Encyklopedia
starości, starzenia się i niepełnosprawności

4



1
A-G

2
H-O

3
P-Ś

4
T-Ż

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

Encyklopedia
starości, starzenia się i niepełnosprawności

T-Ż

4

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

Konsultacja językowa:
dr hab. Andrzej Diniejko, Uniwersytet Warszawski (ang.)
dr hab. Anna Jaroszewska, Uniwersytet Warszawski (niem.)
dr hab. Oleg Leszczenko, 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 (hiszp.)

Koszty produkcji nakładu dofinansowano ze środków PFRON

Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

© Thesaurus Silesiae, Katowice 2017

ISBN 978-83-60781-25-8

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

Spis inicjałów autorów

AAZ – Adam A. Zych
AB – Aleksandra Błachnio
AC – Agata Chabior
ADW-K – Anna D. Weissbrot-Koziarska
AF – Artur Fabiś
AG – Anna Gutowska
AGŁ – Anna Głodowska
AGO – Anna Gomóła
AGR – Andrzej Grudziński
AIK – Agnieszka I. Kotarba
AJ – Anna Jaroszewska
AK – Andrzej Klimczuk
AKA – Agnieszka Kasiukiewicz
AKO – Aniela Korzon
AL-R – Anna Leszczyńska-Rejchert
AM – Anna Mirczak
AMB – Adrianna M. Borowicz
AMI – Aldona Michalak
AM-K – Agnieszka Majewska-Kafarowska
AML – Agnieszka M. Labus
AMS – Anna M. Sierecka
AN – Agnieszka Nowicka
AS – Anna Skrzek
ASK – Anna Skalska
ASŁ – Aleksandra Słopiecka
AST – Anna Stawecka
ASZ – Anna Szafranek
AT – Andrzej Twardowski
AW – Agnieszka Wojskowicz
AZ – Anna Zawada
AZW – ks. Andrzej Zwoliński
BB – Barbara Bień
BBU – Beata Bugajska
BHS – Barbara Halina Skałbania
BM – Bożena Mroczek
BMY – Beata Mydłowska
BN – Beata Nowak
BR-K – Barbara Rysz-Kowalczyk
BS – Bogdan Szczepankowski
BT-F – Barbara Toroń-Fórmanek
BW – Bartosz Wiśniewski
BZ – Beata Ziębińska
CK – ks. Czesław Krakowiak
CT-T – Celina Timoszyk-Tomczak
DBK – Dorota B. Kozieł
DK – Donata Kurpas
DKR – Danuta Krzysztofiak
DKS – Dorota Ksiądzyna
DO – Dominik Olejniczak
DP-W – Dorota Piechowicz-Witoń
DR – Dariusz Rutkowski
DT – Dorota Talarska
EB – Ewa Barcz
ED – Elżbieta Dubas
EJB – Ewa J. Borowiak
EK – Emilia Kramkowska
EKO – Ewelina Konieczna
EL – Elżbieta Lisowska
EM – Elżbieta Mirewska
EMI – Ewa Miszczak
ER – Ewa Romanowska
ES – Edyta Sielicka
ESI – Ewa Sikora
ET – Elżbieta Trafiałek
EW – Elżbieta Woźnicka
GA – Grażyna Adler
HD – Halina Doroszkiewicz
HDU – Harry Duda
HG – Hanna Grzesiak
HS-G – Hanna Stępniewska-Gębik
HW-K – Halina Worach-Kardas
HŻ – Hanna Żuraw
IL-K – Ida Laudańska-Krzemińska
IP-S – Irena Pufal-Struzik
IZ – Ireneusz Ziemiński
JB – Józef Binnebesel
JBO – Joanna Borowik
JF – Joanna Filipowska
JG – Janka Graban
JGA – Joanna Gacka
JH – Jerzy Halicki
JIW – Jolanta I. Wiśniewska
JJB – Jacek J. Błeszyński
JKW – Joanna K. Wawrzyniak

JM – Janusz Maciaszek
JMA – Jolanta Maćkowicz
JMAS – ks. Janusz Mastalski
JMŁ – Joanna M. Łukasik
JP – Jacek Pyżalski
JP-B – Jolanta Perek-Białas
JRB – Jan R. Błachnio
JS – Jerzy Stochmiałek
JSE – Jerzy Semków
JS-C – Janusz Sytnik-Czetwertyński
JS-G – Joanna Szczepańska-Gieracha
JSI – Julita Sitkiewicz
KB – Katarzyna Białożyt
KK-B – Katarzyna Kobus-Błachnio
KM – Krzysztof Maliszewski
KP – Katarzyna Polanowska
KS – Katarzyna Sygulska
KSI – Kasper Sipowicz
KSK – Kamila Skowrońska
KTO – Krystyna T. Ostrowska
KU-S – Katarzyna Uzar-Szcześniak
KW – Katarzyna Winiecka
KZ – Katarzyna Zubrewicz
LB – Leszek Buliński
LJ – Lilianna Jaworska
LW – Leokadia Wiatrowska
LZ-L – Ludmiła Zając-Lamparska
ŁT – Łukasz Tomczyk
MAB – Małgorzata A. Basińska
MB-Z – Maria Bielak-Zasadzka
MC – Mirosław Charkiewicz
MD – Małgorzata Duda
MDO – Mariusz Dorot
MDOB – Maciej Dobrzyński
MDZ – Małgorzata Dziechciaż
MF – Marvin Formosa
MG – Magdalena Grabowska
MH – Małgorzata Halicka
MK – Maria Kotomska
MKI – Marlena Kilian
MKIS – Maciej Kisała
MK-W – Małgorzata Kaleta-Witusiak
ML – Magdalena Leszko
MLI – ks. Marek Lis
MM – Marta Muszalik
MMB – Mariola M. Bieńko
MM-R – Małgorzata Malec-Rawiński
MMS-R – Maria M. Straś-Romanowska
MMU – Marcin Muszyński
MP – Monika Płatek
MR – Małgorzata Rygielska
MS – Magdalena Szpunar
MS-O – Małgorzata Stawiak-Ososińska
MSI – Marek Sikorski
MST – Magdalena Strugała
MŚ – Marta Świętek
MT-K – Maria Trzcińska-Król
MW – Marta Wrońska
MW-S – Mirosława Wojciechowska-Szewczyńska
MŻ – Marek Żak
NP – ks. Norbert Pikuła
OC – Olga Czerniawska
OH – Olga Handford
PAC – Piotr A. Czekanowski
PM – Paulina Morga
PO – ks. Piotr Ostański
PS – Piotr Szukalski
PW – Piotr Wojskowicz
RK – Radosław Kaczmarek
RK-W – Renata Konieczna-Woźniak
RS – Rafał Stemplewski
RZ – Rafał Zimny
SG – Sławomir Grzesiak
SJ – Sławomir Jakima
SZK – Stanisław Z. Kowalik
TS – Tomasz Stefaniuk
TZ – Teresa Zbyrad
WA – Wiesław Antosz
WCH – ks. Waldemar Chrostowski
WJO – Wiesław J. Osiński
WK – Wiesław Karolak
ZB – Zbigniew Bogdan
ZBW – Zyta B. Wojszel
ZG – Zenon Gajdzica
ZK – Zbigniew Kopyciński
ZM – Zdzisław Markiewicz
ZN-K – Zofia Nowak-Kapusta
ZR – Zbigniew Rudnicki
ZS – Zofia Szarota
ZW – Zbigniew Woźniak

tablica trwania życia (tablica wymieralności)

W → demografii modelowa konstrukcja, która przedstawia nierosnący ciąg liczb osób dożywających oraz nierosnący ciąg liczb osób zmarłych, pochodzących z jednorodnej populacji lub → kohorty początkowej. Inaczej mówiąc, jest to model demograficzny, w którym hipotetyczna kohorta narodzin jest analizowana od urodzenia przez całe → życie. Podstawą tego modelu matematycznego jest prawdopodobieństwo zgonu (współczynniki umieralności) określonych roczników wieku. Określa on porządek wymierania → generacji i na tej podstawie ustala → przeciętne dalsze trwanie życia bądź jego średnią długość, zarazem pokazuje prawdopodobieństwo → śmierci kolejnych → kohort narodzin (roczników), liczbę dożywających i różne inne matematycznie uwarunkowane funkcje.

W Polsce tablica trwania życia potrzebna jest do ustalania wysokości kapitału początkowego osób, które weszły do nowego systemu emerytalnego, czyli urodzonych po 31 XII 1948 r. oraz do obliczaniu wysokości nowych → emerytur. Obowiązujące obecnie przepisy znowelizowanej Ustawy z 5 III 2015 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych umożliwiają podwyższenie wysokości świadczeń emerytalnych. Część z nich dotyczy obliczania wysokości kapitału początkowego, część – wysokości świadczenia. Przy obliczaniu wysokości tzw. nowej emerytury wprowadzona została możliwość stosowania tablic trwania życia obowiązujących w dniu, w którym ubezpieczony osiągnął → wiek emerytalny. Do tej pory obowiązywał przepis, że liczy się tylko i wyłącznie tablica obowiązująca w dacie przejścia na emeryturę. Tablica trwania życia – zgodnie z Ustawą z 17 XII 1998 r. – ogłaszana jest corocznie do 31 marca, ale pierwsze świadczenia z jej zastosowaniem przyznane zostały w roku 2010. Metodę konstrukcji tablic trwania życia odkrył w 1662 „ojciec demografii", statystyk angielski John Graunt (1620–1674), zaś pierwszą tablicę określającą przewidywaną → długość życia zestawił w 1693 angielski astronom Edmund Halley (1656–1742) w pracy pt. *Przybliżona ocena stopnia umieralności ludzi na podstawie wielce ciekawych tablic narodzin i zgonów mieszkańców Wrocławia* (zob. ilustr. 1). W Polsce w XIX stuleciu używano określenia: *tablica śmiertelności* – oznaczającego: „szereg liczb wskazujących, ile osób w każdym następnym wieku pozostać by powinno przy życiu". Ujednoliconą pod względem płci tablicę średniego dalszego trwania życia, która przedstawia ważone średnie arytmetyczne oczekiwanego trwania życia kobiet i mężczyzn zamieszczamy poniżej (tabl. 1). Pierwsza pionowa rubryka tablicy wskazuje wiek w pełnych latach, a pozioma – liczbę miesięcy ponad pełny rok, np. jeśli ktoś przejdzie na emeryturę w wieku 67 lat (zob. pionowa rubryka) i czterech miesięcy (zob. pozioma rubryka), to statystyczne dalsze trwanie jego życia – wskazane na skrzyżowaniu tych rubryk – wyniesie 196,8 m-cy, tj. 16 lat i 5 m-cy.

AAZ

D: Ustawa z 17 XII 1998 r.; Ustawa z 5 III 2015 r.
N: http://dolny-slask.org.pl…; http://thebeautifulbuildingok…; Komunikat Prezesa… 2016 –
Internet: http://www.stat.gov.pl…
O: długość życia, długość życia w zdrowiu, średnia długość życia.
S: tablica dalszego trwania życia, tablica dożycia, tablica nadziei przeżycia, tablica
śmiertelności, tablica średniej długości życia, tablica życia.
TK: ang. life table / *mortality table* / *actuarial table* / *life span table*, fr. *table de mortalité*, hiszp. *tabla de vida* / *table de mortalidad*, niem. *Lebenstabelle* / *die Sterbetafel* / *die Lebenszeit-Tabelle*, ros. *таблица жизни* / *таблица дожития* / *таблица смертности* / *таблица средней продолжительноси жизни*.

tablica wymieralności → tablica trwania życia

tanatopedagogika (pedagogika śmierci)

pojęcie, którego grecki źródłosłów stanowią dwa wyrazy: *θάνατος* [thanatos] – śmierć, umieranie oraz *παιδαγωγική* [paidagogika] – to co dotyczy wychowania. Wychodząc od tych pojęć w prostej leksykalnej interpretacji tanatopedagogika znaczy tyle, co wychowanie do → śmierci i/lub → umierania. Przypomnijmy, że w mitologii greckiej Tanatos był usobieniem śmierci. W dyskursie nad tanatopedagogiką wyróżnić można następujące stanowiska:

Stanowisko pierwsze prezentują osoby podważające sens jej istnienia i negujące potrzebę formułowania jej zasad i podstaw metodologicznych. Wśród podnoszonych argumentów na pierwsze miejsce wysuwają się

Tablica 1. Ujednolicona (unisex) tablica średniego dalszego trwania życia (Polska, 2016)

Lata	Miesiące											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
30	580,1	579,1	578,2	577,2	576,2	575,3	574,3	573,3	572,4	571,4	570,4	569,5
31	568,5	567,5	566,6	565,6	564,7	563,7	562,8	561,8	560,8	559,9	558,9	558,0
32	557,0	556,0	555,1	554,1	553,1	552,2	551,2	550,2	549,3	548,3	547,3	546,4
33	545,4	544,4	543,5	542,5	541,6	540,6	539,7	538,7	537,7	536,8	535,8	534,9
34	533,9	532,9	532,0	533,9	531,0	529,1	528,2	527,2	526,2	525,3	524,3	523,4
35	522,4	521,5	520,5	519,6	518,6	517,7	516,7	515,8	514,8	513,9	512,9	512,0
36	511,0	510,1	509,1	508,2	507,2	506,3	505,3	504,4	503,4	502,5	501,5	500,6
37	499,6	498,7	497,7	496,8	495,8	494,9	493,9	493,0	492,0	491,1	490,1	489,2
38	488,2	487,3	486,3	485,4	484,4	483,5	482,6	481,6	480,7	479,7	478,8	477,8
39	476,9	476,0	475,0	474,1	473,1	472,2	471,3	470,3	469,4	468,4	467,5	466,5
40	465,6	464,7	463,7	462,8	461,9	460,9	460,0	459,1	458,1	457,2	456,3	455,3
41	454,4	453,5	452,5	451,6	450,7	449,7	448,8	447,9	446,9	446,0	445,1	444,1
42	443,2	442,3	441,4	440,4	439,5	438,6	437,7	436,7	435,8	434,9	434,0	433,0
43	432,1	431,2	430,3	429,4	428,4	427,5	426,6	425,7	424,8	423,9	422,9	422,0
44	421,1	420,2	419,3	418,4	417,5	416,6	415,7	414,7	413,8	412,9	412,0	411,1
45	410,2	409,3	408,4	407,5	406,6	405,7	404,8	403,8	402,9	402,0	401,1	400,2
46	399,3	398,4	397,5	396,6	395,7	394,8	394,0	393,1	392,2	391,3	390,4	389,5
47	388,6	387,7	386,8	385,9	385,0	384,1	383,3	382,4	381,5	380,6	379,7	378,8
48	377,9	377,0	376,2	375,3	374,4	373,5	372,7	371,8	370,9	370,0	369,2	368,3
49	367,4	366,5	365,7	364,8	363,9	363,0	362,2	361,3	360,4	359,5	358,7	357,8
50	356,9	356,0	355,2	354,3	353,5	352,6	351,8	350,9	350,0	349,2	348,3	347,5
51	346,6	345,8	344,9	344,1	343,2	342,4	341,5	340,7	339,8	339,0	338,1	337,3
52	336,4	335,6	334,7	333,9	333,0	332,2	331,4	330,5	329,7	328,8	328,0	327,1
53	326,3	325,5	324,6	323,8	323,0	322,1	321,3	320,5	319,6	318,8	318,0	317,1
54	316,3	315,5	314,7	313,9	313,0	312,2	311,4	310,6	309,8	309,0	308,1	307,3
55	306,5	305,7	304,9	304,1	303,3	302,5	301,7	300,8	300,0	299,2	298,4	297,6
56	296,8	296,0	295,2	294,4	293,6	292,8	292,1	291,3	290,5	289,7	288,9	288,1
57	287,3	286,5	285,7	285,0	284,2	283,4	282,6	281,8	281,0	280,3	279,5	278,7
58	277,9	277,1	276,4	275,6	274,8	274,0	273,3	272,5	271,7	270,9	270,2	269,4
59	268,6	267,8	267,1	266,3	265,6	264,8	264,1	263,3	262,5	261,8	261,0	260,3
60	259,5	258,8	258,0	257,3	256,5	255,8	255,1	254,3	253,6	252,8	252,1	251,3
61	250,6	249,9	249,1	248,4	247,6	246,9	246,2	245,4	244,7	243,9	243,2	242,4
62	241,7	241,0	240,3	239,6	238,8	238,1	237,4	236,7	236,0	235,3	234,5	233,8
63	233,1	232,4	231,7	231,0	230,2	229,5	228,8	228,1	227,4	226,7	225,9	225,2
64	224,5	223,8	223,1	222,4	221,7	221,0	220,3	219,6	218,9	218,2	217,5	216,8
65	216,1	215,4	214,7	214,0	213,3	212,6	212,0	211,3	210,6	209,9	209,2	208,5
66	207,8	207,1	206,4	205,7	205,0	204,3	203,7	203,0	202,3	201,6	200,9	200,2
67	199,5	198,8	198,2	197,5	196,8	196,1	195,5	194,8	194,1	193,4	192,8	192,1
68	191,4	190,7	190,1	189,4	188,7	188,1	187,4	186,7	186,1	185,4	184,7	184,1
69	183,4	182,7	182,1	181,4	180,8	180,1	179,5	178,8	178,1	177,5	176,8	176,2
70	175,5	174,9	174,2	173,6	172,9	172,3	171,6	171,0	170,3	169,7	169,0	168,4
71	167,7	167,1	166,4	165,8	165,1	164,5	163,9	163,2	162,6	161,9	161,3	160,6
72	160,6	159,4	158,7	158,1	157,4	156,8	156,2	155,5	154,9	154,2	153,6	152,9
73	152,3	151,7	151,1	150,5	149,8	149,2	148,6	148,0	147,4	146,8	146,1	145,5
74	144,5	144,3	143,7	143,1	142,4	141,8	141,2	140,6	140,0	139,4	138,7	138,1
75	137,5	136,9	136,3	135,7	135,1	134,5	133,9	133,3	132,7	132,1	131,5	130,9
76	130,3	129,7	129,2	128,6	128,0	127,4	126,9	126,3	125,7	125,1	124,6	124,0
77	123,4	122,8	122,3	121,7	121,1	120,6	120,0	119,4	118,9	118,3	117,7	117,2
78	116,6	116,1	115,5	115,0	114,4	113,9	113,3	112,8	112,2	111,7	111,1	110,6
79	110,0	109,5	109,0	108,5	107,9	107,4	106,9	106,4	105,9	105,4	104,8	104,3
80	103,8	103,3	102,8	102,3	101,8	101,3	100,8	100,2	99,7	99,2	98,7	98,2
81	97,7	97,2	96,8	96,3	95,8	95,3	94,9	94,4	93,9	93,4	93,0	92,5
82	92,0	91,5	91,1	90,6	90,2	89,7	89,3	88,8	88,3	87,9	87,4	87,0
83	86,5	86,1	85,6	85,2	84,8	84,3	83,9	83,5	83,0	82,6	82,2	81,7
84	81,3	80,9	80,5	80,1	79,6	79,2	78,8	78,4	78,0	77,6	77,1	76,7
85	76,3	75,9	75,5	75,1	74,7	74,3	74,0	73,6	73,2	72,8	72,4	72,0
86	71,6	71,2	70,9	70,5	70,1	69,7	69,4	69,0	68,6	68,2	67,9	67,5
87	67,1	66,8	66,4	66,1	65,7	65,4	65,0	64,7	64,3	64,0	63,6	63,3
88	62,9	62,6	62,2	61,9	61,6	61,2	60,9	60,6	60,2	59,9	59,6	59,2
89	58,9	58,6	58,3	58,0	57,6	57,3	57,0	56,7	56,4	56,1	55,7	55,4
90	55,1	54,8	54,5	54,2	53,9	53,6	53,3	53,0	52,7	52,4	52,1	51,8

Liczba miesięcy dalszego trwania życia w zależności od wieku w latach i miesiącach. Pierwsza pionowa rubryka tablicy wskazuje wiek w pełnych latach, natomiast pozioma – liczbę miesięcy ponad pełny rok, czyli jeśli ktoś przejdzie na emeryturę w wieku 67 lat (zob. pionowa rubryka) i czterech miesięcy (zob. pozioma rubryka), to statystyczne dalsze trwanie jego życia – wskazane na skrzyżowaniu tych rubryk – wyniesie 196,8 m-cy, tj. 16 lat i 5 m-cy.

Źródło: Komunikat Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z 25 III 2016 r. w sprawie tablicy średniego dalszego trwania życia kobiet i mężczyzn – Internet: http://www.stat.gov.pl/sygnalne/komunikaty-i-obwieszczenia/lista- komunikatow-i-obwieszczen/komunikat-w--sprawie-tablicy-sredniego-dalszego-trwania-zycia-kobiet-i-mezczyzn, 285,4.html.

kwestię wewnętrznej sprzeczności połączenia pedagogiki ze śmiercią. Grono tych osób akcentuje kwestie pedagogiki, jako nauki zajmującej się → życiem i przygotowującej do życia, tak, więc pojęcie śmierci ich zdaniem nie wchodzi w zakres tak rozumianej pedagogiki. Innym podnoszonym w tej grupie argumentem jest istnienie → gerontologii, która w swoim zakresie pojęciowym obejmuje osoby u kresu życia. Jak do tej pory zwolennicy negacji tanatopedagogiki nie podjęli merytorycznego sporu zwieńczonego publikacją naukową uzasadniającego swoje stanowisko.

Stanowisko drugie reprezentują osoby, które nie podważając potrzeby istnienia i rozwoju tanatopedagogiki polemizują z samym pojęciem, nazwą. Do wysuwanych propozycji należą tutaj takie określenia, jak: pedagogika paliatywna, pedagogika hospicyjna (Krause, 2010) czy → poradnictwo egzystencjalne – sugerowane przez Zbigniewa Kwiecińskiego (1941–). W dyskusji na ten temat padają argumenty przemawiające za przyjęciem toku rozumienia tanatopedagogki w kontekście proponowanych przez autorów pojęć.

Stanowisko trzecie charakterystyczne jest dla badaczy problematyki śmierci i umierania człowieka w kontekście pedagogicznym, którzy uznają nazwę i pojęcie tanatopedagogiki, chociaż różnie rozumiane. Do grona tych osób przede wszystkim należą: Beata Antoszewska, Józef Binnebesel, Andrzej Guzowski, Małgorzata Joanna Fopka-Kowalczyk, ks. Zbigniew Formella, Przemysław Grzybowski, ks. Piotr Krakowiak, Barbara Kromolicka i ks. Janusz Mastalski. Do grupy osób spoza samej pedagogiki zaliczyć można psychologów, lekarzy, jak i przedstawicieli innych subdyscyplin naukowych: Zbigniewa Bohdana, Stanisława Kowalika, Elżbietę Krajewską-Kułak, Jacka Łuczaka, Irenę Obuchowską (1932–2016), Romana Ossowskiego, Władysławę Pilecką, Marzenę Samardakiewicz, Bogusława Stelcera i Krystynę de Walden-Gałuszko.

Tanatopedagogika nie doczekała się jeszcze jednoznacznej, przyjętej przez ogół badaczy, definicji. W większości źródeł, w których używa się tego pojęcia nie podaje się definicji bądź odwołuje się do potocznego semantycznego znaczenia wyprowadzonego z nazwy. W tym bezpośrednim rozumieniu tanatopedagogikę rozumieć można, jako: **subdyscyplinę pedagogiki zajmującą się szeroko rozumianym procesem umierania i śmierci w kontekście wychowania i opieki pedagogicznej.** W takim rozumieniu ową subdyscyplinę ujmować można w wąskim i szerokim znaczeniu. Znaczenie wąskie odwołuje się do wychowania i opieki pedagogicznej osób terminalnie chorych i u kresu życia (starszych) oraz ich → rodzin i bliskich. W rozumieniu zaś szerokim to wychowanie do świadomości nieuchronności śmierci.

Pojęcie tanatologii jako nauki pojawiło się po raz pierwszy w 1775 w książce Solomona Anschela pt. *Thanatologia sive mortis naturam, causa, genera ac species et diagnosis disquisitions*. Jako dyscyplina naukowa tanatologia wyodrębniła się na początku drugiej połowy XX stulecia (zob. Wengler i współprac., 2012, s. 135). Jednym z pierwszych w polskim piśmiennictwie naukowym odwołań łączących tanatologię z szeroko rozumianymi naukami społecznymi jest tekst Tadeusz Kielanowskiego (1905–1992), ogłoszony drukiem w 1975, wprowadzający pojęcie eutanatologii (Kielanowski, 1975). Poprzez analogię w 1995 Józef Binnebesel zaproponował eutanatopedagogikę (Binnebesel, 1995). Autor, jak zauważa to Tomasz Sahaj (2004), zaproponował, aby „[…] w bogaty nurt pedagogiki specjalnej włączyć eutanatopedagogikę, ponieważ […] pedagogika specjalna jest najlepiej przygotowana do przyjęcia w swój nurt eutanatopedagogiki. Intencja i uwaga Binnebesela skierowana jest na dzieci. Wymaga, więc specyficznego rodzaju wiedzy, adresowanej do małego odbiorcy i jego wizji rozpadającego się boleśnie świata. I rodziców, którzy bezpowrotnie tracą coś, czego zastąpić im się nie uda". W 2004 w pracy *Tanatopedagogika*…, odchodząc od wcześniejszego terminu eutanatopedagogika, Binnebesel zaproponował pierwsze rozumienie tanatopedagogiki, pisząc że: „jako nauka o wychowaniu uwzględniającym nieuchronność śmierci stanowić może istotny element działań terapeutyczno-opiekuńczych względem dzieci z → chorobą terminalną, ale również powinna być ona elementem szerszych działań opiekuńczo-wychowawczych". W tekście tym proponuje również pierwszą jej strukturalizację stwierdzając: „[…] wydaje się, że miałaby ona dwa podstawowe zakresy oddziaływań, bezpośredni i pośredni. […] Zakres bezpośredni tanatopedagogiki dotyczyłby osób przewlekle i terminalnie chorych, czyli tych w stosunku, do których zagrożenie życia jest konkretne i ujęte w dającej się przewidzieć przyszłości. Działania te miały by przede wszystkim charakter terapeutyczny, obniżający między innymi poczucie lęku, winy i dyskomfortu psychicznego.[…] Działania pośrednie tanatopedagogiki dotyczyłyby z jednej strony środowisk związanych z chorym i umierającym dzieckiem z drugiej zaś były by działaniami ogólno-wychowawczymi" (Binnebesel, 2004 b). Odejście od eutanatopedagogiki w kierunku tanatopedagogiki Binnebesel uzasadnia w dwóch tekstach. Pierwszym opublikowanym w 2007, będącym

zarazem swoistą miniserią poświęconą tanatopedagogice, wskazuje na źródła inspiracji: „Podłożem do owego pierwszego kroku ku uporządkowaniu tanatopedagogiki były przede wszystkim trzy osoby. Profesorzy Stanisław Kowalik [1947–] i Aleksander Nalaskowski [1957–] niezależnie od siebie w różnych miejscach i w różnym kontekście podkreślili konieczność ugruntowania tanatopedagogiki poprzez stworzenie jej podstaw, ogólnych definicji, pojęć i zakresów. Trzecią osobą będącą »przyczyną« owego pierwszego kroku był prof. Andrzej Wojciechowski [1941–] ze swoimi rozważaniami nad człowiekiem słabym i jego godnością. Owa »toruńska« szkoła pedagogiki specjalnej stała się wyzwaniem i próbą sprostania słowom profesorów Kowalika i Nalaskowskiego. Tak więc oto ów pierwszy krok ku tanatopedagogice" (Binnebesel, 2007 a). W kolejnych latach, w ramach owej miniserii, powstały kolejne trzy teksty (Binnebesel, 2008, 2009 a, Binnebesel i współprac., 2009). W 2007 ks. Janusz Mastalski odnosząc się do idei hospicyjnej, wydaje się niezależnie od Binnebesela, wprowadza pojęcie tanatopedagogiki nieprecyzując jednak ściśle jej istoty. W swoim tekście odwołując się do rozważań Manu Keirse (1946–) wskazuje jednak, że w swoim działaniu tanatopedagogika nastawiona jest na tworzenie poprzez oddziaływanie wychowawcze sensu cierpienia (Mastalski, 2007). Alina Bojanowicz (2010) nie definiując samej tanatopedagogiki wskazuje jej rolę i zadania. Przemysław Grzybowski (1968–), podobnie jak ks. Mastalski, odwołując się do idei hospicyjnej stwierdza, że podstawową kategorią tanatopedagogiki jest wychowanie do (ku) cierpienia/u i śmierci, będące w istocie rzeczy wychowaniem do życia (zob. Grzybowskio, 2011, s. 97)..

W swej ostatniej monografii poświęconej tanatopedagogice Binnebesel (2013 b) jednoznacznie odcina się od wcześniejszego pojęcia eutanatopedagogika, pisząc: „pojęcie eutanatopedagogiki tłumaczyć by można, jako: nauka o wychowaniu ku dobrej śmierci. Niestety jednak eutanatologia, jako nauka o dobrym umieraniu semantycznie ma bezpośrednie konotacje z pojęciem zawłaszczonym przez zwolenników śmierci na życzenie". Monografia, *Tanatopedagogika*… (2013 b) wydaje się być pierwszym opracowaniem, w którym autor próbuje uporządkować sam termin tanatopedagogiki, jak również podać jej strukturę, podstawy i założenia. Binnebesel (2013 b) proponuje rozumienie tanatopedagogiki jako: „**nauki o wychowaniu ze świadomością śmiertelności, wpisaną w naturę bytu ludzkiego, opartą na fundamentalnej zasadzie poszanowania godności każdej istoty ludzkiej oraz nienaruszalności i apriorycznej wartości życia ludzkiego"**.

Tanatopedagogika jest relatywnie młodą dyscypliną naukową, której nadrzędnym celem, jak sądzimy, jest przygotowanie człowieka do śmierci. Zakres tanatopedagogiki jako nauki oraz jej cele przedstawiamy na rys. 1 i 2.

Przedmiot i podmiot badań

Ks. Józef Tischner (1931–2000) przypominał, że „człowiek jest jedyną istotą na świecie, która nie tylko po prostu umiera, ale która wie o tym, że umiera i dlatego może zająć jakąś postawę wobec śmierci" (Tischner, 2000, s. 251). Stąd też niezwykle ważne są badania i refleksje nad sensem ludzkiego życia, śmierci, ale i nad umiejętnością zmierzenia się z tymi tajemnicami życia. I właśnie do tej swoistej konfrontacji z cierpieniem i przemijaniem rości sobie prawo omawiana subdyscyplina naukowa, jaką jest tanatopedagogika, w której można wyróżnić kilka obszarów zainteresowań, czyli przedmiotu badań. **Pierwszym z nich jest osoba cierpiąca i umierająca**. Wspomniany ks. Tischner napisał, że „wszystko, co najważniejsze, zależy od nadziei. Jaka jest nadzieja pielgrzyma, taka jest jego przyszłość i jego stosunek do przyszłości, taki jest także jego styl przeżywania teraźniejszości i taki wreszcie jest sens oraz rozmiar przestrzeni, w której żyje" (Tischner, 1994, s. 437). Tanatopedagogika ma pomóc w samowychowaniu w sytuacji cierpienia lub umierania. Badania z zakresu tej subdyscypliny mają otworzyć inną perspektywę, umożliwiającą godne zmaganie się z traumą choroby, umierania i samej śmierci. Tanatopedagog ma świadomość, że „odkrywanie sensu cierpienia jest procesem. W procesie tym winno chodzić o udzielanie wsparcia zagubionemu człowiekowi. Do ważniejszych czynników, które mogą być znaczącymi dla tych procesów, należy zaliczyć działania umożliwiające zmianę postrzegania i wartościowania świata, w jakim przychodzi człowiekowi żyć" (Marek, Walulik, 2012, s. 186). Umiejętność podejścia nieautodestrukcyjnego osoby cierpiącej czy umierającej jest ogromnym wyzwaniem dla tanatopedagogiki. Nieuchronność i bezsilność mają być zastąpione nadzieją i poczuciem twórczego, godnego zmagania się z chorobą, bólem czy lękiem przed śmiercią.

Człowiek w swoim zmaganiu z odchodzeniem z tego świata stanowi więc główny podmiot tanatopedagogicznych poszukiwań. Mają one charakter zarówno empiryczny (wywiady z osobami umierającymi oraz z tymi, którzy sprawują nad nimi opiekę), jak i teoretyczny, bowiem refleksja filozoficzna czy teologiczna umożliwia konstruowanie wychowawczych i samowychowawczych taktyk. Pozwala także na afirmację aksjologicznego wymiaru godnego znoszenia cierpienia

i umierania. Można powiedzieć w tym kontekście, iż tanatopedagogika wskazuje na metody i zasady trwania osób odchodzących (mimo sytuacji granicznych).

Drugim obszarem badań są osoby towarzyszące cierpiącym i umierającym. Tanatopedaogigka wypracowuje metody i zasady wspierania osób odchodzących, szczególnie, że „kontakt z człowiekiem śmiertelnie chorym jest kontaktem trudnym, ale też nie unikniemy go w naszym życiu i nie powinniśmy go unikać. Wszystkie rozwinięte kultury i cywilizacje przywiązywały wielką wagę do relacji z umierającymi. Zdolność do podjęcia takiej relacji, umiejętność bycia z umierającym są wskaźnikiem prawdziwej dojrzałości człowieka. Wreszcie trzeba powiedzieć, że człowiek w obliczu śmierci mobilizuje nieraz ogromne pokłady mądrości i dojrzałości, z których i my możemy czerpać" (Jedliński, 1992, s. 82).

Tanatopedagogika podejmuje wyzwanie, jakim jest przygotowywanie osób towarzyszących (pomagających) odchodzącym do współuczestniczenia w cierpieniu. Edukacja w tym zakresie powinna dotyczyć kilku ważnych obszarów, które ukazujemy na rys. 3.

Tanatopedagog musi mieć świadomość, że „w obliczu cierpienia rodzi się w człowieku często poczucie bezradności. Dlatego z perspektywy pedagogicznej nie tyle istotne jest oferowanie pomocy w sytuacjach granicznych (najczęściej jest to po prostu niemożliwe), lecz wspieranie osoby w procesie wychowania do odkrywania sensu życia" (Marek, Walulik, 2012, s. 189). Stąd też tanatopedagogika zajmuje się także tworzeniem swoistej taksonomii kompetencji zawodowych wspierających osoby cierpiące i odchodzące (zob. rys. 4).

W powyższym kontekście słowa Binnebesela dotyczące pedagogicznego aspektu wolontariatu w hospicjum można rozszerzyć na wszystkich wspomagających osoby odchodzące: „Jest to droga, droga poznania i akceptacji siebie. Dopiero wtedy, gdy zaakceptujemy swoje wady, to, że mamy prawo się mylić i upadać, dopiero wtedy będziemy mogli pochylić się nad umierającym i go **słuchać**. Nie będzie nam zależeć na poklasku i spektakularnych gestach, ważne będzie to, że zdążyliśmy z podaniem wody, poprawieniem poduszki, nic więcej i aż tyle" (Binnebesel, 2008, s. 71).

Trzecim obszarem badań jest wychowanie do cierpienia i nieuchronności śmierci. Tanatopedaogika ma w pewnym stopniu przygotować człowieka na zetknięcie się z cierpieniem i śmiercią, choć niewątpliwie „powodowana nieszczęściami życia walka daje samowiedzę. Ten, kto popadł w nieszczęścia i walcząc z nimi zwyciężył je, wie już, na co go stać. Aż do następnego nieszczęścia i do następnej próby" (Żuk, 1996, s. 40).

W tym kontekście tanatopedagogika stawia sobie pytania: Jak przygotować człowieka na spotkanie z cierpieniem i umieraniem, a także ze śmiercią innych? Jak przygotować się na własne cierpienie i umieranie? Jak docierać z edukacją tanatologiczną do osób w różnym wieku rozwojowym? W konsekwencji są to więc pytania o potrzeby, pragnienia, a także lęki osób, które w przyszłości lub obecnie współcierpią z odchodzącą osobą. Można więc powiedzieć, że w tym obszarze tanatopedagogika ma charakter profilaktyczny, a nawet terapeutyczny.

Okazuje się, że już od najmłodszych lat edukacja w zakresie tanatologii jest możliwa, bowiem „każde dziecko, które jest wystarczająco dojrzałe, aby kochać ludzi, jest wystarczająco dojrzałe, by przeżywać żałobę. Dzieci mają taką samą możliwość odczuwania jak dorośli, lecz nie są wystarczająco dojrzałe, aby w ten sam sposób opisywać i wyrażać to, co czują" (Binnebesel, 2011, s. 12).

Tanatopedagogika jest w pewnym sensie pedagogiką życia, bowiem kształtuje człowieka w jego stadiach rozwojowych jako osobę, która poprzez twórcze zmaganie się z przeciwnościami w konsekwencji przygotowuje się na godne i niedestrukcyjne spotkanie z cierpieniem, bólem i śmiercią. Edukacja tanatologiczna pozwala na „wyposażenie uczących się w wiedzę pozwalającą na zrozumienie wielu złożonych aspektów umierania, cierpienia, przeżywania żałoby. Pełnemu zrozumieniu istoty umierania służyć może wiedza z zakresu przyczyn patologicznych zachowań wobec śmierci, etapowości procesu umierania, specyficznych potrzeb i problemów ludzi umierających czy etapowości prawidłowego i patologicznego przeżywania żałoby. Istotą wiedzy tanatologicznej jest uwzględnienie różnorodności i podkreślenie indywidualności w przeżywaniu ostatniego etapu ziemskiej egzystencji" (Fabiś, 2011, s. 139).

Czwartym obszarem badań jest tanatologiczne kształcenie nauczycieli. Ma ono na celu „generowanie oraz dostarczanie im wiedzy, a także kształtowanie ich kompetencji w zakresie:

- poszukiwania, gromadzenia, analizowania i przekazywania wiedzy, podejmowania badań naukowych na temat cierpienia i śmierci;
- prowadzenia i uczestniczenia w dyskusji na temat cierpienia i śmierci – na różnych poziomach ogólności i w różnych środowiskach;
- udzielania wsparcia merytorycznego osobom o niewielkiej wiedzy na temat cierpienia i śmierci oraz osobom poszukującym tej wiedzy okazjonalnie;
- radzenia sobie z cierpieniem, chorobą oraz śmiercią w życiu własnym i bliskich" (Grzybowski, 2009).

Kształcenie nauczycieli z zakresu tanatologii wynika z faktu, iż „trudno wspierać człowieka w żałobie, w doświadczaniu straty, jeśli nie ma się wiedzy o dynamice przeżywania żałoby w konkretnym wieku rozwojowym, wglądu w siebie, w swoje emocje, a przede wszystkim, jeśli nie przepracowało się swoich osobistych strat" (Binnebesel, 2013 a). Tanatopedagogika w omawianym obszarze staje się niejako pedeutologią tanatologiczną, ponieważ dotyczy szeroko rozumianej edukacji w zakresie zdobywania przez nauczycieli odpowiedniej wiedzy, kształtowania pożądanych postaw i umiejętności, a także zdobywania potrzebnych kompetencji dla fachowego kształcenia i wychowania do twórczego zmagania się z cierpieniem, chorobą, a także radzenia sobie z fenomenem śmierci. Każdy nauczyciel powinien mieć świadomość, że „poprzez celowe, świadome, usystematyzowane opracowywanie i przeżywanie tematów tanatologicznych ostatecznie następuje oswojenie niechęci, przerażenia i tabu. A w tym tkwi ogromna wartość. Ustalenia psychologiczne i socjologiczne wskazują na to, że niewłaściwa postawa wobec cierpienia i śmierci wzmacnia potrzebę młodzieży do zanurzania się w rzeczywistość wirtualną" (Nieroba, Zawłocki, Niewiadomski, 2010). Tanatopedagogika ma także ważne znaczenie dla lekarzy i pielęgniarek w kontekście aksjologicznym. Jednym z istotnych elementów humanizacji medycyny jest konieczność przyznania właściwego miejsca problematyce aksjologicznej i deontologicznej, szczególnie w odniesieniu do sposobu postępowania z osobami umierającymi (por. Szuta, 2012, Zych, 2013). Przypomina o tym chociażby dokument Papieskiej Rady Cor Unum poświęcony etycznym zagadnieniom nad ciężko chorymi i umierającymi: „Nauczanie etyki i kodeksów deontologicznych powinno stanowić nierozerwalną część wykształcenia personelu lekarskiego i sanitarnego. Nie może być ono traktowane przez profesorów i studentów jak przedmiot nadobowiązkowy, dla tych tylko, którzy są nim zainteresowani" (Nieroba, Zawłocki, Niewiadomski 2010, s. 252).

Metodologia badań tanatopedagogicznych

Tanapedagogika wspomagana jest przez takie dyscypliny naukowe, jak: filozofia (kwestie rozumienia godności człowieka), nauki przyrodnicze i medyczne (podstawy wiedzy o funkcjonowaniu organizmu ludzkiego), psychologia (zwłaszcza psychologia rozwojowa i kliniczna), socjologia (relacje i zależności społeczne). Niewątpliwie, jest ona także wspomagana przez nauki teologiczne, które odkrywają sens ludzkiego życia, cierpienia oraz śmierci (zob. Binnebesel, 2013 b, s. 251).

W badaniach tanatopedagodzy posługują się metodami, technikami i narzędziami badawczymi swoistymi dla nauk społecznych. Należą do nich m.in.: sondaż diagnostyczny (ankieta, wywiad), metoda indywidualnych przypadków, metody projekcyjne, monografia pedagogiczna, obserwacja, metody jakościowe oraz eksperyment.

Ze względu na niezwykle delikatny przedmiot badań ważny jest aspekt etyczny badań. Jest on związany ze sferą prywatną i intymną człowieka. Stąd też zarówno narzędzie badawcze, jak i sposób prowadzenia badań nie mogą naruszać godności człowieka oraz jego prawa do prywatności i intymności. Metodologia badań musi uwzględniać dobro zarówno pacjenta, jak i osób mu towarzyszących, a także personelu medycznego. Zarówno wybrane metody badań, jak i sposób ich przeprowadzenia muszą być dostosowane do fizycznej i psychoduchowej sytuacji badanych. „Badacz musi pamiętać, że partnerami w realizacji zamierzonych zadań są uczestnicy badania, którzy są przez badacza przepytywani czy też obserwowani. Powoduje to, że zakres odpowiedzialności osoby przeprowadzającej badanie nie dotyczy tylko i wyłącznie samej procedury badania i osiągniętych wyników, ale także i osób, dzięki którym zostało ono zrealizowane" (Komańda, 2011, s. 31).

Metodyka wychowawcza stosowana w tanatopedagogice

Nie ma żadnej wątpliwości, że „choroby, cierpienie i śmierć mogą stanowić blok treści godzin wychowawczych. Często bowiem pojawiają się dopiero, gdy społeczność szkolną dotknie dramat kogoś znajomego i wówczas takie okazjonalne zainteresowanie staje się upokarzające. Stała obecność tej problematyki na zajęciach umożliwiłaby oswojenie się z nią i przygotowanie środowiska szkoły do naturalnych zachowań pomocy i współpracy w razie konieczności. Pretekstem do podjęcia dyskusji na te tematy mogą być bieżące wydarzenia, o których mowa w mediach, wchodzące na ekrany kin filmy i premierowe przedstawienia teatralne zawierające motywy cierpienia i śmierci czy lektury lub artykuły w prasie, które właśnie wywołują zainteresowanie w rodzinach i wśród nauczycieli" (Grzybowski 2009, s. 14). Aby te cele mogły być zrealizowane w edukacji tanatologicznej, wykorzystane są różnego rodzaju metody i techniki wychowawcze. Do najczęściej stosowanych należy zaliczyć następujące:

- **metoda pokazu**. Jest to metoda polegająca na demonstrowaniu określonych zjawisk, wydarzeń lub

procesów oraz objaśnieniu ich cech. Pokaz jest bardzo skuteczną i pożądaną metodą kształcenia tanatologicznego;

- **perswazja**. Jest to metoda polegająca na podsuwaniu wychowankowi określonych rozwiązań poprzez posłużenie się odpowiednio dobranym spektrum argumentów dotyczących cierpienia, choroby, bólu czy umierania;
- **metoda modelowania** (*modelling*). Jest to metoda polegająca na umożliwieniu wychowankowi obserwacji zachowania innych, skutecznie zmagających się z problemami związanymi z sytuacjami granicznymi;
- **metoda stymulacji**. Polega na motywowaniu wychowanka do realizacji programu pracy nad sobą poprzez stawianie problemów i zadań natury tanatologicznej;
- **metoda burzy mózgów**, która polega na poszukiwaniu przez samych wychowanków rozwiązań dotyczących problemów natury tanatologicznej;
- **ekspresja plastyczna**. Jest to metoda umożliwiająca uwolnienie wychowanka od napięć psychicznych związanych z chorobą, cierpieniem lub śmiercią. Chodzi o wyrażanie swoich przeżyć w postaci twórczości plastycznej.
- → **muzykoterapia**. Jest to metoda wyzwalająca określone stany emocjonalne, a także integrująca sfery przeżyć psychicznych. Metoda jest niezwykle przydatna przy kształtowaniu postaw obronnych w radzeniu sobie np. ze stresem;
- → **biblioterapia**. Okazuje się, że „zwłaszcza w pracy z dziećmi nieocenioną pomoc stanowią książki, których wspólne oglądanie i/lub lektura (w zależności od wieku dziecka) pomaga wprowadzić w tę trudną problematykę i integrować rodzinę w obliczu cierpienia" (Grzybowski, 2009, s. 17);
- **drama**. Jest to „metoda dydaktyczno-wychowawcza angażująca w działanie ucznia całą wiedzę o świecie, tworząca nowe jej jakości w związku z wykorzystywaniem wyobraźni, emocji, zmysłów, intuicji" (Pankowska, 2000, s. 22). W tanatopedagogice jest bardzo przydatną metodą, gdyż kształtuje empatię;
- **metoda symulacyjna**. Polega ona na oswajaniu wychowanka z problemami tanatologicznymi poprzez organizowanie wirtualnych lub inscenizowanych sytuacji związanych z cierpieniem, chorobą czy śmiercią.

Podstawowe zasady edukacyjne

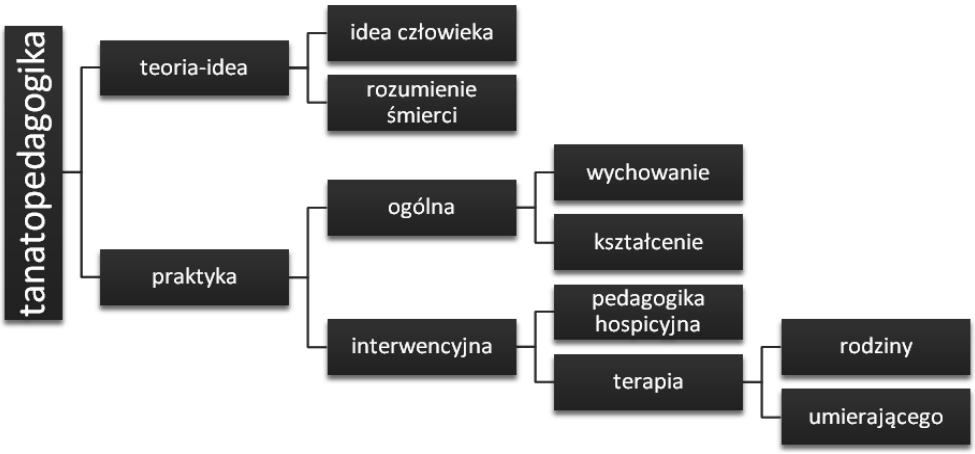
Do zadań tanatopedagogiki jest formułowanie zasad, za pomocą których możliwa jest edukacja tanatologiczna, kształtująca w pierwszej kolejności odpowiednie postawy osób współuczestniczących w sytuacjach granicznych (choroba, umieranie, śmierć).

1. **Zasada nienarzucającej się rozmowy**. Zaufanie jest podstawą efektywnego oddziaływania paliatywnego. Każdy wspierający chorego czy umierającego powinien docenić dialog, który przynosi w pewnym sensie ulgę umierającemu (Górecki, 1999, s. 125 i nast.).
2. **Zasada poszanowania godności**. Potrzeba ogromnej delikatności i szacunku dla tych, którzy żegnają się ze światem. W czasie ostatnich dni życia tracą znaczenie medyczne aspekty leczenia, a ich miejsce zajmuje ciągła obecność przy chorym. Jest to psychiczne i duchowe wspieranie w formie słów, gestów, trzymania za rękę (Bernard, 1996, s. 77 i nast., Zych, 2013, s. 343 i nast.).
3. **Zasada troski o intymność**. Każda medyczna interwencja narusza intymność pacjenta. Chory jest poddawany wielu, często krępującym go zabiegom, leczenie nierzadko wymaga od pacjenta intymnych zwierzeń. Wymagana jest więc taktowność i kultura osobista.
4. **Zasada troski o dobrą atmosferę**. Istnieją różnego rodzaju postawy wobec osoby umierającej. Na ogół → rodzina przyjmuje trzy z nich: wyłączenie się, rozpacz i nadzieję. Wspierający umierających i ich rodziny powinni poprzez dobrą atmosferę budzić nadzieję oraz stwarzać atmosferę pełną spokoju i zaufania.
5. **Zasada empatycznego trwania**. Towarzyszenie umierającemu musi być przeniknięte współodczuwaniem, które jednak nie ma charakteru destrukcyjnego dla wspierających. Należy pamiętać, że „gotowość bycia z cierpiącym nie oznacza ani szczególnej formy protekcjonizmu, ani też wyższości wobec cierpienia jak i cierpiącego, która to wyższość mogłaby mieć swoje źródła np. w fachowej wiedzy lub przeżytych doświadczeniach. Trzeba powiedzieć wprost, że w spotkaniu z cierpiącym chodzi przede wszystkim o ciepłą obecność i niczym nieuwarunkowaną akceptację osoby takiej, jaką w danym momencie jest. Ta medyczno-psychologiczna prawda pokrywa się zresztą z najgłębszym sensem czynu Dobrego Samarytanina, który daje siebie, ale nie zmusza do przyjęcia daru. W geście darowania siebie cierpiącemu zawarty jest także szacunek dla jego wolności, gdyż ostatecznie nie musi on przyjąć ani naszej bezwarunkowej akceptacji jego bólu, ani zwyczajnej obecności" (Makselon, 1987, s. 47, Zych, 2013).

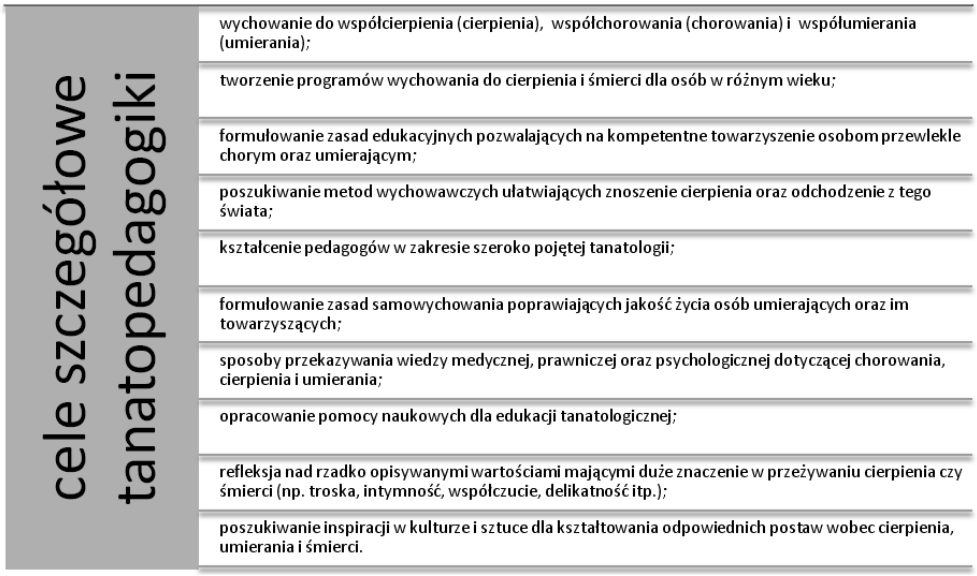
6. **Zasada kompetentnej interwencji**. W obliczu odchodzenia i śmierci potrzebne jest wsparcie kompetentne, w którym wspierający w sposób odpowiedzialny i godny podchodzi do tajemnicy cierpienia i śmierci. Stąd też ważne są takie dyspozycje, jak: kompetencje społeczne, zawodowe, komunikacyjne oraz moralne. We współuczestniczeniu w odchodzeniu z tego świata nie można popełnić błędu.
7. **Zasada skutecznego korzystania z osobowych zasobów**. W sytuacjach granicznych istnieje pokusa i zagrożenie koncentracji na deficytach własnych i innych. Dobre wykorzystanie zasobów ludzkich traktowanych jako „podmiotowe i środowiskowe cechy i możliwości, które w interakcji stresowej i zdrowotnej pełnią pozytywną funkcję obronną" (Wrona-Polańska, 2012). Mogą one być nadwątlone, ale przecież istnieją.
8. **Zasada powiększania kompetencji**. Trzeba pamiętać, że „posiadane kompetencje wpływają na oczekiwania, te zaś z kolei oddziałują na motywację i ilość wysiłku wkładanego w działanie. Ludzie z wysokimi oczekiwaniami własnej skuteczności częściej podejmują się zadań trudnych" (Spencer, 2004).

JB, JMAS

B: Barnard, 1996; Bartoszek, 2000; Binnebesel, 1995, 2004 b, 2007 a, 2008, 2009 a, 2009 b, 2009 c, 2012, 2013 a, 2013 b; Binnebesel i współprac., 2009; Bojanowicz, 2000; Fabiś, 2011; Górecki, 1999; Grzybowski, 2009, 2011; Jedliński, 1992; Kielanowski, 1975; Komańda, 2011; Krause, 2010; Makselon, 1987; Marek, Walulik,



Rys. 1. Zakres tanatopedagogiki jako nauki
Źródło: Binnebesel, 2013 b.



Rys. 2. Cele tanatopedagogiki

2012: Mastalski, 2007, 2012; Nieroba, Zawłocki, Niewiadomski, 2010; Pankowska, 2000; Sahaj, 2004; Spencer, 2004; Szuta, 2012; Tischner, 1994, 2000; Wengler i współprac., 2012; Wrona-Polańska, 2012; Zych, 2013; Żuk, 1996.

O: edukacja tanatologiczna.

S: pedagogika tanatologiczna, pedagogika umierania i śmierci.

TK: ang. *death education* or *education for death*, fr. *l'éducation à la mort*, hiszp. *educatión sobre la muerte*, niem. *die tanatale Pädagogik*, ros. *танатоедагогика*.

pedagogika śmierci → tanatopedagogika

tanatopsychologia (psychologia umierania i śmierci)

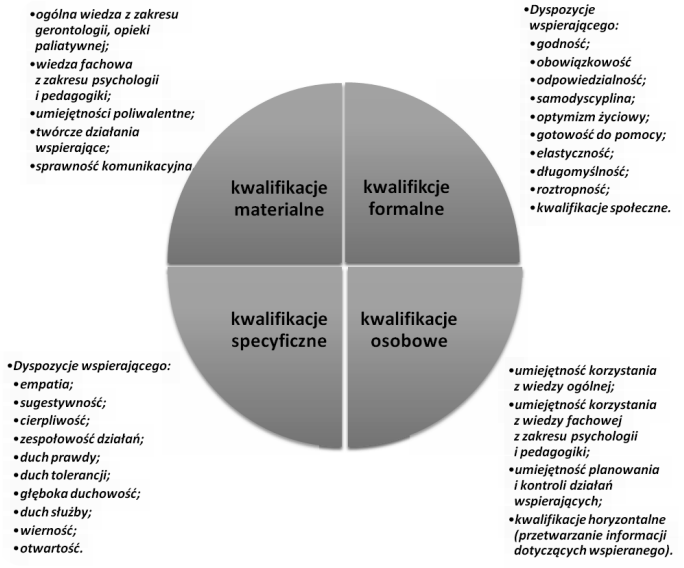
– określenie pochodzące od grec. źródłosłówu: *θάνατος* [thanatos] – → śmierć, → umieranie [Tanatos – w mitologii greckiej to bóg śmierci] na oznaczenie relatywnie nowego nurtu psychologicznego, jaki powstał dopiero w drugiej połowie XX wieku.

Historia tanatopsychologii

Za prekursora psychologii umierania i śmierci uważany jest amerykański psycholog kliniczny Herman Feifer (1915–2003), który jako pierwszy zorganizował sympozjum poświęcone koncepcji śmierci i związanych z nią zachowań. Jej owocem była wydana w roku 1959 pod jego redakcją publikacja pt. *Znaczenie śmier-*

Elementy kształcenia osób wspierających umierających i ich rodziny	
	poznanie metod, technik i zasad edukacyjnych, dotyczących wspierania osób cierpiących i umierających;
	zdobycie wiedzy praktycznej z zakresu opieki nad osobami umierającymi;
	kształtowanie umiejętności komunikacyjnych w spotkaniu z człowiekiem umierającym;
	poznanie metod radzenia sobie z własnym stresem i lękiem związanym z cierpieniem i śmiercią;
	tworzenie pomocy naukowych dla wolontariuszy;
	kształcenie osób kompetentnych i wykwalifikowanych, mających odpowiednie kwalifikacje w pracy z osobami chorymi i umierającymi;
	opis postaw twórczego towarzyszenia przez bliskich osobie umierającej;

Rys. 3. Elementy kształcenia tanatologicznego



Rys. 4. Taksonomia kompetencji „zawodowych" wspierajacych osoby chorujące i odchodzące. Źródło: opracowanie własne – Mastalski, 2015.

ci, zawierająca referaty wygłoszone podczas sympozjum. Jej podział na cztery części (pierwsza dotycząca psychologicznych i filozoficznych aspektów śmierci; druga przedstawiająca postrzeganie śmierci w różnych okresach → życia człowieka; trzecia obrazująca kulturowe aspekty śmierci oraz ostatnia poświęcona czynnikom osobowości u umierających pacjentów) stał się wyznacznikiem do dalszych tanatopsychologicznych rozważań.

W 1960 amerykańscy psychologowie: Daniel Leviton (1931–2011) na uniw. w Maryland, Robert L. Fulton (1926–) na uniw. w Minnesocie i Robert Kastenbaum (1933–2013) na uniw. stanowym w Wayne w Detroit, zaczęli prowadzi pierwsze kursy poświęcone aspektom śmierci i umierania. Od tego momentu kursy te zaczęły rozprzestrzeniać się na wszystkie uniwersytety w Stanach Zjednoczonych oraz później w Europie. *Psychologia śmierci*, napisana przez Kastenbauma w 1972 stała sie powszechnie obowiązującym podręcznikiem akademickim. Następne lata po publikacjach Feifera, Kastenbauma oraz zapoczątkowanych kursach na uniwersytetach doprowadziły do wręcz lawinowego zainteresowania tematyką śmierci, umierania, jak również samego procesu → żałoby [i przeżywania żalu] nie tylko w środowisku psychologów, ale także wśród pedagogów, pielęgniarek samych lekarzy. Współcześnie prowadzone są badania zarówno empiryczne, jak i kliniczne, mające pomóc zrozumieć m.in. postawy jednostki wobec śmierci, psychologiczne aspekty umierania czy też przebieg żałoby. Dzięki tanatopsychologii śmierć, która jeszcze do niedawna była traktowana jako biologiczny proces stała się przedmiotem psychologicznych rozważań (zob. ilustr. 1), a co za tym idzie zaczęto zwracać uwagę na fakt, że istotna jest otwarta i uczciwa komunikacja pomiędzy umierającym człowiekiem a personelem medycznym, członkami rodziny i innymi osobami, które są obecne w życiu terminalnie chorego pacjenta oraz zapewnienie psychologicznego → wsparcia zarówno tym którzy odchodzą, jak i tym którzy zostają z bólem po utracie bliskiej osoby.

Przedmiot badań tanatopsychologicznych

Jednym z przedmiotów badawczych tanatologii jest psychologiczny wymiar umierania. Postacią najważniejszą jest amerykańska lekarka szwajcarskiego pochodzenia Elizabeth Kübler-Ross (1926–2004), która rozmawiając i pracując z osobami umierającymi wyodrębniła i opisała w swojej książce pt. *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, pięć etapów w procesie umierania: zaprzeczanie (szok, niedowierzanie, trwa od kilku sekund do kilku miesięcy), gniew (zadawanie pytań: *dlaczego to spotyka właśnie mnie?*), targowanie się (składanie obietnic Bogu, lekarzom oraz wszystkim tym, którzy zdaniem umierającego mogą wpłynąć na jego stan → zdrowia), → depresja [i zaburzenia nastroju] (związana z upływającym → czasem i niemożliwością naprawienia popełnionych błędów oraz związana z lękiem przed nieznanym) i w końcu akceptacja (pogodzenie się z faktem o zbliżającej się śmierci). Chociaż wielu psychotanatologów akceptuje powyższe stadia to jednak badania wskazują, że przebieg powyższych etapów nie jest linearny i przebiega indywidualnie. Niektóre etapy mogą nie występować wcale, występować w zmienionej kolejności lub może następować regres do którejś z poprzednich faz. Również w zależności od → choroby niektóre fazy mogą być zdecydowanie krótsze od pozostałych albo któraś z faz może wyraźnie dominować. Kübler-Ross zarzucano również, że wyżej wymienione stadia nie opisują jedynie sytuacji śmierci, ale każdej innej → utraty w życiu człowieka.

Przedmiotem badań tanatopsychologicznych jest także przeżywanie żałoby. Chociaż wzmianki dotyczące smutku pojawiającego sie po utracie bliskiej osoby pojawiły sie juz w XVII wieku w pracy pt. *Anatomia melancholii* Roberta Burtona (1577–1640), to jednak pierwsza znacząca publikacja na ten temat Petera Marrisa (1927–2007) została ogłoszona drukiem dopiero w 1958 – była to książka pt. *Wdowy i ich rodziny*, która przedstawia zapis wywiadów przeprowadzonych z kobietami ze wschodniego Londynu po utracie męża.

Badanie zależności psychologicznych, w tym osobowościowych, → postaw wobec śmierci lub też poziomu → lęku przed śmiercią, jest również przedmiotem badań tanatopsychologicznych, a jednym z prekursorów badań nad lękiem był wspomniany już wcześniej Feifer, który wyróżnił trzy rodzaje leku przed śmiercią: świadomy, manifestujący się werbalnie; wyobrażeniowy (fantazyjny) oraz nieświadomy. W Polsce problematykę lęku przed śmiercią podejmował Antoni → Kępiński.

Tanatopsychologia zajmuje się też pomocą psychologiczną osobom umierającym i najbliższym. W ciągu ostatnich lat opublikowano wiele książek, artykułów naukowych i poradników, które traktują o tym, jak należy rozmawiać o śmierci z dziećmi, dorosłymi czy też osobami przewlekle chorymi oraz o tym jak, należy przygotowywać ludzi na odejście kogoś bliskiego. Osobne publikacje podkreślają również – tak istotny w ostatniej, terminalnej fazie choroby – me-

dyczno-opiekuńczy wymiar → wsparcia. Rozwój tanatopsychologii wpłynął w istotnym stopniu na postrzeganie osób umierających i → opiekę nad nimi. Zaczęto zwracać uwagę na konieczność podmiotowego traktowania ludzi terminalnie chorych i zapewnienia im należytej i godnej opieki aż do samej śmierci. Wraz z tanatopsychologicznym nurtem zaczęto tworzyć → hospicja stacjonarne oraz później domowe dla osób terminalnie chorych. Pierwsze z nich powstało w Londynie w 1967 dzięki brytyjskiej lekarce C. M. S. → Saunders, która uznawana jest także za twórczynię medycyny paliatywnej.

Rozwój tanatopsychologii i jej nowe nurty

W ostatnich latach ogłasza się coraz więcej publikacji poświęconych osobom niepełnosprawnym intelektualnie w kontekście śmierci, umierania i przeżywanej przez nich żałoby po śmierci bliskiej osoby. Temat, który do niedawna był tematem tabu i uznawany za niewarty uwagi – głównie z uwagi na przekonanie, że osoby te nie są zdolne do przeżywania żałoby i nie są w stanie zrozumieć zjawiska śmierci – staje się coraz powszechniejszy. Powodem zainteresowania są najnowsze badania pokazujące, że osoby o obniżonej sprawności intelektualnej przeżywają smutek po stracie bliskiej osoby w sposób podobny do osób w normie intelektualnej. Znaczenie ma również wydłużenie → długości życia tych osób, a co za tym idzie nieunikniony kontakt ze śmiercią. O ile w przeszłości ze względu na niedostateczny rozwój medycyny osoby te dożywały co najwyżej wczesnej dorosłości o tyle współcześnie bardzo często przeżywają swoich rodziców i doświadczają wtedy podwójnej straty: bliskiej osoby i najczęściej utraty dotychczasowego miejsca zamieszkania.

Współcześnie coraz więcej uwagi, głównie za sprawą tworzenia wyspecjalizowanych hospicjów dla dzieci, poświęca się postrzeganiu przez nie zjawiska śmierci. Pionierką w tej dziedzinie jest węgierska psycholog Mária Nagy (1948), która przed II wojną światową przebadała w Budapeszcie 378 dzieci w wieku 3–10 lat. Dzieci w okresie 3.–5. rok życia uważają śmierć za coś odwracalnego. Wierzą, że zmarły widzi i czuje oraz, że śmierć może spotkać tych którzy się źle zachowywali. Dzieci w wieku 6–8 lat nie przyswoiły sobie nadal doświadczenia, że śmierć jest naturalna i nieunikniona, zdają sobie jednak sprawę, że śmierć jest czymś ostatecznym i nieodwracalnym, utożsamiana jest z potworem albo szkieletem, który odbiera ludzkie życie; wiedzą, że zmarły nie oddycha, nie porusza się ani nie wykonuje innych czynności codziennych. W okresie tym dziecko może obwiniać siebie za śmierć bliskiej osoby. Od 9. r.ż. śmierć jest czymś nieodwracalnym, uniwersalnym, osobistym, dotyka każdego człowieka, ale jednocześnie jest czymś odległym i nie można jej uniknąć. Do badań Nagy powrócono w okresie rozwoju tanatopsychologii, uznając je za wyznacznik do tego w jaki sposób należy rozmawiać o śmierci z dziećmi. Współcześnie podkreśla się nie tylko konieczność szczerej z nimi rozmowy dostosowanej do ich potrzeb i wieku. Wskazuje się też na konieczność uczestnictwa w odchodzeniu bliskiej osoby i czynnościach pogrzebowych, co ma ułatwić dziecku przeżycie żałoby.

Kolejnymi prężnie rozwijającymi się są badania interdyscyplinarne – z pogranicza takich nauk, jak: filozofia, religioznawstwo, teologia, kulturoznawstwo i psychologia – które ustalają zależności występujące w procesie umierania pomiędzy wyznawaną religią a postawą wobec śmierci czy też analizują wpływ rytuałów pogrzebowych na przeżywanie żałoby. W ostatnich kilkunastu latach prężnie zaczęły rozwijać się badania z pogranicza neuropsychologii i medycyny, badające stany świadomości osób przebywających w śpiączce z syndromem apallicznym, w stanie wegetatywnym.

Coraz większe zainteresowanie budzą także badania poświęcone doświadczeniom zbliżającej się śmierci NDE (ang. *near death experiences*), przeżywanym osoby w rozmaitym wieku, wyznaniu, narodowości czy wykształceniu, które były bliskie śmierci lub w stanie śmierci klinicznej. Badania w tym zakresie prowadzone były w Stanach Zjednoczonych a zapoczątkowali je Kübler-Ross oraz Raymond Moody (1944–). Z badań tych wynika, że ludzka świadomość może funkcjonować przez jakiś czas po ustąpieniu pracy mózgu, czego dowodem maja być osoby, które po przeżyciu śmierci klinicznej opowiedziały o tym, co się z nimi działo. Istotnym jest, że wiele elementów, takich jak: doświadczenie przebywania poza ciałem, uczucie błogości i miłości, spotkanie ze zmarłymi krewnymi czy tez przechodzenie przez jasny tunel, powtarzało się w relacjach badanych osób.

HG

B: Blackman, 2003; Feifel, 1959; Grzesiak, 2012; Kastenbaum, 1972; Kübler-Ross, 1979, 1996; Makselon, 2005; Marris, 1958; Mesjasz, 2010; Moody, 2000; Nagy, 1948; Steuden, Tucholska, 2009; Walden-Gałuszko de., Kaptacz, 1996; Zych, 2013.
N: Gawriłowa, 2015 – Internet: http://modern-j.ru…
O: edukacja tanatologiczna, śmierć, tanatopedaagogika, umieranie – stadia umierania.
S: psychotanatologia.

TK: ang. *thanatopsychology* / *thanato-psychology* / *tanato-psychology*, fr. *thanatopsychologie*, hiszp. tanatopsicología, niem. *Thanatopsychologie* / *Thanato-Psychologie* / *Thanato-psychologie*, ros. *танатопсихология*.

Tarnawski Apolinary (1851–1943)

polski lekarz, krzewiciel przyrodolecznictwa, dietetyki, ruchu, higieny i wstrzemięźliwości, prekursor → gerohigieny i → higieny wieku starczego (gerokomii), założyciel i właściciel zakładu przyrodoleczniczego w Kosowie. Urodzony na ziemi przemyskiej, studia medyczne odbył na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie (1871–77). Jego pierwszym miejscem pracy był Szpital Główny we Lwowie. Tu pracował przez cztery i pół roku. W tym okresie w czasie urlopów dorabiał jako lekarz zdrojowy w Żegiestowie, Morszynie i Wysowej. Prawdopodobnie już wówczas zapragnął utworzyć własny zakład przyrodoleczniczy. Zdawał sobie jednak sprawę, że realizacja tego przedsięwzięcia wymagała posiadania niemałego kapitału, którym niestety nie dysponował. Od roku 1883 był lekarzem kolejno w Borszowie i Jaworowie, a od 1888 w Kosowie. Kiedy podjął zatrudnienie w Kosowie coraz bardziej zaczęły dokuczać mu dolegliwości żołądkowe, których nabawił się w czasie studiów. Leczenie w kraju nie dawało skutecznych rezultatów i dlatego zdecydował się podjąć kurację w zakładzie wodolecznictwa niem. naturalisty i hydroterapeuty ks. Sebastiana Kneippa (1821–1897) w Wörishofen w Niemczech. Specyfika tego leczenia polegała przede wszystkim na zdrowym odżywianiu się. Po odbyciu kuracji, w znacznie lepszym stanie → zdrowia powrócił w 1891 do Kosowa. Doświadczenia nabyte w Wörishofen postanowił wykorzystać we własnej praktyce lekarskiej. Odniesione sukcesy skłoniły go do podjęcia starań o realizację życiowych zamierzeń i stworzenia własnego, niewielkiego zakładu przyrodoleczniczego właśnie w okolicach Kosowa. Wybór Kosowa był nieprzypadkowy. Rejon ten oprócz malowniczego położenia charakteryzował się specyficznym mikroklimatem. Trudno powiedzieć od kiedy zakład rozpoczął oficjalnie przyjmować kuracjuszy. Było to z całą pewnością przed 1895. Na leczenie A. Tarnawski przyjmował początkowo tylko kilkunastu pacjentów. Z powodu braku środków finansowych w dalszym ciągu pracował na etacie lekarza powiatowego, a po pracy czuwał niemal nad wszystkimi sprawami medycznymi i administracyjnymi w swoim zakładzie. W prowadzeniu zakładu pomagała mu żona, która była jednocześnie kucharką i pokojową. Ciągłe oszczędzanie i wyczerpująca praca sprawiły, że znowu pogorszył się jego stan zdrowia. W 1896 wyjechał na leczenie do niem. zakładu przyrodoleczniczego dr Johanna Heinricha Lahmanna (1860–1905) do Weißer Hirsch pod Dreznem. Tu leczenie sprowadzało się głównie do podawania pacjentom jarskich dań. Po powrocie do Kosowa A. Tarnawski postanowił również te doświadczenia włączyć do własnej praktyki lekarskiej. Nieoczekiwanie wsparcie w swoich działaniach sanatoryjnych znalazł Tarnawski u miejscowego proboszcza, a jednocześnie przyjaciela ks. Juliana Łukaszkiewicza (1857–1937), który na cele sanatoryjne podarował A. Tarnawskiemu budynek mieszkalny w miejscowości Smodna k. Kosowa. Leczenie w sanatorium musiało trwać minimum 6 tyg., było płatne i sprowadzało się wykorzystania naturalnych darów przyrody, dlatego stosowano tam zabiegi wodne, kąpiele słoneczne i powietrzne, organizowano wspólną gimnastykę oddechową i leczniczo-sprawnościową oraz pracę fizyczną i wycieczki. Kuracjuszom nie wolno było w czasie pobytu w zakładzie pić kawy, alkoholu, mocnej herbaty, palić papierosów. Jednym ze sposobów leczenia była też głodówka. Wszyscy przebywający w zakładzie otrzymywali zdrowe, jarskie posiłki. Wieczorami odbywały się pogadanki promujące zdrowy → styl życia i higienę. Na czas I wojny światowej (do 1922) zakład zawiesił swoją działalność. Na krótko przed wybuchem II wojny światowej A. Tarnawski podjął próbę otwarcia drugiego zakładu. Te plany zniweczył wybuch wojny. Do Kosowa weszli Sowieci, zaś A. Tarnawski z rodziną wyjechał z Kosowa i wraz z Armią Andresa dotarł na Bliski Wschód i tam doczekał końca wojny. [Pod koniec życia pracował nad swoim *opus magnum*, w postaci monografii *Higiena starości i starzenia się* (A. Tarnawski, 1980) – przyp. red.]. Zmarł w Jerozolimie w 1943. Był członkiem organizacji wychowania narodowego „Eleusis". Zostawił po sobie kilka publikacji, w których spisał promowane przez siebie zasady zdrowego stylu życia (A. Tarnawski, 1909, 1937). Podczas VIII Zjazdu Balneoklimatologów w Szczawnicy w 1972 Apolinary Tarnawski został uznany za prekursora przyrodolecznictwa w Polsce. Odpowiedni tryb życia połączony z umiejętnym wykorzystywaniem darów natury miał wg A. Tarnawskiego pomagać w unikaniu → chorób, zachowaniu zdrowia i dożycia późnej → starości. Jego system troski o zdrowie okazuje się nadal aktualny. Zdrowy sposób odżywiania, troska o higienę otoczenia i osobistą, zapewnienie aktywnego trybu życia i przynajmniej podstawowej dawki ruchu są kluczem do tego, by każdy człowiek zachował na długi czas za-

równo → zdrowie fizyczne, jak i → zdrowie psychiczne (zob. Stawiak-Ososińska, Wilczak, 2014).

MS-O

B: Stawiak-Ososińska, Wilczak, 2014; Tarnawska-Busza, 1984; A. Tarnawski, 1909, 1937, 1980; W. Tarnawski, 1966.
N: http://archiwum.rp.pl/…

technika wstawania po upadkach (nauka wstawania po upadkach)

– pomaga osobom starszym, które doświadczyły wcześniej → upadku, pokonać lęk przed kolejnym upadkiem i przed tym, że nie będą wstanie wstać samodzielnie z podłogi. Lęk ten często powoduje ograniczenie ich → mobilności, co w efekcie może powodować znaczny spadek → sprawności funkcjonalnej. Do oceny poziomu lęku służy Międzynarodowa Skala Lęku przed Upadkiem (ang. *Falls Efficacy Scale International*, zob. Alghwiri, Ehitney, 2012), w której pacjent musi określić, jak bardzo martwi się możliwością upadku podczas wykonywania takiej czynności, jak: ubieranie i rozbieranie się, kąpiel lub prysznic, siadanie i wstawanie z krzesła, wchodzenie i schodzenie ze schodów, sięganie po coś nad głowę lub na podłodze, wchodzenie po pochyłości lub schodzenie z niej, wychodzenie na spotkanie towarzyskie. Nauka wstawania po upadkach pozwala poznać strategię radzenia sobie podczas takiego zdarzenia i dostosowanie wariantów postępowania w zależności od miejsca, w którym wydarzy się upadek.

AMB

B: Alghwiri, Whitney, 2012.
O: upadki, wielkie zespoły geriatryczne, zaburzenia równowagi.
TK: ang. *technology stand up after falls*, fr. *technique se lever après une chute*, hiszp. *tecnología de levantarse después de las caídas*, ros. *технология встать после падения*.

nauka wstawania po upadkach → technika wstawania po upadkach

techniki obrazowania mózgu

Miniony XX wiek i obecne XXI stulecie to okres niezwykle dynamicznego postępu w **technikach obrazowania mózgu**, które umożliwiają ocenę morfologiczną i czynnościową mózgu. Opracowywane są konkurencyjne metody badania mózgu, spośród których najważniejsze to obrazowanie rezonansem magnetycznym, → tomografia komputerowa (TK), funkcjonalny rezonans magnetyczny, scyntygrafia emisyjna pozytonowa (ang. *positron emission tomography* – PET) i komputerowa tomografia emisyjna pojedynczego fotonu (ang. *single photon emission computerised tomography* – SPECT).

Technika obrazowania rezonansem magnetycznym (zob. fot. 1) stanowi ważne narzędzie w diagnostyce → chorób neurologicznych. Do dzisiaj postrzegana jest jako podstawowe badanie ośrodkowego układu nerwowego, bo dokładniejsze uzupełnienie tomografii komputerowej. Jest wynikiem pionierskich prac późniejszych noblistów: Isidora Isaaca Rabiego (1898–1988), Felixa Blocha (1905–1983) i Edwarda Millsa Purcella (1`912–1997) oraz ich współpracowników w latach 40. minionego stulecia. Jednak od odkrycia zjawiska NRM –nuklearnego rezonansu magnetycznego (ang. *nuclear magnetic resonance* – NMR), musiały upłynąć kolejne dekady zanim w roku 1973 Paul Charles Lauterbur (1929–2007) wykonał pierwsze zdjęcie NRM, a w 1974 Sir Peter Mansfield (1933–) opracował matematyczny algorytm do szybszego uzyskiwania lepszej jakości obrazu w praktyce klinicznej (Tress, Desmond, 1998, Suetens, 2009).

Badanie obrazowe nie jest lub jest w niewielkim stopniu inwazyjne i istotnie poszerza oraz ułatwia diagnostykę narządu. Dzięki dobrej rozdzielczości liniowej i kontrastowej otrzymuje się zdjęcia pozwalające na analizę wielu anatomicznych szczegółów, cały zakres dokładnych przekrojów, także przestrzenną rekonstrukcję badanego narządu. Techniki obrazowania mózgu umożliwiają diagnostykę wad rozwojowych (np. zespołu Arnolda-Chiariego, choroby Bourneville'a-Pringle'a, nerwiakowłókniakowatości itp.). Wykorzystywane są w badaniu po urazach czaszkowo-mózgowych, chcąc ocenić rodzaj, wielkość i lokalizację ogniska urazowego. Stosuje się, szczególnie TK, do wykluczenia ewentualnych złamań, pęknięć, wgłobień kości, odmy czaszkowej, krwawień wewnątrzczaszkowych czy obecności ciał obcych. Techniki obrazowania mózgu pozwalają na rozpoznanie wstrząśnienia i stłuczenia mózgu. W chorobach naczyniowych mózgu umożliwiają ocenę stanu mózgowia i kondycji jego unaczynienia. Stosuje się je do rozpoznania niedokrwienia i zawału mózgu, krwotoków mózgowych i wad naczyniowych. Techniki obrazowania mózgu umożliwiają rozpoznanie i różnicowanie guzów, a także lokalizację przerzutów nowotworowych – najczęściej spotykanych guzów szczególnie u ludzi starszych (zob. Gołębiowski, Walecki, 2005). Obrazowanie mózgu staje się standardem przy diagnostyce → otępienia. Jego celem jest wy-

kluczenie odwracalnych po interwencji neurochirurgicznej przyczyn otępienia, np. guza mózgu bądź wodogłowia normotensyjnego (Sobów, 2010). Pozwala na ocenę zaawansowania procesów neurodegeneracyjnych i zaniku mózgu wykraczających poza fizjologiczny proces → starzenia się.

AB, KK-B

B: Gołębiowski, Walecki, 2005; Sobów, 2010; Suetens, 2009; Tress, Desmond, 1998;.

N: http://www.citomed.pl…

O: skanowanie PET, tomografia komputerowa.

TK: ang. *brain imaging techniques*, fr. *techniques d'imagerie cérébrale*, hiszp. *técnicas de imagen cerebral*, niem. *Bildgebende Verfahren in der Gehirnforschung*, ros. *методы визуализации головного мозга*.

technofobia

– jest formą irracjonalnego lęku przed techniką i urządzeniami technicznymi, m.in. przed komputerami, czy telefonami komórkowymi. **Technofobia** [od grec. słów: *τέχνη* [techne] – kunszt, sztuka, technika, i *φόβος* [fobos] – lęk – przyp. red.] przejawia się antropomorfizowaniu maszyn i przypisywaniu im negatywnego wpływu na człowieka. Sprawczość technologii przejawia się także postrzeganiu jej jako narzędzia kontroli nad naszym → życiem. Odpowiada więc ona zdaniem wielu za inwigilację, kontrolę i rejestrowanie działań ludzi, sprawiając, że staje się totalna i wszechobecna. Źródeł technofobii należy upatrywać w postrzeganiu urządzeń technicznych, które dla wielu osób stanowią niezrozumiałe i tajemnicze przyrządy, których obsługa dodatkowo sprawia wiele kłopotu. Technofobia szczególnie widoczna może być u osób starszych, które nie radzą sobie z obsługą nowinek technicznych, przypisując im nadmierną rolę w naszym życiu.

MS

B: Szpunar, 2006, 2011, 2012 a.

N: http://omvblog.com/blog…

O: eutyfronika, gerontotechnologia, socjalizacja technologiczna, zaburzenia lękowe.

S: strach przed nowoczesnością.

TK: ang. *technophobia*, fr. *le* [*néologisme*] *technophobie*, hiszp. *la tecnofobia*, niem. *Technophobie*, ros. *технофобия*.

telegeriatria

– jest świadczeniem → opieki medycznej starszym pacjentom odległość, a nie jak dotychczas było całodobowo na oddziale szpitalnym. Rozwój telegeriatrii w najbliższych latach może skompensować prognozowaną niewydolność służby zdrowia w tradycyjnym, stacjonarnym modelu opieki. Wzrost liczby pacjentów w wieku 60+ prowadzi do → geriatryzacji opieki zdrowotnej, co z kolei wymusza na placówkach zdrowia rewizję profilów specjalizacyjnych zatrudnionego personelu (Doroszkiewicz, 2005), np. w Wielkiej Brytanii opracowane zostały standardy, zgodnie z którymi minimum 2 lekarzy geriatrów jest niezbędnych do zapewnienia opieki dla 100 tys. pacjentów. W warunkach polskich oznaczałoby to, że aby zapewnić optymalną → opiekę geriatryczną potrzebnych byłoby 760 geriatrów w skali kraju. Aktualne jest ich około 150, przy czym większość z nich nie jest zatrudniona w opiece geriatrycznej (Bień, 2012). Telegeriatria umożliwi zwiększenie liczby świadczeniobiorców i zakresu realizowanych badań przy istniejącym deficycie wyspecjalizowanego personelu medycznego i okrojonych funduszach.

Proces wdrażania telegeriatrii na kolejnych swoich etapach zmienia stosunek ponoszonych kosztów i uzyskiwanych zysków przez poszczególnych odbiorców (państwo, personel medyczny, pacjenci wraz z → rodzinami). We wstępnej fazie rozwoju infrastruktury informatycznej, koszty, szczególnie ekonomiczne, ponosi państwo. Jednocześnie z każdą prawidłowo „zsieciowaną" placówką odnotowuje się osiągnięcia zarówno w wymiarze ekonomicznym, jak i w obszarze dbania o interes własnego społeczeństwa, tj. obywateli w → wieku poprodukcyjnym: → seniorów, korzystających z opieki medycznej, obywateli w → wieku produkcyjnym, których kariery wymagające → czasu i → mobilności wykluczają dyspozycyjność dla starzejących się rodziców. Łącze internetowe i interoperacyjny system z intuicyjnymi aplikacjami niemal od razu skutkują zwiększeniem efektywności świadczeń przy konkretnych oszczędnościach w ilości personelu i nakładów pieniężnych koniecznych do obsługi pacjenta leżącego na oddziale szpitalnym.

Telegeriatria, będąc platformą integrującą społeczność specjalistów, ułatwi rewizję standardów w opiece geriatrycznej. → Wielochorobowość, wielolekowość i → polipragmazja komplikują diagnozę i przebieg leczenia w okresie → starości. Stąd czas praktyki i kumulacja doświadczenia zawodowego zwiększają trafność rozpoznania. Platforma umożliwiająca geriatrom telekonsultacje i budowanie e-bazy studiów przypadków jest interesującym i wygodnym narzędziem w rozwoju zawodowym lekarza i ułatwieniem w praktyce klinicznej. Pozwala szybko i efektyw-

nie zintegrować wiedzę, wyeliminować niewłaściwe, bo nieskuteczne praktyki i opracować standardy jeszcze lepszej opieki nad pacjentem. Jedna platforma pozwoli zintegrować, a tym samym podnieść efektywność działań i jakość usług ludzi zaangażowanych w niesienie pomocy seniorowi. Jedna platforma może stanowić miejsce kooperacji lekarzy, pielęgniarek, terapeutów, farmaceutów, opiekunów (np. dorosłych dzieci ekonomicznie wspierających starzejących się rodziców), firm ubezpieczeniowych i innych instytucji i osób upoważnionych do wglądu w dane zdrowotne seniorów (zob. Shea i współprac., 2005). Z pomocą najnowszych aplikacji telegeriatria staje się e-asystentem, który śledzi symultanicznie dane biometryczne pacjenta, proces decyzyjny lekarza i jego skutki. E-raporty służą analizie pracy specjalistów w sytuacji trudnej, jaką jest stan zagrożenia → życia lub → zdrowia pacjenta. Ukierunkowują, które spośród kompetencji zawodowych wymagają dalszego treningu u *białego personelu*, by poprawić jakość ich pracy. W codziennej praktyce telegeriatria oszczędza czas lekarzy poprzez stały telemonitoring biometryczny pacjentów geriatrycznych, zautomatyzowanie rutynowych procedur (e-zlecenia badań kontrolnych, e-recepty na leki stale przyjmowane przez pacjentów). Korzyści dla pacjentów i ich rodzin, jakie daje telegeriatra, są również liczne, np. teleneurologia, szczególnie → teleopieka poudarowa (ang. *telestroke services*), redukują do minimum czas niezbędny do udzielenia pomocy pacjentowi. Wiadomo, że pierwsze trzy godziny po wylewie są krytyczne, a udzielona w tym czasie pomoc, rokuje szybsze i lepsze zdrowienie chorego. Telegeriatra gwarantuje szybkie rozpoznanie i niezwłoczną interwencję, np. teleaplikację leku. W kolejnych etapach zdalne leczenie i rehabilitacja redukują koszty związane z całodobowym pobytem pacjenta w placówkach pomocowych, czy jego dojazdami do ośrodków → rehabilitacji i podnoszą komfort życia pacjenta uzyskującego wysokiej jakości świadczenia we własnym domu.

Telegeriatria sprzyja podnoszeniu aktywności własnej pacjenta w procesie leczenia. Teleaplikacje nawigują go i instruują w samodzielnym zarządzaniu → chorobą. Pacjent geriatryczny otrzymuje codziennie alerty związane z konkretnymi procedurami, np. porą i dawką leku koniecznego do przyjęcia, ćwiczeniami do zrealizowania. Bycie *online* gwarantuje mu teleobecność i → wsparcie znaczących Innych, np. telekonsultacje z lekarzem prowadzącym, e-kontakt z innymi pacjentami cierpiących na tę samą → chorobę przewlekłą.

Sukces telegeriatrii zależy od zakresu adaptacji seniorów do informatyzacji sektora zdrowia. Klasyczne już badania z lat 90. XX stulecia dowiodły, że ludzie starzy chętnie sięgają po technologię, która jest dostępna, łatwa w użyciu i dostosowana konkretnie do ich potrzeb (zob. Mallenius, Rossi, Tuunainen, 2007 – Internet: http://classic.marshall.usc…). → Kohorta urodzeniowa z określonym bagażem doświadczeń historycznych i kulturowych może stymulować lub hamować otwartość na nowe technologie. Jednak nie stanowi czynnika krytycznego dla adaptacji technologicznej seniorów. Bardziej istotne od → wieku chronologicznego (kalendarzowego) mogą być uwarunkowania zdrowotne, szczególnie w sferze psychofizycznej, np. sprawność wzroku, koordynacja motoryczna, sprawność dłoni, koncentracja i → pamięć świeża, które wpływają na zakres, w jakim osoba stara może używać urządzenie o określonej wielkości, wadze, stopniu trudności interfejsu etc.

W roku 1927 Francis Ward Peabody (1881–1927) podkreślał, że „leczenie choroby może być całkowicie bezosobowe, zaś opieka nad pacjentem musi być całkowicie osobista" (Rosenthal, Williams, Naughton, 2009, s. 3), ten standard przemija wraz z ekspansją telegeriatrii. Powstaje wątpliwość, na ile bezosobowa forma tele-interwencji w obszarze diagnozy, leczenia, konsultacji, → poradnictwa i edukacji sprzyjać będzie funkcjonalnej autonomii seniorów redukując ich poczucie zależności?, a na ile będzie subtelnym zabiegiem ich technologicznego uprzedmiotowienia? Problem dotyka oceny stopnia, w jakim zdalny proces anonimowego nadzorowania stanu zdrowia stanowi zysk, a w jakim stratę dla starzejącego się społeczeństwa. Już dzisiaj słychać krytyczne głosy, że pozostawienie starego człowieka w zamkniętym „inteligentnym" pomieszczeniu jest przejawem nowego zjawiska –jego telemarginalizacji.

