkowego z informacjami przekazywanymi z proprioreceptorów umiejscowionych w skórze, stawach, ścięgnach i mięśniach. Z wiekiem występuje wiele → chorób przewlekłych, następuje obniżenie kondycji fizycznej, dochodzi do atrofii mięśni, zwolnienia czasu reakcji, osłabienia → pamięci i uwagi oraz zdolności łączenia dochodzących informacji sensorycznych (Błaszczyk, Czerwosz, 2005). Wraz z upływem lat pojawiają się również problemy ze wzrokiem, takie jak: → choroby oczu [w starszym wieku], pogorszenie ostrości widzenia, → zwyrodnienie plamki [żółtej] związane z wiekiem, → zaćma czy kłopoty z adaptacją wzroku do zmiany oświetlenia. Zmiany involucyjne dotyczą sytemu somatosensorycznego (dotyk i propriocepcja), gdzie dochodzi do pogorszenia wrażliwości kinestetycznej, czyli świadomości pozycji poszczególnych części ciała. Z wiekiem w strukturze mózgu zachodzą istotne zmiany, które spowalniają przewodnictwo synaptyczne. Przedstawione involucyjne pogorszenie struktury i funkcji organizmu doprowadza do znaczącego obniżenia stabilności posturalnej (Osiński, 2013).

Zaburzenia mobilności, obejmujące chód, obroty, zmianę pozycji ciała, wynikają z nasilającej się chwiejności, ze spowolnienia ruchów, zmniejszenia siły, napięcia i wytrzymałości mięśni, ograniczenia zakresu ruchów w stawach z towarzyszącymi bólami. Ostatecznym efektem mogą być → upadki i ich następstwa urazowe, które często prowadzą zgodnie z przebiegiem kaskady gerontologicznej do przedwczesnej → śmierci. Zdaniem Stephena P. Tereta i współprac. (1981) problem utraty równowagi występuje u blisko 14% subpopulacji w wieku 50–60 lat. W ciągu kolejnych 10 lat prawdopodobieństwo upadku wzrasta średnio do 22%, a w grupie osiemdziesięciolatków problem ten dotyczy już ponad 33% osób. Upadki nawet bez poważnych obrażeń ciała wywołują często długotrwałe stany lękowe mające wpływ na dalszą aktywność życiową osób w starszym wieku, w tym na postawę ciała i jego stabilność. Ogranicza to mobilność

tych osób, co w konsekwencji prowadzi do pogłębienia → niepełnosprawności [niesprawności]. Zjawisko utraty równowagi jest więc istotnym problemem społecznym.

Mobilność i równowaga są niezbędne do samodzielnego funkcjonowania. Utrata funkcji lokomocji wynika zazwyczaj bezpośrednio z samej choroby, ale często związana jest z osłabieniem, upośledzeniem i brakiem aktywności wynikającymi z choroby. Utrata mobilności jest funkcjonalną konsekwencją powodującą niesprawność osoby starszej. Upośledzenie mobilności obejmuje zaburzenia, które w połączeniu z deficytami funkcjonalnymi zakłócają zdolność chodzenia i funkcjonowania w społeczeństwie. Jest ono często rezultatem hospitalizacji, długiego okresu rekonwalescencji czy nawet czasowo siedzącego trybu życia. Thomas Michael Gill i współprac. (2006) określili upośledzenie mobilności jako niemożność przejścia co najmniej pół kilometra oraz niemożność wchodzenia po schodach.

W ocenie stopnia mobilności stosuje się wiele metod z wykorzystaniem nowoczesnych technologii i skomplikowanego sprzętu. Niemniej w praktyce klinicznej korzysta się częściej z prostych testów, które łączą elementy fizjologiczne i takie wymogi czynnościowe, które odtwarzają rzeczywiste warunki środowiskowe. Testy te nie wymagają specjalnego sprzętu ani laboratorium, nie są zbyt czasochłonne, ale muszą być wykonane wg określonych reguł, ze wszystkimi szczegółami (Błaszczyk, 2004; Means, 1996; Thornby, 1995).

Kliniczne testy oceny stabilności posturalnej

→ Test „Wstań i idź" (ang. *Timed Up and Go* – TUG) ocenia sprawność chodu i równowagę. Obejmuje on przejście z pozycji siedzącej do stojącej, marsz w szybkim tempie na krótkim dystansie po płaskim teranie (3 m w jednej linii) tam i z powrotem oraz powrót do pozycji siedzącej. Wykonanie testu zajmuje ok. 5 min. Jeśli badany porusza się, używając laski lub kuli/kul, wykonuje test z ich wykorzystaniem. Test składa się z 3 prób, podczas których mierzony jest czas, ale analizowane jest powtórzenie, które pacjent wykonał najszybciej. Wynik prawidłowy dla zdrowych osób dorosłych to czas poniżej 10 sekund. Dla osób starszych został on wydłużony do 12 sekund (Bohannon, 2006) lub nawet 14 sekund (Shumway-Cook, Brauer, Woollacott, 2000). Przyjmuje się, że jeśli czas potrzebny na wykonanie testu przekracza 14 sekund, to ryzyko upadku jest zwiększone. Kolejne zakresy czasu oznaczają stopniowe zwiększanie ryzyka upadków. Więcej niż 30 sekund uzyskane w teście sugeruje konieczność używania pomocy do chodzenia, wskazując na większą zależność od pomocy innych (Shumway-Cook, Brauer, Woollacott, 2000).

Test równowagi i chodu Tinetti. Jest to połączenie dwóch popularnych testów wydolności układu równowagi: → Test Tinetti oraz Ocena Mobilności (ang. *Performance-Oriented Assessment of Mobility* – POAM). Obydwa testy opracowała Mary Elizabeth Tinetti i jej współprac. w celu analizy funkcjonalnego ryzyka upadków na podstawie oceny równowagi i sprawności chodu u osób w starszym wieku. Test Tinetti składa się z 9 zadań ruchowych, których wykonanie punktowane jest w 3-stopniowej skali od 0 do 2 pkt. Wynik oceny nazywa się *wskaźnikiem mobilności Tinetti*. W skład zestawu zadań wchodzą takie próby, jak: siedzenie i wstawanie z krzesła, równowaga bezpośrednio po wstaniu, równowaga podczas obrotu o 360°, reakcja posturalna na wytrącanie z równowagi przy oczach otwartych i zamkniętych. Ocenia się również stabilność lokomocyjną pacjenta w kolejnych siedmiu próbach. Ocena dotyczy sposobu zapoczątkowania chodu, ciągłości chodu, odchylenia od linii chodu, kołysania się i pozycji podczas chodu. Zaletą testów Tinetti jest wysoka (sięgająca aż 85%) zgodność wyników uzyskiwanych przez różne osoby oceniające. Pozwala ona wykryć u badanych pacjentów skłonność do upadku z prawdopodobieństwem 93%. Test Tinetti w pierwszej części ocenia równowagę, a w drugiej chód badanego. Maksymalna punktacja uzyskana w teście wynosi 28 pkt (16 + 12 z obu części testu). Wynik poniżej 26 pkt może sygnalizować symptomy negatywnych zmian, natomiast poniżej 19 pkt wskazuje, że ryzyko jest co najmniej 5-krotnie wyższe (Tinetti, Williams, Mayewski, 1986).

Funkcjonalna Skala Równowagi Berg (ang. *Berg Functional Balance Scale* – BFBS) została opracowana przez kanadyjską fizjoterapeutkę Katherine Berg i współprac. (1992) do badania równowagi podczas wykonywania prostych czynności, takich jak sięganie po przedmiot z podłogi. Jest to narzędzie pomiarowe często wykorzystywane i pozwalające ocenić prawdopodobieństwo upadków u osób starszych. Składa się z 14 zadań, z których każde oceniane jest w skali 5-stopniowej (od 0 do 4 pkt). Są to następujące zadania: zmiana pozycji z siadu do stania (bez wykorzystania rąk), stanie bez pomocy (ocenia się czas), siad bez podparci (ocenia się czas), zmiana pozycji ze stania do siadu (ocena kontroli ruchu), transfer (zmiana zajmowanego krzesła na inne), stanie z zamkniętymi oczami (ocenia się czas), stanie, stopy razem (ocenia się czas), sięgnięcie w przód ramieniem (ocena

równowagi), podnoszenie przedmiotu z podłogi (ocena równowagi), skręt tułowia przy nieruchomych stopach (ocena równowagi), obracanie się o 360°, stawianie kolejno stóp na stopniu, stanie bez podparcia z jedną stopą z przodu, stanie na jednej nodze (ocenia się czas i równowagę). Klasyczna→ Skala Równowagi Berg (ang. *Berg Functional Balance Scale* – BBS) ma wyższy stopień zgodności w stosunku do baterii testów Tinetti (98% zgodności wyników testu uzyskanych przez różne osoby oceniające), jednak charakteryzuje się niższą czułością, ponieważ pozwala tylko w 53% zidentyfikować pacjentów ze skłonnościami do upadku. Ma natomiast wysoką specyficzność sięgającą 96% w identyfikacji osób niezagrożonych ryzykiem upadku (Borowicz, 2011).

Skala Równowagi Fullerton (ang. *Fullerton Advanced Balance* – FAB) służy do wielowymiarowej oceny poziomu równowagi i wrażliwości na warunki zewnętrzne. Test został skonstruowany specjalnie dla osób starszych, a następnie wszechstronnie sprawdzony pod względem rzetelności i trafności. Składa się z 10 zadań punktowanych w skali od 0 do 4 pkt (maksymalnie 40 pkt sumarycznie). Poszczególne pozycje testu obejmują takie zadania, jak: stanie na obu nogach z zamkniętymi oczami, sięganie do przedmiotów ułożonych na podłodze, pełen obrót w prawo i w lewo, wchodzenie na stopień i pokonywanie niskiej przeszkody, podwójny marsz, stanie na jednej nodze z otwartymi oczami, stanie na specjalnej gąbce z zamkniętymi oczami, podskok na odległość, marsz ze skrętem głowy czy nieoczekiwane wychylenie się (Rose, 2003).

Do oceny różnych stanów klinicznych wykorzystuje się również np. ocenę sprawności ruchowej krótką baterią testów SPPB (ang. *Short Physical Performance Battery*). Analizuje ona funkcje kończyny dolnej w trzech obszarach: prędkość chodu, równowaga statyczna oraz wstawanie z krzesła. Dla oceny szybkości chodu pacjent jest proszony o przejście 3 m – czas zaczyna się mierzyć po komendzie „start", a kończy, gdy pacjent przekracza linię 3 m. Dla oceny równowagi statycznej pacjent proszony jest o zachowanie przez 10 sekund równowagi w trzech rożnych pozycjach. Kolejną pozycję przyjmuje się tylko wtedy, kiedy poprzednia nie sprawia problemu. Pierwsza pozycja to pozycja ze stopami obok siebie (ang. *side-by-side*), druga z wybraną nogą w wykroku do przodu tak, aby bok pięty jednej stopy dotykał dużego palca drugiej stopy (ang. *Semi Tandem Stand*), a trzecia ze stopą ustawioną za stopą tak, aby pięta jednej stopy stała przed i dotykała palców drugiej stopy (ang. *Tandem Stand*). Chcąc ocenić wytrzymałość i siłę kończyn dolnych, poleca się badanemu wstanie ze standardowego krzesła bez pomocy kończyn górnych. Jeśli potrafi wykonać to zadanie, proszony jest o wykonanie tej czynności 5 razy najszybciej jak potrafi i notuje się sumaryczny czas wykonania zadania. Każde zadanie punktowane jest w skali od 0 do 4 pkt. Pacjentów klasyfikuje się następująco: 0–3 poważne ograniczenia, 4–6 umiarkowane ograniczenia, 7–9 łagodne ograniczenia, 10–12 brak ograniczeń (Guralnik i współprac., 1995; Bean i współprac., 2003).

Laboratoryjne pomiary stabilności posturalnej

Wyposażenie pracowni bądź laboratoriów biomechanicznych pozwala na wykorzystanie nowoczesnych technologii do bardziej obiektywnej oceny równowagi i zdolności poruszania się. Jednym z kierunków badań jest posturografia, gdzie ocenia się stabilność postawy ciała poprzez analizę wychwiań środka nacisku stóp (będącego odzwierciedleniem zachowania się środka ciężkości ciała), rejestrowanych za pomocą platformy posturograficznej. Platforma taka wyposażona jest w czujniki tensometryczne lub piezoelektryczne, które rejestrują siły nacisku oraz momenty sił wywieranych na podłoże przez stopy osoby badanej. Wyniki rejestrowane są w formie graficznej (jako posturogram lub statokinezjogram) i ilościowej, dając podstawę do fachowej analizy równowagi ciała. Analizuje się przemieszczenia środka nacisku stóp (ang. *center of pressure* – COP) w płaszczyźnie strzałkowej i czołowej. Wyniki takich analiz mogą świadczyć o zaawansowanych procesach inwolucyjnych, zaburzeniach równowagi, kompensacji i wielu innych problemach ludzi starszych.

Jeszcze bardziej zaawansowane są systemy oparte na analizie ruchu poszczególnych punktów zaznaczonych na ciele. Są to systemy wideokomputerowe (np. BTS, Optotrak, Watsmart, Vicin), które wykorzystują kamery sprzężone z komputerem, precyzyjnie rejestrujące przemieszczanie się analizowanych części ciała i ogólnego środka ciężkości ciała. Ilość zarejestrowanych informacji dotyczących charakterystyki ruchu wymaga często dużej wiedzy i doświadczenia badającego, aby wykorzystać tę bazę danych dla prawidłowej diagnostyki czy optymalizacji procesu terapeutycznego (Osiński, 2013).

Podsumowując możliwości oceny mobilności osób starszych należy podkreślić, że poza omówionymi testami i specjalistycznymi metodami analizy ruchu konieczne jest uzupełnienie diagnozy o poznanie stanu psychicznego osób badanych. Niezbędne jest również uwzględnienie samooceny stanu → zdrowia oraz wywiadu dotyczącego odżywienia, przyjmowa-

nych leków, zaburzeń snu, przebytych upadków i lęku przed następnymi oraz wielu innych aspektów → jakości życia.

AS

B: Bean i współprac., 2003; Berg i współprac., 1992; Błaszczyk, 2004; Błaszczyk, Czerwosz, 2005; Bohannon, 2006; Borowicz, 2005; Gill i współprac., 2006; Guralnik i współprac., 1995; Means, 1996; Osiński, 2013; Rose, 2003, 2005; Shumway-Cook, Brauer, Woollacott, 2000; Teret i współprac., 1981; Thornby, 1995; Tinetti, Williams, Mayewski, 1986.

N: http://www.biomedical.pl/…; http://www.menopauza.pl/…; http://www.wolnyrower.com.pl/…

O: ćwiczenia równoważne, równowaga, upadki w podeszłym wieku.

TK: ang. *mobility*, fr. *mobilité*, hiszp. *movilidad*, niem. *Mobilität*, ros. *мобильность*.

model opieki senioralnej

Prognozy demograficzne dla Europy Zachodniej, ale także Polski wskazują, że z roku na rok będzie zwiększać się liczba osób w → wieku poprodukcyjnym. Dane Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) wskazują, że w roku 2050 liczba osób w wieku emerytalnym sięgać będzie 10 mln osób (*Sytuacja…*, 2014). Prognozy te zarówno dla systemu opieki zdrowotnej, jak i systemu zabezpieczenia społecznego stają się wyzwaniem w kierunku wypracowania m.in. modeli opieki nad osobami starszymi. Ze względu na wielość czynników różnicujących sytuację społeczno-zdrowotną osób starszych trudno wypracować jeden model opieki senioralnej. Nie jest to bowiem jednorodna grupa, a każda z podgrup wymagać będzie kompleksowego, holistycznego podejścia. W literaturze przedmiotu można spotkać wiele modeli opieki nad osobami starszymi. Wynika to z interdyscyplinarnego charakteru tego zagadnienia i traktowania problemów i potrzeb ludzi starych w sposób przekrojowy. Występują więc modele, dla których podstawą jest punkt widzenia medyczny i/lub gerontologiczny. Są modele koncentrujące się przede wszystkim na wsparciu opiekuńczo-socjalnym oraz modele całościowe, integrujące wszystkie aspekty → życia → seniora. Modele te promują specjalistyczne świadczenia i usługi, za które odpowiedzialne są podmioty i instytucje realizujące politykę społeczną państwa. Przykładem modelu medycznego jest model zbudowany na potrzebach psychosomatycznych osób starszych i dysfunkcjach wynikających z wieku, a jego podstawowym założeniem jest stworzenie warunków do poprawy → jakości życia każdej osoby starszej niezależnie od wieku i niedyspozycji. Model ten dzieli osoby starsze na cztery podgrupy w zależności od stopnia niepełnosprawności i niesamodzielności. Pierwsza grupa to osoby zdrowe, sprawne i niezależne. Do nich adresuje się programy edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia, profilaktyki pierwszego stopnia → chorób przewlekłych, treningi zdrowotne, w tym treningi → aktywności fizycznej. Grupa ta objęta jest świadczeniem stałej opieki lekarza rodzinnego lub geriatry, a jej stan → zdrowia jest monitorowany poprzez system badań okresowych. Grupa jest również beneficjentem lokalnych projektów oferowanych przez publiczne i niepubliczne instytucje typu: domy kultury, → kluby seniora, → uniwersytety trzeciego wieku. Seniorzy partycypują w działalności formalnych i nieformalnych → grup wspierania oraz → grup samopomocy i wzajemnej pomocy, funkcjonujących przy organizacjach społecznych, parafiach, kołach gospodyń wiejskich, ochotniczych strażach pożarnych itp. Do nich skierowane są oferty → wolontariatu seniorów, ale i lokalne przedsięwzięcia o charakterze społecznym i obywatelskim. Druga grupa seniorów to ci, którzy przejawiają dysfunkcje somatyczne, nieuniemożliwiające samodzielne zaspokajanie potrzeb oraz samodzielne funkcjonowanie w miejscu ich zamieszkania. Podobnie jak w pierwszej grupie, oddziaływania mają charakter szeroko rozumianej → edukacji zdrowotnej [osób starszych]. Rozszerzeniu ulega moduł dotyczący profilaktyki drugiego stopnia. Seniorzy zakwalifikowani do tej grupy – obok rutynowych badań lekarskich i opieki lekarza – mają dodatkowo zagwarantowany dostęp do lekarzy specjalistów, fizjoterapeutów i terapeutów zajęciowych. Ich kompetencje społeczne – podobnie jak w pierwszej grupie – stymulowane są przez programy oferowane przez lokalne podmioty. Grupa ta zachęcana jest do aktywnego uczestnictwa w turnusach sanatoryjnych, rehabilitacyjnych, do skorzystania z ofert wczasów profilaktyczno-rehabilitacyjnych, zajęć sportowo-rekreacyjnych itp. Trzecia grupa seniorów charakteryzuje się zwiększonym stopniem niesamodzielności, ale pomimo posiadanych dysfunkcji pozostaje w miejscu zamieszkania. Wymaga ona jednak czasowej pomocy i wsparcia osób trzecich. [Niesamodzielność – zdaniem Zofii Szwed-Lewandowskiej (2014) – oznacza „niemożność samodzielnego wykonywania czynności dnia codziennego i konieczność korzystania z pomocy osób trzecich przy zaspokajaniu tychże potrzeb jest skorelowana z wiekiem. […] Osoby w wieku 80 lat i więcej najczęściej potrzebują pomocy przy wykonywaniu czynności wymagających siły oraz sprawności

fizycznej, takich jak: przynoszenie zakupów, sprzątanie mieszkania lub domu, przygotowywanie posiłków, dalsze wyjścia z domu. Wśród osób w → «czwartym wieku» zwiększa się jednak również odsetek osób potrzebujących pomocy przy wykonywaniu podstawowych czynności, takich jak: zabiegi higieniczne, ubieranie się, samodzielne jedzenie, poruszanie się po domu itp." – przyp. aut.]. Działania zdrowotne wobec tej grupy, obok wskazanych powyżej, obejmować powinny profilaktykę trzeciego stopnia, a opieka medyczna zostaje rozszerzona o wszystkich specjalistów służby zdrowia (lekarze podstawowej opieki, lekarze specjaliści, np. psychiatrzy, onkolodzy, rehabilitanci, pielęgniarki, fizjoterapeuci itp.) Osoby wymagające ograniczonego wspomagania przez osoby trzecie aktywizowane są w specjalistycznych ośrodkach systemu → pomocy społecznej, np. ośrodkach wsparcia typu → domy dziennego pobytu [dzienne domy pomocy]. Mogą też skorzystać z usług społecznych realizowanych przez specjalistyczną kadrę, w skład której wchodzą: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekunka środowiskowa, opiekun rodzinny (opiekun osoby zależnej), a także mają prawo oczekiwać pomocy pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej. Dla lepiej uposażonych finansowo seniorów i ich → rodzin przygotowana jest komercyjna oferta prywatnych podmiotów oferujących usługi opiekuńcze, pielęgnacyjne i rehabilitacyjne. Tak jak w dwóch poprzednich grupach, wszelkie działania prozdrowotne, rehabilitacyjne i opiekuńcze powinny zmierzać do podnoszenia jakości życia i funkcjonowania osób objętych tym modelem. Czwarta grupa w modelu medycznym ma znaczne dysfunkcje psychosomatyczne i socjalno-bytowe. Jest ona zależna od specjalistycznej instytucjonalnej opieki lub całodobowej opieki w miejscu zamieszkania, świadczonej przez formalnych lub nieformalnych opiekunów. Ta grupa seniorów nie jest pozbawiona edukacji zdrowotnej. Nacisk w tym wypadku położony jest na aspekty profilaktyki trzeciego stopnia. Oddziaływaniom edukacyjnym i terapeutycznym podlegają także opiekunowie, których wspiera się w ich działaniach. Wsparcia pacjentom i ich opiekunom rodzinnym udzielają lekarze i specjaliści z systemu ochrony zdrowia oraz pracownicy pomocy społecznej. Dodatkowo działania uzupełniane są przez pracowników i wolontariuszy organizacji społecznych (psychoterapeutów, rehabilitantów, osoby duchowne, członków grup samopomocy i grup wsparcia itp.). Instytucje takie jak: hospicja, szpitalne → oddziały geriatryczne, zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielegnacyjno-opiekuńcze, → domy pomocy społecznej stanowią podstawową bazę instytucjonalną dla chorego wymagającego stacjonarnej opieki oraz jego najbliższych.

Fundamentem scalającym wszystkie grupy w modelu medycznym jest założenie zapewnienia wysokiej jakości życia osobom starszym niezależnie od stanu zdrowia i sytuacji życiowej, a także przeciwdziałanie zjawisku → wykluczenia społecznego [osób starszych]. Natomiast różnice w poszczególnych obszarach oddziaływania związane są z wielkością zakresu form opieki medycznej i pomocy społecznej. Wdrożenie opracowanych koncepcji spoczywa na władzach państwowych i samorządowych, od których oczekuje się praktycznych rozwiązań. Inną perspektywę budowania modeli opieki nad osobami starszymi prezentuje Szwed-Lewandowska (2014). Podstawą – do której odwołuje się autorka – jest sytuacja niesamodzielności rosnąca wraz z wiekiem, co skutkuje zwiększonym zapotrzebowaniem na pomoc w codziennym życiu seniora. Prezentowany model ma charakter opiekuńczo-socjalny, akcentujący źródła organizowania i świadczenia opieki. Badaczka wymienia pięć modeli lub perspektyw, prezentujących zależności i wzajemne uwarunkowania między pomocą świadczoną w systemie rodzinnym i pozarodzinnym a pomocą w systemach instytucjonalnych. Należą do nich: hierarchiczny model kompensacyjny, model substytucji, model szczególności, model uzupełnienia oraz model komplementarności.

Hierarchiczny model kompensacyjny (ang. *hierarchical compensatory model*) opiera się na założeniu, że senior wskazuje na źródło wsparcia, którym najczęściej jest współmałżonek, następnie oczekuje pomocy od dzieci, krewnych i przyjaciół. Pomoc ze strony instytucji traktowana jest jako konieczność. Dominuje świadczenie pomocy pochodzące ze wsparcia rodzinnego i sąsiedzkiego, w następnej kolejności poszukuje się rozwiązań problemu w strukturach samorządowych i/lub państwowych.

Model substytucji (ang. *substitutional model*) zakłada objęcie pomocą osoby starszej przez instytucje publiczne, niezależnie od rodzinnego i społecznego systemu wsparcia. Jak podkreśla Szwed-Lewandowska (2014), w modelu tym przestaje obowiązywać zasada subsydiamości. Instytucje formalne przejmują odpowiedzialność za organizację pomocy, a rodzina wycofuje się z tradycyjnych funkcji opiekuńczych, niejednokrotnie wykazując postawy roszczeniowe wobec instytucjonalnego wsparcia. Niezależnie od faktycznych potrzeb seniora rodzina oczekuje zwiększonego pakietu usług opiekuńczych.

Model szczególności (ang. *specificity model*) uznaje współistnienie dwóch systemów wzajemnie się uzupełniających: systemu formalnego i nieformalnego. Każdy z nich ma coś istotnego do zaoferowania osobie potrzebującej. Rodzina sprawdza się tam, gdzie niezbędne jest wsparcie emocjonalne oraz możliwe są do wykorzystania jej mniej profesjonalne kompetencje opiekuńcze. Natomiast system formalnego wsparcia oferuje profesjonalizm, właściwą infrastrukturę, narzędzia, środki, dobrze wyszkoloną kadrę. Mimo dużego profesjonalizmu instytucji rodzina w ramach swoich możliwości angażowana jest do uczestnictwa w procesie opiekuńczym.

W **modelu uzupełnienia** (ang. *supplementation model*) przyjmuje się, że to najbliżsi sprawują opiekę nad osobą starszą oraz są jej bezpośrednim opiekunem. Wsparcie instytucji ma jedynie charakter uzupełniający i tylko w sytuacjach wymagających fachowej pomocy. Oznacza to, że instytucjonalne, formalne działanie jest jedynie dodatkiem do pomocy nieformalnej. W tym modelu ważne jest umożliwienie osobie niesamodzielnej możliwie jak najdłuższego przebywania w miejscu zamieszkania. Służyć temu mają liczne środowiskowe programy pomocowe, wspierające w opiece rodzinę i bliskich.

Model komplementarności (ang. *complementarity model*) zawiera w sobie elementy modelu kompensacyjnego i modelu uzupełnienia. Podobny jest również do modelu dopełnienia. Opieka formalna i nieformalna wzajemnie się przenikają. Jeśli rodzina nie ma wystarczających możliwości do świadczenia opieki, otrzymuje wsparcie instytucjonalne. Jej kompetencje są też wykorzystywane w instytucjonalnej opiece. Profesjonaliści dobrze rozumieją wagę więzi emocjonalnych łączących podopiecznego z rodziną i najbliższymi, i wykorzystują to w procesie wspomagania opieki.

Autorka powyższych modeli uważa, że w polskich warunkach sprawdziłby się hierarchiczny model kompensacyjny. Zgodny jest on z oczekiwaniami nie tylko seniorów, ale i ich opiekunów. Potrzebują oni jednak odpowiedniej infrastruktury środowiskowej, zmian organizacyjnych, administracyjnych i prawnych. Zapewnić je może wypracowany przez grono ekspertów kompleksowy programu wsparcia osoby niesamodzielnej i jej opiekunów formalnych i nieformalnych (Błędowski i współprac., 2017).

Pierwsze koncepcje holistycznej opieki nad seniorem i wsparcia opiekunów osób zależnych zostały już wypracowane. Zakładają one stworzenie takich warunków życia i funkcjonowania seniorów, aby jak najdłużej pozostawali oni we własnym środowisku zamieszkania. Autorzy jednej z takich koncepcji (Błędowski i współprac., 2017) wyznaczyli trzy płaszczyzny wymagające zmian dostosowawczych do potrzeb osób starszych i niepełnosprawnych. Są to: płaszczyzna materialna, organizacyjna i społeczna. W płaszczyźnie materialnej autorzy koncentrują się na potrzebie likwidacji wszelkich → barier przestrzenno-architektonicznych i wprowadzania udogodnień dla seniorów w ich codziennym życiu itp. Na płaszczyźnie organizacyjnej zakładają rozwój usług społecznych realizowanych w środowisku rodzinnym w ramach zintegrowanego systemu podmiotów sektora biznesu, administracji i organizacji społecznych. Natomiast na płaszczyźnie społecznej postulują budowę sieci wsparcia skierowaną do opiekunów osób zależnych, rodziny, sąsiadów, znajomych, wolontariuszy. W ramach tych płaszczyzn inicjują nowe rozwiązania, takie jak: uruchomienie dziennych form opieki dla osób z zaburzeniami poznawczymi, powołanie miejsc czasowej opieki, zapewnienie psychologicznego wsparcia dla opiekunów rodzinnych (w tym prowadzenie telefonu zaufania), scalenie systemu opieki medycznej i rehabilitacyjnej, upowszechnienie i udostępnienie punktów wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego, popularyzację edukacji zdrowotnej oraz wolontariatu. W obszarze opieki, oprócz już istniejących rozwiązań, sugerują rozwój usług transportowych dla uczestników placówek dziennego pobytu, wspieranie sektora ekonomii społecznej prowadzącego działalność opiekuńczo-socjalną, taką jak np. usługi cateringowe czy usługi opiekuńcze. Prezentowany model przyjmuje perspektywę holistyczną, rozwija istniejące już w środowisku lokalnym społeczne i socjalne projekty bądź programy, aktualizuje instytucjonalne i pozainstytucjonalne formy pomocy.

Bardziej praktyczny wymiar mają postulaty przyjęte przez rząd. Zostały one sformułowane w Założeniach Długofalowej Polityki Senioralnej na lata 2014–2020 (Uchwała Nr 238 Rady Ministrów z 24.12.2013 roku). Dokument ten jest kompleksowym modelem wyznaczającym kierunki rozwoju instytucji publicznych i niepublicznych organizujących szeroko rozumiane wsparcie i pomoc dla osób starszym wieku. W modelu tym dąży się do wzmacniania aktywności życiowej osób starszych, by utrzymać ich jak najdłużej w stanie samodzielności i niezależności życiowej. Założenia w tym modelu opieki mają charakter całościowy [holistyczny]. Dotykają one każdego obszaru życia i funkcjonowania jednostki w wieku senioralnym, czyli wychodzą poza system opieki medycznej i pomocy społecznej. Zakres zaproponowanych zmian obejmuje kilka obszarów. Są nimi: zdrowie i samodzielność, bez-

pieczeństwo, przestrzeń i miejsce zamieszkania, aktywność zawodowa osób w wieku 50+, aktywność edukacyjna, społeczna i kulturalna osób starszych, srebrna gospodarka, relacje międzypokoleniowe. W każdym z tych obszarów zaproponowano nowe rozwiązania prawne i instytucjonalne, które oparto na wnikliwej analizie problemów i potrzeb tej grupy. Dużą uwagę zwrócono na likwidację różnorodnych barier: organizacyjnych, prawnych, architektonicznych, transportowych, technologicznych, edukacyjnych, rekreacyjnych, zdrowotnych, społecznych i innych. Starano się, by interwencja społeczna, mająca na celu wzmocnienie seniorów w ich codziennym funkcjonowaniu, miała charakter poprzeczny i dotykała wszystkich resortów państwowych. Każde ministerstwo zostało zobligowane do wypracowania programów prosenioralnych. Wewnętrzne programy resortowe skoordynowano w jeden program zwany polityką senioralną.

Obok istniejących rozwiązań służących seniorom wprowadzono nowe propozycje. Należą do nich usługi asystentury senioralnej, usługi opiekuna dziennego finansowanego z pieniędzy publicznych, wykorzystanie rozwiązań → teleopieki i → telemedycyny w diagnostyce medycznej, wprowadzenie opieki wyręczającej. Pomocą objęto nieformalnych opiekunów osób zależnych, zapewniając im specjalistyczne poradnictwo informacyjne, edukacyjne, medyczne, prawne itp. Opiekunowie dostali wsparcie w profilaktyce → [zespołu] wypalenia zawodowego. Opracowano dla seniorów programy bezpieczeństwa, zarówno konsumenckiego, energetycznego, jak i związanego z przemocą domową i instytucjonalną. Zadbano, by w społecznościach lokalnych aranżować przyjazną przestrzeń do życia, pracy, nauki, rozrywki, w tym m.in. projektować osiedla wraz z szeroką ofertą usług senioralnych. W pracach nad dokumentem dostrzeżono ogromny potencjał zawodowy osób 50+, wypracowując instrumenty utrzymania seniorów na rynku pracy, adresowane zarówno do nich samych, jak i pracodawców oraz opinii publicznej. Przeznaczono znaczną część wydatków publicznych na uczestnictwo seniorów w edukacji, → aktywności fizycznej, społecznej i kulturalnej. Za organizację tych przedsięwzięć odpowiadać mają istniejące już w środowisku obiekty i instytucje. Pracowano również nad rozwiązaniami w zakresie senioralnego rynku konsumenckiego – tzw. srebrnej gospodarki (ang. *silver economy*). W niej upatruje się nie tylko nową gałąź przemysłu nastawionego na specyficzne potrzeby seniorów, takie jak: turystyka, → rehabilitacja, serwis gastronomiczny, wyroby farmaceutyczne itp., ale i nowe miejsca pracy. Dostrzeżono wartość życia społecznego opartą na relacjach międzypokoleniowych. Autorzy dokumentu opowiadają się za takimi inicjatywami i projektami, które integrują młodsze i starsze pokolenia, rekomendują → solidarność międzypokoleniową i zmianę powszechnego odbioru obrazu starości na bardziej przyjazny i pozytywny.

Rządowy model wszechstronnej opieki senioralnej zmierza w kierunku zapewnienia seniorom warunków do godnego i zdrowego → starzenia się. To jednak wymaga wielu zmian politycznych, gospodarczych, organizacyjnych, społecznych, edukacyjnych, kulturowych, tj. zmian w obszarze wielosektorowości. W każdym sektorze jest wiele do zrobienia, wszystkie jednak wymagają wypracowania jednego standardu jakości życia seniorów. Gwarantem wypełnienia tego standardu są partnerskie relacje między dostawcami usług senioralnych, dobrze przygotowana kadra zawodowa, a także prowadzona w społeczeństwie gruntowna → edukacja gerontologiczna.

EM

B: Błędowski i współprac., 2017; Lwow i współprac., 2013; *Sytuacja*…, 2014; Szarota, 2011; Szwed-Lewandowska, 2014.
D: Uchwała Nr 238 Rady Ministrów z 24 XII 2013 roku
N: http://www.dasmedizinblog.de…
O: opieka, opieka geriatryczna, opieka instytucjonalna, opieka nieformalna, opieka społeczności.
TK: ang. *seniors' care model*, fr. *modèle de soins aux personnes âgées pour*, hiszp. *hogares para modelo de atención centrada en las personas mayores*, niem. *Pflegemodelle im Alter/Modelle der Altenpflege*, ros. *модели ухода за пожилыми людьми*.

modele wypalenia

W ostatnich latach coraz pilniejszą potrzebą stało się opracowanie spójnych modeli teoretycznych, służących do wyjaśnienia przyczyn i dynamiki rozwoju → zespołu wypalenia zawodowego oraz ogromnej ilości danych pozwalających na wyznaczenie przyszłych kierunków badań nad tym zjawiskiem. Istnieje 14 modeli wyjaśniających zjawisko wypalenia zawodowego.

1. Wypalenie jako porażka w osiąganiu ideałów w zawodzie – model Freudenbergera

Herbert J. Freudenberger (1926–1999) – nazywany ojcem teorii zespołu wypalenia – uważał, że syndrom ten występuje nie z powodu braku kompetencji niezbędnych do osiągnięcia celu, lecz jest efektem niedotrzymywania obietnic związanych z nagradzaniem. Założenia tej koncepcji koncentrują się wokół subiektywnego poczucia porażki w pracy zawodowej.

Freudenberger (1983) nie przedstawił jednak spójnego wyjaśnienia zjawiska wypalenia. W jego ujęciu syndrom wypalenia składa się bardziej z luźno sformułowanych zasad, niż stanowi koncepcję teoretyczną. Zespół wypalenia dotyczy przede wszystkim osób nastawionych w sposób idealistyczny na osiągnięcie zamierzonych celów i charakteryzujących się wysokim poziomem dynamizmu, charyzmy (Freudenberger, Richelson, 1980). Początkowy stan zaangażowania tych osób w pracę charakteryzuje się niemal całkowitym oddaniem sprawie. Najbardziej narażone na wypalanie sił, wg wymienionych autorów, są osoby zbyt mocno zaangażowane, pewne siebie, o zbyt wysokich, wręcz nierealnych oczekiwaniach w stosunku do pracy zawodowej. Osoby te czują się niedoceniane, jednocześnie przyjmują postawę wyższości nad innymi (Golińska, Świętochowski, 1998). Wypalają się przez zbyt wygórowane ambicje i wiarę w swój idealistyczny obraz siebie (Freudenberger, Richelson, 1980). Zdaniem Wilmara Schaufeliego i Dirka Enzmanna osoby te stosują błędne środki zaradcze, próbując funkcjonować wg wyidealizowanego wizerunku samego siebie. Stosowanie niewłaściwych strategii radzenia sobie prowadzi do wyczerpania zasobów emocjonalnych określonych mianem D (*disengagement* – brak zaangażowania, *distancing* – nabieranie dystansu, *dulling* – otępienie, *deadness* – martwota).

Na model wypalenia Freudenbergera składają się zatem następujące założenia (Freudenberger, Richelson, 1980):

- wypalenie jest stanem → zmęczenia i frustracji wynikającym z poświęcenia się jakiejś sprawie, sposobowi → życia lub związkowi, co nie przyniosło oczekiwanej nagrody,
- stan zmęczenia jest spowodowany przez niepowodzenia w realizacji oczekiwanych i pożądanych celów,
- wypalenie jest skutkiem wysokich kosztów i wysokich osiągnięć.

Osoby łatwo ulegające wypaleniu początkowo wchodzą na rynek pracy pełne dobrych intencji i nadziei, są idealistyczne i nieco naiwne (Sęk, 2010). Spodziewają się, że sukces w pracy da im → poczucie [egzystencjalnego] sensu życia. Właśnie dlatego w pracy dają z siebie wszystko, a wypalają się, kiedy myślą, że zawiedli. Dynamikę procesu wypalenia, zgodnie z założeniami tego modelu, stanowi poczucie, że nie udało się znaleźć w pracy sensu życia.

2. Wypalenie jako utrata sensu – model Pines

Ayala Malach Pines (1945–2012) zaproponowała egzystencjalny model wypalenia, w którym postrzegane jest ono jako zjawisko jednowymiarowe. Istotę wypalenia Pines (1993, 2000) widziała w dążeniu do znalezienia sensu życia, podkreślając znaczenie pracy jako źródła egzystencjalnego. Nasze życie ma sens, jeśli to, co robimy, jest pożyteczne i ważne (Pines, Aronson, 1998). Model ten zakłada, że zasadnicza przyczyna wypalenia zawodowego tkwi w naszej potrzebie sensu życia, oraz zwraca uwagę na znaczenie celów i oczekiwań. Wypalenie jest określane jako stan fizycznego, emocjonalnego i psychicznego wyczerpania, spowodowany długotrwałym zaangażowaniem w sytuacje obciążające pod względem emocjonalnym (Pines, Aronson, 1988). Zdaniem Pines i Elliota Aronsona stan początkowy charakteryzuje się wysokim poziomem dokonań osobistych. Próba znalezienia przez wielu ludzi sensu życia przez pracę w kategoriach sukcesu, zwiększa ich motywację do bycia oddanym i zaangażowanym, a zarazem zwiększa poziom dokonań osobistych. Tacy ludzie wypalają się wtedy, kiedy pomyślą, że sobie nie poradzą. Negatywny stan wyczerpania fizycznego, emocjonalnego i psychicznego, który jest krańcowym rezultatem procesu → utraty złudzeń, czyli rozczarowania (Pines, 1993), dotyka osób o wysokim poziomie aspiracji i motywacji pracujących w sytuacjach szczególnie obciążających. Proces utraty złudzeń – rozczarowania raz jeszcze uwypukla główną przyczynę wypalenia, jaką jest poczucie porażki w egzystencjalnym poszukiwaniu sensu życia (Sęk, 2009). Brak oddania sprawie lub w przypadku pracy z ludźmi – brak troski o nich, brak emocjonalnego zaangażowania w swoją pracę – wskazuje na małe prawdopodobieństwo wypalenia się. Przeciwnie – oddanie swojej pracy, emocjonalne w nią zaangażowanie oraz oczekiwanie czerpania z pracy poczucia sensu swojej egzystencji oraz odczucie porażki – daje duże prawdopodobieństwo wypalenia się (Pines, 2004). Według Heleny Sęk (2004) tę egzystencjalną perspektywę można wykorzystać we wszystkich opisach procesu wypalenia, które pojawiły się w literaturze naukowej. Model egzystencjalny (il. 1) został określony jako model motywacyjny. W jego założeniach osoby o wysokim poziomie motywacji mogą się szybko wypalić. Barry Farber (1983) uważa, że wysoki poziom zaangażowania w pracę często przyjmuje się za warunek wstępny wypalenia. Centralne miejsce w tym modelu zajmują cele i oczekiwania jakie pracownik łączy ze swoją pracą zawodową. Jedne cele i oczekiwania są powszechne i wspólne dla większości jednostek. Inne są specyficzne dla określonego zawodu i wspólne dla grupy ludzi, wybierających właśnie ten zawód. Jeszcze inne są osobiste i stanowią swoistą cechę indywidualną pracownika (Pines, 1982). Motywy

pracy możemy podzielić na powszechne, specyficzne i osobiste. Powszechne motywy pracy, które obejmują cele, oczekiwania i dążenie do osiągania uznania i sukcesu. Specyficzne motywy pracy w zależności od wykonanego zawodu dotyczą internalizacji norm i zasad właściwych danej profesji, chęci pomocy innym, uczenia się wartości oraz zachowań przyjętych za „adekwatne" dla danej roli społecznej. Osobiste motywy pracy są oparte na zinternalizowanym „romantywnym obrazie" danej pracy, dla którego przykładem może być jakieś autorytet, bohater filmu lub ważne wydarzenie. Wszystkie motywy pracy w istocie mogą ukształtować oczekiwania jednostki, co do tego, że dana praca lub zawód będzie miał wpływ na osiągnięcie sukcesu przez pracownika. Czy oczekiwania się spełnią, to zależy od środowiska pracy. Pines (1993) podkreśliła, że w realnym życiu środowisko pracy nie jest nigdy tylko wspierające bądź wyłącznie stresujące. A zatem wspierające środowisko pracy jest środowiskiem mającym maksimum pozytywnych cech, które umożliwiają profesjonalistom osiągnięcie ich celów przez zapewnienie niezbędnej autonomii, środków i → wsparcia (Sęk, 2004). Środowisko to ma także minimum cech negatywnych, które mogą uniemożliwić osiągnięcie celu. Środowisko pracy stanowi bowiem kombinację różnych, złożonych sytuacji wspierających i stresujących zarazem. Podstawową rolę w procesie wypalenia odgrywa poczucie sukcesu oraz poczucie własnej wartości. Nawet jeżeli środowisko pracy jest dość stresujące, jeśli praca daje nam poczucie spełnienia, to ludzie nie będą się wypalać. Trzeba jeszcze podkreślić, że egzystencjalny model wypalenia nie jest statyczny. Jednostka może przechodzić z jednej części modelu do drugiej. Nawet gdy ludzie pracują w środowisku wspierającym, mogą nie osiągnąć ważnego celu i doświadczyć porażki, a wraz z nią pierwszych oznak wypalenia – i na odwrót, gdy ktoś pracuje w warunkach stresujących, może osiągnięć sukces i nie wypalać się.

3. Wypalenie jako narastające rozczarowanie – model Edelwicha i Brodsky'ego

Jerry Edelwich i Archie Brodsky (1998) ujmują proces wypalenia jako postępujące rozczarowanie. Syndrom wypalenia – wg autorów– to dynamiczny proces, rozwijający się w → czasie i narastający stopniowo. Ich koncepcja wypalenia wywodzi się z praktyki zdobytej w trakcie warsztatów antywypalenia. Proces wypalenia uczeni określili jako stopniową utratę idealizmu, energii i celów, które występują u osób wykonujących zawody skoncentrowane na niesieniu pomocy, na skutek niesprzyjających warunków pracy. W genezie powstania wypalenia Edelwich i Brodsky (1980) ważną rolę przypisują czynnikom środowiskowym. Biorąc pod uwagę specyfikę zawodów społecznych, zwracają uwagę na czynniki warunkujące → stres i wypalenie, tj. niskie płace, niski status społeczny zawodu, niski prestiż zawodowy w środowisku, brak dostatecznego wsparcia instytucjonalnego, mało możliwości zrobienia kariery zawodowej. Jeśli stresory występują przez dłuższy czas i w dużym nasileniu, pełnienie ról zawodowych przychodzi z coraz większym trudem i wymaga coraz większej mobilizacji. Autorzy definiują więc wypalenie jako proces sukcesywnego narastania rozczarowania, w którym można wyodrębnić cztery fazy: entuzjazm, stagnację, frustrację oraz apatię. Wyodrębnione etapy wypalenia potwierdzają różne badania kliniczne przeprowadzone przez wymienionych autorów (Tucholska, 2009). Edelwich i Brodsky (1980) uważają, że człowiek wypalony potrzebuje interwencji psychologiczno-psychiatrycznej, a pomoc jest tym trudniejsza, im bardziej zaawansowany jest rozwój wypalenia. Dlatego autorzy tej koncepcji podkreślają wagę piątej fazy, tj. interwencji. Ma ona być podjęta jako próba zmiany i odwrócenia niekorzystnej sekwencji zdarzeń i przeżyć jednostki. Zgodne z założeniami tego modelu efektem narastającego rozczarowania pracą jest utrata sił i zawodowa apatia. Autorzy podkreślają, że siłą napędową wypalenia są w tym przypadku rozbieżności między światem wyobrażeń i marzeń człowieka w odniesieniu do pracy zawodowej. Według Edelwicha i Brodskygo (1980) zespół wypalenia jest więc dynamicznym procesem, który rozwija się w czasie i narasta stopniowo. Podejście to jest jednak koncepcją teoretyczną, która nie została zweryfikowana empirycznie (Schaufeli, Enzmann, 1988). Pisząc o genezie wypalenia autorzy, nie podjęli próby wyjaśnienia czynników podmiotowych. Skupili się na analizowaniu źródeł wypalenia zawodowego wyłącznie w niesprzyjających warunkach pracy, co wydaje się wielkim uproszczeniem.

4. Wypalenie jako konsekwencja deficytu kompetencji społecznych Roberta A. Harrisona

Podstawową rolę w procesie wypalenia zawodowego, zgodnie z koncepcją Harrisona (1983), pełnią kompetencje społeczne. Obniżenie kompetencji społecznych, spowodowane kolejnymi porażkami przy braku lub niewielu sukcesach zawodowych, zmniejsza skuteczność zawodową i prowadzi do pojawienia się syndromu wypalenia zawodowego. Zdaniem autorawchodzenie w interakcje społeczne pozwala człowiekowi wpływać na środowisko. Kluczem do osiąg-

nięcia zamierzonego efektu w tym modelu jest profesjonalna motywacja. Model „kompetencji społecznej" Harrisona (1983) podkreśla znaczenie motywacji do udzielania pomocy, charakterystycznej dla ludzi z kręgu *helping professions*. Praca, która dostarcza „czynników wspomagających" – jednoznacznych oczekiwań, środków, informacji itp., powoduje, że ludzie osiągają bardzo dobre efekty, co daje im poczucie bycia kompetentnymi. Ono z kolei podnosi początkową motywację do udzielania pomocy. Gdy jednak w pracy napotyka się na wiele przeszkód i doświadcza niepowodzeń, spada jej efektywność, a to powoduje wypalenie i spadek motywacji do udzielania pomocy. Pracownik, który narażony jest na wiele porażek w postaci obniżenia kompetencji społecznych, doświadcza obniżonej skuteczności zawodowej i w efekcie zwiększa się możliwość pojawienia się u niego zespołu wypalenia zawodowego (Sekułowicz, 2002).

5. Wypalenie jako proces postępującego nawarstwiania się symptomów – model LeRoy Spaniola i Jeniffer J. Caputo

W tym modelu wypalenie zawodowe ujmowane jest jako proces, w którym postępują i nawarstwiają się różne symptomy związane bezpośrednio ze stresem. Badacze zwracają szczególną uwagę na charakter i intensywność pojawienia się objawów wypalenia i wymieniają jego trzy stopnie: 1) wypalenie pierwszego stopnia, które charakteryzuje się zamartwianiem się, nagłym wpadaniem w gniew; 2) wypalenie drugiego stopnia, związane z pojawieniem się wyczerpania i chwiejności nastrojów; 3) wypalenie trzeciego stopnia, w którym mamy do czynienia z problemami psychofizycznymi, takimi jak: złe samopoczucie, wycofywanie się z kontaktów, zaniżenie samooceny, rezygnacja z pracy lub jej zmiana (Sekułowicz, 2002). Objawy pierwszego stopnia nie są objawami trwałymi i mogą łatwo ustąpić. Objawy drugiego stopnia są trwalsze i trudniejsze do pokonania. Objawy trzeciego stopnia mają już charakter długotrwały i są intensywne oraz trudne do wyleczenia. Powyższa koncepcja jest cenna z punktu widzenia ujmowania wypalenia zawodowego jako narastającego procesu, w którym stopniowo dochodzi do pojawiania się coraz liczniejszych, niebezpieczniejszych dla zdrowia pracownika objawów.

6. Wypalenie jako poczucie braku znaczenia – model Farbera

Barry Farber (1983) opracował model wypalenia na podstawie obserwacji klinicznych nauczycieli. Jednak, zdaniem autora, ma on zastosowanie do wszystkich zawodów usługowych. Według Farbera (1990) warunkiem wstępnym wypalenia jest wysoki poziom zaangażowania w pracę. Kiedy, pełni zapału, ideałów i poświęcenia nauczyciele mają poczucie, że nie są w stanie kształcić, inspirować swych uczniów z powodu ich apatii, problemów z dyscypliną, przepełniania klas, braku personelu pomocniczego, nadmiaru sprawdzianów, wówczas mogą ulec wypaleniu" (Bloch, 1976). Wypalenie więc jest nie tyle bezpośrednim skutkiem permanentnego stresu, ile stresu pracy niezmodyfikowanego własną aktywnością zaradczą. Farber (1983) połączył wypalanie się sił z poczuciem braku znaczenia. Proces wypalenia rozpoczyna się wtedy, gdy pracownik przestaje odczuwać uznanie przełożonych lub kolegów i pojawia się u niego poczucie braku sukcesu. Wypalona osoba uważa, że jej obowiązki nie kończą się, nie ma siły realizować podstawowych zadań, czyli pomagać innym. Pojawia się u niej niska samoocena, która w konsekwencji doprowadza do obniżenia poczucia osiągnięć osobistych. Przebieg procesu wypalenia zawodowego zaczyna się od takich czynników jak: brak poczucia znaczenia, depersonalizacja, wyczerpanie emocjonalne. Maleje entuzjazm i zaangażowanie, a ich miejsce zajmuje frustracja i gniew w relacjach interpersonalnych. Pojawia się również charakterystyczny symptom, jakim jest poczucie braku znaczenia, doprowadzające do wycofywania się z zaangażowania. Wzrasta także podatność na rozmaite dolegliwości psychosomatyczne, które prowadzą do wyczerpania i utraty zainteresowań. Analizując ten model wydawałoby się, że aby zapobiegać wypaleniu należy pracownika doceniać. Jest to jednak zbyt duże uproszczenie. Okazuje się bowiem, że są osoby, które mimo obiektywnych wskaźników uznania – wysoka płaca, awans, przydział nadgodzin, nagród itp., nadal subiektywnie uznają, że nie są doceniane w pracy. Wynikać to może m.in. z ich postaw roszczeniowych, rywalizacyjnych lub cech osobowości – braku pewności siebie lub nieadekwatnej samooceny itp.

7. Wypalenie jako zaburzone epizody działania – model Burischa

Tworząc model wypalenia Matthias Burisch przyjął założenie, że wypalenie jest ogólną nazwą dla pewnych błędnie zdefiniowanych typów kryzysu, jest rozmaitym zbiorem symptomów lub rozmytym zbiorem ludzi ujawniających te symptomy. Wypalenie jest pewną całością, obejmującą konfigurację symptomów, style życia, sposoby myślenia, sytuację zawodową (Burisch, 2010). Zdaniem Burischa (2010) osoby, które znajdują się w stanie wypalenia, wykazują jedną lub więcej z na-

stępujących cech bądź symptomów: hiper- lub hipoaktywność, poczucie bezradności, obniżona samoocena, niepokój wewnętrzny, depresja i wyczerpanie, zniechęcenie, złe lub pogarszające się relacje społeczne, aktywne pragnienie dokonania zmiany – cecha odróżniająca osoby wypalone od ludzi odczuwających żal po starcie. Podstawą pojawienia się zespołu wypalenia zawartą są zakłócone modele działania. Niezakłócony epizod działania jest procesem cyklicznym, umożliwiającym pomyślny jego przebieg i osiągnięcie sukcesu, będącym źródłem motywacji do następnego działania lub angażowania się. Działania człowieka nie zawsze jednak mogą doprowadzić do pozytywnych efektów. Burisch (2010) przedstawia więc cztery zasadnicze typy zakłóceń, które mogą utrudniać lub blokować przebieg działań człowieka: 1) udaremnienie motywu, w przypadku, gdy przeszkoda blokuje osiągnięcie celu; 2) utrudnienie osiągnięcia celu, gdy osiągnięcie celu wymaga nieoczekiwanie dużych wysiłków; 3) niewystarczająca nagroda, będąca zakłóceniem działania, które polega na tym, że mimo osiągnięcia celu, nagroda za jego osiągnięcie, która nie spełnia właściwych oczekiwań, hamuje powtarzanie działań w przyszłości. Nauczyciele skarżą się, że bez względu na to, jak są kreatywni w procesie nauczania, jedyne na co mogą liczyć, to odrzucenie ze strony zwierzchników (Bardo, 1979); 4) nieoczekiwane negatywne skutki uboczne, które mogą zniwelować całość dotychczasowych osiągnięć, uważane za czynnik, który prowadzi do różnych konfliktów (Sekułowicz, 2002).

Teoria Burischa zakłada, że zespół wypalenia jest efektem trwającego dłuższy czas nieradzenia sobie z oznakami stresu. Pojedyncze zakłócenia działania nie wywołują syndromu wypalenia. Model ten oferuje również układ odniesienia i kategorie dla rozważań o dyspozycyjnym aspekcie wypalenia. Mówi o tym, co czyni jednostkę podatną na wypalenie, np. profil motywacyjny osoby skłonnej do wypalania się może zawierać różne motywy szkodliwe, np. chęć udowodnienia sobie i światu, że nie jest się już – słabym i wymagającym opieki – dzieckiem. Burisch (2010) nie wyklucza również to, że osoby skłonne do wypalania się, w fazie planowania strategii działania, systematycznie przeceniają znaczenie epizodów działania zakończonych sukcesem i zarazem nie doceniają pewnych kosztów, które trzeba ponieść.

8. Wypalenie jako przewlekły, negatywny stan psychiczny wywołany pracą – model Schaufeliego i Enzmanna

Nieco inną próbę utworzenia ogólnego eksplanacyjnego modelu wypalenia podjęli Wilmar Schaufeli i Dirk Enzmann. Jest to model sekwencyjno-dynamiczny, nazwany przez autorów ogólnym, zintegrowanym, heurystycznym modelem wypalenia. Jego autorzy definiują wypalenie jako przewlekły, negatywny stan psychiczny, wywołany pracą zawodową. Według nich proces wypalenia pojawia się u ludzi, którzy początkowo charakteryzują się odczuwaniem wyczerpania i zniechęcenia, zmniejszeniem skuteczności działań, obniżeniem motywacji oraz negatywnymi postawami i zachowaniami utrudniającymi przystosowanie do pracy. Schaufeli i Enzmann (1998) zwracają uwagę, że wspomniane objawy rozwijają się stopniowo i przez dłuższy czas mogą być niedostrzegane przez jednostkę. Stan ten spowodowany jest rozbieżnością między aspiracją jednostki a rzeczywistymi warunkami pracy. Schaufeli i Enzmann (1998) podkreślają, że wypalenie pojawia się w kontekście pracy zawodowej. Stopniowo narasta, w sposób ukryty dla jednostki. Wypalenie jest zjawiskiem złożonym, które można rozpatrywać w różnych płaszczyznach: jednostkowej, interpersonalnej, organizacyjnej czy społecznej. Autorzy wymieniają trzy zasadnicze czynniki uważane za podstawowe w rozwoju syndromu wypalenia. Są to: początkowo silna motywacja do pracy, czynniki środowiskowe pracy oraz zastosowanie nieodpowiednich strategii radzenia sobie ze stresem (strategie bierne, orientacje ucieczkowe). Od tych czynników zależy, czy dana osoba jest narażona na ryzyko pojawienia się procesu wypalenia i czy osiągnie zamierzony cel w pracy zawodowej. Silna motywacja do pomocy podopiecznym charakteryzuje pracowników podejmujących pracę w zawodach sektora społecznego. Sprzyja ona dążeniom do osiągnięcia sukcesów. Brak sprzyjających warunków (brak wsparcia społecznego) może być źródłem frustracji i niezadowolenia pracowników, co z kolei niesie ryzyko wyczerpania emocjonalnego, a wymiar ten bez wątpienia sprzyja wypaleniu (Sekułowicz, 2002). Schaufeli i Enzmann (1998) uważają, że pojawienie się syndromu wypalenia zawodowego uszczupla także zasoby przydatne z punktu radzenia sobie ze stresem i sytuacjami trudnymi. Wypalenie wg tego modelu zwrotnie redukuje zasoby zaradcze jednostki i obniża skuteczność radzenia sobie ze stresem. Jest to więc proces samowzmacniający, który w efekcie nie tylko utrudnia osiąganie zawodowych celów, ale również obniża umiejętności zaradcze.

9. Wypalenie jako utrata zasobów – model Hobfolla

Model wypalenia Stevana E. Hobfolla powstał w celu wyjaśnienia i opisania syndromu wypalenia zawo-

dowego. Określony mianem „ochrony zasobów" (*Conservation of Resources* – COR). Autor prezentuje w nim podejście interpersonalno-społeczne. Zakłada, że człowiek ma wewnętrzną motywację do osiągania oraz ochrony wartości, zarówno materialnych, jak i niematerialnych, które są dla niego cenne. W myśl tej teorii nazywane są one zasobami (Sekułowicz, 2002). Jako reakcja na zagrożenie tych zasobów potencjalnie pojawia się stres, który może być niwelowany w procesie radzenia sobie. Indywidualne zasoby pozwalają na poradzenie sobie w każdej sytuacji stresowej. Dzięki nim jednostka pokonuje stres i uzyskuje poprawę samopoczucia bądź uruchamia kolejne zasoby. Jednak nie zawsze określone sposoby zmagania się ze stresem mogą doprowadzić do osiągnięcia zamierzonych celów. W takiej sytuacji stres utrzymuje się chronicznie i może spowodować wypalenie. Zgodnie z tym modelem zespół wypalenia rozwija się w czasie i traktowany jest jako proces wydatkowania, utraty, wyczerpania. Wypalenie pojawia się wtedy, gdy następuje utrata zasobów i zarazem nie może nastąpić ich uzupełnienie w postaci odbudowy zdolności poznawczych, emocjonalnych i fizycznych. W modelu wypalenia Hobfolla zarówno objawy, jak i przyczyny są analizowane w kategoriach utraty zasobów. Ilustruje to „spirala strat", w którą wpadają osoby wypalone, ponieważ w pracy ich zasoby są zagrożone, utracone lub niedostatecznie odbudowane, osiągane (np. dwuznaczność roli, konflikt interpersonalny, nieosiągnięcie awansu zawodowego), a dodatkowe zasoby osobiste, jak: wytrwałość, zdolności społeczne, muszą być wydatkowane, aby skutecznie poradzić sobie ze stresem. Zgodnie z założeniami tego modelu wypalenie jest procesem samonapędzającym się.

10. Wypalenie jako zjawisko wielowymiarowe – model Maslach

Christina Maslach przedstawiła trójelementowy model wypalenia (il. 2), rozpatrując zjawisko wypalenia na trzech płaszczyznach: wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji i obniżonego poczucia własnych dokonań. Wyczerpanie objawia się zniechęceniem do pracy, obniżoną aktywnością, pesymizmem, mniejszym zainteresowaniem sprawami zawodowymi, stałym napięciem psychofizycznym, drażliwością, dolegliwościami somatycznymi, tj. chronicznym zmęczeniem, bólami głowy, bezsennością, zaburzeniami gastrycznymi, częstymi przeziębieniami. Depersonalizacja wiąże się z dystansowaniem i obojętnością w stosunku do odbiorców w pracy zawodowej, a także z cynizmem. Obniżone poczucie wartości własnych dokonań łączy się z utratą wiary we własne możliwości, niezadowoleniem z osiągnięć w pracy zawodowej, poczuciem niezrozumienia ze strony przełożonych, utratą zdolności do rozwiązywania problemów i niemożnością adaptacji do warunków zawodowych (Maslach, Jakson, 2009). Obecność trzech występujących w charakterystycznym układzie elementów składowych wypalenia jest cechą odróżniającą syndrom wypalenia od innych następstw stresu zawodowego. Maslach określa następująco dynamizm zespołu wypalenia: 1. Stresująca praca nasila u jednostki wyczerpanie emocjonalne; 2. By się przed tym ochronić, jednostka stosuje mechanizm prowadzący do depersonalizacji; 3. Na skutek depersonalizacji i uzyskanych zwrotnie ze środowiska negatywnych informacji (rodzaj świadczonych usług) obniża się poczucie wagi dokonań osobistych. Rozwój wypalenia zawodowego nie zawsze przebiega zgodnie z przedstawionym modelem. Poszczególne fazy mogą mieć inną kolejność, mogą się rozwinąć i występować jednocześnie lub może nastąpić ominięcie którejś z faz i przemieszczenie się ich do innego etapu wypalenia.

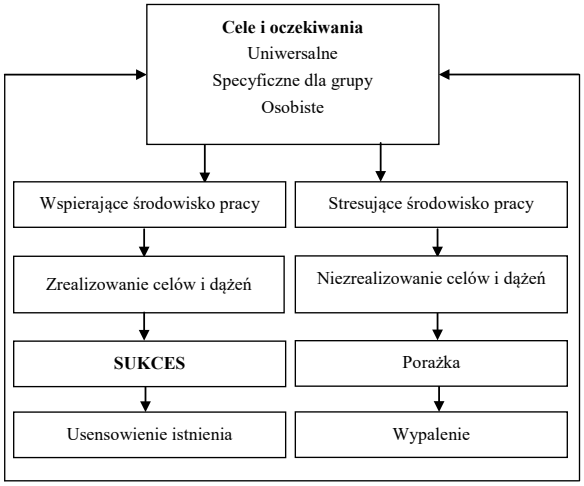
11. Wypalenie jako negatywne zmiany osobowe – model Chernissa

Cary Cherniss – w swoich rozważaniach dotyczących roli skuteczności zawodowej w etiologii wypalenia – przywołuje stosowane przez Stanleya Halla (1844–1924) pojęcie „sukcesu psychologicznego". Określa ono, że motywacja do pracy i zadowolenie z niej jest większe, gdy dana osoba sama wyznacza sobie cel i przez swój wysiłek dąży do osiągnięcia go. Osiągnięcie tego celu prowadzi do poczucia sukcesu psychologicznego, który powoduje wzrost samooceny, co z kolei zwiększa satysfakcję z pracy i zachęca do jeszcze większego zaangażowania się w nią. Hall nie mówi wprost o wypaleniu, ale jego model miał wpływ na ukształtowanie koncepcji Chernissa o podstawowym związku między wypaleniem a brakiem poczucia kompetencji. Zdaniem Chernissa (1980, 1993) zespół wypalenia jest dynamicznym, ewoluującym procesem, w przebiegu którego pracownik przystosowuje się lub radzi sobie ze źródłem stresu, a jeśli nie potrafi się przystosować, ulega wypaleniu. Autor opracował model wypalenia oparty na negatywnych zmianach osobowości występujących u ludzi w zawodach społecznych, przy założeniu, że zawody te są wymagające i frustrujące (il. 3). Omawiany model koncentruje się na analizie interakcji między cechami środowiska a osobami podejmującymi pracę z określonym nastawieniem do zawodu i wsparciem, a także wyma-

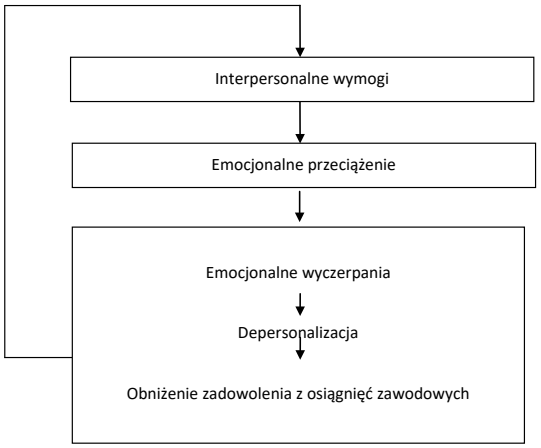
ganiami spoza pracy (Sekułowicz, 2002). Interakcje te w efekcie mogą doprowadzić do stresu odczuwanego w różny sposób. Zgodnie z założeniami modelu, osoby, które mogą doświadczyć wypalenia, mają negatywne nastawienie do zmian. Można wyodrębnić czynniki stresotwórcze tkwiące w środowisku organizacyjnym, które prowadzą do wypalenia. Jest ich osiem i należą do nich: 1) słaba orientacja – konfrontowanie nowych, młodych pracowników z wymaganiami stawianymi pracownikom doświadczonym; 2) duże obciążenie pracą – zbyt mało czasu na poświęcenie indywidualnej uwagi każdemu uczniowi, wychowankowi; 3) niewielki zakres kontaktu z biorcą – każdy specjalista koncentruje się wyrywkowo na określonym problemie; 4) brak autonomii, czyli podporządkowywanie pracownika wyznaczonym regułom i zasadom; 5) brak związku pomiędzy celami instytucjonalnymi a wyznawanymi przez pracownika wartościami; 6) słabe przywództwo i nadzór; 7) izolacja społeczna; 8) brak pomocy i wsparcia udzielanego nowemu pracownikowi przez kierownictwo (Sekułowicz, 2002). Czynniki te nie pozwalają profesjonalistom na wykorzystywanie swoich umiejętności w sposób umożliwiający osiągnięcie zamierzonych celów, o ile wywołują w nich poczucie, że to co robią, nie ma znaczenia. Wypalenie jest więc efektem długotrwałego, chronicznego stresu, z którym pracownicy nie są w stanie sami sobie poradzić. Cherniss (1980, 1993) podkreśla rolę poczucia własnej skuteczności i kompetencji w rozwoju wypalenia profesjonalistów – w trudnych sytuacjach w pracy zawodowej ludzie o wysokim poczuciu własnej skuteczności wykazują tendencję do przekształcenia tych warunków, starając się wpłynąć na nie lub odpowiednio się przystosować. Osoby o niskim poczuciu kompetencji reagują natomiast na takie wymagania rozczarowaniem, rezygnacją, apatią oraz cynizmem i w konsekwencji doświadczają wypalenia (Sęk, 2009).

12. Poznawczo-kompetencyjny model wypalenia Heleny Sęk

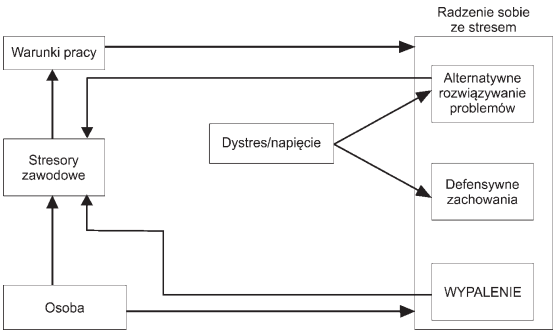
– opiera się na teorii poznawczo-transakcyjnej Richarda S. Lazarusa (1922–2002) i Susan Folkman oraz na trójwymiarowej perspektywie modelu wypalenia zawodowego Maslach. Sęk (1996, 2009) opracowała tzw. model pomostowy (il. 4), który jest próbą połączenia teorii stresu z koncepcją wypalenia zawodowego. Opisywana teoria łączy w sobie elementy poznawczej teorii Lazarusa (mechanizm oceny pierwotnej stresu w kategoriach wyzwania, zagrożenia i straty) oraz koncepcji wypalenia zawodowego (przejawy emocjonalnego wyczerpania, depersonalizacji, braku satysfakcji zawodowej) wraz z mechanizmem kompetencji zaradczych odpowiedzialnych za poziom tego wypalenia. Zgodnie z założeniami tej koncepcji podstawową rolę w rozwoju i dynamiki procesu stresu i radzenia sobie odgrywają procesy subiektywnej oceny stresorów i własnych zasobów (Sęk, 2009). Istotne znaczenie dla dynamiki stresu w tej koncepcji mają ocena pierwotna (*primary appraisal*) i ocena wtórna (*secondary appraisal*). Zdaniem Lazarusa (1986) pierwotna ocena codziennych obciążeń i stresów wydarzeń zawodowych może mieć charakter pozytywny lub negatywny, korzystny lub niekorzystny. Mechanizm oceny pierwotnej stresu opisany jest w tej koncepcji w kategoriach wyzwania, zagrożenia lub straty. Każda z tych ocen ma konsekwencje dla procesów radzenia sobie ze stresem (Sęk, 2009). Radzenie sobie w tym przypadku jest procesem zdefiniowanym jako poznawcze oraz behawioralne wysiłki, podejmowane po to, by poradzić sobie z zewnętrznymi i wewnętrznymi wymaganiami, ocenianymi jako obciążające lub przewyższające zasoby jednostki (Lazarus, Folkman, 1984). Ocena wtórna z kolei dotyczy pewnych posiadanych umiejętności, a szczególnie kompetencji społecznych. Istotne znaczenie, jak zauważyła Sęk (1996), odgrywa tutaj poczucie własnej kompetencji zaradczej. Zwrotne informacje o skuteczności sposobów radzenia sobie w sytuacjach stresowych kształtują poczucie własnej skuteczności (Piotrowski, 2010). W efekcie oceny sytuacji stresującej uruchamiane zostają mechanizmy radzenia sobie ze stresem (*coping*) i sytuacjami trudnymi. Według Kazimierza Wrześniewskiego (1996) radzenie sobie jest wypadkową stanu jednostki, interakcji wymogów sytuacyjnych i stylu radzenia sobie. Sęk swój model poznawczo-kompetencyjny wzbogaciła o koncepcję czterech typów kontroli Freda B. Bryanta (1989). Wspomniane typy to: utrzymywanie – ocena pozytywna i kontrola pierwotna, unikanie – ocena negatywna i kontrola pierwotna, doznawanie – ocena pozytywna i kontrola wtórna, zmaganie – ocena negatywna i kontrola wtórna. Można przypuszczać, że rodzaje kontroli, które opierają się na pozytywnej ocenie, będą sprzyjać umiejętności radzenia sobie z sytuacjami trudnymi, natomiast kontrola typu unikanie powinna nasilać stres i wypalenie (Sęk, 2000). Mechanizmy radzenia sobie ze stresem mogą być ukierunkowane na emocje lub na rozwiązywanie problemu. Radzenie sobie poprzez skupienie na sobie i własnych przeżyciach może pogłębiać lęk, który upośledza sprawność intelektualną i psychiczną jednostki. Z kolei radzenie sobie ukierunkowane na rozwiązanie problemu zgodnie z ujęciami oferowanymi przez poznaw-



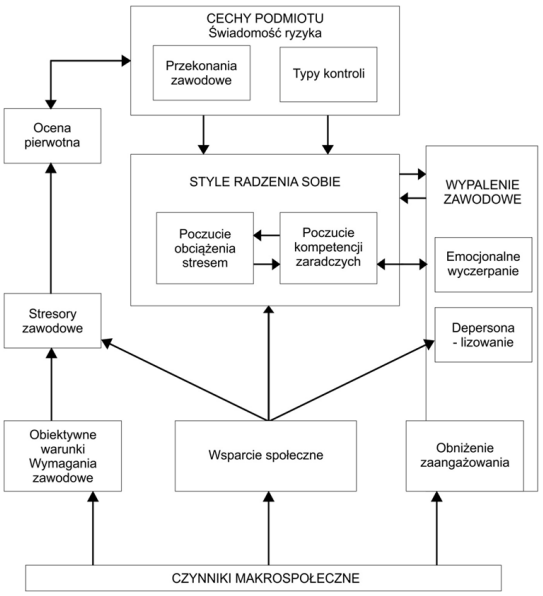
Il. 1. Egzystencjalny model wypalenia. Źródło: H. Sęk (red.), *Wypalenie zawodowe. Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie.* Warszawa 2000



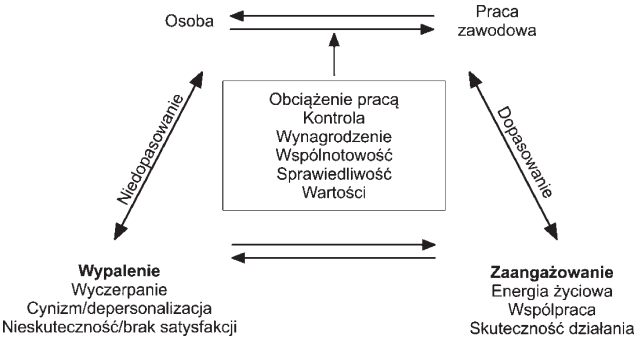
Il. 2. Model wypalenia zawodowego Christiny Maslach (1982). Źródło: S. Tucholska, *Wypalenie zawodowe nauczycieli. Psychologiczna analiza zjawiska i jego osobowościowych uwarunkowań.* Lublin 2009



Il. 3. Model wypalenia zawodowego Cary'ego Chernissa (1993). Źródło: S. Tucholska, *Wypalenie zawodowe nauczycieli. Psychologiczna analiza zjawiska i jego osobowościowych uwarunkowań.* Lublin 2009



Il. 4. Model stresu i wypalenia zawodowego w ujęciu poznawczym Heleny Sęk. Źródło: H. Sęk (red.), *Wypalenie zawodowe. Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie.* Warszawa 2000



Il. 5. Model Ch. Maslach obszarów dopasowania zawodowego osoba – praca zawodowa. Źródło: S. Tucholska, *Wypalenie zawodowe u nauczycieli. Psychologiczna analiza zjawiska i jego osobowościowych uwarunkowań*. Lublin 2009

czą psychologię społeczną modyfikowane jest przez wiele czynników tkwiących w człowieku i jego środowisku (Sęk, 2009). Są to różne obronne i realistyczne, racjonalne formy aktywności, w których wykorzystywane są zasoby indywidualne i społeczne. Z badań Matthiasa Jerusalema (1990) i Sęk (2009) wynika, że ocena sytuacji stresowej jest zbyt złożona i nie musi być określana w kategoriach wyzwania, zagrożenia czy straty. Sęk (2009) podaje, że najczęściej w ocenie pojawiają się wszystkie trzy wymiary, z dominacją jednego z nich. Najważniejszym czynnikiem generującym proces wypalenia mogą więc być zgeneralizowane doświadczenia niepowodzeń w sytuacjach zmagania się ze stresem. Powstaje wtedy przekonanie o braku możliwości skutecznego radzenia sobie z sytuacjami trudnymi, uciążliwościami konfliktami i frustracją w życiu zawodowym. Konfrontacja marzeń z rzeczywistością może zakończyć się przeżyciem uznanym za podstawowe w powstaniu wypalenia, tj. z rozczarowaniem rzeczywistością, frustracją realizacji ideału zawodowego i utratą złudzeń. Stres i wypalanie ujmowane są jako dynamiczna sekwencja wzajemnie na siebie oddziałujących procesów, wartościowanie stresorów, aktów zmagania się i procesów oceny wtórnej, dotyczącej skuteczności podjętych prób zmagania się z sytuacją zakłócenia relacji między oczekiwaniami i możliwościami podmiotu, wymaganiami otoczenia. Ten dynamiczny proces modyfikowany jest na bieżąco, zarówno przez czynniki sytuacyjne, jak i podmiotowe (Sęk, 2009). Przyczyn wypalenia zawodowego Sęk upatruje w źródłach stresu zawodowego i cechach osobowości. Interakcja wymienionych czynników jest odpowiedzialna za sposoby radzenia sobie ze stresem, które korelują z poczuciem kompetencji zaradczych, tj. własnej skuteczności zawodowej.

13. Wypalenie jako ukryty proces – model Golembiewskiego, Munzenridera i Carter

Robert T. Golembiewski, Robert Munzenrider i Diane Carter (1993) zaproponowali wielofazowy model wypalenia, przyjmując trzy komponenty generujące proces wypalenia: depersonalizację, obniżenie poczucia własnych dokonań oraz wyczerpanie emocjonalne. Autorzy zaznaczyli, że zespół wypalenia zawodowego koreluje w ujemny sposób z: autonomią osobistą, różnorodnością środków, wpływem na politykę instytucji, uczestnictwem we wspólnej pracy, relacjami międzyludzkimi i wsparciem społecznym, informacją zwrotną oraz możliwością realizacji własnych celów zawodowych. Dodatnią korelację zauważyli zaś z nadmiernym zakresem obowiązków, poczuciem winy z powodu braku zapewnienia wystarczającej pomocy, przeciążeniem, ciężarem decyzji, naciskami ze strony środowiska, problemami administracyjnymi, naciskami biurokratycznymi, nadmiernym przeciążeniem społecznymi obowiązkami i sprzecznymi wymaganiami.

14. Wypalenie jako złe dopasowanie osoby i pracy – model Maslach i Leitera

Michael P. Leiter i Christine Maslach (1997) podejmując kwestię struktury wypalenia, opisują wyodrębnione trzy podstawowe komponenty wypalenia bardziej ogólnie, niż to miało miejsce w pierwotnej wersji. Pojęcie wyczerpania emocjonalnego zastępuje termin wyczerpanie, który obejmuje zarówno funkcjonowanie emocjonalne, jak i fizyczne człowieka. Depersonalizację zastępuje określenie „cynizm", który wyraża się chłodem, dystansem i postawą obojętności wobec podopiecznych oraz własnej pracy. W miejsce braku satysfakcji zawodowej autorzy wstawiają nieefektywność, która łączy się z odczuciem zawodowej nieadekwatności i utratą zaufania do własnych zdolności. Maslach i Leiter (1997) próbują wypracować bardziej ogólną koncepcję wypalenia, która miałaby zastosowanie nie tylko do zawodów społecznych, ale i do wszystkich profesji. Wypalenie to zespół składający się z wyczerpania, cynizmu i niedostatecznej efektywności. Syndrom wypalenia można przeciwstawić zachowaniom pełnym energii, gotowości do współpracy i charakteryzującym się skutecznością. W strukturze zaangażowania, analogicznie jak w przypadku wypalenia, autorzy uwzględniają trzy wymiary: energię (w przeciwieństwie do wyczerpania), współpracę (przeciwstawianą dystansowaniu się i/lub cynizmowi) oraz przekonanie o własnej skuteczności (w przeciwieństwie do przekonania o braku osiągnięć zawodowych i nieefektywności działań). Do powstania stresu i wypalenia przyczyniają się nieprawidłowe relacje pomiędzy pracownikiem a organizacją – w szczególności zbyt duże obciążenie pracą (Maslach, Leiter, 2011). Oznacza to, że pracownik, który ma do dyspozycji zbyt mało zasobów, robi za dużo w zbyt krótkim czasie. Chodzi tutaj o znaczne przekraczanie granic ludzkich możliwości. Przeciążenie pracą rośnie wraz ze zwiększającym się tempem pracy. Zbyt szybkie tempo pracy zagraża jej jakości, zaburza relacje interpersonalne, zabija innowacje i przynosi: wypalenie, brak możliwości kontroli, niedostateczną gratyfikację finansową, oraz rozpad wspólnoty organizacyjnej, który pojawia się, gdy ludzie tracą dobry kontakt ze współpracownikami. Niekiedy praca izoluje ludzi (mogą być oni od siebie oddzieleni fi-

zycznie), a czasem technologia depersonalizuje kontakty (ochładza komunikację). Najbardziej niszczące dla poczucia wspólnoty są: trwający i nierozwiązywany na bieżąco konflikt, niesprawiedliwe traktowanie personelu, i konflikt wartości (Maslach, Leiter, 2011). Wymienione wyżej czynniki tworzą tzw. niedopasowania i mogą być przedmiotem analizy relacji osoba – praca zawodowa. Zależność pomiędzy warunkami pracy a wypaleniem lub zaangażowaniem przedstawia il. 5. Model wypalenia Maslach i Leitera (1997) w znacznym stopniu przyczynił się do dalszego wyjaśniania przyczyn, struktury i dynamizmu zespołu wypalenia zawodowego, zarówno w obszarze dopasowania człowieka z pracą, jak i w zakresie interakcyjnego podejścia do stresu.

AFH

B: Bryant, 1989; Burisch, 2010; Farber, 1991; Fheed, 2016; Golembiewski, Munzenrieder, 1988; Maslach, 2000; Maslach, Leiter, 2011; Pines, 2000; Sekułowicz, 2013; Sęk, 2000; Tucholska, 2009.

N: http://januszczyk.eu…

O: zespół wypalenia zawodowego.

TK: ang. *models of burnout*, fr. *modèles d'épuisement professionnel*, hiszp. *modelos de burnout*, niem. *Burnout-Modellen*, ros. *модели выгорания/модели эмоционального выгорания*.

moderacja i/lub retardacja rozwoju człowieka

Moderacja rozwoju człowieka to teoretyczna koncepcja opracowana przez Adama A. Zycha. Autor wyróżnia trzy kolejno następujące stadia → życia (Zych, 2004, 2015 c): **akcelerację**, obejmującą dzieciństwo i młodość (0–25 lat); **stabilizację,** przypadającą na wczesną dorosłość (25–50 lat), oraz **moderację**, obejmującą średnią i → późną dorosłość (50–75+ lat). Opiera się na hipotezie dotyczącej spowolnienia procesu → starzenia się w trzecim stadium życia współczesnego człowieka, analogicznie do przyspieszenia rozwoju organizmu w fazie akceleracji. Hipotezę tę zdają się potwierdzać obserwacje biologicznego starzenia się ludzi (przesunięcie się wieku → menopauzy i → andropauzy) oraz wzrastająca społeczna aktywność osób określanych jako „młodzi-starzy" (ang. *young old*), a nawet późniejszym (Wiatrowska, 2015; Kociuba, 2014; Zych, 2013 b). [Termin „młodzi-starzy" odnosi się raczej do ludzi starszych, którzy są zdolni utrzymać swoją niezależność funkcjonalną, niż do ich indywidualnego → wieku chronologicznego, niemniej czasami jest używany do określenia osób w wieku od 65 do 74 lat – przyp. red.].

Z hipotezą tą koreluje **teoria retardacji**, wyjaśniająca coraz wolniejszy rozpad funkcji psychicznych w kolejnych pokoleniach. Jest to opóźnianie procesu starzenia się, dłuższe niż wcześniej utrzymywanie sprawności fizycznej i psychicznej przez ludzi starszych. Także i ta teoria odnosi się do akceleracji okresu młodzieńczego (Trempała, 2000, 2011). *Słownik języka polskiego* (sjp.pl/retardacja) definiuje retardację jako „1) osobnicze lub ewolucyjne opóźnienie rozwoju danego narządu w stosunku do innych narządów lub całego organizmu; 2) zabieg stylistyczny, polegający na celowym zwolnieniu biegu akcji w celu zbudowania napięcia i wzmożenia zainteresowania widza lub czytelnika; 3) w muzyce: spowolnienie tempa utworu". Zych (2014) krytycznie odnosi się do tej teorii, pisząc że angielskie *retardation* można tłumaczyć zarówno jako „opóźnienie", jak i „upośledzenie", „[…] retardacja rozwoju może zatem powodować *geromorfizm*, czyli przedwczesny, bądź przyspieszony proces starzenia się […]" (Zych, 2013 a, 2014).

Można uznać, że retardacja w aspekcie społecznym to determinowany kulturowo proces intencyjnego spowalniania zewnętrznych oznak procesu starzenia się i odraczania realizacji zadań rozwojowych narzuconych przez normę społeczną i mechanizmy kontroli społecznej na późniejsze lata życia (Szarota, 2013). Jest to empirycznie weryfikowalny trend: 60-latkowie wyglądają i zachowują się jak niegdysiejsi 50-latkowie, ci z kolei wchodzą w role niegdysiejszych 40-latków, oni z kolei wypełniają zadania rozwojowe 30-latków, 30-latkowie zakładają rodziny i realizują plany prokreacyjne, zaś 20-latkowie wciąż uczą się, studiują, bawią, chronią się w „niszy dzieciństwa", na co pozwalają im grupy odniesienia normatywnego – moratorium psychospołeczne Erika Eriksona (1902–1994).

→ Starość współcześnie jest „dostępna", osiągalna dla większości społeczeństwa, a zmiany społeczno-kulturowe oraz cywilizacyjne powodują, że coraz częściej jest ona przeżywana optymalnie. Efektem moderacji i/lub retardacji rozwoju będzie zmiana kryteriów wyznaczających początek starości, jak również rewolucyjna zmiana w postrzeganiu ról właściwych dla człowieka znajdującego się w okresie późnej dorosłości.

ZS

B: Harwas-Napierała, Trempała, 2008; Kociuba, 2014; Szarota, 2013; Trempała, 2000, 2011; Wiatrowska, 2015; Zych, 2004, 2013 a, 2013 b, 2015 c, 2017.

N: *Słownik języka polskiego*, b.r. – Internet: sjp.pl/retardacja.

O: bieg życia ludzkiego, rozwój człowieka.

TK: ang. *moderation and/or retardation of human development*, fr. *de modération et/ou de retardation du développement humain*,

hiszp. *de moderación y/o el retraso dle desarrollo humano*, niem. *Moderation und/oder Verzögerung der menschliche Entwicklung*, ros. *замедление и/или задержка развития человека*.

modyfikacja otoczenia fizycznego

– nazywana również → **adaptacją przestrzeni** – jest procesem wykorzystywania informacji uzyskanych w czasie oceny otoczenia do przeprowadzenia takich zmian, które będą funkcjonalne, dostępne i przyjazne dla użytkowników. Mają one na celu zwiększenie dostępności i doprowadzenie do większej niezależności.

Zaproponowane modyfikacje powinny spełnić kilka warunków. Zmiany muszą być przede wszystkim:

1. **Bezpieczne dla wszystkich** korzystających z danego otoczenia, (bywa, że modyfikacje korzystne dla jednej grupy są utrudnieniem dla innej). Przykładem może być obniżanie krawężników na skrzyżowaniach, stanowiące ułatwienie dla osób z wózkami i na wózkach. Jednak dla osób niewidomych taka adaptacja jest utrudnieniem: mogą oni nie wyczuć końca chodnika i nieświadomie wyjść na ulicę. Z tego względu można zaobserwować coraz więcej chodników ze zmianą nawierzchni przed skrzyżowaniami. Nie obowiązuje jednak jeden standard, a tylko lokalne rozwiązania.
2. **Funkcjonalne (praktyczne)**, czyli spełniające swoją rolę, jednak bez utraty jakości otoczenia dla wszystkich użytkowników. Bywa, że istnieją adaptacje, jednak korzystanie z nich jest bardzo utrudnione (np. aby włączyć windę lub podnośnik, należy zlokalizować klucz lub osobę obsługującą), wejście dostosowane nie jest wejściem głównym, tylko bocznym (brak stosownych oznakowań).
3. **Warte kosztów** – przy proponowaniu modyfikacji należy uwzględnić aspekt finansowy w odniesieniu do możliwości i uzyskanych korzyści. Przygotowując modyfikacje, warto uwzględnić dwa warianty kosztów (ekonomiczny oraz optymalny), szczególnie jeśli dotyczy to indywidualnie dobranych adaptacji, np. w mieszkaniu. W tym przypadku należy uwzględnić to, że niektóre ograniczenia będą się zwiększać i zmianie powinny ulegać także modyfikacje. Zupełnie inaczej sytuacja wygląda podczas projektowania nowych obiektów. Powinny być one dostępne dla wszystkich, a uniwersalne projektowanie pozwala na oszczędność kosztów oceny oraz modyfikacji. Projektowanie to nie ogranicza się jedynie do konstrukcji obiektów, ale także do ich wystroju (kolorystyka, oświetlenie, kontrasty).
4. **Trwałe (niezawodne)** – nie ma nic gorszego niż modyfikacja, która zaczyna tracić funkcjonalność ze względu na sposób wykonania lub użyte materiały. Cierpi na tym zarówno estetyka, jak i funkcjonalność. Przykładem jest przestająca działać sygnalizacja dźwiękowa na skrzyżowaniu. Przy rozpatrywaniu trwałości modyfikacji stosowanej indywidualnie (np. w mieszkaniu) należy pamiętać, że niektóre ograniczenia będą się zwiększać i zmianie powinny ulegać także modyfikacje. W takim przypadku trwałość powinna uwzględniać dalszą zmianę.
5. **Estetyczne** – w przestrzeni publicznej jest to raczej standardem. Jednak nie można o tym zapominać w modyfikacjach przygotowanych indywidualnie, szczególnie w mieszkaniu (ale także w miejscu pracy, nauki). Należy poza oczekiwaniami zainteresowanej osoby uwzględnić potrzeby pozostałych współużytkowników. Jeśli wykażą zrozumienie, zaakceptują nawet dość radykalne modyfikacje. Czasem pomaga w tym możliwość skorzystania przez nich z wózka albo obejrzenie modyfikacji w symulatorach zniekształcających wzrok, jak przy poszczególnych schorzeniach.
6. **Zgodne ze standardem** – jeśli taki obowiązuje. Znaczna część adaptacji wynika z doświadczenia i lokalnych możliwości. Bardzo często nie są one opisane w formie prawa, a jedynie dobrych praktyk i zaleceń. Bywa nawet tak, że w jednym mieście panują różne standardy, np. rodzaj sygnalizacji dźwiękowej na skrzyżowaniach.
7. **Zgodne z przepisami** – niektórych modyfikacji nie powinno się wprowadzać, np. znak „droga ewakuacyjna" ma określone zarówno umiejscowienie, jak i kolorystykę. Nie jest ona optymalna dla osób słabowidzących (dla niewidomych w ogóle niedostępna), ale wynika z przepisów i nie powinno się jej modyfikować.

Najczęściej stosowane adaptacje są związane z utrudnieniami w poruszaniu się (użycie laski, kul, balkonika, wózka) oraz odbieraniu bodźców wzrokowych (brak wzroku, osłabienie wzroku – obniżenie ostrości, zmniejszenie pola widzenia). Część modyfikacji stosowanych dla osób poruszających się na wózkach jest korzystna dla osób z wózkami (np. dziecinnymi). W takim przypadku adaptacje są lepiej akceptowane i wprowadzanie ich nie stanowi większego problemu społecznego, o ile nie powodują ograniczenia dostępności dla innych grup. Jeśli rozpatrujemy modyfika-

cje związane ze wzrokiem, to korzystne są one nie tylko dla osób z niepełnosprawnością (słabowidzących), ale wszystkich tych, którzy wraz z wiekiem będą doświadczali zmian involucyjnych, także w obrębie narządu wzroku. Najlepiej by było, gdyby modyfikacje nie były potrzebne, a dobre praktyki stały się standardami. Podczas przygotowywania modyfikacji można wspomóc się Modelem funkcjonowania wzrokowego Anne L. Corn (1991).

Zaproponowany model składa się z trzech wymiarów (il. 1). Należą do nich: a) zdolności wzrokowe, b) wyposażenie i dyspozycje indywidualne, c) czynniki zewnętrzne. O ile dwa pierwsze wymiary mają duże znaczenie w funkcjonowaniu wzrokowym, modyfikacjom poddajemy trzeci, czyli czynniki zewnętrzne. Stanowią je cechy środowiska zewnętrznego odbierane przez receptor – oko. Do czynników zewnętrznych wpływających na postrzeganie przedmiotów zaliczamy: a) barwę, b) kontrast, c) czas ekspozycji, d) przestrzeń (wielkość przedmiotu oraz jego odległość), oraz e) oświetlenie. Czynniki te powinny być maksymalnie dostosowane do zdolności wzrokowych i wyposażenia indywidualnego każdego słabowidzącego. Umiejętne wykorzystanie modelu w praktyce może ułatwić przygotowanie optymalnych modyfikacji i – co się z tym wiąże – bardziej dostępnego otoczenia.

Modyfikacje otoczenia do potrzeb osób z osłabionym wzrokiem można uzyskać kilkoma sposobami:

1. **Powiększanie eksponowanych obiektów**: a) powiększanie pisanych ręcznie lub wydrukowanych: liter, druków, numerów, napisów informacyjnych: – używanie książek, jadłospisów z powiększonym drukiem, np. przygotowując ofertę menu można uwzględnić powiększenie liter; – pisanie większych liter, cyfr oraz stosowanie w piśmie odręcznym innych, dających grubszą kreską niż przykładowy długopis, np. cienkopisów lub flamastrów, wydruki komputerowe z powiększoną w stosunku do standardowej czcionką; korzystanie z pomocy często potocznie nazywanych „pomocami dla seniorów", m.in. z telefonów z powiększonymi cyframi, zegarów z dużymi cyframi; wykorzystanie np. większego telewizora lub monitora komputerowego; powiększanie obrazu na monitorze komputerowym odpowiednim programem systemowym lub specjalistycznym, dedykowanym osobom z dysfunkcją wzroku; stosowanie pomocy optycznych do dali (najczęściej lunety lub lornetki) do obserwacji obiektów zlokalizowanych w odległości od obserwatora oraz pomocy optycznych (różne rodzaje lup) do obserwacji w bliskim dystansie. **zbliżanie się do eksponowanych obiektów** – stworzenie możliwości podejścia i zajęcia odpowiedniej pozycji (dostosowanej do wielkości) względem obserwowanego obiektu oraz umieszczanie obiektów na wysokości wzroku: a) siadanie bliżej i pod optymalnym kątem względem telewizora; b) umieszczenie zegarów i innych wyświetlaczy z powiększonymi cyframi na wysokości oczu; c) zawieszanie tablic informacyjnych, kalendarzy na wysokości oczu.
2. **Kontrola oświetlenia naturalnego i sztucznego**: a) regulowanie światła słonecznego: wykorzystanie osłon ogólnych: żaluzji, rolet lub zasłon; ustawianie krzeseł, ławek tyłem do ostrego światła słonecznego; stosowanie osłon osobistych: ciemne okulary, czapki z daszkiem, kapelusze; używanie latarek lub oświetlenia z telefonu komórkowego bądź smartfona; b) regulowanie światła sztucznego: wykorzystanie odpowiedniego i optymalnie zlokalizowanego źródła światła oświetlenia ogólnego, czyli odpowiednia ilość, moc oraz temperatura barwowa względem rodzaju i przeznaczenia pomieszczenia; umożliwienie korzystanie z punktowego doświetlania indywidualnego (osobistego); zastosowanie ściemniaczy w przełącznikach światła (tam, gdzie jest to możliwe ze względu na źródło światła).
3. **Kontrolowanie zjawiska olśnienia**, tj. stosowanie niektórych rozwiązań zalecanych przy światłowstręcie: kontrolowanie światła słonecznego; redukcja powierzchni gładkich, mogących odbijać światło.
4. **Stosowanie silnego kontrastu**: nasycony (nie „ekonomiczny") wydruk komputerowy; optymalny kontrast, wielkość oraz kolorystyka na monitorze komputerowym, jak również: a) umieszczanie jasnych obiektów na ciemnym tle: – biały talerz na ciemnej podkładce (nie na białym obrusie); białe gniazdko na jasnej ścianie oklejone ciemną taśmą; b) umieszczanie ciemnych obiektów na jasnym tle: ciemny ręcznik na białej umywalce, szczególnie gdy ściana także jest biała; czarny mazak na białej tablicy.
5. **Stosowanie czystych, jaskrawych barw** – jaskrawe czerwienie, żółcie, pomarańcze: oznaczanie drzwi jaskrawoczerwoną lub żółtą taśmą lub dekoracją (w zależności od koloru drzwi oraz ściany), wykorzystanie czerwonych podkładek pod jasne lub białe naczynia, unikanie kolorów pastelowych, takich jak: róże czy błękit – różowa poduszka na jasnoniebieskiej narzucie jest trudna do zauważenia.
6. **Oznakowania niebezpiecznych miejsc**, np. żółtą lub inną kontrastową (dobrze widoczną) farbą lub taśmą.

Zalecenia dotyczące tych adaptacji zaproponował Polski Związek Niewidomych (PZN):

1. Wszystkie zmiany wysokości podłoża (schody, progi) powinny być oznaczone ostrzegawczym, kontrastowym kolorem. 50 cm przed pierwszym i za ostatnim stopniem powinno się umieszczać pas ostrzegawczy szerokości 60 cm połączony z pasem prowadzącym. Natomiast na płaszczyźnie pionowej i poziomej krawędzi pierwszego i ostatniego stopnia każdego biegu schodów powinien znajdować się kontrastowy pas szerokości minimum 8 cm. Poręcze powinny być w kolorze kontrastującym z tłem ścian.
2. Bezbarwne (przezroczyste) np. szklane drzwi lub inne powierzchnie powinno się oznaczać kontrastowym pasem szerokości 10–15 cm na wysokości oczu, tj. 1,4–1,7 m. Dodatkowo kontrastowy pas szerokości 10–15 cm powinno umieszczać się wokół drzwi (obramowanie drzwi). W ten sam sposób należy oznaczać drzwi wind, nie zapominając o oznaczeniach kontrastowych i brajlowskich przycisków windy.

W zaleceniach Polskiego Związku Niewidomych znajdziemy także opis przejścia dla pieszych. Należy je oznaczać poprzez umieszczenie pól uwagi szerokości 80 cm bezpośrednio wzdłuż krawędzi krawężnika. Jednak nie znajdziemy sposobu wykonania tej modyfikacji, w związku z czym można spotkać różne metody oznakowania przejść. Nie jest to opisane przy pomocy standardu i dlatego często spotyka się dobre praktyki realizowane różnie w różnych środowiskach. Jednak nawet różne lokalne rozwiązania są lepsze (byle nie szkodziły innym), niż pozostanie biernym i obojętnym na zjawisko braku dostępności dla wszystkich (Dziedzic, Remplewicz, 1980; Janećka, 1999; Ossowski, 2007; Górny, 2009).

DR

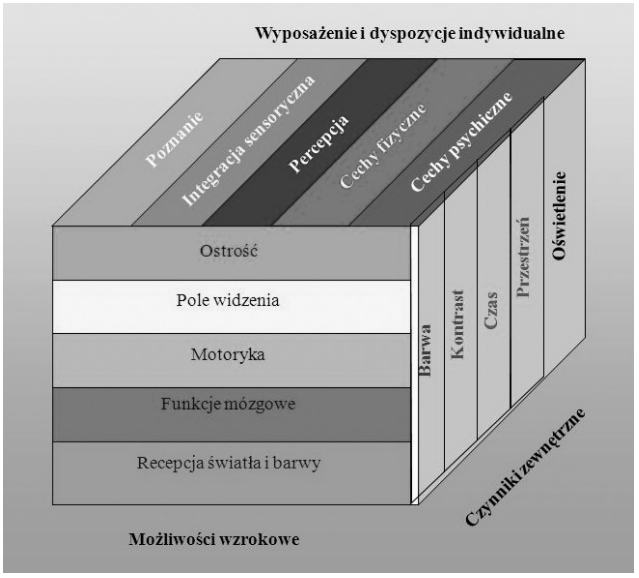
B: Corn, 1991; Duffy, 2002; Dziedzic, Remplewicz, 1980; Górny, 2009; Hale, 1996; Hill, Ponder, 1983; Janećka, 1999; Ossowski, 2007; Wiciak, 2012; Wysocki, 2009.

N: http://termoznak.pl…; http://www.altix.pl…

O: adaptacja przestrzeni, dostępność, niepełnosprawność.

S: adaptacja przestrzeni.

TK: ang. *modification of the physical environment/adaptation of space*, fr. *modification de l'environnement physique*, hiszp. *modificación del entorno físico*, niem. *Änderung der physikalischen Umwelt*, ros. *модификация физической среды/адаптация пространства*.



Il. 1. Model funkcjonowania wzrokowego Anne L. Corn. Źródło: A.L. Corn, *Model funkcjonowania wzrokowego słabowidzących*. „Materiały Tyflologiczne" [PZN] 1991, nr 7 [nr spec.: *Założenia i metody rehabilitacji wzroku u słabowidzących*]

Montaigne Michel Eyquem (1533–1592)

francuski filozof, pisarz i humanista, jeden z głównych przedstawicieli renesansu. Po ukończeniu studiów prawniczych zajmował stanowiska w polityce i administracji, będąc radcą parlamentu (1557–1570), a następnie burmistrzem (1581–1585) w rodzinnym Bordeaux. W latach 1580–1581 zwiedził Niemcy, Włochy i Szwajcarię, po czym odizolował się od otoczenia w swoim zamku, gdzie napisał słynne *Próby* (1580–1588). Wywarły one znaczny wpływ na literaturę, filozofię i pedagogikę XVII stulecia, zaś francuski tytuł *Essais* stał się nazwą gatunku – eseju. Montaigne interesował się zagadnieniami → starzenia się i → starości – mając zaledwie 47 lat napisał krótki rozdział *Prób* (1589) pt. *O wieku*, w którym twierdził, że gdy osiągnął wiek graniczny, „wiek osiągnięty przez niewielu ludzi", pozostaje mu już tylko umrzeć ze starości, a jest to „→ śmierć rzadka, osobliwa i niezwyczajna" (Bois, 1996). Warto dodać, że przeciętna → długość życia w XVI stuleciu wynosiła ok. 30 lat (Zych, 2017). Montaigne (2002) uważał, że zaczął się starzeć w wieku 30 lat, i że „od tego wieku i umysł mój, i ciało raczej podupadły, niż się wzmogły; raczej cofnęły się, niż posunęły naprzód. […] Niekiedy bywa, iż ciało pierwsze ulega starości, niekiedy znowuż dusza". Można zatem uznać Montaigne'a za prekursora koncepcji → inwolucji w → gerontologii. Zdaniem Józefa Hena: „we Francji Montaigne da[ł] początek

całej galerii nieznośnych staruchów, skąpych, zawistnych, despotycznych, oszalałych… »Starość przynosi nam więcej zmarszczek w mózgu niż na twarzy«" (Hen, 2009). Upowszechnianiem myśli filozoficznej Montaigne'a w świecie zajmuje się czasopismo „Bulletin de la Société des Amis de Monaigne" (wyd. od roku 1913 w Bordeaux).

AAZ

B: Bois, 1996; Hen, 2009; Montaigne, 2002; Zych, 2017.

O: starość w filozofii i filozofia starości.

motoryczność osób starszych (motoryka osób starszych)

to zdolność wykonywania przez osoby starsze różnorodnych czynności ruchowych. Motoryczność człowieka to całokształt jego możliwości ruchowych, zarówno w znaczeniu ilościowym, jak i jakościowym. Termin ten odnosi się do wszystkich form dotyczących poruszania się człowieka w przestrzeni na skutek zmian położenia ciała lub jego poszczególnych części. Istnieje nieskończenie wiele kombinacji ruchowych możliwych do wykonania. Służą one: pracy, sportowi, lokomocji, twórczości artystycznej itp. Ruch nierozerwalnie związany jest zatem z → życiem człowieka. Skuteczność każdego działania ruchowego zależy w dużej mierze od poziomu rozwoju cech motorycznych, do których zalicza się: szybkość, siłę, wytrzymałość oraz cechy jakościowe ruchu – zwinność, skoczność i gibkość. Rozwój cech motorycznych i ich doskonalenie uzyskujemy przez działanie. Tempo osiągania szczytowych możliwości poszczególnych cech motoryczności jest różne: najwcześniej osiągają wartość szczytową siła dynamiczna i poczucie równowagi, następnie szybkość i zwinność, a w końcu wytrzymałość.

Człowiek, przechodząc przez różne okresy swojego życia zmienia się, dostosowując do ich wymagań. Dynamika i zakres tych zmian są różne na każdym etapie życia, a większość procesów, które obserwujemy, cechuje okresowość. Każdy następny etap życia człowieka jest konsekwencją poprzedniego. Dorastanie każdego człowieka odbywa się w zmieniających się warunkach otoczenia, mają one ogromny wpływ na dojrzewanie ludzkiego organizmu. Motoryczność zmienia się w ciągu ontogenezy, jest uboga w okresie niemowlęcym, wzbogaca się w dzieciństwie, osiąga wysoki poziom i duży stopień różnorodności w latach młodości. Zwykle stabilizuje się w produkcyjnym okresie życia i podlega → inwolucji w okresie → starzenia się (Osiński, 1993).

Starzenie się jest nieodłącznym elementem rozwoju człowieka, procesem nieuniknionym, dotyczącym każdego z nas. Konsekwencją tego zjawiska są m.in. zmiany motoryki człowieka, które związane są z wiekiem lub stanem ograniczenia → aktywności ruchowej (→ hipokinezją). Motorykę starszych osób wyróżnia w porównaniu z wcześniejszymi okresami życia niezborność i brak elastyczności ruchów. Cechą motoryczności ludzi starszych jest skostniała stereotypowość, a utrwalony dawniej stereotyp ruchowy jest sztywny, zrutynizowany i trudny do zmiany. W zaawansowanej starości występuje charakterystyczny → chód starczy, polegający na posuwaniu się małymi, drobnymi krokami przy niewielkim podnoszeniu stóp od podłoża. Jedną z konsekwencji starości jest obniżenie zdolności do poruszania się oraz trudności w nabywaniu nowych umiejętności ruchowych. Taka sytuacja jest najczęściej związana ze zwiększonym ryzykiem → upadków. Przyczyną powyższych zmian motoryki są procesy starzenia: atrofia mięśni i spadek siły mięśniowej, zmiany zwyrodnieniowe stawów ograniczające ruchomość stawów kończyn i kręgosłupa, a także zmiany w obrębie ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego powodujące zwolnienie przewodnictwa nerwowego oraz zmniejszające szybkość i pogarszające koordynację ruchów.

Zmiany motoryki człowieka zależne od wieku:

- po 30. r.ż. zmniejsza się siła mięśniowa;
- po 23. r.ż. spada poziom wydolności fizycznej (kondycji);
- po 40. r.ż. zmniejsza się ruchomość w stawach;
- ponadto zmniejsza się ruchomość klatki piersiowej, co powoduje obniżenie pojemności życiowej płuc i pogorszenie wentylacji płuc;
- pogarsza się poczucie równowagi, koordynacji i spada szybkość reakcji.

Zmiany motoryki wynikające z hipokinezji:

- spadek wydolności fizycznej (kondycji);
- zwolnienie przemiany materii;
- przewaga procesów katabolicznych (zużywanie składników chemicznych organizmu);
- upośledzenie biosyntezy białek mięśni;
- zmniejszenie objętości płynów ustrojowych;
- spadek odporności organizmu.

Efektem tych zmian są: spadek zdolności adaptacyjnych, niechęć do wysiłku, otyłość, postępujące w szybkim tempie zmiany inwolucyjne i w konsekwencji pogorszenie stanu → zdrowia i → jakości życia osób starszych (Umiastowska, 1997).

Zmiany motoryki kształtują się dynamicznie przez całe życie i są zróżnicowane wedle swoistego programu ge-

netycznego i oddziaływań środowiska zewnętrznego, wpływu miejsca zamieszkania, warunków życia, form i intensywności → aktywności fizycznej. Największy wpływ na aktywność fizyczną osób starszych mają nabyte w trakcie dzieciństwa oraz okresu dorastania zdolności motoryczne i umiejętności ruchowe. → Wiek podeszły jest okresem największych różnic w motoryczności pomiędzy poszczególnymi osobnikami – od osób obłożnie chorych po osoby reprezentujące wysoki poziom sprawności fizycznej. Zmianie uległa sytuacja starszych kobiet z powodu powszechnie stosowanej hormonalnej terapii substytucyjnej. Dzięki temu kobiety starzeją się później, a poziom ich sprawności fizycznej częściej utrzymuje się na wysokim poziomie aż do późnej → starości. Są one często bardziej aktywne, a niekiedy poziom ich sprawności przewyższa tę u mężczyzn (Jajor i współprac., 2013).

Starzenie się jest niesłychanie skomplikowanym procesem biologicznym, ingerującym w różny sposób w struktury i czynności organizmu. Jego dynamika kształtowana jest przez wiele czynników wewnątrz- i zewnątrzustrojowych, które są rozpoznawane jako zespół komplementarnie z sobą powiązanych zmian nie tylko fizjologicznych, ale i psychicznych oraz społecznych (Piątkowska, 2012).

AS

B: Jajor i współprac., 2013; Osiński, 1993; Piątkowska, 2012; Umiastowska, 1997.

N: http://m.trojmiasto.pl/news/…; http://www.bieganie.pl/…

O: hipokineza, hipokineza a starzenie się, upadki w podeszłym wieku.

TK: ang. *motor activity of elderly*, fr. *motoricité des personnes âgées*, hiszp. *habilidades motrices del adulto mayor*, niem. *Motorik alten Menschen*, ros. *моторика пожилых людей*.

mowa starcza (*elderspeak*)

wyraża specyficzny międzypokoleniowy styl komunikacji, a właściwie sposób, w jaki ludzie młodzi – nie zawsze, lecz bardzo często – zwracają się do ludzi starych. Styl ten pod pewnymi względami można przyrównać do mowy matczynej, zwanej także mową nianiek, kierowanej do niemowląt i małych dzieci (ang. *motherese*/*baby talk*). Mowa starcza przejawia się bowiem w tym, że komunikaty kierowane do osoby starszej werbalizowane są przesadnie głośno i w wolniejszym tempie, są przy tym krótkie, syntaktycznie mniej złożone, sformułowane możliwie prostym językiem, a więc z wykorzystaniem słownika podstawowego, bez użycia słownictwa specjalistycznego. Nadawca komunikatu często wykorzystuje w swojej wypowiedzi deminutywy i hipokorystyki, czyli używa zdrobnień i spieszczeń, które odnoszą się zarówno do otoczenia i znajdujących się w nim przedmiotów, jak i bezpośrednio do rozmówcy (np. Kochanieńka, usiądź przy stoliczku, zaraz przyniosę zupkę. Słonko, gdzie są Twoje kapciuszki? Elżuniu, masz dziś bardzo ładny sweterek. Skarbie, badanie krwi robimy na czczo, a nie po jedzeniu!), a ponadto powtarza swoje wypowiedzi i zadaje pytania wymuszające na rozmówcy potwierdzenie, że zrozumiał skierowany do niego komunikat (np. Pracownia RTG znajduje się na pierwszym piętrze. Słyszy pani? – na pierwszym piętrze! Czy mamusia wzięła leki? Czy tatko rozumie, co do niego mówię?).

Do pewnego stopnia i w bliskich relacjach, zwłaszcza rodzinnych, mowa starcza bywa akceptowana przez osoby starsze – jako przejaw pozytywnych uczuć: troski, sympatii, miłości, którymi są obdarzane przez rodzeństwo, dzieci, wnuki, przyjaciół. W skrajnej postaci, w szczególności w relacjach między osobami dla siebie obcymi, tego typu styl wypowiedzi prowadzi jednak do wzmocnienia protekcjonalnego tonu, w którym osoba młodsza kieruje komunikat do osoby starszej. Wrażenie to potęguje dodatkowo skłonność do rezygnowania w rozmowie z form grzecznościowych i zamiast tego zwracanie się do rozmówcy po imieniu, per ty, w formie bezosobowej, w liczbie mnogiej, używając zaimków: „wy", „was", „wasze" lub „my", „nas", „nasze", a nawet mówiąc wprost „babciu"/„dziadku", co w konsekwencji nie dość, że jest nieuprzejme, to prowadzi do uprzedmiotowienia osoby starszej, do umniejszenia jej roli w dyskursie, który przecież właśnie jej dotyczy (np. Jak się dziś czujemy? Czy moje kochanie zjadło dziś śniadanko? Kotku, pójdziesz korytarzem prosto, potem skręcisz w lewo! Czego dziś sobie życzy? Czy dziadek mnie zrozumiał? Niech babcia się nie denerwuje. Dziś nie ma już numerków, zadzwonić jutro z rana! Oj, chyba mamy zły dzień!). Zdarza się przy tym, że mowa starcza jest ubogacana gestami i mimiką, mającymi na celu – w zamyśle nadawcy komunikatu – nawiązać i podtrzymać kontakt ze starszą osobą, ułatwić jej zrozumienie komunikatu, potwierdzić zainteresowanie jej problemami, ale też okazać zniecierpliwienie, dezaprobatę, pośpieszyć ją, zniechęcić itd. W takich sytuacjach często dochodzi do przekraczania dystansu intymnego, do przedłużającego się kontaktu wzrokowego z charakterystycznym wrażeniem zaglądania w twarz rozmówcy, do poklepywania po ramieniu, do chwytania za ramiona i kierowania we właściwym kierunku, do unikania kontaktu wzrokowego i przenoszenia uwagi na

innych rozmówców lub choćby spoglądania w trakcie rozmowy na monitor komputera bądź w książkę, i tym samym jawnego lekceważenia.

Posługiwanie się mową starczą może być zamierzone lub nieuświadomione. Jej źródłem mogą być dobre intencje osoby wydającej komunikat, która, w przypadku trudności komunikacyjnych w rozmowie z osobą starszą, próbuje w ten sposób usprawnić przepływ informacji dla dobra odbiorcy tego komunikatu. Mowa starcza może jednak wspierać się także na przesłankach negatywnych leżących po stronie nadawcy komunikatu: wynikać z jego przemęczenia pracą, ze zniecierpliwienia, z frustracji, z negatywnych doświadczeń w kontaktach z osobami starszymi, z uprzedzeń bądź po prostu z usposobienia przejawiającego się w nieuprzejmych postawach i takim też zachowaniu wobec ludzi starych. Wówczas mowa starcza wpisuje się w definicję ageizmu (ang. *ageism*), czyli stanowi jeden z przejawów → dyskryminacji z powodu wieku.

Mowa starcza jest charakterystyczna zwłaszcza dla młodej kadry gerontologicznej zatrudnianej w przychodniach lekarskich, szpitalach, → hospicjach, ośrodkach rehabilitacji, domach seniora, → ośrodkach pomocy społecznej i w wielu innych instytucjach, w których ludzie starzy poszukują pomocy, przebywają i realizują swoje potrzeby, i gdzie siłą rzeczy zmuszeni są wchodzić w interakcje z personelem tych placówek, zazwyczaj osobami znacznie od nich młodszymi. Mowę starczą można usłyszeć jednak i w innych miejscach, np. w urzędach, na poczcie, w banku, w sklepie, w publicznych środkach transportu, ale i w zaciszu domowym, gdzie również może dochodzić do międzypokoleniowego dialogu – między ludźmi młodymi a starymi.

Używanie mowy starczej wynika najczęściej z mylnego przeświadczenia o tym, że ludzie wraz z przekroczeniem progu → starości – na skutek regresywnych procesów psychofizjologicznych – tracą dotychczasową sprawność fizyczną i intelektualną: że gorzej widzą i słyszą, mają trudności w rozumieniu i zapamiętywaniu informacji, szybciej się męczą. Te domniemane deficyty starych ludzi sprawiają, że przez młodsze pokolenia postrzegani są oni jako osoby niedołężne, niekiedy także mniej wartościowe, wymagające specjalnego traktowania, zwłaszcza na poziomie aktów komunikacji, a w stanach chorobowych w szczególności. Bardzo często przeświadczenie to łączy się z efektem pierwszego wrażenia: im starzej ktoś wygląda, tym większą „troską" należy go otoczyć. Jest to konsekwencją utrzymujących się w społeczeństwie stereotypów i uprzedzeń na temat starości i wobec starych ludzi, co z kolei można łączyć z brakiem podstawowej wiedzy o procesach → starzenia się, które przecież – podobnie, jak te rozwojowe – mają charakter indywidualny i są determinowane przez wiele różnorodnych czynników wewnętrznych i zewnętrznych (a nie tylko wiekiem). Niewiedza ta, w dalszym ciągu dość powszechna, zwraca z kolei uwagę na wadliwie działający system edukacji, który – wbrew naukowym postulatom – wciąż cechuje się encyklopedyzmem w nauczaniu i jest ukierunkowany na kształtowanie u dzieci i młodzieży głównie kompetencji technologicznych. Odbywa się to często kosztem ich kompetencji społecznych, co pokutuje później w dorosłym życiu. Należy przy tym pamiętać, że program kształcąco-wychowawczy realizowany w konwencjonalnym modelu oświatowym, w Polsce nadal podstawowym, statystycznie coraz rzadziej jest wspomagany przez wartości, jakich może dostarczać wzrastanie w rodzinie wielopokoleniowej, a więc również wśród starych ludzi. Za to coraz częściej jest on dopełniany przez wielokanałowy przekaz medialny, w którym dominuje kult młodości, piękna i luksusu, gdzie nie ma miejsca na dystrybucję rzetelnej wiedzy o starości, a wizerunek starych ludzi kreowany jest najczęściej przez wszechobecne reklamy.

Przez długie lata mowa starcza była uznawana za technikę usprawniającą komunikację pomiędzy ludźmi młodymi a starymi. Akceptowana bądź nie, stała się immanentną częścią międzypokoleniowego dialogu. Zainicjowane w latach 80. XX wieku w Stanach Zjednoczonych regularne badania naukowe poświęcone temu zagadnieniu wykazały jednak, że stosowanie jej w skrajnej postaci i w dłuższym okresie może rodzić negatywne konsekwencje dla → życia ludzi starych: obniżać ich potencjał intelektualny, przyczyniać się do spadku ich samooceny, wzbudzać w nich agresję, być przyczyną autowykluczenia z aktywności społecznej. Pomimo to, społeczne przyzwolenie dla tej formy komunikowania się jest w dalszym ciągu duże. Przełamanie w naukach humanistycznych dominacji deficytowego modelu starości i upowszechnienie modeli kompetencyjnych, selektywnej optymalizacji i kompensacji, → pomyślnego [pozytywnego] starzenia się czy innych, które zamiast deficytów eksponują potencjał starych ludzi, jest zatem dopiero pierwszym krokiem na drodze do reorganizacji świadomości społecznej. W ślad za tym powinny iść zmiany negatywnych postaw i zachowań ludzi młodych wobec przedstawicieli starszej → generacji, a do takich można dziś z pewnością zaliczyć mowę star-

czą. Optymizmem tchnie obserwowany w ostatnich latach wzrost zainteresowania tym problemem także międzynar. środowisk politycznych, skutkujący stopniowym włączaniem go w nurt strategii oświatowych i społecznych oraz nowymi rozwiązaniami legislacyjnymi w tym zakresie. Jednak warunkiem przesądzającym o powodzeniu tych zamierzeń jest wyraźny głos ludzi starych i nie mniej wyraźna ich aktywność w dążeniu do uświadamiania młodszym pokoleniom niezbywalnych praw, które nabyli w drodze cywilizacyjnego postępu, a które powinny być nie tylko spisane, lecz przede wszystkim powszechnie akceptowane i przestrzegane.

W dosłownym tłumaczeniu z jęz. angielskiego termin mowa starcza może być mylnie rozumiany, co skłania do używania go w brzmieniu oryginalnym lub stosowania jego formy opisowej, której dopełnieniem, także w polskim piśmiennictwie, bardzo często staje się właśnie ów angielski neologizm umieszczony w nawiasie [np. mowa kierowana do osób starych (*elderspeak*), charakteryzująca się tym, że …] (Berger, 2008; Reynolds, 2014).

AJ

B: Berger, 2008; Brose, 2003; Fiehler, 1997; Halicki, 2000; Kemper, 1994; Reynolds, 2014

TK: ang. *elderspeak/ElderSpeak*, fr. *"Elderspeak"/"la vieille senile parle"*, hiszp. *habla para los ancianos*, niem. *"Elderspeak"/er spricht für ältere Menschen*, ros. *старческая речь*.

Mruk Józef Bronisław (1913–1976)

lekarz internista, prekursor polskiej powojennej → gerontologii. Dzieciństwo i młodość spędził w rodzinnym Krakowie, gdzie studiował medycynę na Wydziale Lekarskim (1931–1937) Uniw. Jagiellońskiego. Po odbyciu rocznej służby wojskowej (1938) podjął obowiązkową praktykę lekarską w Szpitalu Bonifratrów i 5. Okręgowym Szpitalu Wojskowym w Krakowie. Równolegle przygotowywał pracę doktorską z zakresu anatomii patologicznej w Zakładzie Anatomii Patologicznej pod kierownictwem Stanisława Ciechanowskiego (1869–1945). Owocem jego badań empirycznych była rozprawa doktorska pt. *Zmiany nadnerczy w wieku starczym*, która została złożona na Wydz. Lekarskim UJ w marcu 1939 roku W związku z wybuchem II wojny światowej Józef Mruk obronił pracę dopiero w roku 1946 i ogłosił drukiem nakładem PAU w Krakowie. Rozprawa ta uznawana jest za pionierską w polskiej gerontologii (Derejczyk i współprac., 2008). Od 1946 badacz pracował w 5. Okręgowym Szpitalu Wojskowym, a w latach 1950–1964 na stanowisku adiunkta w II Klinice Chorób Wewnętrznych Akad. Med. w Krakowie. Następnie był konsultantem internistycznym Wydz. Zdrowia m. Krakowa (1964–1966), a od 1966 roku dyrektorem Przychodni Specjalistycznej m. Krakowa; natomiast od 1972 był kierownikiem Zakładu Kardiologii. Społecznie konsultował też chorych w Domu Pomocy Społecznej im. Helclów w Krakowie. Zajmował się medycyną wewnętrzną, hematologią i chorobami alergicznymi. Został odznaczony m.in. Srebrnym i Złotym Krzyżem Zasługi oraz wyróżniony odznakami „Za wzorową pracę w służbie zdrowia" i „Za pracę społeczną dla miasta Krakowa".