Rodzi to nowy dylemat etyczny: czy telegeriatria jest nadal formą udzielania pomocy i opieki medycznej, czy jedynie wysoce stechnicyzowanym i efektywnym procesem realizacji interwencji medycznych?

AB

B: Bień, 2012; A. Błachnio, 2015; Doroszkiewicz, 2005; Rhodes, Sanders, 2014; Rosenthal, Williams, Naughton, 2009; Shea i współprac., 2005.

N: Mallenius, Rossi, Tuunainen, 2007 – Internet: http://classic.marshall.usc…

O: geriatria, telemedycyna, teleopieka, telezdrowie a starzenie się.

TK: ang. *tetelegeriatrics* / *tele-geriatrics*, fr. *télégériatrie*, hiszp. *telegeriatría*, niem. *Telegeriatrie*, ros. *телегериатрия*.

telemedycyna
– jest definiowana jako użycie technologii informatycznych i telekomunikacyjnych celem świadczenia pomocy medycznej w sytuacji, w której pacjent i lekarz znajdują się w dwóch, często odległych, lokalizacjach (Darkins, 2010, Tanski, Pines, 2014). Podobnie wyjaśnia to pojęcie Amerykańskie Stowarzyszenie Telemedycyny (*American Telemedicine Association*) jako „zastosowanie wymiany informacji medycznych między dwiema stronami – lekarzem a pacjentem – przy użyciu elektronicznych komunikatów w celu poprawy stanu → zdrowia pacjenta" (http://www.americantelemed.org/home). Najprostsza i najkrótsza definicja to praktykowanie medycyny na odległość (Webb, 2012). Przez telemedycynę wiele świadczeń medycznych jest dostępnych bezpośrednio w domu pacjenta i to w czasie rzeczywistym, co stanowi jej niewątpliwy walor. Takie rozwiązania są szczególnie atrakcyjne dla osób fizycznie niesprawnych i/lub geograficznie i ekonomicznie wykluczonych, np. mieszkańców terenów wielskich. Dla ogółu pacjentów i ich → rodzin, postęp telemedycyny, oznacza poprawę jakości świadczeń.
Historycznie pierwsze, udokumentowane przykłady praktykowania telemedycyny wiążą się z użyciem telefonu. W roku 1905 Willem Einthoven (1860–1927) wykorzystał telefon stacjonarny do przekazania wartości elektrokardiogramu ze szpitala do oddalonego o 1,5 km laboratorium. Wraz z rozwojem technologii, obok dźwięku zaczęto przesyłać również obraz. W 1967 na Lotnisku Logana w Bostonie zrealizowano interesujący projekt telemedyczny. Poza godzinami szczytu, dyżur medyczny pełniła pielęgniarka i zdalnie lekarz, który fizycznie był w Szpitalu Massachusetts (Massachusetts *General* Hospital) w Bostonie, w odległości ponad 11 km od lotniska. Badania pacjentów przeprowadzał zdalnie, komunikując się z nimi przez mikrofon i łącze wideo, z obrazem przekazywanym na 17-calowy monitor telewizyjny. W trakcie trwania projektu przebadano 1000 pacjentów, którzy pozytywnie ocenili jakość diagnozy za pośrednictwem telefonu. Udowodniono, że telediagnoza ma zastosowanie do zdecydowanej większości przypadków, bo jedynie 2% z przebadanych pacjentów wymagało fizycznej obecności lekarza (Wiesmann, Draghic, Pranger, 2008). Dziś rozwój Internetu i zaawansowane nośniki danych sprawiają, że telemedycyna przekracza ograniczenia nie tylko odległości, ale czasu, ilości i zakresu przekazywanych informacji. W czasie rzeczywistym przekazuje się nieograniczoną ilość danych, w tym obrazy o wysokiej rozdzielczości, tabelaryczne i graficzne analizy danych historycznych, bieżących oraz prognozy. Internet nie tylko uprościł komunikację, ale zwiększył szybkość i skuteczność wielu różnego typu transakcji, np. e-płatności (zob. Shea i współprac., 2005).
W Europie telemedycyna ma wymiar transgraniczny tworząc unijny rynek świadczeń zdrowotnych. W obszarze medycyny, zastosowane innowacje technologiczne podniosły jakość świadczeń, zmodernizowały procedury, ich zakres, cenę i dostępność. Turystyka medyczna pacjentów nabiera intensywności. Konkurencja, przepływ informacji i pieniędzy stwarzają alternatywę szczególnie dla ekonomicznie uprzywilejowanych petentów z krajów, w których nadal oczekuje się w kolejce na realizację niektórych świadczeń. Internet stał się narzędziem do wymiany informacji o jakości i zakresie pomocy medycznej, do edukacji o zdrowiu, do zakupu farmaceutyków.
Teleoferta sektora zdrowia jest na tyle wieloaspektowa, że obok terminu telemedycyna, stosuje się wiele innych kategorii, np. → telezdrowie (ang. *telehealth*), → teleopieka (ang. *telecare*), teleopieka zdrowotna (ang. *telehealthcare*), mobilne zdrowie (ang. *mobile health* i/lub wersja skrócona *mHealth*), zdrowie w domu (ang. *home health*), e-zdrowie (ang. *eHealth*), zdrowie w łączności (z ang. *connected health*), bezprzewodowe zdrowie (ang. *wireless health*). Przedrostek „tele" łączy się z nazwami dziedzin medycznych, jak np. telepsychiatria, telerehabilitacja, → telegeriatria. Wszystkie wymienione zdalne usługi adresowane są do pacjenta i/lub sektora zdrowia, i stanowią alternatywę dla kosztownych i uciążliwych tradycyjnych form świadczeń zdrowotnych (Webb, 2012, Fishkind, Cuyler, 2013). Telemedycyna podnosi jakość opieki medycznej komunikując bezpośrednio świadczeniodawcę (np. lekarza) ze świadczeniobiorcą (z pacjentem) bez względu na ich wzajemną odległość, → bariery architektoniczne czy ograniczenia → mobilności chorego. Niepotrzebne stają się specjalistyczny środki transportu i/lub obecność opiekuna. Teleinterwencje oszczędzają czas. Umożliwiają częste i regularne „kontrole" większej liczbie pacjentów, nadzorowanie stanu ich zdrowia w rzeczywistym czasie, a w sytuacji zagrożenia zdrowia i życia niezwłoczną pomoc. W → opiece paliatywno-hospicyjnej i terminalnej, gdy przy łóżku chorego dyżuruje pielęgniarka i/lub członek → rodziny, telemedycyna stwarza pomost z lekarzem prowadzącym, by na bieżąco minitorując stan chorego, efektywnie uśmierzać jego ból.
Telemedycyna, w sektorach zdrowia i → pomocy społecznej, proponuje innowacyjne rozwiązania przeciwdziałające fragmentaryzacji opieki zdrowotnej.

Sprzyja realizacji postulatów „żelaznego trójkąta opieki zdrowotnej" przez: zwiększanie jakości świadczeń medycznych, poszerzanie ich dostępności, a w perspektywie lat zaplanowaną redukcję kosztów (Burns, D'Aunno, Kimberly, 2004). Telemedycyna ma zastosowanie na każdym etapie leczenia pacjentów ułatwiając komunikację całych zespołu specjalistów prowadzących pacjenta (telekonferencje, superwizja i teleedukacja). Optymalizuje proces zarządzania rekordami medycznymi, co bezpośrednio poprawia organizację i czas przepływu pacjentów w placówkach służby zdrowia. Tymczasem możliwości, które daje są dużo większe.

Rozwój i implementacja telemedycyny zachodziły stopniowo. Na początku technologia informacyjna wykorzystywana była głównie do usprawnienia procedur, optymalizacji przepływu informacji, zwłaszcza w zakresie polis ubezpieczeniowych i płatności. Następnie rozwijano aplikacje do zarzadzania rejestrami pacjentów (e-rejestracja, e-kartoteki). Elektroniczna kartoteka pacjenta umożliwia zdalne przepisywanie lekarstw, procedur diagnostycznych i interwencji klinicznych. Jej znaczenie w telemedycynie rośnie, szczególnie dzięki użyciu aplikacji z zakresu sztucznych inteligencji. E-kartoteka z biernego sprawozdania co i jak lekarz zadecydował w procesie diagnozy i leczenia, staje się aktywnym narzędziem, które nawiguje i podpowiada lekarzowi zalecane procedury. Dostępne są już aplikacje, które śledzą na bieżąco wartości realizowanych stale pomiarów biometrycznych, zestawiają je z danymi historycznymi pacjenta i ogólną wiedzą lekarską, tworzą prognozy zmian w procesie leczenia i rehabilitacji, a wybrane raporty udostępniają zdalnie wszystkim członkom zespołu – innym lekarzom specjalistom, pielęgniarkom, rehabilitantom czy członkom rodziny (Goldsmith, 2005).

Podstawowy zasób telemedycyny stanowi możliwość zdalnej kontroli funkcji życiowych pacjentów, zwłaszcza tych z grup wysokiego ryzyka, np. systemy alarmujące o zatrzymaniu pracy serca, o zatrzymaniu oddechu. Telemonitoring biometryczny może objąć opieką zdecydowanie większą liczbę pacjentów w ich domach w rzeczywistym czasie w porównaniu z tradycyjną procedurą ich hospitalizacji. W ten sposób szpitale obniżają koszty przy jednoczesnym podniesieniu efektów leczenia, a pacjenci zyskują wysokiej jakości, stałą opiekę medyczną bez kolejek. Ta zmiana jest przełomowa, szczególnie dla → seniorów cierpiących na ostry zespół wieńcowy i przewlekłą → chorobę niedokrwienną serca, → cukrzycę, → astmę [oskrzelową], → przewlekłą obturacyjną chorobę płuc czy → chorobę Alzheimera. Raporty z wstępnych badań nad skutecznością telemedycyny wykazują obniżenie się symptomów → depresji [i zaburzeń nastroju] e-pacjentów oraz wzrost subiektywnych miar → jakości życia. Ponadto w gronie tych pacjentów znacząco spada liczba koniecznych interwencji na pogotowiu czy pobytów w szpitalu (Tanski, Pines, 2014). Zyski ekonomiczne, jakie płyną z przesunięcia świadczeń medycznych w wymiar wirtualny, nie są pozbawione dylematów etycznych.

Zalety telemedycyny są oczywiste, a dostęp do niej na rynku usług medycznych systematycznie wzrasta, np. *Intr@Med* – Sieć Medyczna dla medycyny krajów basenu Morza Śródziemnego, *Multidisciplinary Approach in Cancer Registry and Telemedicine Services*, *NeuroWeb* – oparty o sieć internetową system dla chorób naczyń mózgowych, *Telediabetology* i *DIABESITY 2.0*. Jednak rzetelna ocena wpływu telemedycyny na jakość życia pacjenta, z postulatywnej stanie się wartością mierzalną dopiero po zakończeniu informatyzacji sektorów zdrowia w skali państwa, Unii Europejskiej (UE), a docelowo całego globu. Do tego czasu konieczne jest rozwiązanie wielu istotnych problemów.

Pierwszy – to niezbędne inwestycje na informatyzację sektora zdrowia, których sukces obarczony jest typowym dla świadczeń zdrowotnych wysokim współczynnikiem ryzyka. Wynika on z konieczności sprostania wielu wyzwaniom, takim jak: złożoność sektora zdrowia, zmienność warunków świadczenia usług wypływająca z dokonywanych w czasie rzeczywistym korekt w procedurach o indywidualne potrzeby klienta po to, by uzyskać zamierzony pozytywny wynik interwencji, kolizja obszarów odpowiedzialności specjalistów w procesie leczenia pojedynczego pacjenta, itp.

Następny problem – to digitalizacja danych medycznych, która wymaga potężnych zasobów pamięci, udostępnianych przez najbardziej zaawansowaną technologię (por. ilustr.1), przy maksymalnie prostym interfejsie wykorzystywanych aplikacji. Skomplikowane i/lub zminiaturyzowane urządzenia wykorzystywane w telemedycynie muszą być proste i intuicyjne w obsłudze. Wymóg ten stwarza specyfika grupy docelowej użytkowników: lekarzy, pielęgniarek, rehabilitantów czy samej społeczności pacjentów, których poziom kompetencji informacyjno-technologicznych [IT], zwykle nie przekracza podstawowego.

Kolejne problemy mają naturę techniczną i obejmują deficyty w zakresie: 1) standardów łączenia niezintegrowanych systemów informatycznych przy wspomnianej już fragmentacji rynku usług medycznych;

2) wytycznych i norm rozstrzygających kwestie prawne, etyczne, kliniczne i techniczne związane z różnymi aspektami użytkowania dostępnych świadczeń telemedycznych, zwłaszcza w aspekcie odpowiedzialności za dane wrażliwe i ich poufność; 3) praktycznych przewodników i przykładów „dobrych praktyk" w zakresie domowych rozwiązań telemedycyny i telezdrowia (Koch, 2005, Hendry, 2014).

W Polsce rozwój telemedycyny rozpoczął się w 2008 zainicjowaniem „Programu Informatyzacji Ochrony Zdrowia". Umocowaniem prawnym jest Ustawa z 28 IV 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia. Instytucje odpowiedzialne to: Ministerstwo Zdrowia i powołane przez nie Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ). Obserwowane w kraju zmiany, choć w wymiarze lokalnym wzbudzają zrozumiały aplauz i uznanie dla nowych technologii, nadal są niewystarczające dla zbudowania jednego integralnego systemu telemedycyny. Udostępniony w 2013 raport Najwyższej Izby Kontroli (NIK) negatywnie ocenił tempo i zakres informatyzacji ochrony zdrowia. Zidentyfikował zaniedbania w sferze właściwego zarządzania przepływem informacji, niewystarczający nadzór działań lokalnych oraz brak dbałości o integralność i kompatybilność kupowanych rozwiązań informatycznych (Raport NIK: *Informatyzacja…*, 2013). Zakończone realizacje projektów telemedycznych w kraju pokazały, że wprowadzone systemy zaprojektowano pod konkretne placówki i /lub działania bez dbałości o ich wzajemną przyszłą kompatybilność i/lub interoperacyjność w zakresach – państwowym, międzynarodowym i globalnym.

AB

B: Burns, D'Aunno, Kimberly, 2004; Darkins, 2010; Fishkind, Cuyler, 2013; Goldsmith, 2005; Koch, 2005; Shea i współprac., 2005; Tanski, Pines, 2014; Webb, 2012; Wiesmann, Draghic, Pranger, 2008.

D: Raport NIK: *Informatyzacja…*, 2013; Ustawa z 28 IV 2011 r.

N: https://pl.wikipedia.org/wiki/Telemedycyna; http://www.americantelemed.org…; *NIK o informatyzacji…*, 2013 – Internet: https://www.nik.gov.pl/aktualnosci…

O: starzenie się, telegeriatria, teleopieka, telezdrowie a starzenie się.

S: medycyna na odległość.

TK: ang. *telemedicine*, fr. *la télémédicine*, hiszp. *la telemedicina*, niem. *die Telemedizin*, ros. *телемедицина*.

teleopieka

jest to telefoniczny system sprawowania stałej, całodobowej → opieki nad osobami zależnymi, np. starszymi, chorymi, samotnymi, niepełnosprawnymi i innym. Jest narzędziem systemu opieki, które pozwala osobom na lepsze, bezpieczniejsze i w większym stopniu samodzielne funkcjonowanie w środowisku zamieszkania. Telefoniczna Opieka prowadzona jest z wykorzystaniem nowoczesnych technologii teleinformatycznych, które umożliwiają podopiecznym takiego systemu, wywołanie w sytuacji zagrożenia natychmiastowego kontaktu z opiekunem. Teleopieka stanowi uzupełnienie tradycyjnego systemu usług opiekuńczych wykonywanych bezpośrednio, w sytuacji nagłego wypadku, zasłabnięcia, pożaru, włamania, w czasie gdy osoba pozostaje w domu sama. Podstawowym celem tego systemu opieki jest podniesienie poczucia bezpieczeństwa osób chorych i niepełnosprawnych, kobiet w ciąży, dzieci i innych, pozbawionych stale lub czasowo opieki osób drugich. W razie pojawienia się zagrożenia umożliwia bowiem zorganizowanie odpowiedniej pomocy, głównie medycznej. Niektóre, bardziej rozwinięte systemy umożliwiają, oprócz wymienionej, podstawowej funkcji opiekuńczej, monitoring podstawowych parametrów życiowych. Wszystko to sprawia, że osoba wymagająca opieki może w miarę bezpiecznie pozostawać sama w swoim środowisku zamieszkania.

Jest to usługa skierowana przede wszystkim do osób starszych, niesamodzielnych, czasowo lub stale samotnych, z ograniczoną sprawnością ruchową lub intelektualną, które chcą lub muszą prowadzić samodzielne → życie, ale wymagają nadzoru. System pozwala na stałą, dyskretną opiekę nad podopiecznym. Podopieczny może sam wezwać pomoc lub połączyć się z wybraną bliską osobą, jeżeli uzna, że zaszła taka potrzeba. Możliwe jest również ustawienie ramowych parametrów terytorialnych, po przekroczeniu których centrum jest zawiadamiane automatycznie lub zostaje wysłana wiadomość SMS do wskazanej osoby. System umożliwia zainstalowanie nadajnika GPS, który zlokalizuje osobę. Jest to szczególnie istotne w przypadku osób, które nie są w pełni sprawne intelektualnie np. dotknięte → otępieniem (demencją) lub → chorobą Alzheimera.

Usługa teleopieki jest rozpowszechniona na wszystkich kontynentach. Korzystają z niej zarówno osoby w Singapurze, Nowej Zelandii, Stanach Zjednoczonych, jednak najbardziej rozwinięta jest w Europie, np. we Francji, w Hiszpanii, Niemczech, Szwecji czy w Wielkiej Brytanii. Specyfika poszczególnych krajów powoduje jednak, że szczegółowe rozwiązania systemowe różnią się od siebie, ale wszędzie jest ona uznawana za rozwiązanie skutecznie wspiera-

jące i uzupełniające tradycyjną opiekę bezpośrednią. W krajach Europy Zachodniej usługa teleopieki jest zorganizowana na zdecydowanie wyższym poziomie niż w Polsce. W przypadku krajów skandynawskich, głównie Szwecji, nowoczesne systemy opieki dostępne są na rynku już od prawie 30 lat. W wielu wypadkach tego rodzaju usługa wypisywana jest przez lekarza na receptę. Ponadto, istnieje ustawowy obowiązek montowania czynników przeciwpożarowych we wszystkich drewnianych szwedzkich domach (zob. Internet – http://seniorpodteleopieka…), które obsługiwane są w ramach tego systemu. W Niemczech funkcjonuje w ramach umowy zawartej przez dystrybutorów teleopieki, dotyczącej wspólnego realizowania tej inicjatywy w porozumieniu i przy udziale firm świadczących usługi opieki dochodzącej, oferowanej przez tzw. *Pflegedienst* [usługa lub służba opieki – przyp. red.]. We Włoszech dystrybucja usług teleopieki prowadzona jest jako uzupełnienie usług opiekuńczych służąc redukcji kosztów opieki zdrowotnej. Natomiast w Wielkiej Brytanii, która dąży do zdobycia pozycji lidera w Europie w tej dziedzinie, działa organizacja *National Framework Agreement on TeleCare*, której zadaniem jest kontrolowanie mechanizmów dostarczania teleopieki na kontynencie brytyjskim. Przeprowadzone tam w latach 2008–2009 badania oceny skuteczności teleopieki jako usługi wspomagającej system opieki nad seniorami (por. *Effect of telehealth*…, 2012 – Internet: http://www.bmj.com…), pokazały korzyści dla osób objętych tym systemem, w postaci (zob. http://en/wikipedia.org/Wiki/Telecare).

- 45% obniżenia tempa wzrostu śmiertelności,
- 20% redukcji nagłych wizyt w szpitalnych oddziałach ratunkowych,
- 14% redukcji planowych przyjęć w szpitalach,
- 14% redukcji obłożenia w szpitalach (tzw. „dobo łóżek"),
- 15 % redukcji wizyt w przychodniach,
- 8% obniżenia kosztów opieki.

Na polskim rynku usług opiekuńczych działa zaledwie kilku przedsiębiorców, którzy oparli swoje działania handlowe na idei personalnego monitoringu domowego. Główne centra oferujące teleopieki znajdują się w Gdyni, Warszawie, Poznaniu, Wrocławiu i na Górnym Śląsku. Polski system teleopieki, w swojej podstawowej formie umożliwia wezwania pomocy poprzez naciśnięcie przycisku na urządzeniu stacjonarnym lub mobilnym, które przekazuje to żądanie do centrali systemu. Rodzaj oprzyrządowania dopasowywany jest indywidualnie z uwzględnieniem: poziomu sprawności, a raczej zakresu i stopnia → niepełnosprawności, rodzaju → chorób, upośledzeń i indywidualnej → mobilności podopiecznego. W wersji podstawowej podopieczny wyposażony jest w terminal telefoniczny (telefon) oraz brelok, wisiorek lub bransoletkę z przyciskiem SOS, powodującym (po naciśnięciu) automatyczne uruchomienie przez terminal w trybie głośnomówiącym połączenia z centrum monitoringu. W ten sposób systemu zawiadamia centralę o sytuacji kryzysowej zagrażającej jego → życiu, której doświadcza on sam, lub występującej w jego otoczeniu, i której samodzielnie nie jest w stanie jej sprostać. Po odebraniu takiego sygnału, pracownik centrali uruchamia procedurę służącą ratowaniu życia, zawiadamiając opiekunów z najbliższego otoczeniu podopiecznego oraz odpowiednie służby medyczne o potrzebie udzielenia pomocy. W razie potrzeby zawiadamiane są również inne służby, np. policję, straż pożarną, agencję usług opiekuńczych.

Jeżeli pozwalają na to warunki techniczne, za pomocą takiego urządzenia można również przekazać centrali sygnały z urządzeń monitorujących stan → zdrowia, oraz odebrać odpowiednie zalecenia i ostrzeżenia. Sygnały te mogą być automatycznie przetwarzane przez komputery w sieci, by osoby kierujące pomocą przed przystąpieniem do jej udzielania posiadały wiedzę na temat stanu zdrowia podopiecznego. Niektóre z urządzeń najnowszej generacji, pozwalają na automatyczne wywoływanie alarmów po przekroczeniu pewnych parametrów fizjologicznych u podopiecznego, takich jak: ciśnienie krwi, tętno, temperatura ciała itp.

Usługa teleopieki świadczona jest po zawarciu umowy z wyspecjalizowaną firmą. W umowie określa się zobowiązania stron, czas obowiązywania, zakres usług, zasady odpłatności i rodzaj wykorzystywanych urządzeń technicznych (nabywanych na własność przez podopiecznego lub oddawanych mu w odpłatną dzierżawę). Przed podpisaniem umowy dostawca usługi – w drodze wywiadu – zbiera podstawowe informacje o aktualnym stanie zdrowia podopiecznego, zwyczajach, zażywanych lekach, poziomie niepełnosprawności, zdolności do obsługi urządzenia technicznego teleopieki, a także dane dotyczące najbliższej → rodziny lub osób z otoczenia sąsiedzkiego, opiekunów i innych, które w razie potrzeby, po wywołaniu sygnału SOS, mogą udzielić pomocy przedmedycznej.

Obecnie na rynku dostępnych jest kilka technicznych rozwiązań systemowych, przy użyciu których realizowana jest usługa teleopieki. Są to:

1. **Model podstawowy**, składający się ze specjalnie skonstruowanego aparatu telefonicznego sta-

cjonarnego, z którego można się łączyć z centralą wciskając czerwony przycisk, oraz breloczka (nadajnika), w który wmontowany jest przycisk przyzywowy SOS (zob. fot. 1).. Zaletą takiego rozwiązania jest możliwość korzystania z urządzenia również jak ze zwykłego aparatu telefonicznego, a ponadto duża stabilność systemu i pewność połączenia z centralą teleopieki, które realizowane jest w oparciu o łącze kablowe. Wadą jest zasięg działania nadajnika umieszczonego w breloczku, wynoszący zazwyczaj od kilkunastu do kilkudziesięciu metrów, uwarunkowany głównie przeszkodami architektonicznymi. System taki jest zalecany osobom o ograniczonej mobilności, przebywającym głównie w mieszkaniu lub najbliższym otoczeniu domu. Podobnym funkcjonalnie rozwiązaniem służącym teleopiece stacjonarnej jest montowanie urządzenia nie zawierającego tradycyjnej klawiatury telefonicznej, a jedynie przycisk SOS łączący z centralą, oraz kilka innych umożliwiających połączenia z wybranymi numerami (np. najbliższą rodziną, policją, opiekunem itp.) Urządzenie takie jest przydatne głównie osobom z ograniczeniami motorycznymi czy percepcji (zob. fot. 2).

2. Osobną grupę urządzeń stanowi sprzęt, na łączach telefonii komórkowej służący **modelowi teleopieki mobilnej** (fot. 3). Niewątpliwą zaletą takich rozwiązań jest możliwość korzystania z usługi, dla której jedynym ograniczeniem jest dostęp do sieci dostawcy GSM. Podobnie jak w teleopiece stacjonarnej wykorzystywane są dwa typy urządzeń: na podstawie specjalnego telefonu komórkowego z dodatkowym przyciskiem SOS oraz breloczkiem bądź opaską na rękę zawierającą nadajnik SOS, oraz urządzenie łączące się z centralą poprzez system GSM, lecz bez możliwości wykonywania połączeń, tak jak w zwykłym telefonie. Tego typu urządzenia przeznaczone są dla przede wszystkim dla osób bez ograniczonej sprawności w poruszaniu się. Zaletą takich rozwiązań, oprócz możliwości przywołania centrali przez podopiecznego przyciskiem SOS (w telefonie, na urządzeniu lub przyciskiem z opaski), wyznaczenie przez administratora systemu obszaru bezpiecznego poruszania się, poza którym automatycznie wszczynany jest alarm. Urządzenia tego typu posiadają zazwyczaj również opcję śledzenia i namierzania użytkowników urządzeń (tzw. GPS tracker).
3. W grupie **urządzeń mobilnych GSM służących teleopiece** występują też urządzenia służące wyłącznie identyfikacji miejsca pobytu, zaopatrzone dodatkowo w przycisk SOS w postaci opaski na rękę (fot. 4). W tego typu sprzęt wyposażane są głównie osoby z zaburzeniami orientacji w terenie oraz dzieci. Naciśnięcie przycisku SOS (zazwyczaj oznaczonego kolorem czerwonym) powoduje połączenie z centralą dostawcy usługi teleopieki. Osoba tam zatrudniona rozpoznaje wagę zgłaszanego problemu, a następnie podejmuje decyzję w sprawie rodzaju i zakresu niezbędnej pomocy. Czasami może wystarczyć uruchomienie zasobów znajdujących się w najbliższym otoczeniu osoby zgłaszającej potrzebę skorzystania z pomocy, innym razem konieczne może być wezwania odpowiednich służb. Rodzaj uruchamianej procedury zależy od oceny sytuacji dokonywanej przez osobę przyjmującą zgłoszenie.

Dostawcy usług opiekuńczych na odległość mają w swojej ofercie szeroki zakres usług uzupełniających. Obejmuje on oprócz pomocy w nagłych sytuacjach (czerwony przycisk SOS), organizowanie → wsparcia środowiskowego z wykorzystaniem potencjału tkwiącego w organizacjach wolontariackich, oraz specjalistyczne usługi pielęgnacyjne, rehabilitacyjne, psychologiczne, zdalną diagnozę lekarską, konsultację medyczną, jak również organizację samokształcenia, → opiekę duszpasterską i inne, dla których na urządzeniach umieszczono dodatkowe przyciski w innych kolorach.

ZM

B: Labus, 2012; Martinez Madrid, Seepold, 2009.
N: *Effect of telehealth*…, 2012 – Internet: http://www.bmj.com…; http://en.wikipedia.org/wiki/Telecare; http://seniorpodteleopieka…; http://www.aktywizacja.org…
O: opieka, opieka w okresie starości, telemedycyna, telegeriatria, telezdrowie a starzenie się.
S: Telefoniczna Opieka.
TK: ang. *tele care* / TeleCare / *telecare and teleassistance call center* / *tele-assistance*, fr. *la télémédico-social*, hiszp. *Tele-Cuidados*, niem. *Telefon Pflege*, ros. *телепомощь или телефонический уход.*

telezdrowie

jest to wielopłaszczyznowa platforma umożliwiająca dostarczanie → usług zdrowotnych na odległość z wykorzystaniem nowoczesnych technik teleinformatycznych, takich jak: dwukierunkowe systemy wideo, poczta elektroniczna, „inteligentne" urządzenia telefoniczne oraz różnego rodzaju narzędzi i urządzenia pe-

ryferyjne technologii telekomunikacyjnych (zob. *Core operational*…, 2014 – Internet: http://www.americantelemed.org/…, ilustr. 1).

Telezdrowie jest rozszerzeniem pojęcia → telemedycyna, która skupia się jedynie na aspektach związanych z leczeniem pacjentów i obejmuje swym zasięgiem szerokie działania wspierające pacjentów, począwszy od systemów rejestracji na odległość, poprzez platformę konsultacji specjalistów w systemie wideokonferencji, zdalny monitoring czynności życiowych pacjentów, udzielania wskazówek i wsparcia opiekunom osób chorych, po zdalne prowadzenie zabiegów chirurgicznych z udziałem robotów (http://en.wikipedia.org/wiki/ Telehealth). Telemedycyna odnosi się głównie do relacji lekarz – pacjent oraz lekarz – lekarz. Częścią telezdrowia jest również ***e-zdrowie***, łączone głównie ze zdalną edukacją dotyczącą szeroko rozumianych obszarów → zdrowia, wpływającą w istotny sposób na rozwój zdrowia publicznego.

E-zdrowie oprócz swej dziedziny edukacji zdrowotnej, służy poprawie komunikacji i kooperacji pomiędzy specjalistami z dziedziny technologii i medycyny z zastosowaniem narzędzi internetowych. Telezdrowie wraz z wymienionymi komponentami będzie się więc odnosić do zdalnej → opieki zdrowotnej, a w tym zarówno do usług klinicznych i pozaklinicznych, połączonych ze sprawami edukacji medycznej, administracji i badań medycznych, ale też szkoleń i instruktaży specjalistycznych na odległość (zob. Glinkowski, 2014 – Internet: http://medycyna24.pl/…).

Koncepcje opisywane jako telezdrowie stosowane są w praktyce medycznej Europy Zachodniej i Stanów Zjednoczonych od ponad dwudziestu lat. Początkowo służyły szybkiemu przesyłaniu informacji i konsultowaniu procedur medycznych, wyników badań świadczących o stanie zdrowia pacjentów, a wraz z rozwojem technik informatycznych, poszerzane o wideo-monitoring czynności serca, przesyłanie zdjęć USG do konsultacji medycznej, po monitorowanie parametrów fizjologicznych w domu pacjenta obejmujących pomiar glukozy, funkcjonowanie respiratorów, pomp infuzyjnych dawkujących leki czy pomiar masy ciała pacjenta. Zwraca się również uwagę na wykorzystanie tej koncepcji w metodzie e-lerningu. W ramach telezdrowia powstaje wiele programów informatycznych przygotowujących rozwiązania do prowadzenia → rehabilitacji w domu, poszpitalnej → opieki domowej, programów aktywizujących → seniorów, instrukcji przestrzegania zaleceń terapeutycznych, oferujących naukę i instruktaże w postaci gotowych aplikacji, jak i możliwość skorzystania z usług instruktora, nauczyciela w systemie *service live-on-line* (Maciura, Lasek, Iwanicka-Maciura, 2014, s. 118).

W roku 2014 Amerykańskie Stowarzyszenie Medycyny (ATA) opracowało zalecenia dotyczące standardów w relacji pomiędzy dostawcami usług związanych z telezdrowiem a korzystającymi z ich oferty pacjentami (*Care operational*…, 2014 – Internet: http://www. hamericantelemed.org…). Zaznacza się tam, że organizacje zajmujące się dostarczaniem usług poprzez system telezdrowia muszą działać na podstawie odpowiednich procedur spójnych z polityką i standardami instytucji, które zarządzają sferami zdrowia. Jeżeli świadczą usługi samodzielnie powinny zwracać szczególną uwagę na obszary związane z:

- zarządzaniem zasobami ludzkimi,
- prywatnością i poufnością,
- krajowym i lokalnym prawem regulującym kwestie etyczne w organizacji,
- zarządzaniem finansami,
- zabezpieczeniem danych [osobowych] pacjentów,
- prowadzeniem odpowiedniej dokumentacji, łącznie z odpowiedzialnością za przesyłanie dokumentów drogą elektroniczną,
- przestrzeganiem → praw pacjenta do odpowiedniego leczenia,
- stworzeniem odpowiednio zabezpieczonej sieci i nośników na których przechowywane są dane pacjentów,
- używaniem odpowiedniego wyposażenia technicznego, właściwych urządzeń technicznych o charakterze peryferyjnym, odpowiednio zabezpieczonych sieci przesyłowych i/lub bezpiecznego oprogramowania,
- odpowiednim protokołowaniem badań (jeżeli są wykonywane przez urządzenia zdalne),
- odpowiednimi kompetencjami pracowników technicznych i personelu medycznego, łącznie ze szkoleniem całego zespołu odpowiedzialnego za dostarczanie usług w ramach systemu telezdrowia (specjalistów medycznych, technicznych, administratorów i pozostałych członków grupy),
- ustaleniem kryteriów ewaluacji,
- odaniem do publicznej wiadomości odpowiedniej informacji na temat organizacji, jej organizacji prawnej, zakresu działania, adresu siedziby i danych kontaktowych.

W Unii Europejskiej obowiązuje kodeks wykonywania usług związanych z telezdrowiem, i zawiera podstawowe standardy jakościowe i ilościowe, które spełniać powinny instytucje i agencje podejmujące działalność w tym obszarze (por. http://www.telehealthcode.

eu…). Podstawową misją telezdrowia w rozumieniu kodeksowym jest poprawa jakości i dostępności do klinicznych usług medycznych oraz sprzyjanie działaniom mającym na celu rozszerzenie działań z zakresu profilaktyki chorób.

Usługi telezdrowia adresowane są do pacjentów z wszystkich grup wiekowych, a w szczególności do:

- osób z wadami wzroku i słuchu,
- osób o ograniczonej → mobilności i sprawności,
- osób z problemami → zdrowia psychicznego,
- osób cierpiących na → choroby przewlekłe (nerek, serca i płuc),
- osób z chorobami neurologicznymi, → cukrzycą, → otępieniem,
- kobiet w ciąży,
- niepełnosprawnych uczących się w okresie pobierania nauki,
- chorych w terminalnym i/lub paliatywnym okresie → choroby.

Kodeks obowiązuje od 2014 we wszystkich krajach UE. Przygotowano go na podstawie wytycznych nakreślonych przez Komisję Europejską w Planie Działania eHealth na lata 2012 –2020, a instytucje podejmujące działalność w zakresie telezdrowia, tj. dostarczania usług medycznych na odległość, muszą spełniać warunki opisane certyfikatem ISO 9001.

W kodeksie przedstawiono główne:

- zasady etyczne towarzyszące pracy w systemie telezdrowia: jawność procedur, klarowne zarządzanie, unikanie konfliktów interesów, transparentność kadry,
- zalecane standardy kierowania i finansowania systemu: jasna struktura organizacyjna, unikanie sytuacji rodzących ryzyka dla beneficjentów, nowoczesne i bezpieczne zarządzanie informacją i danymi pacjentów,
- kwestie zarządzania zasobami ludzkimi: dbałość o zabezpieczenie danych osobowych, upoważniania poszczególnych członków zespołów do nanoszenia, uzupełniania i kasowania informacji w kartotekach podopiecznych, udzielanie informacji o pacjencie na zewnątrz,
- powoływanie zespołów roboczych i sposoby zarządzanie: tworzenie ilościowe i jakościowe grup i zespołów musi odpowiadać realnemu zapotrzebowaniu na usługi, zarządzający dbają i dobre samopoczucie i bezpieczeństwo członków instytucji w trakcie wykonywania czynności związanych z pracą, zapewnienie odpowiednich szkoleń,
- zasady towarzyszące kontaktom z użytkownikami systemu (pacjentami) i ich opiekunami: dostarczanie usług odbywa się na podstawie stosownej umowy określającej zakres, rodzaj usług, zasady odpłatności oraz jaka jej część odbywać się będzie w domu pacjenta, warunki i zasady odbywania telekonferencji, zasady szkoleń i instruktaży przeznaczonych dla użytkowników i opiekunów, tworzenie indywidualnych planów pomocy z obowiązkiem corocznej ewaluacji, dostawca usługi prowadzi serwis urządzeń technicznych usuwa błędy i usterki w oprogramowaniu, przeciwdziałanie nadużyciom ze strony systemu i pacjentów,
- kanały informacji przychodzącej i wychodzącej: każdy sygnał odbierany przez system wymaga natychmiastowej adekwatnej reakcji, procedury i zakres usług dopasowywany jest indywidualnie,
- warunki techniczne sieci komunikacyjnych: system tworzony jest wyłącznie z udziałam dostawców usług teleinformatycznych zapewniających bezpieczne połączenia i szybkie usuwanie ewentualnych awarii,
- warunki brzegowe dla sprzętu komputerowego i współpracujących urządzeń technicznych: system używa standardów przewidzianych normami europejskimi, używa nowoczesnych baz danych i technologii informatycznych, które instalowane są w miejscu pobytu odbiorcy usług lub ich opiekunów, system musi być tak skonstruowany, by pomoc była świadczona pomimo przerwania (awaria systemu) połączenia pomiędzy administratorem a pacjentem, działanie systemu i gromadzenie danych musi być odpowiednio zabezpieczone, instalowanie oprogramowania i urządzeń peryferyjnych, ich kalibracja i testowanie może się dokonywać wyłącznie przez upoważniony personel lub dostawcę sprzętu, stworzenie procedur dotyczących nieczynnych już urządzeń, ich ponownym wykorzystaniem, zagospodarowaniem w inny sposób lub recyklingiem.

Telezdrowie nie stanowi alternatywy dla dotychczasowych systemów opieki zdrowotnej i usług opiekuńczych, lecz jest rozwinięciem usług medycznych na gruncie nowych technologii teleinformatycznych inżynierii i robotyki. To platforma dająca szanse na nową jakość leczenia, rekonwalescencji i → życia dla wielu pacjentów i ich → rodzin. W podstawowej formie systemu telezdrowia, jedynym warunkiem jaki należy spełnić by móc z niego skorzystać, jest dostęp do sieci internetowej i posiadanie odpowiednio zaprogramowanego aparatu telefonicznego z pomocą którego można zrobić badania EKG na odległość.

Wśród beneficjentów systemu telezdrowia dużą grupę stanowią pacjenci z przewlekłymi chorobami soma-

tycznymi i zaburzeniami mentalnymi, którym ułatwia stały kontakt z lekarzem i/lub pielęgniarką, umożliwi przypominanie o konieczności zażywania lekarstw, zapewnia → wsparcia psychiczne ze strony personelu. Lekarzom natomiast ułatwia otrzymanie informacji zwrotnej od pacjenta o jego samopoczuciu fizycznym oraz psychicznym, umożliwia dialog z rodziną lub opiekunami w obecności pacjenta.

Pacjenci z zaburzeniami psychicznymi, często nie mając poczucia swojej choroby i na skutek niekorzystnych objawów ubocznych leków przeciwpsychotycznych (m.in. pogorszenie → pamięci, koncentracji uwagi itp.) zapominają o konieczności regularnego zażywania lekarstw i z tego powodu często są hospitalizowani (Maciura, Lasek, Iwanicka-Maciura, 2014, s. 118). Z podobnymi problemami borykają się pacjenci geriatryczni, którzy ze względu na postępujące otępienie charakteryzującą się m.in. osłabieniem pamięci, również zapominają o konieczności przyjmowaniu zleconych leków. Systemy telezdrowia ograniczają pobyty pacjentów w szpitalu do niezbędnego minimum.

ZM

B: Maciura, Lasek, Iwanicka-Maciura, 2014.

N: *Core operational*…, 2014 – Internet: http://www.americantelemed.org; Glinkowski, 2014 – Internet: http://medycyna24.pl/…; http://en.wikipedia.org/wiki/Telehealth; http://www.telehealthcode.eu…

O: komunikacja zdrowotna, telemedycyna, telegeriatria, teleopieka, telezdrowie a starzenie się, usługi zdrowotne, zdrowie.

S: m-zdrowie, mobilne zdrowie.

TK: ang. *telehealth* / *Telehealth* / TeleHealth, fr. *la télésanté* / *Télésanté*, hiszp. *Tele-Salud* / *Telesalud*, niem. *Telegesundheit*, ros. *телездравоохранение* или *телемедицина*.

telezdrowie a starzenie się

→ Telezdrowie, e-zdrowie lub m-zdrowie (mobilne zdrowie od ang. *mHealth, mobile health*) jest pojęciem ogólniejszym niż → telemedycyna. Telezdrowie jest narzędziem do transferu i wykorzystania wiedzy o → zdrowiu i o sektorze zdrowia w komunikacji elektronicznej. Oznacza to wykorzystywanie elektronicznej informacji i technologii komunikacyjnych: do świadczenia opieki medycznej na dużych odległościach, do zdalnej edukacji o zdrowiu tak pacjentów, jak i personelu medycznego, do zarządzania i administrowania sektorem służby zdrowia (Shea i współprac., 2005, Wiesmann, Draghic, Pranger, 2008). Użytkownikami telezdrowia są instytucje i osoby, w tym: lekarze, pielęgniarki, terapeuci i inni specjaliści, pacjenci, ich → rodziny i opiekunowie. Ich potrzeby wyznaczają kierunki rozwoju telezdrowia, które stanowi jednocześnie rynek usług medycznych.

Komisja Europejska zidentyfikowała cztery kategorie działań w obszarze telezdrowia: 1) systemy transferu danych klinicznych; 2) telemedycyna i → opieka domowa, jak również spersonalizowane systemy opieki zdrowotnej i usługi do zdalnego monitorowania pacjenta, telekonsultacje, → teleopieka, telemedycyna i teleradiologia; 3) zintegrowane regionalne / narodowe sieci do transferu informacji medycznych, archiwizacja e-rekordów o stanie zdrowia pacjentów, wraz z informacją o przepisanych im świadczeniach (e-skierowania, e-recepty itp.); 4) pozakliniczne zastosowania systemu, np. wyspecjalizowane bazy do badań klinicznych i/lub transfer płatności (Callens, 2010).

Początek telezdrowia wyznacza przyjęcie przez Komisje Europejską inicjatywy „E-Europa – społeczeństwo informacyjne dla wszystkich" w roku 1999. W rok później w Lizbonie Rada Europy nadaje priorytet działaniom, których celem jest promocja Internetu. To zainicjowało wiele projektów z zakresu telezdrowia. Ich celem było: zapewnienie świadczeniodawcom z sektora zdrowia dostępu do teleinfrastruktury, również tworzenie i rozwój sieci regionalnych; identyfikacja i upowszechnienie przykładów dobrych praktyk z obszaru telezdrowia w Europie; wyznaczanie standardów e-postępowania; uzgodnienie kryteriów jakości dla stron internetowych specjalizujących się w problematyce zdrowia; rozwijanie technologii dostosowanej do potrzeb sektora zdrowia i bezpiecznych sieci do przepływu i analizy danych medycznych; zapewnienie dialogu o prawnych regulacja w obszarze e-zdrowia. Inicjatywy realizowano na tyle dynamicznie, że już w 2007 Komisja Europejska wskazała telezdrowie jako jeden z sześciu dominujących rynków Europy. Obserwowana relokacja aktywów i zainteresowania inwestorów nie przełożyły się w proporcjonalnym zakresie na użycie aplikacji telezdrowia w codziennej praktyce lekarskiej. Przyczyny tego wiąże się z brakiem rozstrzygnięć w państwowych systemach prawnych i w umowach transgranicznych w obszarach: akredytacji, audytu jakości, odpowiedzialności i ochrony danych wrażliwych, rozpoznania granic prywatności i ponoszenia kosztów za telezdrowie przez zainteresowane strony – państwo, placówkę służby zdrowia, lekarzy, pacjentów i ich → rodziny, firmy ubezpieczeniowe i in. (Callens, 2010).

Telezdrowie staje się strategicznym narzędziem w staraniach o wydłużenie się średniej → długości życia

w zdrowiu (ang. *health life years* – HLY / HALE), a dalej o wydłużenie udziału starszych pokoleń na rynku pracy, zwiększenie ich produktywności i ekonomicznej niezależności (Dimitrova, 2013). Poza ty, telezdrowie zwiększa i upraszcza dostęp do najnowszej wiedzy medycznej oraz konkretnych świadczeń opiekuńczych. Promuje praktyki samoleczenia, by obniżyć liczbę zbędnych interwencji lekarskich i hospitalizacji. Asystuje w realizacji codziennych zaleceń lekarskich, np. przyjmowaniu leków. Tagowanie opakowań lekarstw umożliwia istotne zmniejszenie pomyłek wynikających z niewłaściwego odczytania etykiety z często identycznych opakowań; a zaprogramowany system alertów obniża liczbę pominiętych dawek, która szczególnie w gronie seniorów z deficytami poznawczymi stanowi istotne ograniczenie w leczeniu (Hendry, 2014). Telezdrowie wyrównuje szanse tych osób, które ze względów ekonomiczno-zdrowotnych (brak własnego środka transportu, np. samochodu czy ograniczone fundusze na bilety; brak → wsparcia i asysty drugiej osoby; dysfunkcja narządu ruchu, niska sprawność i mała → mobilność, zaburzenia widzenia, → zaburzenia pamięci lub orientacji itp.) mają utrudniony, a często wręcz uniemożliwiony dostęp do placówek opiekuńczych i służby zdrowia (Shah i współprac., 2013). W świetle danych statystycznych obrazujących → starzenie się społeczeństw i wzrost liczby → chorób przewlekłych, telezdrowie zyskuje coraz większe zrozumienie, ekonomiczne uzasadnienie i grono zwolenników (Hendry, 2014).

Telezdrowie jest użyteczne na etapie prewencji, diagnozy, leczenia, opieki i → rehabilitacji. Dobrze poinformowany pacjent lepiej zabiega o siebie, swoje zdrowie i efektywniej uczestniczy w procesie zdrowienia, np. w sferze radzenia sobie z bólem typowe praktyki obarczone są mitami i stereotypami, że ból jest naturalny w starzeniu się. Tymczasem jego doświadczanie można istotnie zmarginalizować. Poza farmakoterapią ból można kontrolować i znosić szeregiem pozafarmakologicznych a ukierunkowanych na pacjenta geriatrycznego terapii jak np. wodny → aerobik, tai chi. Zaawansowana technologia odkrywa obiecujące alternatywy w postaci neurostymulacji nieinwazyjnych, np. przezczaszkowa stymulacja magnetyczna czy elektryczna, i/lub inwazyjnych, jak np. stymulacja nerwu błędnego, czy głęboka stymulacja mózgu (Williams, Clauw, 2011). Propagowanie wiedzy zwalczającej szkodliwe stereotypy i zamieszczanie na e-platformach modułów edukujących w zakresie samodzielnego i zaangażowanego radzenia sobie z bólem może polepszyć doświadczanie → starości.

Telezdrowie poprawia świadomość i wiedzę otoczenia w zakresie starzenia się i starości. Realizuje to poprzez moduły e-learningowych czy budowanie sieci e-społeczności, która interesuje się i przeżywa konkretny problem. Mechanizm e-pomocy pozwala na redukcję leków przez rzetelną edukację na temat przebiegu choroby i/lub procesu leczenia. Dostarcza w zrozumiałym przekazie informacje o źródłach zagrożenia, następstwach konkretnych działań. Wiedza, poparta osobistym doświadczeniem członków e-społeczności, często oceniana jest jako bardziej wiarygodna i łatwiej akceptuje ją chory. Telezdrowie stwarza przestrzeń, w której dyskutuje się kwestie często pomijane, bo trudne z zakresu „wydarzeń, które nigdy nie miały miejsca" (ang. *"never events"*), np. obejmujące upadki seniorów w szpitalach i wynikające z nich komplikacje (Carpenter, 2014).

Platformy telezdrowia pozwalają na szeroką promocję i popularyzację przykładów skutecznej prewencji. Zwiększają ilość odbiorców, zakres i ciągłość świadczeń. Przykładem jest telerehabilitacja. Pojęcie to opisuje zastosowanie technologii informatycznej i komunikacyjnej by rehabilitować pacjentów w ich własnych domach, a nie w szpitalach i przychodniach. Telerehabilitacja eliminuje potrzebę dojazdów. Wydłuża czas ćwiczeń pacjentów, bo umożliwia ich realizację wielokrotnie w ciągu dnia w godzinach preferowanych, a nie narzuconych choremu. Interwały ćwiczeń odpowiadają możliwościom fizycznym pacjenta, a ich efektywność jest wyższa dzięki coraz bardziej zaawansowanym systemom czujników i aplikacjom zdalnego monitorowania interaktywnych programów śledzenia postępu w ćwiczeniach, diecie i przebiegu farmakoterapii (Weiss i współprac., 2014).

Telezdrowie dla społeczności lekarzy i innych specjalistów zapewnia bazy danych i swobodny przepływ informacji pomiędzy różnymi instytucjami opieki (szpitalem, pogotowiem, lekarzem pierwszego kontaktu, ośrodkiem rehabilitacji itp.). Elektroniczne rekordy mogą podlegać wielokrotnym analizom, które umożliwiają rozwijanie bardziej skutecznych, bo spersonalizowanych form opieki. Zdalne aplikacje do transferu danych o stanie zdrowia pacjenta, e-kartoteka, e-skierowania czy e-recepty stanowią kolejne udogodnienia w pracy lekarzy. Telezdrowie jest narzędziem aktywizacji środowiska specjalistów, w którym nadal wielu specjalistów traci czas na procedury administracyjne i zabieganie o kontrakty, zamiast kierunkowo doskonalić swój warsztat. Aktualne dane niepokoją, gdy pokazują, że nowe, lepsze strategie leczenia niezwykle wolno wprowadzane są w praktykę. Obliczono, że zmia-

na sposobu leczenia przez lekarzy pierwszego kontaktu w Ameryce trwa od 15 do 20 lat (Burns, D'Aunno, Kimberly, 2004). Dając stały i łatwy dostęp do najbardziej aktualnej wiedzy, telezdrowie, jako narzędzie samodoskonalenia się i dokształcania się, może zreformować sektor służby zdrowia.

AB

B: Burns, D'Aunno, Kimberly, 2004; Callens, 2010; Carpenter, 2014; Dimitrova, 2013; Hendry, 2014; Shah i współprac., 2013; Shea i współprac., 2005; Weiss i współprac., 2014; Wiesmann, Draghic, Pranger, 2008; Williams, Clauw, 2011.
O: komunikacja zdrowotna, starzenie się, telegeriatria, telemedycyna, teleopieka, telezdrowie, usługi zdrowotne, zdrowie.
TK: am. *telehealth and aging*, ang. *telehealth and ageing*, fr. *la télésanté et vieillissement*, hiszp. *telesalud y enviejecimiento / Tele-Salud y enviejecimiento*, niem. *Telegesundheit und Altern*, ros. *телездравоохранение и старение или телемедицина и старение*.

telomerowa teoria starzenia się (teoria telomeryczna starzenia się)

→ Starzenie się jest związane ze stopniowym spadkiem rezerw organizmu i coraz większym wyzwaniem dla utrzymania homeostazy. Ponieważ utrata rezerw niektórych narządów wewnętrznych jest ściśle związana z utratą funkcji ich komórek stan taki może prowadzić do zmniejszonej regeneracji tkanek, narządów i układów, a w efekcie końcowym zachwiania homeostazy, → chorób związanych z → wiekiem podeszłym i zwiększenia ryzyka → śmierci. Starzenie od dawna skupia uwagę badaczy, o czym świadczy mnogość teorii (obecnie istnieje ok. 300) próbujących wyjaśnić jego przyczyny i konsekwencje. Obecnie wiadomo, że wyjaśnienie pojedynczego szlaku czy procesu towarzyszącego starzeniu może nas przybliżyć do poznania tego zjawiska, będzie jednak stanowiło jedynie fragment skomplikowanej całości.

Wzrost zainteresowania starzeniem komórek nastąpił po obaleniu przez → Hayflicka i Paula S. Moorheada (1961) mitu ich nieśmiertelności. Już w roku 1961 badacze ci zasugerowali, że zanik zdolności replikacyjnych w hodowli *in vitro* nie wynika z błędów metodycznych, lecz jest związany ze starzeniem na poziomie komórkowym. Sugeruje się, że → długość życia w warunkach *in vitro* normalnych komórek somatycznych zależy od ilości podziałów, a nie od bezwzględnego upływu → czasu. W warunkach niesprzyjających podziałom (w niskiej temperaturze, przy niedostatecznym stężeniu czynników wzrostowych w środowisku) komórki żyją dowolnie długo, natomiast w warunkach optymalnych dzielą się aż do uzyskania limitu podziałów, zw. limitem Hayflicka (Dell'Oreo i współprac., 1973, 1974, Brunk i współprac., Daniel, Young, 1971). Regule tej nie podlegają jednak komórki rozrodcze, nowotworowe oraz unieśmiertelnione, które dzielą w sposób nieograniczony (Smith i współprac., 1992).

Teoria telomerowa skupia się na próbie wytłumaczenia zjawiska ograniczonej zdolności do podziałów prawidłowych komórek o niezmienionym kariotypie, należy jednak pamiętać, że skracanie telomerów jest tylko jednym z wielu zjawisk, które zachodzą w starzejących się komórkach.

Telomery i telomeraza

Telomery są wyspecjalizowanymi, powtarzalnymi, niekodującymi sekwencjami DNA na końcach chromosomów komórek eukariotycznych. U ssaków długość telomerów waha się między poszczególnymi chromosomami, komórkami oraz gatunkami i zależy od dynamicznej równowagi między utratą, a powstawaniem powtarzalnych jednostek, powtórzeń tandemowych (5'-TTAGGG-3')N (Blackburn, 1991, Meyne i współprac., 1989, Blackburn. Szostak 1984). U noworodków ludzkich telomery w przybliżeniu mają $2{\cdot}10^4$ par zasad, a ich długość ulega stopniowemu skracaniu w ciągu całego życia. Sugeruje to, że długość telomerów może służyć jako marker zastępczy do oceny starzenia organizmów, odzwierciedlając różne procesy, które mogą obejmować zarówno przyczyny (starzenie replikacyjne), konsekwencje (uszkodzenia spowodowane przez wolne rodniki tlenowe), jak i uszkodzenia samych telomerów. DNA telomerów jest konserwatywny ewolucyjnie, na co wskazuje niezmienność sekwencji oraz jej lokalizacja niezależna od liczby i długości chromosomów (Meyne i współprac., 1989; Moyzis i współprac., 1988). Telomery są wydłużane przez enzym telomerazę, polimerazę DNA zależną od RNA (Blackburn, 1992). Telomeraza stanowi kompleks zawierający białko telomerazy odwrotnej transkryptazy – TERT i katalityczną cząstkę RNA – TERC (Shay, Wright, 2007). Podstawowymi funkcjami telomerów są: zapewnianie stałej długości DNA kodującego w chromosomie po zakończonym procesie replikacji, ochrona DNA przed uszkodzeniami przez nukleazy i w wyniku metylacji oraz zapobieganie przypadkowemu połączeniu się dwóch chromosomów. Telosomy (ang. *shelterin*, *telosome*) stanowiące kompleks białek telomerowych pełnią funkcje regulacyjną w modulowaniu aktywności telomerazy oraz

uczestniczą w procesie naprawy DNA. Telomeraza zapewnia utrzymanie integralności chromosomów, które uczestniczą w wielu cyklach podziałów komórkowych, przy czym należy pamiętać, że liczba podziałów zdrowych komórek jest stała dla określonego rodzaju komórek oraz gatunku (Limit Hayflicka). Przy niskiej aktywności lub braku telomerazy długości telomerów ulegają stopniowemu skracaniu, co skutkuje ograniczeniem lub zahamowaniem proliferacji i starzeniem komórek bądź → apoptozą. Same telomery są aktywnie degradowane przez egzonukleazy, które wraz z czynnikami oksydacyjnymi powodują stopniowe ich skracanie. Stwierdzono, że zarówno *in vivo*, jak i *in vitro* długości telomerów korelują z długością życia.

Telomerowa teoria starzenia się

Obecnie wiadomo, że skracanie telomerów w wyniku podziałów komórkowych stanowi podstawę starzenia replikacyjnego, które w 1961 opisali Hayflick i Moorhead (1961). Wyniki późniejszych badań potwierdziły zbieżność między długością sekwencji telomerowej, liczbą podziałów komórkowych *in vitro* a długością telomerów, jak również wiekiem dawcy. W hodowanych *in vitro* ludzkich, normalnych fibroblastach pobranych w okresie płodowym, po urodzeniu i w późnej → starości, stwierdzono, że w czasie przypadającym na podwojenie populacji komórek następuje skracanie telomerów o około $2{\cdot}10^3$ par zasad DNA. Zaobserwowano również zmniejszanie się liczby podziałów o ok. 10 na każdy tysiąc traconych zasad DNA. Zmniejszanie się długości telomerów DNA fibroblastów ludzkich zaobserwowano także w czasie starzenia się komórek w warunkach *in vivo*. U dawców w wieku od 0 do 93 lat stwierdzono spadek 15±6 par zasad na rok, czyli około 1 500 par zasad w ciągu całego życia – ok. 30% telomerowego DNA (Allsopp i współprac., 1992). Skracanie telomerów z wiekiem potwierdza również fakt, że telomery leukocytów krwi obwodowej płodu są około $12{\cdot}10^3$ par zasad krótsze w porównaniu do telomerów plemników. Sugeruje się, że komórki rozrodcze zawierają telomerazę przeciwdziałającą skracaniu telomerów, co gwarantuje przekazywanie z pokolenia na pokolenie chromosomów o tej samej długości. W normalnych komórkach somatycznych aktywność telomerazy jest hamowana (brak aktywności), a telomery ulegają skróceniu z każdym podziałem komórek *in vitro* i *in vivo*. Gdy ubytek telomeru jest odpowiednio duży, zostaje osiągnięty punkt kontrolny podziałów (ang. *checkpoint*) i komórka przestaje się dzielić, osiągając limit podziałów. U osób z → progerią, → zespołem Hutchinsona-Gilforda fibroblasty charakteryzują się mniejszą całkowitą liczbą podziałów *in vitro* niż fibroblasty zdrowych dawców w tym samym wieku. Wykazano, także że telomery osób chorych są krótsze w porównaniu z telomerami osób zdrowych (Allsopp i współprac., 1992).

Badania na zwierzętach z udziałem organizmów jednokomórkowych, orzęsków (łac. *Tetrahymena thermophila*) wykazały, że mutacje telomerazowego RNA mogą skutkować zarówno skracaniem, jak i wydłużaniem sekwencji telomerowych. Zarówno w jednym, jak i w drugim przypadku, obserwuje się zaburzenia podziałów komórkowych, starzenie się i śmierć. Ponadto, doświadczenia z hybrydami otrzymanymi w wyniku fuzji normalnych ludzkich fibroblastów z ludzkimi komórkami nieśmiertelnych linii wykazały, że komórkowe starzenie jest fenotypem dominującym. Wg telomerowej teorii starzenia chromosomy liniowe z każdym cyklem replikacyjnym tracą fragment DNA na swych końcach (telomerach), co wynika z właściwości polimerazy DNA syntetyzującej nić jedynie w kierunku od 5' do 3' końca. Dzięki telomerom możliwa jest pełna replikacja chromosomów liniowych, która odbywa się w ten sposób, że po degradacji startera RNA pozostaje luka przy 5' końcu potomnej nici długości kilkudziesięciu do kilkuset par zasad (rozmiary startera lub fragmentu Okazaki). Do wiszącego końca 3' macierzystej nici DNA zostaje dobudowana sekwencja telomerowa w kierunku od 5' do 3' końca, co zachodzi dzięki telomerazie lub na drodze rekombinacji telomerów (Greider, Blackburn, 1989, Shippen-Lentz, Blackburn, 1990; Putrament, 1980, Wang, Zakian, 1990). Na powstałej wydłużonej nici enzym primaza (ang. *primase*), syntetyzująca starter RNA, umożliwia polimerazie DNA przeprowadzenie nieciągłej syntezy potomnej nici, która zapełnia lukę. Gdy pierwszy starter RNA ulega degradacji ponownie obserwuje się powstawanie przerwy na 5' końcu nici potomnej, dotyczy to jednak sekwencji telomerowej, a nie kodującej białka. Sugeruje to, że w komórkach występuje białko regulatorowe, konkurencyjne względem telomerazy (Liang-Yu i współprac., 1990). Utrata fragmentu DNA wiąże się ze zjawiskiem niepełnej replikacji (ang. *the end replication problem*), czyli niepełnego powielenia materiału genetycznego co może skutkować utratą fragmentów genów i przyczyniać się do śmierci komórki (Olovnikov, 1973). Należy podkreślić, że istnieje znaczna zmienność w długości telomerów w komórkach i tkankach osobników oraz między grupami osobników na podstawie stanu → ZDROWIA (RANDO, 2006). SUGERUJE SIĘ, ŻE W MOMENCIE OSIĄGNIĘCIA PRZEZ GRUPĘ

KOMÓREK krytycznego skrócenia długości telomerów, może dochodzić do wytwarzania struktur białkowych, co może prowadzić do zachwiania homeostazy i starzenia się (Rando, 2006). Tak więc, procesy starzenia i skracanie telomerów są ściśle ze sobą powiązane. Pomiary długości telomerów w komórkach jednojądrzastych krwi uznaje się za dobre narzędzie pomiaru zwiększonego ryzyka zachorowalności związanej z wiekiem, a także do przewidywania ryzyka rozwoju chorób (Rando, 2006).

GA

B: Allsopp i współprac., 1992; Blackburn, 1991, 1992; Blackburn, Szostak, 1984; Brunk U. i współprac., 1973; Daniel, Young, 1971; Dell'Oreo, Merten, Kruse, 1973, 1974; Greider C.W., Blackburn, 1989; Hayflick, 1965, 1992, 1998; Hayflick, Moorhead, 1961; Lasota, 1980; Liang-Yu G. i współprac., 1990; Meyne, Ratliff, Moyzis, 1989; Olovnikov, 1973; Rando, 2006; Shay, Wright, 2007; Shippen-Lentz, Blackburn, 1990; Smith i współprac., 1992; Tierney, 2005; Wang, Zakian, 1990.

O: biologiczne teorie starzenia się, biologiczne uwarunkowania procesu starzenia się, biologiczne wskaźniki starzenia się, starzenie się.

TK: am. *telomere theory of aging*, ang. *telomere theory of ageing*, fr. *de théorie télomérique du vieillissement*, hiszp. *los telomeres teoría del envejecimiento* / *los telomeres teoría de la vejez*, niem. *Telomer-Hypothese des Alterns* / *die Telomere Alters-Theorie*, ros. *теломерная теория старения*.

teoria telomeryczna starzenia się → telomerowa teoria starzenia się

teoria biegu życia

rozwijana była już w latach 50. ubiegłego wieku, natomiast jej walory dla badania zjawiska → starzenia się dostrzeżono dekadę później. Do głównych pojęć tego podejścia zaliczyć należy: → rozwój człowieka w ciągu → życia (ang. *life-span development*), działanie podmiotowe (ang. *agency*), czas i miejsce (ang. *time and place*), wyczucie czasu (ang. *timing*), jak i związek między biografiami (ang. *linked lives*).

Przesłanki na jakich spoczywa ta perspektywa odnoszą się do zmian rozwojowych rozumianych jako nieustanny proces, który zachodzi na przestrzeni całego życia. Po drugie, trajektorie (zawodowa, edukacyjna, rodzinna itp.) są nawzajem połączone i wywierają na siebie wpływ. Po trzecie, istotną determinantą rozwoju jednostki są czynniki społeczne i historyczne. Po czwarte, optymalny rozwój jednostki może zostać osiągnięty przy uwzględnieniu jej potrzeb rozwojowych, jak i możliwości związanych z jej wiekiem.

Nauki społeczne rozwinęły wiele podejść w ramach których próbowano zrozumieć zmiany jakim podlega jednostka. Znaczna ich część zaadaptowała na swój grunt pojęcie → *bieg życia* [człowieka]. Do najbardziej znanych zalicza się psychologię, gdzie wskazuje się na wzorzec oraz ciągłość w zmianach jakie następują w życiu jednostki. Klasycznym dziełem w którym podjęta została omawiana problematyka jest książka Charlotty Bühler (1893–1974) *Bieg życia ludzkiego* (1999). Po raz pierwszy przedstawiona została tam koncepcja psychologii rozwoju człowieka w ciągu życia. Konceptualizacja biegu życia została także przeprowadzona na gruncie takich dyscyplin naukowych, jak: psychiatria, socjologia, antropologia a także przy użyciu zróżnicowanych podejść badawczych. Zatem znacznie pojęcia biegu życia zmienia się w zależności od stanowiska z którego jest on rozpatrywany. Inaczej termin ten charakteryzowany jest przez behawioryzm, inaczej przez psychoanalizę, kongnitywizm, interakcjonizm symboliczny i funkcjonalizm, a jeszcze inaczej traktuje się go w podejściu psychokulturowym. Niektóre z tych perspektyw szanują granice dyscyplinarne (behawioryzm, kongnitywizm, interakcjonizm symboliczny), podczas gdy inne mają charakter bardziej interdyscyplinarny (psychiatria, antropologia, psychoanaliza). Podejścia te różnią się także pod względem genezy biegu życia. Przykładowo, psychoanaliza wskazuje, że bieg życia jednostki wyrasta z afektywnej, psychoseksualnej dynamicznej *psyche*. Natomiast interakcjonizm symboliczny zakłada, że jest on pochodną społecznego ***ja*** oraz ról społecznych. Zwolennicy tego podejścia koncentrują się na sposobie społecznego konstruowania jaźni. Kolejne różnice koncentrują się wokół istnienia wzorca rozwojowego. W behawioryzmie z zasady odrzuca się możliwość istnienia określonego wzorca określającego zmiany, jakie zachodzą w życiu jednostki, podczas gdy w podejściu psychokulturowym przyjmuje się, że źródłem zmian rozwojowych jest kultura oraz aktywność jednostki. Wzorzec istnieje w granicach danej kultury, co oznacza, że bieg życia jednostki jest odbiciem kultury, w jakiej przyszło jej żyć (Gubrium, Holstein, Buckholdt, 1994).

W → gerontologii społecznej pojęcie *biegu życia* pojawiło się na dobre w połowie lat 70. XX stulecia m.in. za sprawą Glena Holta Eldera (1934–) [por. Elder, 1975, s. 165–190]. W latach 90. XX w. teoria biegu życia stała się dominującą perspektywą w badaniach nad starzeniem się. Wymowna, pod tym względem, okazała się

zmiana, w roku 1997, nazwy sekcji Amerykańskiego Towarzystwa Socjologicznego (*American Sociological Association's Section on Aging*) zajmującej się starzeniem na Socjologię Starzenia się i Biegu Życia (*Sociology of Aging and the Life Course*).

Pojęcie bieg życia (ang. *life-course*) bardzo często zamiennie używane jest z innymi pojęciami takimi jak: → cykl życia [człowieka] (ang. *life-cycle*) czy → długość [ciąg] życia (ang. *life-span* or *life span*). Traktowanie tych trzech terminów jako ekwiwalenty językowe nie jest uprawomocnione. Błąd wynika z tego, że wszystkie omawiane pojęcia odnoszą się do aspektu temporalnego, jednakże każdy z nich w nieco odmienny sposób. I tak, termin cykl życia (*life-cycle*) zwraca uwagę na konkretne okresy rozwojowe. Podejście to stosuje się raczej do badania organizacji lub takich grup, jak np. → rodzina, która przechodzi przez kolejne stadia rozwojowe. Pojęcie ciąg życia (*life-span*) odnosi się przede wszystkim do aspektu temporalnego rozciągniętego od narodzin do → śmierci. Natomiast perspektywa biegu życia jako jedyna potrafi uchwycić zmiany w rolach społecznych jednostki jakie następują u niej wraz z wiekiem (Pavalko, 2002).

Pojęcie *bieg życia* jest niezwykle użytecznym terminem podczas badań związanych ze zmianami rozwojowymi następującymi w poszczególnych fazach życia człowieka. Daje także wgląd w sposoby rozumienia doświadczenia oraz znaczeń mu nadawanych przez jednostkę na przestrzeni czasu. Pozwala także na uchwycenie trajektorii życia (rodzinnej, zawodowej, edukacyjnej, itp.) badanego oraz wskazanie powiązań występujących pomiędzy różnymi jego etapami życia. Umożliwia mapowanie sieci relacji społecznych a także wskazuje na pozycję jednostki w strukturze społecznej. Pojęcie to ma także swoje zastosowanie w gerontologii społecznej (por. Dannefer, Kelley-Moore, 2009).

Rozwój człowieka w ciągu życia odnosi się do indywidualnego potencjału rozwojowego jednostki na przestrzeni jej życia. Działanie pozwala człowiekowi na kreację siebie, otoczenia, jak i swojego losu, jednakże z zastrzeżeniem, że podejmowane decyzje determinowane są przez kontekst historyczny i społeczny. Najlepiej widać to na przykładzie następnych pojęć, jakim są czas i miejsce. Czas odnosi się do wydarzeń historycznych, natomiast miejsce do miejsca urodzenia jednostki. Są to swoiste determinanty rozwoju, które jednakże należy postrzegać w sposób szczególny. Mianowicie, istnieje możliwość pewnych modyfikacji w ramach odgórnych ograniczeń, na które jednostka nie ma wpływu. Chodzi tu o tzw. wyczucie czasu, czyli umiejętność wykorzystania danej sytuacji dla własnego rozwoju. Ostatnim pojęciem jest związek między biografiami, w którym zwraca się uwagę na powiązanie życia jednostki z życiem innych osób (Zaprir, 2008).

Perspektywa biegu życia jest jednym z obecnie dominujących podejść socjologicznych badających zjawisko starzenia się. Ujmuje w całość zarówno czas historyczny w jakim jednostka żyje, jak i jej indywidualne doświadczenie. Dostarcza teoretycznych ram, pojęć, jak i narzędzi do badania rozwoju człowieka zachodzącego w danym kontekście historycznym. Starzenie ujmowane jest jako całożyciowy proces, na który składają się wpływy wydarzeń z każdego okresu rozwojowego. Tak więc na indywidualne doświadczenie nakłada się tło historyczne, które różnicuje przebieg procesu starzenia się w kolejnych → kohortach (Pavalko, 2002, s. 776). Bada się między innymi różnice, jakie występują w procesie starzenia się między kohortami z uwzględnieniem indywidualnej biografii, która usytuowana w historycznych okolicznościach determinuje działanie jednostek (Hardy, Waite, 1997). W literaturze zagranicznej podkreśla się wkład takich badaczy, jak: Elder, → Riley i → Neugarten, jako tych, którzy zapoczątkowali badania w nurcie biegu życia. Na szczególną uwagę zasługują badania Eldera (1974), które były jednym z pierwszych przykładów badań w skali mikro z wykorzystaniem strategii longitudinalnej. Zbierając materiał badawczy na temat życia dzieci Elder zaobserwował zmiany, jakie zachodziły w rodzinach, a także w pełnionych rolach społecznych. Aby zrozumieć dynamizm tych ról, teoria biegu życia potrzebowała nowych pojęć: tranzycji i trajektorii. Tranzycje to krótkoterminowe zmiany w pełnionych rolach, jak np. zmiana pracy, wyjście za mąż czy zostanie rodzicem. Natomiast trajektoria służy do opisu długoterminowych wzorców zachowań, które tworzą historię rodziny czy opisują karierę zawodową. Na trajektorię składają się różne tranzycje, jednakże trajektoria dostarcza szerszego kontekstu dla zmian w życiu jednostki, tym samym nadaje znaczenie pojedynczym tranzycjom. Tak więc zmiany (tranzycje) można zrozumieć jedynie w kontekście wybranej drogi życiowej (trajektorii). To właśnie m.in. wspomniany Elder użył koncepcji powiązanych wzajemnie ze sobą trajektorii do opisu związku między ludźmi jaki zachodzi na przestrzeni czasu. Trajektorie to różne drogi, jakimi podążają jednostki w biegu swojego życia. Można więc wyróżnić: trajektorię rodzinną, zawodową, edukacyjną itp. Splątane ze sobą trajektorie dostarczają opisu wydarzeń mających wpływ zarówno na przebieg

trajektorii badanej jednostki, jak i osób z nią związanej. Wydarzenia w biegu życia są widziane jako punkty zwrotne w trajektorii (Elder, O'Rand, 1995).

Efekt wieku, efekt kohorty i efekt sytuacji, to kolejne pojęcia, które są istotne z punktu badań nad biegiem życia. Do pionierskiego wkładu nad rozróżnieniem tych trzech efektów należą prace kanadyjsko-amerykańskiego demografa i socjologa Normana B. Rydera (1923–2010) [por. Ryder, 1965). Rozwój psychologiczny człowieka można podzielić na trzy etapy: dorastania, dojrzałości oraz → późnej dorosłości. Wraz z przechodzeniem jednostki przez kolejne fazy zaobserwować można zmiany, które odnoszą się do sfery biologicznej, psychologicznej i społecznej. Zmiany te nazywa się starzeniem, a ich wynik efektem wieku (Victor, 2005). Efekt wieku najłatwiej zaobserwować można w sferze biologicznego starzenia się. Bez trudu można wskazać na fizyczne zmiany organizmu. Jednakże poza fizycznymi, istnieją także społeczne i psychologiczne efekty starzenia się, jak i wiele innych czynników, które regulują opisywany proces. Chodzi tu między innymi o efekt kohorty i efekt sytuacji. Kohorta oznacza grupę z danego przedziału wiekowego z jednego roku lub kilku kolejnych roczników urodzenia (Bień, 1996). W → gerontologii przynależność do kohorty oznacza wspólny dla grupy a zarazem unikatowy rodowód. Innymi słowy, grupa doświadcza tych samych wydarzeń, w tym samym przedziale czasowym. Każda kohorta jest świadkiem bądź to innych wydarzeń bądź doświadcza ich w innym momencie swojego życia. W socjologii kohorta znana jest także pod pojęciem → generacji lub pokolenia. Maria Ossowska (1896–1974) mianem pokolenia określa grupę jednostek charakteryzujących się wspólnymi postawami, które ukonstytuowały się pod wpływem wspólnych przeżyć historycznych (Ossowska, 1963). Uważa się, że wspólna historia jest determinantem wzorca starzenia się kohorty. Zatem pomiędzy poszczególnymi kohortami występują istotne różnice, które tworzą tzw. efekt kohorty.

Efekt czasu odnosi się do głównych wydarzeń historycznych tzw. wydarzeń globalnych. W polskiej literaturze gerontologicznej nieocenionym źródłem informacji na ten temat są prace Olgi Czerniawskiej (1930–). Do wydarzeń globalnych z pewnością zaliczyć można wybuch drugiej wojny światowej, jej koniec, początek zimnej wojny, a także rozpad bloku wschodniego oraz szeroką dostępność do nowych technologii, takich jak np. Internet. Każde z tych wydarzeń miało istotny wpływ na formowanie się specyficznej świadomości danej grupy społecznej. Między wymienionymi wydarzeniami następowały istotne zmiany społeczne, gospodarcze, polityczne i naukowe. To właśnie ów dynamiczny charakter zmian jest źródłem analizy efektu czasu.

Podsumowując należy dodać, że te trzy czynniki: efekt wieku, kohorty i sytuacji pełnią wobec siebie linearną funkcję, bowiem wiek równa się czas historyczny minus efekt kohorty (Harding, Winship, 2008, s. 362–401). Innymi słowy, oznacza to, że wiek, w którym się jednostka znajduje może zostać poznany, poprzez odjęcie od roku, w którym są prowadzone badania (czas historyczny) rok, w którym się osoba urodziła (kohorta).

Ze względu na silną korelację między efektem wieku, kohorty i czasu trudno jest dokonać prostego wyodrębnienia tych trzech czynników, zwłaszcza w badaniach o wysokim stopniu złożoności. Pomocą w tym zakresie mają służyć odpowiednie narzędzia badawcze, które wciąż są udoskonalane.

Oprócz tych podstawowych terminów bardzo ważną rolę w teorii biegu życia odgrywają odkryte przez Eldera (1994, s. 4–15) sześć dominujących i powiązanych ze sobą motywów. Pierwszy odnosi się do wzajemnych powiązań ludzkich biografii oraz czasu historycznego (ang. *interplay of human lives and historical time*). Chodzi tu m.in. o zrozumienie rozwoju jednostkowego i rodzinnego w kontekście historycznym. Drugi, wyczucie czasu (ang. *timing of lives*) zwraca uwagę na szczególne role i zachowania, które przypisane są do konkretnych → grup wieku opartych na modelu → wieku biologicznego, → wieku psychologicznego, → wieku społecznego i duchowego. Trzeci to związek między biografiami (ang. *linked or interdependent lives*). Cechą charakterystyczną życia w społeczności jest wytworzenie sytemu współzależności pomiędzy członkami grupy. Rodzina jest pierwszym miejscem, w którym jednostka doświadcza tej współzależności i której losy splątane są z losami innych członków rodziny. Próba zrozumienia życia człowieka powinna zawierać szerokie pole interpretansu, które odnosi się do zjawisk historycznych, kulturowych i społecznych. Czwarty motyw nazwany został działaniem podmiotowym (ang. *human agency*). Jednostkowy bieg życia naznaczony jest wyborami i działami podjętymi przez człowieka. Zarówno wybory, jak i działania należy postrzegać w kontekście możliwości i ograniczeń, jakie niesie za sobą życie w danej społeczności. Piąty motyw to różnorodność możliwych trajektorii w biegu życia (ang. *diversity in life course trajectories*). Istnieje wiele różnych dróg w życiu jaką jednostka może podążać. Zmienną niezależną jest kohorta, klasa społeczna, kul-

tura oraz płeć. Ostatni element odnosi się do ryzyka rozwojowego oraz zabezpieczenia (ang. *developmental risk and protection*). Doświadczenie tranzycji życiowych ma istotny wpływ na kolejne tranzycje i wydarzenia. Może to prowadzić do zjawiska ochrony trajektorii biegu życia bądź wystawienia jej na ryzyko.

Najlepszą strategią badawczą dla teorii biegu życia są → badania podłużne. Polegają na wielokrotnym przeprowadzeniu pomiaru na tej samej osobie na przestrzeni wielu lat. Istotą tego podejścia jest zrozumienie mechanizmów zmian, jak i czynników, które wpływają na aktywność jednostki. Jest to jedna z najlepszych strategii badania procesów starzenia się. O ile → badania poprzeczne opisują wybrane grupy wiekowe, a także występujące między nimi różnice, o tyle badania podłużne oprócz tego potrafią wskazać, które z opisywanych różnic są efektem starzenia się. Zatem badania poprzeczne nie pozwalają na oddzielenie od siebie efektu wieku, kohorty i sytuacji, czego nie można powiedzieć o badaniach longitudinalnych. Jeszcze lepszą strategią jest analiza sekwencyjna polegająca na zbadaniu kilku kohort i połączeniu strategii badań podłużnych z poprzecznymi. Niestety badania podłużne mają także swoje wady. Do największych z nich należy zaangażowanie znacznych środków finansowych, duży wysiłek badawczy, który jest odroczony w czasie (Campbell, O'Rand, 1985), trudności w utrzymaniu kontaktu ze wszystkim respondentami, możliwość utraty danych ze względu na brak wyników od osób, które nie ukończyły badania na skutek np. śmierci lub przeprowadzki. Co więcej, zadane pytania na przestrzeni kilku lat mogą stracić na znaczeniu, co może prowadzić do innego ich rozumienia. Ostatnią problematyczną sprawą w badaniach podłużnych jest włączenie bądź pominięcie nowych koncepcji lub idei, które pojawiły się w międzyczasie, a które są blisko spokrewnione z oryginalnymi koncepcjami poruszanymi w badaniu (Lawton, Herzog, 1989, s. VI).

Innym wyzwaniem omawianej perspektywy jest ustalenie realnego wpływu wydarzeń globalnych na bieg życia jednostki. Istnieją przynajmniej dwa sposoby pozwalające na wskazanie związku między czasem historycznym a indywidualną biografią człowieka. Po pierwsze jest to narracja badanego, po drugie analiza dokumentów historycznych. Wzrost zainteresowania badaniami podłużnymi zaowocował powstaniem ciekawych narzędzi badawczych służących do analizy zgromadzonego materiału empirycznego. Chodzi tu o wspomnianą już analizę sekwencyjną (ang. *sequence analysis*), a także analizę wydarzeń historycznych (ang. *event history analysis*) oraz o hierarchiczne modelowanie liniowe (amg. *hierarchical linear modeling*). Narzędzia te pozwalają na badanie biegu życia na wiele różnych sposobów (Jamieson, Victor, 2002).

Teoria biegu życia odkryła przed badaczami, że zmiany w życiu jednostki nie są aż tak powiązane z wiekiem, jak wcześniej sądzono. Okazało się, że główne wydarzenia życiowe, takie jak: praca, edukacja, rodzina, → czas wolny, mogą zachodzić na przestrzeni całego życia niezależnie od wieku jednostki (Elder, O'Rand, 1995).

Jednym z największych zarzutów, jakie można skierować pod adresem tej teorii jest to, że pomimo wielu badań nad biegiem życia, który zachodzi w danym kontekście kulturowym i społecznym, wciąż nie wiadomo, w jaki sposób determinowany jest przebieg rozwoju człowieka wystawionego na specyficzne oddziaływanie takich instytucji, jak: szkoła, środowisko pracy itp. Niewiele także zrobiono w zakresie badań porównawczych międzykulturowych, w których można by prześledzić kulturę jako zmienną mającą wpływ na proces starzenia się człowieka (Pavalko, 2002, s. 777).

Istnieje pewna trudność z paradygmatycznym przyporządkowaniem teorii biegu życia. Niektórzy badacze (por. Halicki, 2006) jako źródło pochodzenia podają strukturalizm funkcjonalny. Argumentowane jest to tym, że teoria ta odnosi się do zjawiska kształtowania zachowań jednostki przez normy społeczne. Inni z kolei za źródło powstania teorii biegu życia uważają zarówno perspektywę funkcjonalistyczną, jak i interakcjonistyczną (por. Synak, 1999). Funkcjonalistyczną, ponieważ bieg życia jednostki sytuowany jest w makrostrukturze uwzględniającej zmiany demograficzne, strukturalne i kulturowe, a interakcjonistyczną tam, gdzie następuje koncentracja na indywidualnym, subiektywnym doświadczaniu trajektorii życia.

Problemy z paradygmatycznym przyporządkowaniem teorii biegu życia wiążą się najprawdopodobniej z tym, że perspektywa ta, raz łączona jest z teorią, a raz z ruchem intelektualnym o multidyscyplinarnym charakterze. W tym drugim znaczeniu podejście zwane biegiem życia nie jest teorią w dosłownym tego słowa znaczeniu, ale raczej nowym sposobem myślenia o rozwoju i życiu człowieka wywiedzionym z wielu różnych dyscyplin naukowych. Teoria biegu życia stara się m.in. wytłumaczyć, jak ludzie zmieniają się na przestrzeni lat, a mimo to wciąż pozostają tymi samymi osobami. Odpowiedź na to pytanie jest bardzo trudna. Co więcej, heterogeniczność subpopulacji osób starszych jest ogromnym wyzwaniem w wymiarze teoretyczno-metodologicznym. Okazuje się, że odnalezienie wzorów ludzkiego działania w grupie

na wskroś heterogenicznej jest niemożliwe. Łącząc to z postmodernizmem, charakteryzującym się liberalizmem obyczajowym, bardzo trudno mówić o stylach starzenia się, których przykładów literatura gerontologiczna licznie dostarcza. Być może wyjściem z sytuacji byłoby skoncentrowanie się na procesach starzenia się, a nie na wzorach czy → stylach życia w starości. Innymi słowy, należałoby próbować wskazać, co doprowadziło do ustalenia takiego, a nie innego → stylu życia. Perspektywa biegu życia wykorzystująca model badań podłużnych zdaje się być właśnie do tego celu stworzona.

MMU

B: Bień, 2002; Bühler, 1999; Campbell, O'Rand , 1985; Czerniawska, 2006; Dannefer, Kelley-Moore, 2009; Elder, 1974, 1975, 1994; Elder, O'Rand, 1995; Gubrium, Holstein, Buckholdt, 1994; Halicki, 2006; Harding, Winship, 2008; Hardy, Waite, 1997; Jamieson, Victor, 2002; Lawton, Herzog, 1989; Ossowska, 1963; Synak, 1999; Victor, 2005; Zaprir, 2008.

O: analiza przebiegu życia, bieg życia człowieka, perspektywa biegu życia w rozwoju dorosłych, psychologia biegu życia.

S: perspektywa przebiegu życia.

TK: ang. *life course theory* / *the life course approach* / *the life course perspective*, fr. *la théorie du parcours de vie*, hiszp. *teoría del curso de vida* / *perspective del curso de vida*, niem. *die Theorie der menschliche Lebenslauf*, ros. *теория жизненного курса* / *парадигма жизненного пути.*

teoria ciągłości

w polskiej literaturze gerontologicznej zwana jest także teorią odpowiedników (Rembowski, 1984), jak i teorią kontynuacji (Halik, 2002). W pedagogice i → geragogice odnaleźć ją można w koncepcji → wychowania do starości Aleksandra → Kamińskiego (1978). Zanim jednak zostaną przedstawione główne pojęcia, jak i twierdzenia związane z tym podejściem, należy uprzednio wskazać na bardzo istotne założenia, które legły u podstaw teorii ciągłości. Najpierw należy przyjrzeć się zjawisku ciągłości i nieciągłości w głównych teoriach rozwoju człowieka dorosłego.

Wśród wielu auksologicznych wątków odnoszących się do pełnego cyklu rozwojowego na szczególną uwagę zasługuje koncepcja Carla Gustava Junga (1875–1961) i Erika H. Eriksona (1902–1994). O ile pierwszy z nich dał poważny asumpt do pogłębionych badań nad rozwojem człowieka dorosłego, o tyle drugi z nich zaproponował koncepcję ośmiu stadiów rozwojowych, które w całości zostały przyjęte nie tylko przez gerontologów, ale także i przez psychologów i pedagogów. Ważnego wkładu w postęp teorii rozwoju człowieka dorosłego wnieśli także → Levinson, → Havighurst i Roger Gould, którzy dokonując periodyzacji → życia człowieka wskazali na trzy odmienne stadia rozwojowe u dorosłych. Oprócz wymienionych, swój udział w rozwój auksologicznych podstaw mieli także → Neurgarten, Charlotte Bühler (1893–1974) i → Gutmann.

Wszyscy wymienieni teoretycy rozwoju człowieka dorosłego wskazują na wzrost i zmiany jednostki jako osoby dorosłej. Oczywiście zmiany takie bardzo łatwo zaobserwować w zakresie biologicznego i poznawczego funkcjonowania człowieka. Chodzi tu o wygląd zewnętrzny, jak i zauważalne → starzenie się zmysłów, które ma wpływ na odbiór rzeczywistości (Stuart-Hamilton, 2006, s. 21–34). Jednakże koncepcje te przede wszystkim odnoszą się do zmian osobowości jednostki, gdy autorzy tych teorii wskazują na kolejne stadia rozwojowe.

Największą wadą omawianych perspektyw jest brak spójności pomiędzy wzorami → biegu życia człowieka. Prócz wielu podobieństw zda się także wskazać na takie różnice, które są nie do pogodzenia. Przykładowo, Ch. Bühler percypuje ostatnią fazę życia jako osłabienie. Neugarten jako czas stałego wzrostu interioryzacji. Gutmann okresowi starości przypisuje wycofanie, Erikson zbliżanie się do mądrości życiowej, Gould okres późnej dorosłości widzi jako czas zbliżania się do rzeczywistości (McCreae, Costa, 2005, s. 32), a Jung (1993) rozumie drugą połowę życia jako fazę przystosowania się do warunków życia wewnętrznego. Drogowskazem tego procesu nazywanego przez niego indywidualizacją jest integracja cienia, zróżnicowanie *animy* i *animusa* oraz detronizacja ***ego*** przez *osobowości maniczne*. Levinson i Havigurst widzieli etapy rozwoju jako zadania rozwojowe. W okresie → starości należą do nich między innymi akceptacja → śmierci współmałżonka, jak i akceptacja obniżonej sprawności ruchowej. Przytaczane przykłady rozwoju człowieka dorosłego są egzemplifikacją zjawiska nieciągłości jako osiowego elementu rozwoju jednostki (Trempała, 1997, s. 5–21).

Zupełnie inaczej traktowany jest rozwój w podejściu zakładającym ciągłość. Innymi słowy zwolennicy tej perspektywy uznają występowanie u starszych osób tych samych lub podobnych cech jakim charakteryzowali się w średniej dorosłości. Koncepcja ta związana jest przede wszystkim z poglądami Roberta R. McCrae (1949–) i Paula T. Costy (1942–) na temat stałości osobowości jednostki w dorosłości. Badacze ci sformułowali pięcioczynnikowy model osobowości w skład

którego włączyli neurotyczność, ekstrawertyczność, otwartość na doświadczenie, ugodowość oraz sumienność (McCrae, Costa, 2005, s. 16). Na podstawie przeprowadzonych badań własnych, jak i konkluzji z badań innych uczonych doszli do wniosku, że sposób funkcjonowania we wczesnym etapie rozwoju determinuje sposób funkcjonowania na starość. Okazuje się, że osobowość jest trwałym rdzeniem, na podstawie którego dokonywana jest adaptacja do zmieniającej się rzeczywistości (McCrae, Costa, 2005, s. 21). Tutaj należy zaznaczyć, że konkluzja mówiąca o stałości osobowości wynika z przyjęcia ściśle określonej definicji terminu *osobowość*. Przyjęta przez McCrae i Coste taksonomia cech osobowości ujęta w modelu pięcioczynnikowym niekoniecznie musi pokrywać się z osiowymi cechami osobowości, które zostały wyróżnione przez innych autorów. Zatem konkluzje z badań mogą się różnić w zależności od przyjętych definicji, jak i sposobów pomiaru. Stałość osobowości nie oznacza w żadnym wypadku, że w okresie starości nie następują ważne, z psychologicznego punktu widzenia, wydarzenia. Jednakże należy pamiętać, że „ludzie pozostają tacy sami pod względem swych podstawowych dyspozycji, lecz owe trwałe cechy wiodą ich ku konkretnemu, stale zmieniającemu się życiu" (McCrae, Costa, 2005, s. 19). Zatem pojęcie ciągłości nie unieważnia pojęcia zmiany.