AAZ

B: Derejczyk i współprac., 2008; Mruk, 1946.

mutyzm

– to brak lub ograniczenie zdolności mówienia, występujące u dziecka, które nie ma zaburzeń mowy ani uszkodzonych narządów mowy, nie jest afatyczne ani opóźnione umysłowo. Po raz pierwszy określenia „mutyzm" użył w roku 1934 Moritz Tramer (1882–1963) w odniesieniu do dzieci, które mówiły tylko do niektórych osób ze swego najbliższego otoczenia, najczęściej do matki. Zaburzenie to występuje najczęściej ok. 5. lub 6. r.ż., kiedy dziecko rozpoczyna naukę w szkole. Osoby takie zachowują zdolność rozumienia mowy, jak i możliwości porozumiewania się pozawerbalnego, np. poprzez pismo, gesty, mimikę. Zignorowany mutyzm i zaburzenia lękowe w dzieciństwie mogą prowadzić do → depresji [i zaburzeń nastroju] lub stanów lękowych w dorosłości. Część osób dorosłych może również nadal odczuwać znaczne trudności w → komunikacji podczas poznawania nowych osób, sytuacji stresujących, takich jak: rozmowa kwalifikacyjna lub wypowiadanie się na forum.

Mutyzm może występować bez stwierdzonych zaburzeń w budowie i funkcji narządów mowy utrudniających dziecku poprawne mówienie lub może pojawiać się w obecności wad i dysfunkcji tych narządów. W przypadku trudności artykulacyjnych jest to niechęć, a nawet lęk dziecka przed mówieniem, który wynika z istniejących zaburzeń narządów mowy. Negatywne nastawienie dziecka do mówienia może przemijać, gdy terapia logopedyczna daje dobre rezultaty.

Objawy niechęci do mówienia mogą się jednak nasilać, gdy terapia jest nieskuteczna lub też reakcje środo-

wiska na błędy w mówieniu dziecka są nieprawidłowe. Efektem takiej sytuacji może być wystąpienie trwałej tendencji do niemówienia, tzw. wtórnego mutyzmu. Ze względu na etiologię wyodrębnia się dwa rodzaje mutyzmu: mutyzm organiczny i mutyzm funkcjonalny. Podział ten nie jest rozłączny, często obraz mutyzmu tworzą zarówno czynniki organiczne, jak i psychogenne. Niekiedy nawet nieznaczne dysfunkcje organiczne mogą dawać głęboki stopień zaburzenia, gdy współwystępują z nimi niekorzystne czynniki zewnętrzne. Mutyzm organiczny wiąże się z uszkodzeniem narządów mowy oraz nieprawidłowościami w budowie narządów odpowiadających za mówienie, tj. języka, krtani, czy podniebienia. Uszkodzenia mózgu i → choroby z nimi związane również wiążą się z organicznym mutyzmem, np. → afazja. Pochodzenie tego typu mutyzmu wydaje się naturalne, gdyż człowiek z powodu uszkodzeń organizmu nie jest w stanie fizycznie wypowiadać słów. Bywa jednak, że przyczyny organiczne są wykluczone, a dziecko lub dorosły nadal nie mówi. Mamy wówczas do czynienia z mutyzmem funkcjonalnym. → Stres lub bolesne przeżycia mogą – wg terapeutów i logopedów – spowodować taką psychiczną blokadę u człowieka, że przestaje on mówić. Wyróżniamy trzy typy mutyzmu funkcjonalnego: mutyzm selektywny, sytuacyjny i całkowity. Mutyzm funkcjonalny występuje częściej u dziewczynek niż chłopców a współcześnie jest on określany jako fobia społeczna.

Mutyzm najczęściej pojawia się w schizofrenii, w histerii, po silnych wstrząsach uczuciowych, bywa, że dotyka również osoby nadwrażliwe i nieśmiałe. Należy do zaburzeń lękowych. Dzieci mutystyczne rozumieją rzeczywistość, ale się jej boją i w sytuacjach mało komfortowych odmawiają mówienia. Mają również większą niż inne dzieci potrzebę uporządkowania świata wokół siebie. Jeśli dziecko nie ma wad narządów mowy i dysfunkcji mózgowej, natomiast występują u niego zewnętrzne czynniki patogenne, takie jak np. → rodzina dysfunkcyjna, poważne zaniedbania wychowawcze czy silny stres i nie ma z nim kontaktu werbalnego, można diagnozować u dziecka mutyzm

funkcjonalny, który może przybierać postać selektywną, selektywną-sytuacyjną lub całkowitą. Dziecko, u którego stwierdzono mutyzm całkowity, nie mówi wcale, w żadnej sytuacji. Czasami wydaje nieartykułowane dźwięki, używa krzyku lub bezgłośnego szeptu, zastępując w ten sposób wypowiedź językową. Powyższy rodzaj mutyzmu różni się od mutyzmu selektywnego głównie tym, że dziecko może odpowiadać niewerbalnie (kiwanie głową zamiast odpowiedzi „tak"). Podobnie jak w przypadku mutyzmu selektywnego nie obserwuje się u niego zaburzeń w budowie i funkcji narządów mowy ani trudności motorycznych. U dzieci starszych zachowana jest możliwość pisemnego porozumiewania się. Mutyzm całkowity ma charakter psychogenny. Może być reakcją dziecka na sytuacje trudne, z elementem szoku lub zagrożenia. Nie zawsze można ustalić przyczynę zaburzeń zachowania dziecka. W mutyzmie całkowitym mogą występować dodatkowe objawy, takie jak: dysfagia – trudności w przełykaniu, brak łaknienia, animia – zredukowana mimika twarzy. Przyczyną mutyzmu całkowitego są często konflikty rodzinne i wtedy mutyzm jest reakcją obronną dziecka. Mutyzm całkowity towarzyszy często psychozom dziecięcym i wymaga leczenia klinicznego, w które może zostać włączona terapia logopedyczna. W mutyzmie całkowitym prowadzi się terapię psychodynamiczną (analizę zachowań i wytworów dziecka) i terapię objawową.

Mutyzm sytuacyjny pojawia się u dzieci normalnie mówiących, w sytuacjach nowych czy trudnych i wycofuje się wraz ze zmianą sytuacji. Ten rodzaj mutyzmu ma charakter przejściowy, co oznacza, że jego objawy pojawiają się w momencie zetknięcia się dziecka z nową sytuacją i ustępują po pewnym czasie, kiedy dziecko przyzwyczai się do tej sytuacji. Objawy tego rodzaju mutyzmu pojawiają się najczęściej, kiedy dziecko zaczyna uczęszczać do przedszkola lub szkoły i utrzymują się od kilku dni do kilku tygodni. Mutyzm sytuacyjny przejawia się najczęściej tym, że dziecko nie mówi w czasie lekcji i przebywania w klasie. Może natomiast rozmawiać poza lekcjami, ale tylko z częścią kolegów i niektórymi nauczycielami. Czasami dziecko rozmawia z nauczycielem, kiedy nie słyszą go koledzy. Zdarza się jednak, że w nowej sytuacji, w obecności obcych osób, dziecko przestaje rozmawiać z tymi, z którymi rozmawiało normalnie do tej pory. Może to dotyczyć nawet najbliższych, rodziców czy rodzeństwa. Częstym objawem towarzyszącym jest także zachowywanie przez dziecko fizycznego dystansu do osób obcych i nieznanych przedmiotów otaczających je w nowym miejscu. Dzieci z mutyzmem często czują się osamotnione, ponieważ ze względu na swoje zaburzenie nie mogą nawiązać kontaktu z rówieśnikami. Zdarza się również, że nauczyciele nieświadomi przyczyny ich milczenia, traktują je z niechęcią i próbują wymusić reakcję werbalną. Z tego względu pierwsze doświadczenia w szkole mogą być dla dzieci z mutyzmem traumatyczne, często nie chcą one wracać do szkoły po pierwszym nieudanym dniu nauki.

Gdy sytuacja pobytu w przedszkolu lub szkole przestaje być dla nich sytuacją nową, zazwyczaj zaczynają normalnie rozmawiać. Bardzo ważną cechą mutyzmu jest zachowanie rozumienia mowy. W niektórych przypadkach dziecko może udzielać pisemnych odpowiedzi oraz wykorzystywać → komunikację niewerbalną. U niektórych dzieci z mutyzmem obserwuje się bardzo żywą gestykulację i mimikę twarzy, u innych komunikacja niewerbalna jest także zredukowana, podobnie jak językowa.

Mutyzm selektywny, inaczej wybiórczy, to rodzaj fobii społecznej. Dotyka on ogółem ok. 0,2% dzieci. Dziecko, u którego stwierdza się występowanie tego rodzaju mutyzmu, odzywa się tylko do wąskiego kręgu bardzo bliskich osób i w określonych okolicznościach, np. rozmawia swobodnie z rodzicami, rodzeństwem, dziadkami w domu, natomiast odmawia komunikowania się z nauczycielami i rówieśnikami w przedszkolu. Pierwsze objawy zaburzenia pojawiają się najczęściej między 2. a 5. r.ż. dziecka, a diagnoza powinna być postawiona już po miesiącu milczenia w danym miejscu. Niestety, dziecko często jest diagnozowane dopiero w szkole podstawowej w wieku 8–12 lat.

Mutyzm wybiórczy – w postaci jedynie lęku przed mówieniem – występuje rzadziej. Często u dzieci współwystępują dodatkowe zaburzenia w postaci ogólnej lękliwości, wad

wymowy, nadwrażliwości sensorycznej (dotykowej, słuchowej, węchowej), zespołu → Aspergera czy trudności z jedzeniem. Zazwyczaj dzieci te nie mają trudności w szkole, a tam, gdzie mowa nie jest wymagana, mogą odnosić sukcesy. W pewnych sytuacjach społecznych dziecko wręcz chętnie angażuje się w różne zabawy, nawet je inicjuje, w wybranym przez siebie otoczeniu, najczęściej domu rodzinnym, bywa gadatliwe i hałaśliwe, roześmiane i radosne. Mimo to nie może wydobyć z siebie głosu lub tylko szepcze. Z tego powodu niechętnie uczestniczy w różnych zajęciach grupowych, zwłaszcza gdy wiąże się to ze spotkaniem zupełnie nowych osób. Dzieci z mutyzmem selektywnym nie są z natury samotnikami, mają potrzeby społeczne, chcą być akceptowane i lubiane. Aby uniknąć nieprzyjemnych uczuć, jakie niesie ze sobą mówienie i kontakty społeczne z ludźmi, którzy mogą oczekiwać mówienia, dziecko może wmawiać sobie, że wcale nie potrzebuje innych osób i spotkań z nimi. Bardzo ważne jest więc docieranie do prawdziwych uczuć i potrzeb dziecka, zanim uwierzy w to, co podpowiadają mu jego mechanizmy obronne. Do tej pory nie było w Polsce badań dotyczących częstości występowania mutyzmu wybiórczego, proporcji dotyczących płci oraz rodzaju zaburzeń towarzyszących, które tworzą całościowy obraz kliniczny dziecka z mutyzmem wybiórczym. Takie dzieci często mają inne zaburzenia lękowe. Pozostawione bez pomocy są narażone na fobię społeczną, izolację i depresję. Młodzież z mutyzmem selektywnym często boi się spotkań z ludźmi, podczas których oczekuje się od niej aktywnego udziału w procesie komunikacji. Młodzi ludzie cierpiący na mutyzm wybiórczy mają jednoczesną trudność w porozumiewaniu niewerbalnym, dlatego też kontakty społeczne są dla nich bardzo męczące, zwłaszcza ze względu na przytłaczające oczekiwania otoczenia. Warto jednak zaznaczyć, że młodzież i ludzie dorośli z mutyzmem wybiórczym będą zachowywać się zwyczajnie i naturalnie w sytuacjach towarzyskich, jeśli tylko otoczenie to jest dla nich komfortowe i bezpieczne. Z mutyzmu wybiórczego się nie wyrasta, ale trzeba nad nim pracować. Rozpoznanie musi być poprzedzone dokładną diagnozą stanu psychicznego i somatycznego dziecka. Konieczne jest wykluczenie zaburzeń słuchu i neurologicznych przyczyn zaburzeń mowy. Milczenie w przypadku dziecka z mutyzmem selektywnym nie jest spowodowane przez opóźnienie umysłowe czy uszkodzenie ośrodków mowy, zaburzenia komunikacji, np. jąkanie, całościowe zaburzenia rozwoju, np. autyzm, zaburzenia psychotyczne, np. schizofrenia. Chociaż w ciągu ostatniej dekady przeprowadzono na świecie ważne badania, które przyczyniły się do lepszego zrozumienia mutyzmu wybiórczego, jednak dzieci z tym zaburzeniem są nadal błędnie diagnozowane. Często rodzice dzieci z mutyzmem wybiórczym słyszą, że ich dziecko jest po prostu nieśmiałe i „z tego wyrośnie". Z drugiej strony brak mówienia przypisuje się opóźnieniu w rozwoju, upośledzeniu w zakresie uczenia się czy autyzmowi. Bywa też, że dzieci z mutyzmem wybiórczym spotyka bardzo niesprawiedliwa ocena, oskarża się je o krnąbrność, zuchwałość czy manipulowanie. Zła diagnoza i wynikające z niej niewłaściwe leczenie prowadzą do tego, że dziecko dorasta, ale nadal nie mówi w określonych środowiskach i nie rozwija umiejętności społecznych. Milczenie staje się uwarunkowanym odruchem, który się pogłębia i jest coraz trudniejszy do wyleczenia. W terapii mutyzmu selektywnego u dzieci stosowane są dwa sposoby oddziaływań: pierwszy – nastawiony na eliminację objawów, drugi – na eliminację niekorzystnych czynników środowiskowych. Sposoby te wzajemnie uzupełniają się. W terapii dziecka z mutyzmem konieczna jest współpraca otoczenia i udział rodziców lub nauczycieli w zajęciach. Najważniejsze jest zwiększenie po-

czucia własnej wartości dziecka oraz pokonanie lęku przed mówieniem przez dodanie mu odwagi i śmiałości. Terapeuta powinien bezwzględnie akceptować dziecko, wartościować jego zachowania, budować samoakceptację i obdarzać je życzliwą uwagą. Mutyzm jako objaw choroby wymaga kompleksowego leczenia klinicznego, w które powinna zostać włączona terapia logopedyczna. Należy pamiętać, że nie wolno stosować wobec dziecka żadnych form przymusu i trzeba uciekać się do zrozumiałych dla niego, akceptowanych kontaktów społecznych. W każdym przypadku, obojętnie, czy mamy do czynienia z mutyzmem organicznym, czy funkcjonalnym, zachodzi potrzeba mówienia do dziecka i organizowania normalnych warunków komunikacyjnych. Wczesna diagnoza i dobór właściwej terapii staną się możliwe, gdy zwiększy się świadomość społeczna i wiedza o mutyzmie wybiórczym będzie docierać do lekarzy, nauczycieli i rodziców. Nieleczony bądź niewłaściwie leczony mutyzm selektywny może prowadzić, podobnie jak inne zaburzenia lękowe, do izolacji społecznej, słabych wyników w nauce, stosowania leków bez konsultacji z lekarzem, uzależnień, a nawet samobójstw. Wczesne poznanie specyfiki zaburzeń dziecka z mutyzmem i odpowiednia terapia mogą dawać dobre efekty. → Psychoterapia jest niezbędnym elementem pomocy umożliwiającym powrót do zdrowia osobom pogrążonym w depresji lub zaburzeniach lękowych. Podczas psychoterapii uzyskuje się wgląd w przeżywane stany i nowe spojrzenie na problemy do nich prowadzące. Dzięki tej wiedzy i nabytym umiejętnościom radzenia sobie w trudnych sytuacjach chory może stopniowo pokonywać lęk oraz zmieniać negatywne myślenie o sobie, świecie i swojej przyszłości.

AMI

B: Herzyk, 1992; Reuttowa, 1971; Tłokiński, 1986.

TK: ang. *muteness/mutism*, fr. *mutisme*, hiszp. *mudez*, niem. *Stummheit/Mutismus/selektiver Mutismus*, ros. *мутизм.*

muzykoterapia (leczenie muzyką)

Już w starożytności → Arystoteles mówił o muzyce, że „ma ona siłę do kształtowania charakteru". Z tego samego założenia wyszedł też później Włodzimierz Iljicz Lenin (1870–1924), stwierdzając, że „szybka droga do zniszczenia społeczeństwa prowadzi przez jego muzykę". Platon (ok. 427–347 p.n.e.) pouczał, że „jeśli chce się zmierzyć duchową temperaturę jakiejś jednostki czy społeczeństwa, należy zapisać jego muzykę". Uważał on muzykę za „sztukę sporządzania portretów", widząc w niej najlepszy środek wyrazu ducha ludzkiego. Wolfgang Amadeusz Mozart (1756–1791) był przekonany, że *Andante* z Sonaty *C-dur* (KV 309) jest muzycznym portretem córki kompozytora Christiana Cannibacha (ok. 1731–1798). O takich muzycznych portretach tworzonych przez Mozarta pisał też m.in. duński filozof Søren Kierkegaard (1813–1855).

Muzyka od dawna postrzegana była jako rodzaj prapsychologii, opisującej i wyrażającej stany psychiczne człowieka. Mówiono, że jest językiem uczuć – jak określali ją teoretycy francuscy końca XVIII wieku, m.in. Jean-Jacques Rousseau (1712–1778). Pewne typy dźwięków, ich brzmienie i barwa, odpowiadają gestom uczuciowym, przydatnym w psychologii dla opisu procesu uzewnętrzniania uczuć ruchami ciała. Trafność tych określeń potwierdza duża rola sugestii w odbiorze dzieła muzycznego. Chłodna lub gorąca gra artysty, która w potocznym języku oznacza grę mechaniczną lub pełną emocji, odgrywa dużą rolę w ocenie całości dzieła. Element emocjonalny gry jako istotny wchodzi w całą wizję dzieła muzycznego, stanowiąc jego integralną część. O dużym ładunku wartości psychologicznej muzyki świadczy również specyficzna właściwość psychiczna słuchaczy, która może się ujawnić przy odbiorze dzieła muzycznego. Jest to tzw. słyszenie barwne, czyli podczas percepcji muzyki jednoczesne widzenie w wyobraźni słyszanych brzmień pod postacią określonych, konkretnych kolorów. Ta zdolność może być mniej lub bardziej trwała i przejawiać się na różne sposoby. Związek barw z muzyką stwierdza przede wszystkim psychologia, podkreślając wielowymiarowy wpływ muzyki na sferę psychiczną człowieka. Zagadnienie harmonii barw poruszył jako pierwszy Isaac Newton (1643–1727), a idąc za jego sugestią jezuita francuski, o. Louis Bertrand Castel (1688–1757), w roku 1725 skonstruował instrument zwany klawesynem ocznym, w którym z przyciśnięciem klawisza pojawiała się barwa odpowiednia do uderzonego dźwięku (z akordem c-e-g związany był błękit; tercji akordu, czyli tonowi e odpowiadała barwa żółta; kwincie zaś, czyli tonowi g – barwa czerwona itd.).

Poza silnym ładunkiem emocjonalnym i wyobrażeniowym zawartym w muzyce każdy utwór muzyczny zawiera także komunikat estetyczny. Muzyka jest nośnikiem wrażeń, który można określić w trzech poziomach:

- **akustycznym** – dotyczy dokładności przekazywania symboli akustycznych, co jest problemem technicznym;

- **semantycznym** – dotyczy treści przekazywanych przez muzykę;
- **estetycznym** – dotyczy wywoływanych przez nią efektów.

Wszystkie te poziomy muzyki mają swe specyficzne odwzorowanie w psychologicznej sferze odbiorcy. Wyodrębnienie ich i rozważanie wskazuje na złożoność struktury muzyki, a jednocześnie przypomina o nierozerwalnej łączności odbioru dzieła muzycznego z psychologią. W historii badań nad relacjami zachodzącymi pomiędzy człowiekiem a muzyką oraz ich biopsychicznymi i społeczno-kulturowymi uwarunkowaniami, z psychologii sztuki wyodrębniła się psychologia muzyki. W zakres jej zainteresowań wchodzą zarówno właściwości psychiczne i mechanizmy zachowania człowieka związanego z muzyką, warunkujące efektywność kształcenia różnych form działalności muzycznej (psychologia zdolności muzycznych), jak i cechy oraz procesy psychiczne związane z odbiorem utworów muzycznych (psychologia percepcji muzyki). Psychologia muzyki wywodzi się z niemieckiej psychofizyki, psychoakustyki, psychologii eksperymentalnej, badań statystyczno-biograficznych i psychometrycznych nad naturą uzdolnień wybitnych jednostek, neurofizjologicznych badań nad wpływem muzyki na organizm człowieka, psychologii rozwojowej i badań nad rozwojem psychicznym małego dziecka, a także teoretyczno-filozoficznych analiz nad strukturą i typologią przeżyć związanych z muzyką. Jest więc dziedziną specyficznie interdyscyplinarną, czerpiącą z wielu badań i analiz. W swym historycznym rozwoju psychologia muzyki przeszła ewolucję, w której wyróżnić można kilka zasadniczych etapów: od koncentrowania się na badaniach wrażliwości sensorycznej (ostatnie ćwierćwiecze XIX wieku do wybuchu I wojny światowej), badań zdolności muzycznych dzieci (1914–1919), do badań psychometrycznych i statystycznych. Są one kontynuowane obecnie w formie powiązania rozważań teoretycznych z praktyką pedagogiki muzycznej, z wychowywaniem poprzez sztukę i upowszechnianiem muzyki.

Intuicyjne przeczucie, że muzyka jest ogromną siłą mogącą wpływać na życie psychiczne człowieka, znalazły swe liczne potwierdzenia, zarówno w badaniach dokonywanych w ramach psychologii muzyki, jak i socjologicznych analizach zachowań jej odbiorców. Muzyka jest zadziwiająco subtelną sztuką, ma niezliczone możliwości emocjonalnych konotacji. Ma moc do propagowania dobra i duchowego podbudowywania człowieka, jak i siłę do destrukcji jego psychiki. Ma wpływ na samopoczucie i → zdrowie ludzi, zmniejsza → zmęczenie, łagodzi ból. Ćwiczenia muzyczno-ruchowe dobrze wpływają na ogólny rozwój psychofizyczny dzieci i młodzieży. Muzyka i ćwiczenia rytmiczne oddają również nieocenione usługi w leczeniu dzieci opóźnionych w rozwoju i upośledzonych psychicznie. Muzyką można wyleczyć np. wady wymowy, zwłaszcza jąkanie. Od wieków więc medycyna sięga po muzykę jako sprzymierzeńca w trosce o kondycję i zdrowie pacjentów. Już w starożytności podejmowano próby wykorzystania muzyki w procesie leczenia. Na greckiej wyspie Kos wykorzystywano leczniczo kojące dźwięki natury: szum morskich fal, drzew, a także muzykę instrumentów i śpiew kapłanek. Chorzy słuchali też melodeklamacji, oglądali pejzaże naturalne oraz rzeźby. Wonne kadzidła i masaże sprowadzały na nich sen. Starożytni Grecy wierzyli, że można uzdrowić chorych na ischias poprzez odmuchiwanie bolących miejsc dźwiękami skali frygijskiej. Pitagoras (ok. 572–ok. 497 p.n.e.) miał wykorzystywać pieśni przeciw dolegliwościom cielesnym, w celu uśmierzania smutku, łagodzenia gniewu i wytępienia żądzy. Arystoteles włączył muzykę do koncepcji terapeutycznej, wyzwalającej żywiołowe stany emocjonalne. Pojęcie muzycznego oczyszczenia (grec. *κάθαρσις* [katharsis]) to stwarzanie ujścia chorobliwej nadwrażliwości psychicznej, np. u Arystotelesa odpowiada ona ekstazom muzycznym korybantów odprawiających modły przy akompaniamencie hałaśliwej muzyki i dzikich tańców kultowych. Podobnie uzdrawiali chorych szamani, czarownice i znachorzy w innych częściach ówczesnego świata. Muzyka miała elementarne znaczenie jako siła magiczna ujarzmiająca siły przyrody. Melodyjne zaklęcia lub śpiewy, woń palonych ziół, taniec, głos bębnów, fletów, piszczałek, grzechotek i dzwonków odpędzały zło, w tym → chorobę, a nawet → śmierć.

Biblia przekazuje historię pasterza Dawida, pochodzącą z roku 1000 p.n.e., który grą na harfie usuwał stany depresyjne króla Saula: „A kiedy zły duch zesłany przez Boga napadał Saula, brał Dawid cytrę i grał. Wtedy Saul doznawał ulgi, czuł się lepiej, a zły duch odstępował od niego" (1 Sm 16, 23 oraz 1 Sm 16, 14–23, *Pismo Święte*…, 2013).

W średniowieczu magiczne sposoby wibracyjnego masażu błony bębenkowej służyły otwieraniu tuneli, przez które wydostawały się z ciała „złe duchy". W czasie wielkich epidemii pustoszących Europę przez ulice miast przepędzano stada bydła, których ryk miał oczyścić zepsute powietrze. Podobny skutek miały przynieść zbiorowe śpiewy.

Rozwój teorii na temat powiązania muzyki z leczeniem nastąpił w XVII i XVIII wieku. Wielu autorów

tego okresu propagowało różne idee i metody leczenia muzyką, które nazwano „jatro-muzyką". Jej założenia były następujące:

- jest to wiedza oparta na antycznych naukach o harmonii kosmosu i znajduje odbicie w żywym organizmie człowieka;
- należy odejść od anatomicznego traktowania ciała ludzkiego, jakie miało miejsce w renesansie, np. w podręczniku Andreasa Vesaliusa (1514–1564), w kierunku zainteresowań funkcjami fizjologicznymi;
- założenia o istnieniu sił transcendentalnych, działających na duszę człowieka z zewnątrz, które miały swe źródło w religii chrześcijańskiej, należy wykorzystać dla wytłumaczenia problemu wzajemnych odniesień: dusza – ciało.

Muzyka naturalnie istniejąca (*musica mundana* – muzyka wszechświata, która obejmuje cały, zorganizowany i harmonijnie uporządkowany świat, wywierając wpływ na harmonię ciał niebieskich, ich elementy i współzależność) i sztucznie wytwarzana (*musica humana* – muzyka człowieka, która istnieje w harmonijnym zestrojeniu organizmu ludzkiego, w cudownej jego organizacji, dyspozycjach, mieszaninie soków i opanowaniu wewnętrznych oraz zewnętrznych zmysłów) muszą być skoordynowane.

W XIX stuleciu kontynuowano badania nad muzykoterapią w ramach „jatro-muzyki". Nie rozwijano wówczas nowych teorii, sprowadzając badania jedynie do opisów różnych reakcji psychicznych, związanych z różnymi utworami muzycznymi. W Polsce badania takie prowadził m.in. dr Julian Stupnicki, autor książki pt. *Muzyka pod względem estetycznym i lekarskim* (1865). Dopiero w XX wieku pojawiły się prace wskazujące na nowe podejście do problemu muzykoterapii. Zwrócono uwagę na zaobserwowane lecznicze działania określonych typów utworów muzycznych, co zostało nazwane farmakologią muzyczną. Podkreślono znaczenie czynnika socjopsychologicznego w muzykoterapii, co dało początek grupowym formom leczenia muzyką. Tzw. szkoła szwedzka próbowała nawet wniknąć muzyką w „najgłębsze warstwy" osobowości ludzkiej, dalej niż to czynić można za pomocą słowa mówionego.

Muzykoterapią jest dzisiaj systematyczne i metodologiczne wykorzystywanie muzyki w procesie diagnozowania, leczenia i rehabilitacji osobowości, oparte na założeniach interdyscyplinarnych: muzyczno-logiczno-medycznych. Jest ona ściśle związana z koncepcją sztuki jako terapii, stwarzającej świadomość i nową kondycję psychofizyczną jednostki i grup terapeutycznych. Zasadniczym założeniem muzykoterapii jest istnienie ścisłego związku pomiędzy „duszą" a „muzyką".

Zdaniem sławnego w całej Europie uczonego i propagatora muzykoterapii, Athanasiusa Kirchera (1602–1680), autora dzieła pt. *Phonurgia nova…* (1673), istnieją trzy rodzaje kuracji muzycznej: nadnaturalna – jako dzieło i sztuka złego ducha, oraz naturalna – dla której punktem wyjścia było fizjologiczne wyjaśnienie leczniczego działania muzyki na organizm człowieka. Właściwa muzykoterapia interesuje się owym naturalnym wymiarem związków muzyki i medycyny. Wibracje powietrza, wprawianego w ruch przez dźwięki muzyczne, wprawiają w ruch także ciało ludzkie, z którego mogą wtedy – dzięki powstałemu ciepłu – wydobywać się przez pory skóry trucizny chorobotwórcze. Jak pisał: „Zakładam, że nasze ciało zostaje całe przewietrzone i przewiane, a ścięgna i żyły, jak i muskuły odbierają za pomocą brzmień i głosów zewnętrznych takie impulsy i wrażenia, jakie powodują struny rozpięte na lekkim i rezonującym drzewie, zależne od impulsów i zewnętrznych proporcji: powietrze – dźwięk – pogłos, jak i wewnętrznych: żyły – ścięgna – mięśnie, wprawiane w ruch, których siła staje się impulsem" (Kircher, 1684).W swej propozycji terapii opierał się na głoszonej od wieków tzw. patologii humoralnej, polegającej na mniemaniu, że choroba jest wynikiem niezgodności soków ustrojowych w organizmie. Uważał więc, że w chorobach wywołanych „żółtą" i „czarną żółcią" można wykorzystywać muzykoterapię, lecz bezcelowe jest stosowanie jej w leczeniu takich chorób, jak np. → udary [mózgu], amputacje, podagry, stany gorączkowe itp.

Podział muzykoterapii został dokonany samorzutnie w ciągu historii jej rozwoju, przez wykorzystanie różnych aspektów muzyki. Może ona być:

- odbiorcza – wykorzystując percepcyjne właściwości pacjenta;
- wykonawcza – odwołująca się do twórczych zdolności chorego.

Innym rozróżnieniem metod muzykoterapeutycznych jest ich podział na metody indywidualne i grupowe.

Muzykoterapia indywidualna może przybrać trojaką postać:

- analityczną, która dąży do wyjaśnienia nieświadomych lub częściowo uświadomionych ważnych związków konfliktowych, np. Hanscarl Leuner (1919–1996) rozwinął metodę, którą określił jako muzyczny dramat symboliczny, poprzez który uświadamiał pacjentom podświadome procesy nerwicowe, wydoby-

wające się w stanie głębokiego odprężenia jako imaginacje na skrzydłach fantazji – muzyka pobudza imaginację, na które kieruje się uwagę pacjenta;
- aktywizacyjną, która ma na celu aktywizację świadomych twórczych sił w sensie własnego działania pacjenta – terapeuta powinien postarać się poruszyć jakąś produktywną sferę jego osobowości i zmobilizować ją, np. w działaniu zwanym muzyczną grafiką (zaleca się pacjentom rysowanie i malowanie podczas wysłuchiwania utworów muzycznych, co koncentruje ich, aktywizuje, rozluźnia, uwalnia od zahamowań). Innym sposobem jest wspólna gra lekarza i pacjenta na dwóch jednakowych instrumentach (np. ksylofony, metalofony, dzwonki, katarynki. W psychorytmii pacjent ma możliwość wyrażenia swego stanu psychicznego za pomocą specjalnego instrumentu zwanego psychochordem, na którym gra pacjent lub lekarz;
- muzykoterapię regulującą napięcia funkcji somatycznych, np. przy zahamowaniach, napięciach nerwicowych i osobowościach lękliwych po przeprowadzeniu wywiadu (który ma na celu sformułowanie sugestii słownej) wysłuchuje się wybranych utworów muzycznych: pacjent leży na tapczanie, w który wbudowany jest aparat przekazujący w ten sposób, by źródło dźwięku mogło działać na wysokości splotu słonecznego (łac. *plexus solaris*).

Muzykoterapię grupową cechuje współdziałanie co najmniej dwóch czynników: wspólne percepowanie muzyki oraz aktywne muzykowanie. Mogą one wyzwolić terapeutycznie skuteczne czynniki socjodynamiczne. Ten rodzaj terapii nazywany bywa terapią przyjemnościową. Polega np. na wspólnym wysłuchiwaniu nagrań, wspólnej grze na ręcznych dzwonkach i/lub grupowym śpiewie. Leczniczą skuteczność muzyki widzi się w jej możliwości wyzwalania i wyobcowywania ze stosunków społecznych, co sprawia, że może ona być bezkonfliktowym komunikacyjnym mostem.

Niekiedy proces leczenia muzyką polega na łączeniu terapii: po początkowej fazie terapii indywidualnej jest ona kontynuowana w formie terapii grupowej. Niektórzy prowadzą obie formy równolegle.

Istotne zastosowanie znalazła muzyka w hipnozie. Dźwięki w tym stanie mogą bowiem prowadzić do zmiany przeżyć i skojarzeń kolorystycznych, które występują nawet u pacjentów rzekomo niemuzykalnych. Kontrastowanie dźwięków, odpowiedni dobór intonacji głosu i barwy muzyki, ułatwiają osiągnięcie i przeprowadzenie w hipnozie odpowiednich zabiegów terapeutycznych.

Muzykoterapię stosowano głównie przy leczeniu zaburzeń psychicznych, zarówno pochodzenia nerwicowego, jak i będących skutkiem chorób organicznych. Były także podejmowane próby stosowania jej w chirurgii, stomatologii, ginekologii (porody), wskazujące na łagodzące ból działanie muzyki. W ćwiczeniach ruchowych, obowiązujących w czasie rekonwalescencji, osoby operowane lub z uszkodzonym kośćcem poprzez muzykę i dzięki niej – jak twierdzili terapeuci – mogły stymulować energię własną, a tym samym znacznie skrócić czas leczenia. Wykorzystywano także muzykę do leczenia gruźlicy. Była wówczas stosowana do uzyskania psychicznej stabilności.

Dużo prób i wysiłków podejmowano dla wykorzystania muzyki w terapii uzależnień narkotycznych czy alkoholowych. Łączono terapeutyczne słuchania muzyki z metodami treningu autogenicznego. Różne formy muzykoterapii mają jednakże relatywnie niewielką dokumentację, stąd też sądy na temat jej skuteczności są niezwykle ostrożne. Powszechnie wskazuje się dość pewnie jedynie na uspokajające działanie muzyki i jej dobroczynny wpływ na emocjonalną sferę życia ludzkiego. O ograniczonych możliwościach rozwoju muzykoterapii decydują: chemioterapeutyczne uwarunkowanie współczesnego człowieka; obniżenie się rangi przeżycia muzycznego przez wprowadzenie technicznych środków przekazu (radio, CD, Internet); niewystarczające obiektywne procesy mechaniczne, zachodzące w leczniczym przeżywaniu muzyki, a przebiegające w płaszczyźnie psychofizycznej, m.in. w niewielkim stopniu udokumentowane szpitalnie przypadki wyleczenia muzykoterapią. Ten sposób leczenia pozostanie więc prawdopodobnie, jak to miało dotąd miejsce, jako stymulujący całość procesu leczenia środek wspomagający troskę ludzi o swe zdrowie.

Chociaż terapeutyczne zastosowanie muzyki w przypadku wielu chorób jest dyskusyjne i brak potwierdzenia jej skuteczności, przekonanie o właściwościach relaksacyjnych jest powszechne. Bo muzyka działa uspokajająco na zestresowane i przepracowane umysły. Słuchanie jej sprawia przyjemność i korzystnie wpływa na dobre samopoczucie. Relaksacja rozumiana jako dynamiczna równowaga stanów pobudzenia i odprężenia oraz dostosowanie do zmian, jakie niesie codzienne życie, jest przez wielu osiągana przy pomocy dźwięków. Umiejętność relaksacji jest z kolei podstawą do koncentracji i medytacji, co sprawia, że muzyka staje się środkiem prowadzącym do osiągania wyższych stanów ducha ludzkiego. Znajomość relak-

sacji i środków do niej prowadzących pozwala radzić sobie ze → stresem i napięciem nerwowym, które towarzyszą codzienności.

Skuteczność relaksacyjnej zdolności muzyki potwierdza też wiele przykładów i eksperymentów, jak np. organizowane w niektórych miastach przez różne organizacje społeczne wieczory terapeutyczne z muzyką. Relaks wiąże się tutaj zarówno ze słuchaniem muzyki, jak i jej wykonywaniem, gdy osiąga się odprężenie układu nerwowego poprzez niewielkie naprężenia mięśni, prawidłowy oddech, oderwanie myśli i satysfakcję z pozostawania w harmonijnym układzie muzycznym z innymi wykonawcami.

Walka ze stresem jest dzisiaj najbardziej obiecującą perspektywą dla muzykoterapii. Największą skuteczność leczniczą muzyki odnotowano w położnictwie, w uspokajaniu kobiet w ciąży, mających skłonność do skoków ciśnienia tętniczego oraz cierpiących na samoistne nadciśnienie (gestozę). Przy kompleksowym leczeniu tego schorzenia, już po pierwszych sesjach muzykoterapii aż u 82% pacjentek występowała normalizacja ciśnienia tętniczego, zaś u 75% parametry ulegały poprawie. Dobre wyniki zaobserwowano również wśród kobiet zagrożonych utratą ciąży. Niektórzy lekarze podejmują próby w leczeniu metodami muzycznymi dzieci autystycznych, czy też sparaliżowanych, niewidomych, a nawet głuchych. Wrażliwość na dźwięki jest jednak zawsze sprawą bardzo indywidualną, dlatego też muzykoterapia, także w kwestii doboru utworów dla seansów relaksacyjnych, wymaga odpowiedniego przygotowania, wiedzy, cierpliwości i odpowiedzialności. Łatwo bowiem w tej dziedzinie o hochsztaplerstwo, działanie jedynie komercyjne, eksperymentowanie z chorymi czy też zwyczajną manipulację dla celów egoistycznych.

Próby wprowadzenia muzyki w świat medycyny były więc i są różnie oceniane zarówno przez muzyków, jak i lekarzy. Pacjenci na ogół poszukują wszelkich możliwych form pomocy, więc muzykoterapia jest dla nich kolejną nadzieją. Jeżeli nawet nie przynosi natychmiastowych i oczekiwanych efektów, to wydaje się, że jest wolna jest od różnego rodzaju szkodliwych ubocznych efektów medycznych. Wiąże się ponadto z kontaktem ze światem pięknych dźwięków, które zawsze człowieka ubogacają duchowo, a to też ma znaczenie dla ogólnego samopoczucia i jest swoistą terapią.

AZW

B: Kircher, 1673; *Pismo Święte*…, 2013.

N: https://en.wikipedia.org/wiki/Julius…

O: arteterapia, choreoterapia, muzykoterapia geriatryczna.

S: terapia muzyką, terapia relaksująca.

TK: ang. *music therapy*, fr. *musicothérapie*, hiszp. *musicoterapia*, niem. *Musiktherapie*, ros. *музикотерапия*.

muzykoterapia geriatryczna

– wynika z praktycznego zastosowania wysuwanych od dawna przesłanek, które podkreślały w muzyce jej siłę wychowawczą, a więc umożliwiającą wykorzystanie jej do kształtowania reakcji społecznych człowieka. O niezwykłej społecznej i wychowawczej roli muzyki mówili już starożytni Grecy. Jeden z największych pisarzy greckich, Plutarch z Cheronei (ok. 50–125), w traktacie *O muzyce*, pisał: „Muzyka, wynalazek bogów, jest pod każdym względem sztuką godną uznania. Starożytni uprawiali ją zgodnie z jej wartością, tak jak inne sztuki […]. Jest właściwie rzeczą oczywistą, że starożytnym Grekom najbardziej zależało na wychowaniu muzycznym. Uważali, że dusze młodzieńców należy kształtować przy pomocy muzyki oraz przygotowywać do godziwego → życia, gdyż muzyka jest bez wątpienia przydatna w każdej okoliczności i przy wykonywaniu każdej czynności", zaś Platon (ok. 427–347 p.n.e.) w *Republice* (Platon, 2010, ks. 4) podkreślał silnie emocjonalny wpływ muzyki na człowieka – pozytywny lub negatywny, w zależności od jej charakteru. Twierdził nawet, że muzyka jest w stanie zmienić fundamentalne prawa państwowe i osobiste zapatrywania, propagując ducha rozpasania i fałszywie pojętą wolność, niedostrzegalnie przenikając zwyczaje i zachowania, a następnie zniekształcając stosunki międzyludzkie. Może nawet doprowadzić do radykalnego zanegowania wszystkich istniejących praw, wprowadzając anarchię społeczną. Pozytywny wpływ dobrej muzyki wyraża się w wychowaniu człowieka do kultury, dobra, w rozwijaniu pozytywnych cech jego osobowości, poczucia estetyki, subtelności uczuć, uduchowienia, szlachetności, w pogłębianiu i ubogacaniu psychiki oraz w przeżywaniu radości w szlachetny sposób. Zła muzyka niszczy w człowieku dobro i kulturę, subtelność i wrażliwość uczuć, czyni nadwrażliwym na estetykę, uduchowienie i szlachetność, wyrządza szkody umysłowe, psychiczne, a nawet fizyczne; zubaża i spłyca psychikę, wyzwala niskie instynkty, takie jak: wulgarność, brutalność, agresję, budzi zmysłowość, czyni człowieka prostackim i wulgarnym. Muzyka odnosi się do wszelkich sztuk i umiejętności, którymi władali Apollo i Muzy. Wszystko, co „muzyczne", związane było w starożytności z kultem, a głównie z uroczystościami, podczas których spełniała ona swą właściwą funkcję. Wzajemny związek kultu,

tańca, muzyki i zabawy Platon (1960) opisał w swych *Prawach*. Bogowie – pisał – współczując ludziom, zrodzonym dla cierpienia, ustanowili dla odprężenia od trosk święta dziękczynienia, dając im jako towarzyszy tych uroczystości Muzy, Apollina (przywódcę Muz) oraz Dionizosa, by poprzez tę boską wspólnotę stale przywracać między ludźmi ład wszechrzeczy. A oni, biorąc udział w zabawach wraz z bogami, odczuwają harmonię i rytm, czyli ład.

Najobszerniej na temat wychowawczych możliwości tkwiących w muzyce wypowiedział się natomiast → Arystoteles. Pisał: „Co się tyczy muzyki, bardzo wielu uprawia ją dziś dla przyjemności, ale dawniej zaliczano ją do środków wychowawczych (grec. *παιδεία* [paideia] –wychowanie), ponieważ natura sama domaga się nie tylko właściwej pracy, ale i możności godnego zapełnienia spoczynku. Spoczynek bowiem jest założeniem i celem wszelkiej działalności" (Arystoteles, 2001, nr 1337 B). Poza hedonistycznym aspektem muzyki, który mają ponadto sen i picie oraz taniec, ma ona w sobie siłę prowadzącą do cnoty (jak gimnastyka, która krzepi ciało), wytwarza pewien etos [grec. *εθος* {ethos} – zwyczaj, lub *ηθος* {ethos} – usposobienie – przyp. red.] i przyzwyczaja do zażywania rozkoszy w sposób należyty. Dodatkowo – jak twierdził Arystoteles – przyczynia się ona do umysłowego odpoczynku i nabywania umiejętności. Sztuka, w tym także muzyka, jest zawsze środkiem wychowawczym, kształtuje relacje człowieka z otoczeniem społecznym, ze środowiskiem życia, dzięki niej łatwiejsza staje się aklimatyzacja w nowych miejscach zamieszkania, np. w domu → opieki społecznej. Muzyka – zdaniem Arystotelesa – jest najbardziej odpowiednią sztuką do pełnienia zadań wychowawczych. Jak wywodził: „Jest wielkie podobieństwo co do prawdziwej natury między rytmami i melodiami a gniewem i łagodnością, męstwem i rozwagą i ich wszystkimi przeciwieństwami oraz innymi uczuciami etycznymi. Dowodzą tego fakty: słuchamy takich melodii i nastrój duszy naszej ulega zmianie. Od przyzwyczajenia się do tego, by się smucić czy cieszyć na widok podobieństw, blisko jest jednak do takiego zachowania się wobec rzeczywistości […]. Dołącza się do tego fakt, że w innych przedmiotach zmysłowego odczuwania, tak np. w tym, co można odczuć dotykiem lub smakiem, nie ma żadnego podobieństwa do zjawisk etycznych, natomiast jest go nieco w tym, co się wzrokiem a postrzega. Są to bowiem postaci, a te tylko w nieznacznej mierze, i to nie u wszystkich, są przedmiotem takiego etycznego odczucia; nie są to przecież obrazy stanów etycznych, a raczej tylko ich oznaki, uwidaczniające się w przybranej barwie i postawie ciała w chwilach afektu" (Arystoteles, 2001, ks. 8). Wśród funkcji muzyki Arystoteles rozróżniał: muzykę dostarczającą satysfakcji intelektualnej, wychowującą, oczyszczającą oraz dostarczającą przyjemności na poziomie fizjologicznym. Za najważniejszą i pierwszą funkcję muzyki uznawał jej walor intelektualny, nie pomijając jednak pozostałych. Celem wychowania jest wedle niego kultywowanie afektów przyszłych obywateli, aby nauczyć ich „właściwie" cieszyć się i „właściwie" cierpieć. Muzyka należy do dziedziny przyjemności, więc za jej pomocą należy uczynić wszystko, co pożyteczne jest dla kształtowania cnót i wzniosłe moralnie, by było dla wychowywanego przyjemnym. Dobór odpowiednich utworów jest jednocześnie tworzeniem właściwych narzędzi wychowania młodzieży. W ten sposób na poziomie afektów i przyjemności zmysłowych, wbudowany będzie w umysły przyszłych obywateli odpowiedni program etyczny, który pozwoli im prawidłowo orientować się w życiu.

Arystoteles nalegał zatem, by przyszłych obywateli przeznaczonych dla „najlepszego ustroju państwowego" uczono muzyki, wychowywano przez muzykę, rozwijano w atmosferze muzyki. Te starożytne wskazania mają pełne zastosowanie w muzykoterapii geriatrycznej. Dla jej rozumienia ważną rolę pełni sama koncepcja człowieka, wizja jego miejsca w środowisku i zadań społecznych. Jak wskazuje nazwa, podkreśla znaczenie osobowości człowieka, rozumiejąc przez nią zdolność świadomego podporządkowania umysłowi wszystkich władz człowieka. Istotą wychowania jest więc zintegrowanie osoby, wszystkich jej doskonałości i właściwości, w dążeniu do naczelnego ideału życia (jakim dla tomizmu jest Bóg). Dokonuje się to poprzez cnotę roztropności, rozumianą jako zdolność człowieka do należytego sposobu rządzenia swym postępowaniem. Istotnym postulatem muzykoterapii personalistycznej jest przezwyciężenie antagonizmu między koncepcją wychowania „czystego", niezależnego zupełnie od związków np. z wiarą i teologią, a wychowania „pełnego, zintegrowanego", zachowującego nadal ten organiczny związek. Muzyka stała się ważnym elementem tej koncepcji. Integrująca cecha dotyczy bowiem już samej istoty muzyki, gdyż jest ona syntezą elementów somatycznych i duchowych (piękna i fizycznego wymiaru dźwięku). Wzajemne związki ciała [grec. *σωμα* {soma}] i duszy [grec. *ψυχή* {psyche}] w muzyce mogą być przeniesione na proces wychowania, by ułatwić dostrzeżenie spraw ludzkich w ich całości, nie dzieląc człowieka na odrębne elementy: cielesny i duchowy. Jako jedna z dziedzin sztuki muzyka jest „nośnikiem wartości humanistycz-

nych, wywołuje określone przeżycia i nastroje, wpływa na rozwój sfery emocjonalnej, rozwija sferę intelektualną", a więc „daje szansę stworzenia podstaw wszechstronnego rozwoju osobowości". Już w starożytności podkreślano, że wychowanie muzyczne, będące wychowaniem w służbie Muz, realizuje ideał *kalokagathii* [starogrec. *καλοκἀγαθία* {kalokagathia}, od *καλὸς κἀγαθός* {kalos kagathos} – piękny i dobry – przyp. red.], czyli harmonijnego rozwoju całego człowieka.

Jak twierdzi wielu muzykoterapeutów i większość ludzi wychowujących przez muzykę, ma ona przemożną siłę integrującą społecznie. Dla przykładu, Christoph Rueger uważa, że „oddziaływania muzyczne wykraczają poza obszar ludzkiej jednostki i unaoczniają to, że muzyka sprzyja powstawaniu więzi z innymi osobami. Wspólna pieśń to coś więcej niż sposób wspólnego działania. Staje się ona symbolem wspólnoty" (Rueger, 2000). Ocenę tę wzmacnia wypowiedź Karola Szymanowskiego (1882–1937): „W tym jednoczeniu całych grup ludzkich we wspólnym przeżyciu wyraża się właśnie druga zasadnicza cecha, obca – w tak wysokim stopniu przynajmniej – innym sztukom pięknym. Cecha ta wnosi z sobą mistyczny niemal pierwiastek szczególnej jakości obrzędowości, obala czarem swym zapory, dzieląc z fatalną siłą w szarej codzienności życia poszczególne jednostki, zamknięte w kamiennych murach egoistycznych spraw i doraźnych korzyści, wyznaczając im spotkania na poziomie wspólnych doznań, pozbawionych w najwyższym stopniu jakiegokolwiek utylitaryzmu" (Szymanowski, 1984).

Obserwacje te potwierdzają silne związki, jakie powstają między starszymi osobami, które tworzą z łatwością zespoły muzyczne, chóry przy parafiach czy grupy okazjonalnego wspólnego muzykowania. Z czasem stają się one wspólnotami o silnych, nowych relacjach i związkach z dotąd obcymi ludźmi.

→ Arteterapia, czyli terapia przez sztukę, w tym przez muzykę, zawiera w sobie dwa istotne nurty: kształcenie estetyczne i poznawanie wartości sztuki oraz kształtowanie pełnej osobowości człowieka w sferze intelektualnej, moralno-społecznej, formowanie wyobraźni i postawy twórczej. Proces twórczości artystycznej, bez względu na walory wytworu, kształtuje cechy osobowości, wśród których można wymienić: oryginalność (człowiek poszukuje niepowtarzalnych form wyrazu), wieloasocjacyjność (może przechodzić w procesie tworzenia od jednego znaczenia terminu do innego), elastyczność (dostrzeganie wieloaspektowości każdego zjawiska), stałe dążenie do poszukiwania (lepszych i celniejszych rozwiązań problemu), wszechstronność (przezwycięża nadmierne przeintelektualizowanie widzenia świata, szukając nowych – wrażliwych zmysłowo i uczuciowych – jego ujęć).

Terapia artystyczna rozwija na ogół trzy rodzaje aktywności, które najczęściej nawzajem się przenikają i uzupełniają:

- ekspresję – wewnętrzną potrzebę jednostki komunikowania innym ludziom swych myśli, uczuć i wzruszeń,
- obserwację – dążenie jednostki do rejestrowania i utrwalania swych wrażeń zmysłowych, wyjaśniania swej wiedzy pojęciowej, rozwijania pamięci, wytwarzania przedmiotów rozwijających jej praktyczną działalność, oraz
- ocenę – reakcję jednostki na różne rodzaje ekspresji kierowanej pod jej adresem przez innych ludzi, a więc jej reakcję jakościową na aktywność innych.

Wychowanie muzyczne wpływa zasadniczo na poziom społecznej kultury muzycznej, która jest „bronią w walce z ciemnotą i barbarzyństwem mas, to istotny pokarm duchowy, zawierający największą bodaj ilość odżywczych witamin i najłatwiej przy tym przenikających w najgłębsze warstwy ludności" (Szymanowski, 1984).

Wiąże się to z przymiotami muzyki, do których należy:

- jej demokratyczny charakter – łatwo przenika w szerokie rzesze społeczne;
- jej siła jednocząca całe grupy – pozwalająca im przeżyć wspólnie trudno wyrażalne inaczej emocje i doznania (obrzędowość muzyki niweczy zapory dzielące grupy społeczne, rozbija egoistyczne i grupowe izolacje,zapraszając do wspólnych i atrakcyjnych form jedności);
- jej siła organizująca – każde dzieło muzyczne, chociaż brzmi jako jedność, jest skomplikowanym kompleksem wielu poszczególnych elementów, zestrojonych ze sobą i współgrających – podobnie wykonawstwo muzyczne opiera się na indywidualnej odpowiedzialności, współtworzącej jedność wielu wysiłków i działań uczestników; w wychowaniu muzycznym ta struktura może być odwzorowana w grupie wychowanków.

Terapeutyczna siła muzyki pozwala zatem na sięganie po nią jako środek i pomoc w złożonym i odpowiedzialnym procesie prowadzenia ludzi w kierunku ich dojrzałości. Może służyć jako model porządku i ładu, którego oczekuje się również od wychowanka, odwzorowującego w swym życiu harmonię i ład dźwięków, które mu towarzyszą w procesie edukacji. Poszukiwania te zostały dopełnione tezami o roli muzyki w teorii wychowania Rudolfa Steinera (1861–

1925), założyciela – w 1914 roku – Towarzystwa Antropozoficznego (ang. *Antroposophical Society*), które koncentrowało się na „szkole duchowej nauki". Antropozofia to pojęcie, które bardzo trudno zdefiniować. Etymologicznie pochodzi od starogrec. słów: *ἄνθρωπος* [anthropos] i *σοφία* [sofia], czyli mądrość pouczająca o człowieku. Jest to jednak „mądrość" specyficznie pojęta, bo niedostępna dla wielu, tajemna. Mądrość – prawdziwa wiedza – osiągana na drodze rozumu lub za pomocą wiary. W przypadku antropozofii wyższe i głębsze prawdy czerpane są z bezpośredniego widzenia, z intuicji bóstwa. A ci, którzy nie mogą się wspiąć ku wyżynom „boskiej intuicji", muszą poprzestać na świadectwie mistrzów, czyli mahatmów, którzy udzielają tych prawd tylko członkom stowarzyszenia. Stąd nauka ta jest ezoteryczna, tajemna w ścisłym tego słowa znaczeniu, tj. dostępna tylko wtajemniczonym wybrańcom. W związki ezoteryczne wejść można jedynie poprzez obrzędy inicjacyjne. Według tajemnej wiedzy, stworzonej przez Steinera, przy odwoływaniu się przez niego do własnego doświadczenia, ciało człowieka składa się z trzech pierwiastków, podobnie jak dusza i duch.

Na dziewięć elementów człowieka składa się więc: ciało fizyczne – zbudowane z minerałów, które ulegnie całkowitemu rozkładowi; ciało eteryczne – życiowe, rodzaj pierwiastka życiowego; ciało astralne – uczuciowe, psychiczne, które daje poznanie zmysłowe; dusza czuciowa – nadaje trwałość przedmiotom poznanym przez ciało astralne; dusza rozumna – ogarnia myślą i uduchowia ciało astralne i poznane przez siebie przedmioty; dusza świadoma uduchowia przez którą człowiek poznaje samego siebie, własną jaźń; duch sam (niem. *Geistselbst*); duch życiowy (niem. *Lebensgeist*) i człowiek duchowy (niem.

W systemie Steinera muzyka przejmuje jednoznacznie funkcje filozofii: będąc mową afektów, przekazuje słuchaczom idee estetyczne. Prowadzi od odczuć w stronę nieokreślonych idei. Podstawowa jej funkcja nie jest więc natury estetycznej, lecz poznawczej. W muzyce i poprzez nią człowiek może najbardziej bezpośrednio odczuć werbalnie niewyrażalną energię istnienia. Muzyka celebruje zatem tajemnicę przeczuwania transcendencji, sama nie będąc w żaden sposób ograniczona przez świat.

Nikt wcześniej i później nie nadał muzyce tak centralnego miejsca w wychowaniu i poznawaniu świata jak Steiner. Ta ezoteryczna teoria → muzykoterapii, w odniesieniu do osób starych, wskazuje na przygotowanie ich – przez bliski kontakt z muzyką – na spotkanie z eschatologiczną wizją życia.

Zoltan Kodály (1882–1967), znany węgierski kompozytor, etnograf muzyczny i pedagog, twierdził z całą stanowczością, że kultura narodowa jest uwarunkowana powszechnością edukacji i aktywności muzycznej wszystkich → generacji.

Na terapeutyczną aktywność muzyczną powinno składać się pięć elementów:

- śpiew – uczestniczenie w chórach, małych zespołach śpiewaczych, śpiewanie solowe samodzielne lub z akompaniatorem, a repertuar musi być dostosowany do wiekowych i indywidualnych cech ucznia oraz łączyć się ze światem jego wyobraźni i treściami typowymi dla jego wieku;
- gra – solowa lub zespołowa, ponadto improwizowana;
- taniec i/lub rytmika – wykonywanie tańców klasycznych, gimnastyka rytmiczna, ruchowo-mimiczne przedstawienia treści muzycznych i literackich realizowanych solowo lub zespołowo;
- słuchanie muzyki – podawanej w różnej formie, np. w filmie, na koncertach, transmisjach radiowych i telewizyjnych, nagraniach taśmowych i płytowych z prelekcjami, przy czym zawsze najbardziej atrakcyjne jest słuchanie wykonań na żywo przez muzyków będących w wieku słuchaczy;
- tworzenie muzyki – polega na komponowaniu przez uczniów prostych melodii wokalnych i instrumentalnych, układaniu i organizowaniu gier muzycznych, przedstawień, tańców, schematów rytmiczno-gimnastycznych.

Terapia muzyczna jest więc wyrazem odpowiedzialnego podejścia do muzyki jako do jednej z najważniejszych dziedzin sztuki. Sztuka jest godna tego, by dzieła najbardziej wartościowe stawały się popularne i najwyżej cenione. Należy też dbać o to, by utwory bez wartości nie cieszyły się takim uznaniem jak arcydzieła. Funkcję selekcji i doboru kanonu wartościowych utworów nie można pozostawić subiektywnym rozstrzygnięciom przedsiębiorców czy dystrybutorów. Stąd odpowiednie naświetlenie kryteriów i oceny muzyki może wydatnie wpływać na poziom wychowania kulturalnego całego społeczeństwa.

Terapeutyczne oddziaływania muzyki są szeroko wykorzystywane w usprawnianiu funkcji życiowych ludzi starszych. Muzykoterapeuci mogą spożytkować zdolności, talenty i silne strony seniorów, stwarzając im możliwości satysfakcjonującej, twórczej aktywnosci, dzięki czemu starszy człowiek może poczuć się pewniej, uważa siebie za osobę kompetentną, zdolną do działania. W tej terapii osoby starsze łatwiej pokonują własne deficyty i → niepełnosprawności.

Muzykoterapia osób starszych okazuje się często efektywna tam, gdzie zawodzą inne formy leczenia, szczególnie w przypadku → otępienia (demencji). Także w sytuacji osób z chorobami nowotworowymi podczas leczenia wykorzystuje się muzykoterapię, zapewniając pacjentom holistyczną → opiekę, zorientowaną zarówno na sferę cielesną, psychiczną, jak i społeczną. Odpowiednio dobrana muzyka pozwala na podjęcie bardzo różnych ćwiczeń, które odwracają uwagę od bólu i zmęczenia. Muzyka przeznaczona jest także do relaksacji i koncentracji uwagi. Sens wykorzystania muzyki podczas ćwiczeń oddechowych sprowadza się do opanowania prawidłowego gospodarowania oddechem, dzięki skorelowaniu fazy wdechu i wydechu zgodnie z frazą muzyczną. Muzyka wpływa także uspokajająco na emocje pacjenta albo też go aktywizuje, pozytywnie stymuluje ośrodkowy układ nerwowy, wpływa na poprawę sprawności manualnej oraz może przyczynić się do odkrywania nowych zainteresowań pacjenta. Rzeczywistość przedstawiana przez dzieła sztuki i symbolizowana przez nie wizja świata przenika się z potoczną rzeczywistością praktycznie wykonywanych czynności. Dla dojrzałej percepcji sztuki niezbędne jest właściwe, a więc roztropne i odpowiedzialne przygotowanie odbiorców do analizy tych dwóch różnych poziomów egzystencji. Publiczność nie może dać się uwieść metaforycznym wizjom świata „niematerialnych" wartości (odnosząc się z pogardą dla świata realnego), ani popaść w fikcję jednowymiarowości świata materii (odrzucając wymiary duchowe). Jest to zależność wynikająca z integralnej wizji człowieka jako jedności psychofizycznej, duchowo-cielesnej.

Kultura muzyczna zawsze tworzyła jedność z całą kulturą danej społeczności, a więc fakt muzyczny wiązał się ściśle z faktem społecznym. Poziom kulturalnej edukacji społeczeństwa wyznaczał zarazem poziom wyrobienia kulturowego i moralnego publiczności, odbiorców muzyki. Dla osób starszych muzykoterapia jest sposobem na podtrzymanie kontaktu z całością kultury i odpowiedzialne jej współtworzenie.

We wszelkich powiązaniach między muzyką a społecznością występują konkretne grupy ludzkie włączone w różnym stopniu w całokształt kultury muzycznej. Publiczność jest najważniejszym elementem tego zjawiska. W społecznej historii muzyki można wyróżnić kilka rodzajów i charakterystycznych związków między publicznością a sztuką muzyczną.

W najstarszym okresie, w epoce wspólnoty pierwotnej, muzyka stanowiła dzieło zbiorowe: twórca nie był znany, wykonawcami byli wszyscy lub prawie wszyscy członkowie wspólnoty, nie było publiczności biernej. Muzykoterapia powraca więc niejako do źródeł, czyniąc ze wszystkich uczestników spotkań terapeutycznych artystów i twórców, uzmysławiając im ich możliwości oraz prawo do aktywnego współtworzenia spotkania muzycznego.

Większe efekty terapeutyczne daje muzykoterapia w powiązaniu z innymi formami oddziaływania, czyli np. łączenie muzyki ze śpiewem, ruchem, tańcem, słowem, rysowaniem, pisaniem, światłem i dotykiem. Podczas słuchania muzyki, która działa przede wszystkim na emocje, następuje wpływ sfery słuchu na wzrok, somestezję i kinestezję. Człowiek uczy się relaksować, wytwarza umiejętności radzenia sobie ze → stresem. Muzyka umożliwia także wejście w sferę duchową człowieka. Odpowiednie treningi mogą nawet wpłynąć na zmiany myślenia i funkcjonowania. Należy jednak pamiętać, że nie w każdym przypadku muzykoterapia przyniesie pożądany skutek. W dużej mierze zależy on od indywidualnych predyspozycji, otwarciu się na wskazania terapeuty i chętne podjęcie jego poleceń, co nie zawsze jest łatwe. Można także mówić o pewnych przeciwwskazaniach do stosowania muzykoterapii wobec starszych osób. Badania wskazują, że nie jest wskazane, a nawet jest bezskuteczne, wykorzystanie muzykoterapii w ostrych stanach psychoz, a w stanach depresyjnych nie powinno się proponować muzyki o posępnym, ponurym nastroju. Należy też zwrócić uwagę na istnienie tzw. padaczki muzykogennej, w której może nastąpić atak → choroby pod wpływem każdej muzyki lub pod wpływem muzyki o ściśle określonym gatunku czy rodzaju, np. podczas śpiewu kobiety, przy dźwięku fletu itp.

Czynna rola publiczności w historii rozwoju muzyki jest niekwestionowana – uczestnicy seansów muzycznych współtworzą atmosferę jej odbioru i mają wpływ na ewentualne skutki jej oddziaływania. Nie można zapominać, że muzyka wpływa także na estetyczną i psychologiczną ewolucję publiczności. Owo sprzężenie zwrotne, zachodzące między kulturą muzyczną a publicznością, jest najważniejszym argumentem przemawiającym za zauważeniem i docenieniem wychowawczej i edukacyjnej funkcji muzyki.

AZW

B: Arystoteles, 2001; Platon, 1960, 2010; Rueger, 2000; Szymanowski, 1984.

N: http://www.restassurednursing.com…

O: arteterapia, choreoterapia, muzykoterapia.

TK: ang. *geriatric music therapy/music therapy in geriatric care*, fr. *musicothérapie gériatrique/musicothérapie en gériatrie*, hiszp. *musicoterapia en geriatría*, niem. *Musiktherapie für geriatrische Pflege/geriatrische Musiktherapie*, ros. *герuатричекая музикотерапия*.

muzykoterapia kreatywna z osobami starszymi

Muzykoterapia kreatywna to jeden z modeli → muzykoterapii, która w ujęciu humanistycznym opiera się na założeniu, że w naturze człowieka zakorzenione jest dążenie do ciągłego rozwoju i samodoskonalenia, a także potrzeba zaspokajania potrzeb wyższych: prawdy, dobra, piękna i transcendencji. Celem muzykoterapii humanistycznej jest wyzwalanie w człowieku potencjału twórczego, spontaniczności i otwartości na nowe doświadczenia, a także stwarzanie okazji do kontaktu ze sztuką i uwrażliwianie na jej piękno.

W koncepcji tej istotnego znaczenia nabiera dążenie do podmiotowych relacji międzyludzkich i holistycznie rozumianej terapii.

Muzykoterapię humanistyczną cechuje podejście niedyrektywne, nastawione na wyzwalanie – w atmosferze dającej poczucie bezpieczeństwa i akceptacji – naturalnego potencjału uczestników terapii. Podejście humanistyczne w → muzykoterapii osób starszych zapobiega stanom → depresji i zaburzeń nastroju, lęku, utraty → poczucia sensu życia i/lub własnej wartości. Rozwijanie potencjału twórczego i wyrażanie siebie poprzez różne formy muzyki pozwala → seniorom otwierać się na nowe doświadczenia. → Trzeci wiek w ujęciu muzykoterapii humanistycznej staje się okresem rozwijania własnych możliwości i talentów twórczych, na które brakowało miejsca w → czasie aktywności zawodowej.

W Polsce prekursorami muzykoterapii humanistycznej byli Tadeusz Natanson (1927–1990) i Andrzej Janicki. Twórcy Polskiej Naukowej Koncepcji Muzykoterapii dostrzegali humanistyczne przesłanie sztuki, której celem jest niesienie pomocy osobom cierpiącym, współdziałanie w szczytnym dziele ochrony ludzkiego → zdrowia (Natanson, 1979).

Muzykoterapia kreatywna jest obecnie jedną z głównych szkół muzykoterapii w świecie. „Nie jest ona metodą, ale raczej podejściem – sposobem traktowania muzyki i człowieka. Osoby szkolące się w tym podejściu zdobywają nie tylko konkretne umiejętności potrzebne do pracy muzycznej z ludźmi, ale również uczą się przyjęcia postawy wobec muzyki jako wymiaru doświadczania człowieka" (Bryndal, Procter, 2012).

W muzykoterapii kreatywnej przyjmuje się „założenie o powszechności wrażliwości muzycznej, obejmującej poczucie tonalności, ruchu rytmicznego […] oraz indywidualne znaczenie muzycznych reakcji każdego człowieka" (Nordoff, Robbins 1997). Kierunek muzykoterapii kreatywnej powstał w latach 60. XX stulecia w Anglii. Jej twórcami byli amer. pianista i kompozytor Paul Nordoff (1909–1977) i pedagog specjalny Clive Robbins (1927–2011). Muzykoterapia Nordoff-Robbins zaliczana jest do nurtu muzykoterapii improwizacyjnej, która oznacza proces terapeutyczny oparty na aktywnych doświadczeniach muzycznych w improwizacji i współimprowizacji. „Muzycy, którzy chcą pracować metodą muzykoterapii kreatywnej, muszą mieć nie tylko dobrą znajomość harmonii, ale też umiejętność wykorzystania jej w praktyce. Budowanie relacji muzykoterapeutycznej wyraża się we współimprowizacji wykonywanej zwykle na fortepianie, gitarze, akordeonie" (Bryndal, Procter 2012). W muzykoterapii kreatywnej stosuje się głównie formy aktywne i interaktywne. Podstawowymi technikami pracy są: dialog muzyczny, śpiew, gra na instrumentach, ruch oraz improwizacje instrumentalne, wokalne i/lub ruchowe. Ważną rolę odgrywają techniki kompozytorskie związane z tworzeniem muzyki. Przyjmuje się założenie, że komponowanie może być formą terapii (Cesarz, 2012). Najważniejsze dla tego kierunku muzykoterapii jest tworzenie „żywej" muzyki w dwupodmiotowej relacji uczestnika i muzykoterapeuty. Relację terapeutyczną buduje możliwość dzielenia muzycznego doświadczenia i wzajemna interakcja muzyczna. Muzykoterapeuta podczas sesji posługuje się zazwyczaj grą na instrumencie, śpiewem, ruchem Uczestnicy natomiast nawiązują dialogi instrumentalne, wyrażają emocje na instrumentach lub w inny muzyczny sposób. Podczas sesji muzykoterapii kreatywnej muzykoterapeuta koncentruje się na tworzonych przez uczestników dźwiękach, rytmach i motywach muzycznych, nadając im formę i muzyczny wyraz. „Muzyczna relacja terapeutyczna rozwija się między uczestnikiem a terapeutą przez wspólne muzykowanie i w tej właśnie relacji muzykoterapeuta wspomaga osoby, biorące udział w zajęciach w ich indywidualnym rozwoju, kształtowaniu pozytywnego obrazu siebie i samoakceptacji" (Bryndal, Procter, 2012). Osoby uczestniczące w zajęciach muzykoterapii kreatywnej nie muszą mieć przygotowania muzycznego ani szczególnych uzdolnień muzycznych. Mogą grać na prostych instrumentach perkusyjnych, które nie wymagają wcześniejszych ćwiczeń. Uczestnicy zachęcani są podczas zajęć do eksperymentowania, podejmowa-

nia swobodnych prób wydobywania dźwięków z instrumentów. Inspiracją do podjęcia przez muzykoterapeutę dialogu muzycznego z uczestnikiem mogą być jego niemuzyczne zachowania, np. oddech, mruczenie, ruch, gest. Ma to szczególne znaczenie w przypadku osób starszych, które z powodu stanu zdrowia (np. → zespołów otępiennych, → choroby Alzheimera, Picka lub Parkinsona) utraciły możliwości komunikowania się w sposób werbalny.

Nawiązanie dialogu instrumentalnego lub wokalnego pozwala ludziom pozbawionym rozmów z drugim człowiekiem na alternatywne sposoby komunikowania się. Osoby te mogą słuchać piosenek i włączać się w możliwy dla siebie sposób, np. mrucząc, uderzając w bębenek, klawesyn czy grzechotki. Grając na instrumentach, przekazują swoje emocje, a terapeuta, odczytując te sygnały, wchodzi z nimi w szczególny rodzaj dialogu. Dla uczestników terapii dotkniętych np. → chorobą Parkinsona techniki wykorzystujące grę na instrumentach stanowią terapię postępującego zaniku sprawności fizycznej, sztywności mięśni rąk, spowolnienia ruchowego. Improwizacje ruchowe, będące ważnym składnikiem muzykoterapii kreatywnej, pozwalają osobie starszej zaakceptować zmiany zachodzące w jej ciele, a także utrzymać możliwie najlepszą sprawność fizyczną. Wyraża się ona w płynności, koordynacji ruchów, orientacji przestrzennej i ekspresji ruchowej. Aktywność ruchowa inspirowana muzyką zapobiega apatii, izolacji, stanom lękowym i depresji (Ziv i współprac., 2007). Ostatnio w muzykoterapii kreatywnej coraz bardziej popularna staje się technika *songwritting*, obejmująca pisanie melodii i tekstów, które podlegają w procesie terapii analizie. Uczestnicy, pisząc teksty do melodii, opowiadają o swoich – czasem trudnych – doświadczeniach życiowych, co pozwala im nabrać do nich dystansu. Wspólny śpiew piosenek, opartych na tekstach członków grupy, bywa źródłem → wsparcia, pozwala na wyjście z izolacji i osamotnienia. To także sposób na ćwiczenie → pamięci i bogacenie słownictwa, co jest szczególnie cenne w profilaktyce → otępienia, spowolnienia mowy, zaburzeń lękowych i depresyjnych współwystępujących w chorobach Alzheimera i Parkinsona. Badania na temat wpływu muzykoterapii na demencję u osób starszych prowadziły Melissa Brotons i Susan M. Koger (2000). Wykazały one – w porównaniu z grupami kontrolnymi, a także innymi rodzajami postępowania terapeutycznego – znaczącą poprawę funkcjonowania pacjentów z otępieniem poddanych muzykoterapii kreatywnej (Szulc, 2001). Muzykoterapia kreatywna pomaga osobom starszym spojrzeć na obecny etap życia z perspektywy nowych wyzwań, odkryć i oczekiwań. Poznawanie bogactwa świata dźwięków i rytmów prowadzi do odkrywania nowego, pozytywnego wymiaru → późnej dorosłości.

ASZY

B: Brotons, Koger, 2000; Bryndal, Procter, 2012; Cesarz, 2012; Natanson, 1979; Nordoff, Robbins 1997, 2007; Szulc, 2001; Ziv i współprac., 2007.

N: http://creativemusictherapy.ca…

O: arteterapia, muzykoterapia, muzykoterapia geriatryczna, muzykoterapia osób starszych, twórczość a starzenie się i starość, twórczość w starszym wieku.

TK: ang. *creative music therapy with elderly people/creative music therapy for older people*, fr. *musicothérapie créative et personnes âgées/thérapie de musique créative et personnes âgées*, hiszp. *musicoterapia creativa en la tercera edad/musicoterapia creativa con personas mayores*, niem. *Kreativ-Musiktherapie mit alten Menschen/kreative Musiktherapie im Alter*, ros. *творческая музикотерапия с пожилыми людьми/творческая музыкальная терапия с пожилыми людьми*.

muzykoterapia osób starszych

Związek muzyki i → zdrowia dostrzeżony został już przez plemiona pierwotne. Muzyka i taniec były ważnym elementem uzdrawiających obrzędów szamańskich. Zabiegi te miały charakter: energetyzujący, oczyszczający, ekstatyczny, hipnotyczny lub kontemplacyjny. Według mitów muzyka (grec. *μουσική* [mousike] – „sztuka Muz") powstała za sprawą bogów lub ludzi (Kopaliński, 1990). Muzyka jest symbolem lekarstwa i uzdrowienia. Dawid leczył Saula grą na harfie, Taletas na polecenie wyroczni delfickiej swoim śpiewem uspokoił rozruchy w Sparcie (Kopaliński, 1990). Egipskie hieroglify oznaczające muzykę wyrażały zarazem radość i dobre samopoczucie. Starożytne recepty często zalecały rytmiczne śpiewy. Asklepias Eskulap (ok. 1200 lat p.n.e.) czarodziejskim śpiewem leczył chorych umysłowo (Stachyra, 2012). → Hipokrates, lekarz grecki z Kos, stosował muzykę w przypadkach → chorób psychicznych. O wpływie muzyki na człowieka pisali: Platon (ok. 427–347 p.n.e.) – muzykoterapia oparta na teorii etosu – określone tonacje, rytmy i instrumenty muzyczne mogą mieć dobry, a inne – zły wpływ na charakter i stan duszy, → Arystoteles (→ muzykoterapia ISO – isopatyczna, oparta na idei mimesis [grec. *μίμησις*] – w leczeniu należy naśladować muzyką stan psychiczny pacjenta, uwzględniając jego preferencje, nastrój, osobowość) i Pitagoras (ok. 572–ok.

497 p.n.e.) – muzykoterapia allopatyczna – należy dostroić muzyką stan psychiczny pacjenta do matematycznej boskiej harmonii kosmosu (Galińska, 2005). Aulus Cornelius Celsus (ok. 25 p.n.e.–ok. 50 n.e.) autor rzymskiego kompedium wiedzy medycznej *De Medicina*, był zwolennikiem stosowania dźwięku talerzy i płynącej wody przy leczeniu zaburzeń psychicznych. Duże znaczenie muzyce i jej terapeutycznej roli nadawał filozof islamski Al-Farabi (ok. 870–950). W XIII stuleciu szpitale arabskie miały muzyczne pokoje dla poprawy zdrowia pacjentów (Antrim, 2006). W XVII i XVIII wieku częstym zjawiskiem było leczenie muzyką osób ukąszonych przez jadowite pająki, a przede wszystkim przez tarantulę. Metodę leczniczą nazywano jatro-muzyką, od grec. *ίατρός* [iatros] – lekarz (Szumowski, 1961).

Początki współczesnej muzykoterapii wiążą się z rewolucją naukowo-techniczną, a w szczególności z rozwojem psychologii, psychiatrii, fizjologii, nauk o wychowaniu i techniki. Szczególnie podatny grunt stanowiły Stany Zjednoczone. Rozwój muzykoterapii wiązał się z łagodzeniem fizycznych i psychicznych cierpień weteranów dwóch wojen światowych.

W XX wieku ukształtowały się dwie szkoły muzykoterapii: amerykańska (akcentująca obraz kliniczny i zmiany empiryczne – muzykoterapię traktuje jako metodę pomocniczą w terapii) i szwedzka (związana z psychologią głębi – w muzykoterapii upatruje podstawowej metody leczenia). Własne systemy muzykoterapii w latach 60. minionego stulecia opracowali Christa Kohler (1928–2004), Christoph Schwabe – muzykoterapia regulatywna i Gertruda Orff (1914–2000) – muzykoterapia [Carla] Orffa [1895–1982] (Stachyra, 2012).

Amerykańskie Stowarzyszenie Muzykoterapeutów (*American Association for Music Therapy* – AAMT) za ojca muzykoterapii uznaje Everetta Thayera Gastona (1901–1970). Opisał on muzykę w kategoriach terapeutycznych oraz pojął próbę stworzenia podstaw terminologicznych, organizacyjnych i edukacyjnych muzykoterapii (Gaston, 1968; http://www.musictherapy.org…). W 1972 roku powstał pierwszy w Polsce Zakład Muzykoterapii w Państwowej Wyższej Szkole Muzycznej we Wrocławiu – obecnie Akademii Muzycznej im. Karola Lipińskiego we Wrocławiu (http://muzykoterapiapolska…). Muzykoterapia wykładana jest obecnie w Polsce w uczelniach medycznych, muzycznych i na uniwersytetach. Zajęcia z muzykoterapii oferują w Polsce również → uniwersytety trzeciego wieku. W Polsce i innych krajach obserwuje się stały wzrost zainteresowania tą metodą poza farmakologicznymi sposobami wspomagania zdrowia człowieka, w tym osób starszych. Przykładem takich działań na polu instytucjonalnym jest inicjatywa władz stanu Wisconsin, które w 2013 wprowadziły program „Muzyka i PAMIĘĆ" (ang. *Music and MEMORY*) w stu → domach opieki w całym stanie. W drugiej fazie (w 2014) program objął kolejnych 150 domów opieki. We wszystkich domach opieki w drugim kwartale 2013 aż 17,4% mieszkańców zażywało leki psychiatryczne; rok później, odsetek ten spadł do 14,6% (*When*…, 2015).

Percepcja muzyki a reakcje emocjonalne i fizjologiczne człowieka

Wiele utworów muzycznych wywołuje zbliżone reakcje emocjonalne niezależnie od płci, wieku czy zawodu osób badanych. Dźwięki wysokie mają oddziaływanie poprawiające humor, a niskie budzą odczucie majestatyczności, godności, powagi; tempo wolniejsze wywołuje najczęściej nastroje: spokoju, odprężenia, natomiast tempa szybkie wzbudzają reakcje rześkości i aktywności; rytmy mocne, zdecydowane, o powtarzającej się strukturze dają odczucie energiczności i powagi, zaś rytmy spokojne uważane są za miękkie, szczęśliwe, marzycielskie; harmonia dysonansowa jest czynnikiem aktywizującym, który pobudza, zaś prosta, konsonansowa – daje poczucie szczęścia, pogody ducha, wdzięku; tonacja majorowa wzbudza u słuchaczy odczucie szczęścia, radości, rześkości, natomiast tonacja minorowa uznawana jest za smutną, marzycielską, sentymentalną (Janiszewski, 1993). Muzyka jest skuteczna jako medium terapeutyczne, ponieważ jest realnym przeżyciem estetycznym, uruchamia wspomnienia, dostarcza bodźców, które można wykorzystać w celu → promocji zdrowia [i zapobiegania chorobom] oraz utrzymania → jakości życia osób starszych. Muzykoterapia może poprawić → komunikację werbalną i niewerbalną, rozwinąć umiejętność ekspresji i interpretacji oraz kompetencje społeczne. Pomaga budować zaufanie i tworzyć więzi społeczne, a dzięki temu radzić sobie z różnymi problemami. Zmniejsza poczucie izolacji i odrzucenia. Podnosi poziom poczucia bezpieczeństwa. Uczy reagowania adekwatnego do sytuacji. Pozwala na introspekcje, uzewnętrznienie tłumionych uczuć, ujawnienie konfliktów i problemów emocjonalnych. Wyzwala pozytywne emocje. Uczy opanowania gniewu i rozładowuje emocje w akceptowany społecznie sposób. Pozwala harmonizować i doskonalić motorykę ciała. Uczy współdziałania, współodczuwania, rozwija empatię. Rozwija zainteresowania. Kształtuje umiejętności organizacyjne i gospodarowania → czasem wolnym. Powoduje stymulację procesów poznawczych, takich jak: → pamięć,

myślenie, uwaga. Może obniżyć poziom → stresu, poprawić jakość snu, pomaga zrelaksować się oraz poprawia stan zdrowia i jakość życia.

Muzykoterapia aktywna i receptywna

Tradycyjnie rozróżnia się w muzykoterapii formy aktywne i receptywne – inaczej percepcyjne, ze względu na dominujące zachowania typowo muzyczne i poziom → aktywności fizycznej (Konieczna-Nowak, 2013). Formy aktywne obejmują produkcję muzyki wszelkiego rodzaju. Charakterystyczne techniki to: komponowanie, improwizacja, wykonywanie. Pozwalają na odreagowanie emocji, na ich nieskrępowany przepływ, umożliwiają spontaniczne reakcje i ekspresję uczuć, trudnych niekiedy do zwerbalizowania. Często głównym celem muzykoterapii aktywnej jest poprawa komunikacji w grupie. Terapia rekreacyjna i terapia zajęciowa są również zaliczane do grupy terapii aktywnych (Wheeler, 2010). Wiele technik muzykoterapeutycznych łączy formy aktywne i receptywne.

Przy formach receptywnych terapeuta jest twórcą muzyki ukierunkowanej na pacjenta (gra, śpiew) lub osobą dostarczającą bodźców muzycznych (najczęściej poprzez odtwarzanie specjalnie dobranej muzyki). Do technik receptywnych w muzykoterapii należą: relaksacja i/lub wizualizacja. Muzykoterapia receptywna może mieć charakter zadaniowy, polegający na wysłuchaniu utworów muzycznych z ukierunkowaniem na konkretne treści skojarzeń lub swobodny (Schwabe, 1972). Pacjent w tym czasie słucha muzyki, relaksuje się, wizualizuje. Może rysować, malować, medytować. Wybór metody i formy uzależniony jest od specyficznych wymagań pacjenta. Preferencje muzyki i ich uwarunkowania analizowało wielu autorów (Pałosz, 2009). W Polsce wydano opracowania tzw. muzycznych apteczek (Rueger, 2000; Kierył, 1996). Muzykoterapeuci są osobami uzdolnionymi muzycznie i stosują w muzykoterapii formy aktywne i receptywne. W medycynie muzycznej lekarze i pielęgniarki najczęściej stosują tylko formy receptywne związane ze słuchaniem nagranej muzyki (Dileo, 2010).

Muzykoterapeuta w terapii osób starszych wykorzystuje: melodykę, rytmikę, harmonikę, dynamikę, agogikę, artykulację i kolorystykę muzyki. Korzysta z różnorodnych form doświadczeń muzycznych, takich jak: swobodna improwizacja, śpiewanie i słuchanie, pisanie piosenek, techniki „dyskusja nad słowami piosenki" (ang. *Song Lyric Discussion* − SLD), metody Portretu Muzycznego, wizualizacji receptywnej, programowanej lub kierowanej. Często łączy muzykę z ruchem. Podstawowe elementy sesji muzykoterapii obejmują wykorzystanie muzyki na żywo, udział pacjenta, ekspresję, stymulację, wykorzystanie zachowanych umiejętności lub zdolności, zwiększenie poczucia własnej wartości oraz zaangażowanie w interakcję społeczną (Blackburn, Bradshaw, 2014). Śpiew i improwizacje muzyczne powstające w czasie sesji muzykoterapii nie służą ocenie w kategoriach artystycznych czy estetycznych.

Muzykoterapia może przybrać różne formy ze względu na liczbę osób poddanych muzykoterapii (indywidualna, grupowa), rodzaj grupy ze względu np. na kryterium: wieku, płci, dolegliwości (homogenne lub heterogenne), członków grupy w trakcie leczenia (otwarte, zamknięte), cel oddziaływań (określony przez funkcje muzykoterapii lub rodzaj dolegliwości zdrowotnych obniżających jakość życia), czas trwania terapii (krótko-, średnio-, długoterminowa), miejsce terapii (np. instytucjonalna, w plenerze), czy też ze względu na obecność dodatkowych form → arteterapii lub np. zajęć jogi, tai chi.

Ze względu na oddziaływanie terapeutyczne wyróżnia się:

1) muzykę uspokajającą, przeznaczoną do relaksacji: tempo wolne, stały przewidywalny rytm i puls, brak gwałtownych zmian dynamicznych, głośność w przedziale *piano-mezzo piano* – zgodnie z preferencjami słuchacza, prosta faktura, niezbyt bogata orkiestracja, harmonia oparta na współbrzmieniach konsenansowych, ciepłe brzmienie instrumentów, odgłosy przyrody w tle – wg pozytywnych skojarzeń i preferencji słuchacza (Stachyra, 2012);
2) muzykę aktywizującą, którą cechują: szybkie tempo, niespokojna metryczność z silnymi akcentami rytmicznymi, duże zróżnicowanie melodycznego i rytmicznego przebiegu, przeciwstawność poszczególnych grup instrumentów oraz duże zróżnicowanie dynamiki i kontrastująca melodyka przeciwstawnych tematów wg zasady klasycznej sonaty (Schwabe, 1972).

Najczęstsze formy aktywności w terapii muzycznej obejmują (Gąsienica-Szostak, 2014): śpiewanie piosenek, ćwiczenia emisyjno-oddechowe i dykcyjne, improwizacje: głosowe, instrumentalne, ruchowe, grę na instrumentach, ćwiczenia słuchowe, usprawniające i wyrabiające poczucie rytmu i tempa (kontrola dynamiki mięśniowej) oraz ćwiczenia dotykowe (kontakty interpersonalne), naukę tańców i układy choreograficzne (koordynacja i automatyzacja ruchów), pantomimę, psychodramę (integracja ze środowiskiem) i/lub relaks z tłem muzycznym (ćwiczenia odprężające).

Muzykoterapia a wybrane jednostki chorobowe i dolegliwości osób starszych

Cheryl Dileo stwierdziła, że muzykoterapia przy deficytach rozwoju sprzyja poprawie: koncentracji uwagi, pamięci, percepcji, różnicowania, afektu i kontroli impulsów (Dileo, 2000). Może korzystnie wpłynąć na kształtowanie umiejętności edukacyjnych, społecznych, motorycznych i komunikacji, a także zmniejszyć zachowania stereotypowe. Przy dolegliwościach somatycznych muzykoterapia może obniżyć: lęk, ból, zmniejszyć potrzebę użycia leków i anestezji, napięcie mięśniowe, fizjologiczną reaktywność, poziom hormonów stresu, a także doprowadzić do poprawy w zakresie: nastroju, relaksacji, satysfakcji z medycznych procedur, reakcji immunologicznej. W rehabilitacji muzykoterapia prowadzi do poprawy w zakresie sfery ruchowej, umiejętności motorycznych, chodu, mowy i umiejętności komunikacji. W → geriatrii stwierdzono poprawę nastroju, korzystne zmiany w: orientowaniu się w rzeczywistości, w komunikacji, w umiejętnościach motorycznych i społecznych, a także w zakresie motywacji do działania i/lub do kontaktu. W ostrych stanach psychotycznych obserwowano poprawę ekspresji emocjonalnej, werbalnej komunikacji, lepsze radzenie sobie z lękiem, z interakcjami społecznymi oraz korzystne zmiany w zakresie samoświadomości i wglądu (Galińska, 2005).

Muzykoterapia a otępienie

W literaturze naukowej brakuje wysokiej jakości → badań podłużnych dowodzących długotrwałych, korzystnych efektów stosowania muzykoterapii w → otępieniu i wyjaśniających mechanizmy działania interwencji muzykoterapeutycznych w tych przypadkach (Konno, Kang i Makimoto, 2014). Na uwagę zasługują badania T. Takahashi i H. Matsushita (2006), którzy przez dwa lata oceniali skuteczność takiej interwencji stosowanej raz w tygodniu w grupie → seniorów (średnia wieku 83 lata) z umiarkowaną lub ciężką demencją. Zaobserwowali korzystne różnice w badanej grupie w stosunku do grupy kontrolnej w wynikach pomiaru ciśnienia krwi i ocenie zmian w inteligencji.

In Sil Hong i Min Joo Choi (2011) pozytywnie ocenili skutki terapii muzycznej polegającej na pisaniu piosenek przez osoby w podeszłym wieku z otępieniem w celu usprawnienia funkcji poznawczych: nastąpiła znacząca poprawa „funkcji języka", „orientacji" i „pamięci", podczas gdy „uwaga i liczenie" oraz „zrozumienie i osąd" nie zmieniły się w sposób istotny. Inne badania wykazały, że muzykoterapia receptywna u osób starszych z demencją może być stosowana w celu obniżenia lęku oraz poziomu → depresji i zaburzeń nastroju.

Rie Konno, Hee Sun Kang i Kiyoko Makimoto (2014) analizowali publikacje w języku angielskim dotyczące niefarmakologicznych badań interwencyjnych z lat 1990–2012 na temat zmniejszenia oporu mieszkańców domów opieki z demencją wobec opieki pielęgniarskiej, koncentrując uwagę na pracach spełniających wymagania oceny jakości podstawowych kryteriów oceny w badaniach eksperymentalnych. Stwierdzono, że interwencje muzyczne spowodowały znaczne zmniejszenie zachowań opornych osób starszych z demencją wobec opieki pielęgniarskiej. Hsin Chu i współprac. (2014) podkreślili, że grupowe interwencje muzyką w celu zmniejszenia depresji u osób starszych są terapią nieinwazyjną i niedrogą, opóźniającą również pogorszenie funkcji poznawczych, zwłaszcza funkcji przypominania krótkoterminowego. Muzykoterapię grupową rekomendują osobom w podeszłym wieku z łagodnym i umiarkowanym otępieniem.

Michelle Wall i Anita Duffy (2010) stwierdziły, że muzykoterapia jest często nieformalnie stosowana w różnych zakładach opieki u pacjentów w podeszłym wieku z rozpoznaniem otępienia w celu usprawnienia komunikacji, ograniczenia zachowań agresywnych, pobudzenia i lęku, zwiększenia pozytywnego nastroju i chęci do kontaktów towarzyskich. Uznały, że korzystne efekty muzykoterapii powinny wpłynąć na jej szerokie stosowanie w opiece nad osobami starszymi. W celu potwierdzenia efektów interwencji niefarmakologicznych podczas opieki nad osobami z demencją konieczne są dalsze badania.

W Polsce wyniki badań nad efektywnością procedur muzykoterapii w leczeniu demencji u osób starszych w → opiece długoterminowej opublikował Wojciech Pospiech (2009). Emilia Paszkiewicz-Mes (2013) badała przypadki starszych pacjentów z wieloma zaburzeniami, w tym z → chorobą Parkinsona, → chorobą Alzheimera i innymi typami otępienia.

Muzykoterapia w terapii osób z chorobą Parkinsona i po udarach mózgu

Nowoczesne zarządzanie chorobą Parkinsona ma na celu uzyskanie kontroli objawów w celu zmniejszenia → niepełnosprawności klinicznej oraz poprawę jakości życia. Badania de Dreu i współprac. (2012) wskazują, że muzykoterapia może być obiecującą interwencją w celu poprawy chodu w chorobie Parkinsona. C. Pacchetti i współprac. (2000) potwierdzili skuteczność muzykoterapii dla poprawy funkcji ruchowych

i nastawienia emocjonalnego u pacjentów z chorobą Parkinsona. Zalecają aktywną muzykoterapię jako składową programów rehabilitacyjnych pacjentów z chorobą Parkinsona. Obserwowano także korzystne wyniki w postaci mniejszej sztywności i bardziej znormalizowanej prędkości spaceru dłuższymi krokami, zmniejszenie drżenia, złagodzenie objawów depresji po zastosowaniu terapii wibroakustycznej u pacjentów z chorobą Parkinsona (Novotney, 2013). W Polsce muzykoterapię u pacjentów z chorobą Parkinsona wykorzystali Monika Zawadka i Stanisław Krajewski (2009).

Michael Schauer i Karl-Heinz Mauritz (2003) uzyskali pozytywne wyniki, wykorzystując stymulację muzyką do poprawy chodzenia pacjentów po → udarach mózgu. Rytmiczna stymulacja słuchowa doprowadziła do wyraźniejszej poprawy wszystkich wskaźników chodu spaceru (długości kroku, odchylenia symetrii, prędkości chodzenia) niż w grupie, która stosowała tradycyjną terapię. Simone Dalla Bella i współprac. (2015) stwierdzili, że połączenie kroków z zewnętrznymi sygnałami rytmicznymi (rytm muzyki lub dźwięki metronomu) może prowadzić do długoterminowych ulepszeń motorycznych, takich jak: zwiększenie prędkości chodu i wydłużenie kroku. Efekty te mogą obejmować obszary mózgu, które są typowo funkcjonalne w chorobie Parkinsona, ale można oczekiwać równoległej poprawy innych zadań poza chodem. Muzykoterapia pomaga też odzyskać mowę osobom po udarach.

Muzykoterapia a depresja i poziom lęku

Objawy depresji i lęku występują często u osób starszych, a jeśli nie są leczone, przyczyniają się do obniżenia jakości życia, zwiększonego ryzyka samobójstwa, niepełnosprawności i nieprawidłowego korzystania z usług medycznych. W różnych badaniach stwierdzono, że lęk ma silny związek z depresją. Badania K. Chou i Y. Lin (2012) miały na celu określenie skuteczności grupowej muzykoterapii w celu poprawy funkcji poznawczych i obniżenia poziomu depresji u osób w podeszłym wieku z otępieniem. Stwierdzono, że dzięki muzykoterapii poziom depresji został obniżony, a funkcje poznawcze nieznacznie się poprawiły. Polskie badania wykazały, że muzykoterapia jest skuteczna w leczeniu pacjentów cierpiących z powodu chronicznego stresu i lęku. Muzykoterapia może obniżyć lęk i poprawić nastrój w leczeniu pacjentów z depresją, oraz ma znaczenie dla podnoszenia jakości życia pacjentów, lepszej integracji ze środowiskiem, możliwości wyrażenia uczuć, rozwijaniu świadomości i wrażliwości.

Muzykoterapia a relaksacja i wybrane zabiegi medyczne

Jan Wierszyłowski (1941–1988) twierdził, że „z danych eksperymentalnych i praktyki muzykoterapeutycznej wynika, że muzyka może zmieniać aktywność systemu nerwowego, wywoływać określone zmiany w czynnościach całego organizmu, zmieniać napięcie mięśni, przyśpieszać przemianę materii, zmieniać szybkość krążenia krwi, obniżać próg wrażliwości zmysłów, wpływać na wewnętrzne wydzielanie, na siłę i szybkość pulsu, modyfikować oddychanie itp." (Wierszyłowski, 1981). Muzykoterapia może wpływać na agresję, lęk i cierpienie, pomóc osobom ze schorzeniami serca i układu krążenia czy też z problemami bezsenności. Odpowiednio dobrana muzyka wraz z fizycznymi korzyściami (zmniejszenie podwyższonego napięcia mięśniowego, obniżenie ciśnienia tętniczego i stabilizacja pracy serca) wpływa na dobre samopoczucie, obniża poziom lęku, uspokaja oraz izoluje od nieprzyjemnych sytuacji i organizuje czas trwania zabiegu. Relaksacyjne oraz uspokajające właściwości muzyki są propagowane np. w skandynawskim systemie leczenia. W szpitalach oferuje się możliwość słuchania uspokajającej muzyki przed operacją i po niej, pacjentom cierpiącym na przewlekłe bóle oraz stany lękowe, pacjentom nieuleczalnie chorym. Muzyka może nie tylko poprawić jakość życia, ale również dokonać zmian w częstości akcji serca i zmienności rytmu serca, oraz wpływać na obniżenie ciśnienia tętniczego. Mirosław Janiszewski przedstawił zastosowanie wybranych technik muzykoterapii aktywnej jako formy → kinezyterapii u pacjentów z pierwotnym → nadciśnieniem tętniczym (Janiszewski, 1987).

ER

B: Antrim, 2006; Bella i współprac., 2015; Blackburn, Bradshaw, 2014; Chou, Lin, 2012; Chu i współprac., 2014; Dileo, 2000, 2010; Dreu de i współprac., 2012; Galińska, 2005; Gaston, 1968; Gąsiennica-Szostak, 2014; Hong, Choi, 2011; Janiszewski, 1987, 1993; Kierył, 1996; Konieczna-Nowak, 2013; Konno, Kang, Makimoto, 2014; Kopaliński, 1990; Novotney, 2013; Pacchetti i współprac., 2000; Pałosz, 2009; Paszkiewicz-Mes, 2013; Pospiech, 2009; Rueger, 2000; Schauer, Mauritz, 2003; Schwabe, 1972; Stachyra, 2012; Szulc, 2002; Szumowski, 1961; Takahashi, Matushita, 2006; Wall, Duffy, 2010; Wheeler, 2010; Wierszyłowski, 1981; Zawadka, Krajewski, 2009.

N: http://muzykoterapiapolska…; http://www.al teucostat.org…; http://www.musictherapy. org…; *When…*, 2015 – Internet: http://musicandmemory.org…

O: arteterapia, muzykoterapia, muzykoterapia geriatryczna, muzykoterapia kreatywna z osobami starszymi.

TK: ang. *music therapy with elderly people/music therapy for older people*, fr. *musicothérapie et personnes âgées*, hiszp. *musicoterapia en la tercera edad/musicoterapia con personas mayores*, niem. *Musiktherapie mit alten Menschen/Musiktherapie im Alter*, ros. *музикотерапия с пожилыми людьми*.

Myśliwski Andrzej Piotr (1936–)

polski histolog, cytofizjolog i gerontolog. Ukończył studia w Akad. Med. (AM) w Gdańsku (1961), uzyskując stopnie doktora (1966) i doktora habilitowanego (1977) oraz tytuł profesora (1989). Przez wiele lat kierował Katedrą Histologii i Immunologii oraz Zakładem Histopatologii AM w Gdańsku, pełnił też funkcję prodziekana Wydz. Lekarskiego tejże uczelni. Zajmuje się gerontologią doświadczalną, immunogerontologią, → biogerontologią, cytofizjologią i biologią → starzenia się, zwłaszcza mechanizmami starzenia się organizmów (Myśliwski, 1999, 2005). Przez wiele lat był członkiem Komitetu Patofizjologii Klinicznej PAN i przewodniczącym Komitetu Gerontologii PAN, a także wiceprezesem → Pol. Tow. Gerontologicznego, gdzie kierował Sekcją Gerontologii Doświadczalnej. Pełnił funkcję przewodniczącego Komitetu Biologii Starzenia się PAN. Za osiągnięcia badawcze otrzymał w latach 1986, 1993, 1995 i 2005 zespołową nagrodę Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej.

AAZ

B: Myśliwski, 1999, 2005; *Kto jest kim* …, 1987; *Złota Księga*…, 2006.

O: biogerontologia, biologia starzenia się, Polskie Towarzystwo Gerontologiczne.

N

nadreaktywność pęcherza moczowego (zespół pęcherza nadreaktywnego)

to schorzenie dotyczące zarówno kobiet, jak i mężczyzn, objawiające się częstomoczem dziennym (więcej niż 8 mikcji w ciągu dnia), nykturią (oddawanie moczu w nocy – mikcja przerywa sen) oraz parciami naglącymi (niemożliwa lub trudna do opanowania potrzeba oddania moczu). Nadreaktywność pęcherza moczowego może przebiegać z nietrzymaniem moczu lub bez niego (tzw. postać sucha). Zespół pęcherza nadreaktywnego występuje częściej w starszym wieku, a w przypadku kobiet nierzadko współistnieje z → zaburzeniami statyki narządu płciowego.

Diagnostyka nadreaktywności pęcherza moczowego jest prosta i polega w większości przypadków na samoobserwacji pacjentki (dzienniczek mikcji, w którym chora odnotowuje przyjmowane płyny oraz częstość i objętość mikcji). W niektórych przypadkach konieczne jest wykonanie inwazyjnego badania urodynamicznego w poradni specjalistycznej.

Leczenie nadreaktywności pęcherza moczowego obejmuje przede wszystkim farmakoterapię (miejscową estrogenoterapię i leki hamujące skurcze mięśnia wypieracza pęcherza moczowego oraz zwiększające jego podatność). W przypadku braku skuteczności leczenia wdraża się terapię zabiegową w postaci: 1. dopęcherzowego podawania toksyny botulinowej (bardzo silnie działającej naturalnej toksyny powodującej zahamowanie uwalniania acetylocholiny – neuroprzekaźnika odpowiedzialnego za przekaz impulsów między nerwami a mięśniami); 2. elektrostymulacji, tj. zabiegu, w którym za pomocą prądu elektrycznego o niskiej częstotliwości wywołuje się skurcz mięśni podobny do tego, który następuje podczas ćwiczeń fizykoterapeutycznych.

W sytuacji gdy wraz z nadreaktywnością pęcherza moczowego u chorej stwierdza się zaburzenia statyki narządu płciowego, w większości przypadków należy rozważyć jako postępowanie przyczynowe leczenie operacyjne obniżania narządu płciowego.

EB

A: GMP [ГМП] (ros.), OAB (ang.), VH (hiszp.).
O: samocewnikowanie, trening pęcherza moczowego.
S: dysfunkcja neurogenna pęcherza moczowego, nadreaktywność wypieracza, pęcherz nadreaktywny.
TK: ang. *overactive bladder* [OAB] or *overactive bladder syndrome*, fr. *l'hyperactivité vésicale*, hiszp. *vejiga hiperactiva* [VH] o *del syndrome de vejiga hiperactiva*, niem. *überaktive Blase*, ros. *гиперактивность мочевого пузыря* [ГМП]/*гиперактивный мочевой пузырь* [ГМП] или *синдром гиперактивного мочевого пузыря*.

nadużycia wobec osób starszych

Nadużycie wobec osób w okresie → późnej dorosłości można zdefiniować jako pojedyncze lub powtarzające się działanie, albo brak odpowiedniego działania, występujące w jakiejkolwiek relacji, w której oczekuje się zaufania, a która powoduje krzywdę bądź cierpienie osoby w okresie późnej dorosłości. Może ono przybierać różne formy przemocy: fizycznej, psychicznej, seksualnej, finansowej, a także intencjonalnego lub nieintencjonalnego zaniedbania (www.who.int…). Podstawowe kategorie nadużyć wobec osób starszych obejmują nadużycia: instytucjonalne, fizyczne, psychologiczne, seksualne, jak również zaniedbania, dyskryminację i porzucenie.

Nadużycie nie jest pojęciem ujętym w polskim Kodeksie Karnym. W → gerontologii nadużycia i zaniedbania oznaczają formy → przemocy wobec osób starych (Schonfeld, 2007; Zych, 2001; Tobiasz-Adamczyk, 2010). Nadużycie wobec osób starszych może oznaczać: przemoc, złe traktowanie, znęcanie się nad osobami starszymi, zadawanie im cierpienia, krzywdzenie ich, wykorzystanie finansowe, maltretowanie, dręczenie i/lub dyskryminowanie.

Anita Abramowska (2006) zwraca uwagę na spadek dzietności i wzrost mobilności ludności w Polsce, który prowadzi do kurczenia się zasobów → opieki nieformalnej opartej na sieci krewniaczej dostępnych w miejscu zamieszkania osób wymagających → opieki. Może to zaważyć na wzroście zagrożenia takimi formami nadużyć bądź przemocy jak: zaniedbania, → samozaniedbania i porzucenia. W związku z tym powstaje konieczność rozwoju modelu opieki w Polsce ze znacznie większym udziałem opieki formalnej (Kotowska, Wójcicka, 2008).

Od roku 1988 wydawane jest w Stanach Zjednoczonych czasopismo „Journal of Elder Abuse and Neglect", poświęcone badaniu przyczyn i objawów nadużyć i zaniedbań oraz zapobieganiu złemu traktowaniu osób starszych. Jest to ważne źródło informacji na temat nadużyć i zaniedbań wobec osób

starszych, adresowane do naukowców, pedagogów, lekarzy i osób zawodowo zajmujących się problemami → starzenia się, → zdrowia, → zdrowia psychicznego, → usług socjalnych, ochrony osób dorosłych, przemocy w → rodzinie, prawa i wymiaru sprawiedliwości, jak również inicjatyw politycznych i społecznych. Zamieszczane są tu komentarze i wyniki badań naukowych na temat przemocy oraz zaniedbań wobec osób starszych.

ER

B: Abramowska, 2006; Bauman, 2006; Bazo, 2006; Kotowska, Wójcicka, 2008; Maćkowicz, 2015; Schonfeld, 2007; Tobiasz-Adamczyk, 2009, 2010; Zych, 2001.
N: www.who.int…
O: człowiek stary w sytuacji przemocy, mobbing wobec osób starszych, przemoc wobec osób starych.
S: złe traktowanie osób starszych.
TK: ang. *elder abuse/old age abuse/senior abuse/abuse of older adults/abuse in later life*, fr. *mauvais traitements infligés aux personnes âgées*, hiszp. *maltrato de los ancianos/negligencia y malos tratos a las personas mayores*, niem. *Misshandlung älterer Menschen/Altenmisshandlung/Misshandlung von Senioren*, ros. *злоупотребления в отношении пожилых людей*.

nadwzroczność

dotyczy sytuacji, gdy równoległe promienie świetlne po przejściu przez układ optyczny oka ulegają skupieniu za siatkówką (il. 1). Przyczynami mogą być zbyt słaba moc łamiąca układu optycznego oka (nadwzroczność refrakcyjna) lub zbyt krótka gałka oczna (nadwzroczność osiowa). Do korekcji wymagane jest zwiększenie mocy łamiącej układu i zastosowanie soczewki skupiającej.

W chwili narodzin człowieka gałka oczna osiąga ok. 70% swojego rozmiaru, dlatego u noworodków obserwuje się nadwzroczność niską do średniej, która ustępuje wraz z wzrostem oka (proces zwany emetropizacją gałki ocznej). Najbardziej dynamiczny wzrost gałki ocznej zachodzi w okresie pierwszego roku → życia, szczególnie między 3. a 9. miesiącem. U noworodków długość osiowa gałki ocznej wynosi ok. 16 mm; u niemowląt rośnie stopniowo, osiągając ok. 19,5 mm, a wymiary zbliżone dla dorosłych (ok. 24 mm) osiąga ok. 13. r.ż. (Mutti i współprac., 2005; Bhardwaj, Rajeshbhai, 2013; Hussain, Shahid, Woodruff, 2014).

W okresie wzrostu, poza wydłużeniem się wymiaru osiowego gałki ocznej, zmianom podlegają także krzywizny rogówki i soczewki co doprowadza do zmniejszenia nadwzroczności. Krzywizna rogówki bardzo się zmienia między 2. a 4. tygodniem życia, następnie proces ten zachodzi nieco mniej dynamicznie po 8. tygodniu. Promień krzywizny rogówki u noworodków wynosi ok. 6,6–7,4 mm (siła łamiąca ok. 48,06–47 dioptrii). Rogówka osiąga parametry zbliżone dla dorosłych ok. 2. r.ż. (promień krzywizny ok. 7,4–8,4; siła łamiąca 42–44 dioptrie). Na podstawie modeli zwierzęcych udowodniono, że niewyraźny obraz i przesunięcie ogniska obrazu poza siatkówkę stanowi impuls do wzrostu gałki ocznej (Smith, Hung, 1999).

W przypadku nieskorygowanej nadwzroczności, by uzyskać wyraźny obraz i przesunąć ognisko obrazu na siatkówkę, musi dojść do pobudzenia akomodacji (odruchu zwiększającego moc łamiącą soczewki poprzez skurcz mięśnia rzęskowego). U osób nadwzrocznych, u których wada nie jest skorygowana, stały wysiłek akomodacyjny ponoszony w celu uzyskania ostrego obrazu może być przyczyną objawów astenopijnych (uczucia zmęczenia oczu, bólów głowy, rozmazywania obrazu). Szczególnie ważne jest wykonanie badania refrakcji u dzieci i młodych dorosłych przed i po porażeniu akomodacji (po zastosowaniu kropli cyklopegicznych, takich jak: atropina, cyklopetolat, tropikamid porażających czynność mięśnia rzęskowego).

Jednocześnie z pobudzeniem akomodacji dochodzi do zbieżnego ustawienia się gałek ocznych ułatwiającego obserwowanie przedmiotów z bliska, czytania bez dwojenia (współruch akomodacyjno-konwergencyjny). Niewyrównana nadwzroczność, związana z silnym pobudzeniem akomodacji i konwergencji, może być przyczyną jednej z postaci zeza zbieżnego (zez zbieżny akomodacyjny refrakcyjny).

Po osiągnięciu przez człowieka wieku dorosłego nadal dochodzi do pewnych zmian w narządzie wzroku. Głębokość komory przedniej (w przebiegu zmian zachodzących w soczewce) maleje o ok. 0,011 mm/rok; centralna grubość rogówki wzrasta o ok. 0,024 mm/rok; osiowa długość gałki ocznej wrasta o ok. 0,011 mm/rok; promień krzywizny przedniej powierzchni soczewki zmniejsza się o ok. 0,044 mm/rok, co wpływa na stan refrakcyjny narządu wzroku (Atchinson i współprac., 2008). Po 40. r.ż. obserwuje się niewielkie przesunięcie refrakcji w kierunku nadwzroczności, a u części pacjentów ujawnia się ukryta nadwzroczność umiarkowanego stopnia w wyniku stopniowej utraty akomodacji.

Ze względu na zmiany zachodzące w gałce ocznej częstość występowania nadwzroczności różni się w zależności od wieku. W Europie, u dzieci w wieku szkolnym (między 6. a 18. r.ż.) obecna jest u ok. 13,1% (Czepita,

Zejmo, Mojsa, 2007); w przedziale między 20. a 25. r.ż. występuje u ok. 13,2% osób; u 17,4% osób w przedziale między 40. a 45. r.ż. (Midelfart i współprac., 2002).

W przypadku nadwzroczności często współistnieją krótka długość osiowa oraz płytka komora przednia, dodatkowo spłycająca się z wiekiem w przebiegu zmian zachodzących w soczewce. Czynniki te są bezpośrednio związane ze zwiększonym ryzykiem → jaskry z zamkniętym kątem przesączania (Romunde i współprac., 2013).

Metody korekcji nadwzroczności obejmują: okulary, soczewki kontaktowe, metody laserowej korekcji wzroku. Do tych ostatnich należą: 1) ablacja w zakresie przednich warstw istoty właściwej na średnim obwodzie rogówki przeprowadzana przy wykorzystaniu lasera ekscymerowego (argonowo-fluorowego) o długości fali 193 nm. Dochodzi do zmiany krzywizny rogówki (większe wysklepienie w centrum), a tym samym wzrostu jej mocy łamiącej; 2) keratektomia fotorefrakcyjna (ang. *photorefractive keratecto*my – PRK); 3) laserowa podnabłonkowa keratomileusis (LASEK) oraz modyfikacje: LASEK z wykorzystaniem techniki *wavefront* (dopasowanej do indywidualnego pacjenta, by usunąć istniejące aberracje i zmniejszyć częstotliwość wystąpienia nowych); 4) laser *in situ keratomileusis* (LASIK) oraz modyfikacje: LASIK Wavefront – LASIK z wykorzystaniem techniki *wavefront*; Femto LASIK Wavefront – z wykorzystaniem lasera femtosekundowego do wytworzenia płatka rogówki oraz techniki wavefront; 5) korekcja mikrosoczewkowa (*Refractive Lenticule Extraction* – ReLEx, *Small-Incision Lenticule Extraction* – SMILE, *Femtosecond Lenticule Extraction* – FLEx), w których zmiana siły łamiącej rogówki zachodzi poprzez stworzenie mikrodysku/mikrosoczewki w obrębie miąższu rogówki przy użyciu lasera femtosekundowego, usuwanych przez mikrocięcie. Wykorzystanie tej metody w korekcji nadwzroczności jest jeszcze obecnie na wstępnym etapie (Blum i współprac., 2013); 6) metody z wykorzystaniem wszczepienia soczewki wewnątrzgałkowej: – doszczepienie soczewki wewnątrzgałkowej do oka z własną, przezierną soczewką (tzw. wszczepy fakijne) – ograniczone zastosowanie, ze względu na często współistniejącą płytką komorę przednią w przypadku nadwzroczności; – refrakcyjna wymiana własnej, przeziernej soczewki na wszczep wewnątrzgałkowy.

KCZ

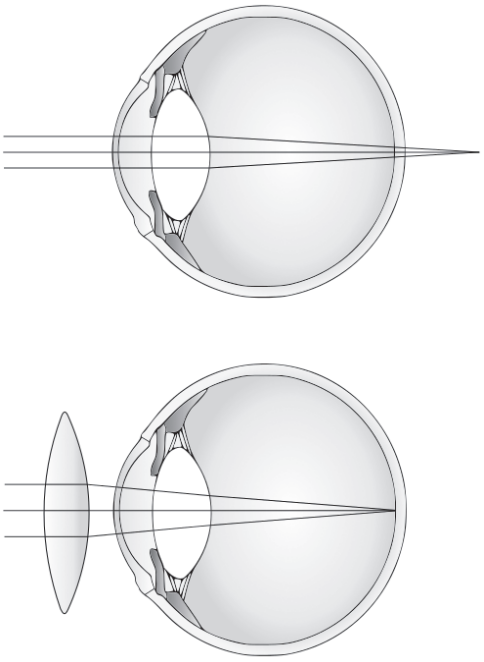
B: Atkinson i współprac., 2008; Bhardwaj, Rajeshbhai, 2013; Blum i współprac., 2013; Czepita, Zejmo, Mojsa, 2007; Hussain, Shahid, Woodruff, 2014; Midelfart i współprac., 2002; Mutti i współprac., 2005; Romunde i współprac., 2013; Smith, Hung, 1999.

N: https://en.wikipedia.org/wiki/Hyperopia

O: budowa narządu wzroku, choroby oczu w starszym wieku, kompleksowe badanie okulistyczne, nadwzroczność starcza, starczowzroczność, zmiany w narządzie wzroku w procesie starzenia się.

S: [popular.] dalekowzroczność.

TK: am. *hyperopia/hypermetropia/farsightedness*, ang. *hyperopia/hypermetropia/longsightedness*, fr. *l'hypermétropie*, hiszp. *la hipermetropía*, niem. *die Weitsichtigkeit/Übersichtigkeit/Hyperopie/Hypermetropie*, ros. *система социальной поддержки/дальнозоркость/гиперметропия*.



Il. 1. Bieg promieni światła w oku nadwzrocznym (rys. górny) oraz bieg promieni światła po korekcji przez soczewkę okularów (rys. dolny). Źródło: https://en.wikipedia.org/wiki/Hyperopia.

Nagorny Aleksandr Wasiliewicz [ukr. Нагорний Олександр Васильович, ros. Нагорный Александр Васиильевич] (1887–1953)
ukraiński fizjolog, gerontobiochemik i gerontolog, twórca charkowskiej szkoły ontofizjologów. Ukończył studia biologiczne i fizjologiczne na uniw. w Charkowie i uzyskał stopień doktora nauk biologicznych. Był członkiem korespondentem Akad. Nauk Ukr. SRR, został odznaczony m.in. Orderem Czerwonej Gwiazdy (1944) i Orderem Pracy Czerwonego Sztandaru (1948) oraz wyróżniony tytułem Zasłużonego Działacza Nauki USRR. Zajmował się → gerontofizjologią, fizjologią → rozwoju człowieka oraz problematyką → dłu-

gowieczności ludzkiej, → starzenia się i → starości organizmów żywych.

AAZ

B: Nagorny [Нагорний/Нагорный], 1923, 1935, 1948 a, 1948 b; Nagorny [Нагорный], Nikitin [Никитин], Bułankin [Буланкин], 1963.

narzędzia pomiaru barier w przestrzeni publicznej (instrumenty oceny dostępności przestrzeni publicznej)

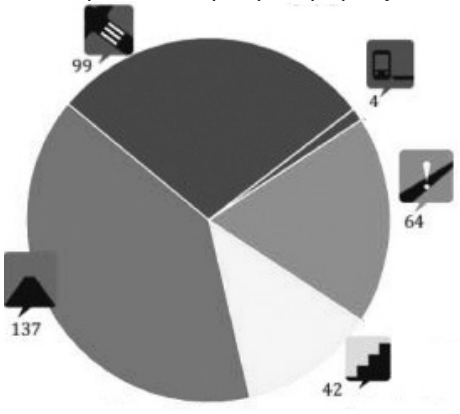
Ponawiane w Polsce i w wielu krajach badania → dostępności przestrzeni i znajdujących się tam obiektów stwierdzają istnienie tych samych → barier utrudniających osobom z ograniczoną sprawnością korzystanie z przestrzeni publicznej i z wielu podstawowych instytucji (Donderowicz, Kaczmarek, 2017 – Internet: http://akngp.home.amu.edu.pl; Ostrowska, Sikorska, Gąciarz, 2001; Woźniak, 2005). Uniwersalność i powtarzalność → barier przestrzenno-architektonicznych wymaga zatem narzędzi służących prowadzeniu okresowych badań dostępności poszczególnych sfer przestrzeni publicznej i instytucjonalnej dla osób z → niepełnosprawnością. Efektywną metodą w tego rodzaju badaniach jest okresowo prowadzona lustracja, będąca rodzajem standaryzowanej obserwacji kontrolowanej, ukierunkowanej na cele praktyczne, służąca diagnozie środowiska fizycznego i społecznego oraz dążąca do określenia źródeł lub przyczyn obserwowanych stanów rzeczy i zagrożeń, by na podstawie uzyskanych za jej pośrednictwem informacji było wiadomo, jak dany problem rozwiązać lub też czy, gdzie i jak wprowadzać określone programy korekcyjne. Cele lustracji zakładają jej realizację w ścisłej współpracy z decydentami i przy szerokim dostępie obywateli do informacji o planowanym oraz zrealizowanym przedsięwzięciu, a także o uzyskanych rezultatach.

Celem badania dostępności przestrzeni publicznej, jak i instytucji niezbędnych do zaspokojenia potrzeb wszystkich mieszkańców, zaś osób niepełnosprawnych w szczególności, są: 1) lustracja fizycznej dostępności przestrzeni fizycznej i publicznej i wyodrębnienie takich ich elementów, które uniemożliwiają lub utrudniają osobom z niepełnosprawnością dotarcie do ważnych z punktu widzenia ich potrzeb obiektów, placówek i instytucji; 2) inwentaryzacja barier architektonicznych w przestrzeni publicznej, utrudniających integrację i partycypację społeczną jego mieszkańców mających pewne deficyty funkcjonalne; 3) analiza zróżnicowania poziomu ograniczenia dostępności przestrzeni w zależności od lokalizacji obiektów, ich niezbędności z punktu widzenia potrzeb osób z niepełnosprawnością i typu badanej instytucji bądź placówki.

W procesie lustrowania dostępności przestrzeni publicznej i instytucjonalnej dla osób z niepełnosprawnością wykorzystać można najbardziej rozbudowane spośród narzędzi pomiaru barier protokoły obserwacyjne stosowane w badaniach Instytutu Socjologii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, opracowane przez Zbigniewa Woźniaka (2005), bardzo szczegółowe tabele (tab. 1), uzupełnione materiałami uzyskanymi z pogłębionych wywiadów swobodnych z ekspertami, organizacjami pozarządowymi, zarządzającymi przestrzenią publiczną i instytucjonalną oraz użytkownikami przestrzeni, a także opracowaną przez geografów z UAM mapą najpoważniejszych uchybień wobec obowiązujących standardów dostępności w mieście (Donderowicz, Kaczmarek, 2017 – Internet: http://akngp.home.amu.edu.pl…, il. 1).

ZW

B: Ostrowska, Sikorska, Gąciarz, 2001; Woźniak, 2005; Wysocki, 2015.
N: Donderowicz, Kaczmarek, 2017 – Internet: http://akngp.home.amu.edu.pl…
O: bariery, bariery fizyczne, bariery przestrzenno-architektoniczne, dostępność.
TK: ang. *tools for the evaluation of public space accessibility*, fr. *instruments pour l'évaluation de l'accessibilité de espace public*, hiszp. *instrumentos para evaluación de la accesibilidad espacio publico*, niem. *Messinstrumente des Barrieren im öffentlicher Raum*, ros. *измерительные приборы барьер в публичном пространстве*.



Legenda: nieodpowiednia nawierzchnia (137), nieodpowiednie przejścia dla pieszych (99), przeszkoda na drodze (64), niedostosowane schody (42), nieodpowiednie przystanki (4).

Il 1. Liczba poszczególnych barier na wydzielonym obszarze Poznania. Źródło: M. Donderowicz, P. Kaczmarek (red.), *Poznańska mapa barier*, 2017 – Internet: http://akngp.home.amu.edu.pl/wp-content/uploads/2017/03/Raport_PMB.pdf

Tabela 1. Protokół obserwacyjny dostępności ciągów pieszych dla osób niepełnosprawnych

OBIEKT OBSERWACJI:
ulica.....
1. Ulica znajduje się:
- 1. W strefie parkowania „A”
- 2. W strefie parkowania „B”
- 3. W strefie parkowania „C”
- 4. Poza strefą – stare dzielnice

2. Ciągi piesze w osiedlach mieszkaniowych

Bariery	Wpisujemy ogólna liczbę konkretnej bariery	Punktacja za pojedynczy typ bariery	PUNKTY OGÓŁEM (mnożymy dane w kolumnie)
	a	b	a × b
3. Szerokość chodnika niezgodna z normą (mniej niż 1,4 m)		1	
4. Zbyt duże nachylenie powierzchni występujące w ciągu pieszym (powyżej 15%)		0,5	
5. Nierówności podłoża (ubytki, uskoki, szczeliny powyżej 2 cm)		0,5	
6. Niedostateczne oświetlenie sztuczne		0,5	
7. Elementy wystające zawężające strefę przejścia (witryny, reklamy, kwietniki, ławki)		1	
8. Brak oznakowania i zabezpieczenia prowadzonych robót drogowych, brakujących włazów studzienek ściekowych, otwartych schodów piwnicznych itp.		1	
9. W ciągu badanej ulicy zlokalizowano:			
a) skrzyżowanie ulic z sygnalizacją świetlną			
b) skrzyżowanie ulic bez sygnalizacji świetlnej			
c) skrzyżowanie ulic z przejściem podziemnym lub kładką			
d) przejście dla pieszych z sygnalizacją świetlną			
e) przejście dla pieszych bez z sygnalizacji świetlnej			
f) przejście dla pieszych z tunelem podziemnym lub kładką			
10. Suma punktów od 2 do 8:			

D. UWAGI DODATKOWE: (wpisujemy informacje na odwrocie)

Data obserwacji:.....[dd-mm-rrrr] Miejscowość.....

Osoba prowadząca obserwację (nazwisko i imię): .....

Źródło: Z. Woźniak, *Niepełnosprawni w przestrzeni miejskiej*. Poznań 2005

Nascher Ignatz [Ignatius] **Leo** (1863–1944)
amer. lekarz geriatra i farmakolog, prekursor i „ojciec geriatrii amerykańskiej” – założyciel Nowojorskiego Tow. Geriatrycznego (1915), członek-założyciel i honorowy przewodniczący Amer. Tow. Geriatrycznego (1942), autor pierwszego podręcznika → geriatrii (1914 a). Urodził się w Wiedniu w rodzinie żydowskiej, w roku 1866 wyemigrował wraz z → rodziną do Stanów Zjednoczonych, otrzymując następnie obywatelstwo amer.. Ukończył studia w College of Pharmacy (1882) i studia medyczne na obecnym Uniwersytecie Columbia w Nowym Jorku (1885), uzyskując stopień doktora medycyny. Od roku 1885 kierował kliniką w Mount Sinai Hospital, równolegle prowadził praktykę prywatną i pracował w Jewish Home and Hospital for Aged w Nowym Jorku. Wykładał geriatrię w szkołach medycznych w Nowym Jorku, Bostonie i Chicago. W 1907 roku Nascher na posiedzeniu Nowojorskiej Akad. Nauk wygłosił wykład, w którym po raz pierwszy użył określenia „geriatria”, upowszechnionego w kolejnych publikacjach (Nascher, 1909 a, 1911 a), zaś w 1914 ogłosił drukiem obszerny podręcznik medycyny geriatrycznej, traktujący o normalnych i patologicznych zmianach w okresie → starości. Zajmował się przede wszystkim geriatrią, a zwłaszcza problematyką starzenia się umysłu, → długowieczności ludzkiej i „drugiej młodości”, historią geriatrii, patologią → starzenia się, seksualnością w → wieku podeszłym

i → opieką medyczną w okresie starości (Nascher, 1909 b, 1910, 1911 a, 1911 b, 1913, 1914, 1915, 1916, 1919, 1926, 1944). Ustanowiono: Nagrodę Nascher/Manning Award Amer. Tow. Geriatrycznego (1987) oraz Nagrodę Ignatius-Nascher-Preiss (2000), przyznawaną przez miasto Wiedeń za osiągnięcia w zakresie geriatrii, → rehabilitacji i → opieki długoterminowej.

AAZ

B: Clarfield, 1990; Cohen, 2014; Freeman, 1961; Libow, 2004; Nascher, 1909 a, 1909 b, 1910, 1911 a, 1911 b, 1913, 1914, 1915, 1916, 1919, 1926; Ozarin, 2008.

N: https://archive.org/details…

O: geriatria, opieka geriatryczna.

„nasze czasy”

→ Czas w okresie → starości ma szczególne znaczenie. Upływ czasu odczuwa się jako nieodwracalny, ale ważny jest czas bieżący – teraźniejszość, choć często tracimy nad nią panowanie. Nie pamiętamy, co robiliśmy, gdzie położyliśmy ważne przedmioty. Ten czas jest niekiedy ciężarem, nudnym → czasem wolnym, samotnością, obowiązkiem przeżywania go w sposób zorganizowany. Płynie szybciej, gdy się starzejemy – jak pisze znany psycholog Douwe Draaisma. Zachowujemy w → pamięci czas przeszły, szczególnie wydarzenia dotyczące naszego → życia. Mamy dobrą pamięć autobiograficzną, w tym → „pamięć serca”, dotyczącą tych spraw, które były nam bliskie i dla nas ważne. Do elementów „pamięci serca” można zaliczyć pojęcie-zjawisko „nasze czasy” – pamięć o przeszłości zabarwioną emocjonalnie, przekształconą w mit, i idealizującą miniony czas. Przeszłość określona „nasze czasy” jawi się zawsze jako lepsza i radośniejsza. I tak np. lata były słoneczne i upalne, zimy mroźne, ale piękne i śnieżne, mieliśmy dobre buty, futra, czapki, rękawice itp. Dobrze spaliśmy, jedzenie miało dobry smak, jaja, sery, mięso, wędliny smakowały inaczej, Również ludzie wydawali się serdeczni, uczciwi, życzliwi, sprawiedliwi i odpowiedzialni. Ten rodzaj pamięci dotyczy nie tylko rzeczy i ludzi, ale także miejsc. Takim mitycznym miejscem na ziemiach polskich była Galicja – wschodnia część Polski w zaborze austriackim. Pod rządami cesarza Franciszka Józefa I (1830–1916) Galicja wydawała się krainą spokoju, prawości, rozwoju kultury i nauki. Generacja pradziadków i pokolenie dziadków wspominało czasy Franciszka Józefa jako złoty okres, a portret tego cesarza wisiał w wielu domach i przechowywany był na strychu bardzo długo. Uformował się w Polsce mit Galicji z Franciszkiem Józefem: mit dobrych, dawnych czasów, które przekształciły się w okres międzywojnia, a potem w czas Polski Ludowej (Purchla i współprac., 2015). Pojęcie „naszych czasów”, choć nie tak określane, występuje w gerontologicznej → teorii stratyfikacji wieku. Uważa się, że poszczególne → kohorty wiekowe, osoby urodzone w tym samym czasie, tworzą zwarte, bliskie sobie grupy społeczne. Mają podobne wartości, wzory osobowe i cechy społeczne, podobny poziom wykształcenia, stan → zdrowia itp. „Nasze czasy”, czyli mityczny, dobry obraz przeszłości może występować w poszczególnych rocznikach, ale nie on cechuje owe → kohorty; raczej poszukuje się podobnego bądź lepszego wykształcenia, aktywności społecznej czy zdrowia dla kohort wiekowych dzieci urodzonych dwadzieścia lat później. I tak osoby urodzone przed II wojną światową, dziś zbliżające się do 80 r.ż., są w lepszej kondycji od osób urodzonych wcześniej, np. w okresie międzywojennym. Z biegiem lat polepsza się stan zdrowia i podnosi poziom wykształcenia osób starszych. Jednak dla nich „nasze czasy” – choć obiektywnie były trudniejsze – przypadały na okres ich dzieciństwa i młodości, dlatego subiektywnie były lepsze i szczęśliwsze. Nie można dyskutować z mitem „naszych czasów”, trzeba go przyjąć i zrozumieć jako subiektywny stosunek do przeszłości, prawo do mitu, prawo do Arkadii – krainy słońca, radości, spokoju, szczęśliwości i beztroski.

OC

B: Buliński, Olszewski, 2015; Draaisma, 2006; Philibert, 1968; Purchla i współprac., 2015; Reboul, 1992; Szulakiewicz, 2011; Timoszyk-Tomczak, Bugajska, 2012.

O: czas, „Podróż w czasie ‑ warsztat rozwoju osobistego osób starszych.

TK: ang. *“our times”*, fr. *“notre temps”*, hiszp. *“nuestros tiempos”*, niem. *“unsere Zeiten”*, ros. *“наши времена”*.

nauczanie św. Bazylego Wielkiego na temat starości

Bazyli Wielki urodził się ok. 330 roku w Cezarei Kapadockiej, na terenach dzisiejszej środkowej Turcji. Wywodził się z zamożnej → rodziny o chrześcijańskich korzeniach. Miał dziewięcioro rodzeństwa: pięć sióstr i czterech braci. Jego ojciec, także Bazyli, był nie tylko właścicielem znacznych latyfundiów, ale również cenionym retorem oraz pierwszym nauczycielem swojego syna. Dalsze nauki pobierał Bazyli w rodzinnej Cezarei, w szkole retorów, następnie studiował w Konstantynopolu i w końcu w Atenach, gdzie

zaprzyjaźnił się z Grzegorzem z Nazjanzu (ok. 330–ok. 390). Wrócił w ojczyste strony, by nauczać retoryki. Po pewnym czasie porzucił jednak karierę świecką, z pewnością pod wpływem swojej siostry, pobożnej Makryny Młodszej (ok. 327–379) i ok. 358 roku przyjął chrzest z rąk biskupa Cezarei – Dianiosa. Kolejny etap jego → życia związany był z pustelnią w Neocezarei w Poncie, gdzie wraz z Grzegorzem z Nazjanzu ułożył dwie *Reguły* dla mnichów. W 364 następca Dianiosa – Euzebiusz wyświęcił Bazylego na kapłana, natomiast w 370, mając ok. 40 lat, został wybrany na biskupa Cezarei. Chociaż urząd ten pełnił tylko 9 lat, wpisał się znacząco nie tylko w historię Kapadocji, ale także w historię Kościoła. Bazyli prawdopodobnie zm. 1 I 379.

Jako teologowi zawdzięczamy Bazylemu przede wszystkim wypracowanie doktryny trynitarnej. Uściślił bowiem terminologię na podstawie zasady filozofii stoickiej. Greckie słowo *ουσια* [ousia] odniósł do tego, co jest wspólne trzem Osobom Boskim, czyli bóstwo, natomiast w słowie → *θπόστασις* [hypostasis] dostrzegł sposób uczestniczenia w bóstwie. Trzy hipostazy to zatem: ojcostwo, synostwo, uświęcenie, albo niezrodzenie, zrodzenie i tchnienie. W ten sposób powstała ważna formuła: *μια ουσια, τρεις υποστασεις* [mia ousia, treis hypostaseis] – jedna istota, trzy osoby.

Inną zasługą Bazylego jest też niewątpliwie pierwsze dzieło w historii Kościoła w całości poświęcone Duchowi Świętemu. Biskup Kapadocji był też znakomitym kaznodzieją, potrafił dostrzec codzienne problemy mieszkańców tego ubogiego regionu Azji Mniejszej. W kazaniach zwracał uwagę na skutki pijaństwa, na lichwę i bogacenie się kosztem biednych, ale także mówił o moralnej winie tych, którzy sami wpędzali się w nędzę, ponieważ niepotrzebnie zaciągali długi. Dostrzegał dramaty ludzi, którzy zmuszeni byli niekiedy sprzedawać swoje dzieci, by ratować rodzinę przed śmiercią głodową. Bazyli okazał się wielkim społecznikiem. Nie tylko rozdał swój majątek ubogim i protestował przeciwko niesprawiedliwej sytuacji społecznej, ale na przedmieściach Cezarei Kapadockiej, będącej dzielnicą nędzy, zbudował prawdziwe osiedle robotnicze nazwane przez ludność Bazyliadą. Na osiedlu tym znajdowały się: zajazd, przytułek dla starców, szpital z oddziałem dla zakaźnie chorych, kościół, pomieszczenia dla urzędników i rzemieślników, stołówka, w której wydawano nawet bezpłatne posiłki.

Nauczanie i intensywna działalność św. Bazylego Wielkiego naznaczone były troską o ludzi starych. Miało to być może związek z jego stanem zdrowia: mimo młodego jeszcze wieku (miał niespełna 50 lat w chwili śmierci) czuł się fizycznie zmęczony i chory. Zewnętrzny wygląd Bazylego, dosadnie scharakteryzowany przez jego przyjaciela Grzegorza z Nazjanzu, pozwala zrozumieć popularność tego tematu w dziełach świętego, zwłaszcza zaś w korespondencji. Biskup Nazjanzu w jednej ze swoich *Mów* tak o nim napisał: „Wychudzony postami i wycieńczony czuwaniami nocnymi, sprawiał wrażenie istoty pozbawionej prawie zupełnie ciała i krwi" (*Mowa*, 42,44).

→ Starość, wg Bazylego, to przede wszystkim duchowa dojrzałość polegająca na → mądrości życiowej. Biskup nie ma na myśli zdobywania wiedzy, ona bowiem nie czyni człowieka mądrym, jest raczej pogonią za rzeczami marnymi i przemijalnymi. Wyrzuca sobie, że wiele czasu zmarnował, by posiąść wiedzę, „która w oczach Bożych jest tylko ogłupiającą mądrością" (*List*, 223,2). Zdaniem Bazylego dojrzałość duchowa, czyli mądrość, to przede wszystkim → „starzenie się" (w dobrym tego słowa znaczeniu) na poszukiwaniu i poznawaniu Boga.

Ten, kto posiadł życiową mądrość, może (a nawet powinien) dzielić się nią z innymi, przekazując własne doświadczenia. Ludzie starsi stają się dla młodych przewodnikami duchowymi, zwłaszcza wtedy, gdy sami osiągnęli duchową doskonałość (*List*, 276). Starość jednak wiąże się także z fizycznymi i psychicznymi dolegliwościami dotykającymi człowieka w → wieku podeszłym. Bazyli Wielki poświęcił im wiele miejsca, w prowadzonej przez siebie korespondencji (np. *Listy*, 1, 30, 94, 136), znał również ten problem z autopsji, ponieważ wiele razy narzekał na swój stan → zdrowia, czuł się stary i doświadczony → chorobami.

Św. Bazyli znany jest ze swojej wrażliwości na ludzką biedę. Dostrzegał także bezradność starego człowieka,dlatego zwracał w swoim nauczaniu uwagę na obowiązek pomocy ludziom starszym. Sam dawał dobry przykład i nieraz jako biskup interweniował w imieniu starców o zwolnienie ich z obowiązku płacenia podatku (*List*, 84,2, *List*, 309). Bazyli apelował też do dzieci o pomoc materialną i duchową dla ich starych rodziców. Był zdania, że troska o rodziców jest czymś oczywistym, ponieważ wynika z samego prawa naturalnego. Starość, wg św. Bazylego, przypomina człowiekowi o jego przemijaniu i konieczności pożegnania się ze światem ziemskim. Człowiek, rodząc się, zaczyna już powoli umierać i dlatego Bazyli dostrzega potrzebę przygotowania się na → śmierć. Sam podchodzi do niej spokojnie i bez strachu. Uważa, że człowiek powinien akceptować nieubłagany upływ czasu i patrzeć w przyszłość w kategoriach eschatologicznych.

Ocena starości dokonana przez św. Bazylego Wielkiego jest realistyczna i dojrzała. Składa się na nią świadomość uciążliwości, które niesie ze sobą starszy wiek (cierpienie i zniedołężnienie), ale i dostrzeganie tego, co starsi ludzie mogą zaoferować młodym: doświadczenie Boga i życiową mądrość.

BSC

B: Amaducci, Camellini, 2007; Bazyli Wielki, 1947, 1972, 1994–1995, 1999; Czyżewski, 2011; Longosz, 1981; Małunowiczówna, 1976, 1981; Orchowicz, 2010; Weron, 2000; Żurek, 1998.

N: http://prawoslawnikatolicy.pl…

O: starość, starość w nauce Jana Pawła II.

Naugarten Berenice, nazw. rodowe Levin (1916–2001)

amer. psycholog, specjalistka w zakresie psychologii → rozwoju człowieka dorosłego i psychologii → starzenia się. Ukończyła studia w zakresie literatury angielskiej i francuskiej na uniw. Chicago (1936), następnie studia w zakresie psychologii wychowawczej (1937) i uzyskała stopień doktora filozofii (1943) na podstawie rozprawy poświęconej rozwojowi człowieka. Była profesorem uniw. Northwestern i Chicago, oraz współautorką Indeksu Satysfakcji Życiowej (ang. *Life Satisfaction Index* – LSI) – narzędzia do pomiaru → zadowolenia z życia opartego na samoocenie (1961). W drugiej połowie lat 80. XX stulecia zaobserwowała nowe historyczne zjawisko: znaczna grupa ludzi starszych jest bardzo zdrowa, żywotna, bezpieczna finansowo, politycznie aktywna oraz dobrze zintegrowana w swoim życiu rodzinnym i społecznym. Uwzględniając zatem kontekst demograficznego rozwoju, jak również polepszenie stanu funkcjonalnego w starości, B. Neugarten (1986) zaproponowała nowe kategorie w periodyzacji życia ludzkiego, takie jak: „młodzi-starzy" (65–74 lata), „starzy-starzy" (75–84 lata) i „sędziwi starcy" (85+). Zajmowała się problematyką starzenia się i → starości, a zwłaszcza zagadnieniami → pomyślnego starzenia się, kryzysu połowy życia, oraz → menopauzy jako koniecznego doświadczenia traumatycznego w → życiu kobiety. Została wyróżniona złotym medalem Amer. Tow. Psychologicznego za osiągnięcia życiowe w zakresie psychologii (1996) i otrzymała doktorat *honoris causa* Uniw. Katolickiego w Nijmegen (1988). Była przewodniczącą Amer. Tow. Gerontologicznego, członkiem Rady Naukowej Narodowego Inst. Starzenia się oraz członkiem Amer. Akad. Nauk Humanistycznych i Społecznych. Wybór jej prac naukowych ogłosiła drukiem w roku 1996 córka Dail A. Neugarten (1945–2011).

AAZ

B: B. L. Neugarten, 1968, 1973, 1977; B. L. Neugarten, D. A. Neugarten, 1986; D. A. Neugarten, 1996; O'Connell, Russo, 1990.

N: http://psychology.okstate.edu…

neurofizjologiczne metody rehabilitacji osób starszych

oparte na naukach podstawowych: anatomii, fizjologii, patofizjologii, neurologii, biomechanice i różnych relacjach, które zachodzą w organizmie na poziomie komórkowym, tkankowym, narządowym i systemowym. Wykorzystane koncepcje, metody i techniki mają na celu odtworzenie utraconych funkcji bądź ich poprawę na podstawie aktualnej wiedzy wspartej na badaniach naukowych. W trakcie → rehabilitacji osób starszych szczególnie istotne wydaje się wykorzystanie metod neurofizjologicznych u pacjentów z chorobami układu nerwowego i mięśniowego, np. po → udarze mózgu czy u osób ze stwardnieniem rozsianym, a także po urazach (zastosowanie w ortopedii). Metody neurofizjologiczne można wykorzystać również w celu poprawy masy i siły mięśniowej, np. w przypadku → sarkopenii lub → zespołu słabości, jak również w przypadku → osteoporozy. Do koncepcji i metod neurologicznych należy metoda PNF i koncepcja Bobath dla dorosłych.

Metoda PNF (ang. *Proprioceptiv Neuromuscular Facilitation* – torowanie nerwowo-mięśniowe) powstała w latach 1946–1951 w Inst. Kabat-Kaiser w Vallejo (USA). Jej celem jest uzyskanie efektywnej funkcji ruchowej oraz poprawa kontroli motorycznej. Wśród zasad głównych torowania można wyróżnić: 1) stosowanie oporu, który służy uzyskaniu skurczu mięśniowego, zwiększeniu siły mięśniowej, poprawie kontroli motorycznej, pomocy w nauczaniu motorycznym; 2) wykorzystanie zjawiska irradiacji i wzmocnienia, które służy do rozprzestrzenienia odpowiedzi w efekcie stymulacji; 3) proporcjonalny kontakt manualny, który może być wykorzystany do stawiania oporu, wykorzystania odpowiedniego chwytu; 4) odpowiednia praca ciała terapeuty, ułatwiająca prowadzenie i kontrolę ruchu; 5) kontakt słowny, tj. stosowanie komend ułatwiających wykonywanie ruchu; 6) kontakt wzrokowy, czyli wykorzystanie wzroku pacjenta do prawidłowego prowadzenia ruchu; 7) trakcja lub aproksymacja (kompresja), tj. odciągnięcie i docisk powierzchni stawowych; 8) rozciągnięcie (ang.

stretch), wykorzystanie rozciągnięcia mięśni oraz odruchu na rozciąganie do pobudzenia skurczu mięśniowego oraz w celu przeciwdziałania zmęczeniu mięśni; 9) prawidłowa kolejność ruchu (ang. *timing*), ułatwianie sekwencji ruchu poprzez „zmianę prawidłowej kolejności ruchu"; 10) wzorce, czyli synergistyczne ruchy globalne, składowe prawidłowych czynności funkcjonalnych (Adler, Beckers, Buck, 2009).

Twórcami **koncepcji Bobath** (ang. *Bobath Concept*) byli neurolog Karel Bobath (1906–1991) i jego żona, fizjoterapeutka Berta Bobath (1907–1991). Koncepcja zaczęła się rozwijać w 1943 roku i jej rozwój trwa do dziś, gdyż jest sukcesywnie modyfikowana na podstawie nowych doniesień naukowych. Do głównych celów terapii należy osiągnięcie maksymalnej samodzielności pacjenta, co ułatwia ocena tej samodzielności na trzech płaszczyznach: aktywności, struktury i uczestnictwa. Sposób oceny zarówno w metodzie PNF, jak i w koncepcji Bobath opiera się na modelu Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) i umożliwia określenie bliższych i dalszych celów terapii.

Dzięki wykorzystanym technikom można wzmacniać mięśnie szkieletowe bądź je rozluźniać, zmniejszać lub zwiększać napięcie mięśniowe, poprawiać czucie głębokie i powierzchowne, ułatwiać bądź utrudniać wykonanie sekwencji ruchowej, wspomagać wykonywanie czynności życia codziennego, np. z wykorzystaniem pomocy zewnętrznych. Uwagę zwraca się na pracę w łańcuchach zamkniętych. Koncepcja ta jest często wykorzystywana do usprawniania starszych pacjentów po udarze mózgu.

AMB

B: Adler, Beckers, Buck, 2009.

O: indywidualny program rehabilitacji, Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) w rehabilitacji geriatrycznej, rehabilitacja, rehabilitacja medyczna osób starszych.

TK: ang. *neurophysiological methods of rehabilitation of the elderly*, fr. *methods neurophysiologiques de la réadaptation des personnes âgées*, hiszp. *métodos neurofisiológicos de la rehabilitación de las personas mayores,* niem. *neurophysiologische Methoden der Rehabilitation älterer Menschen*, ros. *нейрофизиологические методы реабилитации пожилых людей*.

niedożywienie w starszym wieku

Niedożywienie – zgodnie z definicją ESPEN (*European Society of Parenteral and Enteral Nutrition*) – to „stan wynikający z braku wchłaniania lub braku spożywania substancji żywieniowych, prowadzący do zmiany składu ciała, upośledzenia fizycznej i mentalnej funkcji organizmu oraz wpływający niekorzystnie na wynik leczenia choroby podstawowej".

Wyróżnia się następujące **rodzaje niedożywienia**:

1. **Niedożywienie ilościowe** jest spowodowane niedostateczną podażą pokarmu. Zmniejszanie masy ciała poniżej 5% rocznego zmniejszania masy ciała jest traktowane jako fizjologiczne następstwo procesu → starzenia się. Przekroczenie tej wartości progowej określane jest jako niedożywienie białkowo-energetyczne.
   - **Marasmus** – przewlekłe niedożywienie spowodowane przyjmowaniem mniejszych ilości białka i energii w stosunku do zapotrzebowania. Prowadzi do stopniowego ubytku masy ciała bez zmian w stężeniu albumin we krwi. Pojawienie się w tej sytuacji ostrej → choroby, urazu, zakażenia, dużej operacji może spowodować ciężkie niedożywienie prowadzące do → kacheksji (wyniszczenia).
   - **Kwashiorkor** – zagrażające życiu ostre niedożywienie z hipoalbuminemią, obrzękami, zaburzeniami gospodarki wodno-elektrolitowej i niedokrwistością. Może być następstwem operacji, urazu, ostrej choroby u chorych otrzymujących krystaloidy ze zbyt niską podażą białka. Masa ciała może pozostać niezmieniona lub nawet może się zwiększyć w wyniku zatrzymania wody i obrzęków.
2. **Niedożywienie jakościowe** jest spowodowane niedoborem jednego lub więcej niezbędnych składników pokarmowych w diecie.

Najczęściej rozpoznawane u osób starszych są **niedobory witamin i mikroelementów**: witaminy B_1 (tiaminy) – głównie u alkoholików, witaminy B_2 (ryboflawiny) – głównie u osób przebywających w instytucjach opiekuńczych, witaminy PP (niacyny) – u alkoholików i w zespołach złego wchłaniania, witaminy C – z powodu niedoboru świeżych warzyw i owoców w diecie, witaminy D – w zespołach złego wchłaniania i zbyt małej ekspozycji na słońce, B_{12} – najczęściej z powodu upośledzonego wydzielania czynnika wewnętrznego Castle'a, prowadzi do niedokrwistości megaloplastycznej, witaminy B_6 – zwłaszcza u osób przebywających w instytucjach opiekuńczych i prowadzi do niedokrwistości syderblastycznej, żelaza – niedobór jest związany z pogarszającym się z wiekiem wchłanianiem z przewodu pokarmowego, ograniczeniami dietetycznymi i prowadzi do niedokrwistości syderopenicznej.

Czynniki ryzyka rozwoju niedożywienia u osób starszych:

1. **Przyczyny związane z wiekiem**
   - Całkowita masa ciała u osób zdrowych osiąga wartość szczytową w szóstej dekadzie życia. Wraz z postępującym procesem starzenia dochodzi do zmniejszania masy mięśni szkieletowych, które początkowo jest równoważone przez zwiększenie ilości tkanki tłuszczowej. W następnym okresie zmniejsza się również zawartość tkanki tłuszczowej.
   - Zmniejszenie beztłuszczowej masy ciała jest częściowo związane ze zmniejszeniem ilości hormonów anabolicznych, np. hormonu wzrostu, dehydro-3-epiandrosteronu i hormonów płciowych. Wraz z wiekiem ujawniają się niepożądane następstwa działania wolnych rodników, zwiększonej ilości cytokin (interleukiny-6), czynnika martwicy nowotworów α (TNF-α). Zaniedbania żywieniowe mogą wynikać z pogorszenia zmysłów węchu i smaku, zmniejszenia → aktywności ruchowej, spowolnienia motoryki jelit.
2. **Zaburzenia somatyczne**
   - Nowotwory: układu pokarmowego, wątroby i dróg żółciowych, krwi, płuc, sutka, układu moczowo- płciowego, jajnika, gruczołu krokowego.
   - Choroby układu pokarmowego: choroba wrzodowa, zapalna choroba jelit, zespoły zaburzeń motoryki, przewlekłe zapalenie trzustki, choroby okrężnicy, zaparcie, zanikowe zapalenie błony śluzowej żołądka, choroby jamy ustnej, dysfagia.
   - Zły stan uzębienia lub protez.
   - Choroby psychiczne: → depresja [i zaburzenia nastroju], → utrata osób bliskich.
   - Choroby układu nerwowego: → udar mózgu, stwardnienie rozsiane, → choroba Alzheimera.
   - → Choroby przewlekłe: → cukrzyca, choroby układu sercowo-naczyniowego, choroby płuc, niewydolność nerek.
   - Zakażenia: grzybice, zakażenia pasożytnicze.
   - Choroby zapalne: gruźlica płuc.
   - Następstwa stosowania leków: nudności i wymioty, jadłowstręt, biegunka.
   - Alkoholizm.
3. **Czynniki socjoekonomiczne**

Ryzyko wystąpienia niedożywienia wzrasta w przypadku złej sytuacji materialnej, samotności, utraty współmałżonka, izolacji emocjonalnej, braku właściwej → opieki, niewydolności samoobsługowej.

W badaniu PolSenior niedowaga występowała u 1,5% osób w wieku podeszłym i odnotowano istotny wzrost częstości występowania niedowagi w najstarszej podgrupie wiekowej. Przebywanie w → domach opieki zwiększa częstość występowania niedożywienia. W badaniach szwajcarskich niedożywienie stwierdzono u 37% mieszkających w → domach pomocy społecznej (Olszanecka-Gliniarowicz i współprac., 2012).

Diagnozowanie niedożywienia opiera się na kilku komplementarnych metodach. Podstawą jest dobrze zebrany wywiad żywieniowy i badania antropometryczne. Ubytek 10% masy ciała w ciągu 6 miesięcy lub 5% w ciągu 3 miesięcy wskazuje, wg ESPEN, na ryzyko niedożywienia. Pomocne są badania laboratoryjne: hemoglobina, hematokryt, erytrocyty, leukocyty, albuminy, transferyna, profil lipidowy, kreatynina. Żadne z nich pojedynczo nie diagnozuje niedożywienia u osób starszych. Bardzo ważne jest zebranie informacji dotyczących codziennego funkcjonowania takiej osoby. Wykorzystuje się skale: → Indeks Czynności Życia Codziennego Katza i → Skalę Oceny Złożonych Czynności Życia Codziennego Lawtona, Krótką Skalę Oceny Funkcji Poznawczych (MMSE) i/lub → Geriatryczną Skalę Depresji Yesavage'a (GDS).

W roku 2011 wprowadzono Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie obowiązkowej oceny stanu odżywienia chorych hospitalizowanych (Szczygieł, 2011 – Internet: http://www.mp.pl/…). Wskazano na możliwość wykorzystania kwestionariusza NRS 2002 (uwzględnia pogorszenie stanu odżywienia w związku z ciężkością choroby i wiekiem chorego) bądź kwestionariusza Subiektywnej Oceny Globalnej (*Subjective Global Assessment* – SGA), który jest przeznaczony głównie do oceny ryzyka niedożywienia okołooperacyjnego. W → geriatrii rekomendowany jest kwestionariusz oceny stopnia odżywienia (*Mini Nutritional Assessment* – MNA), uwzględniający subiektywną i obiektywną ocenę odżywienia i/lub niedożywienia, oraz sprawności poznawczej i funkcjonowania psychospołecznego osoby starszej.

Leczenie żywieniowe rozpoczyna się od rozpoznania i leczenia chorób towarzyszących i innych przyczyn niedożywienia. Kolejnym etapem jest wsparcie żywieniowe: zapewnienie odpowiedniej kaloryczności posiłków, zwiększenie ich częstotliwości, zapewnienie przekąsek między posiłkami, wydłużenie czasu przyjmowania posiłków, stosowanie suplementów diety, płynnych odżywek białkowo-energetycznych. W uzasadnionych przypadkach stosuje się karmienie przez sondę.

DBK

B: Olszanecka-Gliniarowicz i współprac., 2012; Sobotka i współprac., 2013.

N: Szczygieł, 2011 – Internet: http://www.mp.pl/…
O: kacheksja, wyniszczenie, żywienie osób starszych.
TK: ang. *malnutrition in old age/malnourishment of elderly people*, fr. *l'malnutrition des personnes âgées*, hiszp. *la malnutrición en edad avanzada*, niem. *Mangelernährung im Alter*, ros. *недоедание в пенсионном возрасте*.

niefarmakologiczne leczenie choroby Alzheimera

jest zespołem oddziaływań psychospołecznych ukierunkowanych na poprawę funkcjonowania osób cierpiących na → chorobę Alzheimera w wymiarach: poznawczym, emocjonalnym, społecznym i fizycznym. To komplementarna wobec farmakoterapii grupa metod wspomagania, stosowanych przede wszystkim, ale nie ograniczonych do początkowych stadiów → choroby. Celem metod niefarmakologicznych jest zmniejszenie i/lub wyeliminowanie objawów psychicznych towarzyszących chorobie. Nie istnieją jednak wystarczające dowody naukowe, jednoznacznie potwierdzające skuteczność tego rodzaju oddziaływań. Wykazano dotychczas ich korzystny wpływ na zmniejszenie zaburzeń zachowania występujących u osób chorych. Metody te stanowią jednak ważną grupę działań terapeutycznych z racji niespecyficznego działania, dającego możliwość ich zastosowania u większości pacjentów. Nie wszystkie z nich wymagają również specjalistycznego przygotowania, dlatego mogą być samodzielnie stosowane przez → opiekunów [osób starszych] w codziennym kontakcie z chorymi. Postulowane jest wdrażanie działań niefarmakologicznych uprzednio do farmakoterapii, która odpowiednio zweryfikowana pod względem konieczności zastosowania, pełnić ma funkcję pomocniczą w całości procesu terapeutycznego.

Wyróżnić można dwie główne grupy oddziaływań niefarmakologicznych: 1) ukierunkowane na poprawę funkcji poznawczych; 2) mające na celu poprawę stanu psychicznego, kontaktów społecznych i → jakości życia osób chorych. Do pierwszej z nich zaliczyć można: trening orientacji w rzeczywistości, trening → pamięci, terapię reminiscencyjną. W drugiej mieszczą się: terapia zajęciowa, różnorodne formy → arteterapii, terapia walidacyjna, ruchowa, organizacja → czasu wolnego i kontaktów ze środowiskiem. Wymienione rodzaje terapii nie mają charakteru rozłącznego, rezultaty oddziaływań kognitywnych mogą korespondować z pozytywnymi zmianami w zakresie psychospołecznym i na odwrót. Całościowe ujęcie procesu terapeutycznego przynosi najkorzystniejsze efekty.

Usprawnianiu funkcji poznawczych: pamięci, myślenia, koncentracji uwagi, procesów planowania i rozwiązywania problemów służy trening orientacji w rzeczywistości (TOR), mający na celu poprawę funkcjonowania chorego w jego codziennym środowisku. W zależności od stadium choroby polegać może na cyklicznym, indywidualnym lub grupowym dostarczaniu i powtarzaniu informacji o aktualnej rzeczywistości, dotyczącej chorego i jego otoczenia: na wspólnej lekturze gazet, oglądaniu programów informacyjnych, rozmowach na bieżące tematy, a przy większym zaawansowaniu choroby na powtarzaniu podstawowych danych: nazwiska, miejsca zamieszkania, aktualnej daty, pory dnia, imion współdomowników. Korzystanie z odpowiednich rozmiarów zegara, kalendarza, sporządzanie notatek, list zajęć, umieszczanie podpisów na wybranych elementach otoczenia sprzyjać może realizacji celów TOR, do których należy zmniejszenie niepokoju związanego z trudnościami w zrozumieniu otoczenia oraz zwiększenie poczucia bezpieczeństwa u chorego.

Trening pamięci służy podtrzymywaniu zachowanych funkcji poznawczych i realizowany może być w formie ćwiczeń słowno-logicznych, konstrukcyjno-przestrzennych i językowych. Polegają one na zapamiętywaniu różnorodnych informacji: słówek, tekstów, wzorów, dat i wydarzeń, nazwisk, imion, nazw przedmiotów. Realizowane są indywidualnie lub w grupie z uwzględnieniem możliwości poznawczych poszczególnych uczestników. Wykorzystywane są również komputerowe programy rehabilitacji neuropsychologicznej w formie tzw. treningu wielowymiarowego, którego poszczególne elementy dotyczą wybranych funkcji poznawczych i są odpowiednio dobierane do potrzeb osoby chorej. Istotną zasadą w realizacji ćwiczeń kognitywnych jest dostosowanie poziomu ich trudności do indywidualnych możliwości podopiecznych. Zadania zbyt łatwe i zbyt trudne mogą zniechęcić chorego do uczestnictwa w działaniach terapeutycznych.

Terapia reminiscencyjna polega na wykorzystaniu faktów i wydarzeń z przeszłości w celu wzmocnienia poczucia tożsamości chorego, zmniejszenia poczucia zagubienia i izolacji, poprawy samopoczucia i komunikacji z otoczeniem. Przybiera postać rozmów na tematy z przeszłości z wykorzystaniem starych przedmiotów, muzyki, filmów, fotografii i innych materiałów dotyczących wcześniejszych okresów życia uczestników. Atutem tej formy terapii jest możliwość dotarcia do ukrytych, często znacznie lepiej zachowanych śladów pamięciowych, które stanowią cenne źródło informacji

nie tylko wzmacniających poczucie tożsamości chorego, ale również ułatwiających z nim komunikację oraz dostosowanie działań opiekuńczych i terapeutycznych do jego osobistych uwarunkowań i potrzeb.

Terapia zajęciowa jest jedną z głównych metod oddziaływań niefarmakologicznych, służących poprawie funkcjonowania psychospołecznego i jakości życia osób cierpiących na chorobę Alzheimera. Ukierunkowana jest na utrwalanie u chorego umiejętności jeszcze zachowanych oraz przywracanie tych, które zostały niedawno utracone, poprzez podejmowanie różnych form aktywności. Wskazane jest, aby nawiązywały one do czynności i doświadczeń dnia codziennego, np. porządkowania, przygotowywania posiłków, czynności higienicznych. Pozwala to na przywrócenie zapomnianych umiejętności samoobsługowych, a także sprzyja poprawie sprawności percepcyjno-motorycznej. Bliska terapii zajęciowej jest ergoterapia, czyli terapia pracą, służąca zdynamizowaniu procesów psychomotorycznych → seniorów poprzez podejmowanie celowej aktywności. Wykonywana przez chorego praca zapobiega wytwarzaniu postawy bezradności, sprzyja strukturalizacji czasu, a poprzez widoczne rezultaty wzmacnia poczucie własnej wartości i łagodzi występujące objawy psychotyczne.

Znaczący obszar działań niefarmakologicznych stanowi terapia przez sztukę, wykorzystująca różnorodne środki artystyczne, takie jak: muzyka, taniec, malarstwo, rysunek, rzeźba, film, poezja. Służy poprawie samopoczucia, sprzyja nawiązywaniu kontaktów społecznych, a także rozwijaniu niewerbalnych sposobów komunikacji własnych przeżyć i emocji. Daje również poczucie satysfakcji ze zrealizowanych dzieł, zwłaszcza wtedy, gdy są one odpowiednio wyeksponowane. Szczególnie pozytywną rolę w terapii osób z chorobą Alzheimera odgrywa → muzykoterapia. Muzyka często stanowi klucz do zapomnianych doświadczeń i przeżyć osób chorych, również tych z zaawansowanym stopniem objawów demencyjnych. Słuchanie i wykonywanie (śpiew, gra na instrumentach) znanych oraz lubianych utworów muzycznych sprzyja poprawie nastroju, podejmowaniu aktywności, a także łagodzeniu zaburzeń zachowania, niwelowaniu objawów niepokoju, lęku i agresji. Sprzyja również nawiązywaniu i podtrzymywaniu kontaktów społecznych.

Zróżnicowane formy plastykoterapii (malowanie, rysowanie, lepienie, wycinanie, kolorowanie), dobrane stosownie do sprawności, przede wszystkim manualnej, osób chorych, wykonywane grupowo i indywidualnie, samodzielnie lub wspólnie z terapeutą, służą usprawnianiu motoryki małej, ćwiczeniu koncentracji i pamięci, a także wzmacnianiu interakcji społecznych, jak i wyciszaniu zaburzeń zachowania.

Korzystne rezultaty dla poprawy kondycji psychofizycznej osób z → otępieniem przynosi terapia ruchem obejmująca zarówno wybrane formy sportowe (np. → *nordic walking*, ćwiczenia z przyrządami), jak i proste ćwiczenia fizyczne (gimnastyka, spacery). [W Centrum Choroby Alzheimera Uniwersytetu Northwestern w Chicago realizowane są badania nad wykorzystaniem ćwiczeń aerobowych i/lub gimnastyki rytmicznej, czyli → aerobiku, do poprawienia procesów poznawczych i snu u pacjentów z chorobą Alzheimera (Zych, 2017) – przyp. red.]. Sprzyjają one utrzymaniu ogólnej sprawności fizycznej, zachowaniu pamięci ruchowej, jak również wyciszeniu nadmiernej aktywności chorych, przejawiającej się m.in. w ciągłym chodzeniu. → Aktywność ruchowa sprzyja również podtrzymaniu sprawności intelektualnej, wykonanie ćwiczeń wymaga bowiem ich zrozumienia, zapamiętania i odtworzenia. Służy także poprawie samopoczucia psychicznego, dzięki możliwości rozładowania napięć emocjonalnych w formie fizycznej.

Dowartościowanie odczuć i przeżyć osoby chorej jest głównym wymiarem terapii walidacyjnej, określanej również metodą komunikacji z chorym. Polega ona na empatycznym słuchaniu i potwierdzaniu komunikowanych przez chorego spostrzeżeń. Techniki walidacji służą budowaniu poczucia akceptacji oraz zrozumienia u chorego, przyczyniając się do tworzenia pozytywnego klimatu emocjonalnego, służącego wyrażaniu siebie i swoich przeżyć. W praktyce walidacja przejawia się bądź to w udzielaniu wzmacniających informacji zwrotnych w formie parafrazy, bądź powtórzenia wypowiedzi pacjenta, lub też w pełnej zrozumienia obecności, dającej poczucie bezpieczeństwa i ważności. Działania walidacyjne w sytuacjach konfrontacji nie mają na celu usilnego wyprowadzania chorego z błędów w postrzeganiu rzeczywistości. Przy pomocy empatycznego opiekuna chory może wrócić do wydarzeń z przeszłości, wyartykułować swoje przeżycia, co z kolei przyczynia się do redukcji niepokoju i zachowań agresywnych. Autorką, realizatorką i propagatorką metody walidacji jest Naomi Feil, amer. gerontolog i pracownik socjalny, mająca doświadczenie wieloletniej pracy terapeutycznej z osobami starszymi oraz szkoleniowej z ich opiekunami.

Ważnym wymiarem oddziaływań niefarmakologicznych jest także organizacja czasu wolnego i kontaktów ze środowiskiem. Wspólne świętowanie uroczystości, wycieczki, spacery, realizacja hobby są okazją do stymulacji poznawczej i podtrzymania interakcji społecz-

nych. Uczestnicząc w nich sposób bierny lub czynny, osoby chore czerpią poczucie satysfakcji, zaspokajają potrzebę przynależności i bycia potrzebnym, w szczególności gdy są to działania o charakterze międzypokoleniowym.

Działania niefarmakologiczne obejmują również sposoby postępowania z chorym w środowisku domowym. Do głównych zasad zaliczyć można: wprowadzenie stałego harmonogramu dnia – uproszczenie czynności proponowanych choremu stosownie do jego możliwości, oraz sekwencyjne (krok po kroku) udzielanie wskazówek, w jaki sposób je wykonać. Ponadto planowanie zajęć tak, aby uniknąć przemęczenia chorego, unikanie pośpiechu przy wykonywaniu zadań i tworzenie przyjaznej, spokojnej, pozbawionej nadmiernej ilości bodźców atmosfery. Wreszcie ważne jest nieokazywanie zdenerwowania z powodu zachowania chorego, co sprzyja poprawie jego codziennego funkcjonowania. Zasady te stosuje się w przypadku wszystkich oddziaływań o charakterze psychospołecznym. Dodatkowo zadbać należy o to, aby proponowane ćwiczenia wykorzystywały umiejętności chorego oraz oparte były na odpowiednio wyważonych wymaganiach – stanowiły pewnego rodzaju wyzwanie, które znajduje się w polu możliwości chorego – wskazana jest zachęta i pomoc, ale nie wyręczanie bądź przymus w ich wykonywaniu.

Realizowane są również programy terapeutyczne opierające się na zintegrowanym podejściu zarówno pod względem stosowanych metod, jak i uwzględniania kontekstu środowiskowego, w którym funkcjonuje osoba chora. Przykładem takiego rozwiązania jest autorska koncepcja *Selbsterhaltungstherapie* (SET), czyli Terapii Stabilizujacej Tożsamość (TST) Barbary Romero (2001). Jej celem jest jak najdłuższe utrzymanie poczucia osobistej tożsamości, ciągłości i spójności u pacjentów z postępującymi procesami otępienia oraz podtrzymania systemu → wsparcia społecznego poprzez pracę terapeutyczną z opiekunami. Głównymi filarami oddziaływań terapeutycznych są: wsparcie psychoterapeutyczne, trening samowiedzy, wspomaganie satysfakcjonujących → aktywności życia codziennego, wzmacniająca komunikacja w opiece. Wykorzystywane są odpowiednio zaadaptowane elementy terapii: środowiskowej, walidacyjnej, reminiscencyjnej i → psychoterapii. Oddziaływania te wspierane są, stosownie do potrzeby, farmakoterapią. Proces terapeutyczny realizowany jest w formie stacjonarnych, kilkutygodniowych pobytów osób chorych i ich opiekunów w Ośrodku Terapii Chorób Otępiennych (*Alzheimer Therapiezentrum* – założonym przez Romero w 1999 przy Klinice Neurologicznej w Bad Aibling w Niemczech). Mają one na celu przygotowanie osoby chorej i jej opiekuna do życia w środowisku z postępującą → chorobą przewlekłą. W literaturze fachowej wskazywane są pozytywne rezultaty tego rodzaju działań, takie jak: redukcja symptomów → depresji [i zaburzeń nastroju], zaburzeń afektywnych i behawioralnych występujących u uczestniczących w programie osób chorych, a także zmniejszenie objawów depresyjnych, niepokoju, zmęczenia psychicznego oraz poprawa nastroju u ich opiekunów. TST może być stosowana u osób chorych w różnym wieku, niezależnie od stopnia zaawansowania otępienia.

Stosowanie zróżnicowanych metod terapii niefarmakologicznej sprzyja podtrzymaniu sprawności psychofizycznej osób cierpiących na chorobę Alzheimera, współwystępujących zaburzeń zachowania, utrzymywaniu interakcji społecznych oraz poprawie jakości życia zarówno chorych, jak ich opiekunów i rodzin. Zespół ekspertów → Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego rekomenduje zastosowanie pozafarmakologicznych metod i/lub form terapeutycznych przed lub równolegle do leczenia farmakologicznego. Stanowią one istotną w stosunku do farmakoterapii alternatywę, której skuteczność stanowi przedmiot aktualnych badań z zakresu medycyny i → gerontologii (Kłoszewska, 2012).

KU-S

B: Ballard i współprac., 2011; Borzym, 2010; Długosz-Mazur, Bojar, Gustaw, 2013; Gräsel, Wiltfang, Kornhuber, 2003; Horbulewicz-Morzycka, 1998; Kłoszewska, 2012; Nowicka, Baziuk, 2011; Romero, Wenz, 2001; Tondi i współprac., 2007; Zeisel, Raia, 2000; Zych, 2017.

O: Alzheimer Alois, choroba Alzheimera, otępienie, otępienie typu alzheimerowskiego, zespół otępienny.

TK: ang. *non-pharmacological treatment for Alzheimer's disease*, fr. *les traitements non pharmacologiques de la maladie d'Alzheimer,* hiszp. *las terapias no farmacológicas en la enfermedad de Alzheimer*, niem. *die nicht-pharmakologische Therapie der Alzheimer-Krankheit/die nicht-medikamentöse Behandlung der Alzheimer-Krankheit*, ros. *нефармакологическое лечение болезни Альцгеймера/комбинированная терапия болезни Альцгеймера.*

niemoc płciowa (impotencja)

w sensie medycznym jest to obniżona zdolność do osiągnięcia i/lub utrzymania erekcji bądź ejakulacji wystarczającej do satysfakcjonującej aktywności sek-

sualnej. Występuje najczęściej u mężczyzn powyżej 50. r.ż., ale zdarza się też wcześniej. Termin „impotencja" [od łac. *impotentia* – omdlałość, słabość, brak panowania] dosłownie oznacza „brak siły, lub wiedzy, całkowitą niemożność lub słabość, bezsilność", ma pejoratywny, stygmatyzujący wydźwięk emocjonalny, gdyż wiąże się z kulturowym zaprzeczeniem męskości. W średniowieczu uważano, że impotencja jest dziełem szatana, dlatego też w leczeniu tego schorzenia brali udział egzorcyści. Pierwszy medyczny opis impotencji pochodzi z książki wydanej w 1883 roku przez Williama A. Hammonda (1828–1900) pt. *Seksualna impotencja u mężczyzn* (*Sexual impotence in the male*). Dynamiczny rozwój wiedzy na temat impotencji w XX wieku rozpoczyna się od prac Zygmunta Freuda (1856–1939) nad psychologią reakcji seksualnych człowieka.

W 1980 roku termin „impotencja" zniknął z Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (*International Classification of Diseases* – ICD-10). W terminologii medycznej proponuje się używanie pojęcia „zaburzenia erekcji członka" (ang. *erectile dysfunction* – ED) jako precyzyjniejszego pod względem medycznym terminu, który w odróżnieniu od „impotencji" nie ma negatywnego i ironicznego zabarwienia. Zaburzenia erekcji zalicza się do najczęstszych dysfunkcji seksualnych u mężczyzn, same w sobie nie są → chorobą, lecz tylko jej objawem. Mogą być pochodzenia organicznego (50–80%), psychogennego (10–50%) lub organiczno-psychogennego (występują najczęściej).

Przyczyny organiczne występują częściej u starszych mężczyzn i są spowodowane zmianami: naczyniowymi (→ cukrzyca); chorobami układu naczyniowo-sercowego (uogólniona → miażdżyca naczyń, → nadciśnienie tętnicze); stanami po zabiegach urologicznych (operacje prostaty),

urazami narządów płciowych; zaburzeniami hormonalnymi (choroby tarczycy, akromegalia, → andropauza); chorobami wątroby (marskość); niewydolnością nerek; chorobami neurologicznymi (padaczka, → choroba Parkinsona, stwardnienie rozsiane, → choroba Alzheimera, stany po → udarach mózgu); chorobami rdzenia kręgowego (wypadki, urazy).

Przyczyny psychogenne występują szczególnie często u młodych mężczyzn, poniżej 35. r.ż., rzadko towarzyszą im zmiany somatyczne. Ci pacjenci wymagają leczenia przez seksuologów i/lub psychologów. Zaburzenia erekcji mogą być również następstwem: nadużywania alkoholu; palenia tytoniu; używania narkotyków; nadmiernej masy ciała (→ otyłości), stosowania leków (przeciwnadciśnieniowych, przeciwdepresyjnych, nasennych); nasilonego lub długotrwałego → stresu.

Impotencję można podzielić na pierwotną i wtórną (występującą po okresie prawidłowego funkcjonowania seksualnego). Występuje również względna niemoc płciowa, która dotyczy tylko określonej kobiety, przy zachowaniu potencji w relacjach z innymi. Od impotencji należy odróżnić niezdolność do zapłodnienia, która może być spowodowana zmianami składu lub ilości nasienia, przy całkowitej sprawności w odbywaniu stosunków płciowych (Zych, 2017). U kobiet analogicznym do impotencji pojęciem jest tzw. oziębłość płciowa (ang. *frigidity*), nazwa również wycofana od 1980 z DSM III i rzadko używana w piśmiennictwie medycznym z uwagi na jej pejoratywne implikacje oraz brak diagnostycznej precyzji. Określeniem zastępczym jest hipolibidemia oznaczająca obniżenie popędu płciowego, polega na braku lub zubożeniu fantazji erotycznych i potrzeby podejmowania aktywności seksualnej (http://www.impotenceworld…). Zespół obniżonego pożądania (ang. *hypoactive sexual desire disorder* – HSDD) dotyczy ponad połowy kobiet w wieku menopauzalnym. Zahamowanie produkcji estrogenów u kobiet skutkuje występowaniem wielu objawów bezpośrednio lub pośrednio wpływających na ich seksualność: zmniejszone odczuwanie podniecenia, przyjemności seksualnej, zmniejszona motywacja do inicjowania kontaktów seksualnych. W związku z obniżonym poziomem hormonów zarówno u kobiet, jak i mężczyzn aktywność płciowa słabnie z wiekiem. Jest to zjawisko złożone, uwarunkowane m.in. częstotliwością kontaktów płciowych we wcześniejszych fazach życia, kondycją fizyczną i psychiczną oraz czynnikami społecznymi (Zych, 2013).

Wprowadzony w 1998 roku na rynek sildenafil, nazwa handlowa leku oryginalnego viagra, oraz późniejsze pochodne preparaty wardenafilu i tadafilu (levitra i cialis), wpłynęły na dotychczasowe metody leczenia mężczyzn z zaburzeniami erekcji. Substancje te działają poprzez wspomaganie rozkurczu naczyń krwionośnych, zwiększając napływ krwi do prącia podczas podniecenia seksualnego. Leki tego typu trzeba jednak ostrożnie stosować u pacjentów z chorobami układu krążenia i/lub u osób powyżej 65. r.ż.

MMB

A: ED (ang., niem).

B: Gregoire, Pryor, 1994; Hammond, 1883; Jakubczyk, Trupens, 2006; Leibum i współprac., 2006; Leibum, Rosen, 2005; Semczuk, Kurpisz, 2006; Zych, 2001, 2013, 2017.

N: http://www.impotenceworld…; https://archive.org/details…; https://pl.wikipedia.org…

O: gerontoseksuologia, potrzeby psychoseksualne osób starszych, potrzeby seksualne w okresie starości, seksualność osób starszych.
S: dysfunkcja erekcji, zaburzenia erekcji, zaburzenia potencji płciowej, zaburzenia wzwodu członka.
TK: ang. *impotence/sexual impotence/impotency/erectile dysfunction* [ED], fr. *l'impuissance sexuelle* ou *dysfunction erectile*, hiszp. *la disfunción erectile/impotencia*, niem. *Impotenz/erektile Dysfunktion* [ED] oder *Abkürzung ED/Erektionsstörung/Potenzstörung*, ros. *импотенция/эректильная дисфункция/дисфункция эрекции*.

niepełna sprawność → niepełnosprawność

niepełnosprawność (niepełna sprawność)

jest stanem wynikającym z ograniczenia lub braku zdolności do wykonywania określonych czynności w sposób i/lub w granicach uznawanych za prawidłowe dla istoty ludzkiej. Według ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) jest to stan, w którym z powodu braków wrodzonych lub nabytych, fizycznych bądź umysłowych zdolności – osoba jest całkowicie lub częściowo niezdolna do zaspokajania swoich potrzeb niezbędnych do prowadzenia normalnego życia na poziomie indywidualnym lub społecznym (1975). WHO przyjęła oraz ogłosiła Międzynarodową Klasyfikację Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń, w której to koncepcja niepełnosprawności określona została jako biologiczna (International Classification…, 1980 – Internet: http://whqlibdoc…, 3 International Classification…, 1997 – Internet: http://www.aihw.gov.au/…).

W procesie powstawania niepełnosprawności bądź stawania się osobą niepełnosprawną w koncepcji tej przyjęto trzy następujące kategorie:

- **uszkodzenie** (ang. *impairment*) – oznacza wszelki brak lub anormalność anatomicznej struktury narządów oraz brak lub zaburzenie funkcji psychicznych lub fizjologicznych organizmu, na skutek określonej wady wrodzonej, → choroby lub urazu;
- **niepełnosprawność funkcjonalna** (ang. *disability*) – oznacza wszelkie ograniczenie lub brak wynikający z uszkodzenia, zdolności wykonywania czynności w sposób i w zakresie uważanym za normalny dla człowieka;
- **upośledzenie** i/lub **niepełnosprawność społeczna** (ang. *handicap*) – oznacza mniej uprzywilejowaną lub mniej korzystną sytuację danej osoby, wynikającą z uszkodzenia i niepełnosprawności funkcjonalnej, która ogranicza lub uniemożliwia jej wypełnianie ról związanych z jej wiekiem, płcią, oraz sytuacją społeczną i kulturową.

W 1997 roku WHO przedstawiła zmodyfikowaną i skorygowaną wersję klasyfikacji pn. Międzynarodowa Klasyfikacja Uszkodzeń, Działań i Uczestnictwa z podtytułem Podręcznik Wymiarów Niepełnosprawności i Funkcjonowania (International Classification, 1997) opartą na tzw. biopsychospołecznej koncepcji niepełnosprawności, która stara się połączyć biologiczną i społeczną koncepcję niepełnosprawności. Człowiek funkcjonuje na trzech poziomach:

- **biologicznym** – zniesienie, ograniczenie lub zaburzenie przebiegu funkcji organizmu w zależności od stopnia i zakresu uszkodzenia jego organów lub układów;
- **jednostkowym** – ograniczenie aktywności i działania;
- **społecznym** – ograniczenie uczestnictwa w życiu społecznym i/lub funkcjonowania społecznego.

Przeciętny człowiek, tzw. pełnosprawny, funkcjonuje na normalnym poziomie, ustalonym przez przyjęte normy lub standardy zdrowotne oraz przyjęte w danym społeczeństwie formy zachowania się. Poziom funkcjonowania człowieka może jednak być obniżony w stosunku do tych norm i standardów, na skutek złego stanu → zdrowia, a więc na skutek wady wrodzonej, choroby, urazu lub zmian starczych.

Niepełnosprawna osoba

Zgodnie z definicją WHO jest „[…] to osoba o naruszonej sprawności psychofizycznej, powodującej ograniczenie funkcjonalne sprawności lub aktywności życiowej w stopniu utrudniającym pełnienie właściwych dla niej ról społecznych". W polskim prawie pojęcie „osoby niepełnosprawnej" pojawiło się w 1982 roku w Uchwale Sejmu w sprawie inwalidów i osób niepełnosprawnych. W następnych latach podejmowano wiele prób zdefiniowania tego pojęcia. Najnowsza i będąca w powszechnym użyciu jest definicja zawarta w ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Ustawa z 27 VIII 1997 roku), która brzmi: **„Niepełnosprawnymi są osoby, których stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza bądź uniemożliwia wypełnianie ról społecznych, a w szczególności ogranicza zdolności do wykonywania pracy zawodowej"**.

Definicja ta daje podstawy do określenia trzech stopni niepełnosprawności, a mianowicie:

- **znaczny stopień niepełnosprawności** – określa osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w wa-

runkach pracy chronionej i wymagającą – w celu pełnienia ról społecznych – stałej lub długotrwałej → opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji;
- **umiarkowany stopień niepełnosprawności** – określa osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej lub wymagającą czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych;
- **lekki stopień niepełnosprawności** – określa osobę o naruszonej sprawności organizmu, powodującej w sposób istotny obniżenie zdolności do wykonywania pracy, w porównaniu ze zdolnością, jaką wykazuje osoba o podobnych kwalifikacjach zawodowych z pełną sprawnością psychiczną i fizyczną, lub mającą ograniczenia w pełnieniu ról społecznych dające się kompensować przy pomocy wyposażenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze lub środki techniczne.

W definicjach tych zawarte są obok kryteriów zawodowych kryteria społeczne: zdolność do samodzielnej egzystencji i konieczność pomocy lub opieki ze strony innych osób (Opioła, 2013).

Dodatkowo niepełnosprawność możemy podzielić na cztery rodzaje.

Niepełnosprawność sensoryczną, do której zalicza się osoby:
- niewidome i słabowidzące,
- niesłyszące i słabosłyszące,
- głuchoniewidome.

Niepełnosprawność fizyczną, do której zalicza się osoby:
- z uszkodzonym narządem ruchu,
- z przewlekłymi schorzeniami narządów wewnętrznych.

Niepełnosprawność psychiczną, do której zalicza się osoby**:**
- umysłowo upośledzone z niesprawnością intelektualną,
- psychicznie chore z zaburzeniami osobowości i zachowania.
- **Niepełnosprawność złożoną,** którą dotknięte są osoby z więcej niż jedną niepełnosprawnością: wystąpić tu mogą połączenia różnych, wymienionych powyżej niepełnosprawności.

Dane statystyczne dotyczące skali niepełnosprawności

Ekspertyzy i badania, prowadzone pod auspicjami WHO, wykazują, że ponad 650 mln osób na świecie jest niepełnosprawnych w następstwie psychicznych, fizycznych oraz sensorycznych niesprawności. Stanowi to ok. 10% światowej populacji. Około 25% każdego społeczeństwa to ludzie dotknięci niepełnosprawnością. Przyczynami niepełnosprawności wg WHO są: schorzenia somatyczne (20%), wypadki i urazy (15%), choroby psychiczne (15%), wrodzone zniekształcenia (10%) i opóźnienia w rozwoju umysłowym (7%).

Na podstawie badań stanu zdrowia ludności Polski Główny Urząd Statystyczny (GUS) podaje, że w Polsce jest kilkanaście procent osób niepełnosprawnych (stat.gov.pl). Wyniki Narodowego Spisu Powszechnego (NSP) z 2011 roku wykazały, że odsetek niepełnosprawnych osób wynosił 12,2%, a w 2002 roku było to 14,3% (Zych, 2013; Zych, 2017). W roku 2011 wykazano, iż znaczny stopień niepełnosprawności dotyka 27,4% objętych spisem, umiarkowany stopień niepełnosprawności – 40,5%, a lekki stopień niepełnosprawności – 32,1%. Połowa z nich to osoby w wieku produkcyjnym, u których tylko 4% miało wykształcenie wyższe, a 48% podstawowe i niepełne podstawowe.

Niepełnosprawna osoba starsza

Występowanie niepełnosprawności nasila się z wiekiem. W populacji generalnej osoby starsze stanowią stale wzrastającą liczebnie grupę społeczną, a wraz z zaawansowaniem wieku obserwowany jest spadek sprawności funkcjonalnej (Bień, 2003; Synak, 2003) NSP z roku 2002 wykazał, że 60% ogółu niepełnosprawnych w Polsce stanowią osoby w → wieku poprodukcyjnym, co trzeci Polak (34,3%) w wieku 55–64 lat jest niepełnosprawny, a po przekroczeniu 75. r.ż. – co drugi (48,4%). Niepełnosprawne osoby starsze są zależne od najbliższego otoczenia i często wymagają czasowej lub stałej opieki i pomocy. W grupie starszych osób niepełnosprawnych 10% to osoby całkowicie niesamodzielne, a 78% tych ludzi wskazuje na znaczne ograniczenia (Głębocka, Szarzyńska, 2005; Synak, 2003). Można mówić o:
- pierwotnej niepełnosprawności inwolucyjnej, wynikającej z fizjologicznego procesu starzenia się, spotęgowanego zmianami patologicznymi, które upośledzają funkcje różnych narządów;
- wtórnej niepełnosprawności inwolucyjnej, wynikającej ze wzmożonej zachorowalności na różne choroby geriatryczne, które przyspieszają powstawanie niepełnosprawności lub ją pogłębiają.

Niepełnosprawność jest zjawiskiem wielowymiarowym i/lub wieloaspektowym, które uwarunkowa-

ne jest stanem zdrowia osób w starszym wieku, stanowiących grupę niejednolitą i niehomogeniczną (Bień, 2003). Pogłębiająca się niepełnosprawność fizyczna dostrzegana jest najczęściej u sędziwych osób, gdzie spośród licznych przyczyn takiego stanu najczęściej wymieniane są → wielkie zespoły geriatryczne (Abraham, 1999; Synak, 2003).

Niepełna sprawność jest naturalną konsekwencją wielu → chorób przewlekłych występujących w → wieku podeszłym (starczym), m.in. → udaru mózgowego, chorób reumatoidalnych, nowotworowych, urazów, czy problemów społecznych (ubóstwo, samotność, bezdomność). W grupie tej spostrzega się zjawisko → wielochorobowości, a także nietypowy przebieg choroby, przedłużanie okresu rekonwalescencji, ryzyko problemów funkcjonalnych, a w konsekwencji powstawanie niepełnosprawności. Jednakże nie należy takiego stereotypu starzenia utożsamiać ze wszystkimi → seniorami, bowiem populacja osób w starszym wieku jest niejednolita ze względu na dużą sferę czynników subiektywnych wynikających z doświadczenia życiowego, warunków kulturowych i osobowości, które mogą wpływać na kształtowanie postaw i opinii.

Rada Unii Europejskiej ogłosiła rok 2003 Europejskim Rokiem Osób Niepełnosprawnych. W 2006 roku przyjęta została przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych Konwencja Praw Osób Niepełnosprawnych. Zapewnia ona osobom niepełnosprawnym obywatelskie i polityczne prawa, uczestnictwo w życiu społecznym, prawo do edukacji, opieki zdrowotnej, pracy i praw socjalnych. Jest też pierwszym traktatem skupiającym się wyłącznie na osobach niepełnosprawnych, który przyznaje im wyraźne prawa. Decyzją Parlamentu Europejskiego i Rady Europy ogłoszono rok 2007 Europejskim Rokiem na rzecz Równych Szans dla Wszystkich. Wszystkie te inicjatywy mają na celu zwrócenie uwagi społeczeństw państw wspólnoty europejskiej na problemy niepełnosprawnych obywateli, aby mobilizować je do skutecznego działania na ich rzecz. Chodzi o podniesienie świadomości przede wszystkim praw osób niepełnosprawnych do ochrony przed dyskryminacją oraz pełnego i równego korzystania przez nie z uprawnień, o upowszechnianie doświadczeń dotyczących dobrej praktyki i rozwijanie współpracy między wszystkimi zainteresowanymi stronami (rządem, partnerami społecznymi, grupami wolontariuszy, osobami niepełnosprawnymi i ich → rodzinami), jak również o poprawienie komunikacji w sprawie niepełnosprawności i ukazywanie pozytywnego wizerunku osób niepełnosprawnych.

AS

B: Abraham i współprac., 1999; Bień, 2003; Głębocka, Szarzyńska, 2005; Synak, 2003; Zych, 2013, 2017.
D: Ustawa z 27 VIII 1997 roku
N: http://fr.wikipedia.org/wiki/Handicap; http://www.stat.gov.pl; International Classification…, 1980 – Internet: http://whqlibdoc…, 3 International Classification…, 1997 – Internet: http://www.aihw.gov.au/…; Opioła, 2010 – Internet: http://forestap.republika.pl/…
O: Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) w rehabilitacji geriatrycznej, orzekanie o niepełnosprawności osób starszych..
S: naruszona sprawność, ograniczenie funkcji.
TK: ang. *disability,* fr. *incapacité*, hiszp. *discapacidad*, niem. *Behinderung*, ros. *непелноценность/сниженная работоспособность*.

niepoczytalność

to termin prawny, oznaczający niemożność odpowiadania za swoje czyny z powodu → choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego, → otępienia lub innych zakłóceń stanu psychicznego, takich jak: całkowite, patologiczne upojenie alkoholowe, afekt patologiczny, spiętrzenie afektu, reakcja krótkiego spięcia, upojenie senne. Człowiek niepoczytalny – w znaczeniu prawnym – nie popełnia przestępstwa i nie może być karany. Nie popełnia bowiem przestępstwa osoba, która z powodu choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub innego zakłócenia czynności psychicznych nie mogła w czasie dokonywania czynu rozpoznać jego znaczenia lub pokierować swoim postępowaniem. Oznacza to niemożność przypisania winy i odpowiadania za swoje czyny z powodu konkretnych uwarunkowań stanu psychicznego. Tym samym osoba niepoczytalna – choć dopuszcza się czynu zabronionego – nie może być ukarana, bo nie popełnia przestępstwa. W aktualnie obowiązującym w Polsce Kodeksie karnym definicja pojęcia „niepoczytalności" zawarta jest w art. 31, § 1–3 (Ustawa z 6 VI 1997 roku). Badanie psychiatryczno-psychologiczne oraz opiniowanie w tym zakresie wskazują na źródła i skutki niepoczytalności, którą jest określony stan psychiczny dotyczący procesów emocjonalno-motywacyjnych, stopień samokontroli działania (element psychologiczny), wynikający z konkretnych przyczyn i uwarunkowań biologicznych (element psychiatryczny).

Rozumienie znaczenia czynu dotyczy stopnia, w jakim sprawca uświadamiał sobie sens swojego zachowania i jego prawno-moralno-społeczną ocenę. Zdolność

rozpoznania znaczenia czynu – to pojęcie odnoszące się do intelektualno-rozumowego, czyli poznawczego aspektu procesu motywacyjnego. Osoba dopuszczająca się czynu nie wie, że jest on prawnie zabroniony lub nie zdaje sobie sprawy z tego, co robi, nie uświadamia sobie konsekwencji swojego działania, a w szczególności nie łączy czynu z określonymi jego następstwami. Brak zdolności pokierowania swoim postępowaniem to sytuacja, w której sprawca nie jest w stanie zachować się zgodnie z obowiązującymi standardami społecznymi, prawnymi i moralnymi. Odnosi się to do tzw. wolicjonalnej strony psychiki sprawcy.

Źródłami niepoczytalności są choroby psychiczne z takimi symptomami jak: omamy, organiczne zaburzenia urojeniowe, ciężkie, organiczne zaburzenia nastroju, emocji, oraz zaburzenia psychosomatyczne, zaburzenia afektywne, mózgowy zespół psychoorganiczny i inne zespoły psychoorganiczne, organiczne zaburzenia osobowości, uzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, upośledzenie umysłowe (minimum – stopień umiarkowany), nabyte obniżenie sprawności procesów poznawczych i inteligencji na skutek urazów, przebytych chorób lub → starzenia się organizmu i/lub → choroby Alzheimera, nowotworów mózgu, zaników kory mózgowej itp. W mniejszym nasileniu tych zaburzeń występuje tzw. poczytalność ograniczona. Sąd może, ale nie musi zastosować w tym przypadku nadzwyczajne złagodzenie kary. Dla oceny odpowiedzialności karnej istotny jest stan psychiczny (poczytalność sprawcy) istniejący w chwili czynu. Konsekwencją niepoczytalności całkowitej jest brak winy. Sprawca całkowicie niepoczytalny jest niewinny i nie podlega karze. Jednak mogą być wobec niego zastosowane tzw. środki zabezpieczające (np. umieszczenie w zakładzie psychiatrycznym).

Poczytalność ocenia zwykle dwóch lekarzy psychiatrów (w sprawach o wykroczenia jeden) i psycholog, na podstawie przeprowadzonego badania sądowo-psychiatrycznego. O przeprowadzeniu takiego badania decyduje sąd lub prokurator, wydając postanowienie o dopuszczeniu dowodu w postaci opinii psychiatryczno-psychologicznej.

Osoby niepoczytalne są niezdolne do podejmowania czynności prawnych i wykonywania „aktów prawnych, takich jak: wyrażenie ostatniej woli i sporządzenie testamentu, zawarcie małżeństwa, udział w obronie prawnej przed sądem karnym lub cywilnym, zawarcie umów handlowych itp." (Zych, 2001), i mogą one – na mocy orzeczenia sądowego – podlegać ubezwłasnowolnieniu.

MK-W

B: Zych, 2001.

D: Ustawa z 6 VI 1997 roku.

TK: ang. *insanity*, fr. *irresponsabilité*, hiszp. *irresponsabilidad*, niem. *Unzurechnungsfähigkeit*, ros. *невменяемость*.

niepożądane działania leków (niepożądane reakcje polekowe)

to wszystkie szkodliwe i niezamierzone reakcje, które występują po podaniu właściwej dawki określonego leku w profilaktyce, diagnostyce lub leczeniu → chorób, niezależnie od drogi podania (Orzechowska-Juzwenko, 2006). Działania niepożądane występują częściej w → wieku podeszłym w porównaniu z osobami młodszymi, a ryzyko ich wystąpienia wzrasta wraz z liczbą przyjmowanych preparatów: jeden lek – 10%, dziesięć leków – 100% (Mutschler i współprac., 2013). Często są one niecharakterystyczne, trudne do rozpoznania i traktowane jako nowy problem zdrowotny, co może stanowić punkt wyjścia tzw. → kaskady farmakologicznej. Szczególne zagrożenie stwarzają leki o małym współczynniku terapeutycznym, czyli stosunku dawki leku powodującej działanie toksyczne do dawki terapeutycznej, np. digoksyna, jak również niektóre farmaceutyki przyjmowane przewlekle, które mogą prowadzić do tzw. zespołu z odstawienia, gdy pacjent nagle przestanie przyjmować lek, np. antagoniści receptorów β-adrenergicznych w → chorobie niedokrwiennej serca.

Prawdopodobieństwo pojawienia się działań niepożądanych zwiększają błędy popełniane zarówno przez lekarza, np. niedocenianie znaczenia zmian w → farmakokinetyce i → farmakodynamice [w wieku podeszłym] związanych ze → starzeniem się i współistniejącymi chorobami czy nieświadomość liczby i rodzaju leków przyjmowanych przez pacjenta (przepisanych przez innych lekarzy i dostępnych bez recepty), jak i przez samego chorego. W tej grupie przyczyn występowania działań niepożądanych można wymienić zjawisko samoleczenia, a więc przyjmowanie przez pacjenta leków dostępnych bez recepty, preparatów ziołowych i suplementów diety bez konsultacji z lekarzem.

W zasadzie nie ma skutecznych farmaceutyków, które byłyby całkowicie pozbawione działań niepożądanych, przy czym działania te mogą być bardzo różnorodne, zarówno jeśli chodzi o ich charakter (praktycznie ze strony każdego narządu i układu), jak i znaczenie kliniczne: od łagodnych, niezbyt dokuczliwych dolegliwości, np. przemijających nudności, do stanów bezpośredniego zagrożenia życia, np. ostrej niewydolności wątroby. O przydatności danego leku w terapii

określonej choroby u konkretnego pacjenta w podeszłym wieku decyduje więc bilans korzyści i potencjalnych strat wywołanych przez ten lek.

W klasyfikacji klinicznej wyróżnia się następujące rodzaje działań niepożądanych: A – możliwe do przewidzenia, wynikające z mechanizmu działania leku i zależne od jego dawki, np. krwawienie po lekach hamujących krzepnięcie krwi; B – niemożliwe do przewidzenia, niewynikające z mechanizmu działania leku i niezależne od dawki, które są często następstwem indywidualnie zmiennej reakcji układu immunologicznego chorego, np. toksyczna nekroliza naskórka; C – występujące po długotrwałym stosowaniu leku (zwykle w leczeniu → chorób przewlekłych), wynikające z mechanizmu działania leku; np. fenacetyna (niegdyś popularny lek przeciwbólowy, wycofany z obrotu); D – występujące po długiej przerwie od zastosowania leku, niejednokrotnie niezależnie od tego, jak długo lek był przyjmowany, np. rak dróg żółciowych wiele lat po podaniu środka kontrastowego zawierającego dwutlenek tytanu; E – występujące po nagłym odstawieniu leku, zwykle w postaci zaostrzenia choroby, która stanowiła wskazanie do zastosowania danego farmaceutyku, a której leczenia zaniechano, np. przełom nadciśnieniowy po nagłym zaprzestaniu przyjmowania propranololu lub śpiączka hiperglikemiczna u chorujących na → cukrzycę po przerwaniu leczenia insuliną.

Do najczęstszych działań niepożądanych leków będących przyczyną hospitalizacji pacjentów w podeszłym wieku należą: bóle głowy, wysypka, wymioty, biegunka, odwodnienie, zapalenie żołądka, krwawienie z przewodu pokarmowego, kaszel, nieprawidłowe stężenie elektrolitów i glukozy we krwi, zaburzenia rytmu serca oraz ostra niewydolność nerek (Gryglewska, 2007; Wieczorkowska-Tobis, Grześkowiak, 2008). Działania niepożądane leków w większości mają charakter odwracalny, o ile właściwe leczenie zostanie w porę wdrożone, ale bywa, że prowadzą do trwałych następstw, np. utraty słuchu po leczeniu antybiotykami aminoglikozydowymi, określanych czasami mianem chorób polekowych (Mutschler i współprac., 2013).

DKS

A: ADRs (ang.), NW (niem.), RAM (hiszp.), UAW (niem.).

B: Gryglewska, 2007; Ksiądzyna, Szeląg, 2013; Mutschler i współprac., 2013; Orzechowska-Juzwenko, 2006; Wieczorowska-Tobis, Grześkowiak, 2008.

O: farmakodynamika w wieku podeszłym, farmakokinetyka w wieku podeszłym, farmakoterapia wieku podeszłego, geriatryczny zespół jatrogenny, interakcje leków, kaskada farmakologiczna, kryteria Beersa, polipragmazja.

TK: ang. *adverse drug reactons* [ADRs]/*Adverse Drug Reactons* [ADRs], fr. *effet indésirable d'un medicament*, hiszp. *reacción adversa a medicamento* [RAM]/*Reacción Adversa a Medicamento* [RAM], niem. *Nebenwirkung* [NW]/*Unerwünschte Arzneimittelwirkung* [UAW], ros. *неблагоприятная реакция на препарат или неблагоприятная лекарственная реакция/ серьезное побочное явление*.

niepożądane reakcje polekowe → niepożądane działania leków

niewidomy [funkcjonalnie i medycznie]

Wzrok powszechnie uważany jest za zmysł dostarczający człowiekowi największej ilości bodźców z otaczającego świata, gdyż przesyła 80–90% sygnałów z zewnątrz (Młodkowski, 1998). Ma więc szczególne znaczenie poznawcze. W odbieraniu i przetwarzaniu fal świetlnych biorą udział: narząd odbiorczy – gałka oczna oraz drogi i ośrodki, które łączą gałkę oczną z ośrodkiem wzrokowym w korze mózgu. Gałka oczna zawiera układ optyczny, który składa się z elementów załamujących promienie świetlne (rogówki z komorą przednią, soczewki i ciałka szklistego) oraz światłoczułych receptorów (czopków i pręcików). Jej zadaniem jest odebranie i przetworzenie wysłanych fal świetlnych, przepuszczonych lub odbitych od przedmiotów, na impulsy elektryczne. Przekazywane są one dalej drogą wzrokową aż do kory wzrokowej, która umiejscowiona jest w płatach potylicznych. Bodźce, dzięki układowi procesów, pozwalają wytworzyć obraz rzeczywistości – zwany spostrzeżeniem.

Jerzy Ekel i Tadeusz Tomaszewski (1910–2000) wyróżnili dwa poziomy spostrzeżeń:

a) sensomotoryczny (czuciowo-ruchowy), czyli wyodrębnienie się w polu spostrzeżeniowym elementów (punktów, linii, kątów, plam, brył);
b) semantyczno-operacyjny (znaczeniowo-czynnościowy), czyli spostrzeganie przedmiotów (rzeczy, osób) oraz znaków (gestów, pisma).

Z powyższego rozróżnienia wynika, że proces widzenia, czyli dostrzeganie i rozróżnianie przedmiotów, można podzielić na dwie fazy: odbiorczo-przewodzącą oraz percepcyjną. Prawidłowe funkcjonowanie wzroku ma duży wpływ na poznawanie rzeczywistości, zdobywanie doświadczeń, orientację przestrzenną, pełny udział w życiu społecznym, wykonywanie

pracy zawodowej, działalność praktyczną, m.in. samoobsługę, a także na sferę emocjonalną.

Klasyfikacji osób z dysfunkcją narządu wzroku (dawniej: osób ślepych lub inwalidów wzroku) można dokonać, stosując kryteria medyczne (określane jako prawne) oraz funkcjonalne.

W kryteriach medycznych decydujące są dwa wymierzalne parametry: ostrość wzroku i pole widzenia. Kryterium medyczne stosowane jest zazwyczaj wtedy, gdy konieczne jest dokładne, obiektywne określenie stopnia uszkodzenia wzroku, np. przy przyznawaniu określonych świadczeń.

Ostrość wzroku, charakteryzująca widzenie centralne to zdolność dostrzegania przez oko szczegółów. Wynika ona ze zdolności rozdzielczej czopków zgrupowanych w plamce żółtej siatkówki. Prawidłowa ostrość wzroku wynosi 1,0.

Pole widzenia, które charakteryzuje widzenie obwodowe, stanowią zaś wszystkie punkty przestrzeni postrzegane równocześnie z punktem fiksacji. U osoby prawidłowo widzącej pole widzenia wynosi ok. 180 stopni w poziomie i 160 stopni w pionie. Według ustaleń Międzynarodowej Klasyfikacji Uszkodzeń, Niepełnosprawności i Upośledzeń wyróżnia się następujące kategorie ubytków w polu widzenia (Sękowska, 2001):

1) koncentryczne (równomierne) ograniczenie pola widzenia;
2) widzenie połowiczne (→ ślepota połowiczna), które polegają na wypadnięciu połowy pola widzenia po lewej lub prawej stronie;
3) inne uszkodzenia pola widzenia, do których należą jego wysepkowe ubytki w postaci mroczków (np. mroczek centralny w okolicy plamki żółtej).

Według ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) za osobę niewidomą uznaje się tę, która ma:

- całkowity brak wzroku (nie ma poczucia światła);
- ostrość wzroku w oku lepszym przy optymalnej korekcji okularowej nie przekracza 0,05;
- pole widzenia zawężone do 20 stopni.

Także w sporcie wyczynowym osób z dysfunkcją narządu wzroku stosuje się kryteria medyczne. Klasyfikacja sportowa Międzynarodowej Federacji Sportu Niewidomych (*International Blind Sports Federation* – IBSA) wyróżnia 3 grupy zawodników z dysfunkcją narządu: B1 – od braku światłopoczucia i światłopoczucie, do percepcji ruchu ręki przed okiem w każdej odległości i kierunku.; B2 – od percepcji ruchu ręki przed okiem do ostrości wzroku 2/60 lub/i pola widzenia zawężonego do 5 stopni; B3 – od ostrości wzroku 2/60 do 6/60 lub/i pola widzenia zawężonego więcej niż 5 i mniej niż 20 stopni. Jako całkowicie niewidomych uznaje się zawodników z Grupy B1. Podczas startów są oni zobowiązani do zasłaniania sobie oczu nieprzepuszczającymi światła opaskami, aby nie było możliwości wykorzystania bardzo słabego wzroku.

Kryteria funkcjonalne oparte są zatem nie na wymierzalnych parametrach medycznych, lecz na praktycznych możliwościach wykorzystania wzroku.

Mary K. Bauman (1911–1991) ze względu na praktyczne wartości wzrokowe – poruszanie się i czytanie – wyróżniła (Bauman, 1963):

a) całkowicie niewidomych;
b) osoby z percepcją lub rzutowaniem światła, zbyt małym jednak do praktycznego wykorzystania w poruszaniu się;
c) osoby z percepcją dużych obiektów i ruchu w stopniu wystarczającym do poruszania się, bez możliwości czytania druku (z zastosowaniem optymalnych pomocy);
d) osoby z widzeniem pozwalającym na poruszanie się i krótkotrwałe czytanie (z zastosowaniem lub bez optymalnych pomocy);
e) osoby z widzeniem pozwalającym na regularne korzystanie z materiałów pisanych i drukowanych.

Z kolei Zofia Sękowska (1924–1997) za kryterium uznania osoby za niewidomą przyjęła sposób wykonywania czynności. Za niewidome uznała osoby, które w pracy zawodowej opierają się głównie na pozostałych zmysłach, a więc całkowicie niewidomych. Zawodowo niewidomymi określiła te osoby, u których zachowana sprawność wzroku jest zbyt mała (niska) do wypełniania funkcji orientacyjnej i kierującej (regulującej) na stanowisku, w miejscu pracy oraz kontrolującej podczas wykonywanej pracy (Sękowska, 2001).

Tadeusz Majewski w definicji pedagogicznej niewidomymi określił tych, którzy opierają się głównie na pozostałych zmysłach, nie korzystają z pisma czarnodrukowego, a z pisma dotykowego – brajlowskiego (Majewski, 1997)

Określenia związane z funkcjonowaniem bywają zawarte też w dokumentacji medycznej. W sytuacji tak znacznie obniżonej ostrości wzroku, że badany nie widzi optotypów (np. na tablicy testowej) nie jest możliwe opisanie za pomocą liczb. Stosuje się następujące opisy widzenia osób niewidomych: 1) liczy palce – z odległości ok. 50 cm badany jest w stanie policzyć pokazywane przez diagnostę palce eksponowane na kontrastowym tle; 2) ruch ręki przed okiem (rrpo) –

badany widzi rękę przesuwającą się w odległości kilkudziesięciu centymetrów przed jego oczami; 3) poczucie światła (światłopoczucie) z rzutowaniem – badany jest w stanie dostrzec, czy jest zapalone czy zgaszone światło, i może określić z której strony; 4) poczucie światła (światłopoczucie) – badany jest w stanie dostrzec, czy jest zapalone, czy zgaszone światło, ale nie może określić, z której strony; 5) brak światłopoczucia – (bywa określane jako czarna ślepota), gdy brak jest jakichkolwiek reakcji wzrokowych.

W starszej literaturze przedmiotu, w określeniu osób niewidomych, które widziały lepiej niż „brak światłopoczucia", możemy spotkać się z nieużywanymi już obecnie określeniami: osoba widząca szczątkowo lub resztkowo.

Osoby z defektem narządu wzroku można podzielić także ze względu na okres wystąpienia uszkodzenia wzroku (Majewski, 1983): niewidomych – od urodzenia lub wczesnego dzieciństwa; oraz ociemniałych – → niepełnosprawność nabyta w późniejszym okresie → życia (przyjmowana jest granica 5.–6. r.ż.).

Ma to bardzo duże znaczenie dla możliwości pełnego rozwoju człowieka. Im wcześniej wystąpiło uszkodzenie narządu wzroku, tym wcześniej stosuje się środki i metody, które minimalizują jego skutki. Aby minimalizować skutki braku wzroku, osoby niewidome biorą udział w procesie → rehabilitacji. Głównymi specyficznymi działami osób niewidomych jest → orientacja przestrzenna i poruszanie się oraz rehabilitacja podstawowa.

Obecnie istnieje wiele pomocy tyflologicznych i/lub tyflotechnicznych, które stanowią ułatwienie w wielu sferach utrudnionych przez brak wzroku. Zaliczymy tu m.in. przedmioty służące wspomaganiu w poruszaniu się, czynnościach domowych, zapisu brajlem, a także przystosowane (udźwiękowione specjalistycznym oprogramowaniem) komputery, smartfony. Niewidomy mogą być też wspomagani przez widzącego przewodnika oraz psa asystującego (nazywanego psem przewodnikiem).

Znakiem rozpoznawczym osób niewidomych jest biała laska. Poza funkcją informującą, wynikającą z koloru, ma ona znaczenie w sprawdzaniu trasy, po której niewidomy się porusza. Dawniej niewidomi nosili także ciemne okulary, ale obecnie zaleca się je tym osobom, których zniekształcenie lub brak gałek ocznych może powodować u osób widzących niepotrzebne emocje. Można spotkać się jeszcze z dość często występującymi w Europie symbolami osób z dysfunkcją wzroku. Osoby niewidome mają dwa dni im poświęcone: 13 XI – Międzynarodowy Dzień Niewidomych – święto od 1946 roku obchodzone w dzień urodzin Valentina Haüya (1745–1822), założyciela pierwszej szkoły dla niewidomych w Paryżu, oraz 15 X – Międzynarodowy Dzień → Białej Laski.

DR

B: Bauman, 1963; Ekel, Tomaszewski, 1979; Majewski, 1983, 1997; Młodkowski, 1998; Sękowska, 2001.

N: https://www.wpclipart.com…

O: budowa narządu wzroku, kompleksowe badanie okulistyczne, orientacja przestrzenna i poruszanie się, ślepota, wady wzroku, zmiany w narządzie wzroku w procesie starzenia się.

TK: ang. *blind* [*functionally and medically blind*], fr. *aveugle* [*fonctionnelle et médicalement auvegle*], hiszp. *ciego* [*ciego functionales y médica*], niem. *Blind* [*Funktionsblind und medizinisch Blind*], ros. *слепой* [*функционцльно и с медицинской точки зрения слепой*].

nordic walking

jest formą → aktywności fizycznej polegającą na dynamicznym marszu z kijkami. Marsz ten wpływa pozytywnie na układ oddechowy i układ krążenia, poprawiając wydolność fizyczną. Zapobiega też utracie masy i siły mięśniowej dokonującej się wraz z wiekiem. Wpływa na poprawę gospodarki lipidowej i obniżenie ciśnienia tętniczego krwi. Jest formą aktywności wykorzystywaną nie tylko w celach profilaktycznych, ale i leczniczych – → rehabilitacja w → chorobie Parkinsona, → depresji [i zaburzeniach nastroju], przewlekłym bólu dolnego odcinka kręgosłupa.

Program treningowy powinien zawierać 4 komponenty: → trening wydolnościowy, ćwiczenia rozciągające, → ćwiczenia wzmacniające i → ćwiczenia równoważne.

Za twórcę techniki *nordic walking* uznawany jest fiński nauczyciel wychowania fizycznego Marko Kantaeva, który jako pierwszy – pod koniec XX wieku – stworzył i opisał zasady, ideę i charakterystyczne cechy oryginalnej techniki „marszu z kijkami" (ang. *oryginal nordic walking* – przyp. red.).

AMB

B: Takeshima i współprac., 2013.

O: aktywność fizyczna, ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia równoważne, ćwiczenia wzmacniające, trening zdrowotny osób starszych.

S: marsz z kijkami, skandynawskie chodzenie.

TK: ang. *nordic walking*, fr. *la marche nordique*, hiszp. *la caminata nórdica/nordic walking*, niem. *Nordic Walking*, ros. *скандинавская ходьба*.

norma społeczna

Życie społeczne opiera się na trwałych zasadach, które stanowią jego fundament. Każda zasada ma swój metafizyczny punkt oparcia w społecznej naturze człowieka, zakotwiczona jest w istocie życia społecznego oraz funkcjonuje w organizacyjnej sferze tego życia. Osoba ludzka z natury jest istotą społeczną. Tkwi w niej wrodzona potrzeba i skłonność do porozumiewania się z innymi osobami. Człowiek nie może się realizować bez odniesienia do innych ludzi. Potrzebuje ich, aby się właściwie rozwijać w swoim człowieczeństwie. Wyrazem ludzkiego uspołecznienia, a jednocześnie warunkiem po ludzku przeżywanej formy konkretnej wolności, są wspólnie uznawane normy społeczne. To społeczna natura człowieka stanowi fundament wszelkich norm społecznych oraz wpisanych w nie wymogów etycznych. Wzajemna zależność osoby i społeczeństwa, istotowo związana z godnością osoby ludzkiej, odnosi się do życia społecznego człowieka. Bez pewnego minimum akceptowanej społecznie normatywności żadna społeczna struktura nie może urzeczywistnić swego zadania w sobie samej i w społecznej całości. Tylko wówczas, gdy indywidualna osoba potrafi interes ogółu uczynić przekonaniem swego własnego sumienia, możliwa jest w przestrzeni społecznej atmosfera w pełni człowieczeństwa. Przejście od jedynie subiektywnych przekonań do norm społecznych jest koniecznym warunkiem godnego ludzi współżycia we wszystkich dziedzinach życia społecznego.

Normy to społeczne reguły postępowania. Mają one różną obowiązywalność i różny stopień możliwości ich egzekwowania. Podczas gdy normy prawne są społecznie skuteczne m.in. dlatego, że ich przestrzeganie można wymusić, normy etyczne czerpią moc ze swojej powszechnej akceptacji w życiu społecznym. Obowiązują one w tej mierze, w jakiej są szeroko uznawane w horyzontach motywacyjnych indywidualnych sumień. Sumienie zawiera trojakiego rodzaju wiedzę: o najogólniejszych praktycznych zasadach moralnych, która przysługuje w sposób naturalny rozumowi praktycznemu, ma więc charakter ogólnoludzki, niezmienny i niezbywalny (łac. *synderesis*); nabytą ludzką wiedzę, która odnosi się do najwyższych i ostatecznych przyczyn tego, co rzeczywiste (łac. *sapientia* – mądrość), oraz empiryczną wiedzę nabytą, znajomość faktów, dzięki której człowiek może poznawać i oceniać sferę praktyczną, konteksty działań i sytuacje (łac. *scientia* – wiedza, nauka). Wszystkie normy społeczne funkcjonują na podstawie tak ubogaconego sumienia.

Pojęcie „normy społecznej" jest wieloznaczne, używane w co najmniej trzech znaczeniach: jako względnie trwały, przyjęty w danej społeczności za właściwy, sposób zachowania jednostki; jako wskazówka właściwego zachowania w danej sytuacji, zależna m.in. od pozycji społecznej i odgrywanej przez jednostkę roli społecznej; oraz jako wzorzec cech pewnego zjawiska bądź przedmiotu. Normy społeczne, jako właściwy sposób zachowania się jednostki w grupie, mają charakter powszechny i ogólny, dotyczą bowiem wszystkich członków grupy społecznej. Mają też charakter abstrakcyjny, gdyż są też skierowane do hipotetycznego członka grupy, nie zaś do konkretnej osoby z imienia i nazwiska. Normy społeczne mają charakter samoistny, dotyczą sposobu zachowania się człowieka, a jednocześnie tworzone są na bazie pewnego systemu wartości przyjętego za obowiązujący w danej społeczności. Mogą mieć one różny charakter: formalny (sformułowany w postaci zapisów i regulaminów) i nieformalny (nigdzie nie są spisane, a przecież obowiązujące), prawny, religijny, etyczny, obyczajowy czy zwyczajowy. Tworzone są przez różnego rodzaju podmioty, np. państwo – w przypadku norm prawnych, czy wspólnotę religijną – w przypadku norm religijnych.

W różnych strukturach społecznych mogą z rozmaitych przyczyn powstawać problemy związane z normami. Jednym z nich jest sytuacja, gdy normy powszechnie akceptowane w pewnej społeczności w trakcie tzw. ewolucji wartości utraciły społeczną akceptowalność. Takim zmianom uległ np. powszechny jeszcze niedawno szacunek wobec ludzi starszych i poczucie obowiązku → opieki nad starszymi osobami w → rodzinie. Współcześnie coraz częściej powierza się taką opiekę instytucjom opiekuńczym, tworzonym przez państwo. Innym problemem jest powstawanie nowych dziedzin praktyki życiowej lub uzyskiwanie przez istniejące zjawiska nowych znaczeń społecznych. Potrzebują one wówczas odpowiedniej regulacji normatywnej. Na przykład, współcześnie całe społeczności są konfrontowane ze stosunkowo nowymi problemami, takimi jak inżynieria genetyczna, → eutanazja czy możliwość farmakologicznego przedłużania życia. Wycinkowe zakresowo normy społeczne mogą popadać w kolizję z ogólniejszymi roszczeniami normatywnymi, np. eutanazja z normą szacunku dla → życia ludzkiego od poczęcia do naturalnej → śmierci. Przy tego rodzaju zderzeniu się norm konieczne jest podjecie – w ramach danej struktury społecznej – wysiłku, by przejść z sytuacji rozbieżności roszczeń do społecznie uznawanej normatywności. Nasuwają

się wówczas dwie możliwości, które można ze sobą na wiele sposobów łączyć: autorytet i dyskurs. Albo istnieją normodawcze autorytety, które są w stanie rozstrzygnąć związane z normami problemy, albo też problemy te stają się przedmiotem dyskursu, w którym pewne normy zyskują moc wiążącą przez to, że ludzie zostali do nich przekonani i zaakceptowali je. Może też zajść sytuacja, że problemy norm pozostają nierozwiązane. Wówczas pojawia się zjawisko braku odpowiednich norm, co wprowadza niekorzystne skutki dla praktyki życia społecznego. Wówczas sumienie jednostki – nie mogąc kierować się regułami akceptowanego przez społeczność etosu – zdane jest całkowicie na samo siebie. Wtedy pozostaje człowiekowi zwrócenie się do własnego wnętrza, do tego, co sam rozumie, wie i określa jako słuszne i dobre. Może też ewentualnie wybrać jedną z możliwości rozwiązania problemu podsuwaną w ramach publicznej dyskusji. Immanuel Kant (1724–1804) mówił w podobnym kontekście o genetycznym stanie naturalnym norm.

Ustanowienie norm może odbywać się więc w sposób autorytatywny lub dyskursywny. Autorytetami ustanawiającymi normy mogą być osoby, teksty, tradycje, porządki prawne lub dyscypliny naukowe. Skuteczność tych autorytetów zależy zasadniczo od ich społecznej akceptacji. Współcześnie zauważa się tendencję do tego, by akceptować normy tylko wtedy, gdy pojęte są subiektywnie obiektywne racje ich obowiązywania. Niezrozumienie argumentacji, dlaczego dana norma ma być obowiązująca, najczęściej prowadzi do odrzucenia propozycji rozwiązania problemu z normą. Z kolei w dyskursywnym sposobie ustanowienia norm społecznych współcześnie odwołuje się do trzech form argumentacji: utylitarystycznej (uzasadnia normę w ramach społeczno-pragmatycznych rachunków pożytku); opartej na teorii sprawiedliwości (podkreśla nierozporządzalną kondycję osoby ludzkiej i określa, że normą jest to, co sprawiedliwe, czyli korzystne w sensie rozdzielczym i dlatego akceptowalne dla wszystkich, których dana norma dotyczy); oparte na klasycznym prawie natury (uwzględnia stałe elementy ludzkiej kondycji z natury niezależne od woli i poszerza dyskurs o problemy dotyczące normowania dobrego życia).

Każdy z rodzajów norm społecznych ma swoją specyfikę, lecz wszystkie powinny zachować wewnętrzną spójność, być oparte na tych samych wartościach wynikają bowiem z jednej kulturowej i duchowej bazy, uzupełniając się nawzajem. Wówczas społeczeństwo jest przez owe normy wewnętrznie scalone. Zasady norm prawnych są oparte na przepisach. W przeciwieństwie do innych norm są one ustanowione lub uznane za obowiązujące przez państwo. Ich nieprzestrzeganie jest sankcjonowane przez instytucje państwowe. Brak respektowania prawa wiąże się z możliwością użycia przez państwo wobec niesubordynowanej jednostki siły i przymusu. Normy prawne mogą przyjąć postać niezwykle zmiennych norm, zależnych od danej ekipy rządzącej i jej rozumienia dobra społecznego. Za sprawiedliwe może uznawać się każdorazowo co innego, w zależności od władzy czy oczekiwań społecznych. Często nie widzi się w tej zmienności norm sprzeczności, uzasadniając dowolną zmianę siłą władzy. Ten relatywizm stoi w sprzeczności z tzw. absolutystycznymi teoriami etyki państwa.

Normy religijne – w przeciwieństwie do norm prawnych, obowiązujących wszystkich członków danej zbiorowości – mają ograniczony zasięg i dotyczą tylko osób danego wyznania. Często te normy, określające stosunki między wyznawcami, traktowane są jak normy moralne. Dla chrześcijaństwa normy moralne mają charakter objawiony, a więc są darem Boga, który powinien znaleźć swój wyraz w odpowiedzi człowieka. Uprzedzające działanie Boga wiąże się z zadaniem człowieka. Specyficzny dar Stwórcy udzielony człowiekowi polega na tym, że Bóg stworzył go na swój obraz. Człowiek jest ukoronowaniem stworzenia Bożego (Rdz 1, 1–31, *Pismo Święte*…, 2013). Zawsze więc trzeba mówić o człowieku w odniesieniu do Boga, a o Bogu – pamiętając o jego dziele. Dlatego Jan Paweł II (1920–2005) przypominał, że nie można zrozumieć człowieka bez prawdy o Bogu, w tym także słabego, chorego czy starszego. Człowiek jest obrazem Boga ze względu na przynajmniej kilka charakterystycznych cech: rozumność – zdolność i obowiązek poznawania i rozumienia stworzonego świata; wolność – implikuje zdolność i obowiązek decydowania oraz odpowiedzialność za podjęte decyzje; pozycję przewodnika – wybierającego kierunek działań, nigdy jednak nie absolutnie, ale pod zwierzchnictwem Bożym; zdolność działania zgodnie z obrazem Bożym, który człowiek nosi w sobie, czyli możliwość naśladowania Boga; godność bycia osobą – zdolność do budowania osobowego kontaktu z Bogiem i innymi ludzkimi istotami; świętość życia ludzkiego – człowiek rodzi się i umiera, należąc do Boga. Wszystkie te przymioty osoby ludzkiej zostały potwierdzone i pogłębione przez naukę Ewangelii. Jezus Chrystus wskazał na powołanie człowieka do Królestwa Bożego, ukazał siłę zbawczą wszelkiej ofiary i cierpienia człowieka, oraz wezwał, aby całym życiem realizować owo wezwanie. Normy społeczne nie mogą znosić tego

kierunku dojrzewania człowieka, sprzeciwiać się mu czy uniemożliwiać dokonywanie wyborów słusznych z Objawieniem. Drogą człowieka wierzącego jest naśladowanie Jezusa, niezrównanego wzoru doskonałej zgodności pomiędzy słowem a życiem oraz zgodności z wolą Bożą.

Normy etyczne mają charakter absolutny, co oznacza bezwzględny nakaz lub zakaz określonych zachowań. Nie dotyczą tylko postępowania jednostki, ale mogą dotyczyć całych grup społecznych. Norma etyczna zakłada cel i wskazuje drogę do niego. Zawiera więc dwa elementy: pewien ideał do osiągnięcia – upragniony stan rzeczy, zawarty np. w pytaniu: *Jakim człowiek ma być, aby był tym, kim być powinien?* – to naczelna norma ludzkiego życia; oraz wskazuje, jak wybrany wzór należy realizować – to tzw. norma wtórna, podporządkowana głównej. Najogólniej normy etyczne (moralne) dzieli się na aksjologiczne, które dotyczą wartości, wynikają z natury rzeczy, oraz teoretyczne, czyli stanowione przez człowieka. Od strony człowieka można mówić o praktycznym przyswajaniu norm moralnych, co dokonuje się przez postępowanie ludzkie przystosowane do danej normy, albo też o ich teoretycznym uznawaniu. Może się zdarzyć, że teoretycznie uznane normy nie są przez daną jednostkę praktykowane. Można też rozróżnić w praktykowaniu norm pewne stopniowanie: przyjęcie tylko zewnętrzne – gdy nie przekracza się norm w obecności świadków, a gdy ich nie ma, ustępuje wewnętrzny opór przed złamaniem normy; oraz stopień właściwego przyswojenia norm poprzez ich internalizację, gdy staje się ona zasadą postępowania autonomicznego, jest wewnętrznie akceptowana, nie doświadcza się chęci jej naruszenia, nawet gdy nie ma świadków i grożących zewnętrznych sankcji. Wobec zmienności świata, zachodzących sytuacji i zjawisk, które warunkują wykorzystanie norm etycznych, ważne staje się rozróżnienie: norm fundamentalnych i o charakterze dedukcyjnym. Normy fundamentalne dotyczą całego porządku moralnego i podstawowego kierunku życia. Bez nich człowiek łatwo może popaść w tzw. moralizm, który staje się arbitralny i prowadzi do nadużyć kazuistycznych (np. postępowanie faryzeuszów i ich przysięganie na złoto świątyni – Mt 23, 16–24). Na podstawie norm fundamentalnych, niezmiennych i bezwzględnie obowiązujących człowiek o dobrze ukształtowanym sumieniu powinien wyprowadzić reguły szczegółowe – dedukcyjne. Do norm fundamentalnych należą np. zasady: Kochaj i czyń co chcesz!, Będziesz miłował…, Dobro należy czynić, zła unikać! Miłość, jako norma naczelna, ma się objawiać w konkretach. Sprawdzianem autentycznej miłości nie są deklaracje, lecz konkretne czyny, praktyka cnót szczegółowych, np. szacunek wobec rodziców czy osób starszych, wdzięczność, sprawiedliwość, cierpliwość. Ogólna norma jest niezmienna i tak ją powinien traktować człowiek. Modyfikacji ulega zaś każdorazowa aplikacja normy do potrzeb i warunków codziennego życia.

Normy obyczajowe to nawyki zachowania się, rytuały i sposoby życia uznane w danej zbiorowości. To reguły postępowania ludzi, które kształtowały się w ich świadomości pod wpływem nawyku, w wyniku wielokrotnego powtarzania w określonych okolicznościach tych samych zachowań (np. ustąpienia miejsca w autobusie starszej osobie). Normy obyczajowe nie oceniają zachowań ani ich nie wartościują. Określają raczej, co wypada lub czego nie wypada robić w danej sytuacji. Kształtują się one we wszystkich sferach życia. Najczęściej mają zasięg lokalny. Z kolei normy zwyczajowe to nawyki, rodzaje zachowania charakterystyczne dla całego społeczeństwa albo jakichś grup społecznych. Dotyczą np. obchodzenia świąt narodowych, czy podejmowania działań związanych z przeżywaniem rocznic wydarzeń historycznych i/lub rodzinnych. Tradycyjne społeczeństwo odziedziczyło język moralności wraz z całym bogactwem zwyczajowych zachowań i szerokiej kultury duchowej. Uznanie czynu za dobry oznaczało uznanie go za czyn dobrego człowieka, a także uznanie człowieka za dobrego oznaczało uznanie, że przejawia on określone dyspozycje (cnoty), które pozwalają mu odegrać określoną rolę w danej formie życia społecznego. Akceptacja tego rodzaju życia społecznego jako normy, za pomocą której osądza się czyny, nie następuje z pozycji danego systemu moralnego, ale z pozycji realnego życia społecznego. Jednak droga do wypracowania owych norm gwarantuje spójność zwyczajów i obyczajów, które wyrastają na bazie danej grupy.

Normy społeczne pełnią bardzo ważną rolę w społeczeństwie. Zapewniają porządek społeczny, bez którego niemożliwe byłoby odpowiednie funkcjonowanie danej zbiorowości. Scalają grupy, wpływają wydatnie na osiąganie przez nią wspólnych celów. Jasno określają wartości, do których ona dąży, oraz mają wpływ na kreowany przez nią system wartości. Dzięki istnieniu norm społecznych możliwe jest prawidłowe funkcjonowanie jednostki w zbiorowości, stając się wyznacznikiem jej zachowań. Normy społeczne określają też oczekiwania i specyficzne zachowania jednostek w związku z ich rolą społeczną, którą podjęły przez zajmowanie określonego stanowiska czy podjęcie pracy zawodowej. I tak np. od nauczyciela oczekuje się

przekazywania prawdy, od lekarza – niesienia pomocy chorym, od polityka – troski o dobro wspólne. Z określoną rolą społeczną wiążą się określone obowiązki, często wyrażone w formie zawodowych kodeksów albo zwyczajowych umów.

Przykładem refleksji nad normami społecznymi, potraktowania ich jako ważnych wezwań dla poszczególnych jednostek i całych grup społecznych, jest pojawienie się koncepcji – w ramach katolickiej nauki społecznej – tzw. zasad życia społecznego. Począwszy od encykliki Jana XXIII (1881–1963) *Pacem in terris* (1963), Kościół w swym nauczaniu społecznym zwraca uwagę nie tyle na konkretne modele rozwiązań społecznych, co na zasady społeczne, a ściślej mówiąc, na ich wykład i realizację. Zasady życia społecznego to ogólne dyrektywy, które dotyczą istnienia i normalnego funkcjonowania społeczeństwa w takim sensie, że łamanie lub omijanie tych dyrektyw albo musi zagrozić życiu społecznemu, albo oznacza, że mamy do czynienia ze społecznością pozorną. Zachowanie ich gwarantuje budowanie prawdziwie dojrzałej społeczności, z zachowaniem istotnych elementów przyzwoitości publicznej. To nakaz rozumu praktycznego tworzenia wspólnych wartości, jako środków służących rozwojowi osoby ludzkiej. Dobro należy bowiem czynić zespołowo, społecznie, aby z jednej strony tworzyć wartości wspólne, a poprzez nie realizować cele osobowe. Należy jednak zauważyć, że zasada społeczna nie jest jakimś twierdzeniem ogólnym, dotyczącym funkcjonowania abstrakcyjnego społeczeństwa, ale jest zasadą bytu i działania społecznego oraz normą naturalno-prawną, wyrażającą istotę konkretnego życia społecznego. Jako zasada bytu wyraża istotę życia społecznego, jako zaś norma naturalno-prawna określa uprawnienia i obowiązki „od góry" i „od dołu", relacje między mniejszymi a większymi podmiotami życia społecznego, w tym także między jednostką a jakąkolwiek grupą. Formułowanie i interpretacja każdej z zasad musi dokonywać się w kontekście pozostałych zasad. Można więc mówić o systemowym charakterze zasad. Stanowią one wzajemny układ odniesienia i tylko w jego obrębie, we wzajemnej relacji, mogą być kompetentnie formułowane i interpretowane. Próba zbudowania systemu napotyka jednak na pewne trudności, a w literaturze brakuje jednolitego zestawu zasad, który w zakresie podstawowym zyskałby powszechną aprobatę. Najczęściej wymienia się trzy podstawowe zasady, którymi są: dobro wspólne, pomocniczość i solidarność. To one przyczyniają się do kształtowania personalistycznego porządku społecznego i należą do fundamentalnych.

W nauczaniu społecznym Jana Pawła II na pierwsze miejsce wysuwa się zasada prymatu osoby ludzkiej. Dzięki niej człowiek jest zawsze celem, zaś wszystko inne – środkiem. Papież podkreślał prymat człowieka w stosunku do świata, w stosunku do materii, rzeczy i produkcji (*Encyklika Laborem exercens*…, 1995 b, 5, 7, 12–13, 23). Ta zasada winna znaleźć szerokie zastosowanie w dziedzinie gospodarczej i stanowić podstawę dla rozwiązań o charakterze moralno-społecznym. Przywołuje się ją np. w debacie nad propozycją marginalizacji osób starszych celem uzyskania oszczędności ekonomicznych. Zasada prymatu osoby łączy się bezpośrednio z prawami człowieka, które są środkami jego doskonalenia, służą więc realizacji zasad, a właściwie i one zostały przez Jana Pawła II podniesione do rangi zasady (*Encyklika Redemptor hominis*…, 1994, 17). Podstawową zasadą życia społecznego jest dobro wspólne jako „[…] suma warunków życia społecznego, jakie bądź zrzeszeniom, bądź członkom społeczeństwa pozwalają osiągnąć pełniej i łatwiej własną doskonałość" (*Konstytucja dogmatyczna o Kościele*, 1965, 26). Uznając dobro wspólne za wartość służącą organizacji życia społecznego, Jan Paweł II akcentował jego wymiar ludzki, jego zdolność do ożywiania struktur społecznych oraz do stymulowania głębokich przemian, stosownie do wymogów sprawiedliwości społecznej. Istnieje konieczność sprawiedliwego podziału dóbr materialnych. Nie godzi się, gdyż nie jest to zgodne z planem Bożym – stwierdzał papież – by rozporządzać tym dobrem tak, aby z jego dobrodziejstw korzystali tylko nieliczni, podczas gdy inni, ogromna większość, byli z niego wykluczeni (*Encyklika Centesimus annus*…, 1995 a, 31). Ta reguła dotyczy zarówno dóbr materialnych, jak i duchowych. Żadna z grup społecznych nie może być z nich wykluczona. Dobra wspólnego nie można zamykać tylko w kręgu jednego kraju czy regionu, a nawet kontynentu, bowiem wszyscy ludzie żyjący na świecie stanowią jedną rodzinę. Wszyscy też z racji swojego człowieczeństwa – bez względu na wiek – powołani są do tworzenia dobra wspólnego ludzkości. I tak np. → starość nie może oznaczać wyłączenia się człowieka z troski o dobro wspólne, może być czasem dawania świadectwa i budowania jedności we wspólnocie rodzinnej. Postępowaniem właściwym, postulowanym przez papieża, jest postępowanie wg wymogów prawa moralnego, którym są sprawiedliwość i miłość. Drogi sprawiedliwe to drogi miłości, która nie jest słabością. Miłość jest jedyną pewną siłą, jedynym źródłem życia, jedyną gwarancją prawdziwego i sprawiedliwego współżycia społecznego. Powinna towarzyszyć sprawiedliwości, albowiem bez miłości

sprawiedliwość może ulec wypaczeniu. Sama sprawiedliwość, jako reguła kierująca postępowaniem i obowiązująca przy kształtowaniu wzajemnych stosunków międzyludzkich, nie wystarcza. Z miłością łączy się solidarność.

W encyklice *Sollicitudo rei socialis* (1997, 38) Jan Paweł II wielokrotnie powraca do tego pojęcia, podkreślając, że chodzi o „kategorię moralną", o „cnotę", nie zaś o „nieokreślone współczucie". Solidarność jest „mocną i trwałą wolą angażowania się na rzecz dobra wspólnego". Jest to jedyny sposób, wedle papieża, pokonania – poprzez postawę diametralnie przeciwną – „przyczyn hamujących pełny rozwój, przede wszystkim żądzy zysku i pragnienia władzy za wszelką cenę" (*Encyklika Sollicitudo rei socialis*…, 1997). Kształtuje ona właściwy, personalistyczny i humanistyczny porządek społeczny. Ma zapewnić realizację dobra wspólnego i rozwój osoby ludzkiej przez wzajemną współpracę oraz współdziałanie wszystkich w obrębie danych społeczności. Jan Paweł II wyprowadza potrzebę solidarności z przekonania, że ludzkość stanowi jedną wielką rodzinę. Uznanie społecznej solidarności rodziny ludzkiej wymaga budowania na tym, co jednoczy. Oznacza to propagowanie godności każdego człowieka jako istoty obdarzonej podstawowymi i niezbywalnymi prawami. Dotyczy to wszystkich aspektów ludzkiego życia, zarówno osobistego, jak i rodzinnego, we wspólnocie, do której należymy, a także w świecie.

Dopełnieniem międzyludzkiej solidarności jest zasada pomocniczości, która chroni osobę ludzką, wspólnoty lokalne i ciała pośrednie przed niebezpieczeństwem utraty należnej im autonomii. Osoby słabe, w tym starsze, mają prawo oczekiwać od grup społecznych i silniejszych jednostek pomocy oraz → wsparcia. Pomoc ta nie może jednak zastąpić aktywności osoby słabszej, ale musi pozostawić jej – w miarę możliwości – prawo do podejmowania decyzji i działań. Pomocniczość nie może być narzędziem eliminacji czy marginalizowania udziału jednostki w życiu społecznym, ale ma być słuszną pomocą w dziedzinie i zakresie, który określa dana sytuacja. Ta zasada jest szczególnie ważna w przypadku opieki nad starszymi osobami, które można łatwo – poprzez dostarczaną im pomoc – wyłączyć ze zbiorowości. Znalezienie granicy niesienia pomocy należy do istotnych umiejętności opiekunów.

Społeczeństwo powinno rozwijać swą działalność tak daleko, jak to jest możliwe, a państwo tak daleko, jak to jest konieczne. Tego właśnie domaga się zasada pomocniczości. Warunkiem świadomego uczestnictwa osoby ludzkiej w życiu wspólnoty politycznej jest wypełnienie przestrzeni pomiędzy władzą państwową a grupami podstawowymi i jednostką. Jest naturalne, że tego rodzaju realizacja zasady pomocniczości zależy od warunków danego społeczeństwa i państwa, od jego historii, tradycji i kultury, także kultury politycznej, jak również od kondycji moralnej i bytowej osób ludzkich, tworzących w państwie mniejsze lub większe społeczności.

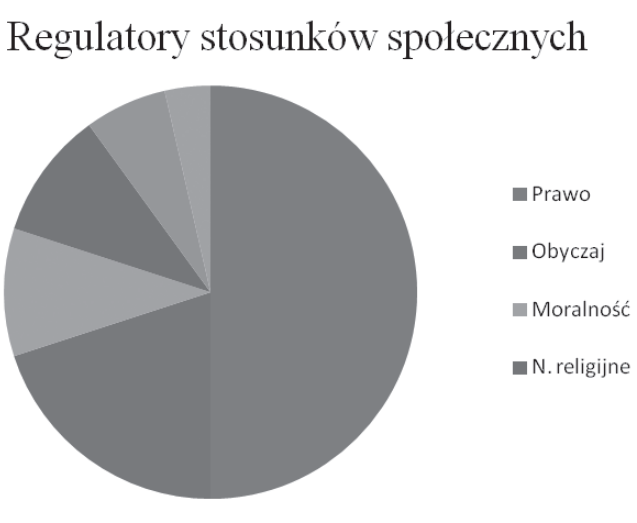
AZW

B: Anzenbacher, 2008; Biesaga, 1998; Borutka, 1994; Demeulenaere, 2003; Jan Paweł II, 1982; Ossowska, 1986; *Pismo Święte*…, 2013.

D: *Encyklika Centesimus annus*…, 1995 a; *Encyklika Laborem exercens*…, 1995 b; *Encyklika Pacem in terris* …, 1963; *Encyklika Redemptor hominis*…, 1994; *Encyklika Sollicitudo rei socialis*…, 1997; *Konstytucja dogmatyczna o Kościele*, 1965.

N: https://ru.wikipedia.org/wiki/Социальная…

TK: ang. *social norm*, fr. *norme sociale*, hiszp. *norma social*, niem. *soziale Norm*, ros. *социальная норма*.



Il. 1. Normatywność a regulatory stosunków społecznych. Źródło: https://ru.wikipedia.org/wiki/Социальная_норма

normalizacja

jest zasadą o wartości globalnej, mającą zastosowanie w każdym → czasie. Normalizacja jest „antydogmatem", który oznacza, że organizowanie życia osobom niepełnosprawnym nie wymaga specjalnych teorii. Ludzie niepełnosprawni powinni żyć jak inni, zdrowi ludzie, w takich samych domach, uczyć się w podobnych szkołach, zdobywać takie same zawody i mieć takie same szanse wykorzystywania → czasu wolnego. Tego rodzaju działania są wyrazem szanowania zasady równości wobec prawa i korzystania z praw człowieka. Jednym z tych praw jest posiadanie miejsca do → życia, do pra-

cy i zajęć sensownych zgodnych z osobistymi zdolnościami oraz korzystania z rozrywek. Normalizacja może być rozumiana jako stan docelowy, a zarazem służący jego realizacji proces. W jego trakcie powinny być wykorzystane powszechnie przyjęte (tzn. uznane za właściwe i wartościowe wobec osób spostrzeganych jako normalne) i kulturowo akceptowane metody, narzędzia i środki, celem umożliwienia osobom z → niepełnosprawnością uzyskania wyglądu, form zachowań, doświadczeń życiowych, statusu społecznego i warunków bytowych, nieróżniących się od uznanych za typowe i normalne dla danej zbiorowości społecznej. Normalizacja jest również działaniem polegającym na posługiwaniu się standardowymi, uznawanymi za normalne środkami, celem umożliwienia osobom niepełnosprawnym podejmowania ról społecznych – typowych i/lub uznawanych za wartościowe dla określonej płci i wieku. Normalizacja zakłada więc ukształtowanie → stylu życia podobnego w swym charakterze do stylu życia innych członków społeczeństwa. Co więcej, chodzi o podwyższanie statusu dewaloryzowanej osoby w oczach innych ludzi – nie wystarczy, aby świadczone usługi były neutralne: powinny prowadzić do maksymalnego podwyższenia statusu społecznego. W sferze usług, które świadczone są dla osób dewaloryzowanych, nie wystarczy korzystać jedynie ze środków i narzędzi neutralnych w danej kulturze, powinno się korzystać przede wszystkim z takich, które poprawiają wizerunek tych osób w oczach innych (Wolfensberger, Thomas, 1983). Ponadto zasady normalizacji nie oznaczają pozostawiania ludzi bez specjalistycznej pomocy. Zwolennicy tych poglądów walczą o łatwy dostęp do wszelkich form pomocy specjalistycznej i/lub dodatkowego wsparcia, niezbędnych dla zapewnienia uczestnictwa w normalnym życiu. Działania normalizujące życie nie dostarczają gotowych recept, a jedynie stwarzają ogólne podstawy do działań. → Rehabilitacji ukierunkowanej na normalizację nie należy pojmować jako uniformizacji kojarzonej z urabianiem ludzi stosownie do jednego wzorca. Jest przedstawianiem wielu wzorów i – ujmując perspektywicznie – stwarzaniem szans samodzielnego dokonywania wyborów. Staje się więc podstawą dla realizacji kolejnej, postulowanej właściwości egzystencji społecznej, a mianowicie jej upodmiotowienia. Normalizacja łączy się z zapewnieniem doświadczeń życiowych, statusu społecznego i warunków bytowych nieróżniących się od uznanych za typowe i normalne w danej zbiorowości społecznej. Jest to również działanie polegające na posługiwaniu się standardowymi, uznanymi za zwykłe, środkami w celu umożliwienia osobom postrzeganym jako odbiegające od normy podejmowania typowych i uważanych za wartościowe dla określonej płci i wieku ról społecznych oraz wypełniania ich zgodnie z istniejącymi w danej zbiorowości oczekiwaniami. Na tak pojmowaną normalizację składają się programy działań dosyć różnorodnych: integracji osób niepełnosprawnych z pozostałą zbiorowością, stymulacji ich wielostronnego rozwoju, wspierania standardowego funkcjonowania w rolach społecznych, kształtowania jakości życia, środowiska fizycznego i usług na wzór osób bez dysfunkcji. Normalizacja oznacza również możliwość zdobywania powszechnych doświadczeń należących do → cyklu życia: doświadczenia poczucia bezpieczeństwa w dzieciństwie, rozwoju poznawczego w okresie szkolnym, burzliwości okresu dorastania oraz zdobycia różnych doświadczeń przygotowujących do samodzielnego życia. Normalizacja wiąże się z prawem człowieka niepełnosprawnego do kształtowania własnej drogi życiowej. Eksponując aktywną rolę i podmiotowość jednostek do tej pory uznawanych za mniej wartościowe, ustanawia nowy wzór relacji zachodzących pomiędzy uczestnikami procesu rehabilitacji. Cechą specyficzną opisanych relacji jest partnerstwo oraz poszanowanie godności jednostki ludzkiej bez względu na jej podobieństwa czy różnice w stosunku do innych. Można wyróżnić cztery podstawowe elementy zawarte w pojęciu „normalizacji". Pierwszym z nich jest przesłanie humanizacji, czyli prawo do bycia traktowanym jako pełnosprawny członek społeczeństwa; drugim: prawo do bycia przyjmowanym z szacunkiem przez drugiego człowieka; trzecim: zapewnianie możliwości dokonywania wyborów; czwartym: stwarzanie możliwości sprawowania kontroli nad swoim życiem. Normalizacja oznacza zatem upodmiotowienie człowieka noszącego skutki wad wrodzonych, → chorób, urazów, oraz dostrzegania w nim warstw, których nie sięga niepełnosprawność. Zarazem jest to droga wprowadzania osób niepełnosprawnych do głównego nurtu życia zbiorowego.

HŻ

B: Wolfensberger, Thomas, 1983.

O: kulturowe konteksty niepełnosprawności, niepełnosprawność.

TK: ang. *normalization*, fr. *normalisation*, hiszp. *normalización*, niem. *Normalisierung*, ros. *нормализация*.

normalne starzenie się

jest to na ogół naturalny proces życiowy, będący zespołem postępujących w → czasie, stopniowych i kumulujących się, głównie regresywnych zmian funk-

cjonowania, obejmujących zarówno sferę biologiczną, jak i psychologiczną. → Starzenie się jest najbardziej zindywidualizowanym procesem rozwojowym. Z powodu wielopłaszczyznowości i wielokierunkowości zmian zachodzących zarówno w organizmie, jak i psychice człowieka, trudno przedstawić jeden, uniwersalny obraz → starości i wskazać jeden, uniwersalny model zmian starczych. Normalne starzenie się stanowi przeciwieństwo starzenia się patologicznego, powodowanego czynnikami zewnętrznymi, np. → chorobą czy → kalectwem, dokonującego się w przyspieszonym tempie i przejawiającego się nagłymi, skokowymi negatywnymi zmianami w funkcjonowaniu. Pożądaną wersją normalnego starzenia się jest tzw. → pomyślne starzenie się, przejawiające się długim, zdrowym → życiem, utrzymywaniem dobrej kondycji fizycznej i psychicznej, sprawnością umysłową, samodzielnością decyzyjną i działaniową oraz poczuciem wysokiej → jakości życia. Niektórzy badacze proponują klasyfikację form starzenia się ze względu na kryterium jakościowe, a nie ilościowe. I tak, odróżnia się starość dobrą, pomyślną, charakteryzującą człowieka zdrowego, aktywnego, zintegrowanego ze wspólnotą, od starości złej, uciążliwej, charakteryzującej człowieka chorego, o słabej kondycji fizycznej i psychicznej, niesamodzielnego, wymagającego opieki (Riley, 1971, za: Berger, 1998). [Wyróżnia się też „syndrom złej starości", na który to zespół składają się: bieda, bezradność i bierność (Zych, 2013) – przyp. red.]. Według innego podziału istnieje **starość zwyczajna** (ang. *usual ageing*), z odczuwalnymi deficytami, ale bez wyraźnej patologii, następnie **starość pomyślna** (ang. *succesful ageing*) czy **optymalna** (ang. *optimal ageing*), charakteryzująca się zmianami neutralnymi lub motywującymi do aktywności mającej spowolnić proces starzenia się, oraz **starość patologiczna** (ang. *impaired ageing)*, z szybko postępującym upośledzeniem wielu funkcji życiowych (Powell, za: Berger, 1998; Bień, 1997).