Wiele badań przeprowadzonych na gruncie → gerontologii doprowadziło badaczy do podobnych wniosków, w których wskazywano na istnienie stałości. Były to prace m.in. → Maddoxa (zob. McCrae, Costa, 2005, s. 18), jak i Havighursta, Williama F. McDonalda, Leo Maeulena i Josepha Mazela, którzy eksplorując zagadnienie przebiegu pracy zawodowej sformułowali koncepcję, którą można by roboczo nazwać teorią ciągłości.

Teoria ciągłości jest teorią starzenia się, którą należy rozpatrywać w kategoriach społecznych mikrozjawisk, czyli odnoszących się do analizy jednostkowego wymiaru starzenia się jednostki. Stara się ona wyjaśnić, dlaczego znaczna część populacji wykazuje zgodność w swoich wzorach myślenia, zachowaniach, działaniach, postawach itp. na całej przestrzeni dorosłego życia pomimo tylu różnych zmian, jakie zachodzą w biegu życia każdego człowieka. Perspektywa ta w gerontologii wykorzystywana jest do badania zjawiska → adaptacji do emerytury, czyli przystosowania życia na emeryturze, higieny psychicznej, systemu → wsparcia społecznego, przystosowania do → niepełnosprawności i przede wszystkim do badania zjawiska aktywności. Jest to podstawowa teoretyczna rama badań nad adaptacją osób w późnej dorosłości, tj. → adaptacją do starości.

Pojęcie ciągłości w gerontologii jest co najmniej dwuznaczne. W pierwszym znaczeniu używa się go na oznaczenie niezauważalnych zmian, jakie zachodzą w biegu życia jednostki. Przeciwstawia się znaczenie tego terminu nagłym zmianom jakie mogą nastąpić przy przejściu pomiędzy okresami rozwojowymi. W drugim znaczeniu ciągłość odnosi się do stałości osobowości w okresie dorosłości (Back, 1987).

Perspektywa ciągłości została wywiedziona z obserwacji, które ujawniły, że mimo znaczących zmian w funkcjonowaniu jednostki da się zauważyć zgodność w sposobie myślenia, typów aktywności, jak i podtrzymywania związków społecznych na przestrzeni długiego okresu czasu. Jednakże z tym zastrzeżeniem, że owa ciągłość ujmowana jest probabilistycznie, czyli – innymi słowy – postrzegana jest jako prawdopodobny związek między przeszłością, teraźniejszością a przewidywanymi wzorami aktywności, jakie nastąpić mogą w przyszłości.

Konceptualizacja ciągłości przeszła kilka zasadniczych etapów rozwoju. W późnych latach 60. XX wieku Maddox zaprezentował opis z poczynionych przez siebie obserwacji. Z początkiem lat 70. ubiegłego wieku → Atchley podjął się rozwinięcia idei ciągłości w gerontologii, aby w końcu lat 80. zbudować teorię, którą testował przez następną dekadę (Atchley, 2005, s. 47–61, 2006, s. 266).

Teoria ciągłości jest niczym innym jak koncepcją rozwoju człowieka dorosłego (Atchley, 1989, 1999, 2005). Wypracowane w biegu życia procedury postępowania i wzory myślenia, wykorzystywane są do opisu, analizy, interpretacji, ustalania celów, jak i podejmowania stosownych decyzji. Uważa się, że mimo istnienia niezaprzeczalnych wpływów zewnętrznych jednostka ma możliwość świadomego ich interpretowania oraz konstruowania własnego życia według swoich potrzeb. Ciągłość zachowań z przeszłości utrzymywana jest najczęściej w sytuacjach adaptacji do zmian, które są dla jednostki czymś nowym, jak i w sytuacji ustalania po raz pierwszy danego celu. Właśnie wtedy jednostka sięga do wypracowanej przez siebie struktury poznawczej znajdując tam takie rozwiązania, które zwiększają prawdopodobieństwo odniesienia sukcesu. Aplikuje się takie sposoby działań, które wcześniej pozwoliły na osiągnięcie upragnionego celu. Innymi słowy, człowiek w danych sytuacjach postępuje analogicznie do tych, które wystąpiły w przeszłości. W tym celu używa się starych struktur do wykonania działania. Przy czym należy pamiętać, że struktura też ulega zmianom jednakże pierwsze propozycje rozwiązań pochodzą z ukonstytuowanej struktury poznaw-

czej nadającej poczynaniom jednostki cechę ciągłości. Wybór tej strategii może być zarówno świadomy bądź nieświadomy (Atchley, 2005, 2006). Pewne podobieństwo w sposobie percepcji tego zagadnienia można odnaleźć w pracach Tadeusza Tomaszewskiego (1910–2000) i Janusza Reykowskiego (1929–).

Fundament, na którym spoczywa teoria ciągłości, wyznaczają kolejno cztery podstawowe pojęcia: struktura wewnętrzna, struktura zewnętrzna, ustalanie celów oraz utrzymanie zdolności adaptacyjnych (Atchley, 2005, s. 47–61, 2006, s. 266).

Pierwsze z pojęć odnosi się do struktury wewnętrznej rozumianej tu jako świadomość siebie, posiadanie własnych celów, własnego obrazu świata, filozofii życiowej, hierarchii wartości, postaw, wierzeń, moralności, wiedzy, umiejętności, temperamentu, strategii pokonywania problemów czy osobistych preferencji. Ta wielość różnych konstruktów składa się na ogólną wewnętrzną strukturę, która charakteryzuje się niewyobrażalną liczbą myśli, uczuć i emocji, a które w połączeniu ze sobą tworzą unikatową całość. Na tym polega wyjątkowość życia każdego z nas. Struktura wewnętrzna jest instrumentem selekcji informacji, jak i narzędziem służącym do podejmowania decyzji czy dokonywania wyborów. Ta ciągłość struktury psychicznej pozwala nam stwierdzić typowość zachowań danej jednostki, a dla niej samej jest warunkiem wstępnym dla utrzymania psychologicznego bezpieczeństwa (Atchley, 2005, s. 47–61, 2006, s. 266–267).

Struktura zewnętrzna jako drugie istotne pojecie będące fundamentem teorii ciągłości odnosi się do pełnionych przez jednostkę ról społecznych, podejmowanych przez nią aktywności, podtrzymywanych relacji z innymi osobami, miejscem zamieszkania itp. Te elementy składają się na pewną całość tworząc swoistą reprezentację w umyśle jednostki. Podobnie jak suma części składowych struktury wewnętrznej czyni jednostkę niepowtarzalną, tak samo i suma części składowych struktury zewnętrznej odróżnia człowieka od innych ludzi. Strukturę zewnętrzną osoby dorosłe postrzegają jak istotne źródło zabezpieczenia społecznego. Obie struktury stanowią solidną podstawę dla utrzymania własnego obrazu ***ja*** jak i swojego życia (Atchley, 2005, s. 47–61, 2006, s. 266–267).

Kolejnym terminem wchodzącym w skład siatki pojęciowej teorii ciągłości jest ustalanie celów. Otóż zakłada się ważność ustalania celów przez osoby dorosłe. Przede wszystkim chodzi tu o cele ukierunkowujące rozwój jednostki w różnych obszarach jej życia.

Ostatnim pojęciem jest utrzymywanie zdolności adaptacyjnych. Wytworzone przez osoby starsze na wcześniejszym etapie życia struktury zewnętrzne i wewnętrzne służą jako instrument w procesie adaptacji do zmian. Ta umiejętność adaptacji jest wynikiem świadomego dopasowania obu struktur do siebie tak, by tworzyły komplementarną całość. Odbywa się to poprzez modelowanie struktury zewnętrznej. Wynikiem tych działań oprócz wspomnianego dopasowania obu struktur jest → satysfakcja życiowa. Umiejętność adaptacji do życia w starości wynika z całożyciowego uczenia się, osobistego rozwoju, jak i podejmowania odpowiednich decyzji (Atchley, 2006, s. 266–267).

Należy podkreślić, że teoria ciągłości nie jest koncepcją deterministyczną, co oznacza, że nie posiada mocy przewidywania psychologicznego, jak i społecznego rozwoju jednostki choć jej złożenia zdają się temu przeczyć. Co więcej, kontynuacja nie zawsze prowadzi do pozytywnych efektów. Teoria ciągłości natomiast potrafi wyjaśnić mechanizm, jaki leży u podstaw ustalania celów, jak i ich realizacji. Potrafi także wskazać, w jaki sposób jednostka reaguje na zachodzące zmiany w jej życiu. W ten sposób pozwala badaczom zrozumieć dlaczego rozwój jednostki przebiegał w taki, a nie inny sposób. Zatem głównym twierdzeniem tej teorii jest wysoka motywacja człowieka do użycia wypracowanych przez siebie struktury zewnętrznej i wewnętrznej, za pomocą których można diagnozować różne sytuacje, jak i przygotować się do przyszłych zmian (Atchley, 2006). W odniesieniu do → teorii niezaangażowania [„wyłączania się"] dopuszcza się wycofanie jednostki z życia społecznego, ale nie zgadza się z twierdzeniem o nieuchronności tego procesu. Wyłączenie, jeśli ma miejsce, spowodowane jest przez zakłócenia między strukturą wewnętrzną a strukturą zewnętrzną. Efektem tego jest zjawisko patologicznego starzenia się bowiem proces wyłączania postrzegany jest jako dysfunkcjonalny. Teoria ciągłości zwraca szczególną uwagę na doświadczenia, umiejętności, skłonności, a także na cechy osobowościowe oraz postawy zdobyte na wcześniejszych etapach rozwoju, które tworzą swoisty repertuar strategii radzenia sobie ze zmianami następującymi w późnym okresie życia. Testowanie zjawiska ciągłości wymaga użycia strategii → badań podłużnych. Nie bez znaczenia pozostaje także kwestia wyróżnienia ciągłości obiektywnej i subiektywnej. Do pierwszej z nich zalicza się myśli, postawy oraz zachowania zaś do drugiej sposoby planowania, podejmowania decyzji oraz adaptacji do zmian. Wyniki badań wskazują, że ciągłość subiektywna jest zarazem celem, jak i wynikiem dla większości starzejącej się populacji podczas gdy ciągłość

obiektywna odnosi się do ogólnego wyniku działań jednostki (Atchley, 1989, 1999, 2005, 2006).

Wydaje się, że aby zrozumieć ostatni okres rozwoju człowieka należałoby wyjść poza dualizm: koncepcji ciągłości i nieciągłości osobowości. Z jednej strony istnieje wiele opracowań, które ujmują rozwój człowieka w etapach tworząc ich charakterystyki. Z drugiej strony istnieje podejście, w którym proponowana jest idea ciągłości. O ile pierwsze podejście pozwala ujrzeć ogólne cechy charakterystyczne dla subpopulacji osób starszych (nieciągłość), o tyle drugie koncentruje się na silnym zróżnicowaniu na własności indywidualne wskazując na zjawisko heterogeniczności w starości (ciągłość).

Polscy badacze w swoich recepcjach teorii ciągłości nie podają źródła jej pochodzenia. Jedynie dowiedzieć się można, że jest ona zmodyfikowaną postacią → teorii aktywności (por. Synak, 1999). Analiza tekstów obcojęzycznych z jednej strony potwierdza, że teoria ciągłości jest kolejnym wariantem teorii aktywności, choć z drugiej strony doszukać się można takich odczytań, które w nowym świetle stawiają tę teorię. Mianowicie teoria ciągłości dostarcza dowodów na odrzucenie teorii aktywności oraz teorii wycofania jako uniwersalnych teorii starzenia się. W badaniach, przeprowadzonych przez Neugarten, Havighursta i Sheldona S. Tobina (1968), dokonano identyfikacji badanych ze względu na typy osobowości. W każdym typie wyłoniono zarówno osoby aktywne, jak i wyłączone. Wykazano że poczucie satysfakcji życiowej było udziałem obu grup. Wykorzystując perspektywę biegu życia, badania te ujawniły, że człowiek na przestrzeni czasu rozwija w sobie trwałe cechy osobowości składające się na jego indywidualność. Główna teza głosi, że jednostka będzie dążyć wraz z wiekiem do utrzymania ciągłości osobowości.

Jak twierdzi Anna Bowling (2005, s. 3–4) źródłem pochodzenia teorii ciągłości jest funkcjonalizm, który odnosi się do utrzymania równowagi i dobrostanu społecznego, a który zależny jest od podtrzymania funkcjonalności podstawowych instytucji, jakimi są edukacja, rodzina, religia czy państwo. Emanacją funkcjonalizmu na gruncie → gerontologii społecznej jest teoria wycofania, teoria aktywności oraz omawiana teoria ciągłości. Wskaźnikiem takiego przyporządkowania jest potrzeba utrzymania zgodności między ciągłością wewnętrzną (koncepcja ***ja***) a ciągłością zewnętrzną (role społeczne, aktywności itp.) rozumianą jako proces adaptacji do zmian w → późnej dorosłości. Inni badacze podają, że źródłem pochodzenia teorii ciągłości jest interakcjonizm symboliczny (Puenty, Alley, Bengston, 2007, s. 101). Trudno jest wytłumaczyć rozbieżność między przytaczanymi stanowiskami, lecz należy stwierdzić, że badacze częściej postrzegają teorię ciągłości jako tę, u podstaw której leżą strukturalno-funkcjonalistyczne przesłanki (por. Victor, 2005, s. 16, McDonald, 2010, s. 8). Być może jest tak dlatego, że takie czynniki strukturalne, jak status materialny, w tym przypadku → emerytura (struktura klasowa), pozycja w społeczeństwie (struktura warstwowa), czy status zdrowego człowieka mają wpływ na doświadczenie rzeczywistości przez człowieka jako kontynuacji wcześniej dokonanych wyborów.

W literaturze obcojęzycznej wskazuje się na poważne ograniczenia teorii ciągłości koncentrującej swoją uwagę na zjawisku → normalnego starzenia się. Innymi słowy, teoria ta skupia się na tych osobach, które posiadają niezależność i zdolność do zaspokajania swoich potrzeb zarówno na płaszczyźnie psychicznej, jak i ekonomicznej. Normalne starzenie się oznacza zarówno produktywność, jak i umiejętność nawiązywania i utrzymywania relacji społecznych. Zatem teoria ta nie obejmuje swoim zasięgiem wszystkich tych, którzy starzeją się według wzorca znanego w gerontologii społecznej jako starzenie się patologiczne. Osoby niepełnosprawne oraz te o niskim dochodzie nie są w stanie podtrzymywać na zadowalającym poziomie społecznych relacji. Jednostki, które zapadły na różnego rodzaju → choroby wieku podeszłego (→ otępienia, zaburzenia psychiczne) nie są w stanie zachować zewnętrznej i wewnętrznej ciągłości. Dzieje się tak dlatego, że dla utrzymania ciągłości konieczna jest dobra → pamięć, ale przede wszystkim wiedza o sobie. Zjawisko ciągłości wykluczają wszystkie choroby związane z zaburzeniami pamięci, zaburzeniami wyższych czynności korowych, jak: → afazja, → apraksja i → agnozja oraz → choroba Alzheimera. Zarówno brak ciągłości, jak i jej nadmiar, prowadzić mogą do niepożądanych skutków. W pierwszym przypadku osoba starsza nie potrafi przewidzieć zmian związanych z wejściem w okres późnej dorosłości, zatem etap tego rozwoju nie poddaje się kontroli. W drugim przypadku jednostka nie dostrzega żadnych istotnych zmian, które stymulowałyby ją do procesów adaptacji w → trzecim wieku i w → „czwartym wieku". Kwestie związane z różnego rodzaju zabezpieczeniem i przygotowaniem do życia w starości nie zostają wtedy podjęte.

MMU

B: Atchley, 1989, 1999, 2005, 2006; Bach, 1987; Bowling, 2005; Halik, 2002; Jung, 1993; Kamiński, 1978; McCrae, Costa, 2005;

McDonald, 2010; Neugarten, Havighurst, Tobin, 1968; Putney, Alley, Bengtson, 2007' Rembowski, 1984; Stuart-Hamilton, 2006; Synak, 1999; Trempała, 1997; Victor, 2005.

O: biologiczne teorie starzenia się, ewolucyjne teorie starzenia się, perspektywa biegu życia w rozwoju dorosłych, perspektywa czasowa w okresie starości, psychospołeczne teorie starzenia się, starzenie się, teorie procesu starzenia się ustroju.

S: teoria kontynuacji, teoria odpowiedników.

TK: ang. *continuity theory* / *theory of contuity*, fr. *la théorie de la continuité*, hiszp. *teoría de continuidad*, niem. *Kontinuumstheorie*, ros. *теория непрерывности.*

teoria kompetencyjna

znana jest w Polsce czytelnikom przede wszystkim z pracy Jerzego Halickiego (1957–) pt. *Edukacja → seniorów w aspekcie teorii kompetencyjnej. Studium historyczno-porównawcze.* (1988). Perspektywa ta została wybrana jako teoretyczne tło rozważań dla edukacji w → późnej dorosłości. Zabieg ten spowodował, że niektórzy badacze widzieli w teorii kompetencyjnej źródło powstania → edukacji gerontologicznej. Halicki – dokonując eksploracji omawianej teorii – oparł swą wiedzę w dużej mierze na literaturze niemieckojęzycznej ograniczając to podejście jedynie do aspektu edukacyjnego co zresztą uzasadnione było tematem rozprawy.

Pod pojęciem teorii kompetencyjnej znajduje się zbiór różnych podejść. Przykładowo Joseph A. Kuypers (1940–) i → Bengtson (1973, s. 181–203) zajmują się kompetencją z punktu widzenia teorii społecznego załamania. Syndrom załamania społecznego wskazuje, że poczucie tożsamości jednostki, jej ***ja***, oraz zdolność do podtrzymywania związku między ***ja*** a społeczeństwem są wynikiem społecznego etykietowania. Autorzy tej teorii uważają, że starsi ludzie w społeczeństwach zachodnich podatni są na proces etykietowania. Wynika to z reorganizacji życia społecznego w późnej dorosłości. Chodzi tu o zjawisko utraty ról, niewystarczającą ilość jasno sformułowanych informacji o charakterze normatywnym oraz brak grup odniesienia. Konsekwencją etykietowania osób starszych jest utrata przez nich zdolności do radzenia sobie w → życiu, innymi słowy: dochodzi do utraty kompetencji. W ramach przeprowadzonej przez Kuypersa i Bengtsona (1973) analizy koncepcji syndromu załamania społecznego pozwalającej na zrozumienie zjawiska → normalnego starzenia się, wyłoniona została alternatywna wizja → starości, która już nie czyni osoby starsze zależnymi (etykietowanie i konsekwencje stąd wypływające) a kompetentnymi. W tym względzie definiują oni trzy kompetencje. Pierwsza związana jest z umiejętnością wchodzenia w role społeczne, druga ze zdolnością adaptacji do zmian w środowisku w jakim jednostka żyje i trzecia odnosi się do poczucia sprawstwa i wewnętrznej kontroli.

Zupełnie inaczej rozumieją teorię kompetencyjną → Schaie i Sherry L. Willis (1947–), którzy wyróżniają cztery aspekty badań na kompetencją, a które opisane zostaną poniżej. Badania ich skupiają się przede wszystkim na kognitywnej kompetencji w codzienności (Schaie, Willlis, 1999). W podobnym tonie wypowiada się Margaret M. → Baltes (1999), która w badaniach nad modelem codziennej kompetencji wyróżniła jej podstawowy oraz poszerzony poziom. Ten drugi rodzaj rozumienia kompetencji odnoszący się do aktywności wolnoczasowej, społecznej, edukacyjnej, będący odbiciem indywidualnych preferencji jednostki, zbliża go do wizji starości przedstawionej przez Kuypersa i Bengstona.

W literaturze anglosaskiej teoria kompetencji widziana jest jako zespół złożonych i nakładających się na siebie podejść (Willis, Schaie, 1986). Wyróżnia się cztery aspekty badań nad kompetencją (zob. Stanley i współprac., 1988, s. 53–58, Diehl, 1988, s. 422–433, Schaie, Willis, 1999, s. 174–195): kompetencja funkcjonalna (ang. *functional competence*), kognitywna kompetencja w codzienności (ang. *everyday cognitive competence*), kompetencja w podejściu społeczno-emocjonalnym (ang. *socio-emotional competence*) oraz kompetencja prawna (ang. *legal competence).*

Kompetencja funkcjonalna odnosi się do podtrzymania zdolności → opieki nad samym sobą, a także zaangażowania się w takie rodzaje aktywności, które pozwolą na niezależność od osób trzecich. Kognitywna kompetencja w codzienności związana jest z takimi zdolnościami i umiejętnościami poznawczymi, które pozwalają na przezwyciężenie problemów dnia codziennego. Kompetencja w podejściu społeczno-emocjonalnym koncentruje się na znaczeniu czynników kulturowych, społecznych i emocjonalnych oraz ich wpływie na adaptację środowiskową. Natomiast kompetencja prawna, podobnie jak kompetencja funkcjonalna. opiera się na podtrzymaniu zdolności opieki nad samym sobą jednakże z tą różnicą, że w tym przypadku brak kompetencji skutkuje wyznaczeniem osób trzecich do pomocy w wypełnianiu codziennych obowiązków.

Zagadnienie kompetencji podejmowane jest na polu różnych dyscyplin naukowych toteż definicja tego pojęcia zmienia swoje znaczenie w zależności od przyjętej perspektywy. Szerokie spektrum znaczeń tego

terminu zrekonstruowane zostało przez Andreasa Kruse'a (1955–). Owocem jego poszukiwań badawczych jest przytoczenie wielu różnych propozycji definicji terminu „kompetencja". W swoim podsumowaniu stwierdza, że „kompetencja to zdolność człowieka do przyjęcia odpowiedzialności za swoje życie i samodzielne jego kształtowanie" (zob. Halicki, 1998, s. 6).

Willis (2006, s. 250–251) idzie dalej w swoich rozważaniach i dokonuje kategoryzacji istniejących definicji, dzieląc je na cztery perspektywy, w których termin „kompetencja" uzyskuje odmienne znaczenie. W pierwszym podejściu kompetencja rozumiana jest jako potencjalna zdolność do wykonania danego zadania. Nie można jej mylić z obserwowalnymi zachowaniami jednostki pojawiającymi się w ciągu dnia. Podkreśla się różnicę między kompetencją a codziennym zachowaniem człowieka, przy czym powoduje to problemy operacjonalizacji tego pojęcia, kompetencja bowiem zdefiniowana jako zdolność nie jest możliwa do bezpośredniego zaobserwowania a także dokonania właściwego pomiaru. Zatem zaproponowano, aby skoncentrować się na tych zachowaniach i działaniach jednostki, które można potraktować jako wskaźniki kompetencji (por. M. M. Baltes i współprac., 1999, s. 386). W drugim podejściu kompetencja widziana jest jako zdolność do wypełniania niezbędnych codziennych czynności. Niezależność w wykonywaniu tych czynności jest istotnym kryterium, które bierze się pod uwagę przy ocenie kompetencji funkcjonalnej i prawnej. Oba omawiane podejścia odnoszą się do dwóch podstawowych kategorii aktywności, które są wskaźnikiem niezależności. Chodzi tu o czynności samoobsługowe oraz złożone działania niezbędne do samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie. Pierwszy typ samodzielności mierzony jest → skalą ADL [i IADL] (Katz i współprac., 1963, s. 914–919), natomiast drugi za pomocą skali IADL (Lawton, Brody, 1969, s. 179–185). O ile obie skale nadają się do wykorzystania przy mierzeniu kompetencji funkcjonalnej o tyle użycie ich do pomiaru kompetencji społeczno-emocjonalnej jest całkowicie nieprzydatne, bowiem częściowo kompetencja ta zdeterminowana jest kulturowo.

Następna perspektywa ukazuje kompetencję jako zespół wielu różnych czynników, jak zdolności poznawcze, → emocje, motywacja czy czynniki społeczno-kulturowe. Podejście to wykorzystuje się przede wszystkim w badaniach nad kognitywnym → starzeniem się, w których bada się → pamięć, zdolność abstrakcyjnego myślenia, zdolności werbalne itp.

Kompetencja w ostatnim podejściu wskazuje, że występuje ona nie tylko na poziomie indywidualnym. Okazuje się, że osobiste kompetencje muszą reprezentować zgodność między jednostkową wiedzą i umiejętnościami a oczekiwaniami środowiskowymi (Willis, 2006, s. 250–251).

Najczęściej opisywaną, a także rozwijaną w → gerontologii perspektywą, odnosząca się do kompetencji jest ta związaną z codziennością. Kompetencja w codzienności zdefiniowana jest jako zdolność jednostki do utrzymania niezależności i autonomii (M. M. Baltes i współprac., 1999, s. 384), przy czym owa niezależność rozumiana jest jako zdolność człowieka do działania bez pomocy osób trzecich. Należy jednak pamiętać, że niezależność działania wcale nie oznacza autonomii działania. To ostatnie oznacza zdolność jednostki do kontrolowania i podejmowania życiowych decyzji. Pomiędzy pojęciami niezależności i autonomii bardzo często stawia się znak równości co jest niedopuszczalne (*Active ageing*…, 2012, s. 12 – Internet: http://www.who.int/…). Można przecież samodzielnie podejmować decyzje, ale potrzebować innych, którzy pomogą w ich realizacji, jak też samodzielnie wykonać daną czynność, do której osoba została nakłoniona. To rozróżnienie zostało tutaj przytoczone po to, aby przy badaniu zjawiska kompetencji badacze nie wysuwali zbyt pochopnych wniosków. Ta pierwsza ze skal pomiaru codziennej kompetencji: ADL (*Activities of Daily Living)* odwołuje się przede wszystkim do mierzenia niezależności, a nie autonomii działania jednostki.

M. M. Baltes wraz ze swoimi współpracownikami wskazała na trzy główne nurty badań nad zagadnieniem kompetencji w codzienności. Pierwszy podkreśla rolę badań klinicznych, które koncentrują się na ocenie niezależności jednostki mierzonej na skali ADL (*Activities of Daily Living*). Z czasem narzędzia zostały udoskonalone i pomiar zaczęto uzupełniać o skalę IADL (*Instrumental Activities of Daily Living*), a następnie o skalę AADL (*Advanced Activity of Daily Living*). Ich zastosowanie pozwalało na sprawdzenie stopnia samodzielności bądź też zależności seniorów od osób trzecich (por. Takechi i współprac, 2012 – Internet: http://www.hindawi.com/…). Na tej podstawie orzekano o potrzebie zorganizowania → opieki instytucjonalnej nad osobami starszymi. Drugi nurt badań nad kompetencją w codzienności odnosi się do badań nad inteligencją praktyczną. Starano się odpowiedzieć na pytanie dotyczące zakresu umiejętności intelektualnych potrzebnych jednostce do samodzielnego funkcjonowania w codzienności. Najczęściej wykorzystywano psychometryczne testy

inteligencji. Jedną z teoretycznych perspektyw starającej się wyeksplikować kompetencję w codzienności była „triarchiczna teoria Sternberga" (Schaie, Boron, Willis, 2005, s. 217). Ostatnie podejście odnosi się do wykorzystania tzw. budżetu czasowego, które pozwala na dokonanie analizy czasu podzielonego na wypoczynek i na pracę, przez co badacz uzyskuje pośrednio opis codzienności (M. M. Baltes i współprac., 1999, s. 384–402).

Chcąc uzyskać pełniejszy obraz kompetencji w codzienności należy połączyć ze sobą te różne teoretyczno-metodologiczne podejścia. Prowadzi to do zmiany zakresu znaczeniowego pojęć: „codzienność" i „kompetencja". Dokonano już w tym opracowaniu rekonstrukcji terminu kompetencja natomiast pełna analiza pojęcia codzienności znaczenie wykraczałaby poza ramy tej pracy. W związku z tym ograniczeniem należy wspomnieć, że codzienność stała się nowym paradygmatem socjologicznym (Sztompka, 2007), w którym działania relatywizują się do nadawanych im znaczeń przez jednostkę. Mając na uwadze wielość nurtów opisujących codzienność, takich jak: nurt neomarksistowski, fenomenologiczny, nurt empiryzmu radykalnego czy wreszcie nurt antropologiczny (Dzięgielewska, 2002, s. 31–39), codzienność można zrozumieć w kontekście temporalnym, społecznym, geograficznym oraz w wymiarze fizycznym. Badanie kontekstów codzienności jest warunkiem koniecznym dla zrozumienia ludzkiego działania (M. M. Baltes i współprac., 1999, s. 384– 402). Zatem eksplorując zagadnienie aktywności w perspektywie teorii kompetencyjnej należy pamiętać, że każde działanie człowieka zachodzi w ściśle określonym kontekście. To implikuje, że ta aktywność, która jest manifestacją kompetencji będzie się znacząco różnić pod względem kulturowym [z wyłączeniem aktywności podstawowych – przyp. aut.]. Tak więc badanie kontekstu powinno się uczynić centralnym podejściem przy eksploracji zagadnienia kompetencji. Nie do przeceniania jest także kategoria rozwoju człowieka, która dokonuje zróżnicowania pojęcia kompetencji. Wraz ze zmianami rozwojowymi następują zmiany kompetencyjne, szczególnie w obszarze zdolności poznawczych, ale i zdolności społecznoemocjonalnych (Willis, 2006, s. 251). Podobnie socjologia badając działanie człowieka rozpatruje je z punktu widzenia wpływu makro-, mezzo- i mikrozależności. Wyłączenie z analizy któregoś z poziomów zuboża obraz badanego zagadnienia.

Istnieje wiele sposobów pomiaru kompetencji w codzienności. Najprostszy sposób ich podziału przedstawiają Schaie, Julie Blaskewicz Boron, i Willis (2005, s. 222–224). Badacze ci wyróżnili zespół narzędzi do pomiaru subiektywnej oceny codziennej kompetencji, obiektywnej oceny codziennej kompetencji oraz behawioralne metody obserwacji codziennej kompetencji.

Do pierwszej grupy narzędzi należy skala ADL (Katz i współprac., 1970, s. 20–30), która określa sześć kryteriów rozstrzygających o niezależności, częściowej zależności bądź całkowitej niezdolności jednostki do w wykonywania czynności w dużej mierze samoobsługowych, jak: kąpanie się, korzystanie z toalety, ubieranie się, jedzenie, utrzymanie kontroli nad wypróżnianiem i oddawaniem moczu, oraz samodzielne przemieszczanie się z miejsca na miejsce. Do tej grupy należy także skala IADL (Lawton, Brody, 1969, s. 179–186), koncentrująca się na bardziej złożonych zadaniach, które także mają być wskaźnikiem niezależności człowieka. Podzielona jest na osiem obszarów tematycznych, w których dokonywany jest pomiar na trzystopniowej, a w niektórych przypadkach na pięciostopniowej skali. Wspominane kryteria to: zdolność do korzystania z telefonu, robienie zakupów, przygotowanie posiłków, sprzątanie domu, pranie, korzystanie ze środków komunikacji, przyjmowanie lekarstw oraz zdolność do zarządzania własnymi finansami. Skala IADL, która cieszyła się ogromnym uznaniem wśród badaczy (Wolinsky i współprac., 1984, s. 88–92) posiada kilka poważnych ograniczeń. Jedną z nich jest deklaratywność odpowiedzi respondentów. Po drugie, ocena kompetencji oparta jest na jednej arbitralnie wybranej czynności reprezentującej zbiór wszystkich czynności składających się na daną kompetencję. Uniemożliwia to dokonanie prawidłowej jej oceny (Pedhazur, Schmelkin, 1991). Co więcej, badania przeprowadzone z użyciem tego narzędzia pokazały, że badani zazwyczaj przeceniają swoje możliwości działania. Podobne zarzuty formułowano pod adresem skali ADL.

M. M. Baltes i współprac. (1999, s. 384–402) dokonali poszerzenia zakresu, jak to ujęli, opisywanych powyżej podstawowych kompetencji mierzonych przede wszystkim na skali ADL o listę takich aktywności, które odnosiły się do zainteresowań jednostki, jej motywacji i preferencji. Badacze ci zastanawiali się, jakiego rodzaju umiejętności, motywy, postawy, cechy osobowości czy indywidualna trajektoria życia, prowadzą do niezależności i autonomii w późnej dorosłości. Rozważania te doprowadziły ich do wyróżnienia w modelu codziennej kompetencji dwóch komponentów: podstawowego poziomu kompetencji (ang. *basic level of competence*) i poszerzonego poziomu kom-

petencji (ang. *expanded level of competence)*. Pierwszy podkreśla ważność czynności samoobsługowych, podstawowych, które są zautomatyzowane, zrutynizowane i konieczne do przetrwania. Co więcej, są zależne od czynników biologicznych, a nie od kultury, w związku z czym mogą przyjmować cechy uniwersalistyczne. Podstawowy poziom kompetencji mierzony jest za pomocą skali ADL.

Zupełnie inaczej wygląda badana rzeczywistość, kiedy przedmiotem eksploracji jest poszerzony poziom kompetencji. Wtedy to w kręgu zainteresowań badawczych znajdzie się aktywność wolnoczasowa, aktywność społeczna, oraz wszystkie te, które są odbiciem indywidualnych preferencji jednostki, zarówno jej motywów, jak i „zindywidualizowanych umiejętności". Są to też wszystkie te aktywności, które zapewniają kontakt ze światem zewnętrznym. Niewielka część tych kontaktów może być mierzona za pomocą skali IADL. Wszystkie te działania, które przyporządkować można do poszerzonego poziomu kompetencji są podatne na czynniki kulturowe, psychospołeczne oraz na wątki biograficzne. Ten rodzaj kompetencji może być także wskaźnikiem zaangażowania jednostki w pracę nad własnym rozwojem, oraz wskaźnikiem dobrego kontaktu z innymi (M. M. Baltes i współprac., 1999, s. 384–402).

Podsumowując można powiedzieć, że o ile podstawowy poziom kompetencji pozwala jednostce na przetrwanie i wskazuje na aspekt ilościowy tego zagadnienia, o tyle poszerzony poziom kompetencji odnosi się do aspektu jakościowego, który rozwinięty został w koncepcjach → jakości życia, → dobrostanu psychicznego (por. R. A. Kane, R. L. Kane, 2000) czy ostatnio rozwijanej koncepcji *successful aging*, czyli → pomyślnego starzenia się (P. B. Baltes, M. M. Baltes, 1990; Rowe, Kahn, 1997).

Na koniec należy jeszcze dodać, że uzyskane odpowiedzi będące skutkiem użycia obu skal są deklaratywne, bowiem to sam badany określa, w jakim stopniu wykonuje dane czynności samodzielnie. Połączenie obu omawianych podejść, podstawowego i poszerzonego poziomu kompetencji pozwoliło na uchwycenie całego spektrum różnych aktywności deklarowanych przez respondenta. W ten sposób otrzymano jeszcze pełniejszy obraz subiektywnej oceny codziennej kompetencji.

Chcąc zobiektywizować badanie codziennej kompetencji i przezwyciężyć subiektywność wynikającą z użycia skal ADL, IADL, AADL oraz propozycji przedstawionej przez M. M. Baltes i współprac. (1999) stworzono nowe narzędzia. Jednym z ważniejszych była skala EPT (*Everyday Problems Test*), która składa się z siedmiu obszarów tematycznych; przygotowanie posiłków, zażywanie lekarstw, korzystanie z telefonu, robienie zakupów, zarządzanie finansami, sprzątanie domu oraz korzystanie ze środków komunikacji. Jak widać, kategorie te obecne są także w skali IADL jednakże zasadnicza różnica polega na tym, że badani zamiast deklarowania swoich umiejętności muszą rozwiązać wcześniej przygotowane przez badaczy zadania, których wynik rozstrzygał o posiadaniu bądź też braku danej kompetencji. Jednym z poważniejszych ograniczeń tego testu jest to, że zadania rozwiązywane są na kartce papieru podczas gdy w prawdziwym życiu sytuacje problemowe przezwyciężane są w działaniu (Schaie, Boron, Willis, 2005, s. 216–228).

Mając na uwadze niedostatki omawianego powyżej narzędzia EPT (*Everyday Problems Test*), badacze starali się stworzyć inne, które w bardziej obiektywny sposób pozwoliłyby na pomiar codziennej kompetencji. Tak więc z czasem powstało znacznie więcej instrumentów pomiaru chociażby skala PPT (*Practical Problem Test*) czy EPSI (*Everyday Problem Solving Inventory*).

Trzeci i zarazem ostatni sposób pomiaru codziennej kompetencji to behawioralne metody obserwacji. Zadaniem badacza jest obserwacja osoby starszej podczas wykonywania takich czynności jak: przeliczanie reszty, korzystanie z książki telefonicznej, podawanie godziny itp. Sporządzono także specjalne narzędzie pomiaru OTDL (*Observed Tasks of Daily Living*), które oparto na trzech podstawowych dziedzinach życia codziennego ważnych dla osób starszych: przyjmowanie lekarstw, korzystanie z telefonu oraz przygotowywanie posiłków (Marsiske, Willis, 1995, s. 269–283). Zmniejszenie liczby obszarów, w których dokonywano pomiaru kompetencji podyktowane było wymaganiami pragmatycznymi. Zwiększono natomiast liczbę czynności reprezentujących daną kompetencję bowiem uważano, że rozwiązanie problemów dnia codziennego mają charakter wielowymiarowy. Tak więc zaprojektowano kilka różnych zadań do rozwiązania tego samego problemu. Badani czytali polecenie, a następnie wykonywali zadania.

Podsumowując te trzy różne strategie pomiaru codziennej kompetencji, badacze wykazali niewielki związek między subiektywnymi a obiektywnymi i behawioralnymi metodami pomiaru aktywności, natomiast korelację taką daje się zauważyć między obiektywnymi a behawioralnymi metodami pomiaru aktywności.

Warto także zwrócić uwagę, że opisane testy pomiaru codziennej kompetencji powstały w innych warun-

kach kulturowych i ich bezpośrednie wykorzystanie bez poddania ich adaptacji kulturowej nie ma większego sensu (Brzeziński, 1999, s. 576–596). Tym bardziej, kiedy bada się ów kontekst, w którym jednostka funkcjonuje, a który ma wpływ na jej decyzje, postawy, potrzeby i wartości, a przez to na samą aktywności jednostki.

Przytoczone informacje dotyczące rodzajów kompetencji, jak i sposobów jej pomiaru, nie bez wpływu pozostały na badanie aktywności edukacyjnej w starości bowiem i tutaj podtrzymanie niezależności i autonomii stało się zasadniczym celem edukacji seniorów. Dieter Timmermann (1943–) wyróżnił następujące typy edukacji prowadzące do tak zdefiniowanych celów: „nauki uzyskiwania podstaw ekonomicznych, nauki praktycznych umiejętności potrzebnych do dalszego życia, nauki działania na rzecz społeczeństwa i nauki, której celem jest uzyskanie pełni człowieczeństwa" (zob. Halicki, 1998, s. 8). O ile drugi typ edukacji seniorów posiada dobrze rozwinięte instrumentarium pomiaru kompetencji, o tyle pozostałe wciąż czekają na swoich odkrywców.

W Polsce teoria kompetencyjna traktowana jest przez niektórych badaczy (zob. Szarota, 2010, Leszczyńska-Rajchert, 2005) jako uzupełnienie → teorii aktywności oraz teorii produktywnej starości. Wiązana jest z umiejętnością radzenia sobie z trudnościami życiowymi na podstawie wiedzy i doświadczeń posiadanych przez osoby starsze (Steuden, 2011). Pomocną w nabyciu oraz w podtrzymaniu tych kompetencji czyniących jednostkę niezależną może być edukacja, a konkretnie cztery jej typy, które zostały już opisane (por. Halicki, 1998, s. 8).

Przy rekonstrukcji teorii niezwykle istotne jest jej umiejscowienie. Przez umiejscowienie teorii należy rozumieć podanie źródła pochodzenia poddanej analizie teorii → starzenia się. Zabieg umiejscowienia teorii kompetencyjnej w polskiej literaturze gerontologicznej polega na przedstawieniu uproszczonej wizji rozwoju → gerontologii społecznej sprowadzonej do dwóch opozycyjnych konstrukcji teoretycznych – modelu deficytu i modelu kompetencji (por. Halicki, 1998). Pierwszy łączony jest z orientacją mechanicystyczną, gdzie dominującymi pojęciami są te, które wyrażają różnego rodzaju niedostatki. W gerontologii społecznej model ten wiązany jest ze zjawiskiem biomedykalizacji starości. Natomiast model kompetencyjny jest wyrazem przeniesienia odpowiedzialności za kształt własnego życia na seniorów. Ta paradygmatyczna zmiana nastąpiła zdaniem Halickiego (1998, s. 7) z początkiem lat 80. XX stulecia. O całą dekadę wcześniej, aniżeli to miało miejsce w → andragogice, w której kategoria odpowiedzialności za uczenie się w wymiarze jednostkowym zyskała na znaczeniu wraz z pojawieniem się koncepcji całożyciowego uczenia się.

W literaturze obcojęzycznej umocowanie tej teorii zależeć będzie od sposobu rozumienia kompetencji. Pomimo że badacze podkreślają teoretyczno-metodologiczne zróżnicowanie analizy zjawiska kompetencji, to jednakże najczęściej jako źródło jej pochodzenia podawana jest psychologia. Wskaźnikiem takiego przyporządkowania jest wielość skal za pomocą których mierzona jest niezależność jednostki (ADL, AADL, IADL, EPT) oraz perspektywa teoretyczna próbująca wyeksplikować zjawisko kompetencji. Jest to triarchiczna teoria inteligencji Roberta J. Sternberga (1949–), wskazująca na trzy obszary ludzkiej inteligencji. Analiza przebiega w trzech płaszczyznach: w relacji do zewnętrznego otocznia – subteoria kontekstu, w relacji do indywidualnego doświadczenia jednostki ze światem zewnętrznym – subteoria doświadczenia, oraz w relacji do świata wewnętrznego jednostki – subteoria składników (Sternberg, 1985).

Jeśli przyjąć, że kompetencja polega na potrzymaniu tych funkcji, które pozwalają na samodzielne i niezależne prowadzenie własnego życia, to obecność tej perspektywy można zaobserwować niemalże od początku powstania gerontologii społecznej jako nauki. Już w latach 70. ubiegłego stulecia prowadzone były w Polsce przez → Piotrowskiego badania nad poziomem samodzielności seniorów. Nowsze wyniki badań dotyczące tej samej problematyki przedstawione zostały w roku 2002 przez Barbarę Bień (1951–). Te pionierskie jak na owe czasy badania Piotrowskiego pozwoliły na sformułowanie charakterystyki pojęcia wieku funkcjonalnego (czynnościowego), rozumianego jako stopień sprawności życiowej będącej sumą przystosowania na płaszczyznach biologicznej, psychologicznej i społecznej. Obecnie teorię kompetencyjną wiąże się jedynie z osobą Halickiego. To on wprowadził termin „kompetencja" do polskiej gerontologii społecznej. Praktycznie wszystkie kolejne odniesienia do tej teorii pochodzą właśnie z prac tego badacza. Novum pracy Halickiego polegało na połączeniu kompetencji z nowy obszarem aktywności, mianowicie aktywności edukacyjnej, prowadzącej seniorów do osiągnięcia samowystarczalności. Wiążąc kompetencję m.in. ze zdolnością znalezienia się w nowej sytuacji społecznej, umiejętnością nawiązywania kontaktów społecznych, zbudowania pozytywnego obrazu samego siebie etc., badacz ten zrywa z wąskim wymiarem kompeten-

cji funkcjonalnej (czynności samoobsługowe, sprawność lokomocyjna, oraz w zakresie → czynności życia codziennego), odnoszącej się do podtrzymania sprawności seniorów, tak ważnych z punktu widzenia minimalizacji społecznych obciążeń.

Funkcjonalny charakter sprawności seniorów miał za zadanie utrzymanie stanu homeostazy między jednostką a społeczeństwem, natomiast kompetencyjny wymiar sprawności osób starszych skoncentrowany jest na rozwoju, niezależności i samowystarczalności. W pierwszym przypadku pobrzmiewa echo strukturalizmu funkcjonalnego, w drugim zaś interakcjonizmu symbolicznego. Nie ma w Polsce opracowań z zakresu teorii kompetencyjnej łączące prace Piotrowskiego z pracami Halickiego. Można je odczytywać jako rewers i awers tego samego zjawiska analizowanego na różnych poziomach: kompetencji – niezależności. Połączenie dwóch wymiarów kompetencji odnaleźć można w pracach Paula B. → Baltesa.

Ocena teorii kompetencyjnej w polskiej literaturze gerontologicznej jest prawie nieobecna. Brakuje jej krytycznych odczytań. W tekstach obcojęzycznych krytyka ta najdobitniej wyraża się w warstwie metodologicznej. Ciągłe poszukiwanie najlepszych narzędzi badawczych do pomiaru kompetencji doprowadziło do zmiany w rozumieniu tego, czym jest w swej istocie zjawisko kompetencji. Dokonano w ten sposób rozróżniania wielu rodzajów kompetencji. Powiązania tej teorii, odnajdywane na gruncie podejścia zwanym produktywnym starzeniem się, wręcz zachęcają aby uważnie przyjrzeć się, jakie wartości eksponowane są jako najważniejsze, oraz czemu i komu one służą.

Motywacja uczynienia niezależnym innych poprzez nabycie odpowiednich kompetencji, z naciskiem na słowo odpowiednich kompetencji, inaczej nie wszystkich, wyselekcjonowanych (przez kogo?), także powinna budzić podejrzenia.

MMU

B: M.M. Baltes i współprac., 1999; P.B. Baltes, M.M. Baltes, 1990; Bień, 2002; Brzeziński, 1999; Diehl, 1988; Dzięgielewska, 2002; Halicki, 1998; R. A. Kane, R.L. Kane, 2000; Katz i współprac., 1963, 1970; Kuypers, Bengtson, 1973; Lawton, Brody, 1969; Leszczyńska-Rajchert, 2005; Marsiske, Willis, 1995; Pedhazur, Schmelkin, 1991, Rowe, Kahn, 1997; Schaie, Boron, Willis, 2005; Schaie, Willis, 1999; Stanley i współprac., 1988; Sternberg, 1985; Steuden, 2011; Szarota, 2010; Sztompka, 2007; Willis, 2006; Willis, Schaie, 1986; Wolinsky i współprac., 1984.

N: *Active ageing*…, 2012 – Internet: http://www.who.int/…; Takechi i współprac, 2012 – Internet: http://www.hindawi.com/…

O: biologiczne teorie starzenia się, codzienność człowieka starego, ewolucyjne teorie starzenia się, psychospołeczne teorie starzenia się, starzenie się, teorie procesu starzenia się ustroju.

TK: ang. *competence theory* / *theory of competence*, fr. *la théorie de la compétence*, hiszp. *teoría de competencia*, niem. *Kompetenztheorie*, ros. *теория компетенции.*

teoria stratyfikacji wieku

– nawiązuje do tradycji strukturalnego funkcjonalizmu dominującego w pierwszej fazie rozwoju teorii → starzenia się, którą Chris Phillipson i Jan Baars (2008) określają jako **s**tarzenie się widziane jako problem indywidualny i społeczny. W okresie tym, → starość rozpatrywana była zgodnie z założeniami paradygmatu strukturalno-funkcjonalistycznego opracowanym przez Talcota Parsonsa (1902–1979) i innych. Paradygmat ten zakłada istnienie obiektywnych faktów społecznych, które jako stałe układy wywierają nacisk, wpływają determinująco na działające jednostki.

Teoria stratyfikacji wieku, rozwijana najpełniej przez M. W. → Riley, Maylin Johnson i Anne Fonner (1972), wychodzi poza dostosowanie się jednostki do procesu starzenia się w kierunku analizy wpływu struktur społecznych. → Uwarstwienie wiekowe opiera się na wpływie struktury społecznej na indywidualny proces starzenia się oraz na stratyfikacji wieku w społeczeństwie (M. W. Riley, J. W. Riley 1994, M. W. Riley 1998). Zakłada podział społeczeństwa na → grupy wieku bądź → kohorty wiekowe i wynikające z tego różnice w alokacji dochodu, władzy, prestiżu, ruchliwości społecznej, w stosunkach klasowych, jak również różnice norm, ról, wartości, tożsamości społecznej (Synak 1999). Nierówność między przedziałami wieku pojawia się m. in. dlatego, że wiek traktowany jest jako kryterium wejścia lub wyjścia z potencjalnego silnego społecznie statusu. Członkowie różnych → kohort demograficznych stanowią → warstwy wiekowe (tzn. dzieci, ludzie w wieku średnim, ludzie starzy), a różnice między tymi grupami nie polegają jedynie na różnicy wiekowej, lecz obejmują także przeżyte doświadczenia historyczne (zob. M. W. Riley, 1987), kulturowo wyznaczone relacje pomiędzy ludźmi z różnych warstw wiekowych (Zych, 2001).

Podejście to wypracowało dwa istotne argumenty. Po pierwsze, wiek jest ważnym mechanizmem regulującym zachowanie w okresie → życia i określającym dostęp do stanowisk zapewniających wpływ oraz determinującym, w ogólnym znaczeniu, zmiany życiowe. Po drugie, → kohorty narodzin samodzielnie odgry-

wają rolę w procesie zmian społecznych (M.W. Riley, 1987). Spuścizna stratyfikacji wiekowej w → gerontologii łączona jest z zastosowaniem głównych założeń tego podejścia w perspektywie → biegu życia. Model stratyfikacji wieku, wg Jerzego Halickiego (1957–) stał się ważną perspektywą teoretyczną przy powstaniu → gerontosocjologii (Halicki, 2006). Ograniczenia tej teorii łączone są z przecenianiem roli → pozycji wiekowej (statusu wieku) w dystrybucji korzyści ekonomicznych i społecznych, z pomijaniem różnic w ramach kohort narodzin, oraz zachowaniem funkcjonalistycznych założeń dotyczących konsensusu w zakresie określania struktury oraz działania systemów i instytucji społecznych (Passuth, Bengtson, 1996).

BBU

B: Halicki, 2006; Parsons, 1951; Passuth, Bengtson, 1996; Phillipson, Baars, 2008; M. W. Riley, 1987, 1998; M. W. Riley, Johnson, Fonner, 1972; M. W. Riley, J. W. Riley, 1994; Synak, 1999; Zych, 2001.

O: kohorta, kohorta narodzin, kohorta wiekowa, społeczne teorie starzenia się, uwarstwienie wiekowe, warstwy wiekowe.

TK: ang. *age stratification theory*, fr. *la théorie de la stratification de l'âge*, hiszp. *teoría de la estratificatión de edad*, niem. *Theorie der Altersstratifikation*, ros. *теория возрастной стратификации*.

teoria wymiany społecznej

– szeroka orientacja teoretyczna, koncepcja społeczeństwa, grupa twierdzeń odnosząca się do postrzegania rzeczywistości społecznej poprzez pryzmat nieustających interakcji, które wsparte są na aktach wymiany pomiędzy członkami społeczeństwa; swoje źródło posiada w naukach społecznych – ekonomii, antropologii społecznej i kulturowej, czerpie z socjologii oraz psychologii społecznej i behawioralnej. Współczesne teorie wymiany rozwinęły się w latach 60. XX wieku na gruncie socjologii. Zjawisko szeroko rozumianej wymiany dóbr, usług, przysług czy świadczeń jest fundamentem życia społecznego – stanowi jego istotę. Pogląd ten nie jest obcy naukom społecznym, a wręcz ma mocno ugruntowaną w nich pozycję (Kempny, 1988).

Historycznie korzeni teorii wymiany należy szukać w ekonomii oraz antropologii społecznej i kulturowej. Marian Kempny (1954–2006) uważał, że interakcje opierające się na fakcie „dawania i brania" były już opisywane w kontekście antropologicznym na początku XX wieku przez takich autorów, jak: Bronisław Malinowski (1884–1942) Marcel Mauss (1872–1950) i Richard Thrunwald (1869–1954). Richard M. Emerson (1925–1982), którego twórczość była jedną z bardziej znaczących w kontekście teorii wymiany społecznej, nazywał ją „układem odniesienia" (Emerson, 1976) zbieżnym wielu dyscyplinom, w których badacze poszukują odpowiedzi na pytanie: jakie są kanały przepływu różnorakich dóbr pojawiających się w procesach społecznych? Autor odnosił to twierdzenie do nauk społecznych, takich jak: ekonomia, socjologia, psychologia bądź antropologia (zob. Szmatka, Kempny, 2002).

Kempny (1988) zwracał uwagę, że przy rozważaniach dotyczących teorii wymiany należy dokładnie zdefiniować termin „wymiana". Fakt ten argumentował powołując się na poglądy Stanisława Osowskiego (1897–1963), który zauważył, że gdy występuje brak zgodności w kwestii omawianych terminów może dojść do dwóch rodzajów sytuacji. Pierwsza sytuacja, zwana „rozbieżnością terminologiczną", oznacza operowanie takimi samymi pojęciami za pomocą różnych przekładalnych terminów. Druga – „rozbieżność pojęciowa" – to sytuacja, w której ten sam termin odpowiada różnym pojęciom o zbliżonym, ale niejednakowym zakresie. Kempny zastanawiał się, która sytuacja dotyczy terminu „wymiana" i analizował kolejne definicje poszczególnych autorów.

Przykładowo George Casper Homans (1910–1989) w jednej ze swoich prac stwierdzał, że mówiąc o wymianie ma na myśli: „[…] pewną sytuację, w której działania jakiejś osoby przynoszą jej nagrody lub kary poprzez reakcję kogoś drugiego i *vice versa*". Nagrodami mogą być np. aprobata lub prestiż. Natomiast wcześniejsze definicje tego autora w swoim znaczeniu nie odbiegają daleko od powyższej. Tego typu rozumienie wymiany wynika z analizy przebiegu procesów społecznych i wyłaniania się z nich pewnych specyficznych zachowań ludzkich, które w konsekwencji dają początek instytucjonalnym strukturom. Co jest ważne w tym przypadku, autor odwołuje się do wymiany – dostarczania nagród i kar – tylko w odniesieniu do dwóch osób. Zaś Peter Michael Blau (1918–2002) uważał, że pojęcie wymiany można określić poprzez dwa wypadki graniczne. Ktoś daje komuś pieniądze ponieważ grozi mu się bronią, a ktoś inny oddaje pieniądze ponieważ chce pomagać innym, będącym w gorszej sytuacji. W pierwszym przypadku mamy wymianę na → życie, a w drugim na pochwałę. Chociaż w pierwszym trudno jest mówić o wymianie *sensu stricte* w obliczu występowania groźby. Pojawia się tu rozróżnienie na wymianę bezpośrednią i pośrednią. Blau rozróżniał też wymianę społeczną

i ekonomiczną, przy czym stwierdzał, że są one dwom odmiennymi typami. Z kolei James Samuel Coleman (1926–1995) stwierdzał, że wymianę można wyjaśnić poprzez zbadanie różnorodności form stosunków zachodzących między ludźmi. Zabieg ten stosuje, aby wyjść poza stwierdzenie, że wymiana jest jedynym rodzajem interakcji społecznych. Wymiana jest dla niego rodzajem strategii nakierowanej na maksymalizację zysków i jednocześnie nie wiąże się każdorazowo z przepływem dóbr, lecz jest to pewnego rodzaju mechanizm sterujący działaniami jednostek w interpersonalnych stosunkach i w szerszych strukturach społecznych (zob. Kempny, 1988). Zatem definiowanie terminu „wymiana" w dużej mierze będzie zależne od → czasu, w którym pojawiały się kolejne koncepcje, ale przede wszystkim od wizji poszczególnych autorów. Pomimo długiego i rozbudowanego dyskursu na temat procesów wymiany w społeczeństwie, praktycznie do lat 60-tych XX wieku nie powstało żadne klarowne socjologiczne podejście do teorii wymiany. Współczesna teoria wymiany nowy kształt przyjęła dzięki pracom amer. naukowców, takich jak wspomniani Homans, Blau, Emerson i Coleman.

Jerzy Szacki (1929–) zauważa, że w latach 60. minionego wieku wraz z twórczością socjologów amerykańskich nastąpiła zmiana zainteresowań w odniesieniu do teorii wymiany. Przede wszystkim zaczęto zwracać uwagę na obie strony interakcji, pomiędzy którymi dochodzi do wymiany. Odwoływało się to do interpretacji teorii z punktu widzenia strukturalizmu funkcjonalnego i strukturalizmu, gdzie w przypadku pierwszego zwracano uwagą na jedną stronę transakcji społecznej. Poza tym cechą wyróżniającą współczesną teorię wymiany był fakt, że „[…] interesuje ją nie tylko to, jak dana działalność przyczynia się do utrwalenia systemu, ale i przede wszystkim to, dzięki czemu jest ona podejmowana, ponawiana i utrwalana" (Szacki, 2002). Wedle Szackiego była to istotna zmiana w myśleniu o wymianie społecznej.

Teorię wymiany w socjologii zapoczątkował G. C. Homans (zob. fot. 1), zdaniem którego podstawą całego życia społecznego jest nieustanna wymiana nagród pomiędzy jednostkami, a ludzie wchodząc w interakcje z innymi, kierują się bezpośrednio bilansem korzyści i strat. Czerpiąc z psychologii behawiorystycznej Homans stwierdzał, że „[…] zachowanie społeczne jest wymianą dóbr materialnych, ale i niematerialnych, takich jak symbole i aprobaty prestiżu. Osoby dające wiele innym starają się otrzymać wiele od innych, osoby zaś wiele otrzymujące są zmuszone wiele dawać. Proces ten wykazuję tendencję do równowagi wymiany" (zob. Szacki, 2002). Słabością teorii Homansa było ograniczenie się do zachowań jednostek, gdyż jego prace skupiały się na analizach na poziomie jednostkowym.

Następny przedstawiciel teorii wymiany – R. M. Emerson (1962), przyjął, że trzema podstawowymi elementami jego teorii są takie kategorie, jak: władza, stosowanie władzy, proces równoważenia. Uważał on, że „wielkość" władzy zależy wielkości posiadanych zasobów, od których inni są uzależnieni. W tym modelu władza jest zdeterminowana od wartości zasobów pożądanych przez ludzi oraz od ilości alternatywnych źródeł tych zasobów i kosztowności dotarcia do nich. Z tego powodu aktorzy interakcji mogą w dużej mierze być zależni od siebie. Poprzez takie relacje może dojść do zależności, która daje obu ze stron władzę absolutną nad partnerem. Jednocześnie tego typu uwarunkowania zwiększają poziom spójności strukturalnej poprzez duży rozmiar całkowitej, bądź średniej władzy w relacji wymiany. Podstawą do takiego zajścia jest władza aktora *A* nad aktorem *B*, która jest zdeterminowana poziomem zależności *B* od *A*, co z kolei jest zdeterminowane możliwością zdobycia zasobów cenionych przez aktora *B* i odwrotnie. Nierównowaga występuje gdy jeden z aktorów ma większą władzę. Owa nierównowaga zostanie wykorzystana w celu uzyskania przez aktora, który posiada więcej władzy dodatkowych zasobów lub zminimalizowaniu kosztów. Jest to relacja nierównoważna pod względem posiadania władzy uaktywniająca mechanizmy mające na celu równoważenie. Takie zachowanie ma doprowadzić do pewnego społecznego *equilibrium*. Generalnie Emerson przyjął, że w związku z powyższym istnieją dwa rodzaje wymiany tak zwanej w sieciach. Pierwszy, w którym aktorzy dokonują negocjacji i targują się o podział zasobów. Drugi, wyzwolony od negocjacji, ale polegający na sekwencyjnym przekazywaniu zasobów, gdzie występuje oczekiwanie odwzajemnionej nagrody. To rozróżnienie jest istotne ponieważ ujawnia, że w realnym świecie występują różne typy wymiany. Emerson i współprac. opracowywali wymianę dla różnych rodzajów sieci. Celem było wykoncypowanie w jaki sposób struktura sieci, połączenia pomiędzy poszczególnymi aktorami wpływa na dystrybucję i stosowanie władzy i procesy równoważenia oraz jak bardzo sama struktura jest efektem tych czynników.

Pod konec XX stulecia Coleman (1990) przedstawił koncepcję organizacji społecznej – teorię solidarności grupowej. Wchodziła w zakres teorii racjonalnego wyboru – najnowszej odmiany teorii wymiany społecznej.

Autor twierdził, że aktorzy społeczni posiadają własne zasoby, ale również są zainteresowani zasobami innych. Dlatego cała interakcja społeczna opiera się na dokonywaniu transakcji pomiędzy posiadającymi zasoby a ich poszukiwaczami. Co jest ważne, Coleman definiował zasoby jako prawo do działania. Jednocześnie owe prawa mogą być wymienialne na inne. Z tego powodu struktury społeczne i normy kulturowe są budowane w oparciu o decyzje poszczególnych jednostek do oddania praw do kontroli zasobów na rzecz oczekiwanych korzyści. Zdaniem Colemana wysoki poziom solidarności grupowej jest możliwy w sytuacji, gdy przenoszenie kontroli nad zasobami na rzecz systemu norm, opartego na sankcjach pozytywnych (stanowiących dodatni efekt zewnętrznych) odbywa się pomiędzy niewielką ilością aktorów (zob. Turner, 1985).

Najnowszą „odmianą" teorii wymiany społecznej jest teoria racjonalnego wyboru lub inaczej nazywana – racjonalnego działania. Uznaje ona, że źródłem istniejącego porządku społecznego jest osobista korzyść jaką mogą odnieść jednostki ludzkie poprzez kooperatywną wymianę (zob. Marshall, 2004).

Konkludując, teoria wymiany społecznej jest zatem koncepcją obejmującą takie elementy rzeczywistości społecznej, jak: interakcja społeczna, porządek społeczny bądź struktura społeczna w kategoriach interpersonalnych relacji wymiany dóbr, a także innych materialnych i/lub niematerialnych korzyści i świadczeń. Teoria ta zakłada, że ludzie w swych interakcjach z innymi dążą do maksymalizacji zysków oraz zminimalizowania swoich kosztów.

W → gerontologii orientacja ta związana jest z symbolicznym interakcjonizmem. Zgodnie z powyższą teorią ludzie starzy stopniowo tracą władzę w wymianie ze swoim otoczeniem, gdyż nie są w stanie spełnić wymogu wzajemności bądź ekwiwalentności z powodu zmniejszania się dóbr, jakimi dysponują. Istnienie przez dłuższy czas wymiany nieekwiwalentnej stwarza niebezpieczeństwo jej zinstytucjonalizowania i stania się podstawą nierówności społecznej ludzi starych (por. Synak, 1999). W badaniach ludzi starych jako pierwsi zastosowali koncepcję wymiany społecznej John D. Martin (1971) i James J. Dowd (1946–), którzy zwrócili uwagę, że zmniejszająca się z wiekiem społeczna interakcja osób starszych może zostać wyjaśniona jako proces wymiany między osobami starszymi a społeczeństwem.

Podstawowe założenia tej teorii są następujące:

- społeczeństwo składa się z aktorów społecznych, którzy dążą do określonych celów przez procesy interakcji z innymi aktorami;
- aktorzy postrzegają osiągnięcie celów w kategorii sukcesu i nagrody, tym samym wyrażają zgodę na niezbędne koszty, dążąc do maksymalizacji poziomu nagród i minimalizacji poziomu kosztów;
- proces wymiany nie ma charakteru jedynie ekonomicznego, gdyż zawiera w sobie również elementy psychologiczne, np. wiąże się z wewnętrzną satysfakcją.

W ramach tych relacji należy zwrócić uwagę na nierówność władzy aktorów. Relacje oparte na władzy są widoczne wtedy, gdy bardziej uprzywilejowana strona może otrzymać większe nagrody niż druga. W kontekście starzenia się ograniczony stopień społecznych interakcji jest rezultatem wielu relacji wymiany, podczas których zmniejsza się władza osoby starszej nad jej otoczeniem społecznym (Dowd, 1975, zob. Szopa, Ślęzak, 2013).

Wymiana międzypokoleniowa dotyczy również sfery→ opieki świadczonej na rzecz osób w → wieku podeszłym. Zdaniem Bogumiły Szopy i Ewy Ślęzak (2013): „Podobnie jak opieka nad dziećmi, charakteryzuje się ona nierównomiernym zaangażowaniem płci. Jak zauważyli Marco Albertini, Martin Kohli i Claudia Vogel [2007], osoby starsze przekazują czas i zasoby swoim dorosłym, wiodącym już samodzielne życie, dzieciom, podczas kiedy poziom zwrotu w drugą stronę jest o wiele niższy. Wraz ze → starzeniem [się] społeczeństw okazuje się, że możliwość pozyskania → wsparcia w ramach → rodziny będzie coraz bardziej ograniczona".

Do upowszechnienia koncepcji wymiany we współczesnej gerontologii przyczyniły się m.in. Karen A. Roberto (1984) i Jean Scott (1984–85). W ten interesujący nurt wpisuje się też psychologiczna hipoteza → starzenia się Adama A. Zycha (2007, 2013) – próbująca uzgodnić → teorię aktywności z → teorią niezaangażowania, którą autor nazywa teorią osobistej korzyści.

KW, AAZ

B: Alberti, Kohli, Vogel, 2007; Blau, 1964; Coleman, 1990; Dowd, 1975; Emerson, 1976; Homans, 1958; Kempny, 1988; Kempny, Szmatka, 1992; Marshall, 2004; Martin, 1971; Mauss, 1925; Ossowski, 1986; Roberto, 1984; Roberto, Scott, 1984–85; Synak, 1999; Szacki, 2002; Szmatka, Kempny, 2002; Szopa, Ślęzak, 2013; Turner, 1985; Zych, 2007, 2013.

O: psychospołeczne teorie starzenia się, rozwojowa teoria starzenia się, rozwój człowieka, społeczne teorie starzenia się, starzenie się.

S: teoria wymiany.

TK: ang. *the social exchange theory*, fr. *la théorie de l'échange social*, hiszp. *la teoria del intercambio social*, niem. *der Tauschteorie* / *Tauschkonzepte*, ros. *теория социального обмена*.

test rysowania zegara

prosty i szybki test służący do oceny funkcji i/lub zdolności wzrokowo-przestrzennych, zależnych od płata czołowego i kory skroniowo-ciemieniowej, stosowany często jako test przesiewowy w diagnozowaniu m.in. → choroby Alzheimera, → choroby Parkinsona, → otępienia, schorzeń naczyniowych, → udaru mózgu i/lub traumatycznych jego uszkodzeń.

Pochodzenie testu jest wątpliwe, prawdopodobnie test został opracowany w latach 20. XX stulecia przez neurologa angielskiego Sir Henry'ego Heada (1861–1940), kolejny wariant został opracowany przez → Kahna i współprac. (1956). Twórcą aktualnie stosowanej wersji pn. *The Clock Drawing Test* [CDT] (zob. https://www.healthcare.uiowa.edu/igec/…) są Kenneth I. Shulman (1949–) i współprac. (1986, zob. także Mainland, Shulman, 2013). Łącznie zostało opracowanych kilkanaście wariantów tego testu, w tym wersja CDT, którą opracowali Trey Sunderland (1951–) i współprac. (1989), mimo tego bogactwa odmian testu rysowania zegara, brak jest jego polskiej standaryzacji i normalizacji (zob. Laskowska i współprac., 2014).

Zadaniem osoby badanej tym narzędziem jest narysowanie tarczy tradycyjnego (analogowego) zegara, zaznaczenie na niej godzin, a następnie umieszczenie wskazówek tak, by zegar pokazał np. godzinę 11:10 lub 2:45. Rysunek (por. rys. 1 i 2) jest punktowany w skali od 1 do 10 pkt (zob. tab. 1), przy czym wynik 10–7 pkt jest uznawany za będący w normie, 6 pkt jest wynikiem granicznym, natomiast rezultat 5 pkt i mniej jest bardzo rzadki w zdrowej populacji, występuje jednak bardzo często u osób z otępieniem typu Alzheimerowskiego (por. Colman, 2009).

Inną, stosowaną w Polsce wersją testu, jest zestaw trzech prób zadaniowych: w pierwszej – pacjent powinien wpisać w pustą tarczę zegara liczby oznaczające kolejne godziny; w drugiej i trzeciej – powinien oznaczyć wskazówkami „godzinę: drugą czterdzieści pięć" i „godzinę: dziesięć po jedenastej" (Barcikowska, 2006).

Test służy do wykrywania i diagnozowania nawet niewielkich dysfunkcji w zakresie funkcjonowania poznawczego u osób w → wieku podeszłym, także tych funkcji, które są specyficznie związane z chorobą Alzheimera. Jest to prosty, łatwy w stosowaniu i szybki test. Angażuje kilka obszarów mózgu związanych m.in. z myśleniem, uwagą i → pamięcią. Analiza wyników badania dotyczy oceny procesów wzrokowo-przestrzennych, funkcji poznawczych i myślenia abstrakcyjno-pojęciowego. Badanie ocenia zdolności planowania przebiegu czynności poznawczych, pamięć wzrokową i zdolność wizualizacji, zdolności grafomotoryczne, ocenia też koordynację wzrokowo-ruchową, możliwości utrzymanie koncentracji uwagi i wydajność poszczególnych etapów zadania (np. planowanie, kontrola i realizacja), a także utrzymanie ciągu logicznego myślenia w procesie pamięci i wykonania czynności.

Klasyfikacja i jakość popełnianych błędów stanowi podstawę do diagnozowania zaburzeń procesów poznawczych o charakterze otępiennym typu Alzheimerowskiego (stopień łagodny lub umiarkowany). Test różnicuje także pacjentów z trwałym lub przejściowym uszkodzeniem centralnego układu nerwowego (np. toksycznym lub naczyniopochodnym). Dla uściślenia diagnozy konieczne jest jednak wykonanie dodatkowych badań za pomocą testów tzw. „organicznych" oraz neuropsychologicznych, potwierdzających rozpoznanie otępienia i/lub zaburzenia pracy mózgu. Na interpretację wyników badania nie mają wpływu czynniki etniczne, kulturowe oraz wykształcenie badanego.

MK-W, AAZ

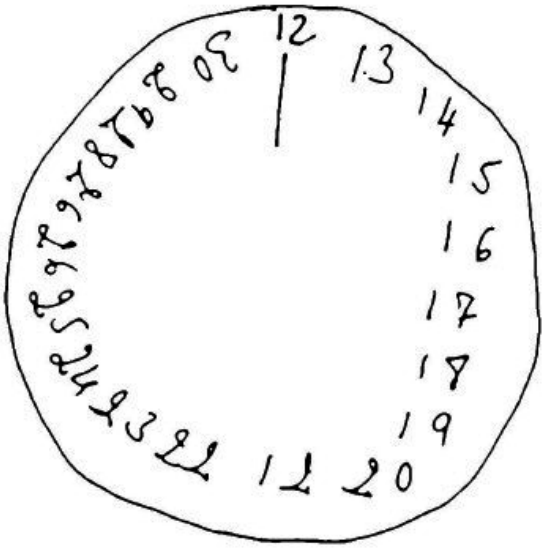
A: CDT, HDT, TDR ,TRZ.

B: Barcikowska i współprac., 2006; Colman, 2009; Krzymiński, 1995; Laskowska i współprac., 2014: Mainland, Shulman, 2013; Kahn i współprac., 1956; Shulman i współprac, 1966; Sunderland i współprac., 1989.

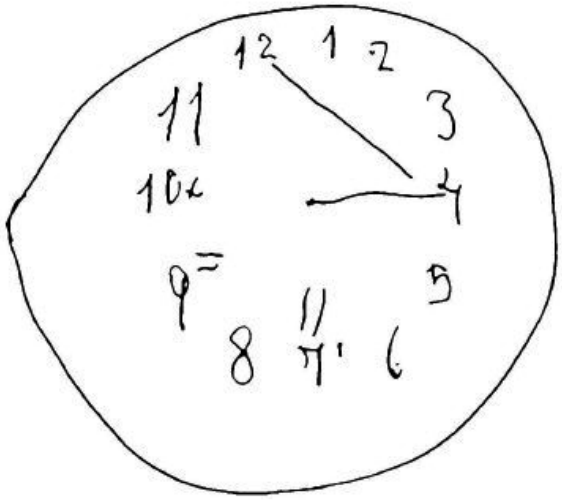
N: https://www.healthcare.uiowa.edu/igec/…; http://www.uninet.edu/…

O: choroba Alzheimera, choroba Parkinsona, otępienie, udar mózgu.

TK: ang. *The Clock Drawing Test*, fr. *Horloge Dessin Test*, hiszp. *El Test del Dibujo del Reloj* o *Reloj Dibujo Pruebas*, niem. *Clock Zeichentest*, ros. *мест руссования часов*.



Rys. 1. Przykład rysunku pacjenta badanego testem rysowania zegara. Źródło: http://www.uninet.edu/neurocon/congreso-1/comunicaciones/c-61.html.



Rys. 2. Kliniczny przykład błędów w rysowaniu zegara. Źródło: http://www.uninet.edu/neurocon/congreso-1/comunicaciones/c-61.html.

Test Sprawności Funkcjonalnej (Senior Fitness Test / Fullerton Fitness Test)

– znany także jako *Senior Fitness Test* (SFT) lub *Fullerton Fitness Test* (FFT) to narzędzie pozwalające na ocenę → sprawności funkcjonalnej osób starszych. Został on opracowany przez amer. fizjoterapeutki Robertę E. Rikli (1943–) i C Jessie Jones (1997, 2013) w Lifespan Welness Clinik w California State University w miejscowości Fullerton.

Test składa się z 6 prób, które oceniają siłę górnej i dolnej części ciała, wytrzymałość aerobową, koordynację ruchową i równowagę dynamiczną. Metodyka wykonywania kolejnych prób testu jest ściśle określona. Poniżej przedstawiono wszystkie próby w kolejności ich wykonywania podczas badania:

1. Próba zginania przedramienia (ang. *upper body strength*), która polega na wykonaniu przez badanego jak największej ilości ugięć przedramienia w czasie 30 sekund. Badany podczas próby siedzi na krześle i trzyma w ręce dominującej ciężarek – dla kobiet o ciężarze 2 kg wersja polska (wersja amer. 2,27 kg), a dla mężczyzn o wadze 3,5 kg wersja polska (wersja amer. 3,63 kg). Wynikiem próby jest liczba ugięć przedramienia w danym czasie (fot. 1).
2. Próba elastyczności górnej części ciała (ang. *upper body shoulder flexibility*). Próba jest wykonywana w pozycji stojącej. Badany ma za zadanie założyć ręce na plecach na tzw. „agrafkę". Badacz mierzy odległość pomiędzy środkowymi palcami obu dłoni ustawionych naprzeciw siebie. Wynikiem jest odległość w centymetrach. Jeżeli palce zachodzą na siebie to wynik jest ze znakiem +, a gdy palce nie stykają się to wynik jest ze znakiem – .
3. Próba siły dolnej części ciała (ang. *lower body strength*) która polega na wykonaniu przez badanego ruchów wstawania i siadania na krześle w czasie 30 sekund. Badany trzyma ręce skrzyżowane na klatce piersiowej. Liczba powtórzeń jest wynikiem próby.

Tabela 1. Instrukcja wykonania testu i kryteria oceny rysunku zegara

Instrukcja wykonania testu	
Badanego prosi się, by na czystej kartce:	
1.	Narysował tarczę zegara z oznaczonymi na niej godzinami.
2.	Umieścił wskazówki tak, by wskazywały godz. 2:45 (drugą czterdzieści pięć).
Instrukcję należy powtarzać tak długo, jak to konieczne, ale bez dodatkowych informacji.	
Kryteria oceny rysunku (10 – najlepszy, 0 – najgorszy)	
10–6	**Rysowanie całego zegara jest generalnie poprawne.**
10 pkt	Wskazówki są na właściwych pozycjach, np. wskazówka godzinowa zbliża się do godz. 3:00 (trzeciej).
9 pkt	Drobne pomyłki w położeniu wskazówek.
8 pkt	Wyraźne błędy w położeniu obu wskazówek.
7 pkt	Wskazówki są zdecydowanie źle położone.
6 pkt	Niewłaściwe użycie wskazówek, np. oznaczanie wskazanego czasu cyfrowo lub zakreślanie godzin, mimo powtarzania instrukcji.
5–1	**Rysowanie tarczy zegara (koła i cyfr) jest zaburzone**
5 pkt	Grupowanie cyfro jednej stronie zegara lub ich odwracanie.
4 pkt	Dalsze zaburzenie sekwencji cyfr. Zegar traci integralność – brakuje cyfr lub są poza tarczą.
3 pkt	Tarcza i cyfry nie są ze sobą powiązane. Na tarczy zegara brakuje wskazówek.
2 pkt	Rysunek wskazuje, że coś z instrukcji zostało zrozumiane, ale bardzo słabo przypomina zegar.
1 pkt	Próba rysowania nie zostaje podjęta, bądź wyniku nie można zinterpretować.

Źródła: Barcikowska i współprac., 2006; Krzymiński, 1995; Sunderland i współprac., 1989.

4. Próba elastyczności dolnej części ciała (ang. *lower body flexibility*) W czasie tej próby badany siedzi na krześle z jedną nogą wyprostowaną, do której robi opad tułowia ze skierowaniem palców dłoni w kierunku palców stóp. Badanie określa głównie elastyczność ścięgien podkolanowych. Wynikiem próby jest odległość w centymetrach mierzona pomiędzy środkowym palcem dłoni a pierwszym palcem stopy. Wynik może być dodatni lub ujemny, jak wyżej.
5. Próba koordynacji złożonej „8 stóp" (ang. *agility*) Próba rozpoczyna się od siadu na krześle. Następnie badany na sygnał możliwie najszybciej pokonuje odległość (2,44 m) i wraca do pozycji wyjściowej. Wynikiem próby jest czas potrzebny do wykonania zadania.
6. Próba 6-minutowego marszu (ang. *Six-Minute Walk Test*) polega na określeniu najdłuższego dystansu, jaki badany pokona możliwie najszybciej w ciągu 6 minut. Badany chodzi wokół pola o wymiarach 45 m × 4,5 m. Gdy badany ma problemy z równowagą lub porusza się z dodatkowym sprzętem ortopedycznym zamiennie wykonuje się próbę 2-minutowego marszu. Badany w czasie 2 minut ma za zadanie jak największą ilość razy unosić kolana naprzemiennie zaczynając od prawego kolana na wysokość określoną jako połowa odległości pomiędzy rzepką a talerzem kości biodrowej. Wynikiem próby jest liczba uniesień prawej nogi w czasie testu.

Na podstawie przeprowadzonych przez autorki badań zostały opracowane normy dla subpopulacji zdrowych osób starszych w Stanach Zjednoczonych. Niestety nie opracowano jeszcze norm dla subpopulacji osób starszych z krajów europejskich.

Test Sprawności Funkcjonalnej pozwala na ocenę i analizę składowych → sprawności fizycznej i/lub funkcjonalnej osób starszych, pozwalając lepiej planować proces usprawniania i kontrolować efekty terapii. Ocena wykonywanych prób jest szybka i prosta do interpretacji, dlatego jest przydatną metodą w pracy fizjoterapeuty z pacjentem.

MŻ

A: FFT, SFT.

B: Jones, Rikli, 2002; Rikli, Jones, 1997, 2013; Różańska-Kirschke i współprac., 2006; Zdrodowska i współprac., 2012.

N: http://www.nj.com/independentpress…

O: sprawność fizyczna, sprawność funkcjonalna, sprawność funkcjonalna a starzenie się.

S: test sprawności dla seniora.

TK: ang. *Senior Fitness Test* / *The Fullerton Fitness Test* / *The Fullerton Functional Fitness Test* / *functional fitness test*, fr. *Senior Fitness Test*, hiszp. *prueba de aptitud mayores*, niem. *Senioren-Fitness-Test*, ros. *Сеньор-Фитнес-Тест.*

Fullerton Fitness Test → Test Sprawności Funkcjonalnej

Senior Fitness Test → Test Sprawności Funkcjonalnej

Test Tinetti (Skala równowagi i chodu Tinetti)

jest to – skonstruowane przez amer. specjalistkę w zakresie → geriatrii, Mary Elizabeth Tinetti (1951–) – narzędzie badawcze służące do oceny ryzyka upadku badanego, stąd synonim *Skala ryzyka → upadków*. **Upadek** jest to niezamierzona zmiana pozycji ciała [pionowej na poziomą – przyp. red.] w następstwie utraty równowagi, w wyniku poszkodowana osoba znajduje się na ziemi, podłodze lub innej niżej położonej powierzchni. Z uwagi na jego częstość, trudność w zapobieganiu i następstwa zaliczany jest do → wielkich zespołów [problemów] geriatrycznych. Ponad 30% osób po 65. roku życia mieszkających we własnych domach i 45%–70% pensjonariuszy → domów pomocy społecznej doświadcza co najmniej jednego upadku w roku (zob. m.in. Skalska i współprac., 2012. Grodzicki, 2006, Wieczorowska-Tobis, Talarska, 2008). Przyczyny upadków można podzielić na wewnętrzne, czyli wynikające z procesu → starzenia się i/lub ze stanu chorobowego, oraz zewnętrzne, czyli środowiskowe. Konsekwencji upadków, szczególnie u osób starszych, jest wiele: złamania 5–6%, unieruchomienie, tzw. „zespół poupadkowy" (ang. *post fall syndrome*), konieczność umieszczenia w zakładzie opiekuńczym, pogorszenie → jakości życia oraz możliwość śmierci – co 5. przyczyna zgonu (por. Abrams, 1999). Jedynie 25% → seniorów po upadku powraca do pełnej sprawności, a to skutkuje zwiększeniem zapotrzebowania na specjalistyczną → opiekę i wzrostem jej kosztów (por. Wieczorowska-Tobis, Talarska, 2008).

Zapobieganie upadkom osób starszych jest zadaniem trudnym ale koniecznym. Jednym z elementów profilaktycznych jest systematycznie dokonywanie oceny ryzyka upadków poprzez analizę równowagi i chodu za pomocą testu Tinetti. Test ten zawiera dwie części. W cz. I poddaje się analizie 9 elementów **związanych z rów-**

nowagą. Badanie zaczyna się, gdy badany siedzi na krzesełku bez podparcia. Należy ocenić, czy zachowuje on równowagę podczas siedzenia (1 pkt) lub pochyla się do przodu i spada z krzesełka (0 pkt). Następnie należy poprosić badanego o wstanie. Równowagę ocenia się podczas wstawania (liczba dokonanych prób), bezpośrednio po wstaniu (w pierwszych 5 sekundach) i w czasie stania, nawet po włączeniu delikatnego trącania najpierw przy otwartych, później przy zamkniętych oczach. Poza trącaniem przy zamkniętych oczach, wszystkie wymienione element badania ocenia się w skali trzystopniowej. 2 pkt przyznaje się badanemu, który wykonuje zadanie podczas pierwszej próby i stoi pewnie. 1 pkt należy się w sytuacji, gdy wstanie następuje po kliku próbach lub badany stoi korzystając z podparcia oraz gdy chwieje się podczas trącania. Nie otrzymuje punktów osoba, która sama nie może wstać lub stoi niepewnie oraz przewraca się. Równowaga podczas trącaniem przy zamkniętych oczach oceniania jest w skali dwustopniowej. 1 pkt przewidziany jest dla badanego, który stoi pewnie. Osoba, która nie stoi pewnie otrzymuje 0 pkt. W dalszej części tego testu, oceniany proszony jest o obrócenie się o 360^{O} i siadanie na krześle. Jeżeli te dwa polecenia wykonane zostaną w sposób płynny należy przyznać po 2 punkty. Sytuacja, gdy ruch jest niepewny, badany zatacza się lub przytrzymuje się przedmiotów, oceniana jest na 1 pkt. Nie otrzymuje punktów osoba, która wykonywała ruch przerywany lub niepewny. Łączna liczba możliwych do uzyskania punktów za pierwszą część (ocenę równowagi) wynosi 16 (zob. Tinetti, 1986).

Cz. II badania zawiera **ocenę chodu**. Badany proszony jest o przejście wzdłuż korytarza lub przez pokój – najpierw w jedną stronę zwykłym krokiem, a z powrotem krokiem szybkim, ale w sposób bezpieczny, korzystając z laski lub chodzika (jeśli posługuje się nimi zwykle). Oceniający powinien towarzyszyć osobie idącej. Ocenia się zapoczątkowanie chodu na 1 pkt, gdy start odbył się bez wahania. Nie przyznaje się punktu w sytuacji, gdy początek był niepewny. Następnie ocenia się długość i wysokość kroku poprzez analizę zasięg ruchu prawej i lewej stopy. Jeżeli obserwuje się, że jedna stopa przekracza położenie drugiej i całkowicie unosi się ona nad podłogą to badany otrzymuje 2 pkt. W sytuacji, gdy tylko jeden z tych elementów został wykonany (jedna stopa przekracza położenie drugiej lub całkowicie unosi się ona nad podłogą) należy przyznać tylko 1 pkt. Jednocześnie, gdy badany nie może wykonać chociaż jednego z tych dwóch elementów nie otrzymuje punktów. Każda z kończyn oceniania jest odrębnie. W dalszej części badania analizuje się symetrię kroku i ciągłość chodu. Badany otrzymuje po jednym punkcie za równość kroku i jego ciągłość. Zero punktów przydzielane jest, gdy u badanego występuje nierówność kroku i brakuje jego ciągłości. Kolejny element badania – ścieżkę chodu – ocenia się na odcinku ok. 3 m. Należy odnotować odchylenie do 30 cm. Sytuacja, gdy badany porusza się wg prostej linii otrzymuje 2 punkty. niewielkie lub średniego stopnia odchylenie, ewentualnie pacjent korzysta z przyrządów pomocniczych (laska itp.) skutkuje przyznaniem tylko jednego punktu. Osoba, która wykazuje wyraźne odchylenie od toru chodu nie otrzymuje punktów. Przedostatnim ocenianym elementem jest kołysanie tułowia podczas chodzenia. Jeżeli badany nie kołysze tułowiem, nie zgina kolan, pleców, nie angażuje kończyn górnych, ani nie korzysta z przyrządów pomocniczych otrzymuje 2 punkty. Jednak, gdy nie ma kołysania tułowiem, ale podczas chodu następuje zginanie kolan, pleców lub rozkładanie ramion należy przyznać tylko 1 pkt, natomiast 0 punktów otrzymuje osoba, która kołyszę się lub korzysta z przyrządów pomocniczych. Na koniec badania analizuje się pozycję pięt ocenianego podczas chodzenia. Jeżeli pięty prawie stykają się podczas chodzenia przyznaje się 1 pkt, a gdy są rozstawione 0 punktów. Maksymalna liczba przyznanych punktów za drugą część badania (analiza chodu) wynosi 12 pkt. **Wynik końcowy jest sumą punktów z pierwszej i drugiej części badania. Maksymalnie badany może otrzymać 28 pkt.** Uzyskanie poniżej 26 pkt wskazuje na istnienie problemu z zakresu sprawności funkcjonalnej. **Wynik poniżej 19 pkt sugeruje pięciokrotnie wyższe ryzyko upadku** osoby badanej (zob. Tinetti, 1986).

Przeprowadzenie omówionego testu Tinetti do oszacowania skłonności do upadków badanych osób jest bardzo ważną częścią → całościowej oceny geriatrycznej (COG). Analiza otrzymanych wyników tego badania pozwala bowiem na wyłonienie osób narażonych na upadki oraz wdrożenie działań zapobiegającym (por. Skalska i współprac., 2012, Grodzicki, 2006; Kędziora-Kornatowska, 2007). Jednocześnie osoby starsze, które wykazują problem z zakresu równowagi i chodu powinny mieć przeprowadzoną dalszą wieloczynnikową ocenę ryzyka upadku (zob. Tinetti, 2003).

EJB

A: FES, POMA, TBMS, TT.

B: Abrams, Bers, Berkow, 1999; Drużbicki i współprac., 2013; Grodzicki, Kocemba, Skalska, 2006; Kędziora-Kornatowska, Muszalik, 2007; Skalska i współprac., 2012; Tinetti, 1986, 2003; Wieczorowska-Tobis, Talarska, 2008.