MMS-R

B: Berger, 1998; Bień, 1997; Zych, 2013.

O: starzenie się, pomyślne starzenie się.

S: normalny proces starzenia, starzenie się naturalne, starzenie się prawidłowe.

TK: am. *normal aging*, ang. *normal ageing*, fr. *les vieillissement normal*, hiszp. *envejocimento normal/processo natural de envejocimento*, niem. *normales Altern/normaler Prozeß des Alterns*, ros. *нормальное старение.*

nowotwory wieku podeszłego

W jesieni → życia człowiek – bardziej aniżeli w innych okresach – narażony jest na → choroby, w tym na schorzenia onkologiczne. Człowiek starszy, → senior, którego dotknęła choroba nowotworowa, przeżywa, podobnie jak inni (młodzi) pacjenci, wszystkie etapy diagnozy i terapii. Podczas całego procesu diagnozowania oraz leczenia starszy pacjent przeżywa wiele różnorodnych stanów emocjonalnych, nie zawsze przyznając się do nich przed samym sobą. Mogą pojawić się m.in.: poczucie winy z powodu rzeczywistych lub domniemanych zaniedbań; wyrzuty sumienia i traktowanie choroby nowotworowej jako kary za popełnione w przeszłości grzechy i zaniedbania wobec Boga i/lub drugiego człowieka; złość i niechęć do całego świata; niepokój, kumulowanie się codziennych obaw o siebie i swoich najbliższych; strach przed przyszłością: co dalej ze mną będzie? czy dam sobie radę? czy nie będę jeszcze większym ciężarem dla swoich najbliższych?; różnorodne lęki, w tym egzystencjalne, związane z nieuchronnością → śmierci; doznawanie wstydu podczas wykonywania nawet podstawowych badań, np. badań ginekologicznych u starszej kobiety; potrzeba szukania winnego, szczególnie wśród najbliższych; postawa nadmiernej → opieki i troski (nieuzasadnionej) o swoją → rodzinę; niepewność, niepokój, napięcie; bunt, żal do wszystkich, w tym również do Boga; zrezygnowanie, bierność i depresyjność.

Rozpacz, szczególnie na początku choroby, a także w chwilach pogorszenia samopoczucia, może spowodować nawet psychiczne załamanie; w końcu chory przestaje jeść z pragnieniem szybszego odejścia z tego świata (Gretkowski, 2013).

Nie jest więc prawdą, że starszy człowiek, który zachorował na nowotwór, stan swój i zaistniałą sytuację przeżywa w odmienny sposób, aniżeli człowiek w wieku młodszym. I nie jest prawdą, a tym samym wielką pomyłką i nieporozumieniem, że człowieka takiego należy traktować w odmienny sposób, okazując mu mniejsze zainteresowanie. Nie jest również prawdą, że człowiek starszy nie oczekuje pomocy, → wsparcia i porady.

Wsparcie pacjenta w chorobie nowotworowej mieści się w pięciu podstawowych zakresach:

- **wsparcia emocjonalnego**, polegającego na przekazywaniu komunikatów werbalnych i niewerbalnych. Choremu starszemu człowiekowi okazujemy naszą miłość i przyjaźń, szacunek, sympatię i wdzięczność;
- **wsparcia materialno-rzeczowego**, rozumianego jako pomoc w zaopatrzeniu w odpowiedni sprzęt rehabilitacyjny czy ortopedyczny oraz leki, ponadto

świadczenie usług, dostarczanie środków opatrunkowych i higienicznych itp.;
- **wsparcia informacyjnego**, polegającego na przekazywaniu zaleceń, udzielaniu wskazówek dotyczących dalszego postępowania leczniczo-pielęgnacyjnego;
- **wsparcia wartościującego**, pełniącego także rolę podtrzymującą w poczuciu własnej wartości. Okazujemy największe uznanie, szacunek i podziw za wszystko to, co dotychczas chory uczynił;
- **wsparcia psychicznego** i/lub **duchowego**, które ma miejsce szczególnie w chwilach zwątpienia, okresu terminalnego i agonii (Kamieniecka, 1998).

Zachorowalność na raka zwiększa się z wiekiem, ale nie wszystkie nowotwory korelują ze → starością. Ludzie starsi zapadają na raka bardzo często. Ich zwiększoną wrażliwość na działanie karcynogenów i częste występowanie nowotworów przypisuje się m.in. osłabieniu mechanizmów obronnych. [Karcynogen to czynnik, który, powodując mutację materiału genetycznego, przyczynia się do rozwoju choroby nowotworowej. Karcynogeny dzielą się na: fizyczne (promieniowanie jonizujące, promieniowanie ultrafioletowe), chemiczne (rakotwórcze substancje chemiczne, np. arsen, azbest) oraz biologiczne – przyp. aut.]. Ważnym układem obrony organizmu jest układ immunologiczny, którego sprawność zmniejsza się w przebiegu procesu → starzenia się. Znaczenie niewydolności immunologicznej dla rozwoju choroby nowotworowej ilustruje zwiększone ryzyko zachorowalności na raka, obserwowane u chorych z wrodzonymi niedoborami immunologicznymi.

W okresie starości najczęstszym nowotworem złośliwym – prowadzącym w 30% do zgonów wśród osób po 60. r.ż. – jest rak płuc. Dotyczy on szczególnie mężczyzn powyżej 40. r.ż., a szczyt zachorowania przypada na 60–70 r.ż. Ryzyko choroby wzrasta z wiekiem. Na drugim i trzecim miejscu u kobiet klasyfikuje się raka sutka i nowotwór jelita grubego, natomiast u mężczyzn – nowotwór gruczołu krokowego (prostaty) i raka jelita grubego. Zachorowalność na raka sutka wzrasta po ukończeniu 50. r.ż., zaś zwiększa się prawie czterokrotnie wśród kobiet, które ukończyły 65 lat. Na nowotwór jelita grubego zapadają osoby powyżej 40. r.ż., a ryzyko zachorowania rośnie z wiekiem i najwyższy wskaźnik osiąga w wieku 80 lat. W przypadku raka prostaty wiek jest głównym czynnikiem ryzyka zachorowania, gdyż dotyka mężczyzn, którzy średnio skończyli 70 lat.

Analizując nowotwory → wieku podeszłego, dostrzega się występowanie nowotworu nerki i pęcherza moczowego. Dotyczy to szczególnie mężczyzn powyżej 60. r.ż., zaś u kobiet (po okresie → menopauzy) w układzie rodnym występuje głównie nowotwór macicy, zlokalizowany w trzonie macicy (tzw. rak endometrium), szyjce macicy, nowotwór jajnika (niektóre jego rodzaje są także typowe dla młodszych kobiet, a nawet dziewcząt), oraz nowotwory pochwy i sromu. Z tzw. męskich nowotworów ok. 25% nowotworów jądra (nasieniaki) dotyka mężczyzn ok. 50. r.ż. (Gretkowski, 2013). W grupie nowotworów współwystępujących ze starością odnajdujemy również takie jak: szpiczak plazmocytowy, rak skóry (odmienny niż czerniak) i chłoniaki nieziarnicze. Nierzadko pojawia się nowotwór przewodu pokarmowego, m.in. rak przełyku, nowotwór żołądka, jelita i/lub trzustki. Dodajmy, że nowotwór u osób po 70. r.ż. bywa mniej agresywny niż u osób młodszych, mimo to chory powinien być otoczony szczególną opieką i poradą specjalistyczną, zarówno medyczną, jak i psychoonkologiczną.

Podstawową zasadą leczenia onkologicznego osób starszych jest odpowiedni wybór metody najlepiej tolerowanej przez pacjenta. Należą do nich m.in.:
- przeprowadzanie operacji o małym zakresie;
- stosowanie radioterapii w określonych miejscach (zamiast obejmującej całe pole) w mniejszej dawce;
- zaaplikowanie leków o niewielkiej toksyczności.

Jak w przypadku każdej choroby, leczenie winno być zawsze poprzedzone → całościową oceną geriatryczną (starszego pacjenta), ze szczególnym uwzględnieniem wszystkich czynników za i przeciw terapii. Jest to w pełni uzasadnione, bowiem może okazać się, że terapia będzie bardziej uciążliwa niż u pacjentów w młodszym wieku.

Nierzadko pacjent w wieku starszym spotyka się z wieloma trudnościami natury medycznej, psychoonkologicznej i społecznej, zarówno ze strony jego samego, jak również służby zdrowia, przepisów oraz najbliższego otoczenia, w tym również rodziny.

Do trudności natury medycznej – ich likwidacji, a przynajmniej ograniczenia – zaliczyć należy:
- przekonanie, że w starości zmniejsza się ryzyko zachorowania na nowotwory;
- to, że pacjent w jesieni życia bardziej jest narażony na różnorodne powikłania leczenia onkologicznego;
- osłabienie mechanizmów obronnych (starzenie się układu odpornościowego) oraz niedobory immunologiczne.

Ponadto należy zauważyć, że leczenie osób starszych jest działaniem specyficznym z tego powodu, że pacjent ma wiele innych schorzeń. Często więc początkowe objawy choroby nowotworowej, np. układu

krwiotwórczego, takie jak: osłabienie organizmu, bóle głowy czy też podwyższona temperatura, mogą być mylone i utożsamiane z objawami innych chorób wieku starczego (Gretkowski, 2013). Z innych przykładów: objawy szpiczaka mnogiego związane z bólami kości mogą być rozpoznawane jako choroby i bóle reumatyczne czy symptomy rozwijającej się → osteoporozy. Nieprawidłowa diagnoza tego nowotworu wpływa na jego dalszy, niezakłócony rozwój w organizmie.

Ponadto choroba nowotworowa wieku starszego nierzadko połączona jest z występowaniem innych dolegliwości, np. szybkim męczeniem się, problemami z trawieniem, snem itp., stąd potrzeba dodatkowego wysiłku, by uzyskać pewien komfort egzystencji poprzez usunięcie najbardziej uciążliwych symptomów (B.R. Ferrell, B. Ferrell, 1998).

Zdarza się także, że z powodu ograniczeń w dostępie do nowoczesnych metod leczenia osoby starsze leczone są preparatami, które w ich przypadku nie są skuteczne, a leczenie chorego nieoptymalnym dla niego lekiem z góry skazane jest na niepowodzenie.

Obok barier medycznych, negatywnie wpływających na leczenie osób starszych, a tym samym na stan chorego na nowotwór, dostrzec można także ograniczenia natury społecznej i/lub psychoonkologicznej. Bariery te są ze sobą ściśle powiązane i tak silne, że w wielu przypadkach można nawet mówić o → dyskryminacji z powodu wieku osób starszych chorych.

Wśród głównych barier społecznych i psychoonkologicznych dostrzega się:

- naturalne zmiany zachodzące w psychice człowieka starszego;
- poczucie samotności i tzw. stanu odstawienia na boczne tory;
- przekonanie, że na coś trzeba umrzeć;
- unikanie mówienia prawdy o stanie swego → zdrowia, aby nie sprawiać kłopotu najbliższym;
- silny emocjonalny związek oraz dobre relacje z najbliższą rodziną (mężem, żoną, dzieckiem, wnukiem);
- problemy z przekonaniem starszego człowieka do wyrażenia świadomej zgody na leczenie i udział w badaniach klinicznych.

Ponadto można mówić o utrudnionym dostępie do lekarza i opieki medyczno-pielęgniarskiej: „Osoby w podeszłym wieku mają ograniczony dostęp do pomocy w nagłych przypadkach (pogotowie ratunkowe) – wiek pacjenta decyduje często o przysłaniu karetki. Często praktyką jest niekierowanie osób starszych na badania profilaktyczne. Osoby te mają też większe niż inni pacjenci kłopoty z uzyskaniem skierowań na badania dodatkowe, na diagnostykę, […] → rehabilitację" (Szatur-Jaworska, 2008).

Słuszna wydaje się opinia Jarosław Derejczyka (2000), że „ludzie starzy to grupa najbardziej zaniedbana medycznie. Spotyka się zjawiska psychicznego i fizycznego maltretowania osób starych w obiektach służby zdrowia […]. Widać tam zachowania dyskryminacyjne z powodu wieku. Są to: przemilczanie problemów chorego, pomijanie pytań o zgodę na leczenie instytucjonalne, uzależnienie leczenia od wieku".

Nierzadko powikłania, które pojawiają się u człowieka w jesieni życia chorego na nowotwór, zmuszają do przerwania leczenia, a jedyną – i najbardziej humanitarną – drogą postępowania jest od samego początku tylko → opieka paliatywno-hospicyjna. Obecnie pojawiają się już badania i analizy dotyczące osób korzystających z tej formy opieki. Z grupy tej nie wyklucza się osób starszych. Z aktualnych sprawozdań z działalności → hospicjów w Polsce wynika, że rozwija się opieka paliatywno-hospicyjna nad osobami starszymi.

ARG

B: Derejczyk, 2000; B.R. Ferrell, B. Ferrell, 1998; Gretkowski, 2013; Kamieniecka, 1998; Szatur-Jaworska, 2008.

O: onkologia geriatryczna, psychoonkologia.

TK: ang. *cancer in old age*, fr. *le cancer des personnes âgées*, hiszp. *cáncer en la vejez*, niem. *Tumor im hohen Alter*, ros. *карцинома в пожилом возрасте/карцинома в преклонном возрасте*.

obecność seniorów w przekazie medialnym i reklamie

Zachodzące zmiany demograficzne niewątpliwie spowodowały wzrastające zainteresowanie problematyką → starości. Przeobrażenia w strukturze ludności, związane z wydłużaniem się → życia, pociągają za sobą zmiany w niemal wszystkich obszarach – zaczynając od zmian w modelu → rodziny, poprzez zmiany w polityce społecznej, a kończąc na szeroko rozumianych zmianach gospodarczych. Z tego też względu tematy związane ze starością i → starzeniem się są coraz częściej podejmowane interdyscyplinarnie. Pojawiają się pytania dotyczące roli osób starszych w społeczeństwie, sposobów przeciwdziałania izolacji tej części populacji, poprawy → jakości życia w zaawansowanej starości, jak również wizerunku osób starszych przedstawianych w przekazie medialnym i reklamie.

Przekazy reklamowe z założenia skierowane są do jak najszerszego kręgu odbiorców, powinny więc cechować się czytelnością i być zrozumiałe dla każdego. Z tego względu analiza reklam, jako przekazu nastawionego na oddziaływanie na jak największą liczbę osób, pozwoli określić dominujące wzory myślenia. Przekazy reklamowe są bowiem skonstruowane w taki sposób, żeby wywierać wpływ na odbiorcę także przez tworzenie z nim więzi opartej na zrozumieniu i zaufaniu. W centrum zainteresowania nie będzie tu bowiem reklama jako środek służący zwiększeniu sprzedaży, lecz jako bardzo ważny element życia społecznego. Reklama, jako jedna z form komunikacji masowej, bierze czynny udział w symbolicznej interakcji, czyli w ustalaniu i rozpowszechnianiu symboli, kodów kulturowych, scenariuszy zachowań, norm w wyznaczaniu obowiązujących kierunków, sposobów reagowania, postrzegania. Takie rozumienie pozwala na podparcie założenia o zależności między sposobem prezentowania osób starszych w mediach a ich społecznym odbiorem.

O tym, że wpływ reklamy na życie społeczne jest powszechnie dostrzegany i akceptowany, świadczy tworzenie reklam społecznych, których celem jest oddziaływanie na rzeczywistość. Zadaniem reklam społecznych jest informowanie o pewnych zjawiskach, edukowanie społeczeństwa i wywoływanie pożądanych zmian w świadomości społecznej. W czystej formie kampanie społeczne jedynie informują, uświadamiają, zapoznają za pośrednictwem mediów odbiorców z jakimś zagadnieniem, kształtują postawy i poglądy, przełamują istniejące stereotypy i błędne wyobrażenia na rozmaite tematy.

Stosunek do starości nigdy nie był jednoznaczny, zmieniał się w zależności od miejsca i czasu. Współcześnie w cywilizacji zachodniej, gdzie dominuje kult młodości, ludzie starzy często traktowani są jak ciężar, zbędny dodatek do życia pięknych i młodych. Sami także często nie chcą i nie potrafią zaakceptować swojej starości. Z perspektywy indywidualnej, największe problemy związane ze starzeniem się to: ograniczenie sprawności ruchowej, wzrost dolegliwości zdrowotnych, spadek sprawności intelektualnej, poczucie dyskomfortu związane ze zmianą pełnionych ról społecznych, wzrost stopnia zależności od innych oraz zmiany zachodzące w wyglądzie zewnętrznym.

Osoby starsze traktowane są jako grupa docelowa głównie przez reklamodawców związanych z branżą farmaceutyczną i kosmetyczną. Zwłaszcza starsze kobiety są grupą finalną wielu firm kosmetycznych oferujących preparaty przeciwzmarszczkowe i odmładzające. W reklamach kosmetyków coraz częściej wykorzystywane są wizerunki znanych aktorów starszego pokolenia. Jest to tendencja obecna zarówno na Zachodzie, jak i w Polsce. Koncerny kosmetyczne wykorzystują w swoich reklamach wizerunki szczególnie starszych aktorek. Wykorzystywanie wizerunków osób sławnych w reklamach gwarantuje zwiększoną zapamiętywalność przekazu oraz wspiera się na założeniu, że odbiorcy gotowi są naśladować osoby znane i lubiane. O krok dalej w reklamowaniu kosmetyków przeznaczonych dla starszych konsumentek poszła firma, której cała kampania, reklamująca kosmetyki dla kobiet dojrzałych, zatytułowana została pro-age, co było bardzo świadomym posunięciem. W kontekście reklam innych kosmetyków przeciw starzeniu się skóry kampania ta zapada w pamięć dzięki swojemu nastawieniu pro. Edukuje odbiorców, pokazując, że starość nie jest zjawiskiem, z którym trzeba walczyć. Dowodzi, że kobiety po 40., 50. czy 60. r.ż. wciąż mogą być atrakcyjne i zadbane. W wyraźny sposób przeciwstawia się stereotypowi zaniedbanej starszej pani, która nie ma już prawa do podobania się, do zwracania na siebie uwagi.

Kolejnym segmentem, który zwraca uwagę na osoby starsze, jest branża farmaceutyczna. Starość wiąże się jednak z całą gamą przypadłości dotykających w równym stopniu kobiet i mężczyzn. Wizerunek osób starszych wykorzystywany jest zwłaszcza w reklamach preparatów przeznaczonych do leczenia dolegliwości łączonych najczęściej z wiekiem dojrzałym i/lub → wiekiem podeszłym (zaawansowanym), takich jak: bóle stawów, spadek sprawności umysłowej, problemy z układem krążenia lub trawiennym. Reklamy preparatów farmaceutycznych przeznaczonych dla ludzi starszych często sięgają także po wizerunek znanych → seniorów. Sławni aktorzy lub sportowcy mogą dla niektórych być wzorem do naśladowania i reklamy oparte na ich autorytecie mogą być bardziej skuteczne niż reklamy przedstawiające anonimowych użytkowników. Znane starsze osoby pojawiają się także w reklamach, których grupą docelową nie są wyłącznie osoby starsze. Przykładem jest wykorzystywanie wizerunku starszych sławnych aktorów w reklamach usług bankowych. Znane osoby w wieku dojrzałym występują także w reklamach produktów i usług z innych działów. Jako przykład mogą tu posłużyć reklamy telefonii komórkowej, produktów spożywczych czy reklamy odzieży.

Do reklam wykorzystujących profesjonalizm seniorów można zaliczyć te, w których osoby starsze występują jako autorytety, przekazują swoją wiedzę i doświadczenie. Czasem ten autorytet wynika z wieku, doświadczenia, pełnionej roli społecznej, częściej jednak z pozycji czy powszechnie znanej twarzy osoby reklamującej produkt. W tym pierwszym przypadku rodzice lub dziadkowie przekazują młodszym członkom rodziny istotne rady. Kobiety uczą córki piec ciasta, gotować obiady, prać pościel, zaś mężczyźni doradzają w sprawach technicznych lub życiowych. Bardzo często wykorzystywany jest wizerunek babci. Mamy przecież na rynku wiele produktów przedstawianych z dodaniem przydawek: babcine sposoby na plamy, babcine porady, nalewka babci lub przepisy kulinarne babci.

Specyficzną część reklam eksperckich stanowią reklamy, w których kreuje się postaci o charakterze moralizatorskim. Niektóre reklamy wykorzystują, na ogół w sarkastyczny sposób, stereotyp człowieka starszego. Media, język, rynek usług – zarówno publicznych, jak i prywatnych – to tylko niektóre z elementów, przez które → senior jest postrzegany. Zmiany w każdym z nich wymagają długofalowego procesu, niełatwo jest bowiem skutecznie wpływać na stereotyp. W świetle danych demograficznych należy spodziewać się jednak ewolucji w podejściu do starszego konsumenta, czego zapowiedzią są już produkty i usługi odpowiadające potrzebom osób starszych.

Kolejny przykład reklam wykorzystujących wizerunek osób starszych to segment ubezpieczeń. Firmy ubezpieczeniowe oferują seniorom polisy na życie, które zgodnie z przekazem reklamowym zagwarantują spokój i bezpieczeństwo najbliższym im osobom z rodziny oraz otoczenia. Poprzez wykupienie polisy senior chroni najbliższych przed problemami, którymi obarczyłby ich, odchodząc. Mamy tu do czynienia z wizerunkiem seniora jako osoby o nieskończonej dobroci serca, dla której największą wartością są bliscy. Do seniorów kierowane są także reklamy, w których seniorzy wciąż są aktywni, pracują, zajmują się domem, bawią się, podróżują, myślą o przyszłości. Chcą oszczędzać i inwestować. Dzięki ubezpieczeniu senior może aktywnie inwestować oszczędności i zyskać podstawowe ubezpieczenie na życie bez konieczności przeprowadzania badań lekarskich i płacenia wysokich składek.

Niekiedy reklamodawcom udaje się uciec od stereotypowego przedstawienia seniorów. Jest to z jednej strony usprawiedliwione formułą i skrótowością reklam, nastawieniem na łatwą przyswajalność obrazu przez odbiorców. Z drugiej jednak strony tworzy nieprawdziwy obraz dużej grupy ludzi, którzy wbrew powszechnemu postrzeganiu nie są grupą homogeniczną. Dodatkowo, stereotypy przekazywane w reklamach narzucają także seniorom sposób definiowania ich własnej roli. I choć reklama to jedynie niewielki wycinek społecznej rzeczywistości, bez wątpienia jest wycinkiem bardzo nośnym, łatwo dostępnym i podświadomie oddziałującym na odbiorców.

Analizując polskie seriale telewizyjne, stwierdzono natomiast, że ludzie starsi w serialach przedstawieni są jako zdrowe, wesołe, samodzielne i szczęśliwe osoby. Można zatem stwierdzić, że serialowi seniorzy prezentowani są za pomocą stereotypów, jednak głównie o charakterze pozytywnym, a nie negatywnym, jak się spodziewano w przeprowadzonych badaniach.

Procesom starzenia się społeczeństwa równolegle towarzyszą procesy globalizacji i informatyzacji życia społecznego. Internet z łatwym dostępem do informacji daje możliwość nawiązania kontaktu z innymi ludźmi, rozwijania swoich zainteresowań oraz niewątpliwie może się stać ważnym narzędziem pozwalającym na niwelowanie negatywnych skutków starzenia się. Jak wynika z badań empirycznych, wola i chęć nawiązywania kontaktów z innymi ludźmi jest głównym motywem skłaniającym seniorów do skorzystania z internetu. Włączenie seniorów do współczes-

nych procesów, których tempo i kierunek rozwoju podporządkowane są nowym technologiom, przyczynia się do utrzymania kontaktów z młodszym pokoleniem, komunikowania się za pomocą wspólnego języka i mediów, niwelowania negatywnych stereotypów postrzegania osoby starszej. Funkcjonujący stereotyp postrzegania osób starszych narzuca jednolity obraz tej grupy, ale przecież wewnętrznie jest ona zróżnicowana, a jej heterogeniczność kształtują takie kryteria jak: wiek, dochody, miejsce zamieszkania, hierarchia uznawanych wartości, aktywność, poziom zaspokojenia potrzeb oraz → styl życia. Rozpatrywany w kategoriach aktywności ludzkiej, obraz ten kształtuje indywidualną charakterystykę każdego człowieka, sposób spędzania → czasu wolnego, zainteresowania uznawane za ważne oraz poglądy, opinie, sposób postrzegania siebie samych i otaczającego świata. W tej sytuacji, także w zakresie korzystania z nowych technologii należy się spodziewać, że zachowania seniorów będą zróżnicowane.

W większości analiz stosuje się podział na dwie → grupy wieku: młodzi-starzy oraz starzy-starzy. Rozróżnienie to wydaje się celnie oddawać zmiany w aktywności seniorów wraz z wiekiem, zgodnie z którymi młodsza grupa jest bardziej aktywna w porównaniu z grupą starszą. Internauci należący do tej grupy wiekowej czas spędzany w sieci najczęściej przeznaczają na kontakt z rodziną i znajomymi, poszukiwanie informacji dotyczących dóbr i usług, dotychczasowej działalności zawodowej oraz nauki. Mniejszy odsetek seniorów posługuje się internetem w bardziej zaawansowany sposób, korzysta z bankowości internetowej, zakupów *online*, *e-learningu* lub czatów. Analizując zachowania osób starszych w sieci, w badaniach wskazano na istnienie różnic płciowych. Mężczyźni częściej czytają prasę i książki, szukają informacji o interesujących ich tematach, przeglądają oferty pracy lub dokonują rezerwacji, kobiety częściej kontaktują się z bliskimi im osobami, korzystają z gier online i/lub poczty elektronicznej. Większość osób starszych korzysta z internetu w sposób bierny, odwiedzają strony o tematyce publicystycznej, informacyjnej, a także portale o treściach rozrywkowych i kulturalnych. Z doniesień o polskich internautach w wieku powyżej 50. r.ż. wynika, że seniorzy najczęściej szukają w sieci aktualnych wiadomości o świecie lub informacji zdrowotnych, następnie treści związanych z turystyką lub o charakterze rozrywkowym. Najrzadziej szukają za pośrednictwem internetu pracy lub czytają blogi. Seniorzy do komunikacji online najczęściej wykorzystują e-mail, dużo rzadziej korzystają z komunikatorów, niewiele osób z tej grupy wiekowej pisze bloga, czatuje lub aktualizuje statusy dotyczące swojej obecnej aktywności. Internauci powyżej 50. r.ż. są relatywnie aktywni na portalach społecznościowych, jednak wraz z wiekiem maleje liczba użytkowników, dla których najważniejsza w sieci jest rozrywka, a rośnie liczba osób zdobywających w ten sposób informacje. Seniorzy w Internecie szukają głównie danych o produktach, rzadziej niż inne grupy wiekowe dokonują zakupów w sieci, niewielki odsetek osób po ukończeniu 60. r.ż. korzysta z bankowości *online*. Wraz z wiekiem zwiększa się zainteresowanie informacjami zdrowotnymi, co jest wynikiem rosnącej ilości problemów związanych ze stanem → zdrowia i koniecznością posiadania dokładniejszych informacji z tej dziedziny.

Osoby starsze korzystające z internetu mają większą liczbę przyjaciół w porównaniu z seniorami nieobecnymi w sieci oraz prowadzą bardziej aktywne życie społeczne i kulturalne. Świat wirtualny jest miejscem, gdzie internauci seniorzy spotykają osoby o podobnych zainteresowaniach, dzięki czemu mogą dzielić się swoimi pasjami, rozwijać je oraz uczyć się nowych rzeczy. Analizując rosnącą popularność portali społecznościowych wśród seniorów, można stwierdzić, że umożliwiają one odnowienie kontaktów z przeszłości i nawiązywanie nowych. Ma to duże znaczenie dla tych osób, które w podeszłym wieku cierpią na → choroby przewlekłe. W badaniach o pozytywnym związku komunikacji poprzez internet ze stanem zdrowia podkreśla się korzystny wpływ uzyskiwanego w ten sposób → wsparcia społecznego na stan psychiczny seniora. Wykorzystanie komunikacji zapośredniczonej przez komputer może być również sposobem wyrównania problemów z pogarszającym się słuchem i wzrokiem, które poza siecią mogą znacznie zmniejszać satysfakcję z interakcji społecznych. Także dzięki dostępowi do internetu seniorzy mogą nawiązać nie tylko kontakty prywatne, ale również prowadzić komunikację o charakterze formalnym, nawiązując relacje ze społecznościami skupiającymi emerytów, ośrodkami pomocy i/lub → domami [pomocy społecznej]. Wśród korzyści wynikających z korzystania z sieci osoby starsze wymieniają możliwość dostępu do materiałów edukacyjnych, rozrywkowych i stron pozwalających im na rozwijanie zainteresowań. Nie bez znaczenia jest wsparcie i zachęta, jakie otrzymują ze strony bliskich i instytucji, oraz subiektywna pozytywna ocena własnego zdrowia, które sprzyjają korzystaniu z komunikacji internetowej. Korzystanie z niej wiąże się z ogólnym → zadowoleniem z życia, lepszym radzeniem sobie w trudnych sytuacjach, włącznie z mniejszymi oporami przed pro-

szeniem o pomoc czy radę. W rezultacie dostęp do licznych informacji zawartych w sieci ułatwia osobom w wieku starszym kontynuowanie pracy zawodowej, co sprzyja poprawie samooceny oraz nierzadko sytuacji finansowej (Tomczyk, 2015 a, 2015 b).

Biorąc pod uwagę powyższą analizę, można stwierdzić, że media często ukazują relacje osób starszych w rodzinie: z dziećmi, wnukami i przyjaciółmi. Reklamy najczęściej przedstawiają osoby starsze w roli babci i dziadka. Media popularyzują wizerunek seniora jako osoby doświadczonej i opiekuńczej. W reklamach to właśnie dziadkowie troszczą się o rozwój swoich wnuków bądź o ich zdrowie. Seniorzy pojawiają się także w wielu innych reklamach, np. kosmetyków. Częste reklamy, które przedstawiają wizerunek seniora, są związane z przemysłem farmaceutycznym. Jednak w reklamach leków seniorzy coraz częściej przedstawiani są nie tylko jako osoby chore, ale przede wszystkim jako seniorzy ceniący sobie zdrowy i aktywny tryb życia. Seniorzy pojawiają się także w reklamach ubezpieczeń i kredytów. Należy też wspomnieć o reklamach, które ukazują wizerunek seniora spędzającego czas w przyjemny sposób, podczas jazdy na rowerze, spacerowania czy pracy w ogrodzie.

Powstają także programy aktywizujące seniorów w obrębie wirtualnej przestrzeni. Ich celem jest wpojenie podstawowych zasad korzystania z komputera i internetu, połączona z praktyczną nauką obsługi. Coraz więcej jest także stron dedykowanych osobom starszym. Niektóre próbują przybliżyć wirtualny świat, stanowią swoistą instrukcję obsługi internetu. Obecność seniorów w Internecie dowodzi tego, że korzystanie z sieci może przynieść osobom starszym wiele korzyści, albowiem pozwala na zaspokojenie potrzeb charakterystycznych dla tej grupy wiekowej, pomaga także w przekraczaniu ograniczeń, wynikających z kondycji psychofizycznej osób starszych oraz zmienia stereotypowe postrzeganie seniorów.

Współczesne media skupiają się na młodości, witalności i sprawności fizycznej. Jednak obserwując reklamy, które przedstawiają seniorów, można zaobserwować, że ich wizerunek jest przedstawiany korzystnie. Media przedstawiają seniorów jako osoby energiczne, dbające o swą kondycję, sprawność intelektualną i wygląd zewnętrzny. Zwracają także uwagę na ich → mądrość życiową, dojrzałość i wiedzę. W mediach wykorzystywany jest pozytywny stereotyp starości, a ten obraz niewątpliwie przyczynia się do kształtowania pozytywnych postaw wobec starzenia się, starości i osób starszych.

VT

B: Albin, 2002; Bortliczek, 2012; Pawlina, 2010; Tomczyk, 2015 a, 2015 b; Wieczorkowska, 2006.

https://www.youtube.com…

O: kultura medialna seniorów, pedagogika medialna, przestrzeń medialna, starość w środkach masowego przekazu, środki masowego przekazu w życiu osób starszych.

TK: ang. *presence of seniors in the mass-media and in the advertising*, fr. *présence de personnes âgées dans les mass-médias et dans la moyens publicitaires*, hiszp. *presencia de los adultos mayorsen en los medios de comunicación y en la publicidad*, niem. *Vorhandensein von Senioren in den Massenmedien und in der Werbung*, ros. *место пожилых людей в средствах массовой информации и в рекламе.*

obiektywny i subiektywny wymiar starości

Badając procesy → starzenia się i podejmując → refleksje nad starością, można dostrzec jej obiektywny i subiektywny wymiar. → Scharakteryzować starość może bowiem nie tylko to, co zweryfikowane empirycznie i zobrazowane wskaźnikami liczbowymi, ale także to, co ulotne, trudne do wyrażenia i uchwycenia, zindywidualizowane. Starość jest zjawiskiem biologicznym i społeczno-kulturowym, ale również jednostkowym losem ludzkim. Obok więc [z]diagnozowanych ogólnych tendencji opisujących starość człowieka – m.in. w aspektach: biologicznym, demograficznym, kulturowym, społecznym, ekonomicznym, prawnym, psychologicznym, edukacyjnym bądź biograficznym – współwystępują indywidualne doświadczenia starości, które z perspektywy jednostki wydają się mieć zasadnicze znaczenie. Nie poddają się one próbom pełnego rozpoznania i pełnej obiektywizacji.

Obiektywny wymiar starości oznacza wiedzę o tym etapie życia w znacznym stopniu udokumentowaną, zobiektywizowaną, np. poprzez badania empiryczne, najczęściej ilościowe, z wykorzystaniem miar statystycznych, diagnoz laboratoryjnych, badań klinicznych itp. Jest to wiedza o starości będąca efektem badań naukowych. Obiektywny wymiar starości to też starość postrzegana powszechnie – „uogólniona", często obecna w społecznych stereotypach na temat wieku, w wiedzy potocznej nieujętej w rygory naukowości, wykorzystującej codzienne schematy myślowe, wynikające z procesów socjalizacji związanej z wiekiem. Ten rodzaj to wiedza o starości jako efekt socjalizacji. Taka starość nie wydaje się jednak w pełni prawdziwa. Pojawia się zatem pytanie o subiektywny wymiar starości, i jest to wiedza o starości powstała jako efekt jednostkowego doświadczenia biograficznego.

Subiektywny wymiar starości to wiedza o starości często intuicyjna, zwykle niepoparta „twardymi" danymi empirycznymi ze względu na charakter rzeczywistości, której badania miałyby dotyczyć. To wiedza wyprowadzona wyłącznie z osobistego, indywidualnego doświadczenia życiowego, a jej wartość kształtuje się i sprawdza w jednostkowym → życiu.

W miarę poszerzania się pola badań nad → rozwojem człowieka dorosłego dostrzeżono dość szybko, obok obiektywnego, także subiektywny wymiar doświadczania starości. Początki takiego myślenia o starości można odnaleźć w badaniach Charlotte → Bühler. Ukazała ona życie człowieka w trzech zazębiających się planach: biologiczno-behawiorystycznym, na który należy patrzeć „obiektywnym okiem biologa", „przeżyciowym", tj. subiektywnym, rozumianym jako „jednostkowe przeżycia i doświadczenia, będące także efektem dokonywania przez człowieka wyborów, a odzwierciedlające się w faktach biograficznych", oraz w planie „dzieł" rozumianych jako dokonania czy osiągnięcia życiowe, rezultaty, które – zdaniem autorki – można ujmować tak ilościowo, jak i jakościowo (Bühler, 1999). Przyjmując trzy zakresy → biegu życia Bühler badała go w sposób całościowy, co było pionierskim ujęciem. Zauważyła: „Jednakże, gdy planujemy rzeczywiste studium ludzkiego biegu życia, obiektywne dane nie są wystarczające. […]Dla tego, do czego zmierza człowiek i co osiąga, interesujące są nie tylko zewnętrzna ekspansja i restrykcja, lecz także subiektywne nastawienie. W wielu przypadkach nawet same fakty nie są jednoznaczne" (Bühler, 1999). Można więc przyjąć, że dostrzeżenie, obok obiektywnego, także subiektywnego wymiaru ludzkiej egzystencji, w tym starości, która jest jej etapem, sprzyja holistycznemu ujęciu życia, a poprzez to jego pełniejszemu rozpoznaniu i zrozumieniu.

Subiektywny i obiektywny wymiar starości są dziś powszechnie dostrzegane przez badaczy gerontologów, w szczególności psychologów i andragogów. Wcześniej oba wymiary zostały opisane w odniesieniu do stanu zdrowia. → Susułowska np. zwróciła uwagę na subiektywną i obiektywną ocenę stanu → zdrowia, odwołując się także do badań zagranicznych: „Osobnym zagadnieniem, dość szeroko ostatnio dyskutowanym w gerontologii, jest problematyka obiektywnej oceny zdrowia przez lekarzy w porównaniu z subiektywnym poczuciem zdrowia czy → choroby, dokonanym przez pacjenta" (Susułowska, 1989). Zauważoną już w latach 60. XX wieku tendencję osób starszych do oceniania swego zdrowia jako „średniego", wiąże Susułowska (1989) z tendencją człowieka do uśredniania. Inny bardzo znamienny obszar refleksji i badań gerontologicznych, który uwypukliła Susułowska, dotyczył → zadowolenia z życia i → bilansu życiowego, związanych przecież z subiektywnymi ocenami, w tym także z ulotnym poczuciem bycia szczęśliwym. Należy też podkreślić, że psychologiczne badania nad procesami starzenia się i starością dotykają licznych aspektów osobowości, które wymykają się obiektywnej ocenie. Susułowska (1989) zwraca uwagę np. na obraz samego siebie czy doświadczenie lęku. W nowszym podręczniku z zakresu psychologii starzenia się i starości (→ psychogerontologii) Stanisława Steuden uwypukla liczne kwestie, które same w sobie wymagają także subiektywnych ocen i są wyrazem jednostkowych doświadczeń. Należą do nich: → mądrość życiowa, godność, → jakość życia, doświadczenie → czasu, choroby i cierpienia, → śmierci i/lub doznania religijne (Steuden, 2011; Oleś, 2011).

W badaniach gerontologicznych, podejmowanych przez polskich andragogów, kładzie się duży nacisk na uwydatnienie subiektywnego wymiaru życia w starości, zwłaszcza w podejściu biograficznym, zapoczątkowanym przez → Czerniawską (2000, 2007, 2011), a kontynuowanym przez jej uczennice – Elżbietę Dubas, Joannę Stelmaszczyk, Elżbietę Woźnicką i Katarzynę Wypiorczyk. Wyraźnie subiektywny wymiar starości odzwierciedlają też badania empiryczne Jerzego Halickiego, który ukazuje 14 różnych typów doświadczania starości przez badane osoby (Halicki, 2010).

Z punktu widzenia współczesnej → gerontologii, w szczególności → gerontologii społecznej, trudno ustalić, chyba że arbitralnie, jedynie obiektywne aspekty życia w starości. Zazwyczaj obiektywnym jest to, co manifestuje się na zewnątrz i co daje się obserwować i zmierzyć. Dlatego w gerontologii najwcześniej i najczęściej badane były zachowania i aktywność ludzi starszych. Obiektywizacji podlegała także starość z perspektywy makrospołecznej, w tym także w zakresie funkcjonowania instytucji na rzecz ludzi starszych. Jednakże w takich sytuacjach może pojawić się wątpliwość dotycząca rzetelności i trafności stosowanych procedur badawczych, w tym możliwości precyzyjnej obserwacji i standaryzacji użytych miar. Wątpliwością równie ważną jest kwestia pozyskiwania, uogólniania i interpretacji uzyskanych wyników. Można też sądzić, że w czasie nasilenia się tendencji podmiotowych we współczesnych społeczeństwach, wyraźniej akcentowane jest znaczenie owego subiektywnego odbioru rzeczywistości. Jednostce we współczesnym demokratyzującym się świecie przyznaje się większe prawo

do podmiotowości, a aspekty psychoduchowe osobowości zyskują znaczenie i często decydują o odbiorze świata zewnętrznego oraz sposobie bycia w tym świecie. Tym samym, subiektywny odbiór świata wywiera, bądź ma prawo wywierać, silniejszy wpływ na przebieg jednostkowego życia.

Powiązania między obiektywnym a subiektywnym wymiarem starości są dziś w badaniach gerontologicznych bardzo widoczne. Poniżej kilka przykładów:

- **Aktywność** – niegdyś ilościowo badana aktywność zewnętrzna jako wykonywane czynności, podejmowane zadania, dziś uwzględnia się także aktywność wewnętrzną, a więc świat myśli, uczuć, procesy podejmowania decyzji.
- **Role życiowe** – obiektywnie ich repertuar i zakres to wynik potrzeb społecznych i oczekiwań socjalizacyjnych, subiektywnie związane są z poczuciem własnej tożsamości i satysfakcji życiowej.
- **Zdrowie** – obiektywne standaryzowane wskaźniki diagnozują zdrowie i chorobę, ale także uwzględniana jest samoocena stanu zdrowia dokonywana przez pacjenta/osobę badaną. Obie oceny często są uwzględnianie w badaniach społecznych, niekiedy jednak ocena subiektywna jest dla badacza szczególnie ważna, np. w badaniach biograficznych.
- **Sytuacja materialna** – obiektywne wskaźniki diagnozują np. stan posiadania, z drugiej strony subiektywną ocenę sytuacji materialnej. „Dobra" sytuacja materialna dla każdego badanego może oznaczać coś innego.
- **Sytuacje trudne** – obiektywne obserwowane obciążenia, jakich doświadcza badana osoba, np. w wyniku kataklizmu naturalnego (zniszczony dorobek całego życia), z drugiej zaś strony próba uchwycenia doznań wewnętrznych, związanych z tą sytuacją (cierpienie, uczucie bezsilności, złość, ale także doszukiwanie się pozytywnych stron w przeżytym doświadczeniu – czasami dopiero po latach).
- **Bilans życiowy** – to obiektywne wytwory aktywności jako dzieła w szerokim tego słowa znaczeniu oraz subiektywna ocena własnego życia, poczucie zadowolenia z życia, poczucie szczęścia.
- **Czas** – obiektywny, mierzony ustalonymi społecznie miarami, adekwatnie do jego zakresu i funkcji; z perspektywy subiektywnej to jednostkowy odbiór czasu, poczucie jego upływu, znaczenie i sens czasu, także z perspektywy biograficznej.
- **Edukacja** – obiektywnie osiągnięte etapy edukacji (np. typy szkoły, wskaźniki zdobytego wykształcenia w formie certyfikatów, dyplomów itp.) oraz subiektywne poczucie znawstwa, mądrość życiowa, osobiste doświadczenia edukacyjne, potrzeby i motywy uczenia się.
- **Zainteresowania** – obiektywnie manifestują się np. jako hobby, z drugiej strony to też emocje i myśli związane z realizacją pasji, przyczyny i korzyści, także wewnętrzne, wynikające z tego typu aktywności.

Niewątpliwie można przyjąć, że pewne obszary życia człowieka starszego mają wymiary mniej lub bardziej obiektywne lub subiektywne niż inne. Jak można przypuszczać, do bardziej obiektywnych wymiarów starości należą: zewnętrzne uwarunkowania życia, determinanty fizjologiczne procesu starzenia się, zewnętrzna aktywność – rozwojowa, edukacyjna, zawodowa, rodzinna itp., typowe zadania rozwojowe, efekty działań. Do bardziej subiektywnych wymiarów starości zaliczyć można np. postawy wobec starzenia się i starości, emocjonalny wymiar życia w starości, doświadczenia egzystencjalne (→ śmierć, choroba, cierpienie, osamotnienie), fenomen czasu, odczuwane motywacje i potrzeby. Subiektywny odbiór starości wynika także z czynników różnicujących poszczególnych ludzi, całe → kohorty (społeczne) oraz → generacje (pokolenia) i narodowości. Należą do nich np. płeć, wiek, narodowość, odmienności kulturowe, wyznanie, wykształcenie, sytuacja materialna, pozycja społeczna, sytuacja rodzinna i zawodowa, stan zdrowia i inne, ale także cechy osobowościowe, osobiste doświadczenia życiowe, nastawienie wobec życia, umiejętność radzenia sobie w trudnych sytuacjach, stopień refleksyjności itp. Niektóre z tych cech uświadomione zostały jako „formujące" ów subiektywny wymiar życia w starości (Dubas, 1990).

W pewnym stopniu można przyjąć, że w każdym człowieku, w zależności od jego osobistych cech i wpływów społeczno-kulturowych, którym podlega, różnorako kształtują się relacje między tym, co obiektywne a tym, co subiektywne. W tym kontekście można wyznaczyć trzy typy relacji i zarazem trzy typy sterowności człowieka:

- **Człowiek zewnętrzny** – sterowany z zewnątrz, reaktywny – reagujący swym zachowaniem na czynniki zewnętrzne, zdominowany w swych działaniach, sposobie myślenia i odczuwania przez świat zewnętrzny – jego otoczenie. Kierowany procesami socjalizacji, inkulturacji i wychowania. To człowiek ufający autorytetom, w małym stopniu podejmujący samodzielną refleksję – często nierefleksyjny. W tym przypadku rola czynników obiektywnych, „organizujących" życie człowieka jest decydująca.
- **Człowiek wewnętrzny** – sterowany w głównej mierze przez własny świat wewnętrzny. To człowiek

podmiotowy i samostanowiący, w dużej mierze wolny w swych wyborach, refleksyjny i odczuwający. Jego świat myśli i uczuć formuje w znacznej mierze jego bycie w świecie. Procesami kształtującymi jego osobowość i bycie w świecie są procesy samorozwoju i autoedukacji (samokształcenia i samowychowania). Własna aktywność wewnętrzna jest wyrazista i ma prymat nad aktywnością zewnętrzną. Czynniki subiektywne wyraziście wpływają na odbiór świata i doświadczanie własnego życia.

- **Człowiek zewnętrzno-wewnętrzny** – świat zewnętrzny odbija się w jego aktywnym i podmiotowym świecie wewnętrznym, który ma wpływ na formowanie postaw wobec świata, ludzi i siebie samego. Między światem zewnętrznym a wewnętrznym istnieje zwrotność. Procesy inkulturacji, socjalizacji i edukacji dokonują się przy udziale twórczej, aktywnej i samostanowiącej świadomości. Człowiek jest tu bytem reaktywno-refleksyjnym. Czynniki obiektywne i subiektywne łączą się i współwystępują, trudno jest je wyizolować, tworzą pewien dynamiczny całościowy system wpływów i reakcji.

Takie ujęcie istoty człowieka to jedna z propozycji wyjaśniania jego holistycznej natury, a jednocześnie interesująca próba uchwycenia tego, co różne, lecz łączone w psycho-fizyczno-duchowej jedności człowieczeństwa.

ED

B: Bühler, 1999; Czerniawska, 2000, 2007, 2011; Dubas, 1990; Halicki, 2010; Oleś, 2011; Steuden, 2011 b; Susułowska, 1989.
O: bilans życiowy, refleksje nad starością, starość, starość i duchowość, starzenie się.
TK: ang. *objective and subjective dimensions of old age*, fr. *objective et subjective dimensions de la vieillesse*, hiszp. *objetiva y subjetiva dimensiones de la vejez*, niem. *die objektive und subjektive Dimensione das Alter*, ros. *объективный и субъективный размер старости*.

obturacyjny bezdech senny (zespół bezdechu sennego)

jest → chorobą, której istotą są powtarzające się epizody zamknięcia górnych dróg oddechowych: bezdechy lub ich zwężenia (spłycenia) na poziomie gardła, przy zachowanej (w większości przypadków wzmożonej) pracy mięśni oddechowych (il. 1). Następstwem bezdechów i spłyceń oddychania są: pogorszenie natlenienia krwi (spadek SaO2 o ≥ 3%) i przebudzenia ze snu (zdecydowana większość przebudzeń pozostaje niezapamiętana przez pacjenta).

Obturacyjny bezdech senny (OBS – łac. *apnoe obturativa dormientis*) jest chorobą, którą medycyna zajęła się stosunkowo niedawno. Zdecydowana większość pacjentów nie została jeszcze zdiagnozowana, bo sytuację utrudnia wieloletni skryty przebieg choroby. Osoby nią dotknięte bardzo długo w ogóle nie zdają sobie sprawy z tego, że są chore. Szacuje się, że z powodu OBS cierpi 24% dorosłych mężczyzn i 9% dorosłych kobiet. Objawy choroby odczuwa ok. 4% dorosłych mężczyzn i 2% dorosłych kobiet. OBS jest chorobą polegającą na wielokrotnym występowaniu podczas snu epizodów niewystarczającego lub zupełnego braku przepływu powietrza przez drogi oddechowe, tzw. hipowentylacji i bezdechów. Chorobę można rozpoznać, jeśli średnio w każdej godzinie snu pojawi się przynajmniej pięć tego typu zdarzeń trwających nie krócej niż 10 sekund.

Podczas snu każdy człowiek traci świadomą kontrolę nad swoimi mięśniami. Pojawia się fizjologiczny spadek napięcia mięśni. U osób zdrowych powoduje to jedynie niewielkie, niemające znaczenia, osłabienie oddychania. U chorych na OBS dochodzi do zapadania się języka i gardła. Przepływ powietrza przez drogi oddechowe ustaje zupełnie lub jest zbyt mały, pojawiają się bezdechy, zaś podczas trwania pojedynczego bezdechu dochodzi do szybkiego spadku ilości tlenu i wzrostu poziomu dwutlenku węgla we krwi. Osoba chora zaczyna się dusić. Nasilone ruchy oddechowe i niedotlenienie doprowadzają do nagłego wybudzenia. Momenty odzyskania świadomości są najczęściej krótkotrwałe i niezapamiętywane przez chorych. Wystarczają jednak do przywrócenia drożności dróg oddechowych i powrotu prawidłowego oddychania. Po ponownym zaśnięciu cała sekwencja zdarzeń powtarza się i dochodzi do kolejnego bezdechu. Najgwałtowniejsze wybudzenia bywają czasem przez chorych zapamiętywane, opisują je jako nagłe przebudzenia z przyspieszonym oddechem, uczuciem kołatania serca lub braku powietrza. Niejednokrotnie połączone są one z nieprzyjemnymi marzeniami sennymi. Czasem nasilenie objawów jest tak duże, że chorzy gwałtownie siadają na łóżku z uczuciem dużego lęku i duszności.

Nie każda osoba chrapiąca cierpi na OBS. Jest jednak reguła, że wszystkie osoby cierpiące na obturacyjny bezdech senny – chrapią. Jest to chrapanie nieregularne i bardzo uciążliwe dla partnerów. Osoby obserwujące chorych najczęściej opisują bardzo głośne chrapanie, które w pewnym momencie znika i w jego miej-

sce pojawia się całkowita cisza – chory nie oddycha. Po pewnym czasie – od kilkunastu do kilkudziesięciu sekund – pojawia się bardzo głośne chrapnięcie połączone często z poruszeniem się osoby śpiącej (koniec bezdechu – wybudzenie). Po chwili chory zasypia ponownie, zaczyna przejściowo chrapać i zapada w kolejny bezdech.

Przedłużająca się cisza (bezdech) jest przyczyną znacznego niepokoju partnerów osób chorych. Współmałżonek, w obawie, że jego partner przestanie oddychać, budzi go i prosi o położenie się na bok. Jest to jeden z najczęstszych powodów zgłaszania się chorych do lekarza. Często zdarza się, że osoba chora w ogóle nie zdaje sobie sprawy ze swoich dolegliwości.

OBS jest chorobą występującą najczęściej u osób z nadwagą, choć bezdech u osób szczupłych również się zdarza. Mężczyźni chorują dwa razy częściej niż kobiety, a ilość osób cierpiących z powodu bezdechu zwiększa się z wiekiem. Objawy choroby nasilają się po spożyciu alkoholu, przy znacznym zmęczeniu, po zażyciu środków nasennych i u osób śpiących na wznak. Powyższe sytuacje powinny być unikane przez chorych na OBS. Szczególnie narażone są osoby z niedrożnym nosem.

Epidemiologia i przyczyny OBS

Obturacyjny bezdech senny jest chorobą częstą (występuje u od 5 do 15% subpopulacji osób dorosłych). W Polsce wg szacunków na OBS może chorować od 200 do 400 tys. osób. Mężczyźni chorują na OBS od 2 do 4 razy częściej niż kobiety, u których do zachorowania zwykle dochodzi w okresie → menopauzy. Najcięższe postacie choroby występują u kobiet i mężczyzn poniżej 45 r.ż.

Gardło jest jedyną częścią dróg oddechowych, która nie ma chrzęstnego lub kostnego usztywnienia (rusztowania) i w sprzyjających warunkach (nadmiar tkanki tłuszczowej na szyi, zwiększenie masy języka, przerost migdałków podniebiennych, długi języczek i podniebienie miękkie) może ulegać zapadnięciu, którego objawem są bezdechy (łac. *apnea*), spłycenia (łac. *hypopnea*) oraz inne epizody oddechowe. Zahamowanie przepływu powietrza do/i z płuc prowadzi do niedotlenienia krwi, nadmiaru dwutlenku węgla w organizmie, jak również narastającej pracy mięśni klatki piersiowej i brzucha. Następują przebudzenia (najczęściej niezapamiętane), wzrasta napięcie mięśni, gardło gwałtownie się otwiera, czemu towarzyszy głośne chrapnięcie. Wyrównawcza hiperwentylacja po bezdechu powoduje niedobór dwutlenku węgla we krwi, zwolnienie oddychania – chory ponownie zasypia, gardło ponownie się zapada i występuje kolejny bezdech. U osób z ciężką postacią choroby bezdechy mogą występować częściej niż raz na minutę snu.

Nawykowe chrapanie przez większość dni w tygodniu, bezdechy w czasie snu obserwowane przez partnera osoby chorej oraz nadmierna senność dzienna są głównymi objawami OBS. Objawy choroby możemy podzielić na występujące w nocy i w dzień.

Objawy nocne obejmują: chrapanie, bezdechy obserwowane przez osoby trzecie, nagłe wybudzenia ze snu połączone często z uczuciem braku powietrza, przyspieszonym oddechem czy tętnem, zwiększona aktywność ruchowa, nadmierna potliwość w nocy, duszność, dławienie w czasie snu, potrzeba oddawania moczu w nocy, niespokojny przerywany sen, bóle w klatce piersiowej (głębokie niedotlenienie krwi może spowodować ból wieńcowy u pacjenta z → chorobą niedokrwienną serca), refluks żołądkowo-przełykowy (różnica pomiędzy ciśnieniem w żołądku i przełyku podczas bezdechów predysponuje do wystąpienia choroby refluksyjnej, wówczas chory odczuwa zgagę, pieczenie w nadbrzuszu, odbijanie), czasem problemy z zaśnięciem po przebudzeniach z powodu lęku.

Bezdechy występują częściej podczas spania na plecach niż na boku lub brzuchu. Jeżeli choroba jest bardzo ciężka, pacjent nią dotknięty może spać tylko w pozycji półleżącej lub nawet na siedząco, a w skrajnych przypadkach na krześle z łokciami i głową opartymi o blat stołu, lub klęcząc, z górną połową ciała leżącą na łóżku.

Objawy dzienne to: poranne zmęczenie, bóle głowy, sen nieprzynoszący wypoczynku, zaburzenia funkcji poznawczych i zmiany osobowości, nasilona senność podczas dnia – często bardzo utrudniająca normalne funkcjonowanie, znaczna suchość w ustach po przebudzeniu, nadmierna drażliwość, trudności z koncentracją i → pamięcią oraz problemy rodzinne i/lub w pracy, upośledzenie libido oraz → niemoc płciowa (impotencja).

Wszystkie objawy nie muszą oczywiście występować u jednego chorego. Ich ilość i nasilenie wzrasta wraz z zaawansowaniem choroby. Zaobserwowanie samych bezdechów bez innych objawów jest już wystarczającym powodem do wykonania badań w kierunku rozpoznania obturacyjnego bezdechu sennego. Objawy bezdechu sennego zdecydowanie nasilają się po spożyciu alkoholu przed snem, znacznym zmęczeniu lub po przyjęciu leków nasennych lub uspokajających.

Niekiedy leki nasenne mogą dawać fałszywe poczucie poprawy.

Powikłania i zagrożenia wynikające z bezdechu sennego

Nieleczony OBS jest przyczyną powikłań sercowo-naczyniowych oraz licznych zagrożeń, takich jak:

- **nadciśnienie tętnicze** – więcej niż połowa chorych na OBS ma podwyższone ciśnienie tętnicze, a także szybszy rytm serca i większe wahania ciśnienia krwi. U chorych na OBS obserwuje się obniżenie odpowiedzi baroreceptorów na bodziec presyjny oraz uszkodzenie i dysfunkcję śródbłonka naczyniowego. → Przewleka obturacyjna choroba płuc (POChP) jest najczęstszą przyczyną wtórnego nadciśnienia tętniczego i jedną z głównych przyczyn nadciśnienia tętniczego lekoopornego;
- **choroba niedokrwienna serca** – występuje parokrotnie częściej u chorych na OBS. Uważa się, że występujące u chorych na OBS wielokrotne spadki saturacji, a co za tym idzie niedotlenienie krwi i mięśnia sercowego powodują z kolei niedotlenienie (reoksygencję) mogące mieć wpływ na rozwój → miażdżycy;
- **niewydolność serca** – wpływ OBS na rozwój nadciśnienia tętniczego, które z kolei prowadzi do zaburzeń funkcji lewej komory, jest podstawowym mechanizmem odpowiedzialnym za występowanie niewydolności serca u chorych z obturacyjnym bezdechem sennym;
- → **zaburzenia rytmu serca** – u chorych na OBS częściej występuje bradyarytmia oraz tachyarytmia, co jest ściśle związane z niedotlenieniem nocnym na skutek bezdechów w czasie snu. Często u tych chorych obserwuje się bradykardię i bloki przedsionkowo-komorowe;
- → **udar mózgu** – wyniki badań amerykańskich nad związkiem między OBS a chorobami serca wykazują, że obturacyjny bezdech senny jest niezależnym czynnikiem ryzyka udaru mózgu. Na wystąpienie udaru mózgu u chorych na OBS wpływ mają następujące czynniki: współistnienie nadciśnienia tętniczego, niedokrwienie mięśnia sercowego, zaburzenia rytmu serca w czasie snu, zmniejszenie przepływu mózgowego i wzrost ciśnienia wewnątrzczaszkowego w trakcie bezdechów oraz wzrost przepływu mózgowego po zakończeniu bezdechu, wzrost aktywności agregacyjnej płytek, podwyższone stężenie fibrynogenu, zwiększenie lepkości krwi, zaburzenia funkcji śródbłonka;
- **zespół metaboliczny i → cukrzyca**. Zespół metaboliczny (insulinooporny) jest zbiorem wzajemnie powiązanych czynników zwiększających istotnie ryzyko rozwoju miażdżycy i cukrzycy typu 2 oraz ich powikłań naczyniowych;
- **wypadki komunikacyjne** – powodowane są 2–7 razy częściej przez chorych na OBS niż przez ludzi zdrowych.

Diagnostyka OBS

Jeżeli pacjent ma objawy podmiotowe, przykładowo takie jak: senność, poranne bóle głowy, zaburzenia pamięci i koncentracji uwagi, osłabienie libido, zaburzenia emocjonalne, oraz objawy nocne, takie jak: chrapanie i bezdechy, wzmożona potliwość, przebudzenia z uczuciem duszności, nykturia, kołatanie serca, suchość w jamie ustnej po przebudzeniu, a także inne objawy (u ok. 70% chorych może występować nadwaga lub otyłość, a ok. 50% ma nadciśnienie tętnicze), należy przewidywać, że jest on chory na obturacyjny bezdech senny. W wywiadzie zawsze prosimy pacjenta o dokonanie samooceny senności dziennej za pomocą Skali Senności Epworth (ang. *Epworth Sleepiness Scale* – ESS), którą opracował w roku 1991 Murray W. Johns ze szpitala Epworth w Melbourne (www.epworthsleepcentre…). Jest to skala stosowana w ocenie zaburzeń snu, m.in. w diagnostyce zespołu bezdechu sennego. Jest to najpopularniejsza w świecie skala samooceny, polegająca na określeniu przez badanego (w skali 0–3 pkt) prawdopodobieństwa zaśnięcia w ośmiu sytuacjach życia codziennego (tab. 1). Obturacyjny bezdech senny można zdiagnozować na podstawie całonocnego zapisu kilkunastu zmieniających się fizjologicznych sygnałów ludzkiego ciała w celu określenia, czy i w jakim stopniu zwężenia dróg oddechowych pojawiające się podczas snu zaburzają sen i funkcje układu sercowo-naczyniowego. OBS można diagnozować również za pomocą urządzeń elektronicznych i/lub technicznych, które przeznaczone są do → badań przesiewowych.

Leczenie OBS

Normalizacja masy ciała jest postępowaniem wymierzonym w jedną z przyczyn zespołu bezdechu sennego. Zmniejszenie wagi, nawet o kilka kilogramów, może mieć odczuwalny skutek. Całkowite ustąpienie bezdechów poprzez doprowadzenie wagi do normy możliwe jest tylko wtedy, gdy nadwaga jest jedyną przyczyną choroby.

Ciągłe dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych utrzymywane jest (ang. *continuous positive airway pressure* – CPAP) za pomocą urządzenia, które podczas snu, przez nos lub przez usta i nos wtłacza do

układu oddechowego powietrze pod zwiększonym ciśnieniem (il. 2). Dzięki temu ciśnienie wewnątrz gardła pacjenta jest większe niż na zewnątrz ciała, co zapobiega zapadaniu się części miękkich gardła i powstaniu tym samym bezdechów.

CPAP jest najskuteczniejszą metodą postępowania, zalecaną w każdej postaci choroby, nawet tej najcięższej. CPAP wymaga systematycznego stosowania i po jego odstawieniu wszystkie objawy choroby powracają. Udoskonaloną odmianą protezy powietrznej CPAP jest AutoCPAP. Obecnie produkowane aparaty mają już elektroniczny system diagnostyki.

Utrzymywanie drożności dróg oddechowych za pomocą aparatu (il. 3). Aparat nazębny w postaci wkładki MAD (*Mandibular Advancement Devices*) to specjalna proteza dentystyczna wkładana do ust na noc. Istotą jej działania jest wysuwanie żuchwy do przodu i odsuwanie języka od tylnej ściany gardła. Dzięki temu w gardle pojawia się więcej wolnej przestrzeni i zmniejsza się szansa na jego zapadnięcie i powstawanie bezdechów czy chrapania. Jest to metoda przeznaczona dla osób z łagodnym i umiarkowanym OBS. Często powodem uniemożliwiającym zastosowanie wkładki MAD są duże braki w uzębieniu pacjenta. Aby nie uszkodzić istniejących już zębów (wkładka MAD opiera się na zębach, powodując wysunięcie żuchwy do przodu), przyjęto, że pacjent powinien mieć co najmniej osiem własnych zębów na dole i osiem na górze, równo rozłożonych.

Leczenie operacyjne jest metodą ostateczną zarezerwowaną dla osób z istotnymi zaburzeniami twarzoczaszki (przerost małżowin nosa, przerost i wydłużenie podniebienia miękkiego i języczka, powiększenie – znaczne – języka, zwężenie i cofnięcie żuchwy oraz szczęki). Zabieg chirurgiczny jest zawsze ostatecznością i nie daje gwarancji powodzenia. Znaczna część pacjentów z ciężką postacią OBS, mimo kilku operacji laryngologicznych, ma nadal objawy choroby i wymaga stosowania CPAP. Według niektórych źródeł jego skuteczność sięga jedynie 50% pacjentów i objawy choroby mogą powracać. Leczenie operacyjne może być stosowane jako samodzielna metoda leczenia lub w skojarzeniu z utrzymywaniem stałego dodatniego ciśnienia (CPAP).

Centralny bezdech senny

Mówiąc o obturacyjnym bezdechu sennym, trudno nie wspomnieć o centralnym bezdechu sennym (CBS). W przeciwieństwie do OBS CBS nie jest pojedynczym schorzeniem, a grupą chorób, które manifestują się bezdechem pochodzenia ośrodkowego podczas snu. W zapisie polisomnograficznym widać to zawsze bardzo wyraźnie, ponieważ następuje w czasie bezdechu centralnego równoczesne zatrzymanie oddechu oraz zanik wysiłku oddechowego klatki piersiowej i brzucha. CBS występuje znaczne rzadziej niż obstrukcyjny bezdech senny. Szacuje się, że CBS występuje u 10–15% chorych na OBS. Przyczyną większości przypad-

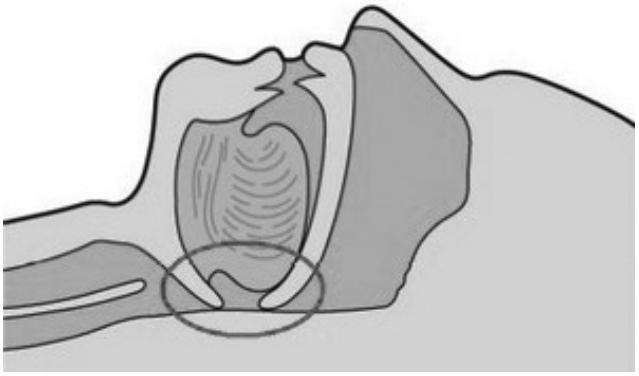
Tabela 1. Skala Senności Epworth (*The Epworth Sleepiness Scale* – ESS)

Sytuacja	Prawdopodobieństwo zaśnięcia			
Podczas sieczenia lub czytania	0	1	2	3
Podczas oglądania telewizji	0	1	2	3
Podczas siedzenia w miejscu publicznym	0	1	2	3
W trakcie godzinnej, monotonnej jazdy samochodem w roli pasażera	0	1	2	3
Podczas popołudniowego odpoczynku na leżąco	0	1	2	3
W trakcie rozmowy z inną osobą na siedząco	0	1	2	3
Podczas odpoczynku na siedząco po obiedzie bez alkoholu, w cichym i spokojnym miejscu	0	1	2	3
Podczas prowadzenia samochodu w trakcie kilkuminutowego oczekiwania w korku	0	1	2	3
Suma punktów				

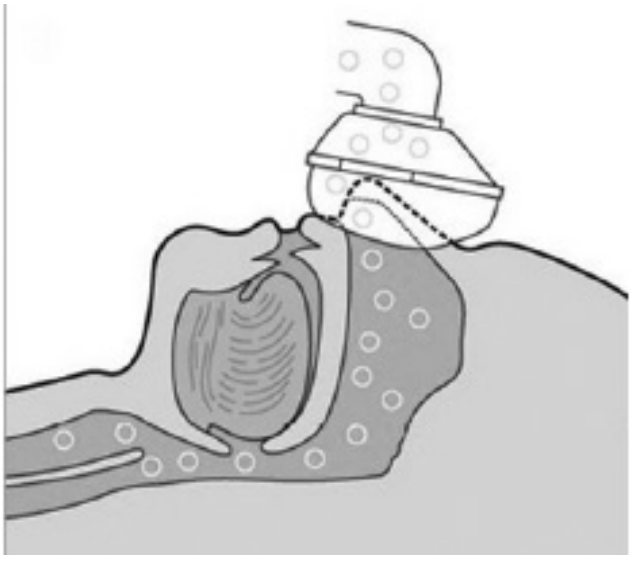
Interpretacja wyników:
– < 8 pkt – prawidłowa ilość snu,
– 8–10 pkt – łagodna senność,
– 11–15 pkt – umiarkowana senność,
– 16–20 pkt – ciężka senność,
– 21–24 pkt – skrajna senność.

Skala określa prawdopodobieństwo zapadnięcia w drzemkę lub zaśnięcia (nie należy mylić z uczuciem ogólnego zmęczenia) w sytuacjach wymienionych powyżej. Kwestionariusz dotyczy normalnego trybu życia pacjenta w ostatnim czasie. Gdyby jakakolwiek z wymienionych sytuacji nie wystąpiła, pacjent powinien sobie wyobrazić, czy zapadnięcie w drzemkę lub sen byłoby wówczas możliwe.

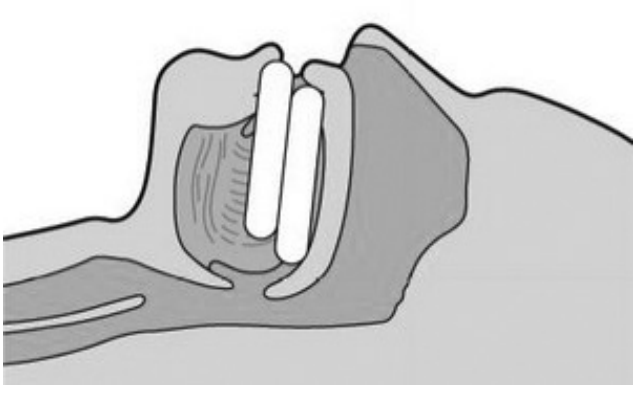
Do oceny możliwości zaśnięcia w danej sytuacji należy wykorzystać następującą skalę: 0 – zaśnięcie nie jest możliwe, 1 – niewielka możliwość drzemki, 2 – umiarkowana możliwość drzemki, 3 – duża możliwość drzemki.



Il. 1. Zablokowanie przepływu powietrza przez jamę nosową i gardło u pacjenta z OBS. Źródło: http://pulmonologia.mp.pl/choroby/74636,obturacyjny-bezdech-senny



Il. 2. Utrzymanie drożności dróg oddechowych przez utrzymywanie stałego dodatniego ciśnienia (CPAP). Źródło: http://pulmonologia.mp.pl/choroby/74636,obturacyjny-bezdech-senny



Il. 3. Utrzymanie drożności dróg oddechowych za pomocą aparatu wewnątrzustnego (leczenie ortodentyczne).
Źródło: http://pulmonologia.mp.pl/choroby/74636,obturacyjny-bezdech-senny

ków centralnego bezdechu sennego są istniejące stany chorobowe. Podczas epizodu centralnego bezdechu sennego pień mózgowy nie wysyła sygnału do mięśni oddechowych, aby podjęły swoje funkcje. Pień mózgowy jest częścią mózgu, która łączy się z rdzeniem kręgowym. Stany chorobowe, które mają wpływ na pień mózgowy, rdzeń kręgowy i serce, mogą spowodować powstanie centralnego bezdechu sennego.
Przykłady powiązanych z CBS stanów chorobowych obejmują: udar mózgu, → zawał mięśnia sercowego, zastoinową niewydolność serca, słaby cykl oddechowy nazwany oddechem Cheyne'a-Stokesa, zapalenie mózgu, zapalenie stawów w kręgosłupie szyjnym, → chorobę Parkinsona. Objawy CBS są podobne do tych w OBS, jednakże wystąpienie centralnego bezdechu sennego można rozpoznać dopiero po badaniu polisomnograficznym lub za pomocą badania rezonansem magnetycznym (MRI). Leczenie CBS przeprowadza się w ten sam sposób, co OBS, tj. za pomocą utrzymywania stałego dodatniego ciśnienia (CPAP), ale zawsze przy współpracy z neurologiem i/lub kardiologiem.

LG-P, ZJP

A: OBPS, OBS, ZBŚ, ZOCS, ZOPS (pol.), OSAS (am., ang.), SAHS (fr.), SAS (ang., fr., niem.).
B: Barnaś i współprac., 2012; Bielicki i współprac, 2006; Hasiec, Szumowski, Walczak, 2012; Jóźwik-Plebanek i współprac., 2012; Kuźmińska, 2011; Pierzchała, 2008; Pływaczewski i współprac., 2013; Przybyłowski, 2005; Rola, 2010; Zieliński, Pływaczewski, Bednarek, 2006.
N: http://pulmonologia.mp.pl…; www.epworthsleepcentre…
O: przewlekła obturacyjna choroba płuc, zaburzenia snu.
S: bezdech we śnie, obturacyjny bezdech podczas snu [OBPS], zaburzenia oddychania podczas snu [ZOPS], zaburzenia oddychania w czasie snu [ZOCS], zespół bezdechu sennego, zespół bezdechu śródsennego [ZBŚ], zespół Pickwicka.
TK: am. *sleep apnea/obstructive sleep apnea syndrome* [OSAS], ang. *sleep apnoea/sleep apnoea syndrome* [SAS]/*obstructive sleep apnoea syndrome* [OSAS], fr. *le syndrome d'apnées du sommeil* [SAS] ou *syndrome d'apnées-hypopnées du sommeil* [SAHS], hiszp. *el síndrome de apnea obstructiva del sueño/el síndrome de apnea-hipopnea durante el sueño*, niem. *das Schlafapnoe-Syndrom* [SAS], ros. *апноэ во сне*.

Obuchowski Kazimierz Michał (1931–2014)
polski psycholog, przedstawiciel psychologii klinicznej i osobowości oraz prekursor polskiej → gerontopsychologii. Urodził się w Wołożynie, na ziemi nowogródzkiej. Lata jego dzieciństwa były niezwykle

trudne. Mając dziewięć lat stracił ojca, który zamordowany został w Katyniu. W kwietniu 1940 roku wraz z matką został zesłany do Kazachstanu. Po trzech latach jego matka zmarła. Do Polski wrócił w 1946, kiedy w ramach repatriacji trafił do miejscowości Łobez w woj. szczecińskim. Tam ukończył liceum i zdał maturę (1951), W 1956 roku ukończył studia psychologiczne na Uniw. im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, gdzie dojrzewał naukowo. Podczas studiów ożenił się z koleżanką z roku, późn. profesor Ireną Obuchowską (1932–2016). W 1964 uzyskał doktorat, w 1970 habilitację, a jego praca na UAM trwała do 1997. W 1983 roku uzyskał tytuł profesora nauk humanistycznych. W 1992 założył i przez kolejne cztery lata rozwijał Pracownię Psychologicznych Koncepcji Człowieka. Był wieloletnim kierownikiem Zakładu Psychologii Osobowości w Inst. Filozofii i Socjologii PAN (Filia w Poznaniu), prowadził wykłady poza granicami kraju, m.in. w Berlinie, Tbilisi, Wilnie, Moguncji i w Nowym Jorku. Wcześniej odbył roczny staż na Uniw. im. Łomonosowa w Moskwie, nawiązując kontakty z wybitnymi specjalistami w zakresie neuropsychologii: Aleksandrem Romanowiczem → Łurią, Blumą W. Zeigarnik (1900–1988) i Aleksandrem N. Leontiewem (1903–1979). W latach 1996–2002 podjął pracę w Inst. Psychologii Uniw. Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, w którym kierował Zakładem Psychologii Osobowości. Pracował również w Akad. Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi. Był członkiem Komitetu Nauk Psychologicznych PAN, Centralnej Komisji ds. Stopni i Tytułów, prestiżowej Academia Europaea oraz Związku Sybiraków. W pracy naukowej Obuchowski łączył doświadczenie klinicysty, profesjonalny warsztat badacza i wyrafinowany język humanisty. Tworzył, łącząc psychologię z filozofią, pedagogiką, antropologią, socjologią i neuronauką, a z upływem lat jego dzieła stawały się coraz bardziej interdyscyplinarne. Był autorem oryginalnych koncepcji teoretycznych, często wyprzedzających aktualny nurt badań psychologicznych, wiele lat poświęcił na badanie dynamiki wzajemnych oddziaływań osobowości i kultury. Opracował koncepcję rozwoju osobowości, którą w ostatnich latach pracy wpisał w koncepcje fal cywilizacyjnych Alvina Toefflera (1928–2016) i Heidi Toeffler. Według Obuchowskiego w kolejno po sobie następujących falach cywilizacji rolniczej, przemysłowej i informacyjnej powstawały ekologiczne nisze, które sprzyjały formowaniu się i rozprzestrzenianiu osobowości najpierw ludzi roli, następnie uczenia się, i podczas ostatniej fali, po rewolucji podmiotów, ludzi autorów siebie. W *Refleksjach autobiograficznych psychologa* (2009) sugerował, że dynamika relacji osobowości i kultury jeszcze się nie dopełniła, a współczesna konkurencyjność świata wirtualnego wobec fizycznego stwarza sytuację, w której uformować się może zupełnie nowa osobowość – człowieka płynnego. W skali jednostkowej, w porządku ontogenetycznym, rozwój osobowości ma własną dynamikę. Obuchowski zdefiniował osobowość jako układ nierównowagowy, w którym stale zmagają się ambiwalentne tendencje psychiczne. Nowatorstwo jego ujęcia jest rezultatem wydzielenia przez badacza dwóch układów: bazalnego i programującego. Pierwszy, jako kontynuacja biologicznego rozumienia osobowości, obejmuje właściwości temperamentalne, inteligencję, kody orientacji, procesy emocjonalne. Układ programujący natomiast zawiera wiedzę jednostki i organizację jej osobistych zadań. Określa zakres, w którym człowiek samourzeczywistnia się i jest autosterowny. Układ programujący obejmuje takie właściwości, jak: podmiotowość, intencjonalność, odpowiedzialność, dystans psychiczny, → [poczucie] sensu życia i orientacja na osobistą przyszłość. Obuchowski poszerzył dorobek polskiej psychologii o kategorie rewolucji podmiotów, podmiotowych i przedmiotowych standardów waluacji, adaptacji twórczej. Znaczenie, które badacz przypisywał podmiotowości i sposób, w jaki wpisywał perspektywę przyszłości w aktywność osoby, inspirowały badaczy i praktyków różnych dyscyplin w psychologii. Ponadto badał i opisywał regulacyjną funkcję potrzeb, szczególnie akcentując znaczenie potrzeby sensu życia w zwiększaniu → jakości życia człowieka. W teorii kod–emocje wyjaśnił różnice w przetwarzaniu informacji w kodach konkretnym i hierarchicznym. Ukazał, jak determinują one jakość funkcjonowania człowieka. Ważnym osiągnięciem było powiązanie przez Obuchowskiego sfery poznania z emocjami i motywacją. Pioniersko wykazał sposób, w jaki emocje pozytywne poszerzają zakres pojęć i plastyczność myślenia, a negatywne zawężają i ukonkretniają myślenie. Był uważnym obserwatorem przemian społecznych, jako jeden z pierwszych postulował konieczność rewizji postaw wobec → starzenia się i → starości oraz wskazywał na pilną potrzebę rozwoju gerontopsychologii (Obuchowski, 2002). Ogłosił drukiem wiele prac zwartych (Obuchowski, 1964, 1970, 1985, 1989, 1993, 2000 a, 2000 b, 2000 c, 2001 a, 2001 b, 2004, 2006), z których: *Psychologia dążeń ludzkich* (1964) wydana została w 5 wersjach i w 3 przekładach, *Kody orientacji i struktura procesów emocjonalnych* (1970) wydana trzykrotnie i w 2 prze-

kładach, ponadto *Adaptacja twórcza* (1985), *W poszukiwaniu właściwości człowieka* (1989), *Człowiek intencjonalny* (1993) oraz *The revolution of subjects* (2006). Aktualizował i wznawiał takie prace, jak: *Człowiek intencjonalny, czyli o tym jak być* sobą (2000), *Galaktyka potrzeb…* (2000), *Od przedmiotu do podmiotu* (2000), *Kody umysłu i emocje* (2004). Mądrość, tę profesjonalną i życiową, zdążył zaprezentować w ostatniej książce *Refleksje autobiograficzne psychologa* (2009). Wcześniej, w zbiorze *Człowiek, dążenia, sens. Myśli wybrane* (2001) nakłaniał do etycznej rozwagi w uprawianiu nauki, pisząc: „[…] obowiązkiem uczonego jest nie tylko odsłanianie owej nieskończonej liczby zasłon, za którymi ma ukrywać się prawda, ale i wskazywanie konsekwencji uzyskiwanej wiedzy".

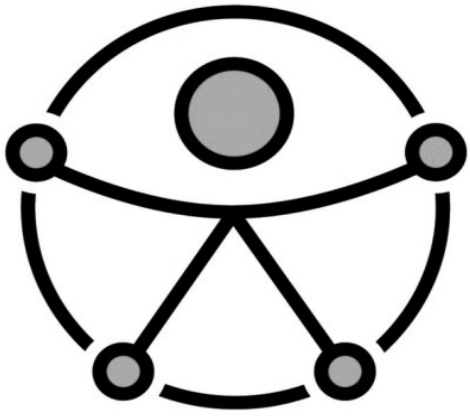
AB

B: Brzeziński, Kowalik, 2015; Obuchowski, 1964, 1970, 1982, 1985, 1989, 1993, 1995, 1996, 2000 a, 2000 b, 2000 c, 2001 a, 2001 b, 2002, 2004, 2006, 2009, 2010.

ocena dostępności otoczenia dla osób niepełnosprawnych

Ocena otoczenia pod względem → dostępności dla osób z → niepełnosprawnościami jest to proces systematycznej analizy miejsca i środowiska, w którym osoba mieszka, pracuje lub przebywa. W celu dokonania oceny bierze się pod uwagę utrudnienia w funkcjonowaniu, które najczęściej związane są z poruszaniem się (użycie → białej laski, kul, balkonika, wózka) bądź wzrokiem (brak wzroku, osłabienie wzroku – obniżenie ostrości, zmniejszenie pola widzenia). Ocena otoczenia dotyczy przeważnie dostępności obiektów, a w nich poszczególnych pomieszczeń (wejście, korytarz, schody, okolice windy, pokój dzienny, toaleta kuchnia). Ocena dostępności otoczenia powinna obejmować dwa główne zakresy: 1) ogólne otoczenie i środowisko danej osoby; 2) konkretne zadania, które ta osoba będzie wykonywać w tych otoczeniach. Celem oceny jest możliwość zaprezentowania ulepszeń i niezbędnych adaptacji. Ocenę otoczenia wykonuje się: 1) ogólnie (najczęściej na poziomie projektowania lub gruntownej renowacji) – sprawdza się dostępność dla wszystkich potencjalnie mogących przebywać w danym otoczeniu osób miejsc użyteczności publicznej (np. urzędy, biura, dworce, muzea, biblioteki), placówek rehabilitacyjnych, w nowych obiektach stosuje się tzw. projektowanie uniwersalne, tj. projektowanie produktów oraz otoczenia tak, aby były one dostępne dla wszystkich ludzi, w największym możliwym stopniu, bez potrzeby adaptacji lub wyspecjalizowanego projektowania. Polskie regulacje dotyczące projektowania zawarte są w prawie budowlanym i dotyczą przede wszystkim barier architektonicznych. Art. 5 ust. 1 pkt 4 Prawa budowlanego (Ustawa z 7 VII 2994 roku) mówi, że: „Obiekt budowlany wraz ze związanymi z nim urządzeniami budowlanymi należy, biorąc pod uwagę przewidywany okres użytkowania, projektować i budować w sposób określony w przepisach, w tym techniczno-budowlanych, oraz zgodnie z zasadami wiedzy technicznej, zapewniając […] niezbędne warunki do korzystania z obiektów użyteczności publicznej i mieszkaniowego budownictwa wielorodzinnego przez osoby niepełnosprawne, w szczególności poruszające się na wózkach inwalidzkich". W projektowaniu często jednak uwzględnia się modę i/lub współczesne trendy, a nie problemy wynikające z osłabionego wzroku. Bardzo często nawet w nowych obiektach występują niekorzystne zestawienia kolorów, słaby kontrast, zbyt słabe oświetlenie lub efekt olśnienia. Bywa czasem tak, że otoczenie jest przyjazne dla jednej grupy osób z niepełnosprawnością, a zarazem nieprzystosowane dla innej; 2) indywidualnie – zgodnie z potrzebami konkretnej osoby (mieszkanie, stanowisko pracy). Jeśli przygotowuje się ocenę pod względem dostępności dla konkretnej osoby, należy: uwzględnić wszystkie ograniczenia wynikające z określonego zaburzenia (lub zaburzeń) danej osoby; w miarę możliwości włączać zainteresowanego w myśl zasady „nic o nas bez nas" – pomaga to uniknąć przypuszczeń i uwzględnić osobiste preferencje; posługiwać się schematem (planem działania) wg określonych obszarów oceny; ocenić dane środowisko także pod kątem związanych z nim czynności; uwzględnić problemy związane ze zmiennymi warunkami (np. dzień, wieczór). Należy określić najpierw dziedziny sprawiające trudności, a następnie sposoby usprawnienia funkcjonowania w otoczeniu. Oceniający otoczenie może posłużyć się pomocami ułatwiającymi zrozumienie funkcjonowania osób z niepełnosprawnościami, np. może używać wózka lub zakładać symulatory w celu obserwacji otoczenia z utrudnieniami konkretnych schorzeń wzroku. Dla osób poruszających się na wózkach ocenie podlega przede wszystkim występowanie: przeszkód – schody, krawężniki progi, zbyt strome podjazdy; zbyt wąskich przejść – korytarze, wejścia, drzwi, miejsca parkingowe; urządzenia zbyt wysoko umieszczone – włączniki, szafki, umywalki, bankomaty; oraz śliskich powierzchni. Z kolei w przypadku osób słabowidzących ocenie podlega przede wszystkim występowanie: kontrastu

dla dobrego wyróżnienia obiektu na tle; odpowiednio dobranego oświetlenia; zjawiska olśnienia; odpowiednio usytuowanych tablic informacyjnych (na wysokości wzroku); odpowiedniej wielkości eksponowanych obiektów względem odległości obserwacji, oraz odpowiednich oznaczeń – schodów, szklanych powierzchni, drzwi, wind. W przypadku osób niewidomych ocenie podlega przede wszystkim występowanie: informacji dźwiękowych (uzupełnienie sygnalizacji świetlnej, → audiodeskrypcja, komunikaty głosowe, np. w windzie); opisów brajlowskich oraz tyflografik; braku przeszkód na szlakach komunikacyjnych; oznaczeń ciągów komunikacyjnych oraz zmian wysokości (np. wyczuwalne stopami kopułki przed schodami i krawężnikami, peronami itp.); niebezpiecznych elementów urbanistycznych (np. niewykrywalnych laską – zlokalizowanych na wysokości twarzy, ostrych); warunków pobytu dla psa asystującego (przewodnika). Z oceny otoczenia powinno się sporządzić protokół, który stanowić będzie podstawę → adaptacji przestrzeni do możliwości osoby z niepełnosprawnością. Dobrze, jeśli oceniający korzysta ze standardowego formularza uwzględniającego oceniane obszary, a także warunki dokonywania oceny (m.in. pora dnia, warunki pogodowe). Protokół może składać się jedynie z rzeczowej oceny, może jednak zawierać wskazówki dotyczące możliwych adaptacji, których celem jest zwiększenie dostępności ocenianego otoczenia. Ocenę otoczenia można wykonać także pod kątem dostępności np. dla osób poruszających się z wózkiem dziecięcym (schody, przejścia), a także kobiet chodzących na wysokich obcasach (szpilkach). Rozwiązanie wychodzące naprzeciw tym potrzebom zastosowano w „szpilkostradzie" na wrocławskim rynku, która służy również osobom z niepełnosprawnością ruchową.



Międzynarodowe logo informujące o dostępności informacji, usług lub technologii komunikacyjnych dla osób z niepełnosprawnościami – symbol nadziei i równego dostępu dla wszystkich (projekt ONZ, 2015). Źródło: http://www.niepelnosprawni.gov.pl/p,100,dostepnosc-projektowanie-uniwersalne

DR

B: Wiciak, 2012; Wysocki, 2009.

D: Ustawa z 7 VII 2994 roku.

N: http://www.niepelnosprawni.gov.pl…; http://www.wroclaw.pl/trakt-wokol-rynku…

O: adaptacja przestrzeni, bariery, dostępność, niepełnosprawność.

TK: ang. *assessment of accessibility of the environment for disabled persons*, fr. *évaluation de l'accessibilité de l'environnement pour personnes handicapées*, hiszp. *evaluación de la accesibilidad del medio ambiente para personas con discapacidad*, niem. *Bewertung der Zugänglichkeit der Umwelt für Menschen mit Behinderung*, ros. *оценка доступности среды для лиц с нарушенямиями/ оценка доступности среды для юл юдей с инвалидностью*.

ocena stanu umysłowego

jest istotną częścią badania lekarskiego, podczas której ocenia się zachowanie, mowę, nastrój, percepcję i funkcje poznawcze pacjenta (M.F. Folstein, S.E. Folstein, 1999). Stanowi ona ważny element → całościowej oceny geriatrycznej, gdyż szeroko pojęte zaburzenia stanu psychicznego występują dość często w wieku podeszłym. Największą wagę przywiązuje się przy tym do diagnostyki zespołów lękowo-depresyjnych oraz stanu funkcji poznawczych. Ważne jest też stwierdzenie, czy u pacjenta nie występują zaburzenia świadomości w przebiegu → majaczenia [i stanów splątaniowych]. Może być ono bowiem objawem poważnych → chorób somatycznych i zaburzeń homeostazy, które stanowić mogą stan zagrożenia → życia i wymagają podjęcia odpowiedniej terapii.

Badanie powinno być przeprowadzane w przyjaznej atmosferze, ułatwiającej nawiązanie z chorym dobrego kontaktu. W większości przypadków unikać należy podczas rozmowy obecności innych osób – pacjentów, czy też członków → rodziny, gdyż może to wpływać na odpowiedzi chorego. Wyjątkiem jest wyraźne życzenie pacjenta. Niektórzy chorzy, szczególnie ci z → otępieniem, mogą czuć się niepewnie bez obecności znanej im osoby – wówczas może ona towarzyszyć pacjentowi podczas oceny.

Należy badanemu zapewnić spokój i zaplanować wystarczającą ilość czasu, gdyż nieraz uzyskanie odpowiedzi od pacjenta starszego może trwać dłużej. Jest to szczególnie istotne w przypadku pacjentów z → choro-

bą Parkinsona i zespołami parkinsonowskimi, w których mamy do czynienia ze spowolnieniem psychoruchowym chorego, czy też w przypadku pacjentów z → depresją [i zaburzeniami nastroju]. Nie wolno oceniać odpowiedzi pacjenta, komentować i poprawiać błędów w wykonywanych poleceniach. Jeżeli pacjent nie rozumie pytania, należy sformułować je w prostszy sposób, a jeżeli nadal nie potrafi na nie odpowiedzieć, przechodzi się do następnego pytania lub etapu badania, by uniknąć wywołania u chorego negatywnych emocji z powodu udzielonych błędnych odpowiedzi, co mogłoby wpłynąć na ostateczną ocenę i diagnozę.

Badanie stanu świadomości

Podstawową częścią badania stanu psychicznego jest określenie stanu świadomości (łac. *conscientia)* pacjenta. Świadomością określamy zorganizowaną funkcję ośrodkowego układu nerwowego, polegającą na „odbijaniu rzeczywistości", zdolności odczuwania zjawisk wewnętrznych i pochodzących ze środowiska oraz odpowiedniego reagowania na nie (Bilikiewicz, 1983). To pojęcie nadrzędne wobec przytomności, definiowanej jako gotowość układu nerwowego do reagowania na bodźce. Zaburzenia świadomości dzielimy na ilościowe i jakościowe.

Do ilościowych zaburzeń świadomości zaliczamy:

- **somnolencję** – czyli senność patologiczną, gdy pacjent wybudzony ze snu zachowuje pełen logiczny kontakt z osobą drugą, lecz po ustaniu bodźców natychmiast ponownie zasypia;
- **sopor** – głęboki sen patologiczny, z zachowaną reakcją na silne bodźce i odruchami obronnymi;
- **śpiączkę** (ang. *coma*) z całkowitym wyłączeniem świadomości i reaktywności na bodźce. Wyróżnia się też tzw. **zawężenie pola świadomości** z brakiem percepcji niektórych tylko treści.

Z kolei do jakościowych zaburzeń świadomości możemy zaliczyć:

- **przymglenie proste** – ze zubożeniem motoryki i nastroju oraz dyskretnym zaburzeniem spostrzegawczości;
- **majaczenie** (łac. *delirium*) – z przeważnie zachowaną orientacją autopsychiczną, ale zaburzoną allopsychiczną (orientacja co do czasu i miejsca), z niepokojem ruchowym, omamami czy urojeniami prześladowczymi;
- **zespół pomroczny** (łac. *obnubilatio*) – występujące nagle naprzemienne rozdwojenie osobowości, często z agresją, nagłymi wyładowaniami ruchowymi i totalną dezorientacją;
- **splątanie** (łac. *amentia*) – z zupełną → amnezją [niepamięcią], utratą kontaktu i rozerwaniem wątku myślowego oraz bezładnym miotaniem się (jaktacje).

Umiejętność zaobserwowania i zdiagnozowania zaburzeń świadomości jest istotna, gdyż występują one najczęściej w wyniku innych → chorób. Należy wtedy brać pod uwagę choroby somatyczne, np. choroby tarczycy, zaburzenia elektrolitowe i gospodarki węglowodanowej, niedokrwistość, niewydolność wątroby i nerek, choroby infekcyjne, w tym neuroinfekcje, gorączkę, ból, działanie leków, zwłaszcza psychotropowych, a także stan neurologiczny pacjenta, w tym wystąpienie → udaru mózgu czy obecność krwiaka śródczaszkowego.

Pomocne w diagnostyce majaczenia mogą być skale obserwacyjne, np. skala DOS – *Delirium Observation Scale* (Schuurmans, Shortridge-Baggett, Duursma, 2003), która może być stosowana przez personel medyczny na oddziale szpitalnym i ułatwić prawidłową diagnostykę i wdrożenie odpowiedniego postępowania przyczynowego. Zawiera ona opis 13 zachowań, takich jak: zaburzenia uwagi, dezorientacja w miejscu i czasie, dezorganizacja wypowiedzi, czy nieprawidłowy sposób zachowania. Trzy lub więcej stwierdzanych objawów może wskazywać na delirium. Inną skalą oceny jest CAM –*The Confusion Assessment Method* (Inouye i współprac., 1990), która opiera się na cechach definiujących majaczenie: 1) ostry początek i fluktuacje zaburzeń świadomości; 2) rozproszenie uwagi; 3) niespójne myślenie i/lub zmieniony poziom świadomości. Dla rozpoznania majaczenia muszą być spełnione wszystkie trzy warunki.

Ocena wyglądu i sposobu zachowania

Ważnych informacji o stanie psychicznym pacjenta może dostarczyć obserwacja jego wyglądu i zachowania. Należy przy tym zwrócić uwagę na sprawność narządu wzroku i słuchu, których niewydolność może upośledzać funkcjonowanie pacjenta i wpływać na wynik wykonywanych testów oceniających stan psychiczny. Wygląd pacjenta i jego sposób ubrania może świadczyć o nieprawidłowościach socjalnych, ale też wynikać z chorób – typowa jest np. niedbałość o wygląd w schizofrenii, delirium czy demencji, a wyrazisty ubiór, makijaż, fryzura w epizodzie maniakalnym czy zaburzeniach płata czołowego. Charakterystyczna pochylona postawa ciała i chód występuje w chorobie Parkinsona. → Zaburzenia chodu, ruchy mimowolne, tiki – mogą wynikać też z innych zespołów neurologiczno-psychiatrycznych (np. stan po udarze mózgu, choroba Huntingtona, depresja, mania), oraz świad-

czyć o stanie napędu, nastroju i koncentracji uwagi osoby badanej.

Ocena mowy

Podczas rozmowy z pacjentem należy zwrócić uwagę na szybkość mowy – zbyt szybka jest często objawem manii, zaburzenia płatów czołowych lub też splątania, zwolniona – może wskazywać na otępienie lub depresję. W przebiegu zespołu parkinsonowskiego obserwuje się cichą, monotonną, niewyraźną mowę. Skutkiem przebytego udaru mózgu mogą być zaburzenia typu → afazji (czuciowej, ruchowej, mieszanej), gdy uszkodzeniu ulega ośrodek mowy, lub zaburzenia typu dyzartrii przy porażeniu aparatu wykonawczego narządu mowy.

Ocena nastroju

Z uwagi na dużą częstość występowania u osób starszych depresji ważnym elementem badania geriatrycznego jest ocena zaburzeń nastroju. Zawsze należy zwracać uwagę na występowanie objawów składających się na główne **kryteria zespołu depresyjnego**, chociaż depresja często ma nietypowy obraz kliniczny w → starości. Do objawów tych należą:

- **obniżenie nastroju**, które może mieć różne nasilenie – od zobojętnienia do głębokiej rozpaczy. Trzeba zapytać, czy występują dobowe wahania nastroju, z najgorszym samopoczuciem w godzinach rannych. Starsi ludzie niechętnie rozmawiają o swoich emocjach i odczuciach, dużo zatem zależy od atmosfery badania, komunikatywności i empatii osoby badającej. Ponadto pacjenci sami mogą nie traktować zaburzeń nastroju jako objawu klinicznego lub też nie rozumieć sformułowań medycznych dotyczących stanu psychicznego. Lepiej jest operować w rozmowie potocznymi sformułowaniami, takimi jak smutek, przygnębienie;
- **utrata zainteresowań i zdolności do odczuwania radości (anhedonia)** – jest najczęstszym objawem, jaki możemy zaobserwować w → wieku podeszłym. Pacjent przestaje interesować się otaczającym światem, sprawami codziennymi swojego środowiska i rodziny, a każda czynność sprawia mu trudność i przykrość. Zaczyna wycofywać się z aktywności, które dotychczas wykonywał z przyjemnością – pomocny tu może być wywiad od rodziny i określenie, jakie były dotychczasowe zainteresowania i aktywności pacjenta i czy nastąpiła zmiana w porównaniu z wcześniejszym stanem.
- **zmniejszony poziom energii i męczliwość** – pacjenci najczęściej sami zgłaszają dolegliwości tego typu. Duże znaczenie w przypadku takich objawów ma badanie internistyczne oraz podstawowe badania obrazowe, wykonywane w celu wykluczenia przyczyn somatycznych, takich jak: niewydolność krążenia, niedoczynność tarczycy czy niedokrwistość. Ważne jest także ustalenie stanu pacjenta przed zachorowaniem, aby określić stopień zaawansowania objawów.

Oprócz powyższych objawów podstawowych ważne jest też stwierdzenie dodatkowych kryteriów, jak obniżone poczucie własnej wartości, nieuzasadnione poczucie winy, myśli o → śmierci, → zaburzenia snu i łaknienia, czy zaburzenia aktywności psychoruchowej. W zależności od liczby występujących objawów możemy określić stopień nasilenia depresji. Ponadto stwierdzenie objawów somatycznych z reguły upoważnia nas do rozpoznania epizodu umiarkowanego, a objawów psychotycznych – epizodu ciężkiego.

W diagnostyce depresji pomocne są narzędzia przesiewowe stosowane w całościowej ocenie geriatrycznej. Złotym standardem jest tu Geriatryczna Skala Depresji [Yesevage'a] (GDS – *Geriatric Depression Scale*) – 45-, 15- lub 30-punktowa. Ocena z jej zastosowaniem staje się jednak mniej wiarygodna w przypadku osób z otępieniem. W tym przypadku chory może po prostu nie zrozumieć zadawanych pytań i odpowiadać na nie nieadekwatnie do sytuacji. Do diagnostyki depresji w przebiegu otępienia skonstruowana została obserwacyjna skala Cornell (Alexopolus i współprac., 1988). Natomiast popularne testy oceny przesiewowej stosowane w populacji ogólnej – np. → Skala Depresji Hamiltona – u chorych w starszym wieku są słabo przebadane. Generalnie uważa się, że – z uwagi na większe punktowanie w nich objawów somatycznych depresji – badanie z ich użyciem może dawać przeszacowane wyniki.

Podczas oceny zaburzeń nastroju i depresji trzeba zwrócić uwagę na obecność myśli i zamiarów samobójczych. Jak pokazują statystyki, odsetek udanych prób samobójczych jest znacznie wyższy u osób w wieku starszym. Dlatego też chorzy z wypowiedziami suicydialnymi wymagają hospitalizacji i specjalistycznego leczenia psychiatrycznego. W trakcie badania niektórzy pacjenci zgłaszają takie myśli i tendencje spontanicznie, w innych przypadkach trzeba o nie dopytać. Nieuzasadniona jest obawa, że pytanie o zamiary samobójcze może wyzwolić u osoby chorej chęć podjęcia próby odebrania sobie życia. Pytanie i rozmowa z inną osobą może wręcz pomóc rozładować → stres i poczucie winy z powodu istnienia myśli suicydialnych i okazać się zabiegiem terapeutycznym.

Ocena zaburzeń myślenia i spostrzegania

Kolejnym istotnym etapem oceny stanu psychicznego pacjenta jest stwierdzenie obecności, bądź braku, zaburzeń myślenia oraz spostrzegania. Zaburzenia myślenia mogą dotyczyć jego toku lub treści.

Do zaburzeń treści myślenia zaliczyć możemy:

- **urojenia** (ang. *delusions)* – są to fałszywe sądy i przekonania, których chory nie koryguje mimo oczywistych dowodów ich nieprawdziwości i błędności. Są objawem psychotycznym, często występującym w schizofrenii, niektórych typach otępienia czy w chorobie Huntingtona. Najczęściej mamy do czynienia z urojeniami prześladowczymi, odnoszącymi, zazdrości, hipochondrycznymi. W przypadku nasilonego zespołu depresyjnego mogą występować urojenia winy, poniżenia, upośledzenia, nicości (nihilistyczne), czasem przybierające formę zespołu Cotarda – urojenia rozpadu części ciała, utraty materialności oraz wiecznego potępienia;
- **idee nadwartościowe** – czyli przekonania, które człowiek uważa za szczególnie ważne i słuszne. W granicach fizjologii są siłą napędową i motywującą działanie, jednak jeśli przybiorą postać psychopatologiczną, zaburzają racjonalne i harmonijne funkcjonowanie osobowości. Mogą być one podłożem np. fanatyzmu;
- **natręctwa** (ang. *obsessions*) – to myśli, wyobrażenia bądź czynności uporczywie się narzucające, których mimo oceny krytycznej i przeświadczenia o niedorzeczności, pacjent nie może odsunąć czy zaprzestać wykonywać. Często obserwowane są one w zaburzeniach lękowych i nerwicowych.

Należy też zwrócić uwagę na tok myślenia, który może być zwolniony – np. w przypadku depresji lub parkinsonizmu, lub też przyspieszony, z gonitwą myśli aż do stanów maniakalnych. Poza manią przyspieszenie toku myślenia z rozkojarzeniem, rozerwaniem wątku myślowego obserwujemy w majaczeniu. Utrata spójności myślenia towarzyszyć może padaczce, chorobie Huntingtona, zwapnieniu zwojów podstawnych. Perseweracje (powtarzanie tych samych sentencji, zdań w odpowiedzi na różne pytania), iteracje (powtarzane słowa), werbigeracje (powtarzane zgłosek, dźwięków) możemy obserwować np. w zaawansowanym otępieniu czy afazji.

Kolejną grupą zaburzeń są nieprawidłowości spostrzegania, czyli złudzenia i omamy.

Złudzenia (ang. *illusions*) to zniekształcone spostrzeżenia, czyli nieprawidłowe odzwierciedlenie przedmiotu działającego na receptor (np. wzroku czy słuchu). W warunkach patologicznych chory nie koryguje złudzenia pomimo dowodów błędności. **Omamy** (ang. *hallucinations*) to spostrzeganie i umiejscawianie w otaczającej rzeczywistości przedmiotów, które w ogóle nie istnieją bądź nie znajdują się w otoczeniu chorego. Najczęściej mamy do czynienia z omamami wzrokowymi i słuchowymi, ale mogą one dotyczyć każdego narządu zmysłu. Omamy występować mogą w przypadku majaczenia, schizofrenii, czy w zaawansowanym otępieniu. Omamy wzrokowe stanowią jedno z charakterystycznych kryteriów rozpoznawczych → otępienia z ciałami Levy'ego.

Ocena funkcji poznawczych

Ocena stanu funkcji poznawczych to jedna z podstawowych części → całościowej oceny geriatrycznej. Badanie powinniśmy przeprowadzać po wyrównaniu stanu pacjenta, np. po wyleczeniu ostrych chorób internistycznych oraz po wykluczeniu istnienia wyżej opisywanych zaburzeń świadomości. Stosując odpowiednio skonstruowane testy i zadania, możemy zdiagnozować zaburzenia w zakresie poszczególnych funkcji korowych.

Do funkcji poznawczych, czyli **wyższych funkcji korowych,** zaliczamy:

- → **pamięć**, czyli zdolność przyswajania, utrwalania i odtwarzania nowych informacji. → Zaburzenia pamięci [związane z wiekiem] mogą się objawiać powtarzaniem pytań, gubieniem rzeczy osobistych, czy zapominaniem o spotkaniach. W trakcie wykonywania testów oceny funkcji poznawczych o upośledzeniu pamięci świadczyć może trudność w zapamiętaniu i odtworzeniu 3 lub większej ilości słów, adresu;
- **uwagę**, czyli zdolność skierowania czynności poznawczych w określonym kierunku. Do pojęć cechujących uwagę zaliczymy jej zakres, czyli pojemność, trwałość, przerzutność, podzielność oraz zdolność skupienia (koncentracji). Nadmierną przerzutność uwagi obserwujemy w zespole maniakalnym czy majaczeniu, natomiast trudność przenoszenia – w zespołach otępiennych. Zaburzenia uwagi możemy zdiagnozować za pomocą testów lub też w próbie wymienienia miesięcy lub ciągu liczb od końca;
- **osąd i radzenie sobie ze złożonymi zadaniami** – pacjent może przejawiać trudności w zarządzaniu finansami, niemożność złożonego planowania lub wieloetapowych działań. Zaburzenia mogą występować w każdym typie otępienia, bardziej wyraźne są w otępieniu czołowo-skroniowym czy ogniskowych uszkodzeniach mózgu;
- **funkcje wzrokowo-przestrzenne** badamy np. → Testem Rysowania Zegara lub prosząc o przery-

sowanie konkretnej figury. W życiu codziennym zaburzenia z tego kręgu mogą się przejawiać trudnością w rozpoznawaniu twarzy, niemożnością posługiwania się prostymi narzędziami lub ubierania się stosownie do pogody;

- **funkcje językowe** (mowa spontaniczna, odtwarzanie, rozumienie mowy, nazywanie, czytanie, pisanie). Zaburzenia mowy spontanicznej omówiono powyżej. Badanie zdolności rozumienia mowy wykonuje się za pomocą podawania prostych poleceń („wstań", „zamknij oczy"), prośby o wskazanie konkretnych obiektów znajdujących się w pokoju lub części ciała, czy też – w bardziej zaawansowanych testach – na podstawie rozwiązania łamigłówki językowej. Kolejne funkcje językowe badamy, prosząc pacjenta o powtórzenie określonej sentencji, czy też nazwanie określonych przedmiotów, kolorów, czytanie oraz napisanie wybranego tekstu. Przy tym ostatnim zadaniu zwraca się ponadto uwagę na pismo – coraz drobniejsze i niewyraźne jest charakterystyczne dla parkinsonizmu, szerokie cyfry i litery – typowe dla uszkodzeń czołowych i zaburzeń ruchowych, jak drżenia kończyn;
- **orientację w miejscu i czasie** bada się, prosząc o określenie obecnej daty, godziny, dnia tygodnia, miasta czy miejsca przebywania;
- **myślenie abstrakcyjne** – zaburzenia dotyczące myślenia nie są specyficzne dla konkretnej choroby i ogólnie świadczą o dysfunkcji kory mózgowej, choć u pacjentów z uszkodzeniem płatów czołowych są one bardziej nasilone. Pacjent może mieć podczas badania problem ze wskazaniem podobieństw i różnic, z wyjaśnieniem idiomów. Trzeba mieć przy tym na uwadze, że prawidłowe rozwiązanie tych zadań zależy też w dużej mierze od wykształcenia i wpływów kulturowych;
- **liczenie** – badamy, polecając pacjentowi wykonanie konkretnych działań matematycznych. Tu również przy interpretacji wyniku trzeba uwzględnić wykształcenie chorego. Akalkulia (niemożność liczenia) występuje łącznie z innymi zaburzeniami językowymi, natomiast upośledzenie funkcji wzrokowo-przestrzennych przejawia się nieprawidłowym ustawieniem kolumn liczb. Pierwotna izolowana akalkulia wynika z uszkodzenia lewej półkuli mózgu;
- **funkcje wykonawcze** – zależą od prawidłowego współdziałania systemów korowo-podkorowych. Pacjenci z zaburzeniami tych funkcji będą mieli problemy z zaplanowaniem ruchu, wykonaniem polecenia. Upośledzeniu też ulega myślenie abstrakcyjne i osąd. Najczęściej prowadzą do tego urazy głowy, degeneracja czy guzy płatów czołowych, zawały podkorowe, stwardnienie rozsiane czy też niektóre choroby infekcyjne ośrodkowego układu nerwowego.

W praktyce klinicznej lekarze i psychologowie najczęściej posługują się odpowiednio skonstruowanymi testami, które mierzą jednocześnie kilka funkcji korowych. Najszerzej stosowane do oceny funkcji poznawczych są Krótka Skala Oceny Funkcji Poznawczych (MMSE), Test Rysowania Zegara (TRZ), Montrealska Skala Oceny Funkcji Poznawczych (MoCa). W badaniach przesiewowych powszechnie stosuje się Skrócony Test Sprawności Umysłowej [Hodkinsona] (AMTS). W wybranych przypadkach, szczególnie przy podejrzeniu → łagodnych zaburzeń poznawczych (*Mild Cognitive Impairment* – MCI), pomocny może być Krótki Test Stanu Psychicznego (KTSP). Natomiast do oceny zaburzeń płatów czołowych lepiej posłużyć się testem fluencji słownej i/lub testem podobieństw. W warunkach przychodni rodzinnej, gdy potrzebujemy szybkiego testu przesiewowego, możemy posłużyć się testem MiniCog, na który składają się 2 zadania – powtarzanie po odroczeniu i Test Rysowania Zegara. Jak wspomniano wcześniej, wynik badania funkcji poznawczych może zależeć od wykształcenia osoby badanej i wpływów kulturowych. W przypadku niektórych testów opracowane zostały zasady korygowania surowego wyniku testu zależnie od poziomu wykształcenia i wieku badanego (np. dla MMSE tabela Mungasa, uwzględniająca liczbę lat nauki i wiek chorego).

Ważny przy ocenie funkcji poznawczych i stanu psychicznego pacjenta oraz postawieniu właściwej diagnozy jest przebieg zaburzeń – ich początek, czas trwania, szybkość progresji, czy obecność fluktuacji. Oprócz wywiadu uzyskanego od pacjenta konieczne jest zebranie informacji od → rodziny bądź opiekuna osoby starszej (tak zwanego niezależnego informatora). Sam pacjent bowiem może negować obecność jakichkolwiek objawów, podchodzić do nich bezkrytycznie, lub po prostu ich nie pamiętać.

Kolejną rzeczą istotną w diagnostyce stanu psychicznego osoby starszej jest uwzględnienie współwystępowania innych chorób, głównie z kręgu zaburzeń sercowo-naczyniowych, → cukrzycy, czy przebytych urazów, które mogą predysponować np. do określonych typów otępienia, → zaburzeń lękowych lub lękowo-depresyjnych. Bardzo ważne jest uzyskanie informacji o przyjmowanych przez pacjenta lekach, gdyż duża część zaburzeń sfery psychicznej, łącznie z ma-

jaczeniem, psychozą czy depresją może być wywołana przez → farmakoterapię [w wieku podeszłym]. Przy stwierdzeniu zaburzeń stanu umysłowego powinno się też wykonać chociażby podstawowe badania laboratoryjne, jak parametry stanu zapalnego, morfologię krwi obwodowej, badanie poziomu glukozy i/lub elektrolitów czy ocenę funkcji tarczycy. Służą one wykluczeniu przyczyn internistycznych, potencjalnie odwracalnych, a mogących odpowiadać za aktualny stan psychiczny pacjenta. Podobną wartość ma wykonanie badania neuroobrazowego – → tomografii komputerowej czy rezonansu magnetycznego ośrodkowego układu nerwowego. Przed postawieniem ostatecznej diagnozy stanu umysłowego pacjenta i wdrożeniem leczenia należy bowiem wykluczyć istnienie guza, krwiaka czy ropnia mózgu.

AKA, ZBW

A: MSE (ang.).

B:Alexopolus i współpr., 1998; Bilikiewicz, 1983; M. F. Folstein, S. E. Folstein, 1999; Galvin, 2009; Inouye i współprac., 1990; Schuurmans, Shortridge-Baggett, Duursma, 2003.

O: całościowa ocena geriatryczna, depresja i zaburzenia nastroju, łagodne zaburzenia poznawcze, majaczenie i stany splątaniowe, otępienie, pamięć, starzenie się, starość, wiek podeszły, zaburzenia pamięci związane z wiekiem, zaburzenia poznawcze w starszym wieku.

S: ocena stanu psychicznego.

TK: ang. *mental status examination* [MSE]/*mental state examination* [MSE], fr. *évaluation de l'état mental*/*examen de l'état mental*, hiszp. *evaluación del estado mental*, niem. *Beurteilung der mentalen Zustand*, ros. *оценка психического состояния*.

odczuwanie bólu przez osoby starsze

Ból jest zjawiskiem subiektywnym polegającym na odczuwaniu nieprzyjemnych doznań, rozumianym w węższym i szerszym znaczeniu. Ból fizyczny powstaje na skutek działania różnych bodźców na zakończenia nerwów czuciowych. W zakończeniu nerwu (receptorze) dochodzi do zamiany energii bodźca (np. uderzenia lub oparzenia) na energię elektryczną, która w postaci impulsu elektrycznego przewodzona jest włóknami nerwowymi do rogów tylnych rdzenia kręgowego i stamtąd dalej do mózgu (Gasik, 2013). Ze względu na → czas trwania ból dzielimy na ostry i przewlekły. Ból ostry pojawia się nagle i można łatwo określić jego początek. Związany jest najczęściej z konkretnym urazem, zakażeniem, oparzeniem i zwykle ustępuje po zakończeniu działania czynnika wywołującego. Ból przewlekły lub chroniczny to ból, którego początek bywa trudny do ustalenia. Ma różne natężenie i najczęściej jest przyczyną znacznego dyskomfortu. Umownie przyjmuje się, że trwa dłużej niż trzy miesiące. Ze względu na sposób aktywacji odczuwania bólu w tkance nerwowej wyróżniamy ból nocyceptywny, powstający na skutek podrażnienia zakończeń nerwowych, i neuropatyczny, związany z uszkodzeniem neuronów na poziomie nerwów obwodowych, wstępujących lub zlokalizowanych w ośrodkowym układzie nerwowym (Gasik, 2013; Temporal, 2009). Ból dzielimy także na somatyczny – spowodowany uszkodzeniem tkanek i skóry, oraz trzewny – związany z uszkodzeniem narządów wewnętrznych, ich naciekaniem przez proces zapalny lub nowotworowy. Ból somatyczny jest ostry, łatwiejszy do zlokalizowania i opanowania przy pomocy leków przeciwbólowych. Ból trzewny natomiast jest rozlany, trudniejszy do lokalizacji, często o bardzo dużym natężeniu, trudny do uśmierzenia środkami farmakologicznymi. Czynnikiem wywołującym ból może być stan zapalny, zakażenie, uraz, działanie toksyn, ucisk, zabiegi chirurgiczne, choroby metaboliczne, zaburzenia mięśniowo-szkieletowe, napromieniowanie, dysfunkcje psychiczne. Chcąc zróżnicować pochodzenie i rodzaj bólu, analizujemy jego lokalizację, czas trwania, charakter (od uczucia tępego ucisku, poprzez pieczenie, drętwienie i kłucie do wrażenia przeszywania i rozrywania, które powoduje ogromne cierpienie), podatność na leczenie farmakologiczne. Należy zwrócić uwagę, czy bólowi towarzyszy przyśpieszenie akcji serca, podwyższenie lub obniżenie temperatury ciała, zaczerwienienie czy bladość skóry, pot. Wbrew obiegowej opinii ból nie jest związany z samym procesem → starzenia się, jednak u osób starszych, ze względu na często wielomiejscowe zmiany chorobowe, dochodzi do nakładania się bólu spowodowanego różnymi przyczynami. Stąd biorą się trudności związane z jego diagnozowaniem i leczeniem, a także przeświadczenie, że jest on nieuniknionym objawem → starości. Inne powody niezgłaszania bólu przez osoby w wieku senioralnym to: brak wiary w skuteczność leczenia bólu, obawa przed szkodliwym działaniem leków przeciwbólowych lub uzależnieniem od leków opioidowych. Wiele osób w → wieku podeszłym boi się, że ból świadczy o obecności i postępie śmiertelnej → choroby. Osoby z zaburzeniami funkcji poznawczych często nie potrafią odpowiednio określić natężenia bólu za pomocą skali numerycznej. Aby skutecznie leczyć ból, należy w ramach jego diagnozowania sprecyzować czy: jest ostry czy przewlekły, ma charakter somatyczny czy trzewny, ma cechy bólu nocyceptyw-

nego czy neuropatycznego? Do oceny bólu służą skale numeryczne od 0 do 10, gdzie 0 oznacza brak bólu, a 10 ból nie do wytrzymania. [Przykładami takich narzędzi mogą być: skale oceny natężenia bólu: tzw. skala wizualno-analogowa (VAS – *Visual Analogue Scale*) czy skala słowna (VRS – *Verbal Rating Scale*) – przyp. red.] U osób z zaburzeniami funkcji mowy, uwagi lub → pamięci stosujemy skale oparte na rysunkach twarzy: od twarzy bardzo cierpiącej, poprzez twarz smutną, obojętną do radosnej, wyrażającej stan szczęścia. [Przykładem jest skala bólu czytanego z twarzy (*faces pain scale)* – przyp. red.) W leczeniu bólu ostrego stosujemy głównie leki przeciwbólowe, leczenie chirurgiczne usuwające przyczyny urazu lub zmienione chorobowo tkanki z organizmu, oraz leki zwalczające zakażenia. Leczenie bólu przewlekłego wymaga podejścia interdyscyplinarnego. Strategia jego leczenia obejmuje podawanie leków przeciwbólowych, wspomagających oraz metody niefarmakologiczne (Łuczak, 2010). Najczęściej stosowane metody niefarmakologiczne to: 1) wprowadzenie systematycznej → rehabilitacji ruchowej oraz zabiegów → fizykoterapii, wpływających na obniżenie progu bólowego i rozluźnienie mięśni, a mających działanie przeciwzapalne, np. stymulacja prądami TENS (przezskórna stymulacja elektryczna nerwu), laser, galwanizacja; 2) dostosowanie środowiska osoby starszej do zmian chorobowych występujących w organizmie, np. podwyższenie blatów kuchennych, siedzeń, łóżka itp.; 3) wykorzystanie technik miorelaksacyjnych, rozluźniających mięśnie, np. trening miorelaksacji Jackobsona; 4) stosowanie systematycznych sesji psychoedukacyjnych; 5) wykorzystanie interwencyjnych metod leczenia bólu, np. wszczepianie stymulatora nerwowego lub krioradioablacja nerwów; 6) anestezjologiczne metody leczenia bólu – wprowadzanie leku przeciwbólowego do kanału kręgowego za pomocą iniekcji lub cewnika (Łuczak, 20010; Temporal, 2009). Najczęściej stosowane leki przeciwbólowe to: acetaminofen, niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ), inhibitory COX-2, słabe lub silne leki opioidowe, steroidy. Leki wspomagające to leki przeciwpadaczkowe, leki stosowane miejscowo, antydepresyjne oraz leki rozluźniające mięśnie prążkowane. Najważniejszym warunkiem uzyskania jak największej skuteczności w leczeniu bólu jest wsłuchanie się w sygnały wysyłane przez cierpiącą osobę, a także rozmowa z nią, w trakcie której należy wyjaśnić, jaki jest mechanizm bólu, i dlaczego podejmujemy takie, a nie inne działania w celu jego opanowania. Szerokie rozumienie bólu stanowi więc szerokie spektrum doświadczeń traumatycznych. Kompleksowe ujęcie takich doświadczeń prezentuje koncepcja Cicely → Saunders → bólu totalnego. Zaproponowane przez Saunders ujęcie pierwotnie wykorzystane w koncepcjach → opieki paliatywno-hospicyjnej, dobrze oddaje istotę doświadczania złożoności bólu oraz cierpienia przez osoby w podeszłym wieku. przez Józefa Binnebesela koncepcja, odnosząca się do rozumienia bólu w kategorii cierpienia, pozwala nazwać go cierpieniem totalnym. Tak pojmowany ból występuje w czterech kategoriach, jako: cierpienie socjalne, emocjonalne, duchowe, ból fizyczny. Wyróżnione klasy – pomimo wywodzenia się z koncepcji i zasad opieki hospicyjnej – dobrze oddają również specyfikę cierpienia osób w podeszłym wieku, związanego z doświadczeniem bólu fizycznego, → wielochorobowością, zmianami ról społecznych, samotnością, ograniczeniami, zaburzeniami funkcji poznawczych itp.

JB, PSZ

B: Gasik, 2013; Łuczak, 2010; Malec-Milewska, 2015; Mordarski, Trypka, 2013; Temporal, 2009.

O: ból totalny.

TK: ang. *pain perception in the elderly/pain perception in older adults*, fr. *perception de la douleur chez les personnes âgées*, hiszp. *percepción del dolor en las personas mayores*, niem. *Schmerzwahrnehmung im Alter*, ros. *чувство боли у пожилых людей*.

oddział geriatryczny

– to oddział szpitalny przeznaczony do leczenia osób starszych, który spełnia określone kryteria organizacyjne oraz w którym przestrzega się określonych zasad diagnostyki i terapii schorzeń, problemów medycznych i pozamedycznych występujących w → starości.

Przyjmuje się powszechnie, że określenia → geriatria, w znaczeniu odrębnej dziedziny medycyny, użył po raz pierwszy w roku 1909 → Rybnikow, a upowszechnił → Nasher w 1914 w Stanach Zjednoczonych (Zych, 2017), jednakże rozwój lecznictwa geriatrycznego to zasługa pionierskiej pracy → Warren w Wielkiej Brytanii i stworzenia w 1948 roku – w ramach nowej i powszechnej Narodowej Służby Zdrowia – sieci szpitali świadczących opiekę osobom przewlekle niesprawnym, w większości – starym (Crome, 2010). Obecnie geriatria jest największą – pod względem liczby specjalistów – specjalizacją medyczną w tym kraju. Potwierdził to raport *Federation of the Royal College of Physicians* za lata 2013–2014 – w tym okre-

sie w Wielkiej Brytanii pracowało 1145 geriatrów, głównie w oddziałach szpitalnych (https://www.rcplondon.ac.uk…). Zdecydowanie gorzej przedstawia się sytuacja w krajach Ameryki Płn., gdzie zainteresowanie tą specjalizacją jest jak dotychczas niewielkie i przewiduje się, że w 2030 roku w Stanach Zjednoczonych będzie brakowało prawie 30 tys. geriatrów (Hogan, 2010).

W Polsce dwa pierwsze oddziały geriatryczne powstały w roku 1961 – oddział geriatrii w strukturze domu pomocy społecznej w Łodzi, kierowany przez → Roszkowską-Wiśniewską, i oddział geriatryczny szpitala miejskiego w Katowicach, którego ordynatorem była → Żakowska-Wachelko (http://www.gerontologia.org.pl…). Zainteresowanie geriatrią było jednak w kolejnych latach niewielkie, w konsekwencji czego obecnie liczba geriatrów w Polsce znacznie odbiega od średniej europejskiej: w 2014 roku w naszym kraju było tylko 37 oddziałów geriatrycznych oraz 321 geriatrów, czyli średnio 0,8 geriatry na 100 tys. mieszkańców. Tymczasem w Niemczech wskaźnik ten wynosi 2,2, w Czechach 2,1, w Słowacji 3,1, a w Szwecji blisko 8. Jak wynika z ustaleń kontroli NIK, w 2014 roku było w Polsce jedynie 776 „łóżek geriatrycznych", ale stanowiły one najczęściej część oddziałów innych niż geriatryczne, np. internistycznych. Barierę w tworzeniu specjalistycznych oddziałów i poradni geriatrycznych stanowi także sposób rozliczania świadczeń medycznych stosowany obecnie przez Narodowy Fundusz Zdrowia [NFZ] (https://www.nik.gov.pl…). W Niemczech chociażby istnieje ponad 400 oddziałów geriatrycznych, a ponad 1800 lekarzy ma specjalizację z geriatrii (http://www. uemsgeriatricmedicine.org…).

Zgodnie ze standardami opracowanymi w 2013 roku przez zespół ekspertów do spraw geriatrii przy Ministrze Zdrowia: „leczenie szpitalne w oddziale geriatrycznym obejmuje → całościową ocenę geriatryczną, leczenie ostrych lub zaostrzonych stanów chorobowych, wykrywanie i eliminację czynników wpływających na pogorszenie → zdrowia i stanu funkcjonalnego pacjenta geriatrycznego, w szczególności z ograniczoną sprawnością fizyczną lub psychiczną, jak również planowanie dalszego leczenia, → rehabilitacji i → opieki, celem poprawy jakości jego życia". W opracowaniu tym szczegółowo podano zalecenia odnośnie do minimalnych wymagań, jakie powinny spełniać oddziały geriatryczne pod względem ilości i wykształcenia zatrudnionego personelu medycznego oraz procedur, których realizację powinny one zapewniać (*Standardy postępowania*…, 2013). Zalecenia te nie zostały jednak przyjęte w formie rozporządzenia ministra, stąd też jedynie w niewielkim stopniu zostały wdrożone w życie.

Obecnie, zgodnie z warunkami kontraktów podpisywanych przez szpitale z NFZ, do oddziałów geriatrycznych mogą być przyjęci pacjenci, którzy skończyli 60 lat. Z reguły jednak znaczny odsetek tych chorych to osoby w późnej starości, a średnia wieku osób hospitalizowanych oscyluje wokół 80 r.ż. (Bień i współprac., 2015). Tendencja taka obserwowana jest także w innych krajach. Dzieje się tak dlatego, że nie sam wiek stanowi o podjęciu decyzji o hospitalizacji w oddziale geriatrycznym, ale specyfika problemów zdrowotnych występujących u konkretnego pacjenta.

Wymogi organizacyjne, jakim muszą sprostać oddziały geriatryczne, to przede wszystkim zatrudnianie odpowiedniej kadry medycznej. Zgodnie z zasadami określonymi przez NFZ wymagane jest zatrudnienie na takim oddziale lekarzy geriatrów (specjalizację powinien mieć na początku istnienia oddziału co najmniej jego ordynator), pielęgniarek (zalecane jest, by miały one specjalizację w zakresie → pielęgniarstwa geriatrycznego lub → opieki długoterminowej), fizjoterapeuty i psychologa. Obligatoryjna jest współpraca między członkami tego → interdyscyplinarnego zespołu geriatrycznego, zarówno na etapie diagnostyki pacjenta, jak i podczas ustalania planów terapii oraz opieki długoterminowej.

Podstawową zasadą w opiece nad pacjentem na oddziale geriatrycznym jest zatem podejście oparte na całościowej ocenie geriatrycznej, której celem jest nie tylko poznanie potrzeb zdrowotnych osób starszych (tradycyjna ocena medyczna), ale także określenie ich potrzeb psychicznych i socjalnych, a przede wszystkim wydolności czynnościowej i możliwości radzenia sobie w codziennym życiu. Podejście takie jest szczególnie istotne w przypadku osób starszych niesprawnych, ze złożonymi problemami. W ocenie pacjenta biorą udział wszyscy członkowie zespołu interdyscyplinarnego, wykorzystując przy tym mierzalne skale do oceny różnych sfer funkcjonowania pacjenta (np. sfery funkcji poznawczych, sprawności życiowej, sfery emocji, sprawności narządów zmysłów, ryzyka → upadków) i wymieniając się zebranymi informacjami. Punkt ciężkości przesunięty został zatem, zarówno na etapie diagnostyki, jak i celu, do którego należy dążyć w wyniku postępowania terapeutycznego, na stan funkcjonalny i → jakość życia starszego pacjenta. Ocena stanu funkcjonalnego stanowić powinna bowiem wspólną płaszczyznę porozumienia między różnymi członkami zespołu opieki geriatrycznej, a od jej

wyniku zależy dalsze postępowanie i działania diagnostyczno-naprawcze (pogłębienie diagnozy, wybór metody leczenia, potrzeba oprotezowania, rehabilitacja, → wsparcie, instytucjonalizacja). Sprawność pacjenta stanowi podstawę do podjęcia decyzji o możliwości powrotu do dotychczasowego miejsca zamieszkania lub konieczności instytucjonalizacji oraz o konieczności korzystania ze specyficznych usług medycznych i socjalnych. Zależy to oczywiście także od sieci wsparcia osoby hospitalizowanej i jej zaplecza opiekuńczego. Opiekunowie starszego pacjenta powinni być ważnymi partnerami w zespołowej opiece nad nim – należy traktować ich w sposób podmiotowy i brać pod uwagę ich zdanie oraz możliwości w zakresie zapewnienia dalszej opieki.

Oddziały geriatryczne powinny stanowić ważne ogniwo w systemie opieki zdrowotnej nad osobami w starszym wieku, obok poradni geriatrycznych, oddziałów dziennych, konsultacyjnych zespołów szpitalnych oraz zespołów zapewniających łączność z instytucjami → opieki społecznej i opieką domową. Takie elementy systemu → opieki geriatrycznej uwzględnione są w większości krajów tzw. starej Unii, a ich doświadczenia wskazują, że specjalistyczne podejście geriatryczne wobec osób w starszym wieku pozwala lepiej i skuteczniej adresować ich problemy zdrowotne, umożliwiając im bardziej samodzielne i jak najdłuższe funkcjonowanie (https://www.nik.gov.pl…).

ZBW, AKA

B: Bień i współprac., 2015; Crome, 2010; Hogan, 2010; *Standardy postępowania*…, 2013; Zych, 2017.

N: http://www.gerontologia.org.pl…; https://www.nik.gov.pl…; https://www.rcplondon.ac.uk…; http://www.uemsgeriatricmedicine. org…

O: całościowa ocena geriatryczna, geriatria, interdyscyplinarna opieka geriatryczna, interdyscyplinarny zespół geriatryczny, opieka geriatryczna, pielęgniarstwo geriatryczne, starość, telegeriatria.

TK: ang. *geriatric ward*/*geriatric service*, fr. *service de gériatrie*, hiszp. *Servicio de Geriatría*, niem. *geriatrische Abteilung*, ros. *отдел гериатри*/*гериатрическая служба.*

odleżyna (martwica tkanek skóry)

– [łac. *decubitus*] to ograniczona martwica, a następnie ubytek skóry i tkanki podskórnej powstały na skutek miejscowych zaburzeń ukrwienia z powodu długotrwałego lub powtarzającego się ucisku na ciało chorego. Główną przyczyną powstania odleżyn jest ograniczona aktywność ruchowa, która prowadzi do działania zewnętrznych sił mechanicznych, głównie ucisku, tarcia i sił ścinających. Miejscowe zaburzenie ukrwienia powoduje niedotlenienie, niedożywienie i martwicę tkanek. Odleżyny mają wieloczynnikową i złożoną etiologię. Szybkość powstania odleżyn jest wypadkową czasu ekspozycji na ucisk oraz wartości działającego ciśnienia. Udowodniono jednak, że do powstania odleżyn może dojść zarówno w sytuacji działania wysokiego ciśnienia w krótkim czasie, jak i umiarkowanego ciśnienia działającego długo. Istotne znaczenie mają również stan skóry, stan odżywienia, stan fizykalny i psychiczny chorego.

Wyróżnia się 22 miejsc ryzyka odleżyn: kość krzyżowa, kość ogonowa, guzy kulszowe, krętarze większe, boczna powierzchnia kości udowej, boczny brzeg stopy, kostka boczna stopy, nasada kości strzałkowej, żebro, kość ramienna, ucho, łokieć, pięta, kręgosłup, łopatka, tył głowy, palce stopy, rzepka, okolica krocza – moszna, żebro przyśrodkowe, mostek, kość policzkowa.

Dla oceny ryzyka powstania odleżyn stosuje się kilka skal. Najbardziej znane są takie narzędzia badawcze, jak skale: Norton, Braden, Douglas i Waterlow.

W profilaktyce odleżyn istotne znaczenie ma właściwa pielęgnacja i czynności zapobiegawcze. Wśród zasad pielęgnacji chorego wymienia się: częstą zmianę pozycji u chorych leżących, stosowanie sprzętu pomocniczego w przemieszczaniu chorych w celu ograniczenia ryzyka tarcia i mikrouszkodzeń naskórka, stabilizacja pozycji ciała w celu ochrony przed zsuwaniem się chorego, stosowanie materacy przeciwodleżynowych, obserwacja i pielęgnacja skóry, poprawa stanu odżywienia chorego. Dla oceny miejscowej rany stosuje się klasyfikacje opisujące poziom i głębokość rany odleżynowej (il. 1). W praktyce klinicznej stosowane są skale: pięciostopniowa skala Torrance'a, skala Campbella, klasyfikacja wg głębokości uszkodzenia Seilera, klasyfikacja „kolorowa" (rany czarne – martwica, żółte – infekcja, czerwone – rany ziarninujące, różowe – naskórkowanie). W leczeniu chorego z raną odleżynową istotne znaczenie ma właściwa pielęgnacja, dobór opatrunku w zależności od fazy gojenia rany i zaawansowania zmian odleżynowych oraz edukacja opiekunów w zakresie profilaktyki przeciwodleżynowej.

DBK

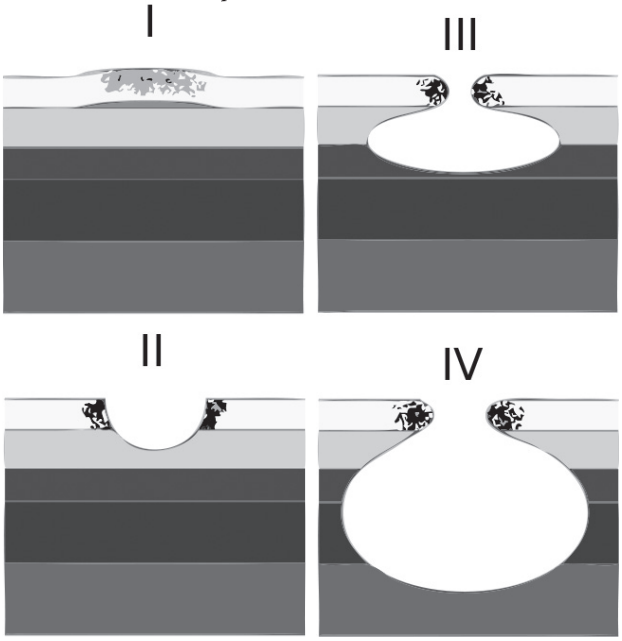
B: Szewczyk, Jawień, 2013.

N: https://en.wikipedia.org/wiki/Pressure…

O: pielęgniarstwo geriatryczne.

S: martwica, nekroza tkanek skóry.

TK: ang. *decubitus ulcer/decubital ulcer/bedsore/pressure ulcer*, fr. *escarre*, hiszp. *úlcera de decúbito/úlcera de oressão*, niem. *Dekubitus*, ros. *пролежень*.



Il. 1. Schemat czterech stadiów odleżyny. Źródło: https://en.wikipedia.org/wiki/Pressure_ulcer#/media/File:Schema_stades_escarres.svg

odwarstwienie siatkówki

– to poważne schorzenie okulistyczne grożące nawet utratą wzroku. Polega na oddzieleniu się sensorycznej części siatkówki od nabłonka barwnikowego, stanowiącego jej podstawę i odgraniczenie od leżącej poniżej naczyniówki. Skutkuje to zaburzeniami ostrości widzenia na obszarze odwarstwienia i powoduje „wypadnięcie" danego obszaru pola widzenia. Z tym wiąże się najbardziej charakterystyczny objaw podmiotowy zgłaszany przez pacjenta, a określany jako „zasłon przed okiem". Początkowo przesłonięcie pola widzenia dotyczy tylko jego części obwodowej, by po zwykle dość krótkim → czasie (godziny-dni) objąć cały jego obszar. Z uwagi na „nakładanie się" dużej części pól widzenia obojga oczu, wielu pacjentów nie zauważa etapu zaburzeń widzenia w części obwodowej chorego oka i stwierdza nagle, że nie widzi jednym okiem. Należy zauważyć, że w rzeczywistości jest to znaczny spadek ostrości widzenia do poziomu percepcji ruchów ręki przed okiem, a nie rzeczywista → ślepota (czyli brak możliwości rozróżnienia światła od ciemności) tego oka. Objawy podmiotowe, które mogą być związane z procesem odwarstwiania siatkówki, poza opisaną wyżej „zasłoną", to błyski i męty obserwowane w polu widzenia. Występowanie błysków jest wynikiem pociągania siatkówki przez ciało szkliste. Proces ten występuje najczęściej w wyniku tzw. tylnego odłączenia ciała szklistego, stanowiącego część fizjologicznych zmian związanych z wiekiem. Wystąpienie tego objawu nie jest jednoznaczne z przerwaniem czy odwarstwieniem siatkówki, jednak może być z tymi problemami związane, dlatego konieczna jest ocena stanu siatkówki przez okulistę. Z kolei męty w polu widzenia, zwłaszcza jeśli wystąpią nagle, mogą świadczyć o niewielkim krwawieniu do komory ciała szklistego w wyniku przerwania siatkówki i powstaniu otworu trakcyjnego. Podobnie jak w przypadku błysków, zmiany tego typu mogą powstawać w wyniku tylnego odłączenia ciała szklistego i nie muszą oznaczać wspomnianej wyżej patologii związanej z przerwaniem siatkówki. Tym niemniej, zwłaszcza gdy tego typu zmiany wystąpią nagle, wymagają weryfikacji w trakcie badania okulistycznego. Nadmienić należy, że za widzenie centralne, to o najwyższej rozdzielczości, odpowiedzialny jest obszar plamkowy. Odwarstwienie siatkówki w tym rejonie oraz czas jego trwania mają największe znaczenie rokownicze co do powrotu ostrości wzroku po leczeniu. Odwarstwienie siatkówki nieobejmujące obszaru plamkowego rokuje stosunkowo dobrze, jednak niezaopatrzone wykazuje cechy progresji, dlatego też stan taki wymaga pilnego zabiegu operacyjnego. W przypadku długotrwałego (przyjmuje się, że czas taki wynosi powyżej siedmiu dni) uniesienia siatkówki w obszarze plamkowym szanse na powrót dobrej ostrości wzroku są niewielkie, nawet mimo uzyskania dobrego wyniku anatomicznego po zabiegu: siatkówka, chociaż przyłożona, nie podejmuje całkowicie swojej funkcji przewodzenia impulsów nerwowych.

Rozróżniamy trzy następujące typy odwarstwienia siatkówki: otworopochodne, inaczej samoistne (najczęstsze), trakcyjne oraz wysiękowe. Dwa ostatnie zawsze związane są z inną istniejącą patologią gałki ocznej (w tym również odwarstwieniem otworopochodnym) i są jej powikłaniem.

Odwarstwienie otworopochodne. Pierwszym etapem rozwoju → choroby jest otwór w siatkówce. Może on powstać w obrębie zmiany zwyrodnieniowej siatkówki typu zwyrodnienia kraciastego czy szroniastego (inaczej „ślad ślimaka"), których istnienie okulista może stwierdzić w → [kompleksowym] badaniu okulistycznym. Zmiany degeneracyjne siatkówki obwodowej, które mogą być przyczyną otworów i odwarstwienia siatkówki, stwierdza się w badaniach *post mor-*

tem w ok. 20% przebadanych oczu. Poprzez powstały otwór płyn z komory ciała szklistego może wnikać pod siatkówkę, powodując jej uniesienie. Szybkość rozprzestrzeniania się odwarstwienia zależy od położenia otworu – z powodu działania grawitacji gorszym rokowaniem obarczone są otwory położone w górnych częściach siatkówki. Jeśli otwór siatkówki zostanie wykryty odpowiednio wcześnie, wystarczającym postępowaniem może okazać się terapia laserowa, polegająca na wykonaniu ognisk (impaktów) laserowych wokół otworu na przyłożonej siatkówce tak, by powstające w tych miejscach blizny spowodowały przytwierdzenie siatkówki do podłoża, na podobieństwo przybitych gwoździ. Jeśli natomiast doszło do rozprzestrzenienia się odwarstwienia, konieczny jest zabieg operacyjny. Wyróżniamy dwa typy operacji odwarstwienia siatkówki: zewnątrzgałkowe i wewnątrzgałkowe (witrektomia, od. łac. *corpus vitreus* – ciało szkliste). Do pierwszego należy zastosowanie różnego rodzaju plomb i opasek, które naszywane na gałkę oczną od zewnątrz, na twardówkę, mają za zadanie przyparcie podłoża do uniesionej siatkówki. Przy operacjach drugiego typu postępowanie jest odwrotne: działając wewnątrz gałki ocznej, siatkówkę przypiera się do podłoża. W obu rodzajach zabiegów można wspomagać się endotamponadą, czyli wypełnieniem wnętrza gałki ocznej substancją mającą zbliżać do siebie chorobowo rozdzielone warstwy. W przypadku zabiegów zewnątrzgałkowych mamy do dyspozycji jedynie podanie gazu (niewielki jego pęcherzyk wstrzykuje się na zakończenie operacji do wnętrza oka), w przypadku witrektomii natomiast, gdzie po usunięciu ciała szklistego konieczne jest podanie jakiegoś jego substytutu, operator dokonuje wyboru między płynem, mieszaniną gazów oraz olejem. Ostatnie rozwiązanie wiąże się z koniecznością ponownej operacji: olej jest substancją, która po pewnym czasie wymaga usunięcia z wnętrza gałki ocznej. Ponadto, jednocześnie z opisywanymi zabiegami, stosuje się również mrożenie siatkówki (w obu typach operacji) oraz laseroterapię (w zasadzie wyłącznie w połączeniu z witrektomią). Postępowanie to ma na celu wytworzenie blizn wzmacniających przyłożenie siatkówki.

Odwarstwienie trakcyjne wywołane jest istnieniem zmian proliferacyjnych w ciele szklistym pociągających siatkówkę. Może być powikłaniem długo trwającego odwarstwienia samoistnego lub → retinopatii cukrzycowej czy wcześniaczej. Trwający przez dłuższy czas proces chorobowy wewnątrz gałki ocznej powoduje wysiew czynników zapalnych, co skutkuje powstaniem zmian w strukturze ciała szklistego. Obkurczanie się tych zmian powoduje pociąganie, a w dalszym przebiegu odwarstwienie siatkówki. Jedynym leczeniem jest postępowanie operacyjne w postaci witrektomii.

Odwarstwienie wysiękowe jest schorzeniem wtórnym do istniejącej patologii okulistycznej, takiej jak: podsiatkówkowa zmiana rozrostowa (nowotworowa), wysięk zapalny w zapaleniach błony naczyniowej, odwarstwienie naczyniówki lub patologii ogólnoustrojowej, jak zatrucie ciążowe czy złośliwe nadciśnienie tętnicze. Postępowanie polega na leczeniu choroby podstawowej.

Postępowanie profilaktyczne

W przypadku stwierdzenia zmian degeneracyjnych siatkówki mamy do wyboru dwie opcje: postępowanie wyczekujące (obserwacja) i laseroterapia. Dokonanie wyboru oparte jest na rodzaju zmian degeneracyjnych, istnieniu ewentualnych czynników ryzyka odwarstwienia, takich jak wysoka krótkowzroczność, czy odwarstwienie w drugim oku, stanie drugiego oka oraz zależy od przyszłej współpracy pacjenta – obserwacja możliwa jest tylko w przypadku pacjenta zgłaszającego się na wizyty kontrolne. Do zmian potencjalnie niebezpiecznych zaliczamy zwyrodnienia kraciaste i szroniaste, natomiast degeneracje mikrotorbielowate, przegrupowania barwnika typu „pieprz i sól", „ślady niedźwiedzia", czy otworki zanikowe nie są związane z większym ryzykiem rozwoju odwarstwienia.

Rozróżnić należy jeszcze jednostkę chorobową określaną jako rozwarstwienie siatkówki. Jest to schorzenie również dotyczące siatkówki, jednak innych jej warstw niż w przypadku odwarstwienia. Nie wymaga ono leczenia, a jedynie obserwacji, gdyż jego następstwem może być odwarstwienie siatkówki.

RK

A: DR (fr., hiszp.).
O: budowa narządu wzroku, kompleksowe badanie okulistyczne, zmiany w narządzie wzroku w procesie starzenia się.
TK: ang. *retinal detachment*, fr. *le décollement de rétine* [DR], hiszp. *el desprendimiento de retina* [DR], niem. *Netzhaublösung*, ros. *отслоение сетчатки*.

okres przekwitania → menopauza

Olshansky S. [Stuart] **Jay** (1954–)

amer. socjolog, psycholog i gerontolog, profesor epidemiologii na Wydziale Zdrowia Publicznego

Uniwersytetu stanu Illinois w Chicago, równolegle pracownik naukowy w Centerum Badań nad Starzeniem się Uniw. Chicagowskiego i w Szk. Higieny i Medycyny Tropikalnej w Londynie. Ukończył studia psychologiczne w Michigan State Univ. w East Lansing, MI (1975), następnie studiował socjologię, uzyskując stopień doktora na Uniw. Chicagowskim (1984). Olshansky zajmuje się biodemografią starzenia się, problematyką śmiertelności i → długowieczności ludzkiej oraz epidemiologią starzenia się. Podstawowe nurty jego zainteresowań naukowo-badawczych obejmują: 1) badania dotyczące starzenia się populacji; 2) badania dotyczące wydłużenia → życia i maksymalnej → długości życia; 3) problematykę ewolucyjnych i biologicznych teorii starzenia się; 4) kwestie polityki związanej ze starzeniem się, zwłaszcza polityki społecznej wobec osób starszych, oraz 5) problemy śmiertelności. Olshansky zasiada w Zarządzie Amer. Związku Badań nad Starzeniem się (*The American Federation for Aging Research* – AFAR) – charytatywnej organizacji, której celem jest sponsorowanie biomedycznych badań dotyczących starzenia się. Jest członkiem wielu towarzystw naukowych, m.in. Amer. Tow. Gerontologicznego (GSA) i *American Association for the Advancement of Science* (AAAS) – międzynar. organizacji zajmującej się ogólnie pojętym rozwojem nauki. Olshansky jest autorem i współredaktorem wielu ważnych prac gerontologicznych. W okresie 2005–2006 był stypendystą Fundacji Fulbrighta we Francji.

ML, AAZ

B: Olshansky i współprac., 2005, 2006; Olshansky, Martin, Kirkland, 2016; Olshansky, Rattan, 2005; Perls, Riesman, Olshansky, 2005.

N: http://projectm-online.com…

O: biogerontologia, długość życia, długowieczność ludzka, gerontologia.

onkologia geriatryczna

to wielowymiarowe i multidyscyplinarne podejście do procesu diagnostycznego, leczenia i → opieki nad osobami starszymi zagrożonymi chorobą nowotworową lub nią dotkniętymi. [W onkologii geriatrycznej najczęściej umownie przyjmuje się 65. lub 70. r.ż. za wiek, w którym pacjent może być nazwany sobą starszą i stać się podmiotem opieki opartej na zasadach przyjętych dla tej dziedziny. Jednakże ze względu na zindywidualizowany proces → starzenia się człowieka nie → wiek chronologiczny (metrykalny), lecz → wiek biologiczny (funkcjonalny) pacjenta, jest głównym kryterium doboru rodzaju terapii onkologicznej – przyp. aut.]. Onkologia geriatryczna opiera się na przestrzeganiu czterech fundamentalnych zasad: zachowanie autonomii chorego, odnoszenie przez chorego korzyści klinicznej ze stosowanego leczenia, nieszkodzenie choremu i sprawiedliwość w podejmowaniu decyzji (Terret, Zulian, Droz, 2004; Krzemieniecki, 2009; Krzemieniecki, Kowalski, Meder, 2013).

Terminu: onkologia geriatryczna po raz pierwszy użyto w roku 1983 podczas sympozjum zorganizowanego przez *National Cancer Institute* i *National Institute on Aging*, którego pokłosiem była monografia pt. *Perspectives on Prevention and Treatment of Cancer in the Elderly* (*Perspektywy profilaktyki i leczenia nowotworu w okresie starości*) autorstwa Rosemary Yancik, Paula Carbone i Jerry'ego Yatesa. Uczestnikami sympozjum były osoby uznane za pionierów onkologii geriatrycznej. Zwróciły one uwagę na kilka istotnych zagadnień: istnienie rozbieżności pomiędzy wiekiem funkcjonalnym a metrykalnym człowieka, zmiany w → strukturze wieku populacji i kontroli nowotworów w okresie starości, znaczenie profilaktyki i leczenia nowotworów u osób starszych, konieczność zwiększenia wiedzy w dziedzinie onkologii geriatrycznej za pomocą analizy istniejących baz danych, potrzebę prowadzenia badań klinicznych, epidemiologicznych i → badań podłużnych, ocenę farmakokinetyki i chemiowrażliwości nowotworów u starszych pacjentów, optymalizowanie → jakości życia osób starszych cierpiących z powodu nowotworu, ocenę wyników pracy lekarzy (Rao i współprac., 2008). W 1988 roku Byrl James Kennedy (1921–2003) – przewodniczący *American Society of Clinical Oncology* (ASCO) w latach 1987–1988, również uznawany za jednego z prekursorów onkologii geriatrycznej – zachęcał wszystkich onkologów do lepszego rozpoznania i zrozumienia związku pomiędzy starzeniem się a nowotworem. Przekonywał, że opieka nad starszymi pacjentami powinna stać się ważnym zagadnieniem w edukacji onkologów. Stanowisko badacza w przyczyniło się do rozwoju badań mających na celu ustalenie cech charakterystycznych dla starszych pacjentów z chorobą nowotworową, wyróżniających ich spośród innych pacjentów onkologicznych, analizę ich tolerancji i reakcji na leczenie onkologiczne oraz integrację wiedzy z obszaru → geriatrii z terapią onkologiczną (Extermann, 2010). W 1992 ogłoszono drukiem pierwszą rozprawę naukową poświęconą onkologii geriatrycznej, której autorami są Lodovico Balducci, Gary H. Lyman i William B. Ershler. Ich praca była inspirowana prze-

konaniem, że nowotwór występujący u osób w → wieku podeszłym powinien być diagnozowany i leczony w inny sposób niż u młodszych pacjentów.

Rozwój onkologii geriatrycznej zaowocował powstaniem w 2000 roku Międzynarodowego Towarzystwa Onkologii Geriatrycznej (*International Society of Geriatric Oncology*/*Société Internationale d'Oncologie Gériatrique* – SIOG). Oficjalnie SIOG zostało zarejestrowane w 2012 jako organizacja nienastawiona na zysk i jest społecznością multidyscyplinarną, skupiającą lekarzy – specjalistów w zakresie onkologii i geriatrii, a także innych ekspertów z dziedziny zdrowia. Obecnie organizacja liczy ponad tysiąc członków pochodzących z ponad 40 krajów. Zadaniem SIOG jest wspieranie rozwoju specjalistów z zakresu onkologii geriatrycznej w celu zoptymalizowania procesu leczenia starszych pacjentów zmagających się z chorobą nowotworową. Cel ten realizowany jest w trzech ych strategicznych obszarach: w edukacji (obejmującej zarówno uświadamianie społeczeństwu wagi problemów onkologicznych osób starszych, jak i kształcenie/dokształcanie specjalistów medycznych), praktyce klinicznej oraz w obszarze badań naukowych. Organizacja opracowuje rekomendacje i przewodniki do opieki nad starszymi pacjentami onkologicznymi, wydaje także pierwsze na świecie czasopismo naukowe poświęcone onkologii geriatrycznej pn. „Journal of Geriatric Oncology". W 2010 w efekcie współpracy *International Society for Geriatric Oncology* (SIOG) i *European Society for Medical Oncology* (ESMO) został opublikowany podręcznik dotyczący opieki pacjentów onkologicznych w wieku podeszłym. Działania te przyczyniają się nie tylko do rozwoju wiedzy w zakresie onkologii geriatrycznej i wypracowania standardów opieki nad starszymi pacjentami cierpiącymi na nowotwory, ale także do uwrażliwiania społeczeństwa na potrzeby tej grupy chorych.

Na gruncie polskich badań również coraz częściej podkreśla się specyficzną sytuację pacjentów w okresie późnej dorosłości. W odpowiedzi na postulaty onkologii geriatrycznej Polska Unia Onkologii przy wsparciu firmy Celgene zorganizowała kampanię „Rozmowy o czasie", której celem było zwrócenie uwagi lekarzy, decydentów, dziennikarzy i społeczeństwa na standardy oraz problemy leczenia osób starszych chorych na nowotwory. Pierwsza edycja kampanii odbyła się w 2011 i w całości została poświęcona rozważaniom nad problemami starszych pacjentów dotkniętych nowotworami układu krwiotwórczego. Kampanii towarzyszy konkurs dla dziennikarzy pn. „Sowa onkologiczna", którego celem jest popularyzacja w mediach informacji dotyczących sytuacji w Polsce osób starszych chorych na nowotwory oraz nagradzanie publicystów, którzy przygotowali i opublikowali najciekawsze prace z tego zakresu.

Powstanie i rozwój onkologii geriatrycznej jest efektem kilku czynników. Jeden z nich to obserwowany proces starzenia się społeczeństw. Według prognoz ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) do 2050 roku subpopulacja osób powyżej 60. r.ż. na świecie wzrośnie do dwóch bilionów, podczas gdy w 2000 było ich ok. 600 mln. Zmiany demograficzne z pewnością wpłyną na przeobrażenia w sektorze zdrowia publicznego wszystkich państw, choćby dlatego, że ryzyko zachorowania na nowotwór wzrasta wraz z wiekiem. Należy zakładać, że u coraz większej liczby osób starszych ujawni się i zostanie zdiagnozowany nowotwór wymagający leczenia. W Stanach Zjednoczonych ponad 60% wszystkich rodzajów nowotworów diagnozowanych jest w grupie osób powyżej 65. r.ż. Szacuje się, że do 2030 70% wszystkich pacjentów onkologicznych stanowić będą osoby powyżej 65. r.ż. (Kennedy, 2004). Podobne dane dotyczą Polaków. Według Krajowego Rejestru Nowotworów większość zachorowań na nowotwory złośliwe w Polsce występuje u osób po 60. r.ż. W latach 2008–2010 spośród wszystkich zachorowań odnotowano 70% diagnoz u mężczyzn i 60% u kobiet powyżej 60 r.ż. Należy także pamiętać, że choroba nowotworowa ma przewlekły przebieg. Coraz bardziej zaawansowane i skuteczniejsze metody terapii powodują, że wzrasta długość życia pacjentów onkologicznych wymagających → rehabilitacji, → opieki i → wsparcia. Analizy danych Krajowego Rejestru Nowotworów pokazują, że przeżycia 5-letnie w ciągu pierwszej dekady XXI wieku wzrosły u mężczyzn z 32,9% do 37,3%, natomiast u kobiet z 51,2% do 53,5%. Pomocy onkologiczno-geriatrycznej wymagać będą także te osoby, u których zdiagnozowano zmiany nowotworowe jeszcze przed 65. r.ż., ale proces ich terapii trwać będzie do okresu starości (http://onkologia.org.pl/…).

Opieka nad pacjentami w wieku podeszłym odbiega od standardów opieki nad pacjentami młodszymi ze względu na uwarunkowania medyczne (np. słabszą wydolność narządową, różnice w biologii zmiany nowotworowej, poziom tolerancji na stosowane metody leczenia onkologicznego, współwystępowanie schorzeń przewlekłych utrudniające rozpoznawanie symptomów choroby, a jednocześnie opóźniające diagnozę i wpływające na leczenie), psychospołeczne (np. lęk przed byciem ciężarem dla bliskich, → ageizm i dyskryminacja, a w szczególności dyskryminowanie pacjentów ze względu na wiek w dostępie do nowoczesnych świadczeń medycznych), funkcjonalne (np.

wymaganie pomocy przy wykonywaniu → czynności życia codziennego) oraz socjalne (np. ograniczone możliwości finansowe, utrudniony dostęp do świadczeń medycznych spowodowany problemami natury logistycznej). [Dość powszechnie uważa się, że zmiany nowotworowe rozrastają się wolniej w okresie starości. Tymczasem stwierdzenie to jest prawdziwe wyłącznie w przypadku niektórych rodzajów nowotworów, np. raka piersi bądź raka płuc. Natomiast, przykładowo, rak jajnika może być bardziej agresywny w wieku podeszłym (Kristjansson, Wyller, 2010) – przyp. aut.]. Uwarunkowania te mają wpływ zarówno na przebieg, jak i na efektywność oraz skutki uboczne stosowanej u starszych pacjentów terapii onkologicznej.

Starzenie się jest procesem wielowymiarowym, w ramach którego zachodzą zmiany w sferze biologicznej, poznawczej, emocjonalnej, socjoekonomicznej, funkcjonalnej (czynnościowej). Podkreśla się, że osoby w wieku podeszłym stanowią grupę heterogeniczną, co ma swoje implikacje podczas kwalifikowania ich do terapii onkologicznej. Podejmowanie decyzji o przebiegu diagnostyki i/lub leczenia wyłącznie na podstawie wieku metrykalnego i stanu klinicznego jest obarczone wysokim ryzykiem popełnienia błędu. Dlatego w onkologii geriatrycznej stosuje się zindywidualizowany plan leczenia przeciwnowotworowego oparty na → całościowej ocenie geriatrycznej (COG). Jest to użyteczna metoda oceny potrzeb oraz potencjału rehabilitacyjnego osób starszych dotkniętych chorobą przewlekłą lub niepełnosprawnością. W onkologii COG pozwala ujawnić niezakładane warunki mogące wywierać wpływ na leczenie przeciwnowotworowe, rozpoznawać nieoczekiwane potrzeby socjalne bądź rehabilitacyjne oraz dostarczać informacji dotyczącej średniej → długości życia, jakości życia oraz tolerancji na leczenie starszych pacjentów (Balducci i współprac., 2004). COG to „wielodyscyplinarna ocena pozwalająca na wykrycie problemów chorych na wielu płaszczyznach funkcjonowania (płaszczyzna mentalna, emocjonalna, kliniczno-medyczna, funkcjonalna oraz socjalna)" (Krzemieniecki, 2009). W jej obrębie najczęściej stosuje się następujące narzędzia: codzienne funkcjonowanie, → sprawność fizyczna, choroby współistniejące, stan odżywienia, wsparcie socjalne, czynności poznawcze, → depresja [i zaburzenia nastroju]. COG umożliwia zdiagnozowanie nieprawidłowości klinicznych, funkcjonalnych, psychicznych i socjalnych, które mogłyby zostać niezauważone podczas stosowania standardowego postępowania medycznego (Krzemieniecki, Kowalski, Meder, 2013).

EJM

B: Balducci i współprac., 2004; Extermann, 2010; Kennedy, 2004; Kristjansson, Wyller, 2010; Krzemieniecki, 2009; Krzemieniecki, Kowalski, Meder, 2013; Rao i współprac., 2008; Terret, Zulian, Droz, 2004; Yancik i współprac., 1993.

N: http://onkologia.org.pl/…

O: psychoonkologia.

S: geriatria onkologiczna.

TK: ang. *geriatric oncology*, fr. *d'oncologie gériatrique*, hiszp. *oncología geriátrica/geriatria oncológica*, niem. *geriatriche onkologie*, ros. *гериатрическая онкология.*

opieka (opiekowanie się)

to dbanie o kogoś, o coś bądź nadzór prawny ustanowiony przez sąd nad osobą małoletnią (http://sjp.pwn.pl/…). To określenie wieloznaczne, funkcjonujące w języku potocznym, odnoszone do dzieci i dorosłych, a także do grup społecznych (np. rodziny) będących w szczególnych sytuacjach losowych, jak sieroty, chorzy, niepełnosprawni. To działanie podejmowane przez osoby bądź instytucje wobec podopiecznego (jednostki lub grupy) w związku z faktyczną, a nawet potencjalną sytuacją zagrożenia prawidłowych warunków funkcjonowania, przy jednoczesnym braku lub ograniczonych możliwościach przezwyciężenia samodzielnie tej sytuacji (Maciaszkowa, 1991; Kelm, 2000). Jest to stała i systematyczna aktywność opiekuna wobec podopiecznego, w celu utrzymywania opiekuńczej relacji pomiędzy nimi, zaspokajania potrzeb jednostki lub grupy, których nie są zdolne samodzielnie zaspokajać oraz przejęcie odpowiedzialności za wdrożone działania. Jest to dawanie oparcia, → wsparcia i zaspokajanie potrzeb jednostki, która nie może lub nie chce samodzielnie ich zaspokoić, w celu zachowania → zdrowia i odpowiedniej → jakości życia. Opieka jest opartym na odpowiedzialności kompensacyjnej ciągłym i bezinteresownym zaspokajaniem przez opiekuna potrzeb opiekuńczych podopiecznego (Dąbrowski, 2000). Analizując przytoczone definicje opieki, należy podkreślić wspólne ich cechy: realizację potrzeb osoby będącej w trudnej sytuacji, ciągłość, powiązanie ról opiekuna i podopiecznego, odpowiedzialność za drugą osobę i bezinteresowność. Opiekę można podzielić na ludzką – działalność człowieka, zwierzęcą – różnorodne instynktowne i nabyte reakcje i zachowania rodziców wobec ich potomstwa, służące zaspokajaniu przede wszystkim potrzeb biologicznych i bezpieczeństwa oraz transcendentną – wiarę w siły wyższe, opatrzność boską (Dąbrowski, 2006).

Opiekę ludzką można ująć trójwymiarowo: w postaci opieki człowieka nad wytworami jego rąk, opieki

nad elementami przyrody, oraz opieki międzyludzkiej, która łączy się z innymi dziedzinami życia, jednocześnie wspierającymi lub poszerzającymi sferę opieki.
Ten rodzaj opieki ma charakter uniwersalny, a jej elementy składowe to:

- podmiot opieki – człowiek;
- opiekun – osoby i instytucje podejmujące działania opiekuńcze;
- cel opieki – zaspokajanie potrzeb, działalność opiekuńcza;
- treść opieki – środki i czynności użyte w toku działania.

Opieka jest wszędzie tam, gdzie występuje zależność między podmiotem opieki i opiekującym się. Ze względu na podmiot i charakter można wyróżnić następujące kategorie opieki: rodzinna, moralna, psychologiczna, wychowawcza, → opieka społeczna lub socjalna, → opieka prawna, czyli kuratela, opieka ekonomiczna, lecznicza, pielęgnacyjna, rewalidacyjna, religijna i → opieka paliatywno-hospicyjna, która jest wszechstronną i całościową dbałością o pacjentów nieuleczalnie chorujących.
Opieka pełni cztery funkcje: zaspokajania potrzeb (funkcja homeostatyczna), regulacyjną i budującą potrzeby, doprowadzającą do samodzielności podopiecznego, uspołeczniającą (funkcja socjalizacyjna).
Istotnym elementem opieki jest okazywanie wsparcia podopiecznemu. Do form wsparcia zaliczamy: emocjonalne, informacyjne (poznawcze), instrumentalne (instruktażowe), materialne (rzeczowe), a nawet duchowe. Zakres świadczenia opieki może być całkowity (rodzina, → dom pomocy społecznej) lub częściowy (szkoła, podmiot leczący), a zarazem dobrowolny i prawny. Działania opiekuńcze, w zależności od sytuacji i możliwości podopiecznego, mogą być świadczone w różny sposób (spontaniczny, doraźny, okresowy i stały) i w różnym czasie (opieka bieżąca i perspektywiczna). Opiekę można również podzielić ze względu na: podmiot (nad jednostką, grupą), wiek (nad dziećmi, młodzieżą, → seniorami), stan zdrowia (nad kobietą w ciąży, osobą niepełnosprawną, człowiekiem umierającym), miejsce przebywania (opieka środowiskowa, szkolna, zakładowa). Opiekę realizuje środowisko naturalne (→ rodzina, grupa rówieśnicza, sąsiedzi, znajomi) oraz instytucje (szkolne, wychowania pozaszkolnego, placówki opieki częściowej i całkowitej).
Polityka opiekuńcza państwa jest integralną częścią jego polityki społecznej (Ustawa z 2 IV 1997 roku). Państwo realizuje swoją rolę opiekuńczą poprzez różne instytucje publiczne, np. żłobki, szkoły publiczne, miejskie → ośrodki pomocy społecznej i/lub podmioty prowadzące działalność leczniczą (Ustawa z dnia 10 V 2013 roku, Ustawa z dnia 7 IX 1991 roku, Ustawa z 12 III 2004 roku, Ustawa z 15 IV 2011 roku).
Opiekunów, czyli osoby sprawujące opiekę, można podzielić na trzy grupy: nieformalnych, formalnych i profesjonalistów. Za opiekunów nieformalnych uważa się osoby, które poza stosunkiem pracy udzielają pomocy w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych podopiecznych. Odsetek osób zaangażowanych w opiekę nieformalną jest różny w różnych krajach i wynosi ok. kilku procent. W naszym kraju, z powodów kulturowych i występujących jeszcze często rodzin wielopokoleniowych, jest to nadal duża grupa osób, nawet 75% opiekunów, i zarazem najbardziej oczekiwana forma opieki przez 93,5% podopiecznych (Mossakowska, 2012).
Nieformalnymi opiekunami są najczęściej kobiety, a ich podopiecznymi – rodzice i/lub małżonkowie. Niejednokrotnie sprawowanie opieki odbywa się przy dużym wysiłku całej rodziny. Jednocześnie blisko co dziesiąta osoba starsza wymagająca opieki oczekuje jej ze strony sąsiadów, przyjaciół czy znajomych (Mossakowska, 2012). Należy jednak pamiętać, że opiekunowie nieformalni w większości przypadków są jeszcze aktywni zawodowo. Ta sytuacja powoduje dodatkową trudność godzenia obowiązków związanych z pracą zawodową i opieką nad osobą bliską. Jednak ze względu na korzyści finansowe dla całego społeczeństwa, jakie przynosi opieka świadczona w naturalnym środowisku, przez osoby znane i najlepiej dostosowujące działania opiekuńcze do potrzeb podopiecznych, ta forma opieki powinna być preferowana, doceniania i właściwie wynagradzana przez władze państwowe.
Opiekunowie formalni to osoby świadczące działania opiekuńcze w ramach działalności instytucji rządowych, stowarzyszeń samopomocowych bądź specjalnych programów pomocowych (np. → hospicja).
Profesjonalistami w zakresie opieki są pracownicy placówek lecznictwa zamkniętego czy ambulatoryjnego. Każdy dorosły człowiek powinien móc i potrafić samodzielnie sprawować opiekę nad sobą. Niestety, wiele osób z różnych względów (sytuacji życiowej, ekonomicznej, rodzinnej, zdrowotnej) nie jest w stanie samodzielnie sobie radzić. Zdaniem Doroty Orem deficyt samoopieki może być częściowy lub całkowity. System pielęgnowania „kompensacyjny" całościowo, częściowo wspierający lub wspierająco-uczący zależy od stanu i możliwości pacjenta. Pielęgniarka lub opiekun medyczny dostarczają niezbędnej fachowej opieki samodzielnie lub współpracując z pa-

cjentem, w miarę jego możliwości. Pielęgniarka rozpoznaje potrzeby, planuje, realizuje i ocenia opiekę. Dodatkowo ustala: kto będzie sprawował opiekę, jak długo jest ona niezbędna, czy są potrzebne inne jej formy (Ciechaniewicz, 2014).

Dla podopiecznego ważna jest zarazem opieka instynktowna świadczona przez matkę, ojca czy innych członków rodziny, jak i ta oparta na wyuczonych mechanizmach działania.

EJB

B: Ciechaniewicz, 2014; Dąbrowski, Kulpiński, 2000; Dąbrowski, 2006; Kelm, 2000; Maciaszkowa, 1991; Mossakowska, Więcek, Błędowski, 2012.

D: Ustawa z 7 IX 1991 roku; Ustawa z 2 IV 1997 roku; Ustawa z 12 III 2004 roku; Ustawa z 15 IV 2011 roku; Ustawa z 10 V 2013 roku.

N: http://sjp.pwn.pl/sjp…

O: opieka geriatryczna.

TK: ang. *care*, fr. *soins*, hiszp. *cuidado*/*atención*, niem. *Pflege*, ros. *уход*.

opieka długoterminowa

– to usługi, programy lub działania, które kierowane są przez dłuższy czas do osób w różnym wieku (największą część grupy korzystających stanowią osoby w wieku 65 i więcej lat), o ograniczonej zdolności funkcjonalnej, fizycznej i poznawczej, potrzebujących pomocy w wykonywaniu wielu podstawowych → czynności życia codziennego, takich jak: mycie, ubieranie się, kładzenie do łóżka i wstawianie z niego. Do usług opieki długoterminowej czasem zalicza się także pomoc w wykonywaniu tzw. złożonych czynności dnia codziennego, takich jak: robienie zakupów, poruszanie się środkami komunikacji, załatwianie spraw administracyjnych.

Opiekę długoterminową najczęściej sprawują opiekunowie nieformalni: członkowie → rodziny, znajomi, oraz formalni: specjaliści opieki domowej i pielęgniarki. W zakres → opieki wchodzić mogą również: podstawowa opieka medyczna, opieka pielęgniarska, profilaktyka i → rehabilitacja. Usługi opieki długoterminowej czasami są postrzegane jako odrębna część zabezpieczenia społecznego oraz integracji istniejących instytucji.

Trudno wyraźnie zdefiniować zakres usług opieki długoterminowej oraz jednoznacznie wskazać podmioty, które je realizują, niełatwo także precyzyjnie wskazać wartość nakładów finansowych na ich realizację oraz określić cechy i sytuację opiekunów. → Opieka formalna realizowana jest zazwyczaj przez pracowników sektora medycznego (pielęgniarki, fizjoterapeutów, rehabilitantów), a także sektora pomocy społecznej – łączy zatem opiekę medyczną i → opiekę społeczną, co oznacza jednocześnie, że w wielu krajach zawód opiekuna łączy kwalifikacje z obu tych obszarów. Ten dualny, społeczno-medyczny charakter usług opieki długoterminowej jest uważany za jedną z ważnych przyczyn trudności metodologicznych napotykanych w trakcie realizacji badań porównawczych nad tymi usługami, znacznie ograniczając możliwość ich identyfikacji. Największe trudności metodologiczne sprawia realizacja badań dotyczących zakresu i charakteru → opieki nieformalnej sprawowanej przez rodzinę i przyjaciół. Na złożoność problemów związanych z analizą systemów opieki długoterminowej wpływa ponadto kilka innych czynników. Badacze zajmujący się usługami opieki długoterminowej napotykają na wiele trudności wiążących się z metodologią badań. Po pierwsze, w wielu przypadkach trudne jest precyzyjne określenie istniejących i powstających instytucji, które świadczą te usługi, a co za tym idzie, nie ma definicji zasobów finansowych i ludzkich, które mogą być przypisane do tej kategorii – organizatorami opieki są zarówno instytucje publiczne, jak i organizacje pozarządowe lub prywatne, a także nieformalni opiekunowie (członkowie rodzin, przyjaciele, sąsiedzi, wolontariusze). Po drugie, zasady finansowania usług opiekuńczych są bardzo zróżnicowane: usługi mogą być świadczone nieodpłatnie przez opiekunów nieformalnych, mogą być wynagradzane zasiłkami dla opiekunów lub opłacane z ubezpieczeń pielęgnacyjnych. Po trzecie, usługi mogą być świadczone w różnych miejscach: w miejscu zamieszkania klientów, w → domach dziennego pobytu lub stacjonarnie w instytucjach opieki całkowitej, jakimi są → domy pomocy społecznej. Mogą być także świadczone przez profesjonalnych opiekunów prowadzących samodzielną działalność gospodarczą lub zatrudnianych przez właścicieli prywatnych agencji usługowych. Ta różnorodność organizatorów, dostawców, zasad finansowania oraz form opieki powoduje trudności w analizie systemów opiekuńczych w różnych krajach Europy i zmusza badaczy prowadzących studia porównawcze do uwzględnienia kontekstu społeczno-kulturowego, czynników prawnych, ekonomicznych i politycznych danego kraju (Krzyszkowski, b.r. – Internet: dspace.uni.lodz.pl…).

Kwalifikacje do wykonywania usług opieki długoterminowej

Do świadczenia formalnych usług opieki długoterminowej wymagane są określone kwalifikacje. Usługi ta-

kie są najczęściej j świadczone przez pielęgniarki i rehabilitantów lub fizjoterapeutów. Usługi codziennego życia zazwyczaj składają się z pracy społecznej i jako takie są świadczone przez służby społeczne i pracowników medycznych, którzy łączą w sobie pewne elementy umiejętności medycznych i opieki społecznej. W wielu krajach łączenie kwalifikacji służące jak najlepszemu realizowaniu usług jest procesem w początkowej fazie – tworzy się ramy odrębnych kwalifikacji, rozwoju zawodowego i szkoleń. W wielu krajach usługi opieki długoterminowej realizuje się pod osłoną sektorów opieki zdrowotnej i → pomocy społecznej (Goliowska, Sowa, 2013).

Osoby korzystające z usług opieki długoterminowej

Prawdopodobieństwo wzrostu odsetka wymagających opieki długoterminowej wzrasta z wiekiem. W państwach Europejskiej Organizacji Współpracy Gospodarczej (OECD) obecnie mniej niż 1% osób poniżej 65. r.ż. korzysta z opieki długoterminowej, podczas gdy wśród ogółu kobiet w wieku 80 i więcej lat − 30%. Ponad 1/2 korzystających z tej formy opieki ma 80 i więcej lat, a ponad 60% z nich to kobiety. W związku z powyższym wzrost odsetka ludzi starych w społeczeństwie, zwłaszcza tych najbardziej sędziwych, jest ważną zmienną wpływającą na określenie scenariusza zakresu i charakteru usług opieki długoterminowej. Warto także zwrócić uwagę na to, że osoby korzystające z tej formy opieki to przede wszystkim kobiety, co wynika ze znaczących różnic w średniej → długości życia mężczyzn i kobiet, sprawiających, że w najstarszych → grupach wieku mamy do czynienia z wysokimi wskaźnikami feminizacji (*Help wanted?*…, 2011 – Internet: www.oecd.org/health…).

Modele usług opieki długoterminowej

W krajach skandynawskich, realizujących koncepcje socjaldemokratyczne, dominuje system publicznych, uniwersalnych usług opiekuńczych dostarczanych bezpośrednio przez władze lokalne przy małym udziale organizacji pozarządowych i sektora prywatnego (Krzyszkowski, b.r. – Internet: dspace.uni.lodz.pl…). Państwa te przedstawiane są w raportach z badań jako „oparte na formalnej opiece w większym stopniu niż na nieformalnej" oraz jako państwa, w których opieka w instytucji uznawana bywa za znacznie kosztowniejszą niż domowa (*The 2012 Ageing Report*…, 2012). W Danii, Holandii, Szwecji i Norwegii z usług opieki długoterminowej korzysta także stosunkowo najwięcej osób – ponad 4 %, a wydatki na tę formę opieki są najwyższe w Europie – ich udział w PKB jest ponaddwukrotnie większy niż średnia wydatków na ten cel w Unii Europejskiej, pokrywane są niemal w pełni ze środków publicznych (*The 2012 Ageing Report*…, 2012).

Inny system usług opiekuńczych oparty na dominującej odpowiedzialności rodziny za opiekę nad swoimi członkami, przy wsparciu kościelnych organizacji i bardzo ograniczonym udziale państwa, rozpowszechniony jest w krajach śródziemnomorskich – Włochy, Hiszpania, Portugalia, Grecja, Cypr (Krzyszkowski, b.r. – Internet: dspace.uni.lodz.pl…). W państwach tych powszechna jest opieka nieformalna, która widziana jest przez decydentów politycznych jako „wolna od opłat" lub „odpłatna osobiście" (*The 2012 Ageing Report*…, 2012), a korzystanie z opieki formalnej jest sporadyczne (dotyczy ok. 1,5% ogółu osób po 80. r.ż.). Prognozuje się, że w tych państwach, jak również w państwach Europy Środkowej, scenariusz opieki realizowanej w przyszłości będzie inny niż obecnie, a jego zmianę spowoduje przeniesienie siły ciężkości na opiekę nieformalną, co dostrzegalne jest już teraz – to przesunięcie można będzie zaobserwować w ciągu najbliższych dziesięciu lat. Około 10% korzystających z opieki nieformalnej będzie podlegało opiece formalnej, z czego ok. 50% w instytucji, a 50% w domu.

Z kolei w państwach o pewnych tradycjach liberalnych (Wielka Brytania, Irlandia) występują tendencje do prywatyzacji usług opieki długoterminowej, a mechanizmy związane z zasadą subsydiarności zaobserwować można w krajach kontynentalnej Europy (Niemcy, Austria, Francja, Belgia). Głównymi dostawcami usług opiekuńczych są tutaj organizacje pozarządowe finansowane przez państwo (Krzyszkowski, b.r. – Internet: dspace.uni.lodz.pl…). Prawie we wszystkich państwach Europy opieka nad człowiekiem starym sprawowana jest w domach, choć im starsza grupa wiekowa, tym więcej jej przedstawicieli korzysta z usług w instytucjach całodobowej opieki.

W państwach skandynawskich ponad 70% usług świadczonych jest w domach (z wyjątkiem Finlandii, w której tyle samo → seniorów korzysta z usług domowych co z instytucjonalnych). Podobnie dzieje się w państwach śródziemnomorskich: we Włoszech 70%, a w Hiszpanii aż 90% korzysta z usług domowych, także w państwach o innych tradycjach opiekuńczych, takich jak: Wielka Brytania i Czechy, od 80% do 95% ogółu odbiorców opieki długoterminowej korzysta z usług w domach. W Polsce opieka nad ludźmi starymi należy głównie do członków rodziny i jest sprawowana w domach.

Wydatki na opiekę długoterminową

W niektórych państwach europejskich można dostrzec spadek wydatków związanych z zabezpieczeniem społecznym ludzi starych, co jest skutkiem reform systemów emerytalnych przeprowadzanych od 2009, np. w Grecji, Hiszpanii i w Czechach (*The 2012 Ageing Report*…, 2012). Jednak inna tendencja, związana ze wzrostem wydatków na ludzi starych, dostrzegalna jest w przypadku realizacji opieki długoterminowej. Prognozuje się, że ten wzrost będzie szczególnie wysoki ok. roku 2060 − od 1,5% do 2% PKB w stosunku do obecnego poziomu wydatków. Ta sytuacja implikuje podejmowanie badań mających na celu wskazanie dróg umożliwiających ograniczenie kosztów związanych z usługami opieki długoterminowej, choć warto ponownie podkreślić, że napotyka się tu znaczące, opisane powyżej, utrudnienia metodologiczne wynikające przede wszystkim z tego, że opieka może być świadczona w sposób formalny i nieformalny, a także w domu lub w instytucji.

Powszechnie panuje pogląd, że opieka długoterminowa jest zdecydowanie droższa w instytucjach niż w środowisku otwartym, pojawiają się jednak szacunki obrazujące niejednoznaczność tej zależności. Po pierwsze, w sytuacji, gdy u podopiecznego występują ciężkie → choroby przewlekle, albo gdy mieszka on na terenie, na którym sieć usług opieki długoterminowej jest słabo rozwinięta, opieka instytucjonalna może okazać się mniej kosztowna niż domowa. Po drugie, tzw. koszty alternatywne opieki nieformalnej, widzianej jako najtańsza, mogą równoważyć lub nawet przewyższać oszczędności z nią związane. W raportach dotyczących ekonomicznych aspektów opieki długoterminowej podaje się, że koszty, jakie ponosi rynek w związku z ograniczaniem czasu pracy przez opiekunów rodzinnych, są znaczące, równie znaczne są wydatki budżetowe na rekompensowanie wynagrodzenia dla opiekunów nieformalnych, a koszty zdrowotne opiekunów są trudne do oszacowania. W związku z takimi wnioskami coraz większą uwagę zwraca się na łączenie opieki formalnej i nieformalnej.

Popyt i podaż w sferze opieki długoterminowej

Wysokość aktualnych i przyszłych wydatków na opiekę długoterminową zależy w dużej mierze od czynników określających popyt i podaż w sferze tych usług. Zwraca się uwagę, że na popyt wpływają cechy społeczno-demograficzne oraz status zdrowotny populacji. Główną determinantą wzrostu popytu jest nie tylko wzrost odsetka ludzi w wieku 65 i więcej lat, a szczególnie w wieku 80 i więcej lat, ale także wzrastająca długość życia, która pozwala przewidzieć, przez ile lat należy zapewnić opiekę.

Kolejnymi czynnikami wpływającymi na popyt w usługach opieki długoterminowej są: status zawodowy, poziom wykształcenia oraz ogólny stan zdrowia ludności, które są skorelowane z wiekiem w istotny sposób. Należy zauważyć, że po 80. r.ż. zauważalne są znaczące ograniczenia funkcjonalne, psychiczne, częściej niż w poprzednich fazach życia występuje → choroba Alzheimera, a także nasila się → otępienie. Dane pokazują, że wydatki na opiekę długoterminową wzrastają zasadniczo w najstarszych grupach wiekowych, już od 65. r.ż., gdyż od tego wieku wzrasta poziom różnego rodzaju ułomności i wiążącej się z nią zależności od innych. Wymienione czynniki wpływają na określenie stopnia i zakresu usług (*The 2012 Ageing Report*…, 2012).

Do elementów kształtujących podaż w zakresie opieki długoterminowej należą z kolei: wzory opieki długoterminowej (system jej finansowania, organizacja, dominujące typy opieki − formalna płatna lub bezpłatna albo nieformalna). Ważnym czynnikiem jest też motywacja do opiekowania się ludźmi chorymi i słabymi, która poza czysto humanistycznymi, etycznymi podstawami, zależy również od wysokości wynagrodzeń dla opiekunów formalnych oraz możliwości zapewnienia opiekunom rodzinnym tzw. opieki wytchnieniowej. Pewną rolę w organizowaniu systemu opieki może odgrywać także postęp technologiczny. Jest on co prawda czynnikiem mniej istotnym niż w przypadku ogólnych usług opieki zdrowotnej, ale zapewne może wpływać na życie chorych i ich opiekunów, choć jest to czynnik słabo zbadany (*The 2012 Ageing Report*…, 2012).

Poziom wydatków na opiekę długoterminową

Poszczególne państwa ponoszą zróżnicowane wydatki na opiekę długoterminową, dostrzegalny jest tutaj ponownie związek między ich poziomem a tradycją opiekuńczą państwa. Jest to szczególnie widoczne, jeśli porównamy państwa skandynawskie i śródziemnomorskie – wydatki tych pierwszych są znacznie wyższe. Poniżej posłużono się przykładami poszczególnych państw oraz ich grup. Najwyższe wydatki na realizację usług opieki długoterminowej, mierzone udziałem w PKB, ponoszą skraje skandynawskie, szczególnie Szwecja i Norwegia – ok. 4% PKB, są one pokrywane prawie w całości ze środków publicznych (ok. 90%). Największą część tych wydatków stanowią te, które wiążą się z ochroną zdrowia (prawidłowość dotyczy większości państw europejskich). W zdecydowanej

większości państw stanowią one koszty wyłączne, choć i w tym miejscu również należy wskazać kraje skandynawskie i Holandię jako te, które wydają stosunkowo wiele na socjalną część opieki długoterminowej – ponad 1/4 ogólnej sumy. Na przeciwległym biegunie znajdują się kraje śródziemnomorskie, w których wydatki na socjalną część tej opieki stanowią wręcz niedostrzegalny odsetek (*A good life*…, 2013). W państwach o liberalnej tradycji, a także we Francji czy Islandii, stosunkowo duży udział w finansowaniu wydatków na opiekę długoterminową mają prywatne środki. Z kolei w państwach takich jak Niemcy 70% wydatków na tę formę opieki pokrywanych jest z funduszy publicznych, a 30% z prywatnych. W państwach śródziemnomorskich, w których, jak wspomniano wyżej, opieka zapewniana jest nadal najczęściej w sposób nieformalny, oszacowanie wydatków publicznych na opiekę jest trudnym zadaniem. Z oficjalnych statystyk wynika, że we Włoszech w 80% finansowana jest ze środków publicznych, a 20% z prywatnych, w Portugalii (podobnie jak w niektórych państwach Europy Środkowej – w Polsce i w Czechach) w całości ze środków publicznych. W państwach śródziemnomorskich na usługi opieki długoterminowej przeznacza się zaledwie 0,1–0,5% PKB, a a krajach OECD średnio 1,8% PKB, z czego tylko 0,2% z własnych środków opłacają usługobiorcy (*Help wanted?*…, 2011 – Internet: www.oecd.org/health…). Biorąc pod uwagę czynniki demograficzne i polityczne, przewiduje się, że w roku 2050 najwięcej publicznych wydatków na opiekę długoterminową będą nadal ponosić państwa skandynawskie, zwłaszcza Szwecja, Norwegia i Finlandia (ok. 5% PKB), ponadto Holandia (8% PKB), a najmniej nadal kraje śródziemnomorskie oraz Europy Środkowej – do ok., 1–1,5% PKB.

Badanie jakości opieki długoterminowej

W ponad 2/3 krajów OECD i UE dokonuje się oceny opieki długoterminowej, ale systematyczne gromadzenie danych odbywa się w co trzecim państwie OECD (spośród krajów europejskich należą tu: Finlandia, Niemcy, Holandia, Norwegia i Portugalia). Ponad 1/3 państw OECD gromadzi i publikuje informacje na temat dostawców usług opieki długoterminowej w formie publicznych raportów. W niektórych krajach, takich jak np. Anglia, Hiszpania, Irlandia i Francja, instytucje świadczące opiekę długoterminową otrzymują akredytację, a w niektórych pozytywny wynik badania jakości usług jest warunkiem podpisania kontraktu umożliwiającego zwrot kosztów ich świadczenia (np. w Niemczech, Hiszpanii, Irlandii, Anglii czy Portugalii). Należy dodać, że akredytowanie usług opieki długoterminowej dokonywane jest zazwyczaj przez organy niezależne od władz państwowych, a podstawowym elementem procesu akredytacji jest często ocena tzw. minimalnych standardów realizacji usług. Z kolei wskaźniki jakości, do których odwołuje się podczas akredytowania i ustanawiania standardów, zmieniają się w czasie i są dostosowywane do specyfiki opieki długoterminowej (przykładem wskaźnika jest stosunek wykwalifikowanych pracowników opieki do użytkowników usług opieki długoterminowej, ale wskaźniki mogą odnosić się także do ilości podawanych leków, czy do sposobów prowadzenia dokumentacji podopiecznego). Od stosunkowo niedawna w procesie oceniania usług uwzględnia się także wskaźniki → jakości życia usługobiorców, stopień ich niezależności w dokonywaniu wyborów, np. możliwości samodzielnego wyboru usługodawcy (takie wskaźniki wprowadzono np. w Holandii i Anglii). Warto dodać, że we wszystkich państwach bardziej powszechne jest standaryzowanie usług realizowanych w instytucjach, niż tych świadczonych w środowiskach. W Portugalii, Holandii, czy w Niemczech uzyskuje się informacje na temat doświadczeń odbiorców usług opiekuńczych. Z kolei w ponad połowie państw OECD, w których czas oczekiwania na opiekę długoterminową jest bardzo długi, gromadzi się dane określające ten okres, a także określa przyczyny tego stanu.

Standaryzacja opieki

Coraz powszechniej stosuje się standardowe narzędzia oceny (w OECD i UE). Stosują je dostawcy usług po to, by stworzyć i jak najlepiej realizować → indywidualne plany wsparcia, móc interweniować w sprawach różnego rodzaju → nadużyć wobec ludzi starych oraz zapobiegać nieprawidłowościom związanym z procesem medycznej i społecznej opieki, np. zbędnemu, niewłaściwemu wypisywaniu recept. Narzędzia dotyczą oceny funkcjonalnej i klinicznej oceny funkcjonowania pacjenta – w wymiarach: psychicznym, sensorycznym, kognitywnym, dotyczącym odżywiania, stanu skóry, chorób, kondycji itp.

Oto przykładowe narzędzia oceny:

- RAI (*Resident Assessment Instrument*) stosowane w Belgii, Finlandii, Hiszpanii, Islandii, we Włoszech, w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie;
- skala AGGIE we Francji, określająca m.in. zakres niezależności pacjenta;
- → Indeks Czynności Życia Codziennego Katza, stosowany w Belgii.

W wielu krajach odróżnia się standaryzację procesu oceny usług opieki długoterminowej od standaryzacji tworzenia indywidualnego planu opieki, co umożliwia znalezienie równowagi między standaryzacją oceny poziomu opieki a dostosowaniem planu opieki do indywidualnych potrzeb człowieka (*A good life*…, 2013).

BZ

A: LTC (ang.).
B: *A good life*…, 2013; Goliowska, Sowa, 2013; *Long-term care*…, 2005; *The 2012 Ageing Report*…, 2012; Ziębińska, 2014.
N: *Help wanted?*…, 2011 – Internet: www.oecd.org/health…; Krzyszkowski, b.r. – Internet: dspace.uni.lodz.pl…
O: całościowa ocena geriatryczna, opieka.
TK: ang. *long-term care* [LTC], fr. *soins à long terme*, hiszp. *cuidados de larga duración/cuidado medico a largo plazo*, niem. *Langzeitspflege*, ros. *длительный уход*.

opieka duszpasterska

Duszpasterstwo jest terminem wywodzącym się z teologii pastoralnej, a oznaczającym zorganizowaną działalność wspólnoty wiary, polegającą na głoszeniu doktryny, celebrowaniu liturgii i różnych działaniach charytatywno-opiekuńczych, nad którymi opiekę sprawuje duszpasterz realizujący duszpasterstwo zwyczajne (Kamiński, 2006). Specjalistycznymi w obszarach opiekuńczych są duszpasterstwa służby zdrowia, → pomocy społecznej, czy będące na pograniczu obu poprzednich w odniesieniu do pacjentów u kresu życia – duszpasterstwo hospicyjne (Kalinowski, 2001). Zgodnie z terminologią teologii pastoralnej stanowią one elementy duszpasterstwa nadzwyczajnego, wymagającego odrębnych kompetencji duszpasterskich i sprawowanego najczęściej poza obiektami sakralnymi (Kamiński, 2006). Opieka duszpasterska jest jednym z podstawowych praw pacjenta czy podopiecznego, a prawo do niej oraz do odpowiedniego wsparcia powinno przysługiwać niezależnie od wyznania i światopoglądu (Wengler i współprac., 2012). Duszpasterstwo powinno obejmować cierpiącego człowieka w całej jego integralności, we wszystkich wymiarach, z uwzględnieniem przede wszystkim jego potrzeb duchowych i religijnych (Komisja Generalna ds. Duszpasterstwa, 2012) Obok katolickich definicji duszpasterstwa istnieją także w ochronie zdrowia i pomocy społecznej bardziej ekumeniczne podejścia, wg których duszpasterstwo jest starożytnym modelem wsparcia emocjonalnego i duchowego obecnym w wielu kulturach i tradycjach religijnych. Historycznie chrześcijańskie u swoich początków, współcześnie w ruchu opieki duszpasterskiej obejmuje przedstawicieli różnych wyznań (Clebsch, Jeakle, 1994).

Mianem opieki duszpasterskiej – obok towarzyszenia sakramentalnego, które oferować mogą wyłącznie osoby duchowne – nazywa się również model wsparcia emocjonalnego i duchowego w sytuacjach kryzysowych, gdy odpowiednio przeszkolone osoby wspierają podopiecznych w ich bólu, niepokoju, czy → utratach, uczestnicząc także w ich radościach i sukcesach. Historycznie wywodząca się z tradycji chrześcijańskiej opieka duszpasterska dotyczy obecnie różnych wyznań, czego dowodem są ekumeniczne i wielokulturowe projekty kapelanii w ochronie zdrowia i pomocy społecznej, zwłaszcza w krajach anglosaskich. Przykładem współpracy duchownych i świeckich oraz ekumenicznej otwartości w opiece duszpasterskiej może być Amer. Stow. Kapelanów Katolickich, realizujące działania duszpasterskie w zespołach (http://www.nacc.org/). W Polsce istnieje wielowiekowa tradycja opieki duszpasterskiej osób chorych i cierpiących. Nawet w trudnych latach powojennej indoktrynacji ideologicznej duszpasterze starali się nieść pomoc w instytucjach zdrowotnych i pomocowych, co zostało obszernie opisane (Jachimczak, 2003). W Polsce opiekę duszpasterską zapewniają kapelani będący osobami duchownymi skierowanymi do tej pracy przez przełożonych właściwych im wspólnot religijnych: katolickej, prawosławnej, ewangelicko-augsburskiej i greckokatolickej. Do swoich wiernych mogą przybywać także duchowni innych religii czy wspólnot obecnych w naszym kraju. Pomimo podejmowanych wysiłków nie udało się dotychczas wypracować jednolitych standardów szkoleń i specjalizacji dla kapelanów służby zdrowia. Nie istnieje statut i status kapelana w ochronie zdrowia, a potrzebę takich regulacji zauważają zarówno kapelani, jak i osoby zarządzające placówkami medycznymi (Krakowiak, Dutkiewicz, 1999). Nadzieję na zmianę modelu opieki duszpasterskiej w Polsce daje model zespołowej opieki z udziałem duchownych i świeckich (Binnebesel i współprac., 2011). Wiąże się to z przekonaniem, że poza święceniami ważne jest też, specjalistyczne przygotowanie do sprawowania funkcji duszpasterza osób w kryzysie, zdobywane podczas studiów teologicznych i psychologicznych. Obok wyświęconych duchownych do opieki mogliby być włączani także zakonnicy i osoby świeckie (Krakowiak, 2011). W praktyce duchowo-religijnej troski o pacjentów, ich bliskich i zespoły sprawujące opiekę w Polsce nowym elementem jest włączenie

osób świeckich do zespołów opieki duszpasterskiej. Zespołowe działanie z udziałem duchownych, świeckich asystentów pastoralnych i odpowiednio przygotowanych wolontariuszy jest metodą proponowaną w ramach studiów podyplomowych Szkoły Opieki Duszpasterskiej św. Jana Bożego, gdzie duchowni i świeccy zdobywają kompetencje zespołowej opieki nad chorymi i cierpiącymi (Muszala i współprac., 2011). Dobre praktyki zespołowej opieki duszpasterskiej, od lat obecne w katolickim duszpasterstwie, są już wykorzystywane w → opiece paliatywno-hospicyjnej, stając się dostępne w innych dziedzinach opieki zdrowotnej i pomocy społecznej. Zespołowa opieka duszpasterska z udziałem wolontariatu może pomóc w sprawowaniu opieki nad osobami przewlekle chorymi i starszymi w ich domach. Wolontariat parafialny i sąsiedzki może wspierać zdrowotną → opiekę instytucjonalną i pomoc społeczną, zapewniając duchowo-religijne wsparcie w zintegrowanej trosce o osoby u kresu życia (Krakowiak, 2012 b). Także w ramach duszpasterstwa parafialnego, czyli zwyczajnego, więcej miejsca powinno poświęcać się osobom zależnym od innych, przewlekle chorym i starym. Obok tradycyjnej obecności duszpasterzy z sakramentalną posługą w pierwsze piątki czy soboty miesiąca oraz przy okazji świąt, ciężko chorzy i ich opiekunowie rodzinni wymagają w opiece domowej także wsparcia emocjonalnego i duchowego. Przykładem nowej propozycji duszpasterskiej są parafialne → kluby seniora, będące miejscem integracji międzypokoleniowej oraz przestrzenią szkolenia wolontariuszy do pomocy osobom niesamodzielnym w środowisku lokalnym. Pilną potrzebę takiej aktywizacji już dostrzeżono, istnieją narzędzia edukacyjne, a pytaniem otwartym pozostaje praktyczne zaangażowanie liderów parafialnych w tego rodzaju działalność duszpastersko-charytatywną (Krakowiak, Janowicz, 2015). Do zespołowej opieki duszpasterskiej nad osobami przewlekle chorymi zachęcają słowa Benedykta XVI [właśc. Josepha Ratzignera]: „Zwracając się do wszystkich […] tych, którzy z miłością poświęcają się służbie chorym, przynosząc ulgę w ich cierpieniu i roztaczając opiekę nad każdym chorym bratem i siostrą, w szpitalach, → domach opieki i w → rodzinach: w twarzach osób chorych umiejcie zawsze dostrzegać Oblicze oblicz, czyli Chrystusa" (Benedykt XVI, 2011).

PK

B: Binnebesel i współprac., 2011; Clebsch, Jeakle, 1994; Jachimczak, 2003; Kalinowski, 2001; Kamiński, 2006; Krakowiak, 2011, 2012 b; Krakowiak, Dutkiewicz, 1999; Krakowiak, Janowicz, 2015; Muszala i współprac., 2011; Wengler i współprac., 2012.

N: Benedykt XVI, 2011 – Internet: www.ekai.pl; Komisja Generalna ds. Duszpasterstwa, 2012; http://www.nacc.org/

O: opieka, opieka długoterminowa, opieka geriatryczna, opieka nieformalna, starość i duchowość.

TK: ang. *pastoral care*, fr. *les soins pastoraux*, hiszp. *cuidado pastoral/servicios pastorals/servicios capellanes*, niem. *Seelsorge*, ros. *душепопечение*.

opieka geriatryczna

jest to dbanie o osobę, która ukończyła 65. r.ż., czyli ustawowy → wiek emerytalny, a więc działanie podejmowane przez osoby bądź instytucje wobec podopiecznego w → wieku podeszłym (jednostki lub grupy), w związku z faktyczną, a nawet potencjalną, sytuacją zagrożenia prawidłowych warunków funkcjonowania, przy jednoczesnym braku lub ograniczonych możliwościach samodzielnego przezwyciężenia tej sytuacji. Opieka geriatryczna jest specyficzną dziedziną medycyny, gdyż w procesie terapeutycznym osoby starszej uwzględnia zmiany zależne od procesu → starzenia się, nietypowe objawy schorzenia, przewlekły jego charakter z zaostrzeniami, dysfunkcję narządowo-układową, → wielochorobowość, a zarazem wielonarządowość, → polipragmazję (nadmierne stosowanie leków) oraz niestabilność homeostazy biologicznej (zwiększone ryzyko → śmierci) i środowiskowo-społecznej (nasilone osamotnienie i/lub zubożenie).

Demograficzne → starzenie się polskiego społeczeństwa wymusza konieczność dostosowania form opieki nad osobami po 67. r.ż. do ich potrzeb. Istotnym elementem rozwiązywania problemów zdrowotnych tej grupy odbiorców świadczeń opiekuńczych są świadczenia realizowane w środowisku domowym (Doroszkiewicz, Bień, 2001; Marcinowicz i współprac., 2009). Opieka geriatryczna powinna być łatwo dostępna oraz zapewniać długotrwałą formę poradnianą i domową, a także łączyć w razie potrzeby pomoc medyczną z socjalną (Derejczyk i współprac., 2011; Marcinowicz i współprac., 2009). Korzystanie ze świadczeń opiekuńczych jest determinowane wiekiem, płcią, rodzajem schorzenia czy sytuacją rodzinną.

Opiekunów geriatrycznych, czyli osoby sprawujące opiekę nad osobą w podeszłym wieku, można podzielić, podobnie jak i innych opiekunów, na trzy grupy: nieformalnych, formalnych i profesjonalistów. Dla osoby starszej najbardziej oczekiwaną, a zarazem naj-

lepszą formą opieki jest ta świadczona przez opiekunów nieformalnych, czyli przez → rodzinę i pozostałych bliskich (Borowiak, 2013). W okresie zmniejszania się liczebności rodzin wielopokoleniowych i powszechnego braku czasu → seniorzy chętnie korzystają z różnorodnych form opieki skierowanej do nich przez opiekunów formalnych. Pozytywnym elementem jest korzystanie przez osoby starsze z ofert → uniwersytetów trzeciego wieku, centrów seniora, klubów ludzi starszych czy różnorodnych stowarzyszeń i/lub fundacji. Profesjonalna opieka nad pacjentem starszym mieszkającym we własnym domu jest jednym z wielu zadań pielęgniarki rodzinnej. Niestety tylko 4,1% starszych mieszkańców obszarów miejskich i 6,5% seniorów na wsi korzysta z profesjonalnej opieki pielęgniarskiej. Jednocześnie blisko 45% seniorów mieszkających w środowisku domowym oczekuje na ten rodzaj usług opiekuńczych (Borowiak, 2013). W Polsce głównym warunkiem objęcia osób po 65. r.ż. powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym (PUZ) w Narodowym Funduszu Zdrowia (NFZ) jest udokumentowany odpowiednio długi okres odprowadzania składek na ubezpieczenie zdrowotne.

Pacjent w podeszłym wieku w ramach PUZ ma uprawnienia do korzystania z bezpłatnych:

- świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, przywracaniu, poprawie i promocji → zdrowia, a także ratowaniu życia (badania, porady, wizyty lekarskie, zabiegi, leczenie, → rehabilitacja, opieka pielęgnacyjna);
- usług z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego i opiekuńczo-leczniczego;
- zaopatrzenia w leki, materiały pomocnicze i przedmioty ortopedyczne;
- świadczeń pielęgniarskich (Ustawa z 27 VIII 2004 roku).

Przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych gwarantują świadczeniobiorcom bezpłatne świadczenie opieki zdrowotnej przez zakłady opieki zdrowotnej bez względu na ich uprawnienia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie: art. 102 pkt 1 i art. 115 § 1 Ustawy z 6 VI 1997 roku – Kodeks karny wykonawczy; art. 21 ust. 3 Ustawy z 26 X 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi; art. 14 ust. 6 Ustawy z 24 IV 1997 roku o przeciwdziałaniu narkomanii; art. 10 Ustawy z 19 VIII 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego; art. 117 ust. 1 pkt 4 Ustawy z 13 VI 2003 roku o cudzoziemcach; przepisów Ustawy z 5 XII 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi w przypadku świadczeń zdrowotnych związanych ze zwalczaniem chorób zakaźnych i zakażeń, oraz przepisów Ustawy z 8 IX 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym. W przypadku potrzeby bezpłatnego korzystania ze świadczeń medycznych osoby nieubezpieczone mogą starać się o wydanie decyzji potwierdzającej prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie art. 54 Ustawy z 27 VIII 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Decyzja taka może zostać wydana po przeprowadzeniu rodzinnego wywiadu środowiskowego, przedłożeniu dokumentów potwierdzających obywatelstwo polskie, udokumentowaniu zamieszkiwania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, stwierdzeniu spełniania kryterium dochodowego zgodnie z Ustawą o pomocy społecznej (Ustawa z 12 III 2004 roku) oraz stwierdzeniu braku występowania dysproporcji pomiędzy wysokością dochodu a sytuacją majątkową osoby i/lub rodziny. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie ww. decyzji przysługuje przez 90 dni. Jeżeli istnieje konieczność dalszego leczenia, może zostać wydana kolejna decyzja (Ustawa z 27 VIII 2004 roku). Osoby nieubezpieczone, ale w dobrej sytuacji ekonomicznej, często pokrywają koszty usług medycznych z dodatkowych dobrowolnych ubezpieczeń lub z własnych środków.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (lekarz POZ) realizuje świadczenia zdrowotne nad pacjentami w wieku podeszłym na podobnych zasadach, jakie stosuje w stosunku do innych osób dorosłych. Obecnie jednostką rozliczeniową jest stawka kapitacyjna, porada. Należy podkreślić, że obowiązuje wyższy wskaźnik kapitacyjny (2,0) za opiekę nad osobą powyżej 65. r.ż. i jeszcze wyższy (2,5) w przypadku podopiecznego → domu pomocy społecznej (DPS). Jednocześnie w przypadku udzielania świadczenia osobie starszej z rozpoznanym schorzeniem przewlekłym (np. z → cukrzycą, schorzeniami układu krążenia) stawka ta nie ulega zmianie (Zarządzenie z 17 XII 2014 roku).

Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej (pielęgniarka POZ) planuje i realizuje kompleksową opiekę pielęgniarską nad jednostką, rodziną, społecznością w środowisku zamieszkania, z uwzględnieniem miejsca wykonywania świadczenia, np. w warunkach ambulatoryjnych bądź domowych (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 24 IX 2013 roku). Działania pielęgniarskie są realizowane w zakresie: → promocji zdrowia i zapobiegania chorobom, czyli profilaktyki chorób, świadczeń pielęgnacyjnych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych. Pielęgniarka

POZ sprawuje opiekę m.in. nad osobami w wieku podeszłym uprawnionymi do korzystania ze świadczeń w ramach PUZ i jednocześnie zadeklarowanymi do niej pacjentami (poprzez wypisanie deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej POZ) na podstawie skierowania wydanego przez lekarza (pracującego w ramach umowy z NFZ) na zabiegi i procedury medyczne lub własnej decyzji w zakresie opieki pielęgniarskiej. Obecnie zalecana liczba świadczeniobiorców objętych opieką przez jedną pielęgniarkę POZ nie powinna przekroczyć 2750 osób rocznie bez względu na ich wiek**.** W starzejącym się polskim społeczeństwie jest to zbyt duża liczba pacjentów przypadających na jedną pielęgniarkę. Zakres działalności pielęgniarki POZ bardzo często nie pokrywa w pełni potrzeb świadczeniobiorców i ich bliskich. Zadania pielęgniarki POZ są różnorodne i obejmują świadczenia z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki chorób, pielęgnacyjne, diagnostyczne; lecznicze, świadczenia rehabilitacyjne oraz współpracę z lekarzem POZ, pielęgniarką → opieki długoterminowej domowej, innymi świadczeniodawcami zgodnie z potrzebami podopiecznych, przedstawicielami organizacji i instytucji działających na rzecz zdrowia, rodziną (opiekunami) świadczeniobiorcy. Nadmierna liczba podopiecznych w podeszłym wieku, wymagających szczególnej opieki, może utrudniać realizację przez pielęgniarkę wszystkich powierzonych jej obowiązków. Osoby w podeszłym wieku wraz z pogorszeniem się stanu zdrowia i postępującą → niepełnosprawnością często wymagają opieki długoterminowej. Są to świadczenia opiekuńcze realizowane przez opiekunów nieformalnych (rodzinę, przyjaciół, sąsiadów) i/lub profesjonalistów (medycznych, społecznych), mające na celu zapewnienie możliwie najwyższej → jakości życia poprzez zaspokajanie potrzeb biopsychospołecznych. W Polsce osoba w podeszłym wieku (niepełnosprawna z powodu wieku lub choroby) może skorzystać również z opieki realizowanej w środowisku domowym przez osoby inne niż pielęgniarki. Usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania podopiecznych → pomocy społecznej mogą być realizowane przez różne instytucje, np. Polski Komitet Pomocy Społecznej, Polski Czerwony Krzyż, Fundację Okaż Serce, Zbór Kościoła Chrześcijan Baptystów i inne. Wszystkie wymienione organizacje oferują pomoc w zakresie zaspokajania codziennych potrzeb życiowych, opieki higienicznej zalecanej przez pielęgniarkę i/lub prowadzącego lekarza, oraz utrzymania kontaktu z otoczeniem. Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania w ramach → opieki społecznej przysługują osobie samotnej, która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób, a jest jej pozbawiona, oraz osobie, która wymaga pomocy innych osób, a rodzina, czy wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić. Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze przyznaje się na podstawie wniosku złożonego przez osoby uprawnione, → pracownika socjalnego lub inną osobę ze środowiska oraz dołączonego zaświadczenia lekarskiego lub innego dokumentu potwierdzającego konieczność przyznania tej formy pomocy. Pracownik socjalny → ośrodka pomocy społecznej, przyznając usługi opiekuńcze, ustala ich zakres, okres i miejsce świadczenia. Wysokość odpłatności za usługi uzależniona jest od sytuacji rodzinnej podopiecznego oraz dochodu jego lub na osobę w rodzinie. Wysokość odpłatności reguluje Uchwała podjęta przez władze samorządowe.

Nad osobami obłożnie i przewlekle chorymi, przebywającymi w domu, sprawuje opiekę pielęgniarska opieka długoterminowa domowa (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 22 XI 2013 roku). Podopieczni kwalifikowani do pielęgniarskiej opieki długoterminowej nie wymagają hospitalizacji w oddziałach lecznictwa stacjonarnego, nie wyrażają zgody lub nie mogą przebywać w zakładach opieki długoterminowej. Jednocześnie mają problemy zdrowotne wymagające systematycznej, długotrwałej opieki pielęgniarskiej świadczonej w warunkach domowych i realizowanej we współpracy z lekarzem POZ.

W ramach systemu pomocy społecznej funkcjonują dzienne domy pomocy społecznej [→ domy dziennego pobytu] i domy pomocy społecznej. Osoby starsze, wymagające całodniowej lub całodobowej opieki z powodu choroby lub niepełnosprawności, niemogące samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, którym nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług opiekuńczych, mogą starać się o przyjęcie do dziennego domu pomocy społecznej lub → domu pomocy społecznej dla ludzi starszych [osób w podeszłym wieku] (Ustawa z 12 III 2004 roku). Osoby po 65. r.ż. mogą przebywać w następujących typach placówek opiekuńczych: → domach dla osób w podeszłym wieku, przewlekle somatycznie chorych, przewlekle psychicznie chorych, dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, dla osób niepełnosprawnych fizycznie (Ustawa z 12 III 2004 roku). W Polsce jedno miejsce w DPS przypada na ok. 500 mieszkańców. Na zwiększone zapotrzebowanie na świadczenie usług na terenie domu pomocy społecznej wskazuje długa lista osób oczekujących na ten rodzaj opieki.

W stosunku do osób po 65. r.ż. [67. r.ż. Ustawowy wiek emerytalny] z postępującym pogorszeniem stanu zdrowia i niedołęstwem bez odpowiednich warunków do leczenia czy pielęgnacji w środowisku domowym istnieje możliwość pobytu w placówkach zapewniających pielęgnację, opiekę, rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji, produkty lecznicze, wyroby medyczne, pomieszczenia, wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia, prowadzenie → edukacji zdrowotnej osób starszych i dla członków ich rodzin, przygotowanie tych osób do samoopieki oraz samopielęgnacji w warunkach domowych. Obecnie w Polsce istnieją następujące formy stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne: zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, zakład rehabilitacji leczniczej oraz → hospicjum (Ustawa z 15 IV 2011 roku). Warunkiem kwalifikacji do zakładu opiekuńczego jest poziom samodzielności określany wg Skali Barthel jako 40 pkt lub mniej. Podczas pobytu w zakładzie opiekuńczym podopieczny ma zagwarantowane świadczenia pielęgniarskie, przygotowanie świadczeniobiorcy oraz jego rodziny do samoopieki i/lub samopielęgnacji, w tym kształtowanie umiejętności w zakresie radzenia sobie z niesprawnością, świadczenia pielęgnacyjne zgodnie z procesem pielęgnowania, edukację zdrowotną świadczeniobiorcy oraz jego bliskich, pomoc w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w środowisku domowym, pomoc w pozyskiwaniu sprzętu medycznego, rehabilitacyjnego niezbędnego do właściwej pielęgnacji i rehabilitacji świadczeniobiorcy w domu (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 22 XI 2013 roku).

Osoby w podeszłym wieku wymagające kompleksowej całodobowej opieki medycznej lub konsultacji są hospitalizowane w → oddziałach geriatrycznych. Celem pobytu w tych placówkach jest przywrócenie lepszego stanu zdrowia i/lub poprawa poziomu stanu funkcjonalnego podopiecznego umożliwiającego opiekę w środowisku domowym, spowolnienie rozwoju schorzeń przewlekłych oraz zapobieganie ich zaostrzeniom, poprawienie → jakości życia, ustalenie stopnia nieodwracalności → chorób przewlekłych, a w przypadkach głębokich zaburzeń ustalenie wskazań do ewentualnego umieszczenia w ośrodku opieki długoterminowej, wtórna i trzeciorzędowa profilaktyka chorób u osób po 65./67. r.ż,, edukacja chorych, ich bliskich i opiekunów, dotycząca sposobu kontynuacji postępowania opiekuńczego oraz terapeutycznego (Derejczyk i współprac., 2011).

EJB

B: Berger, Mailoux-Poiner, 1991; Bień, 2012; Borowiak, 2013; Derejczyk i współprac., 2011; Doroszkiewicz, Bień, 2001; Marcinowicz i współprac., 2009.

D: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 22 XI 2013 roku; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 24 IX 2013 roku; Ustawa z 26 X 1982 roku; Ustawa z 19 VIII 1994 roku; Ustawa z 6 VI 1997 roku; Ustawa z 13 VI 2003 roku; Ustawa z 12 III 2004 roku; Ustawa z 27 VIII 2004 roku; Ustawa z 8 IX 2006 roku; Ustawa z 5 XII 2008 roku; Ustawa z 15 IV 2011 roku.

N: Zarządzenie z 27 XI 2013 roku – Internet: http://www.nfz.gov.pl/…

O: opieka, opieka instytucjonalna, opieka nieformalna.

TK: ang. *geriatric care/elder care/senior health care*, fr. *soins gériatriques/relevé pour personnes âgées*, hiszp. *atención geriátrica/cuidados geriátricos*, niem. *der geriatrische Pflege/Altenpflege*, ros. *гериатрический уход*/ros. *уход за гериатрическими больными*.

opieka instytucjonalna

to ogół działań opiekuńczych na rzecz osób starszych i potrzebujących, podejmowanych w Polsce przez instytucje → pomocy społecznej oraz Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). W ramach systemu pomocy społecznej funkcjonują świadczenia niepieniężne, m.in. w formie pomocy zakładowej obejmującej możliwość korzystania z pomocy oraz następujących form → opieki: → dom pomocy społecznej (DPS), mieszkanie chronione, ośrodek wsparcia, np. → dom dziennego pobytu, schronisko, noclegownia. Zwraca uwagę także forma → rodzinnych domów pomocy dla osób starszych, która zapewnia opiekę i → wsparcie osobom starszym i potrzebującym, nie mając statusu instytucjonalnego. NFZ gwarantuje z kolei opiekę w ramach: zakładów opiekuńczo-leczniczych, → hospicjów, poradni lekarskich i szpitali. Oprócz powyższych form opieki instytucjonalnej wymienić należy także placówki zapewniające całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w → wieku podeszłym.

W roku 2000 funkcjonowało w Polsce 199 placówek stacjonarnych oraz 236 dziennych domów pomocy społecznej. W latach 2004–2005 liczba ośrodków dla osób starszych wzrosła do 258 instytucji publicznych i 260 placówek prywatnych (Trafiałek, 2006).

Według Głównego Urzędu Statystycznego w roku 2008 zarejestrowano 307 zakładów opiekuńczo-leczniczych oraz 127 zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych. W 2011 istniało 330 zakładów opiekuńczo-leczniczych i 137 zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, natomiast w 2013 379 zakładów opiekuńczo-leczni-

czych i 152 zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych. Dane dotyczące stacjonarnej pomocy społecznej – łącznie ze środowiskowymi domami samopomocy – zamieszczczono w tabeli 1.

Poniżej zostaną omówione wybrane formy opieki instytucjonalnej, z pominięciem np. domów dziennego pobytu, domów pomocy społecznej, hospicjów, rodzinnych domów pomocy dla osób starszych itp., którym poświęcono osobne hasła.

Ośrodek wsparcia – to forma dziennej pomocy utworzona na mocy Ustawy z 14 VI 1996 roku W jej ramach podejmowane się działania zmierzające do zapewnienia potrzebującym specyficznych potrzeb (w tym też usług żywieniowych). Rozwiązania prawne dopuszczają organizowanie w pobliżu ośrodków wsparcia miejsc zapewniających → seniorom całodobowy stały bądź okresowy pobyt. Zadaniem ośrodków jest pomoc nie tylko samym beneficjentom (aktywizacja, zapewnienie poczucia bezpieczeństwa, przeciwdziałanie samotności i wykluczeniu zawodowemu), ale także ich → rodzinom. Prowadzenie ośrodków dla osób starszych stanowi zadanie gminy bądź powiatu i jest finansowane z ich budżetu (Grabusińska, 2013).

Mieszkania chronione – są to lokale stanowiące alternatywę dla DPS, które mogą być tworzone na mocy Ustawy z 12 III 2004 roku Osoby w nich zamieszkujące, a niewymagające całodobowej opieki, pod opieką profesjonalistów samodzielnie prowadzą własne gospodarstwa domowe. Mieszkania chronione zapewniają możliwość autonomicznego funkcjonowania, bez oderwania od lokalnego środowiska (Mielczarek, 2010). Ich mieszkańcy mają obowiązek ponosić częściowe koszty związane z utrzymaniem lokalu, a w szczególnych przypadkach, decyzją starosty, mogą być zwolnione z opłat. Za prowadzenie takich mieszkań odpowiada jednostka organizacyjna pomocy społecznej bądź organizacja pożytku publicznego (Sierpowska, 2011).

Zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL) – to instytucjonalne formy pomocy osobom przewlekle chorym, które mimo zakończenia hospitalizacji nie są w stanie samodzielnie funkcjonować i wymagają całodobowej opieki. Do zakładów nie mogą być przyjmowane osoby ubezpieczone, a będące w trudnej sytuacji materialnej. Na mocy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 23 XII 2010 roku do zakładu kieruje się osoby, które ze względu na stan → zdrowia wymagają całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych, rehabilitacyjnych, opiekuńczych oraz kontynuacji leczenia, ale jednocześnie nie wymagają dalszej hospitalizacji na oddziale szpitalnym. Zakres usług świadczonych przez ZOL to: leczenie, → rehabilitacja, pielęgnacja, zakwaterowanie oraz wyżywienie. Pacjent przebywa w zakładzie tymczasowo (o długości pobytu decyduje lekarz), z możliwością opuszczenia placówki (na wniosek własny lub rodziny) w dowolnym momencie. Na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 25 VI 2012 roku w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych skierowanie do zakładu (finansowanego przez NFZ) wydaje lekarz, na podstawie wniosku zainteresowanego. O przyjęciu do placówki decyduje zaświadczenie pielęgniarskie i lekarskie oraz ocena pacjenta w → skali Barthel [standaryzowane narzędzie pozwalające ocenić potrzebę pomocy – przyp. aut.]. Oprócz spełnienia powyższych kryteriów trzeba uzyskać 40 lub mniej punktów w skali Barthel. Pobyt w zakładzie jest odpłatny, a wysokość opłaty jest uzależniona od indywidualnych dochodów jednostek. ZOL ma obowiązek zapewnienia: całodobowej opieki lekarskiej, pielęgniarskiej, jak również pielęgnacyjnej, wsparcia psychologa, rehabilitanta, dietetyka i → pracownika socjalnego.

Poradnie lekarskie – są to ambulatoryjne miejsce udzielania (w warunkach otwartych) kompleksowych i skoordynowanych świadczeń zdrowotnych w ramach gwarantowanej przez NFZ podstawowej

Tabela 1. Stan liczebny stacjonarnej pomocy społecznej w latach 2000−2014

	2000	2005	2008	2009	2010	2011	2013	2014
Domy i zakłady (bez filii)	936	1196	1334	1398	1421	1514	1599	1619
Miejsca w tys. (z filiami)	81,7	97,5	100,8	102,5	102,9	105,4	110,4	111,7
Mieszkańcy w tys. (z filiami)	80,6	93,4	98,4	99,9	101,2	101,9	104,3	105,7
− w tym osoby w podeszłym wieku w tys.)	13,3	15,7	17,8	18,3	20,0	19,7	b.d.	b.d.
Osoby oczekujące na umieszczenie (w tys.)	9,4	7,0	9,6	8,3	9,5	10,4	9,5	9,3

Źródło: *Mały Rocznik Statystyczny*…, 2010, 2012, 2015

opieki zdrowotnej przysługującej każdemu człowiekowi.

Szpitale – stanowią jedną z podstawowych i najważniejszych jednostek organizacyjnych opieki zdrowotnej, udzielającą w ramach kontraktu z NFZ świadczeń, pomocy i/lub opieki, zarówno jednodniowej, jak i długotrwałej, w warunkach zamkniętych. Do podstawowych celów działalności szpitali należy opieka nad pacjentami i ich leczenie.

Placówki zapewniające całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym i/lub osobom w podeszłym wieku – nie stanowią jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, a wymogi, które muszą spełnić, są zbliżone do → standardów zamieszkania w DPS dla osób starszych (Jacek, Sarnacka, Miaskowska-Daszkiewicz, 2014). Placówka może być prowadzona po uzyskaniu zezwolenia wojewody. Zajmuje się, w myśl ustawy, świadczeniem usług opiekuńczych (pomoc w podstawowych czynnościach, opieka, pielęgnacja, pomoc w załatwianiu spraw osobistych i kontaktach z otoczeniem) oraz bytowych (miejsce pobytu, wyżywienie, utrzymanie czystości, zapewnienie środków higieny osobistej i środków czystości), a sposób świadczenia usług musi uwzględniać zarówno stan fizyczny, jak i intelektualny podopiecznego. Placówka musi być pozbawiona → barier przestrzenno-architektonicznych, zaopatrzona w pokój dzienny, pomieszczenia służące do prania, łazienki i toalety. Pokoje mieszkalne, zaopatrzone w podstawowy sprzęt, nie mogą być przeznaczone dla więcej niż 3 osób. Obowiązkiem placówek jest prowadzenie dokumentacji swoich podopiecznych zawierającej: dane osobowe, informacje na temat stanu zdrowia, dane kontaktowe najbliższej rodziny (Ustawa z 12 III 2004 roku).

ASZ

B: Garbusińska, 2013; Jacek, Sarnacka, Miaskowska-Daszkiewicz, 2014; *Mały Rocznik Statystyczny*…, 2010, 2012, 2015; Mielczarek, 2010; Sierpowska, 2011; Trafiałek, 2006.

D: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 23 XII 2010 roku; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 25 VI 2012 roku; Ustawa z 14 VI 1996 roku; Ustawa z 12 III 2004 roku.

O: opieka, opieka długoterminowa, opieka geriatryczna, opieka instytucjonalna, opieka nieformalna, opieka społeczna, opieka społeczności.

S: opieka wewnętrzna.

TK: ang. *institutional care*/*intramural care*, fr. *soins en l'institution*, hiszp. *atención en establecimientos*/*atención intramural*, niem. *institutionelle Versorgung*, ros. *уход в учреждениях*.

opieka nad umierającym

to pojęcie łączące w sobie dwa elementy stanowiące o jego specyfice Pierwszy z członów – używany zarówno w mowie potocznej, jak i w języku naukowym – ma jednak wielorakie znaczenie i najogólniej określa różne formy działalności, odnosząc się do różnych sytuacji oraz potrzeb psychofizycznych. Podobnie jak pojęcie → opieka, umieranie pojawia się zarówno w mowie potocznej, jak i w języku naukowym, odnosząc się do procesu prowadzącego do → śmierci. Okres umierania cechuje dominacja objawów fizycznych uświadamiających chorym zbliżającą się śmierć. W tym czasie ich codzienny kontakt z otoczeniem słabnie, zwykle przestają pytać lekarzy lub inne osoby o swój stan. Często towarzyszy temu pogorszenie funkcji → pamięci, uwagi i sprawności myślenia, zmniejsza się ogólna ruchliwość. Obserwuje się również zmiany w sferze afektu – chorzy obojętnieją uczuciowo. Zmniejsza się amplituda ich reakcji uczuciowych, pogłębia się ogólna apatia, zanika energia życiowa. Bardzo często w okresie bezpośrednio poprzedzającym zejście (1–2 dni) pojawiają się jakościowe zmiany świadomości pod postacią rwącego się wątku myślenia i wypowiedzi, zaburzonego pojmowania, czasem → lęku przed śmiercią i pobudzenia psychoruchowego oraz ogólnej dezorientacji w czasie i otoczeniu. W miarę pogarszania się stanu → zdrowia dołączają się także zaburzenia ilościowe świadomości, męczliwość, znużenie, narasta senność przechodząca często przed śmiercią w stan pełnej utraty świadomości, zwany śpiączką (Binnebesel, 2013 b). Integralnym elementem związanym z ostatnim etapem ludzkiego → życia jest pojawienie się → bólu totalnego, który – zdaniem → Saunders – powinien być łagodzony w działaniach opieki nad umierającymi. Łagodzenie bólu stanowi jedno z najistotniejszych działań podejmowanych przez opiekunów i jest wyrazem zrozumienia cierpienia osób umierających (Saunders, 1964).

Pojęcie opieka pochodzi od terminu piecza znaczącego tyle, co staranie – odnotowuje to Aleksander Brückner (1856–1939), zaś Samuel Bogumił Linde (1771–1847) w *Słowniku języka polskiego*, obok pojęcia opieka przytacza tożsame z nim słowo opiekanie.

W języku grec. termin opieka znaczy tyle co: *φροντις* [frontis] – staranie się, troska o coś i/lub kogoś, *επιμελεια* [epimeleia] – troska, dbałość opieka, leczenie. U źródła tego ostatniego wyrazu znajduje się słowo *μελετη* [melete] – dbałość, staranie się, troska, pielęgnacja. Z kolei w języku łacińskim opieka jest określana jako: *cura* – troska, troskliwość, staranie, pielęgnowanie, opieka, zaś synonimy to: *studium* –

zajmowanie się, oddawanie się czemuś, gorliwość, *labor*, *opera* – praca, trud, troska, zajmowanie się czymś, *diligentia* – pilność, staranność, dbałość, uwaga, *vigilantia* – czuwanie, czujność, *providentia* – opieka. troska. Na szczególną uwagę zasługuje termin *providentia*, który jest tłumaczony niejednoznacznie i oznacza: przewidywanie, ostrożność, zaradzanie złemu, opatrzność i/lub patrzenie na coś (Binnebesel, 2000).

Sam termin opieka został wprowadzony do nauki w drugiej połowie XX wieku. Jednak, jak podkreśla Zdzisław Dąbrowski: opieka jest „z pewnością pierwotna wobec wielu dziedzin działalności ludzkiej, a w tym i wychowania. Możemy ponad wszelką wątpliwość stwierdzić, że w swym podstawowym zakresie – opieka nad potomstwem – opieka międzyludzka była zawsze nieodłącznym i podstawowym składnikiem życia ludzi od zarania ich gatunkowego rozwoju" (Dąbrowski, 2006). Elementy teorii opieki stanowią również integralną część w analizach związanych z medycyną, psychologią, pracą socjalną, a zwłaszcza z szeroko rozumianą pedagogiką (Dąbrowski, 1988), w tym w szczególności pedagogiką specjalną i społeczną. Na większą uwagę w omawianej perspektywie pojęcia zasługują analizy związane z tanatopedagogiką (Binnebesel, 2002, 2004 a, 2013 b; Antoszewska, Binnebesel, 2014). Analiza definicji opieki pokazuje jednocześnie jej szeroki i wąski zakres pojęciowy. Z. Dąbrowski i inni badacze tego problemu zgodnie wskazują na wspólny element pojęcia opieki, którym są działania zmierzające do zaspokojenia potrzeb podopiecznego (Kustra, 2002). Innymi cechami wspólnymi są różnego rodzaju formy i zakresy odpowiedzialności opiekunów za podopiecznego, jak również to, że opieka ma charakter rozłożony w czasie, czyli jest to działanie długofalowe i ciągłe (Kustra, 2002).

Dąbrowski (2006) podkreśla, że sama opieka dotyczy całokształtu życia ludzkiego i jest ona procesem, a także, że jej istota, w związku z koniecznością zaspokojenia wszystkich potrzeb pacjenta, wymaga podjęcia wielu specjalistycznych działań opiekuńczych. Opieka ta może być i bywa wysoce świadoma, ale często też nawykowa. Może też być lepsza bądź gorsza, prawidłowa lub nieprawidłowa, dotycząca wszystkich ludzkich sfer: fizycznej, psychicznej, społecznej i duchowej. Całościowa analiza opieki jako procesu uwzględnia jej trzy podstawowe czynniki: zakres, kategorie i strukturę.

Biorąc pod uwagę zaabsorbowanie opiekunów, **zakres opieki** można przedstawić następująco (il. 1): każdy człowiek korzysta z opieki w różnym stopniu i zakresie przez całe życie – od okresu prenatalnego aż do śmierci. W ciągu postępującego wszechstronnego rozwoju opieki zmienia się jej zakres i treść. Najintensywniejsza jest ona w okresie niemowlęcym, by potem ulec zmianie w kierunku malejącym (Dąbrowski, 2006). „Według tego założenia kryterium opieki można rozpatrywać jako – na jednym końcu – system czynności wprawdzie ciągłych, lecz dość rozrzedzonych, mających głównie charakter pośredni, stymulacyjno-regulacyjny, przy znacznej samodzielności podopiecznego – zaś na drugim – wysoce zagęszczony, zintensyfikowany i bezpośredni, wymagający szczególnego zaangażowania, cierpliwości, dokładności i delikatności, wobec dominującej niezdolności podopiecznego do samodzielnego funkcjonowania" (Dąbrowski, 1980).

Kategorie opieki – zdaniem Dąbrowskiego (2006) – stanowią relacje kontekstów opieki i działań opiekuńczych z innymi dziedzinami życia instytucji i funkcji społecznych. W tym znaczeniu wydzielić można osiem kategorii opieki: opiekę jako kategorię rodzinną (najbardziej pierwotną), społeczną, leczniczą, religijną, moralną, prawną, wychowawczą i ekonomiczną.

Strukturę opieki stanowią podstawowe składniki i mechanizmy działalności opiekuńczej, w ich układzie czynnościowym i zależnościach. Na tak rozumianą strukturę składają się: potrzeby podopiecznego, postawy opiekuńcze opiekuna, atmosfera życiowa w konkretnym układzie opiekuńczym, sytuacja opiekuńcza oraz czynności opiekuńcze (Dąbrowski, 2006).

Wszelkie działania opiekuńcze powinny mieć charakter wychowawczy, prowadzący z jednej strony do optymalnego zaspokojenia potrzeb podopiecznego, z drugiej zaś umożliwiający i uczący go w miarę możliwości samodzielnego zaspokajania swoich potrzeb oraz wrażliwości na potrzeby innych. Taki rodzaj opieki nazwać można opieką wychowującą. Powinna ona być elementem troski każdej działalności opiekuńczej. W powyższym kontekście szczegółowa analiza kwestii opieki nad umierającymi powinna zawierać jej genezę, historię oraz prezentować jej zakres i strukturę.

Wychodząc ze źródeł zachowań opiekuńczych, jak zostało to wcześniej wskazane, opieka stanowi integralny element rozwoju i funkcjonowania człowieka. Zdaniem → Hipokratesa leczenie to: „zupełne chorych od cierpień uwolnienie, bólów ostrości przytępienie, wreszcie całkowicie przez chorobę owładniętych poniechanie, płynące ze świadomości, że do leczenia ich sztuka ta nie jest zdolna […] słusznie nie porywa się na choroby nieuleczalne […]. Możemy w tym tylko być mistrzami, nad czym jesteśmy w stanie panować za pomocą środków dostarczanych przez naturę i sztukę".

Reformator medycyny starożytnej, Asklepiades (ok. 128–56 p.n.e.), uważał, że nie powinno się leczyć człowieka, który nie potrafi sam przeżyć ustalonego okresu, bo to się ani jemu, ani państwu na nic nie przyda. Tym samym nieuleczalnie chorych odrzucano społecznie jako nieprzydatnych i słabych. Pozwalano im – jeśli „ciała będą mieli liche – umrzeć śmiercią naturalną". W starożytnych Atenach mężczyzna mógł wyprzeć się dziecka, gdy uznał, że nie jest jego ojcem lub gdy dziecko urodziło się niepełnosprawne. Porzucano je wtedy w oddalonym miejscu, skazując na niechybną śmierć. W tym ujęciu choroba, niesprawność kojarzyła się z zemstą bogów, a okazywanie jakichkolwiek form litości (pomoc, opieka) byłoby przeciwstawianiem się ich nakazom. W starożytnym Rzymie tzw. *valetudinaria* – czasami uważane za pierwowzór hospicjów – były w rzeczywistości schroniskami dla rannych żołnierzy i niewolników. Miano w nich pod okiem nadzorcy posortować rannych na rokujących i „niewartych zachodu", więc nie można traktować ich jako placówek stanowiących opiekę nad cierpiącymi i umierającymi. Bardziej chodziło o ocenę przydatności i ekonomicznej opłacalności pielęgnacji ciężko rannych, niż o humanitarny odruch pomocy cierpiącemu (Binnebesel, Bohdan, 2012).

Pojęcie opieki nad umierającymi ma charakter mało precyzyjny i intuicyjny. Samo pojęcie opieki, jak to zostało wyżej wykazane, jest dokładnie opisane i ulokowane w systemie pojęć. Pojęcie „śmierci" jako stanu ustania oznak życia (Kokurewicz, 1998) ma charakter ogólny i nie stanowi w swojej istocie spójnego pojęcia systemowego umożliwiającego konkretną charakterystykę stanu i objawów pozwalających na określenie konkretnych działań opiekuńczych. Terminami odnoszącymi się natomiast do omawianego tematu, a dokładnie skategoryzowanymi, umożliwiającymi szczegółowe scharakteryzowanie i zaplanowanie konkretnych oddziaływań terapeutycznych, są pojęcia „agonii", „stanu terminalnego", „zgonu", używane w medycynie i → opiece paliatywno-hospicyjnej (Jarosz, 2007; *Opieka nad chorymi terminalnie*…, 2009, http:// www.umed.pl/pl/icnp/doc…).

Opieka nad umierającymi uzależniona jest od stanu somatycznego i psychicznego pacjenta. W początkowym stadium etapu terminalnego choroby może być klasyfikowana jako opieka pośrednia z tendencją narastającą ku szczególnie absorbującej. W kontekście **kategorii opieki** działania opiekuńcze nad osobą w stanie terminalnym mają złożony charakter ujmujący szerokie spektrum oddziaływań. Analiza tej kwestii pozwala na wskazanie dwóch głównych ciągów relacji opiekuńczych (il. 2 i 3). Pierwszy odnosi się do zakresu specjalistycznych kompetencji związanych z zaspokajaniem specyficznych potrzeb umierającego.

Możemy tu wyznaczyć ciąg, poczynając od opieki intuicyjnej, opartej na ogólnej wiedzy opiekunów (na ogół rodziny), po opiekę profesjonalną, realizowaną przez interdyscyplinarne zespoły z całym spektrum „odcieni" owych działań. Drugi ciąg ukazuje miejsce podmiotu opieki w konkretnych oddziaływaniach opiekuńczych. W tym wypadku opieka rozciąga się od opieki rodzinnej po → opiekę instytucyjną.

W początkowym etapie działania opiekuńcze często podejmowane są przez członków rodziny czy też najbliższych. Upływ czasu i pogarszający się stan podopiecznego, przechodzący z stadium opieki pośredniej ku opiece absorbującej, wymusza coraz większy nakład czasu i wysiłku. Działania opiekuńcze zostają na ogół najpierw wsparte przez środowisko (sąsiadów, dalszych członków rodziny), równolegle zaś potrzeby podopiecznego wymagają wsparcia profesjonalnego (lekarza rodzinnego, pielęgniarki, duchownego itd.). Kolejny etap zaczyna się, gdy podjęte przez rodzinę działania w pełni nie zaspokajają potrzeb osoby w stanie terminalnym. Część działań opiekuńczych jest (powinna być) przejmowana przez wyspecjalizowane instytucje opiekuńczo-pielęgnacyjne (np. → hospicjum, zakład opieki itp.). Niektóre z działań pielęgnacyjno-opiekuńczych w tym wypadku są przejmowane przez profesjonalny zespół (lekarzy, pielęgniarek, psychologów, pedagogów, kapelanów, wolontariuszy) przyjeżdżających do miejsca zamieszkania (pobytu) podopiecznego. Pełna opieka instytucjonalna podejmowana jest natomiast, gdy postęp choroby bądź sytuacja rodzinna uniemożliwiają sprawowanie opieki, podopieczny nie ma wsparcia bliskich albo też jest osobą samotną. Opieka instytucjonalna sprawowana jest przez interdyscyplinarny zespół opiekuńczy, odpowiednio wyposażony, w spełniającym standardy budynku hospicjum. Jedną z podstawowych składowych opieki, należącą do istoty **struktury opieki,** są potrzeby podopiecznego, które w odniesieniu do stanu terminalnego najlepiej zostały scharakteryzowane w teorii bólu [cierpienia] totalnego. Ujęcie opieki w zaproponowanej przez Saunders koncepcji wskazuje na podstawowe zakresy oddziaływań opiekuńczych, umożliwiających zaspokojenie potrzeb osoby umierającej, czyli potrzeb fizycznych, w tym łagodzenie bólu, oraz zaspokajanie potrzeb psychologicznych i/lub społecznych.

Opiekę nad umierającymi można zatem rozumieć jako działania, które wynikają wprost z podmiotowo-

ści istoty natury ludzkiej, oraz charakteryzują się narastającą intensywnością oddziaływań opiekuńczych, zmierzających do łagodzenia bólu [cierpienia] totalnego osoby w stanie terminalnym, od momentu podjęcia owej opieki aż do naturalnej śmierci.

JB, ZF

B: Antoszewski, Binnebesel, 2014; Binnebesel, 2000, 2002, 2004 a, 2013 b; Binnebesel, Bohdan, 2012; Dąbrowski, 1980, 1988, 2006; Jarosz, 2007; Kokurewicz, 1998; Kustra, 2002; Saunders, 1964.

N: *Opieka nad chorymi terminalnie…*, 2009, http:// www.umed.pl/pl/icnp/doc…

O: opieka paliatywno-hospicyjna.

S: opieka terminalna, opieka u schyłku życia.

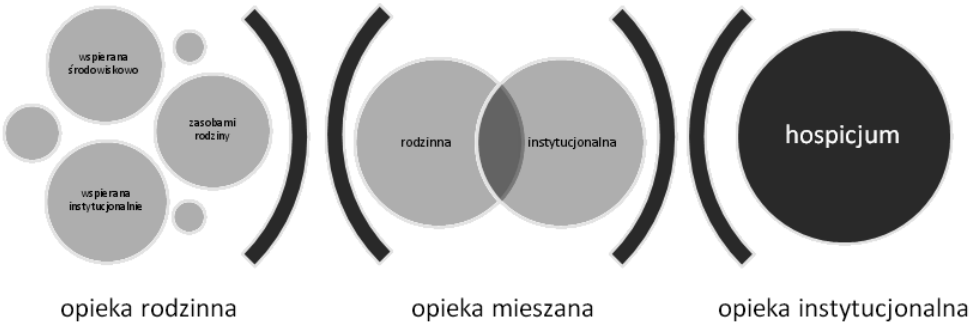
TK: ang. *care for the dying* or *end-of-life care*, fr. *soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie*, hiszp. *cuidanto de muriendo*, niem. *Sterbebegleitung*, ros. *уход за умирающим*.



Il. 1. Pełen zakres opieki wg zaabsorbowania opiekunów. Źródło: Z. Dąbrowski, *Teoretyczne podstawy opieki i wychowania opiekuńczego.* Toruń 1980.



Il. 2. Pierwszy ciąg kategorii opieki nad umierającymi (opracowanie własne).



Il. 3. Drugi ciąg kategorii opieki nad umierającymi (opracowanie własne).

opieka nieformalna (opieka rodzinna)

→ Opieka jako działalność skoncentrowana na zaspokajaniu potrzeb materialno-psychofizycznych, których dana osoba nie jest zdolna zaspokoić samodzielnie, może być realizowana w dwóch obszarach. Pierwszy z nich to wszelkie systemowe formy opieki, realizowanej w ramach struktur ochrony zdrowia i → pomocy społecznej, nazywany **opieką formalną** lub → opieką instytucjonalną. Drugi obszar to wszelkiego rodzaju działania opiekuńcze i wspierające, podejmowane przez członków → rodziny podopiecznego, jego bliskich, przyjaciół, znajomych, sąsiadów czy wolontariuszy, określane mianem **opieki nieformalnej**. W tym obszarze można wyodrębnić takie grupy osób świadczących opiekę nieformalną, jak: → opiekunowie rodzinni (ang. *family carers* or *caregivers*), opiekunowie niespokrewnieni (ang. *non-kin carers*) i wolontariusze.

W opracowaniach dotyczących problematyki opieki nad osobami przewlekle chorymi, starymi i niesamodzielnymi, pojęcia opiekun nieformalny i opiekun rodzinny pojawiają się coraz częściej, będąc niekiedy używane jako synonimy. W wielu krajach weszły już na stałe do literatury przedmiotu literatury medycznej i społecznej, a ich definicje są ważne z powodu związanych z nimi świadczeń opiekuńczych, ulg i przywilejów w życiu zawodowym i społecznym.

W Polsce nie ma jeszcze powszechnie funkcjonujących definicji tych pojęć, jak i zgody w ich różnicowaniu wśród badaczy, polityków społecznych czy usługodawców. Definicje stosowane przez autorów opracowań lub projektów dotyczących opieki nad osobami niesamodzielnymi (chorymi, starymi) różnią się niekiedy czasem sprawowania opieki czy dolną granicą wieku podopiecznego. Uwzględniają jednak pewne stałe elementy, które charakteryzują opiekę nieformalną i opiekuna nieformalnego, wyodrębniając z tej grupy kategorię opiekuna rodzinnego. Zwykle opiekun nieformalny określany jest jako osoba, która w sposób regularny i trwały udziela niezbędnego → wsparcia (fizycznego i/lub emocjonalnego) oraz asysty przy czynnościach dnia codziennego komuś, kto jest fizycznie lub intelektualnie niepełnosprawny, psychicznie chory albo jest osobą starszą, której psychofizyczną kondycję można określić jako słabą (Rosochacka-Gmitrzak, 2011). Opiekun rodzinny natomiast bywa definiowany jako osoba, która świadczy opiekę i pomoc swojemu krewnemu w wieku 65 lat lub starszemu przez przynajmniej 4 godziny w tygodniu, niezależnie od poziomu niesprawności (psychicznej i/lub fizycznej) podopiecznego (Bień i współprac., 2008). Niektórzy autorzy dodają, że chodzi o opiekę z wyłączeniem pomocy finansowej lub towarzyszenia jako jedynych form wsparcia (Karczewska i współprac., 2012). Częstym przypadkiem są również sytuacje, gdy opiekę sprawują współmałżonkowie. Jest to tzw. opieka wzajemna, której istotę oddaje definicja: opiekun to osoba, która pomaga członkowi rodziny, przyjacielowi lub znajomemu w wykonywaniu codziennych zajęć lub czynności higieniczno-pielęgnacyjnych. Pomoc taka świadczona jest nieodpłatnie, w znacznym tygodniowym wymiarze godzin. Opiekunowie zajmują się osobami chorymi, niedołężnymi, niepełnosprawnymi, cierpiącymi na zaburzenia psychiczne lub uzależnionymi. Często zdarza się, że opiekun ma pod swoją opieką kilka osób. Zdarzają się również okoliczności rodzinne, w których np. para opiekuje się sobą nawzajem. Nie ma wówczas głównego opiekuna. Sytuacje tego typu określa się jako opiekę wzajemną (www.derbyshire.gov.uk). W literaturze na określenie działań opiekuńczych podejmowanych przez krewnych, przyjaciół, wolontariuszy czy → grupy samopomocy i pomocy wzajemnej pojawia się również termin opieka nieprofesjonalna, w odróżnieniu od profesjonalnej, sprawowanej przez przygotowanych do tej roli profesjonalistów na różnych poziomach kompetencyjnych (Szwałkiewicz, 2010). Opiekę nieprofesjonalną sprawują odpłatnie osoby, które nie mają przygotowania zawodowego do tego rodzaju działalności. Wiedza i umiejętności praktyczne niezbędne w świadczeniu tego rodzaju opieki wywodzą się z norm społecznych, zwyczajów, obyczajów kulturowych, religijnych, mają też charakter spontanicznych zachowań intuicyjnych (Szymańska-Pomorska, Biedrzycka, Florkowska, 2013). W grupie tej wymieniani są również wolontariusze. Należy jednak zauważyć, że przy właściwej organizacji i koordynacji wolontariatu ich działania przestają mieć charakter wyłącznie spontanicznej pomocy. Doświadczenia zespołów paliatywno-hospicyjnych, od lat współpracujących z wolontariuszami, stanowią dobry przykład włączenia ochotników do bezpośredniej opieki nad chorymi (w określonym zakresie i we współpracy z profesjonalistami), po uprzednim wieloetapowym szkoleniu, przygotowującym do świadomego i odpowiedzialnego pełnienia tej funkcji (Krakowiak, 2012 a).