N: Cichońska-Marczak, 2011 – Internet: http://www.nursing.com.pl/.
O: upadki.
S: ang. Tinetti Balance Test, Tinetti Gait and Balance Examination, Tinetti's Mobility Test, pol. Skala ryzyka upadków.
TK: ang. The Tinetti Test / Tinetti Balance and Mobility Scale / Tinetti Falls Efficacy Scale / Performance Oriented Mobility Assessment, fr. Test *de Tinetti*, hiszp. Escala de Tinetti / la escala de Tinetti de marcha y equilibrio, niem. *der Tinetti-Test*, ros. *шкала равновесия и двигательной активности Тинетти.*

Skala równowagi i chodu Tinetti → Test Tinetti

testy oceny funkcji poznawczych

W → badaniach przesiewowych funkcji poznawczych stosowane są wystandaryzowane narzędzia w postaci testów i skal. Narzędzia te pozwalają wcześnie wychwycić deficyty poznawcze lub też na bieżąco monitorować postęp zachodzących zmian. Warto jednak zwrócić uwagę na to, że narzędzia te nie są wystarczające do postawienia pewnej diagnozy, lecz uzyskanie nieprawidłowego wyniku wskazuje na konieczność wykonania bardziej szczegółowych badań. Wśród często stosowanych narzędzi do przesiewowej oceny funkcji poznawczych wymienia się:

→ **Krótką Skalę Oceny Funkcji Poznawczych** (MMSE) Skala zawiera 10 zadań, pozwalających ocenić orientację w → czasie i przestrzeni, zapamiętywanie, liczenie, → pamięć świeżą, funkcje językowe. Maksymalnie w skali tej można uzyskać 30 punktów. Wynik 30–27 pkt wskazuje na stan prawidłowy, 26–24 pkt na zaburzenia poznawcze bez → otępienia, 23–19 pkt na otępienie lekkiego stopnia, od 18–11 pkt na otępienie średniego stopnia zaś od 10–0 pkt na otępienie głębokie (zob. Wciórka, Pużyński, 2010). Sugeruje się jednak aby uzyskanie w ocenie tą skalą 27 punktów było już wskazaniem do przeprowadzenia pogłębionej diagnostyki w kierunku otępienia. Narzędzie to wykazuje mniejszą czułość w diagnozowaniu dyskretnych zaburzeń poznawczych, w związku z czym jest mniej przydatne we wczesnej diagnostyce otępień. Z kolei wykazuje wysoką czułość w diagnostyce zaburzeń poznawczych wynikających z uszkodzenia obszarów korowych mózgu, którym towarzyszą objawy, takie jak: upośledzenie wykonywania precyzyjnych ruchów (→ apraksja), utrata zdolności mowy (→ afazja), niezdolność do rozpoznawania znanych obiektów czy bodźców (→ agnozja), niezdolność do posługiwania się i rozróżniania liczb oraz wykonywania prostych działań matematycznych (akalkulia), niezdolność czytania (aleksja), niezdolność pisania (agrafia). Wpływ na wyniki w ocenie tą skalą mają wiek badanych i poziom wykształcenia, dlatego też zaleca się skorygowanie uzyskanego wyniku. Wówczas do liczby punktów uzyskanych przez badanego dodaje się liczby odpowiadające latom nauki i wieku (Talarowska i współprac., 2011).

→ **Test rysowania zegara** (TRZ). W praktyce stosowane są różne rodzaje tego testu, różniące się proponowanymi zadaniami do wykonania i punktacją. Przeprowadzenie tego testu nie wymaga dużo czasu. Test charakteryzuje się prostotą i łatwością wykonania. Wykazuje wysoką czułość w wykrywaniu niewielkich zaburzeń funkcji poznawczych. W Polsce najczęściej wykonuje się TRZ, w którym poleca się badanemu wykonanie trzech zadań. W pierwszym zadaniu badany ma napisać na tarczy zegara liczby odpowiadające kolejnym godzinom. W drugim zadaniu narysować wskazówki zegara w taki sposób żeby wskazywały godzinę trzecią zaś w trzecim zadaniu badany ma narysować wskazówki zegara tak, by wskazywały godzinę jedenastą dziesięć. Zadanie pierwsze pozwala na ocenę „planowania przebiegu czynności poznawczych", zadanie drugie i trzecie pozwala na ocenę orientacji wzrokowo – przestrzennej zaś zadanie trzecie pozwala na ocenę myślenia abstrakcyjno – pojęciowego. Test ten zaleca się wykonywać razem z Krótką Skalą Oceny Funkcji Poznawczych (MMSE) lub innymi testami oceniającymi funkcje poznawcze. Jeżeli badany prawidłowo rysuje zegar, a uzyskuje nieprawidłowe wyniki w innych narzędziach do oceny funkcji poznawczych, to może to wskazywać na występowanie → depresji [i zaburzeń nastroju] (zob. Krzymiński, 1995).

Skrócony Test Sprawności Umysłowej Hodkinsona (AMTS) służy do przesiewowej oceny sprawności intelektualnej. Ocenia zdolność kojarzenia faktów, pamięć krótkotrwałą i długotrwałą, a także zdolność myślenia abstrakcyjnego. Test zawiera pytania i zadania do wykonania. Osoba badana za każdą prawidłową odpowiedź otrzymuje 1 punkt, a za niewłaściwą 0 pkt. Maksymalnie w teście AMTS można uzyskać 10 pkt, a minimalnie 0 pkt. Im mniejsza liczba punktów tym gorsza sprawność umysłowa. Wynik powyżej 6 pkt wskazuje na prawidłowy stan poznawczy, od 6 do 4 pkt na upośledzenie umiarkowane zaś poniżej 4 pkt na upośledzenie ciężkie (Skalska, 2007).

Wskaźnik Ischemiczny Hachinskiego (HIS), nazywany także **Skalą Hachinskiego**, stosowany jest

w różnicowaniu → otępienia typu alzheimerowskiego od → otępienia naczyniopochodnego. Skala ta była wielokrotnie modyfikowana, charakteryzuje się wysoką czułością i specyficznością (Motyl, 2007).

→ **Montrealski Test Oceny Funkcji Poznawczych** (MOCA) jest narzędziem służącym do przesiewowej oceny występowania → łagodnych zaburzeń poznawczych. Za pomocą tego testu ocenia się: pamięć, funkcje wzrokowo-przestrzenne, wykonawcze i językowe, fluencję słowną (tj. płynność i szybkość przypominania sobie i wypowiadania lub pisania słów), uwagę i koncentrację, nazywanie, abstrahowanie i orientację, co do miejsca, czasu, przestrzeni i własnej sytuacji. W teście maksymalnie można uzyskać 30 pkt. Uzyskanie 26 pkt i więcej wskazuje na stan prawidłowy (zob. Gierus i współprac., 2015).

Krótki Test Stanu Psychicznego (STMS) – służy do przesiewowej oceny łagodnych zaburzeń poznawczych. Obejmuje osiem prób, które oceniają orientację w czasie i miejscu, liczenie, zapamiętywanie i odtwarzanie słów bezpośrednio po ich usłyszeniu i po ok. trzech minutach, uwagę, praksję konstrukcyjną (tj. zdolności odtwarzania pewnych ruchów z pamięci), abstrakcyjne myślenie, pamięć wcześniej nabytych wiadomości. W teście tym można uzyskać maksymalnie 38 pkt. Mniej niż 30 pkt może sugerować podejrzenie otępienia (Kotapka-Minc, 2007).

Test Your Memory (TYM Test). Polska wersja testu została opracowana przez Marka Derkacza i Iwonę Chmiel-Perzyńską (2011). TYM Test jest narzędziem służącym do przesiewowej oceny łagodnego stadium → choroby Alzheimera. Przeznaczony jest do samodzielnego wykonywanie przez osobę badaną przy niewielkiej pomocy osoby badającej. Test składa się z dziesięciu pytań pozwalających na ocenę: orientacji, zdolności kopiowania, wiedzy semantycznej (tj. opartej o znaczenia terminów i wyrazów), liczenia, fluencji słownej, rozumienia podobieństw, nazywania, zdolności wzrokowo-przestrzennej, przypominania wcześniej skopiowanego zdania. Maksymalnie w teście można uzyskać 50 pkt. Oprócz punktów za funkcje poznawcze osoba badana uzyskuje również punkty za samodzielne wykonanie testu. Test ten łączy w sobie elementy MMSE i TRZ, wykazuje dużą czułość, jest łatwy i szybki do przeprowadzenia.

Istnieje jeszcze wiele innych skal i/lub testów do oceny funkcji poznawczych, nie ma jednak jednego, wybranego narzędzia badawczego, którego stosowanie byłoby wymagane w odniesieniu do osób starszych, jako przesiewowa ocena funkcji poznawczych.

MDZ

B: Derkacz i współprac., 2011; Gierus i współprac., 2015; Kotapka-Minc, 2007; Krzymiński, 1995; Łyskawa, 2013; Motyl, 2007; Skalska, 2007; Talarowska i współprac., 2011; Wciórka, Pużyński, 2010.

O: łagodne zaburzenia poznawcze, Krótka Skala Oceny Funkcji Poznawczych, Montrealski, Test Oceny Funkcji Poznawczych, zaburzenia poznawcze w starszym wieku

TK: ang. *cognitive functions assessment tests* / *cognitive functions tests*, fr. *tests d'évaluation de la fonctions cognitive*, hiszp. *pruebas de función cognitive* / *tests de funcionamiento cognitivos*, niem. *kognitiven Funktionen Tests* / Tests kognitiver Funktionen / kognitiven Tests, ros. *тесты оценки когнитивных функций* / тесты *для* оценки когнитивных *функций*.

tlenoterapia (leczenie tlenem)

Etymologicznie termin ***tlenoterapia*** pochodzi od łac. *oxygenium* – tlen, i grec. *θεραπεία* [terapiea] – terapia, czyli ***leczenie tlenem***, zatem jest to metoda terapeutyczna polegająca na wykorzystywaniu tlenu w leczeniu poprzez zwiększenie jego stężenia w powietrzu wdychanym. Komórki organizmu żywego wymagają stałego dostarczania tlenu. Przerwanie jego dostarczania (hipoksja) do mózgu nawet na pięć minut prowadzi do nieodwracalnych zmian, a następnie do → śmierci. Podobnie w przypadku przewlekłej hipoksji może dojść do istotnych zmian patologicznych. W przypadku stanów ostrych, gdzie natychmiastowe podanie tlenu ratuje → życie lub jest istotnym składnikiem terapii, np. podczas zatrucia tlenkiem węgla, asfiksji, nagłego zatrzymania krążenia czy obrzęku płuc. Tlenoterapię prowadzi się na oddziałach szpitalnych, niekiedy w połączeniu z intubacją dróg oddechowych. W leczeniu → chorób przewlekłych, np. niewydolność oddechowa, często stosuje się tlenoterapię domową. Tlen podaje się przez: cewnik nosowy, wąsy tlenowe, maskę twarzową, namiot tlenowy lub przy użyciu respiratora. W ostatnich czasach duże znaczenie ma podawanie tlenu pod zwiększonym ciśnieniem (tlenoterapia hiperbaryczna) przy użyciu komory hiperbarycznej. Terapia tlenem hiperbarycznym (ang. *Hyperbaric Oxygen Therapy* – HBO) polega na oddychaniu tlenem pod ciśnieniem wyższym od lokalnego ciśnienia atmosferycznego. Najczęściej polega na podawaniu 100% tlenu w warunkach zwiększonego ciśnienia, przekraczającego 1,5 razy ciśnienie atmosferyczne.

Przebieg terapii

W terapii hiperbarycznej stosuje się dwa rodzaje komór: jednoosobowe, wieloosobowe. Po wejściu pa-

cjentów do komory następuje stopniowe, trwające około 10 minut sprężanie powietrza do ciśnienia 1,5 atm., w czasie którego większość osób odczuwa tzw. trzaski w uszach. Aby ułatwić wyrównanie ciśnienia, pacjenci otrzymują wtedy cukierki do ssania, wodę do picia, pomocne jest także ziewanie. Zabieg główny, czyli pełna ekspozycja na tlen trwa zwykle ok 60 minut (tlen podawany jest przez wąsy lub maseczkę tlenową), a kończy się rozprężaniem – stopniowym zmniejszaniem ciśnienia w komorze, które trwać może ok 10 minut (zob. fot. 1).

Zastosowania tlenoterapii

Pierwsze próby leczenia tlenem podjęto już pod koniec XVIII i na początku XIX wieku. Niedostateczna znajomość procesów wymiany gazowej nie pozwoliła jednak należycie wykorzystać tego potężnego leku. Dopiero postęp nauk fizjologicznych, który nastąpił w XX stuleciu stworzył odpowiednie podstawy teoretyczne dla racjonalnego zastosowania tlenu w celach leczniczych. Leczenie tlenem prowadzi się obecnie niemal wyłącznie w formie inhalacyjnej. Najczęstszym praktycznym wskazaniem do leczenia tlenem są zaburzenia czynności układu oddechowego i/lub krążenia, które prowadzą do zmniejszenia ciśnienia parcjalnego tlenu we krwi tętniczej. Obserwuje się je najczęściej w takich → chorobach, jak: obrzęk płuc, zator płucny, → zapalenie płuc, zaostrzenie → astmy oskrzelowej, → przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP), → obturacyjny bezdech senny, i in. W praktyce stosuje się różnorodne kryteria klasyfikacji sposobów tlenoterapii. Jednym z nich jest stężenie tlenu w mieszaninie gazów wdechowych. Arbitralnie przyjęty podział zakłada, że niskie stężenia tlenu oznaczają stężenie tlenu w powietrzu wdychanym <40%, natomiast stężenia wysokie oznaczają, że stężenie O_2 przekracza 40%.

Tlenoterapia hiperbaryczna jest metodą leczenia podczas którego do organizmu przez płuca do krwi dostarczana jest dużo większa ilość tlenu (ok. 15 × więcej niż w normalnym ciśnieniu), wzrasta również ilość tlenu w surowicy krwi, co zwiększa stopień i obszar jego przenikania. Zabieg wpływa pozytywnie na natlenienie uszkodzonych tkanek i narządów, zmniejsza się okres połowiczego rozpadu karboksyhemoglobiny, dochodzi do skurczu naczyń i zmniejszenia obrzęku uszkodzonych tkanek co przyspiesza gojenie się ran i poprawia krążenie krwi. Dzięki temu wspomagane są procesy odpornościowe, przyspieszana jest eliminacja tlenku węgla, zmniejsza się również objętość pęcherzyków gazu (w zatorowości powietrznej lub gazowej). Terapia pobudza angiogenezę, aktywuje fibroblasty, reguluje aktywność osteoklastów. Uznanym jej działaniem jest także hamowanie rozwoju bakterii beztlenowych i pobudzenie przeciwbakteryjnej funkcji granulocytów obojętnochłonnych. Wielokierunkowe oddziaływanie terapii tlenem hiperbarycznym powoduje ciągłe rozszerzanie wskazań do jej zastosowania.

Stosując leczenie tlenem należy mieć na uwadze przeciwwskazania do tego rodzaju terapii, zarówno **przeciwwskazania bezwzględne**, takie jak: nieleczona odma płucna (wówczas przed przystąpieniem do zabiegów, należy skontaktować się z lekarzem, oraz stosowanie takich laków, jak: bleomycyna, cisplatyna, sulfamylon, disulfiram czy foxorubicin (wówczas do zabiegów można przystąpić po odstawieniu leków), jak i **przeciwwskazania względne,** które obejmują m.in. astmę, klaustrofobię, POChP, dysfunkcję trąbki Eustachiusza, wysoką temperaturę ciała, wszczepiony rozrusznik serca, ciążę, napady padaczkowe i/lub zakażenie górnych dróg oddechowych.

Do podstawowych powikłań nieprawidłowego zastosowana leczenia tlenem, należą: urazciśnieniowy ucha (uszkodzenie błony bębenkowej), drgawki, przy zbyt dużej ilości tlenu może dojść do podrażnienia płuc, hipoglikemii, okresowej krótkowzroczności, bólów zębów.

LJ, JS-G

A: OT.

B: From, Lewandowski, Pacholska-Pytlakowska, 2011.

N: http://www.thewca.com…

O: astma oskrzelowa, obturacyjny bezdech senny, przewlekła obturacyjna choroba płuc, zapalenie płuc.

TK: ang. *oxygen therapy* [OT], fr. *l'oxygénothérapie*, hiszp. *la oxigenoterapia*, niem. *Sauerstofftherapie*, ros. *оксигенотерапия*.

leczenie tlenem → tlenoterapia

tomografia komputerowa

należy do podstawowych metod diagnostyki radiologicznej. Została wynaleziona w latach 1967–70 przez Godfreya N. Hounsfielda (1919–2004). Zestaw do tomografii komputerowej (TK) obejmuje: statyw z lampą rentgenowską, układ detektorów, stół, na którym umieszcza się osobę badaną, konsolę sterowniczą z komputerem, urządzenie peryferyjne czyli pulpit z monitorem TV (zob. rys. 1). Współcześnie występują trzy systemy tomografii komputerowej: tradycyjny, spiralny, wielorzędowy. Pierwszy pozwala na uzy-

skanie obrazów wybranych przekrojów ciała pacjenta, który leży na stole przesuwanym skokowo. Między ekspozycjami badany może swobodnie oddychać. Spiralna TK cechuje się ciągłą rotacją lampy i automatyczym, stałym ruchem stołu. Badanie również wymaga bezdechu. Jest krótkie, a przetworzony cyfrowo obraz może być prezentowany w trzech wymiarach. Jego zaletą jest możliwość badania tętnic i żył w czasie największego stężenia środka cieniującego krwi. Ostatni zestaw, TK z wielorzędowym zestawem detektorów, ma zwielokrotnioną liczbę detektorów na obwodzie koła. Tradycyjny, pojedynczy szereg zastąpiony został przez 4 do 16 równolegle zlokalizowanych rzędów detektorów. Dzięki temu, podczas jednego obrotu lampy uzyskuje się od 4 do 16 przekrojów ciała. Takie badanie pozwala na wykonanie do 800 przekrojów ciała pacjenta (Pruszyński, 2005).

Badanie TK dostarcza informacji o stanie anatomicznym, np. mózgu pacjenta. Polega na umieszczeniu głowy pacjenta w suwnicy, a skaner TK emituje drobną wiązkę równoległych promieni rentgenowskich wokół jego głowy. Detektory badają zakres, w którym tkanka absorbuje promienie rentgena, a tym samym zmienia natężenie promieniowania po przejściu przez tkankę pacjenta. Stopień fluorescencji lub jonizacji przetwarzany jest w informację cyfrową, którą komputer – za pomocą odpowiednich algorytmów – wykorzystuje do stworzenia przekrojowych obrazów mózgu. Obraz tworzą piksele, którym przydziela się poziom jasności od czarnego do białego. Postęp w obrazowaniu jest ogromny, jeszcze niedawno tomografy dysponowały 256 odcieniami szarości (Tress, Desmond, 1998), dziś w cyfrowej radiografii dostępnych jest 4 096 odcieni szarości (Suetens, 2009). Jasność stanowi proporcjonalny odpowiednik przeliczonej gęstości tkanki. Struktury niskiej gęstości (np. tłuszcz, woda) pojawiają się czarne, natomiast wysokiej gęstości (kość) są białe. W mózgu, substancja szara jest bardziej gęsta niż biała, stąd na obrazie będzie pokazana za pomocą jaśniejszych odcieni szarości. Rozróżnienie szarej i białej istoty u pacjentów w normie nie jest trudne w badaniu KT.

Większość ze zmian patologicznych w mózgu wiąże się z nagromadzeniem płynów pozanaczyniowych, a tym samym zmieniona chorobowo tkanka jest mniej gęsta (a na obrazie ciemniejsza) od tkanki zdrowej. W tę regułę wpisują się: zawał mózgu, demielinizacja, stany zapalne, nowotwory glejowe, neoplazje (nowotworzenia) czy torbiele. Z kolei tkanki gęstsze, które na obrazie stanowiące jaśniejsze obszary w porównaniu ze zdrową tkanką mózgu, najczęściej stanowią zwapniałe glejaki, guzy wtórne, większość oponiaków, torbiele koloidowe, pierwotne chłoniaki, zakrzepice i ostre krwotoki (Tress, Desmond, 1998). Istnieje więc wiele możliwych zastosowań badania TK. W ostrym niedokrwiennym → udarze mózgu umożliwia zlokalizowanie i określenie rozmiaru niedokrwiennego ogniska niedokrwiennego z rozróżnieniem obszaru martwicy (obszaru niedokrwienia nieodwracalnego) i penumbry (obszaru niedokrwienia odwracalnego). Badanie może wykryć krwawienie śródczaszkowe i inne możliwe przyczyny nagłego wystąpienia objawów neurologicznych (Witkowski, Ryglewicz, 2008). Badanie neuroobrazowe mózgu ma wiele zalet. Aktualnie dostępność tego badania jest duża, a czas potrzebny do jego przeprowadzenia jest niewielki i wynosi zaledwie kilka minut. Badanie tomografii komputerowej jest więc szybkie, ale także powtarzalne, czułe i swoiste (Kozubski, 2013).

AB, KK-B

A: ang., niem. CT, ros. KT, hiszp. TC, fr., TDM, pol. TK.
B: Kozubski, 2013; Pruszyński, 2005; Suetens, 2009; Tress, Desmond, 1998; Witkowski, Ryglewicz, 2008.
O: skanowanie PET, techniki obrazowania mózgu.
TK: (ang. *computed tomography* [CT], fr. *tomodensitométrie* [TDM], hiszp. tomografía computarizada [TC], niem. *Computertomographie* [CT], ros. *Компьютерная томография* [KT].
N: https://en.wikipedia.org/wiki/CT…



Fot. 1. Współczesny tomograf (*CT scanner*). Źródło: https://en.wikipedia.org/wiki/CT_scan#/media/File:UPMCEast_CTscan.jpg.

Tornstam Lars Folke (1943–)

szwedzki socjolog, gerontolog i psycholog społeczny, twórca teorii → gerotranscendencji. Ukończył studia socjologiczne na uniw. w Uppsali uzyskując stopień

doktora (1973). W latach 1987–92 był profesorem uniw. w Kopenhadze, a następnie uniw. w Uppsali, obecnie jest prof. → seniorem. Zajmuje się → gerontologią społeczną, → psychogerontologią, metodologicznym statusem współczesnej → gerontologii, problematyką → pomyślnego starzenia się oraz możliwościami transcendencji w → wieku podeszłym (Tornstam, 1978, 1992, 1997, 1999, 2005).

W roku 1989 na łamach pisma „Aging" (1989, nr 1) wprowadził do gerontologii określenie *gerotranscendencja*, oznaczające zmianę perspektywy życiowej ludzi starych – od światopoglądu materialistycznego i racjonalnego do kosmicznego i transcendentalnego. Zdaniem Tornstama (fot. 1) gerotranscencdencja jest ostatnim w naszym → życiu stadium naturalnego procesu dążenia do dojrzałości i → mądrości życiowej. Z wiekiem i w miarę → starzenia się stopień transcendencji wzrasta w obliczu sprzyjających czynników. Tornstam wyróżnił trzy poziomy gerotranscendencji, na których równolegle dokonują się zmiany, są to: poziom kosmiczny, poziom ***ja***, oraz poziom związków indywidualnych i społecznych. Akceptacja, poczucie więzi z wcześniejszymi → generacjami, zmniejszenie lęku prze własnym przemijaniem to główne cechy gerotranscendencji na poziomie kosmicznym. Wewnętrznie, osobiście, intymnie następuje konfrontacja z samym sobą – jest to poziom ***ja***, równoznaczny zakotwiczeniu się w poczuciu autoistnienia. Społeczne i indywidualne związki nabierają głębszego znaczenia, następuje na tej płaszczyźnie eliminacja powierzchowności. Gerotranscendencja traktowana bywa jako jedna z najważniejszych form → adaptacji do starości i „dojrzewania do → śmierci" (Bühler, 1999, Petry Mroczkowska, 2005).

AAZ

B: Bühler, 1999; Malec, 2012; Petry Mroczkowska, 2005; Tornstam, 1978, 1989, 1992, 1997, 1999, 2005.

O: gerotranscendencja, pomyślne starzenie się, psychospołeczne teorie starzenia się, teoria niezaangażowania.

towarzyszenie w drodze (geragogiczny model towarzyszenia w drodze)

„Towarzyszenie w drodze" może być rozumiane różnorodnie. Nasuwa się więc konieczność doprecyzowania terminu, bowiem nie chodzi tu o każde towarzyszenie w drodze, ale o jego określoną postać: o towarzyszenie w drodze w rozumieniu geragogicznym.

Czym zatem jest „towarzyszenie"? Punktem wyjścia niech będą rozstrzygnięcia słownikowe oscylujące wokół tego pojęcia; „towarzyszyć" to „dotrzymywać komuś towarzystwa; przebywać z kimś, asystować komuś; występować razem z czymś, z kimś"; „towarzystwo" to „ czyjaś obecność przy kimś, towarzyszenie, obcowanie; grupa osób zaprzyjaźnionych, środowisko"; zaś „towarzysz" – „osoba towarzysząca komuś, spędzająca z kimś czas" (Dunaj, 2002, s. 720). Można więc przyjąć, że „towarzyszenie" oznacza pewnego rodzaju relację międzyludzką polegającą na współobecności, na byciu razem.

Czym jest „droga"? Drogę, jak proponuje Anna Wieczorkiewicz (1962–), można rozumieć w ujęciu **topograficznym** (przestrzennym, obiektywnym) jako trasę przemierzaną od jednego miejsca do drugiego, i w ujęciu **metaforycznym** (subiektywnym) jako drogę → życia, → bieg życia, los. Oba znaczenia pozostają w związku – droga jest tak procesem zmiany miejsca, jak i siebie samego. Poruszanie się drogą z jednej strony ma charakter horyzontalny – odbywa się w przestrzeni fizycznej, w obszarze ról i zadań życiowych. Oznacza doczesną egzystencję. Z drugiej zaś strony, jest poruszaniem się wertykalnym, w perspektywie w górę – w dół, w powiązaniu z treściami symbolicznymi – kontekstem myśli, uczuć, życiem duchowym, transcendencją: niebo – ziemia (Wieczorkiewicz, 1996, s. 49 i s. 43). Można przyjąć, że łączne topograficzno-metaforyczne rozumienie drogi szczególnie manifestuje się w różnorodnych doświadczeniach egzystencjalnych człowieka, przemierzającego drogę swojego życia. Pojmowanie drogi w ujęciu metaforycznym jako sytuacji egzystencjalnej, związanej z doświadczeniem aksjologicznym, akcentuje Anna Gałdowa (1940–), traktując drogę jako obszar rozwoju duchowego, wewnętrznego, jako rozwój ku wartościom (Gałdowa, 2000, s.175).

„Towarzyszenie w drodze" oznaczałoby więc obecność przy innej osobie w drodze jej życia, rozumianej jako doświadczenie egzystencjalne, włączające się w proces rozwoju „towarzyszy drogi", w szczególności rozwoju duchowego, pojmowanego jako zmierzanie (wędrowanie) ku wartościom. Takie doświadczanie życia może łączyć się także z przestrzenią drogi fizycznej.

„Towarzyszenie w drodze" jako fenomen poznawczy, a także praktyczny, może być sytuowane w wielu dyscyplinach i subdyscyplinach naukowych. Warto wskazać na antropologię, socjologię, psychologię, filozofię. Nie sposób pominąć pedagogikę, a w szczególności pedagogikę społeczną i pedagogikę specjalną. Wśród dyscyplin pedagogicznych szczególnie znaczącą, dla rozważań związanych ze → starością, jest → geragogika. Ludger Veelken (1938–) uważa, że „gerago-

gika to wprowadzanie w starość, → przygotowanie do starości, prowadzenie do dojrzałości, towarzyszenie w drodze", a przedmiotem badań geragogiki jest szeroko pojęta edukacja człowieka w → wieku podeszłym (Veelken, 2000, s. 88), natomiast zdaniem Elżbiety Dubas (1957–), zakres tej edukacji, określonej przez autorkę jako „edukacja zorientowana na starość", jest jeszcze szerszy i obejmuje trzy kierunki (Dubas, 2008 a, s. 45): edukację o starości (dostarczanie wiedzy gerontologicznej), edukację do starości (przygotowanie – → wychowanie do starości) i → edukację w starości (procesy uczenia się osób starszych, w tym także procesy kształcenia). Veelkena wiąże geragogikę z pokonywaniem trudności życia, organizowaniem życia i samourzeczywistnianiem człowieka starszego. „Geragogika jest nauką krytyczną o podstawach i drogach towarzyszenia w życiu starszemu dorosłemu i w związanych z tym procesach kształcenia, dokształcania i ciągłego kształcenia, a także nauką o kształceniu geragogów jako specjalistycznych służb wspierających samorealizację człowieka starszego" (Veelken, 2000, s. 88). Można więc przyjąć, że podejście geragogiczne łączy umiejętnie obszar oddziaływań pedagogicznych (procesy edukacyjne) z przedmiotem badań gerontologii (procesy → starzenia się i starość), wskazując na towarzyszenie w drodze jako typ wzajemnej osobowej i formacyjnej relacji, zachodzącej między uczestnikami drogi, ze szczególnym akcentem na potrzebę wspierania osoby starszej, i zarazem często słabszej, w tej relacji (wędrówce). „Towarzyszenia w drodze" może być zatem analizowane w perspektywie pedagogiki personalno-egzystencjalnej, jako relacja z Innym, jako relacja ***być***. Wszystkie te ujęcia są znaczące dla podejścia geragogicznego. Pozwalają one określić „towarzyszenie w drodze", w ujęciu najszerszym, a więc przestrzenno-metaforycznym, jako relację osobową, społeczną, egzystencjalną, uniwersalną i wzajemną na poziomie doświadczania fenomenu życia jako wspólnotowego losu ludzkiego, i na poziomie doświadczania wartości, sprzyjających odnalezieniu sensu tego losu, także w perspektywie jednostkowej. Relacja ta jest umiejscowiona w sytuacjach codziennych wyborów i działań, myśli i emocji, a także w czasie, wykraczającym poza wymiar obiektywny, kalendarzowy. Jest często relacją wspierania w trudnościach. Ma charakter edukacyjny, gdyż jest szeroko rozumianym procesem uczenia się, sprzyjającym osobowym transformacjom. „Towarzyszenie w drodze" jako przykład relacji ***być***, to proces, dziejący się na kanwie wyzwań różnorodnych sytuacji egzystencjalnych oraz wartości stanowiących dla nich odniesienie, w powiązaniu z ludzką możliwością i potrzebą poszerzania własnej świadomości i samoświadomości w relacjach z Innymi, w tym z osobami starszymi.

Starość obfituje w liczne sytuacje trudne, których doświadczanie nie ułatwia przemierzania „drogi" życiowej osobie starszej, jak i również osobom, które jej w tej drodze towarzyszą. Adam A. Zych (1945–) pisze w tym kontekście o egzystencjalnych niepokojach i zagrożeniach w starości. Zalicza do nich retrospektywne spojrzenie na własne życie (→ bilans życiowy), samotność i osamotnienie, starcze kompromisy i pozbywanie się złudzeń, przejście od oczarowania do rozczarowania życiem, nieuchronną → inwolucję i degradację, zanik energii, osłabienie, zmęczenie, wyłączanie się z życia, doświadczenia trudnego losu, lęki związane z → chorobami, bólem, cierpieniem i nieuchronnością → śmierci (Zych, 2013, s. 255–268). Szczególnie obciążającymi człowieka, zdaniem Artura Fabisia (2013, s. 40), są trzy główne troski egzystencjalne: śmierć, cierpienie i samotność. W starości często one współwystępują oraz wszystkie łączą się z silnymi lękami, choć szczególnie trudnym dla człowieka doświadczeniem są lęki tanatyczne.

Na przestrzeni swojego całego życia człowiek styka się z cierpieniem i kształtują się jego postawy wobec cierpienia. Uczy się cierpienia – droga życia jest niejako „szkołą cierpienia", „towarzyszenie w drodze" zaś, w swej istocie, jest towarzyszeniem w cierpieniu: ochranianiem przed cierpieniem, łagodzeniem cierpienia, niesieniem cierpienia Innego, racjonalizowaniem cierpienia itp. Dzieciństwo, w dużej mierze, jest czasem niedostrzegania cierpienia, ze względu na słabo rozwinięte władze poznawcze i duchowe dziecka oraz jego niewielką świadomość społeczno-kulturową i możliwość świadomych porównań. Kochający i opiekuńczy rodzice ochraniają swe dziecko przed cierpieniem, wypełniając jego świat czasem zabawy i beztroski. Ciężar cierpienia, jeśli już dotyka dziecko, deformuje jego osobowość, często na całe życie, pozostawiając traumę dzieciństwa i boleśnie przyspieszając proces stawania się dorosłym. Młodość sprzyja spostrzeganiu cierpienia w kategoriach idealnych, w kontekście napięć związanych z intensywnym osobowym rozwojem w tym okresie. Natomiast w początkach dorosłości, dysponując dojrzałością poznawczą, emocjonalną i społeczną, podejmując odpowiedzialne i trudne obowiązki związane z rolami społecznymi, człowiek zaczyna coraz wyraźniej dostrzegać cierpienie. Kolejne etapy dorosłości przynoszą coraz częściej osobiste doświadczenia cierpienia, usytuowanego w realiach własnego życia. I wreszcie starość (→ póź-

na dorosłość) to okres nasilania się trosk egzystencjalnych, czemu sprzyja proces starzenia się i z nim związana → wielochorobowość, śmierć bliskich, a także bliska perspektywa własnej śmierci i inne. To także możliwe zaawansowane osobowe dojrzewanie w cierpieniu, rozumiane jako transcendencja siebie poprzez cierpienie. Taka systematyczna całożyciowa edukacja w cierpieniu i poprzez cierpienie, w towarzystwie innych ludzi, pozwala przyjąć cierpienie, tzn. zaakceptować je jako nieodłączny uniwersalny składnik ludzkiego życia oraz osobistego doświadczenia, [z]rozumieć cierpienie, lub choćby próbować je [z]rozumieć, czyli odnajdować jego sens i bardziej świadomie go doświadczać, wreszcie, dojrzewać w cierpieniu,_uznając cierpienie za czynnik rozwoju duchowego, jak również zyskiwania pełni człowieczeństwa. Niewątpliwie dojrzałość osobowa człowieka powiązana jest z jego stosunkiem do cierpienia i tym, w jaki sposób „przerobił" on „lekcje" cierpienia w swoim życiu.

„Towarzyszenie w drodze" jest przedmiotem zainteresowań geragogiki – jako subdyscypliny pedagogicznej i jako praktyki społecznych działań. Można tutaj mówić o geragogicznym modelu towarzyszenia w drodze. Obejmuje on nade wszystko działania edukacyjne, wspierające człowieka w jego starości (Szarota, 1998), poczynając np. od sposobów zagospodarowania → czasu wolnego, poprzez aktywne uczestnictwo w aktualnym życiu społeczno-kulturowym, zachowanie → zdrowia i sprawności, aż po, co nie mniej ważne, towarzyszenie człowiekowi starszemu w trudnych sytuacjach egzystencjalnych. Geragogiczne wspieranie „w drodze", szczególnie w drodze trudnej, obejmuje kilka zakresów:

- **określoną „filozofię" myślenia o drodze życia**, która traktuje drogę życia jako proces rozwoju. Rozwój ten dotyczy także i starości. „Filozofia życia" obejmuje także filozofię → starzenia się (por. Dubas, 2012, s. 36–37). Uwzględnia obecność sytuacji trudnych egzystencjalnie jako zjawiska uniwersalnego. Wskazuje na ambiwalentny w swej istocie charakter tych sytuacji (od samej jednostki w dużej mierze zależy więc, czy będą one doświadczane jako dobre czy złe). Uwzględnia także subiektywny odbiór tych sytuacji przez jednostkę, a także transformatywny charakter tych doświadczeń – przemieniających człowieka i pozwalających mu dojrzewać w wymiarze egzystencjalnym. Droga życia rozgrywa się głównie w codzienności – jej treści, rytmy i wysokie częstotliwości są kanwą dla „bycia" w świecie i stawania sie człowiekiem. Towarzyszenie w drodze jest też doświadczeniem społecznym, a obecność Innych jest koniecznością dla rozwoju człowieka, a co, z drugiej strony, powinno też uruchamiać wdzięczność;
- **traktowanie drogi życia jako sytuacji uczenia się**. Bieg życia ludzkiego, jego usytuowanie między biegunami poczęcia (narodzin) a śmiercią, oznacza całożyciowość drogi życia i na tej kanwie możliwe także „całożyciowe" uczenie się, pojmowane najogólniej jako poszerzanie indywidualnego doświadczenia życiowego. Poszczególne etapy życia, stwarzające określone sytuacje egzystencjalne, są istotnym tłem tego uczenia się. Warto w tym miejscu przypomnieć podobne ujęcie, traktujące życie jako proces uczenia się, reprezentowane w myśli Komeńskiego (1973). Dwie ostatnie wymienione przez niego „szkoły" – ***szkoła starości*** i ***szkoła śmierci*** są szczególnie istotne dla podejścia geragogicznego. Uczenie się w procesie życia, na tle biegu życia, na drodze życia ma charakter wieloaspektowy. Szczególnie należy podkreślić tu uczenie się egzystencjalne (zob. Malewski, 2010), a także społeczne, emocjonalne (Illeris, 2006), kulturowe i aksjologiczne, które oznacza osobisty rozwój i podążanie drogą osobowego dojrzewania (Dubas, 2002). Oznacza transformację postaw i schematów poznawczych (zob. Malewski, 2010). Wiąże się z reinterpretacją doświadczenia życiowego. Może sprzyjać zrozumieniu sensu przemierzanej drogi życiowej (Dubas, 2008, s. 63 i inne);
- **edukację egzystencjalną**, rozumianą jako edukację do sytuacji trudnych na drodze życia. Droga życia pojmowana jako doświadczenie egzystencjalne pełna jest rozmaitych sytuacji trudnych. Wiele takich sytuacji dotyczy także starości. Często, ze względu na ich kumulację i skomplikowanie, określa się starość jako okres kryzysowy, a nawet pisze się o → kryzysie starości (Szatur-Jaworska, Błędowski, Dzięgielewska, 2006). By człowiek lepiej radził sobie z trudnościami na drodze życia, w tym i w okresie starości, należy podejmować działania wspierające go w tych sytuacjach. Edukacja jest w tym względzie środkiem podstawowym. Winna ona dostarczać wiedzy, kształtować umiejętności i postawy, pozwalające na radzenie sobie w trudnych sytuacjach egzystencjalnych. Edukacja pojmowana jako przygotowanie do życia (w tym i do starości), wychowanie do życia (i do starości), edukacja o życiu (i o starości), edukacja realizowana w trakcie życia (i w starości) także powinna proponować takie → wsparcie. Edukacja taka, powiązana z → poradnictwem życiowym (w tym z porad-

nictwem geragogicznym), powinna spełniać funkcje prewencyjne, kompensacyjne i naprawcze. Edukacja geragogiczna, czyli zorientowana na starość oraz powiązana z poradnictwem → geragogicznym i geriatrycznym, posiłkuje się wysoce specjalistyczną wiedzą, adekwatną dla doświadczanych trudności egzystencjalnych, np. z zakresu tanatologii i/lub → tanatopedagogiki, gdy chodzi o → umieranie, śmierć i żałobę, logoteorii i/lub logoterapii, gdy chodzi o poszukiwanie → [poczucia] sensu życia, monoseologii i/lub monoseologii pedagogicznej, w przypadku doświadczeń samotności i osamotnienia, i innych;

- **wzmacnianie sił osobowych ważnych dla podążania „drogą"**. W tym zakresie znaczącym jest zarówno wzmacnianie sił witalnych, jaki i rozwój sił duchowych. Łączą się one ze sobą i pozwalają w sposób najbardziej optymalny radzić sobie z trudnościami. Poczynając od umiejętności „przyjęcia" doświadczeń, jakie napotykamy na drodze życia, poprzez poszerzanie pola naszej świadomości i samoświadomości, rozwój refleksyjności i autorefleksyjności, dojrzewanie emocjonalno-społeczne, hartowanie charakteru i woli, osoba rozwija swoją dzielność życiową i nabywa „męstwo bycia", jak to określił Paul Tillich (1886–1965);
- → **wsparcie zewnętrzne „towarzyszące w drodze"**, rozumiane jako pomoc, → opieka, uznanie znaczenia *sił ludzkich*, zarówno nieformalnych, jak i formalnych czy instytucjonalnych, obecnych w środowisku społecznym, świadczących pomoc w rozwoju. Warto szczególnie podkreślić znaczenie „towarzyszenia rodzinie" (Marynowicz-Hetka, 2006), borykającej się z trudnymi wyzwaniami egzystencjalnymi tworzonymi przez proces starzenia się, do których należy zaliczyć choroby i → niepełnosprawność osób starszych oraz proces umierania, śmierć i żałobę. Istotnego wsparcia zewnętrznego dostarczają instytucje rehabilitacyjno-lecznicze, opiekuńcze i terapeutyczne, duszpasterstwo rodzin i inne. W ramach wsparcia zewnętrznego należy także podkreślić znaczenie działań pedagogiczno-psychologicznych.

„Towarzyszenie w drodze" w ujęciu geragogicznym oznacza więc budowanie relacji i pojmowane jest jako proces. Relacja osób towarzyszących sobie w drodze rozwija się i dojrzewa w czasie, co oznacza dojrzewanie osób pozostających w tej relacji. Główne założenia dla budowanie takiej relacji obejmują: szacunek dla drugiego człowieka bez względu na okoliczności „drogi" (poszanowanie jego godności i podmiotowości), autentyczność relacji (jej szczerość, naturalność, brak pozorowania i gry ról), posługę nadziei jako postawę optymizmu i wiary, uznanie znaczenia czynnika → czasu jako tworzywa dla rozwoju relacji, tworzenie poczucia wspólnoty losu wszystkich istot ludzkich (por. Zych, 2014, s. 214–219).

Relację tę budują gesty codzienności: bycie razem, a więc nie osobno, dające do zrozumienia, że „nie jestem sam – jest ze mną drugi człowiek"; proste codzienne czynności obsługowe – mycie, karmienie, ubieranie, gesty miłości – życzliwości, sympatii i lubienia czyli dar dobrych uczuć, dar bliskości – dotyku, przytulenia, bycia blisko siebie, intymności, dar czasu, który zawsze trzeba ofiarować; dar rozmowy, w tym dar słuchania. Wszystkie te gesty łączą się w jeden nie do przecenienia dar – dar [z] siebie. Dar [z] siebie dotyczy wszystkich towarzyszy drogi, choć nie musi być symetryczny i w różnym stopniu może być uświadomiony. Wskaźnikiem osobowej dojrzałości jest umiejętność dostrzeżenia w człowieku starszym, chorym, niesprawnym, cierpiącym, umierającym, daru dla nas – jeszcze młodych, zdrowych, sprawnych, żyjących w pełni. Daru dla nas jako szansy na uczenie się życia, na wewnętrzną przemianę, poszerzenie pola świadomości i samoświadomości oraz zbliżenie się do zrozumienia sensu ludzkiej egzystencji. Oznaką osobowej dojrzałości jest to, na ile potrafimy osobiście doświadczyć, że cierpienie uczy radości, samotność – wspólnoty, choroba – pokory, niepełnosprawność – cierpliwości, a śmierć – życia. W drodze życia role nauczycieli i uczniów są pomyślane jako wymienne. Warto otworzyć się na taką perspektywę rozumienia „towarzyszenia w drodze". Wówczas towarzyszenie osobom starszych w ich trudnych sytuacjach egzystencjalnych nie jest wyłącznie ciężarem i obowiązkiem, ale staje się przywilejem – szansą rozwojową i nadzieją na → mądrość życiową.

ED

B: Dubas, 2002, 2008 a, 2012; Dunaj, 2002; Fabiś, 2013; Gałdowa, 2000; Illeris, 2006; Komeński, 1973; Malewski, 2010; Maryynowicz-Hetka, 2006; Szarota, 1998; Szatur-Jaworska, Błędowski, Dzięgielewska, 2006; Tillich, 1994; Veelken, 2000; Wieczorkiewicz, 1996; Zych, 2013, 2014.

TK: ang. *companion on the way*, fr. *compagnon de route*, hiszp. *compañero en el camino* / *compañero de viaje*, niem. *Begleitung im Weg*, ros. *сопровождение в пути*.

geragogiczny model towarzyszenia w drodze
→ towarzyszenie w drodze

transfery międzypokoleniowe

– zwane również przepływami międzypokoleniowymi – są to wszelkie zasoby przekazywane przez przedstawicieli jednej → generacji osobom wchodzącym w skład innego pokolenia. Przybierają postać transferów publicznych (pomiędzy różnymi → grupami wieku, czyli odmiennymi grupami docelowymi polityki społecznej) i prywatnych (transfery w → rodzinie). W pierwszym przypadku odnoszą się do zasobów redystrybuowanych za pośrednictwem funduszy publicznych (np. ZUS, KRUS, NFZ, system publicznej edukacji), w drugim obejmują dobra i usługi grupowane w dary materialne (finansowe i rzeczowe), dary → czasu (usługi związane z wydatkowaniem czasu) i dary miejsca (użyczanie komuś przestrzeni mieszkalnej). W przypadku prywatnych transferów dodatkowo wyodrębnia się przepływy *inter vivos* (pomiędzy żyjącymi osobami) i *post mortem* (pośmiertne).

Rola publicznych przepływów międzypokoleniowych generalnie zwiększa się wraz z upływem czasu, wraz z podejmowaniem się przez państwo zadania zabezpieczenia przed coraz dłuższą listą ryzyk losowych i → ryzyk społecznych (socjalnych). Najskuteczniejszą metodą jest w takim przypadku rozproszenie ryzyka na większą liczbę osób, znajdujących się na różnych fazach → życia, a zatem charakteryzujących się odmiennym prawdopodobieństwem zaistnienia negatywnych zdarzeń. Zaznaczyć należy jednak powolne upowszechnianie się w przypadku niektórych rodzajów ryzyka stosowanie metod jego rozproszenia w ramach → biegu życia człowieka, np. → kapitałowe systemy emerytalne.

Prywatne przepływy międzypokoleniowe są zjawiskiem, którego występowanie bądź niewystępowanie w znacznym stopniu – poprzez określenie ilości i rodzaju pomocy, jakie potrzebująca jednostka otrzymać może od rodziny – determinuje poziom i → jakość życia jednostki. Zagadnienie to jest ważne zwłaszcza na dwóch etapach życia – usamodzielniania się ludzi młodych oraz etapu późnej, niepełnosprawnej → starości. W obu przypadkach typowym wspomagających jest pokolenie pośrodku, osoby w wieku 45–60 lat, nie na darmo nazywane → generacją sandwicz (ang. *sandwich generation*), co ma przypominać o bułkach w kanapce, w które wsiąka cały sos z pieczeni włożonej do tejże kanapki.

Wielkość i forma prywatnych przepływów uzależnione są od czynników demograficznych (np. rozmiar i struktura rodziny, posiadanie konkurującego o zasoby rodziców rodzeństwa, płeć, wiek i stan cywilny), ekonomicznych (wartość zasobów znajdujących się w posiadaniu danej rodziny, sytuacja na rynku pracy poszczególnych jej członków) i społeczno-kulturowych (warstwa społeczna, przynależność etniczna, intensywność kontaktów z rodziną, poziom „prorodzinności"). Najważniejszymi przemianami, jakie w długim okresie wystąpiły w przypadku prywatnych przepływów międzypokoleniowych, są zmniejszenie się znaczenia przepływów materialnych w postaci spadku na rzecz inwestycji w kapitał ludzki (umiejętności i wiedza) oraz wzrost częstości → opieki nad ludźmi starymi.

PS

O: generacja, generacja sandwicz, opieka międzygeneracyjna, polityka generacyjna, solidarność międzypokoleniowa, umowa międzypokoleniowa, więzi międzypokoleniowe.
S: przepływy międzypokoleniowe.
TK: ang. *intergenerational transfers*, fr. *transferts intergénérationnels*, hiszp. *transferencias intergeneracionales*, niem. *intergenerationale Transfers*, ros. *переводы между поколениями*

trauma geriatryczna

Trauma (grec. *τραύμα*) oznacza „ranę", jej odpowiednikiem w jęz. pol. jest słowo „uraz" (zob. Reber, 2000). Często pojęcia „traumy", „stresora traumatycznego", „→ stresu traumatycznego" używane są zamiennie w celu określenia zagrażającej → życiu sytuacji i natychmiastowej reakcji na nią. Trauma definiowana jest jako doświadczenie, które zestawia człowieka ze strachem czy bezradnością. Zdaniem Izabeli Błaszczuk-Wiślińskiej (2006) „zdarzenie traumatyczne to doświadczenie urazowe o szczególnym nasileniu, które prowadzi do zmian w funkcjonowaniu psychofizycznym". W opinii Bogdana Zawadzkiego (1957–) i Jana, Strelau (1931–): „trauma, czyli uraz w sensie psychologicznym, obejmuje stan psychiczny wywołany działaniem zagrażających → zdrowiu i życiu czynników zewnętrznych, prowadzący do głębokich zmian w funkcjonowaniu człowieka" (Zawadzki, Strelau, 2008). Skutkiem tego urazu mogą być utrwalone trudności w powrocie do wcześniejszego funkcjonowania, czasem układające się w zespół objawów zwany → zespołem stresu pourazowego. Istnieje wiele różnych prób klasyfikacji traumy. Jednym z nich jest podział na zdarzenia pojedyncze i wielokrotne. Pojedyncze zdarzenie występuje raz w ciągu życia danej osoby. Zdarzenia wielokrotne powtarzają się z większą lub mniejszą częstotliwością i mogą to być zdarzenia o tym samym charakterze lub bardzo zróżnicowane (Błaszczuk-Wiślińska, 2006). Trauma geriatryczna dotyczy ludzi

starych. Przyjmuje się, że okres → starości rozpoczyna się ok. 60. roku życia, zatem jest to → czas, w którym starszy człowiek może doświadczać wielu różnych przeżyć traumatycznych, które mogą być incydentalne, ale mogą się nakładać i mieć charakter długotrwały. Starość powinno się analizować wieloaspektowo – w aspekcie psychicznym, społecznym i biologicznym (Steuden 2011), wobec tego trauma, której doświadczają ludzie w tym wieku powinna być rozpatrywana także w tych obszarach. Wydarzenia traumatyczne mogą dotyczyć każdego z aspektówstarości lub występować w powiązaniu ze sobą, jedne warunkować drugie. W ujęciu biologicznym → starzenia się, trauma której doświadcza człowiek jest związana z pogarszającym się stanem zdrowia, jego → sprawności [fizycznej i/lub funkcjonalnej] oraz → inwolucji całego organizmu. Fizyczne przejawy starzenia się, sprawiają, że okres ten jest kojarzony negatywnie, często z niedołężnością, zaniedbaniem, → śmiercią, brakiem kontroli nad własnym ciałem (Dziuban, 2010). Objawy te mogą być źródłem doznań traumatycznych starszego człowieka. Sytuacja taka nie jest też bez znaczenia dla jego stanu psychicznego. Psychologiczna płaszczyzna starzenia się związana jest z odczuwaniem starości i dotyczy zmian w zakresie osobowości oraz funkcji poznawczych. Polega na samoświadomości jednostki i jej umiejętności przystosowania do stopniowego starzenia się. Pogarsza się sprawność intelektualna, zmniejsza zdolność przetwarzania informacji, koncentracji, podzielności uwagi, zapamiętywania, zostaje spowolniona aktywność psychiczna, m.in. kojarzenie, przypominanie, zaś tempo i czas wykonywania pracy bądź rozwiązywania problemów stają się wolniejsze i coraz dłuższe (Marcinek, 2007, Steuden, 2011). Wymienione zmiany pogłębiają się stopniowo, stanowiąc źródło stresu, często powodują pogorszenie się stanu emocjonalnego – wywołują smutek, przygnębienie, drażliwość, może pojawić się nawet agresja, a w konsekwencji lęk, zaniepokojenie (Marek, 2015). To doświadczanie starości jest sprawą indywidualną, dla niektórych bardzo trudną, mogąca być także w tym obszarze powodem traumy. Na proces starzenia się duży wpływ mają czynniki społeczne i kulturowe (Steuden, 2011). Społeczne starzenie się związane jest z postrzeganiem tego procesu przez jednostkę i społeczeństwo. Traktowanie starości w sposób stereotypowy, piętnujące ją, wpływa niekorzystnie na funkcjonowanie osób w tym wieku. W aspekcie społecznym człowiek starzejący się traci swoje dotychczasowe role społeczne: rodzinną – w momencie usamodzielnienia się dzieci, zawodową – zakończenie pracy zawodowej, organizacyjną, gdy umiera współmałżonek. Zmiany zachodzące w sferze biologicznej, zmniejszenie aktywności jak i liczby kontaktów, powodują wycofanie się z życia społecznego. Jak piszą Alicja Głębocka i Małgorzata Szarzyńska (2005), śmierć małżonka, czy innych bliskich osób może się wiązać z odczuciem straty wsparcia społecznego i nieść doznanie izolacji i osamotnienia. Maria Straś-Romanowska (1946–) tę fazę życia określiła „okresem start" lub → „kryzysem starości". W wieloaspektowym, czyli biopsychospołecznym podejściu do starości, proces starzenia może być traktowany jako wydarzenie traumatyczne. Stary, schorowany, niejednokrotnie samotny człowiek jest identyfikowany ze starością. Wielu ludzi w różnym wieku spogląda na starość z lękiem. Mimo że jest to naturalny etap w życiu każdego człowieka, bywa traktowany jako trauma (Marek, 2015). Straś-Romanowska (2011) zauważa, że proces ten może mieć charakter kryzysu, który zdaniem Heleny Sęk (2001) jest stanem psychiki i sytuacji mający charakter podstawowy, stanowiący punkt zwrotny, podczas którego znaczące stają się stan zdrowia człowieka, charakter jego relacji z otoczeniem i kierunek jego dalszego rozwoju.

BN

B: Błaszczuk-Wiślińska, 2006; Dziuban, 2010; Głębocka, Szarzyńska, 2005; Iwachnienko, 2012; Marcinek, 2007; Marek, 2015; Reber, 2000; Sęk, 2001; Steuden, 2011; Straś-Romanowska, 2011; Zawadzki, Strelau, 2008.

O: interwencja kryzysowa, kryzys tożsamości wieku średniego i podeszłego, kryzysy starości, stres, uraz i trauma psychiczna, zespół stresu pourazowego

TK: ang. *geriatric trauma*, fr. *traumatisme gériatrique*, hiszp. *traumatismo geriátrico*, niem. *geriatrische Trauma*, ros. *гериатрическая травма*.

trening pęcherza moczowego

– jest formą zachowawczego leczenia naglącego nietrzymania moczu i zespołu pęcherza nadreaktywnego. Może być również wykonywany w mieszanym typie nietrzymania moczu (NTM), jako leczenie wspomagające. Polega na odtworzeniu prawidłowej objętości pęcherza moczowego poprzez stopniowe odraczanie momentu oddawania moczu. W celu zaplanowania terapii konieczne jest prowadzenie dokumentacji dotyczącej występujących → chorób, stosowanych leków, podaży płynów, godzin spożywanych posiłków, a także występowania parć naglących i → nietrzymania zwieraczy. Skuteczność treningu pęcherza moczowego (ustąpienie lub zmniejszenie dolegliwości) dochodzi

do 90%. Szacuje się, że w ciągu trzech lat u 40% pacjentów może nastąpić nawrót dolegliwości – możliwe jest jednak powtórzenie leczenia (zob. Steciwko, 2004).

AMB

B: Steciwko, 2004.

O: nadreaktywność pęcherza moczowego, nietrzymanie zwieraczy, pęcherz neurogenny.

TK: ang. *bladder training*, fr. *formation de la vessie*, hiszp. *entrenamiento de la vejiga*, niem. *Blasentaining*, ros. *„обучение" мочевого пузыря*.

trening zdrowotny osób starszych

Trening zdrowotny definiowany jest jako „świadomie kierowany proces polegający na celowym wykorzystaniu ściśle określonych ćwiczeń fizycznych dla uzyskiwania efektów psychicznych i fizycznych przeciwdziałających obniżaniu się możliwości przystosowawczych organizmu". Ponadto fizjologiczne efekty treningu zdrowotnego mogą również pełnić istotną rolę w obniżaniu ryzyka wystąpienia wielu → chorób bądź zmniejszania tempa ich rozwoju (Kuński, Jegier, 1999). W szerszym kontekście (w → promocji zdrowia i zapobiegania chorobom) trening zdrowotny jest rozumiany jako „proces wdrażania zespołu zachowań i nawyków, mających na celu podniesienie lub utrzymanie potencjału → zdrowia poprzez spowolnienie procesu → starzenia się organizmu i/lub zapobieganie czynnikom ryzyka" (Krawański, 2001).

Trening zdrowotny stanowi jedno z obligatoryjnych działań, które każdy człowiek powinien podejmować w celu kształtowania i ochrony własnego → zdrowia psychofizycznego (Kuński, 1985). Wśród argumentów przemawiających za podejmowaniem systematycznego treningu zdrowotnego uznanych za szczególnie ważne w odniesieniu do osób starszych można wymienić: utrzymanie składowych → sprawności fizycznej związanych ze zdrowiem, wzrost → jakości życia, prewencję i wspieranie leczenia chorób cywilizacyjnych (w tym m.in. → choroby niedokrwiennej serca, → nadciśnienia tętniczego, nadwagi i → cukrzycy II stopnia), utrzymanie lub zwiększenie odporności nieswoistej, korzystne zjawiska natury psychospołecznej (w tym m.in. zmniejszenie → stresu psychicznego, obniżenie poziomu lęku, poprawa stabilizacji emocjonalnej, integracja i aktywizacja społeczna) oraz wzmacnianie potencjału w obszarze → rehabilitacji i leczenia różnych chorób, m.in. metabolicznych, układu ruchu i układu krążenia (Górski, 2011, Kuński, Jegier, 1999).

Każda forma treningu zdrowotnego powinna rozpoczynać się rozgrzewką oraz być zakończona elementami wyciszającymi bądź relaksacyjnymi (zob. Elsawy, Higgins 2010, Górski, 2002). Wśród składowych treningu zdrowotnego osób starszych wymienia się (Górski, 2002, 2011, Kozdroń, 2006):

1. **Ćwiczenia dynamiczne** bądź **wytrzymałościowe** – wysiłki będące podstawą treningu zdrowotnego. Do form → aktywności ruchowej o charakterze wytrzymałościowym zalecanych dla osób w starszym wieku zalicza się m.in. spacer, pływanie, ćwiczenia w wodzie, gimnastykę prozdrowotną, taniec, → *nordic walking* oraz jazdę na rowerze lub cykloergometrze (fot. 1). Poza oddziaływaniem na fizyczny aspekt funkcjonowania, do zalet treningu wytrzymałościowego osób starszych należy zdolność do szybkiej poprawy ich stanu psychicznego, włączając lepszą samoocenę oraz polepszenie w zakresie zdolności poznawczych. W przypadku braku przeciwwskazań zdrowotnych oraz jeżeli wydolność fizyczna na to pozwala, wysiłki o charakterze wytrzymałościowym charakteryzujące się małą intensywnością mogą być podejmowane przez osoby starsze codziennie.
2. **Ćwiczenia z pokonywaniem oporu** fot. 2) – wysiłki ukierunkowane na zmniejszenie tempa utraty masy i siły mięśniowej. W przypadku treningu siłowego osób w starszym wieku wskazana jest ostrożność, zaś częstotliwość jednostek treningowych nie powinna przekraczać 2–3 zajęć tygodniowo.
3. **Ćwiczenia gibkościowe i równoważne** – ukierunkowane na prewencję → upadków [w podeszłym wieku] i związanych z nimi obrażeń. Powinny być podejmowane co najmniej 3 razy w tygodniu, a ich trudność zwiększana.

Osoby starsze podejmujące trening zdrowotny powinny być zachęcane do systematycznego monitorowania poziomu → aktywności fizycznej oraz jego dostosowanie do zmieniającego się stanu zdrowia. Wskazana jest także modyfikacja diety w celu uzyskania prawidłowej masy ciała (Elsawy, Higgins, 2010).

Trening zdrowotny powinien być realizowany wg następujących zasad: systematyczności treningu (podstawowej zasady zarówno treningu sportowego, jak i zdrowotnego), wszechstronności treningu, stopniowania obciążeń treningowych oraz cykliczności treningu (Górski, 2002, Kuński, Jegier, 1999).

Przy programowaniu treningu zdrowotnego osób starszych należy mieć także na uwadze potencjalne

→ bariery w podejmowaniu regularnej aktywności fizycznej przez te osoby. Wśród przykładowych przyczyn wyróżnia się m.in. małe zainteresowanie ćwiczeniami ruchowymi oraz brak potrzeby ich podejmowania, zły stan zdrowia, ryzyko wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych, mała wydolność fizyczna, niedostateczna oferta regularnych zajęć ruchowych proponowanych przez → uniwersytety trzeciego wieku (UTW) i instytucje działające na rzecz → seniorów, wysokie koszty uczestnictwa w zajęciach klubów fitness (Górski, 2011, Kozdroń. 2004). Co więcej, można mówić obecnie o zjawisku „feminizacji → wieku podeszłego", charakteryzującym się przeważającym udziałem kobiet w grupie ludzi powyżej 60. roku → życia i wynikającej z niego konieczności dostosowania programów aktywności ruchowej dla osób starszych do potrzeb zdrowotnych i zainteresowań tej grupy. Nabiera to szczególnego znaczenia biorąc pod uwagę dane, świadczące o tym, że starsze kobiety w porównaniu z rówieśnikami płci męskiej charakteryzują się gorszą samooceną zdrowia, mniejszą zarówno codzienną aktywnością ruchową, jak i rekreacyjną, częstszą → niepełnosprawnością w okresie → starości, ale także lepszą → adaptacją do starości i większą częstością podejmowania działań profilaktycznych (Kozdroń, 2006).

Osobom starszym rozpoczynającym trening zdrowotny proponuje się zasięgnięcie opinii lekarskiej, szczególnie w celu kwalifikacji medycznej do treningu oraz wykluczenia przeciwwskazań bezwzględnych do podejmowania ćwiczeń fizycznych (zob. Górski, 2002, 2011, Gibbons i współprac., 2002, Kuński, Jegier, 1999). Eksperci Światowej Organizacja Zdrowia (WHO) akcentują potrzebę oceny lekarskiej również w przypadku zwiększania aktywności fizycznej. Wskazują przy tym jednocześnie, aby dozować objętość ćwiczeń ruchowych stopniowo (*Global*…, 2010 – Internet: http://whqlibdoc.who.int…).

IL-K

B: Elsawy, Higgins, 2010; Gibbons i współprac., 2002; Górski, 2002, 2011; T. Kostka, J. Kostka, Kozdroń, 2004, 2006; Krawański, 2001; Kuński, 1985; Kuński, Jegier, 1999.

N: *Global*…, 2010 – Internet: http://whqlibdoc.who.int…

O: adaptowana aktywność fizyczna, aktywność fizyczna, aktywność ruchowa, ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia równoważne, ćwiczenia wzmacniające, rekreacyjny trening zdrowotny,

TK: ang. *health training for older people*, fr. *la formation en santé chez les personnes âgées*, hiszp. la formación de la salud en los adultos *mayores*, niem. Gesundheitstraining für ältere *Menschen*, ros. обучение *пожилых людей на их* здоровье.

triada organiczna (testy triady organicznej)

jest to bateria trzech testów psychologicznych do badania, oceny i diagnozowania niedoborów poznawczych o charakterze organicznym w zakresie: koncentracji i pojemności uwagi, → pamięci krótkoterminowej (zapamiętywania, przechowywania i odtwarzania bodźców wzrokowych), koordynacji wzrokowo-ruchowej, zdolności grafomotorycznych, orientacji przestrzennej na podstawie bodźców wzrokowych, planowania przestrzeni, myślenia analityczno-syntetycznego, oraz tempa i szybkości odtwarzania informacji wzrokowo-przestrzennych. Może także określać zmiany emocjonalne w → depresji i zaburzeniach nastroju. Tak szerokie spektrum funkcji poznawczych służy do liczbowego i opisowego określenia zaburzeń wskazujących na występowanie → otępienia. Doświadczenie psychologiczne pozwala również na diagnostykę możliwej lokalizacji uszkodzenia centralnego układu nerwowego (CUN) na podstawie oceny jakości popełnianych przez pacjenta błędów. Jednakże taka diagnoza powinna być uzupełniona i potwierdzona badaniem neuroobrazowym za pomocą np. elektroencefalogramu, skanowania PET (pozytronowa tomografia emisyjna), → rezonansu magnetycznego lub tomografii komputerowej.

W skład testów triady organicznego wchodzą: Test Pamięci Wzrokowej Bentona, Test Bender [Wzrokowo-Motoryczny Test Gestalt] i Test Pamięci Figur Geometrycznych.

1. Opracowany w 1944 przez Arthura Lestera Bentona (1909–2006), a opublikowany po raz pierwszy w 1946 *Benton Visual Retention Test* (BVRT) służy do rozpoznawania organicznych uszkodzeń i/lub zmian w mózgu, a przede wszystkim do diagnozowania percepcji i pamięci wzrokowej oraz zdolności wzrokowo-konstrukcyjnych. Jest wykorzystywany jako narzędzie kliniczne pomocne w rozpoznawaniu zaburzeń pamięci, orientacji przestrzennej i motoryki oraz uwagi u chorych z zaburzeniami neurologicznymi i/lub psychiatrycznymi. Badanie przeprowadza się indywidualnie, wykonanie jednej wersji testu zajmuje ok. 5 min. Materiałem testowym są wzory figur geometrycznych rozmieszczone na białych kartonach, ekspozycja wynosi 10 sekund, potem pacjent rysuje figury z pamięci. Test obejmuje 3 równoległe wersje (C, D i E). Każda wersja składa się z 10 wzorów zawierających co najmniej jedną figurę, na większości wzorów umieszczono po trzy figury. W badaniu każdą z trzech wersji (C, D i E) może być zastosowana jedna z czterech metod badania

(A, B, C, D): metoda A (najczęściej stosowana): badany ogląda każdy wzór przez 10 sekund i natychmiast odtwarza go z pamięci; metoda B (różni się od metody A krótszym czasem ekspozycji i pozwala na ocenę czasu potrzebnego do zapamiętania bodźca): badany ogląda każdy wzór przez 5 sekund i natychmiast odtwarza go z pamięci; metoda C (pozwala na rozdzielenie pamięciowych i percepcyjo-motorycznych składowych zadania): badany przerysowuje każdy wzór mając go przez cały czas w polu widzenia; metoda D (wymaga od osoby badanej przechowania spostrzeżenia przez krótki czas): badany ogląda każdy wzór przez 10 sekund i po 15-sekundowej przerwie odtwarza go z pamięci. Ocenie podlega poprawność wykonania kopii wzorów oraz ich reprodukcja z pamięci (liczba poprawnych rysunków oraz liczba popełnionych błędów). Błędy świadczące o zaburzeniach funkcji poznawczych dotyczą opuszczania figur, zniekształcania, rotowania zapamiętanych figur bądź na ich powtarzaniu (persewerowaniu) ze wzoru poprzedniego. W interpretacji liczbowej porównuje się wynik uzyskany przez osobę badaną z wynikiem oczekiwanym, podanym przez autora testu. Jeśli jest on: o 2 pkt niższy od oczekiwanego, to można podejrzewać nabyte (czynnościowe) obniżenie funkcji poznawczych; o 3 pkt niższy sugeruje, że takie obniżenie istnieje jako dysfunkcja CUN; wynik o 4 pkt niższy – może być istotnym dowodem stałego obniżenia funkcji poznawczych. W połączeniu z interpretacją opisową, diagnozuje się organiczne podłoże deficytów. Test nie został znormalizowany w Polsce;

2. Opracowany w 1938 przez Laurettę Bender (1897–1987) *Bender Visual-Motor Gestalt Test* (BVMGT), w skrócie znany jako Test Bender lub Test Gestalt, służy do badania koordynacji wzrokowo-motorycznej za pomocą odwzorowania rysunków figur. Stosowany do diagnozowania m.in. uszkodzeń organicznych mózgu u osób dorosłych, niepełnosprawności intelektualnej, → zaburzeń pamięci, → otępienia starczego oraz → zaburzeń osobowości u osób starszych. Test Bender doczekał się kilku modyfikacji dotyczących procedury badania, systemu obliczania rezultatów oraz interpretacji rysunków wykonywanych przez osobę badaną. Do skonstruowania testu autorka wykorzystała figury geometryczne: koło, kwadrat, kropki, fale i romb. Materiał testowy stanowią rysunki dziewięciu abstrakcyjnych układów figur geometrycznych, które należy skopiować z bezpośredniej ekspozycji. Każdy z rysunków osoby badanej podlega indywidualnej ocenie pod względem poprawności jego wykonania. W badaniu ocenia się sprawność koordynacji wzrokowo-ruchowej, poziom koncentracji uwagi, planowanie pola spostrzeżeniowego, czas reagowania, męczliwość, reakcje na frustrację, zdolność do dostrzegania i korygowania błędów. Badanie przeprowadza się indywidualnie, bez ograniczania czasu. Przeciętnie wykonanie testu zajmuje ok. 10 min. Istnieje również wersja testu przeznaczona do badań grupowych, w której materiał wzorcowy jest eksponowany za pomocą prezentacji komputerowej lub za pomocą przezroczy. Test ten znany jest również p.n. Wzrokowo-motoryczny test postaciowania Lauretty Bender (zob. Ostrowski, 1986 c), w Polsce Test Bender nie został znormalizowany.
3. Opracowany w 1960 przez Frances Keesler Graham (1918–2003) i Barbarę S. Kendall (1919–2003) Test Pamięci Figur Geometrycznych (*Graham-Kendall Memory-for-Designs Test*), pozwala na ustalenie pochodzenia zaburzeń poznawczych: czy mają charakter organiczny czy też są funkcjonalne (czynnościowe)? – przy czym wynik w normie nie świadczy o braku zaburzeń. Ponadto test służy do diagnozy różnicującej osób psychiczne chorych z uszkodzeniami mózgu od osób psychicznie chorych bez takich uszkodzeń. Jest dobrym narzędziem w wykrywaniu i badaniu organicznych uszkodzeń mózgu pod warunkiem, że nie jest stosowany jako jedyna metoda, obok analizy ilościowej prowadzona jest również analiza jakościowa. Badanie za pomocą testu nie ułatwia lokalizacji uszkodzenia, ale może potwierdzić hipotezę o wystąpieniu uszkodzenia, jednak nie daje podstaw do jej odrzucenia. Procedura badania tym testem przedstawia się następująco: po kilkusekundowej ekspozycji osoba badana odwzorowuje figury. Odwzorowany rysunek jest punktowany w skali od 1 do 3 pkt, przy czym wynik: 0 pkt – oznacza odtworzenie poprawne lub zawierające do dwóch wyraźnych błędów, nie zmieniających kształtu figury. Błędy symetryczne w figurach XII i XV liczy się jako 1 błąd; 1 pkt – więcej niż dwa wyraźne błędy przy zachowaniu kształtu figury lub rotacja części rysunku; 2 pkt – zmiana kształtu figury, bez względu na ilość błędów. U osób z zaburzeniami organicznymi najczęściej występują: opuszczenia części figur, zniekształcenia, rotacje, perseweracje, podwójne linie, powiększenia w porównaniu z wzorem, wykorzystanie linii arkusza testowego do narysowania figury. Interpretacja wyni-

ków testu: 0–5 pkt – brak uszkodzeń organicznych w CUN; 6–11 pkt – obszar graniczny; 12 pkt i więcej – może potwierdzać hipotezę o występowaniu organicznych uszkodzeń mózgu. Ocena jakościowa dotyczy: sposobu rysowania figur, jakości wykonania testu, czasu reagowania, co stanowi podstawę do rozpoznawania uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego (OUN).

MK-W

B: Alexander, 1970; Benton, 1945; Benton, Sivan, 1992; Ostrowski, 1986 a, b, c; Sivan,1996.

O: otępienie, otępienie starcze, pamięć.

TK: ang. *organic triad*, fr. *triade organique*, hiszp. *tríada orgánica*, niem. *organischen Triade*, ros. *органическая триада*.

testy triady organicznej → triada organiczna

Tripplin Teodor, pseud. Teuttold (1812–1881)

polski lekarz, podróżnik, powstaniec listopadowy (1830–31), pisarz i prekursor polskiej literatury fantastycznonaukowej. Odbył studia medyczne na uniw. w Królewcu (1832–36), pracował jako lekarz w Londynie, a następnie jako lekarz wojskowy podczas wojny domowej w Hiszpanii. W roku 1838 przybył do Francji na uzupełniające studia w słynnej szkole medycznej w Montpellier, uzyskując tam stopień doktora medycyny i chirurgii na podstawie rozprawy pt. *Słów kilka o gorączce tyfusowej* (1840). Teodor Tripplin (lustr. 1) zajmował się m.in. zagadnieniami higieny, → długowieczności ludzkiej, problematyką przedłużenia → życia, sztuką zachowania zdrowia i piękności (zob. Tripplin, 1856 a, 1856 b, 1857), i bez wątpienia może być uznany za prekursora polskiej → gerontologii i → gerohigieny. W jego fundamentalnym dziele pt. *Higiena polska…* (1857) czytamy: „→ starość (*senectus*) rozpoczyna się około roku 60., u niektórych później, u niektórych wcześniej, jak u kobiet, i trwa lat dziesięć, kilkanaście, aż do nastąpienia zgrzybiałości – ale ® śmierć przerywa najczęściej starcom wątek życia, i nie pozwala im umierać bez bólu, bez wiedzy swego stanu […]". Omawiając → choroby starości Tripplin (1857) dał znaczący przypis: „Czytanie tego artykułu nie zalecam starcom, tylko młodym kobietom wybierającym się zawrzeć śluby małżeńskie ze starcami", a zarazem pisał dalej, że „wiek zgrzybiały ma swoje uroki"…

AAZ

B: Tripplin, 1856 a, 1856 b, 1857.

Tryfan-Obidzińska Barbara (1928–2012)

polska socjolog, polityk społeczny i gerontolog. Urodziła się i wychowała w Warszawie, tam też ukończyła studia na Wydz. Humanist. Uniw. Warszawskego (1949), następnie uzyskała stopień doktora w Szk. Głównej Gospodarstwa Wiejskiego (SGGW) na podstawie pracy pt. *Pozycja społeczna kobiety wiejskiej w rodzinie i środowisku* (1968), tam też habilitowała się w zakresie socjologii na postawie rozprawy pt. *Problemy ludzi starych na wsi …* (1971), od 1981 była prof. nadzw., a w 1989 została mianowana prof. zw. Związana była z Inst. Rozwoju Wsi i Rolnictwa Polskiej Akademii Nauk (IRWiR PAN) od początku jego istnienia. Pełniła tam przez wiele lat funkcję kierownika Zakładu Socjologii Wsi oraz prodziekana Wydz. Żywienia Człowieka i Wiejskiego Gospodarstwa Domowego (1977–81). B. Tryfan była wielokrotnie wybierana do władz organizacji między narodowych, takich jak np. Organizacja ds. Wyżywienia i Rolnictwa ONZ (FAO) czy Międzynarodowa Federacja Gospodarstwa Domowego (IHFE) z siedzibą w Paryżu. Przez wiele lat była wiceprzewodniczącą → Pol. Tow. Gerontologicznego (do 1990). Zajmowała się problemami współczesnej socjologii i polityki społecznej, a zwłaszcza zagadnieniami wiejskiej → starości, emancypacji kobiet i zmian dokonujących się w → rodzinie. Otrzymała wyróżnienie Ministra Kultury i Sztuki za publicystykę wiejską (1962) i indywidualną nagrodę II st. Ministra Oświaty i Wychowania (1990). Jest autorką wielu prac z zakresu → gerontologii społecznej (Tryfan, 1971, 1979, 1980, 1982, 1993, 2004). [Niektóre źródła, np. *Złota Księga…* (2004) i *Złota Księga Nauki…* (2006) podają rok urodzenia 1925 – przyp. red.].

AAZ

B: Tryfan, 1971, 1974, 1979, 1980, 1982, 1989, 1993, 2000, 2004; Tryfan, Deenen, Okuniewski, 1997; *Złota Księga…*, 2004; *Złota Księga Nauki…*, 2006.

O: starość, ubezpieczenie.

trzeci wiek

– to → czas, w którym jednostki nie wykonują już pracy zawodowej i wolne są od obowiązków rodzicielskich. Osoby starsze w tym wieku są na ogół sprawne fizycznie i psychicznie, zatem są zdolne utrzymać swoją niezależność i/lub → sprawność funkcjonalną. Termin „trzeci wiek" z reguły używany jest w stosunku do osób we wczesnej → starości (lata → życia 60.–74.).

AZ

B: Zawada, 2010; Zych, 2010.

O: czwarty wiek, starość, uniwersytet trzeciego wieku.

S: jesień życia, trzeci wiek życia, złoty wiek.

TK: ang. *third age*, fr. *troisiéme áge*, hiszp. *tercera edad*, niem. *das dritte Alter*, ros. *mpemuй вozpacm*.

twórczość a starzenie się i starość

„Twórczość", „tworzenie" – to określenia różnie rozumiane. Najbardziej popularne jest rozumienie przedstawione wiele lat temu przez Morrisa Isaaca Steina (1921–2006), że tworzenie jest procesem prowadzącym do nowego wytworu, który jest akceptowany jako użyteczny lub do przyjęcia dla pewnej grupy w określonym okresie. W ujęciu szerokim chodzi zatem o każdą aktywność człowieka, która nie ogranicza się do powtarzania, naśladowania, ale poprzez którą osoba wnosi od siebie coś nowego.

Zarówno w Ameryce Północnej, jak również w Europie Zachodniej w najbliższych latach odchodzić będzie z rynku pracy coraz więcej osób urodzonych po II wojnie światowej – w → czasie wyżu demograficznego. Problem ten dotyczy również innych krajów, w których obecnie jest dość korzystna struktura wiekowa. Jednak w niedalekiej przyszłości – z powodu wzrostu średniej → długości życia oraz spadku liczby urodzeń – nie da się oprzeć innowacyjności, wzrostu gospodarczego i dobrobytu wyłącznie na produktywności ludzi młodych. Zmiana struktury społecznej wynikającej ze → starzenia się również naszego społeczeństwa, sprowokowała do postawienia pytania o szanse oraz warunki rozwoju i wykorzystania siły i potencjału osób w → wieku podeszłym i ich wkładu do rozwoju społecznego. Wśród licznych indykatorów wpływających na → jakość życia osób w okresie → późnej dorosłości wyróżnia się: dobrostan fizyczny, dobrostan finansowy i materialny, → dobrostan psychiczny (osobisty), dobrostan fizyczny, dobrostan społeczny, dobrostan estetyczny, dobrostan moralny, radość → życia, → satysfakcję życiową, wynikającą m.in. z kreatywności oraz cel życia (życie produktywne a → starość owocna). Na odczuwanie jakości życia wpływają zatem nie tylko warunki ekonomiczne i społeczne, ale również ważne są przekonania, odczucia, dążenia i pragnienia jednostki związane z wartościami egzystencjalnymi i stopniem satysfakcji życiowej płynącej z ich realizacji. Umożliwienie seniorom realizacji ich potrzeb i celów, produktywności zawodowej, twórczej samorealizacji ich potencjału i dostępu do przestrzeni publicznej stanowi więc zarówno szansę, jak i wyzwanie dla współczesnych społeczeństw. Jest to ważne tym bardziej, że jakość życia osób starszych należy do najniższych w Polsce.

Jak zauważa Stanisław Popek (1936–) „człowiek żyje i rozwija się dzięki podwójnemu mechanizmowi: adaptacji i zróżnicowania, przystosowania się i kreatywności". Ludzie różnią się pod względem dominacji jednego z tych mechanizmów: albo występuje przewaga skłonności do adaptacji i przystosowania, albo dominuje ciągła przemienność i dynamika rozwoju. „Człowiek jest istotą najbardziej odporną na zmiany i ich pragnącą" (Popek, 2010, s. 22). W powszechnym stereotypie społecznym zakorzenione są negatywne skojarzenia między starzeniem się a kreatywnością, czasem także obecne w myśleniu osób w podeszłym wieku. Gdy mówi się o starszych wybitnych twórcach, to traktuje się ich zazwyczaj jako wyjątki od reguły, jakby kreatywność i wybitne osiągnięcia nie były istotną częścią starzenia się. Tymczasem w koncepcji psychospołecznego rozwoju człowieka Erika H. Eriksona (1902–1994), okres starości odnosi się do najwyższego poziomu rozwoju potencjałów witalności człowieka. Warunkiem zachowania satysfakcjonującego stanu → zdrowia oraz właściwego zaadaptowania się do starości jest utrzymywanie przez człowieka starzejącego się optymalnego dla niego poziomu → aktywności fizycznej i psychicznej. Starość to etap w życiu człowieka charakteryzujący się dynamicznymi zmianami, zmierzającymi wszakże w kierunku nieuchronnego końca, jednak nie musi ona i nie powinna być czasem wyłączenia (ang. *disengagement*) i stagnacji życiowej. Nie wszyscy starsi ludzie skazani są na spadek twórczości w późnym etapie swojego życia.

Twórcza aktywność ludzi starzejących się bardziej zależy od czynników psychologicznych należących do „twórczego prototypu" (właściwości osobowości pozytywnie skojarzone z twórczością) niż od → wieku chronologicznego. Na twórczy prototyp składają się różne cechy i umiejętności, takie jak: zdolności i talenty, potencjał twórczy, tworzenie własnych zasad podczas działania, impulsywność, nonkonformizm, wrażliwość i in. Chcąc podkreślić, że twórczość jest cechą wyjątkową i rzadką w populacji wyróżnia się twórczość obiektywną (elitarną, „T"). Natomiast twórczość powszechnie występującą określa się mianem twórczości subiektywnej (egalitarnej, „t"). Twórczość obiektywna (wyższego rzędu) prowadzi do odkryć i generowania rzeczy oraz idei nowych i niepowtarzalnych (nowe konfiguracje, oryginalne i rzadko spotykane rozwiązania). Natomiast twórczość wtórna (psychologiczna, „t", twórczość codzienna) występuje dość często i polega na odkrywaniu, tworzeniu rzeczy i prawd,

które już wcześniej istniały, lecz o których twórca nie był poinformowany, i które przez to mają dla niego samego charakter nowy i oryginalny. Ten rodzaj twórczości jest właściwością niemal wszystkich ludzi poszukujących zadań rozwojowych i sensu życia, a więc także osób w podeszłym wieku. Pomaga ona osiągnąć dobrostan psychiczny, służy → zdrowiu psychicznemu, rozwija stałą tendencję do samorealizacji (Fisher, Specht, 1999). Bieżące spojrzenie na możliwości twórcze osób starszych wiąże się z traktowaniem okresu starości jako czasu transformacji ***ja***, kiedy to starsi ludzie w różny sposób spostrzegają czas → i przyszłościową perspektywę czasową w starości, oraz poszukują nowego sensu w życiu. W procesie poszukiwań oraz naprawiania i ulepszania rzeczywistości osobie starszej pomagają zgromadzona wiedza i doświadczenie. Nierzadko → seniorzy mają w sobie nierozpoznany wcześniej potencjał twórczy, chcą go wykorzystać, dotrzeć poza granice swoich aktualnych możliwości w świat im nieznany (ilustr. 1). Proces dokonywania zmian w sobie (przemiany siebie) wymaga zaangażowania kreatywności i może stać się ważnym etapem w życiu seniora (Lee, 2002, s. 788 i nast.).

Podstawowym potencjalnym warunkiem twórczego funkcjonowania jest kreatywność. Jest to złożona cecha indywidualna człowieka stanowiąca podstawę dokonywania innowacyjnych zmian w sobie i w swoim życiu, realizacji talentów i marzeń w kierunku szeroko pojętej samorealizacji. Dzięki dwudziestowiecznej idei pankreacjonizmu, z jego założeniem, że każdy człowiek może być twórczy, zaczęto traktować twórczość jako pierwotną potrzebę rozwoju każdej świadomej siebie osoby, zdolnej do zadziwiania się i zaciekawienia się światem (otwarta postawa wobec ludzi i rzeczy), wrażliwej na problemy, umiejącej je dostrzegać, zdolnej do refleksyjnej obserwacji, twórczego myślenia, tworzenia nowych idei, rozwiązywania problemów, kierowania własnym rozwojem, a nie wyłącznie do kreowania wytworów materialnych o walorze absolutnej nowości. Przekonanie, że twórczość człowieka jest treścią osobowości, pociąga za sobą założenie o istnieniu cech, które wprawdzie jeszcze nie doprowadziły do wytworu twórczego, to jednak taki potencjał zwany kreatywnością w sobie zawierają.

Okres starości, dostrzeganie w nim autentycznych progresywnych procesów rozwojowych, poprzednio często ignorowanych, stał się współcześnie godny opisu naukowego w wyniku ewolucji zasadniczego sposobu uprawiania psychologii rozwojowej. W okresie starości, tak jak w innych okresach, są unikatowe zadania rozwojowe. Przed człowiekiem dojrzałym stoją różne potencjalne tory rozwojowe – progresywne, regresywne oraz takie, w których zmiany progresywne przebiegają obok regresywnych. Natomiast stale przyrasta i kumuluje się przez całe życie doświadczenie jako suma wpływów środowiska i aktywności własnej. Wydaje się, że najrozsądniejszą strategią rozwojową człowieka dorosłego jest unikanie możliwych, a nie koniecznych zmian regresywnych, oraz osłabianie, opóźnianie, skuteczne radzenie sobie z nimi bądź też kompensowanie zmian regresywnych koniecznych. Najważniejsze zaś jest koncentrowanie się na trwałych potencjalnych obszarach rozwoju progresywnego. Dlatego osoby starsze powinny angażować się m.in. w działania samorealizacyjne nastawione na kontynuowanie rozwoju osobowego, tym bardziej, że mają więcej → czasu wolnego, mniej obowiązków rodzinnych i społecznych, mniej zahamowań i obaw, a także często odczuwają silną potrzebę zrealizowania pewnych przedsięwzięć właśnie teraz, bo może już nie być innej okazji. Cennym zasobem, którym dysponuje wielu seniorów jest potencjał kreatywności, → mądrość życiowa oraz łącząca oba zasoby otwartość na doświadczenie. Innymi atutami wspomagającymi aktywność twórczą osób starszych są: znaczna „czujność" w percepcji zdarzeń, zdolność rozróżniania tego, co ważne, od mniej ważnego, brak przymusu wykonania czegoś, umiejętność dostrzegania istoty rzeczy. Ponadto, osobliwymi cechami ludzi starych bywają: cierpliwość, pracowitość, dążenie do syntezy i zdolność do uogólnień. Starość zatem bywa bardzo twórcza i potrafi wykorzystać atuty wynikające z wieku. Są to niewątpliwie, bogactwo życiowych doświadczeń, techniczna wirtuozeria, świadomość celów i komfort mówienia własnym głosem. Nawet świadomość bliskiej śmierci sprzyja myśleniu, że każda praca twórcza może być ostatnią, którą chce się przekazać światu (zob. fot. 1). Najważniejsze, aby osoba starsza nie usytuowała się na marginesie życia społecznego sądząc, że wszystkie ważne zadania już zrealizowała. Dysponując potencjałem aktywności umożliwiającym jej dokonywanie twórczych transgresji, „wykraczanie poza" granice tego, co posiada i osiągnęła dotychczas (dokonywanie transgresji) może podjąć działania skierowane na przemianę siebie, wydobycie własnej kreatywności, a także uczenie się. Nigdy bowiem nie jest za późno, aby być tym, kim możemy być.

Zdolność do tworzenia jest jednym z podstawowych elementów naszego człowieczeństwa, istnieje w każdym człowieku i w każdym wieku, a starzenie się i twórczość przenikają się na trzy sposoby: 1) Twórczość zaczyna się i rozkwita w późniejszym

okresie życia. 2) Twórczość jest realizowana przez całe życie w różnych dziedzinach i poprzez różne formy ekspresji. 3) Twórczość rozwija się w odpowiedzi na przeciwności losu i traumy.

Aktualne badania dotyczące rozwoju i wzrostu w drugiej połowie życia doprowadziły do nowego rozumienia zdolności do pozytywnej zmiany i twórczej ekspresji w drugiej połowie życia. Cechy te są szczególnie widoczne w sferze sztuki ludowej, która jest zdominowana przez starszych artystów (Cohen, 2000). Nie ulega wątpliwości, że twórczość nie powstaje wyłącznie jako rezultat śmiałego odkrycia młodego twórcy, wynalazcy, ale może być również realizowana przez ludzi starszych. Na poparcie tego stanowiska można podać wiele przykładów osób, które mimo zaawansowanego wieku odczuwały i twórczo zaspokajały swoją potrzebę modyfikowania otoczenia i potrafiły w nowy sposób zaangażować się w pasjonujące zajęcia, traktując zadaniowo późny okres swojego życia (Hooper i współprac., 1986, s. 14). Indywidualną produktywność twórczą osób dorosłych najczęściej przedstawia się w postaci krzywej dzwonowej, ze szczytem w latach 30. i 40. i zauważalnym spadkiem później. Jednak spadek ten w znacznym stopniu może wynikać z ulegania niekorzystnym stereotypom społecznych na temat starości, które podkreślają pogarszanie się twórczości w późnym okresie życia. Tymczasem, krzywe zawierają tylko uśrednienie danych dotyczących liczby prac twórczych (utożsamianej z produktywnością twórczą) i często nie uwzględniają wielu wyjątków. Ponadto krzywe osiągnięć twórczych są zróżnicowane między dyscyplinami, często odnoszą się tylko do ilości prac twórczych osób w różnym wieku, nie uwzględniając ich jakości, a ta może rosnąć u osób starszych. Także różnice indywidualne w twórczości są bardziej znaczące, niż różnice wynikające z wieku osoby. Każdy z seniorów przecież jest indywidualnością Może także pojawić się drugi szczyt osiągnięć twórczych właśnie w późnych latach życia. Z wiekiem może obniżać się sprawność myślenia dywergencyjnego, zdolność do generowania dużej liczby nowatorskich pomysłów, jednak przy zachowaniu dużej żywotności i zdrowia starsza osoba może twórczości nadal wykorzystywać rosnącą z wiekiem inteligencję skrystalizowaną, zdolność myślenia syntetycznego i konwergencyjnego, które także są potrzebne w twórczym procesie. Możemy zatem w późnych latach życia obserwować nie tyle spadek działań twórczych osoby, co raczej jakościową zmianę w procesie twórczym (większa ilość czasu na refleksję i twórcze poszukiwania, budowanie własnego życiorysu). Późna twórczość ma pewne charakterystyczne cechy. Obserwować można mistrzostwo w posługiwaniu się środkami swej sztuki, niemal władztwo nad nimi, pokonywanie na pozór bez wysiłku wszelkich trudności natury technicznej, wirtuozostwo – bez odcienia pejoratywnego, przykładem: Tycjan (ok. 1480–1576), Rembrandt (1606–1669), Johann Wolfgang Goethe (1749–1832), Ludwig van Beethoven (1770–1827), Thomas Mann (1875–1955). Ponadto w późnej twórczości ujawnia się pełnia doświadczenia życiowego, która pozwala w szerokiej skali rozumieć życie psychiczne innych ludzi. Kolejną cechą późnej twórczości jest wysoki stopień świadomości własnych pragnień i oczekiwań związanych z twórczością, formułowanych zadań i możliwości realizacyjnych, a także świadomość własnego mistrzostwa, poczucie swobody w uprawianej dziedzinie, prawo do nie liczenia się z żadnymi względami, głęboko zakorzenionymi tradycjami, uświęconymi przez wieki konwencjami, kanonami, upodobaniami czy nawykami odbiorców. Co ciekawe, artysta w późnym wieku nie ułatwia odbiorcy percepcji dzieła, jest wymagający. Odczuwa potrzebę pełnego wypowiedzenia się w twórczości, czasem dąży do monumentalności, wyrażenia poprzez dzieło czegoś nowego, czego nie udało się wyrazić wcześniej. W utworach powstających w późnym okresie życia starsza osoba przejawia różnorodność nastrojów – rozdźwięk, niepokój, napięcie, rozpogodzenie wewnętrzne, miłość, powszechne braterstwo, rezygnacja. Wiele późnych prac ma charakter testamentalny, podsumowujący całość dokonań twórczych osoby. Twórczość w połączeniu ze znaczącą nowością podejścia i innowacyjnością można bardziej przypisać młodzieńczemu myśleniu, podczas gdy późna twórczość odzwierciedla cechy myślenia charakterystyczne dla osób w zaawansowanym wieku – połączenie syntezy, refleksji i mądrości (Sasser-Coen, 1993).