Wyróżnikiem opieki nieformalnej, wskazywanym w definicjach, jest również jej nieodpłatny charakter. Płatni opiekunowie to pracownicy ochrony zdrowia i służb społecznych, odpłatni asystenci opieki środowiskowej (→ asystent rodzinny, asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun medyczny, opiekun środowisko-

wy), a także osoby przyuczone do sprawowania płatnej opieki w domu. Opieka nieformalna jest na ogół nieodpłatna i prowadzona na zasadzie dobrowolności. Niektórzy opiekunowie rodzinni otrzymują świadczenia pielęgnacyjne czy inne formy rekompensaty, a także dodatkowe urlopy lub zmniejszony wymiar godzin w miejscu pracy, w przypadku konieczności ciągłej obecności przy podopiecznym (www.rpo.gov.pl/pl/content/…).

Jeszcze inną grupę stanowią płatni opiekunowie nieprofesjonalni, zatrudniani we własnym zakresie przez chorego lub jego rodzinę, w odróżnieniu od profesjonalnych, funkcjonujących w ramach ochrony zdrowia i/lub pomocy społecznej (Szwałkiewicz, 2010). W wielu krajach europejskich ten rodzaj odpłatnej opieki nieprofesjonalnej w domach jest świadczony przez obcokrajowców, na co pozwalają regulacje prawne, nieobecne dotychczas w polskim prawodawstwie, choć zatrudnianie obcokrajowców w opiece domowej jest już dobrze znaną w Polsce praktyką opieki domowej (Golinowska, 2004).

Świadczenia, których udzielają podopiecznym opiekunowie nieformalni, mogą obejmować różne czynności, w zależności od potrzeb osoby objętej opieką. Badania pokazują, że w tej grupie najbardziej obciążeni opieką są opiekunowie rodzinni. Większość z nich to kobiety w wieku 50–60 lat (Racław, 2012). Analizy pokazują także pewne zależności między wiekiem i stanem podopiecznego a jego opiekunem. Średni wiek opiekunów rodzinnych rośnie wraz z wiekiem podopiecznych i wzrostem ich niesprawności. Odsetek opiekunów czynnych zawodowo spada wraz z poziomem niesprawności podopiecznego (Bień i współprac., 2008). Prowadzone analizy zwracają również uwagę na różne obciążenia opiekunów rodzinnych, występujące szczególnie w przypadku → opieki długoterminowej nad ciężko chorym członkiem rodziny. Dotyczą one zarówno sfery emocjonalnej, jak i fizycznej czy socjalnej. Mogą prowadzić do stanu zbliżonego do → [zespołu] wypalenia zawodowego. Nazwano go zespołem opiekuna, gdyż na określenie tego zjawiska w literaturze anglojęzycznej użyto określenia: *caregiver syndrome* (www.healthfulmd.hubpages…). Jest to zespół objawów fizycznych (np. dolegliwości bólowych, → zmęczenia), psychosomatycznych (np. → zaburzenia snu, problemy z apetytem) i psychospołecznych (np. uczucie pustki, osamotnienia, izolacji), występujących u osób obciążonych odpowiedzialnością za opiekę nad chorą osobą. Objawy te potęguje przewlekłe zmęczenie i zaniedbanie własnych potrzeb (Grochmal-Bach, 2007).

Rolę opiekunów nieformalnych w kontekście zachodzących zmian demograficznych, w tym szczególnie potrzebę wsparcia opiekunów rodzinnych, dostrzegł Parlament Europejski w Rezolucji (www.europarl.europa.eu/…). Wskazano w niej m.in. na konieczność edukacji opiekunów rodzinnych i/lub nieformalnych, zmniejszenia ich obciążeń oraz utworzenia zintegrowanych systemów opieki, dających im możliwość podjęcia pracy zarobkowej. Nawołuje się „do wymiany najlepszych praktyk w poszukiwaniu najskuteczniejszych sposobów pogłębiania stosunków międzypokoleniowych, tak by zwiększyć zaangażowanie członków rodzin w organizację długoterminowej opieki, co przyniesie wielce korzyści i pozwoli skuteczniej zaspokoić indywidualne potrzeby osób korzystających z opieki".

Raport *Informal care in the long-term care system…* [Opieka nieformalna w systemie opieki długoterminowej; Triantafillou i współprac., 2010 – Internet: http://www.euro.centre.org…] zawiera podstawowe elementy opieki nieformalnej: to opieka świadczona głównie przez rodziny, bliskich krewnych, znajomych lub sąsiadów; opiekunowie nie są specjalistami, nie mają przeszkolenia w zakresie sprawowania opieki, jednak w niektórych przypadkach mogą korzystać ze specjalnego szkolenia; opiekunowie nie mają umów dotyczących obowiązków związanych z opieką; nie są opłacani, choć coraz częściej uzyskują świadczenia finansowe; wykonują szeroki zakres zadań, w tym → wsparcie emocjonalne i towarzyszenie; nie ma ograniczenia dotyczącego czasu poświęcanego przez nich na opiekę; brak także ogólnie uprawnień do świadczeń socjalnych z tytułu tej pracy (Triantafillou i współprac., 2010 – Internet: http://www.euro.centre.org…).

W przypadku → opieki nad umierającymi o konieczności wspierania ich opiekunów nieformalnych przypominają Rekomendacje Europejskiego Stowarzyszenia Opieki Paliatywnej (*European Assocation of Palliative Care* – EAPC), wskazując, że niektórzy opiekunowie pełnią podwójną rolę – zapewniając opiekę chorym, bywają też odbiorcami usług opiekuńczych (Payne i współprac., 2010). Na ich sytuację mają m.in. wpływ różne przemiany społeczne, w tym zmiany w strukturze rodziny i fenomen rodzin tzw. patchworkowych. Wpływ na deficyt opieki nieformalnej mają też: wzrost zatrudnienia kobiet, zwykle pełniących rolę opiekunów rodzinnych, oraz emigracja zarobkowa młodych ludzi, pozostawiających swoich starszych rodziców bez wsparcia u kresu życia. Realnym wsparciem mogą być strategie opieki u kresu → życia, przyjęte np. w Irlandii

i Wielkiej Brytanii, oparte na współpracy opieki zdrowotnej, pomocy społecznej oraz organizacji pozarządowych, związków wyznaniowych i społeczności lokalnej, wspierające zarówno chorych, jak i opiekunów nieformalnych (www.e-lfh.org.uk/…, www.dhsspsni.gov…). Ważne dla odpowiedniego wsparcia opiekunów nieformalnych w Polsce jest promowanie definicji tej opieki i wyjaśnianie jej podstawowej roli w opiece nad osobami starymi, przewlekle chorymi i niesamodzielnymi, szczególnie w opiece domowej. Oprócz publikacji, badań i przenoszenia dobrych praktyk w tej dziedzinie potrzebna jest lepsza współpraca ochrony zdrowia, pomocy społecznej, samorządów, związków wyznaniowych i/lub organizacji pozarządowych w środowiskach lokalnych (Krakowiak, 2012 b). Wiele państw europejskich nakłada na lokalne władze obowiązek oceny potrzeb opiekunów nieformalnych i konkretnej pomocy zwłaszcza w opiece domowej. Stworzenie systemu wsparcia dla opiekunów rodzinnych, promocja wolontariatu i zapewnienie opiekunom nieformalnym opieki wyręczającej stają się pilnymi wyzwaniami dla samorządów i organizacji pozarządowych w Polsce.

Istniejące badania i publikacje dotyczące sytuacji opiekunów rodzinnych osób z różnymi grupami schorzeń są wiedzą fragmentaryczną, która domaga się dalszych badań i praktycznych wdrożeń w systemie opieki (Janowicz, 2014). Wraz ze wzrostem osób starych i niesamodzielnych w konsekwencji zmian demograficznych, a także w obliczu finansowych i organizacyjnych wyzwań w ochronie zdrowia i pomocy społecznej, rola opieki nieformalnej w kolejnych latach będzie wciąż wzrastała.

PK, AJA

B: Bień i współprac., 2008; Golinowska, 2004; Grochmal-Bach, 2007; Janowicz, 2014; Karczewska i współprac., 2012; Krakowiak, 2012 a, 2012 b; Payne i współprac., 2010; Racław, 2012; Rosochacka-Gmitrzak, 2011; Szwałkiewicz, 2010; Szymańska-Pomorska, Biedrzycka, Florkowska, 2013.

N: Triantafillou i współprac., 2010 – Internet: http://www.euro.centre.org…; www.derbyshire. gov.uk; www.dhsspsni.gov…; www.e-lfh.org.uk/…; www.healthfulmd.hubpages…; www.rpo.gov.pl/pl/content/…

O: opieka, opieka długoterminowa, opieka geriatryczna, opieka instytucjonalna, opieka paliatywno-hospicyjna, opieka społeczna, opieka społeczności.

TK: ang. *informal care*/*family care*, fr. *soins informels*/*soins de la familie*, hiszp. *cuidados informales*/*cuidado de la familia*, niem. *informelle Pflege*/*Familienpflege*, ros. *неформальный уход*/*неофициальный уход*/*семейный уход*.

opieka okołooperacyjna [nad pacjentem w podeszłym wieku]

Średnia → długość życia w polskim społeczeństwie zdecydowanie się wydłużyła. Szacuje się bowiem, że w roku 2020 osoby po 60. r.ż. będą stanowiły 25% ludności polskiego społeczeństwa. Prognoza opracowana przez Główny Urząd Statystyczny (GUS) na lata 2008–35 wskazuje, że w 2030 roku liczba osób w wieku 85 lat i więcej może sięgać prawie 800 tys. (www.senior.gov.pl).

Aktualnie za próg → starości przyjmujemy 65– 68 lat jako → czas przejścia na → emeryturę. Jest to → granica [starości], wyznaczona sztucznie i raczej dotyczy przyczyn społecznych niż rzeczywistego → wieku biologicznego. Jednak → starzenie się człowieka jest faktem i niesie za sobą pewne ograniczenia funkcjonowania organizmu. Starzenie się bowiem to „utrata rezerwy fizjologicznej, połączona z zaburzeniami regulacji endokrynologicznej i dysfunkcją układu immunologicznego" (Leng, 2004).

Zespoły terapeutyczne w swej codziennej praktyce coraz częściej mogą spotkać starszych pacjentów, którzy są bardzo niejednorodną grupą i mają wiele chorób współistniejących (Grabowski i współprac., b.r.), dlatego tak ważna wydaje się rola pielęgniarki, która jest przy pacjencie znacznie częściej i ma dużo większą możliwość obserwacji oraz wyciągania wniosków. Najlepszym sposobem ulepszenia → opieki w okresie okołooperacyjnym jest zatrudnienie dobrze wyszkolonych, spostrzegawczych i mających wiele empatii pielęgniarek.

Coraz większa część populacji naszego społeczeństwa jest w → wieku podeszłym, w związku z czym konieczne staje się opracowanie wytycznych dotyczących specyfiki pracy ze starszym pacjentem i zapoznanie z nimi zespołów terapeutycznych, w tym pielęgniarskich, pracujących na oddziałach okołooperacyjnych i na blokach operacyjnych. Pacjent, który przyjeżdża do zabiegu, powinien zostać poddany wstępnemu badaniu (ocenie), a jeżeli tego wymaga, należy go przyjąć na → oddział geriatryczny. Tam – po przejściu koniecznych badań i niezbędnych zabiegów, w celu optymalizacji jego stanu → zdrowia – powinien ponownie zostać skierowany na leczenie chirurgiczne. Stworzenie dobrego planu opieki wymaga wielodyscyplinarnej, kompleksowej, przedoperacyjnej oceny geriatrycznej. Wszyscy pracownicy powinni być zaangażowani w ocenę stanu zdrowia pacjenta, w celu ułożenia odpowiedniego planu leczenia, a to wymaga powołania zespołów wielodyscyplinarnych (zespołu anestezjologicznego, internistycznego, geriatrycznego, chirur-

gicznego, psychologicznego, rehabilitacyjnego, pielęgniarskiego i opiekuńczego). Brak szkoleń, wytycznych i wskazówek dotyczących leczenia i pielęgnacji chorych w podeszłym wieku skutkuje niewiedzą, działaniem intuicyjnym, niepełnym, przypadkowym, bez zachowania celowej ciągłości, co może prowadzić do pogorszenia opieki i przyczynić się do zwiększenia śmiertelności okołooperacyjnej osób starszych. Przy zabiegach tzw. ostrych (nieplanowanych), które niosą za sobą znacznie większe ryzyko niż planowa operacja, zachorowalność (powikłania) i śmiertelność jest jeszcze wyższa, ponieważ pacjenci poddawani operacji „ostrej" są bardziej narażeni na powikłania okołooperacyjne, a czas na optymalizację ich stanu zdrowia może być zbyt krótki. Dlatego też nie należy odkładać operacji tylko ze względu na zaawansowany wiek pacjenta (Michalik, 2008).

Specjalistyczne pielęgniarstwo chirurgiczne, anestezjologiczne i operacyjne przygotowuje pielęgniarkę do realizowania planu opieki z zakresu:

- opieki przedoperacyjnej (okres diagnozowania, przygotowania do zabiegu);
- opieki śródoperacyjnej (czas pobytu na bloku operacyjnym);
- opieki pooperacyjnej (powrót do zdrowia i samodzielności).

Ważne jednak wydaje się wprowadzenie na oddziałach zabiegowych szkoleń z zakresu szeroko rozumianej → geriatrii.

Wiek powyżej 80 lat jest uważany za czynnik ryzyka wystąpienia poważnych powikłań (→ zawał mięśnia sercowego, → udar mózgu) obserwowanych w okresie okołooperacyjnym. Wiek właśnie jest wymieniany jako czynnik niezależny od chorób współistniejących, obciążający we wszystkich skalach (w piśmiennictwie jest skal 19, z czego 5 używanych najczęściej: skala Euro SCORE, skala STS, skala Parsonnet, skala Cleveland, skala NNE) oceny ryzyka powikłań okołooperacyjnych (Drwiłła, Sadowski, 2010).

Przygotowanie każdego pacjenta, a w szczególności osoby w podeszłym wieku, powinno się rozpoczynać już podczas pierwszej wizyty ambulatoryjnej. Lekarz, zbierając szczegółowy wywiad, zapoznaje się z wynikami badań, pyta o nałogi, choroby współistniejące, ocenia stan odżywienia i nawodnienia, ustala plan leczenia i zaleca regularny wysiłek fizyczny (Pisarska, b.r. – Internet: www.mp.pl). Informacje te powinny być wpisane w karcie pacjenta i udostępnione całemu zespołowi terapeutycznemu na oddziałach okołooperacyjnych. W skład tych zespołów należy aktywnie włączyć tzw. asystentów pacjenta w podeszłym wieku. Taką rolę mogą pełnić opiekunowie medyczni, czyli osoby, które w sposób profesjonalny pomagają osobie chorej i niesamodzielnej zaspokoić jej podstawowe potrzeby życiowe. Opiekun medyczny rozpoznaje i rozwiązuje problemy opiekuńcze osoby chorej i niesamodzielnej w różnym stopniu zaawansowania choroby i w różnym wieku. Pomaga swoim podopiecznym zaspokajać potrzeby biopsychospołeczne. Asystując personelowi medycznemu (pielęgniarkom, rehabilitantom) podczas wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych, pomaga mu i jednocześnie wspiera osobę chorą i niesamodzielną. Podczas świadczenia usług z zakresu opieki medycznej nad osobą chorą i niesamodzielną podejmuje współpracę z zespołem terapeutycznym (www.opiekunmedyczny.com.pl).

Opieka przedoperacyjna

Zabieg operacyjny, pomimo rozwoju medycyny, jest urazem dla organizmu człowieka i niesie za sobą ryzyko powikłań pooperacyjnych. To ryzyko rośnie wraz z wiekiem pacjenta i jest wprost proporcjonalne do współistniejących chorób. U osób w podeszłym wieku często występuje pogorszenie funkcji poznawczych, większa jest wrażliwość na czynniki stresujące, pojawiają się → zaburzenia snu, dezorientacja, apatia lub pobudzenie. Zmniejszona → aktywność fizyczna, wynikająca ze spadku masy mięśniowej, prowadzi do zmniejszenia tolerancji na wysiłek i spowolnienia ruchowego (Michalik, 2008). Miażdżycowe zmiany powodują wzrost ciśnienia, a zmiany zwyrodnieniowe w różnym stopniu nasilone choroby mięśnia sercowego. Obniża się również pojemność płuc, a przepływ krwi przez kłębuszki nerkowe i wątrobę zmniejsza się nawet o 40%. → Miażdżyca powoduje także przewlekłe niedokrwienie jelit, zaburzenia wchłaniania płynów i upośledzenie odżywienia. Zmniejszona liczba limfocytów i przeciwciał jest przyczyną większej podatności na infekcje i zakażenia (Bielecki, Kaniewska, 2008).

Obecnie żadnemu choremu nie można odmówić leczenia operacyjnego ze względu na wiek. Ryzyko powikłań i śmiertelność okołooperacyjna wzrasta jednak wraz ze wzrostem → wieku chronologicznego (metrykalnego) i biologicznego oraz na skutek dodatkowych przewlekłych schorzeń. Poprawę wyników leczenia chirurgicznego osób w podeszłym wieku można osiągnąć przez wcześniejsze kierowanie chorych do leczenia operacyjnego, zanim jeszcze wystąpią powikłania mogące być wskazaniem do zabiegu w trybie pilnym, gdzie nie ma czasu na optymalizację stanu pacjenta, rozpoznanie chorób współistniejących i przygotowanie go do zabiegu. Jednak najistotniej-

szy wpływ na wyniki leczenia ma odpowiednio prowadzona całodobowa pielęgniarska opieka okołooperacyjna, dokładne monitorowanie oraz szybkie reagowanie na wszystkie odchylenia od normy.

Pielęgnowanie całościowe, oparte na teoriach pielęgnowania, przemyślane i celowe, służy procesowi pielęgnowania, który jest działalnością uporządkowaną, mającą etapy przygotowawcze, realizacyjne i oceniające – rozpoznanie, planowanie, realizowanie, ocena (Poznańska, Płaszewska-Żywko, 2001). Pielęgniarka jest osobą, która może i powinna poświęcić pacjentowi najwięcej czasu, a wyszkolona, mająca wiedzę i umiejętności umie przygotować go teoretycznie i praktycznie do operacji. Musi jednak mieć wiedzę nie tylko z zakresu pielęgniarstwa ogólnego, ale także klinicznego. Specjalistyczne, ukierunkowane przygotowanie zawodowe upoważnia i zobowiązuje pielęgniarkę do realizowania planu opieki pacjenta chirurgicznego. Plan ten obejmuje przygotowanie psychiczne i fizyczne. Ogromną pomocą dla pielęgniarek byliby, zatrudnieni na oddziałach, opiekunowie medyczni, którzy są uczeni rozpoznawania i rozwiązywania problemów opiekuńczych osoby chorej i niesamodzielnej, pomagania osobie chorej i niesamodzielnej, ale także współdziałania z zespołem opiekuńczym i terapeutycznym, asystowania pielęgniarce przy wykonywaniu zabiegów pielęgniarskich.

Przygotowanie psychiczne pacjenta na oddziale przedoperacyjnym obejmuje:

- poznanie chorego (przedstawienie się);
- poinformowanie o dacie i godzinie zabiegu;
- ocenę wiedzy i doświadczenia chorego w zakresie operacji;
- ocenę możliwości poznawczych pacjenta.

Pielęgniarka przyjmująca pacjenta na oddział powinna zwrócić uwagę na stan świadomości chorego i jego możliwości poznawcze (czy widzi? czy słyszy? czy rozumie?), w celu oceny, czy pacjent może i powinien samodzielnie podejmować wszelkie decyzje i nie potrzebuje ciągłej opieki. Współpraca z → rodziną pacjenta wydaje się tu nieoceniona, pod warunkiem, że jest możliwe ustalenie poziomu wspólnego podejmowania decyzji. Pielęgniarka musi się zorientować, czy chory rozumie korzyści i zagrożenia płynące z leczenia chirurgicznego i w razie konieczności skorzystać z pomocy opiekuna. Mając jakiekolwiek wątpliwości, powinna zwrócić się o pomoc i ocenę do psychologa klinicznego, aby ten ocenił stan świadomości i samostanowienia pacjenta. Brak szkoleń dla pielęgniarek w tej dziedzinie uniemożliwia dobrą i sprawną ocenę zdolności poznawczych pacjenta.

Ocena zorientowania się pacjenta w miejscu i czasie. Starszy chory, który znalazł się w nowym miejscu, może mieć duże problemy z poruszaniem się po oddziale, z lokalizacją miejsc, z których może skorzystać lub gdzie może otrzymać pomoc. Rolą pielęgniarki i opiekuna medycznego jest zapoznanie chorego z topografią oddziału i zorientowanie się, czy nie będzie miał z nią problemu, tj.:

- omówienie konieczności przygotowania chorego przed zabiegiem;
- omówienie postępowania po operacji;
- wyjaśnienie wszelkich wątpliwości;
- zminimalizowanie → stresu.

Przygotowanie fizyczne pacjenta przyjętego na oddział przedoperacyjny zawiera **ocenę jego sprawności ruchowej**. Chorzy w podeszłym wieku często mają problemy z samodzielnym poruszaniem się. Z uwagi na choroby współistniejące w obrębie układu mięśniowo-szkieletowego pacjenci starsi muszą korzystać z lasek lub balkoników. Tu pomoc rehabilitanta, który nauczy pacjenta korzystania z przyrządów umożliwiających samodzielne poruszanie się, jest niezbędna. Obejmuje ona: naukę wykonywania ćwiczeń oddechowych, naukę odkrztuszania i kaszlu, a także ocenę stanu odżywienia.

Często występujące niedożywienie może być spowodowane utratą apetytu, malejącą aktywnością fizyczną i chorobami współistniejącymi. Nierozpoznane i nieleczone w okresie okołooperacyjnym prowadzi do wzrostu powikłań. Wyrównanie niedożywienia przed zabiegiem wpływa zatem korzystnie na wynik leczenia (Larsen, 2003). Zachodzi więc potrzeba oceny stanu nawodnienia, a następnie założenia wkłucia dożylnego oraz przygotowania pola operacyjnego.

Pilna obserwacja zmian zachodzących w zachowaniu pacjenta. Obserwacja oraz reagowanie na zmiany zachodzące w zachowaniu pacjenta jest możliwe tylko wtedy, gdy pielęgniarka będzie wiedziała, co jest normą, a co ją przekracza w zachowaniu każdego pacjenta. Współpraca między pielęgniarkami pracującymi na różnych dyżurach, przekazywanie sobie istotnych informacji i sugestii dotyczących opieki nad chorym, jest gwarantem dobrej opieki i przygotowania pacjenta do leczenia chirurgicznego.

Opieka na bloku operacyjnym

Pacjent na blok sprowadzany jest przez pielęgniarkę, której obowiązkiem jest przekazanie wszystkich istotnych informacji dotyczących chorego. Ważne jest poinformowanie personelu o tym, czy pacjent nie ma problemu ze słuchem, wzrokiem, czy jest spokojny,

czy wystraszony, czy rozumie, co się do niego mówi oraz czy potrafi logicznie odpowiadać i reagować na polecenia. Ważna jest też informacja, czy pacjent ma jakiegokolwiek rodzaju przykurcze lub zaburzenia motoryczne. Te informacje powinny być przekazane wcześniej,aby pacjent przychodzący na blok nie czuł się obco i zagubiony.

Pacjenta na blok przyjmuje pielęgniarka anestezjologiczna razem z anestezjologiem, a na sali operacyjnej czekają na niego instrumentariuszki. Oprzyrządowanie stołu operacyjnego (podpórki, poduszki, pasy) musi być przygotowane i dopasowane do rodzaju zabiegu, ale też do problemów fizycznych chorego, jego stanu układu mięśniowo-szkieletowego, czy ewentualnych deformacji ciała. Wielogodzinne leżenie w wymuszonej pozycji może powodować pogłębienie się problemów fizycznych pacjenta. Starsi pacjenci są w grupie podwyższonego ryzyka uszkodzeń nerwów obwodowych (nerw promieniowy, strzałkowy, splot ramienny). Pozycja pacjenta na stole operacyjnym powinna być jak najbardziej naturalna, z podpórkami pod zgięciami, a ułożenie powinno być sprawdzane w trakcie zabiegu. Przy stosowaniu elektrokoagulacji musimy zaobserwować stan i nawodnienie skóry pacjenta, aby zastosować odpowiednią elektrodę bierną. Należy zachować ostrożność przy odklejaniu elektrody jednorazowej, aby nie uszkodzić delikatnej skóry pacjenta.

Układając chorego na stole należy podkładać materace przeciwodleżynowe oraz uważać na podwinięcie się materiału lub zmoczenie materaca. U pacjentów w podeszłym wieku bowiem bardzo łatwo o → odleżyny, które mogą być powikłaniem, przyczyną bólu i zakażenia. Pacjenci w podeszłym wieku (bardziej niż młodzi) narażeni są na wychłodzenie, dlatego tak ważne jest utrzymanie i kontrola prawidłowej temperatury ciała. Pomogą w tym wcześniej przygotowane materace i koce grzewcze, ciepłe płyny infuzyjne, a ocenę umożliwią termometry śródoperacyjne. Wydaje się raczej niepotrzebne pozbawianie pacjenta aparatu słuchowego (jeżeli ma znaczny niedosłuch) lub okularów (jeżeli jego niedowidzenie w znacznym stopniu utrudnia mu poruszanie). Przy przekazywaniu pacjenta pielęgniarki powinny ustalić między sobą, kto za ten sprzęt odpowiada. Aparat i okulary mogą zostać zdjęte po sedacji pacjenta, gdy już nie będą mu potrzebne. Ważniejsze wydaje się poczucie bezpieczeństwa, komfortu psychicznego i fizycznego pacjenta niż usilne pozbywanie się problemu zabezpieczenia i pilnowania przyrządów ułatwiających choremu porozumiewanie się. Aparat słuchowy można pacjentowi założyć przed wybudzeniem, aby ułatwić porozumienie się z nim. Sytuacje, gdy anestezjolog krzyczy do niedosłyszącego pacjenta, odwraca się i krzyczy do anestetyczki, są częste i dobrze, gdy wywołują tylko uśmiech (choć dla pacjenta nie jest to komfortowe), a nie frustrację i chaos. [Członkowie Stowarzyszenia Anestezjologów Wielkiej Brytanii i Irlandii opisali powyższe zalecenia w artykule pt. *Perioperative care of the elderly patient* (2013) – przyp. aut.].

Działaniem profilaktycznym zmniejszającym liczbę powikłań pooperacyjnych jest także skrócenie do minimum czasu operacji. Zespoły chirurgiczne, wydłużając czas operacji tylko o 30 minut w grupie wiekowej pacjentów 65–79 lat, zwiększają liczbę powikłań związanych z zakażeniem rany o 15%, zaburzeń kardiologicznych o 17%, zaburzeń oddechowych o 7% oraz innych powikłań o 18% (Drwiłła, Sadowski, 2010). Czas pracy chirurga jest zależny od wielu czynników, nie tyko od jego umiejętności. Aby chirurg mógł szybko i sprawnie pracować, musi mieć dobrze znieczulonego pacjenta, a także sprawny, przygotowany na wszelką ewentualność zespół instrumentalny i pomocniczy.

Opieka pooperacyjna

W chwili wybudzenia i opuszczenia sali operacyjnej dla pacjenta rozpoczyna się najtrudniejszy okres. Właściwie zorganizowana opieka znacznie poprawia komfort, skraca pobyt pacjenta w szpitalu i zmniejsza ilość powikłań pooperacyjnych.

Wczesne uruchomienie. Wczesna → rehabilitacja pomoże pacjentowi szybciej wrócić do sprawności sprzed operacji i uniknąć wielu powikłań ze strony układu oddechowego i krążenia.

Wczesne rozpoznanie ewentualnych powikłań oddechowych. Wczesna i aktywna terapia oddechowa może zminimalizować ilość powikłań płucnych. Monitorowanie pacjenta przy pomocy pulsoksymetru wydaje się wystarczające. Jednak tylko czujne oko pielęgniarki zauważy, dlaczego pacjent oddycha zbyt płytko i wtedy powinna pomóc gimnastyka oddechowa, pokazana pacjentowi przed operacją (Larsen, 2003).

Wczesne rozpoznanie ewentualnych powikłań krążeniowych. Zawał serca występuje nie tylko u ludzi z wcześniejszym wywiadem zawałowym. Niekontrolowany ból, lęk, hipoksja, hipotermia odgrywają istotną rolę w etiologii zawału mięśnia sercowego w okresie okołooperacyjnym. Stąd konieczność obserwacji i monitorowania EKG. Właściwe natlenienie i zapewnienie odpowiedniej temperatury po zabiegach ma podstawowe znaczenie (Larsen, 2003).

Wczesne rozpoznanie ewentualnych majaczeń i zaburzeń poznawczych. To częste, trudne do oceny powikłanie po zabiegach operacyjnych w znie-

czuleniu ogólnym u pacjentów w podeszłym wieku. Czynnikami ryzyka wystąpienia tego powikłania jest wcześniejsze → otępienie (demencja), współistniejące → choroby, szczególnie miażdżyca naczyń, oraz tzw. majaczenie polekowe (Demeure, Fain, 2006). Na oddziałach pooperacyjnych, w grupie osób po 65. r.ż. zespół majaczenia obserwuje się u 15–53% z nich (Agostini, Inouye, 2003). Jego wystąpienie wydaje się determinować dalsze losy pacjenta oraz jego rodziny i członków zespołu terapeutycznego. Osoby, które przejdą zespół majaczenia, muszą się liczyć z długotrwałymi zaburzeniami funkcji poznawczych, zmniejszeniem → aktywności życia codziennego, a także wynikającym z tego zmniejszeniem → jakości życia (Agüero-Torres, Strauss, Vitanan, 2001).

Monitorowanie i interpretacja wyników oraz **niwelowanie bólu**, który jest wprost proporcjonalny do rozległości zabiegu.

Płynoterapia. W pooperacyjnym okresie należy rozważyć szybki powrót do fizjologicznej drogi podawania płynów pacjentowi, nawet już kilka godzin po zabiegu. Pozajelitowe nawadnianie powinno być ograniczone wyłącznie do sytuacji, kiedy droga doustna jest przeciwwskazana. Wczesne żywienie dojelitowe po zabiegach, także w obrębie przewodu pokarmowego, ma znaczenie we wcześniejszym powrocie do zdrowia i samodzielności.

Wczesny powrót do żywienia sprzed operacji, jak również **ocena możliwości pacjenta do samoopieki i ustalenie planu samoopieki**. Standardy leczenia pooperacyjnego są trudne do zdefiniowania. Czynniki ludzkie, w postaci stosunku liczby pielęgniarek do liczby leczonych chorych, przeplatają się tu z czynnikami wczesnego wykrywania powikłań związanych jednak z ilością specjalistów, w tym pielęgniarek, zatrudnionych na oddziale pooperacyjnym (Pisarska, b.r. – Internet: www.mp.pl).

Pacjenci w podeszłym wieku wykazują wiele cech wspólnych dla swojej → grupy wieku, takich jak: różnice fizjologiczne, różnice farmakologiczne, zaburzenia funkcji ośrodkowego układu nerwowego (OUN), pooperacyjny ubytek funkcji poznawczych, mała tolerancja powikłań.

Opracowany i wprowadzony protokół postępowania okołooperacyjnego z pacjentem w podeszłym wieku powinien zawierać wskazówki i zalecenia dotyczące przygotowania chorych do operacji, postępowania śródoperacyjnego i pooperacyjnego. W medycynie niejednokrotnie udowodniono, że stopień realizacji protokołów koreluje z wynikami leczenia. Wprowadzenie i ich stosowanie powoduje skrócenie czasu pobytu pacjenta w szpitalu i zmniejszenie ogólnej liczby powikłań. Przykładem może być *Enhanced Recovery After Surgery* [ERAS] – protokół kompleksowej opieki okołooperacyjnej dla poprawy wyników leczenia. Celem protokołu ERAS jest zminimalizowanie stresu metabolicznego wywołanego zabiegiem operacyjnym, poprzez zmianę opieki okołooperacyjnej. Dzięki redukcji stresu poprawia się proces gojenia oraz wyniki rehabilitacji oddechowej i ruchowej, zmniejsza się liczba powikłań i obniża koszt opieki zdrowotnej (*Historia*…, br. – http://www.mp.pl). Niezaprzeczalnie korzystne zmiany, jakie przyniosło wdrożenie protokołu ERAS na oddziałach chirurgicznych, sugerują opracowanie i wdrażanie protokołów na wszystkich oddziałach okołooperacyjnych. Współpraca całego zespołu terapeutycznego przy tworzeniu standardów opieki przed/śród/pooperacyjnej przyniesie dodatkowe korzyści, ponieważ standard, żeby był dobry, musi być „żywy".

Motywem działania zespołów terapeutycznych przez wiele lat była poprawa wyników leczenia operacyjnego poprzez zmniejszenie w tym okresie liczby pooperacyjnych powikłań oraz liczby zgonów. Duński chirurg Henrik Kehlet zaobserwował, że największy wpływ na wydłużenie hospitalizacji mają: niewłaściwe leczenie przeciwbólowe i związane z tym przedłużone unieruchomienie chorych, nadmierna podaż dożylna płynów opóźniająca powrót perystaltyki i późne rozpoczynanie podawania diety doustnej. Dzięki całościowemu podejściu do opieki nad pacjentami chirurgicznymi możliwe jest skrócenie do dwóch dni ich pobytu na oddziałach chirurgicznych (Kehlet, Wilmore, 2008).

Wnioski końcowe

1. Coraz więcej osób w podeszłym wieku jest poddawanych zabiegom operacyjnym.
2. W porównaniu z młodszymi pacjentami chirurgicznymi osoby starsze są bardziej narażone na powikłania okołooperacyjne, szczególnie po operacjach w trybie pilnym.
3. Interdyscyplinarna opieka nad osobami starszymi w znacznym stopniu poprawia wyniki leczenia chirurgicznego.
4. Powstanie protokołów, które pomogą w opracowaniu standardów zintegrowanej opieki okołooperacyjnej nad osobą starszą, ułatwi pracę zespołów pielęgniarskich i pomoże ograniczyć powikłania śród- i pooperacyjne.
5. Opieka pielęgniarska na bloku operacyjnym jest wstępem do dalszej pielęgnacji pooperacyjnej, zapobiegającej powikłaniom pooperacyjnym.

6. Wczesna rehabilitacja jest jednym ze sposobów unikania powikłań pooperacyjnych.
7. W okresie okołooperacyjnym, skuteczna, ukierunkowana pielęgnacja poprawia wyniki leczenia.
8. Wczesne diagnozowanie przez pielęgniarki zdolności psychoruchowych pacjenta pozwala na ustalenie celowego, nastawionego na sukces procesu pielęgnowania.
9. Potrzeba szkoleń w tej dziedzinie wydaje się nieodzowna.
10. Zatrudnienie opiekunów medycznych i włączenie ich w pracę zespołów terapeutycznych pomoże spiąć klamrą opiekę nad chorym w podeszłym wieku na oddziałach okołooperacyjnych.
11. Obserwacja chorego, plan opieki pielęgniarskiej, przekazywanie istotnych informacji między pielęgniarkami wyspecjalizowanymi w różnych dziedzinach medycznych, ma istotny wpływ na ostateczny efekt operacji.

Nie do przecenienia w procesie terapeutycznym jest aktywność personelu pielęgniarskiego na oddziałach chirurgicznych – zarówno przed operacją, na bloku operacyjnym, jak i w salach pooperacyjnych.

MKO

B: Agostini, Inouye, 2003; Agüero-Torres, Strauss, Vitanan, 2001; Bielecki, Kaniewska, 2008; Demeure, Fain, 2006; Drwiłła, Sadowski, 2010; Grabowski i współprac., b.r.; Kehlet, Wilmore, 2008; Larsen, 2003; Leng, 2004; Michalik, 2008; Poznańska, Płaszewska-Żywko, 2001.

N: *Historia*…, br. – http://www.mp.pl; https://fpc.rcsed.ac.uk/; Pisarska, b.r., – Internet: www.mp.pl; www.opiekunmedyczny.com.pl; www.senior.gov.pl

O: opieka, opieka długoterminowa, pielęgniarstwo geriatryczne.

TK: ang. *perioperative care*, fr. *soins périopératoires*, hiszp. *cuidado perioperatorio*, niem. *Operationspflege*, ros. *периоперационная уход*.

opieka paliatywna i hospicyjna → opieka paliatywno-hospicyjna

opieka paliatywno-hospicyjna (opieka paliatywna i hospicyjna)

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) **opieka paliatywna** to „aktywna, wszechstronna i całościowa → opieka nad pacjentem w końcowym okresie jego → życia, chorującym na nieuleczalne, postępujące → choroby. Celem opieki jest poprawienie → jakości życia chorego i jego → rodziny poprzez zwalczanie bólu trudnego do opanowania i innych objawów somatycznych, łagodzenie cierpień fizycznych, psychicznych, duchowych i socjalnych oraz wspomaganie rodziny chorego zarówno w czasie trwania choroby, jak i w okresie osierocenia". Opieka paliatywna oznacza zatem zabiegi mające na celu łagodzenie bólu (nieprowadzące do wyleczenia), a zarazem podnoszenie jakości życia we wszystkich jego aspektach (somatycznym, psychicznym, socjalnym i duchowym) przez eliminowanie lub łagodzenie różnorodnych objawów choroby oraz niesienie cierpiącemu pacjentowi i jego rodzinie szeroko pojętej pomocy (Zych, 2017). Z kolei **opieka hospicyjna**, określana także jako **opieka terminalna**, to wyspecjalizowana opieka nad osobą umierającą, jak również nad jej rodziną, a podstawowym jej zadaniem jest podniesienie jakości życia umierających pacjentów i ich rodzin. Obejmuje ostatnie tygodnie życia chorego i ma różnorodny zakres, ze względu na rożny czas oraz intensywność cierpień fizycznych i/lub psychicznych. Ta forma opieki nad nieuleczalnie chorymi i umierającymi osobami polega nie tylko na dostarczaniu im humanitarnej opieki medycznej, ale również na pomocy w zaspokojeniu ich potrzeb emocjonalnych (Zych, 2017). Podstawowe zasady opieki paliatywnej i hospicyjnej reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 29 X 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U. z 2013 roku, poz. 1347). → **Opieka nad umierającym** definiuje pojęcia, które powróciły do świadomości społecznej po okresie, w którym umieranie i → śmierć były społecznym tabu w społeczeństwach drugiej połowy XX stulecia. Ponowne odkrycie długowiecznych tradycji hospicyjnej troski o umierających i ich bliskich dokonało się dzięki oddolnemu ruchowi społecznemu oraz profesjonalnym działaniom, które razem nadają znaczenie pojęciu **opieka paliatywno-hospicyjna**. Współczesny ruch hospicyjny zainicjowała → Saunders, która jako lekarz, a wcześniej pielęgniarka i → pracownik socjalny, dobrze rozumiała problemy umierających oraz potrzebę współpracy zespołu z wolontariuszami i rodzinami ciężko chorych (Clark, 1998). Uczyniła ten ruch otwartym dla wszystkich wyznań i dróg życia, a mówiąc o potrzebach osób ciężko chorych i umierających, przełamywała społeczne tabu (Clark, 2001). Utworzyła Hospicjum św. Krzysztofa w Londynie, którego otwarcie w roku 1967 stało się początkiem współczesnej opieki hospicyjnej. Przyjmując średniowieczną nazwę *hospitium*, nawiązano do tradycji zintegrowanej opieki, ukazując → hospicjum jako miejsce troski o łagodzenie cierpienia totalnego,

podkreślając szczególnie zespołowe działanie i udział wolontariuszy z kręgu → wolontariatu hospicyjnego, oraz → opiekunów rodzinnych w opiece. Obok holistycznej troski o człowieka umierającego wprowadzono terapię bólu i związaną z nią koncepcję → bólu totalnego. Ruch hospicyjny stał się ekumeniczny, otwarty na działalność dydaktyczno-naukową w zakresie leczenia bólu, opieki pielęgniarskiej, → pomocy społecznej i wolontariatu (Halamandaris, 1998). W ciągu prawie 50 lat od otwarcia Hospicjum św. Krzysztofa powstało na świecie ponad 4000 ośrodków, czerpiących wzór z pracy zespołu pracowników i wolontariuszy, wspieranych przez społeczeństwo (Greer, 1986). Dzięki Saunders idea współczesnego ruchu hospicyjnego dotarła także do Polski (Krakowiak, Stolarczyk, 2007), gdzie istniał już ruch społeczny na rzecz osób u kresu życia. „Wcześniej niż dr Saunders, Hanna Chrzanowska [1902−1973] uchwyciła istotę kryzysu współczesnego lecznictwa − niedorozwój systemu opieki − i starała się temu zaradzić. Polskie Hospicjum musi podjąć zarysowany przez nią cel, ideały i styl pracy pielęgniarskiej" (Bortnowska, 1993). Po wizycie i cyklu wykładów Saunders w Polsce w 1981 roku powstało Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Hospicjum" w Krakowie, z planem ośrodka stacjonarnego, wzorowanego na londyńskim Hospicjum św. Krzysztofa (Bortnowska, 1985). Drugim ośrodkiem hospicyjnym było gdańskie Hospitium Pallottinum, utworzone w 1983 jako zespół opieki domowej. Na jego wzór powstały później wolontaryjne zespoły opieki domowej przy wielu parafiach w Polsce (Drążkiewicz, 1989). W 1991 roku powołano Ogólnopolskie Forum Ruchu Hospicyjnego (OFRH, obecnie Forum Hospicjów Polskich), dzięki czemu oddolny ruch społeczny oparty na wolontariacie uzyskał zorganizowane struktury.

Obok **ruchu hospicyjnego** rozwijała się **opieka paliatywna**. Jej koncepcja powstała w Ameryce Północnej, gdzie pracujący w uczelni medycznej we frankofońskiej części Kanady o. Balfour M. Mount w 1975 roku wprowadził ten termin, pochodzący od łac. źródłosłowu *pallium,* i przymiotnika *palliatus* – okryty płaszczem, odziany, ubrany (Seely, Scott, Mount, 1997). System opieki paliatywnej tworzyły szpitale akademickie z oddziałami medycyny paliatywnej. Termin „opieka paliatywna" stopniowo stał się obowiązującym dzięki zaangażowaniu w jego upowszechnienie naukowców i uniwersytetów. W Polsce oficjalne początki opieki paliatywnej sięgają roku 1987, gdy rozpoczęto działania przy Katedrze Onkologii w Poznaniu, w ramach struktur publicznych zakładów opieki zdrowotnej (*Program rozwoju…*, 1998). Środowisko opieki paliatywnej w Polsce współpracowało ściśle z ruchem hospicyjnym, organizując szkolenia dla zespołów z Polski i z Europy Środkowo-Wschodniej. Utworzono nowe specjalności medyczne dla lekarzy – medycynę paliatywną, a także dla pielęgniarek – opiekę paliatywną. Podczas gdy w opiece hospicyjnej główny akcent kładziono na zaangażowanie wolontariuszy, zespołowe działania i → wsparcie społeczne, opieka paliatywna koncentrowała się na profesjonalnym działaniu, łagodzeniu bólu i kontroli objawów, stając się specjalizacją medyczną. **Opieka paliatywno-hospicyjna** jest pojęciem integrującym oba elementy w podejściu zespołów hospicyjnych i ośrodków opieki paliatywnej do zagadnień profesjonalizacji opieki, roli wolontariatu i społecznego charakteru pomocy (MacReady, 2012 – Internet: http://www.medscape.com…). Zachętę do integracji dały międzynar. organizacje, czego przykładem (w roku 2000) było Kanadyjskie Stowarzyszenie Opieki Paliatywnej (CPCA), połączone w Kanadyjskie Stowarzyszenie Opieki Paliatywno-Hospicyjnej (CHPCA), prowadzące do ujednolicenia pojęć i definicji (Ricci, 2000). W Polsce Rada ds. Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej przy Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej stworzyła w 1998 Program rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej w Polsce i dzięki wspólnym działaniom profesjonalistów i wolontariuszy udało się zintegrować profesjonalną opiekę ze społecznymi tradycjami (*Program rozwoju…*, 1998). Obecnie system tej opieki w Polsce jest jednym z najlepiej rozwiniętych w Europie (*Atlas EAPC*, 2013). Tworzy go ponad 400 instytucji – ośrodki stacjonarne dla dorosłych i dla dzieci (hospicja i oddziały opieki paliatywnej, stacjonarne hospicja dla dzieci) oraz różne formy opieki niestacjonarnej (hospicja domowe dla dorosłych i dla dzieci, poradnie medycyny paliatywnej, ośrodki dziennej opieki, szpitalne zespoły opieki paliatywnej). Opieka paliatywno-hospicyjna jest nieodpłatna, a brakujące środki pozyskiwane są poprzez działania charytatywne wolontariuszy i wsparcie społeczne (Krakowiak, 2012). Do tego rodzaju opieki może pacjenta zakwalifikować każdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego. Oddział medycyny paliatywnej i hospicjum stacjonarne przeznaczone są przede wszystkim dla pacjentów z trudnymi do kontroli objawami, bez nadziei na wyleczenie, w schyłkowym okresie życia. W hospicjum domowym całościową opieką objęci są pacjenci z zaawansowanymi, niepoddającymi się leczeniu przyczynowemu, postępującymi, zagrażającymi życiu → chorobami przewlekłymi o złym rokowaniu. Pacjentom przysługują porady lekarskie nie rza-

dziej niż dwa razy w miesiącu, a wizyty pielęgniarskie nie rzadziej niż dwa razy w tygodniu. Wizyty innych członków zespołu hospicjum domowego ustalane są w zależności od potrzeb pacjenta. W poradni medycyny paliatywnej sprawowana jest opieka nad chorymi, których stan ogólny jest stabilny i którzy są w stanie przybyć do poradni. Mogą skorzystać z porady lub wizyty dwa razy w tygodniu (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 29 X 2013 roku, NFZ, 2015 – Internet: www.nfz-lodz.pl/…). Integracja działań medycznych ze wsparciem społecznym, opieką pozamedyczną i wolontariatem jest ciągłym wyzwaniem. W ostatnich latach działania edukacyjno-szkoleniowe pod patronatem Krajowego Duszpasterza Hospicjów łączą publiczne ośrodki opieki paliatywnej i ośrodki hospicyjne. Program rozwoju wolontariatu hospicyjnego „Lubię pomagać" rozwinął w obu typach sieć centrów wolontariatu, dbając o holistyczną opiekę (Krakowiak, 2012). Wobec rosnącej liczby osób niesamodzielnych i starych oraz braku środków na opiekę napięcia dotyczące medycznych i pozamedycznych elementów opieki są rosnącym wyzwaniem dla zespołów. Potrzeba dobrej współpracy krajowych konsultantów medycyny paliatywnej (lekarze), opieki paliatywnej (pielęgniarki) i Krajowego Duszpasterza Hospicjów (duszpasterze i wolontariusze) dla stawiania czoła nowym wyzwaniom w opiece paliatywno-hospicyjnej, związanym z jej rozszerzeniem poza chorych onkologicznych i ze → starzeniem się społeczeństwa. Ważne jest przypominanie chlubnej historii współczesnej opieki paliatywno-hospicyjnej w Polsce, która po raz pierwszy została zaprezentowana w tak szerokiej formie w języku polskim i angielskim (Janowicz, Krakowiak, Stolarczyk, 2015 a, 2015 b). Opieka paliatywno-hospicyjna – jako połączenie ruchu społecznego z wolontariuszami i profesjonalnej opieki paliatywnej – jest gwarantem całościowej opieki nad osobą u kresu życia i jej bliskimi, zaś brak któregokolwiek z wyżej omówionych elementów będzie zawsze szkodliwy dla jakości opieki nad pacjentami.

PK

B: Bortnowska, 1985, 1993; Clark, 1998, 2001; Drążkiewicz, 1989; Greer, 1986; Halamandaris, 1998; Janowicz, Krakowiak, Stolarczyk, 2015 a, 2015 b; Krakowiak, 2012; Krakowiak, Stolarczyk, 2008; *Program rozwoju…*, 1998; Ricci, 2000; Seely, Scott, Mount, 1997; Zych, 2017.
D: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 29 X 2013 roku.
N: http://www.scribd.com/…; MacReady, 2012 – Internet: http://www.medscape.com…; NFZ, 2015 – Internet: www.nfz=lodz.pl/…
O: hospicjum, opieka nad umierającym, wolontariat hospicyjny.
S: opieka nad chorymi terminalnie, opieka u kresu życia.
TK: ang. *palliative and hospice care*, fr. *soins palliatifs et soins en hospice*, hiszp. *cuidados paliativos e cuidados de Hospicio*, niem. *die Palliativpflege und die Hospizpflege* oder *Hospizarbeit*, ros. *паллиативная и хосисная помощь*.

opieka prawna (kuratela)

→ Starzenie się powoduje wiele zmian w strukturze i czynności ustroju. Pojawiają się typowe zmiany postawy ciała, poruszania się, widoczny jest zanik mięśni, powodujący obniżenie się ich siły. Powstają zaburzenia równowagi kwasowo-zasadowej i wodno-elektrolitowej oraz obniża się odporność ustroju na działanie szkodliwych czynników bakteryjnych, wirusowych i stresów psychicznych. Zaburzenia nasilają się pod wpływem złego → stylu życia (w tym niedostatecznej → aktywności fizycznej) i postępu współistniejących → chorób. Proces starzenia się przebiega u ludzi rozmaicie. Suma przeżytych lat, czyli → wiek chronologiczny nie zawsze pokrywa się z → wiekiem biologicznym. Czynnikiem sprzyjającym utrzymaniu → sprawności fizycznej jest aktywny tryb → życia, a sprawności intelektualnej systematyczny wysiłek umysłowy, nader często zaniedbywany po przejściu na → emeryturę. Częstą przyczyną niesprawności starszych ludzi są także tzw. → wielkie zespoły geriatryczne, do których zalicza się m.in. upośledzenie wzroku i słuchu, spowolnienie psychomotoryczne, przedłużenie czasu reakcji, osłabienie → pamięci i zdolności koncentracji, zawroty głowy, → upadki bez utraty przytomności, zmniejszenie tolerancji wysiłku fizycznego. Ogromny wpływ na sprawność mają również → choroby przewlekłe, występujące u osób starszych, kilka jednocześnie, czyli → wielochorobowość. Biorąc pod uwagę wszystkie wymienione okoliczności, które w znacznym stopniu utrudniają → rehabilitację, należy skupić się na wdrożeniu jak najbardziej rozszerzonych działań umożliwiających uzyskanie sprawności psychofizycznej, niezbędnej do prowadzenia samodzielnego trybu życia i aktywności społecznej. O sukcesie można mówić wtedy, gdy osoba starsza potrafi utrzymać harmonijny kontakt ze swoim środowiskiem pod względem fizycznym, psychicznym i społecznym. Celem programu rehabilitacji osób starszych jest również modyfikacja stylu życia, obniżenie masy ciała, korekcja eksploatacji kręgosłupa i/lub przeciążeń stawów. Rehabilitacja ma zapobiec przedwczesnemu zniedołężnieniu i uzależnieniu od stałej → opieki ze strony → rodziny lub społeczeństwa. Osoby starsze, które chorują na choroby przewlekłe i mają ograniczone zdolności rucho-

we, zwykle przy dokonaniu normalnych, codziennych czynności muszą prosić o pomoc osoby trzecie. → Seniorzy niejednokrotnie wymagają całodobowej opieki, bez której nie mogliby godnie żyć. Opiekunem osoby starszej w świetle polskiego prawa nie każdy może zostać. Do takiej opieki powoływana jest osoba z najbliższej rodziny – małżonek lub inny krewny. To sąd opiekuńczy ustanawia opiekuna osoby starszej. Ma on nadane konkretne uprawnienia.

Opiekun osoby starszej to ktoś, kto zajmuje się osobą w → wieku podeszłym i pomaga jej w radzeniu sobie z → czynnościami życia codziennego. Zakres obowiązków, które wykonuje w swojej pracy opiekun, bywa bardzo różny i zależy od miejsca wykonywania obowiązków, a przede wszystkim od stanu zdrowia podopiecznego i jego możliwości. Opiekunem powinna zostać osoba, która daje gwarancje prawidłowego wykonywania obowiązków opiekuna prawnego. Musi mieć też pełną zdolność do czynności prawnych. Wśród podstawowych zadań opiekuna osoby starszej należy wymienić: pomoc w utrzymaniu higieny osobistej podopiecznego (mycie, czesanie, ubieranie), dbanie o jego stan → zdrowia, podawanie posiłków i leków oraz karmienie. W sytuacji, gdy podopieczny jest chory lub jest osobą z → niepełnosprawnością, zdarza się, że opiekun zajmuje się robieniem zastrzyków, zmianą opatrunków lub rehabilitacją.

Do codziennych obowiązków opiekuna może należeć również załatwianie różnych spraw poza domem osoby starszej. Wówczas opiekun w imieniu podopiecznego odwiedza urzędy, opłaca rachunki, realizuje recepty lub robi zakupy. Sprawowanie opieki jest nadzorowane przez sąd opiekuńczy, który na bieżąco udziela rad i wskazówek. To właśnie sąd może z ważnych przyczyn zwolnić opiekuna z obowiązków. Dzieje się tak w przypadku niedopełniania obowiązków lub na umotywowany wniosek sprawującego opiekę. Opiekun osoby starszej może ubiegać się również o jednorazowe bądź okresowe wynagrodzenie za sprawowanie opieki. Jest ono wypłacane z dochodów seniora albo ze środków publicznych. Jednak świadczenie nie przysługuje osobie, której praca opiekuna nie wymaga dużych nakładów lub jest zgodna z zasadami społecznymi. W przypadku gdy niepełnosprawność utrudnia bądź wręcz uniemożliwia osobom starszym załatwianie spraw urzędowych, najprostszą formą działania jest sporządzenie pełnomocnictwa. Jego zasady określają art. 98–109 Kodeksu cywilnego (Ustawa z 23 IV 1964 roku). Udzielenie pełnomocnictwa odbywa się poprzez złożenie oświadczenia woli, w ramach którego upoważniamy konkretną osobę do dokonania w naszym imieniu i ze skutkiem prawnym dla nas czynności prawnej. Pełnomocnik musi mieć zdolność do czynności prawnych. Musi też wiedzieć o tym, że otrzymał pełnomocnictwo – trzeba go poinformować. Pełnomocnictwo może być udzielone w dowolnej formie, ale jako zasadę można przyjąć, że powinno być tej rangi, co wykonywana czynność, czyli kupując notarialnie nieruchomość, dokonujemy tej czynności przez pełnomocnika z pełnomocnictwem notarialnym, natomiast do prostszych czynności, np. odebranie orzeczenia o niepełnosprawności, wystarczy pełnomocnictwo zwykłe pisemne. Niestety, w wielu przypadkach pełnomocnictwo, nawet notarialne, nie przekonuje przedstawicieli firm czy instytucji, że dana osoba może podejmować działania w imieniu osoby z niepełnosprawnością. Ponadto sporządzanie pełnomocnictw notarialnych może stanowić obciążenie finansowe. Można też mieć trudności w sporządzeniu czy podpisaniu takiego dokumentu.

Istnieje jednak możliwość wyznaczenia kuratora osoby niepełnosprawnej. Ustawa z 25 II 1964 roku Kodeks rodzinny i opiekuńczy w art. 183 stwierdza: „Dla osoby niepełnosprawnej ustanawia się kuratora, jeżeli osoba ta potrzebuje pomocy do prowadzenia wszelkich spraw albo spraw określonego rodzaju lub do załatwienia poszczególnej sprawy". Wniosek o ustanowienie kuratora składa osoba z niepełnosprawnością lub organizacja pozarządowa zajmująca się ochroną praw tych osób. Sąd może wnioskować o ustanowienie takiego kuratora w sytuacji, gdy został oddalony wniosek o ubezwłasnowolnienie, ale uznaje, że potrzebna jest tej osobie pomoc kuratora. Wniosek o kuratelę składa się do Sądu Rejonowego Wydziału Rodzinnego i Nieletnich właściwego dla miejsca zamieszkania osoby z niepełnosprawnością. Trzeba w nim uzasadnić potrzebę posiadania kuratora, zaproponować zakres obowiązków, a nawet osobę. Kurator pomaga osobom niepełnosprawnym fizycznie, w podeszłym wieku bądź chorym, którzy sami nie mogą załatwić swoich spraw. Przyznanie kuratora odbywa się na wniosek osoby zainteresowanej. Składając wniosek do sądu należy potwierdzić niepełnosprawność, chorobę lub podeszły wiek oraz konieczność uzyskania pomocy w prowadzeniu spraw, np. pomocy w napisaniu urzędowego pisma. Wniosek o ustanowienie kuratora jest płatny, można jednak wystąpić o zwolnienie z kosztów. Sąd, ustanawiając kuratora, zobowiązany jest szczegółowo określić zakres kompetencji, obowiązki i uprawnienia. Zostaje to zapisane w wydanym kuratorowi zaświadczeniu. Potwierdza ono prawo kuratora do występowania w imieniu osoby z niepełnospraw-

nością i urzędnik nie powinien go zakwestionować, o ile działania kuratora mieszczą się w wyznaczonym przez sąd zakresie uprawnień. To, że sąd ustanowił kuratora, w żaden sposób nie ogranicza zdolności osób starszych do czynności prawnych, np. do podpisania umowy wynajmu, przekazania darowizny. Oznacza to, że nadal same decydują o sobie i podejmują działania, które uznają za właściwe. Pomoc kuratora nie jest ograniczona z góry określonymi ramami czasowymi i trwa tak długo, jak długo jest taka potrzeba. Jeżeli osoba starsza nie jest zadowolona z pracy kuratora, może wystąpić do sądu o jego zmianę. Sąd opiekuńczy może także z urzędu, bez żadnego wniosku, zmienić kuratora, nie uchylając kurateli, jeżeli ustali, że dotychczasowy zachowuje się w sposób zagrażający podopiecznemu i zaniedbuje jego sprawy. Kuratelę uchyla się na żądanie osoby z niepełnosprawnością, dla której była ustanowiona. Kuratora dla osoby z niepełnosprawnością nie należy mylić z opiekunem prawnym, wyznaczanym przez sąd w przypadku ubezwłasnowolnienia.

Ubezwłasnowolnienie to instytucja prawa cywilnego, która ma służyć ochronie prawnej osób uznanych za niezdolne do samodzielnego decydowania o sobie. Według Kodeksu cywilnego (Ustawa z 24 IV 1964 roku) osoba, która jest ubezwłasnowolniona, traci zdolność do czynności prawnych lub ta zdolność zostaje jej ograniczona z uwagi na jej stan zdrowia powodujący trudności w kierowaniu swoim postępowaniem, np. choroba psychiczna, → choroba Alzheimera, stan po → udarze mózgu itp. Ubezwłasnowolnienie jest bardzo poważnym działaniem. Jest to ograniczenie bądź odebranie osobie możliwości kierowania swoimi sprawami. Dlatego sąd powinien dochować szczególnej staranności, przeprowadzając ten proces. Orzeczenie ubezwłasnowolnienia wydawane jest na czas nieokreślony. Jeśli wystąpią przyczyny uzasadniające zmianę bądź uchylenie orzeczenia o ubezwłasnowolnieniu, sąd powinien to przeprowadzić z urzędu.

Procedura ubezwłasnowolnienia jest bardzo skomplikowana i ma wiele zabezpieczeń przed możliwością pozbawienia praw osób w sposób nieuzasadniony, pochopny lub czyniony w złej wierze. Nie można ubezwłasnowolnić osoby tylko z tego powodu, że zachowuje się inaczej niż jest to przyjęte w społeczeństwie, albo osoby, o której wiadomo, że w bliżej nieokreślonej przyszłości musi nieuchronnie nastąpić pogorszenie jej stanu zdrowia – początkowe stadium choroby Alzheimera itp. W polskim systemie prawnym wyróżnia się ubezwłasnowolnienie całkowite i częściowe. „Osoba pełnoletnia może być ubezwłasnowolniona częściowo z powodu choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innego rodzaju zaburzeń psychicznych, w szczególności pijaństwa lub narkomanii, jeżeli stan tej osoby nie uzasadnia ubezwłasnowolnienia całkowitego, lecz potrzebna jest pomoc do prowadzenia jej spraw" (art. 16 k.c.). Inna ułomność osoby (choroba) niż ww. nie daje podstaw do ubezwłasnowolnienia. Zgodnie z poglądami doktryny w przypadku ogólnego niedołęstwa wywołanego → starością zasadne jest ustanowić dla takiej osoby kuratora, a nie ubezwłasnowolnić.

Podstawowa różnica między opiekunem prawnym a kuratorem jest taka, że opiekun prawny jest ustanawiany dla osoby całkowicie ubezwłasnowolnionej, a kurator – dla osoby częściowo ubezwłasnowolnionej. Ubezwłasnowolnienie częściowe z podobnych powodów stosowane jest, gdy stan osoby nie uzasadnia ubezwłasnowolnienia całkowitego, lecz potrzeba pomocy do prowadzenia jej spraw. Zadaniem kuratora jest opieka nad majątkiem i sprawami życiowymi osoby częściowo ubezwłasnowolnionej. Podobnie jak opiekun prawny, ma on dbać o to, aby jego podopieczny miał środki do → życia, zapewnioną opiekę lekarską, ale nie jest zobowiązany do ponoszenia jakichkolwiek nakładów i wydatków na rzecz podopiecznego.

Osoba częściowo ubezwłasnowolniona ma ograniczoną zdolność do podejmowania czynności prawnych. Potrzebuje pomocy przy prowadzeniu swoich spraw, ale jej stan nie uzasadnia ubezwłasnowolnienia całkowitego. Może zawierać umowy należące do umów powszechnie zawieranych w drobnych, bieżących sprawach życia codziennego, jak bieżące zakupy, usługi (np. fryzjerskie), rozporządzać zarobkiem oraz dokonywać czynności dotyczących przedmiotów oddanych tej osobie do swobodnego użytku. Nie może natomiast samodzielnie zaciągać zobowiązań oraz rozporządzać swoimi prawami. Do tego wymagana jest zgoda ustanowionego kuratora. Do reprezentowania podopiecznego i zarządzania jego majątkiem kurator jest uprawniony tylko wtedy, gdy sąd opiekuńczy tak postanowi. W przeciwnym razie jest wyłącznie doradcą. Podstawowym skutkiem ubezwłasnowolnienia częściowego jest bowiem jedynie ograniczenie zdolności do czynności prawnych.

W przypadku ubezwłasnowolnienia częściowego możemy wyróżnić trzy kategorie czynności:

- czynności, które osoba ubezwłasnowolniona może częściowo samodzielnie wykonać;
- czynności, które dla swojej ważności wymagają zgody kuratora;

- czynności, które dla swej ważności wymagają zgody sądu opiekuńczego.

Osoba ubezwłasnowolniona częściowo może samodzielnie (bez zgody kuratora) dokonywać następujących czynności prawnych:

- „może bez zgody przedstawiciela ustawowego zawierać umowy należące do umów powszechnie zawieranych w drobnych bieżących sprawach życia codziennego" (art. 20 k.c.);
- może bez zgody przedstawiciela ustawowego „rozporządzać swoim zarobkiem, chyba że sąd opiekuńczy z ważnych powodów inaczej postanowi" (art. 21 k.c.);
- „jeżeli przedstawiciel ustawowy osoby ograniczonej w zdolności do czynności prawnych oddał jej określone przedmioty majątkowe do swobodnego użytku, osoba ta uzyskuje pełną zdolność w zakresie czynności prawnych, które tych przedmiotów dotyczą. Wyjątek stanowią czynności prawne, do których dokonania nie wystarcza wg ustawy zgoda przedstawiciela ustawowego" (art. 22 k.c.).

Ubezwłasnowolnienie całkowite to pozbawienie osoby fizycznej, która ukończyła 13 lat, zdolności do czynności prawnych. Orzeka je sąd, jeśli wskutek choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego albo innych zaburzeń psychicznych, w szczególności pijaństwa lub narkomanii, osoba nie jest w stanie kierować swym postępowaniem. Osoba całkowicie ubezwłasnowolniona jest pozbawiona możliwości dokonywania czynności prawnych np. nie może podarować ani sprzedać swojego majątku, nie może wynająć mieszkania, zobowiązać się do wykonania zlecenia, czy też sporządzić → testamentu. Opiekun jest powołany do ochrony interesów osobistych i majątkowych osoby pozostającej pod jego opieką i podlega w tym zakresie nadzorowi sądu opiekuńczego. We wszelkich ważniejszych sprawach, które dotyczą osoby lub majątku osoby pozostającej pod opieką, opiekun powinien uzyskiwać zezwolenie sądu opiekuńczego. Powinien wykonywać swe czynności tak jak tego wymaga dobro osoby pozostającej pod opieką, a naruszenie jej dobra stanowi podstawę do zwolnienia opiekuna. Opiekun nie działa – nawet w najmniejszym stopniu – w celu zaspokajania własnych potrzeb. Opiekunem lub kuratorem może zostać osoba mająca pełną zdolność do czynności prawnych, czyli pełnoletnia, nieubezwłasnowolniona oraz korzystająca z pełni praw publicznych, a także osoba w stosunku do której nie zachodzi prawdopodobieństwo, że nie wywiąże się należycie z obowiązków opiekuna lub kuratora.

Kandydat powinien cieszyć się nieposzlakowaną opinią, stanem zdrowia pozwalającym na pełnienie funkcji opiekuna lub kuratora oraz nie może być karany za przestępstwo popełnione umyślnie. Przez wzgląd na dobro osoby pozostającej pod opieką, opiekunem lub kuratorem powinna być osoba z jego rodziny bądź krewnych. W przypadku braku takich osób sąd opiekuńczy zwraca się o wskazanie opiekuna bądź kuratora do właściwej jednostki organizacyjnej pomocy społecznej albo organizacji społecznej. Ustanowienie opiekuna i kuratora następuje postanowieniem sądu opiekuńczego, przed którym składa się przyrzeczenie. Sąd wydaje tzw. zaświadczenie, stanowiące dowód uprawnień względem ubezwłasnowolnionego. Opiekun obowiązany jest wykonywać swe czynności z należytą starannością, jak tego wymaga dobro pozostającego pod opieką i interes społeczny. Przede wszystkim sprawuje pieczę nad osobą podopiecznego, zarząd nad jego majątkiem oraz reprezentuje go wobec osób trzecich. Przez sprawowanie pieczy należy rozumieć dbanie, by ubezwłasnowolniony miał środki do życia, opiekę lekarską, aby sam sobie nie szkodził i nie stwarzał zagrożenia dla innych osób. Opiekun może się starać o umieszczenie (w razie konieczności) osoby ubezwłasnowolnionej w odpowiedniej placówce. Zarządzanie to piecza nad majątkiem ubezwłasnowolnionego.

Opiekun prawny osoby starszej ma przede wszystkim dbać o dobro podopiecznego i jego interes społeczny. Jedną z pierwszych czynności, którą powinien przeprowadzić po objęciu tej funkcji, jest zinwentaryzowanie majątku seniora oraz przedstawienie wyników sądowi. Opiekun seniora zobowiązany jest także do przedstawiania, przynajmniej raz w roku, szczegółowych sprawozdań oraz rachunków związanych z opieką i zarządzaniem powierzonym majątkiem.

Osoba ubezwłasnowolniona ma prawo samodzielnie zaskarżać postanowienia wydane w postępowaniu dotyczącym jej ubezwłasnowolnienia i ma w tym przypadku pełną zdolność procesową.

Osoba, wobec której złożono wniosek o ubezwłasnowolnienie, zawsze ma prawo do:

- samodzielnego (bez zgody przedstawiciela ustawowego) zaskarżenia postanowienia sądu w sprawie o jej ubezwłasnowolnienie oraz o zmianę (np. z całkowitego na częściowe) i uchylenie ubezwłasnowolnienia;
- pomocy pełnomocnika, np. adwokata;
- wysłuchania przez sąd;
- zaskarżenia nieprawomocnego postanowienia sądu o ubezwłasnowolnieniu w drodze apelacji.

AMI

B: Wieczorowska-Tobis, Szwałkiewicz 2009.

D: Ustawa z 25 II 1964 roku; Ustawa z 23 IV 1964 roku; Ustawa z 28 XI 2003 roku.
O: opieka.
TK: ang. *legal assistance/the curatorship*, fr. *assistance légale/la curatelle*, hiszp. *la curadoría/la curatela/assistencia legal/tutela*, niem. *die Pflegeschaft/Fürsorge/Rechtshilfe*, ros. *попечительство/правовая помощь*.

opieka rodzinna → opieka nieformalna

opieka socjalna → opieka społeczna

opieka społeczna (opieka socjalna)
Okres **opieki społecznej** rozpoczyna się w niepodległej Polsce wraz z jej pierwszym aktem prawnym, czyli Ustawą o opiece społecznej z 16 VIII 1923 roku. Opieka społeczna zamyka okres działań dobroczynnych i filantropijnych w zakresie pomocy potrzebującym, otwiera zaś nowy etap przejęcia odpowiedzialności przez państwo: „Opieka społeczna staje się więc niezbędną funkcją państwową. → Życie, zwłaszcza większych zbiorowisk ludzkich, bez jej działania dziś nie jest do pomyślenia" (Manteuffel, 1936). O dokonującej się ewolucji tak pisał Konstanty Krzeczkowski (1879–1939): „Długą i niezwykłą ewolucję przebyła opieka społeczna. Zrodzona z idei przezorności społecznej przeszła różne odmiany od dobrowolnej, dobroczynnej, filantropijnej pomocy, aż do dzisiejszej przymusowej działalności ciał publicznych" (Krzeczkowski, 1947).
Pierwsza Ustawa z 16 VIII 1923 roku o opiece społecznej była szczupłym aktem prawnym zawierającym zaledwie 26 artykułów. Określała ona cel i zakres → opieki, środki niezbędne do zaspokajania niezbędnych potrzeb, obowiązek sprawowania opieki, rozgraniczała obowiązki opiekuńcze gmin, powiatów i województw, ustalała kryteria nabycia prawa do opieki, warunki utraty prawa do opieki trwałej, prawa obywateli polskich za granicą i obcokrajowców w Polsce, określała środki materialne na cele opiekuńcze, legitymowała władze nadzorcze, zwierzchnie oraz sposób rozstrzygania sporów. Zgodnie z ustawą celem opieki było: „zaspokajanie ze środków publicznych niezbędnych potrzeb życiowych tych osób, które trwale lub chwilowo własnymi środkami materialnymi lub własną pracą uczynić tego nie mogą, jak również zapobieganie wytwarzaniu się stanu, powyżej określonego" (art. 1).
Określając zakres opieki, w art. 2 ustalono, że opieka obejmuje (Ustawa z 16 VIII 1923 roku): 1) opiekę nad niemowlętami, dziećmi, młodzieżą, zwłaszcza nad sierotami, półsierotami, dziećmi zaniedbanymi, przestępnymi oraz zagrożonymi przez wpływy złego otocznia; 2) ochronę macierzyństwa; 3) opiekę nad starcami, inwalidami, kalekami, nieuleczalnie chorymi, upośledzonymi umysłowo i w ogóle nad niezdolnymi do pracy; 4) opiekę nad bezdomnymi ofiarami wojny i szczególnie ciężko poszkodowanymi; 5) opiekę nad więźniami po odbyciu kary; 6) walkę z żebractwem, włóczęgostwem, alkoholizmem i nierządem; 7) pomoc instytucjom opiekuńczym prywatnym i współdziałanie z niemi.
Opieka społeczna, regulowana prawnie, kończyła okres filantropii i dobroczynności. Wyrażano radość z zaistniałych zmian, jednocześnie krytykowano minione czasy za skupienie uwagi na samych dobroczyńcach i spełnianych przez nich dobrych uczynkach, aniżeli zaspokajanie potrzeb ludzi ubogich (Manteuffel, 1928). Opieka społeczna, której fundamentem była ustawa, a źródłem finansowania nie były osoby prywatne, ale państwo i samorządy, stwarzała możliwości pomocy bez uzależnień od darczyńcy. Toteż dotychczasowe działania filantropijne krytykowano zwłaszcza w zakresie opieki nad dziećmi: „Dobroczyńca, filantrop, dobra pani tracą swoje dotychczasowe znaczenie – nie ma ich, niepotrzebni. »Biedne sierotki« nie potrzebują czekać w pogotowiu na moment łaski dobrego pana" (Babicki, 1980).
W systemie opieki społecznej pomoc finansowa właściwie nie istniała, choć teoretycznie jako forma pomocy była przewidziana ustawą. Dominowały zaś różne formy pomocy pozafinansowej. Zgodnie z ustawą (art. 3) opieka społeczna polega na dostarczaniu m.in. koniecznych środków żywności, bielizny, odzieży, obuwia; odpowiedniego pomieszczenia z opałem i światłem; pomocy w nabyciu niezbędnych narzędzi pracy zawodowej, pomocy w dziedzinie higieniczno-sanitarnej; pomocy w przywróceniu utraconej, lub podniesieniu zmniejszonej zdolności do pracy; a dopiero na końcu – koniecznej pomocy finansowej. Oprócz ww. form za niezbędne potrzeby życiowe uważano: „staranie o religijno-moralne, umysłowe i fizyczne wychowanie dzieci, u młodocianych – pomoc w przygotowaniu do pracy zawodowej" (Ustawa z 16 VIII 1923 roku). W okresie opieki społecznej zdecydowanie większą uwagę zwracano na stworzenie warunków koniecznych do życia, które tym samym umożliwią samodzielną egzystencję ludziom potrzebującym pomocy. Przykładem może być pomoc w dostarczeniu niezbędnych narzędzi do pracy. Chodziło o to, aby ludzie własnym staraniem mogli utrzymać się, co po-

zwoli uniezależnić się od systemu opieki. Ta forma pomocy przejawiała się także w kierowaniu na różnego rodzaju kursy, np. reperacji odzieży, szycia czy gotowania. Działania podejmowane przez opiekę społeczną były pozytywnie oceniane, uważano, że: „wyrywa ludzi z dna nędzy i usiłuje dać im możność zdobycia przygotowania do pracy, gdyż tylko ona może zaradzić katastrofalnym warunkom, w jakich się znajduje podopieczny" (Szymańska, 1948).

Opieka społeczna koncentrowała się na zaspokajaniu niezbędnych do życia potrzeb. Toteż Helena Radlińska (1879–1954) obok terminu „opieka" stosowała termin „ratownictwo" i „pomoc". Według tej autorki opieka mogła być krótkotrwała bądź trwała, jednak tylko ta pierwsza mogła doprowadzić do usamodzielnienia klienta. Ratownictwo było najczęściej doraźne i wiązało się z klęską powodzi, pożaru, nagłej utraty środków lub wytrącenia poza środowisko. Pomoc zaś dopomaga rozwojowi jednostek i wzrostowi wszystkiego, co zostało uznane za dobro (Radlińska, 1946). System opieki społecznej był raczej ratownictwem aniżeli pomocą.

System opieki społecznej koncentrował się na zabezpieczeniu najsłabszych członków społeczeństwa. Adresatami opieki były głównie dzieci, samotne matki i osoby starsze. Wobec tej kategorii podopiecznych zauważamy pierwsze formy profesjonalizacji i specjalizacji opieki. Działania opiekuńcze oparte były na pewnych ideach, które wyzwalały i umacniały formy opieki. I tak np. opieka nad dzieckiem nie była celem samym w sobie, lecz środkiem do osiągnięcia celu ostatecznego, jakim było „wychowanie pełnowartościowego obywatela" (Orzechowska, 1937). Poza tym opiece nad dzieckiem przyświecała troska o odbudowanie „z gruzów" narodu polskiego. W podobnym duchu roztaczano opiekę nad matką opuszczoną. Pomoc matce oznaczała jednocześnie pomoc dziecku. Opieka nad matką była jednocześnie działaniem profilaktycznym mającym na celu zapobieganie porzucaniu dzieci. Przyjęto zasadę: „nie rozłączać matki z dzieckiem" (Orzechowska, 1937). Szczególną troską otaczano osoby starsze, które w owym czasie nie miały żadnego zabezpieczenia ekonomicznego. W wyniku działań wojennych wielu starców utraciło najbliższych członków → rodziny, a nawet domostwa, co czyniło ich osobami bezdomnymi. Opieka nad osobami starszymi przybierała dwie formy. Pierwsza polegała na pomocy w miejscu zamieszkania – były to m.in. „dorywcze zapomogi w pieniądzu lub naturze, bezpłatne obiady w kuchniach ludowych" (Biskupska, 1948). Druga forma pomocy miała na celu zabezpieczenie mieszkania. Oprócz wspomnianych wyżej form pomocy doraźnej akcentowano konieczność zabezpieczenia finansowego najstarszej subpopulacji, co uzasadniano następująco: „Korzyści wynikające z zaopatrzenia starców dotychczas pozbawionych środków są oczywiste. Podniesie się ich stanowisko w rodzinie, rzadsze będą wypadki złego traktowania, zniknie typ nędzarza i żebraka" (Biskupska, 1948).

W okresie powojennym termin „opieka społeczna" był niejednoznacznie rozumiany. Zaszłości historyczne niejako deformowały obraz opieki i piętnowały podopiecznych: „Słowo »opieka społeczna« porównywane jest nieomal z żebractwem, a już w najlepszym wypadku z czymś, co korzystającego z niej poniża, stawia go na zupełnie innym szczeblu od tych, co nie korzystają z opieki społecznej" (Płotnicka, 1947). Powszechnie uważano, że opieka powinna być reformowana, aby nie kojarzyła się z jałmużną czy akcją charytatywną (Sendlerowa, 1947).

W okresie Polski Rzeczypospolitej Ludowej (PRL) opieka społeczna przechodziła wzloty i upadki. W jednych okresach rozwijała się, w innych zaś była hamowana, a nawet ulegała regresji. Źródła podają, że najbardziej dotkliwy w obszarze opieki społecznej był okres stalinowski (1948–1956). W oficjalnej doktrynie dominował pogląd, że pomoc czy opieka społeczna nie są potrzebne w kraju, w którym wszyscy obywatele, jeśli tylko chcą i nie przeszkadza im w tym ewidentne kalectwo czy → wiek podeszły, mogą znaleźć zatrudnienie i zapewnić sobie środki do życia. Uważano, że opieka społeczna nie rozwiązuje problemów, ale jeszcze bardziej generuje ubóstwo (Piotrowski, 1966). Zasadą nadrzędną polityki socjalnej państwa, zgodnie z duchem planu 6-letniego, była „produktywizacja ludności" (zarówno mężczyzn, jak i kobiet). Pomoc środowiskową zredukowano wówczas do minimum, przeznaczając większość środków na rozwój pomocy zakładowej (Karczewski, 1973). Rozwiązanie samorządu terytorialnego w roku 1950 uczyniło niewykonalnym część zapisów ustawy o opiece społecznej. Jednocześnie na mocy Uchwały Rady Ministrów z 17 IV 1950 roku powołano do życia wydziały pracy i pomocy społecznej prezydiów wojewódzkich rad narodowych, referaty pracy i pomocy społecznej prezydiów powiatowych rad narodowych oraz referaty spraw socjalnych i kulturalnych prezydiów gminnych rad narodowych. Istotne zmiany nastąpiły w latach 1957–1972. Pierwszą ich oznaką było przywrócenie instytucji → opiekunów społecznych oraz utworzenie w 1958 roku Polskiego Komitetu Pomocy Społecznej. Dariusz Zalewski określa sytuację w opiece społecz-

nej po 1956 roku – → „rehabilitacją" opieki i pomocy społecznej (Zalewski, 2005). W 1960 roku zlikwidowano Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej, tworząc Komitet Pracy i Płacy (Ustawa z 13 IV 1960 roku), a następnie przekazując sprawy pomocy społecznej, rehabilitacji zawodowej i inwalidów do Ministerstwa Zdrowia, tworząc Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej. W latach 1969–1973 przy przychodniach obwodowych tworzono ośrodki opiekuna społecznego (Karczewski, 1973). Włączenie ośrodków opiekuna społecznego do zespołów opieki zdrowotnej zakończyło pewien etap zmagań o zlokalizowanie opieki w strukturze społecznej. Ośrodki zdrowia stały się miejscem nie tylko pomocy medycznej, ale i socjalnej. Formalnie ustawa o opiece społecznej obowiązywała aż do 1990 roku Ustawa z 29 XI 1990 roku całkowicie zrywała z systemem „opieki" społecznej, przekształcając ją w „pomoc". Wprowadzenie terminu „pomoc" definitywnie zrywało z dawnym pojęciem „opieki", głównie nad osobami starszymi, schorowanymi, inwalidami. W świetle nowej ustawy „pomoc" zdecydowanie poszerzyła krąg potencjalnych pomocobiorców, wciągając w jej orbitę tych, którzy potrzebują pomocy do samopomocy, tj. pomocy w radzeniu sobie z trudnościami życiowymi. Nowa ustawa zrywała także z rozpowszechnionym w świadomości społecznej systemem ratownictwa społecznego (udzielanie opieki w sytuacjach niemalże dramatycznych, w których człowiek nie znajduje znikąd pomocy).

Terminy „opieka" i „pomoc" można interpretować, odnosząc się do samego charakteru podejmowanych działań, jak i osób potrzebujących wsparcia. Opieka: „obejmuje jednostki niezdolne do samodzielnego życia, bierze za nie odpowiedzialność", przy czym następują zależności pomiędzy opiekunem a podopiecznym. Natomiast właściwości tych nie ma pomoc, która może być: „doraźna, okresowa, wzajemna, zwrotna, nie wymagająca trwalszych więzi interpersonalnych". Wobec tych różnic zasadne jest twierdzenie: „pomagać można i należy tym, którzy zdolni są sami sobie pomóc", jednak absurdem byłoby twierdzenie: „zaopiekować się można i należy tymi, którzy są zdolni do samoopieki" (Dąbrowski, 2001).

Natomiast biorąc pod uwagę zakres odpowiedzialności, termin „opieka" oznacza: „wzięcie odpowiedzialności przez opiekuna za podopiecznego i w konsekwencji prowadzić musi do jego ubezwłasnowolnienia. Z kolei «pomoc» zakłada uznanie wolności i odpowiedzialności każdej jednostki za kształt własnego życia, unikając przy tym obojętności, która może być krańcowym wyrazem tego stanowiska" (Sotwin, 1992). Należący już do przeszłości system opieki społecznej zdecydowanie różni się od obecnego systemu pomocy społecznej. Opieka społeczna zapisała się na kartach historii jako okres niechlubny, poniżający i naruszający godność podopiecznych (Lalak, Pilch, 1999).

TZ

B: Babicki, 1980; Biskupska, 1948; Dąbrowski, 2001; Karczewski, 1973; Krzeczkowski, 1947; Lalak, Pilch, 1999; Manteuffel, 1928, 1936; Orzechowska, 1937; Piotrowski, 1966; Płotnicka, 1947; Radlińska, 1946; Sendlerowa, 1947; Sotwin, 1992; Szymańska, 1948; Zalewski, 2005.

D: Uchwała Rady Ministrów z 17 IV 1950 roku; Ustawa z 16 VIII 1923 roku; Ustawa z 29 XI 1990 roku.

O: opieka, opieka geriatryczna, opiekun społeczny, pomoc sąsiedzka, pomoc społeczna, opieka społeczności.

TK: ang. *social welfare/social services*, fr. *assistance sociale/protection sociale/assistance publique*, hiszp. *asistencia social/servicios sociales*, niem. *Sozialfürsorge/soziale Fürsorge*, ros. *социальное обеспечение*.

opieka społeczności

Opieka społeczności lokalnych, wspólnot sąsiedzkich i wyznaniowych jest jedną z najdawniejszych form pomocy. W historycznych wspólnotach terytorialnych norma obyczajowa, religijna – na mocy imperatywu moralnego – zobowiązywała swoich członków do udzielania pomocy potrzebującym, bez względu na ich zróżnicowanie majątkowe (Kamiński, 1982). Współcześnie opieka społeczności lokalnej nadal jest istotnym rodzajem → wsparcia społecznego.

Instytucjonalny wymiar → opieki przewiduje w zadaniach dla gminy Ustawa z 5 VIII 2015 roku o pomocy społecznej. Wśród wskaźników → jakości życia osób starszych znajduje się m.in. zakres i jakość interakcji społecznych zachodzących w grupie przyjaciół, znajomych, wśród sąsiadów oraz satysfakcja z kontaktów z otoczeniem i satysfakcja z życia społecznego (Tobiasz-Adamczyk, 2000). Małgorzata Halicka uznaje zakres i jakość partycypacji i interakcji społecznych za część składową złożonego pojęcia → satysfakcja życiowa (Halicka, 2000). Wspomniane interakcje najczęściej zachodzą w środowisku lokalnym, w sąsiedztwie. Otoczenie społeczne z kolei, jako podstawowa i najważniejsza płaszczyzna życia wspólnotowego, odgrywa szczególną rolę w życiu ludzi starszych z uwagi na ich ograniczoną → mobilność, osłabioną kondycję zdrowotną i ekonomiczną, a także domocentryczny, rodzinny model aktywności (Trafiałek 2006).

Społeczność zasiedlającą środowisko lokalne łączy nie tylko wspólnota zamieszkania, ale także struktury, instytucje, organizacje i więź osobowa, a czasem emocjonalna. Dla społecznego i indywidualnego wsparcia osób starszych duże znaczenie ma sąsiedztwo, które wyznacza jakość relacji jednostek z grupą, zbiorowością. Tworzy bezpośrednią arenę rozszerzonych interakcji, w których poszczególne grupy wytwarzają sieci różnorakich powiązań materialnych, usługowych, poznawczych bądź emocjonalnych. Istniejące w sąsiedztwie grupy mogą działać w zgodzie bądź w opozycji, integracji społecznej bądź izolacji ze sformalizowanymi instytucjami, do których należą np. → ośrodki pomocy społecznej, domy kultury, parafie, placówki edukacyjne, rekreacyjno-rozrywkowe (Kawula, 2002).

(Pro)Seniorska aktywność w zbiorowości lokalnej znajduje wyraz w inicjatywach ogniskujących działania opiekuńcze (usługi sąsiedzkie – nieformalne i sformalizowane, tzw. opiekuńcze w miejscu zamieszkania: zakupy, przygotowanie i podanie posiłków, prace porządkowe, pomoc w urzędach; działalność ośrodków wsparcia dziennego, → domów dziennego pobytu itd.), prospołeczne (gminne/miejskie → rady [ds.] seniorów), kulturalno-oświatowe i rekreacyjne (np. → centra [aktywności] seniorów [CAS], → kluby seniora, amatorski ruch artystyczny i hobbystyczny, koła emerytów, koła gospodyń wielskich, kluby rolnika itp.), w ruchu samopomocowym (banki czasu) i wolontariacie, w pracy stowarzyszeń, wspólnot wyznaniowych. Wspólnota sąsiedzka wypracowuje własne narzędzia kontroli społecznej przestrzegania norm obyczajowych, stanowi lokalny kodeks postępowania. Przyczynia się w ten sposób do zaspokojenia potrzeby bezpieczeństwa swoich członków. Niektóre wspólnoty terytorialne organizują konkursy na tzw. miejsca przyjazne seniorom. Wyłonione w drodze konkursu zwycięskie instytucje, placówki, zakłady usługowe, punkty gastronomiczne itp. otrzymują specjalne certyfikaty, potwierdzające spełnienie wszystkich warunków koniecznych do tego, by stać się miejscem przyjaznym → seniorom.

Relatywnie długą i niezwiązaną z resortem → pomocy społecznej historię mają spółdzielcze domy dla ludzi starych. Wznoszone od lat 70. XX wieku budynki z infrastrukturą socjalno-usługową i mieszkalną, dostosowaną do potrzeb i możliwości seniorów, z zapleczem w postaci gabinetów pielęgniarek, pomieszczeń rekreacyjnych i stołówek, tracą swe pierwotne znaczenie. Idea patronująca ich powstawaniu zaginęła w realiach gospodarki wolnorynkowej. Zgodnie z prawem spółdzielczym mieszkania przechodzą na własność spadkobierców najemców. Lokale tego rodzaju obecnie rozproszone są w budynkach w różnych dzielnicach miast, a spółdzielnie typu „Pogodna jesień" proponują swoim członkom zwyczajne mieszkania.

ZS

B: Halicka, 2000; Kamiński, 1982; Kawula, 2002; Racław, 2011; Tobiasz-Adamczyk, 2000; Trafiałek, 2006.

D: Ustawa z 12 III 2004 roku; Ustawa z 5 VIII 2015 roku.

O: opieka, opieka społeczna, sieć społeczna i wsparcie społeczne, społeczny system oparcia.

S: opieka środowiskowa, opieka zewnętrzna.

TK: ang. *community care/extra-mural care*, fr. *soins communautaires/assistance pour la communauté*, hiszp. *atención comunitaria*, niem. *nicht-stationäre Gemeindepflege/Gemeinschaftspflege/Sozialdienstleistungen*, ros. *общнный уход/общественный уход*

opieka u kresu życia

→ Opieka nabiera szczególnego znaczenia w ostatnim etapie → życia i w odniesieniu do tego okresu bywa definiowana (w naukach o → zdrowiu, ale także w naukach społecznych) jako opieka u kresu życia. Rozwijające się dynamicznie nauki medyczne odeszły od powszechnej przez wieki holistycznej wizji opieki na rzecz coraz bardziej specjalistycznej wiedzy klinicznej. Przywracanie znaczenia integrującego medyczne i pozamedyczne elementy ostatniemu etapowi życia w XX wieku zawdzięczamy głównie → opiece paliatywno-hospicyjnej. Choć była ona pierwotnie kierowana wyłącznie do pacjentów onkologicznych, wraz z postępami medycyny i wydłużaniem się średniej → długości życia ludzkiego zaczęła również odpowiadać na wyzwania związane z chorobami neurologicznymi i przewlekłymi schorzeniami → wieku podeszłego [starczego]. Działania włączające kolejne obszary instytucjonalnej i domowej ochrony zdrowia i → pomocy społecznej do troski o osoby u schyłku ich życia dobrze określa termin w jęz. ang. *end-of-life care***.** Ma on liczne definicje, a dyskusję toczącą się nad jego ujednoliceniem ilustruje próba integracji istniejących definicji w naukach o zdrowiu i naukach społecznych (O'Connor, 2008 – Internet: www.endoflifecareforadults.nhs). W medycynie, pielęgniarstwie, → pracy socjalnej i pokrewnych profesjach pomocowych, opieka u kresu życia odnosi się do opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, nie tylko w przypadku chorych w ostatnich godzinach lub dniach ich życia, ale szerzej do troski o wszystkie osoby z nieuleczalną → chorobą, która stała się zaawansowana i po-

stępująca (*NHS England*…, 2008 – Internet: www.england.nhs.uk…). Rosnąca liczba osób przewlekle chorych i starszych, a także związane z tym problemy organizacyjne i finansowe leżały u podstaw stworzenia strategii opieki u kresu życia w Anglii (*NHS England*…, 2008 – Internet: www.england.nhs.uk…). Przyjęto w niej następującą definicję: „Opieka u kresu życia zajmuje się pomocą w zapewnieniu dobrego życia aż do jego zakończenia, zawierając opiekę w ostatnim r.ż. nad osobami w końcowym stadium każdej choroby" (*NHS*…, 2012 – Internet: www.goldstandardsframework.nhs.uk). Problemy z precyzyjnym określeniem ostatniego r.ż., w wielu przypadkach rodzące niejasności natury prawnej, organizacyjnej i finansowej, skłoniły twórców brytyjskiej strategii w dokumencie *Actions for End of Life Care: 2014–2016* do zmiany tych zapisów na określenie: „ostatnie lata życia" (*NHS England*…, 2014 – Internet: www.england.nhs.uk…). Po sukcesie pierwszej części wieloletniej kampanii, dzięki której ciężko chorzy i ich bliscy mogli dowolnie wybrać lokalizację opieki u kresu życia (szpital, → hospicjum, → dom pomocy [społecznej], własne mieszkanie, w którym chory i → rodzina otrzymują odpowiednie → wsparcie), kolejnym etapem *End-of-life Care Strategy* w Anglii będzie m.in. realizacja haseł: „Opieka musi być powszechnie dostępna, dla wszystkich, którzy jej potrzebują" oraz „współczujące społeczności lokalne", które ma zmobilizować do działania społeczności lokalne (*NCPC*…, 2014 – Internet: http://www.ncpc.org.uk…). Strategia opieki u kresu życia w Anglii zaowocowała wieloma badaniami, publikacjami i zmianami w systemie wspierania osób ciężko chorych i ich rodzin, stając się inspiracją dla innych (Clark, Centeno, 2014). Wiele działań na rzecz osób u kresu życia podjęto także w Irlandii. W roku 2010 utworzono tam konsorcjum *All Ireland Institute of Hospice and Palliative Care* (AIIHPC), złożone z 17 instytucji naukowych i opiekuńczych. Jego celem jest zwiększanie zdolności do rozwijania wiedzy, propagowanie nauki i polityki edukacyjnej oraz poprawę praktyk związanych z opieką u kresu życia, zarówno w → opiece instytucjonalnej, jak i w opiece domowej. Ostatecznym celem tej inicjatywy jest zapewnienie jak najlepszej opieki dla osób u kresu życia oraz wsparcie ich opiekunów, do czego służą zarówno badania, publikacje, jak i konkretne propozycje opieki wyręczającej w środowiskach lokalnych (www.aiihpc.org).

W Polsce nie ma jeszcze zintegrowanych działań w odniesieniu do osób u kresu życia, a sam termin nie jest jeszcze powszechnie przyjęty, choć znajdują się już jego definicje i opisy (Krakowiak, 2012 b). Oprócz niego funkcjonuje również określenie „opieka u schyłku życia", definiowana jako istotna składowa opieki paliatywno-hospicyjnej, znajdująca zastosowanie w opiece nad chorym bliskim → śmierci, umierającym (ostatnie tygodnie/dni życia), jednak ciągle żyjącym i wymagającym bardzo starannej, profesjonalnej opieki i leczenia paliatywnego (Łuczak, Lemieszek-Kotlińska, 2011). Przyjmując to określenie, warto podkreślić, że opieka u kresu życia to szersze pojęcie, obejmujące swoim zakresem ostatnie lata i miesiące życia, których przebieg – poza nieprzewidywalnymi w każdym wieku nagłymi wypadkami – można coraz precyzyjniej określić. W tym czasie ciężko chorzy z różnymi schorzeniami oraz ich bliscy muszą zmagać się z fundamentalnymi lękami i obawami, własną ułomnością, niepokojami i pragnieniem zachowania godności w obliczu zbliżającej się śmierci (O'Conor, 2008 – Internet: www.endoflifecareforadults.nhs). Potrzeby chorych i ich rodzin, które pojawiają się w tym okresie i na które ma odpowiedzieć odpowiednio zorganizowana opieka u kresu życia, mają charakter wielowymiarowy. Dotyczą sfery fizycznej, ale także duchowej, psychicznej i społecznej. Obok dolegliwości związanych z chorobą czy niedołężnością pojawiają się różnego rodzaju emocje od nadziei po złość z powodu niepowodzenia w leczeniu, lęk przed bólem, śmiercią, poczucie beznadziejności. Towarzyszą im dylematy i pytania natury egzystencjalnej, duchowej czy religijnej. Jednocześnie spokój może zakłócać troska o rodzinę, finanse, niepokój wywołany utratą pozycji społecznej, zamianą pełnionych ról i funkcji społecznych (Krajnik, Rogiewicz, 1998). Potrzeby chorych u kresu życia i ich rodzin, wynikające z przeżywanych cierpień różnego rodzaju, opisują koncepcje → bólu totalnego → Saundres i Roberta G. Twycrossa. Zadaniem zespołu sprawującego opiekę nad osobami u kresu życia jest łagodzenie bólu we wszelkich jego wymiarach. Aby wypełnić to zadanie, konieczna jest współpraca profesjonalistów różnych specjalności, którzy mogą stworzyć zintegrowaną opiekę nad osobami u kresu życia w instytucjach ochrony zdrowia, pomocy społecznej, czy w opiece domowej. Na potrzeby związane z ostatnim etapem życia w Polsce najpełniej odpowiadają stacjonarne i domowe ośrodki paliatywno-hospicyjne. Jednak przyjmują one głównie pacjentów onkologicznych, niezgodnie z rekomendacją Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej (*EAPC*, 2009), czy krajowych wytycznych Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), mówiących o istnieniu różnych nieuleczalnych chorób, nie tylko nowotworów. Obok pacjentów onkologicznych opieki tej wymagają także chorzy z niewydolnością ser-

ca, → przewlekłą obturacyjną chorobą płuc [POChP] (Damps-Konstańska, Krakowiak, Jassem, 2009), chorobami otępiennymi (Nowicka, 2011) i wieloma innymi schorzeniami, które współwystępują często u osób starych. Różna dostępność, jakość i odpłatność oferowanej opieki w przypadku różnych schorzeń jest dyskryminująca, a powinna być wspólna dla wszystkich osób u kresu ich życia (Stienstra, Chochinov, 2006). Raporty z badań przeprowadzanych w opiece instytucjonalnej i domowej potwierdzają, że wielu pacjentów nie otrzymuje należnej opieki i → wsparcia u kresu ich życia (*RCGP-RCN*, 2012 – Internet: www.goldstandardsframework…). Według EAPC zapewnienie opieki paliatywnej osobom z chorobami nienowotworowymi wymaga dodatkowych środków i powinno stać się priorytetem przy planowaniu rozwoju systemów zdrowotnych, zarówno na szczeblu krajowym, jak i europejskim. Towarzystwo zakłada, że gdyby wszyscy chorzy mieli taki sam dostęp do opieki paliatywnej, proporcje w subpopulacji objętej tą opieką wyglądałyby następująco: 40% – osoby z chorobami nienowotworowymi, 60% – chorzy na nowotwory (*EAPC*, 2009).

Wprowadzenie terminu *opieka u kresu życia* do języka medycyny i nauk o zdrowiu, pedagogiki społecznej i pracy socjalnej, a także do świadomości społecznej w Polsce, pomoże w dyskusji o organizacji i stworzeniu strategii zintegrowanej opieki nad ciężko chorymi w Polsce, wykorzystującej osiągnięcia opieki paliatywno-hospicyjnej (Krakowiak, 2012). Termin ten powinien znaleźć się w słownictwie dotyczącym nauczania ochrony zdrowia i pomocy społecznej, a także być wykorzystywany w praktycznych działaniach i współpracy obu tych sektorów. Ważne, by znany był także organizacjom pozarządowym i związkom wyznaniowym we wspólnej trosce o osoby u kresu życia i ich bliskich. W podsumowaniu szczegółowej analizy sytuacji osób u kresu życia stwierdzono, że prace nad zintegrowaną strategią opieki nad osobami u kresu życia i opiekunami nieformalnymi w Polsce mogą służyć przeciwdziałaniu wykluczeniu społecznemu osób u kresu życia, integracji i koordynacji działań pomocowych, wsparciu → opiekunów rodzinnych osób u kresu życia oraz rozwojowi wolontariatu w środowiskach lokalnych (Krakowiak, 2012). Bez integracji i koordynacji działań ochrony zdrowia, pomocy społecznej, związków wyznaniowych i wolontariatu na rzecz osób u kresu życia i ich opiekunów, coraz trudniej będzie zapewnić dobrą jakość opieki potrzebującym w naszym kraju. Opieka nad osobami u kresu życia może wykorzystać dobre praktyki opieki paliatywno-hospicyjnej, będące przykładem udanej współpracy międzysektorowej (Janowicz, Krakowiak, Stolarczyk, 2015), przenosząc je zarówno do opieki instytucjonalnej, jak i do domowej z udziałem opiekunów rodzinnych i nieformalnych.

PK, AJA

B: Clark, Centeno, 2014; Damps-Konstańska, Krakowiak, Jassem, 2009; *EAPC*…, 2009; Janowicz, Krakowiak, Stolarczyk, 2015; Krajnik, Rogiewicz, 1998; Krakowiak, 2012 b; Łuczak, Lemieszek-Kotlińska, 2011; Nowicka, 2011; Stienstra, Chochinov, 2006.
N: http://mmnc.org.au/…; *NCPC*…, 2014 – Internet: http://www.ncpc.org.uk…; *NHS*…, 2012 – Internet: www.goldstandardsframework.nhs.uk; *NHS England*…, 2008 – Internet: www.england.nhs.uk…; *NHS England*…, 2014 – Internet: www.england.nhs.uk…, O'Connor, 2008 – Internet: www.endoflifecareforadults.nhs…; *RCGP-RCN*, 2012 – Internet: www.goldstandardsframework…; www.aiihpc.org
O: hospicjum, opieka, opieka nad umierającym, opieka paliatywno-hospicyjna, wolontariat hospicyjny.
S: opieka nad człowiekiem umierającym, opieka nad śmiertelnie chorym, opieka u schyłku życia, pomoc umierającym.
TK: ang. *care at the end of life*/*end-of-life care*, fr. *soins informels*/*soins de fin de vie*, hiszp. *al final de su vida cuidado*, niem. *Pflege am Lebensende*/*Sterbegleitung*/*Versorgung am Lebensende*, ros. *опека или уход за умирающим больным*.

opiekun medyczny

W Polsce od roku 2008 prowadzone jest szkolenie w zawodzie opiekuna medycznego. Szkolenie to odbywa się na poziomie szkół zawodowych i policealnych. W ciągu lat wykształciło się ok. 20 tys. osób, połowa zdała egzamin państwowy, a pracę znalazł tylko co czwarty z nich. Opiekun medyczny jest wsparciem (przy zachowaniu ścisłego rozdzielenia kompetencji między obydwoma zawodami) bardzo pozytywnie ocenianym przez personel pielęgniarski. Pielęgniarki bowiem mogą się posiłkować medycznie wyszkolonym personelem pomocniczym (www.opiekunmedyczny.com.pl).

Procesy → starzenia się społeczeństw wymagają poświęcenia szczególnej uwagi kwestii rozbudowy → opieki i efektywnej pomocy. W skład zespołów terapeutycznych należy aktywnie włączyć asystentów pacjenta w podeszłym wieku. Taką rolę mogą pełnić opiekunowie medyczni – są to osoby, które w sposób profesjonalny pomagają osobie chorej i niesamodzielnej zaspokoić jej podstawowe potrzeby życiowe.

Opiekun medyczny rozpoznaje oraz rozwiązuje problemy opiekuńcze osoby chorej i niesamodzielnej

w różnym stopniu zaawansowania → choroby i w różnym wieku. Jest to osoba, która pomaga swoim podopiecznym zaspokajać potrzeby biopsychospołeczne. Asystując personelowi medycznemu (pielęgniarkom, rehabilitantom) podczas wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych, pomaga mu i jednocześnie wspiera osobę chorą i/lub niesamodzielną. Podczas świadczenia usług z zakresu opieki medycznej nad osobą chorą i niesamodzielną podejmuje współpracę z zespołem terapeutycznym (www.opiekunmedyczny.com.pl). Opiekunów medycznych obowiązują zasady etyczne wypracowane przez zawody medyczne. W pracy opiekunów medycznych obowiązywać powinien model partnerski, który sprzyja przestrzeganiu zasady autonomii, budowaniu wzajemnego szacunku i zaufania.

Godność osobista osoby starszej naruszana jest najczęściej poprzez podejmowanie decyzji jej dotyczącej z pominięciem jej osobistego stanowiska, poniżanie i ograniczanie jej prywatności, wyłączanie z różnych obszarów życia.

Aby móc dokonać słusznego wyboru, każdy opiekun powinien znać kodeks etyki zawodowej swojego zawodu (www.opiekunmedyczny.com.pl).

→ Prawa pacjenta

– wynikają z bezpośredniego stosowania przepisów Konstytucji Rzeczpospolitej Polskiej (Ustawa z 2 IV 1997). Zarówno pacjent, jak i każdy członek zespołu terapeutycznego powinien zapoznać się z Kartą Praw Pacjenta, w której zawarte są informacje dotyczące praw i uprawnień do przekazywania informacji pacjentowi oraz opiekunowi prawnemu. Opiekun sprawujący opiekę nad pacjentem, podobnie jak wszyscy członkowie zespołu terapeutycznego, musi znać Kartę Praw Pacjenta, aby nigdy nie doszło do przekroczenia uprawnień, jakie posiada.

Podstawowe prawa pacjenta m.in. obejmują (www.bpp.gov.pl):

1. Prawo do poszanowania intymności pacjenta, traktowania go godnie i z szacunkiem.
2. Prawo do informacji na temat stanu → zdrowia pacjenta.
3. Prawo dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta.
4. Prawo dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
5. Prawo do korzystania z aktualnych zdobyczy medycyny, zarówno w diagnostyce, jak i w leczeniu.
6. Prawo pacjenta do towarzystwa osoby bliskiej.

Charakterystyka zawodu opiekuna medycznego

Oznaczenie kwalifikacji: Z.4.

Nazwa kwalifikacji: Świadczenie usług opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej.

Symbol cyfrowy zawodu: 532102.

Opiekun medyczny to zawód pomocniczy w zakresie czynności opiekuńczo pielęgnacyjnych. Opiekun medyczny należy do zawodów zaufania publicznego. Pomaga w sposób profesjonalny osobie chorej i niesamodzielnej. Do kompetencji zawodowych opiekunów medycznych należy podstawowa pielęgnacja i opieka. Świadczeniem pielęgnacyjnym (podstawowym) jest pomoc w zakresie odżywiania, wydalania, higieny ciała i → mobilności (Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 7 II 2012 roku)

Zadania opiekuna medycznego

Do najważniejszych zadań opiekuna medycznego należą:

- rozpoznawanie i rozwiązywanie problemów opiekuńczych osoby chorej i niesamodzielnej;
- pomaganie osobie chorej i niesamodzielnej w zaspokajaniu podstawowych potrzeb;
- asystowanie pielęgniarce i innemu personelowi medycznemu podczas wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych;
- podejmowanie współpracy z zespołem opiekuńczym i terapeutycznym podczas świadczenia usług z zakresu opieki medycznej nad osobą chorą i niesamodzielną.

Podopieczny oczekuje od opiekuna medycznego dobrej komunikacji, zrozumienia, → wsparcia i pomocy. Świadomość, że obok jest ktoś życzliwy, zainteresowany tym, co mamy do powiedzenia, i naprawdę słucha, sprzyja uspokojeniu i zwiększeniu poczucia bezpieczeństwa. Rola opiekuna nie ogranicza się tylko do czynności pielęgnacyjnych, ale jest wsparciem emocjonalnym i psychicznym. Dobra komunikacja między osobą niesamodzielną a opiekunem opiera się na równości i wzajemnym zrozumieniu (Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 7 II 2012 roku).

Rady dla opiekunów medycznych

1. Rozmawiaj twarzą w twarz, ogranicz szum wokół podopiecznego (radio, telewizja, inne rozmowy), mów wyraźnie.
2. Słuchaj!
3. Parafrazuj – powtarzaj zdania podopiecznego w inny sposób. Będzie wiedział, że go słuchasz.
4. Proponuj, nie narzucaj.

5. Pomyśl, skąd wynika opór.
6. Pozwól decydować, daj poczucie, że podopieczny ma wpływ na to, co się z nim dzieje.
7. Pomagaj w pielęgnacji.
8. Szanuj granice intymności.
9. Informuj go o tym, co chcesz zrobić (www.opieka.senior…).

Zakres obowiązków opiekunów medycznych

Odżywianie:
- przygotowanie pożywienia w sposób umożliwiający jego spożycie przez osobę niesamodzielną (nie obejmuje gotowania);
- podgrzewanie napojów i pokarmów;
- rozdrabnianie posiłków;
- udzielanie pomocy przy spożywaniu posiłków, a w razie potrzeby karmienie.

Odżywianie to działania, które służą do tego, by gotowe już pożywienie mogło być spożyte przez osobę objętą opieką (rozdrabnianie, dzielenie na porcje, karmienie).

Należy dodać, że czynność karmienia przez sondę i gastrostomię wchodzi w zakres pielęgnacji specjalistycznej i jest zastrzeżona dla kompetencji pielęgniarki. Natomiast opiekun wykonuje zlecone przez pielęgniarkę czynności przygotowawcze i dba o czystość używanego sprzętu w karmieniu przez sondę lub przez przetoki odżywcze.

Wydalenie:
- pomoc w korzystaniu z toalety;
- zakładanie i wymianę absorpcyjnych środków pomocniczych;
- stosowanie preparatów zabezpieczających ciało przed drażniącym działaniem moczu;
- zakładanie i wymianę cewników zewnętrznych;
- zakładanie i wymianę worków do zbiórki moczu oraz worków stomijnych.

Czynności związane z wydalaniem obejmują także: kontrolę oddawania moczu i stolca, higienę oraz pielęgnację stomii (urostomii i sztucznie wyłonionego odbytu) oraz zaopatrzenie w sprzęt medyczny jednorazowego użytku. Uwzględnia się tu również przygotowywanie odzieży przed i po pójściu do toalety, higienę intymną oraz sprzątanie po oddawaniu moczu i stolca oraz opróżnianie i sprzątanie krzesła toaletowego bądź tzw. basenu i kaczki.

Higiena ciała:
- pielęgnacja ciała (pielęgnacja skóry);
- utrzymywaniu ciała w czystości poprzez wykonywanie podstawowych zabiegów kosmetycznych;
- mycie, czesanie, golenie, obcinanie paznokci.

Pacjent powinien być myty w miejscu do tego przeznaczonym z bezwzględnie wymaganym zachowaniem intymności i dyskrecji. Dotyczy to także higieny intymnej po skorzystaniu z toalety. Zakres ten obejmuje ponadto czynności poprzedzające mycie ciała związane z przemieszczaniem pacjenta.

Higiena jamy ustnej:
- mycie zębów;
- czyszczenie protez;
- pielęgnacja jamy ustnej.

Poruszanie się i przemieszczanie:
- zmiany ułożenia ciała;
- ubieranie i rozbieranie;
- pomoc w stosowaniu sprzętu wspomagającego poruszanie się.

Ubieranie i rozbieranie:
- otwieranie i zaciąganie suwaków, rozpinanie i zapinanie guzików, zdejmowanie i zakładanie butów, wybór odzieży (odpowiednio do pory roku, dnia, pogody), ubieranie i rozbieranie, zabranie odzieży z miejsca normalnego przechowywania, np. z wieszaka lub szafy, a także zakładanie i zdejmowanie protez, gorsetu i rajstop lub pończoch uciskowych.

Chodzenie:
- pomaganie przy chodzeniu, staniu i wchodzeniu po schodach;
- poruszanie się za pomocą wózka inwalidzkiego (www.opieka.senior…).

Opiekun medyczny w zespole terapeutycznym

Działania zespołów terapeutycznych powinny zmierzać do tego, aby → indywidualny plan opieki pielęgniarskiej, jaki zakładamy, był wykonalny, łatwy do zastosowania oraz zawierał hierarchię działań. Plan opieki powinien być indywidualny, zakładać wspólne oddziaływanie całego zespołu terapeutycznego, i obejmować takie elementy, jak:
- analiza stanu (fizycznego, psychicznego);
- wymogi odnośnie do opieki;
- skalę aktywności poszczególnych członków zespołu;
- odpowiedzialność za realizację zadań;
- określenie środków (www.dpschodziez.pl/zespol.php).

Rola opiekuna medycznego w terapeutycznych zespołach szpitalnych

Przyjęcie chorego do szpitala i na oddział. Pacjent w → wieku podeszłym w chwili przyjęcia na oddział jest zagubiony. Obecność opiekuna medycznego w takiej chwili może być nieoceniona, zwiększa bowiem poczucie bezpieczeństwa i ułatwia adaptację do wa-

runków szpitalnych oraz umożliwia poznawanie topografii szpitala i oddziału. Opiekun medyczny odgrywa bardzo ważną rolę w chwili przyjęcia pacjenta do szpitala Jest często pierwszym przedstawicielem personelu, z jakim spotyka się pacjent i jego → rodzina.

Do jego zadań na izbie przyjęć należą:
- wykonanie toalety lub kąpieli;
- obserwacja stopnia sprawności;
- obserwacja wyglądu (obrzęki, rany, → odleżyny);
- przebranie się i spakowanie rzeczy do oddania rodzinie lub do depozytu;
- przewiezienie pacjenta na oddział i przekazanie pielęgniarce.

Obowiązki opiekuna medycznego na oddziale to:
- zapoznanie z topografią oddziału (wskazanie węzła sanitarnego, lokalizacja dyżurki pielęgniarskiej i lekarskiej oraz świetlicy);
- wskazanie sali i łóżka, ustawienie stolika, pomoc w rozpakowaniu rzeczy;
- sprawdzenie, czy pacjent ma potrzebne przybory;
- objaśnienie, jak korzystać z dzwonka, jak obsługiwać łóżko;
- informowanie o godzinach obchodów lekarskich, posiłków, zmiany personelu, wizyt duszpasterskich, godzinach odwiedzin;
- udzielanie pozostałych informacji.

Pacjent musi mieć poczucie bezpieczeństwa i powinien wiedzieć, że zawsze może liczyć na pomoc opiekuna. Jeżeli nie ma przeciwwskazań, opiekun:
- zaprowadza pacjenta na badania, np. do laboratorium, do pracowni RTG, na konsultacje;
- pomaga pacjentowi we wszystkich czynnościach, z którymi pacjent sam sobie nie radzi;
- wykonuje czynności zlecone i koordynowane przez pielęgniarkę;
- bierze czynny udział w zapewnianiu podstawowej pielęgnacji (Szwałkiewicz, 2013).

CARE

Umiejętność okazywania troski można najlepiej przedstawić poprzez interpretację ang. słowa *CARE* (troska, opieka, dbałość, staranność, ostrożność). Na znaczenie tego wyrazu składają się umiejętności związane z następującymi elementami:
- **C** jak *Comfort* (wygoda, komfort), czyli kierowanie rozmową podczas kontaktu z pacjentem, aby ten czuł się swobodnie i nabrał zaufania do rozmówcy, aby poczuł się w jego obecności komfortowo.
- **A** jak *Acceptance* (akceptacja), tj. pomoc pacjentowi w zaakceptowaniu zaistniałej sytuacji, poprzez okazanie mu zainteresowania.
- **R** jak *Responsiveness* (reagowanie), czyli szybkie i trafne reagowanie na zaistniałą sytuację. Wykazanie się wrażliwością i czujnością na zachowania pacjenta.
- **E** jak *Empathy* (empatia). To najbardziej pożądana z cech dobrego opiekuna. Wyraża zrozumienie i pomaga osiągnąć porozumienie między osobami współzależnymi (Talarska, Wieczorowska-Tobis, 2009).

MKO

B: Szwałkiewicz, 2013; Talarska, Wieczorowska-Tobis, Szwałkiewicz, 2009.
D: Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 7 II 2012 roku.
N: http://www.homehelpandcare.com/; www.bpp.gov.pl; www.dpschodziez.pl/zespol.php; www.opieka.senior…; www.opiekunmedyczny.com.pl
O: opieka, opieka długoterminowa, opieka okołooperacyjna, pielęgniarstwo geriatryczne, prawa pacjenta.
TK: ang. *medical care assistant/medical carer/health care assistant*, fr. *assistant de soins médicaux*, hiszp. *auxiliary de atención médica*, niem. *Assistent in der Gesundheitspflege*, ros. *помощник медицинской помощи*.

opiekun rodzinny

Skala świadczenia rodzinnych usług opiekuńczych jest trudna do określenia ze względu na to, że poszczególne państwa stosują różne, wąskie lub szerokie definicje pojęcia → opieki. Na podstawie szerokiego ujęcia liczbę opiekunów w krajach Europejskiej Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) można określić na 100 mln, natomiast definiując wąsko tę kategorię osób, tzn. opiekujących się co najmniej 20 godz. tygodniowo, na 19 mln. Spośród tej drugiej kategorii osób ponad połowa opiekuje się krewnymi co najmniej 35 godz. w tygodniu (*Long-term care*…, 2000; *Policies*…, 2011).

Opiekunowie rodzinni w Europie i na świecie

Między państwami występują wyraźne różnice w zakresie zapewniania opieki rodzinnej. Najwięcej opiekunów rodzinnych (w ujęciu wąskim) jest w Stanach Zjednoczonych i Holandii. Ostatecznie szacuje się, że nawet jeśli używamy wąskiego definiowania pojęcia, liczba opiekunów rodzinnych jest co najmniej dwukrotnie, a niektórych państwach (Holandia, USA, Kanada) dziesięciokrotnie większa niż opiekunów formalnych. Zatem w większości krajów OECD 70–90% opiekunów osób starszych to opiekunowie rodzinni. Odsetek nieformalnych opiekunów w krajach OECD waha się od 8% do 16% dorosłej części ludności. Najniższe odsetki

opiekunów rodzinnych występują w państwach skandynawskich – szczególnie w Szwecji – jeśli wziąć pod uwagę pomoc w zakresie → czynności życia codziennego, określonych za pomocą → skal ADL i IADL (*Long-term care*…, 2005; *Policies*…, 2011).

Cechy opiekunów rodzinnych

W sprawozdaniach dotyczących opiekunów rodzinnych zazwyczaj podaje się dane określające ich wiek i relacje z osobą otrzymującą wsparcie (np. współmałżonek, rodzic). Tę grupę najliczniej reprezentują kobiety po 45. r.ż., będące najczęściej współmałżonkami, dorosłymi córkami lub synowymi osób, którymi się opiekują. Im opieka jest bardziej intensywna, tym bardziej wzrasta prawdopodobieństwo, że opiekunem jest kobieta. Opiekunami rodzinnymi są najczęściej osoby pracujące, następnie emeryci, najrzadziej bezrobotni. W kwestii statusu zawodowego obserwuje się znaczące różnice między państwami. W Szwecji 3/4 opiekunów rodzinnych to osoby pracujące, natomiast w Polsce, Wielkiej Brytanii i Włoszech najwięcej opiekunów to emeryci. Różnice między państwami dotyczą także redukowania czasu pracy w związku ze sprawowaniem opieki nad → seniorami – w Szwecji nie zaobserwowano redukcji czasu pracy, w Wielkiej Brytanii przeciwnie. Sytuacja życiowa opiekunów jest często bardzo trudna. Cierpią oni z powodu problemów psychicznych, wynikających z długotrwającej i wyczerpującej opieki. Najczęściej problemy te zaobserwowano w Grecji (1,5% ogółu opiekunów), Danii i Czechach (1,4%). Najmniej takich przypadków zanotowano w Szwecji, Włoszech, Szwajcarii, USA, Irlandii, Polsce i Hiszpanii. Średnia dla OECD – 1,3% ich ogółu. Wśród opiekunów osób starszych jest o 20% więcej osób z problemami mentalnymi, niż wśród osób niebędących opiekunami. Intensywne opiekowanie się członkami → rodziny i innymi bliski osobami łączy się ze zmniejszonymi zdolnościami do wykonywania obowiązków zawodowych, co z kolei wiąże się z wyższym ryzykiem popadnięcia w ubóstwo i/lub narażeniem na różnego rodzaju choroby powstałe z przeciążenia organizmu (*Long-term care*…, 2005; *Policies*…, 2011).

Polityka wspierania opiekunów rodzinnych

Opiekunowie rodzinni są najbardziej preferowani przez pacjentów korzystających z → opieki długoterminowej – w literaturze i raportach krajowych często pojawia się stwierdzenie, że ich praca na rzecz rodziny stanowi znaczne „odciążenie" budżetów państw. W związku z tym większość państw dostrzega konieczność wspierania opiekunów nieformalnych, do których poza członkami rodziny należą także znajomi. W tworzeniu polityki opiekuńczej zwraca się uwagę na szukanie takich rozwiązań, które umożliwią zapewnienie ciągłej opieki. W tym celu często łączy się sektory opieki formalnej i → opieki nieformalnej. Opieka rodzinna, mimo że korzystna dla jej odbiorców, jest mniej niż formalna zadowalająca dla samych opiekunów, szczególnie tych będących w wieku produkcyjnym. Opiekunowie rodzinni z trudnością bowiem mogą łączyć pracę zarobkową z obowiązkami opiekuńczymi, dlatego często albo ograniczają czas pracy, albo rezygnują z niej. Takie rozwiązanie może jednak wpłynąć na ich przyszłe życie zawodowe, a nawet wykluczyć z rynku pracy. Kolejną negatywną konsekwencją opiekowania się bliskimi jest → zespół wypalenia zawodowego i ciągły → stres, prowadzące do pogorszenia stanu → zdrowia opiekunów. Cierpią oni zdecydowanie częściej na → depresję i zaburzenia nastroju, niż osoby niebędące opiekunami.

W większości krajów opiekunowie rodzinni i przyjaciele sprawują opiekę, której wartość ekonomiczna jest bardzo wysoka. Polityki państw uwzględniając zarówno tę ekonomiczną korzyść, jak i wartość etyczną opieki rodzinnej, poszukują coraz lepszych rozwiązań wspierających opiekunów. Można wskazać kilka kierunków tej polityki (*Policies*…, 2011):

- zapewnienie opiekunom lepszego poziomu życia;
- gwarancja wynagrodzenia finansowego za opiekę;
- wprowadzenie udogodnień dla tych, którzy łączą opiekę z pracą zawodową;
- pomaganie w uwalnianiu od stresu i wypalenia zawodowego związanego z opieką;
- rekompensowanie dodatkowych kosztów związanych z utrzymaniem.

Najczęściej środki zarówno dla korzystających z usług opieki rodzinnej, jak i dla samych opiekunów rodzinnych wypłacane są odbiorcom usług. W państwach skandynawskich i anglojęzycznych zaobserwowano wzrost liczby opiekunów rodzinnych. Ponoszą oni ryzyko „uwięzienia w roli nisko opłacanego pracownika", pracując często w nieuregulowanych strefach rynku (w „szarym sektorze"). W polityce państw zaobserwowano nieliczne przykłady zachęcania do uczestnictwa w rynku formalnym. Jeśli chodzi o wprowadzanie udogodnień dla tych, którzy łączą opiekę z pracą zawodową, w niektórych państwach wspiera się harmonizowanie pracy zawodowej z opieką poprzez umożliwienie tzw. elastycznej pracy, czy np. możliwość wzięcia urlopu na okres sprawowania opieki. Jednak wzrost liczby godzin opie-

ki nad osobą starszą powoduje znaczące redukcje wskaźników zatrudnienia (1% wzrostu czasu opieki powoduje redukcję zatrudnienia o 10%). W Stanach Zjednoczonych, Wielkiej Brytanii i Australii proponuje się elastyczne formy zatrudnienia, co zmniejsza ryzyko redukcji godzin pracy.

Popularne – szczególnie w państwach skandynawskich – jest wspomaganie rozwoju usług wspierających opiekunów nieformalnych poprzez organizowanie opieki zastępczej, szkoleń i doradztwa. To w założeniu poprawia jakość opieki, bo sprzyja poprawie samopoczucia opiekunów. Usługi te mogą być realizowane po stosunkowo niskich kosztach, w tym celu wykorzystuje się również wolontariat. W niektórych państwach (np. w Szwecji) proponuje się wsparcie w formie tzw. opieki wytchnieniowej. Oferuje się tzw. dzienną, bezpłatną opiekę zastępczą, wycieczki weekendowe dla opiekunów, także programy szkoleń ułatwiające komunikację z instytucjami przyjaznymi seniorom oraz specjalistyczne doradztwo (Ziębińska, 2014).

Przy szacowaniu kosztów opieki nieformalnej bierze się pod uwagę przyszłą dostępność opiekunów nieformalnych i ich chęć do sprawowania opieki, na co mają wpływ takie czynniki, jak: sytuacja na rynku pracy i zdolność do zapewnienia opieki, która spada, gdy opiekunowie sami się starzeją i są mniej sprawni.

Przewidywane zmniejszenie skali świadczenia opieki rodzinnej powoduje prawdopodobnie wzrost popytu na opiekę formalną i wiążący się z nim wzrost bezpośrednich wydatków na opiekę długoterminową mierzonych jako udział w produkcie krajowym brutto (PKB). Ten wzrost popytu najprawdopodobniej podniesie poziom wydatków na ten rodzaj opieki z dwóch powodów: z powodu wzrostu płac w tym sektorze oraz z powodu wzrostu kosztów związanych z godzeniem pracy z → opieką nieformalną (najczęściej rodzinną) polegającym na publicznym wspieraniu opiekunów np. poprzez rozwój opieki zastępczej. Zakłada się, że przy aktualnym kierunku polityki Unii Europejskiej (UE) wydatki na opiekę długoterminową wzrosną szczególnie w tych państwach, w których dominuje opieka nieformalna. W dokumentach prezentujących diagnozy i kierunki działań przewiduje się raczej wzrost zakresu świadczenia opieki formalnej niż nieformalnej. Ponadto przewiduje się nie tylko wzrost wydatków na pokrycie kosztów opieki formalnej (w instytucji, opieki domowej, świadczeń pielęgnacyjnych), ale w związku z tym wzrost nakładów na opiekę nieformalną o ok. 1% rocznie (*The 2012 Ageing Report*…, 2012).

Przyszłość opieki rodzinnej

Opieka rodzinna, choć nadal najbardziej popularna i świadczona na szeroką skalę w wielu państwach, wyraźnie „przeżywa kryzys", na co wpływ ma kilka czynników. Obok czynników demograficznych przyczyny deficytu opieki można znaleźć w sferze gospodarki i kultury. Zmiany wzorów życia rodzinnego: wzrost liczby osób samotnych, rozwodów oraz niepełnych rodzin, aktywizacja zawodowa kobiet, rosnąca mobilność (migracje zarobkowe) członków rodzin, powodują osłabienie więzi i zmniejszenie poczucia odpowiedzialności za swoich krewnych (Krzyszkowski, b.r., – Internet: dspace.uni.lodz.pl…). Grupa potencjalnych opiekunów rodzinnych może być coraz mniejsza z powodów, o których wspomniano na wstępie – coraz więcej kobiet pracuje zawodowo, a aktualne kierunki polityki społecznej nie sprzyjają otrzymywaniu wcześniejszych → emerytur, ale raczej zmierzają do ich likwidacji. Aby utrzymać dotychczasowy stosunek ilościowy opiekunów rodzinnych do potrzebujących pomocy w wymiarze czynności życia codziennego, liczba tych opiekunów musiałaby wzrosnąć w niektórych państwach OECD o 30%. Po drugie, zwiększenie podaży pracy w sektorze usług opiekuńczych może w obliczu kurczących się zasobów pracy okazać się bardzo trudnym zadaniem (*The 2012 Ageing Report*…, 2012).

Poleganie wyłącznie na wsparciu opiekunów rodzinnych nie jest pożądane w aktualnym nurcie polityki społecznej. Niektóre państwa ze szczególną pieczołowitością tworzą rozwiązania wzmacniające sektor formalnych usług opieki długoterminowej. Specyfika pracy opiekuna może sprawiać, że niektóre osoby czują się spełnione w tej roli, jednakże niskie płace w tym sektorze, nieodpowiadające na trudne warunki pracy w zawodzie, są czynnikami zniechęcającymi do podejmowania takiego zatrudnienia. Podaż siły roboczej w sektorze usług opiekuńczych jest niewystarczająca (*A good life*…, 2013).

Międzynarodowe dokumenty wskazujące na problemy opieki rodzinnej

Problemy związane z zapewnieniem właściwej opieki dla seniorów zasygnalizowano w dokumencie Strategia i plan działania na rzecz → aktywnego starzenia się w Europie 2012–2012, pisząc o konieczności „dostosowywania systemu ochrony zdrowia i opieki długoterminowej do → starzenia się społeczeństw". Ważne z punktu widzenia podjętej tu problematyki jest przede wszystkim podkreślenie konieczności publicznego wspierania nieformalnych opieku-

nów i opieki nad seniorem w domu, zwrócenie uwagi na właściwe (gerontologiczne i geriatryczne) przygotowanie pracowników opieki zdrowotnej i socjalnej, ponadto położenie nacisku na poprawę jakości opieki nad seniorami, szczególnie nad tymi, którzy cierpią z powodu → otępienia, są objęci → opieką paliatywno-hospicyjną i długoterminową.

Kolejnym dokumentem jest Zdrowie 2020. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) określiła w nim zasady wykonywania usług świadczonych ludziom starym i zwróciła uwagę na starsze kobiety, które są bardziej niż mężczyźni doświadczone w łączeniu ról rodzinnych i zawodowych, bardziej niż oni narażone są na ubóstwo w → starości, a jednocześnie cierpią częściej niż mężczyźni z powodu → wielochorobowości i funkcjonalnych ograniczeń. Ponadto zdecydowanie częściej niż mężczyźni korzystają z opieki zdrowotnej. W zakresie pomocy publicznej dla opiekunów nieformalnych wskazano w dokumencie następujące cele: zagwarantowanie, by opieka sprawowana przez członków rodziny, przyjaciół, sąsiadów przebiegała w warunkach dbałości o lepsze zdrowie nie tylko podopiecznych, ale także opiekunów, oraz zwrócenie szczególnej uwagi na opiekunów osób chorujących na demencję. W dokumencie tym wspomina się również o wzmocnieniu ludzi poświęcających się opiece społecznej i zdrowotnej skoncentrowanej na ludziach starych, podkreślając, że we wszystkich państwach europejskich, nawet w tych, w których sektor opieki nad ludźmi starymi jest szczególnie wspierany przez sektor publiczny, opiekę nad ludźmi starymi sprawują opiekunowie nieformalni (głównie kobiety – żony i córki). Zwrócono uwagę na znaczenie publicznego wsparcia dla nieformalnych opiekunów. W dokumencie dodano także informację, że mimo bardzo ważnej roli opiekunów nieformalnych nie ma wielu danych i badań opisujących ich sytuację życiową, brakuje statystyk i porównań międzynar., zatem niemożliwe jest analizowanie trendów związanych z tym zagadnieniem (*World Health Assembly*…, 2012 – Internet: ttp://apps.who.int/gb…). W dokumencie zaleca się, by osoby starsze szkolić w samoobsłudze i przygotowywać nieformalnych opiekunów do sprawowania opieki oraz kształtowania umiejętności dbania o swoje zdrowie. Proponuje się także rozpowszechniać dobre praktyki i wspomagać międzynar. wymianę informacji na temat wspierania opiekunów, uwzględniając przy tym ich płeć. Od 2010 roku w wielu krajach świata, m.in. w Kanadzie i Stanach Zjednoczonych, obchodzony jest (w pierwszy wtorek kwietnia) Dzień Opiekuna Rodzinnego.

BZ

B: *A good life*…, 2013; *Long-term care*…, 2005; *Policies*…, 2011; *The 2012 Ageing Report*…, 2012; Ziębińska, 2014.

N: *Help wanted?*…, 2011 – Internet: www.oecd.org/health…; http://clinicalcenter.nih.gov/…; Krzyszkowski, b.r. – Internet: *dspace.uni.lodz.pl…; World Health Assembly*…, 2012 – Internet: http://apps.who.int/gb…

O: generacja sandwicz, opieka, opieka nieformalna, opieka społeczna, opieka społeczności, rodzina, rodzina a osoby starsze.

TK: ang. *family caregiver*, fr. *aidant familial*, hiszp. *el cuidador familiar*, niem. *Familien- und Hauspfleger/Haus- und Familenpflgerin*, ros. *семейный справочник*.

opiekun społeczny

– stanowi pierwowzór zawodu współczesnego → pracownika socjalnego. Synonimami opiekuna społecznego są przykładowo: „społecznik", „pedagog społeczny", „pomocnik społeczny" i „pracownik społeczny" Opiekuna społecznego powołano w okresie → opieki społecznej. Źródła podają, że powołanie tej funkcji wynikało z przekonania ustawodawcy o potrzebie włączenia czynnika obywatelskiego do pomocy ludziom jej potrzebującym (Gładkowska i współprac., 1995). Opiekunowie społeczni byli działaczami społecznymi, tzw. mężami zaufania, którzy wykonywali swoje obowiązki w imieniu gmin. Aktem prawnym legalizującym tę profesję było Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z 6 III 1928 roku o opiekunach społecznych i komisjach opieki społecznej. Kolejnym aktem prawnym dopełniającym obowiązki opiekuna było Rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej z 11 IV 1929 roku wydane w porozumieniu z Ministerstwem Spraw Wewnętrznych w sprawie ustanowienia opiekunów społecznych i sposobu wykonywania przez nich obowiązków. W myśl przygotowanych aktów prawnych opiekun społeczny był zobowiązany szczegółowo analizować sytuację osoby lub → rodziny korzystającej z → opieki, zwracając szczególną uwagę na: „stan cywilny osoby mającej korzystać z opieki, jej wiek, pochodzenie, wychowanie i otoczenie, rodzaj zatrudnienia, tudzież wszelkie okoliczności, które wpływają na rodzaj i zakres niezbędnej opieki w myśl obowiązujących przepisów". W myśl art. 8 Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z 6 III 1928 roku stanowisko opiekuna było „honorowe i bezpłatne". Takie rozwiązanie miało nie tylko zapewnić lepsze rozpoznawanie potrzeb socjalnych, ale także pozwolić na zindywidualizowanie świadczeń wedle uznaniowości opiekuna oraz ochronę przed rozmaitymi nadużyciami ze strony ubiegających się o świadczenia (Zalewski, 2005). Według danych statystycz-

nych w roku 1930 było w Polsce 13 439 okręgów opiekuńczych, w których zatrudniono 16 173 opiekunów społecznych. Najwięcej opiekunów społecznych było w województwach południowych – 8800 oraz centralnych – 4401. Najmniej w województwach zachodnich – 1559 oraz wschodnich – 1413. W 1938 roku było 21 623 opiekunów społecznych (*Mały Rocznik Statystyczny*, 1932, *Mały Rocznik Statystyczny Polski*, 1941). W latach 1950–1959 zlikwidowano instytucję opiekuna społecznego. Po reaktywacji, na początku lat 60. XX wieku, udało się władzy zaangażować ponad 20 tys. ludzi do pełnienia funkcji opiekuna społecznego (podobnie było przed wojną). W 1970 roku zarejestrowano 63 512 opiekunów społecznych (w tym 49 397 opiekunów terenowych), zaś w 1980 było ich nieco mniej, bo 53 548 (*Rocznik Statystyczny*, 1981). Zostanie opiekunem wiązało się z wielką odpowiedzialnością, jak i trudem, co podkreślił Józef Czesław Babicki (1880–1952): „Przyjdą do Ciebie Opiekunie Społeczny biedni i nieszczęśliwi, nędzarze i kalecy, sieroty i starcy […]. Przyjdą ludzie, którym nędza złym była doradcą. Składam Ci szczere życzenia i słowa zachęty do wytrwania w tym zaszczytnym lecz bardzo trudnym obowiązku" (Babicki, 1935). Zadaniem opiekuna społecznego było m.in. wypełnianie formularza zakończonego wnioskiem: „zasługuje" lub „nie zasługuje" na pomoc (Starczewski, 1936). Rola opiekuna, określanego często „mężem zaufania", budziła wśród nich samych wiele dylematów moralnych. Z jednej strony opiekun szczegółowo analizował sytuację osoby potrzebującej pomocy – z zamiarem udzielenia owej pomocy, a z drugiej – „troszczył się" o budżet gminy. Wielu podejmując tę pracę, wyobrażało sobie idealny „obraz" opiekuna zatroskanego o ludzi ubogich. Chęć pomocy była motywem podjęcia się tego zadania. Jednakże rzeczywistość – dla niektórych opiekunów – była okrutna, co odzwierciedla doświadczenie samego Babickiego (1935): „Zostałem opiekunem społecznym […]. Gdy powiedziałem w gminie jak rozumiem swój obowiązek opiekuna, że uważam siebie za powołanego do wyszukiwania potrzebujących i dostarczenia gminie sposobności do jak najszerszego udzielenia opieki, a ja będę pilnował, ażeby ta opieka była należycie przez gminę sprawowana, że będę doraźnie udzielał zapomóg pieniężnych potrzebującym z funduszów, które mi gmina jest zobowiązana na ten cel wypłacić – roześmiano się z mojej naiwności i – jak to się mówi – oblano zimną wodą. Powiedziano mi, że gmina wszystkie pieniądze jaki posiada na opiekę społeczną wydaje bez reszty, nie ma zatem mowy, żebym cokolwiek mógł otrzymać na doraźne zapomogi […]. Powiedzieli, że liczą na mnie, ale zupełnie na inną pomoc, niż sobie wyobrażam. Trzeba skontrolować dotychczasowych klientów opieki i zbadać, czy nie można gdzie z racji poprawy warunków ująć lub zaprzestać pomocy, w ten sposób zwolnione pieniądze można będzie użyć dla innych, więcej potrzebujących […]. Mówiąc otwarcie, nie podobało mi się takie postawienie sprawy. Mam zatem podpatrywać, śledzić, szpiegować i przyczyniać się do pogarszania warunków życiowych rodzin znajdujących się pod opieką, nie jest to, moim zdaniem rola opiekuna". Materiały źródłowe faktycznie wskazują na prowadzone przez opiekunów społecznych kontrole wśród rodzin otrzymujących pomoc (Starczewski, 1936). Działalność opiekunów społecznych początkowo wzmacniali tzw. opiekunowie miejscy. W 1937 roku na jednego opiekuna miejskiego przypadało 411 rodzin (Dąbrowska, Tajak, 1992). Okres II wojny światowej to wzrost potrzeb opiekuńczych i dostrzeganie konieczności zwiększenia liczby personelu. Działania opiekuńcze sprowadzały się do elementarnych świadczeń w naturze i zapewnienia schronienia bezdomnym, chorym, osieroconym. Likwidacja samorządów w 1950 roku doprowadziła do upadku instytucji opiekuna społecznego. Po niemal dekadzie, Uchwałą nr 92 Rady Ministrów z 5 III 1959 roku, ponownie przywrócono opiekunów społecznych, tworząc jednocześnie ośrodki opiekuna społecznego w ramach Polskiego Komitetu Pomocy Społecznej (Wódz, 1998).

Zgodnie z wymienioną uchwałą opiekunowie społeczni mieli wykonywać zadania w zakresie: 1) poprawy warunków materialnych, socjalnych i wychowawczych; 2) pomocy dla młodzieży i dzieci pozbawionych właściwej opieki rodziny; 3) pomocy dla rodzin po utracie żywiciela rodziny lub w razie jego ciężkiej choroby lub kalectwa; 4) zapewnienia opieki starcom. W niniejszej uchwale zalecono, aby opiekunowie społeczni: utrzymywali łączność oraz współpracowali z właściwymi organami władzy i administracji państwowej, sądami, prokuraturą, zakładami pracy, szkołami i innymi zakładami wychowawczymi oraz organizacjami społecznymi prowadzącymi działalność opiekuńczą. Współpraca opiekunów społecznych z wyżej wskazanymi organami miała na celu rozwiązywanie trudnych sytuacji rodziny, matki, dziecka, osób starych, niezdolnych do pracy itp. Szczegółowo zasady współpracy, jak i zakres działania opiekunów regulowało Zarządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej z 27 X 1959 roku.

W 1975 roku opiekunowie społeczni zostali włączeni do zespołów opieki zdrowotnej Przejęcie opiekunów społecznych przez resort zdrowia wiązało się także z wprowadzeniem zastępczej terminologii zawodu,

tj. pracownika socjalnego. Obowiązkiem pracownika socjalnego było współdziałanie ze służbą zdrowia, zwłaszcza lekarzem rejonowym, pielęgniarkami środowiskowymi, placówkami pomocy zamkniętej, zakładową służbą zdrowia, spółdzielczością inwalidzką, administracją terenową, policją, prokuraturą itd. Pracownikowi socjalnemu stawiano wysokie wymagania w zakresie predyspozycji do zawodu, m.in. etyczno-moralne, społeczne i fizyczne (Waluk, Staniszewska, 1978). Pracownikiem socjalnym nie mogła być osoba o niskim stopniu odporności psychicznej na frustrację. Kandydat na pracownika socjalnego powinien wykazać predyspozycję do współdziałania z innymi i niesienia im pomocy oraz przejawiać „zainteresowania społeczne" (Mikulski, 1974).

W latach 1980–1981 przeprowadzono badania wśród samych opiekunów społecznych i ich podopiecznych. Wśród opiekunów więcej było mężczyzn (58,2%) aniżeli kobiet, a biorąc pod uwagę wiek, najwięcej opiekunów było w wieku 50 lat i więcej, zaś najmłodsi (tj. do 30 lat) stanowili zaledwie 8%. Wśród podopiecznych najliczniejszą grupę stanowiły osoby starsze –53%, następnie inwalidzi – 17% oraz sprawni, ale niezaradni – 13%. Pozostałe osoby to samotne matki i alkoholicy (Oczachowski, 1982). Ta charakterystyka wyraźnie odbiega od współczesnych pracowników socjalnych, gdzie występuje wyraźna feminizacja zawodu, a najliczniejszą grupę wiekową stanowią osoby do 40. r.ż. (Zbyrad, 2014).

Z biegiem lat opiekuna społecznego zastąpili profesjonaliści, tj. pracownicy socjalni. Zmianie uległy warunki → życia ludzi i ich potrzeby, co przełożyło się na większą troskę o człowieka, który potrzebował nie tyle opieki, co pomocy. Wzrosły wymagania zawodowe, rozwinął się system kształcenia pracowników socjalnych, rozpowszechniano teorie i metody pracy socjalnej, gruntownie kształcono kandydatów chętnych do pomocy osobom potrzebującym. Zmiany te odzwierciedla także literatura. Przykładem może być pismo „Opiekun Społeczny" wydawane jeszcze przed II wojną światową, które ewoluowało jako: „Opiekun Społeczny", miesięcznik poświęcony zagadnieniom służby społecznej w stolicy, następnie: „Biuletyn Opiekuna Społecznego", później kwartalnik „Opiekun Społeczny" wydawany do 1985 roku W 1987 roku pismo zastąpione zostało przez kwartalnik „Praca Socjalna", który obecnie należy do punktowanych i specjalistycznych czasopism z zakresu pomocy społecznej i pracy socjalnej, a wydawane jest przez Akademię Pedagogiki Specjalnej. Formalnie opiekun społeczny przetrwał do 1990 roku, jednak w praktyce zatrudniano już pracowników socjalnych. Wraz z Ustawą z 29 XI 1990 roku nastąpiła zmiana systemu z opieki na pomoc społeczną. W nowym systemie pomocy społecznej nie było już miejsca dla opiekuna społecznego. Szczególną rolę w realizacji zadań pomocy społecznej przyznano pracownikowi socjalnemu, profesjonaliście, posługującemu się dyplomem wyższej szkoły zawodowej o specjalności „praca socjalna" lub ukończonymi studiami na kierunkach: pedagogika, politologia, nauki społeczne, psychologia lub socjologia (art. 49. 1). Pracownik socjalny zastąpił „opiekuna społecznego" działającego w ramach ustawy o opiece społecznej. Rozszerzono przy tym zakres jego obowiązków, jak i podniesiono poprzeczkę wymagań kwalifikujących do uprawiania zawodu. Zadania pracownika socjalnego określał artykuł 49 a ustawy, wśród których na uwagę zasługuje: „zapobieganie procesowi marginalizacji osób czy grup, a także przeciwdziałanie negatywnym zjawiskom w środowisku lokalnym". Realizacja zadań była możliwa dzięki szeroko pojętej i określonej ustawowo pracy socjalnej, jak i stosowanym metodom, m.in. pracy z indywidualnym przypadkiem, z grupą i/lub środowiskiem lokalnym.

TZ

B: Babicki, 1935; Dąbrowska, Tajak, 1996; Gładkowska i współprac., 1995; *Mały Rocznik Statystyczny*, 1932; *Mały Rocznik Statystyczny Polski*, 1941; Mikulski, 1974; Oczachowski, 1982; *Rocznik Statystyczny*, 1981; Starczewski, 1936; Waluk, Staniszewska, 1978; Zalewski, 2005; Wódz, 1998; Zbyrad, 2014.

D: Rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej z 11 IV 1929 roku; Rozporządzenie Prezydenta RP z 6 III 1928 roku; Uchwała nr 92 Rady Ministrów z 5 III 1959 roku; Ustawa z 29 XI 1990 roku; Zarządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej z 27 X 1959 roku.

O: opieka społeczna, opieka społeczności, pomoc społeczna, praca socjalna, pracownik socjalny, służba społeczna, standardy pracy socjalnej z osobami starszymi.

S: pedagog społeczny, pomocnik społeczny, pracownik społeczny, społecznik.

TK: ang. *social worker*, fr. *assistante sociale*, hiszp. *assistente social*, niem. *Fürsorger*, ros. *попечитель*.

opóźnienie kulturowe

Twórcą koncepcji opóźnienia kulturowego jest amer. socjolog William Fielding Ogburn (1886–1959), zdaniem którego system kulturowy zbudowany jest z dwóch elementów: materialnych, które reprezentowane są przez technologie, i niematerialnych, takich jak: normy, wartości czy sankcje. Według Ogburna

(1922) szybkość zmian w obrębie obu tych sfer jest różna – szybciej dochodzi do zmian w obrębie elementów materialnych niż w sferze niematerialnej. Inaczej ujmując, mamy do czynienia z sytuacją, w której sfera kultury stale nie nadąża za rozwojem techniki. Jedną z możliwych przyczyn tego stanu rzeczy jest inklinacja kultury ku inercji, co zapewnia jej trwanie. Zatem nasze habitusy, zwyczaje, przekonania, wierzenia zmieniają się znacznie wolniej, wymagając dłuższego czasu adaptacji niż technika. [Według Pierre'a-Felixa Bourdieu (1930–2002) habitus oznacza nabyte umiejętności i kompetencje jednostki, które przyjmują postać trwałych dyspozycji, takich jak: sposoby postrzegania świata czy reguły działania i myślenia. Habitus nie jest jednak zbiorem trwałych reguł i praw, przez co staje się on bardziej poręcznym i elastycznym narzędziem wskazującym właściwy sposób poruszania się w świecie – przyp. red.].

Przykładem kulturowego opóźnienia jest traktowanie komputerów w pierwszej fazie ich upowszechnienia jako maszyn do pisania czy efektownych ozdób gabinetów. [W → gerontologii społecznej opóźnienie kulturowe oznacza sytuację, gdy system społeczny i system wartości, funkcjonujące w ten sam sposób jak wówczas, gdy ludzie żyli średnio niewiele ponad 50 lat, nie dotrzymują kroku starzejącej się → generacji, której przeciętna → długość życia uległa znacznemu przedłużeniu (Zych, 2017) – przyp. red.].

MS

B: Fuchs i współprac., 1973; Gallino, 2005; Ogburn, 1922, 1975; Szpunar, 2012 a; Zych, 2017.

O: starość jako wyobrażenie kulturowe, subkultura starości.

TK: ang. *cultural lag*, fr. *retard culturel*, hiszp. *defase cultural*, niem. *kulturelle Verspätung/Kulturverspätung*, ros. *"культурная отсталость"*.

Orgel Leslie Eleazer (1927–2007)

brytyjski biochemik, znany z koncepcji dotyczącej kwasu desoksyrybonukleinowego (DNA) oraz twórca stochastycznej teorii „katastrofy błędów" powodujących → starzenie się (am. *error catastrophe theory of aging*). Ukończył studia chemiczne na uniw. w Oksfordzie (1949) i uzyskał stopień doktora chemii (1951), następnie kontynuował studia w zakresie chemii nieorganicznej w Kalifornijskim Inst. Technologicznym w Los Angeles i w Uniw. Chicagowskim. W roku 1955 rozpoczął pracę naukowo-badawczą w Uniw. Cambridge, a od 1964 w Salk Institute University of California w San Diego, gdzie prowadził badania z zakresu astrobiologii. Orgel był członkiem m.in. Tow. Królewskiego (*The Royal Society*) w Londynie, Amer. Akad. Nauk Humanistyczych i Przyrodniczych oraz Narodowej Akad. Nauk Stanów Zjednoczonych.

We współczesnej → gerontologii L.E. Orgel znany jest z teorii błędów, która jest przykładem hipotezy dotyczącej genetycznych, a jednocześnie przypadkowych przyczyn starzenia się. Według tej koncepcji podczas aktywności komórki pojawiają się błędy syntezy białka. Zakłada ona możliwość narastania samorodnych mutacji w miarę trwania procesów biologicznych w komórce. Zjawisko to może tłumaczyć wiele zmian typowych dla → starości, takich jak: zmiany metabolizmu → cholesterolu, węglowodanów czy też zmian w układzie immunologicznym (Diggs, 2008). W swej teorii Orgel zakładał, że starzenie się jest wynikiem kumulowania się w trakcie → życia przypadkowo powstających uszkodzeń makrocząsteczek o podstawowym znaczeniu dla procesów życiowych, wynikiem czego jest postępujące z wiekiem osłabienie funkcji fizjologicznych komórek, tkanek i/lub organizmów. Zdaniem Orgela (1963) w czasie podziałów komórki i multiplikacji materiału genetycznego występują błędy syntezy, szczególnie w strukturze DNA. Pojawiają się one przy kolejnych podziałach i niektóre nie są naprawiane. Wadliwe kopie materiału genetycznego dają w efekcie niepełnowartościowe peptydy, wadliwie funkcjonujące komórki, tkanki, narządy itp. Wraz z wiekiem akumulowane są w komórkach nieprawidłowe, czyli uszkodzone białka. Orgel określił swą koncepcję starzenia pętlą sprzężeń zwrotnych związaną z syntezą „błędnych" białek, co w konsekwencji oznaczać może zwiększoną liczbę błędów ekspresji genów, a więc namnażanie źle zsyntetyzowanego DNA. Argumentem świadczącym o słuszności teorii Orgela może być istotna korelacja pomiędzy zdolnościami naprawczymi DNA a → długością życia u różnych gatunków (Diggs, 2008).

AAZ

B: Diggs, 2008; Ďoubal, Klemera, 1999; Ogler, 1963.

N: longevity-science.org…

O: biologia starzenia się, długość życia, długowieczność ludzka, starość, starzenie się komórkowe.

orientacja przestrzenna i poruszanie się

– dział rehabilitacji osób niewidomych i słabowidzących, którego celem jest zmniejszenie ograniczeń swobodnego przemieszczania się (Kwapiszowie, 1990).

W literaturze tyflologicznej można spotkać się z określeniem „perypotologia" (ang. *peripatology*). William

P. Keating (1940–2012) określił ją jako sztukę i naukę ćwiczenia pozostałych zmysłów osoby niewidomej w celu umożliwienia jej poruszania się i przechodzenia z miejsca na miejsce łatwo, z wdziękiem i bezpiecznie (Keating, 1965).

→ Aktywność fizyczna jest jednym z czynników, który wpływa na zdolność zbierania doświadczeń przez osoby niewidome. Brak percepcji wzrokowej lub jej osłabienie powodują jednak dość znaczne ograniczenie swobody. Osoba niewidoma – mając za sobą niekorzystne doświadczenia (urazy, zabłądzenia) oraz lęk przed nieznanym – ogranicza swoją samodzielność i często wykorzystuje widzących jako przewodników. Jednak nie tylko osoby niewidome, ale także osoby słabowidzące mogą mieć problemy z orientacją przestrzenną. Znacznie obniżona ostrość wzroku, a także ubytki w polu widzenia, mogą wpływać na ograniczenia podejmowania wszelkich form aktywności fizycznej.

Na zdolność samodzielnego przemieszczania się niewidomych składają się dwa elementy: orientacja przestrzenna oraz poruszanie się.

Orientacja przestrzenna jest to zdolność do określenia swojego położenia w otaczającym środowisku oraz rozumienie relacji przestrzennych i zachodzących w otoczeniu zmian. Bardzo ważnym elementem orientacji przestrzennej jest wiedza o otoczeniu, wynikająca m.in. z ćwiczeń i doświadczeń. Dużą rolę w tej umysłowej zdolności odgrywają: procesy poznawcze, wyobrażenia przestrzenne, a podstawowym czynnikiem umożliwiającym sprawne osiągnięcie sukcesu jest motywacja (Kuczyńska-Kwapisz, 1984).

Poruszanie się – nazywane także **lokomocją** – jest to zdolność zmiany swojego miejsca. Uzależnione jest ono m.in. od poziomu rozwoju zdolności motorycznych, przede wszystkim: koordynacji ruchowej, szybkości, wytrzymałości, równowagi i siły. Zdaniem Jadwigi Kuczyńskiej-Kwapisz (1984) znaczny wpływ na poruszanie się ma także umiejętność prawidłowego: chodu, biegu, utrzymywania prawidłowej postawy ciała, prostoliniowego marszu, wykonywania zwrotów oraz poziom opanowania technik ochronnych (z długą białą → laską lub bez).

Orientacja przestrzenna wraz z lokomocją nazywane są – w rehabilitacji niewidomych i słabowidzących – orientacją przestrzenną i poruszaniem się, w których bardzo dużą rolę odgrywa słuch oraz dotyk. Oczywiście nie można pominąć znaczenia pozostałych zmysłów.

Słuch – dzięki możliwości odbioru dźwięków – pozwala na prawidłową orientację w środowisku. Potrafi pomóc w rozpoznawaniu charakteru pomieszczenia, informuje także o wydających dźwięki przeszkodach i niebezpieczeństwach. Bywa również bardzo pomocny w prawidłowej interpretacji ruchu ulicznego. Oczywiste jest także znaczenie **mowy**, która może służyć bezpośredniej komunikacji, a wykorzystywana jest w → autodeskrypcji.

Dotyk pośredni niewidomi stosują, wykorzystując m.in. białą laskę. Jest ona przedłużeniem dotyku ręki. Dzięki wykorzystaniu laski niewidomi i słabowidzący mogą (zachowując prawidłową postawę) lokalizować i omijać przeszkody. Stanowi to niezbędny warunek bezpieczeństwa w samodzielnym i skutecznym poruszaniu się.

Samodzielność poprzez proces kształcenia orientacji przestrzennej i poruszania się niewidomych i słabowidzących osiąga się m.in. poprzez (Kwapiszowie, 1990):

- zaznajomienie osoby niewidomej lub słabowidzącej z możliwościami własnego ciała;
- rozwijanie pozostałych zmysłów (u słabowidzących także wzroku oraz zastosowanie niezbędnych pomocy optycznych i nieoptycznych);
- powiększanie i systematyzowanie wiedzy o otoczeniu;
- rozwijanie zainteresowań;
- kształtowanie charakteru i cech społecznych;
- rozwijanie wiary we własne siły i poczucie własnej godności;
- zwiększenie aktywności działania.

Program orientacji przestrzennej można podzielić na następujące działy:

I. Ćwiczenia wstępne:

- schemat budowy ciała – zapoznanie osoby ćwiczącej z budową ciała;
- pojęcia przestrzenne – zapoznanie z relacjami między przedmiotem a osobą; zapoznanie się z wielkościami przedmiotów i relacjami między nimi; kształtowanie poczucia → czasu oraz odległości;
- ćwiczenia zmysłów: dotyku, słuchu, węchu, kinestetycznego i dla słabowidzących – wzroku (także z użyciem pomocy optycznych).

II. Techniki przedlaskowe:

- techniki ochronne: górna i dolna;
- ustawienia: prostopadłe i równoległe;
- zwroty;
- poruszanie się prostoliniowe;
- sposoby szukania upuszczonych przedmiotów;
- poznawanie pomieszczeń.

III. Poruszanie się z przewodnikiem:

- odpowiednie ustawienie się i sposoby uchwytu przewodnika;

- zmiana kierunku oraz ręki;
- przechodzenie przez wąskie przejścia;
- przechodzenie przez drzwi;
- wchodzenie i schodzenie po schodach.

IV. Techniki z laską:
- techniki dotykowe i stałego kontaktu;
- lokalizowanie i reakcja na przeszkody;
- pokonywanie schodów w górę i w dół;
- poruszanie się z laską i przewodnikiem.

V. Samodzielne poruszanie się:
- zapoznanie się z pojęciami: jezdnia, chodnik, tory tramwajowe, skrzyżowanie;
- zapoznanie się z zasadami uporządkowania ruchu ulicznego oraz prawidłowa jego interpretacja;
- wykorzystanie informacji dźwiękowych ze środowiska: poruszanie się wzdłuż ruchu ulicznego, lokalizacja dźwiękowa skrzyżowań;
- przechodzenie przez ulice; analiza i pokonywanie różnych typów skrzyżowań;
- poruszanie się po dzielnicach o różnym natężeniu ruchu pieszych i samochodów;
- korzystanie ze środków komunikacji publicznej;
- lokalizacja różnych obiektów (sklepów, urzędów);
- korzystanie z wind i schodów ruchomych.

VI. Korzystanie z pomocy:
- korzystanie z pomocy przewodnika (także słownej);
- wykonywanie i korzystanie z map i planów oraz modeli;
- posługiwanie się dyktafonem, np. przy tworzeniu map słownych;
- posługiwanie się i wykorzystywanie kierunków świata;
- zastosowanie przez słabowidzących pomocy optycznych i nieoptycznych.
- wykorzystanie nowych technologii (GPS, nawigacje, czujniki, Internet).

VII. Poruszanie się z psem asystującym (przewodnikiem) – choć umiejętność ta wykracza poza standardowy program nauczania orientacji. Niewidomy, decydujący się na psa przewodnika, musi odbyć specjalny kurs korzystania z pomocy psa, kończący się egzaminem. Posiadanie psa przewodnika to nie tylko korzyści, ale także i obowiązki (karmienie, wyprowadzanie i pielęgnacja psa). Ważne jest, aby niewidomy znał aktualny stan prawny regulujący status i uprawnienia psa przewodnika (w miejscach publicznych, w środkach komunikacji itp.).

W Polskim Związku Niewidomych (PZN) obowiązuje regulamin przyznawania psów przewodników. Zgodnie z tym regulaminem o przyznanie psa przewodnika może starać się osoba, która spełnia następujące warunki: jest całkowicie niewidoma lub co najwyżej z poczuciem światła, ukończyła 16. r.ż., jest sprawna fizycznie, ma umiejętność samodzielnego, sprawnego poruszania się w terenie za pomocą białej laski, lubi zwierzęta, ma dobre warunki mieszkaniowe i materialne niezbędne do utrzymania psa, jest zrównoważona psychicznie, nie używa narkotyków i nie nadużywa alkoholu.

Wyniki wielu badań potwierdzają duże znaczenie orientacji przestrzennej w → życiu niewidomych. Na pytanie: czy realizowany program orientacji przestrzennej zwiększa poziom sprawności orientacyjnych i lokomocyjnych, oraz czy ma to wpływ na zwiększenie niezależności osobistej i lepsze przystosowanie społeczne – odpowiedzi udzieliła Jadwiga Kuczyńska-Kwapisz (1994). W czasie przeprowadzonych badań ustaliła ona zmiany, jakie nastąpiły w grupie badawczej pod wpływem programu orientacji przestrzennej. Wszyscy badani uzyskali lepsze wyniki w próbach z zakresu orientacyjno-lokomocyjnego. Można było u nich także stwierdzić istotne korzystne zmiany, zarówno w niezależnym funkcjonowaniu, jak też w przystosowaniu społecznym.

Przedmiotem badań są nie tylko programy, ale także sama technika poruszania się. Nieoczekiwane wyniki dały badania skuteczności poruszania się z białą laską techniką dwupunktową. Po przeprowadzeniu rejestracji wideo i następnie analizy komputerowej ustalono, że w technice dwupunktowej końcówka laski nie dotyka podłoża w miejscu, w którym idący z nią niewidomy postawi nogę. Technika ta jest uważana jest jednak za dość skuteczną i można ją uznać za bezpieczną. Prawidłowo stosowana zapewnia lokalizację zmian powierzchni znajdujących się: w linii poruszania się (wzniesienia) oraz prostopadle do kierunku poruszania się (krawężników, schodów). W szczególnych przypadkach zaleca się stosowanie techniki stałego kontaktu, gdzie laska prowadzona jest po ziemi.

Ze względu na duże znaczenie orientacji przestrzennej i poruszania się w osiąganiu samodzielności, a co się z tym wiąże – niezależności, wydaje się konieczne umożliwienie każdemu niepełnosprawnemu wzrokowo ukończenia programu tej formy rehabilitacji.

DR

B: Blasch, LaGrow, De l'Aune, 1996; Dolański, 1959; Dziedzic, 1967; Hill, Ponder, 1983; Jaśko, 1987; Keating, 1965; Kuczyńska-Kwapisz, 1984, 1994, 2001; Kwapiszowie, 1990; Mostowicz, 1974; *Orientacja*…, 1986; Swierłow, 1957; *Wybrane*…, 1974.

O: mobilność, rehabilitacja, ślepota.

TK: ang. *spatial orientation and mobility/spatial orientation and moving in space*, fr. *orientation spatial et mobilité*,

hiszp. *orientación especial y movilidad*, niem. *räumliche Orientierung und Mobilität*, ros. *ориентация в пространстве и мобильность*.

orientacja seksualna a starzenie się
to zależność współcześnie wnikliwie analizowana z uwagi na postępujący proces demograficznego starzenia się i sukcesywnie wzrastającą przeciętną → długość życia. Zainteresowanie nauki problematyką nieheteroseksualnej → starości opiera się na założeniu, że orientacja seksualna może stanowić czynnik wpływający na pewne elementy procesu → starzenia się. Starsi geje i starsze lesbijki doświadczają tych samych problemów związanych z upływem czasu jak ich heteroseksualni rówieśnicy, przede wszystkim: kłopotów zdrowotnych, obawy przed samotnością i społeczną niewidzialnością, utratą autonomii czy obniżeniem dochodów.

Jednak w ich przypadku pojawiają się dodatkowe problemy związane ze statusem mniejszościowym – osoby te są bowiem narażone na podwójną dyskryminację związaną z orientacją (homofobia) oraz wiekiem (→ ageizm i dyskryminacja).

Homofobia w połączeniu z ageizmem produkują stereotypy kreujące swoisty paradoks w postrzeganiu starszych lesbijek i gejów. Zgodnie ze stereotypemosoby homoseksualne są, niejako z definicji, „seksualne", natomiast osoby starsze nie. Stąd wywodzi się przeświadczenie, iż ani „[…] → senior nie może być homoseksualny, ani osoba homoseksualna nie może być seniorem" (Knauer, 2011).

Badania dotyczące nieheteroseksualnej starości prowadzone są odniedawna. W tradycyjnej → gerontologii nie było wzmianek na temat orientacji seksualnej, zaś badania seksualności dotyczyły ludzi w młodym i średnim wieku. W końcu lat 60. minionego stulecia pojawiło się w literaturze pojęcie *gay ageing*, wskazujące na specyfikę starzenia się członków mniejszości seksualnych (Weinberg, 1969). Pierwsze badania dotyczące starszych osób homoseksualnych zaczęto publikować pod koniec lat 70. i na początku lat 80. XX w., a dotyczyły one przede wszystkim mężczyzn (np. Berger, 1982). Reprezentowały głównie dwa nurty: badań „pozytywnych" (afirmatywnych) i badań wielowymiarowych (Knauer, 2011). Celem badań „pozytywnych" było zanegowanie pejoratywnego stereotypu gejowskiej starości – wizerunku starszego homoseksualisty jako osoby samotnej, nieszczęśliwej i sfrustrowanej. Badania z drugiego nurtu skupiały się na identyfikowaniu barier stających nad drodze konstruowania „pozytywnej starości". Brały one pod uwagę takie zjawiska charakterystyczne dla osób homoseksualnych jak: ukrywanie własnej tożsamości, odrzucenie przez otoczenie czy dyskryminacja. Badania dotyczące specyfiki procesów starzenia się gejów odwoływały się do dwóch konkurencyjnych koncepcji: teorii przyspieszonego starzenia się oraz teorii kryzysowych kompetencji (Schope, 2005).

Teoria przyspieszonego starzenia się zakłada, że geje postrzegają samych siebie jako starych wcześniej niż mężczyźni heteroseksualni, co może być dla nich źródłem wielu problemów emocjonalnych czy społecznych. Według niektórych badaczy część gejów definiuje siebie jako starych już w wieku 30 lat (Berger, 1982). Zwolennicy koncepcji przyspieszonego starzenia się twierdzą, że środowisko gejowskie wyznaje kult młodości, witalności i cielesności. Niektórzy wskazują na istotną w nim rolę seksu, co wiąże się z naciskiem na fizyczne piękno i sprawność. Można tu przywołać starożytną specyfikę seksualnych relacji jednopłciowych określanych mianem „homoseksualnej pedagogiki". Jej istotą było adorowanie piękna i urody młodego chłopca, będącego zarówno obiektem estetycznym, jak i wychowawczym dla starszego mężczyzny. Według Roberta Schope (2005) gejowski kult młodości związany jest z emancypacją mniejszości seksualnych. W czasach przedemancypacyjnych, kiedy środowisko homoseksualne opierało się na nieformalnych sieciach towarzyskich, starsi geje cieszyli się szacunkiem, bywali sponsorami lub osobami wprowadzającymi młodych w gejowską subkulturę. Ich autorytet jednak przestał mieć znaczenie, gdy powstały oficjalne kluby, bary, dyskoteki, w których liczyła się młodość i psychofizyczne możliwości absorbowania nowych wrażeń. Nastawienie rozrywkowej infrastruktury głównie na potrzeby ludzi młodych zaowocowało izolacją oraz stygmatyzacją starszych. Starsi geje narzekają na młodzieżowy charakter klubów gejowskich – czują się tam nieswojo i gorzej niż młodzi tolerują głośną muzykę czy ostre światło (Lee, 2004).

Teoria kryzysowych kompetencji przyjmuje natomiast, że geje lepiej radzą sobie z konsekwencjami upływu czasu niż mężczyźni heteroseksualni. Konieczność czynnego i refleksyjnego konstruowania tożsamości w trakcie różnych faz procesu *coming-out* [ang. wyjście z ukrycia i/lub ujawnienie orientacji seksualnej – przyp. red.] sprzyja bowiem nabyciu umiejętności przystosowawczych i odporności.

Homoseksualiści w miarę upływu czasu wykształcają w sobie takie cechy, jak: plastyczność w odniesieniu do ról genderowych, kompetencje dotyczące budowania

sieci wsparcia społecznego (model *friend as a family*) czy sprawność w negocjowaniu znaczeń. Te umiejętności wynikające z konieczności zarządzania stygmatem pomagają w radzeniu sobie z wyzwaniami starszego wieku. Zwolennicy teorii kryzysowych kompetencji wskazują na to, że osoby homoseksualne mogą lepiej radzić sobie z samotnością, nierzadko towarzyszącą późnym etapom życia. Ich doświadczenia związane z brakiem → wsparcia ze strony rodziny stanowią bowiem swoisty trening niezależności, samowystarczalności i liczenia na własne siły (Clarke i współprac., 2010, Zych, 2013).

Na potrzebę rozwoju badań dotyczących procesów starzenia się członków mniejszości seksualnych zwracał uwagę Douglas C. Kimmel (2004), proponując uwzględnienie czterech podstawowych celów takich badań:

- podniesienie poziomu wiedzy wśród samych członków mniejszości, których wiedza na temat specyfiki funkcjonowania społecznego i jednostkowego opiera się często na stereotypach;
- zredukowanie poziomu ageizmu w nieheteroseksualnych społecznościach, wśród których istnieje nacisk na młodość, piękno i sprawność fizyczną;
- dostarczenie wiedzy instytucjom – opieki zdrowotnej, → pomocy społecznej itp., na temat specyfiki potrzeb starszych gejów i lesbijek;
- rozwój nauki poprzez poszerzenie obszaru zainteresowań gerontologii uwzględniającej zmienne orientacji seksualnej i tożsamości płciowej.

Powyższe cele znajdują swoje odzwierciedlenie w dwóch rozwijanych obecnie obszarach badań. Pierwszy z nich zorientowany jest przede wszystkim teoretycznie – obiektem zainteresowania badaczy są elementy funkcjonowania społecznego starszych gejów i lesbijek (m.in. relacje rodzinne, sieci → wsparcia społecznego, przejawy dyskryminacji i stygmatyzacji) oraz elementy ich funkcjonowania psychologicznego (m.in. kwestie identyfikacji, tożsamości i radzenia sobie z życiowymi wyzwaniami). Drugi obszar zorientowany jest głównie praktycznie – badania dążą do poznania specyfiki potrzeb starszych gejów i lesbijek w celu usprawnienia sieci usług i instytucji pomocowych (Rosenfeld, 2010).

Współczesne badania dotyczące opinii gejów i lesbijek na temat specyfiki procesów starzenia się osób nieheteroseksualnych pokazują zróżnicowane sytuacje i poglądy. Wśród tych badań dominuje metodologia jakościowa, co związane jest m.in. z trudnością dotarcia do członków interesującej badaczy zbiorowości. Nadal też wśród respondentów zauważyć można nadreprezentację mężczyzn. Peter Robinson (2011) na podstawie wywiadów z 21 gejami w wieku między 40. a 79. r.ż., z Australii i Stanów Zjednoczonych, wyodrębnił dwie główne i cztery narracje drugorzędne dotyczące sposobów postrzegania starszych gejów w środowisku LGBT [ang. ***L**esbian, **G**ay, **B**isexual, **T**ransgender* – skrótowiec odnoszący się do ***l**esbijek, **g**ejów, osób **b**iseksualnych* i *osób **t**ransgenderycznych* jako całości – przyp. red.]. Narracje główne są wobec siebie opozycyjne. Pierwsza opiera się na przekonaniu, że w środowisku homoseksualnym panuje ageizm, jest ono owładnięte obsesją młodości. Autor odnotował np. opinie na temat tendencji wśród starszych gejów do usilnego starania się, aby wyglądać na młodszych niż są. Natomiast druga narracja akcentowała pozytywne osobiste doświadczenia respondentów wynikające z relacji z młodszymi gejami. Badani twierdzili, że młodzi z podziwem patrzą na długoletnie trwałe związki starszych mężczyzn. Czasem doceniają ich doświadczenie życiowe, chętnie słuchają historii o życiu osób homoseksualnych w latach 60. czy 70. minionego stulecia. Powyższe dwie narracje główne znajdują swoje rozwinięcie bądź też uzupełnienie w narracjach pobocznych. Pierwsza dotyczy szacunku, z jakim młodzi geje traktują starszych. Postrzegają ich jak weteranów, którzy przeżyli ciężkie czasy, w tym czasy epidemii AIDS. Kilku respondentów dodaje, że szacunek zależy jednak od pozycji starszego geja. Jeśli ma on niską pozycję społeczną, nie odniósł sukcesu zawodowego, wtedy bywa marginalizowany. Druga narracja dotyczy płatnego seksu. Pojawia się tu motyw takich relacji między młodymi a starszymi, w których główną rolę odgrywają pieniądze. Starsi geje mogą być atrakcyjni dla młodych jedynie wtedy, gdy w grę wchodzą gratyfikacje finansowe. Tematem trzeciej narracji jest nastoletni ageizm. Pojawiają się tu wypowiedzi na temat kulturowo-społecznej ignorancji młodych gejów, którzy najczęściej nie interesują się przeszłością, a starszych traktują jak dziadków, z którymi nie mają już żadnych obszarów porozumienia. Czwarta narracja akcentuje wizerunek starszych gejów jako seksualnie nieatrakcyjnych i napastliwych. Starsi postrzegani są tu jako potencjalnie niebezpieczni, dążący do seksualnego wykorzystania młodszych. Zgodnie z konkluzjami autora wywiadów kultura dominująca konstruuje wzory ageizmu, które subkultura gejowska po prostu odzwierciedla. Współczesna tożsamość gejowska opiera się na kulcie z młodości, czego konsekwencją są takie zjawiska, jak: postrzeganie starszych jako aseksualnych, wysiłki gejów w średnim wieku w celu utrzymania młodego wizerunku (wygląd, zachowa-

nie), trudności starszych mężczyzn z akceptacją własnej starości.

Badacze zajmujący się natomiast nieheteroseksualnymi starszymi kobietami coraz częściej dostrzegają różnice w przebiegu procesu starzenia się oraz jego percepcji między nimi a homoseksualnymi mężczyznami. Lesbijki w starszym wieku są bardziej aktywne i optymistycznie nastawione niż geje. Wygląd fizyczny i kult młodości odgrywają w ich środowisku l mniejszą rolę aniżeli w środowisku gejów. Co prawda część starszych kobiet czuje się społecznie „niewidzialna", doznając konsekwencji nie tylko homofobii i ageizmu, ale i seksizmu, lecz wiele z nich cieszy się szacunkiem wśród młodych lesbijek, pełniąc rolę „patronek środowiskowych" czy „babć" (Schope, 2005). Lesbijki postrzegają upływ czasu w kontekście bardziej pozytywnym niż geje, uważają też, że w ich środowisku uprzywilejowanie młodości jest dużo mniej wyraźne aniżeli w środowiskach kobiet heteroseksualnych (Heaphy, Yip, Thompson, 2003). Natomiast bardziej niekorzystna sytuacja może czekać starsze lesbijki na rynku pracy, gdzie mogą się spotkać z większą dyskryminacją niż heteroseksualistki.

Statystycznie niższe zarobki kobiet wiążą się z niższą → emeryturą. O ile heteroseksualne emerytki mogą potencjalnie dysponować wyższą emeryturą męża bądź w sytuacji wdowieństwa – świadczeniami po zmarłym małżonku, o tyle w przypadku związków lesbijek takie możliwości są dużo mniejsze. Zatem starość niesie dla nich większe ryzyko problemów ekonomicznych i finansowych aniżeli w przypadku heteroseksualistek oraz gejów (Slater, 1995).

Na współczesną sytuację starszych osób homoseksualnych wpływ ma specyfika ich doświadczeń generacyjnych. Na Zachodzie wyróżnić można wśród społeczności LGBT dwie → kohorty wiekowe: tych, których młodość upłynęła w czasach „przed Stonewall" i tych, którzy należą do ery „po Stonewall". Zamieszki zapoczątkowane w roku 1969 w gejowskim nowojorskim klubie „Stonewall" uznawane są bowiem za symboliczny początek emancypacyjnego ruchu walki o prawa osób homoseksualnych (Adam, 1995). Podział na dwie → generacje powoduje, że starsi homoseksualiści nie mają z młodszymi wspólnych społecznych i politycznych doświadczeń, co stwarza między nimi → bariery. Starsi budowali swoją tożsamość w czasach, kiedy homoseksualizm był nieakceptowany społecznie, jednocześnie będąc tematem tabu. Wspólne dla ich doświadczeń było ukrywanie swojej orientacji bądź też bycie ofiarą dyskryminacji. W Polsce taką cezurą generacyjną jest rok 1989, bowiem dopiero wtedy lesbijki i geje mogli tworzyć oficjalne organizacje oraz środowiskową infrastrukturę. Zatem i w Polsce istnieje przepaść pomiędzy doświadczeniami młodych i starszych osób homoseksualnych. O ile obecnie młode osoby homoseksualne mają do dyspozycji organizacje, kluby, grupy → wsparcia, dostęp do fachowej literatury itp., o tyle starsi dorastali w czasach, gdy brakowało jakichkolwiek informacji na temat homoseksualizmu, a główną możliwością poznania kogoś tej samej orientacji były tzw. pikiety – umowne miejsca spotkań w celach seksualnych (najczęściej okolice dworców i szalety). Częstym doświadczeniem było też ukrywanie swojej tożsamości, a nawet zawieranie heteroseksualnych małżeństw jako próba ukrycia lub też „wyparcia" swojej orientacji. Ponieważ samoakceptacja postrzegana jest jako podstawowy czynnik w procesie tzw. pozytywnego nieheteroseksualnego starzenia się (Clarke i współprac., 2010), starsi geje i lesbijki ze względu na specyfikę generacyjną swoich doświadczeń mogą mieć z owym → pomyślnym starzeniem się relatywnie duże problemy. Konsekwencje trudności w kreowaniu pozytywnej nieheteroseksualnej tożsamości mogą być szczególnie dotkliwe dla osób starszych. Obawy przed gorszym traktowaniem ze strony → służb społecznych i/lub opiekuńczych czy medycznych bywają np. powodem odkładania bądź unikania wizyt w poradniach zdrowia, co zwłaszcza dla starszych stanowić może istotną przeszkodę w dbaniu o → jakość życia (Grossman, D'Augelli, Hershberger, 2000). Lęki nieheteroseksualnych starszych osób przed dyskryminacją wynikającą z homofobii ilustruje wypowiedź 61-letniego geja przytaczana przez Nancy J. Krauer (2011). Respondent ten stwierdził, że wraz z upływem czasu będzie staranniej ukrywał swoją orientację. Motywował to tym, że ze względu na społeczne uprzedzenia, jawność homoseksualnej orientacji w sytuacji pełnej sprawności i niezależności jest czymś innym, niż jawność orientacji w sytuacji problemów zdrowotnych i wynikającej z wieku bezradności.

Charakterystyczne dla zachodnich badań nad specyfiką starzenia się gejów i lesbijek jest częste umiejscawianie ich w kontekście problematyki służb socjalnych i opieki zdrowotnej. Starsze osoby homoseksualne postrzegane są tu jako klienci służby zdrowia, → opieki społecznej czy programów socjalnych. Autorzy książek i artykułów na ten temat piszą o wyraźnych praktycznych aspektach przekazywanej wiedzy (Fish, 2012). Kierują swoje teksty do studentów i pracowników związanych z medycyną, gerontologią, pracą społeczną, opiekuńczą czy administracyjną w obszarze opie-

ki zdrowotnej. Zakładają, że wiedza na temat doświadczeń i specyfiki osób starszych należących do mniejszości seksualnych może pomóc im w pracy z pacjentami czy klientami. W tym rodzaju dyskursu za podstawowy wyznacznik stylu życia starszych gejów i lesbijek uważana jest częstsza niż w przypadku heteroseksualistów samotność. Rzadziej bowiem mają oni współmałżonków, partnerów, dzieci i wnuki. Brytyjski sondaż z 2011 roku przyniósł dane ilustrujące to zjawisko: 41% osób nieheteroseksualnych powyżej 55. r.ż. mieszkało samotnie, w porównaniu z 28% heteroseksualistów (Doward, 2011 – Internet: http://www.guardian.co.uk/…). 40% mężczyzn homo- i biseksualnych powyżej 55 r.ż. to single, w porównaniu z 15% mężczyzn heteroseksualnych. Inna jest też częstotliwość spotkań z rodziną – z jej członkami kilka razy w tygodniu spotyka się tylko 8% lesbijek, gejów i osób biseksualnych, w porównaniu z 21% heteroseksualistów. Osoby nieheteroseksualne częściej też obawiają się tego, że w przyszłości będą potrzebować czyjejś → opieki (72% w porównaniu zo 62% osób heteroseksualnych).

W Polsce sytuacja starszych osób homoseksualnych jest inna niż na Zachodzie. W zachodniej Europie i Stanach Zjednoczonych rozwija się infrastruktura środowiskowa skierowana specjalnie do osób starszych – kluby, → grupy wspierania, prasa itp. Działają organizacje, takie jak np. SAGE (*Senior Action in a Gay Environment*) bądź OLOC (*Old Lesbians Organizing for Change*). W Polsce brak jest organizacji ukierunkowanych na specyfikę potrzeb starszych gejów i lesbijek, brak jest na ich temat badań i literatury – stanowią oni zmarginalizowaną i niewidzialną społecznie zbiorowość.

DM-R

B: Adam, 1995; Berger, 1982; Clarke i współprac., 2010; Fish, 2012; Grossman, D'Augelli, Hershberger, 2000; Heaphy, Yip, Thompson 2003; Kimmel, 2004; Knauer, 2011; Lee, 2004; Robinson, 2011; Rosenfeld, 2010; Schope, 2005; Slater, 1995; Weinberg, 1969; Zych, 2013.

N: Doward, 2011 – Internet: http://www.guardian.co.uk/…; http://natemat.pl/…

O: gerontoseksuologia, potrzeby psychoseksualne osób starszych, potrzeby seksualne w okresie starości, seksualność osób starszych.

TK: am. *aging and sexual orientation*, ang. *sexual orientation and ageing*, fr. *orientation sexuelle et vieillissement*, hiszp. *orientation sexual y envejecimiento/tendencia sexual y envejecimiento/inclinación sexual y envejecimiento*, niem. *sexuelle Orientierung und Altern/Sexualorientierung und Altern/Geschlechtspartner-Orientierung und Altern*, ros. *старение и сексуальная ориентация*.

orzecznictwo inwalidzkie

– jest zorganizowanym systemem instytucjonalnym o strukturze dwuinstancyjnej, działającym na zasadach określonych w roku 1997 (Ustawa z 22 VIII 1997 roku), skierowanym do osób, które dla celów rentowych bądź pozarentowych chcą uzyskać prawne potwierdzenie statusu osoby niepełnosprawnej. Wniosek o wydanie orzeczenia o → niepełnosprawności może złożyć nie tylko osoba zainteresowana, ale też jej przedstawiciel ustawowy (dotyczy to przede wszystkim dzieci oraz osób ubezwłasnowolnionych), kierownik → ośrodka pomocy społecznej, ale za zgodą osoby zainteresowanej lub jej przedstawiciela ustawowego.

Podmiotami uprawnionymi do orzekania o niepełnosprawności dla celów pozarentowych są:

- powiatowe i/lub miejskie zespoły ds. orzekania o niepełnosprawności (PZON) jako pierwsza instancja, powoływane przez starostę powiatu;
- wojewódzkie zespoły ds. orzekania o niepełnosprawności (WZON) jako druga instancja, powoływane przez wojewodę.

Organy te wydają odpowiednio orzeczenia o:

- niepełnosprawności dzieci do 16. r.ż., stopniu niepełnosprawności osób, które ukończyły 16. r.ż., wskazaniach do ulg i uprawnień osób posiadających orzeczenia o inwalidztwie lub niezdolności do pracy.

W orzeczeniu powiatowego zespołu poza ustaleniem niepełnosprawności lub stopnia niepełnosprawności powinny znaleźć się szeroko ujęte wskazania obejmujące następujące kwestie:

- odpowiednie zatrudnienie uwzględniające psychofizyczne możliwości danej osoby,
- szkolenie, w tym specjalistyczne,
- zatrudnienie w zakładzie aktywności zawodowej,
- uczestnictwo w terapii zajęciowej,
- konieczność zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze i pomoce techniczne ułatwiające funkcjonowanie danej osoby,
- korzystanie z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji, przez co rozumie się korzystanie z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych świadczonych przez sieć instytucji pomocy społecznej, organizacje pozarządowe i inne placówki,
- konieczność stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji,
- konieczność stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, → rehabilitacji i edukacji.

- spełniania przez osobę niepełnosprawną przesłanek określonych w art. 8 ust. 3a pkt. 1 i 2 Ustawy z 20 VI 1997 roku – Prawo o ruchu drogowym, przy czym w przepadku osób niepełnosprawnych zaliczonych do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności spełnienie tych przesłanek może zostać stwierdzone jedynie w przypadku ustalenia przyczyny niepełnosprawności oznaczonej symbolem 04-O (choroby narządu wzroku), 05-R (upośledzenie narządu ruchu) lub 10-N (choroba neurologiczna),
- zamieszkiwania w oddzielnym pokoju, o którym mowa w art. 5 ust. 3 Ustawy z 21 VI 2001 roku.

W składzie orzekającym pierwszej instancji znajdują się: lekarz-przewodniczący oraz orzecznik specjalista jako członek komisji. W postępowaniu orzeczniczym mogą też uczestniczyć tacy specjaliści, jak: lekarz, psycholog, pedagog, → pracownik socjalny czy doradca zawodowy.

Organy orzecznicze drugiej instancji rozpatrują odwołania w sytuacji zastrzeżeń do orzeczeń wydanych przez powiatowe zespoły. Przeprowadzają również badania specjalistyczne na potrzeby → orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności.

Orzecznictwo do celów rentowych prowadzą dla ogółu zatrudnionych lekarze orzecznicy Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) oraz komisje lekarskie ZUS, w przypadku takich grup społecznych, jak: rolnicy i ich rodziny – lekarze rzeczoznawcy i komisja lekarska Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS), a dla przedstawicieli tzw. służb mundurowych (policjanci, żołnierze, celnicy) i ich rodzin – komisje lekarskie MON lub MSWiA. Honorowane są też wcześniejsze orzeczenia o tzw. grupach inwalidzkich, które wydawane były przez Komisję ds. Inwalidztwa i Zatrudnienia (KIZ). Orzeczenia ZUS oprócz oceny zdolności do pracy, na podstawie której wypłacane są renty z → ubezpieczenia społecznego, dają też takie same uprawnienia do korzystania z różnych ulg jak orzeczenia powiatowych zespołów.

JIW

B: Sierpowska, Kogut, 2010; Strmiska-Mietlińska, 2015.

D: Rozporządzenie Ministra Gospodarki… z 15 VII 2003 roku; Ustawa z 20 VI 1997 roku; Ustawa z 22 VIII 1997 roku; Ustawa z 21 VI 2001 roku.

O: inwalidztwo, integracja i normalizacja społeczna osób z ograniczeniem sprawności, kalectwo, niepełnosprawność, orzecznictwo rentowe i dla celów pozarentowych, orzekanie o niepełnosprawności osób starszych.

TK: ang. *certification of disability*, fr. *attestation de droit d'invalidité*, hiszp. *certificación de discapacidad*, ros. *выдача свидетельства по инвалидности/удостоверение инвалидности.*

orzecznictwo rentowe i dla celów pozarentowych

– to ze względu na cel orzecznictwo dwojakiego rodzaju, funkcjonujące w Polsce od roku 1997, a realizowane przez różne podmioty i opierające się na odrębnych ustawach. Orzecznictwo do celów rentowych mające na celu ocenę zdolności do pracy zawodowej prowadzą dla ogółu zatrudnionych lekarze orzecznicy i komisje lekarskie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS). Natomiast dla rolników i ich rodzin tego rodzaju orzecznictwo prowadzą lekarze rzeczoznawcy i komisje lekarskie Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS), zaś dla przedstawicieli tzw. służb mundurowych (policjanci, żołnierze, celnicy) i ich rodzin – komisje lekarskie podległe MON i MSWiA. Lekarz orzecznik ZUS na podstawie przeprowadzonego badania i przedstawionej dokumentacji medycznej ocenia niezdolność do pracy oraz określa jej stopień, jak również przewidywany okres tej niezdolności. Ustala czas powstania niezdolności do pracy i związek przyczynowy pomiędzy niezdolnością do pracy a określonymi okolicznościami. W niektórych przypadkach dokonuje również oceny niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Niezdolność do pracy może wynikać z przyczyn zdrowotnych mających różne źródła, które upoważniają do przyznania określonych świadczeń:

- z ogólnego stanu → zdrowia (renta z tytułu niezdolności do pracy – całkowitej lub częściowej);
- stan zdrowia po wypadku lub wywołany chorobą zawodową (renta wypadkowa lub z tytułu choroby zawodowej).

Przed wydaniem stosownego orzeczenia lekarz orzecznik bierze pod uwagę:

- stan sprawności organizmu oraz możliwości przywrócenia sprawności w wyniku leczenia i → rehabilitacji;
- możliwości zawodowe w kierunku: wykonywania dotychczasowej pracy, zmiany pracy, przekwalifikowania zawodowego, przy których określeniu uwzględnia rodzaj i charakter dotychczas wykonywanej pracy, poziom wykształcenia, wiek i predyspozycje psychofizyczne.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami lekarz orzecznik może zakwalifikować zainteresowaną osobę jako:

- częściowo niezdolną do pracy – jeżeli wg wiedzy medycznej istnieje możliwość odzyskania zdolności do pracy;

- całkowicie niezdolną do pracy – jeżeli wg wiedzy medycznej nie ma rokowań odzyskania zdolności do pracy;
- całkowicie niezdolną do pracy oraz samodzielnej egzystencji.

Stosownie do ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych obecnie wydawane jest orzeczenie lekarza orzecznika ZUS o:

1) całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji, traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu → niepełnosprawności;
2) niezdolności do samodzielnej egzystencji, traktowane na równi z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności;
3) całkowitej niezdolności do pracy, traktowane na równi z orzeczeniem o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności;
4) częściowej niezdolności do pracy, traktowane na równi z orzeczeniem o lekkim stopniu niepełnosprawności.

Od 2005 roku niezdolność do pracy orzekana jest na czas określony, nie dłuższy niż 5 lat. Odstępstwem od tej zasady jest sytuacja, gdy wg wiedzy medycznej nie ma rokowań odzyskania zdolności do pracy przed upływem tego okresu. Za niezdolną do pracy uważa się osobę, która całkowicie lub częściowo utraciła zdolność do pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu i nie rokuje odzyskania tej zdolności po przekwalifikowaniu. Za całkowicie niezdolną do pracy uznaje się osobę, która utraciła zdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy. Częściowo niezdolna do pracy jest osoba, która w znacznym stopniu utraciła zdolność do pracy zgodnej z posiadanym przez nią poziomem kwalifikacji. Niezdolność do samodzielnej egzystencji orzekana jest, jeżeli stopień naruszenia sprawności organizmu powoduje konieczność stałej lub długotrwałej → opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych.

Samo orzeczenie niezdolności do pracy nie jest jednoznaczne z uzyskaniem prawa do świadczeń rentowych. Prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy przysługuje ubezpieczonemu, który spełnia jednocześnie następujące warunki: 1) ma orzeczenie o niezdolności do pracy; 2) ma wymagany okres składkowy i nieskładkowy – w zależności od wieku, w którym ww. niezdolność powstała; katalog okresów składkowych i nieskładkowych zawarty jest w przepisach art. 6 i 7 Ustawy z 17 XII 1998 roku; 3) niezdolność do pracy powstała w okresach składkowych lub nieskładkowych albo nie później niż w ciągu 18 miesięcy od ustania tych okresów. Wymóg powstania niezdolności do pracy w określonym ustawowo czasie nie obowiązuje osób, które spełniają jednocześnie następujące warunki:

- mają co najmniej 20-letni (w przypadku kobiet) i 25-letni (w przypadku mężczyzn) okres składkowy i nieskładkowy;
- spełniają warunek posiadania okresu składkowego i nieskładkowego;
- zostały uznane za całkowicie niezdolne do pracy.

W szczególnych przypadkach przyznawana jest renta szkoleniowa. Dotyczy ona sytuacji, gdy ubezpieczony spełni warunki wymagane do przyznania renty z tytułu niezdolności do pracy i uzyska orzeczenie ze wskazaniem przekwalifikowania zawodowego ze względu na niezdolność do pracy w dotychczasowym zawodzie. Przyznawana jest na okres 6 m-cy. Maksymalny okres pobierania tej renty nie może przekroczyć 36 m-cy. Zarówno skrócenie, jak i wydłużenie okresu pobierania renty szkoleniowej następuje na podstawie wniosku starosty. Okres 6 m-cy może ulec skróceniu, jeśli przed upływem tego okresu starosta zawiadomi organ rentowy o braku możliwości przekwalifikowania do innego zawodu lub o tym, że osoba zainteresowana nie poddaje się przekwalifikowaniu zawodowemu.

Orzecznictwo do celów pozarentowych prowadzą: 1) powiatowe zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności – jako pierwsza instancja, 2) wojewódzkie zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności – jako druga instancja.

Powiatowe/miejskie zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności wydają orzeczenia o:

- niepełnosprawności (w przypadku dzieci do 16. r.ż.);
- stopniu niepełnosprawności (w przypadku osób powyżej 16 r.ż.);
- wskazaniach do ulg i uprawnień.

Wydanie orzeczenia o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności następuje na wniosek: osoby zainteresowanej, przedstawiciela ustawowego tej osoby, przedstawiciela ustawowego dziecka. Wniosek o wydanie orzeczenia powinien zawierać:

- dane osobowe: imię i nazwisko wnioskodawcy, datę urodzenia, adres zamieszkania;
- cel uzyskania orzeczenia (np. uzyskanie świadczeń finansowych z → pomocy społecznej, uprawnień do korzystania z ulg, karty parkingowej, możliwość korzystania z warsztatów terapii zajęciowej);
- uzasadnienie wniosku (obejmuje określenie sytuacji społecznej i zawodowej, informacje o tym, czy dana

osoba ubiegała się wcześniej o ustalenie niepełnosprawności oraz czy pobiera świadczenia z → ubezpieczania społecznego).

Oprócz wniosku dotyczącego wydania orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności składa się jeszcze dokumentację medyczną oraz zaświadczenie lekarskie zawierające opis stanu zdrowia. W indywidualnych przypadkach należy dołączyć:

- kserokopię orzeczenia wydanego przez inny zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności, orzeczenia wydane przed 1997 (ZUS, KIZ, KRUS, MON);
- kserokopię aktu urodzenia dziecka (dotyczy osób poniżej 18. r.ż.);
- kserokopię dowodu osobistego (dotyczy osób pełnoletnich);
- postanowienie sądu o ustanowieniu opiekuna, kuratora lub zastępczej → rodziny (dotyczy osób ubezwłasnowolnionych, pozbawionych zdolności do czynności prawnych i wobec których ustanowiony został kurator lub opiekun prawny);
- zaświadczenie o niemożności przybycia na posiedzenie składu orzekającego ze szczegółowym opisem stanu ogólnego/miejscowego, wystawione przez lekarza prowadzącego (dotyczy osób, którym długotrwała i nierokująca poprawy → choroba uniemożliwia przybycie na posiedzenie składu orzekającego);
- oświadczenie osoby zainteresowanej o celu i terminie pobytu na terenie objętym działaniem zespołu (dotyczy osób nieposiadających stałego lub czasowego meldunku);
- oświadczenie osoby zainteresowanej, w którym wyraziła zgodę ośrodkowi pomocy społecznej na dokonywanie wszelkich czynności w postępowaniu w sprawie wydania orzeczenia o niepełnosprawności i/lub stopniu niepełnosprawności.

Wniosek o wydanie orzeczenia o stwierdzeniu niepełnosprawności lub stopnia niepełnosprawności rozpatruje co najmniej dwuosobowy skład orzekający, w którym przynajmniej jedna osoba powinna być lekarzem sprawującym jednocześnie funkcję przewodniczącego składu orzekającego. Drugim członkiem składu orzekającego może być pedagog, psycholog, → pracownik socjalny, doradca zawodowy albo inny lekarz. Postępowanie orzecznicze, służące ustaleniu niepełnosprawności lub stopnia niepełnosprawności, może odbyć się na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej, a w przypadku kiedy jest niewystarczająca do oceny stanu zdrowia – przeprowadzane jest stosowne badanie lekarskie.

Osoba zainteresowana bierze udział w posiedzeniu składu orzekającego. W przypadku, gdy niemożliwe jest jej osobiste stawiennictwo z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby (potwierdzonej zaświadczeniem lekarskim), a załączona dokumentacja medyczna jest niewystarczająca, badanie może być przeprowadzone w miejscu pobytu tej osoby.

Treść orzeczenia o niepełnosprawności zawiera m.in.: 1) symbol przyczyny niepełnosprawności; 2) datę lub okres powstania niepełnosprawności; 3) okres, na jaki orzeczono niepełnosprawność; 4) wskazania określone przez skład orzekający.

Natomiast orzeczenie o stopniu niepełnosprawności zawiera m.in.: 1) symbol przyczyny niepełnosprawności; 2) datę lub okres powstania niepełnosprawności; 3) okres, na jaki orzeczono stopień niepełnosprawności; 3) datę lub okres powstania ustalonego stopnia niepełnosprawności; 4)wskazania określone przez skład orzekający.

Istotnym elementem, który powinien znaleźć się w orzeczeniu o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności, są wskazania dotyczące w szczególności: 1) odpowiedniego zatrudnienia uwzględniającego psychofizyczne możliwości danej osoby; 2) szkolenia, w tym specjalistycznego; 3) zatrudnienia w zakładzie aktywności zawodowej; 4) uczestnictwa w terapii zajęciowej; 5) konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne, ułatwiające funkcjonowanie danej osoby; 6) korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji, przez co rozumie się korzystanie z usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych świadczonych przez sieć instytucji → pomocy społecznej, organizacje pozarządowe oraz inne placówki; 7) konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji; 8) konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji; 9) spełniania przez osobę niepełnosprawną przesłanek posługiwania się kartą parkingową.

Powiatowy zespół ds. orzekania o niepełnosprawności może wydać orzeczenie kwalifikujące osobę do określonego stopnia niepełnosprawności:

- znacznego stopnia niepełnosprawności: zalicza się do niego osobę z naruszoną sprawnością organizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy tylko w warunkach → pracy chronionej i wymagającą, w celu pełnienia ról społecznych, stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w związku z niezdolnością do samodzielnej egzystencji,
- umiarkowanego stopnia niepełnosprawności: zalicza się do niego osobę z naruszoną sprawnością or-

ganizmu, niezdolną do pracy albo zdolną do pracy jedynie w warunkach pracy chronionej lub wymagającą czasowej albo częściowej pomocy innych osób w celu pełnienia ról społecznych,
- lekkiego stopnia niepełnosprawności: zalicza się do niego osobę o naruszonej sprawności organizmu, powodującej w sposób istotny obniżenie zdolności do wykonywania pracy, w porównaniu ze zdolnością, jaką wykazuje osoba o podobnych kwalifikacjach zawodowych z pełną sprawnością psychiczną i fizyczną, lub mająca ograniczenia w pełnieniu ról społecznych dające się kompensować przy pomocy wyposażenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze lub środki techniczne.

Poza wnioskami o ustalenie niepełnosprawności bądź stopnia niepełnosprawności powiatowe centra orzekania rozpatrują także wnioski o ustalenie prawa do ulg i uprawnień. Orzeczenie to wydaje się osobie, która ukończyła 16. r.ż. i ma jedno z następujących orzeczeń:

1) ważne orzeczenie lekarza orzecznika ZUS o:
- całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji,
- niezdolności do samodzielnej egzystencji,
- całkowitej niezdolności do pracy,
- częściowej niezdolności do pracy oraz celowości przekwalifikowania;

2) ważne orzeczenie organu rentowego (ZUS, MSWiA, MON), wydane przed dniem 1 I 1998 roku o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów;

3) ważne orzeczenie KRUS o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym, wydane przed 1 I 1998 roku.

Postępowanie orzecznicze w zakresie ulg i uprawnień jest jednoosobowe (orzeka lekarz) i jednoinstancyjne (nie przysługuje odwołanie od decyzji). Orzeczenie o wskazaniach do ulg i uprawnień zawiera m.in.: stopień niepełnosprawności; symbol przyczyny niepełnosprawności; datę lub okres powstania niepełnosprawności; okres, na jaki wydano orzeczenie; wskazania określone przez lekarza – członka powiatowego zespołu; oraz uzasadnienie.

JIW

D: Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z 15 VII 2003 roku; Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 1 II 2002 roku; Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 18 XII 2007 roku; Ustawa z 27 VIII 1997 roku; Ustawa z 17 XII 1998 roku.

O: inwalidztwo, integracja i normalizacja społeczna osób z ograniczeniem sprawności, kalectwo, niepełnosprawność, orzekanie o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności.

TK: ang. –, fr. –, hiszp. –, niem. –, ros. –.

orzekanie o niepełnosprawności osób starszych

należy do podstawowych zadań instytucji rozpoznających, określających i nadających status → niepełnosprawności osobie starszej. Instytucjami tymi są powiatowe i/lub miejskie zespoły ds. orzekania o stopniu niepełnosprawności, które powołuje starosta, za zgodą wojewody. Instytucje te formalnie potwierdzają istnienie niepełnosprawności u osób z naruszoną sprawnością organizmu i umożliwiają im korzystanie z usług opiekuńczych, socjalnych, rehabilitacyjnych, medycznych, terapeutycznych, świadczonych przez instytucje państwowe, organizacje pozarządowe czy inne placówki → wsparcia i pomocy. System orzekania o niepełnosprawności istnieje niezależnie od systemu orzekania o niezdolności do pracy dla celów przyznania świadczenia rentowego, a jego wyodrębnienie dokonało się w roku 1997.

Niepełnosprawność jest kategorią zróżnicowaną znaczeniowo, która obejmuje wszelkie ograniczenia sprawności organizmu, zarówno w wymiarze stałym, jak i okresowym., biologicznym i psychospołecznym. Współczesne definicje niepełnosprawności koncentrują się bardziej na efektach wynikających z ograniczenia organizmu aniżeli na poszukiwaniu przyczyn jej powstawania (Hulek, 1969; Majewski, 1995; Dykcik, 2007; Zabłocki, 1997; Sowa, Wojciechowski, 2001; Kirenko, 2002).

Niepełnosprawność może mieć charakter wrodzony lub nabyty. Staje się ona poważnym problemem osób starszych, bo nasilają się zmiany związane z procesem → starzenia się organizmu i towarzyszącymi → chorobami → wieku podeszłego (→ otępienie starcze, → choroba Alzheimera, → choroba Parkinsona, stwardnienie rozsiane, → cukrzyca, artretyzm [i inne choroby reumatyczne], → udar mózgu, → nadciśnienie tętnicze, → osteoporoza, uszkodzenia mózgu, nadpobudliwość nerwowa, choroby zwyrodnieniowe kręgosłupa i stawów, → miażdżyca [naczyń], → zaćma, → jaskra, niedosłuch, choroby krążenia, nowotwory).

Proces starzenia się znacznie zmniejsza zdolności adaptacyjne jednostki, a wszelkie organiczne uszkodzenia niezdolne do regeneracji negatywnie wpływają na utrzymywanie równowagi wewnętrznej i zewnętrznej organizmu. Zaburzenia równowagi wewnętrznej rzutują na zakłócenia relacji człowieka ze środowiskiem zewnętrznym, co objawia się trudnościami nie tylko natury indywidualnej, funkcjonalnej, ale też rodzin-

nej, społecznej. Stan deregulacji organizmu zwiększa jego podatność na różne choroby, których konsekwencje w formie ograniczeń w codziennej egzystencji są podstawą do stwierdzenia niepełnosprawności i określenia jej stopnia. Wśród cech → starości wyróżnia się znaczny spadek zdolności adaptacyjnych jednostki w podstawowych wymiarach jej funkcjonowania, wzrastające ograniczenia samodzielności oraz stopniowo nasilające się uzależnienie od innych. Do najważniejszych problemów ludzi starszych można zaliczyć samotność, chorobę, izolację społeczną, brak aktywności zawodowej.

Starość, która zaczyna się po 60. r.ż. (wczesny okres starości, zgodnie z klasyfikacją WHO), związana jest z pojawieniem się dolegliwości w obszarze funkcjonowania poszczególnych narządów, które mogą mieć charakter przejściowy, stały lub postępujący, co w konsekwencji prowadzi do degradacji organizmu.

Starość – jak stwierdza Anna Leszczyńska-Rejchert (2005) – nie jest dysfunkcją, a osoby starsze mają prawa do pomocy oraz świadczeń wynikających z ich niepełnosprawności W odniesieniu do działań wobec osób starszych, u których występują stałe lub okresowe niedomagania organizmu, adekwatny jest termin → „rehabilitacja" w znaczeniu instytucjonalnego, profesjonalnego wsparcia. Rehabilitacja jest elementem → polityki społecznej wobec osób starszych, prowadzonej przede wszystkim wobec osób niepełnosprawnych (Błeszyńska, 1999). Zadaniem instytucji wspierających jest rozpoznanie oraz leczenie, usprawnianie, adaptacja i integracja (Sowa, Wojciechowski, 2001).

System orzecznictwa dotyczący orzekania o niepełnosprawności oraz o stopniach niepełnosprawności regulowany jest Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z 27 VIII 1997 roku o rehabilitacji zawodowej…, Rozporządzeniem Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z 15 VII 2003 roku w sprawie orzekania o niepełnosprawności… oraz Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 1 II 2002 roku w sprawie kryteriów oceny niepełnosprawności… Zgodnie z zapisami prawnymi niepełnosprawność definiowana jest jako trwała lub okresowa niezdolność do wypełniania roli społecznej z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodująca niezdolność do pracy. Termin ten dla celów orzecznictwa definiowany jest na dwóch płaszczyznach: funkcjonalnej i społecznej. Pierwsza z nich dotyczy ograniczeń lub niemożności samodzielnej egzystencji w zakresie podstawowych czynności życiowych, druga płaszczyzna obejmuje ograniczenia w pełnieniu ról społecznych, korzystania z przywilejów czy przysługujących osobie praw społecznych. Określenie statusu i stopnia niepełnosprawności jest zadaniem powiatu/miasta i realizuje się na poziomie dwóch instancji: powiatowym/miejskim i wojewódzkim (odwoławczym). W wojewódzkim zespole ds. orzekania realizowane są badania w zakresie neurologii i chorób narządów ruchu, chorób serca i naczyń obwodowych, chorób płuc, okulistyki oraz psychologii. Kierowane są tam osoby, których dokumentacja przedstawiona z procesu diagnostyki i leczenia schorzenia nie jest wystarczająca. Okres oczekiwania na badanie wynosi ok. miesiąca od dnia otrzymania skierowania.

Powiatowe/miejskie zespoły do spraw orzekania o niepełnosprawności zajmują się stwierdzaniem niepełnosprawności, określaniem jej stopnia oraz wskazaniem ulg i uprawnień osobom niepełnosprawnym. Skład zespołu uwarunkowany jest charakterem złożonego wniosku, a jego członkami są: przewodniczący, sekretarz, lekarz, psycholog, pedagog, doradca zawodowy, → pracownik socjalny. W każdym posiedzeniu uczestniczą co najmniej dwie osoby (lekarz, pracownik socjalny; lekarz-psycholog, lekarz-doradca zawodowy, lekarz-pedagog). W posiedzeniach dotyczących orzekania o niepełnosprawności/stopniu niepełnosprawności najczęściej udział biorą lekarz-pracownik socjalny. Każda z osób uczestniczących w posiedzeniu zobowiązana jest do sporządzenia oceny osoby orzekanej, zgodnie z posiadanymi uprawnieniami i kompetencjami. Lekarz dokonuje oceny medycznej w aspekcie zdrowia fizycznego, psychicznego, gdzie analizuje dotychczasową sytuację orzekanego, na jej podstawie prognozuje dalsze leczenie i określa jego rokowania. Pracownik socjalny dokonuje oceny społecznej (socjalnej), uwzględniając sytuację społeczną, rodzinną, indywidualną, wszelkie ograniczenia osoby utrudniające samodzielną egzystencję, trudności w wypełnieniu ról społecznych czy stopień uzależnienia od innych w zakresie prowadzenia gospodarstwa domowego. Zadaniem pracownika socjalnego jest też określenie potrzeby, charakteru i zakresu wsparcia środowiskowego udzielanego osobie niepełnosprawnej, co jest możliwe po zebraniu materiału dowodowego, przeprowadzeniu rozmowy z osobą orzekaną, połączonej z obserwacją jej zachowania i funkcjonowania w warunkach instytucji, oraz po analizie dostępnych dokumentów.

Orzeczenie jest efektem pracy interdyscyplinarnego zespołu i wydawane jest na wniosek osoby zainteresowanej, przedstawiciela ustawowego osoby zainteresowanej lub kierownika ośrodka pomocy społecznej. Każdy

wniosek pisemny zawiera dane osobowe orzekanego, określenie celu wydania orzeczenia, opis jego sytuacji rodzinnej, społecznej i zawodowej. Dodatkowo do wniosku załączona jest dokumentacja medyczna: karty leczenia szpitalnego, ambulatoryjnego, ekspertyzy medyczne, wyniki badań, konsultacje lekarskie.

Zespół, po wnikliwym rozpatrzeniu sprawy z udziałem osoby orzekanej lub jej ustawowego przedstawiciela, orzeka o braku lub istnieniu niepełnosprawności, określa jej stopień i zakres ulg i uprawnień dla osoby z danym rodzajem niepełnosprawności.

Orzekanie o niepełnosprawności, zgodnie z przyjętą definicją, nie dotyczy wyłącznie oceny stanu zdrowia, ale oceny ograniczeń funkcjonowania jednostki na różnych płaszczyznach życia, które są wynikiem uszkodzonej sprawności organizmu. W ocenie niepełnosprawności uwzględnia się różne aspekty funkcjonowania człowieka w zakresie jego indywidualnej i społecznej egzystencji. Przesłanką do wydania orzeczenia jest sytuacja, w której orzekany z uwagi na naruszoną sprawność organizmu nie jest zdolny do samodzielnej egzystencji, pozostaje w relacji uzależnienia od innych osób, nie jest w stanie wypełniać ról społecznych. Orzeczenie opiera się na ocenie jego możliwości w trzech zakresach: samodzielnej egzystencji, pełnienia ról społecznych i zatrudnienia w odpowiednich warunkach.

W przypadku osób starszych istotny jest zakres samodzielności, aktualna sytuacja rodzinna (czy osoba zamieszkuje sama), kondycja psychofizyczna oraz poziom komunikatywności i relacje z innymi (członkami rodziny, sąsiadami). W tej sytuacji pracownik socjalny winien ustalić, czy i w jakim zakresie starsza osoba niepełnosprawna może liczyć na pomoc rodziny, jednostek organizacji społecznej lub innych instytucji działających na rzecz pomocy osobom i rodzinom. Ocena socjalna i ocena medyczna wzajemnie się uzupełniają, ukazują stan aktualny, rokowania oraz obraz funkcjonowania jednostki w wymiarze złożoności życia społecznego.

Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności wydaje się do celów: szkolenia, odpowiedniego zatrudnienia, korzystania z rehabilitacji, korzystania z systemu → pomocy społecznej, konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, uczestnictwa w → warsztatach terapii zajęciowej, korzystania z systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji, korzystania z ulg i uprawnień na podstawie art. 8 ust. 1 Ustawy z 20 VI 1997 roku Prawo o ruchu drogowym (Dz.U. z 2005 roku Nr 108, poz. 908), ze względu na ograniczenia sprawności ruchowej, korzystania z innych ulg i uprawnień na podstawie odrębnych przepisów (np. ulgi telekomunikacyjne, prawo do zamieszkania w oddzielnym pokoju), uzyskania zasiłku pielęgnacyjnego. Orzeczenie jest prawnym, formalnym potwierdzeniem niepełnosprawności, co skutkuje zaliczeniem danej osoby do grupy niepełnosprawnych. Osoby po ukończeniu 16. r.ż., po spełnieniu odpowiednich kryteriów, otrzymują orzeczenie o stopniu niepełnosprawności. Ustawa określa trzy stopnie niepełnosprawności: znaczny, umiarkowany i lekki. Przy kwalifikowaniu do odpowiedniego stopnia niepełnosprawności zespół uwzględnia zakres naruszenia sprawności organizmu spowodowany przez: upośledzenie umysłowe w stopniu umiarkowanym, znacznym i głębokim, choroby psychiczne, zaburzenia głosu, mowy, choroby słuchu, choroby narządu wzroku, choroby narządu ruchu, epilepsję, choroby układu oddechowego i krążenia, choroby układu pokarmowego, choroby układu moczowo-płciowego, choroby neurologiczne, całościowe zaburzenia rozwojowe powstałe przed 16. r.ż. z zaburzeniami komunikacji i interakcji społecznej.

Znaczny stopień niepełnosprawności otrzymuje osoba, która w wyniku ograniczenia sprawności organizmu nie jest zdolna do pracy lub może pracować w warunkach pracy chronionej i wymaga stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innych osób w codziennej egzystencji życiowej. Niezdolność do samodzielnej egzystencji obejmuje problemy związane z samoobsługą (mycie, ubieranie się, jedzenie, przygotowanie posiłku), przemieszczaniem się i komunikowaniem.

Osoby z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności wymagają czasowej lub częściowej pomocy innych osób w realizowaniu codziennych czynności życiowych i pełnieniu ról społecznych. O ile przy znacznym stopniu niepełnosprawności mamy do czynienia z zaistnieniem obu przesłanek jednocześnie, to przy umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, każda z podanych przesłanek może być traktowana oddzielnie jako podstawa do przyznania stopnia niepełnosprawności.

O lekkim stopniu niepełnosprawności decyduje takie naruszenie sprawności organizmu, które uniemożliwia sprawne funkcjonowanie na poziomie indywidualnym i społecznym. Osoba taka wymaga kompensacji w postaci wyposażenia jej w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze lub środki techniczne.

Wyjaśnienia wymagają podstawowe kategorie decydujące o stopniu niepełnosprawności: **konieczność sprawowania opieki** oznacza całkowite uzależnienie osoby orzekanej od jej najbliższego otoczenia i doty-

czy pielęgnacji, higieny, natomiast kategoria **konieczność udzielania pomocy** polega na udzielaniu wsparcia w samoobsłudze, procesie leczenia, rehabilitacji, edukacji czy pełnieniu ról społecznych przez orzekanego. Długotrwała opieka i pomoc sprawowana jest przez okres powyżej 12 m-cy, czasowa natomiast wynika z indywidualnych potrzeb podyktowanych stanem zdrowia, kondycją psychofizyczną, częściowa zaś wskazuje na okoliczność i sporadyczność udzielania pomocy. Termin **ograniczenia w pełnieniu ról społecznych** dotyczy trudności, jakich doświadcza osoba zainteresowana w relacjach z otoczeniem, zgodnie z przyjętymi normami życia społecznego. Natomiast **pojęcie możliwość kompensacji organizmu** dotyczy wyrównywania dysfunkcji organizmu spowodowanej chorobą przez odpowiednio dobrane przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze lub środki techniczne.

Przy orzekaniu o stopniu niepełnosprawności osoby starszej uwzględnia się:

- zaświadczenie lekarskie, które opisuje aktualny stan zdrowia osoby orzekanej, rozpoznane choroby wraz z całą dokumentacją medyczną dotyczącą dotychczasowego procesu diagnozowania i leczenia, która może mieć wpływ na ustalenie stopnia niepełnosprawności;
- ocenę stanu zdrowia, dokonywaną przez lekarza-przewodniczącego zespołu, która zawiera opis choroby, wyniki dotychczasowego leczenia, rokowania co do jego poprawy;
- wiek, płeć, wykształcenie;
- ograniczenia występujące w czynnościach samoobsługowych, codziennej egzystencji na poziomie indywidualnym i społecznym, udziale w życiu społecznym, które są efektem procesu chorobowego;
- możliwości poprawy funkcjonowania poprzez zalecone formy leczenia, rehabilitacji, usługi medyczne, opiekuńcze czy zaopatrzenie w potrzebny sprzęt medyczny (buty ortopedyczne, aparat słuchowy, szkła korekcyjne, balkonik, wózek inwalidzki itd.).

Zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności wydaje orzeczenia stałe (trwałe) w sytuacji, gdy stan zdrowia i funkcjonowanie egzystencjalno-społeczne osoby nie rokuje poprawy lub z uwagi na wiek orzekanego oraz orzeczenia okresowe (na czas określony) w sytuacji, gdy istnieje prawdopodobieństwo zmiany i poprawy aktualnego stanu orzekanego. Sytuacja ta dotyczy osób, u których aktualnie trwa proces leczenia, a niepełnosprawność ma związek z określonym wydarzeniem zdrowotnym (uraz fizyczny, → udar mózgu, stan po zawale mięśnia sercowego). Każde orzeczenie zawiera symbol – oznaczenie przyczyny niepełnosprawności, przy czym w jednym orzeczeniu liczba wskazanych symboli nie może przekraczać trzech. Orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności traktowane jest na równi z orzeczeniem zaliczającym osobę do I grupy inwalidów, orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności traktowane jest na równi z orzeczeniem zaliczającym osobę do II grupy inwalidów, a orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności zalicza osobę do II grupy inwalidów.

Orzecznictwo o stopniu niepełnosprawności dotyczy osób, które są uprawnione do otrzymania statusu osoby niepełnosprawnej, a to z kolei uprawnia je do korzystania z przewidzianych dla nich świadczeń i przywilejów, jak np. zasiłki, ulgi w przejazdach, umieszczenie w → domu pomocy społecznej czy dostęp do usług rehabilitacyjnych. Orzeczenie powinno służyć pomocą w ukierunkowaniu działań osoby niepełnosprawnej bądź jej opiekunów, związanych z prowadzoną terapią i rehabilitacją. Orzeczenie dla osób starszych o stopniu niepełnosprawności pozwala im korzystać z następujących form pomocy gwarantowanych prawnie:

- w zakresie rehabilitacji społecznej – możliwość udziału w terapii zajęciowej realizowanej w warsztatach terapii zajęciowej oraz możliwość udziału w turnusach rehabilitacyjnych w celu zapewnienia integracji społecznej;
- dofinansowania przy zaopatrzeniu w niezbędne przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze lub środki techniczne, ułatwiające codzienne funkcjonowanie osoby niepełnosprawnej;
- ulgi w podatkach, ulgi komunikacyjne, zwolnienie z opłat radiowo-telewizyjnych;
- usługi socjalne, opiekuńcze, terapeutyczne, rehabilitacyjne świadczone przez instytucje, organizacje czy placówki;
- uprawnienia do zasiłku pielęgnacyjnego i innych świadczeń rodzinnych oraz zasiłku stałego z pomocy społecznej.

Decyzja o zaliczeniu osoby do odpowiedniego stopnia niepełnosprawności jest potwierdzeniem ograniczenia organizmu, ale też wskazuje możliwe formy rehabilitacji społecznej, z jakich orzeczona osoba może korzystać. Wydane orzeczenie ma charakter decyzji administracyjnej, od której przysługuje odwołanie w trybie administracyjnym i zawiera: oznaczenie zespołu, który wydał orzeczenie, datę jego wydania, datę złożenia wniosku, podstawę prawną, imię i nazwisko orzekanego, adres jego zamieszkania, numer dokumentu tożsamości, ustalenie lub odmowa stwierdzenia niepełnosprawności lub jej stopnia, symbol przy-

czyny niepełnosprawności, okres jej powstania, okres, na jaki wydano orzeczenie, wskazania określone przez skład orzekający, uzasadnienie, pouczenie o przysługującym odwołaniu, podpis przewodniczącego składu orzekającego i pozostałych członków. Orzeczenie jest podstawą do korzystania z systemu ulg i uprawnień przysługujących osobom niepełnosprawnym. Potwierdzeniem posiadania orzeczenia jest legitymacja osoby niepełnosprawnej. Organem uprawnionym do jej wydania jest starosta. Wydanie legitymacji następuje z urzędu, ale symbol przyczyny niepełnosprawności wpisuje się do legitymacji na wniosek osoby zainteresowanej lub przedstawiciela ustawowego tej osoby.

Uwzględniając fakt starzejącego się społeczeństwa, można mówić o słuszności prognoz dotyczących zwiększenia potrzeb zdrowotno-opiekuńczych ludzi starszych, a tym samym zwiększenia nakładów na opiekę społeczną i medyczną. Orzekanie o stopniu niepełnosprawności w subpopulacji tej grupy osób wskazuje tendencję wzrostową, co potwierdza roczne korzystanie ok. 70% ludzi starszych z lecznictwa zamkniętego, jak i specjalistycznych porad ambulatoryjnych. Sprawny system orzekania o niepełnosprawności i wynikające z tego konsekwencje i rozwiązania prawno-organizacyjne mogą przyczynić się do poprawy → jakości życia ludzi starszych, poprzez zapewnienie im właściwej opieki, pomocy, ale też integracji społecznej po to, aby senior był nie tylko przedmiotem troski innych, ale mógł w miarę swoich możliwości aktywnie uczestniczyć w życiu najbliższych i społeczeństwa.

BHS

B: Błeszyńska, 1999; Dykcik, 2007; Gretkowski, Kruszewski, 2014; Hulek, 1969; Kirenko, 2002; Leszczyńska-Rejchert, 2005; Majewski, 1995; Ostrowska, Sikorska, 1996; Sowa, Wojciechowski, 2001; Zabłocki, 1997.

D: Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z 15 VII 2003 roku; Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 18 XII 2007 roku; Ustawa z 20 VI 1997 roku; Ustawa z 27 VIII 1997 roku.

O: niepełnosprawność.

TK: ang. *medical certification for disability in elderly people*, fr. *medical certification de handicap des personnes âgées*, hiszp. *certificado de discapacidad de las personas de edad*, niem. *ärzliches Zertifikat über die Behinderung der älteren Generation/ärzliches Attest über die Behinderung im Alter*, ros. *заключение врачебно-консультационной комиссии о инвалидности пожилых людей/процедура оформления инвалидности пожилых людей.*

osobowościowy zespół organiczny

– zwany inaczej zespołem płata czołowego (łac. *syndroma frontale*, ang. *frontal lobe syndrome*, niem. *das Frontalhirnsyndrom*, ros. *синдром лобной доли*) – to zespół objawów organicznych wynikających z uszkodzenia okolicy czołowej mózgu. Kora przedczołowa (ang. *prefrontal cortex* – PFC) u człowieka stanowi podłoże złożonych procesów psychicznych, do których zaliczane są funkcje wykonawcze, pamięć operacyjna, planowanie, podejmowanie decyzji i przetwarzanie sygnałów emocjonalnych. Zaburzenia funkcji kory czołowej są przyczyną pogorszenia i obniżenia jakości zachowania i składają się na objawy tzw. zespołu czołowego (Jaracz, Rybakowski, 2011).

Ponieważ płaty czołowe są stosunkowo rozległym i funkcjonalnie zróżnicowanym obszarem, w zależności od tego, jaki ich obszar jest uszkodzony, objawy zaburzeń są odmienne. W związku z tym wyodrębniono trzy rodzaje zespołów czołowych (Fuster, 2001, Walsh, 2001; Jaracz, Rybakowski, 2011):

1. **Zespół czołowy grzbietowo-boczny** charakteryzuje się zaburzeniami napędu, uwagi i motywacji oraz utratą zainteresowania otaczającym światem i utratą spontaniczności zachowania. Chory z tego typu uszkodzeniem cechuje się koncentracją na „tu i teraz" z ewidentną utratą perspektywy odnośnie do przeszłości i przyszłości. Ponadto, w wyniku obniżenia pamięci operacyjnej oraz funkcji wykonawczych związanych z tworzeniem reprezentacji planu działania i monitorowania jego przebiegu, zaburzona jest także pamięć bieżących wydarzeń oraz zdolność planowania.
2. **Zespół czołowy przyśrodkowy** jest wynikiem uszkodzenia przyśrodkowych części zakrętu obręczy. Cechuje się znacznym obniżeniem napędu i motywacji, apatią oraz brakiem spontaniczności zachowania, a szczególnie mowy.
3. **Zespół czołowy oczodołowy** jest związany z uszkodzeniem brzusznych obszarów PFC, a jego skutkiem jest osłabienie procesów hamowania. Tacy chorzy mają trudności z koncentracją uwagi, gdyż bodźce zewnętrzne łatwo ich rozpraszają, ponadto wykazują nadmierną aktywność i nie są w stanie hamować spontanicznych zachowań. Wśród objawów zaburzeń emocji można zaobserwować euforię oraz nieadekwatne, frywolne poczucie humoru. Efektem odhamowania jest także nadmierna seksualność [hiperseksualność], nadmierne zwiększenie łaknienia [hiperfagia] oraz skłonność do łamania zasad społecznych.

Zespół płata czołowego wg Klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10 mieści się w podkategorii F07.0 „Organiczne zaburzenia osobowości", która jest elementem kategorii F07 określonej jako „Zaburzenia osobowości i zachowania spowodowane chorobą, uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu" (*Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja…*, 1998).

MAB

B: Fuster, 2001; Jaracz, Rybakowski, 2011; *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja…*, 1998; Walsh, 2001.

S: zaburzenia osobowości o podłożu organicznym, zespół płata czołowego.

TK: ang. *organic personality syndrome*, fr. *organiques troubles de la personalité*

osobowość i samoocena człowieka starszego

Większość badań psychologicznych dostarcza danych przekonujących, że fundamentalne, w znacznym stopniu wrodzone cechy osobowości, takie jak: neurotyczność, ekstrawersja, otwartość na doświadczenie, sumienność i ugodowość, pozostają w ciągu → życia jednostki na względnie stałym poziomie (Costa, McCrae, 2005). Nieznaczne zmiany dotyczą neurotyczności i ekstrawersji. Neurotyczność, charakteryzowana jako nadwrażliwość i labilność emocjonalna, niska odporność na → stres, gotowość do reagowania lękiem, przygnębieniem i smutkiem, u osób starszych wzrasta. Z kolei ekstrawersja, rozumiana jako nastawienie na świat zewnętrzny, relacyjność, towarzyskość, nieco słabnie u tych starszych osób, u których pierwotnie sytuowała się na wysokim poziomie, a nasila się u tych, u których wcześniej dominowały skłonności przeciwstawne, czyli introwertywne. W rezultacie, u osób ekstrawertywnych pojawia się większa niż dotąd refleksyjność, gotowość do skupiania uwagi na swoim wnętrzu, natomiast u osób pierwotnie introwertywnych wzrasta zainteresowanie otoczeniem zewnętrznym i gotowość podejmowania kontaktów z innymi ludźmi. Większość starszych osób staje się więc ambiwertykami, czyli osobami o względnie zrównoważonym poziomie introwersji i ekstrawersji. Wyraźnej zmianie ulegają takie cechy osobowości, pokrewne względem ww. cech, jak: pewność siebie, zakres zainteresowań czy serdeczność w kontaktach z ludźmi, jednak kierunek zmian jest trudny do przewidzenia, gdyż zależy od wielu wchodzących ze sobą w interakcje czynników. Należą do nich m.in.: rodzaj i poziom podmiotowej aktywności, motywacja prorozwojowa oraz aktualna sytuacja życiowa, zwłaszcza zdrowotna i materialna. Na zmianę podatny jest obraz własnej osoby. → Seniorzy, w porównaniu z osobami młodszymi, częściej zwracają uwagę na własne cechy związane z pełnionymi rolami społecznymi i sferą moralności, niż na cechy sprawnościowe. Opisują siebie chętniej w terminach: odpowiedzialny, sumienny, obowiązkowy, pomocny, niż w terminach: aktywny, inteligentny, niezależny, ambitny. Z kolei w systemie wartości osób starszych, częściej niż u młodszych, obecne są wartości nadrzędne, takie jak: pokój na świecie, bezpieczeństwo kraju, sprawiedliwość. Osoby starsze, częściej niż młodsze, wyrażają przekonanie, że cechy osobowości z biegiem czasu mogą ulegać zmianie, przy czym przejawiają skłonność do przeceniania pozytywnych zmian, a niedoceniania ich u innych osób z własnej grupy wiekowej. Generalnie samoocena seniorów, zwłaszcza z najstarszej grupy wiekowej, jest niższa od samooceny osób z pozostałych grup i w znacznej mierze zależy od porównań społecznych. Porównania wypadające na korzyść własnej osoby doraźnie podnoszą samoocenę.

MMS-R

B: Costa, McCrae, 2005.

TK: ang. *personality and self-evaluation of the old man/personality and self-assessment of the old man*, fr. *personnalité et autoévaluation de vieil homme*, hiszp. *personalidad y autoevaluación el viejo*, niem. *Persönlichkeit und Selbstevaluation der alte Mann/Persönlichkeit und Selbstbewertung der alte Mann*, ros. *личность и самостоятельная оценка пожилого человека*.

osobowość ludzi starszych

Wyniki badań nad osobowością człowieka starego są bardzo zróżnicowane i trudno w nich znaleźć ogólną prawidłowość. Ponadto rekonstrukcja obrazu osobowości ludzi starszych na podstawie danych empirycznych jest trudna, m.in. z tego powodu, że w większości badania te mają charakter przekrojowy, a nie longituidalny.

Nie ma jednoznacznych danych odnośnie do stałości czy zmienności struktury osobowości. Można zatem wyróżnić opozycyjne wobec siebie koncepcje ciągłości i nieciągłości, a także współistnienie ich jako wynik współdziałania czynników osobowościowych i sytuacyjnych (Zając, 2002). Przedstawiciele koncepcji ciągłości twierdzą, że człowiek w → późnej dorosłości ma te same cechy, które określały go we wcześniejszych etapach życiowych. Zwolennikami tego podejścia są m.in. Paul T. Costa i Robert R. McCrae, którzy powołują się na wyniki badań podłużnych. Pokazały one, że cechy wymieniane w modelu wielkiej piątki, takie jak: ekstrawersja, neurotyzm, otwartość na doświadczenia, sztywność zasad postępowania wykazują

stabilność, czego dowodem są względnie stałe wyniki pomiarów (Straś-Romanowska, 2011). Badania amerykańskich uczonych prowadzone były w różnych krajach i wskazują one, że cechy są stabilne, a niewielkie zmiany, jakie w nich zachodzą, są niezależne od szerokości geograficznej.

Jądro naszej osobowości pozostaje niezmienione i w → starości jesteśmy tą samą osobą, jaką byliśmy dotychczas. Istnieją dowody na to, że w starości nie mamy do czynienia z raptownym zerwaniem ciągłości danej osobowości, lecz wręcz z jej umocnieniem. Najważniejsze dla danej osobowości cechy zdają się być jeszcze bardziej zarysowane (Viorst, 1996).

Natomiast nieciągłość osobowości jest osiowym elementem koncepcji Erika H. Eriksona (1902–1994) i Roberta J. Havighursta (1900–1991). E.H. Erikson opracował teorię rozwoju osobowości opartą na idei kryzysu. Wpisał w nią zestaw normatywnych kryzysów, których trzeba doświadczyć, przechodząc na kolejne etapy → życia, a rozwiązanie ich warunkuje prawidłowy rozwój osobowości. W sensie psychologicznym człowiek zmienia się wg pewnego stałego programu. Niepomyślne rozwiązanie któregoś z kryzysów skutkuje nieradzeniem sobie z pozostałymi. Na okres późnej dorosłości przypada stadium kryzysu rozstrzygnięcia pomiędzy integralnością a rozpaczą. Integralność przejawia się → mądrością [życiową] zbudowaną m.in. na dystansie wobec siebie i świata oraz spokoju wewnętrznym. Jest to zainteresowanie życiem samym w sobie, przeżywanie siebie i otaczającego świata w sposób spójny, całościowy. Mądrość charakteryzująca osoby starsze pozwala na doświadczanie ładu, harmonii w odniesieniu do świata, ludzi i siebie, a także traktowanie swojego życia jako jedynego, mającego wartość i sens.

Różne typy osobowości cechują różne wzorce → starzenia się. Spomiędzy przedstawicieli o osobowości zintegrowanej wyróżniono trzy odmienne typy zachowań w podejściu do własnego starzenia się. Dobre przeżywanie starości zaobserwowano u osób o osobowości reorganizującej się, które cechowało utrzymywanie wysokiej aktywności życiowej, a typu skupionego – średniej i typu niezaangażowanego – niskiej aktywności. Natomiast → zadowolenie z życia u reprezentantów wszystkich typów było wysokie. Wśród osobowości uzbrojonych lub obronnych istniała potrzeba ścisłej kontroli siebie i stosowania mechanizmów obronnych powstrzymujących → lęk przed śmiercią. W kategorii osobowości bierno-zależnych zaobserwowano potrzebę znalezienia kogoś, na kim można się wesprzeć. U osób szukających pomocy i pocieszenia zaobserwowano średnią aktywność życiową. Do kategorii osobowości niezintegrowanych zaliczono osoby z zaburzeniami funkcji psychicznych, utratą kontroli emocjonalnej i pogorszeniem procesów myślowych. Zarówno aktywność, jak i zadowolenie z życia były u nich niskie (Neugarten, Havighurst, Tobin, 1968).

Podstawowa struktura osobowości jako biologicznie zdeterminowana tendencja jest stała, a zmianie ulegają nabyte formy zachowania w zależności od doświadczeń życiowych. Są też dane świadczące o zmianie wraz z wiekiem takich cech, jak: pewność siebie, ciepło wewnętrzne, zainteresowania poznawcze (Straś-Romanowska, 2011). Ponadto zmiany osobowości dokonują się bardziej pod wpływem wewnętrznych mechanizmów niż pod wpływem nawet istotnych zmian życiowych. Koncepcje ciągłości i nieciągłości osobowości nie muszą funkcjonować jako alternatywne, mogą działać na zasadzie komplementarności. Możliwe jest współistnienie cech indywidualnych z cechami wspólnymi dla większości osób z danej kategorii wiekowej. Cechy wspólne pozostają w związku ze specyficznym okresem, jakim jest starość, a właściwości indywidualne mają źródła osobowościowe.

W koncepcji Kazimierza → Obuchowskiego (2000) rozwój osobowości związany jest ze spełnianiem takich kryteriów, jak: coraz wyższa sprawność, pojawienie się nowych właściwości, poczucie satysfakcji z życia oraz zdolność do kontrolowania siebie. Wszystkie te kryteria łączy mechanizm, dzięki któremu dochodzi do zmian rozwojowych, nazwany adaptacją twórczą. U jej podstaw leży założenie, że osobowość jest procesem i w związku z tym dokonują się w niej nieustanne zmiany, mające charakter rozwojowy lub regresywny. Proces adaptacji twórczej polega na dostosowywaniu się osobowości nie do stanów aktualnych, lecz planowanych przez daną jednostkę w przyszłości. Proces ten uruchamiany jest wtedy, gdy człowiek stawia przed sobą zadania zorientowane na daleką przyszłość. Jest to możliwe dzięki posiadaniu własnej koncepcji życia, na podstawie której formułowane są zadania wprowadzające osobowość na drogę zmian rozwojowych.

AWI

B: Costa, McCrae, 2005; Neugarten, Havighurst, Tobin, 1968; Obuchowski, 2000; Straś-Romanowska, 2011; Viorst, 1996; Zając, 2002.

TK: ang. *personality of older people/personality in later life*, fr. *personnalité des personnes âgées*, hiszp. *personalidad de las personas mayores*, niem. *die Alters-Persönlichkeit/die Persönlichkeit älterer Menschen*, ros. *личность пожилых людей/личность в старости*.

osoby starsze jako kapitał społeczny → kapitał społeczny ludzi starszych

osoby starsze w środowisku nowych mediów

Internet miał być medium egalitarnym, otwartym, zmniejszającym dysproporcje pomiędzy ludźmi. Te libertariańskie ideały wpisane w naturę Internetu ziściły się jedynie w pewnym stopniu, a nierówności cyfrowe nakładają się na nierówności społeczne, jeszcze bardziej pogłębiając istniejące dysproporcje pomiędzy → seniorami a resztą społeczeństwa. Umiejętność posługiwania się narzędziami codziennego użytku, takimi jak: komputer, Internet, telefon komórkowy, bankomat, znajduje swoje odzwierciedlenie w komforcie → życia, poczuciu bezpieczeństwa i wrażeniu „bycia na czasie", co koreluje ze społeczną presją bycia sprawnym i nowoczesnym. Brak zainteresowania rzeczywistością, strach przed sytuacjami wymagającymi opanowywania nowej wiedzy, niewiara we własne możliwości w tym zakresie, implikują poczucie nieprzystosowania do współczesnego życia. Działa tu w wielu przypadkach efekt spirali, gdyż osoba starsza – wycofując się z wielu sytuacji społecznych – sprawia, że ulega jeszcze większemu wykluczeniu. Obawa bądź lęk przed wykorzystywaniem nowych technologii, czyli → technofobia, jeszcze bardziej pogłębia negatywne skutki → starości, odsuwając najstarsze generacje na boczny tor. Jak wykazują badania, znaczna część seniorów nie korzysta z Internetu i komputera, bo ich to nie interesuje. Seniorzy zatem nie tylko są wykluczani „zewnętrznie", ale nieświadomie dokonują procesu samowykluczania. To zjawisko niepokojące, gdyż, jak ukazują badania, samoocena seniorów w wielu przypadkach jest wzmacniania właśnie przez poczucie, że uczą się czegoś nowego. Aktywność edukacyjna w starości jest nie tylko szansą na aktywne uczestnictwo w życiu społecznym, ale także sprzyja podniesieniu własnej samooceny. Uczenie się pozwala zachować sprawność umysłową, ale przyczynia się także do utrzymywania kontaktów społecznych, które na tym etapie życia są tak ważne. Bierność intelektualna i fizyczna stanowią poważne zagrożenie dla osób w → trzecim wieku, gdyż przyspieszają procesy → starzenia się, ważne jest zatem stymulowanie umysłu ludzi starszych. Aktywny udział osób starszych w środowisku nowych mediów i permanentny proces przyswajania wiedzy mogą mieć zatem podstawowe znaczenie dla ich → jakości życia.

MS

B: Szpunar, 2007, 2012 a.

O: ekskluzja społeczna, marginalizacja społeczna osób starszych, technofobia, wykluczenie cyfrowe osób starszych.
S: wykluczenie informacyjno-komunikacyjne osób starszych.
TK: ang. *older people in the new media environment*, fr. *les personnes âgées dans le nouvel environnement médiatique*, hiszp. *las personas mayors en el nuevo entorno de los medipos de comunicación*, niem. *älterer Menschen in neuen Medienumfeld*, ros. *старые люди в новой медиа-среде*.

osteomalacja

jest chorobą metaboliczną polegającą na niedostatecznej mineralizacji tkanki kostnej, czyli zbyt małym odkładaniu się w niej soli wapnia, czego skutkiem jest zwiększony odsetek osteoidu (> 10% miękkiej niezmineralizowanej tkanki kostnej) kosztem organicznego zrębu, przy zachowanej prawidłowej objętości kości. Prowadzi to do zmniejszenia się jej właściwości mechanicznych, uginania się i odkształcania. Odpowiednikiem osteomalacji u dorosłych jest krzywica u dzieci. Krzywica występuje w okresie wzrostu, osteomalacja natomiast u dorosłych już po zrośnięciu się nasad kości długich z ich trzonami. Najczęściej występuje u osób po 80. r.ż. z częstością od 1% w populacji ogólnej do 18% wśród pensjonariuszy → domów opieki.

Najczęstszą przyczyną → choroby jest niedobór aktywnej postaci witaminy D w wyniku niedostatecznej podaży w diecie (rzadziej nieprawidłowego wchłaniania) lub zaburzonego (zwiększonego) metabolizmu w czasie stosowania leków, np. przeciwpadaczkowych lub barbituranów czy w przewlekłej niewydolności nerek (tzw. osteodystrofia nerkowa) oraz na skutek zbyt małej ekspozycji skóry na światło słoneczne. Długo trwający niedobór witaminy D prowadzi do wtórnej nadczynności przytarczyc (z hipofosfatemią). Innymi przyczynami choroby są niedobór fosforanów i wapnia w diecie lub utrata fosforanów przez nerki.

Do objawów osteomalacji należą rozlane bóle kości (miednica, kręgosłup, żebra), wrażliwość kości na ucisk, męczliwość i osłabienie mięśni, szczególnie mięśni proksymalnych (bliższych) kończyn dolnych, co wywołuje charakterystyczny kołyszący (tzw. kaczkowaty) sposób chodzenia oraz trudności przy wstawaniu z krzesła i chodzeniu po schodach. Dolegliwości te są często u osób starszych przez wiele lat błędnie przypisywane → chorobie zwyrodnieniowej stawów. W bardzo zaawansowanej postaci choroby dochodzi do zniekształceń kości, szczególnie nóg, które przybierają kształt litery „O". Niejednokrotnie pierwszym objawem osteomalacji jest patologiczne złamanie kości (dotyczy 10–30% złamań patologicznych), objawy tę-

życzki hipokalcemicznej bądź tzw. rzekome złamanie kości, czyli pseudozamanie (il. 1). Osteomalacja może też bardzo długo przebiegać bezobjawowo i uwidocznić się w badaniu radiologicznym jako → ostopenia (kości są „jasne", co wynika z małego wysycenia solami wapnia) lub w badaniu densytometrycznym (DEXA) jako niska gęstość mineralna kości typowa dla osteopenii lub → osteoporozy. W zaawansowanej postaci choroby widoczna jest kyfoza kręgosłupa piersiowego, lejkowata klatka piersiowa, spłaszczona i zwężona miednica, „szablowate" wygięcia kości długich (zwłaszcza kończyn dolnych), zmniejszenie wzrostu oraz typowe dla osteomalacji tzw. złamania rzekome w postaci stref przebudowy Loosera-Milkmana (czyli mikrozłamania przeciążeniowe z silnym nowotworzeniem kostniny, bez mineralizacji osteoidu, widoczne na zdjęciach rentgenowskich jako prostopadłe do kości krótkie linijne przejaśnienia). Ponadto widoczne są nietypowe, bo występujące też w osteoporozie „kręgi rybie", czyli kręgi dwuwklęsłe, w których doszło do rozmiękania trzonów (złamania kości gąbczastej trzonów) oraz złamania kompresyjne kręgów, czyli „kręgi klinowate". Zespół Milkmana charakteryzuje się występowaniem licznych, dwustronnych symetrycznych złamań rzekomych, najczęściej na wklęsłej powierzchni szyjki kości udowej, na krawędzi pachowej łopatki oraz w gałęziach kości łonowej i żeber. W zaawansowanej osteomalacji wejście do miednicy przez wtłoczone panewki biodrowe i szpiczaste spojenie łonowe przybiera kształt tzw. serca karcianego. W przeciwieństwie do innych objawów osteomalacji pseudozłamania mogą ulec pełnej remisji, bez pozostawienia śladu.

W badaniach laboratoryjnych stwierdza się:

- obniżony poziom witaminy D [w laboratorium oznaczamy stężenie 25-hydroksywitaminy D: 25(OH)D – przyp. aut.];
- obniżony lub prawidłowy poziom wapnia;
- obniżony poziom fosforu;
- podwyższoną aktywność fosfatazy zasadowej i aktywność parathormonu;
- obniżone wydalanie wapnia z moczem.

Leczenie osteomalacji polega przede wszystkim na uzupełnieniu niedoborów witaminy D doustnie w dawce co najmniej 4000 j/dobę przez 6–12 miesięcy, aż do uzyskania poziomu 25(OH)D między 30–80 ng/ml, następnie dawka witaminy zostaje zmniejszona do 800–2000 j/dobę. U osób starszych nieprzestrzegających zaleceń można podawać 50 000 j witaminy D co tydzień przez 8 tygodni, a następnie 800–2000 j/dobę. U chorych z niewydolnością nerek należy stosować Alfakalcydol (1-hydroksycholekalcyferol, który nie wymaga hydroksylacji w nerkach) w dawce 0,25–1,0 ug/dobę. Niedobór fosforanów, który nie wynika z niedoboru witaminy D, należy wyrównać zwiększonym spożyciem mleka i jego przetworów. Trzeba również prowadzić suplementację wapnia w dawce 1 g/dobę.

Osteomalację należy podejrzewać u każdego – zwłaszcza starszego pacjenta – z małą gęstością mineralną kości, szczególnie jeśli skarży się na bóle mięśni i bóle kości kończyn dolnych. W diagnostyce różnicowej powinna być brana pod uwagę przede wszystkim osteoporoza, nadczynność przytarczyc, szpiczak mnogi, przerzuty nowotworowe do kości oraz → polimialgia reumatyczna. Opisywane są przypadki współwystępowania osteomalacji z osteoporozą (osteoporomalacja). Rozpoznanie i właściwe leczenie zapobiega nie tylko złamaniom, ale również powoduje ustąpienie uporczywych bóli kostnych (już po 3 miesiącach od rozpoczęcia leczenia), co istotnie poprawia komfort życia pacjenta. Radiologiczna remisja pseudozłamań występuje w ciągu 6–8 miesięcy, natomiast normalizacja aktywności fosfatazy zasadowej w ciągu roku.

PKR

B: Horst-Sikorowska, 2011; Jafiszow i współprac., 2004; Naricić, 2010.

S: krzywica dorosłych, rozmiękanie kości.

TK: ang. *osteomalacia*, fr. *ostéomalacie*, hiszp. *osteomalacia*, niem. *Osteomalazie*, ros. *остеомаляция*.



Il. 1. Zdjęcie rentgenowskie ukazujące złamanie rzekome lewej kości udowej w przebiegu osteomalacji – strefy przebudowy Loosera-Milkmana. Źródło: materiały autora

osteopenia

– to stan, w którym dochodzi do zmniejszenia się gęstości mineralnej kości poniżej wartości prawidłowych i w konsekwencji do zwiększenia ryzyka złamań. Jest to więc ilościowe, a nie jakościowe, zaburzenie mineralizacji. Różnica między osteopenią a → osteoporozą polega na tym, że w osteopenii ubytek masy kostnej nie jest tak poważny jak w osteoporozie. Według zaleceń Narodowej Fundacji Osteoporozy (NOF) badanie gęstości mineralnej kości powinno być wykonane u wszystkich kobiet po 65. r.ż. i mężczyzn po 70 r.ż. Przeprowadza się je przy użyciu badania densytometrycznego (DEXA), dzięki któremu otrzymujemy bezwzględną wartość gęstości mineralnej kości, wyrażoną w gramach masy. Podzielenie jej przez powierzchnię pomiaru daje gęstość mineralną kości w g/cm² (ang. *bone mineral density* – BMD). Podstawą rozpoznania osteopenii jest uzyskanie w badaniu densytometrycznym wartości T-score (liczba odchyleń standardowych w porównaniu z wynikiem szczytowej masy kostnej 20–29-letnich kobiet) w przedziale od –1,0 do –2,5. T-score, mniejsze lub równe – 2,5 definiuje osteoporozę. Im mniejsza gęstość mineralna kości, tym mniejsze wartości T-score i większe ryzyko złamania (każde odchylenie standardowe poniżej normy podwaja ryzyko złamania). Definicja osteopenii pozwalająca na jej rozpoznanie już poniżej jednego odchylenia standardowego T-score, zatwierdzona w roku 1992 przez ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), budzi jednak do dzisiaj duże kontrowersje.