Wiek późny, czy też po prostu starość, bywała i jest twórcza. Poziom twórczych osiągnięć nie zależy od wieku twórcy, bowiem wielu artystów stworzyło swoje najwybitniejsze dzieła we wczesnej młodości, ale też wielu wielkich artystów tworzyło w późnym wieku dzieła wspaniałe i starość była dla nich okresem największego rozkwitu. Licznych przykładów twórczości osób w wieku podeszłym dostarczają życiorysy osób wybitnych, których największe sukcesy twórcze przypadały właśnie na jesień ich życia, mimo pojawiających się problemów zdrowotnych czy materialnych. Dowodzą one, że nigdy nie jest za późno na twórczość i późne lata życia mogą być okresem twórczego rozkwitu. Oto niektóre przykłady: Michał Anioł (1475–

1564) „Sąd Ostateczny" w Kaplicy Sykstyńskiej malował między 56. a 66. rokiem życia. Giorgio Vasari (1511–1574) – znany biograf artystów tamtego okresu – pisał, że gdy odsłonięto obraz Sądu Ostatecznego, wszyscy mogli łatwo przekonać się, że Michał Anioł prześcignął w nim nie tylko obrazy wcześniejszych malarzy, którzy tu pracowali, ale również swoje własne malatury na sklepieniu kaplicy, które w swoim czasie zyskały mu taką sławę. Z kolei Tycjan, w okresie 15 ostatnich lat swojego długiego życia reprezentuje w twórczości nowy styl wieku dojrzałego, odzwierciedlający powrót do tematów młodości. Ten autor wspaniałych kompozycji figuralnych i znakomity portrecista w 70. roku życia stworzył tak wybitne dzieła, jak: „Pasterz i nimfa", „Cierniem koronowanie" i wenecka „Pieta". El Greco (1541–1614), mając ponad 65 lat, namalował „Laokoona", słynne widoki Toledo i „Otworzenie piątej pieczęci". Właśnie w tych późnych dziełach osiągnął szczyty swego indywidualnego stylu malarskiego i pod tym względem wyprzedził swoją epokę. Często był stawiany jako wzór dla malarzy końca XIX i początku XX wieku. Francisco Goya (1746–1828) w wieku ok. 70 lat namalował wstrząsające „Rozstrzelanie powstańców". Henri Matisse (1869–1954) między 79. a 82. r.ż. zaprojektował wnętrze kaplicy Dominikanek w Vence – witraże, konturowe malowidła ścienne będące afirmacją harmonii i ładu, radości istnienia. Niezwykła była również późna twórczość Marca Chagalla (1887–1985). Także wielu polskich malarzy tworzyło wybitne dzieła w wieku podeszłym: Jacek Malczewski (1854–1929) po sześćdziesiątce namalował obrazy „Polski Hektor" i „Polonia", a ok. 70. r.ż. zakończył słynny cykl „Thanatos", zaś Leon Wyczółkowski (1852–1936) po 60. r.ż. podjął bogatą działalność graficzną, wówczas powstały jego liczne litografie.

Wspomniany wcześniej Goethe napisał *Cierpienia młodego Wer*thera mając niespełna 20 lat, a koniec drugiej części *Fausta* w 83. r.ż. Mamy do czynienia z jednej strony z wczesnym startem twórczym, a z drugiej, z żywotnością. Claude Monet (1840–1926) na parę lat przed śmiercią był niemal całkowicie ślepy, niemniej jednak – nadal opanowany furią pracy twórczej – malował dzikie pejzaże, coraz bardziej gorączkowe w nastroju, o niezwykłych barwach – wszędzie czuło się jego „lwi pazur". Pablo Ruiz Picasso (1881–1973) po osiemdziesiątce był nadal czynnym malarzem, grafikiem i ceramikiem. Należy wspomnieć także Józefa Szajnę (1922–2008), artystę wszechstronnego i niezwykle twórczego do końca swego życia. Najnowsze, zarazem ostatnie prace Jana Tarasina (1926–2009), zaprezentowało w roku 2007 Centrum Sztuki Współczesnej Zamek Ujazdowski, a Marian Murawski (1932–) pokazał swoje dojrzałe obrazy z ostatnich lat w Galerii Test (2016) w Warszawie.

W sferze nauki okazuje się, że wprawdzie przyrost prac twórczych w dorobku naukowym pracowników jest najintensywniejszy w średnim wieku, ale stwierdza się dużą zmienność wiekową wzorów twórczości i pojawiania się prac pionierskich (por. Jones, Reedy, Weinberg, 2014). Także na terenie zawodowym, wbrew stereotypom, wielu starszych pracowników jest na ogół gotowych podejmować działania twórcze, usprawniać organizację pracy, angażować się w innowacje, podejmować wysiłki na rzecz nowych pomysłów, pomimo potencjalnych niepowodzeń. Jednak wyniki badań dotyczące wpływu wieku na zachowania związane z innowacjami (generowanie, rozpowszechnianie i wdrażanie nowych pomysłów) nie są jednoznaczne. Zagadnienie to wymaga dalszych badań i jest ważne, ponieważ liczba osób starszych na rynku pracy stale rośnie.

Jaka jest rola twórczości w procesie dobrego starzenia się? Czy zaangażowanie w działalność twórczą ma pozytywny efekt terapeutyczny? Wyniki badań Gene'a D. Cohena (2000) wskazują, że aktywność twórcza odgrywa ważną rolę w zdrowym starzeniu się. Seniorzy aktywnie angażujący się w działania twórcze mają znacznie lepsze ogólne zdrowie psychiczne i fizyczne, rzadziej chodzą do lekarza, używają mniej leków, mają mniej problemów ze wzrokiem; czują się mniej samotni, rzadziej popadają w depresję oraz bardziej angażują się w różne inne działania. Cohen (2000) przytacza też najnowsze badania naukowe, które poddają w wątpliwość pogląd o nieuchronnie pogarszających się z wiekiem funkcjach mózgu i wskazują na korzyści płynące z połączenia doświadczenia (wewnętrznego i zewnętrznego) przyrastającego z wiekiem z chęcią eksperymentowania. Nawet przeciwności losu i straty, które często pojawiają się w późnym okresie życia mogą sprzyjać twórczości, bowiem zmuszają seniorów do dokonania zmian. Znaczenie działalności twórczej w przyczynianiu się do → pomyślnego starzenia się potwierdzają wyniki innych badań. Przykładem mogą być choćby badania, którymi objęto współczesnych seniorów (wiek od 60. do 93. r.ż.) zajmujących się twórczością artystyczną. Aktywność twórcza umocniła ich poczucie kompetencji, pomogła w rozwoju umiejętności i zainteresowań, pobudziła motywację do rozwiązywania problemów, poszerzyła horyzonty myślowe, co często przekłada się u osoby starszej na umiejętność twórczego

zarządzania swoim codziennym życiem (praktyczna kreatywność w życiu codziennym). U badanych seniorów wystąpiło 6 cech sygnalizujących „dobre starzenie się", takich jak: poczucie celu, umocnienie więzi społecznych, rozwój osobisty, samoakceptacja, autonomia i zdrowie (Fisher, Specht, 1999).

Korzyści z twórczości w późnym okresie życia jest bardzo wiele, m.in. poprawia ona samopoczucie psychiczne i emocjonalne, sprzyja „świeżemu" spojrzeniu na świat, wzmacnia morale osoby, czyni ją bardziej emocjonalnie odporną na przeciwności losu i → utraty, wzmacnia system immunologiczny. Osoba twórcza jest aktywna intelektualnie, społecznie zaangażowana i ma twórczy udział w wielu przedsięwzięciach.

Zgodnie z teorią przepływu (ang. *flow theory*), której twórcą jest Mihály Csíkszentmihály (1934–), człowiekowi trudno dostrzegać otoczenie, czyli koncentrować się na świecie zewnętrznym, jeśli jego uwaga jest skierowana do wewnątrz, a większość energii psychicznej skupiona jest na własnych troskach i pragnieniach (Csíkszentmihály, 1996, s. 355). Niestety takie nastawienie charakteryzuje wiele osób w podeszłym wieku. Dlatego ci seniorzy, którzy angażują się w nowe pasjonujące zajęcia dowodzą, że ciągle potrafią podejmować wyzwania i przełamywać swój egocentryzm. Z kolei ci, którzy dawniej byli aktywni i obecnie kontynuują wcześniej realizowane zajęcia i/lub kontakty mają szansę zachować stałość wzorów przystosowania, a w konsekwencji łagodniej przejść przez późny okres życia. Jeśli naprawdę człowiek w podeszłym wieku czuje się wolny wówczas może dokonać wyboru i podjąć wyzwanie, jakim jest twórczość, choćby codzienna. Dysponując zwiększoną wrażliwością na życie, głębszym spojrzeniem na siebie i otoczenie, większą świadomością przynależnego jednostce prawa wyboru celów, a także mądrością i doświadczeniem senior może z odwagą podejmować ryzyko kreatywnego życia w późnych latach (Lee, 2002).

Twórczości najbardziej sprzyjają pozytywne emocje, czyli takie, które pozbawione są elementów dezaprobaty, lęku bądź napięcia. Pod tym względem osoby starsze mają pewną przewagę nad młodymi, ponieważ mniej im zależy na osiągnięciu sukcesu w opinii osób z otoczenia, na byciu sławnym, silniej kierują się motywacją, której głównym źródłem jest satysfakcja odczuwana z samej aktywności twórczej. Wprawdzie w późnych latach może nastąpić zwolnienie procesu informacyjnego, co limituje płynność idei, może zmniejszyć się entuzjazm, ale nadal mogą być dostępne unikatowe skojarzenia, oraz ciągle pozostają do wykorzystania indywidualne zasoby zdolności i umiejętności osoby starszej. Nawet jeśli w twórczej działalności pojawiają się utrudnienia związane z procesem starzenia się (np. ubytki sensoryczne), seniorzy często dobrze radzą sobie z nimi lub nie uważają ich za istotne przeszkody w twórczości, zaś samą aktywność twórczą odbierają jako bardzo korzystną dla siebie. Jednym z licznych przykładów korzystnego wpływu twórczości artystycznej na radzenie sobie z procesem starzenia się są pozytywne opinie artystów grafików w trzech → grupach wieku: 60., 70. i 80. lat (Lindauer, Orwoll, Kelley, 1997). Badania osób starszych w Szanghaju ujawniły, że mniej wykształceni ludzie mają wyższy poziom → otępienia, częściej dotyka ich → choroba Alzheimera. Okazuje się, że ludzie wykształceni częściej wykorzystują swój umysł, co naturalnie stymuluje ich zdrową aktywność. Inne badania pokazują, że aktywność twórcza może także poprawić strukturę mózgu. Podjęcie aktywności twórczej w późnym wieku opóźnia procesy starzenia się, a zatem twórcze zaistnienie może skutecznie zapobiegać starzeniu się (Lee, 2002, s. 788 i nast.). Także wyniki badań seniorów artystów w wieku 60–93 lat wskazują, że działalność twórcza ma dodatnie związki z niektórymi z sześciu czynników dobrego starzenia się, a mianowicie: poczucie celu, interakcje z innymi ludźmi, rozwój osobisty, samoakceptacja, autonomia i zdrowie, gdyż wspiera poczucie kompetencji, celów i wzrostu (rozwoju) oraz pobudza w osobie starszej potrzebę rozwijania umiejętności podejmowania i rozwiązywania problemów, motywacji i zarządzania codziennym życiem (Fisher, Specht, 1999, s. 457 i nast.).

Obserwacje wydajności starszych nauczycieli akademickich mierzonej liczbą publikacji i cytowań pokazują, że pomimo spowolnienia różnych procesów z wiekiem, doświadczenie i mądrość w połączeniu z dobrym stanem zdrowia sprzyjają wieloletniej aktywności twórczej i lepszemu przechodzeniu przez późne lata życia. Doświadczenia związane z podejmowaniem nowych wyzwań sprzyjają również powstawaniu nowych dendrytów, co zwiększa rezerwy mózgu (Verghese i współprac., 2003).

Niezależnie od ustosunkowania, jakie wobec osób starszych przyjmuje społeczeństwo w sądach stereotypowych na temat wieku, nie można zaprzeczyć, że starość jest tym etapem w życiu człowieka, w którym z jednej strony, na poważną próbę wystawione zostaje jego poczucie pewności, bezpieczeństwa, sprawstwa. Z drugiej zaś, stary człowiek staje przed szansą, by po przejściu na → emeryturę otworzyć się na nowe obszary życia, znaleźć dla siebie nowe, interesujące zajęcia i pociągające zadania, osiągnąć cele i urzeczywist-

niać marzenia, które wcześniej ze względu na zaabsorbowanie pracą zawodową i sprawami rodzinnymi nie były realizowane. Ważne jest, czy u osoby w podeszłym wieku jest kreatywne nastawienie do życia i czy stworzono jej przestrzeń do twórczego działania. Jeśli stary człowiek przebywa w środowisku ubogim intelektualnie jego funkcjonowanie może upodobnić się do wzorów obecnych w otoczeniu.

Konkludując możemy powiedzieć, że twórczość jest ponadczasowa i możliwa w każdym wieku pod warunkiem posiadania choćby minimalnego potencjału kreatywności i korzystnego otoczenia bądź kontekstu społecznego. Współcześnie istnieje szczególna potrzeba czynnej i twórczej obecności osób w podeszłym wieku.

IP-S

B: Cohen, 2000; Csíkszentmihály, 1996; Fisher, Specht, 1999; Hooper i współprac., 1986; Lee, 2002; Lindauer, Orwoll, Kelley, 1997; Popek, 2010; Sasser-Coen, 1993; Verghese i współprac., 2003.

F: *Wewnętrzne życie*, 2014.

N: http://www.themalaymailonline.com…; https://today.duke.edu…; Jones, Reedy, Weinberg, 2014 – Internet: http://onlinelibrary.wiley.com…

O: styl starości, twórczość starych mistrzów, twórczość w starszym wieku.

TK: am. *creativity and aging and old age*, ang. *creativity and ageing and old age*, fr. *la créativité et vieillessement et vieillesse*, hiszp. *la creatividad y el envejecimento y la vejez*, niem. *Kreativität und Altern und Alter*, ros. *творчество и старение и старость*.

twórczość w starszym wieku

W kulturze europejskiej wyodrębnia się trzy sposoby rozumienia terminu „twórczość". Pierwsze z nich pojawiło się w okresie średniowiecza i łączone było z twórczością Boga (łac. *Deus Creator*), który stwarza z niczego (łac. *creatio ex nihilo*). Ujęcie to obowiązywało jeszcze w XVIII wieku, natomiast w XIX stuleciu zaczęto przypisywać je w ujęciu elitarnym, czyli wąskim, wyłącznie wybitnie uzdolnionym artystom – plastykom, muzykom, literatom (por. Popek 2001, s. 12, Stawecka, 2014, s. 89–91, Tatarkiewicz, 1982, s. 249). Kolejne, szerokie, egalitarne rozumienie twórczości pojawiło się w wieku XX. U jego podłoża legły poglądy głoszone przez psychologów humanistycznych, m.in. Abrahama H. Maslowa (1908–1970), Arthura Koestlera (1905–1983), Ericha Fromma (1900–1980), Carla R. Rogersa (1902–1987), Ellisa P. Torrance'a (1915–2003), zgodnie z którymi wszelkie przejawy ludzkiej działalności mogą być uznawane za twórczość, a każdy człowiek może być twórczy (idea pankracjonizmu). Za twórcze zaczęto uważać także zdolności, charaktery, postawy czy proces powstawania dzieł (por. Bober, Łączyk, 2004, s. 49). W kręgu zainteresowania uczonych, wśród których – oprócz przedstawicieli psychologii humanistycznej – byli też reprezentanci ruchu Nowego Wychowania, znalazła się zarówno twórczość profesjonalna w zakresie nauki, sztuki i techniki, jak i twórczość ludów prymitywnych, osób chorych psychicznie, amatorów, a nawet dzieci. W efekcie nowego, szerokiego pojmowania twórczości, zaczęli zajmować się nią przedstawiciele różnych nauk – psychologii, pedagogiki, matematyki, ekonomii i in. Każda z nich próbowała zdefiniować twórczość, jednak zabieg ten okazał się niezwykle trudny. Współcześnie twórczość – na gruncie psychologii twórczości – łączona jest z czterema kategoriami: dziełem, procesem tworzenia, zespołem cech osobowości umożliwiającym tworzenie oraz z zewnętrznymi warunkami twórczości.

Stanisław Popek (1936–) przyjmuje, że twórczość, to „zdolność do wytwarzania wszelkiego rodzaju pomysłów: kompozycji, wytworów, które są nowe, oryginalne (obiektywnie lub subiektywnie), jest wynikiem (rezultatem) aktywności wyobraźni i fantazji, bądź intuicji, bądź celowym działaniem myślenia dywergencyjnego […]" (Popek, 1998, s. 916). Z takim ujęciem twórczości można łączyć cechy: nowość, oryginalność i generatywność, przy czym mogą być one odnoszone zarówno do twórczości elitarnej, jak i egalitarnej (subiektywnej). Ostatni z wymienionych terminów, na co już zwrócono uwagę, odpowiada twórczości nieprofesjonalnej, w związku z tym można powiązać go z amatorską twórczością osób starszych. Należy jednak podkreślić, że nieliczne, wybitnie utalentowane jednostki, które w okresie dorosłości profesjonalnie zajmowały się tworzeniem nadal mogą osiągać w tym zakresie doskonałe rezultaty, czego przykładem jest twórczość Michała Anioła Buonarrotiego (1475–1564), Henri Matisse'a (1869–1954) i in. Artyści w okresie później dorosłości wciąż mogą wzbogacać kulturę i tworzyć dzieła, które są powszechnie uznawane za wartościowe. W niniejszym tekście uwaga zostanie jednak skoncentrowana na twórczości ujętej egalitarnie ze względu na jej walory dla ogólnego bio-psycho-społecznego funkcjonowania osób, które ją podejmują.

Z twórczością subiektywną, jak wynika z wyżej zaprezentowanej definicji, również można łączyć cztery, wspomniane uprzednio kategorie, jak i cechy, z tą różnicą, że wytwory powstałe w jej efekcie mogą być

nowe, oryginalne i generatywne wyłącznie dla ich autorów. Dotyczy to również amatorskiej twórczości seniorów. Osoby te zwykle w okresie dzieciństwa, bądź młodości wykazywały zainteresowanie twórczością, np. plastyczną, muzyczną czy literacką lub przejawiały uzdolnienia specjalne w tym zakresie, ale z powodu podjęcia aktywności zawodowej i/lub rodzinnej musiały jej zaniechać. Tymczasem po przejściu na → emeryturę, w związku z dużą ilością → czasu wolnego, mogą podjąć tego rodzaju działalność ponownie. Zdarza się również, że ktoś, kto nigdy nie interesował się tworzeniem, w okresie → późnej dorosłości sam, albo przy pomocy innych, odkrywa nową dla siebie twórczą pasję, która staje się dla niego źródłem satysfakcji i wartościową formą spędzania czasu.

Dla osób starszych, które zaczynają tworzyć ta forma aktywności, zwykle łącząca → aktywność fizyczną i intelektualną, co dotyczy zarówno twórczości w dziedzinie plastyki, jak i muzyki, literatury czy tańca, staje się doskonałą formą dalszego rozwoju. Umożliwia zachowanie jak najdłużej sprawności dzięki pobudzeniu małej i/lub dużej motoryki [→ motoryczności], co pozwala na aktywizację układu narządów ruchu, a zatem korzystnie wpływa m.in. na funkcjonowanie mięśni i stawów.

Tworzenie pod okiem instruktora czy artysty prowadzącego zajęcia twórcze dla seniorów, lub własna, indywidualna aktywność w tym zakresie, łączą się z poznawaniem nowych technik, narzędzi i materiałów tworzenia, np. plastycznych, zaś samo działanie staje się źródłem pozytywnych emocji w rodzaju: zadowolenie, radość czy poczucie dumy (zob. fot. 1). Tego typu doświadczenia łączące się z twórczością stanowią wartość samą w sobie, ta z kolei sprzyja rozwijaniu motywacji wewnętrznej, która pobudza aktywność twórczą. Osoba tworząca zaczyna podejmować tego rodzaju działania dla nich samych, niekoniecznie biorąc pod uwagę wartość materialną powstających wytworów. Zwykle senior nie tworzy po to, by zyskać uznanie czy sławę, lecz po to, by zrealizować tkwiące w nim możliwości, uzewnętrznić własne przeżycia i emocje czy podzielić się doświadczeniami życiowymi.

Tworzenie aktywizuje procesy poznawcze, zwłaszcza spostrzeganie, uwagę, → pamięć, myślenie twórcze i wyobraźnię, pobudza pozytywne emocje, wpływa na motywację do działania oraz sprzyja nawiązywaniu relacji społecznych. Inną zaletą aktywności twórczej, a zarazem niezbędnym warunkiem jej wystąpienia jest rozwijanie postawy twórczej.

W ujęciu Fromma postawa twórcza, to umiejętność „widzenia, rozumienia, reagowania, dziwienia się, stawiania sobie pytań i angażowania się w działanie" (Uszyńska-Jarmoc, 2003, s. 207–208). Irena Wojnar (1924–) kojarzy ją z postawą „otwartą ku światu, rzeczom i ludziom, z postawą mobilną – ruchem myśli, uczuć i wyobraźni" (Wojnar, 1995), zaś Popek (1988, s. 27) przyjmuje, że „jest to ukształtowana (genetycznie i poprzez indywidualne doświadczenie) właściwość poznawcza i charakterologiczna, wykazująca tendencję, nastawienie lub gotowość do przekształcania świata rzeczy, zjawisk, a także własnej osobowości. Jest to więc aktywny stosunek człowieka do świata i życia wyrażający się potrzebą poznawania, przeżywania i świadomego (co do celu i procesu) przetwarzania zastanej rzeczywistości i własnego ***ja***". Właściwość poznawczą, o której wspomina autor, należy łączyć z czynnościami intelektualnymi, zwłaszcza z uzdolnieniami percepcyjnymi, pamięcią, procesem tworzenia i przetwarzania informacji, zaś właściwość charakterologiczną można powiązać z takimi cechami, jak: niezależność, aktywność, witalizm, elastyczność, oryginalność, konsekwencja, odwaga, samodzielność, spontaniczność, ekspresywność, otwartość, wytrwałość, odpowiedzialność, tolerancyjność, wysokie poczucie własnej wartości (por. Turska 1994, s. 37). Warto zaznaczyć, że zagadnienie związane z postawą twórczą, zanim przyjęte zostało na gruncie psychologii, zostało podjęte przez pedagogów społecznych. Z uwagi na wyżej wymienione walory wynikające z przyjęcia postawy twórczej trzeba postawę tą rozwijać jak najwcześniej, niemniej jednak można stymulować ją w każdym wieku, co dotyczy również osób starszych. Tego rodzaju aktywizacji służyć może odpowiednio ukierunkowany proces wychowania. Na wspomniane aspekty wychowania zwraca uwagę pedagogika twórczości, której rolą jest m.in. „generowanie wiedzy z zakresu wychowania dzieci, młodzieży i dorosłych do twórczości" oraz pomoc jednostkom i grupom w tworzeniu (Szmidt, 2013, s. 31). Korzyści wynikające z rozwijania postawy twórczej seniorów mogą być zarówno indywidualne, jak i społeczne. Przyjęcie wspomnianej postawy może z jednej strony pomóc osobie starszej spojrzeć w nowy sposób na zmieniającą się rzeczywistość i przemiany zachodzące w niej samej, z drugiej strony umożliwia lepsze przystosowanie się do nich oraz do pojawiających się, wraz z nieuchronnym procesem → starzenia się, problemów i sytuacji trudnych. Prócz tego postawa twórcza ułatwia lepsze funkcjonowanie w różnych sferach życia.

Wśród problemów z jakimi borykają się osoby w podeszłym wieku, przede wszystkim wymienić należy pogarszający się stan → zdrowia somatycznego i/lub psy-

chicznego oraz utratę sprawności fizycznej. Z → chorobami przewlekłymi, na jakie zapadają osoby starsze często łączy się ból, jakiemu zwykle towarzyszy cierpienie psychiczne. Problem cierpienia psychicznego dotyczy także osób, które mimo dobrego stanu zdrowia nie akceptują zmian pojawiających się wraz z upływem czasu, takich jak brak sił, coraz mniejsza sprawność, trudności w samoobsłudze i wykonywaniu różnych czynności. Osoby te łatwiej ulegają wpływowi środków masowego przekazu i starają się przyjmować → styl życia, sposób ubierania i zwyczaje osób młodszych, chętnie poprawiają urodę za pomocą zabiegów medycyny estetycznej itp., zaprzeczając w ten sposób swojemu wiekowi, co często spotyka się z krytyką, zaś dla nich samych bywa powodem frustracji i złego samopoczucia psychicznego.

Wśród osób w wieku emerytalnym są też takie, które swój wolny czas chętnie oddają innym – zajmują się wolontariatem lub pomagają dorosłym dzieciom w wychowaniu wnuków. Jeśli istnieje możliwość, niektórzy seniorzy podejmują aktywność zawodową lub realizują swoje pasje z okresu młodości, albo zaczynają tworzyć w zakresie wybranej dziedziny sztuki. Tego rodzaju zajęcia zwykle musieli porzucić w związku z pojawiającymi się w toku → życia obowiązkami zawodowymi lub rodzinnymi. Wspomniane sposoby wypełnienia dużej ilości wolnego czasu na emeryturze są wartościowe zarówno dla nich samych, jak i dla społeczeństwa. Osoby starsze mogą w ten sposób realizować siebie, a także różne potrzeby – duchowe, poznawcze, estetyczne, emocjonalne i społeczne. Wśród potrzeb psychicznych, których zaspokojeniu sprzyja aktywność, w tym aktywność twórcza, należy wymienić potrzeby „osobistego rozwoju, poczucia własnej wartości, przynależności, realizowania planów życiowych, dostosowywanie się do zmieniających się warunków otoczenia, oczekiwań społecznych, a także własnych możliwości" (Steuden, 2014, s. 82). Warto dodać, że aktywność twórcza w zakresie różnych dziedzin sztuki, zwłaszcza plastyki czy muzyki jest dostępna zarówno osobom, którym dopisuje zdrowie, jaki i tym, które doświadczają różnego rodzaju ograniczeń, np. mają problemy z poruszaniem się, cierpią na schorzenia somatyczne bądź psychiczne.

U większości seniorów z wiekiem pogarsza się funkcjonowanie intelektualne i emocjonalne. → Starość to okres w życiu, w którym u wielu osób mogą dominować negatywne emocje. Ich przyczyną może być uświadomienie sobie swojego wieku oraz wiążących się z nim zmian, np. w wyglądzie zewnętrznym i funkcjonowaniu fizycznym, samotność, strach przed zbliżająca się → śmiercią itp. Należy podkreślić, że niektóre osoby w podeszłym wieku potrafią pogodzić się z tego rodzaju nieuchronnymi zmianami i zaakceptować je. Takie osoby zachowują pogodę ducha i optymizm. Wspomniana postawa może wystąpić u osób dojrzałych emocjonalnie i społecznie, które dokonały pozytywnego → bilansu życiowego (por. Janiszewska-Rein, 2005, s. 605).

Gerontolodzy stworzyli kilka koncepcji dotyczących funkcjonowania osób starych. W ramach jednej z nich → teorii wyłączania, uznaje się, że osoby starsze stopniowo ograniczają swoje kontakty społeczne. Powoduje to, z jednej strony rezygnację niektórych seniorów z relacji z innymi ludźmi, z drugiej strony taka postawa staje się przyczyną zmniejszenia kontaktów z osobami w podeszłym wieku przez młodsze osoby (por. Zych 2013, s. 47 i nast.).

Inne podejście do starości prezentuje jedna z pierwszych koncepcji, ogłoszona w 1949 → teoria aktywności, reprezentowana przez → Cavan i współprac. W istocie stanowi ona „zespół hipotez, zgodnie z którymi dobre samopoczucie starszych osób jest związane z utrzymaniem wysokiego poziomu → aktywności fizycznej, intelektualnej i/lub społecznej a także z kontynuowaniem zaangażowania się w życie społeczne" (Zych 2013, s. 47). Teoria ta zakłada, że odpowiedzią na pojawiające się wraz z procesem starzenia się i zmianą ról społecznych napięcia łączące się z obrazem siebie jest aktywność. Ułatwia ona → adaptację do starości poprzez podtrzymywanie wzorców i wartości charakterystycznych dla wieku dojrzałego (por. Zych, 2013, s. 47). Wspomniana teoria zwraca uwagę na znaczenie aktywnego spęczania czasu wolnego oraz na potrzebę kontynuacji pracy zawodowej (por. Olszewski, 1998, s. 856). Rolę aktywności w życiu seniorów podkreśla także teoria → optymalnego starzenia się bądź pomyślnego starzenia się (por. Zych, 2015, Stelcer, 2013, Hill, 2009, Bielawska-Batorowicz 1998, Olszewski, 1998). Dla przykładu w koncepcji pozytywnego starzenia się przyjmuje się, że: „podejmowanie działań zmierzających do poprawy stanu zdrowia i satysfakcji z życia w starszym wieku ma swe uzasadnienie w sytuacji demograficznej – każde oddziaływanie zwiększające poziom aktywności i jakości życia przyczynia się do wydłużenia nie tylko średniego trwania życia, ale przede wszystkim okresu życia w dobrej sprawności i dobrym zdrowiu" (Bielawska-Batorowicz, 1998).

Plastyka jest jedną z dziedzin twórczości dostępną większości osób starszych, zwłaszcza tym, które wykazują uzdolnienia specjalne w tym zakresie. W trak-

cie zajęć plastycznych istotną rolę odgrywa atmosfera tworzona przez osobę prowadzącą i uczestników. Powinna ona dawać seniorom poczucie bezpieczeństwa oraz swobody. Podczas działań twórczych osoby biorące w nich udział nie mogą obawiać się ośmieszenia czy negatywnej oceny swoich pomysłów lub wytworów. Zwykle tworzeniu sprzyja cisza, choć niekiedy warto, w trakcie wykonywania prac plastycznych bądź w celu inspiracji twórczych, zastosować podkład muzyczny. Uczestnicy zajęć tworząc prace plastyczne powinni korzystać z dobrych jakościowo narzędzi i materiałów oraz mieć możliwość realizowania swoich koncepcji w wygodnej dla siebie pozycji – na stojąco przy sztalugach lub na siedząco przy stołach. Nad przebiegiem zajęć powinien czuwać odpowiednio przygotowany instruktor lub artysta, który swoim doświadczeniem i wiedzą będzie mógł wspierać działania twórcze podopiecznych, zachęcać ich, wskazywać zarówno walory powstających prac, jak i omawiać pojawiające się w nich błędy, podpowiadać ciekawe i różnorodne techniki plastyczne oraz wyjaśniać zastosowanie niezbędnych do ich wykonania narzędzi a także przekazywać wiedzę z zakresu teorii i historii sztuki. Ważne są również indywidualne wzmocnienia oraz dyskretne uwagi pomocne w realizacji pomysłów. Podobnie mogą być organizowane inne zajęcia twórcze dla osób w podeszłym wieku, np. warsztaty muzyczne, teatralne itp.

Odpowiednio przygotowane zajęcia twórcze dla seniorów mogą odnowić dawne pasje lub zainspirować ich do tworzenia, np. przyrodą, filmem, literaturą, muzyką, teatrem itp., a także rozbudzać zainteresowanie twórczością i sztuką, np. poprzez oglądanie albumów i filmów o sztuce, zwiedzanie ekspozycji muzealnych, uczestnictwo w wystawach, prelekcjach na temat sztuki, spotkaniach z artystami. Twórczość plastyczna pomaga także ujawniać przeżycia i emocje oraz dzielić się z innymi własnymi doświadczeniami i wiedzą. Sprzyja aktywizacji ciała i umysłu. Radość, zadowolenie i poczucie dumy towarzyszące procesowi tworzenia oraz możliwość dzielenia się efektami własnej aktywności, np. w formie prezentacji wytworów na wystawach korzystnie wpływa na samopoczucie psychiczne oraz może podnosić poczucie własnej wartości seniorów. Doświadczanie pozytywnych emocji łączących się z twórczością korzystnie wpływa na motywację do działania, zwłaszcza na motywację wewnętrzną. Osoba, która jej doświadcza zaczyna działać dla samej przyjemności płynącej z podejmowanej aktywności. Tworzy dla możliwości doświadczenia czegoś subiektywnie wyjątkowego oraz wyrażenia siebie, swoich myśli i odczuć. Ważne by osoba podejmująca aktywność twórczą mogła poczuć się bezpiecznie, to znaczy by tworząc nie obawiała się krytyki lub miała odwagę wyrazić i realizować swoje pomysły. Oczywiście niekiedy konstruktywna krytyka jest niezbędna, ale osoba, której wytwór jest w ten sposób oceniany, powinna wynieść z tego rodzaju oceny korzyści dla siebie i dla działań twórczych podejmowanych w przyszłości. Instruktor prowadzący zajęcia powinien prócz informacji zwrotnych udzielać uczestnikom zajęć pozytywnych wzmocnień, inspirować, np. innymi dziedzinami sztuki lub otoczeniem fizycznym i społecznym, zachęcać, udzielać niezbędnych wskazówek i porad. Ważne jest jednak, aby niczego nie narzucał uczestnikom zajęć oraz ich nie wyręczał.

Przy okazji uczestnictwa osób starszych w zajęciach plastycznych można stymulować ich postawę twórczą. Osoba tworząca wykorzystując własne doświadczenia oraz przeżycia, a także ulegając inspiracjom instruktora prowadzącego zajęcia zaczyna wytwarzać pomysł, który następnie konsekwentnie realizuje w trakcie zajęć, albo rozwija samodzielnie w trakcie indywidualnej pracy w domu. Tworząc ćwiczy wytrwałość w dążeniu do celu i samokontrolę, jest aktywna, otwarta, spontaniczna i niezależna, stara się poszukiwać oryginalnych rozwiązań problemów pojawiających się wykonywania pracy plastycznej, wyraża siebie, to co czuje i myśli. Realizując samodzielnie swój pomysł wykazuje odwagę, zaś prezentując publicznie swoje wytwory ma okazję wzmocnienia poczucia własnej wartości. Zajęcia plastyczne korzystnie wpływają także na rozwijanie tolerancji wobec innych uczestników zajęć – ich pomysłów i prac plastycznych. Jeśli wspomniane cechy będą stale utrwalane istnieje szansa, że zostaną zinternalizowane przez osobę tworzącą i ujawnią się w innych, niż twórcze, sytuacjach życiowych, tym samym pozwolą lepiej radzić sobie z wyzwaniami jakie niesie życie w okresie starości. Podobne walory do opisanych walorów twórczości plastycznej mają inne formy aktywności twórczej seniorów, np. twórczość muzyczna czy literacka.

Ważne jest, by człowiek osiągający → wiek emerytalny, nie utracił żywotności, ciekawości, woli i → poczucia sensu życia. Równie istotna jest jego zdolność do adaptacji psychicznej w sytuacji → stresu oraz podejmowanie twórczości. Cechy te, pojawiają się w wykazie cech, ustalonych w wyniku badań naukowych dotyczących osób żyjących ponad sto lat, przeprowadzonych w 1957 na Uniwersytecie Columbia w Nowym Jorku przez Helen Flanders Dunbar (1902–1959). W ich wyniku przyjęto, że osoby mające szansę dożyć stu lat przejawiają:

„Twórcze reagowanie na zmiany […]. Wolność od niepokoju. Niepokój jest wielkim wrogiem […], zdolności do improwizowania i twórczości. Zdolność do nieustannego tworzenia i wymyślania nowych rozwiązań. Wysoki poziom zdolności do adaptacji. Zdolność do włączania do swojego życia nowych rzeczy. Chęć życia" (Chopra, 2014, s. 96).

Do podobnych wniosków prowadzi koncepcja amerykańskiego geriatry – Thomasa Perlsa (1960–), który wyróżnił i ujął – w formie złożonego z angielskich słów akronimu: AGEING – czynniki decydujące o dożywaniu → wieku podeszłego. Wśród nich znajdują się:

- „A" (*attitude*) – optymistyczna postawa wobec życia i poczucie humoru.
- „G" (*genetics*) – dziedziczenie dobrych genów.
- „E" (*exercise*) – aktywność fizyczna zapewniająca prawidłowe funkcjonowanie biologiczne.
- „I" (*interest*) – zainteresowania aktywizujące umysł i sferę poznawczą.
- „N" (*nutrition*) – właściwe odżywianie.
- „G" (*get rid of smoking, get rid anti-aging quackery*) – rezygnacja z używek i z wiary w cudowne kuracje zapewniające wieczną młodość oznaczające próby hamowania starzenia się, co jest niebezpieczne dla zdrowia (por. Semków, 2011 s. 53).

Ze względu na wyżej wymienione pozytywne cechy warto zwracać uwagę w pracy z seniorami na ich aktywność twórczą w różnych dziedzinach oraz starać się stymulować ją poprzez odpowiednie oddziaływania psychopedagogiczne uwzględniając przy tym różnice indywidualne między nimi, zwłaszcza w zakresie uzdolnień, zainteresowań i temperamentu.

Podejmowanie aktywności twórczej, bez względu na dziedzinę sztuki i przyjmowanie postawy twórczej, w dużej mierze sprzyja adaptacji do nowych, nie zawsze łatwych sytuacji, jakie napotyka senior w związku ze zmianami zachodzącymi w jego organizmie, psychice oraz w otoczeniu fizycznym i społecznym. Elastyczność w obliczu różnych sytuacji życiowych, często trudnych lub kryzysowych stanowi zarazem „wolność od schematycznych reakcji" i pozwala na lepsze radzenie sobie z nimi (Chopra 2014, s. 96). Żeby pojawiły się tego rodzaju zasoby ułatwiające funkcjonowanie, człowiek musi – zdaniem Deepaka Chopry (1946–) – „posiadać określone zdolności osobiste, gdyż umysł działający siłą bezładu ma tendencję do wzmacniania swoich starych nawyków i padania ofiarą swojego warunkowania" (Chopra 2014 s. 97). Antidotum na tego typu sztywność jest twórczość, ale także świadome życie i jego docenianie.

Aktywność twórcza w przypadku niektórych osób w podeszłym wieku może nadać ich życiu sens oraz stać się źródłem pozytywnych emocji. Może być ona sposobem na dobrą, godnie przeżywaną starość, a także sprzyjać lepszemu poznaniu siebie, realizacji własnych potencjalnych możliwości i dających satysfakcję pasji. Równie istotne jest dążenie do równowagi psychicznej, emocjonalnej i intelektualnej, wytworzenie dystansu do siebie i otoczenia, pozytywna samoocena oraz kontrola nad własnym życiem. Oprócz tego tworzenie sprzyja zdobywaniu nowych wrażeń, doświadczaniu pozytywnych emocji i nawiązywaniu relacji społecznych (por. Malec, 2011, s. 25). Dzięki samorealizacji za pośrednictwem działań twórczych, starość może stanowić ważny i wartościowy okres życia.

AST

B: Bielawska-Batorowicz, 1998; Bober, Łączyk, 2004; Chopra, 2014; Hill, 2009; Janiszewska-Rein, 2005; Kruse, 2011, 2012; Lindauer, 1999; Malec, 2011; Olszewski, 1998; Popek, 1988, 1998, 2001; Semków, 2011; Stawecka, 2014; Stelcer, 2013; Steuden, 2014; Szmidt, 2013; Tatarkiewicz, 1992; Turska, 1994; Uszyńska-Jarmoc, 2003;Wojnar, 1995; Zych, 2013.

N: http://gosc.pl/doc/…, 2014.

O: styl starości, twórczość starych mistrzów.

TK: ang. *creativity in old age* or *late life creativity*, fr. *la créativité à la vieillesse*, hiszp. *creatividad en la vejez*, niem. *Kreativität im Alter*, ros. *творчество людей пенсионного возраста.*

U

ubóstwo i wykluczenie społeczne osób w podeszłym wieku

Na pogodne, satysfakcjonujące i pozbawione większych trosk → życie człowieka składa się wiele komponentów zarówno zależnych, jak i niezależnych od niego. Te komponenty, to m.in. wysoki status społeczno-ekonomiczny, praca zawodowa, dobre warunki mieszkaniowe, → czas wolny, udział w życiu publicznym i kulturalnym, → zdrowie, poczucie przynależności do grupy społecznej, świadomość, że można liczyć na kogoś w różnych przypadkach losowych, brak negatywnych emocji i przeżyć, takich jak: lęk, → stres, → depresja i zaburzenia nastroju, samotność i osamotnienie. Niestety część osób starszych ostatnie lata swojego życia spędza w ubóstwie i na marginesie życia społecznego. Za osoby starsze uznaję te, które ukończyły 65. rok życia. Jest to granica podawana przez statystyki Organizacji Narodów Zjednoczonych (ON), jednocześnie przyjmuje się ją aktualnie jako obowiązującą w gerontologii społecznej. Ubóstwo, nie wnikając w bardzo szczegółową analizę znaczeniową tego wielowymiarowego zjawiska, można na potrzeby analizy sytuacji ludzi w podeszłym wieku definiować jako brak dostatecznych środków materialnych i utożsamiać z kwestiami dochodowymi. Wykluczenie społeczne definiując za Narodową Strategią Integracji Społecznej (2004) to „sytuacja uniemożliwiająca lub znacznie utrudniająca jednostce lub grupie, zgodne z prawem pełnienie ról społecznych, korzystanie z dóbr publicznych i infrastruktury społecznej, gromadzenie zasobów i zdobywanie dochodów w godny sposób". Wykluczenie społeczne – jak podaje Anthony Giddens (1938–) – „odnosi się do sytuacji, w której jednostki zostają pozbawione pełnego uczestnictwa w społeczeństwie" (Giddens, 2004, s. 346).

Ubóstwo osób starszych

Z badań na → jakości życia i aktywności osób starszych przeprowadzonych przez GUS (na próbie 13 300 osób) w ramach obchodów Europejskiego Roku Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej 2012, zagrożonych **ubóstwem dochodowym** było ok. 12% osób starszych powyżej 65. r.ż., zaś **ubóstwem braku równowagi budżetowej** pk. 13%, a **ubóstwem warunków życia** nponad 14%. Warto dodać, że według przyjętych kryteriów ponad 1/4 osób w wieku 65 lat i więcej (ok. 27%) należała przynajmniej do jednej ze sfer ubóstwa (zob. *Jak się żyje*…, 2012). W bardzo trudnej sytuacji byli zwłaszcza → seniorzy, którzy doświadczali jednocześnie wszystkich trzech form ubóstwa. Sytuacja taka dotyczyła ok. 3% osób w → wieku podeszłym. Dla porównania – w populacji ogółem odsetek ten stanowił ok. 4,5%.

Z wyników wielu dostępnych badań nad sytuacją gospodarstw domowych (m.in. badań CBOS, EU-SILC, 2008 – europejskie badanie dochodów i warunków życia), można wnioskować, że gospodarstwa domowe prowadzone przez ludzi w podeszłym wieku mają relatywnie dobrą sytuację w porównaniu do reszty populacji kraju, jak i do sytuacji seniorów w większości krajów Unii Europejskiej (UE). Względnie dobra sytuacja rodzin emeryckich wymaga pewnego komentarza, gdyż zdaje się przeczyć obiegowym opiniom o bardzo złej sytuacji tej grupy społecznej. Po pierwsze, należy pamiętać, że w rodzinach emerytów i rencistów wszyscy mają własne choćby skromne źródło utrzymania i nie są narażeni na jego utratę. Stąd ich sytuacja będzie zawsze lepsza od tej, którą mają gospodarstwa utrzymujące się z innych niż → emerytury i renty niezarobkowych źródeł utrzymania, czyli w praktyce są to najczęściej osoby bezrobotne, korzystające z zasiłków → pomocy społecznej. Sytuacja emerytów i rencistów będzie także lepsza od sytuacji → rodzin wielodzietnych osiągających niskie dochody. Trzeba także pamiętać, że przeciętne miesięczne świadczenia znacznie zawyżają niektóre grupy społeczno-ekonomiczne. Po drugie, ta dobra sytuacja jest m.in. efektem przyjętej metodologii, w której próg ubóstwa powiązany jest ze standardem życia w poszczególnych krajach (Kubicki, b.r.). Seniorzy w Polsce zazwyczaj osiągają dochody przekraczające próg ubóstwa. Problem zagrożenia seniorów ubóstwem ulegnie zmianie, jeśli zamiast ubóstwa relatywnego zastosuje się parytet siły nabywczej lub linię subiektywną. Wówczas w gospodarstwach emerytów z krajów tzw. „nowej" UE zaobserwujemy znacznie gorszą sytuację ekonomiczną niż w gospodarstwach seniorów z krajów „starej" UE, w których to osoby ubogie dysponują prawie trzykrotnie większą siłą nabywczą. Dlatego też wielu ekspertów jest zdania, że do mierzenia poziomu ubóstwa powinno raczej stosować się poziom deprywacji materialnej.

Badania subiektywnej oceny sytuacji materialnej gospodarstw domowych przeprowadzone przez Główny Urząd Statystyczny (GUS) także wskazują na relatywnie niską jej ocenę dokonaną przez seniorów, zwłaszcza zaś przez rencistów (rus. 1, tab. 1 i 2). **Z**godnie z danymi GUS (*Ubóstwo…*, 2014) gospodarstwa rencistów narażone są na ubóstwo – wg każdej granicy ubóstwa – bardziej niż przeciętnie, w lepszej sytuacji są gospodarstwa emerytów.

Omawiając z kolei → wykluczenie społeczne osób starszych należy mieć na uwadze cztery jego wymiary: ekonomiczny, społeczny, polityczny i świadomościowy.

Wykluczenie ekonomiczne seniorów

Wykluczenie ekonomiczne dotyczy dwóch sfer – produkcji i konsumpcji. W sferze produkcji przejawia się ono bezrobociem, zatrudnieniem w ograniczonym wymiarze → czasu pracy, utrudnionym dostępem do rynku pracy. Trzeba podkreślić, że osoby, które raz już zostały wykluczone z rynku pracy mają bardzo utrudniony powrót do niego. Natomiast wykluczenie w sferze konsumpcji oznacza, brak lokum lub bardzo niski jego standard, brak wielu dóbr. W sferze konsumpcji Barbara Szatur-Jaworska (2010) za szczególnie ważne dla osób starszych uznaje wyposażenie gospodarstw domowych w niektóre urządzenia oraz usługi zdrowotne i leki, gdyż ze względu na liczne dolegliwości seniorów zajmują one bardzo wysoką rangę wśród ich potrzeb. Z *Diagnozy społecznej* Janusza Czapińskiego i Tomasza Panka (2015) wynika, że znaczny odsetek seniorów rezygnuje z powodów finansowych z korzystania z wielu świadczeń zdrowotnych mimo, że ich potrzebuje. W gorszej sytuacji są renciści niż emeryci (tab. 3). Z wyników badań m.in. EU-SILC (europejskie badanie dochodów i warunków życia) na temat wyposażenia gospodarstw domowych można wnioskować zatem, że seniorzy w Polsce w porównaniu z innymi typami gospodarstw mają mniejszy dostęp do nowoczesnych technologii (telefon komórkowy, komputer, łącza internetowe). Po części ta sytuacja wynika z braku środków finansowych, a po części z braku potrzeby ich posiadania i braku umiejętności ich obsługi. Zatem nieposiadanie dóbr związanych z korzystaniem z technologii informacyjno-komunikacyjnych powinno się traktować nie tylko jako wskaźnik materialnej deprywacji, ale również jako wskaźnik → wykluczenia cyfrowego osób starszych, jak również samo wykluczenia (Szatur-Jaworska, 2010).

Analizując z kolei drugą sferę wykluczenia ekonomicznego – sferę produkcji, należy podkreślić, że w Polsce wskaźniki aktywności zawodowej osób starszych są niskie w porównaniu z innymi krajami europejskimi. Odsetek osób pracujących w wieku 65 lat i więcej według danych GUS zawartych w raporcie *Jak się żyje osobom starszym w Polsce?* (2012) jest znikomy (3,5 %). Nieco wyższy był odsetek pracujących osób w wieku 60 lat i więcej (8,6%). Zdecydowana większość osób starszych, która deklarowała aktywność zawodową była jednocześnie na wcześniejszej emeryturze. Częściej pracują starsi mężczyźni aniżeli kobiety. Na wiek odejścia z rynku pracy mają wpływ zarówno czynniki ekonomiczne, jak i pozaekonomiczne. Czynniki te, to przede wszystkim warunki pracy, rodzaj wykonywanej pracy, stan → zdrowia osób starszych, uwarunkowania kulturowe dotyczące akceptowanych ról społecznych, → styl życia osób starszych, wykształcenie, znajomość nowoczesnych technologii, niedostatek usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych, co powoduje, że osoby które opiekują się swoimi sędziwymi rodzicami nie decydują się na aktywność zawodową, dyskryminacja doświadczana w miejscu pracy – sugerowanie, że osoby starsze blokują wakaty osobom młodszym (zob. Kubicki, Ruzik, 2009).

Społeczny wymiar wykluczenia

W wymiarze społecznym wykluczenie seniorów związane jest nade wszystko z osłabieniem i/lub prawie całkowitym brakiem kontaktów społecznych. Analizując społeczny wymiar wykluczenia pod uwagę należałoby wziąć zarówno kontakty z rodziną, jak i relacje ze znajomymi, sąsiadami, przyjaciółmi. Z badań ekspertów wynika, że dla ludzi starszych, podobnie zresztą jak dla młodszej generacji, najważniejszym kręgiem społecznym jest rodzina. Zdecydowana większość seniorów ma dobre kontakty z rodziną. Zgodnie z wynikami badań GUS zawartych w raporcie pt. *Jak się żyje osobom starszym w Polsce?* (2012), to właśnie do członków najbliższej rodziny zwrócono by się z prośbą o pomoc w razie potrzeby.

Analiza wyników badań własnych, które przeprowadziłam w roku 2014 metodą sondażową wykorzystując ankietę roznoszoną, która została rozprowadzona wśród 185 (otrzymano 165 zwrotów – 93,33% respondentów stanowiły kobiety, 6,67 % – mężczyźni; przedział wiekowy 50–80 lat) słuchaczy → uniwersytetu trzeciego wieku (UTW), także wskazuje, że w ważnych sprawach życiowych mogą liczyć na swoją rodzinę – 69,70 %, tylko 9,09% zdecydowanie nie może liczyć na swoją rodzinę. Są to osoby, które nie założyły własnej rodziny i nie posiadają krewnych w pobliżu swojego miejsca zamieszkania. 66,67% ba-

danych ma również znajomych, co do których przekonana jest, że w razie potrzeby mogłaby na nich liczyć. Mniej niż połowa badanych twierdzi, że nie ma takich znajomych lub trudno jest im odpowiedzieć. Szczególnie w trudnej sytuacji są osoby, które nie posiadają własnej rodziny, z reguły nie posiadają one także znajomych na których mogłyby liczyć w razie potrzeby. Zatem są one częściej, niż osoby starsze posiadające rodziny, narażone na wykluczenie społeczne. Badani seniorzy UTW wykazują się umiarkowaną aktywnością na rzecz pomocy innym osobom starszym. Wśród badanych seniorów UTW nie pomaga ponad połowa. Badani udzielają przede wszystkim pomocy najbliższej rodzinie, przyjaciołom, dobrym znajomym. Incydentalny procent pomaga sąsiadom. Nikt natomiast nie pomaga mieszkańcom → domów pomocy społecznej, podopiecznym pomocy społecznej czy osobom nieznanym wskazanym przez księdza z parafii. Pomaga się z reguły osobom, które również mogą pomóc w razie potrzeby. Formy pomocy, które udzielają słuchacze UTW na rzecz rodziny czy znajomych, przyjaciół, to przede wszystkim dotrzymywanie towarzystwa w domu, na spacerze, kościele, → opieka podczas → choroby, załatwianie spraw urzędowych. Nikt z badanych słuchaczy UTW nie należał do wolontariatu działającego na rzecz samotnych, potrzebujących wsparcia seniorów. Zauważa się również niski poziom aktywności obywatelskiej tej kategorii społecznej. Zatem należałoby mówić raczej o samowykluczeniu niż o wykluczeniu społecznym.

Polityczny wymiar wykluczenia

– można obserwować w szczególności poprzez analizę uczestniczenia w życiu politycznym, np. w postaci udziału w wyborach parlamentarnych oraz bycia posłem bądź senatorem. Jeżeli chodzi o udział w wyborach, to odsetek głosujących osób starszych znacząco nie odbiega od innych grup wiekowych. Natomiast starsze pokolenie jest słabo reprezentowane w Sejmie i Senacie. W tym przypadku można mówić o wykluczeniu i samowykluczeniu. W Sejmie RP VIII kadencji co piąty poseł (21%) był w wieku 60+, a w Senacie RP IX Kadencji prawie co trzeci senator (36%) przekroczył 60. r.ż. Osoby starsze mają zdecydowanie mniejsze szanse bycia wybranymi, rezygnują zatem z ubiegania się o mandat poselski czy senatorski. Przyczyną jest również niskie poczucie własnej pozycji społecznej oraz subiektywne poczucie gorszej sytuacji ekonomicznej. Poczucie niższości jest jedną z istotnych przyczyn nieangażowania się w życie polityczne. Przyjmuje się, że polityczny wymiar wykluczenia jest problemem wtórnym. W pierwszej kolejności muszą być bowiem zaspokojone podstawowe potrzeby ludzi, aby mogli oni aktywnie uczestniczyć w życiu publicznym.

Z kolei niektórzy badacze poddają w wątpliwość czy celowe jest przy niskim ogólnym poziomie aktywności w sferze publicznej w Polsce przyjmowanie, że brak zaangażowania w politykę może być symptomem wykluczenia społecznego (Theiss, 2010). Jeśli dominują postawy nieangażowania się w wybory i braku zainteresowania sprawami polityki, zatem nasuwa się pytanie w jakim zakresie można mówić o wykluczeniu w sferze politycznej osób, które nie podejmują tego typu działań. Z badań dotyczących uczestnictwa w sferze publicznej w Polsce i w innych krajach wyraźnie widać, że aktywność polityczna obywateli w stopniu znaczącym uwarunkowana jest takimi cechami, jak: płeć, wiek, status na rynku pracy, wykształcenie, dochody obywateli. Zależności między tymi cechami socjodemograficznymi a zaangażowaniem politycznym są już zagadnieniem dość dobrze zdiagnozowanym.

W przypadku politycznego wykluczenia mamy więc do czynienia z syndromem zamkniętego koła o której pisał Giddens (2004). Osoby wykluczone nie mają dużych szans, aby przedstawić swoje stanowisko na forum w sprawach polityki, a ich wykluczenie ze sfery politycznej może mieć znaczny wpływ na utrwalanie niekorzystnego położenia.

Świadomościowy wymiar wykluczenia

W przekazach medialnych ludzie starzy z reguły przedstawiani są na dwa sposoby, albo jako osoby za wszelką cenę dążące do zatrzymania upływającego czasu, albo jako osoby aktywne tylko w rodzinie. W tym pierwszym przypadku kreowana jest zdrowa, radosna i/lub zamożna → starość, którą stać na intensywną konsumpcję. W drugim modelu osoby starsze przedstawiane są zawsze jako uśmiechnięte, miłe i estetycznie wyglądające. Tymi osobami są dziadkowie. Takie przekazy możemy zaobserwować w reklamach, a także w serialach. Jest jeszcze trzeci wizerunek osób starszych, z którym również możemy spotkać się w reklamach. Starzy ludzie stają się w nich obiektem żartów, nierzadko okrutnych, które negują ich godność. Warto także dodać, że w mediach istnieje tendencja do zastępowania słowa „stary" bardziej delikatnymi określeniami, jak np. „senior", „osoba starsza", „osoba w → trzecim wieku" i in. Joanna Staręga-Piasek (1939–) uważa, że nie powinno się negować słowa „stary". Jej zdaniem rzeczy powinno nazywać się po imieniu, należy podnieść starość do takiej samej rangi jak mło-

dość, i doprowadzić do tego, by nie było to określenie pejoratywne lecz opisowe.

Mówiąc o świadomościowym wykluczeniu seniorów należałoby wspomnieć o kształtowaniu przestrzeni publicznej. Waldemar Hoff (2012) sądzi, że polski model planowania przestrzennego w warstwie prawa materialnego w ogóle nie dostrzega kwestii osób starszych. W Ustawie z 27 III 2003 r. jest artykuł mówiący o konieczności uwzględnienia potrzeb osób niepełnosprawnych, ale brakuje adekwatnego artykułu odnośnie osób starszych. Brak poczucia bezpieczeństwa z korzystania z infrastruktury społecznej i ekonomicznej może być równoznaczny z wykluczeniem społecznym. Warto zatem zidentyfikować rejony miasta, które zamieszkiwane są najczęściej przez osoby starsze. Taka mapa punktowa umożliwia dostosowanie środowiska do potrzeb ludzi starszych. W szczególności chodzi o zapewnienie osobom starszym bliskości do urządzeń infrastruktury społecznej i placówek usługowo-handlowych.

Podsumowując, należy podkreślić, że trudno jest określić skalę zjawiska ubóstwa i wykluczenia ludzi starych. Przyczyna tkwi przede wszystkim w rozbieżnościach między subiektywnymi a obiektywnymi wskaźnikami wykluczenia społecznego. Badania wykazują, że seniorzy z reguły oceniają swoją sytuację życiową znacznie gorzej, aniżeli wynika to z jej zobiektywizowanego oglądu. Można jednak określić, znając przyczyny i źródła społecznej marginalności, jacy seniorzy narażeni są w największym stopniu na faktyczne, a nie tylko symboliczne wykluczenie. Do grupy tej należą głównie seniorzy: samotni i osamotnieni, zamieszkujący zarówno miasta, jak i wsie; schorowani, niepełnosprawni; utrzymujący się z renty lub → zasiłków; słabo wykształceni, przez co mają słabą orientację jeśli chodzi o załatwianie różnych spraw urzędowych; oraz zamieszkujący w rejonach miasta, które mają niski standard budownictwa mieszkaniowego, złe wyposażenie infrastrukturalne, brak zieleni.

Eliminowanie czynników, które sprzyjają wykluczeniu społecznemu seniorów powinno opierać się m.in. na takich założeniach, jak:

- w debatach publicznych należy przedstawiać osoby starsze jako bardzo zróżnicowaną grupę społeczną, zarówno pod względem stylu życia, kapitału społecznego, kapitału kulturowego, jak i sytuacji ekonomicznej,
- zarówno kultura popularna, jak i kultura wyższa, powinny wykorzystać swój potencjał edukacyjny do „uczenia starości",
- mass media nie powinny przedstawiać procesu → starzenia się społeczeństwa jako problemu, gdyż prowadzi to do antagonizowania młodych i starych,
- zapewnienie osobom starszym warunków do zaangażowanego i efektywnego uczestnictwa w wolontariacie i/lub samopomocy,
- włączenie seniorów w proces podejmowania decyzji i konsultacji zarówno na szczeblu samorządowym, jak i władz ustawodawczych różnych szczebli, ponieważ decyzje, które dotyczą tej grupy społecznej, powinny być podejmowane z udziałem jej przedstawicieli i przy ich aprobacie,
- ważna jest organizacja przestrzeni życiowej seniorów, która powinna uwzględniać zarówno poczucie bezpieczeństwa związane z korzystaniem z różnych środków komunikacji, jak i z lokalizacją usług. Brak poczucia bezpieczeństwa w tym zakresie może być równoznaczny z wykluczeniem społecznym,
- istotne jest też umożliwienie osobom starszym samorealizacji przez ułatwiony dostęp do różnych form kształcenia ustawicznego, wypoczynku, placówek kulturalno-oświatowych,
- wzmacnianie integracji międzypokoleniowej m.in. przez imprezy kulturalne, przedstawienia, festyny, wystawy, szkolenia, wykłady,
- prowadzenie monitoringu potrzeb seniorów,
- do programów edukacyjnych na wszystkich szczeblach szkolnictwa powinno włączyć się tematykę starości i starzenia się,
- prowadzić należy działania zwiększające poziom integracji społeczności lokalnej, jest to bardzo duże wyzwanie biorąc pod uwagę bardzo niski poziom zaangażowania obywatelskiego Polaków.

AZ

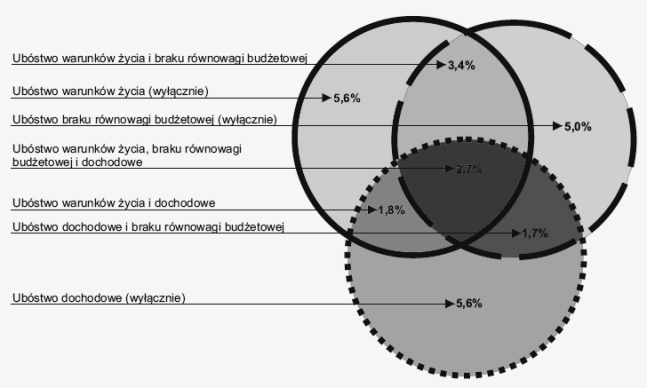
B: Czapiński, Panek, 2015; Giddens, 2004; Hoff, 2012; *Jak się żyje*…, 2012; Kubicki, b.r.; Kubicki, Ruzik, 2009; *Sytuacja*…, 2014; Szatur-Jaworska, 2010; Theiss, 2010; *Ubóstwo*…, 2014.

D: Ustawa z 27 III 2003 r.

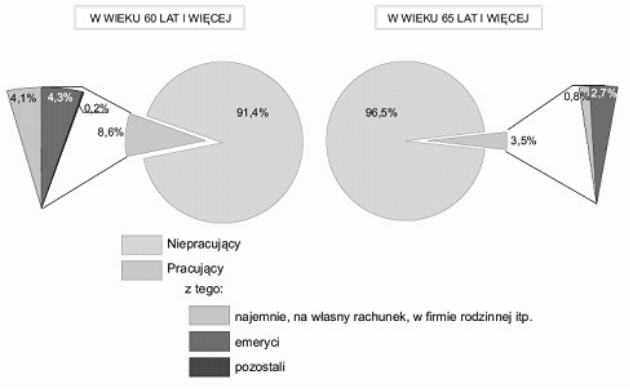
TK: ang. *poverty and social exclusion in the elderly* / *poverty and social marginalizaion of elderly people*, fr. *la pauverté et l'exclusion sociale les personnes âgées*, hiszp. *la pobreza y exclusión en los ancianos*, niem. *Armut un*d *soziale Exklusion älterer Menschen,* ros. *бедностиь и социальная изоляция пожилых людей.*

ucieczki od starości („syndrom geroeskapizmu")

są zespołem zjawisk i/lub reakcji psychicznych niektórych osób na → starość. Adam A. Zych (1945–) i Harry Duda (1944–) na oznaczenie symptomów uciekania



Rys. 1. Zagrożenie różnymi formami ubóstwa osób w wieku 65 lat i więcej (dane w %). Źródło: *Jak się żyje osobom starszym w Polsce?* Warszawa: GUS, 2012, s. 7.



Rys. 2. Deklarowany status osób starszych na rynku pracy (dane w %). Źródło: *Jak się żyje osobom starszym w Polsce?* Warszawa: GUS, 2012, s. 3.

Tabela 1. Subiektywna ocena sytuacji materialnej gospodarstw domowych w 2014 (dane w %)

Ocena sytuacji materialnej	**Gospodarstwa domowe**					
	Ogółem	A	B	C	D	E
– bardzo dobra i raczej dobra	27,1	30,3	24,1	48,7	22,4	11,5
– przeciętna	55,2	56,2	65,7	45,1	59,0	51,0
– zła i raczej zła	17,8	13,5	10,3	6,2	18,6	37,4

Legenda: gospodarstwa domowe pracowników – A, rolników – B, pracujących na własny rachunek – C, emerytów – D oraz rencistów – E.
Źródło: *Sytuacja gospodarstw domowych w 2014 roku*… Warszawa: GUS, 2014.

Tabela. 2. Zagrożenie ubóstwem gospodarstw domowych w latach 2013–2014 (dane w %)

Poziom ubóstwa	A		B		C	
Grupa społeczno-ekonomiczna	2013	2014	2013	2014	2013	2014
– pracownicy	6,4	6,5	14,9	15,2	12,0	11,9
– rolnicy	13,4	12,1	26,7	28,0	22,8	21,2
– pracujących na własny rachunek	3,9	4,1	9,2	8,9	7,5	6,8
– emeryci	4,8	5,8	11,4	12,1	6,8	7,2
– renciści	13,2	12,5	26,3	25,5	18,2	17,8
– niezarobkowe źródła utrzymania	21,5	21,1	39,0	36,2	34,6	29,9
Ogółem	7,4	7,4	16,2	16,2	12,8	12,2

Legenda: odsetek osób w gospodarstwa domowych o wydatkach poniżej granicy ubóstwa skrajnego (minimum egzystencji) – A, relatywnej granicy ubóstwa – B, oraz ustawowej granicy ubóstwa – C.
Źródło: *Ubóstwo w Polsce w 2014 roku*… Warszawa: GUS, 2014.

Tabela 3. Gospodarstwa domowe, które zrezygnowały z powodów finansowych z wybranych świadczeń zdrowotnych, mimo że ich potrzebowały (dane w %)

Grupa społeczno-ekonomiczna	A	B	C	D	E	F	G	H
– pracownicy	10,2	18,0	17,3	10,6	7,5	18,3	19,9	2,0
– rolnicy	10,9	16,0	20,0	10,8	9,3	12,5	22,7	0,6
– pracujących na własny rachunek	3,3	6,9	10,9	4,1	3,7	7,1	10,0	1,2
– emeryci	16,8	16,3	17,5	15,6	10,2	19,1	23,6	2,0
– renciści	33,3	40,4	39,9	30,1	20,7	37,0	49,5	2,8
– niezarobkowe źródła utrzymania	40,7	48,8	62,1	34,7	29,5	41,4	53,0	10,1

Legenda: odsetek gospodarstw domowych, które zrezygnowały z zakupu leków – A, z leczenia zębów – B, z protez – C, z usług lekarza – D, z badań – E, z rehabilitacji – F, z sanatorium – G, oraz ze szpitala – H.
Źródło: J. Czapiński, T. Panek, *Diagnoza Społeczna 2015. Warunki i jakość życia Polaków.* Warszawa: Rada Monitoringu Społ., 2015, s. 119.

przed starością wprowadzili w roku 2015 określenie „syndrom geroeskapizmu".

Przyjmując, że starość (w jej „standardowym" i jednak finalnie obiektywnym przebiegu, niezależnie od subiektywnego poczucia podmiotu, który ją przeżywa czy jego intelektualnej opinii) jest naturalnym stanem opresji (Duda, 2009, s. 12), idącej w kierunku tanatologicznym, czyli związanym z perspektywą nieuchronnie zbliżającej się śmierci, możemy w odczuciach (emocjach), poglądach i zachowaniach **ludzi żyjących długo** (zob. Duda, 2014 a, s. 240) dostrzec (wyodrębnić je) cztery (w przybliżeniu) tendencje. Pierwsza to geroeskapizm *ex mundo*, czyli starcze ucieczki **ze świata** i/lub „od świata"; drugi – geroeskapizm *ad mundum*, czyli starcze ucieczki **do świata** i/lub „do użycia świata"; trzeci – geroeskapizm *ex ego* (ucieczka „ze swego ***ja***, **od siebie**"); czwarty – geroeskapizm *ad ego* („**do siebie**, do swego ***ja***). [Inny podział geroeskapzmu obejmuje: ucieczki lękowe, konsumpcyjne, ucieczki w praktyki religijne, oraz ucieczki w pracę i w nadaktywność (zob. Duda, 2015, s. 39 i nast.) – przyp. red.].

Przez „świat" tradycyjnie (i z semantycznym nachyleniem religijnym) rozumiemy tu → „życie" i każdą „zewnętrzność" w stosunku do → życia psychicznego (duchowego i/lub wewnętrznego) i towarzyszącej mu introspekcji, a także umownie – to wszystko, co znajduje się poza jednostką i jej → rodziną, jeśli żyje ona, ta jednostka, w otoczeniu rodzinnym.

W tym miejscu dwa zastrzeżenia – zakładamy, że dana osoba żyjąca długo znajduje się w pełni (relatywnie) władz umysłowych i jest relatywnie fizycznie sprawna. Ciężkie przypadłości zdrowotne (w tym choroby psychiczne i obiektywne uszkodzenia mózgu) w oczywisty bowiem sposób wpływają na poglądy, czyny i zaniechania nawet osób młodych czy młodszych, a co dopiero tych żyjących długo, jakkolwiek również w tej sferze znajdziemy wyjątki co do siły i zakresu tego wpływu. Po drugie mamy na względzie głęboko determinujące tę sferę czynniki światopoglądowe i kulturowe, a nawet ekonomiczne, choć tych ostatnich nie możemy tu szerzej uwzględnić.

Nawet odkładany przez lata życia na bok (świadomie usuwany z pola świadomości) – albo obiektywnie odsuwany przez intensywność życia i pracy – **lęk egzystencjalny**, → lęk przed śmiercią, wraz z towarzyszącą mu refleksją, powraca lub pojawia się na starość, co być może ma też związek z dużą pulą → czasu wolnego. Istnieje też jakiś zbiór osób dość skutecznie i do końca odsuwających ten problem od siebie, co można streścić w ich często padających przy okazji rozmów słowach: „To (tzn. śmierć) i tak samo przyjdzie w swoim czasie"; „Nie ma się co zastanawiać, na każdego ten czas i tak przyjdzie" itp.

Postawa to z jednej strony stoicka (choć nie z filozofii wynikająca), z drugiej komfortowo (co by nie rzec) bezrefleksyjna i być może, skądinąd, najbardziej zdroworozsądkowa, a zarazem dobra dla tzw. higieny psychicznej. Trudno jednak przypuszczać, aby była to postawa charakterystyczna dla osób o bogatym życiu duchowym i szczególniejszej wrażliwości psychicznej. Na ogół jednak śmierć przeraża młodych i starych, niewierzących i wierzących, skoro, najczęściej, budzi ich smutek (nawet rozpacz) wobec faktu odchodzenia (→ utraty) innych ludzi. A że jest to smutek uprawniony (a więc i lęk prawdziwy) świadczy to choćby, że nawet Pan Jezus „zapłakał nad śmiercią Łazarza", choć przecie wiedział, że go wskrzesi (J 11, 33–35, zob. *Pismo Święte…*, 2013). Dodajmy, że „każdy bieg czasu, psychicznie rzecz biorąc, niesie ze sobą **również formę utraty** – od samego życia począwszy, ponieważ jego okres się w ten sposób nieuchronnie skraca; taka jest natura życia. Zarazem tracimy w trakcie życia dni, przeżycia, doznania, zdarzenia **i inne osoby**. Utrata jest zatem **wpisana w naturalny porządek rzeczy** i w egzystencjalną kondycję człowieka. Mimo to – a może właśnie dlatego – bywa, wcale nierzadko, źródłem cierpienia i **poczucia krzywdy**" (Duda, 2011, s. 61–65).

Wydaje się ponadto, że przez pole podświadomości do pola świadomości często włącza się **instynkt samozachowawczy** – jako najbardziej pierwotny i przemożnie przypisany wszystkim istotom żywym. Instynkt ten w przypadku ludzkim potrafi uruchamiać całe zespoły zjawisk psychicznych (stanów, myśli, decyzji, zaniechań), mających na celu, najogólniej mówiąc, **ochronę osobnika** – finalnie przed śmiercią (choćby w formie jej odwleczenia w czasie lub zapominania o niej), a mniej czy bardziej doraźnie przed cierpieniem (bólem, dolegliwością, dyskomfortem fizycznym czy moralnym itp.). Ma się rozumieć – instynkt ten obecny jest przez całe życie człowieka, ale prawdopodobnie nasila się w miarę upływu lat, pogarszającej się sprawności, gorszego → zdrowia i coraz bliższej perspektywy śmierci, a ostatecznie – w miarę coraz jaśniejszego zdawania sobie sprawy ze swej sytuacji egzystencjalnej (introspekcja, refleksja). Przywołajmy – dla rozumowania – zjawisko skądinąd przecież znane, choć rzadziej podnoszone, że instynkt samozachowawczy z samej swojej biologicznej natury może **wydatnie (lub całkowicie) usuwać skrupuły, zastrzeżenia i przeszkody natury moralnej**, bardzo determinując tak-

że sferę wolicjonalną i decyzyjną. W sytuacjach skrajnych tylko nieliczne, „wysoko uczłowieczone", jednostki potrafią nad tym instynktem zapanować w imię wartości wyższych i przekonań moralnych (np. święci męczennicy, ratownicy, żołnierze, astronauci itp.). Mówiąc zwyczajnie – jest to swoista umiejętność opanowywania **naturalnego strachu przed śmiercią**.

Nie bierzemy pod uwagę zjawiska (szczególnie nasilonego od XX stulecia) tzw. *prania mózgu* metodami propagandy, psychologii, fanatyzmu religijnego i szowinizmu, a także metodami chemii i fizyki (niekiedy one wszystkie bywają stosowane równocześnie) – na usługach terroryzmu lub militaryzmu (w tym zjawiska kamikadze). Osobnicy „ukształtowani" tymi metodami przezwyciężają instynkt samozachowawczy, ale najczęściej w imię celów skrajnie nagannych moralnie. Nie ma też potrzeby brać pod uwagę na użytek tych rozważań istnienia różnych „ryzykantów" – w tym pasjonatów sportów ekstremalnych, którzy mają jeszcze inny zespół motywacji do przezwyciężania instynktu i narażania życia. Na ile mieści się to w kategorii „normalności", muszą orzekać psychologia i medycyna.

Ludzie, którym dana jest (lub wypracowana przez nich) jakaś **harmonia** pomiędzy tym, co świadome a tym, co podświadome, w tym między rozumem a emocją, ostatecznie przekładającą się na jakąś spójność światopoglądową, perspektywa śmierci nie burzy tej równowagi, prowadzi do akceptacji stanu rzeczy (pogodzenia się z nim), przeto w ogóle lub w niewielkim stopniu determinuje myśli, decyzje, czyny i zaniechania. Oczywiście poza wyjątkami, np. o charakterze konsekwencji logicznych (zamykanie rozpoczętych spraw, rozporządzenia testamentowe, niepodejmowanie spraw, nad którymi możemy już nie mieć kontroli) lub zdroworozsądkowych (niezbyt sprawny starzec nie wsiada na rower nie tylko zimą).

Trudno bez badań powiedzieć nawet w przybliżeniu, jaka to w danej populacji liczba (procentowo) osób odznacza się wyżej wskazaną harmonią wewnętrzną. Intuicja jednak podpowiada, że – w cywilizacji naszego czasu i w kręgu kultury euroamerykańskiej – jest to jakaś mniejszość. Większość to prawdopodobnie osoby, u których ta harmonia nie istnieje lub jest w takim czy innym stopniu naruszona (niezależnie od tego, czy same o tym mówią, czy milczą; czy zdają sobie z tego sprawę, czy nie). Problem jest wysoce złożony, albowiem wspomniana harmonia lub jej brak to zjawisko ze styku (zderzenia) materii i ducha, praw biologii oraz rozumu i emocji w ich światopoglądowym kontekście. Niemożliwe są tu całkowita ścisłość opisu i wyczerpujący podział (klasyfikacja) przejawów zjawiska.

U osób żyjących długo pojawiają się więc znacząco często cztery wspomniane tendencje:

I. Geroeskapizm *ex mundo*, czyli starcze ucieczki ze świata i/lub „od świata"

Biorąc pod uwagę **kontekst społeczny** stwierdzamy, że jako istoty społeczne (by nie rzec w zgodzie z biologiczną prawdą – stadne) podlegamy wielu prawom „stada", właściwym także dla zwierząt wyższych, co żadnego naukowca, a tym bardziej uczonego, nie powinno – jako sformułowanie – razić czy obrażać. Związana z wiekiem zmiana statusu społecznego znacząco modyfikuje zachowanie osobnika również u zwierząt stadnych (zob. Dröscher, 1997). Niekiedy (bo nie u wszystkich zwierząt tak jest: np. stare słonice do końca życia zachowują wysokie miejsce w hierarchii) stary osobnik nie tylko ostatecznie traci przywództwo, ale nawet gdy go nie miał – spada społecznie coraz niżej (zarazem w „kolejności dziobania" czy w ogóle dostępu do pokarmu). Przykładem może skrajnym są wilki, u których mimo potężnych więzi stadnych stary osobnik ostatecznie sam opuszcza stado, czym perspektywicznie pieczętuje swój rychły koniec. Nieco podobnie bywa u ludzi, kiedy to kontakty osoby starej ze światem zewnętrznym ulegają stopniowemu ograniczaniu i niekiedy ustają niemal całkowicie. Osoba z własnej woli (choć nierzadko z udziałem bodźców zewnętrznych i konieczności obiektywnych) zrywa te kontakty, w tym związki osobowe. Jeśli w dotychczasowym życiu pozostawała pod wpływem kompleksu niższości lub niedowartościowania (urojonego lub rzeczywistego), któremu nierzadko towarzyszy kompleks wyższości, odchodząc z czynnego życia zawodowego (a w ślad za tym często i społecznego), kompleks ów w sobie pogłębia: czuje się bez- lub mało wartościowa, rozczarowana, niedoceniona. Poczucie to staje się tym bardziej dolegliwe, gdy osoba ta styka się z innymi – symbolizującymi jeszcze aktywność zawodową i społeczną, sukces, powodzenie, docenienie. W swoistym akcie cierpiętnictwa dobrze jest więc wtedy zamykać się lub zamknąć we własnym „kokonie", gdzie czujemy się bezpiecznie i mniej „boleśnie". Istnieją przy tym czynniki zobiektywizowane wywołujące taką postawę – taki czy inny status obyczajowo-społeczny człowieka starego rzutuje przecież na jego psychikę. Można być bowiem nie tylko we własnym mniemaniu, ale także w obiektywnym społecznym kontekście **człowiekiem (jeszcze) potrzebnym** lub **(już) niepotrzebnym**. Nie wszyscy są w stanie samodzielnie powodować, że nadal **są potrzebni** (ci „przebojowi"). Spora liczba, jeśli nie większość, „godzi się"

z tym statusem pozornie nieuniknionym, ale jest to „zgoda" smutna i wymuszona, wywołująca frustrację. Zwłaszcza wtedy, gdy człowiek żyjący długo zachował wysoką sprawność umysłową (co częstsze niż fizyczną), dysponuje wielką pulą doświadczenia i umiejętności, z których „świat" nie może (nie stwarza warunków do tego) lub nie chce korzystać. Rodzi się wówczas poczucie marnowania tego potencjału. Być może objawem tego poczucia (nawet u tych, którzy niemal całkiem „uciekli" od świata) jest – gdy nadarzy się okazja – gadatliwość (patrz również: **ucieczka od siebie**) tak wobec osób przygodnych, jak przyjaciół, znajomych i rodziny.

Istnieje jeszcze wiele innych zmiennych czynników determinujących zjawisko ucieczki od świata, jak np. **ekonomiczne** (niechęć – „wstyd" – do pokazywania pogorszonego statusu materialnego); **zdrowotne** (→ niepełnosprawność, niesprawność ogólna, nienadążanie za innymi w trakcie chodzenia, niemożność uczestniczenia w spotkaniach towarzyskich itp.); **społeczno-obyczajowe** (tak czy inaczej ujawniająca się niechęć czy rezerwa innych osób do starych i niesprawnych); **pokoleniowe** (niekiedy ostro zarysowane różnice w systemach wartości, różnice wykształcenia i wiedzy, język, sposoby zachowania, temperament, ogólnie biorąc – trudności w interakcji, w porozumieniu się); **psychologiczne** (nierzadko megalomania starcza, chorobliwie wzrastające poczucie wyższości i nieomylności, i związane z tym postawy apodyktyczne, a w reakcji otoczenia – odrzucenie, zaś w reakcji podmiotu – „nie to nie" i tym bardziej zamknięcie się). Zauważmy koniecznie, albowiem daje to wiele do myślenia także o blaskach i cieniach naszej cywilizacji, że w wielu tzw. prymitywnych społeczeństwach (zdaniem piszącego te słowa niesłusznie tak nazwanych), a umownie – plemiennych, sytuacja ludzi żyjących długo jest radykalnie odmienna, ponieważ ich status społeczny na mocy niemal niepodważalnej tradycji jest bardzo wysoki; starcy są niezmiernie cenni, nawet czczeni, utożsamiani z mądrością (różne rady starców, starszyzny, udział starców w areopagach itd.), zatem, mimo ponadczasowych wad i przypadłości tego wieku, wiele z opisywanych tu zjawisk albo nie występowało (nie występuje), albo ich natężenie (i znaczenie) nie było tak widoczne (i ważne). [W wierszu Harry'ego Dudy (2000, s. 27) znajdujemy dosłowny cytat z wypowiedzi pewnego Czeczeńca w czasie trzeciej wojny czeczeńskiej: – ***Pozabijali nasze kobiety, dzieci i starców, / a jak żyć bez mądrości starców?*** Ponadto współcześnie, nawet u polskich Romów, zaobserwować możemy chwalebny szacunek nie tylko wobec starych Romów, ale w ogóle wobec ludzi starszych (zob. filmografia *Papusza*, 2013) – przyp. red.].

Skoro używamy pojęcia „ucieczki **od** (czegoś)", musimy tę ucieczkę jakoś adresować – „**dokąd (do czego)** się ucieka". W tym przypadku będzie to „ucieczka **do siebie**" albo „**do rodziny**". Przeanalizujmy zatem **kontekst rodzinny.**

Przy założeniu, że → rodzina jest dla danej osoby jakimś możliwie niekwestionowanym dobrem, bywają ucieczki „od świata **do rodziny**" (status emerytalny daje więcej czasu na poświęcenie się rodzinie; nadto relacje babcie i dziadkowie – wnuczęta itp.). Jednak również w kontekście rodzinnym – w rozmaitych permutacjach i w różnym stopniu – występuje zjawisko „ucieczki od", zamknięcia się. Wyróżnia je jednak specyfika interakcji, kontaktów międzyludzkich w rodzinie, które pod względem siły emocjonalnej (choć nie tylko) znacząco różnią się od tych społecznych w szerszym kontekście. Współcześnie poza wspomnianymi społeczeństwami plemiennymi (ale ta tradycja była bardzo długa – trwała jeszcze przecież np. w Polsce szlacheckiej) **i z wyjątkiem rodzin, w których męska lub żeńska „głowa" jest właścicielem i zarządcą jakiegoś majątku (firmy)**, status emeryta (czy po prostu człowieka starego) na ogół oznacza *de facto* osłabienie jego pozycji rodzinnej. Starość także w rodzinach sprowadza się niekiedy (trudno powiedzieć jak często) do wypadnięcia danej osoby z głównego nurtu życia (popularne określenia potoczne jak „wyautowanie", „wykasowanie", bycie „poza nawiasem" czy raczej rzec by trzeba – „w nawiasie"); w dalszej przeszłości – bycie „na wycugu", przebywanie starych na piecu („na zapiecku"); odsunięcie od najważniejszych decyzji.

Wydaje się, że stosunkowo rzadko, ale zdarzają się również „ucieczki od rodziny" w sensie dosłownym lub niemal dosłownym. Zniechęcenie, znużenie, rozczarowanie, różne zdarzenia emocjonalne i faktograficzne (trudne do przewidzenia i kwalifikowania) sprawiają niekiedy, że ludzie starzy separują się od siebie (nawet się rozwodzą) lub innych członków rodziny, zmieniają miejsce zamieszkania, a nawet „znikają bez śladu" (celowe „zaginięcie"). Przykład Lwa Tołstoja (1829–1910) i jego ucieczki – w sensie dosłownym – z Jasnej Polany dopuszcza, zdaniem piszącego te słowa, możliwość analogicznej interpretacji tego faktu ze znanej skądinąd biografii pisarza (por. Duda, 2014 b, s.18).

Kolejnym jest **kontekst samotności.** Przypadkiem szczególnym jest starość samotna – „w pojedynkę" (bardziej popularne dziś określenie: „singlowa" od „singla", czyli osoby bez partnera życiowego), spowo-

dowana śmiercią partnera (partnerki), częściej dotykająca kobiety (żyjące dłużej) niż mężczyzn, lecz także wynikająca z podjętych decyzji (np. separacje, rozwody, staropanieństwo, starokawalerstwo, stan duchowny) lub z powodu różnych sytuacji życiowych.

Prawdopodobnie (**choć zapewne nie bez wyjątków**) starość samotna jest stanem szczególnie psychicznie wyniszczającym. Nawet stadne zwierzęta (o czym już dobrze, choć nie od tak dawna, wiedzą nowoczesne ogrody zoologiczne) „w pojedynkę" czują się bardzo źle, co niszczy ich zdrowie i skraca życie. Trudno przypuścić, by inaczej było w przypadku człowieka, w dodatku człowieka starego. Mamy tu jednak na myśli głównie ludzi nie poddanych wcześniej dyscyplinie i samodyscyplinie wynikającej z wyboru drogi życiowej – np. kapłaństwa, życia zakonnego itp. To chyba słabo zbadany (jeśli w ogóle) kontekst. Można jedynie domniemywać, że głęboka więź duchowa z Bogiem (modlitwa, kontemplacja itd.) i stały „trening" różnych reguł kapłańskich i zakonnych oraz poczucie misji wydatnie osłabiają poczucie osamotnienia (nasilające się w starości). Jednak z doświadczenia piszącego te słowa (znajomości z takimi osobami) zdaje się wynikać, że na wskroś ludzka przecież potrzeba bliskości z innymi (w sensie rodzinnym) także takim ludziom daje się we znaki, jest jednak dolegliwa. Znane są niekiedy heroiczne przykłady osób starych i samotnych (w sensie: „bez rodzin") do końca życia najowocniej aktywnych (np. w imię dobra innych) i wolnych od wszelkich zdziwaczeń – jak św. Jan Paweł II (1920–2005) czy św. Matka Teresa z Kalkuty (1910–1997). Jak zwykle bowiem osoba człowieka (i paradoksalność jego natury) wymyka się ścisłym regułom i kwalifikacjom, przeto nie sposób przewidzieć (oraz wyodrębnić i nazwać) wszystkich możliwości jej manifestowania się w świecie… W istocie mamy tu więc do czynienia raczej z brakiem „ucieczki od świata" i z ugruntowaną, wierną do końca, heroiczną „obecnością w świecie". Na ogół jednak stan samotności już sam w sobie jest niejako „ucieczką od świata", bo zwykle efektem finalnym takiej ucieczki i tak jest przecież samotność, chociażby to była „samotność w tłumie" (w rodzinie, w małżeństwie). Być może dobrym określeniem tego stanu będzie słowo „odcięcie"; często taki człowiek samotny jest w takim czy innym stopniu i sensie „odcięty od świata" i siłą rzeczy skazany na „świat własny". Uprawnione byłoby tu także (a może nawet bardziej), jak się wydaje, słowo **osamotnienie** – o specyficznym nachyleniu semantycznym, nazywające stan nie tyle samotności fizycznej (dosłownej), co stan psychiczny – poczucie bycia tylko samym z sobą, bez psychicznej więzi z innymi nawet w rodzinie czy innym otoczeniu społecznym. Syndromy takiej samotności bywają bardzo różne; język potoczny przynosi sporo określeń tego stanu, jak np. stary dziwak, samotny dziwak, tetryk, zgred, upierdliwiec, stary dureń, odludek, stary sknera, zwariowana stara panna, zdziwaczała wdowa… Język ów odnotowuje tu tę niekiedy wspólną cechę samotnych ludzi starych, którą nazywamy „dziwnością, zdziwaczeniem", co odnosi się do ich zachowania. Psychologia i psychiatria (a także literatura piękna w swych opisach tej rzeczywistości) daje nam cały wachlarz czy nawet skomplikowaną w barwach paletę opisów tych zachowań tworzących syndromy samotnej starości – stanów depresyjnych i lękowych (wiodących nawet do samobójstw), ale też stanów agresji i różnych manii (np. różne „zbieractwo", gromadzenie bezwartościowych przedmiotów, sknerstwo, przemożna gadatliwość, patologicznie wyolbrzymiona potrzeba posiadania jak największej liczby zwierząt, zwykle kotów i psów itd., itp.). Pomijamy stany w sposób oczywisty wynikające z chorób psychicznych i neurologicznych czy → otępienia starczego (dotykających potencjalnie wszystkich żyjących długo, a zatem nie tylko osób samotnych). Trzeba dodać, że część z nich (stanów) może dotyczyć nie tylko osób samotnych i nie tylko starych.