Chociaż osteopenia stanowi mniejszy (w porównaniu z osteoporozą) ubytek masy kostnej, to połączenie jej z innymi czynnikami ryzyka, takimi jak: palenie papierosów, nadużywanie alkoholu, długotrwałe unieruchomienie, niektóre leki, np. sterydy, przewlekłe stany zapalne np. reumatoidalne zapalenie stawów, zaburzone wchłanianie z przewodu pokarmowego, np. choroba trzewna (celiakia), niski wskaźnik BMI (B*ody Mass Index*) czy obciążenie rodzinne złamaniami szyjki kości udowej, zdecydowanie podnosi niebezpieczeństwo wystąpienia złamań. U osób po 70 r.ż. są to najczęściej złamania kości udowych. Osteopenia, ale również złamania u pacjentów z osteopenią, nie zawsze wywołują ból, dlatego też przez wiele lat choroba może pozostać nierozpoznana. I chociaż u pacjentów z osteoporozą występuje większe ryzyko złamania, bezwzględna liczba złamań jest największa w grupie pacjentów z osteopenią których jest więcej. Złamania, zwłaszcza u osób w → wieku podeszłym, związane są z wzrostem śmiertelności, głównie z powodu powikłań długiego unieruchomienia: zakrzepowego zapalenia żył czy → zapalenia płuc. Złamanie jednej kości udowej powoduje 10-krotne zwiększenie ryzyka złamania drugiej. Złamanie jednego kręgu zwiększa 5-krotne ryzyko złamań kolejnych kręgów i również 5-krotne ryzyko złamania kości udowej. Pacjenci z wartościami T-score z przedziału osteopenii, którzy doznali złamania niskoenergetycznego (upadek z wysokości własnego ciała), powinni być leczeni jak chorzy z osteoporozą (włączenie bisfosfonianów). Dotyczy to również tych pacjentów z osteopenią, dla których obliczone za pomocą kalkulatora FRAX 10-letnie, bezwzględne ryzyko złamania osteoporotycznego wynosi ≥ 3% dla kości udowej lub ≥ 20% dla wszystkich lokalizacji. Każdy pacjent, u którego zdiagnozowano osteopenię, powinien dokonać modyfikacji → stylu życia oraz w przypadku istnienia wskazań rozpocząć przyjmowanie preparatów wapnia i witaminy D. Ćwiczenia fizyczne, takie jak: chodzenie, podnoszenie lekkich ciężarów, ćwiczenia oporowe lub ćwiczenia typu *push-up* (w młodszych → grupach wieku), są najskuteczniejszym sposobem na zapobieganie utracie i zwiększenie gęstości mineralnej kości. W przypadku osób po 65 r.ż. witamina D powinna być stosowana przez cały rok w dawce 1000 IU/dobę, natomiast wapń w sytuacji niedostatecznego spożywania produktów mlecznych w dawce 1200 mg/dobę. Wapń należy przyjmować w dawkach podzielonych, nie więcej niż 600 mg na raz, w celu zapewnienia optymalnej absorpcji jelitowej. Kontrolne badanie gęstości mineralnej kości powinno być wykonywane co dwa lata, ponieważ BMD zmienia się bardzo wolno. Zwykle osteopenia nie ulega odwróceniu, ale przy prawidłowym postępowaniu gęstość mineralna kości może się ustabilizować, natomiast ryzyko złamania znacznie zmniejszyć.

PKR

N: http://www.osteoporoza.pl

O: osteoporoza, osteoporoza starcza.

TK: ang. *osteopenia*, fr. *ostéopénie*, hiszp. *osteopenia*, niem. *Osteopenie*, ros. *остеопения*.

osteoporoza

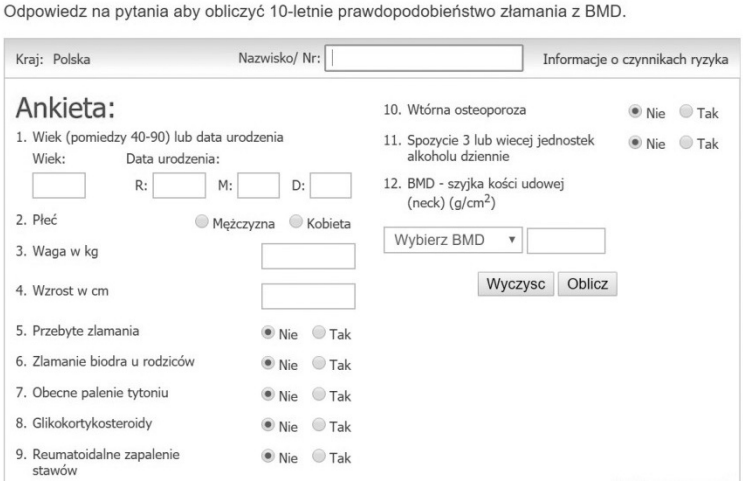
jest → chorobą układu szkieletowego charakteryzującą się zmniejszeniem ilości masy kostnej i zaburzeniem jej mikroarchitektury (porowatość masy kostnej), prowadzącą do wzmożonej łamliwości kości, czyli zwiększonego ryzyka złamań (il. 1). Podstawowe jej objawy to: przewlekłe odwapnienie kości, zmniejszenie ich masy i gęstości, a także ich zwiększona łamliwość. Choroba ta polega na ubytku masy kostnej, a w efekcie

na zwiększonej ich podatności na złamania. Dzieje się tak wskutek uwalniania się z kości wapnia, co następuje, kiedy jego stężenie we krwi jest zbyt małe, tzn. wtedy, gdy organizm otrzymuje zbyt mało wapnia z pożywieniem lub nie jest w stanie go przyswoić. Osteoporoza najczęściej spotykana jest u kobiet po → menopauzie i u osób w starszym wieku. Jednak wbrew powszechnemu przekonaniu nie jest ona naturalnym elementem → starzenia się czy nieuchronnym schorzeniem, dotykającym szczególnie kobiety. Chorują na nią również mężczyźni i dzieci. W przebiegu tej choroby kości stają się cieńsze i łatwiej ulegają złamaniom. Jest to zanik kostny polegający na zmniejszaniu ilości substancji podstawowej kości, wskutek czego zmniejsza się ilość wapnia w kościach, choć stosunek składnika mineralnego i organicznego w kościach nie ulega zasadniczej zmianie. Zmniejsza się też gęstość utkania kostnego, cieńsza staje się warstwa korowa kości, maleje liczba beleczek kostnych. Jak piszą Beata Maciążek-Chyra i Piotr Wiland (2013): „Od 40. r.ż. rozpoczyna się okres obniżania gęstości kości, którego postęp jest szybszy u kobiet. Po menopauzie, w wieku 50–59 lat, wynosi 1,2–2% rocznie, a u starszych kobiet 0,9%. Mężczyźni tracą kość wolniej: 0,3–0,5% rocznie, i nie występuje u nich taki okres akceleracji, jak u kobiet po menopauzie. Następstwem nieleczonej osteoporozy są złamania niskoenergetyczne. Są one najczęściej zlokalizowane w miejscach typowych, takich jak: kręgosłup (58%), bliższy koniec kości udowej (70%), nasada dalsza kości promieniowej (80%), bliższy koniec kości ramiennej (75%)". Osteoporoza, uznawana obecnie za chorobę cywilizacyjną i poważny problem społeczny, występuje najczęściej u ludzi starych, szczególnie u kobiet po przekwitaniu, i jest przyczyną częstych w tym okresie → życia złamań (najczęściej kości biodrowej, nadgarstka, szyjki kości udowej bądź trzonów kręgów kręgosłupa), powodujących długie unieruchomienie, → inwalidztwo, a nawet – wskutek powikłań – → śmierć.

Do podstawowych czynników ryzyka zachorowania na osteoporozę należą: rodzinna skłonność do występowania tej choroby, szczupła budowa ciała, wiek ponad 65 lat, u kobiet wczesna menopauza, niedobór wapnia i witaminy D, długotrwałe zażywanie niektórych leków, nadużywanie alkoholu, kawy, coli oraz palenie tytoniu, a także nadmiar białka zwierzęcego w diecie i długotrwałe unieruchomienie. Profilaktyka polega na unikaniu czynników ryzyka, przebywaniu na słońcu, wzmacnianiu kości poprzez ich umiarkowane obciążanie za pomocą pracy fizycznej, ruchu, gimnastyki i sportu amatorskiego, a przede wszystkim na dostarczaniu organizmowi od najmłodszych lat dużych ilości wapnia (dorosła osoba potrzebuje 1000 mg wapnia dziennie, a po menopauzie i po 65. r.ż. – do 1500 mg).

Z danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wynika, że osteoporoza staje się coraz większym problemem zdrowotnym. W roku 2010 na całym świecie odnotowano 6,3 mln złamań osteoporotycznych, podczas gdy w 1990 było ich 1,7 mln. Ocenia się, że w Polsce zagrożonych osteoporozą może być nawet do 9 mln ludzi. W 2008 w subpopulacji powyżej 50. r.ż. wystąpiło 2,6 mln złamań osteoporotycznych ze znaczącą przewagą u kobiet (ok. 2,2 mln). Szacuje się, że w 2025 roku liczba złamań osteoporotycznych w Polsce wzrośnie do ok. 3,2 mln, a w 2035 – do ok. 4 mln (Bandurski i współprac., 2011).

Meliha Karsak i współpracownicy odkryli, że ryzyko zachorowania na osteoporozę wiąże się z mutacją w genie CB2. Porównując próbki materiału genetycz-

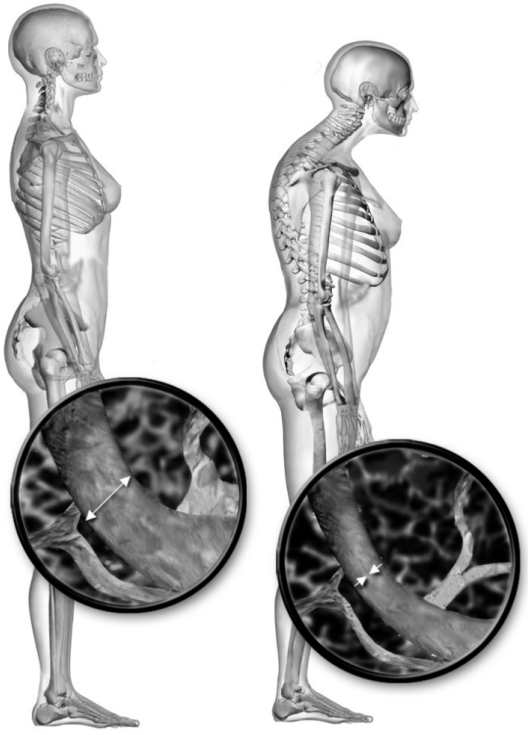


Il. 1. Kalkulator online do obliczania 10-letniego ryzyka złamania osteoporotycznego. Źródło: http://www.osteoporoza.pl

nego francuskich kobiet cierpiących na osteoporozę z materiałem genetycznym zdrowych kobiet, odkryto, że mutacja we wspomnianym genie jest odpowiedzialna za zwiększone, nawet trzykrotnie, ryzyko wystąpienia osteoporozy (Karsak i współprac., 2005). W 2000 roku odbył się w Chicago pierwszy Światowy Kongres Osteoporozy, a od lat obchodzony jest Światowy Dzień Osteoporozy (20 X, wcześniej był to 24 VI).

AAZ

B: Bandurski, 2003; Bandurski i współprac., 2011; Jarosz, 2010; Karsak i współprac., 2005; Lorenc, Misiorowski, 2010; Maciążek-Chyra, Wiland, 2013; Lorenc i współprac., 2007; Pluskiewicz, 2010, 2014; Zych, 2017.
N: https://pl.wikipedia.org/wiki/Osteoporoza; *Raport: Osteoporoza*…, 2015 – Internet: dabrowa-bial.pl…
O: choroby wieku podeszłego, densytometria kostna, osteomalacja, osteopenia, złamania u osób starszych.
S: kruchość kości, łamliwość kości, osteoporoza przedstarcza, osteoporoza starcza, starcza atrofia kości, ubytek kości, zanik kości, „złodziej kości", zrzeszotnienie kości.
TK: ang. *osteoporosis*, fr. *ostéoporose*, hiszp. *osteoporosis*, niem. *Osteoporose*, ros. *ocmeonopo3*.



Il. 2. Schemat porównujący prawidłową budowę układu kostnego (sylwetka z lewej) ze zmianami w wyniku osteoporozy (sylwetka z prawej). Źródło: https://pl.wikipedia.org/wiki/Osteoporoza

osteoporoza inwolucyjna → osteoporoza starcza

osteoporoza starcza (osteoporoza inwolucyjna)

→ **Osteoporoza** jest chorobą kości, która niesie ze sobą zwiększone ryzyko złamań niskoenergetycznych, czyli takich, które powstają w następstwie upadku z wysokości własnej lub w wyniku niewielkiego urazu. Do głównych złamań osteoporotycznych (tzw. *major fracture*) należą złamania bliższego końca kości udowej (bkku), trzonów kręgów, bliższej części kości ramieniowej i dalszej promieniowej. Wiek i płeć są podstawą klinicznego podziału osteoporozy na 2 grupy: **osteoporozę postmenopauzalną**, występującą u kobiet w okresie menopauzy i **osteoporozę starczą** dotyczącą osób po 70. r.ż.. Częstość złamań osteoporotycznych wzrasta wraz ze zmniejszaniem się gęstości mineralnej kości (ang. *Bone Mineral Density* – BMD), wyraźnie z wiekiem, co jest konsekwencją nie tylko wydłużania się średniej → długości życia, ale również zmiany jego trybu i zmiany nawyków żywieniowych. Osteoporoza jest chorobą wyniszczającą. Złamania są przyczyną niesprawności, → kalectwa, a nawet → śmierci. Ustalono, że w wyniku powikłań po złamaniu kości udowej ponad 50% chorych nie odzyskuje już samodzielności, a 30% umiera w ciągu 12 miesięcy. Pomimo to osteoporoza u pacjentów w → wieku podeszłym jest nadal często ignorowana. Wynika to ze współistnienia w tej grupie chorych wielu innych przewlekłych schorzeń, niepoprawnej oceny i często błędnych decyzji terapeutycznych oraz konieczności długotrwałego jej leczenia. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) oraz Międzynarodowa Fundacja Osteoporozy (IOF) zalecają → densytometrię kostną (DXA, *Dual Energy X-ray Absorptiometry)* szyjki kości udowej lub kręgosłupa jako referencyjne badanie w diagnostyce osteoporozy. Wynik wyrażony jest wielokrotnością odchylenia standardowego (SD), czyli T-score. Osteoporoza jest rozpoznawana przy wartości T-score ≤ –2,5, osteoporoza zaawansowana, jeżeli towarzyszy jej jedno lub więcej złamań. Wykluczenie wg tych kryteriów osteoporozy nie oznacza mniejszego ryzyka złamania, ponieważ 50–70% złamań występuje u osób z wartościami T-score większymi od –2,5 (osteopenia). Stwierdzona w DEXA zmniejszona gęstość mineralna kości wymaga również wykluczenia chorób będących przyczyną osteoporozy wtórnej (np. zaburzenia hormonalne i metaboliczne, choroby przewodu pokarmowego i nerek, choroby reumatyczne np.

reumatoidalne zapalenie stawów, długotrwałe unieruchomienie, sterydoterapia).

Zidentyfikowano grupę czynników klinicznych, niezależnych od BMD, zwiększających ryzyko złamania. Są to: 1) zaawansowany wiek; 2) niska masa ciała (BMI); 3) przebyte złamania po 50. r.ż.; 4) przebyte złamania biodra u rodziców; 5) reumatoidalne zapalenie stawów (RZS); 6) przewlekłe zażywanie glikokortykosteroidów; 7) aktualne palenie papierosów; 8) nadmierne spożywanie alkoholu.

Do oceny ryzyka złamań u kobiet po menopauzie i mężczyzn po 50. r.ż. służy FRAX (*Frax Risk Assesment Tool*), opracowany przez ekspertów WHO, który wykorzystuje wszystkie wymienione czynniki ryzyka oraz DEXA (jeśli było wykonane) do oceny 10-letniego bezwzględnego ryzyka złamania. Algorytm w formie elektronicznego kalkulatora dostępny jest również w języku polskim na stronach internetowych (www.osteoporoza.pl). Za wysokie ryzyko, równoważne z progiem interwencji farmakologicznej, uznaje się wartość ≥ 20% dla wszystkich złamań głównych (≥ 3% dla szyjki kości udowej). Pacjenci z 10-letnim ryzykiem złamania > 10% poddawani są dalszemu procesowi diagnostyki, który może zakwalifikować ich do leczenia (oprócz DEXA, markery obrotu kostnego, analiza dawek stosowanych kortykosteroidów, identyfikacja bezobjawowych złamań, wywiad pod kątem osteoporozy wtórnej).

Leczenie osteoporozy osób starszych opiera się na takich samych zasadach jak w przypadku osób młodszych. Dodatkowo bardzo istotne jest zapobieganie → upadkom [w podeszłym wieku]. Trening siły mięśniowej i równowagi, redukcja liczby przyjmowanych leków psychotropowych, suplementacja wapnia i witaminy D oraz eliminacja zagrożeń domowych pozwala zapobiec 15% (w innych badaniach nawet 50%) upadków. Protekcyjne działanie witaminy D polega nie tylko na zmianie gęstości mineralnej kości, ale również zwiększeniu siły mięśni proksymalnych, przez co zmniejsza się liczba upadków i złamań. Zapobieganie niedoborowi witaminy D polega na właściwej ekspozycji skóry na światło słoneczne oraz podawaniu jej doustnych preparatów. Optymalne warunki do wytwarzania witaminy D w skórze występują w Polsce od maja do września. Wystarczająca jest codzienna 20-minutowa ekspozycja 15% powierzchni ciała, tj. twarzy, dłoni i przedramion. Podawanie 800–1000 IU witaminy D jest konieczne w okresie jej niedostatecznej syntezy skórnej. Osobom po 65. r.ż. powinna być podawana przez cały rok. Rozpoznanie niedoboru pozwala na stosowanie znacznie większych, tzw. leczniczych dawek witaminy D. Suplementacja witaminy D powinna zapewnić stężenie oznaczanej w surowicy 25(OH) wit. D na poziomie minimum 30 ng/ml (75 nmol/l). Dawka lecznicza w niedoborach ciężkich (< 10ng/ml 25 (OH) wit. D) to śr. 50 000 IU/tydzień, w niedoborach umiarkowanych i lekkich (10–30 ng/ml 25 (OH) wit. D) 2 000–3 000 IU/dobę przez okres 1–3 miesiące. Należy również dostarczać organizmowi wapń w ilości 1200 mg/dobę (w 1 litrze mleka lub 4 plasterkach żółtego sera znajduje się 1000 mg wapnia).

W leczeniu osteoporozy osób starszych stosujemy leki antyresorpcyjne zapobiegające dalszej degradacji kości oraz anaboliczne, które stymulują głównie tworzenie nowej kości. Do leków antyresorpcyjnych należą bisfosfoniany, kalcytonina, denosumab. Najszerzej w osteoporozie starczej wykorzystywane są bisfosfoniany (zarejestrowane w Polsce: alendronian, risedronian, ibandronian i zoledronian), których działanie polega na hamowaniu resorpcji kości przez osteoklasty. Wszystkie podawane są doustnie, natomiast ibandronian i zeledronian mogą być dodatkowo podawane drogą dożylną. Profil bezpieczeństwa bisfosfonianów jest korzystny, preparaty doustne mogą wywołać łagodne dolegliwości dyspeptyczne, dożylne krótkotrwałą gorączkę, ból mięśni i kości, które ustępują po podaniu kolejnej dawki. Nie należy ich podawać u pacjentów z niewydolnością nerek. Ponieważ są to substancje trudno wchłaniane z przewodu pokarmowego, muszą być przyjmowane na czczo. Zalecana w leczeniu osteoporozy donosowa postać kalcytoniny nie jest w Polsce dostępna, natomiast podskórna nie ma wpływu na ryzyko złamania szyjki kości udowej. Denosumab to ludzkie przeciwciało monoklonalne, zarejestrowane do leczenia osteoporozy u kobiet w wieku powyżej 60 lat, ze złamaniem osteoporotycznym, w przypadku przeciwwskazań lub braku efektów po leczeniu bisfosfonianami (aby uzyskać na lek refundację, konieczne jest udokumentowanie wartości T-score ≤ –2,5 w badaniu DEXA). Podawany jest co 6 miesięcy w dawce 60 mg podskórnie. Obniżony klirens kreatyniny, często spotykany u osób starszych, nie jest przeciwwskazaniem do jego stosowania. Do leków anabolicznych należy parathormon i stront. Parathormon zarejestrowany w Polsce do leczenia ciężkiej osteoporozy, również posterydowej, nie jest niestety refundowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Należy go podawać podskórnie raz dziennie. Leczenie nie wiąże się z występowaniem poważnych działań niepożądanych, nie powinno jednak trwać dłużej niż 2 lata. Raleninian strontu zarejestrowany jest do leczenia i profilaktyki

osteoporozy w dawce 2 g/dobę niezależnie od wieku. Nie zaleca się stosowania strontu w ciężkiej niewydolności nerek (klirens kreatyniny ≤ 30 ml/min). Zażywa się saszetkę zawierającą 2 g raleninianu strontu, najlepiej wieczorem, 2 godz. po posiłku (wchłanianie hamuje pokarm). Ze względu na liczne doniesienia o powikłaniach u osób starszych, obecnie lek stosowany jest coraz rzadziej. Leczenie osteoporozy u osób starszych obejmujące farmakoterapię oraz zapobieganie upadkom, a w konsekwencji zmniejszenie liczby złamań osteoporotycznych, powinno stać się postępowaniem priorytetowym. Niestety obecnie w Polsce leczy się tylko 4% pacjentów, u których występuje osteoporoza. Wynika to m.in. z najgorszego w Europie dostępu do leków oraz braku systemowego programu zapobiegania upadkom u osób starszych.

PKR

B: Buczkowski i współprac., 2012; Leszczyński i współprac., 2015; Marcinowska-Suchowierska i współprac., 2011.

O: osteopenia, osteoporoza.

TK: ang. *osteoporosis senile/involutional osteoporosis*, fr. *l'ostéoporose involutive*, hiszp. *osteoporosis senile*, niem. *senile Osteoporose/Altersosteoporose*, ros. *возрастной остеопороз/старческий остеопороз*.

ośrodek pomocy społecznej

jest jednostką organizacyjną, która na mocy Ustawy z 12 III 2004 roku realizuje w gminach zadania → pomocy społecznej. W wielu przypadkach jest to pierwsza i najważniejsza placówka, do której zgłaszają się po pomoc osoby w trudnej sytuacji. Jednostka ta zajmuje się pomocą społeczną, określaną w myśl ustawy działaniami mającymi na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężenie trudnych sytuacji życiowych, którym nie są w stanie samodzielnie sprostać Celem ośrodków pomocy społecznej (OPS) jest prowadzenie analizy zjawisk społecznych, które wpływają na zapotrzebowanie świadczeń pomocowych, jak również rozbudowa oraz modernizacja ośrodków opiekuńczych i/lub socjalnych, np. → domów pomocy społecznej, schronisk, jadłodajni, noclegowni dla bezdomnych (Sierpowska, 2011). Realizując swoje zadania OPS kieruje się ustaleniami wójta (burmistrza, prezydenta miasta). Do głównych zadań OPS należy koordynowanie strategii rozwiązywania problemów społecznych i pomocy społecznej, profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych bądź innych, które mają na celu przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu i integrację osób i → rodzin będących w grupie ryzyka. OPS stanowi miejsce udzielania świadczeń, w którym decyzję przyznającą bądź odmawiającą przyznania odpowiedniego świadczenia wydaje, na podstawie upoważnienia wójta (burmistrza, prezydenta miasta), kierownik ośrodka lub inny, uprawniony pracownik. Instytucje te mają również prawo do reprezentowania osób wymagających → wsparcia w postaci wniosków o ustalenie → niepełnosprawności, jej stopnia bądź stwierdzenia niezdolności do pracy. Kierownik natomiast jest uprawniony do wnoszenia powództwa o roszczenia alimentacyjne na rzecz obywateli (Sierpowska, 2011). Oznacza to, że OPS wspiera osoby, które ze względu na stan → zdrowia, niepełnosprawność, wiek (także → wiek podeszły bądź brak środków, nie są w stanie dochodzić swoich praw lub opłacać pełnomocnika w celu walki o swoje uprawnienia.

Ze względu na strukturę administracyjną wyróżnia się: gminny ośrodek pomocy społecznej, miejsko-gminny ośrodek pomocy społecznej, miejski ośrodek pomocy społecznej oraz powiatowe centrum pomocy rodzinie. Struktura tych instytucji jest uzależniona od liczby mieszkańców miasta lub gminy, dochodów, sposobów rozwiązywania problemów społecznych oraz kompetencji osób w nich zatrudnionych (Sikora, 2005). W większości przypadków duże ośrodki miejskie charakteryzują się bardziej rozbudowaną strukturą. Infrastruktura lokalowa takich instytucji tworzy rozbudowaną sieć budynków rozmieszczonych w różnych częściach miasta w taki sposób, aby pracownicy mieli większą wiedzę na temat lokalnej społeczności, byli bliżej środowiska i potencjalnych klientów (Lipowicz, 2003). Ustawa z 12 III 2004 roku przewiduje, że w ramach ośrodka może też zostać wyodrębniony zespół realizujący zadania ośrodka z zakresie → pracy socjalnej i integracji społecznej.

OPS składa się z działów specjalistycznych, a jednym z istotniejszych jest dział świadczeń rodzinnych (w skład którego wchodzi np. fundusz alimentacyjny i dodatki mieszkaniowe), dokonujący analizy stanu faktycznego sytuacji beneficjentów, przyjmujący dokumenty niezbędne do przyznawania świadczeń, oferujący poradnictwo prawne oraz na drodze administracyjnej (której podstawę stanowi przeprowadzony przez pracownika socjalnego wywiad środowiskowy) podejmujący decyzję pozytywną bądź odmowną w sprawie przyznania świadczeń. Beneficjantami OPS mogą być klienci indywidualni lub rodziny spełniające kryterium dochodowe i znajdujące się co najmniej w jednej z wymienionych w ustawie sytuacji. Świadczenia, o jakie mogą ubiegać się klienci ośrodka

pomocy społecznej, to: zasiłek okresowy, zasiłek celowy, zasiłek na pokrycie wydatków powstałych w wyniku zdarzenia losowego, zasiłek celowy na pokrycie wydatków na świadczenia zdrowotne osobom bezdomnym i niemającym dochodu, zasiłek celowy w formie biletu kredytowego, składki na ubezpieczenia emerytalne, praca socjalna, świadczenie usług opiekuńczych, prowadzenie i zapewnienie miejsc w mieszkaniach chronionych, dożywianie dzieci, organizacja pogrzebu (także osobom bezdomnym), kierowanie do domu pomocy społecznej i opłacenie w nim pobytu mieszkańcowi gminy oraz pomoc osobom mającym trudności w przystosowaniu się do → życia po wyjściu z zakładu karnego.

Osobami stanowiącymi podstawową kadrę OPS są pracownicy socjalni, których liczba jest proporcjonalna do liczby ludności w gminie: jeden pracownik na 2 tys. mieszkańców, bądź proporcjonalnie do liczby rodzin i osób objętych pracą socjalną, przy czym jeden pracownik nie może wykonywać pracy socjalnej wobec więcej niż 50 podmiotów (rodzin i osób samotnie gospodarujących). Jednocześnie w ośrodku musi być zatrudnionych w pełnym wymiarze czasowym co najmniej trzech pracowników.

Ustawa z 12 III 2004 roku stawia pracownikom OPS konkretne wymagania. Funkcję pracownika socjalnego może pełnić osoba, która spełnia co najmniej jeden z trzech następujących warunków: ma dyplom ukończenia kolegium pracowników służb społecznych, ukończyła studia wyższe na kierunku praca socjalna bądź do 31 XII 2013 roku ukończyła studia wyższe o specjalności przygotowującej do zawodu pracownika socjalnego na jednym z następujących kierunków: pedagogika, pedagogika specjalna, politologia, polityka społeczna, psychologia, socjologia i/lub nauki o rodzinie. Zadania pracowników socjalnych są następujące:

- praca socjalna;
- dokonywanie analizy i oceny zjawisk mających wpływ na zapotrzebowanie na świadczenia pomocy społecznej oraz kwalifikowanie do uzyskania świadczeń;
- udzielania informacji, wskazówek i pomocy osobom będącym w trudnej sytuacji życiowej;
- skuteczne posługiwanie się przepisami prawa w realizacji h zadań; pomoc w uzyskiwaniu dla osób będących w trudnej sytuacji życiowej poradnictwa dotyczącego możliwości rozwiązywania problemów i udzielania pomocy przez właściwe instytucje państwowe, samorządowe i organizacje pozarządowe oraz wspieranie w uzyskiwaniu pomocy;
- udzielanie pomocy zgodnie z zasadami etyki zawodowej;
- pobudzanie społecznej aktywności i inspirowanie działań samopomocowych w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych osób, rodzin, grup i środowisk społecznych;
- współpraca i współdziałanie z innymi specjalistami w celu przeciwdziałania i ograniczania patologii i skutków negatywnych zjawisk społecznych, łagodzenie skutków ubóstwa;
- inicjowanie nowych form pomocy osobom i rodzinom mającym trudną sytuację życiową oraz postulowanie powołania instytucji świadczących usługi służące poprawie sytuacji takich osób i rodzin;
- współuczestniczenie w inspirowaniu, opracowaniu, wdrożeniu oraz rozwijaniu regionalnych i lokalnych programów pomocy społecznej ukierunkowanych na podniesienie jakości życia.

Oprócz zadań pracowników socjalnych Ustawa z 12 III 2004 roku przewiduje także ich następujące obowiązki:

- kierowanie się zasadami etyki zawodowej i zasadą dobra osób potrzebujących;
- poszanowanie godności i prawa podopiecznych do samostanowienia, przeciwdziałanie praktykom niehumanitarnym i dyskryminującym rodzinę, osobę bądź grupę;
- udzielanie osobom zgłaszającym się pełnej informacji o przysługujących im prawach i dostępnych formach pomocy;
- zachowanie w tajemnicy informacji uzyskanych w toku czynności zawodowych, także po ustaniu zatrudnienia, chyba że działa to przeciwko dobru osoby lub rodziny;
- podnoszenie swoich kwalifikacji przez udział w szkoleniach oraz samokształcenie.

OPS udzielają pomocy w zakresie podstawowym, a w razie konieczności pomocy specjalistycznej, w tym instytucjonalnej, zgłaszają sprawę innej, odpowiadającej za daną kwestię instytucji. Ośrodki opierają się na rezydualnym, ratowniczym modelu pomocy społecznej, dając rodzinom i jednostkom w krytycznych momentach życiowych krótkotrwałe wsparcie, stosowane w przypadkach niesprawdzania się innych mechanizmów polityki społecznej. W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę, że jedną z wad ośrodków jest zaniedbywanie procedur w czasie ustalania uprawnień do świadczeń, co może prowadzić do niewłaściwego przydzielania zasiłków. Kolejnym problemem może być poświęcanie zbyt wiele czasu na prowadzenie drobiazgowej dokumentacji kosztem działań terenowych

i pracy grupowej, oraz stale rosnąca liczba obowiązków, przy niewzrastających zasobach kadrowych i finansowych (Sierpowska, 2011). Jednakże w systemie pomocy społecznej ośrodki pomocy społecznej odgrywają bardzo istotną rolę, zarówno z punktu widzenia jednostkowego, jak i społecznego. Dzieje OPS sięgają lat 20. XX wieku, a wypracowane wówczas w Stanach Zjednoczonych wzorce działań opiekuńczych i/lub pomocowych zostały w późniejszym okresie przeniesione na grunt europejski, w tym również do Polski.

ASZ

A: CPAS (fr.), OPS, O.P.S., o.p.s. (pol.), ÖSHZ (niem.).

B: Lipowicz, 2003; Sierpowska, 2011; Sikora, 2005.

D: Ustawa z 12 III 2004 roku.

N: https://ww.polish.org…

O: interdyscyplinarna opieka geriatryczna, opieka, opieka długoterminowa, opieka geriatryczna, opieka nieformalna, opieka społeczna, pomoc społeczna.

TK: am. *social welfare center/Social Welfare Center*, ang. *social welfare centre/Social Welfare Centre*, fr. *centre de bien-être social/ Centre Public d'Action Sociale* [CPAS], hiszp. *centro de bienestar social*, niem. *Sozialhilfezentrum/Öffentliches Sozialhilfezentrum* [ÖSHZ], ros. *центр социального обеспечения*.

otępienie – ujęcie neuropsychologiczne

Dziewiętnastowieczne określenie → *otępienie starcze* (łac. *dementia senilis*) było uważane za wystarczające, aby opisać niemalże każdy przypadek starszej osoby, która w późniejszym okresie swojego → życia zaczęła się zachowywać inaczej, „tracić zmysły", „wchodzić w drugie dzieciństwo". Gdy na początku XX wieku Alois → Alzheimer opisał ze stanowiska neuropatologicznego pierwsze przypadki → choroby, która swą nazwę wzięła od jego nazwiska, zaznaczył nawet w tytule pracy, że dla niego choroba ta była „rzadka". W chwili obecnej, dzięki rozwojowi neuronauk, wzrosła wykrywalność przyczyn tej choroby. Określenie *otępienie starcze* straciło więc swoje dawne znaczenie, gdyż okazało się, że każdy taki przypadek wynika z określonych zmian neurodegeneracyjnych mózgu rozwijających się w → wieku podeszłym w sposób ukryty i wolno postępujący wraz z upływem → czasu (Olszewski, 2008).

Nie należy utożsamiać otępienia ze → starością, gdyż starsze osoby, u których rozwijają się objawy demencji, stanowią mniejszość, a otępienie może dać znać o sobie w każdym wieku. Należy jednak pamiętać, że prawdopodobieństwo pojawienia się tej choroby wzrasta z wiekiem. 1% osób w wieku 60 lat doświadcza demencji, zaś co 5 lat procentowy udział podwaja się (2% osób w wieku 65 lat, 4% w wieku 70 lat itd.). Ciekawą kwestią jest spadek prawdopodobieństwa pojawienia się objawów po 85. r.ż., co sugeruje, że otępienie nie stanowi nieuniknionego elementu starości. Jest to potwierdzeniem hipotezy, że zaburzenia te nie są nieuniknionymi skutkami → starzenia się. Dane statystyczne wykazują, że jedynie 2–3% osób starszych wymaga pomocy instytucjonalnej (Stuart-Hamilton, 2006).

Otępienie nie jest homogenną jednostką chorobową. Ocenia się, że liczba chorych w świecie cierpiących z powodu różnych → zespołów otępiennych wynosi ok. 36,5 mln (dane z roku 2010) i „prognozuje się, że co 20 lat będzie się podwajać, osiągając 65,7 mln w 2030 i 115,4 mln w 2050. Ogólna liczba nowych przypadków demencji w skali świata wynosi ok. 7,7 mln każdego roku" (*Dementia*…, 2012). Główną przyczyną otępienia jest → choroba Alzheimera, która może stanowić od 50% do 70% wszystkich otępień, a kolejnymi są: → otępienie naczyniowe, → otępienie z ciałami Lewy'ego i → otępienie czołowo-skroniowe. W badaniach polskich PolSenior – przeprowadzonych na reprezentatywnej grupie 4979 osób po 65. r.ż. metodą przesiewową za pomocą Krótkiej Skali Oceny Funkcji Poznawczych [MMSE] – stwierdzono podejrzenie otępienia u 1/3 badanych, szczególnie gorzej wykształconych. Można więc sądzić, że poziom wykształcenia, aktywność umysłowa, jak również związane z nimi lata edukacji stanowią czynnik ochronny. Częściej otępienie dotyczyło kobiet, co wynika z gorszego wykształcenia starszych kobiet, odnotowano też wzrost otępienia z wiekiem. Przeprowadzone analizy sugerują ogromną potrzebę diagnostyki przesiewowej w kierunku otępienia oraz potrzebę zwiększenia ilości poradni specjalistycznych zajmujących się leczeniem, co stanowi wyzwanie dla ochrony zdrowia i polityki społecznej w Polsce (Klich-Rączka i współprac., 2012).

Otępienie to zespół objawów spowodowanych uogólnionym uszkodzeniem mózgu, w którym zaburzone są funkcje poznawcze. Przejawia się ono obniżeniem sprawności intelektualnych i upośledzeniem funkcjonowania w życiu codziennym i społecznym. Nie musi ono obejmować wszystkich funkcji poznawczych. Kryterium rozpoznania jest zaburzenie co najmniej dwóch funkcji poznawczych, z których jedną funkcją jest → pamięć (Gustafson, Brunn, 2004).

Według Amer. Tow. Psychiatrycznego (APA) osoba z otępieniem przejawia rozpad funkcjonowania: intelektualnego, komunikacyjnego i osobowościowego. Diagnoza

otępienia wg klasyfikacji DSM-IV musi zawierać takie cechy kliniczne, jak:

1. Zaburzenia pamięci krótko- i długoterminowej, przejawiające się trudnością w nabywaniu nowych informacji, np. trudnością w odtworzeniu nazw 3 rzeczy po upływie 5 minut. Problemy z pamięcią długotrwałą objawiające się trudnością odtworzenia informacji dobrze znanej w przeszłości, jak np. data urodzenia czy poziom wykształcenia.
2. Wystąpienie co najmniej jednego z poniższych objawów:
   - zaburzenia myślenia abstrakcyjnego (niezdolność znajdowania podobieństw, różnic czy definicji pojęć);
   - zaburzenia osądu (niezdolność planowania, rozwiązywania problemów rodzinnych i/lub zawodowych);
   - zaburzenia pozostałych wyższych czynności korowych (→ agnozja, → afazja, → apraksja, upośledzenie zdolności konstrukcyjnych);
   - zmiany osobowości.
3. Objawy w pozycjach 1 i 2 w istotnym stopniu zaburzają zdolność do pracy, aktywność życia codziennego i kontakty międzyludzkie.
4. Objawy z pozycji 1 i 2 nie mogą wyłącznie występować w → majaczeniu [i w stanach splątaniowych].
5. Musi wystąpić jeden z poniższych czynników:
   - dowody z badań dodatkowych, wywiadu o potencjalnych czynnikach etiologicznych, które związane są z zaburzeniem;
   - w przypadku braku dowodów – istnienie potencjalnego, organicznego czynnika sprawczego przy nieobecności nieorganicznego mogącego powodować dane objawy, np. dużej → depresji [i zaburzeń nastroju] (Sobów, 2004).

Otępienie dzieli się na trzy rodzaje:

1. **Otępienie łagodne** – zakłócenie codziennych czynności, nieuniemożliwiające jednak samodzielnego życia; występują trudności w uczeniu się nowego materiału i zjawisko „gdzie ja to położyłem"; budowa i/lub rozumienie złożonych zadań nie są możliwe;
2. **Otępienie umiarkowane** – chory wykonuje niektóre proste czynności życia codziennego, ale nie może samodzielnie funkcjonować, i gdy zachowane jest to, co najbardziej wyuczone i przyswojone; występują trudności rozpoznawania: „co to za ulica?", „jak on się nazywa?", „co robiłem?";
3. **Otępienie ciężkie** – globalne zaburzenie myślenia, brak logicznego kontaktu słownego, niezdolność do nauczenia się nowych informacji, zachowane wcześniejsze wspomnienia we fragmentach, nierozpoznawanie bliskich osób (Olszewski, 2008).

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) i klasyfikacją ICD-10 osoba z otępieniem przejawia: osłabienie pamięci, pogorszenie myślenia, sądzenia i planowania. Zespól objawów spowodowany jest przewlekłą, postępującą chorobą mózgu, zaburzeniami wyższych funkcji korowych, takich jak: myślenie, pamięć, rozumienie, liczenie, orientacja, język, ocena, zdolność do uczenia się. Zaburzonym funkcjom poznawczym towarzyszą, a nawet je poprzedzają, zaburzenia zachowania i motywacji oraz zaburzenia emocjonalne (Sobów, 2004). Obie powyższe klasyfikacje wymagają dwuetapowego procesu diagnostycznego, tj. rozpoznania otępienia jako zespołu objawów, potem rozpoznania rodzaju choroby objawiającej się otępieniem. Istnieje co najmniej 50 przyczyn otępienia, choć niektóre z nich występują bardzo rzadko. W ostatnich latach badacze jednak najwięcej uwagi poświęcili → otępieniu typu alzheimerowskiemu (40–60%), a zaniedbali otępienia niealzheimerowskie, dlatego powyższe kryteria diagnostyczne są najbardziej czułe w rozpoznawaniu tego typu otępienia. Odrębną grupę zaniedbanych otępień stanowią spowodowane przewlekłym stosowaniem toksyn (alkohol i leki). Natomiast w przypadku innej choroby mózgu stosowanie powyższych kryteriów utrudnia i rozpoznanie otępienia, i jego leczenie. Oba kryteria wymagają konieczności wystąpienia zaburzeń pamięci, nieodwracalności zaburzeń i postępującego przebiegu, co rzeczywiście jest typowe dla otępienia typu alzheimerowskiego, ale zupełnie nietypowe dla innych otępień, jak otępienia naczyniopochodne. Na wczesnym etapie otępienia naczyniopochodnego (10–25%) dominują inne zaburzenia poznawcze (korowe, takie jak: agnozja, afazja, apraksja, często również podkorowe, jak: zaburzenia uwagi i spowolnienie myślenia) niż zaburzenia pamięci. Również często zaburzenia te nie są postępujące i nieodwracalne. Na wstępnym etapie otępienia czołowo-skroniowego pierwszymi objawami nie są zaburzenia pamięci, lecz zaburzenia zachowania i emocjonalne a także objawy neurologiczne. Również w otępieniu z ciałami Lewy'ego (5–20%) na wczesnym etapie choroby dominują problemy z uwagą i objawy psychiatryczne (halucynacje), a nie zaburzenia pamięci (Sobów, 2004).

HO

B: Gustafson, Brun, 2004; *Dementia*…, 2012; Klich-Rączka, 2012; Olszewski, 2008; Sobów, 2004; Stuart-Hamilton, 2006; Zych, 2014.

N: http://culture.pl…; https://es.wikipedia.org/wiki/Demencia
O: choroba Alzheimera, otępienie czołowo-skroniowe, otępienie naczyniowe, otępienie typu alzheimerowskiego, otępienie z ciałami Lewy'ego, pedagogika osób z otępieniem, planowanie opieki nad osobami z otępieniem, zespół otępienny.
TK: ang. *dementia* or *demention – neuropsychological perspective*, fr. *démence – perspective neuropsychologique*, hiszp. *demencia da un punto di vista neuropsicologico*, niem. *Dementia* oder *Demenz – neuropsychologischer Perspektive*, ros. *деменция с нейропсихологической точки зрения.*

otępienie (demencja)

jest zespołem objawów spowodowanych chorobą mózgu, zwykle o charakterze przewlekłym lub postępującym, w którym zaburzone są wyższe funkcje korowe: myślenie, → pamięć, orientacja, rozumienie, liczenie, planowanie, umiejętność oceny sytuacji, umiejętność porozumiewania się i zdolność uczenia się (*The ICD-10*…, 2014). Otępienie najczęściej diagnozowane jest u osób powyżej 65. r.ż., a tylko nieznaczny odsetek osób (2%) poniżej 65. r.ż. cierpi na demencję (Berr i współprac., 2005). Zapadalność na chorobę wzrasta wraz z wiekiem i szacuje się, że u osób 80-letnich odsetek ten sięga nawet 40–50% (Jorm, Jolley, 1998). Średni czas trwania choroby to 5–7 lat, choć czas ten zależy od wielu czynników, np. od tego, na jakim etapie zdiagnozowano chorobę oraz od przyczyny otępienia (Olichney i współprac., 1998).

W zależności od przyczyny otępienia wyróżniamy otępienia odwracalne i nieodwracalne. Do przyczyn odwracalnej demencji należą m.in. niedobory żywieniowe (w szczególności niedobór witaminy B_{12}), odwodnienie, hiperkalcemia (podwyższony stan wapnia w organizmie), krwiak podtwardówkowy, wodogłowie normotensyjne (zespół Hakima-Adamsa), zaburzenia pracy tarczycy, zespoły polekowe i zatrucia, spowodowane alkoholem, narkotykami lub metalami ciężkimi (Espino i współprac., 1998). Jeśli przyczyny wywołujące objawy demencji wykryte zostaną w miarę wcześnie i zastosuje się właściwy sposób leczenia, to otępienie jest uleczalne i możliwe jest ustąpienie objawów. W większości przypadków objawy demencji są niestety nieodwracalne i choroba ma charakter progresywny, co oznacza, że stan chorego ulega stopniowemu pogorszeniu. Do nieodwracalnych przyczyn otępienia zalicza się → chorobę Alzheimera (najczęstszą postać otępienia, bowiem stanowi ona 40–60% wszystkich → zespołów otępiennych), → otępienie z ciałami Lewy'ego, → otępienie czołowo-skroniowe (FTD) i → otępienie naczyniowe.

Według innej klasyfikacji otępienia dzielimy na pierwotne i wtórnie zwyrodnieniowe. Pierwszą grupę stanowią otępienia, w których proces neurodegeneracyjny dotyczy bezpośrednio tkanki mózgowej, powodując jej zwyrodnienie. Do tych otępień należą: choroba Alzheimera, otępienie czołowo-skroniowe, → choroba Parkinsona, choroba Huntingtona, otępienie z ciałami Lewy'ego. Natomiast otępienia wtórne, mogą być odwracalne lub nieodwracalne. Do tej grupy zaliczamy otępienia naczyniowe (naczyniopochodne), otępienia w przebiegu zaburzeń metabolicznych (niedoczynność tarczycy, niedoczynność i/lub nadczynność przytarczyc, nadczynność kory nadnerczy, niedobory witaminy B_{12} bądź kwasu foliowego), otępienia wywołane uszkodzeniem mózgu w następstwie urazu, otępienia w przebiegu pierwotnych i przerzutowych guzów mózgu, otępienie spowodowane używaniem lub zatruciem lekami i substancjami toksycznymi, otępienie spowodowane używaniem alkoholu lub substancji psychoaktywnych, otępienie w wodogłowiu normotensyjnym, otępienia w przebiegu chorób wywołanych przez priony, otępienie w przebiegu infekcji ośrodkowego układu nerwowego (OUN) lub chorób ogólnoustrojowych, takich jak np. HIV, kiła, boreliozа, bruceloza (Kiejna i współprac., 2008).

Kryteria diagnostyczne dla rozpoznania otępienia oparte są na zaleceniach Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), która zawarła je w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (ang. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*). Zgodnie z tą klasyfikacją otępienie można rozpoznać wówczas, gdy upośledzeniu funkcji poznawczych towarzyszy obniżenie kontroli nad reakcjami emocjonalnymi (chwiejność emocjonalna), społecznymi, zachowaniem oraz motywacją. Mimo zaburzenia funkcji poznawczych świadomość nie jest zaburzona. Jeśli u chorego występują objawy otępienia i zaburzenia świadomości, to wskazują one na odrębną kategorię diagnostyczną, aczkolwiek okresowo występujące zaburzenia świadomości nie wykluczają rozpoznania otępienia. W jego przebiegu bowiem często występuje → majaczenie [i stany splątaniowe]. Warunkiem koniecznym rozpoznania otępienia jest występowanie objawów przez co najmniej 6 m-cy, a także wykluczenie innych chorób przypominających otępienie (Chertkow i współprac., 2013). Pomimo istnienia kryteriów diagnostycznych szacuje się, że w wielu przypadkach otępienie nie jest rozpoznawane ze względu na błędne przekonanie, że zaburzenia poznawcze są częścią procesu → normalnego starzenia się.

Według kryteriów klasyfikacji zaburzeń psychicznych (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – DSM-5), opracowanych przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, warunkiem zdiagnozowania otępienia jest stwierdzenie upośledzenia funkcjonowania pamięci krótkotrwałej i długoterminowej oraz występowania co najmniej jednego z zaburzeń innych czynności korowych, takich jak: → afazja (zaburzenia mowy i/lub wymowy), → agnozja (niezdolność do rozpoznawania przedmiotów), → apraksja (zaburzenia zdolności wykonywania precyzyjnych czynności ruchowych mimo zachowanych innych czynności ruchowych) oraz zaburzenia działań wykonawczych (planowanie, porządkowanie, abstrakcyjne myślenie). Zarówno kryteria ICD-10, jak i DMS-5 podkreślają, że pogorszenie funkcji poznawczych znacząco obniża sprawność intelektualną i upośledza funkcjonowanie w życiu codziennym (np. poprzez ograniczenie zdolności do pracy zawodowej lub utrzymywania kontaktów międzyludzkich). Podstawowym elementem diagnozy jest także wywiad dotyczący zgłaszanych objawów, wcześniej przebytych chorób i przyjmowanych leków. Ważne, aby informacje zostały zebrane zarówno od osoby chorej, jak i od opiekuna (Kipps, Hodges, 2005, Wojszel, Bień, Przydatek, 2001). Pacjent powinien być również poddany testom laboratoryjnym, które mogą wykluczyć inne, odwracalne przyczyny demencji. Do najczęściej stosowanych testów przesiewowych oceniających funkcje poznawcze należą: Krótka Skala Oceny Funkcji Poznawczych [MMSE] i/lub → Test Rysowania Zegara (Kelvin i współprac., 2015). W ocenie stanu pacjenta pomocna jest także ocena zdolności samodzielnego wykonywania → czynności życia codziennego, takich jak: kąpanie się, korzystanie z toalety, oraz czynności złożonych niezbędnych do samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie, takich jak: używanie telefonu lub kontrola przyjmowania lekarstw. Oszacowanie tych czynności może być przeprowadzona za pomocą dwóch powszechnie stosowanych skal: → Indeksu Czynności Życia Codziennego Katza oraz → Skali Oceny Złożonych Czynności Życia Codziennego Lawtona.

W zależności od stopnia zaawansowania zaburzeń poznawczych wyróżnia się trzy stadia otępienia: łagodne, umiarkowane i ciężkie. W pierwszym stadium upośledzenie funkcji poznawczych powoduje zaburzenia funkcjonowania w życiu codziennym, które wzbudzają niepokój pacjentów, ponieważ zauważają oni, że ich pamięć uległa pogorszeniu w porównaniu z poziomem z okresu przed wystąpieniem choroby. Zmiany te są jednak tłumaczone zaawansowanym wiekiem, dlatego też bywają bagatelizowane przez członków rodziny. W tym stadium chory traci dotychczasowe zainteresowania, ma problemy z podejmowaniem decyzji, orientacją w czasie i przestrzeni oraz wykazuje zaburzenia nastroju. W umiarkowanym stadium choroby zaburzenia funkcji poznawczych są na tyle wyraźne, że pacjent nie jest zdolny do samodzielnego funkcjonowania. Objawami charakterystycznymi dla stadium ciężkiego są problemy z samodzielnym jedzeniem, niemożność rozpoznania najbliższych członków → rodziny, niemożność komunikacji werbalnej oraz → inkontynencja (nietrzymanie moczu i stolca).

Inny podział został zaproponowany przez Barry'ego Reisberga, który jest twórcą skali Oceny Nasilenia Otępienia (ang. *Global Deterioration Scale* – GDS). Skala ta dzieli zaburzenia funkcji poznawczych na siedem etapów. Nie u każdego pacjenta objawy będą przebiegać w opisanej kolejności oraz niekoniecznie musi on doświadczać wszystkich symptomów. Stadia od pierwszego do trzeciego to stadia przedchorobowe. Natomiast stadia od czwartego do siódmego to stadia, w których chory cierpi na demencję. Gdy pojawiają się objawy charakterystyczne dla stadium piątego, pacjent nie jest w stanie funkcjonować samodzielnie.

Etap pierwszy charakteryzuje brak zaburzeń, pacjent normalnie funkcjonuje. Na tym etapie nie występują problemy z pamięcią, orientacją, komunikacją, oceną sytuacji, ani z codzienną aktywnością.

Niewielkie zaburzenia pojawiają się podczas drugiego etapu, kiedy pacjent może popełniać nieznaczne błędy, doświadczać niewielkich kłopotów z pamięcią (np. zapominania, gdzie położył często używane przedmioty). Nie są to jednak symptomy na tyle rozwinięte, aby rodzina i przyjaciele mogli je zauważyć. W badaniu klinicznym nie ujawniają się jeszcze objawy rozwijającej się choroby. W tym stadium funkcjonowanie zawodowe i społeczne nie jest upośledzone na tyle, żeby zaprzestać pracować.

Etap trzeci to zauważalne pogorszenie się zdolności poznawczych. Zaburzenia na tym etapie noszą nazwę → łagodnych zaburzeń poznawczych (ŁZP). Podczas tego stadium pojawiają się pierwsze wyraźnie widoczne deficyty, np. pacjent gubi się, podróżując do znanego sobie miejsca, podczas czytania tekstu mało zapamiętuje z tego, co przeczytał, z trudnością zapamiętuje nazwiska nowo poznanych osób, gubi lub odkłada wartościowe przedmioty w niewłaściwe miejsce. Członkowie rodziny, przyjaciele i współpracownicy spostrzegają u chorego łagodne zaburzenia, kłopoty z pamięcią i komunikacją, nieadekwatne do sytuacji zachowania. Chory może się zgubić, podróżując

do nieznanych sobie miejsc, gorzej spełnia swoje zadania w pracy, pojawiają się trudności w odnajdywaniu słów i nazwisk. Dochodzi do – wychwytywanych w testach klinicznych – zaburzeń koncentracji, obiektywne stwierdzenie zaburzeń pamięci możliwe jest jednak tylko po szczegółowym badaniu psychologicznym. Chory często zaprzecza, że ma kłopoty z pamięcią. Zachowaniom tym często towarzyszy niewielki lub umiarkowanie nasilony lęk.

Etap czwarty to wczesna faza choroby. Osoba chora zapomina o umówionych spotkaniach, myli lub zapomina imiona krewnych, nazwy ulic, przedmiotów, zapomina wydarzenia z własnego życiorysu, zmniejsza się zdolność do radzenia sobie ze sprawami finansowymi. Chory zaczyna unikać trudnych dla siebie sytuacji, liczenie sprawia mu kłopoty, a rozmowy stają się coraz trudniejsze. Nastroje chorego są bardzo różne i ulegać mogą częstym zmianom. W złość wpędzają chorego drobne nieporozumienia, zdarzenia, przestaje on panować nad swoimi reakcjami. Następuje coraz większa izolacja od rodziny i znajomych, od świata, chory nie chce nigdzie wychodzić ani spotykać się ze znajomymi. Coraz trudniej jest mu rozmawiać, ma problemy z dobraniem odpowiednich słów. Jego wypowiedzi są nieskładne, a zdania często nie mają żadnego sensu. Choć chory sam może się ubrać, poruszać się po okolicy, wykonywać codzienne czynności, kłopoty z pamięcią mogą mu w tym jednak przeszkadzać.

Piąty etap charakteryzują bardzo nasilone zaburzenia pamięci. Pacjent zapomina o zdarzeniach, które miały miejsce przed chwilą czy też poprzedniego dnia. Doskonale pamięta wydarzenia sprzed lat, jednak źle umiejscawia je w czasie. Zachowanie chorego jest często gwałtowne, trudne do przewidzenia i niewspółmierne do wywołujących je czynników. Chory może oskarżać najbliższych o kradzież w momencie, gdy nie może znaleźć portfela, pieniędzy czy ubrania. Pojawia się lęk, wywoływany przez ostre dźwięki czy migające światło. Zdarza się tzw. wędrowanie, czyli chodzenie bez celu tam i z powrotem. Słownictwo chorego ubożeje, na pytania odpowiada on w sposób powolny i nie kończy rozpoczętych zdań. Jego ruchy stają się nieprecyzyjne. Mogą pojawić się zaburzenia równowagi, co prowadzi do → upadków. Chory zaczyna chodzić coraz wolniej, pojawiają się także drżenia i przykurcze mięśni. Coraz trudniej choremu wykonywać czynności codzienne. Naraża na niebezpieczeństwo nie tylko siebie, ale i swoją rodzinę, dlatego nie jest w stanie żyć samodzielnie bez pomocy innych osób.

Etap szósty otępienia to jeden z najtrudniejszych etapów dla opiekunów, gdyż charakteryzuje się znacznymi zmianami w osobowości i zachowaniu podopiecznego. Stale pogarsza się pamięć i pacjent wymaga pomocy przy wykonywaniu najprostszych codziennych czynności. Chory nie rozpoznaje już nikogo z rodziny, nawet osób najbliższych – czasem jedynie osobę, która się nim opiekuje. Jego nastroje są bardzo zmienne i raczej trudne do przewidzenia. Mowa jest bardzo niewyraźna, chory nie rozumie, co się do niego mówi, powtarza słowa i krótkie sekwencje tylko sobie znane. Już każda czynność sprawia choremu kłopot. Nie umie sam wstawać, siadać, chodzić, jeść. Przestaje także panować nad czynnościami fizjologicznymi. Nie wykonuje już żadnych czynności, cały swój czas spędza w łóżku. Wymaga pomocy w czynnościach codziennych, takich jak np. chodzenie do toalety. Rytm dzienny jest zaburzony (chorzy są aktywni nocą, w dzień zasypiają). Następują zmiany w sferze osobowości (zachowania) i emocji, np. chory zaczyna oskarżać współmałżonka, że jest oszustem (osobą obcą, która się podszywa za małżonka), może też rozmawiać z nieistniejącymi osobami lub własnym odbiciem w lustrze.

Etap siódmy (ciężkie otępienie) to terminalna faza choroby. W tym stadium komunikacja z pacjentem jest bardzo utrudniona, wygłasza on pojedyncze słowa lub krótkie frazy, później wydaje tylko pojedyncze dźwięki. Na początku jest jeszcze w stanie wypowiadać słowa i zdania, ale wypowiedzi są bardzo niejasne. Później nie ma w ogóle ekspresji słownej, a jedynie pomrukiwanie. Występuje nietrzymanie moczu i stolca, konieczna staje się pomoc w myciu i spożywaniu posiłków. Chory stopniowo traci podstawowe umiejętności psychomotoryczne (lokomocyjne). W zależności od umiejscowienia zmian chorobowych w mózgu występują objawy ogniskowe neurologiczne. Podstawowe funkcje organizmu są zaburzone, słabo pracują serce i płuca, koordynacja ruchowa oraz zdolność połykania są znacznie zakłócone (Reisberg i współprac., 1983).

Obecnie nie ma leków, które powstrzymałyby lub odwróciły proces chorobowy, jednak istnieją leki, które pomagają w zwolnieniu procesu pogarszania się funkcji poznawczych. Leczenie farmakologiczne ma na celu również złagodzenie objawów choroby, takich jak: zaburzenia nastroju, → zaburzenia snu, lub objawów psychotycznych. [Otępienie poprzednio było znane jako przewlekły zespół mózgowy i utożsamiane bywa z otępieniem o późnym początku (Gibson, Nusberg, 1985) – przyp. red.].

ML

B: Berr i współprac. 2005; Chertkow i współprac., 2013; Espino i współprac. 1998; Gibson, Nusberg, 1985; Jorm, Jolley, 1998;

Kelvin i współprac., 2015; Kiejna i współprac., 2008; Kipps, Hodges, 2005; Olichney i współprac., 1998; Reisberg i współprac., 1982; *The ICD-10…*, 2014; Wojszel, Bień, Przydatek, 2001.
N: http://culture.pl…; https://es.wikipedia.org/wiki/Demencia
O: choroba Alzheimera, otępienie naczyniowe, otępienie typu alzheimerowskiego, otępienie z ciałami Lewy'ego, pedagogika osób z otępieniem, planowanie opieki nad osobami z otępieniem, zespół otępienny.
S: otępienie o późnym początku, przewlekły zespół mózgowy (określenie dawn.).
TK: ang. *dementia*/*demention*, fr. *démence*, hiszp. *demencia*, niem. *Dementia*/*Demenz*, ros. *деменция.*

otępienie czołowo-skroniowe

– stanowi określenie o szerokim zakresie znaczeniowym. Niektórzy autorzy używają terminu „otępienie czołowo-skroniowe" (ang. *frontotemporal dementia* – FTD) w odniesieniu do jednego tylko wariantu → otępienia, całą kategorię zaś nazywają zwyrodnieniem płatowym czołowo-skroniowym (ang. *frontotemporal lobar degeneration* – FTLD), inni zaś – kompleksem Picka (ang. *Pick complex*). Do grupy tej zaliczani są jednak ci autorzy – głównie neuropatolodzy, którzy dysponują wynikami badań po → śmierci pacjenta. Złożoność problematyki i terminologii powoduje, że w praktyce codziennej niewiele wiadomo na temat chorób z zespołem Picka, a większość pacjentów otrzymuje diagnozę: podejrzenie → choroby Alzheimera (AD). [Po raz pierwszy przypadek tego rodzaju otępienia opisał w roku 1892 Arnold → Pick, który u 71-letniego chorego cierpiącego na zaburzenia mowy i → pamięci zaobserwował wyraźny zanik płatów czołowo-skroniowych oraz charakterystyczne złogi, nazwane później ciałami Picka (Kowalska, 2009) Otępienia czołowo-skroniowe należą do tzw. tauopatii, grupy → chorób, u podstaw powstania których leży zaburzony metabolizm białka tau z rodziny białek zasocjowanych z mikrotubulami (ang. *macrotubule associated tau protein* – MAPT) – przyp. red.].

Z klinicznego punktu widzenia wczesne rozpoznanie FTD pozostaje niemałym wyzwaniem diagnostycznym i terapeutycznym. Wczesna diagnoza jest zasadniczym warunkiem adekwatnego leczenia i opieki terapeutycznej. Długotrwała choroba ma ujemny wpływ na → rodzinę pacjenta, która będzie potrzebować profesjonalnego → wsparcia przez wiele trudnych lat (Devinsky, Morrell, Vogt, 1995), przede wszystkim ze względu na tendencje wielu pacjentów do zachowań agresywnych, nieobliczalnych, niedostosowanych do warunków społecznych, a także ze względu na brak krytycyzmu, co sprawia, że niechętnie przyjmują oni pomoc i rady ze strony rodziny.

Jednak chyba największym wyzwaniem dla klinicystów jest konieczność przyswajania przez badaczy namnożonych przez wieki wciąż nowych terminów i kryteriów diagnostycznych opracowywanych przez autorów różnych specjalności naukowych. Mnogość terminów utrudnia nie tylko rozpoznanie, ale również fałszuje statystyki dotyczące epidemiologii. Jak wiadomo, brak jednolitych kryteriów sprawia, że FTD jest opisywane w literaturze przedmiotu pod wieloma nazwami, które chociaż wchodzą w skład kompleksu Picka, utrudniają opis i prowadzenie badań naukowych. Brak jest także wyraźnego oddzielenia różnych klasyfikacji proponowanych przez autorów o odmiennej orientacji teoretycznej lub warsztacie badawczym (Olszewski, 2008). Temat ten podnosili różni autorzy, dodając, że klasyfikacja taka jest konieczna ze względu na dużą heterogenność zmian neuropatologicznych (Brun i współprac., 1994). Tak narodziły się w ciągu ostatnich lat różne kryteria diagnostyczne otępienia czołowo-skroniowego. Podczas obrad I Konferencji w Lund (1987) pt. *Zanik korowy płatów czołowych w otępieniach typu niealzheimerowskiego* rozpoczęto proces wyodrębnienia przypadków otępienia ze zmianami zanikowymi kory płatów czołowych, bez specyficznego obrazu histopatologicznego → choroby Picka lub choroby Alzheimera (Brun, 1987; Gustafson, 1987). Autorzy nie do końca byli pewni, czy chodzi o jedną, na razie nie nazwaną chorobę neurodegeneracyjną, czy raczej o zespół, lub nawet coś w rodzaju rodziny jednostek chorobowych. W tym okresie zainteresowanie badaczy skupiało się prawie wyłącznie na epidemiologii oraz zmianach zwyrodnieniowych płatów czołowych. Relatywnie niewiele uwagi poświęcono objawom klinicznym, w tym neuropsychologicznym. W 1994 roku grupa badaczy z Lund i Manchester (dwa główne ośrodki europejskie prowadzące badania w opisywanym zakresie) opublikowała wspólne stanowisko dotyczące klinicznych i histopatologicznych kryteriów diagnostycznych otępienia czołowo-skroniowego (Brun i współprac., 1994). Konsensus ten prezentuje najczęstsze i charakterystyczne objawy kliniczne pojawiające się w przebiegu trzech następujących typów neuropatologicznych otępienia czołowo-skroniowego (FTD): 1) choroby Picka; 2) ogniskowego zwyrodnienia płatów czołowych (ang. *Frontotemporal Lobar Degeneration* – FTLD); 3) choroby neuronów ruchowych z otępieniem (ang. *motor neuron disease* – MND). We wspólnej opinii grupy Lund–Manchester zostały uzgodnione podobieństwa

i współwystępowanie pewnych cech we wszystkich trzech rodzajach FTD. Podjęto również próbę kojarzenia obrazu neuropatologicznego z objawami klinicznymi otępienia, w związku z czym wyodrębniono trzy główne warianty FTD:

1) podtyp cechujący się obustronnymi uszkodzeniami płatów czołowych, z nieco asymetryczną przewagą obszaru czołowo-skroniowego prawego, zwany wariantem czołowym otępienia czołowo-skroniowego (fvFTD);
2) podtyp cechujący się uszkodzeniami głównie płatów skroniowych, zwany wariantem skroniowym otępienia czołowo-skroniowego (tvFTD) lub otępieniem semantycznym (SD);
3) podtyp cechujący się przewagą uszkodzeń w lewym płacie czołowym, zwany postępującą niepłynną → afazją (PNFA).

Uzgodniono również definicję otępienia czołowo-skroniowego, wg której FTD to odrębny syndrom kliniczny cechujący się zaburzeniami behawioralnymi, osobowościowymi, emocjonalnymi i językowymi, które poprzedzają pogorszenie stanu poznawczego. Pod tym względem obraz kliniczny FTD różni się od obrazu → otępienia typu alzheimerowskiego, które cechują wczesne zmiany poznawcze, jak np. zaburzenia pamięci, afazja, → apraksja, przy względnym zachowaniu istotnych cech osobowości i braku zaburzeń neurobehawioralnych.

Wyżej opisane różnice obrazu klinicznego odzwierciedlają dominującą lokalizację zmian w mózgu. Problematyka ta była rozwijana w kolejnych badaniach i nie przyniosła wystarczająco zadowalających rozwiązań. Lars Gustafson, podsumowując światowe badania na temat otępienia, stwierdził, że otępienie czołowo-skroniowe (FTD) to grupa otępień z dominantą patologii korowych oraz silnie wyrażonymi objawami klinicznymi, a także udowodnionym udziałem etiologicznego czynnika genetycznego. Autor podaje, że obraz kliniczny w FTD to szerokie spektrum objawów i zespołów psychopatologicznych, klinicznie przypominających schizofrenię, zaburzenia nastroju, kompleks zachowań kompulsywno-obsesyjnych (ang. *obsessive-compulsice disorder* – OCD), socjopatię itp. (Gustafson, Elfgren, Passant, 2004). Zaburzenia te są najprawdopodobniej silnie związane z zajęciem przez proces chorobowy kory przedczołowej, przedniej kory skroniowej i kory przedniego zakrętu obręczy wchodzącej w skład układu limbicznego. Jak sugerują Nigel J. Cairns i współprac. (2007), wiele prac naukowo-badawczych i doświadczalnych wskazuje na istotną rolę przedniego zakrętu obręczy w układzie ośrodkowego układu nerwowego [OUN], który odpowiada za emocje, funkcje poznawcze, interakcje społeczne, wokalizację, ruchy mimiczne i reakcje bólowe (Pąchalska, 2007). Jednak brak zależności pomiędzy danymi klinicznymi a neuropatologicznymi oraz duża liczba nietrafnych diagnoz sprawiały, że uczeni różnych ośrodków dalej poszukiwali kryteriów diagnostycznych pozwalających na dokładne odróżnienie FTD od AD (McKhann i współprac., 2001; Cairns i współprac., 2007). W związku z tym pracowały (i pracują nadal) zespoły badawcze weryfikujące kryteria diagnostyczne FTD. W okresie 1994–2007 przedstawiono kilka zestawów kryteriów diagnostycznych, przy czym każdy zestaw obejmuje odrębne schematy klasyfikacji. FTD stanowi bowiem zespół kliniczny, a nie jednorodną jednostkę chorobową z jednolitą patologią.

Spośród tych kryteriów najbardziej znane i szeroko cytowane w literaturze to:

1) kryteria diagnostyczne otępienia czołowo-skroniowego Lund–Manchester z 1994 (Gustafson, Brun, 1997);
2) poprawione i rozszerzone kryteria diagnostyczne z 1998 (Neary i współprac., 1998);
3) kryteria diagnostyczne Środkowo-Amerykańskiego Konsorcjum na rzecz Zwyrodnienia Płatów Czołowo-Skroniowych (*Consortium for Fronto-Temporal Lobar Degeneration* – FTLD) wraz ze specjalistami z innych ośrodków świata (Cairns i współprac., 2007);
4) kryteria kliniczne opracowane przez Grupę Roboczą Otępienia Czołowo-Skroniowego i Choroby Picka (McKhann i współprac., 2001).

Zgodnie z kryteriami klinicznymi pacjenci znajdujący się w pierwszej fazie FTD przejawiają dwa różne warianty zaburzeń:

1) wariant behawioralny (ang. *behavioral variant of Frontotemporal Degeneration* – bvFTD), związany z dysfunkcjami obszarów przedczołowych, w którym dominują zaburzenia zachowania;
2) wariant językowy (ang. *language variant of Frontotemporal Degeneration* – lvFTD), związany z dysfunkcjami obszarów czołowych i skroniowych, w którym dominują zaburzenia mowy.

U pacjentów z obrazem klinicznym, w którym dominują zaburzenia zachowania, mogą występować odczuwane subiektywnie i/lub stwierdzane w testach neuropsychologicznych zaburzenia pamięci. Na uwagę zasługuje jednak to, że w żadnym z tych typów nie stwierdza się zaburzeń amnestycznych, tak typowych dla otępienia typu alzheimerowskiego [DAT]. Pacjenci są zorientowani w czasie i przestrzeni. Specyficzny obraz kliniczny i przebieg otępienia czołowo-skroniowe-

go sprawia, że leczenie i rehabilitacja różnią się od innych postaci otępienia (Gustafson i współprac., 2004). Pacjenci z obrazem klinicznym wskazującym na zaburzenia językowe przejawiają głównie zaburzenia mowy o typie afazji, przy czym kryteria te nie różnicują afazji płynnej (cechującej się zaburzeniami w rozumieniu języka) od niepłynnej (cechującej się trudnościami w mówieniu).

W efekcie podział typów na dwa, zamiast na trzy warianty, jak w przypadku poprawionych kryteriów Lund–Manchester, dokonał się poprzez nazwanie wariantu czołowego FTD – wariantem behawioralnym i połączenie wariantu skroniowego *vel* otępienia semantycznego z postępującą niepłynną afazją (ang. *progressive nonfluent aphasia* – PNFA) w jedną kategorię, tj. lvFTD. Grupa robocza podsumowała objawy kliniczne opisane przez różne zespoły autorów. Rozważano ogólną klasyfikację otępienia zaproponowaną przez Arne Bruna i współprac. (1994), która obejmuje trzy kryteria klasyfikacji: kliniczne, patologiczne i mikroskopowe.

Pewien odsetek pacjentów z FTD, w związku z występującymi zaburzeniami zachowania, które dominują w obrazie klinicznym już we wstępnej fazie choroby, trafia nie do gabinetu neurologa, lecz do psychiatry, który nierzadko widzi objawy w kategoriach → choroby psychicznej, czasami → depresji [i zaburzeń nastroju], czasami psychozy. Dokładną liczbę takich pacjentów trudno ustalić, gdyż w wielu przypadkach można się nie zorientować, że pacjent w szpitalu psychiatrycznym, który dziwnie się zachowuje, nie jest psychicznie chory. Pacjent z niezdiagnozowaną chorobą neurodegeneracyjną, leczony psychiatrycznie na schizofrenię lub depresję, nie będzie miał korzyści z tego leczenia, a może nawet mieć poważne powikłania, gdyż leki psychotropowe nie są obojętne dla organizmu, szczególnie wtedy, gdy zachodzące w mózgu pacjenta zmiany mają charakter organiczny, a nie psychodynamiczny. Inaczej mówiąc, nie wiadomo, ilu pacjentów z FTD jest źle zdiagnozowanych i tym samym źle leczonych, ale zarówno opublikowane dane, jak i obserwacje własne oraz doświadczenia innych klinicystów sugerują, że jest ich dużo. Często choroby z tej grupy zostają pomylone albo z chorobą Alzheimera (AD), albo z chorobą psychiczną, przy czym dużo zależy od tego, w jakim wieku jest pacjent, oraz do jakiej przychodni zostaje skierowany na początku choroby. Cechą charakterystyczną FTD w porównaniu z DAT jest właśnie to, że w początkowej fazie choroby pacjent wykazuje – w zależności od lokalizacji i patomechanizmu zachodzących w mózgu zmian – zmiany zachowania i/lub zaburzenia językowe, a dopiero później włączają się zaburzenia pamięci i innych funkcji poznawczych, podczas gdy u typowego pacjenta z AD kolejność jest raczej odwrotna. Doświadczony psycholog szybko się zorientuje, czy przeciętny pacjent z AD, bez względu na to, czy jest depresyjny, czy nie, będzie chętny do współpracy, łagodny, często również „lepki" emocjonalnie. Jednak do gabinetu psychologa czy neuropsychologa trafia od czasu do czasu zupełnie inny pacjent, czasami agresywny, czasami wesołkowaty, innym razem małomówny, a czasem dziwnie się zachowujący. Wydaje się oczywiste z psychologicznego punktu widzenia, że nie ma się do czynienia z tą samą chorobą, aczkolwiek subiektywne wrażenie inności nie wystarczy, aby zakwestionować diagnozę lekarza.

Jak zapobiec powstaniu mylnych diagnoz? Idealnie byłoby móc we wczesnej fazie choroby zbadać krew bądź też inne płyny ustrojowe pacjenta, albo wykonać neuroobrazowanie mózgu, aby odkryć patognomoniczne objawy choroby Alzheimera – lub ich brak. Obecnie lekarze nie dysponują jeszcze odpowiednimi testami laboratoryjnymi ani biomarkerami, a te, które zostały już zidentyfikowane, są zbyt czasochłonne, pracochłonne i drogie. Wobec tego pozostają głównie badania kliniczne, w tym neuropsychologiczne.

Innym problemem jest istnienie na rynku setek, jeżeli nie tysięcy testów neuropsychologicznych, co znacząco utrudnia wybór odpowiednich testów przesiewowych. Co więcej, ich prawidłowe zastosowanie oraz interpretacja uzyskanych wyników wymagają specjalistycznej wiedzy i kwalifikacji. Ponadto testy te u osób z tzw. zespołem czołowym są bardzo trudne do zastosowania, ze względu na brak krytycyzmu i możliwość realnej oceny samego siebie przez pacjenta. Testy przesiewowe natomiast, jak choćby Krótka Skala Oceny Funkcji Poznawczych [MMSE], wskazują na ewentualne istnienie problemów poznawczych u pacjenta, nie są jednak na tyle specyficzne, aby odróżnić jeden rodzaj otępienia od drugiego. Wobec powyższego pilną potrzebą jest opracowanie metod diagnostycznych, za pomocą których można będzie w miarę szybko i tanio wyodrębnić pacjentów ze zmianami otępiennymi związanymi z chorobą należącą do kompleksu Picka w całej subpopulacji ludzi starszych zgłaszających się (lub zgłoszonych przez rodzinę) do lekarza z objawami dysfunkcji mózgu. Docelowo testy te miałyby charakter przesiewowy, byłyby niezbyt czasochłonne i niewymagające nadmiaru wiedzy specjalistycznej. Klinicysta (lekarz pierwszego kontaktu, neurolog, psychiatra, psycholog kliniczny, neuropsycholog) powinien zadać sobie trzy podstawowe pytania:

1) Czy pacjent cierpi na otępienie, chorobę psychiczną, czy jeszcze inną dysfunkcję mózgu?
2) Jeżeli jest to otępienie, to czy objawy odpowiadają powszechnie przyjętym, w miarę ścisłym kryteriom diagnostycznym AD (DSM-IV, ICD-10, czy innym)?
3) Jeżeli obraz nie do końca odpowiada takim kryteriom, to czy występujące objawy mogą wskazywać na ogniskowe zwyrodnienie płatów czołowych i/lub skroniowych?

Literatura światowa daje praktykowi niektóre wskazówki odnośnie do pierwszego i drugiego pytania. Natomiast, pomimo istnienia dość obszernej literatury na temat FTD i pokrewnych schorzeń, nie ma ogólnie dostępnych narzędzi badawczych mogących nasuwać choćby wstępną odpowiedź na trzecie pytanie. Oczywiście, wyniki neuropatologiczne potwierdzające lub obalające jakąś hipotezę diagnostyczną, nie są dostępne we wczesnym etapie choroby, tzn. podczas pierwszej wizyty pacjenta w gabinecie. Nie znajdzie się też odpowiedzi na to pytanie po zastosowaniu dostępnych markerów biologicznych wykrywalnych w badaniach laboratoryjnych. Wobec nader skomplikowanych problemów teoretycznych i praktycznych związanych z określeniem związku pomiędzy zmianami zachodzącymi w mózgu a objawami klinicznymi występującymi u pacjentów trudno się dziwić, że klinicysta pracujący z pacjentami z chorobą z kręgu kompleksu Picka czuje się bezradny.

Nazewnictwo w zakresie otępień typu FTD – w tym samo określenie FTD – nie jest wykorzystywane przez wszystkich autorów w tym samym znaczeniu. Co kilka lat pojawiają się nowe schematy nozologiczno-klasyfikacyjne, przy czym – wobec słabej lub czasami żadnej znaczącej korelacji pomiędzy poszczególnymi patologiami na poziomie komórek mózgowych a objawami klinicznymi – łatwo się zgubić w gąszczu terminów, jednostek chorobowych określonych skrótami anglojęzycznymi. Nader potrzebne jest więc prowadzenie dalszych prac nad otępieniem czołowo-skroniowym.

Arne Brun i współprac. (1994) wysunęli tezę, że FTD jest pod względem częstości występowania najczęstszym otępieniem po AD. Obejmuje ono od 12,5% do 22% (w zależności od stosowanych kryteriów klasyfikacji) wszystkich otępień zwyrodnieniowych. Ok. 50% otępień czołowo-skroniowych należy do tzw. taupatii (tj. tworzenie się inkluzji tau-dodatnich), zaś u części chorych otępienie jest związane z występowaniem rodzinnym i chromosomem 17. Otępienie to może współistnieć ze schorzeniami neuronu ruchowego.

W Polsce brak jest statystyk dotyczących otępienia czołowo-skroniowego, gdyż Polskie Towarzystwo Psychogeriatryczne dopiero rozpoczęło badania epidemiologiczne. W Europie badania na ten temat prowadziła grupa Lund–Manchester (1994). Brun i Lars Gustafson (1993) podają, że FLD i choroba Picka jest diagnozowana *post mortem* tylko w 9% z 400 kolejnych przypadków w prospektywnych, długoterminowych badaniach. Do tej pory w → badaniach podłużnych (longitudinalnych) otępienia, prowadzonych w Lund, rozpoznano ponad 150 przypadków FTD. Więcej niż 50% spośród tych wyników było możliwe do uzyskania dopiero w badaniach *post mortem*.

Christian E. Willert i współprac. (2000) zauważyli, że pierwsze objawy kliniczne FTD na ogół pojawiają się tuż przed osiągnięciem starszego wieku, czyli przed 65. r.ż.. Znane są jednak doniesienia o wczesnym wystąpieniu FTD, nawet przed 30. r.ż. Są to jednak rzadkie przypadki. W kolejnych badaniach Gustafson i Brun (1997) stwierdzili, że średni wiek zachorowania u trzydziestu potwierdzonych *post mortem* przypadków wynosił 56 lat ± 7,6 lat (zakres 45–70 lat), przy czym czas trwania choroby wynosił od 3 do 17 lat (średnio 8,1 ± 3,4 lat). Autorzy zaobserwowali, że czas trwania choroby u chorych z FLD był nieco krótszy niż u ośmiu osób z czystą postacią choroby Picka, czyli 11,0 ± 4,1 lat (zakres 4–17 lat), natomiast w przedstarczej postaci choroby Alzheimera czas trwania choroby w badaniach longitudinalnych wynosi 10,6 ± 3 lata (zakres od 5 do 16 lat). Podobne wyniki osiągnięto w innych badaniach (Neary i współprac. 1988, Knopman i współprac., 1990).

Kolejna seria diagnoz neuropatologicznych (Brun, Gustafson, 1993) wykazała, że większość przypadków głębokiego otępienia powoduje choroba Alzheimera (42%), choroby zaburzające krążenie mózgowe (26%) lub połączenie obu tych zakresów chorobowych (26%). Zaskakująco wysoki był udział ilościowy FTD. W obrębie FTD natomiast dominują przypadki bez obecności ciałek Picka (8%), co sprawia, że jest on częściej spotykany niż choroba Picka, którą diagnozuje się u zaledwie 1% pacjentów. Jedna z przyczyn znalezienia tak ogromnej liczby chorych z FTD wiąże się prawdopodobnie z tym, że badania podłużne nad otępieniem, które zaczęły się 40 lat temu, obejmowały również przypadki zachorowania osób w młodszym wieku (Gustafson, Brun, Ingvar, 1977).

Andrew Kertesz (2007) zaproponował określenie „kompleks Picka" (ang. *Pick complex*), które obejmuje wszystkie związane ze sobą jednostki, zarówno kliniczne, jak i patologiczne. Niemniej w języku polskim

słowo „kompleks" rzadko ma taki sam sens, jak w języku angielskim i kojarzy się bardziej z freudowskim pojęciem „kompleksu", jak np. „kompleks Edypa". W literaturze polskojęzycznej termin „kompleks Picka" raczej nie występuje, a w literaturze anglojęzycznej oprócz samego Kertesza i innych autorów, którzy z nim współpracują, mało kto używa termin „kompleks Picka" w odniesieniu do tej różnorodnej grupy chorób neurodegeneracyjnych. Brak również zgody co do tego, jak należy nazywać całą tę grupę, gdyż z dwóch najczęściej stosowanych nazw, tj. otępienie czołowo-skroniowe (ang. *frontotemporal dementia* – FTD) oraz zwyrodnienie ogniskowe płatów czołowych i skroniowych (ang. *frontotemporal lobar degeneration* – FTLD lub czasami FLD) używane są przez innych autorów w odniesieniu do jednego tylko wariantu tej grupy chorób. Innymi słowy, niektórzy autorzy używają terminu FTD dla całej tej grupy chorób, a FTLD w odniesieniu do jednej, szczególnej jednostki chorobowej, inni – odwrotnie.

Sumując powyższe uwagi można stwierdzić, że otępienie czołowo-skroniowe jest procesem chorobowym, który ma zwykle podstępny początek. Choroba trwa przeważnie ok. 10 lat i cechuje się narastaniem wolno postępującego otępienia. Zdarza się jednak, że proces chorobowy trwa znacznie krócej, nawet do 5 lat (Pąchalska i współprac., 2008).

Otępienie czołowo-skroniowe przebiega w trzech, zwykle kolejno po sobie następujących etapach o względnie stałym obrazie. W pierwszym stadium choroby pacjent manifestuje anomię w teście nazywania oraz brak płynności w testach tworzenia listy słów (np. w teście kategorii, w którym należy wymienić jak największą liczbę zwierząt w ciągu jednej minuty). Rozumienie i powtarzanie może być zachowane. Pamięć, funkcje wzrokowo-przestrzenne oraz zdolności liczenia są względnie zachowane. Zajęcie części oczodołowo-podstawnej kory płata czołowego wiąże się z rozhamowaniem, brakiem wglądu, patologiczną rozpraszalnością uwagi i impulsywnością, natomiast zajęcie przedniej części zakrętu obręczy i części przyśrodkowej kory płata czołowego – z brakiem napędu prowadzącym w zaawansowanym okresie do mutyzmu akinetycznego (Gustafson, Elfgren, Passant, 2004). Pacjenci mogą więc być albo nadmiernie pobudzeni ruchowo i słownie, euforyczni, drażliwi, z niekontrolowanymi wybuchami złości lub nadmierną sentymentalnością, albo też wycofujący się, apatyczni i pasywni. Obydwa wzorce zachowań mogą występować naprzemiennie. Najbardziej charakterystyczne zaburzenia zachowania to zachowania aspołeczne (nieprzestrzeganie ogólnie przyjętych norm, obejmujące także zachowania kryminalne i niewłaściwe zachowania seksualne). Częste są zachowania stereotypowe, perseweracyjne i kompulsywne. Wczesnym objawem jest brak empatii. U wielu pacjentów jeszcze w pierwszym stadium choroby pojawiają się, wskutek zajęcia przednich części obu płatów skroniowych, elementy zespołu Klüvera-Bucy'ego (zmiana upodobań dietetycznych z reguły na słodycze, hiperoralność, wzrost bądź spadek aktywności seksualnej).W drugim stadium choroby rozwija się afazja i/lub nadużycie stereotypów w mowie spontanicznej. W wielu przypadkach FTD występują również zachowania użytkownika (tzn. nieodparta chęć dotykania i operowania wszystkimi przedmiotami leżącymi w zasięgu rąk, jak u 2-letniego dziecka). Stopniowo narastają zaburzenia pamięci oraz funkcji wzrokowo-przestrzennych. Nasilają się też zaburzenia osobowości o typie rozhamowania. W trzecim stadium choroby występują głębokie zaburzenia intelektu, w języku pojawia się echolalia. Chory powtarza jednak tylko krótkie wyrazy, w dalszej kolejności występuje mutyzm. W EEG obserwuje się rozlane lub czołowo-skroniowe zwolnienie zapisu, obecne są fale theta. W strukturalnym badaniu neuroobrazowym z kolei obserwuje się atrofię czołową lub skroniową. Warto podkreślić, że stadia te mogą następować po sobie tak, jak przedstawiono wyżej, mogą również pokrywać się ze sobą.

Kertesz i David G. Munoz (1998) opracowali listę głównych objawów FTD, należą do nich: utrata świadomości społecznej, rozhamowanie, sztywność myślenia, hiperoralność, perseweracje, podatność na rozproszenie, występowanie zachowań użytkownika, utrata wglądu, obojętność, tworzenie nadmiernego dystansu emocjonalnego, inercja, brak spontaniczności, małomówność (logopenia) oraz mutyzm (Sobów, 2004).

HO

A: DFT (fr., hiszp.), FTD (ang.).

B: Brun, 1987; Brun, Gustafson, 1993; Brun i współprac., 1994; Cairns i współprac., 2007; Devinsky, Morrell, Vogt, 1995; Gustafson, 1987; Gustafson, Brun, 1997; Gustafson, Brun, Ingvar, 1977; Gustafson, Elfgren, Passant, 2004; Kertesz, 2007; Kertesz, Munoz, 1998; Knopman i współprac., 1990; Kowalska, 2009; McKhann i współprac., 2001; Neary i współprac., 1998; Olszewski, 2008; Pąchalska, 2007; Pąchalska i współprac., 2008; Sobów, 2004; Willert i współprac., 2000.

N: http://dementcia.ru…

O: choroba Alzheimera, choroba Picka, choroby przewlekłe, otępienie, otępienie naczyniowe, otępienie typu

alzheimerowskiego, otępienie z ciałami Lewy'ego, pedagogika osób z otępieniem, zespół otępienny.
TK: ang. *frontotemporal dementia* [FTD], fr. *la démence frontotemporale* [DFT], hiszp. *la demencia frontotemporal* [DFT], niem. *frontotemporale Demenz* oder *Picksche Krankheit*, ros. *лобно-височная деменция/фронтально-темпоральная деменция.*

otępienie naczyniopochodne → otępienie naczyniowe

otępienie naczyniowe (otępienie naczyniopochodne)

jest chorobą neurodegeneracyjną i drugim lub trzecim (w zależności od źródła), po → chorobie Alzheimera i → otępieniu z ciałami Lewy'ego, najczęściej występującym → zespołem otępiennym. Historia badań nad otępieniem naczyniopochodnym sięga XVI wieku, kiedy to Jason Pratensis (1486–1558), holenderski lekarz (il. 1), w pierwszej książce poświęconej chorobom neurlogicznym, *De Cerebri Morbis* (1549) wspomniał o związku → otępienia z udarem. Nieco ponad sto lat później, w roku 1658 szwedzki patolog, Johann Jakof Wepfer (1620–1695), odkrył, że pęknięcie naczynia krwionośnego może prowadzić do apopleksji (→ udaru mózgu). Związek pomiędzy naczyniowymi chorobami mózgu a demencją został szerzej zbadany na początku XX, kiedy Alois → Alzheimer i Otto Binswanger (1852–1929) rozpoczęli badania, których celem było rozpoznanie i opisanie różnych rodzajów demencji, a przede wszystkim wskazanie, że otępienie nie jest chorobą psychiczną. Badania te doprowadziły m.in. do odkrycia jednej z chorób zaburzeń krążenia w zakresie małych naczyń, którą jest podkorowa encefalopatia miażdżycowa, czyli → choroba Binswangera (Enciu i współprac., 2011).
Jednym z pierwszych terminów na określenie pogorszenia się funkcji poznawczych spowodowanych wielokrotnymi zawałami naczyń mózgowych było otępienie wielozawałowe. Termin ten wprowadzony został w 1974 roku przez Vladimira Hachinskiego. Jednak na podstawie obserwacji, że obniżenie funkcji poznawczych nie następuje tylko na skutek wielokrotnych zawałów naczyń mózgowych, ale także i innych schorzeń, takich jak: zatorowość tętnic mózgowych (pochodzenia sercowego lub naczyniowego) lub krwotoków mózgowych, w 1985 wprowadzono pojęcie otępienia naczyniopochodnego. Otępienie naczyniopochodne (ang. *vascular dementia* – VaD) wchodzi w skład szerszego pojęcia, jakim jest naczyniopochodne zaburzenie poznawcze (ang. *vascular cognitive impairment* – VCI). Nazwa naczyniopochodne zaburzenie poznawcze jest stosunkowo nowym terminem i obejmuje wszelkie zaburzenia poznawcze wywołane naczyniowymi chorobami mózgu (Sachdev i współprac., 2014).
Szacuje się, że z wszystkich demencji wśród osób starszych, 10–15% stanowi otępienie naczyniopochodne (Jóźwiak, 2008). Zaburzenia funkcji poznawczych w przebiegu otępienia naczyniopochodnego powstają na skutek choroby naczyń mózgowych, które prowadzą do niedokrwienia, niedotlenienia lub krwotoku. Do czynników ryzyka wpływających na zachorowalność zalicza się nadciśnienie, → cukrzycę, palenie tytoniu, → otyłość, brak → aktywności fizycznej, oraz zaawansowany wiek (Moretti, Gorini, Villa, 2011). Wyniki badań wykazują, że bardziej narażeni na otępienie naczyniopochodne są mężczyźni i osoby z niskim poziomem wykształcenia (Gorelick, 2004).
Trudności w diagnozowaniu otępienia naczyniopochodnego wynikają z braku precyzyjnych kryteriów diagnostycznych oraz z tego, że otępienie naczyniowe może mieć wiele przyczyn (Lindeboom, Weinstein, 2004). Ponadto otępienia naczyniopochodne mają wiele objawów wspólnych z otępieniami w przebiegu choroby Alzheimera. Badania wykorzystujące wyniki autopsji pokazują, że otępienie czysto naczyniowe jest dosyć rzadkim zjawiskiem, częściej natomiast występuje wraz z → otępieniem typu alzheimerowskiego (Selnes, Vinters, 2006; Snowden i współprac., 1997). W celu postawienia diagnozy obecnie korzysta się z kryteriów opartych na zaleceniach Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), która zawarła je w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (ang. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*), kryteriów klasyfikacji zaburzeń psychicznych (ang. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – DSM-IV) oraz Międzynarodowego Stowarzyszenia Badań Układu Nerwowego przy Narodowym Instytucie Schorzeń Neurologicznych i Udaru [NINDS/AIREN] (Pohjasvaara i współprac., 2000).
W zależności od lokalizacji ogniska niedokrwiennego ICD-10 wyróżnia kilka rodzajów otępień naczyniopochodnych: otępienie naczyniowe z ostrym początkiem, otępienie wielozawałowe, otępienie naczyniowo-podkorowe, otępienie naczyniowe mieszane, inne rodzaje otępienia naczyniowego oraz otępienie naczyniowe nieokreślone. Otępienie naczyniowe z ostrym początkiem rozwija się zwykle gwałtownie po udarze spowo-

dowanym zakrzepem, zatorem lub krwotokiem naczyń mózgowych, natomiast otępienie wielozawałowe rozwija się stopniowo (Wetterling, Kanitz, Borgis, 1994). DSM-IV dzieli otępienie naczyniopochodne na cztery grupy: otępienie naczyniopochodne niepowikłane, z zaburzeniami świadomości (ang. *dementia with delirium*), z urojeniami, z zaburzeniami nastroju.

W rozpoznaniu otępienia naczyniowego uwzględnia się informacje pochodzące z wywiadu z chorym lub z jego → rodziną, wyniki testów przesiewowych, badania neurologicznego i badań laboratoryjnych. Według kryteriów ICD-10 otępienie naczyniowe można rozpoznać, jeśli objawy pacjenta spełniają kryteria zespołu otępiennego. W pierwszym etapie procesu diagnozy należy wykluczyć inne przyczyny otępienia. Dalsze kryteria ICD-10 obejmują wyraźne pogorszenie niektórych funkcji poznawczych, przy czym inne mogą być zachowane lub nieznacznie upośledzone. Ponadto istnieją kliniczne przesłanki, że nastąpiło ogniskowe uszkodzenie mózgu. Kryteria diagnostyczne otępienia naczyniopochodnego wg DSM-IV uwzględniają stwierdzenie ogniskowych objawów neurologicznych (tj. porażenie połowicze, zaburzenia mowy) lub obecność ogniskowego uszkodzenia mózgu potwierdzonego za pomocą badań pomocniczych. U pacjenta zaburzenia poznawcze muszą być na tyle silne, że zaburzają jego funkcjonowanie w pracy lub w społeczeństwie. Ponadto chorobę charakteryzuje złożony przebieg, z okresami stabilizacji i nagłymi pogorszeniami stanu klinicznego. Kryteria opracowane przez zespół ekspertów NINDS/AIREN, oprócz ww. kryteriów, podkreślają znaczenie badań neuroobrazowych, które pozwalają na wykrycie zmian naczyniopochodnych i mogą pomóc w postawieniu właściwej diagnozy (Motyl, 2007).

Powszechnie stosowanym narzędziem w diagnostyce otępienia naczyniopochodnego jest wskaźnik ischemiczny opracowany w 1975 roku przez Hachinskiego. Test ten pozwala na odróżnienie otępienia naczyniopochodnego od otępienia o typie alzheimerowskim. Skala ta polega na przyznawaniu punktów za obecność objawów, które charakterystyczne są dla otępienia wielozawałowego (np. nagły początek, skokowe pogarszanie się, zmienne nasilenie objawów, patologiczny śmiech lub płacz, objawy miażdżycy). Maksymalna liczba punktów to 18, uzyskanie 7 punktów spełnia kryteria otępienie naczyniopochodnego (Hachinski i współprac., 2012).

Wczesne rozpoznanie otępienia naczyniopochodnego jest niezwykle istotne ze względu na to, że rezultaty badań wskazują na silny związek pomiędzy tego rodzaju otępieniem a ryzykiem wtórnego udaru lub → śmierci pacjenta. Jednocześnie wielu badaczy podkreśla trudności w postawieniu diagnozy wynikające z braku jednoznacznych kryteriów diagnostycznych oraz pojawiania się zróżnicowanych symptomów, które zależne są od lokalizacji, wielkości, a także czasu powstawania ognisk uszkodzenia.

ML

A: MID, VaD (ang), VAD (niem.), VCI (ang.).

B: Enciu i współpracownicy, 2011; Gorelick, 2004; Gorelick i współprac. 1997; Hachinski i współprac., 2012; Jóźwiak, 2008; Lindeboom, Weinstein, 2004; Moretti, Gorini, Villa, 2011; Motyl, 2007; Opala, Ochudło, 2004; Pohjasvaara i współprac., 2000; Sachdev i współprac., 2014; Selnes, Vinters, 2006; Snowden i współprac., 1997; Wetterling, Kanitz, Borgis, 1994.

O: otępienie, otępienie czołowo-skroniowe, otępienie typu alzheimerowskiego, otępienie z ciałami Lewy'ego, pedagogika osób z otępieniem, zespół otępienny.

S: otępienie wielozawałowe.

TK: ang. *vascular dementia* [VaD]/*vascular cognitive impairment* [VCI]/*multi-infarct dementia* [MID], fr. *la démence vasculaire,* hiszp. *la demencia vascular/demencia multiinfarto*, niem. *die vasculäre Demenz* [VAD], ros. *сосудистая деменция*.

otępienie typu alzheimerowskiego

Alois → Alzheimer zapisał się w historii jako sławny psychiatra i neuropatolog, który w roku 1906 opisał po raz pierwszy objawy → choroby zwanej dzisiaj → chorobą Alzheimera.

Philip George Zimbardo podaje, że w 1910 włoski patolog Gaetano Perusini (1879–1915) opisał cztery kolejne przypadki podobnych zaburzeń, co stało się ostatecznie podstawą do zaproponowania i wyodrębnienia przez niemieckiego psychiatrę Emila Kraepelina (1856–1926) nowej jednostki nozologicznej (1910). Nazwa „choroba Alzheimera" (ang. *Alzheimer's disease* – AD) została oficjalnie nadana temu schorzeniu na międzynar. kongresie lekarzy w Lozannie w 1967 roku Od tej pory uważano, że choroba Alzheimera prawie zawsze rozpoczyna się po 50. r.ż., przy czym częstość jej występowania wzrasta w miarę upływu lat – arbitralnie przyjętym kryterium jest wiek 65 lat (Dobroszycka, Leszek, 2007). [Bardzo duże podobieństwo zmian anatomopatologicznych i zaburzeń psychicznych w chorobie Alzheimera, w → chorobie Picka i w → otępieniu o późnym początku skłania wielu autorów do rozpatrywania tych schorzeń łącznie, jako jednej choroby, która występuje w okresie przedstarczym i/lub w wieku starczym – określono ją mia-

nem otępienia typu Alzheimer (ang. *dementia of the Alzheimer type* – DAT) lub otępienia typu alzheimerowskiego (Zych, 2017) – przyp. red.].

Choroba Alzheimera to najczęstsza przyczyna nieodwracalnego → otępienia u osób dorosłych. Stanowi ona od 50 do 75% wszystkich przypadków otępień (Opala, 2003). Jest to schorzenie neurodegeneracyjne, charakteryzujące się klinicznie postępującą, nieodwracalną degradacją psychiczną. Upośledzenie procesów intelektualnych zazwyczaj postępuje stopniowo, od nieznacznie nasilonego zapominania aż do całkowitej niesprawności umysłowej (Leszek, 2003; Paradowski, 2003). AD jest najczęstszą przyczyną występowania zespołów otępiennych w społeczeństwach zachodnich i drugą co do częstości w krajach Dalekiego Wschodu (Sobów i współprac., 2004, Paradowski, 2003). Dotyczy ona ok. 5–10% osób powyżej 65. r.ż. i prawie połowy populacji powyżej 80. r.ż., co składa się na 4 mln zachorowań w Stanach Zjednoczonych i ok. 250 tys. zachorowań w Polsce. Amerykańskie Towarzystwo Alzheimerowskie podaje, że w 2050 roku liczba ta wzrośnie w USA do 14 mln (Sobów i współprac., 2004). Z danych polskich wynika, że choć wskaźniki zachorowalności dla otępienia są zbliżone do wskaźników zachodnich, to jednak choroba Alzheimera, zwłaszcza w młodszych grupach wiekowych i u mężczyzn, może być nieco rzadsza niż → otępienie naczyniowe (Rossa, 1997; Gabryelewicz, 1999; Parnowski, 2007). Zapadalność na chorobę Alzheimera jest sprzężona z wiekiem. Co pięć lat, aż do wieku 64, wskaźnik występowania choroby i innego typu demencji ulega potrojeniu, następnie pomiędzy 64. a 75. r.ż. podwaja się (Leszek, 2003). Dane te nie obejmują jednak państw rozwijających się, w których zapadalność na chorobę Alzheimera jest niska, a przyczyna tego zjawiska jest niejasna. Jerzy Leszek (2003) zauważa, że z nieznanych na razie przyczyn ok. 85. r.ż. wskaźnik wzrostu liczby tych przypadków spada do 1,5. Związane z wiekiem spowolnienie przyrostu liczby przypadków otępienia i choroby Alzheimera stanowi poparcie dla hipotezy, że zaburzenia te nie są nieuniknionymi skutkami → starzenia się (Olszewski, 2008).

Najczęstszymi genetycznymi i niegenetycznymi czynnikami ryzyka DAT są:

1. **Wiek** – uznawany za najważniejszy niegenetyczny czynnik ryzyka DAT. Otępienie typu Alzheimera wzrasta wprost proporcjonalnie do wieku badanych, zaś w wieku powyżej 95 lat ocenę utrudnia mała liczba tej subpopulacji. Prawie wszystkie badania wskazują na blisko dwukrotny wzrost częstości występowania wraz z każdym kolejnym pięcioleciem (Opala, 2003). Z badań nad rozpowszechnieniem otępienia wynika, że średnie częstości występowania kształtowały się na poziomie 0,9% dla 65 lat, 4% dla 75 lat i 18% dla 85 lat. Opala (2003) podaje, że wyniki dotyczące rozpowszechniania zespołów otępiennych wskazują na znacznie częstsze ich występowanie, szczególnie w grupie najstarszej: 20% w wieku 80 lat i 33–50% w wieku 90 lat. W polskich badaniach uzyskano podobne wyniki, wskazujące na nieco częstsze występowanie otępienia typu Alzheimera powyżej 65. r.ż.: 3,5% w populacji miejsko-wiejskiej i 2,3% w wielkomiejskiej (Rossa, 1997, Leszek, 2003). Należy zauważyć, że większość badań wskazuje na wzrost wskaźników zachorowalności na DAT z wiekiem aż do 90. r.ż., kiedy to obserwuje się brak dalszego ich podwyższania się (Leszek, 2003).
2. **Płeć** nie ma różnicującego wpływu na występowanie DAT. W → badaniach przesiewowych mieszkańców woj. tarnobrzeskiego (Pająk i współprac., 1998), przeprowadzonych pod koniec lat 90. XX wieku i opartych na doborze losowym uczestników w wieku 65 lat i powyżej, nie stwierdzono różnic w występowaniu choroby Alzneimera w grupach mężczyzn i kobiet. Znaczna ilość badań wskazuje na większą częstość zachorowalności u kobiet, wydaje się jednak, że jest to jedynie odzwierciedlenie różnic w przeżywalności między mężczyznami a kobietami (Sobów i współprac., 2004; Leszek, 2003).
3. **Wykształcenie**. Istnieją liczne, choć kontrowersyjne dane wskazujące, że wyższy formalny poziom edukacji jest negatywnie skorelowany z ryzykiem występowania otępienia typu Alzheimera, co najprawdopodobniej wiąże się z poziomem „rezerwy mózgowej" wyrażającej plastyczność mózgu (Sobów i współprac., 2004).
4. **Hormonalna terapia substytucyjna** [HTZ] – stosowana podczas → menopauzy – wiąże się z niższą prewalencją DAT, choć dane nie są jednoznaczne (Sobów i współprac., 2004). W 16-letniej katamnezie grupy ok. 500 kobiet stwierdzono, że stosowanie hormonalnej terapii zastępczej skutkowało 54% redukcją ryzyka zachorowania. Podobne rezultaty uzyskano w badaniu podłużnym przeprowadzonym w stanie Utah, trwającym 6 lat i obejmującym grupę ok. 1900 kobiet – potwierdzono obronny wpływ terapii hormonalnej i wykazano brak wpływu aktualnie stosowanego leczenia. Nie jest jasny mechanizm udziału terapii hormonalnej w patogenezie DAT. Jedno ze stanowisk sugeru-

je, że ten czynnik ryzyka w rzeczywistości zawiera się w twierdzeniu o ochronnym znaczeniu edukacji. Część badaczy wskazuje też na rolę estrogenów w metabolizmie Aβ, ich działanie neuroprotekcyjne stymuluje układ cholinergiczny oraz poprawia mikrokrążenie (Sobów i współprac., 2004).

5. **Genetyczne czynniki ryzyka**. Wyniki prowadzonych badań wskazują, że czynniki genetyczne odgrywają istotną rolę w predysponowaniu do otępienia typu alzheimerowskiego i/lub choroby Alzheimera/ Ten wpływ szacowano na 74%, a stopień zgodności (ang. *concordance rate*) dla bliźniąt jednojajowych wynosił 67%, a dla bliźniąt dwujajowych 22% (Gatz i współprac., 1997). Z innych badań wynika, że stopień zgodności nie jest tak wyraźnie różny dla bliźniąt jedno- i dwujajowych – odpowiednio: 59% i 40% (Nee, Lippa, 1999). W literaturze przedmiotu można znaleźć również opis przypadków bliźniąt jednojajowych, z których tylko jedno zapada na chorobę Alzheimera, co wskazuje na znaczny udział czynników środowiskowych (Kumar i współprac., 1991; Kiejna i współprac., 2004).

HO

A: DAT (ang.).

B: Barcikowska, 2007; Bidzan, Ussorowska, 1995; Dobroszycka, Leszek, 2007; Gabryelewicz, 1999; Gatz i współprac., 1997; Kiejna i współprac., 2004; Kiejna, Rymaszewska, Adamowski, 2004; Kumar i współprac., 1991; Leszek, 2003; Nee, Lippa, 1999; Olszewski, 2008; Opala, 2003; Pająk i współprac., 1998; Paradowski, 2003; Parnowski, 2007; Pąchalska i współprac., 2009; Rossa, 1997; Sobów i współprac., 2004; Zimbardo, Rych, 2001; Zych, 2017.

O: otępienie, otępienie czołowo-skroniowe, otępienie typu alzheimerowskiego, otępienie z ciałami Lewy'ego, pedagogika osób z otępieniem, zespół otępienny.

S: otępienie typu Alzheimera.

TK: ang. *Alzheimer Type of Dementia/Alzheimer Type Dementia/ Alzheimer-type dementia/dementia of the Alzheimer type* [DAT], fr. *la démence de type Alzheimer/demence sénile du type Alzheimer*, hiszp. *la demencia de tipo Alzheimer*, niem. *Demenz vom Alzheimer-Typ*, ros. *деменция типа Альцгеймера*.

otępienie z ciałami Lewy'ego

jest chorobą neurodegeneracyjną i drugim, po → chorobie Alzheimera, najczęściej występującym → zespołem otępiennym. Nazwa → choroby pochodzi od Friedricha Jacoba Heinricha Lewy'ego (1885–1950), amerykańskiego neurologa niemieckiego pochodzenia, który w roku 1912 odkrył i opisał neuropatologiczne zmiany w mózgu osób chorych na → chorobę Parkinsona. Jednak dopiero w 1961 H. Okazaki potwierdził istnienie związku pomiędzy otępnieniem a występowaniem w obrębie kory mózgowej ciał Lewy'ego (Holdorff, 2002).

Ciałami Lewy'ego określa się wewnątrzkomórkowe złogi alfa-synukleiny w obszarze kory mózgu płata ciemieniowego i skroniowego oraz w układzie limbicznym, a ich występowanie charakterystyczne jest dla pacjentów z chorobą Parkinsona i otępieniaem z ciałami Lewy'ego. Proces odkładania się alfa-synukleiny w mózgu powoduje zmniejszenie efektywności pracy komórek mózgu (neuronów) i ostatecznie prowadzi do ich obumierania.

Otępienie z ciałami Lewy'ego (ang. *dementia with Lewy bodies* – DLB) najczęściej diagnozowane jest u osób pomiędzy 50. a 83. r.ż., częściej jednak występuje u mężczyzn. Średni czas trwania choroby to 7 lat, choć czas ten zależy od wielu czynników, np. od tego, na jakim etapie zdiagnozowano chorobę (Louis i współprac., 1995).

Najnowsze kryteria diagnostyczne dla rozpoznania DLB zostały opracowane przez zespół międzynar. ekspertów (*Consortium on Dementia with Lewy bodies International Workshop*) i ogłoszone drukiem w 2005. W rozpoznaniu choroby używa się kryteriów, które dzielą objawy choroby na cztery grupy: główne, podstawowe, wspomagające, oraz sugerujące (McKeith i współprac., 2005). Głównym objawem DLB jest → otępienie, które jest na tyle silne, że zaburza funkcjonowanie społeczne i zawodowe chorego. W przeciwieństwie do choroby Alzheimera, pogorszenie się pamięci krótkotrwałej nie jest charakterystyczne we wczesnym okresie choroby, ale zazwyczaj staje się zauważalne wraz z rozwojem choroby. Dominującymi zaburzeniami poznawczymi we wczesnym stadium choroby są zaburzenia koncentracji uwagi, czynności wykonawczych i wzrokowo-przestrzennych.

Kryteria diagnostyczne należące do objawów podstawowych DLB obejmują: fluktuacyjny przebieg zaburzeń poznawczych; powtarzające się, wyraźne i szczegółowe omamy wzrokowe; objawy zespołu parkinsonowskiego. W przypadku pojawienia się dwóch objawów z tej grupy możliwe jest rozpoznanie prawdopodobnego DLB, natomiast obecność jednego objawu z tej grupy jest konieczna do rozpoznania możliwego DLB. W rozpoznaniu choroby wyróżnia się także objawy sugerujące rozpoznanie DLB, do których należą: zespół zaburzeń zachowania podczas fazy REM snu; duża nadwrażliwość na neuroleptyki; mały wychwyt

transportera dopaminy w jądrach podkorowych w badaniu tomograficznym SPECT [tomografia emisyjna pojedynczych fotonów – przyp. red.] bądź → skanowaniu PET. Występowanie jednego lub więcej objawów z tej grupy łącznie z jednym lub więcej z grupy objawów podstawowych pozwala na rozpoznanie prawdopodobnego DLB. Kolejna grupa objawów to cechy wspomagające, czyli te, które występują powszechnie, także w innych otępieniach, ale same w sobie nie są wystarczające do zdiagnozowania DLB.

Objawy te obejmują: powtarzające się → upadki i omdlenia; przemijające zaburzenia świadomości o nieznanej przyczynie; nasilone zaburzenia wegetatywne (np. hipotonia ortostatyczna, → [inkontynencja] nietrzymanie moczu); inne omamy (niż wzrokowe); usystematyzowane urojenia; → depresję [i zaburzenia nastroju]; względne oszczędzenie przyśrodkowej części płata skroniowego widoczne w badaniu CT lub MRI [tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny – przyp. red.]; uogólniony spadek wychwytu znacznika w badaniach SPECT/PET ze zmniejszeniem aktywności płatów potylicznych; zmniejszony wychwyt znacznika (mIBG) w trakcie badania scyntygraficznego mięśnia sercowego oraz wyraźne zwolnienie czynności w EEG z falami ostrymi w odprowadzeniach skroniowych.

Pomimo kryteriów diagnostycznych DLB jest rozpoznawane rzadko, a prawidłowe rozpoznanie uznaje się za trudne. Trudności w diagnozowaniu DLB wynikają z wspólnych cech neuropatologicznych DLB i choroby Parkinsona z otępieniem, oraz z tego, że objawy choroby często są uznawane za zaburzenia psychotyczne (Cormack i współprac., 2004). Dodatkowo, w miarę pogarszania się funkcjonowania poznawczego, różnice pomiędzy DLB a innymi formami otępnienia zacierają się. Dlatego tak ważne jest rozpoznanie DLB na wczesnym etapie, gdy objawy wyraźnie odróżniają ten rodzaj otępienia od innych.

Prawidłowe rozróżnienie DLB i psychozy starczej jest niezwykle istotne ze względu na to, że ok. 50% chorych na DLB wykazuje nadwrażliwość na leki przeciwpsychotyczne (inaczej neuroleptyki), których włączenie do leczenia może prowadzić do ostrego zespołu hipokinetycznego i zwiększonej śmiertelności (Ballard i współprac., 1998, Magierski, Kłoszewska, Sobów, 2006).

ML

A: DCL (fr.), DLB (ang.), DTL [ДТЛ] (ros.), LBD (niem.).

B: Ballard i współprac, 1998; Cormac i współprac., 2004; Holdorff, 2002; Louis i współprac., 1995; Magierski, Kłoszewska, Sobów, 2006; McKeith, 2002, 2005.

N: https://de.wikipedia.org/wiki/Friedrich…

O: choroba Alzheimera, otępienie, otępienie typu alzheimerowskiego, pedagogika osób z otępieniem, zespół otępienny.

S: otępienie z ciałkami Lewy'ego.

TK: ang. *dementia with Lewy bodies* [DLB], fr. *la démence à corps de Lewy* [DCL], hiszp. *la demencia de cuerpos de Lewy*, niem. *die Lewy-Körper-Demenz*/*Lewy Body-Demenz* [LBD]/*die Lewy-Körperchen-Demenz*, ros. *деменция с тельцами Леви* [ДТЛ].

otyłość

bądź tęgość jest spowodowana nadmierną podażą energii zawartej w pożywieniu w stosunku do zapotrzebowania organizmu, skutkiem czego jest nadmierne magazynowanie tkanki tłuszczowej.

Międzynarodowa Grupa Zadaniowa ds. Otyłości (*The International Obesity Task Force* – IOTF) definiuje otyłość, gdy → wskaźnik [masy ciała] wynosi dla osób dorosłych BMI >30 kg/m^2.

U osób starszych w celu rozpoznania otyłości konieczne jest wykonanie dodatkowych badań antropometrycznych, takich jak: obwód talii (WC – *waist circumference*) i określenie stosunku obwodu talii do obwodu bioder (WHR – *waist-to-hip-ratio*) z powodu spadku masy mięśniowej i wzrostu masy tkanki tłuszczowej oraz trudności w ocenie wysokości ciała z powodu pochylonej sylwetki. Otyłość rozpoznaje się po przekroczeniu następujących wskaźników:

- u kobiet: WC > 80 cm, WHR > 0,8;
- u mężczyzn: WC > 94 cm, WHR > 1.

W diagnostyce otyłości bierze się pod uwagę ocenę zawartości tłuszczu metodą bioimpedancji, czyli przewodnictwa bioelektrycznego ciała ludzkiego, techniką rezonansu magnetycznego, → tomografii komputerowej.

Zależnie od dystrybucji tkanki tłuszczowej wyróżnia się dwa typy otyłości: brzuszną (wisceralną, androidalną) oraz pośladkowo-udową (gynoidalną). W efekcie → starzenia się dochodzi do gromadzenia tłuszczu trzewnego (w sieci, krezce, podskórnej tkance tłuszczowej brzusznej) i zmniejszania masy beztłuszczowej. Rozwija się insulinooporność, → cukrzyca typu drugiego, → nadciśnienie [tętnicze] i wzrasta ryzyko chorób sercowo-naczyniowych. Wzrost masy tłuszczu wynika ze spadku podstawowej przemiany materii (2–3% na dekadę) oraz zmniejszenia → aktywności fizycznej i diety bogatowęglowodanowej i bogatotłuszczowej. Związane ze starzeniem zmiany hormonalne sprzyjają zmianom masy tkanki tłuszczowej.

W badaniu PolSenior otyłość stwierdzono u 31,9% osób starszych – 39% kobiet i 25,6% mężczyzn,

a zmniejszała się ona w najstarszych grupach wiekowych. Znacznie częściej diagnozowano otyłość trzewną niż na podstawie BMI. Otyłość trzewna częściej występowała u kobiet – 89,5% niż u mężczyzn – 72,8%. (Olszanecka-Gliniarowicz i współprac., 2012).

Niekorzystne następstwa otyłości u osób starszych to: nadciśnienie tętnicze, miażdżyca naczyń, niewydolność oddechowa, zmiany zwyrodnieniowe stawów, stłuszczenie wątroby, kamica żółciowa, zapalenie trzustki, cukrzyca typu II, → depresja [i zaburzenia nastroju], wzrost ryzyka zachorowania na niektóre nowotwory (trzustki, jajnika, piersi, okrężnicy, pęcherza moczowego, macicy, prostaty). Otyłość pogarsza → jakość życia, relacje społeczne, sprawność intelektualną, zwiększa ryzyko bezdechu sennego, → inkontynencji, czyli nietrzymania zwieraczy [nietrzymania moczu].

Korzystne następstwa otyłości to: spadek częstości występowania → osteoporozy, wolniejsze tempo utraty gęstości mineralnej kości po → menopauzie, mniejsze ryzyko złamań kości biodrowej i kości udowej.

Leczenie otyłości w → wieku podeszłym [starszym] wymaga indywidualnego rozważenia korzyści wynikających ze zmniejszenia masy ciała (poprawa funkcji ruchowych, normalizacja parametrów zmienionych w wyniku → chorób towarzyszących) i niekorzystnych następstw (utraty masy mięśniowej, obniżenia gęstości mineralnej kości). Leczenie otyłości w starszym wieku obejmuje zalecenia dietetyczne (obniżenie energetyczności pożywienia 800–1500 kcal/dzień) i regularną aktywność fizyczną dostosowaną do możliwości osoby starszej. Dieta musi zawierać wysokowartościowe białko i suplementację witaminą D_3 i wapniem. Należy pamiętać o odpowiedniej podaży płynów. Średnie zapotrzebowanie na wodę dla zdrowych osób starszych wynosi 30–35 ml/kg masy.

DBK

B: Olszanecka-Gliniarowicz i współprac., 2012.

O: wskaźnik masy ciała, żywienie osób starszych.

S: tęgość.

TK: ang. *obesity*, fr. *l'obésité*, hiszp. *la obesidad*, niem. *Adipositas/Fettleibigkeit/Obesitas*, ros. *ожирение*.

Oceny i opinie

„Zdecydowana większość tych tekstów wyszła spod pióra doskonałych znawców problematyki kształcenia i pracy opiekuńczej z człowiekiem w wieku podeszłym i starym, niezmordowanych pasjonatów poznawania warunków i sposobu życia osób wymienionego wieku, co nie pozostało bez pozytywnego wpływu na wysoką jakość przedłożonych przez nich materiałów (wypowiedzi). Owa wysoka jakość kwalifikuje je niewątpliwie do druku w planowanej *Encyklopedii*…

prof. zw. dr hab. **Tadeusz Aleksander** – Wszechnica Polska w Warszawie – fragment recenzji wydawniczej.

„[*Encyklopedia starości, starzenia się i niepełnosprawności*] adresowana jest do różnych grup zawodowych, nawiązuje do jednego z najważniejszych przesłań gerontologii: całościowego oglądu sytuacji osoby starszej i całego starszego pokolenia na tle całej populacji. Zgodnie z ukształtowanym od lat podziałem, w ramach gerontologii wyróżniamy gerontologię medyczną, społeczną i doświadczalną. Dopiero nałożenie na siebie tych trzech pryzmatów pozwala na pełną, wielowymiarową analizę starzenia się i starości, wskazanie ich specyficznych cech oraz pełniejsze zrozumienie istoty i procesu, jakim jest starzenie się, i zjawiska – starości i niepełnosprawności. Dobrze się stało, że starannie opracowane hasła z tych trzech obszarów odnajdziemy w kolejnych tomach tej publikacji zbiorowej. Ułatwi to postrzeganie starości, będącej coraz dłuższym etapem naszego życia, jako okresu niosącego ze sobą okazje do sprostania kolejnym wyzwaniom. […] Jestem przekonany, że encyklopedia ta okaże się przydatna w pracy zawodowej osób zajmujących się udzielaniem różnorodnego wsparcia seniorom i osobom niepełnosprawnym, polityków społecznych – zwłaszcza na poziomie samorządowym, gdzie przede wszystkim jest realizowana polityka senioralna i wobec osób z niepełnosprawnościami, pracowników nauki i wreszcie samych zainteresowanych, dla których dostęp do wiedzy i możliwość jej aktualizacji mają ogromne znaczenie i warunkują zapewnienie odpowiedniej jakości życia, i którzy być może odkryją w tym zbiorowym dziele niejedno imię starości i niepełnosprawności…”

prof. zw. dr hab. **Piotr Błędowski** – Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, zastępca redaktora naczelnego czasopisma „Gerontologia Polska” oraz wiceprzewodniczący Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego – fragmenty przedmowy.

„Po wstępnej lekturze przesłanych materiałów tej – unikatowej na polskim, ale i europejskim rynku wydawniczym – *Encyklopedii starości, starzenia się i niepełnosprawności*, przygotowanej pod redakcją naukową profesora Adama A. Zycha, jestem pod dużym wrażeniem. Z całego serca gratuluję Zespołowi Redakcyjnemu oraz Wydawcy – *Stowarzyszeniu Thesaurus Silesiae – Skarb Śląski* w Katowicach. Osoby, które zainteresowane są procesem starzenia się i starości – nacechowanej w niektórych wypadkach niesamodzielnością, zależnością od innych bądź niepełnosprawnością – w tej oto encyklopedii powinni szukać odpowiedzi na podstawowe pytania: Co to znaczy być osobą z niepełnosprawnością?, Kim jest człowiek mający określone ograniczenia wynikające z jego stanu zdrowia?, Jak postrzegamy osoby z niepełnosprawnościami i z różnymi ograniczeniami wynikającymi z wieku czy choroby?”

mgr **Piotr Pawłowski** – założyciel i prezes Zarządu Stowarzyszenia Przyjaciół Integracji w Warszawie – fragment wprowadzenia.