Problem jest jednak złożony i można go widzieć nieco inaczej — w sensie moralnym normatywnie (a zarazem idealistycznie i introspekcyjnie w duchu irracjonalizmu); przytoczmy tu słowa Artura Schoppenhauera (1788–1860): „W samotności każdy z nas poznaje, ile sobą naprawdę przedstawia". Zapewne bywa i tak…

II. Geroeskapizm *ad mundum*, czyli starcze ucieczki do świata i/lub „do użycia świata"

Na ogół wtedy, gdy człowiek postrzega własną starość jako zagrożenie dla swojego dotychczasowego → stylu życia (ale stylu o nachyleniu hedonistycznym czy wręcz hedonistycznego) **wzbudza w sobie** (lub pojawia się on samoistnie) **lęk utraty** (Duda,. 2011) i płynących stąd przyjemności zmysłowych, psychicznych i sytuacyjnych, w tym społecznych (władza, znaczenie, szacunek), a zarazem – po części – utraty rozmaitych korzyści stąd pochodzących.

Analizując **kontekst społeczny** ucieczki człowieka starego od świata, wskażmy wyrywkowo, że dotyczy to: pozycji jakiejś władzy danego osobnika nad innymi jako posiadacza różnych (faktycznych lub urojonych) wpływów, np. zawodowych i polityczno-społecznych, lecz także pozycji „ducha towarzystwa" (nawet bawidamka i uwodziciela, „podbijacza serc niewieścich", gwiazdy,

„pożeraczki serc męskich"), snobistycznie cenionego organizatora różnych imprez towarzyskich mniejszego czy większego kalibru, osoby opiniotwórczej, bogatego sponsora czy darczyńcy-filantropa itp. Ów lęk utraty uruchamia całe zestawy różnych reakcji na dany stan rzeczy. Reakcją niejako pierwszą (niekoniecznie świadomą) jest **maskowanie się**. Mężczyzna lub kobieta niemal dosłownie maskują objawy idącej lub już dokonanej starości. Z powodu wyżej zarysowanej motywacji i mimo rosnących trudności obiektywnych usilnie zachowują dotychczasowy styl życia, w sposób szczególny przywiązując wagę do wyglądu zewnętrznego (wagę niekiedy patologiczną, np. serie kosztownych, bolesnych i ostatecznie mało trwałych w efektach operacji plastycznych, przesadne makijaże). „Bywają" wszędzie, gdzie „bywać" należy; nie przywiązują znaczenia do pór snu i aktywności; nie zrywają z używkami (nawet nie zmniejszają ich dawek); ostentacyjnie obnoszą się ze swą sprawnością fizyczną (niekiedy u mężczyzn także seksualną) i umysłową; niezmiernie dbają o wygląd zewnętrzny (fortuny wydawane na kosmetyki, masaże, ćwiczenia, kuracje, suknie, garnitury) – jednym słowem potocznym „szpanują" na wszelkich polach postrzeganych społecznie. Te zabiegi maskowania się są niekiedy (czyli do czasu) niedostrzegane przez otoczenie społeczne, ale w efekcie finalnym – dostrzegane są zawsze i oceniane różnie, w tym z dozami niejawnej (lub jawnej) drwiny. Mimo to zainteresowani z nich nie rezygnują. Oczywiście – per saldo – zjawisko to może być również pozytywne: mobilizuje do aktywności, zwiększa stałą dbałość o zdrowie (związane też z wyglądem), nie przerywa więzi i interakcji społecznych, do pewnego stopnia być może przedłuża życie, daje szanse użyteczności dla innych.

Zasada takiej „ucieczki do życia" pozostaje ta sama zarówno w odniesieniu do osób zamożnych (lub bogatych) będących tu przykładem (które na to stać i znajdują się na wyższych szczeblach społecznej drabiny), co do osób uboższych i niezamożnych, chociaż tendencja ta ujawnia się u nich w mniejszej skali lub w nieco innym kierunku. Podobnie rzecz się ma z pracą zawodową, którą wielu, gdy może (zdrowie, rynek pracy, pozycja społeczna) zachowuje jak najdłużej, a wielu innych łączy ją „z" lub zastępuje ją działalnością społeczną (fundacje, zbieranie funduszy, wolontariaty, filantropia). Wszystkie te działania „maskujące" lub tylko utrzymujące *status quo* mogą trwać, ma się rozumieć, tylko do czasu. Następowanie starości jest bowiem bezlitosne i w końcu wymusza zmniejszanie i zaprzestanie tych form aktywności (z wyjątkiem osób „poległych na posterunku aktywności").

Niekiedy te formy ucieczki do świata zostają, nawet znacznie, spotęgowane i „skrzywione" (być może jest to reakcja rozpaczliwa, podyktowana stopniem lęku); stają się spontaniczne i wymykają spod kontroli – podszyte erupcją emocjonalną. U mężczyzn, bywa, przybierają też formę stałej potrzeby „potwierdzania" swej męskości (krzepy, wigoru, sprawności fizycznej), np. król Hiszpanii Juan Carlos I (1938–) raczy się i chełpi polowaniami na zwierzęta, przekraczając, zdaniem piszącego te słowa, smutne granice śmieszności: sam przecie stary i jako król należący do **„gatunku ginącego"** nie wstydził się upolować w Afryce innego przedstawiciela ginącego gatunku – słonia (wystawionego mu pod lufę), a przy okazji paskudnie połamał sobie podczas tego safari nogę i z trudem wrócił do zdrowia. Z kolei niegdyś pisarz–noblista Ernest Hemingway (1899–1961), namiętny – rzec można – myśliwy prawdopodobnie z powodu perspektywy nadchodzenia starości z jej potencjalną fizyczną degradacją popełnił samobójstwo (żył zaledwie 62 lata).

Biorąc pod uwagę **kontekst osobisto-rodzinny**, dostrzegamy, że zjawiskiem częstszym u mężczyzn niż u kobiet staje się zmiana w starszym wieku dotychczasowej partnerki życiowej na partnerkę młodszą. Wzmiankowane wcześniej osłabienie przez instynkt samozachowawczy norm i zasad moralnych, jak również istniejące nawet od tysiącleci stereotypy („Młoda kobieta przedłuża życie starszego mężczyzny i umacnia je") sprawia, że oto stary mężczyzna porzuca starą żonę na rzecz żony młodej albo młodszej kochanki. Jakkolwiek najczęściej jest to zamiana bardzo wątpliwa, nawet iluzoryczna w skutkach (a bywa też, że rujnująca życiowo, moralnie czy materialnie daną osobę), stosowana jest nierzadko jako rzekome antidotum na starość, na oddalenie idącej perspektywy niedołężności i śmierci.

Zdarza się, że owe wyrachowanie zastępowane jest (przy udziale hipokryzji i procesów w podświadomości) autentycznym rzekomo „zakochaniem się" starca (staruszki), zauroczeniem, „utratą głowy" itp., co literacko brzmi bardzo dobrze i jest romantycznie nośne. Podaje się tu przykłady ludzi wielkich jak np. Johanna Wolfganga Goethego (1749–1832) i wielu innych. Piszący te słowa ma jednak sporą wątpliwość co do autentyczności takich stanów emocjonalnych zwanych „miłością", młodzieńczym „zakochaniem się" (a nie pociągiem fizycznym) u ludzi starych, choć ich, rzecz jasna, z góry nie wyklucza. Tak czy inaczej są i one jakąś formą „ucieczki do świata" i zarazem iluzorycznej „ucieczki od starości i śmierci". Bywa też tak, że starsi panowie, zapominając o zwykłej godności i ryzyku

bycia żałosnym, udają „młodzieżowców", ubierają się i zachowują młodzieżowo, odwiedzają dyskoteki, stawiają drinki i podrywają młode (nierzadko młodociane) dziewczyny albo po prostu kupują co młodsze prostytutki. Inni – gdy zdrowie pozwala – idą w rozbuchaną aktywność seksualną, w narkomanię, pijaństwo czy hazard. Piszący te słowa obserwował w kasynach Atlantic City w stanie New Jersey (USA) w 2003 masową (co do liczby) obecność drobnych hazardzistów-emerytów i emerytek-hazardzistek.

Zdarza się, że ta pierwsza aktywność [seksualna] przybiera formy nawet tak patologiczne i zbrodnicze jak pedofilia (przy braku możności lub satysfakcji seksualnej w istniejącym związku albo w stanie samotności). Jakkolwiek bowiem pedofilia w żadnym razie nie może być „przypisana" do wieku starczego czy „dojrzalszego", zdarza się także w tym wieku, niestety — wcale nie tak rzadko.

Poza ryzykiem naruszeń prawa w każdym z tych przypadków (możliwości) następuje rozluźnienie (ograniczenie) lub zniweczenie związków rodzinnych, ewentualne naruszenie dobrych (zakładamy) lub pogorszenie złych relacji emocjonalnych z małżonkami i ich potomstwem, niekiedy nawet z dalszymi krewnymi. W ślad za tym, zdarza się, idą nowe, krzywdzące rodzinę, rozporządzenia moralne i majątkowe (w tym testamentalne). – „Dziadek (babcia) fiksuje, sfiksował, zdurniał na starość, odbiło mu" – dają się wtedy słyszeć słowa rozdrażnionych rodzin. [Osobnym zagadnieniem jest „geroeskapizm" podstarzałych postaci literackich i/lub operowych, np. Don Pasquala, Falstaffa czy Fausta (zob. Kański, 2014, por. także filmografia *Jeszcze nie wieczór*, 2008) – przyp. red.].

Wreszcie **kontekst samotności.** Jakaś **subpopulacja x** w zbiorze wszystkich ludzi nie wytrzymuje samotności lub wytrzymuje ją z trudem jako dodatkowy stan trudnego położenia w opresji starości. Wynika to albo z rodzinno-społecznych dyspozycji jednostki (a także jej doznań, doświadczeń, historii osobistej), albo z cechy zwanej brakiem akceptacji samego (samej) siebie (lub z obu tych przyczyn jednocześnie). Ten zespół przyczyn również może się składać na motywację „ucieczki **do świata**" w formach nie odbiegających od wskazywanych wyżej.

III. Geroeskapizm *ex ego*, czyli „ucieczka ze swego *ja*, od siebie"

Zależnie od stanu samooceny jednostki, a ta, jak wiadomo, bywa różna, starość zaś sprzyja dokonywaniu samoocen (różnych „bilansów" życiowych, określanych jako → retrospektywny przegląd życia), dany człowiek ostatecznie (należy tu zastrzec, że jest to pewne uproszczenie) akceptuje sam siebie lub nie. Oczywiście ta akceptacja lub jej brak **może występować na każdym etapie życia jednostki i nie jest (lub nie musi być) stanem niezmiennym**. W starości jednak, jak się wydaje, efekt takiej samooceny (stopień akceptacji) utrwala się, niezależnie od tego, na ile jest prawdziwy, faktyczny (zobiektywizowany).

Prawdopodobnie do rzadkości zależy stan samooceny **wyważonej**, zbilansowanej, tzn. takiej, której „składowe" to zarówno „plusy" jak „minusy". Częściej oceny te zdają się oscylować wokół oceny uskrajnionej na „plus" lub na „minus". W drugim przypadku (w uproszczeniu) mamy kompleks niższości, w pierwszym (też w uproszczeniu) kompleks wyższości i megalomanię (niekiedy skrywaną, której objawy są dyssymulowane). W jednym i drugim przypadku mamy jednak stan nierównowagi, z której jednostka nie musi sobie nawet zdawać sprawy. Jednak nierównowaga ta może przez pole podświadomości inicjować zachowania wynikające ze → stresu, a nawet frustracji (tu: jako stresu długotrwałego z powodu rozziewu między pragnieniami a możliwościami ich realizacji lub/oraz wyznawanymi poglądami a rzeczywistością, która im zaprzecza albo jest im wroga). Takie oceny i stany prowadzą nierzadko właśnie do „ucieczki od siebie".

Ważny jest również **kontekst osobisto-rodzinny.** Brak akceptacji siebie (niska samoocena, obciążanie się przeszłością) – być może przez świadomą (lub nie) potrzebę swoistej **ekspiacji** – prowadzić może, przykładowo:

- do nadmiernej (narzucającej się, irytującej na dłuższą metę) opiekuńczości („wsadzanie nosa w nieswoje sprawy") wobec członków rodziny (np. dzieci, zięciów, synowych – niemal odwieczny problem „teściowej") i swoistej zaborczości (także wobec współmałżonków);
- do obciążania członków rodziny winą za: faktyczny lub urojony chłód uczuciowy albo własne (lub wspólne) niepowodzenia życiowe; faktyczny lub urojony brak szacunku; niepoświęcanie dostatecznej uwagi; do przypominania i wypominania różnych epizodów nawet z dalekiej przeszłości;
- do zachowań dewocyjnych, pewnej emocjonalnej hipertrofii „nawróconego grzesznika" (fundamentalizm postaw, zachowań, opinii, ocen bliźnich, skrupulatne i przesadnie częste spowiedzi, intensywne choć powierzchowne uczestnictwo w życiu religijnym).

Odnotujmy w tym miejscu (choć właściwie dotyczy to ucieczki do siebie, geroeskapizmu *ad ego*), że moż-

liwość poszerzonej i pogłębionej, także doświadczeniem życiowym, refleksji światopoglądowej, dotychczas z różnych przyczyn nieobecnej (lub słabo zaznaczonej) w życiu danej jednostki, prowadzić może niekiedy zarówno:

- **do autentycznego nawrócenia się** na wiarę religijną (lub do jej znaczącego pogłębienia);
- jak do jej **modyfikacji negatywnej** (w porównaniu z obowiązującym „standardem" doktrynalnym) lub **zwątpienia** (zob. Zych, 2012, s. 155–167);
- albo nawet do postawy ateistycznej (**niewiary w Boga, a wiary w to, że Go nie ma**; istnienia lub nieistnienia Boga udowodnić się nie da, zatem i jeden, i drugi pogląd pozostaje nadal **li tylko kwestią wiary**; w tym sensie **ateista to także człowiek wierzący**, choć negatywnie).

Samoocena wysoka (czy też, precyzyjniej, „zawyżona") i postawa megalomańska, bywa, niejako kompensuje kompleks niższości w tle i prowadzić może na starość do intensyfikowania prób (jeśli nie udały się one wcześniej) zajęcia autokratycznej pozycji w rodzinie (narzucania arbitralnych decyzji i poglądów, wymuszania określonych zachowań). Są to *de facto* formy ucieczki od siebie, czyli od prawdy o sobie, od zobiektywizowanej diagnozy samego siebie i swego życia.

Biorąc pod uwagę **kontekst społeczny** ucieczki od siebie, widzimy że, przy braku akceptacji samego siebie (samej siebie) ucieczka od siebie może polegać:

- na ucieczce od dotkliwości mijającego czasu, czasu niosącego różne rodzaje starczej „pustki", poczucia bezużyteczności, a w efekcie na szukaniu kompensacji w różnych formach pracy społecznej. Gdy ktoś – niezależnie od motywacji – chce coś czynić dla innych, dysponując jeszcze zdrowiem i siłami do aktywności, są to oczywiście dążenia chwalebne i godne wszelkiego → wsparcia;
- na próbach „zapomnienia o sobie", odsunięcia od świadomości swej złej samooceny i zbliżającego się kresu życia (ucieczka w alkohol i inne używki).

Przy samoocenie zawyżonej (megalomańskiej) dana osoba może przejawiać:

- swoiste odcinanie się od świata z pozycji „niedocenionej wielkości";
- próby zajmowania wysokiej pozycji społecznej przez pracę społeczną (a niekiedy nadal zawodową) lub filantropijną, co oczywiście jest wartościowe i nie musi mieć związku z megalomanią;
- dążenie (niestety) do odgrywania znaczącej roli politycznej (**lub utrzymywania jej**). Kiedy nie cieszą już ani pieniądze (zły stan zdrowia ogranicza różne rodzaje konsumpcji), ani uczucia, ani seks, pozostaje zaspokajanie żądzy władzy jako takiej, tak czy inaczej „pobudzającej krążenie krwi" – zjawisko znane i szeroko opisywane. Politycy na ogół są megalomanami (z kompleksem niższości w tle), która to cecha osobowości na starość się pogłębia.

IV. Geroeskapizm *ad ego*, czyli „ucieczka do siebie, do swego *ja*" i konteksty specjalne

Konteksty specjalne dotyczą osobowości twórczych – we wszelkich dziedzinach – i najogólniej je podzielić na naukowe i artystyczne. Jakkolwiek w środowiskach tych ludzi znajdziemy, rzecz jasna, osoby o podobnych jak analizowane już wyżej, postawach i cechach „ucieczek", łączy ich zasadniczo to, że starość i emerytura zwykle znaczą dla nich **zysk najcenniejszy, czyli czas**, zważywszy na to, że w Polsce w zasadniczej przewadze artyści i naukowcy nie uprawiają tzw. wolnych zawodów, lecz utrzymują się z pracy etatowej (czy innej najemnej) absorbującej życiowy okres największej aktywności. Uzyskany czas wolny od wymogów pracy stricte zarobkowej (zawodowej) stwarza więc okazję (nie zawsze komfortową, bo artyści i uczeni rzadko są przecież zamożni, niestety) do nieskrępowanej pracy twórczej w swoich dziedzinach. Dzieje się tak, na ogół, niemal niezależnie od stanu zdrowia tych osób, bo zwykle jest to praca o charakterze intelektualnym. Znane są przykłady uczonych i artystów tworzących do niemal ostatnich chwil życia, niekiedy nawet mimo wyniszczających i bolesnych chorób, jak np. kompozytorzy – Fryderyk Chopin (1810–1849) i Wojciech Kilar (1932–2013), twórca teorii dezintegracji pozytywnej – Kazimierz Dąbrowski (1902–1980), pionier polskiej myśli hematologicznej i ekologicznej – Julian Aleksandrowicz (1908–1988), aktor Tadeusz Łomnicki (1927–1992), malarze – Franciszek Starowieyski (1930– 2009) czy Jerzy Duda Gracz (1941–2004), poeta Zygmunt Dmochowski (1931–2013) z Opola i wielu, wielu innych.

Wspomniany Julian Aleksandrowicz z Krakowa nawet przebywając na emeryturze stosował w codziennej praktyce zmodyfikowaną maksymę: „Człowiek powinien żyć tak, jak by miał żyć wiecznie, a pracować tak, jak miałby umrzeć jutro", co oznaczało, że spał cztery godziny na dobę, a pracował intelektualnie (a wcześniej też zawodowo), z małymi przerwami, dwadzieścia godzin na dobę (udzielając też rozlicznych wywiadów prasowych, radiowych i telewizyjnych), wyłącznie dla wypełniania etosu i społeczno-zawodowej misji uczonego-lekarza i filozofa ekologizmu.

Tak czy inaczej przykłady takie również pokazują „ucieczkę od starości" [niczym *Sen Osjana* – przyp.

red.] – ucieczkę najbardziej wartościową, bo „do siebie" w tym sensie, że do swych możliwości twórczych, a one przecież — używane — także są formą swoistego zapomnienia o starości i niechybnie zbliżającej się śmierci, choćby nie były świadomie stosowane jako „antidotum" czy „uśpienie" względem opresji starości i przemijania.

HDU

B: Dröscher, 1997; Duda, 2000, 2009, 2011, 2014 a, 2014 b, 2015; Kański, 2014; *Pismo Święte…*, 2013; Zych, 2012 a.
F: *Jeszcze nie wieczór*, 2008; *Papusza*, 2013.
O: lęki egzystencjalne w starości, postawy wobec starzenia się i starości, retrospektywny przegląd życia, starość.
TK: ang. *escapes from old age* or "*geroescapism syndrome*", fr. évasion hors de la vieillesse / "*syndrome de geroévasion*", hiszp. évasion a la vejez / "síndrome de geroévasion", niem. *die Furcht vor dem Alter / "Geroeskapismus-Syndrom*", ros. *бегства от старости или „синдром героэскапизма"*.

„syndrom geroeskapizmu" → ucieczki od starości

uczenie się starości

– można spostrzegać jako permanentny proces życiowy. → Starości bowiem człowiek uczy się na przestrzeni całego swojego → życia. To uczenie się rozpoczyna już w dzieciństwie, ze znaczącym – i często bardzo radosnym – udziałem dziadków oraz innych osób starszych w jego bezpośrednim otoczeniu. Ze starością konfrontowany jest i później, gdy w młodości uczestniczy wraz z rodzicami w procesie wspierania starzejących się dziadków, szczególnie zaś w dorosłości, gdy starzeją się jego rodzice i wymagają odpowiedzialnej → opieki. Natomiast to uczenie się w okresie starości oznacza bezpośrednie osobowe doświadczanie własnego procesu → starzenia się. W ten sposób dopełnia się naturalna → edukacja gerontologiczna każdego człowieka. Z takiej więc całożyciowej perspektywy można mówić o „drodze człowieka do starości" jako jednej z jego dróg rozwojowych (Dubas, 2002 a). Znaczenie uczenia się – powiązanego ze starością jako okresem życia – dostrzegał już → Komenský, gdy wyróżniał w procesie całożyciowej edukacji człowieka osiem „szkół". Szkołę siódmą – przedostatnią, nazwał „szkołą starości", a „szkołę" ósmą – ostatnią, również powiązaną ze starością w perspektywie → biegu [całego] życia, „szkołą → śmierci" (Komeński, 1973, Dubas, 2004 a, s. 200). Uczenie się starości jest to więc również końcowy etap ludzkiego uczenia się, przy czym to uczenie się wyraźnie pełni funkcje egzystencjalne, właśnie choćby w powiązaniu z perspektywą śmierci, a także innych sytuacji cierpienia, jakich doświadcza człowiek starszy (Dubas, 2008 a). Uczenie się starości, realizowane również jako uczenie się w starości, jest swoistą medytacją nad życiem, prowadzoną przez człowieka starszego (por. Czerniawska, 2000, s. 178), z której może wyniknąć [z]rozumienie fenomenu życia w jego jednostkowym i kosmicznym wymiarze (Dubas, 2008 a). Uczenie się starości jest zarazem uczeniem się życia, gdyż starość jest nieodłącznym jego składnikiem. Uczyć się pomyślnie żyć, to zarazem uczyć się pomyślnie starzeć.
Uczenie się starości zamyka się w teoretycznej konstrukcji edukacji ukierunkowanej na starość: edukacji o starości, do starości i w starości. Odzwierciedla ona działania jednostki i jej otoczenia w zakresie edukacji gerontologicznej i → gerontologii edukacyjnej, w tym także → wychowania [czy przygotowania] do starości, stanowiących przedmiot badań → geragogiki (Dubas, 2008 a). Naturalna edukacja powinna być wspomagana oddziaływaniami profesjonalnymi i ukierunkowującymi proces nabywania pozytywnych postaw wobec starości oraz postaw sprzyjających afirmacji życia. Uczenie się starości jest też czynnikiem formowania się → filozofii starzenia się, która stanowi ważny element → sztuki starzenia się, pojmowanej jako złożona umiejętność pomyślnego doświadczania starości. *Ars senii* jest zatem efektem naszego wieloletniego wysiłku edukacyjnego, w tym wysiłku autoformacyjnego, zmierzającego do kształtowania w sposób pomyślny całego przebiegu naszego życia (por. Dubas, 2012, s. 20–21).

ED

B: Czerniawska, 2000; Dubas, 2002 a, 2004 a, 2008 a, 2012; Komeński, 1973.
O: edukacja a starzenie się, edukacja gerontologiczna, edukacja ustawiczna, edukacja w starości, geragogika, gerontologia edukacyjna, starość i edukacja, starzenie się, uczenie się w starości, wychowanie do starości.
TK: ang. *learning to old age*, fr. *apprendre à la vieillesse*, hiszp. *aprender a la vejez*, niem. *Lernen bis ins hohe Alter*, ros. *обучение старости.*

udar cieplny

O **udarze cieplnym** można mówić, gdy na skutek skojarzonego działania wysokiej temperatury i wilgotności dochodzi do załamania mechanizmów termore-

gulacyjnych organizmu i wzrostu temperatury ciała powyżej 41° C. Udar cieplny może zdarzyć się w mechanizmie wysiłkowym w czasie wykonywania pracy fizyczne w gorącym otoczeniu. W czasie upałów u osób w → wieku podeszłym dochodzi do klasycznego niewysiłkowego udaru cieplnego.

Objawami udaru cieplnego poza wysoką temperaturą są przyspieszenie oddechu i tętna, gorąca i sucha skóra, brak wydzielania potu, niepokój, rozdrażnienie, zaburzenia świadomości, ostatecznie utrata przytomności i drgawki. Wysoka temperatura ciała sprzyja rozpadowi włókien mięśniowych. Produkty rozpadu mięśni osadzają się w kłębuszkach nerkowych i rozwija się ostra niewydolność nerek. Nierzadko dochodzi do uszkodzenia serca i układu nerwowego oraz pojawienia się zespołu wykrzepiania śródnaczyniowego. Śmiertelność sięga 70% przypadków. Niewysiłkowy udar cieplny zwykle poprzedzony jest wyczerpaniem cieplnym – inaczej zespołem przegrzania. Przyczyna leży w utracie wody i elektrolitów. Skóra chorego staje się szaro-blada. Występuje uczucie znużenia, osłabienie łaknienia, bóle głowy, nudności. Temperatura ciała jeszcze jest prawidłowa. Wg niektórych *źródeł w przedziale 39*–41° C. Ciepło wytwarzane przez tkanki organizmu tracone jest przede wszystkim przez promieniowanie (55%) i parowanie (30%). Konwekcja, przewodnictwo, utrata z kałem i moczem mają mniejsze znaczenie. Funkcję termostatu pełni grupa komórek nerwowych zlokalizowanych w podwzgórzu – podwzgórzowy ośrodek termoregulacji. Informacja do podwzgórzowego ośrodek termoregulacji dociera w postaci impulsów ze skórnych receptorów ciepła i zimna i temperatury krwi opływającej ośrodek. W przypadku zbyt wysokiej temperatury podwzgórzowy ośrodek termoregulacji wysyła sygnały, których końcowym rezultatem jest rozszerzenie naczyń krwionośnych i wzmożone wydzielanie potu. Ośrodek kieruje także impulsy do kory mózgowej skutkujące potrzebą zdjęcia odzieży, odkrycia się, poszukiwania chłodniejszego miejsca. Nawet u osoby młodej i zdrowej utrzymująca się długo zbyt wysoka temperatura otoczenia i wysoka wilgotność uniemożliwia wydajne odprowadzanie ciepła z organizmu. Osoby starsze z różnych względów często same nie potrafią zadbać o siebie. Nadto fizjologia osób starszych sprzyja przegrzaniu organizmu. Wyżej jest ustawiony próg odczuwania ciepła, przez co osoby starsze wykazują skłonność do nadmiernego ubierania się. Osoby starsze słabiej odczuwają pragnienie, pobierają mniej płynów i są bardziej podatne na odwodnienie. Pogarsza się skórny przepływ krwi i sprawność gruczołów potowych. Częściej występują niedobory elektrolitów. Wraz z wiekiem przybywa schorzeń i wzrastają ilości przyjmowanych leków. Wiele leków sprzyja rozwojowi → hipertermii. Do takich zalicza się m.in. leki moczopędne i beta-blokery, leki przeciwparkinsonowskie, leki przeciwhistaminowe, leki przeciwdepresyjne i neuroleptyki.

Pierwsza pomoc w przypadku udaru cieplnego i zespołu przegrzania polega na przeniesieniu chorego do chłodniejszego miejsca, zdjęciu odzieży i chłodzeniu poprzez zwilżanie możliwie dużej powierzchni ciała najlepiej poprzez kompresy polewane chłodną (nie lodowatą) wodą. Konieczne jest wezwanie pogotowia ratunkowego. O ile chory jest przytomny wskazane jest podanie płynów najlepiej z dodatkiem soli.

Chorych z zespołem przegrzania należy hospitalizować, gdyż wymagają oni chłodzenia wraz podawania płynów i elektrolitów we wlewach dożylnych. Udar cieplny powinien być leczony w oddziale intensywnej terapii, gdyż stanowi stan bezpośredniego zagrożenia → życia. Poza schładzaniem ciała i uzupełniania wody i elektrolitów wymaga szerokich biochemicznych, w tym monitorowania układu krzepnięcia.

ZK

B: Kokot, 1988, 2003; Orłowski, 1989; Prusiński i współprac., 2000; Windak i współprac., 2015.

O: techniki obrazowania mózgu, udar mózgu.

S: udar słoneczny, wstrząs termiczny.

TK: ang. *heat illness* / *heat-related illness* / *"heat stroke"* / *sun stroke*, fr. *le coup de chaleur*, hiszp. *insolación* / *icto solar* / *ictus solis* / *infarto de calor* / *la enfermedad por calor*, niem. *Hitzeschaden* / *hitzebedingte Krankheiten* / *Hitzschlag* / *Hitzeserkrankung*, ros. *солнечный удар* / *тепловой удар* / *термическая болезнь* / *гелиоз.*

udar mózgu

– jest → chorobą, w której objawy ogniskowego, czasem uogólnionego uszkodzenia mózgu powstają w drodze uszkodzenia naczyniowego. Aby rozpoznać udar mózgu (łac. *insultus cerebri*) objawy wg definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) powinny utrzymać się ponad 24 godziny. Jeśli objawy wycofują się w czasie poniżej 24 godzin rozpoznaje się przemijające niedokrwienie mózgu. Udar mózgu powstaje w mechanizmie zatorowo-zakrzepowym (zawał mózgu, udar niedokrwienny, blady, biały) albo w mechanizmie krwawienia do tkanki mózgowej lub krwawienia podpajęczynówkowego (udar krwotoczny). Dość często dochodzi do wylewu krwi do stre-

fy zawału niedokrwiennego (udar ukrwotoczniony). Udary mózgu na ogół dotyczą starszej części populacji i są czwartą co częstości przyczyną zgonów. [Udar mózgu ze względów epidemiologicznych staje się poważnym problemem zdrowotnym. W Polsce zapadalność na udar mózgu wynosi rocznie 160 przypadków na każde 100 tys. populacji, przy czym w liczbie tej 35 zachorowań to udary ponowne. Ryzyko udaru mózgu narasta z wiekiem populacji – od rocznej zapadalności na poziomie jednego udaru na 30 tys. osób w czwartej dekadzie ich → życia do jednego udaru rocznie na 30 osób po 80. roku życia. Bardzo złe rokowanie, zarówno dotyczące wczesnej śmiertelności (40%), jak i ciężkiej niesprawności poudarowej (u 50%), jest ważnym problemem zdrowotnym, przede wszystkim geriatrycznym (Zych, 2010, s. 193) – przyp. red.].

Do czynników ryzyka udarów mózgu poza wiekiem zalicza się → nadciśnienie tętnicze, → cukrzycę, podwyższony poziom → cholesterolu, palenie tytoniu, brak → aktywności fizycznej, nadużywanie alkoholu. Wszystkie prowadzą do → miażdżycy. Choroby serca, zwłaszcza migoczące przedsionki są źródłem zamykających tętnice skrzeplin. O ile na wiek trudno mieć wpływ, to każdy z wymienionych czynników podlega modyfikacji. W prewencji udarów mózgu nawet lekkie ćwiczenia fizyczne, np. chodzenie, mają wpływ ochronny. Ograniczenie spożycia soli do 2 g dziennie redukuje ciśnienie tętnicze podobnie jak jeden lek przeciwnadciśnieniowy. Ryzyko udarów mózgu rośnie wraz z liczbą wypalanych papierosów. Ochronnie działają małe ilości alkoholu.

Objawy udaru mózgu zależą od miejsca uszkodzenia (objawy ogniskowe) i najczęściej są to połowicze (dotyczące jednej strony ciała) niedowłady, połowicze zaburzenia czucia, ubytki w polu widzenia, utrata zdolności rozumienia lub/i wyrażania się w mowie (→ afazja), piśmie (agrafia), utrata koordynacji (→ apraksja), zaburzenia poznawcze i emocjonalne. Nasilenie objawów udaru mózgu obejmuje szerokie spektrum od niewielkiego niedowładu jednej kończyny po porażenie czterokończynowe z afazją. Podobnie neuropsychologicznymi następstwami udarów mogą niewielkie zmniejszeniu napędu i motywacji, poprzez zmiany imitujące → depresję po → otępienie. Zrozumienie genezy objawów wymaga znajomości anatomii funkcjonalnej mózgu i jego ukrwienia. Diagnostyka neurologiczna udarów skupia się na ubytkach funkcji ruchowych i zmysłowych, mimo że korowa prezentacja tych funkcji nie przekracza 10% powierzchni mózgu. Pozostałe 90% obszaru kory mózgowej odpowiada za myślenie (kora przedczołowa), emocje (kora grzbietowo boczna i podstawno-przyśrodkowa płatów czołowych, hipokamp, części płata skroniowego, jądra podkorowe), jeszcze lokalizacje inne spełniają funkcje integracyjne. Uszkodzenie ośrodków mózgu odpowiedzialnych za poszczególne funkcje lub wychodzących z nich włókien nerwowych powoduje wypadnięcie tej funkcji. Są również w mózgu obszary nieme, których uszkodzenie nie wywołuje widocznych objawów.

Mózg stanowiący ok. 2% masy ciała wykorzystuje 15% objętości wyrzutowej serca. W przypadku całkowitego zamknięcia dopływu krwi do mózgu po 8 sekundach nie ma już wolnego tlenu. Po 12 sekundach następuje utrata przytomności. Zmiany martwicze mózgu pojawiają się do 3–4 minutach. 9 minut całkowitego niedotlenienia uniemożliwia przeżycie (poza → hipotermią).

Prawidłowy przepływ krwi wynosi 58 ml/100 g tkanki mózgowej. Objawy niedokrwienia pojawiają się, gdy przepływ zmniejsza się poniżej 22 ml/100 g. Spadek przepływu do 8–10 ml/100 g wywołuje zmiany nieodwracalne. Obszar w którym doszło do martwicy (zawał) otoczony jest strefą obrzęku (*pen umbra* lub „strefa półcienia"). W obszarze penumbry funkcja komórek jest zaburzona, ale neurony potencjalnie są do uratowania. Leczenie udarów mózgu zmierza do ograniczenia strefy obrzęku i przywrócenia w nim wystarczającego krążenia. Niekiedy strefa martwicy rozszerza się na „obszar półcienia" i wówczas objawy narastają. Zjawisko bywa nazywane udarem postępującym, kroczącym.

Mózg jest zaopatrywany w krew przez odgałęzienia tętnicy szyjnej wewnętrznej oraz tętnice kręgowe. Odgałęzienia tętnic szyjnych wewnętrznych (oczna, naczyniówkowa, środkowa i przednia mózgu i inne mniejsze) odpowiadają za ukrwienie oka, jąder podkorowych i półkul mózgu, z wyjątkiem płatów potylicznych i części płata skroniowego. Tętnice kręgowe łączą się w tętnicę podstawną mózgu, a jej odgałęzienia doprowadzają krew do pnia mózgu, móżdżku, wzgórza, płata potylicznego i części płata skroniowego. Istnieją zespolenia pomiędzy podstawno-kręgowym układem tętniczym mózgu, a obszarem unaczynienia tętnicy szyjnej wewnętrznej. Od sprawności zespoleń, inaczej krążenia obocznego, zależy czy zamknięcie któregoś odcinka tętnicy spowoduje ciężkie następstwa łącznie ze zgonem, albo nie da żadnych objawów. Mniejsze znaczenie w krążeniu obocznym mają drobne tętniczki wychodzące z opony miękkiej częściowo zaopatrujące korę mózgu.

80–85 % udarów to udary niedokrwienne i w 2/3 przypadków dotyczą obszaru unaczynienia tętnicy

szyjnej wewnętrznej. Najczęstszą przyczyną udarów niedokrwiennych w mechanizmie zatorowo-zakrzepowym jest → miażdżyca. Zmiany miażdżycowe w tętnicach mózgowych rozwijają się w miejscach rozwidlenia naczyń lub w miejscach zakrzywienia. Blaszka miażdżycowa powoduje zwężenie lub zamknięcie światła tętnicy. Oderwanie się blaszki miażdżycowej skutkuje powstaniem zatoru w dalszym odcinku tętnicy. Skrzeplina może pochodzić również z lewego przedsionka serca, lewej komory serca, łuku aorty lub pozamózgowego odcinka tętnicy szyjnej wewnętrznej. Prócz skrzeplin materiałem zatorowym bywają komórki nowotworowe, tłuszcz, powietrze, bakterie. Czasem blaszka miażdżycowa pęka i rozwarstwia się ściana tętnicy. W fałszywym świetle naczynia tworzą się skrzepliny zamykające prawdziwe światło tętnicy. Jeśli zamknięciu ulegnie tętnica o większym przekroju zawał obejmuje korę mózgu i białą istotę podkorową. Są to zawały terytorialne. Przykładem zawału terytorialnego jest udar w obszarze zaopatrzenia przez tętnicę środkową mózgu. Taki udar przejawia się porażeniem i zniesieniem czucia lub niedowładem mięśni twarzy, kończyny górnej i dolnej przeciwnej połowy ciała niż dotknięta udarem w półkula mózgu (drogi nerwowe są skrzyżowane), niedowidzeniem połowiczym po tej samej stronie i nieładem spojrzenia w stronę przeciwną. Jeśli uszkodzenie dotyczy półkuli dominującej występuje również afazja i apraksja. Zawał w obszarze ukrwienia tętnicy przedniej mózgu skutkuje przeciwstronnym niedowładem kończyny dolnej, w przypadku półkuli dominującej także afazją ruchową. Udar obejmujący znaczne obszary płatów czołowych powoduje zmiany charakterologiczne i dementywne. Obszar niedokrwienia na pograniczu stref zaopatrywanych przez dwie tętnice to zawały wodno-działowe. Zwykle jest to zawał korowo-podkorowy przyśrodkowo położonych okolic płatów czołowego i ciemieniowego w obszarze ukrwienia w pomiędzy tętnicą przednią a środkową mózgu.

Nadciśnienie tętnicze prowadzi do arteriosklerozy (stwardnienia tętniczek). Ściany drobnych tętnic (200–400 mikrometrów) ulegają degeneracji i martwicy, skutkiem czego dochodzi do zakrzepów i zatorów, co za tym idzie licznych niewielkich udarów niedokrwiennych nazywanymi zawałami jamistymi lub lakularnymi. Ogniska martwicy nie przekraczają 15 mm średnicy i na ogół są zlokalizowane w istocie białej w pobliżu komór mózgu. Typowymi objawami udarów jamistych są izolowane niedowłady połowicze, izolowane niedoczulice połowicze, niedowład kończyny górnej. Proces mnogich drobnych zawałów może doprowadzić otępienia. Innym typowym miejscem zawałów lakularnych jest obszar ukrwienia tętnicy podstawnej mózgu. W przypadku zamknięcia tej tętnicy dochodzi do porażenia czterokończynowego i obustronnego porażenia nerwów czaszkowych. Zatory i zawały umiejscowione w jej dalszych gałęziach powodują uszkodzenia odpowiednio mniejsze i różnorodne objawy niekoniecznie wiązane z udarem mózgu. Objawom ogniskowych z obszaru ukrwienia tętnicy podstawnej mózgu zwykle towarzyszy silny ból głowy, nudności i wymioty, natomiast udar niedokrwienny w obszarze tętnicy szyjnej wewnętrznej na ogół przebiega bez bólu. Przykładowo zawał móżdżku powoduje oczopląs, zawroty głowy, niezborność ruchów tułowia, kończyn, utrudnienie artykulacji. Chory z udarem móżdżku na ogół może chodzić, przez co objawy mogą nie być wiązane z udarem. Cechą charakterystyczna jest skłonność do upadania w tą stronę, po której zlokalizowane jest ognisko udaru. Czasem nawet mimo pełnej i prawidłowo przeprowadzonej diagnostyki nie udaje się określić przyczyny udaru niedokrwiennego i taki udar bywa nazywany udarem kryptogennym.

Udar krwotoczny polega na bezpośrednim wynaczynieniu krwi do tkanki mózgowej, spowodowanym pęknięciem drobnej tętnicy przeszywającej. Krwotoki domózgowe stanowią 10–30% wszystkich udarów. Objawami są bóle głowy, wymioty i narastanie w ciągu kilku minut neurologicznych objawów ubytkowych. Najczęstszą przyczyną krwotoków domózgowych jest nadciśnienie tętnicze, prowadzące do osłabienia ściany drobnych tętnic i tworzenia się mikrotętniaków. Inne częste przyczyny to: wady w budowie naczyń krwionośnych, angiopatia amyloidowa, zaburzenia krzepnięcia krwi, przyjmowanie antykoagulantów, schorzenia hematologiczne, przyjmowanie substancji psychoaktywnych. Typowe lokalizacje ognisk krwawienia to podkorowa istota biała, wzgórze, jądra podstawy. Wypływająca pod dużym ciśnieniem krew uszkadza i przemieszcza mózg. Krwotok czasem przebija się do komór mózgowych i przez nie rozprzestrzenia do przestrzeni podpajęczynówkowej. Zwiększenie objętości mózgu poprzez krwawienie domózgowe może doprowadzić zatrzymania krążenia i oddechu na skutek uszkodzenia przez ucisk zlokalizowanych w pniu mózgu ośrodków oddechowego i krążeniowego. Jeśli chory przeżyje krwotok śródmózgowy, uszkodzone tkanki i krew zostają wchłonięte i miejscu uszkodzenia powstaje jama wypełniona płynem.

Krwawienie podpajęczynówkowe jest spowodowane pęknięciem tętniaka, zlokalizowanego zwykle na podstawie mózgu i wypłynięciu krwi pod ciśnieniem rów-

nym ciśnieniu tętniczemu do przestrzeni pomiędzy mózgiem a oponą pajęczą. Krwotok podpajęczynówkowy objawia się silnym bólem głowy o nagłym początku, opisywanym jako „najgorszy ból głowy w życiu", wymiotami i zaburzeniami świadomości. Przyczyny prowadzące do osłabienia ściany tętnic są podobne jak w przypadku krwawień domózgowych.

Ognisko uszkodzenia mózgu uwidocznia badanie → tomografią komputerową [TK] głowy lub rezonansem magnetycznym [MR], który ma większą czułość, przez co można wykryć mniejsze zmiany. MR wykazuje niekwestionowaną przewagę w diagnostyce zmian w tylnym dole czaszki. → Techniki obrazowania mózgu umożliwiają ocenę wielkości i lokalizacji ogniska udaru. Niekiedy we wczesnej fazie udaru nie udaje się wykryć zmian morfologicznych typowych dla udaru. Powtórzone badanie po upływie kilku godzin od zachorowania z reguły uwidacznia ognisko udaru. Badanie TK jest niezbędne przed wdrożeniem leczenia trombolitycznego, gdyż dobrze różnicuje udar niedokrwienny od krwotocznego – krew ma większą gęstość niż tkanka mózgowa. W przypadkach udaru w mechanizmie zatorowym niedrożność naczynia można wykazać badaniem angiograficznym [angio-TK]. Materiał zatorowy jest nietrwały i z reguły dochodzi do jego rozpuszczenia dlatego badanie należy wykonać w ciągu pierwszych 48 godz. od wystąpienia objawów ogniskowych. W tym czasie udaje się uwidocznić do 75% przypadków zatoru w tętnicach mózgowych. Ryzyko śmierci w ciągu 30 dni od udaru niedokrwiennego wynosi 8–20%, w przypadku krwotoków domózgowych 30–80%, zaś w przypadku krwotoków podpajęczynówkowych 20–50%.

ZK

A: ACV (fr., hiszp.), AVC (fr.), CVA, CVI (ang.).

B: Mumenthaler, Mattle, 2001; Rowland, Pedley, 2011; Zych, 2010.

O: techniki obrazowania mózgu, udar cieplny.

S: apopleksja, incident mózgowo-naczyniowy, udar mózgowy, wylew krwawy, wylew krwi do mózgu.

TK: ang. *stroke* / *cerebrovascular accident* [CVA] / *cerebrovascular insult* [CVI] / *brain attack*, *barriers*, fr. accident vasculaire cerebral [AVC] / accident cérébro-vasculaire [VCV] / attaque cérébrale / *lesion* cérébrale / *appoplexie* cérébrale, hiszp. *congestión cerebral* / *ataque cerebral* / *accidente* o *ataque cerebrovascular* [ACV] / *infarto cerebral* / *accidente vascular cerebral* / *apoplejía*, niem. *Schlaganfall* / *Gehirnschlag* / *Apoplexiae* / *zerebraler Insult* / *apoplektischer Insult*, ros. *инсульт инфаркт мозга* / *кровоизлияние в мозг* / *субарахноидальное кровоизлияни* / *ишемиический инсульт.*

uniwersytet międzypokoleniowy

– to forma → edukacji międzypokoleniowej, która należy do systemu kształcenia ustawicznego (→ edukacji ustawicznej), wpisując się w ideę LLL (ang. *life long learning*), oraz integracji międzypokoleniowej, co jest zgodne z kierunkami rozwoju instytucji edukacyjnych w Unii Europejskiej (UE). Pierwowzorem uniwersytetów i/lub akademii międzypokoleniowych są uniwersytety wszystkich pokoleń, działające we Francji od kilkudziesięciu lat, w których animatorzy społeczni i zawodowi aktywizują → seniorów oraz animują społeczność lokalną (Tryfan, 1993, 2000). Uniwersytety międzypokoleniowe [UMP/ump] to instytucje edukacyjne, sprzyjające realizacji koncepcji „Społeczeństwa dla wszystkich → grup wieku" (*Society for All Ages*), jednego z głównych kierunków aktualnej partycypacyjnej strategii polityki społecznej UE.

Uniwersytety międzygeneracyjne powstają obecnie w wielu polskich uczelniach – powołano m.in. Uniw. Międzypokoleniowy Wyższej Szkoły Humanitas w Sosnowcu, Międzygeneracyjny Uniw. Regionalny [MUR] w Czeskim Cieszynie przy Wydziale Zamiejscowym Wyższej Szkoły Biznesu w Dąbrowie Górniczej oraz Uniw. Międzypokoleniowy „Omega" w Kujawsko-Pomorskiej Szkole Wyższej w Bydgoszczy.

Zarejestrowano również Stowarzyszenie o nazwie Uniwersytet Międzypokoleniowy przy Uniw. Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie. Głównym ich celem jest zapewnienie osobom w różnym wieku możliwości udziału w różnorodnych formach edukacji międzypokoleniowej, natomiast cele szczegółowe to: umożliwienie swobodnej wymiany wiedzy i umiejętności wśród osób będących w różnym wieku; ukazanie lub odkrycie potencjału możliwości i zdolności osób będących w różnych fazach → życia; aktywizowanie osób w różnym wieku; kształtowanie nawyku racjonalnego spędzania → czasu wolnego; dążenie do lepszego zrozumienia między osobami z różnych → generacji; tworzenie warunków do zacieśniania relacji międzypokoleniowych → sprzyjanie integracji międzypokoleniowej.

Przykładowo, formy realizacji celów tej placówki edukacji międzypokoleniowej przy Uniw. Warmińsko-Mazurskim w Olsztynie są następujące (zob. http://www.uwm.edu.pl/ ump/):

- popularyzacja idei edukacji przez całe życie, edukacji międzypokoleniowej oraz koncepcji „Społeczeństwo dla wszystkich grup wieku";
- kreowanie, animowanie i prowadzenie różnorodnych form aktywności międzypokoleniowej,

zwłaszcza o charakterze edukacji międzypokoleniowej, np. międzypokoleniowe seminaria tematyczne, wykłady, odczyty, konferencje, spotkania, prelekcje, wystawy, warsztaty umiejętności; wolontariat, chór, teatr międzypokoleniowy; międzypokoleniowe imprezy kulturalno-rozrywkowe (np. pogadanki, imprezy okolicznościowe związane z aktualnymi świętami, potańcówki); międzypokoleniowe zajęcia z zakresu kultury fizycznej, rekreacji, sportu, turystyki i krajoznawcze;
- współpraca z krajowymi i zagranicznymi organizacjami pozarządowymi, instytucjami edukacyjnymi, jednostkami samorządu terytorialnego, instytucjami samorządowymi, środkami masowego przekazu i innymi podmiotami;
- prowadzenie działalności wydawniczej i informacyjnej.

Uniwersytety międzypokoleniowe jako instytucje, w których realizuje się zajęcia z zakresu edukacji międzypokoleniowej, stają się w obecnych czasach coraz bardziej znaczącymi instytucjami kształcenia ustawicznego. Ponadto stwarzają przestrzeń społeczną, która sprzyja integracji międzypokoleniowej, dzięki czemu przeciwdziałają tworzeniu się → subkultury starości i osób starszych, → segregacji wiekowej oraz → wykluczeniu społecznemu osób satrszych. W wymiarze indywidualnym ich uczestnicy – bez względu na liczbę przeżytych lat – przebywając w międzypokoleniowej grupie oraz przyswajając różnorodne treści edukacyjne, uświadamiają sobie zasoby, które w nich tkwią, co sprzyja ich wszechstronnemu rozwojowi.

AL-R

A: UIA (fr.).

B: Tryfan, 1993, 2000.

N: http://www.uwm.edu.pl/ump/.

O: edukacja międzypokoleniowa, generacja, Międzypokoleniowa Akademia Aktywności, polityka generacyjna, uniwersytet trzeciego wieku.

S: akademia międzygeneracyjna, akademia międzypokoleniowa, międzygeneracyjny uniwersytet regionalny, „szkoła międzypokoleniowa", uniwersytet międzygeneracyjny,

TK: ang. *intergenerational university* / *Intergenerational Academy* / *The Intergenerational School*, fr. *l'Université Inter-Âges* [UIA] / *l'université inter-âges*, hiszp. *universidad intergeneracional* / *"universidad inter-edad"*, niem. *generationenübergreifenden Universität*, ros. *„межпоколенческая академия"* / *„межпоколенческий университет"*.

uniwersytet trzeciego wieku (UTW)

– jest instytucją funkcjonującą w nurcie oświaty nieformalnej – kształcenie na UTW najczęściej nie przynosi formalnej certyfikacji wiedzy. Oferta edukacyjna jest zazwyczaj bogatsza w formy niż edukacja formalna: seminaria, odczyty, dyskusje, działalność klubowa, rozrywka i rekreacja, terapia, → poradnictwo, czytelnictwo, samokształcenie. UTW mają rozmaite formy organizacyjne i prowadzone są prze różne instytucje: organizacje pozarządowe (głównie stowarzyszenia, ale także fundacje, towarzystwa, związki), szkoły wyższe, placówki kształcenia ustawicznego, kościół i organizacje kościelne, instytucje samorządu lokalnego, głównie domy kultury. UTW są najbardziej popularną i wielopłaszczyznową formą włączenia osób starszych do systemu → edukacji ustawicznej. Pozwalają na aktualizowanie i poszerzanie wiedzy → seniorów, na zwiększenie ich → aktywności fizycznej, intelektualnej i społecznej, umożliwiają i ułatwiają osobom starszym angażowanie się w życie społeczne i/lub politycznie (Ziębińska, 2011, s. 150–151).

Do najważniejszych celów UTW można zaliczyć następujące: umożliwienie ludziom starszym i starzejącym się (w Polsce obecnie typowym słuchaczem UTW jest osoba w wieku 50–65 lat) kontynuacji procesu zdobywania wiedzy i umiejętności, pomaganie w rozwiązywaniu problemów osobistych i społecznych typowych dla okresu → starości, zachęcanie do aktywnego uczestnictwa w życiu społeczności lokalnej, tworzenie społeczeństwa obywatelskiego, angażowanie osób starszych w uczestnictwo w świecie, w którym istotną wartością jest informacja i elektroniczny sposób przekazu.

Wyniki badań potwierdzają, że uczestnictwo w UTW powoduje m.in. oddalenie w → czasie lub zminimalizowanie zaburzeń związanych z → otępieniem, a jednocześnie umożliwia dłuższe samodzielne i niezależne → życie, poprzez odpowiednie ćwiczenia fizyczne korzystne zmiany w układzie kostnym i mięśniowym, konstruktywne rozwiązywanie problemów psychologicznych typowych dla czasu starości, a także wiążących się ze zmianami otaczającego świata, wpływa także korzystnie na porozumiewanie się z młodszym pokoleniem (zob. Emergy, Blumenthal, 1990, s. 516–521).

Przyczyny rozwoju UTW

Wiele czynników wpływa na fakt, że powstaje coraz więcej uniwersytetów trzeciego wieku. Można zaliczyć do nich następujące: czynniki demograficzne, w postaci → starzenia się społeczeństw, czynniki społeczne

i kulturowe, takie jak: zmiany modelu życia → rodziny, zmiany w postrzeganiu wartości czy wzrost poziomu wykształcenia pokolenia ludzi starszych, współczesne postrzeganie cech → trzeciego wieku jako fazy życia, w której ludzie starzy mają większą niż w fazach poprzednich sposobność oddawania się aktywnościom pozarodzinnym i pozazawodowym, a jednocześnie są w tej fazie bardziej niż w następnych na tyle sprawni funkcjonalnie i poznawczo, by móc rozwijać swoje pasje i opóźniać negatywne skutki starzenia się organizmu (Ziębińska, 2011, s. 163–164).

Historia UTW

Zanim powstały pierwsze UTW, różne formy kształcenia dorosłych różne formy kształcenia ludzi starych praktykowano już w wielu krajach Europy, Ameryki i Azji. W Ameryce w połowie lat 50. minionego stulecia ludzie starsi uczestniczyli w wielu programach organizowanych przez instytucje państwowe, związki zawodowe, i prywatnych przedsiębiorców. Kształcenie odbywało się w uniwersytetach, w szkołach publicznych niższego szczebla, oraz poprzez kształcenie korespondencyjne. Również w państwach azjatyckich, na przykład w Japonii zajęcia dla ludzi starszych organizowano już w latach 60., a w Korei Południowej w latach 70. XX wieku, zaś w państwach skandynawskich edukacja seniorów odbywała się na uniwersytetach ludowych, prowadzono kilkutygodniowe kursy przygotowujące do → emerytury. Pierwszy uniwersytet trzeciego wieku powstał w roku 1973 w Tuluzie we Francji, założył go francuski prawnik → Vellas. Zasadniczy cel kształcenia ludzi starszych we francuskich UTW, określono wówczas jako przyczynianie się do poprawy → zdrowia ludzi starszych rozumianego jako pełnia dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a także jako poprawę ich → jakości życia poprzez (Ziębińska, 2011, s. 166–167):

- zapobieganie patologiom przyspieszającym proces starzenia się człowieka,
- zorganizowanie treningu fizycznego, który zmniejszy problemy z utrzymaniem równowagi, pozwoli jak najdłużej utrzymać podstawowe funkcje motoryczne, zmniejszy ryzyko upadków,
- kształtowanie właściwych nawyków związanych z odżywianiem się,
- zorganizowanie → wsparcia psychologicznego, w tym również odpowiednich treningów psychologicznych, mających na celu zapobieganie redukcjom zdolności poznawczych;
- umożliwienie kontynuowania życia „otwartego" na współczesne problemy społeczne, poprzez rozwijanie wiedzy o kulturze i społeczeństwie, a także kształtowanie umiejętności związanych z nowoczesnymi technologiami,
- wzbogacanie własnej tożsamości poprzez badanie swego pochodzenia,
- wzbogacenie swojego życia uczuciowego poprzez uczestniczenie w działalności artystycznej,
- pomaganie innym ludziom.

Po Francji uniwersytety tego typu powstawały w innych państwach Europy i Ameryki Płn. Do 1975 powstały UTW w Belgii, Polsce, Szwajcarii, Włoszech i Kanadzie. Pierwszy polski UTW założyła w 1975 w Warszawie znamienita lekarka i gerontolog, profesor → Szwarc. Historia polskich uniwersytetów trzeciego wieku jest prawie tak długa jak uniwersytetów francuskich. Polska był trzecim krajem na świecie, w którym rozpoczął się ruch UTW. Założycielka pierwszego polskiego UTW Halina Szwarc (1995, s. 10) tak oto wspominała to wydarzenie: „UTW w Warszawie miał szczęście, że mógł odegrać w naszym kraju rolę pionierską. Już w 1975 roku Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie rozpoczęło szkolenie w zakresie → gerontologii klinicznej, → [gerontologii] eksperymentalnej i → [gerontologii] społecznej, i na mnie jako kierowniku Zakładu Gerontologii CMKP spadł obowiązek zorganizowania pierwszych kursów doskonalących dla lekarzy. Dowiedziawszy się dzięki rozmowie z prof. Vellasem (która miała miejsce w czasie spotkania ekspertów → gerontologów w Mediolanie wiosną 1975 r.) o sukcesie pierwszego na świecie uniwersytetu dla seniorów, udało mi się później doprowadzić do otwarcia naszego UTW". Z dalszej części wspomnień dowiadujemy się, że warszawski UTW od początku swego istnienia spotykał się z ze zrozumieniem zarówno uczelni, przy której powstał, jak i Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej. Jednak nie wszystkie uniwersytety miały podobne doświadczenia „musiały pokonywać opory ze strony uczelni wyższych czy też ze strony środowiska nieprzygotowanego do tego rodzaju działalności edukacyjnej osób starszych wiekiem. Jednak wkrótce zaczęły powstawać w Polsce dalsze UTW dzięki wytrwałości ich inicjatorów i zapałowi słuchaczy" (Szwarc, 1995, s. 10). W 1976 powstał kolejny UTW – we Wrocławiu. Zorganizował go i kierował nim profesor → Kempisty. Stworzono go poprzez udział kilku instytucji wojewódzkich, Uniwersytetu Wrocławskiego i Akademii Wychowania Fizycznego. Do końca lat 70. XX wieku powstały UTW: w Opolu, Szczecinie, Poznaniu, Łodzi i Gdańsku (Ziębinska, 2011, s. 185–189).

Podstawowe modele uniwersytetów trzeciego wieku

Od początku funkcjonowania UTW wyodrębniły się dwa podstawowe jego modele: francuski, i brytyjski. Obie koncepcje z założenia zmierzają do zachęcenia ludzi starszych do pozostania aktywnymi na emeryturze i kontynuowania procesu kształcenia. Przez ponad czterdziestoletni okres funkcjonowania uniwersytetów poszczególne państwa tworzą własne zasady ich działania, przyjmując wspomniane modele za wzory dla swych własnych działań. Model francuski charakteryzuje się dbałością o wysoki poziom działalności dydaktycznej i naukowo-badawczej przy równoczesnym zróżnicowaniu form organizacyjnych – od pełnej integracji z wyższa uczelnią, poprzez ścisłą z współpracę z nią, aż do niezależności. Francuski model realizowany był zarówno poprzez tworzenie nowych struktur, jak i na podstawie istniejącej struktury oświaty dorosłych (podobny model realizowano w Belgii, Hiszpanii, Włoszech i w Szwecji). Zajęcia prowadzone w modelu francuskim przybierają następujące formy: wykłady, warsztaty, kursy, seminaria, wycieczki i/lub zajęcia ruchowe. Działalność UTW finansowana jest z opłat członków, subsydiów samorządowych, środków pochodzących od sponsorów, środków unijnych (Ziębińska, 2011, s. 227–229).

Model brytyjski, nazywany również modelem Cambridge lub „intelektualną demokracją", polega na tym, że można być zarówno studentem, jak i prowadzącym zajęcia – w przeciwieństwie do modelu francuskiego, w którym naucza kadra akademicka. Zasada wywodzi się z przekonania, że UTW powinien skupić osoby, które podejmują kształcenie lub pomagają innym w nauce. Ci, którzy nauczają, powinni być zachęcani do uczenia się, a ci którzy uczą się powinni również nauczać lub w inny sposób wspierać funkcjonowanie uniwersytetu. Brytyjskie uniwersytety realizują zatem tak zwana zasadę samopomocy (ang. *self-help*), a dofinansowywanie ich działalności dotyczy jedynie wybranych programów, np. kształtowania umiejętność IT [w zakresie technologii informacyjnej (ang. *information technology* – IT) lub infotechnologii, obejmującej całokształt zagadnień, metod, środków i działań związanych z przetwarzaniem informacji – przyp. red.]. Kolejna zasada dotyczy programu kształcenia, który powinien być tak szeroki, jak jego ludzkie i finansowe zasoby na to pozwalają. Za nauczanie i wspieranie w inny sposób działań uniwersytetu nie otrzymuje się wynagrodzenia. Brytyjski uniwersytet trzeciego wieku może założyć każdy chętny. Zrzeszają one czasem kilkuset członków, a niekiedy tylko kilkunastu. Oferta edukacyjna jest zróżnicowana, wykładane są przedmioty akademickie oraz prowadzone zajęcia praktyczne – program kształcenia zależy od zainteresowań członków uniwersytetu. Niektóre brytyjskie UTA współpracują ze szkołami wyższymi, ale większość z nich pozostaje niezależnymi ośrodkami, zakładając przy tym,że realizacji zadań poznawczych powinno towarzyszyć pełnienie funkcji integracyjnej i terapeutycznej. Zajęcia odbywają się w pomieszczeniach wynajmowanych od różnych instytucji, ale również w domach słuchaczy. Odnośnie poziomu wykształcenia i wieku nie stawia się formalnych wymagań. Słuchaczami UTA są najczęściej kobiety, osoby będące na emeryturze, posiadające wykształcenie wyższe i średnie, reprezentujące klasę średnią (Ziębińska, 2004).

We Francji UTA tworzą autonomiczne instytuty, oraz stanowią część – istniejącego we francuskich uniwersytetach – centrum dalszego kształcenia, bądź są stowarzyszeniami wiążącymi się w sposób formalny lub nieformalny z uczelnia wyższą. Obecnie idea kształcenia we francuskich UTA zmienia się w koncepcję uniwersytetu dla wszystkich grup wiekowych (fr. *Université Tous Âges* – UTA). Zmiany te wynikają zarówno z rozwoju centrów dalszego kształcenia na uniwersytetach, jak i z aktualnych tendencji na rynku pracy. Przypomnijmy również, że oświata dorosłych we Francji została już w latach 80. XX wieku określona jako społeczno-ekonomiczna, aktualnie też jest zdominowana przez kształcenie zawodowe.

Zrzeszenia Uniwersytetów Trzeciego Wieku

W niektórych państwach uniwersytety zakładają zrzeszające je organizacje lub tworzą programy mające na celu koordynację ich działań. W Wielkiej Brytanii opracowano program *Standing Commite for Education*, we Włoszech uniwersytety zrzeszone są w Narodowym Stowarzyszeniu Uniwersytetów Trzeciego Wieku (UNITRE), w Polsce UTW zrzesza Federacji Uniwersytetów Trzeciego Wieku. [Dodajmy, że I Kongres Uniwersytetów Trzeciego Wieku miał miejsce w 2012 w Warszawie (zob. fot. 1) – przyp. red.]. W Norwegii działa Narodowy Komitet Doradczy zajmujący się sprawami kształcenia seniorów, a w Irlandii *Federation of Active Retirement Association* (FARA). W Chinach działa *China Association of Universities for the Ages* (CAUA), natomiast w Afryce Płd. koordynacją działań uniwersytetów trzeciego wieku zajmuje się *Public Benefit Organization*. Nie wszystkie uniwersytety należą do tych programów i organizacji pozostając placówkami niezależnymi od zasad ustanawianych przez zrzeszenia.

Polskie uniwersytety trzeciego wieku

Do UTW zalicza się zarówno uniwersytety funkcjonujące na podstawie modelu francuskiego, szczególnie palcówki, które powstały jako pierwsze, w których poza działalnością dydaktyczną, prowadzoną głównie przez pracowników wyższych uczelni realizuje się badania z udziałem słuchaczy, jak i instytucje przypominające uniwersytety otwarte, których formy działania są bardziej różnorodne, a dobór prowadzących zajęcia oparty o zróżnicowane kryteria. Większość UTW działa pod tzw. patronatem naukowym uczelni wyższej. Na ogół jednak są to instytucje nie przygotowujące do zdobycia formalnych dyplomów i potwierdzające zdobycie kwalifikacji zawodowych. Podstawowym celem działania uniwersytetów jest stymulowanie aktywności intelektualnej, ruchowej i społecznej poprzez podstawowe formy zajęć, takie jak: wykłady audytoryjne lub modułowe, zajęcia seminaryjne, warsztaty, seminaria, konwersatoria, lektoraty, zajęcia sportowe, zajęcia o charakterze niesystematycznym: plenery, wycieczki, wyjścia do placówek kulturalnych, zajęcia inspirujące do działań na rzecz społeczności lokalnej oraz integracji międzypokoleniowej. Na wielu uniwersytetach prowadzi się również → poradnictwo medyczne, psychologiczne, i prawne (zob. Ziębińska, 2011, s. 182–194, *ZOOM na UTW*…, 2012, s. 21–35 – Internet: ZOOM_na_UTW.…).

Wśród formy zajęć ruchowych możemy wskazać następujące: → gimnastyka – korekcyjna, → [gimnastyka] lecznicza, rehabilitacyjna na przyrządach, relaksacyjna, kręgosłupa, usprawniająca, qigong, joga, tai chi, pływanie, taniec – terapeutyczny i relaksacyjny, towarzyski, zumba, wycieczki pisze i rowerowe, ćwiczenia siłowe, spacery, → nordic walking, fitness, → aerobic, jogging, kinezjologia edukacyjna, samoobrona.

Polskie UTW działają jako samodzielne organizacje pozarządowe, najczęściej stowarzyszenia (niektóre posiadające status organizacji pożytku publicznego), jednostki organizacyjne uczelni wyższych, struktury jednostek organizacyjnych samorządów (domów kultury, bibliotek, ośrodków → pomocy społecznej), oraz jako struktury organizacyjne podmiotów trzeciego sektora. Do podstawowych form finansowania uniwersytetów należą: składki członkowskie słuchaczy, dotacje samorządowe, fundusze od sponsorów, środki materialne przekazywane przez uczelnie wyższe, kapitał pochodzący z finansowania projektów konkursowych (zob. Ziębińska, 2011, s. 232–306, *ZOOM na UTW*…, 2012, s. 45–52 – Internet: ZOOM_na_UTW.…).

Słuchaczami polskich UTW w zdecydowanej większości są kobiety, osoby w wieku 55–65 lat, posiadające wykształcenie średnie, a coraz częściej wyższe, osoby mieszkające samodzielnie, owdowiałe i zamężne, utrzymujące się z emerytury, będące członkami innych niż UTW organizacji pozarządowych. Najczęstszymi motywami skłaniającymi do uczestnictwa w zajęciach uniwersytetu są następujące: utrzymanie sprawności intelektualnej i ruchowej, poszerzenie wiedzy oraz utrzymanie kontaktu z osobami z tej samej grupy wiekowej. Znacząca część słuchaczy (ok. 30%) aktywizuje się społecznie poprzez uniwersytet działając w samorządzie lub w lokalnym wolontariacie. Najczęściej preferowanymi formami zajęć są wykłady, wycieczki i zajęcia ruchowe.

Tendencje w rozwoju ruchu polskich UTW

Można dostrzec określone tendencje w działalności polskich UTW: przede wszystkim stały wzrost liczby uniwersytetów i słuchaczy UTW, znaczną przewagę liczebną UTW działających jako stowarzyszenia nad innymi formami organizacyjnymi, zauważalne jest specjalizowanie się uniwersytetów w wybranych dziedzinach (medycyna, psychologia, zajęcia artystyczne), w wielu przypadkach dostrzegalne jest zaangażowanie w działalność społeczno-polityczną, silne propagowanie profilaktyki gerontologicznej oraz upowszechnianie idei poprawy jakości życia ludzi starszych (zob. https://www.mpips.gov.pl…, oraz http://www.federacjautw.pl/…).

Największy liczebny rozwój polskich UTW nastąpił w latach 90. XX wieku, oraz w okresie 2010–13. Utworzono wówczas ok. 190 placówek tego typu. W 2015 funkcjonowało ok. 500 UTW, edukujących 150 tys. słuchaczy. Największą liczbę UTW odnotowano w woj.: mazowieckim (76), małopolskim (49), dolnośląskim (47), oraz śląskim (44). Funkcjonują także uniwersytety trzeciego wieku dla Polonii, poza granicami Polski na przykład na Litwie, Ukrainie i w Austrii. Obserwuje się tendencje dotyczące kształcenia się na określonych profilach: medycznym, artystycznym i psychologicznym. Wiele polskich UTW współpracuje z Ministerstwem Pracy i Polityki Społecznej, organami władzy ustawodawczej, władzy samorządów gminnych, powiatowych i wojewódzkich. Współpraca ta ma różnorodny charakter, uniwersytety wpływają na kształt na → polityki senioralnej w Polsce m.in. poprzez realizację Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych. W 2013 53 UTW otrzymały w sumie 3 mln złotych za pośrednictwem Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej. Obecnie w polskich uniwersytetach odbywa się rocznie średnio 48 różnego rodzaju zajęć, dotyczących

najczęściej: medycyny, zdrowia, historii, kultury, turystyki i rekreacji, psychologii, ekonomii, technologii ITC, zajęć sportowych oraz artystycznych, głównie muzycznych, tanecznych i/lub rysunkowych (zob. https://www.mpips.gov.pl…, http://www.federacjautw.pl/…).

Uniwersytety Trzeciego Wieku na świecie

Nie wszystkie instytucje w których kształcą się ludzie starsi noszą nazwę uniwersytet trzeciego wieku. W Chinach nazywane są po prostu uniwersytetami dla seniorów, w Stanach Zjednoczonych wiele z tych instytucji nosi nazwę *Institutes of Larning in Retirement*. W Australii nazywa się je zgodnie z ustaleniami przyjętymi w poszczególnych stanach, a charakter uniwersytetów określa formuła podobna do starożytnego kontekstu *community of scholars*. W niektórych państwach noszą nazwę Uniwersytetów Czasu Wolnego: *Leisure Universities*, *Free Times Universities*, bądź uniwersytetów międzypokoleniowych – *Inter-Ages Universities*. Cechą wyróżniającą te instytucje jest jednak fakt, że największą grupa osób przychodzących na zajęcia organizowane przez uniwersytet są osoby, które ukończyły 60 lat (Ziębińska, 2011, s. 162–182)

Uniwersytety trzeciego wieku funkcjonujące w Europie i na innych kontynentach mają swoje specyficzne elementy odróżniające. Cechą uniwersytetów włoskich – organizowanych na wzór francuski – od 1975 jest ich wielopokoleniowość. Uczy się w nich stosunkowo niewielki odsetek osób po 60. roku życia (ok. 40–50%), dąży się raczej do ucieleśnienia idei integracji międzypokoleniowej. Uniwersytety portugalskie, działające od pierwszej połowy lat 90. minionego wieku, realizowały programy nauki czytania i pisania dla ludzi starych. Hiszpania, gdzie pierwszy UTW powstał w 1978, jest pierwszym państwem, które włączyło te placówki do narodowego systemu edukacji, a same uniwersytety powstały na zlecenie Ministerstwa Kultury. Na obecny charakter UTW wpływają zarówno liczne inicjatywy społeczności lokalnych tworzących nowe instytucje, jak i cechy społeczno-demograficzne tych społeczności przede wszystkim jej wielonarodowościowość. Wiele z tych uniwersytetów działa na zasadach brytyjskiej *self-help*. W Szwajcarii funkcjonują dwa typy uniwersytetów: w części niemieckojęzycznej uniwersytety dla seniorów funkcjonujące w szkołach wyższych ze specjalnie opracowanym programem kształcenia dla seniorów, we francuskojęzycznej UTA wzorowane na modelu francuskim, poza zajęciami dydaktycznymi realizuje się w nich badania naukowe z udziałem seniorów.

W Holandii proponuje się uniwersytecki model kształcenia seniorów. Opracowano go w latach 80. XX wieku. Wyższe Kształcenie Osób Starszych (niderl. *Hogar Onderwijs Voor Oudern*). Pierwsza placówka w ramach tego programu powstała w 1986, funkcjonują one na wielu uniwersytetach i przestrzega się w nich rygorów kształcenia akademickiego, co umożliwia ludziom starszym zdobywanie dyplomów z określonej dziedziny wiedzy. W Holandii działają też UTW oparte na modelu brytyjskim. W Niemczech i Austrii seniorzy mogą studiować na tradycyjnych uniwersytetach, w Niemczech na uniwersytetach ludowych, centrach szkoleniowych, akademiach dla seniorów. W państwach skandynawskich uniwersytety dla seniorów działają od końca lat 70. minionego wieku. Najdłuższą tradycję kształcenia tego rodzaju ma Szwecja. Uniwersytety dla seniorów są tutaj stowarzyszone z tradycyjnymi uniwersytetami i przypominają model francuski. Z kolei uniwersytety duńskie, również stowarzyszone z uczelniami wyższymi, są zazwyczaj prowadzone przez wolontariuszy i mają one charakter uniwersytetów ludowych. Fińskie UTW przypominają model francuski i poza działalnością kształceniową prowadzi się w nich również badania naukowe. W Norwegii UTW są częścią regularnych uniwersytetów, od lat 90. minionego wieku również częścią systemu uniwersytetów otwartych. W Irlandii model kształcenia seniorów zbliżony jest do modelu brytyjskiego, realizuje się tutaj także ideę integracji międzypokoleniowej. Charakter UTA w stylu Cambridge mają również uniwersytety trzeciego wieku w Australii i Nowej Zelandii. W Australii dotychczas obserwuje się tendencje do utrzymywania znacznego stopnia niezależności i swobody działania U3A, w związku z tym nie stworzono dotychczas instytucji zrzeszającej te placówki (Ziębińska, 2011, s. 162–187, oraz www.worldu3a.org…). W Chinach uniwersytety dla seniorów mają również bardzo swoisty charakter, z jednej strony oparte są na brytyjskiej zasadzie *self-help*, z drugiej działania uniwersytetów są koordynowane i dofinansowywane przez organizacje rządowe, partyjne oraz duże przedsiębiorstwa i uczelnie. Kształcenie nie ma formalnego i zawodowego charakteru, a poziom wykształcenia uczestników edukacji jest bardzo zróżnicowany. Specyficzny model kształcenia seniorów proponuje się również w Japonii. Tu kształcenie ma na celu zarówno rozwój wiedzy na temat procesów → starzenia się człowieka i rozwój zainteresowań słuchaczy jak i zdobycie kwalifikacji zawodowych, zwłaszcza w zakresie animacji społeczno-kulturalnej, co w następstwie powin-

no umożliwiać pracę na rzecz społeczności lokalnej. Odbywa się ono w ramach uniwersytetów mających cechy zbliżone do UTW a także w Centrach Wyższych Studiów dla Seniorów tworzonych na uniwersytetach. Na UTW niezależnych wykłada wielu pracowników uczelni wyższych, ale zazwyczaj maja one charakter stowarzyszeń niezwiązanych formalnie z uniwersytetem (zob. Ziębińska, 2011, s. 162–187, oraz www.worldu3a.org…).

Instytucje kształcące seniorów w Ameryce Północnej działają w formie stowarzyszeń skupionych w *Elderhostel Institute Network*. Zasady ich funkcjonowania oparte są zarówno o model francuski, jak i brytyjski. Zazwyczaj współpracują z miejscowymi szkołami wyższymi, są przez nie wspierane finansowo i korzystają z ich wyposażenia lokalowego, członkowie instytucji opłacają składki członkowskie, ale zachęcani są również do działań samopomocowych (zob. Ziębińska, 2011, s. 167–175), natomiast w Ameryce Południowej działają uniwersytety oparte o oba podstawowe modele. Francuski model jest wzorem dla Argentyny, Wenezueli, Brazylii, Chile, Kolumbii, Urugwaju, Ekwartoru, Meksyku i Republiki Dominikany – UTED tworzone są tutaj zazwyczaj w uniwersytetach i poza działalnością kształceniową zazwyczaj prowadzą też badania z udziałem swoich słuchaczy. Z kolei w Boliwii, Brazylii, Paragwaju zazwyczaj realizuje się model przypominający brytyjski, podobnie w Afryce Południowej – UTE realizują tutaj zasadę samopomocy, nie korzystają z finansowego wsparcia instytucji rządowych, utrzymują się z datków od sponsorów oraz składek członkowskich.

BZ

A: FTU, IAU, ILR, UIA, UPT, UTA, U3A, UTE, UTED, UTW, U3W.

B: Emergy, Blumenthal, 1990; Szwarc, 1995; Ziębińska, 2004, 2009, 2011.

N: http://eo.wikipedia.org/wiki/Universitato…; *ZOOM na UTW*…, 2012 – Internet: ZOOM_na_ UTW…

S: „Akademia Seniorów", „Akademia Weteranów", Uniwersytet Trzeciego Wieku i Czasu Wolnego, „Uniwersytet Czasu Wolnego", „Uniwersytet Czasu Wyboru", „Uniwersytet dla Seniorów" „Uniwersytet Międzypokoleniowy", „Uniwersytet Seniorów".

TK: ang. *university of the third age*, fr. *université du troisième âge* / *université inter-âges* / *université tous âges* / *université pour tous*, hiszp. *Universidad para la Tercera Edad* / *Universidad de la Tercera Edad*, niem. *Universität des dritten Alters*, ros. *университет третэего возраста.*



Fot. 1. Wystąpienie Anny Komorowskiej na I Kongresie Uniwersytetów Trzeciego Wieku w Warszawie (2012). Źródło: http://eo.wikipedia.org/wiki/Universitato_de_la_tria_a%C4%9Do.

upadki [w podeszłym wieku]

w medycynie upadek oznacza nagłą, niezamierzoną zmianę pozycji [ciała, z pionowej na poziomą – przyp. red.] polegającą na utracie równowagi podczas chodzenia lub innych czynności, wskutek której poszkodowany znajduje się na ziemi, podłodze lub innej niżej położonej powierzchni (Tinetti, Williams, 1997, Lamb i współprac., 2005).

Upadki zdarzają się w każdym wieku, ale te dotyczące osób starszych charakteryzują się występowaniem w trakcie najprostszych czynności codziennych, dużą urazowością i często konsekwencjami w postaci pogorszenia funkcjonalnego, zwiększenia chorobowości i śmiertelności, a także kosztów leczenia i → opieki (Tinetti, Williams, 1997).

Upadki należą do → wielkich zespołów geriatrycznych, których ujawnienie związane jest ze zmniejszeniem rezerw funkcjonalnych mechanizmów dośrodkowych, centralnych i odśrodkowych zaangażowanych w utrzymanie pozycji wyprostnej, oraz podatnością tych mechanizmów na niekorzystne zdarzenia, uszkodzenia, aktywny proces chorobowy, negatywne bodźce farmakologiczne lub dowolną kombinację tych czynników (Swift, Iliffe, 2014).

Wiek a upadki – epidemiologia

Szacuje się, że przynajmniej raz w roku upadku doświadcza około 30% osób w wieku 65 i więcej lat, ale ich częstość wzrasta z wiekiem. W okresie → starości wczesnej, do 74. roku życia, upadku doznaje co czwarta osoba, ale po 80. r.ż. już co druga (por. Tinetti, Speechley, Ginter, 1988). Zależność ta jest związana z współistnieniem kumulacji narządowych zmian inwolucyjnych i deficytów funkcji i towarzyszącej → starzeniu się → wielochorobowości oraz stosowanej → farmakoterapii [osób starszych]. Nakładanie się tych czynników sprzyja pogorszeniu kontroli postawy, spowolnieniu odruchów i reakcji obronnych. Badania polskie prowadzone w latach 2007–11 w ramach projektu → PolSenior, w którym dane dotyczące upadków uzyskano od 4 920 osób w wieku powyżej 64. r.ż., upadek w roku poprzedzającym badanie zgłosiło 23% osób, a po zastosowaniu wag uwzględniających wiek, płeć i miejsce zamieszkania mających na celu odzwierciedlenie struktury polskiej populacji, częstość upadków oszacowano na 19% starszej populacji polskiej (Skalska i współprac., 2012, 2013). Niektóre nowsze badania wskazują na częstość upadków zbliżoną do tej obserwowanej w Polsce. W australijskim badaniu *2009 New South Wales Falls Prevention Baseline Survey* upadków doświadczyło 25,6% badanych osób starszych (Milat i współprac., 2011), w prospektywnym badaniu p.n. *Good ageing in Skane*, oceniającym subpopulację osób w wieku 60 i więcej lat upadki wystąpiły u 19,1% osób (Stenhagen, Ekström, Nordell, 2013). O niższej częstości upadków (22,7%, 19,3%) donoszą też badania prowadzone wśród przedstawicieli rasy żółtej (Chu i współprac., 2005, Lin i współprac., 2011). Hiszpańskie badanie *Octabaix* wykazało upadki u 28,4% badanych osób powyżej 84. roku życia, co jest odsetkiem zbliżonym do uzyskanego w odpowiedniej grupie wiekowej polskich seniorów. Częściej upadają kobiety, ale niektóre badania, w tym polskie, pokazują, że w najstarszych grupach wiekowych, powyżej 85. roku życia częstość upadków wśród kobiet i mężczyzn jest podobna (Ferrer i współprac., 2012). Spośród osób, które upadły 12–40% doświadcza upadku ponownie. Osoby te, tworzące grupę upadających wielokrotnie (z upadkami powtarzającymi się; *multiple fallers*) są szczególnie narażone na urazy, pogorszenie sprawności oraz utratę samodzielności (Stenhagen, Ekström, Nordell, 2013, s. 11–13). Odsetek osób z powtarzającymi się upadkami wzrasta z wiekiem i w grupie dziewięćdziesięciolatków jest prawie czterokrotnie wyższy niż wśród osób w 7. dekadzie życia i dwukrotnie wyższy w porównaniu z osobami w przedziale wieku 75–85 lat (Ferrer i współprac., 2012).

Czynniki ryzyka upadków

Mogą być one związane z obecnością narządowych zmian inwolucyjnych, związanego z wiekiem pogorszenia funkcji, współistnieniem → chorób (czynniki wewnętrzne) lub z zagrożeniami wynikającymi z niedostosowania otaczającego środowiska do możliwości i potrzeb osoby starszej, jak i ze stosowanym leczeniem (zob. tab. 1).

Upadki jako zdarzenie wieloprzyczynowe

Najczęstszymi bezpośrednimi przyczynami upadków są: potknięcie, pośliźnięcie, pośpiech i ryzyko środowiskowe, ale należy wziąć pod uwagę, że szansę potknięcia czy pośliźnięcia zwiększa obserwowane z wiekiem pogorszenie funkcjonalne i funkcji narządów zmysłów, które ograniczają zdolność spostrzegania i reagowania na przeszkody i utrudnienia zmniejszając możliwość utrzymania równowagi po zadziałaniu czynnika destabilizującego. Dlatego upadki w podeszłym wieku mają zwykle charakter wieloprzyczynowy i są konsekwencją interakcji między predysponującymi przewlekłymi schorzeniami i ubytkami funkcji (tj. czynniki wewnętrzne), a zaistniałymi czynnikami wyzwalającymi wynikającymi z okoliczności towarzyszących wykonywanym czynnościom (czyli czynnikami zewnętrznymi). Do najczęstszych czynności, w czasie których dochodzi do upadków, zalicza się: chodzenie, wstawanie i siadanie, pracę w ogrodzie oraz dźwiganie, a najczęstsze miejsca upadków to dom i jego najbliższe sąsiedztwo (Milat i współprac., 2011, Heideken i współprac., 2009). Upadki w czasie chodzenia zgłasza ponad 60% osób, które upadku doznały (zob. Skalska i współprac., 2013). Upadki zdarzają się też osobom sprawnym, czynnym, podejmującym różne aktywności w domu i jego otoczeniu, jak i poza domem, również sportowe. Upadki występujące poza domem i w domu różnią się. Upadki poza domem dotyczą przede wszystkim osób młodszych, poniżej 75. roku życia, w lepszym stanie zdrowia, bardziej sprawnych, aktywnych i częściej mężczyzn (Kelsey i współprac., 2010, Bath, Morgan, 1999). W domu częściej upadku doznają osoby w zaawansowanym wieku, kobiety, mające trudności w realizowaniu codziennych czynności, z obniżoną siłą mięśniową, chodzące z małą prędkością. Potwierdza to kształt krzywej U zależności między występowaniem upadków a prędkością chodu. W porównaniu do osób poruszających się z normalną prędkością 1 m/s – < 1,3 m/s upadki występowały częściej wśród osób chodzących szybko, z prędkością ≥ 1,3 m/s, i były to głównie upadki poza domem oraz wśród osób poruszających się z prędkością < 0,6

m/s i w tej grupie dominowały upadki w domu (Bath, Morgan, 1999, Quach i współprac., 2011). Analiza czynników ryzyka charakteryzujących osoby z upadkami w warunkach domowych (mała → aktywność fizyczna, spowolnienie, ograniczenia funkcjonalne w zakresie → czynności życia codziennego, → wielochorobowość) wskazuje, że ten typ upadków dotyczy przede wszystkim osób z zespołem słabości, tzw. *frailty* (por. Bath, Morgan, 1999). Upadki stanowią również problem pensjonariuszy → domów opieki i/lub pacjentów hospitalizowanych. W instytucjach opiekuńczych upadków doświadcza od 40 do ponad 60% pensjonariuszy, natomiast częstość upadków w szpitalach różni się w zależności od charakteru oddziału i szacowana jest na ok. od 2 do 46%. Najniższą częstość obserwowano na oddziałach chirurgicznych, wyższą, ok. 9% na oddziale internistycznym, ok. 24% na → oddziale geriatrycznym, a najwyższą sięgająca 46% na oddziale → rehabilitacji neurologicznej (zob. Schwendimann i współprac., 2008). Najczęstszymi czynnikami ryzyka upadków w warunkach szpitalnych są zaburzenia chodu i równowagi, osłabienie, zawroty głowy, zaburzenia funkcji poznawczych i splątanie, zaburzenia wzroku, hipotonia ortostatyczna, przebyty upadek i czynniki środowiskowe – zmiana miejsca i nieznajomość środowiska, śliskie, lśniące podłogi, wysokie łóżka, złe oświetlenie. Ważnym czynnikiem jest stosowanie leków, intensyfikacja farmakoterapii z zastosowaniem leków z klas ryzyka.

Konsekwencje upadków

Następstwa upadków w postaci ograniczenia aktywności i urazów są przyczyną pogorszenia sprawności i deficytów funkcjonalnych, zwiększają chorobowość i śmiertelność. Mogą też powodować uraz psychiczny z lękiem przed upadkiem, który daje początek zespołowi poupadkowemu lub → depresji. W Stanach Zjednoczonych niezamierzone urazy są piątą w kolejności przyczyną zgonu osób starszych, a upadki odpowiadają za 2/3 tych zdarzeń, pozostając główną przyczyną urazów prowadzących do zgonu w podeszłym wieku (Rubinstein, 2006). Większość upadków nie powoduje poważnych urazów, ale też nie są przez osoby starsze zgłaszane. Oszacowano, że 13–32% osób zapomina o upadku, jeśli nie był połączony z urazem (Cummings, Nevitt, Kidd, 1988). Poważne urazy towarzyszą 10–15% upadkom, połowę z nich stanowią złamania. Do innych poważnych następstw należą urazy głowy, niektóre z uszkodzeniem mózgu lub krwiakiem wewnątrzczaszkowym, urazy kręgosłupa, rozległe stłuczenia i krwiaki (Rubinstein, 2006, Davison, Marrinan, 2007). Na to ostatnie powikłanie należy zwrócić uwagę ze względu na coraz częstsze wśród starszych osób leczenie przeciwkrzepliwe stosowane z różnych wskazań. Często powtarzające się upadki mogą stanowić względne przeciwwskazanie do leczenia przeciwkrzepliwego. Upadki z własnej wysokości są przyczyną ponad 90% złamań bliższego końca kości udowej (bkku) u osób starszych i co czwartego złamania kręgosłupa. Złamanie przedramienia jest najczęściej wynikiem upadku z podparciem się rękami. Następstwem upadku, zwłaszcza u osób z osteoporozą, mogą też być złamania kości miednicy i kości ramiennej. Złamania bkku i proksymalnej części kości ramiennej najczęściej występują u osób z ograniczeniami funkcjonalnymi, jak też przyczyniają się do ujawniania nowych deficytów, dlatego określane są jako *frailty fractures* [złamania wynikające z kruchości – przyp. red.]. Złamania bkku pozostają istotną przyczyną pogorszenia funkcjonalnego i zwiększonego ryzyka zgonu. Mimo postępu metod operacyjnych i opieki okołooperacyjnej, ze względu na wielochorobowość i obecność → wielkich zespołów geriatrycznych ograniczających sprawność poszkodowanego, w ciągu roku umiera co 5. osoba, która doznała złamania bkku (Kannegaard i współprac., 2010, Häestedt i współprac., 2014). Śmiertelność najwyższa jest w okresie pierwszych 3 m-cy po złamaniu, stopniowo zmniejszając się, ale pozostaje wyższa w porównaniu z populacją osób bez takiego złamania nawet w obserwacji 10-letniej. W *Dubbo Osteoporosis Epidemiology Study* zwiększone ryzyko zgonu obserwowano w ciągu 5 lat po wszystkich złamaniach u osób po 75. roku życia, a po złamaniach bkku pozostawało wyższe w 10-letniej obserwacji niezależnie od wieku (Bliuc i współprac., 2009). Szacuje się, że ok. połowa osób, które przeżyły po złamaniu bkku nie odzyskuje pełnej samodzielności w zakresie codziennych czynności życiowych. Upadki mają mniejsze znaczenie jako przyczyna złamań kręgów, ale i ten rodzaj złamania prowadzi do następstw w postaci bólu pleców, pogłębienia kifozy, zmniejszenia wzrostu, ograniczeń funkcjonalnych, pogorszenia jakości życia i zwiększenia śmiertelności. Wyniki szwedzkiej części *European Vertebral Osteoporosis Study* pokazały, że osoby z obecnością złamań kręgów w odcinku piersiowo-lędźwiowym obarczone są blisko 2,5 krotnie wyższą śmiertelnością w obserwacji 10-letniej (Hasserius i współprac., 2003). Kolejnymi groźnymi w skutkach są urazy głowy. Oszacowano, że ponad 50% urazów mózgu u osób starszych jest następstwem upadków (Yates i współprac., 2006). Do konsekwencji upad-

ków należą również następstwa unieruchomienia w postaci szybkiego spadku sprawności i wydolności fizycznej, ryzyka choroby zakrzepowo-zatorowej, infekcji, zwłaszcza → zapalenia płuc, przy dłuższym unieruchomieniu ryzyka → odleżyn, przykurczów, zaburzeń nastroju i funkcji poznawczych. Osoby, u których upadki powtarzają się mają 2,5-krotnie wyższe ryzyko zgonu w okresie roku w porównaniu z osobami nieobciążonymi upadkami i ponad 4- krotnie wyższe ryzyko → instytucjonalizacji (Davison, Marrinan, 2007).

Diagnostyka przyczyn upadków

Zmiany demograficzne, których wyrazem jest prognoza zakładająca, że w roku 2030 co 5. Polak będzie miał ponad 65 lat, uświadamiają potrzebę opracowania strategii zapobiegania upadkom i związanych z nimi urazom. Wdrożenie zasad diagnostyki i prewencji upadków (zob. ilustr. 1) ma szansę zmniejszyć ich ryzyko i częstość występowania i w ten sposób przyczynić się do zachowania sprawności i samodzielności osób starszych. Pierwszym punktem algorytmu diagnostyki upadków (zob. rys. 1) jest zawsze pytanie o występowanie upadków w roku poprzedzającym wywiad. U osób, które doświadczyły upadku lub upadku z urazem bądź stwierdza się u nich zaburzenia chodu lub równowagi, należy dokonać szczegółowej oceny ryzyka celem ustalenia przyczyny upadków i podjęcia działań zapobiegawczych. Kierunek i zestaw badań diagnostycznych powinien wynikać z wywiadu i badania przedmiotowego obejmujących analizę okoliczności upadku, dolegliwości i objawów występujących bezpośrednio przed upadkiem, współistniejących chorób i stosowanego leczenia, ze szczególnym uwzględnieniem ilości leków i klas ryzyka: leków psychotropowych, diuretyków, obniżających ciśnienie tętnicze, antyarytmicznych. W badaniu należy uwzględnić pomiar ciśnienia tętniczego i próbę ortostatyczną, ocenę rytmu serca, obecność szmerów naczyniowych, objawy neurologiczne, ocenę układu mięśniowo-szkieletowego i siły mięśniowej. Ważnym elementem badania jest ocena narządów zmysłów, zwłaszcza wzroku, ocena nastroju, funkcji poznawczych, sprawności poruszania się, stanu funkcjonalnego, funkcji zwieraczy. Badanie pacjenta powinno być uzupełnione oceną zagrożeń środowiskowych. Przeprowadzone badanie najczęściej identyfikuje kilka potencjalnych czynników ryzyka upadków wskazując na ich wieloczynnikową genezę, jednocześnie wyznacza kierunki wieloczynnikowej interwencji zapobiegawczej.

Strategia zapobiegania upadkom

W zależności od rozpoznanych czynników ryzyka i potencjalnych przyczyn upadków interwencja powinna obejmować (*Panel on prevention…*, 2011, Gillespie i współprac., 2012, Swift, Iliffe, 2014, Avin i współprac., 2015):

1. Utrzymanie optymalnego stanu zdrowia – rozpoznanie chorób i właściwe ich leczenie, np. wyrównanie układu krążenia, stabilizacja ciśnienia tętniczego, przeciwdziałanie hipotensji ortostatycznej, zapobieganie zaburzeniom rytmu serca, wyrównanie → cukrzycy, likwidacja bólu, leczenie schorzeń reumatologicznych, poprawa nastroju, funkcji poznawczych.
2. Korekcję wzroku i słuchu.
3. Instrukcje bezpiecznego zachowania:
   - osoby, u których dochodzi do spadku ciśnienia tętniczego po przyjęciu pozycji stojącej powinny być poinformowane o konieczności stopniowej zmiany pozycji z leżącej najpierw do siedzącej ze spuszczonymi nogami i dopiero w następnej kolejności do pozycji stojącej z zabezpieczeniem możliwości podparcia się w przypadku zawrotu głowy lub zasłabnięcia,
   - osoby z zaburzeniami przepływu krwi w tętnicach dogłowowych nie powinny obracać głowy i odchylać jej ku tyłowi gdyż te pozycje mogą utrudniać dopływ krwi do mózgu i skutkować zawrotami głowy lub utratą przytomności,
   - unikanie zbyt długiego przebywania w pozycji stojącej, organizacja prac domowych w pozycji siedzącej,
   - w przypadku pogorszenia → mobilności, zaburzeń chodu, niestabilności w czasie chodzenia wskazane jest dobranie odpowiednich pomocy technicznych wspomagających chodzenie.
4. Przegląd stosowanych leków z ewentualną modyfikacją → farmakoterapii osób starszych obejmujące:
   - kontrolę wskazań do stosowanych leków i prawidłowości ich dawkowania,
   - dążenie do zmniejszenia ilości stosowanych leków w przypadku terapii wielolekowej przez eliminację leków o nieudowodnionej skuteczności, leków OTC [dostępnych bez recepty lekarskiej – przyp. red.],
   - próbę eliminacji leków nasennych, uspokajających, porady dotyczące bezpiecznych strategii ułatwiających zasypianie,
   - stosowanie leków o długim czasie działania,
   - ewentualną zmianę pory zażywania leków, np. w przypadku hipotonii ortostatycznej leki przeciwnadciśnieniowe prowokujące hipotonię ortostatyczną stosowane przed snem.

5. Redukcję ryzyka środowiskowego z uwzględnieniem:
   - prawidłowego oświetlenia z unikaniem światła zbyt jaskrawego i zbyt ciemnego,
   - dostosowania wysokości mebli – krzeseł, foteli, łóżka,
   - unikania zbyt wysoko i zbyt nisko umieszczonych szafek, półek wymagających schylania się lub sięgania ku górze,
   - zamontowania poręczy na schodach w przypadku ich braku,
   - wyposażenia łazienki w uchwyty, podwyższoną toaletę, maty antypoślizgowe
   - korzystania z kąpieli i/lub prysznic w pozycji siedzącej,
   - używania obuwia z podeszwą antypoślizgową.
6. Poprawę sprawności fizycznej i funkcjonalnej, chodu i równowagi z reguły w postaci wieloskładnikowej interwencji rehabilitacyjnej obejmującej:
   - ćwiczenia równowagi, szczególnie skuteczne ćwiczenia tai chi, czyli „wolny taniec dla zdrowia",
   - ćwiczenia z oporem celem zwiększenia masy i siły mięśniowej,
   - ćwiczenia wytrzymałościowe,
   - ćwiczenia chodu – u osób z zaburzeniami chodu,
   - ćwiczenia postawy, gibkości, bezpiecznego przemieszczania się.
7. Dążenie do normalizacji masy ciała: redukcja otyłości, zapobieganie niedożywieniu z dostarczeniem optymalnej ilości białka, przeciętnie 1,2 g/kg masy ciała, uzupełnienie niedoborów żywieniowych.
8. Suplementację witaminy D – zgodnie z zaleceniami dla Europy Środkowej osobom powyżej 65. r.ż. podawanie 2000 IU/dobę przez cały rok (Płudowski i współprac., 2013), natomiast wg zaleceń amer. do 4000 IU/dobę (American Geriatric Society Workgroup…, 2014), z uwagi na zmniejszoną u nich syntezę witaminy D w skórze.
9. Edukację osób starszych, ich opiekunów, profesjonalistów ochrony zdrowia dotyczącą czynników ryzyka i przyczyn upadków, ich konsekwencji oraz strategii prewencji.

Wieloczynnikowa interwencja zastosowana u osób z upadkiem w wywiadzie ma szansę zmniejszyć ryzyko upadków przeciętnie o ok. 30%, natomiast w programach, w których wykorzystywano ćwiczenia tai chi redukcja ryzyka sięgała 50% (*Panel on prevention…*, 2011, Gillespie i współprac., 2012,). Skuteczność programów rehabilitacyjnych zależy nie tylko od rodzaju ćwiczeń objętych interwencją, ale również od czasu trwania i intensywności treningu. Intensywność ćwiczeń powinna wzrastać w miarę wytrenowania, natomiast zgodnie z wynikami metaanalizy oceniającej skuteczność interwencji tylko wielokierunkowa → rehabilitacja kontynuowana przez co najmniej 6 m-cy pozwoliła na redukcję ryzyka i występowania upadków i upadków z urazem (Health Quality Ontario…, 2008, Khoury i współprac., 2013). Z kolei dla osób z → zespołem słabości (*frailty*) istotna jest poprawa bezpieczeństwa przez redukcję zagrożeń środowiskowych, a włączenie do interwencji suplementacji witaminy D może zmniejszyć ryzyko upadków u kobiet nawet powyżej 40% (Health Quality Ontario…, 2008).

Osobom z wysokim ryzykiem upadków, z zaawansowanym syndromem kruchości – *frailty*, o znacznie upośledzonej mobilności i znacznych ograniczeniach funkcjonalnych powinno się zalecać stosowanie ochraniaczy na biodra celem zmniejszenia ryzyka złamania bkku (zob. Santesso, Carrasco-Labra, Brignardello-Petersen, 2014). Osoby takie nie powinny być pozostawiane same na zbyt długi okres czasu. Celem poprawy bezpieczeństwa powinny być wyposażone w urządzenie alarmowe informujące opiekunów o upadku i wzywające pomoc. Alternatywą jest instalacja urządzeń monitorujących w postaci kamer z możliwością kontaktu podopiecznego z centrum nadzorującym. Wszystkie działania skierowane na redukcję ryzyka upadków mają na celu utrzymanie sprawności i samodzielności osób starszych, zmniejszenie ryzyka urazów i poprawę rokowania w tej grupie wiekowej.

ASK

B: American Geriatric Society Workgroup…, 2014; Avin i współprac., 2015; Bath, Morgan, 1999; Bliuc i współprac., 2009; Chu i współprac., 2005; Cummings, Nevitt, Kidd, 1988; Davison, Marrinan, 2007; Espinola, 2000; Ferrer i współprac., 2012; Gillespie i współprac., 2012; Health Quality Ontario…, 2008; Heideken i współprac., 2009; Kelsey i współprac., 2010; Khoury i współprac., 2013; Lamb i współprac., 2005; Lin i współprac., 2011; Milat i współprac., 2011; *Panel on prevention*…, 2011; Płudowski i współprac., 2013; Quach i współprac., 2011; Rubenstein, 2006; Santesso, Carrasco-Labra, Brignardello-Petersen, 2014; Schwendimann i współprac., 2008; Skalska i współprac., 2012, 2013; Stenhagen, Ekström, Nordell, 2013; Swift, Iliffe, 2014; Tinetti, Speechley, Ginter, 1988; Tinetti, Williams, 1997; Wdowiak, Budzyńska-Kapczuk, 2004; Yates i współprac., 2006.

N: *Falls*…, 2013 – www.nice.org.uk…; http://www.imss.gob.mx/…

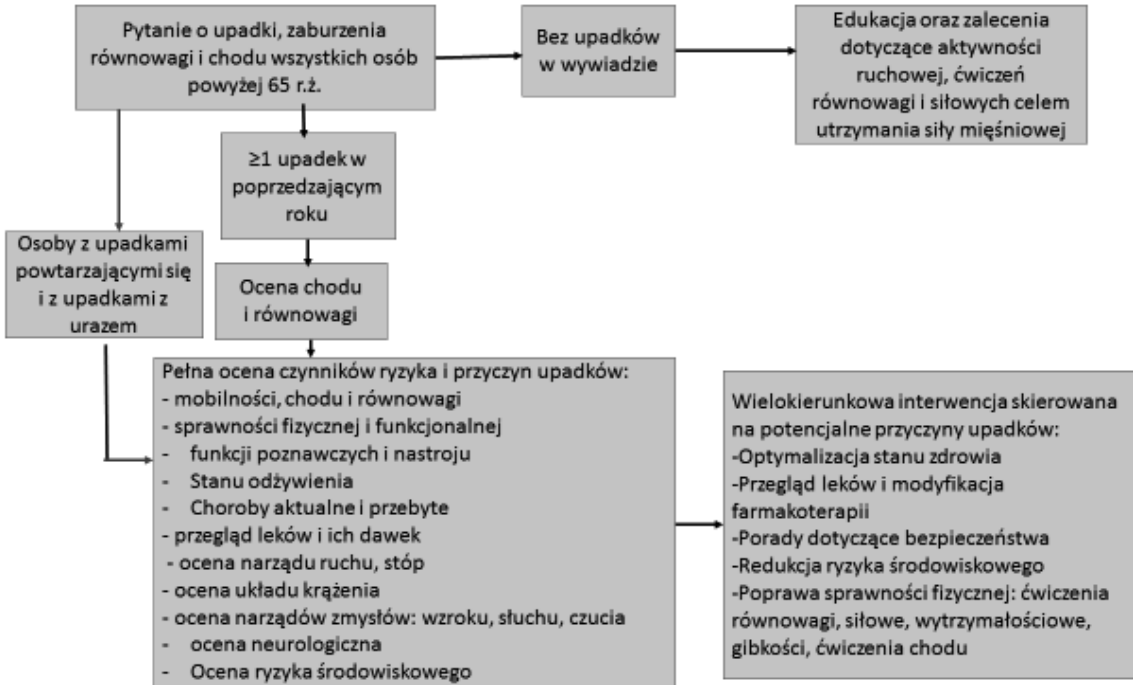
O: Test Tinetti, wielkie zespoły geriatryczne.

TK: ang. *falls* [*in the elderly* or *in older persons*], fr. des chutes [*chez les personnes âgées*], hiszp. *caídas* [*en el adulto mayor*], niem. *der Stürze* [*im Alter*], ros. *падения [у пожилых людей]*.

Tabela 1. Czynniki ryzyka upadków osób w podeszłym wieku

Czynniki wewnętrzne	Czynniki zewnętrzne
Zmiany związane z wiekiem i stanem → zdrowia	**Czynniki środowiskowe w domu**
Wiek – szczególnie powyżej 80. roku życia	Oświetlenie – zbyt ciemne, zbyt jaskrawe i/lub oślepiające
Płeć – żeńska	Dywany, chodniki: zniszczone, przesuwające się
Upośledzona → mobilność i stosowanie pomocy technicznych	Krzesła, stoły – niestabilne, zbyt niskie lub brak oparcia, niedostosowana wysokość krzeseł, foteli, łóżka
Obecność zaburzeń chodu i równowagi	Układ przestrzenny – zastawione przejścia
Mała masa i siła mięśniowa / → sarkopenia	Zbyt wysoko lub zbyt nisko umieszczone szafki, półki wymagające schylania się, sięgania ku górze
Ograniczenia funkcjonalne w zakresie → czynności życia codziennego	Śliskie podłogi i posadzki wywoskowane, mokre, śliska powierzchnia wanny i/lub brodzika
Wolny chód	Zbyt niska toaleta
Ból	Brak uchwytów w łazience
Zawroty głowy	Brak zabezpieczenia możliwości siedzenia w czasie prysznica
Zaburzenia funkcji poznawczych	Schody – zbyt wysokie, nierówne, wyślizgane, strome, kręte
Splątanie	Brak poręczy na schodach
Upośledzenie funkcji narządów zmysłów – widzenia, słuchu, propriocepcji, czucia, równowagi	**Czynniki środowiskowe poza domem**
Obecność schorzeń	Nierówne chodniki
→ Choroby oczu – → zaćma, → jaskra, → starcze zwyrodnienie plamki żółtej, retinopatia cukrzycowa	Śliskie powierzchnie – oblodzone, marmurowe, mokre
Używanie okularów dwuogniskowych	Złe oświetlenie
Neuropatie	Schody o różnej szerokości, brak poręczy
Choroby neurologiczne – → choroba Alzheimera, → choroba Parkinsona, → udar mózgu, niedowłady, choroby móżdżku i in.	Środki transportu z wysokimi stopniami
Choroby narządu ruchu – choroby zapalne, zwyrodnieniowe, → osteoporoza, deformacje stóp,	**Wpływ leków**
Hipotonia ortostatyczna	Stosowanie 4 i więcej leków, w tym co najmniej 1 z klasy ryzyka
→ Cukrzyca	**Klasy ryzyka**
Choroby układu krążenia – zaburzenia rytmu, nadciśnienie tętnicze, omdlenia, niewydolność serca, nadwrażliwość zatoki szyjnej i in.	Psychoaktywne – przeciwdepresyjne, neuroleptyki, uspokajające, nasenne, benzodwuazepiny, przeciwdrgawkowe
→ Depresja	Diuretyczne i przeciwnadciśnieniowe –szczególnie rozszerzające naczynia
Czynniki psychospołeczne	Antyarytmiczne
Lęk przed upadkiem	**Mechanizm zwiększenia ryzyka upadków**
Upadek w przeszłości	Upośledzenie czujności, koncentracji uwagi – centralnie działające przeciwbólowe, leki psychoaktywne
Samotne zamieszkiwanie	Zmniejszenie przepływu mózgowego
Mała → aktywność fizyczna	Działanie toksyczne na układ przedsionkowy
Obuwie niedostosowane do stóp, podwyższone obcasy, śliskie podeszwy	Wywoływanie objawów pozapiramidowych

Źródło: opracowanie własne na podstawie literatury przedmiotu.



Rys. 1. Algorytm diagnostyki upadków. Źródło: *Panel on prevention of falls in older persons*… "Journal *of the* American Geriatrics Society" 2011, vol. 59, Swift C. G., Iliffe S., *Falls: Assessment and prevention of falls in older people: Concise guidance*. "Clinical Medicine" 2014, vol. 14 [6].

upcykling w arteterapii osób starszych (sztuka i twórczość recyklingowa w arteterapii osób starszych)

Podstawowe pojęcia

Recykling, określany także jako ***recyklizacja*** (ang. *recycling*) – to jedna z kompleksowych metod ochrony środowiska naturalnego. Jej celem jest ograniczenie zużycia surowców naturalnych oraz zmniejszenie ilości odpadów. Zgodnie z Ustawą z 27 IV 2001 r. o odpadach pod pojęciem recyklingu „rozumie się taki odzysk, który polega na powtórnym przetwarzaniu substancji lub materiałów zawartych w odpadach w procesie produkcyjnym w celu uzyskania substancji lub materiału o przeznaczeniu pierwotnym lub o innym przeznaczeniu, w tym też recykling organiczny, z wyjątkiem odzysku energii". Zasadą działania recyklingu jest maksymalizacja ponownego wykorzystania tych samych materiałów, z uwzględnieniem minimalizacji nakładów na ich przetworzenie, przez co chronione są surowce naturalne, które służą do ich wytworzenia oraz surowce służące do ich późniejszego przetworzenia. Recykling odbywa się w dwóch obszarach: produkowania dóbr, oraz późniejszego powstawania z nich odpadów. Założenia recyklingu zakładają wymuszanie odpowiednich postaw producentów dóbr, sprzyjających produkcji materiałów jak najbardziej odzyskiwanych, oraz tworzenie odpowiednich zachowań u odbiorców tych dóbr. Recykling jest systemem organizacji obiegu materiałów, które mogą być wielokrotnie przetwarzane.

Z kolei ***upcykling*** (ang. *upcycling*) – to forma wtórnego wykorzystania odpadów, w wyniku którego powstają produkty o wartości wyższej niż przetwarzane materiały. Termin ten jest używany dla określenia produktów wysokiej jakości, które zostały stworzone z surowców niskiej jakości, oczywiście pochodzących z recyklingu, czyli nie „wrzucenie do ponownego obiegu", ale „wrzucenie do wyższego obiegu". Termin ***upcykling*** ma swoje źródło w tym, że w przypadku części produktów recykling wiąże się z obniżeniem jakości (najlepszym przykładem jest tutaj papier), co może odstraszać niektórych konsumentów. Upcykling to hasło, które mówi „ten produkt został wyprodukowany z surowców pochodzących z recyklingu, ale jest wysokogatunkowy".

Główną ideą upcyklingu jest wykorzystywanie na pozór niepotrzebnych przedmiotów, przy czyn liczy się przede wszystkim pomysł. I tak np. ze zużytych torebek po herbacie powstaje abażur lampy, a stare książki telefoniczne stają się meblami. Przedmiotom tym nadaje się nowe znaczenia, przenosi się je w nowy → czas, w inny okres, w nowe → życie.

Czym jednak ta idea różni się od już nam znanego recyklingu? Przecież on także polega na ponownym wy-

korzystaniu pewnych materiałów. W recyklingu odbywa się to na dużą skalę, z udziałem wielkiego przemysłu. To, co odróżnia upcycling, to fakt, że nie ma w nim klasyfikacji na przedmioty nadające się do przeróbki lub nie. Idea ta jest tak pojemna, że coraz częściej wykorzystują ją w swoich pracach nie tylko artyści, ale także projektanci mody i sztuki użytkowej.

W jęz. ang. obok słowa upcycling istnieje termin repurposed (a także określenia: reworked, refashioned, restyled, remade, restructured, redesigned). Podczas gdy działalność recyklingowa i upcyklingowa polega na wykorzystaniu materiałów nowych, ale wyprodukowanych z surowców pochodzących z odzysku, określenie repurposed zwraca naszą uwagę na przeróbkę i zmianę przeznaczenia, np. na sukienkę z krawatów czy płaszcz z marynarek. Polską marką modową działającą w nurcie repurposed jest *Paradecka Hand Remade*.

Należy jeszcze przedstawić pojęcie ***downcyklingu***. Jak mówi Michael Braungart (1958–), współautor książki *Cradle to cradle: Remaking the way we make things* (2010), obecnie stosowane metody *recyklingu*, czyli ponownego wykorzystania surowców należy nazwać ***downcyklingiem***, gdyż powstające produkty są w większości przypadków gorsze jakościowo niż wyjściowe surowce wtórne, np. przetworzony papier nasączony jest farbą drukarską, dodatkowo jest chlorowany, włókna takiego papieru są krótkie, a z tego powodu papier jest mniej wytrzymały, łatwiej się ściera.

Kolejne określenie to ***pre-consumer waste.*** Fachowcy dzielą śmieci na dwie grupy: pre-consumer waste oraz post-consumer waste. Pre-consumer waste, czyli śmieci wytworzone zanim produkt trafi do konsumenta, związane z procesem produkcji, paczkowania lub dostarczania produktu do konsumenta. Są to zatem materiały nowe, ale przeznaczonych do wyrzucenia, np. poprodukcyjne reszteki, końcówki serii, partie próbne, niesprzedane kolekcje odzieży, której fason wyszedł z mody, itp. Przykładami marek, które szyją w tym nurcie są *From Somewhere* i *Goodone*. Natomiast ***post-consumer waste*** – to śmieci, które pozostają po tym, jak konsument „spożył" produkt – opakowanie, odpady związane z konsumpcją produktu, wreszcie sam produkt w momencie gdy przestaje być używany i trafia na śmietnik. Może to być odzież z drugiej ręki (tzw. *second-hand*), ale również np. plastikowe torby czy płachty, a nawet kasety VHS.

Wreszcie ***trash art*** – to alternatywna forma recyklingu rzeczy, które na co dzień wyrzucamy. *Trash artem* może być właściwie wszystko. Są śmieci–obrazy, śmieci–figurki, śmieci–meble czy nawet śmieci–bielizna! Istnieją nawet całe parki rozrywki, do których budowy zostały wykorzystane odpady przemysłowe. Sztuka ze śmieci (w sensie dosłownym) staje się coraz bardziej popularną formą ekspresji współczesnych artystów. Do najbardziej znanych instalacji wpisujących się w nurt śmieciowej sztuki należą *Hotel Europa* (zob. fot. 1) czy *Trash People* niemieckiego artysty HA Schulta (właśc. Hansa-Jürgena Schulta, 1939–). Artysta ten przez pół roku tworzył 1000 postaci z puszek po napojach. Instalacja zwiedziła już większość świata, między innymi Nowy Jork, zaistniała w pobliżu piramid w Egipcie, czy Wielkiego Muru w Chinach. Odmianą *trash art* jest *teshion*, czyli moda recyklingowa wykorzystująca najrozmaitsze odpady do produkcji ubrań i dodatków.

W końcu ***3R: reduce, reuse, recycle***

Zapis fonetyczny . Metoda 3R to *reduce*, czyli rozsądne podejmowanie decyzji o zakupie, *reuse* – ponowne używanie przedmiotów jednorazowego użytku, oraz *re cykle* – przetworzenie odpadów metodą przemysłową w celu ich ponownego wykorzystania jako surowiec. Zasada 3R to rodzaj nakazów, np. w sytuacji dotyczącej opakowań mówi, aby używać ich minimalna ilość, używać wielokrotnie tych, których nie dało się zredukować, przetwarzać te opakowania i odpady, których nie daje się użyć ponownie.

Upcykling (*Recykling art*) – W rzeczy samej rzecz o rzeczach

Przedmioty tworzące codzienne otoczenie człowieka odgrywają niezwykłe role w jego życiu. Skąd się bierze emocjonalny stosunek człowieka do przedmiotów?, Co powoduje, że posiadanie pewnych przedmiotów może mieć zasadnicze znaczenie dla poczucia szczęścia?, Co sprawia, że posiadanie określonego przedmiotu może być znaczące dla poczucia tożsamości człowieka? Dlaczego niektóre przedmioty, czasem stare, zużyte – obdarzamy szczególnym znaczeniem?

Leszek Józef Mądzik (1945–) powiada, że obcując, używając jakieś rzeczy „tworzymy rodzaj integracji, można zaryzykować stwierdzenie – więzów, wynikających nie tylko z praktyczności, ale i estetyki używanej rzeczy". I dalej Mądzik (2010) mówi: „Od czterdziestu lat przestrzeń mojego teatru wypełniają przedmioty, które ożywają i żywią nas tymi, których przywołują […]. Przesączone potem, jak i radością, szczęściem, pozostawione w bezruchu i ciszy – przedłużają nie tylko → pamięć ale i obecność nieobecnych".

Przedmioty tworzące codzienne otoczenie człowieka w wyniku metaforycznej i poetyckiej syntezy widzenia, przeżywania oraz ich rozumienia tworzą niezwy-

kłe → emocje. Codziennymi przedmiotami otaczamy się i posługujemy się całe życie. Z powodu emocji, jakie w nas wywołują przedmioty prowadzimy z nimi nieustannie pasjonująca grę. Jedne przedmioty akceptujemy, czasem nawet uwielbiamy inne odrzucamy, ale niektórzy ludzie widzą je tylko utylitarnie, pragmatycznie. Czasem widzą tylko użytkowe cechy danej rzeczy, danego przedmiotu. Tymczasem każda rzecz, każdy przedmiot obdarzony jest wieloma cechami, czasem z pozoru nieważnymi. Mogą to być np. pewne cechy tworzące szczególne wartości: estetyczne, kulturowe, pamiątkowe, symboliczne. I te właśnie cechy mogą spowodować, że czasem najbardziej banalny przedmiot może stać się niezwykłym, istotnym.

O *doświadczaniu rzeczywistości* tak oto pisał Roger-Pol Droit (1949–): „Prawdę mówiąc, nie wiem, gdzie się zaczyna i gdzie kończy rzecz. Granica jest niewyraźna. To tak, jakby w rzeczach istniały nasze strzępki, a w nas fragmenty rzeczy. Jest to niewątpliwie nowa sytuacja. Oczywiście zawsze istniało wzajemne przenikanie się, choćby w rzeczach–pamiątkach. W przedmiotach należących do ojca, ukochanej, do klanu kobiet albo też w rzeczach przywożonych z wakacji, kamykach z pieszych wędrówek, w drobiazgach z daleka […]" (Droit, 2005, s. 87).

Od przedmiotu do podmiotu

W wyniku określonego sposobu widzenia i rozumienia rzeczywistości możemy mieć do czynienia z personifikacją. W innym przypadku sposób widzenia rzeczy może doprowadzić do depersonifikacji, gdzie ścisły związek człowieka z przedmiotami ulega rozbiciu. I tutaj może pojawić się pytania: *Która postawa jest właściwa? Które rozumienie rzeczywistości jest lepsze, a które gorsze?* Zgodnie zarówno z postawą postmodernistyczna, jak i z współczesną filozofią dialogu, można powiedzieć, że nie ma jednej odpowiedzi, bo nie ma jednego systemu wartości, nie ma jednakowych doświadczeń, itd… Ale… Dziś wiemy, że jednostronne, np. w poglądzie zwanym realizmem, rozpatrywanie rzeczywistości może rodzić źródła konfliktu. Wiemy, że prakseologiczna interpretacja rzeczywistości nie odnosi w pełni zamierzonego skutku, gdyż nie likwiduje ona sprzeczności przykładowo między wolnością a zdeterminowaniem. Rzeczywistość i człowiek są w pewnym sensie bytami „wielowarstwowymi". Również zdeterminowanie i wolność występują w odrębnych warstwach rzeczywistości – odpowiednio w warstwie empirycznej i warstwie podmiotowej. Dziś wyraźnie mówi się, że warstwa podmiotowa, w której panuje wolność jest bardziej podstawowa od wtórnej wobec niej warstwy empirycznej – w której panuje zdeterminowanie. Jest tak, ponieważ warstwa empiryczna jest w pewnym sensie konstytuowana przez podmiot.

Dlaczego zastanawiam się tutaj nad podmiotowością? Odwołam się do poglądów Kazimierza → Obuchowskiego, który dochodzenie do podmiotowości określa wręcz „doczłowieczaniem". Autor ten powiada: „Gdy podmiot sam wytworzy swoją koncepcję, jest ona nie tylko dopasowana do niego jak rękawiczka do ręki. Jest spełnieniem samookreślenia osoby i jest „żywa", a zmienia się zależnie od zasobów argumentów. Natomiast sama formuła konkretna jest martwa" (Obuchowski, 2000 a, s. 21).

W wielu technikach terapeutycznych pracuje się na poziomie symbolicznym, czyli „na symbolach" – reprezentantach rzeczywistości zamiast samej rzeczywistości. Terapia przejęła tę technikę pracy od nauki. Nauce od bardzo dawna człowiek poświęcał wiele uwagi, gdyż ona ułatwiała mu rozwiązywanie wielu problemów, dzięki wytwarzaniu teoretycznej reprezentacji rzeczywistości. Naukowcy wiedzą doskonale, że lepiej jest wytworzyć symboliczną reprezentację rzeczywistości, że łatwiej i taniej jest operować symbolami zamiast przekształcać realne obiekty – szczególnie, jeśli to przekształcanie dotyczy człowieka. Dziś w → arteterapii zachęcamy do rozwiązywania problemów w symbolicznych ujęciach, na operowaniu symbolicznymi obiektami, w obrębie których chcemy dany problem rozwiązać. Za pomocą określonych technik, zabiegów możemy posługiwać się ową reprezentacją – symbolem. Symbolem zamiast samym zjawiskiem operować można praktycznie w dowolnym czasie i miejscu. Ale nie zawsze możliwe jest posługiwanie się wyobrażeniową i pojęciową reprezentacją rzeczywistości. W pewnych sytuacjach, na pewnym poziomie rozwoju intelektualnego czy też emocjonalnego, może to powodować ogromny chaos mentalny. Na przykład, konkretna sytuacja: przywołanie takiego przedmiotu jak zegar może uaktywnić zarówno wyobrażenie konkretnego (ten, który nosimy w tej chwili na ręce, lub tego, który stał przy ścianie w pokoju babci), jak i pojęcie „zegara w ogóle", reprezentującego czas. Zdolność posługiwania się pojęciami i wyobraźnią kształtuje się powoli. Jest procesem niezwykle skomplikowanym i wiele osób nawet z wysokim poziomem inteligencji może nie móc sobie poradzić z reprezentacją wyobrażeniową czy też z symboliczną reprezentacją rzeczywistości. Dlatego też bardzo często działań arteterapeutycznych nie rozpoczynamy od słów – symboli językowych, a od operacji konkretnych na przedmiotach:

to konkretne krzesło, ten kamień, który bierzesz do ręki, ta deska, to drzewo. Następnie poprzez percepcję zmysłową (oglądanie, dotykanie, wąchanie, itd.) przechodzimy do wielu twórczych operacji umysłowych. Edward Nęcka (1953–) wyróżnia sześć takich ważnych grup operacji umysłowych – ważnych elementów procesu twórczego. Są to: „dedukcja, rozumowanie indukcyjne, metafora, dokonywanie skojarzeń, abstrahowanie, dokonywanie transformacji" (Nęcka, 1995, s. 68). Zrozumienie konkretnych przedmiotów zbliża do zrozumienia siebie. Zrozumienie siebie sprzyja zrozumieniu innych. Wszystko, co tutaj omawiam, cała ta praca na drodze „od przedmiotu do podmiotu" to nic innego jak ciągły, niekończący się dialog, niezwykle istotny proces komunikowania się.

Sztuka recyklingu

Jak pisał Droit (2005, s. 55): „Żyjemy w epoce, w której na Ziemi spotyka się więcej rzeczy niż kiedykolwiek. Do rzeczy już istniejących dochodzą codziennie miliony rzeczy nowych. O wiele mniej znika. Rzeczy nas zatapiają i ciągle się mnożą […]. Wiadomo, że wszystko jest wszędzie i wszystkiego jest coraz więcej. Wiadomo, że niekończone namnażanie się rzeczy powoduje problemy: transport, przechowywanie, odpadki, recykling, zanieczyszczenie". Wiele przedmiotów to „jednorazówki". Otaczają nas przedmioty zrobione tak, że po jednym użyciu lądują w śmietniku. Chusteczki do nosa, tampony, pampersy, długopisy, golarki, zapalniczki, opakowania, tania odzież wytrzymująca do pierwszego prania, jednosezonowe ubrania czy podeszwy do butów. Jednorazówki to zakała.

Ta sytuacja staje się bolączką dla wielu obywateli żyjących w galopującej, uprzemysłowionej cywilizacji. To powoduje rozwój świadomości ekologicznej. Artyści nie stoją na uboczu tych problemów. Interesują się materiałami charakterystycznymi dla galopującej technicyzacji i industrializacji. Jednocześnie przeraża ich konsumpcjonizm i narastający problemu odpadów przemysłowych i śmietnisk. W takiej to sytuacji, na podstawie całego zespołu cywilizacyjnych rozterek i rozwoju postaw ekologicznych rodzi się ***sztuka recyklingu***.

Każda nowa filozofia artystyczna związana jest z poszukiwaniem nowego języka – podobnie jest i w tym przypadku. Artyści eksperymentują. Szukają formy dla swych idei i przesłań. Wypowiedzi kreowane są w różnych językach. Ten nowy język jest niezwykle niejednorodny, niezwykle skomplikowany, czasem chaotyczny. Sztuka recyklingu nie ma jednej stylistyki. Twórczością recyklingu zajmują się artyści różnych nurtów, różnego pochodzenia, wykształceni artystycznie i początkujący. Wypowiedzi artystyczne są czasem absolutnie czystą formą, innym razem graniczą z kiczem. Jak więc wyglądają dzieła sztuki recyklingu?

W tym przypadku warto sięgnąć do działań awangardy początków XX stulecia. W pewnym sensie takim pierwszym znaczącym na polu upcyklingu artystą był – domalowujący wąsy Giocondzie – Marcel Duchamp (1887–1968). Z pewnością nie można tutaj pominąć Roberta Rauschenberga (1925–2008), wymazującego gumką rysunek Willema de Kooninga (1904–1997).

O wielu artystach i ich dziełach z lat 60. XX wieku można mówić, że to klasyka *recykling artu*. Weźmy chociażby instalację *Wenus w łachmanach* (1967), której autorem jest Michelangelo Pistoletto (1933–) W pracy tej Pistoletto zestawił, a właściwie można powiedzieć skonfrontował piękny, biały, marmurowy posąg – Wenus, ze stertą podartych szmat (zob. fot. 2). Wyobraźnia nie zna granic…

Francuski rzeźbiarz Cesar [właśc. César Baldaccini, 1921–1998], początkowo zaliczany do neodadaistycznej „sztuki przedmiotu", posługując się spawarką, tworzył ze starego żelastwa ekspresjonistyczne rzeźby abstrakcyjne o figuratywnych aluzjach: *Ryba* (1954), *Wielka księżna* (1955). Od roku 1960 Cesar zaczął wykonywać pierwsze *Kompresje* – abstrakcyjne rzeźby ze zgniatanych na bloki w mechanicznych prasach wraków samochodów. To prasowanie wraków starych samochodów i motocykli stało się znakiem rozpoznawczym twórczości Cesara. W ten sposób powstała ogromna kolekcja rzeźb–pomników. Obiekty Cesara robią na nas dziś wrażenie niezwykle estetycznych przedmiotów, ale w latach 60. minionego stulecia wzbudziły wiele dyskusji, kontrowersji: od ironii i negacji do akceptacji. W rzeźbie *Compression murale* z 1995 (rzeźba uformowana z dwóch Citroenów ZX i wyobrażająca wypadek samochodowy) francuski krytyk Pierre Restany (1930–2003) dostrzegł jeden z przejawów „poetyckiego recyclingu rzeczywistości" – charakterystyczny znak *Nouveau Réalisme*. Czym był ruch nowego realizmu? Jednym z jego założeń było poszukiwanie „nowych sposobów postrzegania rzeczywistości". Artyści związani z tym ruchem sięgnęli po rzeczy z ich otoczenia. Za pomocą zwykłych przedmiotów pragnęli głosić prawdę o swoich czasach, chcieli zbliżyć sztukę do życia. Dziś w pewnym sensie, może nie zupełnie bezpośrednim, można uważać tę sztukę za przejaw, początek sztuki recyklingu.

Lata 90. XX wieku przyniosły niezwykłą ilość dyskusji o ekologii i niebezpieczeństwach zaśmiecania świata, a zarazem szereg znaczących działań artystycz-

nych z tym związanych. Postacią niezwykłą, a zarazem pionierem kierunku zwanego *trash art* stał się wspomniany wcześniej niemiecki artysta HA Schulz. Jego najbardziej znaną instalacją są *Trash People*. Grupa 1000 figur ludzkiego wzrostu, wykonanych ze sprasowanych puszek i plastikowych elementów elektroniki jest dziełem sztuki. Instalacja przypomina nieco chińską armię terakotową. Instalacja ta prezentowana była w wielu krajach świata, m.in. w Nowym Jorku i Moskwie, w Rzymie i Barcelonie, w Chinach, na Antarktyce. W 2010 otworzono w Rzymie *Save The Beach Hotel,* projektu HA Schulza zbudowany w całości ze śmieci. W innym przypadku artyści łączą z sobą przedmioty z różnych światów.

Michelle Stitzlein (1967–), amerykańska artystka z Baltimore, wykonuje swoje rzeźby z surowców wtórnych. Na pierwszy rzut oka można pomyśleć, że są one małe, przypominają biżuterię. Nie. Jej ćmy i motyle mają ogromną rozpiętość skrzydeł ok. kilkudziesięciu centymetrów. Stitzlein korzysta w swojej pracy z takich materiałów, jak: tablice rejestracyjne, części samochodowe, klucze, klawisze fortepianu, porcelana, blaszane puszki, drut elektryczny czy kapsle. Są to przedmioty, które każdy może znaleźć w swoim garażu, lub piwnicy.

W pracach Stitzlein można zauważyć, że niebieska Ćma (2007) ma konstrukcję z wygiętej chromowanej kierownicy roweru, na oczy wykorzystała piękne reflektory, srebrne elektryczne przewody to macki. Niezwykła w pracach Stitzlein jest strona estetyczna. Oglądając prace tej artystki mamy wrażenie, że ona kocha wszystkie przedmioty z których wykonuje swoje dzieła. Ona uwielbia je, tak jak kobieta drogą biżuterię (prawdopodobnie artystka nieprzypadkowo nawiązuje formą prac do biżuterii). Ona nie chce się rozstać z tymi przedmiotami. Chce, aby jej przedmioty żyły dalej, aby żyły nowym życiem.

Z kolei – pracujący w sektorze informatycznym bazy Air Force – Miguel Rivera, z twardych dysków laptopów, ich napędów i przeróżnych innych składowych hardware buduje pojazdy i roboty. Swoje prace nazywa *hardware recykling***.** A wszystko to powstaje by, jak argumentuje autor, ukazać potencjał jaki drzemie w częściach komputerowych jako budulca przedmiotów artystycznych oraz by… informatyk wojskowy po ciężkich pięciu dniach pracy w systemie dwuzmianowym mógł pozbyć się zmęczenia i → stresu. Rivera pracuje „hobbystycznie". Codziennie po pracy, po kilka godzin, co może wydawać się dziwne nie rozstaje się w tej pracy z przedmiotami, które towarzyszą mu podczas żmudnej aktywności informatycznej. W swej działalności artystycznej „multiplikuje" części komputerowe. Jego obiekty składają się często z dziesiątek identycznych części. Na przykład, motocyklowe koła stanowi 36 płyt kompaktowych, mini samochód zawiera 29 dysków twardych. Robot zrobiony jest z części 14 labtopów (*Motocykl* 2008, *Samochód* 2009, *Robot* 2009). We wszystkich pracach Rivery widać jego, można nawet powiedzieć „miłość" do określonych rzeczy.

Jeszcze inna odmiana upcyklingu to portrety z obiektów przesłanych mu przez znane osoby, które chcą być sportretowane. Amerykański artysta Jason Mecier (1968–) słynie z dzieł, które wykorzystują rzeczy niepotrzebne. Szczególnie popularne są jego portrety gwiazd i celebrytów ze szczególnie osobistych rzeczy, „śmieci". Artysta wykorzystuje rzeczy, które są byłą własnością ukazywanej na obrazie osoby. Bardzo często przed wykonaniem portretu prosi osobę portretowaną o dostarczenie wszelkiego rodzaju przedmiotów z otoczenia osoby portretowanej. Efekt więc w znacznej mierze zależy od tego, co zostało wybrane przez osobę sportretowaną. Mecier tworzy portrety sławnych i popularnych ludzi, swoiste mozaiki z cukierków, makaronu, kosmetyków, gumy do żucia, tabletek, etykiet lekarstw i wielu różnych „śmieci". Jego galeria „śmieciowych gwiazd" jest niezwykle długa. (*Condolezza Rice*, 2008, *Michael Jakson*, 2009, *Lady Gaga*, 2009, Obama, 2009). Innym artystą – tworzącym niezwykłe „portrety" z odpadów – jest francuski twórca Bernard Pras (1952–), którego pracesą niezwykle, choć z bliska wyglądają jak kupa śmieci. Dopiero po sfotografowaniu pod odpowiednim kątem okazują się wariacjami na temat np. portretów Marlin Monroe czy Alberta Einsteina.

Gilles Eichenbaum, alias GARBAGE (1959–), francuski artysta, używa starych przedmiotów do tworzenia nowych, innych, niepowtarzalnych. Korzysta z takich rzeczy, jak: dzbanki do kawy, herbaty, garnki, patelnie, widelce i cedzaki, łącząc jedne przedmioty z innymi przedmiotami do stworzenia niezwykłych elementów dekoracyjnych, funkcjonalnych mebli, oświetlenia. Artysta nazywa swoje miejsce pracy „Zakładem napraw". W tym studio, w tym „zakładzie" Eichenbaum nadaje starym spatynowanym przedmiotom nowe życie. Można powiedzie, że jest to „życie po życiu. Żyrandol z czajnika, lampka z formy na babkę. Jego „śmieciowe" lampy zachwycają dbałością o szczegóły i nowatorskim podejściem do formy.

Nadawanie nowego życia „przedmiotom po przejściach"

Interesującym przykładem na polskiej scenie artystycznej i w zakresie projektowania jest Izabela

Jędrulak-Mocur z Zielonej Góry, która tworzy w konwencji *Recykling Art*. Zajmuje się sztuką przetwarzania i przywracania znaczenia przedmiotom. Tworzy całe kolekcje przedmiotów unikatowych – jak mówi *własnoręcznie zmodyfikowanych*. I dodaje *POWTÓRKI NIEMOŻLIWE*.

Ciekawie wygląda jej wybór przedmiotów do „zmodyfikowania. Ciuchy, torebki, które wybierane muszą mieć zawsze „coś", duszę, charakter. Wybrane przedmioty artystka „reanimuje", nadaje im w szczególny sposób nowe życie. Do dużych rzeczy dodaje pojedyncze drobiazgi które stają się głównymi bohaterami nowych wcieleń przedmiotów. Artystka tworzy torebki, suknie, narzuty ale również w podobnej konwencji książki artystyczne. Każdy przedmiot jest szczególny, np. *Torebka retro po recyclingu* wykonana ze skóry naturalnej ma z przodu aplikację z serwetki (zrobioną na szydełku) oraz cekinową aplikację przyczepioną agrafkami. Torebka jest ozdobnie marszczona u góry. Jedna z sukienek pochodzi z lat osiemdziesiątych. Jest przepięknie haftowana na jedwabnym szyfonie czarnymi opalizującymi koralikami. Dół celowo pocięty i wystrzępiony. Do tego autorka doszywa tiulowe wstążki.

Innym ciekawym przykładem są *Re-Products* Kariny Marusińskiej (1983–). Działalność nazywana design z przymrużeniem oka. Artystka łamie kanony myślenia o projektowaniu przedmiotów codziennego użytku. Marusińska przetwarza odpady produkcyjne fabryk porcelany w Chodzieży, Wałbrzychu i Ćmielowie. Autorka „artystycznie reanimuje" wyrzucane na fabryczne hałdy talerze, filiżanki, kubki, wazy, ucha do filiżanek. Przywraca im pierwotne funkcje, tworzy nowe niezwykłe obiekty. Zdobi je odpadowymi elementami kalki ukrywając lub podkreślając ich defekty. Poddając liftingowi „zepsutą" porcelanę. Jest kokieteryjna i zadziorna. Prowokuje i rozśmiesza. Jej „produkty" są pomysłowe, zabawne i funkcjonalne (fot. 3).

Sztuka recyklingu i jej nurty, np. *design–redesign*, nieustannie rozwija się. Można powiedzieć, że robi zawrotną karierę. Co chwilę pojawią się nowe terminy. Ostatnio niezwykle popularne staje słowo *trasion* czyli moda recyklingowa wykorzystująca odpady do produkcji ubrań i dodatków. Przykładem mogą być torebki *Ecoist* wykonane z papierków po cukierkach czy batonikach.

Opisywałem tutaj sztukę *recykling art* tylko w nurcie sztuk wizualnych, ale trzeba powiedzieć, że również w muzyce mamy wiele przykładów działań recykling artu. Wymienić tutaj warto choćby Jamie Muira z zespołu *King Crimson*, który w wielu utworach wykorzystywał perkusyjne możliwości blach, sprężyn, puszek. Na szeroka skalę takie działania proponowała niemiecka kapela postindustrialna *Einsturzende Neubauten*. Do perfekcji grę na starych beczkach, kubłach, puszkach, szczotkach opanował brytyjski zespół *Stomp*.

W Polsce dobrym przykładem *recycling music* – jeśli tak można nazwać ten gatunek muzyki – jest Paweł Romańczuk (1975–), założyciel wrocławskiego zespołu *Małe Instrumenty*. Używa on dźwięków, brzmień nieoczekiwanych wydawanych prze dziecięce instrumenty: bębenki, ksylofoniki, pianina, gumowe kaczuszki, piszczałki. Uważam, że najciekawsze są prowadzone przez Romańczuka muzyczne warsztaty dla dzieci *Dźwięki z Odzysku*. W ramach tych warsztatów dzieci znoszą wszelkiego typu śmieci: kawałki maszyn, kapsle, stare konewki. Z tych materiałów budują instrumenty, a następnie na nich grają.

Pojęcie *recykling art* można odmieniać w zasadzie w nieskończoność. Dotyczy ono wszystkich mediów. ostatnio pojawiło się takie określenie jak *kulturalny recykling*. Terminem tym określa się nowe interpretacje tego, co dawne. Nowe interpretacje dramatów, oper. Najczęściej dzieł, które mają uniwersalny przekaz i które wytrzymały próbę czasu.

Dlaczego *recykling art* jest tak fascynujący?

Powtórne, wielokrotne wykorzystywanie różnorodnych materiałów pozwala wykroczyć poza schemat, poszukać nowych rozwiązań. Pojawiają się nowe idee, nowe propozycje i nurty. Każdy twórca pokazuje, jaki jest jego stosunek do przedmiotów. Ta sztuka pokazuje fascynacje i zniewolenia autorów. Recykling art jest umiejętnością korzystania z otaczającego nas świata. Jest sztuką skomplikowaną tak jak skomplikowany jest człowiek. Zajmowanie się tą sztuką na płaszczyźnie teorii sprzyja twórczemu rozwojowi. Praktyczne tworzenie w tym nurcie sprzyja samorozwojowi. Aktywność ćwiczeniowa i warsztatowa w konwencji *recykling art* bardzo dobrze sprawdza się w edukacji artystycznej, ekologicznej, na spotkaniach i treningach kreatywności, zajęciach arteterapeutycznych, a **szczególnie w arteterapii osób starszych**. [Jest to o tyle ważne, że nawet „wspomnienia starych ludzi można ponownie przerobić i wykorzystać, staną się znowu użyteczne…" (por. Karolak, 2014 b, s. 389) – przyp. red.].

Sprawdza się z kilku powodów. Pierwsze to, jeśli tak można powiedzieć, płaszczyzna wyrazu artystycznego, to co nam pokazali w dziełach *recykling art* twórcy pracujący w tym obszarze, to *radość*. W większości te

dzieła są pogodne, dowcipne, zawierają humor, fantazję, bawią nas, można powiedzieć emanują pozytywną energią. Jest w nich jakiś szczególny „luz" do spraw, do życia. Artyści tymi dziełami mówią nam: uśmiechnij się, rozluźnij się, odpuść sobie, bo przecież cały świat jest wypełniony radością, śmiechem. Gdybyśmy tylko mogli usłyszeć ten dźwięk, jak pisze Deepak Chopra (1946–) w książce *Dlaczego Bóg się śmieje?* (Chapra 2009). Po drugie, to poziom filozoficzny a w zasadzie to istota *redefiniowania*. Wiele na ten temat można wynieść już z czytania tekstów takich filozofów stoickich, jak: Marek Aureliusz (121–180 n.e.), Epiktet z Hierapolis (ok. 50–130 n.e.) czy Seneka Młodszy (ok. 4 p.n.e.–65 n.e.). W zasadzie to też nic nowego, to też recykling. Ten poziom „filozoficzny" ma wiele wspólnego z wymienioną wcześniej płaszczyzną wyrazu artystycznego. Wszystkiemu mówię „tak" – do wszystkiego się uśmiecham…

WK

B: Bachelard, 1976; Chopra, 2009; Dziamski, 2002; Droit, 2005; Handford, Karolak, 2008; Karolak, 2014 a, 2014 b; Karolak, Kaczorowska, 2008, 2011; Mądzik, 2011; Nęcka, 1995; Obuchowski, 2000 a.

D: Ustawa z 27 IV 2001 r.

N: http://culture.pl…; https://de.wikipedia.org/wiki/HA_Schult.

O: arterapia, arteterapia w gerontologii.

TK: ang. *upcycling in art therapy with older adults* / *creative reuse in art therapy with elderly*, fr. *le surcyclage en l'art-thérapie des personnes âgées*, hiszp. *upcycling en la arteterapia de las personas de edad*, niem. *Abfallveredelung in die Kunsttherapie älterer und alter Menschen,* ros. *вторичное использование в арт-терапии пожилых людей.*

sztuka i twórczość recyklingowa w arteterapii osób starszych → upcykling w arteterapii osób starszych

uraz i trauma psychiczna

Pojęcia użyte w tytule tego hasła często traktowane są zamiennie. Uważa się, że znalezienie się w sytuacji, która przekracza możliwości adaptacyjne jednostki, i w związku z tym grozi jej utrata → życia lub → zdrowia, powoduje traumę inaczej zwaną też urazem psychicznym (zob. Strauser i współprac., 2006). Lidia Cierpiałkowska (1950–) i Helena Sęk (1938–) dodatkowo podkreślają, że uraz psychiczny odróżnia się od traumy tym, że ta ostatnia pozostawia w → pamięci trwały ślad, który może wpływać na dalsze funkcjonowanie psychologiczne człowieka (Cierpiałkowska, Sęk, 2007). Również Judith Lewis Herman (1942–) jest skłonna do odróżniania urazu psychicznego – traktowanego jako skutek oddziaływania pojedynczego zdarzenia krytycznego, od traumy psychicznej – traktowanej jako wynik wielokrotnego, długotrwałego przebywania w krytycznych warunkach życiowych (Herman, 1998). Badania wskazują, że wskazane kryterium odróżniające uraz od traumy ma uzasadnienie. Jak podaje Bruce P. Dohrenwend (2006), przeciętny mieszkaniec Stanów Zjednoczonych doświadcza w ciągu miesiąca 16,7 wydarzeń wywołujących wysoki poziom pobudzenia emocjonalnego – przeżywa silny → stres. Po 10 miesiącach pamięta jednak tylko 9 z nich. Szczególnie trwałe mogą być te wydarzenia urazowe, których doświadczamy we wczesnym dzieciństwie. Na ich znaczenie zwracał już uwagę Zygmunt Freud (1856–1939), podkreślając, że głównym ich źródłem są nieprawidłowe relacje dziecka z matką, przejawiające się w zerwaniu kontaktu emocjonalnego między nimi lub stosowaniu wobec dziecka przemocy fizycznej lub psychicznej (Freud, 2000). Współczesne badania potwierdzają tę ważną psychoanalityczną tezę. Wykazano, że tzw. traumatyczna pamięć utworzona w dzieciństwie, zwiększa prawdopodobieństwo doświadczania → depresji i podatność na stres w okresie dorosłości (zob. Matos, Pinto-Souveira, 2010). Poza tym stwierdzono, że trauma wczesnodziecięca może także wpływać na wzrost ryzyka zachorowania na niektóre → choroby somatyczne w dorosłości (Kopp, Rethelyi, 2004). Badacze podkreślają, że trauma psychiczna może być przyczyną zaburzeń psychicznych, kwalifikujących się do leczenia psychiatrycznego, o ile nie będą one leczone odpowiednio wcześnie – złożony syndrom pourazowy. Mają one charakter rozszczepienia osobowości, osobowości pogranicza lub zespołu psychosomatycznego (Herman, 1998). W celu uporządkowania psychologicznych skutków przejścia traumy psychicznej, proponuje się także wyróżnienie zgeneralizowanego zespołu niepokoju, charakteryzującego się wysokim poziomem lęku, bezsennością, poczuciu braku kontroli nad otoczeniem i zamartwianiem się o własną przyszłość (Kowalik, 2007).

Poszukując urazowych wydarzeń które mogą zwiększyć ryzyko przedwczesnej śmierci lub pojawienia się choroby, już w roku 1967 Thomas H. Holmes i Richard H. Rahe (1967) stworzyli listę czynników, które wymuszają radykalną zmianę działania mechanizmów adaptacyjnych. Na czołowych miejscach na tej liście znalazły się takie wydarzenia krytyczne, jak: → śmierć współmałżonka, nabycie → niepełnosprawności, zwol-

nienie z pracy i przebycie poważnej choroby. Potem wielokrotnie potwierdzono te wyniki. Jednocześnie okazało się, że spostrzegany poziom traumatyczności zdarzeń, uzależniony jest od ich specyficznych właściwości. Chodzi tu przede wszystkim o to, w jakim stopniu siebie czynimy odpowiedzialnymi za powstałą sytuację, czy pojawiająca się sytuacja jest zaskakująca, nieprzewidywalna oraz czy posiada ona centralne znaczenie dla naszego życia – powoduje zagrożenie dla integralności jednostki, uniemożliwia zaspokojenie podstawowych potrzeb, wyczerpuje fizycznie jednostkę (Dohrenwend, 2006).

W ostatnich latach specjaliści wyodrębniają szczególny rodzaj traumy psychicznej, która występuje w dwóch przypadkach niewłaściwego funkcjonowania systemu społecznego: a) braku ze strony odpowiednich instytucji → opieki i ochrony, w stosunku ludzi znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej (ubóstwo, → starość, choroba, niepełnosprawność, ofiara wypadku) oraz jawnego bagatelizowania ich problemów, b) stosowaniu przez władzę podwójnych standardów politycznych, polegających na ideologicznym lansowaniu państwa wartości humanistycznych i prawa, przy jednoczesnym naruszaniu postulowanych zasad współżycia społecznego (korupcja, szykanowanie, przemoc). W obu przypadkach przeciętni członkowie społeczeństwa mają poczucie, że instytucje państwa nie wywiązuje się ze swoich obowiązków. Obywatele czują się zdradzeni, upokorzeni i opuszczeni. Jak podkreśla Reyna Hernandez de Tubert (2006), takie warunki życia społecznego także wywołują traumę, którą z racji jej genezy proponuje określić jako traumę społeczną. Jeśli dodatkowo, ludzie są obciążani winą za własny los przez organy władzy, wówczas może pojawić się u nich syndrom ofiary (rozpacz, poczucie skrzywdzenia, bezradność, poczucie zobojętnienia i całkowita bierność społeczna). Usunięcie skutków traumy społecznej jest tak samo trudne, jak wszelkich innych doświadczeń traumatycznych.

Warto zaznaczyć, że w literaturze medycznej pojęcie uraz występuje też w zupełnie innym znaczeniu w stosunku do wyżej opisanego. Urazem określa się funkcjonalne zmiany pracy mózgu pojawiające się chwilowo lub w postaci trwałej w wyniku uszkodzenia czaszki (zespół powstrząsowy, śpiączka pourazowa, pourazowe zaburzenia osobowości). Ponieważ zdarza się, że tym urazom towarzyszą objawy przypominające skutki przejścia traumy psychicznej (apatia, lęk, pobudzenie psychoruchowe), trudno jest odróżnić od siebie oba rodzaje urazów (Walsh, 2001).

SZK

B: Cierpiałkowska, Sęk, 2007; Dohrenwend, 2006; Freud, 2000; Herman, 1988; Hernandez de Tubert, 2006; Holmes, Rahe, 1967; Kopp, Rethelyi, 2004; Kowalik, 2007; Matos, Pinto-Souveira, 2010; Strauser i współprac., 2006; Walsh, 2001.

O: otępienie pourazowe, poradnictwo egzystencjalne, trauma geriatryczna, utrata, zespół stresu pourazowego, żałoba i przeżywanie żalu.

TK: ang. *injury and psychical* or *psychological trauma*, fr. *un traumatisme* / *le traumatisme psychique* / *psychotraumatisme* ou *traumatisme psychologique*, hiszp. *traumatismo* / *trauma psíquico* o *trauma psicológico*, niem. *Trauma* oder *Psychotrauma*, ros. *травма* / *психотравма* / *психологическая травма или психическая травма.*

uroda starości (piękne starzenie się)

Kategorie *pięknego* → *starzenia się* i/lub *urody* → *starości* (por. Dubas, 2008 b), można odszukać przede wszystkim w gerontologicznych koncepcjach tzw. → pomyślnego starzenia się (por. Dubas, 2008 b, Halicki, 2005, s. 166). Optymalne starzenie się to starzenie się udane, dobre, godne, mądre czy satysfakcjonujące. Jest ono przez człowieka niezmiernie oczekiwane, gdyż pragnie on nie tylko długo żyć, ale także do końca swych dni żyć satysfakcjonująco. Piękne starzenie się, będące zwieńczeniem dobrze przeżytych wcześniejszych lat → życia, może określić całe życia człowieka jako szczęśliwe, a starość jako okres pełen urody. Piękno jawi się tu jako wartość nadrzędna, zwieńczająca dwie inne wartości absolutne: prawdę i dobro. Tak spostrzegał piękno Fryderyk Schiller (1759–1805), twórca teorii wychowania estetycznego (zob. Suchodolski, 1985). Jeśli coś jest piękne, to i zarazem prawdziwe i dobre. Piękno nigdy nie jest obłudne ani złe, ani dysharmonizujące, lecz uszlachetnia, prowadzi do doskonałości, wzbudza głęboką radość. Tak rozumiane piękno można odszukiwać także w starości. Piękne starzenie się odnosi ludzką starość do estetycznego wymiaru życia (por. Dubas, 2008 c).

Starość w wymiarze estetycznym to starość, która odszukuje piękno w rozlicznych obszarach życia człowieka starszego. Z pedagogicznej i/lub geragogicznej perspektywy nie tylko chodzi więc o to, by przeżyć długą starość i by się do niej przygotować, ale nade wszystko chodzi o to, by przeżyć starość pięknie, przygotowując się do jej pięknego przeżywania. Chodzi więc o to, idąc za myślą Stefana Szumana (1889–1972), by odnaleźć w starości *urodę życia*, która w starości odzwierciedla przekonanie, że życie w starości jest dla człowieka wciąż obszarem możliwych doświadczeń piękna, że piękno może być obec-

ne we wszystkich obszarach życia i że przede wszystkim w swoim wnętrzu człowiek może poszukiwać możliwości odnajdowania piękna w życiu. Uroda starości jest efektem długoletniego procesu pięknego starzenia się, a ten niewątpliwie wiąże się ze sztukę starzenia się – szczególną i bardzo złożoną umiejętnością pozytywnego doświadczania przez człowieka ostatniego okresu jego życia (por. Dubas, 2012, s. 12). Urodę starości wyraźnie uwypuklił w swej refleksji wybitny polski psycholog Szuman (1975), którego zdaniem starość może być piękna, tak jak i wszystko inne, co składa się na urodę życia.

Uroda starzenia się, wedle Szumana, obejmuje wzrost duchowości, pogodzenie się z naturalnymi oznakami starzenia się ciała, umiarkowanie, ustępowanie pola młodszym i życzliwe ich wspieranie, pogodę ducha, pogodzenie się ze → śmiercią. Obrazuje to poniższy fragment: „Urodziwe jest starzenie się naturalne, godne, mądre i coraz bardziej uduchowione. Starzenie się naturalne jest wdziękiem starości, starzenie się godne polega na niewstydzeniu się zmarszczek, ani w ogóle ciała swego – że więdnie i zanika. Starzenie się mądre polega na umiarkowaniu, na ustępowaniu pola młodszym, na serdecznym dbaniu o nich najbardziej, a mniej o siebie, na pogodnym uśmiechu starości, na braku goryczy i starczego despotyzmu, a coraz bardziej uduchowione starzenie się – na dobrowolnym, a nie przymusowym zbliżaniu się do nicości, na pogodzeniu się ze śmiercią. Te cztery cechy składają się na wtórną urodę, na drugie piękno życia dostępne starości" (Szuman, 1975, s. 553).

Można przyjąć, że wskaźniki pięknej bądź urodziwej starości umiejscowione są przede wszystkim w obszarze wartości, duchowości, egzystencjalnego wymiaru ludzkiego życia. Można do nich zaliczyć:

- akceptację naturalnego biegu rozwoju, tzn. akceptację → biegu życia od narodzin (poczęcia) do naturalnej śmierci, akceptację przemijania jako zjawiska osobniczego i kosmicznego, dotyczącego więc wszechrzeczy,
- afirmację życia jako przyjmowanie życia takim, jakie jest, cieszenie się życiem,
- umiejętność życia w teraźniejszości, dostrzeganie i „smakowanie" jej uroków,
- racjonalizowanie postawy wobec śmierci i przemijania, transcendowanie śmierci,
- odnajdowanie sensu traumatycznych wydarzeń życiowych,
- pogodę ducha, optymizm, pozytywne myślenie i uczucia pozytywne,
- obdarzanie innych przeżywaną radością życia,
- doświadczanie bliskości natury, rozumiane jako zbliżenie się i wtapianie się w świat przyrody, umiejętność i przyjemność płynąca z obserwacji zjawisk naturalnych, umiejętność uczenia się od natury, regeneracja sił fizycznych i duchowych w kontakcie z naturą,
- swoiste scalenie w jedno ciała, psychiki i ducha. Zespolone funkcjonowanie osoby w trójjedni jest celem procesu dojrzewania w starości i wskazuje zarazem na zaawansowany proces manifestowania się spójnej całościowej osobowości człowieka dojrzałego,
- osobiste przyzwolenie na Bycie Sobą, rozumiane jako akceptację siebie w zmieniających się wciąż uwarunkowaniach i rolach życiowych,
- akceptację Inności siebie wobec innych ludzi, także akceptację swej starości jako inności w dotychczasowym doświadczeniu rozwojowym jednostki,
- otwarcie na zmiany, tj. przyzwolenie na transgresję i transcendowanie siebie ku odmiennym od dotychczasowych doświadczeń, transcendencję ku wartościom wyższym, także nadprzyrodzonym, oraz przyzwolenie na „transcendowanie siebie ku wartościom uniwersalnym" (Semków, 2007),
- racjonalizację własnych oczekiwań jako swoiste panowanie nad wyobrażeniami, dotyczącymi swego życia i siebie samego w starości, a także realną ocenę własnych możliwości rozwojowych i swej sytuacji życiowej,
- zrozumienie i przyjęcie swego powołania, swojej misji życiowej, swej roli i życiowych zadań, choćby były one najprostsze, a społecznie prawie nie zauważalne,
- „dzielenie się sobą" – swoimi doświadczeniami i zasobami materialnymi,
- wspieranie innych, w szczególności pokoleń młodszych oraz współmałżonka, w ich drogach życiowych,
- branie pełnej odpowiedzialności za własne życie i za własną starość jako wyraz osobowej dojrzałości,
- zbudowanie określonej „filozofii życia", traktującej je jako przygodę i tajemnicę (por. Dubas 2008 c, s. 75–76), jako dar, zadanie i wyzwanie (Zych, 2014, Dubas, 2016).

Urodę starości można odnaleźć w trzech głównych przestrzeniach życia człowieka starszego. W przestrzeniach tych można „czynić starość piękną", można dokonywać **estetyzacji starości** (por. Gołaszewska, 1983, Dubas, 2008 b). Należy do nich: przestrzeń cielesności, przestrzeń duchowości i przestrzeń zewnętrzności.

Przestrzeń cielesności odnosi się do urody twarzy i piękna sylwetki, stylu ubioru i fryzury, innych zewnętrznych przejawów zachowań uwidocznionych w mowie, gestach, mimice, rytuałach codziennych i odświętnych, w manifestowanych gustach i upodobaniach. Cielesność objawia także stan → zdrowia jednostki, jej kondycję i → sprawność fizyczną. W starości cielesność podlega fizjologicznym procesom starzenia się, lecz jednak nie muszą one wyznaczać brzydoty człowieka starszego. Zewnętrzne piękno starości wynika z rozsądnej dbałości o ciało przy równoczesnej akceptacji zewnętrznych oznak jego starzenia się. Obsesyjna zaś koncentracja na cielesności jest zaprzeczeniem pięknej starości. Ogranicza bowiem starość jedynie do zewnętrznych pozorów (por. ilustr. 1). Piękna starość wymaga transcendencji ciała – wykroczenia poza zewnętrzność i przełamania dychotomii ciała i ducha.

Przestrzeń duchowości odzwierciedla piękno wewnętrzne, ukryte, lecz emanujące na zewnątrz. Piękno to wynika z myśli i uczuć, doświadczanych przez człowieka starszego. Odzwierciedla stan jego psychiki, cechy osobowości, postawy życiowe. Ujawnia świat wewnętrzny jednostki, który budowany był przez całe jej wcześniejsze życie, a teraz w starości jest dopełniany i ostatecznie duchowo dojrzewa. Duchowość wzmacniają nastawienia transgresyjne i transcendentne, tendencje rozwojowe, twórczość, dążenia i aktywność edukacyjna, wzrost świadomości i samoświadomości, zrozumienie celu, sensu i wartości życia, afirmacja życia. Piękno duchowe ma decydujące znaczenie dla piękna starości. Starość jest bowiem przede wszystkim emanacją ducha, a nie funkcją ciała. We wspomaganiu rozwoju duchowości człowieka mieszczą się ogromne rezerwy estetyzacji starości.

Przestrzeń zewnętrzności odnosi się do zewnętrznego w stosunku do jednostki świata jej życia. Do tego świata należy m.in. przestrzeń przyrodnicza, kulturowa, cywilizacyjna, historyczna, ekonomiczna, społeczna czy edukacyjna. Budują ją czasoprzestrzeń, rzeczy, inni ludzie, instytucje, zjawiska przyrodnicze, wydarzenia, rytmy i rytuały codzienności. Wszystkie one są przez jednostkę w jakimś stopniu doświadczane i częstokroć przekształcane. Wszystkie one też wywierają określony wpływ na jej ciało i duchowość.

W ramach tych trzech ogólnych przestrzeni estetyzacji starości warto uwypuklić kilka bardziej szczegółowych jej zakresów (por. Dubas, 2008 b, s. 119–121):

Estetyzację **codzienności** można uznać za podstawową kategorię estetyzacji życia ludzkiego i starości. Z codziennością często trudno sobie poradzić, gdyż przytłacza monotonią i obowiązkami, jest szara i uwierająca. Odszukać więc piękno w codziennych czynnościach i koniecznościach to tak, jakby odnaleźć klucz do życia szczęśliwego.

Szczególnie znaczącą rolę w procesie estetyzacji pełni **sztuka**. To jej przede wszystkim przypisuje się bowiem funkcje estetyczne. Twórczość artystyczna, amatorstwo artystyczne czy wreszcie odbiór dzieł sztuki („konsumpcja" sztuki) w znacznej mierze dodają urody życiu poprzez szczególnie głębokie przeżycie doświadczenia piękna, gdyż sztuka, jak pisała Maria Gołaszewska (1926–), to „piękno wyspecjalizowane" (Gołaszewska, 1983).

Ze sztuką bezwzględnie wiąże się **twórczość**, lecz może być ona obecna także we wszystkich innych wymiarach ludzkiego życia. Twórczość jako oryginalność, nowość, przekraczanie dotychczasowego doświadczenia zarówno w wymiarze jednostkowym, jak i społecznym, jest fascynującym, specyficznie ludzkim sposobem manifestowania się fenomenu życia w rozlicznych jego odmianach. Ekspresja twórczości ubarwia życie, nawet gdy jest tylko twórczością „na miarę" jednostkowych możliwości i potrzeb.

Kultura, ze wszystkimi swymi dziedzinami, jest istotnym obszarem uczestnictwa jednostki w dorobku ludzkości, w dziełach i wartościach wytworzonych przez człowieka na przestrzeni dziejów. Uczestnictwo w kulturze, bierne, a w szczególności czynne, uaktywnia jednostkę, poszerza jej świadomość i samoświadomość. Włącza w nurt dziejowego myślenia i doświadczania życia przez ludzkość.

→ **Czas wolny** jest tą przestrzenią życia człowieka w starości, która szczególnie się rozszerza wskutek zaprzestania pracy zawodowej. Czas wolny często bywa utożsamiany z przywilejami starości, jej dobrymi stronami. Trzeba więc wykorzystać go jako sprzymierzeńca człowieka w konfrontacji ze starością, wypełniając czas realizacją hobby i zainteresowań, na które często w okresie dorosłości brakowało czasu. Zajęcia wykonywane z upodobaniem przynoszą człowiekowi wiele radości i pozwalają patrzeć na świat bardziej optymistycznie. Warto też wypracowywać rytuały aktywności wolnoczasowych, które sensownie wypełniając przestrzeń czasu, równocześnie porządkują i wprowadzają harmonię w świat życia człowieka starszego.

Przyroda, przynależąc do zewnętrznej przestrzeni życia człowieka, w dużej mierze przyczynia się do doświadczania przez niego głębokich przeżyć estetycznych. Kontakt z przyrodą, a więc roślinnością, zwierzętami, krajobrazem, zjawiskami pogodowymi uwrażliwia, pozwala przeżywać *kátharsis,* spotykać się z pięknem w naturalnej postaci.

Zdrowie, kondycja i sprawność fizyczna, przynależąc do przestrzeni cielesności, silnie warunkują poziom ogólnej → satysfakcji życiowej człowieka. Zdrowie, jako poczucie → dobrostanu psychicznego i fizycznego, stanowi podstawową wartość życia w starości. Człowiek zdrowy i sprawny fizycznie wydaje się sobie samemu piękniejszym. Będąc zdrowym i sprawnym, ma podstawy dla lepszego – piękniejszego funkcjonowania w otaczającym świecie. Dbałość o zdrowie i kondycję fizyczną jest swoistym nakazem estetyzacji starości. Estetyka starości dotyczy także sposobu przeżywania choroby.

Istotną rolę w procesie dbałości o zdrowie i utrzymywanie dobrej kondycji fizycznej odgrywa → **aktywność fizyczna**. W jej ramach szczególne miejsce zajmuje sport, rekreacja i turystyka oraz aktywny wypoczynek. Zajęcia ruchowe, także na świeżym powietrzu, poprawiają nie tylko sprawność fizyczną, ale także i samopoczucie psychiczne. Odwdzięczają się ładną sylwetką, zdrowym wyglądem, witalnością.

Relacje interpersonalne, konkretyzujące się w odniesieniach do drugiego człowieka, ze wszech miar winny podlegać estetyzacji. Z natury swojej są bowiem bardzo trudne. Takie piękne z założeń relacje interpersonalne, takie jak: miłość, przyjaźń, koleżeństwo i/lub wspólnota, wymagają cierpliwości, tolerancji, empatii, rozmowy, słuchania, dialogu i spotkania. Nie dzieją się samoistnie, potrzebują czasu i zaangażowania, by mogły stać się pięknymi. Nie mniej złożone i trudne w realizacji są relacje wobec siebie samego. Praca nad własnym charakterem, estetyzacja myśli i uczuć, rozwijanie marzeń i fantazji, określanie potrzeb i wytyczanie celów życiowych, wybór wartości, praca nad wolą, refleksja autobiograficzna, mogą przyczynić się do spostrzegania życia jako bardziej przyjaznego. Mogą pozwolić także na kreowanie bardziej pozytywnego obrazu siebie samego. Mogą budzić szacunek do swojej osoby i podnosić poczucie własnej wartości. W efekcie sprzyjają dorabianiu się dojrzalszej i piękniejszej osobowości.

Można przyjąć, że uroda starości, jak również piękne starzenie się, odzwierciedlają swoiste wypośrodkowanie między → **adaptacją a transgresją** w indywidualnych proporcjach właściwych dla jednostki. Adaptacja oznacza umiejętność przystosowania się człowieka do zmian związanych z biologicznym procesem starzenia się, który wyznacza także zmiany w jego osobowości, a w szczególności w świadomości i samoświadomości oraz w życiu społecznym. Adaptacja pozwala przetrwać, zachować równowagę, zyskiwać poczucie bezpieczeństwa. Transgresja zaś ujawnia silniejsze tendencje do zmian, rozwoju, doskonalenia się, potrzebę przekraczania dotychczasowej sytuacji. Jej efektem jest widoczny rozwój. Zarówno adaptacja, jak i transgresja łączą się z procesem witauktu biologicznego i psychologicznego (por. Olszewski, 2003, s. 7–8), są efektem oddziaływania socjalizacji i tradycji oraz uczenia się.

Piękne starzenie się to także wyważenie relacji między **naturą a kulturą** w jednostkowym doświadczaniu życia i starości. Życie osadzone w naturze to życie wpisane w naturalny bieg procesu rozwojowego, w tym procesu starzenia się, zgodne z rytmem pór roku i doby, z rytmem życia i śmierci, wzrostu i rozpadu, związane z afirmacją przemijania. Życie osadzone w kulturze to życie przyporządkowane dobrom materialnym i duchowym wytworzonym przez człowieka, to życie związane z cywilizacją, nauką, techniką, sztuką, edukację czy medycyną. Istotnym jest, na ile korzystanie z owych dóbr kultury nie koliduje z naturalnym biegiem życia i rozwoju jednostki, na ile kultura korzystnie modyfikuje i wzmacnia w człowieku naturę, lecz jej nie zaprzecza. Zaprzeczanie bowiem naturze poprzez kulturę nie sprzyja pięknemu starzeniu się.

Piękne starzenie się człowieka wiąże się również ze stopniowym **przechodzeniem od świata zewnętrznego do świata wewnętrznego**. → Życie psychiczne, wewnętrzne, wsobne – w coraz większym stopniu zastępuje życie zewnętrzne jednostki. Ograniczanie aktywności zewnętrznej człowieka starszego, jego społeczne wycofywanie się, następuje bezpośrednio wskutek zmian związanych z biologicznym procesem starzenia się i jego społecznymi następstwami oraz wiąże się z równoczesnym dojrzewaniem duchowym. Wzrost duchowości człowieka w wieku starszym stanowi swoiste naturalne przeciwdziałanie procesowi biologicznego rozpadu. Wskaźniki zaś rozwoju duchowego mogą być odnajdowane w licznych zakresach (Dubas, 2004 b, s. 142–143). Rozwój duchowy człowieka w wieku starszym można uznać więc za swoisty wskaźnik witauktu. Rozwój świata wewnętrznego jednostki, jej wewnętrznej przestrzeni (Dubas, 2000), ujawnia ją w dalszym ciągu jako istotę aktywną, gdyż transcendującą do wyższych poziomów świadomości i samoświadomości, choć ograniczaną i ograniczającą się w działaniach zewnętrznych, co przekonuje o słuszności teorii → gerotranscendencji (por. Halicki, 2006, s. 271–272, 2007, s. 152). Koncentracja zaś na zewnętrznych działaniach, nadaktywizm zawsze wiążą się w efekcie końcowym ze starością przegraną. Starość piękna natomiast jest wynikiem przemierzania przez jednostkę, przez jej całe życie, „drogi" do

starości – drogi będącej finalnym wysiłkiem rozwojowym, którego wynikiem jest ostateczna weryfikacja własnego człowieczeństwa. Taka starość – piękna starość, zbliża człowieka do rozpoznania tajemnicy ludzkiego życia, ogranicza obawy, uspokaja i racjonalizuje, przygotowuje do odejścia. Wzrost świadomości i/lub samoświadomości sprzyja redefinicjom transformującej się osobowości, czyniąc ją coraz bardziej dojrzałą. Strata w wymiarze zewnętrznym kompensowana jest z naddatkiem w wymiarze wewnętrznym. Należy też podkreślić, że wzbogacany świat wewnętrzny prowadzi człowieka starszego – nie tylko wierzącego – od rzeczywistości przyrodzonej – doczesnej, materialnej – do rzeczywistości nadprzyrodzonej, w większym stopniu mistycznej, której konstrukcja jest próbą odpowiedzi na pytanie: ***Co po życiu?*** (por. Dubas, 2008 c, s. 78–79). Starość więc piękna to swoista „budowla" tworzona przez jednostkę systematycznie przez całe życie. Wymaga ona refleksyjnego i twórczego zaangażowania człowieka. Wymaga czasu, namysłu i ciszy. Niezbędnym warunkiem jej powstania jest rozwój duchowy, który najskuteczniej może harmonizować ciało z duchem. Starość piękna jest wyrazem zmierzania człowieka do doskonałości czy pełnej dojrzałości – określonego ideału osobowego, zwieńczającego wartości nadrzędne i uniwersalne. Odzwierciedla więc ona zrównoważony model starości, oparty o poszanowanie praw natury – w tym praw biologicznego starzenia się, oraz uznanie potrzeb człowieka jako jednostki i jako członka danej społeczności i kultury. Starość zaprzeczająca temu modelowi, a więc starość skoncentrowana na cielesności, ograniczona do zewnętrzności, starość pyknoleptyczna – nastawiona na szybką zmianę, starość akontemplatywna – pozbawiona namysłu, czasu i ciszy, starość nadaktywna, jest starością okaleczoną (Dubas, 2008 c, s. 77). Starość piękna – to starość, która zyskała prawo zaistnienia w przestrzeni jednostkowej i społecznej. To afirmowany okres życia człowieka. To wartość ludzkiej egzystencji.

ED

B: Dubas, 2000, 2004, 2008 a, 2008 b 2016; Gołaszewska, 1983; Halicki, 2006, 2007; Olszewski, 2003; Semków, 2007; Suchodolski, 1985; Szuman, 1975; Zych, 2014.

N: http://www.aleahchapin.com/…

O: estetyka *versus* antyestetyka starości, kontrola społeczna nad ciałem, medialny obraz starości i osób starszych, obraz własnego ciała, społeczny obraz starości, starość, starość jako wyobrażenie w kulturze europejskiej, starość w kulturze współczesnej, starość w sztuce, starzenie się, stereotypy starzenia się, starości i osób starych.

TK: ang. *beauty old age*, fr. *beauté vieillesse*, hiszp. *belleza vejaz*, niem. *schöne Alter* / *schönheit Alter*, ros. *красота старости.*

piękne starzenie się → uroda starości

utrata (strata)

– w sensie, w jakim tutaj będzie o niej mowa – jest to **doświadczenie egzystencjalne**, które tożsamościowo *dotyka* (a nie jedynie *dotyczy*, jak zewnętrznie oglądany fakt społeczny) ludzi w różnym wieku i na różnych poziomach ich odniesienia do świata: biologicznym (np. utrata sił, → zdrowia, jakiegoś zmysłu, urody), społecznym (np. utrata obecności, bliskości, szacunku, pola działania, zaufania, wolności), kulturowym (np. utrata dostępu do zasobów kultury, utrata punktów orientacyjnych w świecie, pragnień semantycznych i aksjologicznych), duchowym (np. utrata poczucia własnej wartości, → sensu życia, wiary, nadziei). W tym sensie jest to temat nieskończony i encyklopedycznie niemożliwy do ujęcia, jako że pokrywa się z deskrypcją losu ludzkiego. Mówić o utracie to całe → życie ludzkie – nieuleczalnie entropii poddane – w słowa ubierać. Trafnie ujmuje rzecz tytuł książki Marii Janion (1926–): Żyjąc, tracimy życie (2001), i przytoczona w niej metaforyczna historia o podróżniku chroniącym się przed wilkami w igloo, gdzie – choć chwilowo wolny od pościgu – z każdym zamarzającym na ścianach kryjówki oddechem ma mniejszą przestrzeń życiową (Janion, 2001, s. 232).

Zadaniem tego hasła nie jest tedy podsumowanie wiedzy, jaką dysponujemy na temat utraty, ani domknięcie pola problemowego z tą kwestią związanego, ale zasugerowanie, w jakich kierunkach – w moim przekonaniu – warto o utracie myśleć, żeby nie kojarzyć jej tylko ze → śmiercią i żałobą albo – w szerszym planie – z banalnym faktem, że rozmaite rzeczy i zjawiska znikają, co może nie mieć żadnego istotnego znaczenia dla ludzkiej tożsamości. Nie jest też utrata, oczywiście, wyłącznie do → starości przypisana i zbitka asocjacyjna *starość* / *utrata* / *śmierć* więcej zasłania niż pozwala trzeźwo zobaczyć. Ale też z pewnością utrata nie jest w żaden sposób w starości *mniej* istotnym doświadczeniem niż na wcześniejszych etapach życia. Przeciwnie, z powodu nawarstwień czasu i obiektywnej entropii bywa nieraz, że to doświadczenie staje się głębsze i dotkliwsze w jesieni życia. Nie ma tu jednak – jak to w dwoistych sprawach ludzkich – reguły.

Utratę w perspektywie **diachronicznej** możemy rozpatrywać na osi *przeszłość – przyszłość*, biorąc pod

uwagę, że niektóre jej warianty dotyczą bardziej *osadów* tożsamości i na biegunie → *pamięci* się koncentrują, inne zaś do *projektów* egzystencji są przypisane i w biegun *antycypacji* celują. W optyce synchronicznej, punktową teraźniejszość mając na uwadze, możemy dodać do badań nad utratą perspektywę **topograficzną**, jako że to doświadczenie dotyka człowieka czasem, rzec można, *z góry*, przyjmując formy nagłe i skoncentrowane: ciosu, wyboru, zwrotu biograficznego, a niekiedy przychodzi niejako *z dołu*, w postaci *gruntu*, tła, procesu wpisanego w życie (por. Maliszewski, 2013 b).

Ważne jest, aby utratę rozpatrywać **dialektycznie**, to znaczy z uwzględnieniem dwoistych napięć zachodzących w tym doświadczeniu – splotów, aporii, rozwarstwień, sprzężeń (ang. *double binds* – podwójnych więzów – przyp. red.) etc. W przeciwnym razie umknie nam złożoność zjawiska i faktyczna egzystencjalna nierozłączność jego elementów, co łatwo zapoznać w procesie konstruowania schematów i typologii. Jest jasne, że zaproponowana przeze mnie optyka diachroniczna i topograficzna to tylko porządkująca myślowa podpórka i że konkretna strata nie daje się z uwagi na swoją *doświadczeniową gęstość*, wieloaspektowość i wielorakie powiązania łatwo zaklasyfikować wedle czasoprzestrzennego układu współrzędnych.

Przeszłość jest dialektycznie spleciona z przyszłością. Utrata, która tkwi w pamięci, rzutuje na przewidywaną przyszłość człowieka. A brak, którego oczekujemy albo który dziś zmienia nasze jutro, modyfikuje postrzeganie tego, co było, i rekonstruuje wspomnienia. Tożsamość jest dynamicznym układem, nie ma w niej izolowanych rewirów. Utrata ulokowana w biegunie *pamięci* może oznaczać zarówno *przykucie* do jakiegoś wydarzenia (*utrata-w-pamięci*), jak i *uwolnienie* od bagażu przeszłości (*utrata-pamięci*), ale ani jeden, ani drugi wariant nie jest jednoznaczny. „Przykucie" pamięci do doświadczenia utraty ma wymiar wierności, ale ma też wymiar otamowania i niewoli; podobnie „uwolnienie" od ciężaru tego, co było, może oznaczać i otwarcie, odszpuntowanie życia, i degradującą osobowość → amnezję. Nie spotykamy w życiu po prostu tych, którzy pamiętają i tych, którzy nie pamiętają, lecz napotykamy jednostki uwikłane w całą gamę splotów o różnym nasileniu składników. Widzimy zatem, dla przykładu, ludzi zniewolonych wiernością (mniej lub bardziej), ale też pięknie wiernych, choć płacących za to cenę rozmaitych ograniczeń; widzimy tych, którzy zapomnieli twórczo i odradzająco, ale nie bez efektów ubocznych, jak i tych, którzy poprzez wykorzenienie zredukowali sobie i innym życie, ale także nie bez nieuświadomionych kontynuacji. Na biegunie *antycypacji* utrata również przybiera kształt dwoisty: wymazywania przyszłości albo jej odzyskiwania, co wcale nie musi się wykluczać (często utrata jednego projektu życia, otwiera dopiero drogę do innego).

Dialektyka utraty objawia się nam wyraziście w nieustannym napięciu między siłami destrukcji i konstrukcji, zagrożenia i szansy. Utrata niszczy, gubi, zamyka, upośledza, zmniejsza, paraliżuje, ale jednocześnie oczyszcza pole, przywraca stłumione, otwiera na nieznane, mobilizuje, wzmacnia, uruchamia. Utrata to obosieczne doświadczenie. Człowiek na *pustyni* – w miejscu dojmującego braku – szuka *domu*, a w *domu* – miejscu obecności i posiadania – odnajduje *pustynię* (Kunce, 2013). Strata kogoś bliskiego – co w podmiotowej perspektywie oznacza realną *eksplozję świata* (Kot, 2009) – nie jest tylko nieobecnością, ale właśnie doświadczeniem dialektycznym: **obecnością nieobecności**. Bez uwzględniania dwoistej natury utraty, przy nawyku kojarzenia jej tylko z jednym biegunem czy jednym obliczem, umyka nam złożoność zjawiska i tym samym tracimy (*sic!*) kontakt z rzeczywistością. Oto kilka przykładów doświadczenia utraty, które zebrane razem, pomóc mogą w uprzytomnieniu sobie owej złożoności.

Wybrane tropy utraty (biegun: przeszłość)

Utrata może dotyczyć społecznej pozycji i to nie tylko w sensie straty stanowiska, prestiżu, statusu majątkowego itp., ale też politycznego **ogołocenia** – radykalnej odmowy uznania, podważenia wartości czyjejś tożsamości, degradacji do poziomu *homo sacer*, czyli – wedle koncepcji Giorgio Agambena (1942–) – istnienia poza prawem ludzkim i boskim, dającego się bezkarnie wykluczyć bądź zabić przez suwerenną władzę (Agamben, 2008). Wydarzenia XX i XXI wieku dobitnie pokazały, jak na mocy politycznej decyzji można niemal z dnia na dzień utracić dorobek życia, status obywatela czy nawet zostać wykluczonym z kręgu człowieczeństwa (por. Finkelraut, 1999). To, kim byłeś, przestaje obowiązywać. René Girard (1923–) pokazał w ogólniejszym antropologicznym planie, w jaki sposób zabójczy proceder wykluczenia i degradacji, wpisany jest w mechanizm przywracania równowagi społecznej poprzez ustanawianie *kozła ofiarnego* (Girard, 1987). Nawet w tego typu dramatycznych i strasznych doświadczeniach utraty tkwi ambiwalencja. Stanisław Barańczak (1946–2014) uwypuklił paradoks ogołocenia na przykładzie biografii poety Osipa Mandelsztama (1891–1938), który prześladowa-

ny przez sowiecki reżym, załamany nerwowo, zagrożony w każdej chwili śmiercią, pozbawiony środków do życia, odkrywał jako dary elementarne wartości: namacalność przedmiotów, możliwość jawy, odczuwanie własnego ***ja***, nawet ból jako świadectwo życia (Barańczak, 2009, s. 49–63).

Bywają też utraty, które człowiek wybiera jako strategie życiowe, postawy wobec rzeczywistości. Tak można odczytywać rekonstruowane z tekstów Williama Shakespeare'a (1564–1616) przez Tadeusza Sławka (1946–) **NIC-owanie świata** (Sławek, 2012). Daje się ono ująć jako utrata *chwytu* – oddanie kontroli, panowania, dopuszczenie do głosu tego, co nie ma jasnej lokalizacji ani jednoznacznej definicji (jak *sumienie*). NIC-owanie to poszukiwanie pozycji mądrego *NIE*, pozwalającego – przez dystans wobec konwencji i pozorów – urealnić świat, przywrócić możliwość dobra. Choć przecież istnieje także podłe *nic* historii, nihilistyczna mordercza negacja, odbieranie życia. Istnieje również *nie* hermetyczne, wsobne, zrywające komunikację i więź ze światem (Markowski, 2005).

Inną strategią utraty (własnej) przeszłości jest powrót do **dzikości** jako gest utraty *kultury* na rzecz *natury* – automarginalizacji, powrotu do prostszych, swobodniejszych form życia w sytuacji kryzysu zdolności percepcyjnych i adaptacyjnych (Nalaskowski, 2006). Porzucenie kariery, rezygnacja z miejskiego komfortu, otaczanie się przyrodą bywają próbą pozbycia się bagażu cywilizacyjnych schematów na rzecz *residuum* podstawowych wartości oraz oczekiwanej jasności i jednoznaczności. Niemniej jednak i w tym przypadku należy pamiętać, że tak rozumiana dzikość oznacza czasem wartościowe przebijanie się do źródeł życia, poszukiwanie realnych zasobów nagiej egzystencji (ang. *bare existence*), lecz także, że niekoniecznie jasność i jednoznaczność to dobre wyposażenie do konfrontacji z ciemnym i złożonym życiem. Łatwo podmienić poręcznymi, zdroworozsądkowymi mniemaniami bądź też ideologicznymi, antykulturowymi sloganami pracę słowa przedzierającego się do świata.

Niektóre straty nie wynikają bezpośrednio z ciosów historii czy wyborów egzystencjalnych, ale z długich – często zakamuflowanych – procesów. Nierozpoznaną przez podmiot formą utraty jest **melancholia**. (zob. Bieńczyk, 2000). Melancholik nie wie, na czym polega brak, który mu doskwiera. Potrafi, rzecz jasna, wskazać, jakie obiekty utracił (bliską osobę, ideał, młodość etc.), jednak nie rozumie, *co* w tych obiektach związuje jego pragnienia. Melancholia to zamykająca i paraliżująca relacja z brakiem o zamglonych motywach. Tkwi jednak w melancholii także potencjał refleksyjności i wrażliwości, który tylko z zastygłego, nieśpiesznego wpatrzenia i doświadczenia pustki wziąć można.

Inną jeszcze formą długotrwałego procesu utraty jest **wydziedziczenie** kulturowe jako wypadnięcie z *niewidzialnego środowiska* tradycji (Witkowski, 2014), zagubienie kluczy do bibliotek świata, polegające nie tylko na braku świadomości rozmaitych treści stanowiących kapitał symboliczny, ale także na zacieraniu śladów po tym braku (Witkowski, 2009). Metapoziomem utraty – jej poważniejszym, egzystencjalnie groźniejszym wymiarem – jest *brak poczucia braku*, *utrata świadomości utraty*. Zaległość kulturowa, wykorzenienie z zasobów pola własnej aktywności może nie sprawiać żadnego dyskomfortu. Tym bardziej warto pamiętać, że niewiedza, niezrozumienie, brak, głód i/lub pragnienie, wykorzenienie to nie tyle przeszkody i dysfunkcje, które należy jak najszybciej eliminować, ale niezbywalne składniki aktu uczenia się i otwartej postawy kulturowej.

Wybrane tropy utraty (biegun: przyszłość)

W przypadku niektórych utrat zauważamy większe nachylenie w kierunku bieguna przyszłości, choć – jak mówiliśmy – jest to w obliczu kontinuum czasu i dwoistości utraty, kwestia umowna, polegająca raczej na rozłożeniu akcentów w trakcie wglądu, a nie trwałości identyfikacji. Chodzi tutaj czasem o *antycypację* utraty, oczekiwanie losowych uderzeń czy naturalnych procesów entropii, a czasem o *zanikanie horyzontu* – nagłe wygumowanie lub długotrwałe zerowanie przyszłości.

Takim nagłym wymazaniem (wspólnej) przyszłości jest, rzecz jasna, śmierć bliskiego – utrata *par excellence* (zob. ilustr. 1) Uporczywość i bezradność układania *puzzli zniszczonej przyszłości* została poruszająco przedstawiona w książce holenderskiego pisarza Pietera Fransa Thomése'a (1958–) *Cień mojego dziecka*. Jest to studium cierpienia po utracie dziecka: „Tak wiele się nie wydarzyło, tak wiele nie zaistniało. […] Jej głos? Gdzie jest śnieg, który nigdy nie spadł? […] kto odtworzy pocałunek dziewczyny, która nigdy nie całowała? Kto wykopie jej zapachy, jej śmiech? Każda próba rekonstrukcji kończy się czymś, co nigdy nie istniało"; „Imię Isa Thomése na zawsze pozostanie otwarte. Po niej żadnej kropki, tylko pytajnik. Elisa Makira Thomése. Paczka, której nie odebrano […]" (Thomése, 2011, s. 18, 50 i s. 54) Dialektyczną optykę można zamienić w maszynkę, która zawsze odnajdzie negację i negację negacji albo w ostrożny detektor rzeczywistości. Druga opcja jest mi bliższa, dlatego

przy utracie tego rodzaju co utrata bliskiego, zwłaszcza dziecka, niech wybrzmi milczenie…

Jedną z utrat otwierających nowe możliwości jest **u-bywanie**, oznaczające kształtowanie siebie przez rezygnację z siebie i wszystkiego, co „moje" (Sławek, 2001). Przenoszenie uwagi na *Drugiego* tworzy szczeliny w skorupie podmiotu, rozbraja iluzję władzy i umożliwia poznawanie tego, na co wcześniej było się zamkniętym. Nieakumulacyjne u-bywanie otwiera horyzont przyszłości. W odniesieniu do życia wspólnotowego pokrewna jest tu strategia **ujmowania**, w której – paradoksalnie – wycofanie siebie, zwolnienie miejsca, powstrzymanie się przed narzucaniem się innym, ustępowanie przed prawdą i przed drugim stają się niezbędnymi warunkami służenia interesom wspólnoty, otwierają życie polityczne (Sławek, 2009).

Utrata nachylona w stronę bieguna przyszłości przychodzi też w postaci naturalnego podłoża czy stopniowo narastającej tendencji. Jedną z jej postaci jest towarzyszący człowiekowi **lęk**. Wyobrażamy sobie klęski, zapaści, odbierające uderzenia czasu przyszłego i w tym znaczeniu utrata niemal nigdy nas nie opuszcza. Lęk to nadchodząca utrata, widmo braku. Lęk jest wszak świadomością możliwości niebytu. Nie chodzi o abstrakcyjną wiedzę o przemijaniu i pustce, lecz egzystencjalne wyczucie, że niebyt stanowi strukturalną część własnego bytu. Paul Tillich (1886–1965) wyliczył podstawowe nasze lęki – oto nicość zagraża: 1) ontycznej samoafirmacji człowieka (utracić możemy własne bycie); 2) duchowej samoafirmacji człowieka (utracić możemy sens); 3) moralnej samoafirmacji człowieka (utracić możemy własną przynależność do dobra). Horyzont przyszłości zagrożony jest przez śmierć, absurd, potępienie (Tillich, 1983). Być może należałoby ten schemat uzupełnić jeszcze przez lękowe podważanie relacyjnej samoafirmacji człowieka (możemy utracić więzi) i tym samym zagrożenie osamotnieniem. Jean Améry, właśc. Hans Mayer (1912–1978) pokazał i zaświadczył, w jaki sposób w starości zmienia się *klimat* lęku – jak strach potęguje się i staje nieodłącznym towarzyszem: „Jednak tkwi we mnie strach, głuche, nigdy nie przyprawiające mnie o drżenie, tylko niepospolicie uparte uczucie, które powoli staje się częścią mojej osoby, i właściwie nie mogę już powiedzieć, że czuję strach, raczej, że jestem strachem, chociaż to bycie strachem nie przeszkadza mi w wykonywaniu pracy, a inni o nim nie wiedzą i nawet nie zakłóca on specjalnie mojego dobrego nastroju na pokaz. Mam silne podejrzenie, że nie lepiej jest z innymi starzejącymi się, którzy urządzają wesołe pikniki, chodzą do teatru, zamawiają modne stroje" (Améry, 2007, s. 124). Wraz z upływem czasu – pokazał Améry – *wirus śmierci* uaktywnia się. Ale i to doświadczenie – choć cytowany Autor być może w głębi własnego pesymizmu by na taką myśl nie przystał – jest obosieczne. Lęk nadciągającej utraty rodzi w człowieku bezradność, dezorientuje, przygniata, wieszczy porażkę ostateczną etc., ale jednocześnie staje się przestrzenią ujawniania *męstwa bycia*.

Améry opisał jeszcze dwie istotne formy utraty związanej z procesem starzenia się. Obie ujawniają się w narastającej stopniowo **alienacji**: 1) **siebie samego** i 2) świata wokół. To, co szczególnie dotkliwe w doświadczeniu starości – choć możliwe i w młodości – to utrata siebie, groza stawania się *nie-ja*. Człowiek bada własne ciało, zmiany, które w nim zaszły, i rozdwaja się na *badającego* i *badanego*. Z czasem może coraz bardziej nie rozpoznawać siebie, przechowując w świadomości ***ja*** z lat wcześniejszych. Alienację generuje także otoczenie społeczne. Jednostka nie odnajduje siebie, bo odzwierciedlona w spojrzeniach innych, jawi się jako istota pozbawiona potencjału, skazana na powtórzenia. Nikt nie pyta starca, kim będzie i co będzie robił. On już *dokonał*/*ma* i już *był*/*jest*. „Kto skieruje pytanie do społeczeństwa, otrzyma odpowiedź: rób, co robiłeś wczoraj i przedwczoraj, czyń, do czego cię uprawomocnia twoja przeszłość – albo nie rób nic" (Améry, 2007, s. 77). Szacunek dla starszych to w tych okolicznościach pusta konwencja, przekaz społeczny jest jasny i wykluczający: stary jest nie-użyteczny, nie-edukowalny, nie-zdrowy, słowem: nie-młody. Horyzont przyszłości zwęża się, uniemożliwiając antycypację, czyli niezbywalny składnik tożsamości. Nie potrafimy pomyśleć świata bez własnego istnienia. Możemy wyobrażać sobie dzień po własnym pogrzebie, ale zawsze częścią tej wizji będzie nasze obserwujące ***ja***, które przypatruje się opuszczonej przez nas przestrzeni. ***Ja*** musi mieć przyszłość. Bez projektu jutra tracimy siebie.

Nieuchronnie narasta również utrata rozumienia świata. Do tego, aby opanowywać i współtworzyć systemy znaków stanowiących współczesną kulturę potrzebny jest nakład sił oraz gotowość przestawiania własnej wrażliwości, a to właśnie tych energetycznych składników zaczyna brakować z upływem czasu. Stąd niejednokrotnie ludzie starzy balansują między resentymentalnym skostnieniem a bezwarunkową tolerancją teraźniejszych treści, w obu przypadkach doświadczając alienacji symbolicznej i społecznej.

Dwoisty charakter utraty siebie i świata objawia się w paradoksie wyobcowania/odzyskiwania. Améry

pokazał to na przykładzie obserwacji własnej twarzy. Oglądana w młodości, nie wydaje się obca, jest własna w sposób oczywisty, ale poprzez tę oczywistość należy do świata, jest nieproblematycznym składnikiem otoczenia, o którym można zapomnieć i zająć się działaniem. Dopiero w trakcie przemiany, zakwestionowana, budząca niepokój albo wstręt, wytrącona ze świata, staje się zarazem obca i na powrót – głębiej – własna. Améry: „A przed lustrem: ciało, które odtąd będzie obecne dla niego jako jego ja, odczuwa jako powłokę, jako coś zewnętrznego i mu dodanego, a zarazem jako coś dlań najbardziej swoistego, do czego coraz bardziej się sprowadza i czemu poświęca coraz więcej uwagi" (Améry, 2007, s. 52). W dwoistym doświadczeniu utraty alienacja i odzyskanie więzi nie wykluczają się – mogą stanowić dwa oblicza tego samego złożonego zjawiska.

Czy można utracić coś, czego się nigdy nie miało? Pytanie zasadne, jeśli koncentrujemy uwagę na biegunie przyszłości, a więc rozpatrujemy utratę w odniesieniu do projektów życia. I tu nie może być wątpliwości. Tracimy nieustannie to, co mieliśmy i to, kim byliśmy (albo wydawało się nam, że tak było). Ale tracimy również to, co chcielibyśmy mieć i kim pragnęlibyśmy być. Człowiek – dzięki kompetencjom językowym i temu, co Francis George Steiner (1929–) nazywa *gramatyką nadziei* – potrafi wymyśleć wielką liczbę światów, przenosić się w przyszłość, zawieszać prawa fizyki, paraliżować czas i zapobiegać utratom. A jednocześnie język i wyobraźnię toczy robak niespełnienia, utrata mocy sprawczej (Steiner, 2007). Kondycję ludzką można opisać przez kategorię **zwichnięcia** (ang. *out of joint*) – utraty stabilności życia, punktów oparcia, pewności i spójności ***ego***, przejrzystości etc., co nie ma wcale jednoznacznie pejoratywnej konotacji, przeciwnie – stanowi nieraz warunek dojrzałości, → mądrości [życiowej], etyczności (Maliszewski, 2013 a, s. 61–80).

W tym niepełnym, otwartym przeglądzie chodziło o pokazanie, jak wielowymiarowym, złożonym, dialektycznym i egzystencjalnym doświadczeniem jest utrata.

KM

B: Agamben, 2008; Améry, 2007; Barańczak, 2009; Bieńczyk, 2000; Finkelkraut, 1999; Girard, 1987; Grzela, 2015; Janion, 2001; Kot, 2009; Kunce, 2013; Maliszewski, 2013 a, 2013 b; Markowski, 2005; Nalaskowski, 2006; Sławek, 2001, 2009, 2012; Steiner, 2007; Thomése, 2011: Tillich, 1983; Witkowski, 2019, 2014.

O: lęki egzystencjalne w starości, strata bliskiej osoby i żałoba, żałoba i przeżywanie żalu.

TK: ang. *loss,* fr. *la perte*, hiszp. *p*érdida, niem. *Verlust*, ros. *ympama.*

strata → utrata

uwarstwienie wiekowe (układ warstwowy wieku)

– oznacza wyróżnienie w społeczeństwie warstw, w których ludzie i role są zróżnicowane wiekowo, bądź podział populacji na → warstwy wiekowe, przykładowo takie jak: młodość, wiek dojrzały i → starość, oraz kulturowe przypisanie relacji między ludźmi z różnych warstw wiekowych. → Teoria stratyfikacji wieku stała się impulsem do rozwoju badań → grup wieku, → kohort i → generacji na gruncie → gerontosocjologii i nauk społecznych zajmujących się starością.

AAZ

O: teoria stratyfikacji wieku, warstwy wiekowe.

S: stratyfikacja wiekowa.

TK: ang. age stratification, fr. *stratification selon l'âge*, hiszp. *estraficación por edades*, niem. *Altersstratifikation*, ros. *возрастная "стратификация".*

układ warstwowy wieku → uwarstwienie wiekowe

wady wzroku (wady refrakcji)

Każda wada refrakcji powoduje, że oko, jako układ optyczny, składający się z głównie z rogówki i soczewki, nie skupia na siatkówce równoległej wiązki promieni światła. Moc łamiąca układu optycznego mierzona jest w dioptriach (D). Jednostka ta definiowana jest następująco: soczewka o mocy 1 D załamuje promienie biegnące równolegle do jej osi optycznej i skupia je w ognisku oddalonym o 1 m. A zatem, im większa moc skupiająca soczewki, tym bliżej leży ognisko i tym krótsza jej ogniskowa, czyli odległość układu optycznego od ogniska. Przykładowo: soczewka o mocy 2 D ma ogniskową o długości 0,5 m, soczewka o mocy 3 D ok. 0,33 m itd. Dla soczewki skupiającej (wypukłej) stosuje się znak + (tzw. soczewka plusowa), zaś dla rozpraszającej (wklęsłej) znak – (tzw. soczewka minusowa). Układ optyczny oka składa się ze wszystkich struktur, przez które przechodzą i które załamują promienie światła padające na siatkówkę, czyli z filmu łzowego, rogówki, komory przedniej, soczewki i ciała szklistego. Największą rolę odgrywają rogówka i soczewka, ale zaburzenia dotyczące pozostałych struktur również mogą wpływać na jakość widzenia, dlatego też w przypadku nieprawidłowości filmu łzowego, z którymi mamy do czynienia w → zespole suchego oka, pacjenci skarżą się na pogorszenie widzenia. Istotną strukturą, niemającą wpływu na moc optyczną, ale wpływającą na widzenie, jest źrenica. Zmiany jej szerokości warunkują dobre widzenie do dali i bliży. Moc całkowita układu optycznego gałki ocznej to około 60 dioptrii, z czego na rogówkę przypada 2/3, a na soczewkę 1/3 tej mocy, czyli ok. 20 D. Dlatego też oko afakijne (czyli bezsoczewkowe), które wyjściowo nie miało wady refrakcji, po zabiegu usunięcia soczewki byłoby w wysokim stopniu nadwzroczne. Tego typu zabieg refrakcyjny stosuje się czasem (obecnie bardzo rzadko) w przypadku wysokiej krótkowzroczności, rzędu –20 D. W takiej sytuacji usunięcie soczewki może dać pooperacyjną refrakcję bliską 0 D. Aby uzyskać wyraźny obraz, promienie światła wpadające do oka przez otwór źreniczny muszą zostać zogniskowane w centralnym punkcie siatkówki. Za prawidłowy przebieg tego procesu odpowiadają krzywizny powierzchni łamiących (głównie rogówki i soczewki), współczynniki załamania ośrodków optycznych oraz długość gałki ocznej.

Do dwóch najczęstszych przyczyn krótkowzroczności i nadwzroczności należą zaburzenia refrakcyjne, czyli związane z optycznym działaniem rogówki i soczewki oraz nieprawidłowa długość gałki ocznej (gałka zbyt długa lub zbyt krótka). Mówimy wtedy odpowiednio o krótkowzroczności/nadwzroczności refrakcyjnej i krótkowzroczności/nadwzroczności osiowej. Omówienia wymaga jeszcze zjawisko akomodacji. Jest to zdolność oka do wyraźnego widzenia zarówno z bliska, jak i z daleka. Największa jest u noworodków – jej zakres wynosi nawet 20 D i spada z wiekiem, by w wieku ok. 60 lat wyczerpać się całkowicie. Mechanizmy odpowiedzialne za akomodację nie są do końca poznane, wiadomo jednak, że zmiana krzywizny powierzchni soczewki osiągana dzięki pracy mięśnia rzęskowego jest podstawowym zjawiskiem. Pewną rolę przypisuje się również wypełniającemu wnętrze gałki ocznej ciału szklistemu. Postępujące z wiekiem twardnienie soczewki jest nierozerwalnie związane ze spadkiem zakresu akomodacji, a co za tym idzie, z wystąpieniem omawianej niżej prezbiopii.

Ważniejsze wady refrakcji

1. **Miarowość**, czyli **emetropia**. O oku miarowym mówimy wtedy, gdy przy całkowicie rozluźnionej akomodacji równoległa wiązka promieni świetlnych zostaje zogniskowana na siatkówce. Miarowa gałka oczna ma długość około 24 mm, a siła łamiąca układu optycznego to opisane wyżej 60 D.
2. **Nadwzroczność**, czyli **hipermetropia**. Układ optyczny oka nadwzrocznego skupia promienie wpadające do oka w ognisku położonym za siatkówką, co oznacza, że obraz powstający na siatkówce jest nieostry. Najczęstszym powodem takiego stanu jest zbyt krótka długość osiowa gałki ocznej. Fizjologicznie występuje u noworodków i małych dzieci, aby wyrównać się około 6.–8. roku życia. Nadwzroczność nierozerwalnie współistnieje z akomodacją. Dzięki dużemu zakresowi tej ostatniej u osób młodych istnieje duża zdolność do kompensowania hipermetropii przy pomocy napięcia mięśnia rzęskowego i zwiększenia mocy łamiącej soczewki własnej – to tak, jakby założyć okulary plusowe korygujące wadę. Niestety, mimo że takie „rozwiązanie" eliminuje konieczność ich noszenia, to jednak stan stałego napięcia

akomodacji może skutkować bólami głowy oraz okresowym pogorszeniem („zamazaniem") widzenia. Z wiekiem natomiast, gdy zdolność akomodacyjna ulega zmniejszeniu, wada nadwzroczna ma tendencję do ujawniania się: przyjmuje się, że w wieku 25 lat koryguje się ok. połowy, a po 45. r.ż. całkowity niedostatek mocy układu optycznego oka. Z kolei → nadwzroczność starcza to stan, w którym na skutek zmian współczynnika załamania światła przez starzejącą się soczewkę, ogniskowa układu optycznego oka ulega wydłużeniu i oko staje się „dalekowzroczne". Oznacza to, że do dobrego widzenia do dali konieczna jest korekcja soczewkami skupiającymi, czyli plusowymi. Problem ten jest czymś innymi niż prezbiopia, która oznacza potrzebę używania różnej korekcji do dali i bliży. Zwykle problem starczowzroczności pojawia się przed pojawieniem się nadwzroczności starczej.

3. **Krótkowzroczność**, czyli **myopia**. W przypadku tej wady refrakcji ognisko skupiające powstaje przed siatkówką, co, tak jak w przypadku nadwzroczności, powoduje powstanie nieostrego obrazu na siatkówce (zob. ilustr. 1). Przyczyną takiego stanu najczęściej jest zbyt długa gałka oczna, ale możemy mieć do czynienia z krótkowzrocznością nabytą w przypadku → zaćmy jądrowej, co poprzez przesunięcie punktu dali (czyli wyraźnego widzenia) do odległości np. 30 cm przed okiem powoduje wrażenie poprawy ostrości wzroku do bliży. Krótkowzroczność dzielimy do niską (do –3 D), średnią (do –8 D) i wysoką (w skrajnych przypadkach nawet kilkadziesiąt dioptrii). Ta ostatnia jest bardzo poważnym stanem, m.in. ze względu na swój postępujący i degeneracyjny charakter – wiąże się z tak znacznym wydłużeniem gałki ocznej, że znacznie wzrasta ryzyko odwarstwienia siatkówki, a zmiany zanikowe siatkówki i naczyniówki skutkują spadkiem ostrości wzroku nawet do poziomu praktycznej → ślepoty, bez możliwości skorygowania tego stanu jakąkolwiek metodą korekcji optycznej.
4. **Astygmatyzm**, czyli **niezborność**. Jest to taki stan układu optycznego oka, który przy rzutowaniu punktu tworzy na siatkówce obraz niepunktowy (łac. *a* – przeczenie, *stigma* – punkt). Najczęstszą przyczyną jest nieprawidłowa krzywizna rogówki, zdarza się również astygmatyzm pojawiający się w → wieku podeszłym, który zazwyczaj związany jest z rozwojem zaćmy. Znacznego stopnia i postępujący bywa objawem poważnych schorzeń rogówki, takich jak np. stożek rogówki. Astygmatyzm może występować jako wada izolowana, może też współistnieć z nadwzrocznością, czy krótkowzrocznością.
5. **Prezbiopia**, dawniej określana mianem starczowzroczności. Nie jest tak naprawdę wadą wzroku, a stanem fizjologicznym, związanym ze starzeniem się narządu wzroku. Można ją jednak korygować w sposób podobny jak wady refrakcji, stąd też najczęściej bywa omawiana razem. Jej pojawienie się wywołane jest omawianym powyżej wyczerpywaniem się zakresu akomodacji, czyli zdolności układu optycznego oka do ostrego widzenia zarówno przedmiotów dalekich, jak i bliskich. Powolny postęp tego procesu sprawia, że, do pewnego momentu, jesteśmy w stanie przystosować się do tej niedogodności, np. odsuwając czytany tekst coraz dalej od siebie, zwiększając rozmiar czcionki na ekranie lub zsuwając okulary na czubek nosa (odsunięcie szkła okularowego od oka powoduje efekt zwiększenia jego mocy skupiającej). Po jakimś czasie te „zastępcze: sposoby korekcji przestają jednak wystarczać (mówiąc obrazowo, ręka staje się za krótka) i trzeba uciec się do bardziej naukowych metod. Należy zauważyć, że pojawienie się pierwszych objawów prezbiopii związane jest z wynikającymi z wieku zmianami soczewki oraz mięśni odpowiadających za akomodację, nie jest natomiast tożsame z rozwojem zaćmy. Wprost przeciwnie: jak to opisywano wyżej, jądrowe zmętnienie soczewki może wręcz skutkować poprawą ostrości wzroku do bliży. Niestety, w związku z postępem zmian zaćmowych, jedynie tymczasowym.

Metody korekcji wad wzroku

1. **Okulary**. Za pomocą okularów (soczewek okularowych) można korygować większość wad wzroku oraz prezbiopię. Nadwzroczność koryguje się soczewkami skupiającymi (wypukłymi, plusowymi), krótkowzroczność rozpraszającymi (wklęsłymi, minusowymi), zaś astygmatyzm cylindrycznymi (torycznymi). Ponieważ ta ostatnia wada refrakcji może współistnieć z dwoma pierwszymi, możliwa jest również kombinacja soczewek, czyli np. plusowa soczewka toryczna. Od razu należy obalić powszechnie występujące przekonanie, że soczewki minusowe są do dali, a plusowe do bliży. Rodzaj zastosowanej korekcji zależy jedynie od wyjściowej wady wzroku. Ostrość wzroku do dali określa się w trakcie → [kompleksowego] badania okulistycznego. Następnym krokiem jest skorygowanie ewentualnej wady wzroku. W ten sposób do-

biera się korekcję do dali. W przypadku osób młodych, dzięki akomodacji, ma ona zastosowanie uniwersalne, jednak osoba starsza potrzebuje zwykle osobnej korekcji do dali i bliży. Przy skorygowanej wadzie wzroku do dali (zarówno krótkowzroczności, jak i nadwzroczności), aby bez zdolności akomodacji widzieć wyraźnie przedmioty położone blisko, przed oko należy włożyć soczewkę skupiającą (plusową). Różnica między wyjściową korekcją (tą do dali), a korekcją do bliży, czyli moc tej soczewki plusowej, która pozwala widzieć wyraźnie, określana jest mianem addycji (dodatku do bliży). Korekcja do bliży jest zatem pochodną korekcji do dali – aby poznać moc soczewki do bliży, należy do mocy soczewki do dali dodać wartość dodatku. Widać stąd, że możliwa jest sytuacja, kiedy pacjent używa korekcji minusowej do obu tych odległości, np. wada wzroku do dali wynosi –5 D, dodatek do bliży to 2 D, zatem moc okularów do czytania to: –5 + 2 = –3 D. Możliwa jest również sytuacja przeciwna: osoba nadwzroczna, która do dali używa okularów o mocy +2,5 D, przy addycji o wielkości 3 D do czytania musi założyć okulary o mocy: +2,5 + 3 = +5,5 D. Wartość korekcji torycznej jest taka sama, bez względu na odległość, z jakiej używane są okulary. Soczewki można również podzielić na jedno, dwu lub wieloogniskowe. Jednoogniskowe korygują wadę wzroku do jednej odległości: do dali lub do bliży. Osoby starsze, które nie mają potrzeby noszenia okularów do dali, stosują okulary jednoogniskowe z mocą dobraną do bliży. Natomiast w przypadku osób z wymagającą korekcji wadą wzroku do dali oraz z niewystarczającym zakresem akomodacji, potrzebna jest osobna moc szkieł do dali i do bliży, często też inna do czytania, a inna do komputera. W takiej sytuacji dobrym rozwiązaniem mogą być okulary dwuogniskowe, gdzie w szkło dobrane do korygowania wady do dali wtopione jest mniejsze, z mocą do bliży lub okulary wieloogniskowe, gdzie przejście między mocą do dali, do odległości pośredniej, a w końcu do bliży jest płynne, bez widocznej granicy. Te drugie są z pewnością rozwiązaniem bardziej estetycznym, niemniej niepozbawionym wad: tego typu soczewki okularowe są często znacznie droższe i nie każdy też jest się w stanie do nich przyzwyczaić. Istnieją również soczewki okularowe półprogresywne, czyli takie, których górna część przeznaczona jest do odległości ok. 2–2,5 m, i stopniowo zmienia się do coraz bliższej. Takie rozwiązanie jest przeznaczone dla osób wykorzystujących okulary głównie do pracy biurowej.

[W tym miejscu wyjaśnić należy, że **w większości przypadków wad wzroku wymagających korekcji** to do pacjenta należy decyzja o tym, czy i w jakich sytuacjach życiowych chce korygować wykrytą u niego wadę wzroku. Noszenie lub nie korekcji okularowej bądź soczewkowej nie ma wpływu na dobrostan gałki ocznej, natomiast dobrze dobrana korekcja może ułatwić codzienne funkcjonowanie, a źle dobrana być przyczyną np. bólu głowy przy dłuższym czytaniu. Innymi słowy, nie można sobie „popsuć oczu" poprzez niekorygowanie wady wzroku. Każdy z nas ma nieco inne wymagania wzrokowe i to, co dla jednej osoby jest widzeniem nieakceptowanym, dla innej jest całkowicie wystarczające. W moim przekonaniu mamy do czynienia z istnieniem zjawiska określanego jako „widzenie mózgowe", czyli kompensowanie istniejącej wady wzroku, a tym samym niewyraźnego obrazu powstającego na siatkówce, przez bardziej zaawansowane ośrodki układu nerwowego, czyli najprawdopodobniej pola wzrokowe zlokalizowane w korze ciemieniowej i potylicznej, co pozwala wytworzyć w mózgu wyraźny obraz istotnych szczegółów, mimo osiągania pozornie niskich wyników ostrości wzroków na tablicy do badania wykorzystywanej w gabinecie okulistycznym – przyp. aut.].

2. **Soczewki kontaktowe.** Jest to bardzo szeroki temat, choćby z uwagi na fakt istnienia kilku rodzajów podziału tego produktu medycznego: z uwagi na zastosowanie (poza korekcją wad refrakcji soczewki wykorzystuje się również w celach kosmetycznych i leczniczych), materiał, z jakiego są wykonane (soczewki miękkie, twarde i hybrydowe, czyli połączenie dwóch pierwszych), rodzaj korygowanej wady wzroku (podobne jak w przypadku soczewek okularowych, choć w większym zakresie, kiedy mowa o produktach wykonywanych na zamówienie), czy schemat noszenia (jednodniowe, dwutygodniowe, miesięczne, roczne). Soczewki kontaktowe do korekcji wad refrakcji występują w bardzo szerokim zakresie, w tym również soczewki wieloogniskowe (multifokalne) do korekcji prezbiopii. W porównaniu do okularów, soczewki mają zapewne równie wiele wad, co zalet. Zaletą tej metody korekcji jest przede wszystkim możliwość zrezygnowania z noszenia okularów, co dla wielu osób ma bardzo duże znaczenie, nie tylko ze względów estetycznych, ale np. zawodowych: chociażby praca na wysokości jest przykładem sytuacji wykluczającej stosowanie soczewek okularowych, czy hobbystycznych: większość

sportów (poza tymi, gdzie oko może mieć kontakt ze środowiskiem wodnym) znacznie łatwiej uprawiać w soczewkach kontaktowych. Soczewki pozwalają też korygować różnowzroczność (anizometropię) znacznego stopnia, czyli stan refrakcyjny, kiedy różnica między jednym a drugim okiem wynosi więcej niż kilka dioptrii. Dzieje się tak dlatego, że w przypadku soczewek okularowych, odległych od oka zwykle o kilkanaście milimetrów i mających różne moce, na siatkówce każdego oka powstaje obraz o różnej wielkości. Przy znacznej różnicy wielkości może okazać się, że mózg nie potrafi zlać tych dwóch obrazów w jeden. Ponieważ soczewka kontaktowa znajduje się bezpośrednio na oko, problem ten jest dużo mniejszy, co pozwala korygować nawet sytuacje anizometropii wielkości kilkunastu dioptrii. Do wad należy zaliczyć często wyższy koszt (zwłaszcza w przypadku soczewek torycznych, czy wieloogniskowych), konieczność nauki ich użytkowania, zwiększone ryzyko infekcji spojówek i/lub rogówki, czy niedogodności związane z czyszczeniem i przechowywaniem soczewek (brak w przypadku soczewek jednodniowych, które wyrzuca się po zdjęciu). Jeśli chodzi o zakres korygowanych wad refrakcji, to soczewki kontaktowe, zwłaszcza twarde i hybrydowe, oferują znacznie szerszy zakres mocy i często lepszą możliwą do osiągnięcia ostrość wzroku. Są jednak droższe od standardowych i nie każdy specjalista trudni się ich doborem. W przypadku soczewek miękkich, dostępnych „od ręki", to zwykle w okularach można pozwolić sobie na większą dowolność przepisywanej korekcji. Wciąż brak jest soczewek wieloogniskowych korygujących astygmatyzm, a i jakość widzenia w soczewkach multifokalnych nadal daleka jest od idealnej. Jest to jednak rynek podlegający dynamicznym zmianom i wciąż rosnący, dlatego też z pewnością kolejne lata przyniosą poprawę w opisywanym zakresie.

3. **Laserowa chirurgia refrakcyjna.** Jak wspomniano, rogówka jest elementem układu optycznego oka o najsilniejszej mocy łamiącej. Stąd też zmiana powierzchni rogówki może mieć znaczny wpływ na refrakcję gałki ocznej. Nieco na wyrost, za ojca chirurgii refrakcyjnej uznaje się Leonarda da Vinci (1452– 1519), z uwagi na jego prace na temat możliwości istnienia wad wzroku i ich korygowania. Jednak najprawdopodobniej pierwsze prawdziwe próby skorygowania nieprawidłowej refrakcji należą do Hermana Snellena (1834–1908), twórcy tablic do badania ostrości wzroku, który w roku 1869 odkrył, że astygmatyzm można korygować przez nacięcia rogówki, zmieniające jej krzywiznę. Procedura ta, pod nazwą keratotomii, opracowywana była przez Tsutomu Sato w latach 40. XX wieku i udoskonalana przez rosyjskiego okulistę Światosława Fiodorowa (1927–2000), który spopularyzował ten sposób chirurgicznej korekcji wad refrakcji. Wprowadził mianowicie metodę promienistych nacięć na obwodzie rogówki z pozostawieniem przeziernego centrum. Zyskał wielką sławę, szkoliła się u niego m.in. znana polska okulistka, Ariadna Gierek (1938–). Keratotomia radialna, bowiem taka była pełna nazwa tej procedury, święciła tryumfy na całym świecie aż do lat 80. ubiegłego wieku, kiedy do użycia okulistycznego wprowadzono laser excymerowy, generujący promieniowanie ultrafioletowe o długości 193 nm, modelujące powierzchnię rogówki z mikroskopową precyzją, bez generowania szkodliwego dla tkanek ciepła. Laser usuwa tkankę z dokładnością do 0,25 nm (dla porównania: grubość ludzkiego włosa to ok. 50 nm). Wyparł zatem z użycia keratotomię radialną, której wyniki były znacznie mniej przewidywalne i stabilne w czasie. W 1988 r. amerykańska okulistka Marqueritte McDonald przeprowadziła pierwszy zabieg keratektomii fotorefrakcyjnej (ang. *photorefractive keratectomy* – PRK) na oku widzącym, czyli, inaczej mówiąc, u pacjenta z wadą wzroku. Obecnie zabiegi laserowe wykonywane są różnymi typami laserów i w przypadku większości wad wzroku. Metody zabiegu można podzielić na powierzchowne (np. LASEK, EpiLASIK) i z wytworzeniem płatka (LASIK). Obie grupy zabiegów zmieniają powierzchnię rogówki poprzez usunięcie części zrębu, czyli warstwy rogówki położonej pod nabłonkiem. Metody powierzchowne polegają na modelowaniu zrębu po mechanicznym lub laserowym usunięciu nabłonka, w przypadku drugiego typu operacji pierwszym etapem jest wytworzenie płatka z warstwy nabłonka i przedniej części zrębu, odsunięcie płatka na zasadzie otwarcia okienka, a następnie laserowe wycięcie zrębu i ponowne nałożenie płatka, który pełni rolę opatrunkową. Kwalifikacji do danego typu zabiegu dokonuje lekarz operujący po wykonaniu badań oraz rozmowie z pacjentem, jako że każda metoda ma specyficzne wskazania i przeciwwskazania oraz swoiste wady i zalety. Istotną kwestią, jaka musi być dla pacjenta całkowicie zrozumiała przed wyrażeniem zgody na zabieg, jest objaśnienie możliwych do osiągnięcia rezultatów. Laserowa korekcja wad refrakcji,

podobnie jak korekcja optyczna (okulary, soczewki kontaktowe), czy inne metody operacyjne, korygują jedynie ostrość wzroku poprzez doprowadzenie do stanu emetropii lub bliskiego tej wartości. Nie jest natomiast możliwe usunięcie innych przyczyn słabego widzenia, takich jak zwyrodnienie siatkówki wywołane wysoką krótkowzrocznością, uszkodzenie nerwu wzrokowego w przebiegu → jaskry czy → zwyrodnienie plamki związane z wiekiem, bądź innych schorzeń. Inaczej rzecz ujmując, oko krótkowzroczne, którego wartość refrakcji po zabiegu wynosi 0 D (czyli pacjent nie musi nosić korekcji), z anatomicznego punktu widzenia nadal jest okiem krótkowzrocznym, czyli gałka oczna jest dłuższa niż przeciętnie, co może być związane ze zwyrodnieniem siatkówki, a ryzyko zachorowania na jaskrę, jak również odwarstwienia siatkówki jest nadal zwiększone. Oko niedowidzące po zabiegu nie będzie widziało dużo lepiej, niż w najlepszej korekcji okularowej, czy soczewkowej – zabieg laserowy usuwa jedynie wadę wzroku, nie przywraca widzenia pogorszonego z powodu innego, niż sama wada. Z powyższym zagadnieniem wiąże się również sprawa prezbiopii po zabiegu chirurgii refrakcyjnej. Należy wiedzieć, że operacyjne usunięcie wady wzroku nie zabezpiecza przed opisywanymi wcześniej zmianami związanymi z wiekiem, a prowadzącymi do spadku akomodacji i pojawienia się problemów z widzeniem do bliży w starszym wieku. Zabiegi laserowej chirurgii refrakcyjnej nie są oczywiście pozbawione powikłań. Są one jednak rzadkie, a kluczem do minimalizacji ich występowania, poza prawidłowym przeprowadzeniem zabiegu, jest odpowiednia kwalifikacja pacjenta. Nie każdy może poddać się zabiegom chirurgii refrakcyjnej i stąd konieczne jest dokładne badanie okulistyczne oraz obrazowe badania dodatkowe.

4. **Soczewki fakijne.** Jest to opcja korygowania wysokiej krókowzroczności, rzędu kilkunastu i więcej dioptrii, czyli poza możliwościami chirurgii laserowej. Polega na wszczepieniu soczewki wewnątrzgałkowej bez usuwania soczewki własnej pacjenta. Jest to zabieg krótki, przeprowadzany w znieczuleniu miejscowym i, co ważne, odwracalny – wszczepioną soczewkę można w każdej chwili usunąć z oka bez powodowania poważniejszych konsekwencji. Jego zaletą jest pozostawienie soczewki własnej, która u osób młodszych może nadal wykazywać zdolności akomodacyjne, a potencjalną wadą niejasny wpływ na stan śródbłonka, czyli wewnętrznej warstwy rogówki, odpowiadającej za utrzymanie jej przezierności. W niektórych badaniach stwierdzano obniżenie liczby komórek śródbłonka rogówki, a to może prowadzić do poważnych powikłań grożących nawet koniecznością przeszczepu rogówki.
5. **Refrakcyjna wymiana soczewki.** Mimo że technicznie zabieg ten przeprowadza się w sposób identyczny z usunięciem zaćmy, w celach refrakcyjnych, czyli korekcji wady wzroku, zamiast zmętniałej, usuwa się przezierną soczewkę. W jej miejsce, do torebki soczewki, wszczepia się sztuczną. Możliwe powikłania są identyczne, jak w przypadku zabiegu usunięcia zaćmy, łącznie z możliwością wystąpienia pooperacyjnego zmętnienia torebki soczewki, czyli tzw. zaćmy wtórnej. Usunięcie soczewki własnej całkowicie eliminuje możliwość akomodacji, dlatego też zabieg ten zwykle przeprowadza się u osób z obecną prezbiopią. Możliwe jest oczywiście wszczepienie soczewki multifokalnej (wieloogniskowej), mającej umożliwiać uzyskanie zadowalającej ostrości wzroku do każdej odległości. Można w ten sposób korygować w zasadzie każdą wadę refrakcji, poza wysokimi wartościami astygmatyzmu. Te jednak charakterystyczne są głównie dla patologii rogówki, takich jak stożek, a zatem leczone innymi metodami.
6. **Pomoce optyczne dla słabowidzących.** Jak już wspomniano, powodem obniżenia ostrości wzroku są nie tylko wady refrakcji. Istnieją niestety takie przyczyny, w przypadku których dostępne obecnie metody leczenia zawodzą, bądź też pomagają w niewielkim jedynie stopniu. W takich przypadkach, aby ułatwić osobie z bardzo słabą centralną ostrością wzroku (zwykle poniżej 0,1 na tablicach Snellena) codzienne funkcjonowanie, z pomocą przychodzą pomoce optyczne dla słabowidzących. Zaliczamy do nich lupy ręczne, lupy stołowe z lub bez wbudowanego oświetlenia, okulary lornetkowe, lunetki monookularowe, czy video-lupę.
7. **Nowe rozwiązania**. W chwili obecnej trwają prace nad udoskonalaniem wszczepianych wewnątrzgałkowo implantów siatkówkowych, mających za zadanie przejęcie roli przewodnictwa nerwowego impulsów wzrokowych w zastępstwie niespełniającej tego zadania uszkodzonej siatkówki. Wyniki tych prób są obiecujące, dla przykładu osoba z zachowanym światłopoczuciem po wszczepieniu implantu jest w stanie poruszać się samodzielnie i czytać (bardzo dużych rozmiarów) druk. Urządzenie o nazwie Argus II, produkcji amerykańsko-niemieckiej, składa się z kamery zamonto-

wanej w okularach, modułu zasilającego noszonego np. przy pasku oraz wszczepionego na siatkówkę mikroprocesora. Drugim, zatwierdzonym do użytku urządzeniem o podobnym działaniu, jest opracowany przez niemiecki zespół implant Alpha IMS. Od poprzedniego różni się posiadaniem elementów światłoczułych, co sprawia, że nie wymaga zewnętrznej kamery oraz lokalizacją: jest wszczepiany pod siatkówkę, dzięki czemu może również znaleźć zastosowanie w chorobach uszkadzających przewodnictwo nerwowe komórek zwojowych siatkówki. Argus II jest obecnie dostępny w sprzedaży w Europie oraz w Stanach Zjednoczonych. Koszt takiego urządzenia to około 100 tysięcy dolarów. Kolejne lata przyniosą odpowiedź na pytanie o długofalowe bezpieczeństwo i możliwość zastosowania tego rozwiązania na szerszą skalę.

RK

N: http://zdrowie.gazeta.pl…

O: budowa narządu wzroku, choroby oczu w starszym wieku, farmakoterapia w okulistyce, kompleksowe badanie okulistyczne, zmiany w narządzie wzroku w procesie starzenia się.

TK: ang. *visual impairment/vision impairment/vision loss/ocular refraction defects/defects of visual refraction*, fr. *déficience visuelle/laucome*, hiszp. *defectos de refraction ocular/defectos de refraction visual*, niem. *Sehbehinderung/Augenrefraktion Mängel*, ros. *нарушения зрения/дефекты рефракции глаза*.

Wdowiak Leonard (1920–1976)

polski lekarz psychiatra i przedstawiciel higieny psychicznej. Odbył studia medyczne na Wydz. Lekarskim Akad. Med. w Gdańsku (1945–51), otrzymując dyplom lekarza (1951), w roku 1958 odbył staż w Klinice Psychiatrycznej im. E. Bleulera w Zurychu, w 1960 uzyskał stopień doktora medycyny, a w 1963 habilitował się na podstawie rozprawy pt.: *Nawarstwienia histeryczne w przebiegu organicznych uszkodzeń mózgu*, w 1972 został mianowany prof. nadzw. Pomorskiej Akad. Med. w Szczecinie. Okres okupacji hitlerowskiej spędził na robotach przymusowych w Niemczech, w latach 1948–63 pracował w Klinice Chorób Psychicznych Akad. Med. w Gdańsku, 1963–76 był kierownikiem Katedry i Kliniki Psychiatrii PAM w Szczecinie, w tym czasie był również dziekanem Wydz. Lekarskiego (1966–69) i prorektorem ds. dydaktycznych, a następnie ds. rozwoju naukowego (1972–75) tejże uczelni. L. Wdowiak zajmował się psychiatrią kliniczną, biologicznymi uwarunkowaniami zaburzeń psychicznych, zwłaszcza zaburzeń osobowościowych, biologicznym podłożem nerwic oraz orzecznictwem psychiatrycznym i psychiatrią sądową. Interesował się także problemami resocjalizacji dzieci i młodzieży z zespołem dezadaptacji społecznej oraz zagadnieniami → psychogeriatrii i psychohigieny. Został odznaczony m.in. Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Złotym Krzyżem Zasługi, Medalem Komisji Edukacji Narodowej, brązowym medalem Siły Zbrojne w Służbie Narodu oraz wyróżniony Odznaką Tysiąclecia Państwa Polskiego i odznaką Za wzorową pracę w Służbie Zdrowia.

AAZ

B: Wdowiak, 1967; Zych, 2013.

wdowieństwo (owdowienie)

– to stan następujący po utracie małżonka wskutek jego zgonu i trwający dożywotnio albo do ewentualnego momentu zawarcia następnego związku małżeńskiego. We współczesnych społeczeństwach odnosi się do większości osób starszych, a zwłaszcza bardzo starych. W długim okresie dzięki obniżaniu się umieralności i opóźnianiu momentu zgonu małżonka skala wdowieństwa powoli zmniejsza się, podobnie jak i skraca się okres pozostawania we wdowieństwie. Proces ten nie dotyczy jedynie osób najstarszych, co z kolei odzwierciedla zanik występowania związków z bardzo dużą różnicą wieku między partnerami. Skalę wdowieństwa w Polsce na przestrzeni 90 lat ukazuje tabela 1.

Wdowieństwo częściej dotyka kobiet (zob. ilustr. 1), zarówno z uwagi na krótsze trwanie → życia mężczyzn, jak i przewagę związków, w których mężczyzna jest starszy od swej partnerki. Wdowieństwo – w przypadku osób starszych – związane jest z wieloma niedogodnościami. Pomijając kwestie natury psychologicznej (poczucie samotności i osamotnienia wynikające z samotnego zamieszkiwania, rezultatu → utraty partnera wówczas gdy dana para żyje zazwyczaj w fazie pustego gniazda, tj. znajduje się na tym etapie życia, gdy potomstwo już się usamodzielniło i wyprowadziło), pojawia się niemożność korzystania z codziennej pomocy innego domownika, zmniejszenie dochodów gospodarstwa domowego i zanik efektu skali gospodarowania (np. dotychczasowego rozłożenia kosztów stałych – np. czynszu – na 2 osoby), a w efekcie obniżenie poziomu życia. Kurczy się sieć relacji społecznych (zwłaszcza dotyczy to mężczyzn). Przebieg wdowieństwa zależy w dużym stopniu od procesów dostosowawczych występujących bezpośrednio po owdowieniu i od przebiegu żałoby.

Z kolei **owdowienie** – jest zdarzeniem polegającym na utracie małżonka wskutek jego zgonu. Wskutek obniżania się umieralności owdowienie występuje w coraz wyższym wieku. Nadumieralność mężczyzn i przewaga związków małżeńskich, w których mężczyzna jest starszy od swej partnerki, prowadzą do tego, że owdowienie występuje zdecydowanie częściej wśród kobiet.

Owdowienie uruchamia proces dostosowawczy, zwany żałobą, mający na celu „oswojenie się" z nową sytuacją. Przebieg żałoby, jej długość, intensywność, etapy uzależnione są od niespodzianości zgonu partnera, jakości relacji z nim, cech osobowościowych osoby owdowiałej, jakości → wsparcia społecznego uzyskiwanego od → rodziny i przyjaciół, fazy życia, w jakiej znajduje się wdowa lub wdowiec. Proces ten trwa do dwóch lat, a okresie tym widoczne jest obniżenie odporności psychicznej i fizycznej osoby owdowiałej, przejawiające się wyższym prawdopodobieństwem → chorób i zgonu.

PS

O: utrata, poradnictwo dla osób pogrążonych w żałobie, żałoba i przeżywanie żalu.

S: stan wdowi.

TK: ang. *widowerhood*, fr. *le veuvage*, hiszp. *viudez*, niem. *Witwenschaft/Witwenstand*, ros. *вдовство*.

Tabela 1. Stan cywilny prawny osób w wieku 60+ w Polsce w 1921 i 2011 wg płci (jako % ogółu ludności w danym wieku)

Wiek	1921		2011	
	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety
60–64	14,3	45,1	5,4	23,2
65–69	19,5	52,6	7,9	35,3
70–74	28,6	65,4	11,9	49,2
75–79	36,7	71,2	18,0	63,1
80–84	46,2	79,4	28,0	75,7
85–89	53,0	82,3	41,6	84,6
90–94	57,1	84,4	55,5	89,4
95–99	61,0	85,3	67,4	91,6
100+	65,6	83,0	60,0	90,9

Źródło: dane spisów powszechnych z odpowiednich lat.

owdowienie → wdowieństwo

Weismann August Friedrich Leopold (1834–1914)

niemiecki biolog i genetyk, główny przedstawiciel neodarwinizmu, prekursor chromosomowej koncepcji dziedziczności (teoria ciągłości plazmy zarodkowej) i twórca teorii zużycia, pierwszy profesor zoologii i wieloletni dyrektor Inst. Zoologicznego Uniw. Alberta Ludwika we Fryburgu Bryzgowijskim. Przewidział istnienie redukcyjnego podziału jądra komówkowego. W roku 1881 na zebraniu Stow. Naturalistów Niemieckich wygłosił wykład nt. *Über die Dauer des Lebens* (*Czas trwania → życia*), stając się prekursorem cytogerontologii (zob. Kirkwood, Cremer, 1982). W 1908 został odznaczony przez *Royal Society* w Londynie Medalem Darwina, a w 1909 był nominowany do Nagrody Nobla w dziedzinie fizjologii i medycyny.

W → gerontologii August Weismann (ilustr. 1) jest znany jako autor pierwszej szczegółowej teorii dotyczącej przyczyn → starzenia się. Uważał, że „komórki i tkanki ulegają z → czasem zużyciu, czego odzwierciedleniem jest starzenie się człowieka i → śmierć" (Weismann, 1892), oraz że „niemożliwe jest określenie → długości życia wyłącznie na podstawie cech fizjologicznych. Długość życia zależy w rzeczywistości od przystosowania się do czynników zewnętrznych, a więc to, czy życie jest długie, czy krótkie, zależy od potrzeb gatunku" (Weismann, 1889). Próbował zilustrować swoje idee, badając cykl życiowy rozmaitych owadów, ssaków i ptaków. Wg Weismanna oceniając znaczenie procesu starzenia się, należy brać pod uwagę wyłącznie cechy całej grupy i jej zdolność przetrwania. Okazuje się bowiem, że istnieje ścisły związek między procesem starzenia się a procesem zanikania neutralnych cech, który Weismann nazywał panmiksją, dochodząc do wniosku, że utrzymywanie organizmu przy życiu jest opłacalne dopóty, dopóki wykazuje on aktywność rozrodczą. Jego zdaniem „śmierć następuje, ponieważ zniszczona tkanka nie może się odnawiać w nieskończoność" (1882), czyli starzenie się organizmu jest nieuniknione. Zgodnie z tą koncepcją starzenie się i jego efekt → starość muszą nadejść, gdyż organizmy są złożone, a rzeczy złożone prędzej czy później ulegają zniszczeniu. Przeciwstawną teorią jest koncepcja optymalnej gerontogenezy, zgodnie z którą człowiek stary jest zdolny w znacznej mierze kompensować niedostatki percepcji wzrokowej, niedosłuchu i niepewności ruchów za pomocą racjonalizowania swych czynności, większego wysiłku oraz większej kontroli zachowań i komunikacji, zarazem może selektywnie przystosowywać się do zmian zachodzących podczas starzenia się.

AAZ

B: Churchill, 2015; Kirkwood, Cremer, 1982; Weismann, 1882, 1889, 1892.

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

wiek biologiczny

to ogólna kondycja i żywotność organizmu ludzkiego; biologiczne zaawansowanie procesów → starzenia się. Określa się go najczęściej za pomocą wskaźników antropologicznych (wskaźnik Queteleta I, Queteleta II, czyli BMI, wskaźnik smukłości, wskaźnik dystrybucji tłuszczu, czyli WHR), biochemicznych, biologicznych. Specjaliści opracowali wiele testów (fizjologicznych, klinicznych, psychologicznych), które są pomocne w określeniu przybliżonej liczby lat. Oszacowanie wieku biologicznego jest zatem oparte na osiągnięciach fizycznych bądź psychicznych, a nie na liczbie lat od urodzenia. Znamienne dla wieku biologicznego są takie procesy biologicznego starzenia się, jak: zmniejszanie się wody w organizmie, nagromadzenie się złogów w tkankach, histereza plazmy komórkowej, postępujące zmniejszanie się zdolności komórek do podziału, zmiany w podstawowych układach (m.in. kostno-szkieletowym, oddychania, krążenia, pokarmowym), także procesy → andropauzy i → menopauzy. Proces biologicznego starzenia się cechuje zatem stopniowe wygasanie funkcji poszczególnych narządów i układów, przy jednoczesnym wykorzystaniu mechanizmów kompensacyjnych, dzięki którym zachowana jest homeostaza organizmu, a tym samym zdolność → życia. Jednak wraz z zaawansowanym starzeniem się możliwości kompensacyjne maleją, zmniejsza się prawdopodobieństwo przeżycia, a wzrasta prawdopodobieństwo → śmierci (Zych, 2013, s. 30).

Czas biologicznego starzenia się jest zindywidualizowany, mimo że każdy człowiek ma taką samą drogę biomorfozy, czyli rozwoju osobniczego. Istotne czynniki warunkujące różne tempo starzenia się biologicznego, to geny, dieta, → stres, monotonia życia codziennego prowadząca do zmęczenia, ogólny stan → zdrowia, skłonność do urazów, tryb życia, sytuacja ekonomiczna.

Ponadto wyróżnia się tu tzw. **starzenie dyferencjalne**, które jest charakterystyczne dla różnych obszarów kulturowych i klimatycznych oraz **starzenie wzorcowe** charakterystyczne dla danego kraju, kontynentu i danej rasy ludzkiej (zob. Orzechowska 2001).

Wartości określające wiek → chronologiczny i wiek biologiczny u danej osoby mogą być porównywalne. Zdarza się jednak, że zachodzą pewne rozbieżności. Wpływ na ten stan ma jakość życia, także nieprawidłowy przebieg procesu starzenia się uwarunkowany genetycznie – → **przedwczesne starzenie się**. W tego rodzaju starzeniu przedwczesnym wiek biologiczny jest krótszy niż wiek metrykalny. W → zespole Hutchinson-Gilforda proces starzenia się może ulec istotnemu przyspieszeniu, prowadząc do zaawansowanej → starości już w wieku kilkunastu lat; w → zespole Wernera starzenie następuje w 2.-4. dekadzie życia, cechuje go patologiczny przebieg i dość częste występowanie niektórych schorzeń (m.in. → osteoporoza, → miażdżyca, atrofia skóry i hiperkeratozy, zwyrodnienie siatkówki, zachorowania na niektóre nowotwory złośliwe) (zob. Kostrzewski, Ziółkowski, 1999).

Ocena wieku biologicznego ma duże znaczenie zwłaszcza w medycynie klinicznej i → rehabilitacji, ponieważ stanowi całościową charakterystykę funkcjonalnego stanu organizmu oraz określa aktualną kondycję psychofizyczną (zob. Zych, 2010). Pomocne mogą być również wielokierunkowe badania pozwalające określić, które funkcje organizmu człowieka starzeją się zgodnie z jego wiekiem kalendarzowym, a w których brak takiej zgodności. Informacje z tego zakresu pomagają lekarzowi dobrać odpowiednie metody działań leczniczych oraz wskazują obszary, którymi powinien się zająć. Dzięki specjalistycznym badaniom i relatywnie wysokiemu poziomowi życia możemy w sensie biologicznym „stać się" młodsi.

AZ

B: Kostrzewski, Ziółkowski, 1999; Orzechowska, 2001; Zych, 2010, 2013.

O: potrójny wiek, wiek chronologiczny, wiek psychologiczny, wiek społeczny.

S: wiek anatomiczny, wiek fizjologiczny, wiek funkcjonalny, wiek kalendarzowy, wiek metrykalny, wiek paszportowy, wiek życia.

TK: ang. *biological age/fuctional age*, fr. *âge biologique/âge foncionnel*, hiszp. *edad biológica/edad funcional*, niem. *biologisches Alter*, ros. *биологический возраст/функциональный возраст*.

wiek chronologiczny

– zwany też metrykalnym lub kalendarzowym – oznacza liczbę przeżytych miesięcy lub lat od momentu narodzin, czyli określa → długość życia danej osoby. Pojęcie wieku może być rozpatrywane co najmniej z trzech punktów widzenia: liczby przeżytych lat (wiek kalendarzowy), zmian biologicznych jakie zaszły w organizmie (→ wiek biologiczny) oraz zaistniałych wraz z upływem czasu zmian psychicznych (→ wiek psychologiczny).Wiek kalendarzowy liczony od momentu urodzenia jest stosunkowo najłatwiejszy

do ustalenia, podlega bowiem obiektywnemu pomiarowi w jednostkach czasu (lata, miesiące, tygodnie, dni). Wiek kalendarzowy uważany jest za najbardziej obiektywny, łatwy do obliczenia a przy tym podawany w liczbach. Występuje zatem w stosunkach prawnych, urzędowych, opierając się na przyjmowanym milcząco założeniu zgodności pomiędzy wiekiem kalendarzowym a wiekiem biologicznym i psychologicznym (Susułowska, 1989, s. 26).

Wiek chronologiczny jest wyrażany jako liczba lat w chwili ostatnich urodzin. Wiek chronologiczny człowieka to czas, jaki upłynął od narodzin do chwili obecnej lub do → śmierci. Jest to inaczej „wiek obiektywny" lub „wiek prawdziwy", przyjmujący czas za miarę trwania, czyli za wielkość służącą do chronologicznego uszeregowania zdarzeń (Zych, 2010, s. 199) . Ta kategoria wieku jest zatem prostą miarą liczby przeżytych przez daną osobę lat, nie stanowi jednak wyznacznika możliwości człowieka. Upływ czasu od momentu narodzin jest to miara względna z punktu widzenia wieku biologicznego, czyli → rozwoju [człowieka] oraz → starzenia się organizmu. Wiek biologiczny bowiem określany jest przez → sprawność funkcjonalną organizmu, stan jego komórek, odnosi się do ogólnej sprawności i żywotności organizmu. W wymiarze biologicznym starzenie się jest procesem wysoce zindywidualizowanym (Stuart-Hamilton, 2012).

Starzenie się jest stopniowo rozwijającym się procesem którego tempo jest różne u poszczególnych jednostek. Proces ten charakteryzuje się obniżeniem funkcji życiowych oraz zmianami morfologicznymi w poszczególnych systemach i organach człowieka, z tego tez względu trudno określić w sposób jednoznaczny próg kalendarzowej → starości.

Badania biologiczne i medyczne nie mogą ustalić jednoznacznie wieku od którego zaczyna się starość. Na gruncie różnych dyscyplin naukowych, w tym → demografii i → gerontologii społecznej arbitralnie przyjmuje się określony wiek jako początek starości (Czekanowski, 2012). Takim arbitralnie przyjętym progiem jest najczęściej wiek 60 lub 65 lat. /……/

Umowny początek starości utożsamiany jest często z → wiekiem emerytalnym. Wiek ten, do niedawna wyznaczony był na poziomie 60 lat dla kobiet i 65 lat dla mężczyzn. Jednak utożsamianie umownego progu bądź → granicy starości z wiekiem emerytalnym jest często nieuzasadnione. Wiek emerytalny w świetle aktualnie obowiązujących przepisów prawnych został podniesiony docelowo do 67 lat ,zarówno dla mężczyzn jak i kobiet (zob. Ustawa z 11 V 2012 r.). W różnych krajach występują znaczne różnice w tym względzie. Zwyczajowo, zwłaszcza w środkach masowego przekazu subpopulacje emerytów i rencistów zaliczane są do grupy ludzi kalendarzowo starych, jakkolwiek zbiorowość tę tworzą także ludzie będący dopiero na → przedpolu starości. Używanie związanego z wiekiem określenia subpopulacja 50+, a nawet 45+, niejako automatycznie kojarzone są z ludźmi starymi czy → seniorami, gdy tymczasem są to osoby w starszej fazie wieku produkcyjnego.

Wiek jest jednym z wymiarów ludzkiej egzystencji; jest to jeden z podstawowych wymiarów → życia, do którego jednostka odnosi swoje życiowe doświadczenia i rozważa plany. Refleksja nad wiekiem, → czasem i przemijaniem, towarzyszyła ludzkości od najdawniejszych czasów.

Katon Starszy Cenzor (ok. 234–149 p.n.e.), → Cyceron, i inni filozofowie starożytni, podejmowali kwestię wieku w aspekcie powinności i uprawnień, jakie niesie on ze sobą, w szczególności we wzajemnych relacjach pomiędzy → generacjami (por. Rosset, 1967).

Wiek jest ważną zmienną w wielu naukach szczegółowych, takich jak: demografia, psychologia, fizjologia, statystyka, socjologia. Na gruncie każdej z tych nauk wiek definiowany jest nieco inaczej i w innym pojawia się kontekście. Wiek traktować można jako kontinuum, narastanie, kumulowanie się (doświadczenia, wiedzy, zasobów materialnych). → Bieg życia [człowieka] najczęściej można wykreślić w postaci linii wznoszącej się w górę, a następnie mniej lub bardziej stromo opadającej w dół. Jednostka postrzega swój wiek, chociażby przez → zdrowie i wzrost, a potem stopniowy spadek sił fizycznych i ogólnej sprawności.

Wiek współwyznacza szanse w życiu osobistym, zawodowym i rodzinnym, postrzegany jest zatem jako czynnik współdecydujący o pozycji społecznej. Inną pozycję w społeczeństwie mają bowiem ludzie młodzi, inną – osoby w wieku średnim, w pełni sił, jeszcze inną – ludzie starsi czy też sędziwi (Worach-Kardas, 1988)

Pojęcia „wiek", a także „faza życia" są w swojej istocie pojęciami biologicznymi. Wiek postrzegany bywa w kontekście rozwojowym. → Rozwój człowieka w perspektywie całego → cyklu życia człowieka oznacza ciąg zmian, sekwencję zdarzeń następujących wg określonej kolejności.

Określenia „wiek" używa się najczęściej w rozumieniu chronologicznym, jako liczbę ukończonych lat kalendarzowych; rok urodzenia jest w tym kontekście datą najważniejszą. O ile wiek kalendarzowy łatwo jest określić – biorąc za podstawę datę urodzenia człowieka – o tyle znacznie trudniej jest określić wiek biolo-

giczny, funkcjonalny, mierzony ogólną kondycją psychofizyczną, stanem żywotności organizmu. Proces starzenia się przebiega różnie u poszczególnych osób. Z badań i z obserwacji życia wiadomo, jak różną kondycję, w sensie zasobu ogólnego sił witalnych, wykazują równolatkowie: ludzie 30-, 50-, 70-letni. Ten sam wiek kalendarzowy może oznaczać zatem różną kondycją psychofizyczną, różny faktyczny wiek biologiczny poszczególnych jednostek.

Wg *Słownika języka polskiego* (1978, s.701) wiek to: „Przeciąg czasu od urodzenia człowieka lub zwierzęcia do danej chwili lub do śmierci, […] liczba lat przeżytych, czas istnienia czegoś; dziecięcy, młody, dojrzały, męski, średni, → [wiek] podeszły, późny wiek […]".

Z kolei wiek emerytalny to „wiek przewidziany ustawowo, w którym pracownik przechodzi na → emeryturę". Wiek produkcyjny – okres życia, w którym człowiek dysponuje pełnią sił fizycznych i jest zdolny do wydajnej pracy. Powiązany w wiekiem chronologicznym → wiek społeczny jest wyznaczany poprzez pełnione role społeczne i zakres społecznej odpowiedzialności. Odnosi się też do obowiązków międzypokoleniowych, do relacji typu rodzice–dzieci lub relacji starsi–młodsi (w zawodzie, → rodzinie itp.). Ktoś jest więc „młody", np. osoba ucząca się pełniąca rolę ucznia, studenta. Ktoś jest „dorosły", ponieważ przejął na siebie role uznane za odpowiednie dla osoby w wieku dorosłym (np. pracownika, małżonka, żywiciela rodziny), ktoś jest „stary" ponieważ zaprzestał pracy, wycofał się z czynnego życia społecznego. W tym właśnie sensie można mówić o przedłużaniu współcześnie społecznej młodości – poprzez wydłużenie okresu edukacji – lub o przyśpieszaniu społecznej starości poprzez wczesne kończenie aktywności zawodowej i przechodzenie na emeryturę (Worach-Kardas, 2011). Wzrostowi wieku towarzyszą zmiany w doświadczeniu życiowym, poglądach i aspiracjach człowieka. Wiek determinuje związki z innymi ludźmi oraz możliwości i płaszczyzny działania. Pytanie o wiek (datę urodzenia lub liczbę ukończonych lat) stanowi nieodłączny fragment tzw. pytań *metryczkowych*, zarówno w badaniach społecznych, jak i biograficznych. Wiek stanowi także istotną przesłankę kształtującą uprawnienia w sferze stosunków prawnych. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej (zob. Ustawa z 2 IV 1997 r.), będąca najważniejszym aktem prawnym, odwołuje się do wieku obywatela. Wprowadza mianowicie cenzus wieku w zakresie biernego prawa wyborczego do Sejmu na poziomie 21 lat. Zgodnie z tym aktem prawnym do Senatu może być wybrana osoba która ukończyła 30 lat, zaś na urząd Prezydenta 35 lat. Z kolei, zgodnie z kodeksem cywilnym (Ustawa z 23 IV 1964 r.), pełna zdolność do czynności prawnych nabywa osoba z chwilą uzyskania pełnoletniości, która to pełnoletniość osiągana jest w momencie ukończenia 18 lat. Prawo reguluje również związane z wiekiem pojęcia z zakresu pracy i → ubezpieczeń społecznych. → Wiek emerytalny, zgodnie z ustawą o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, wynosił 60 lat dla kobiet i 65 lat dla mężczyzn (Ustawa z 17 XII 1998 r.). Zmiana tej ustawy, obowiązująca od roku 2013 wydłużyła wiek emerytalny zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn do 67 lat (Ustawa z 11 V 2012 r.). Znaczne wydłużenie wieku emerytalnego, zwłaszcza dla kobiet zdaje się sugerować, że osoby starsze są pracownikami w pełni sił i przydatności. Nie pokrywa się to jednak z reguły z podejściem pracodawców, którzy nie chcą zatrudniać osób w starszym wieku. W tej sytuacji wiek kalendarzowy pracownika jest jednym z czynników prowadzących do → dyskryminacji z powodu wieku w sferze pracy (Gęsiak, 2013). Istnieje też wpływ osiągnięcia określonego wieku na odpowiedzialność karną.

Wiek jest niewątpliwie ważnym elementem analizy statystycznej i demograficznej. Podobnie jak płeć, również wiek jest traktowany jako podstawowa cecha demograficzna, rozumiana jako okres od urodzenia do momentu obserwacji, mierzony w skończonych jednostkach czasu (lata, miesiące, tygodnie, dni, godziny). Podczas spisu ludności określa się wiek osoby poprzez pytanie o dokładną liczbę lat ukończonych. Wiek chronologiczny jest powiązany – jednak nie tożsamy –z → wiekiem biologicznym czy funkcjonalnym, mierzony m stanem tkanek i organów człowieka, uwarunkowanych czynnikami genetycznymi środowiskowymi, współistnieniem patologii i/lub → stylem życia.

Najbardziej ogólny podział → grup wieku wg kryteriów biologicznych to: -wiek dziecięcy (0–14 lat), wiek dorosły (15–59 lat), wiek starszy (powyżej 60 lat) określany też jako grupa (pokolenie) dzieci, rodziców oraz dziadków.

Instytucjonalnie dzieli się wiek na: żłobkowy (1–2 lata), przedszkolny (3–6 lat), wiek szkolny (7–13 lat) itd. Spotykamy również inne podziały wieku, np. wiek wyborczy (18 lat i więcej), wiek zdolności do służby wojskowej (18–50 lub 18–60 lat) Wiek chronologiczny oznacza nie wyłącznie liczbę przeżytych lat kalendarzowych, lecz jest wyznacznikiem zachowań, oczekiwań i wyzwań dla przyszłości uznawanych za odpowiednie dla osób w określonym wieku, w tym ludzi starszych (Zych, 2014).

Społeczny prestiż wieku bywa różny i trudno jest ustalić wyraźne granice, do których wiek traktowany jest

jako podstawa do uznania, od których zaś jako podstawa do dyskwalifikacji (np. zawodowej) w związku z utratą dotychczasowych sprawności. Wiek nie stanowi pojedynczej zmiennej: praktycznie niemożliwe jest stwierdzenie, w jakim stopniu spadek sprawności i aktywności zależy od samego wieku, w jakim zaś od innych czynników, zwłaszcza genetycznych i środowiskowych.

Człowiek bywa w ciągu swojego → życia członkiem wielu kręgów społecznych, odgrywając kolejno bądź równocześnie liczne role społeczne lub – jak to określił Florian Witold Znaniecki (1882–1958) – liczne „uosobienia". Każdy okres życia znamionuje charakterystyczny dla niego zespół obowiązków i praw. Z wiekiem zmieniają się nie tylko role, ale także treść ról. Przykładem może być rola rodzicielska. Rola matki lub ojca małego dziecka wypełniona jest inną treścią niż rola rodziców dorosłego człowieka.

Narastanie wieku jest procesem jednokierunkowym, związanym z przechodzeniem przez kolejne fazy czy też etapy życia. Oznacza to, że kolejne fazy stanowią ogniwa w łańcuchu życia, ogniwa, które istnieją w powiązaniu z innymi, jednocześnie jednak są częściami autonomicznymi o swoistych cechach i funkcjach Kryterium wieku oznacza opis cech zbiorowości populacji w ten sposób wyodrębnionych. Wychodząc z koncepcji → cyklu życia [człowieka] akcentuje się nie tyle zbiorowości, co fazy życia, takie jak: dzieciństwo, młodość, wiek dojrzały, → starość jako swego rodzaju fenomen społeczny.

Wiek jest kategorią zarówno społeczną, jak i biologiczną, bowiem indywidualne życie ludzkie tworzy nierozerwalną i dynamiczną całość z procesem uczuć i myśli oraz ciągiem zmian zachodzących w organizmie biologicznym. Jako byt biologiczny człowiek podlega bowiem prawom rządzącym przyrodą, jako istota społeczna – procesom rozwoju struktur społecznych. Tak więc wiek chronologiczny jest przydatny przy określaniu innych rodzajów wieku jak również faz życia. Stan zdrowia, specyficzne predyspozycje, wyćwiczone sprawności – wszystkie te czynniki powiązane są z wiekiem.

Cykl życia stanowi perspektywę, w której życie ludzkie postrzegane jest jako ciąg kolejnych okresów rozwojowych, trwających od narodzin do → śmierci.

Całokształt zmian, którym podlega człowiek w ciągu swego życia możemy traktować jako wskaźnik jego szeroko pojętego rozwoju w rozumieniu uzyskiwanej wraz z wiekiem dojrzałości biologicznej, społecznej, intelektualnej, a także emocjonalnej.

Podział na poszczególne fazy rozwojowe nie ma na celu sztucznego klasyfikowania ludzi i ich problemów. Jest to zabieg, który stosujemy po to, aby lepiej poznać i zrozumieć specyficzne właściwości przeżycia, problemy, wyzwania będące udziałem ludzi w różnym wieku metrykalnym. W społeczeństwach współczesnych struktura według wieku staje się jedną z zasad organizacji społeczeństwa (Worach-Kardas, 1988). Człowiek w toku swego życia odbywa jakby „wędrówkę poprzez role", wynikające z jego osobniczego rozwoju społecznego. Wiek chronologiczny stanowi czynnik → stratyfikacji wiekowej (ang. *age straticfication*) lub inaczej → segregacji wiekowej (ang. *age segregation*). Segregacja ta to ścisły podział wg wydzielonych grup wiekowych. Dla przykładu: żłobki jako instytucje społeczne są wyłącznie dla dzieci do 3 lat, przedszkola są placówkami dla dzieci w wieku 3–6 lat, do szkół podstawowych uczęszczają dzieci w wieku 7–13 lat itd.

Stratyfikacja wiekowa została zaakceptowana we współczesnych społeczeństwach jako zasada powszechna. Ludzie postrzegani są w kategoriach wiekowych jako: dzieci, młodzież, dorośli, starzy. Łączenie ludzi w grupy wiekowe dokonuje się w celu zapewnienia im kształcenia, pracy, rekreacji lub → opieki. Ze względów organizacyjnych sprawy każdej generacji próbuje się rozwiązywać oddzielnie, w ramach instytucji powołanych do ich rozwiązywania spraw młodzieży, ludności dorosłej bądź też ludzi starych.

Współcześnie raczej wzrasta niż maleje segregacja wiekowa, ponieważ kryteria wiekowe coraz bardziej przenikają do prawa. Jednostka uzyskuje prawo do pracy, gdy skończy 18 lat i prawo do zaprzestania pracy, gdy skończy 60/65 lat (w zależności od płci i zawodu). Wiek stał się znaczącą zasadą społecznej organizacji.

W społeczeństwie istnieje naturalny podział na kolejne pokolenia, a zarazem ogniwa genealogii biologicznej. Przynależność do pokolenia młodzieży, ludzi dorosłych, ludzi starych stanowi podstawowe kryterium stratyfikacji wiekowej.

Na gruncie grupy rówieśniczej dochodzi do powstania zbliżonych wartości i postaw. Pokolenie obejmuje określoną liczbę roczników, tworzy zbiorowość o zbliżonych postawach, systemie wartości i aspiracjach w ramach grupy rówieśniczej .

W statystyce i demografii stosuje się najczęściej podział na 5- i 10-letnie przedziały wieku. Ani jednak 5-letnie, ani 10-letnie grupy nie pokrywają się z fazami. Faza (etap) życia nie jest grupą wieku w rozumieniu demograficznym, lecz jest połączeniem atrybutów fizycznych i socjalnych, stanowiąc wyodrębniony etap życia, oddzielony od innych istotnymi zdarzeniami.

Życie człowieka dorosłego można ująć jako sekwencję etapów wyznaczonych przez drogę (karierę) zawodową. Praca przynależy bowiem do wieku dorosłego, którego inną nazwą jest → wiek produkcyjny. Faza dorosłości może być także dzielona z uwagi na etapy życia rodzinnego. Życie rodzinne można bowiem podzielić na wyraźnie oddzielone fazy wyznaczone takimi zdarzeniami życiowymi, jak: małżeństwo, narodziny pierwszego dziecka, narodziny kolejnych dzieci, małżeństwo pierwszego dziecka i dzieci następnych, narodziny pierwszego wnuka i wnuków następnych, wdowieństwo.

Zarówno w życiu zawodowym, jak i rodzinnym, istnieją ważne zdarzenia i progi, których pokonanie warunkuje przejście do fazy następnej. Poprzez zmaganie się z wyzwaniami, jakie niosą kolejne etapy życia następuje proces socjalizacji (uspołecznienia) jednostki. Poznawanie potrzeb ludzi w kolejnych fazach jest niezbędne, aby wspomagać ich w rozwoju, rozwiązywać konflikty, zwłaszcza na tzw. zakrętach biografii, gdy pod wpływem ważnych życiowych zdarzeń (np. utrata pracy, → choroba) następuje kryzys dotychczasowej tożsamości.

Współcześnie wydłużeniu ulega wiek młodości i wiek kształcenia Równocześnie, wraz z poprawą warunków cywilizacyjnych, wydłuża się życie ludzkie. Innymi słowy, w życiu ludzkim faktycznie wydłuża się wiek „konsumowania" (wydłużone – wiek przedprodukcyjny i → wiek poprodukcyjny), skraca się natomiast wiek „produkowania" dóbr i usług, czyli wiek dorosły, produkcyjny. Wiek to jeden z podstawowych wymiarów życia, do którego jednostka odnosi swoje życiowe doświadczenia i rozważa plany (Semków, 2011). Refleksja nad wiekiem, czasem i przemijaniem towarzyszyła ludzkości od najdawniejszych czasów. Wspomniani Cycero, Katon, a także inni filozofowie starożytni podejmowali kwestię wieku w aspekcie powinności i uprawnień, jakie niesie on ze sobą, w szczególności we wzajemnych stosunkach pomiędzy pokoleniami.

Życie ludzkie składa się z etapów, faz oddzielonych od siebie „progami przejść", czy też kamieniami milowymi, które to jednostka powinna przekraczać w pewnym, z góry ustalonym wieku. Podział ludzi na wiele podgrup i kategorii wiekowych jest potrzebny dla celów administracyjnych oraz rynkowych, w rozumieniu segmentów do których skierowany jest dany produkt czy usługa. Pojęcia „wiek", a także „faza życia" są, w swojej istocie, pojęciami biologicznymi. Wiek postrzegany jest w kontekście rozwojowym. Rozwój w perspektywie całego cyklu życiowego jednostki oznacza ciąg zmian następujących według określonej kolejności następstwa; rozwój ten wykazuje wszakże znaczne zróżnicowanie indywidualne i znaczną autonomię jednostki (E. H. Erikson, J. M. Erikson,1998). W ujęciu socjologicznym wiek chronologiczny oznacza zatem nie wyłącznie liczbę przeżytych lat kalendarzowych, lecz jest liczbowym wyrazem doświadczeń społecznych i stanowi podstawę przedzielania ról, oceniania i prestiżu w najrozmaitszych środowiskach społecznych.

Przyrostowi wieku towarzyszą nowe doświadczenia życiowe, zmiany w poglądach i pozycji społecznej. Wiek nie stanowi pojedynczej zmiennej: praktycznie niemożliwe jest stwierdzenie, w jakim stopniu spadek sprawności i aktywności zależy od samego wieku, w jakim zaś od czynników, środowiskowych. Mechanizmy zmian związanych z wiekiem są złożone, niekiedy zaś ukryte. Podobnie jak → starzenie się nie jest związane wyłącznie z upływem → czasu również wiek kalendarzowy wyrażony w latach nie musi pokrywać się z wiekiem biologicznym. Wiek kalendarzowy jest niewątpliwie kryterium łatwiejszym do operacjonalizacji, dokładnego określenia, z tej racji jest traktowany jako główne kryterium wyodrębniania grup wiekowych, w tym kategorii młodzieży czy ludzi starych. We współczesnym społeczeństwie wiek jest przedmiotem wielu regulacji i interwencji administracyjnych, przesuwania ludzi na szczeblach stanowisk, zachęcania do pełnienia jednych, ograniczania dostępu do innych funkcji oraz ról. Wiek chronologiczny jest zmienną osobową dającą się wyrazić w postaci liczb, zmienną, którą łatwo posługiwać się za pomocą techniki komputerowej. Tłumaczy to, dlaczego chętnie odwołujemy się właśnie do tej kategorii wieku dla określania statusu, uprawnień i obowiązków jednostek w życiu rodzinnym, zawodowym oraz w wymiarach prawnym i administracyjnym

HW-K

A: (ang., niem.) CA.

B: Czekanowski, 2008; E. H. Erikson, J. M. Erikson, 1998; Lipowicz, 2012; *Rocznik Statystyczny*, 2014; Rosset, 1959; Stuart-Hamilton, 2006; Szymczak, 1981; Worach-Kardas, 1988, 2011; Zych, 2014.

D: *Założenia długofalowej polityki…*, 2013.

O: potrójny wiek, wiek biologiczny, wiek psychologiczny, wiek społeczny.

S: wiek astronomiczny, wiek fizyczny, wiek kalendarzowy, wiek metrykalny, „wiek obiektywny", wiek paszportowy, „wiek prawdziwy", wiek prawny, wiek życia.

TK: ang. *chronological age*/*actual age*, fr. *âge chronologique*/*l'âge d'une personne*, hiszp. *edad cronológica*, niem. *chronologisches Alter*/*kalendarisches Alter*/*Lebensalter*, ros. *хронологический возраст*/*паспортный возраст*.

wiek nieprodukcyjny

– oznacza wiek, w którym człowiek jeszcze nie jest lub już nie jest zdolny do pracy (*Słownik języka polskiego*, 2015). Przez ludność w wieku nieprodukcyjnym rozumie się ludność w wieku przedprodukcyjnym, tj. do 17 lat oraz ludność w → wieku poprodukcyjnym, tj. mężczyźni 65 lat i więcej, kobiety 60 lat i więcej (*The World*…, b.r., – Internet: http://data.worldbank.org…). i więcej, kobiety 60 lat i więcej (*The World*…, b.r., – Internet: http://data.worldbank.org…); wiek produkcyjny przypada na okres od 18 do 59/64 roku życia l (18–59 lat – dla kobiet i 18–64 lata – dla mężczyzn). Inne grupowania dla wieku nieprodukcyjnego to 0–14 lat i 65 lat i więcej. [Od 2013 obowiązuje w Polsce ustawowy → wiek emerytalny na poziomie 67 lat dla obojga płci. W 2013 osoby w wieku nieprodukcyjnym stanowiły 36,6% ludności Polski, w tym w wieku przedprodukcyjnym (0–17 lat) 18,2% i w wieku poprodukcyjnym (67 lat i powyżej) 18,4% (zob. *Rocznik Demograficzny 2014*, 2014) – przyp. red.]. Na wiek nieprodukcyjny składa się wiek przedprodukcyjny, w którym ludność nie osiągnęła jeszcze zdolności do pracy, oraz wiek poprodukcyjny, w którym osoby zazwyczaj kończą pracę zawodową (*European*…, b.r. – http://stat.gov.pl/en…).

BM

B: Holzer, 1999; *Rocznik Demograficzny 2014*, 2014; *Słownik języka polskiego*, 2015.

N: *European*…, b.r. – http://stat.gov.pl/en…; *The World*…, b.r., – Internet: http://data.worldbank. org…

O: wiek poprodukcyjny, wiek produkcyjny.

TK: ang. *non-working age*, fr. *âge improductif*, hiszp. *edad que no trabaja*, niem. *unproduktives Alter*, ros. *непроизводственный возраст*.

wiek poprodukcyjny

Jednym ze wskaźników podziałów demograficznych ludności jest wiek. Najczęściej stosowanym kryterium podziału jest zdolność ludzi do pracy. **Wiek poprodukcyjny** oznacza: zaprzestanie pracy, odpoczynek od pracy, koniec aktywności zawodowej, utratę roli zawodowej, przejście na zasłużoną → emeryturę. Wiek poprodukcyjny wiązany jest ze → starością a jak pisał Jerzy → Piotrowski – starość jest zjawiskiem kulturowym, a wiązanie początku starości z wiekiem jest czystko umowne i upowszechniło się wraz z systemem → zabezpieczenia społecznego (Piotrowski, 1973). Wiek poprodukcyjny jest zróżnicowany w poszczególnych krajach w zależności od obowiązującego w nich systemu zabezpieczenia społecznego.

Biorąc pod uwagę kryterium zdolności do pracy dzieli się ludzi na będących w wieku przedprodukcyjnym, tj. 0–17 lat; w → wieku produkcyjnym, tj. 18–59 dla kobiet oraz 18–64 dla mężczyzn; oraz ludność w wieku poprodukcyjnym 60 lat i więcej dla kobiet oraz 65 lat i więcej dla mężczyzn. Dolna granica wieku poprodukcyjnego jest wyznaczona przez uprawnienia emerytalne. Ustawa emerytalna wyznaczająca wiek emerytalny 60 lat dla kobiety i 65 lat dla mężczyzny stała się kryterium podziału ludności na wiek produkcyjny i poprodukcyjny. Przy takim założeniu – jak podaje Biuro Analiz Sejmowych (zob. www.bas.sejm.gov.pl, Szymańczak, 2012) – ludność w wieku produkcyjnym to ludność w wieku zdolności do pracy; dla mężczyzn przyjęto wiek 18–64 lata, dla kobiet 18–59 lat; wśród tej grupy wyróżnia się ludność w wieku mobilnym, tj. w wieku 18–44 lata, i niemobilnym, tj. mężczyzn w wieku 45–64 lata i kobiety w wieku 45–59 lat; ludność w wieku nieprodukcyjnym to ludność w wieku przedprodukcyjnym, tj. w wieku do 17 lat, i ludność w wieku poprodukcyjnym to mężczyźni w wieku 65 lat i więcej, kobiety w wieku 60 lat i więcej. W → demografii starość dzieli się na: młodszy wiek poprodukcyjny (60–69 lat), starszy wiek poprodukcyjny (70–79 lat) oraz → starość sędziwą (powyżej 80 lat).

Wiek 60 lat dla kobiety i 65 lat dla mężczyzny obowiązujący przez lata traci na aktualności z uwagi na przesunięcie granicy → wieku emerytalnego i zrównanie go dla obu płci. W Polsce obecnie wiek ten wynosi 67 lat. W roku 2012 została podpisana nowa ustawa emerytalna podnosząca wiek emerytalny do 67 lat. Od roku 2013 wiek emerytalny ma wzrastać o trzy miesiące. W ten sposób granica 67 lat będzie obowiązywała mężczyzn w 2020, kobiety zaś w 2040 (zob. Ustawa z 11 V 20`2 r. oraz www.bas.sejm.gov.pl).

Zarówno w Polsce, jak i w krajach rozwiniętych, wzrasta liczba ludzi, których wiek określa się jako poprodukcyjny. Sprzyja temu nieustanne wydłużanie się średniego trwania → życia ludności. W Polsce ciągu niespełna dekady liczba ludzi w wieku poprodukcyjnym wzrosła o ponad 1 mln. I tak w 2005 było 5 mln 888 tys. ludzi w wieku poprodukcyjnym, zaś w 2013 subpopulacja ta wynosiła już 7 mln 78 tys. osób. Prognozuje się gwałtowny przyrost ludzi w wieku poprodukcyjnym w Polsce. W 2050 liczba ta wyniesie prawdopodobnie 12 mln 404 tys., przy czym liczba kobiet tej subpopulacji wyniesie 7 mln 529 tys. i będzie niemal dwukrotnie wyższa od liczby mężczyzn, których szacuje się na 4 mln 876 tys. (*Rocznik Statystyczny*, 2014).

Wiek poprodukcyjny najczęściej oznacza utratę roli zawodowej i przejście na emeryturę. Wbrew pozo-

rom, ten etap w życiu człowieka nie jest łatwy, choć najczęściej długo oczekiwany. Zaprzestanie pracy oznacza, że człowiek przenosi się z pozycji centralnej w kierunku peryferyjnym. Zmiana roli zawodowej często oznacza zmianę → stylu życia, obniżenie statusu ekonomicznego, zmianę w układzie ról rodzinnych, tj. z pozycji żywiciela, opiekuna, mentora, wychowawcy, człowiek sam zaczyna potrzebować → wsparcia i → opieki. Zmiana pozycji w układzie zawodowym często wiąże się z utratą szacunku, utratą zainteresowania a nawet postępującą marginalizacją życia → seniora (Szarota, 2010). Praca zawodowa stanowi podstawę jednej z istotnych ról w życiu człowieka. Toteż jej utrata niesie ze sobą określone skutki. Nie tylko są one negatywne, ale także pozytywne. Wśród tych ostatnich wymienić można chociażby: uwolnienie od uciążliwości związanych z pracą; poczucie spełnienia zawodowego; więcej czasu dla siebie, współmałżonka, dzieci, wnuków; więcej czasu na rozwijanie swoich zainteresowań; nadrabianie zaległości; czas na podróże itp.

Rosnąca subpopulacja ludzi w wieku poprodukcyjnym niesie istotne problemy społeczno-ekonomiczne. Obserwowany od wielu lat niż demograficzny spowoduje spadek odsetka ludności aktywnej zawodowo. Jednocześnie wzrastająca liczba emerytów spowoduje znaczne obciążenie ludzi w wieku produkcyjnym. Mniejsza liczebność dzieci i młodzieży oraz przewidywany poziom przyszłej dzietności nie zapewnią prostej reprodukcji. Nieunikniony proces → starzenia się ludności wymagać będzie podjęcia skutecznych działań związanych z budową nowego systemu zabezpieczenia społecznego. Rosnąca liczba ludzi w wieku poprodukcyjnym pociąga za sobą nie tylko koszty ekonomiczne, ale także opiekuńcze i zdrowotne. Biorąc pod uwagę duże przyrosty liczby ludności w najstarszych grupach wiekowych, tj. 70 lat i więcej, w tym wysoki odsetek ludzi samotnych, system → pomocy społecznej musi być poddany istotnym przekształceniom. Starzenie się ludności stanowić będzie także poważne wyzwanie dla polityki zdrowotnej (Ratyński, 2003).

TZ

B: Piotrowski, 1973; Ratyński, 2003; Szarota, 2010; Szymańczak, 2012.

D: Ustawa z 11 V 2012 r.

N: www.bas.sejm.gov.pl.

O: wiek chronologiczny, wiek emerytalny, wiek produkcyjny, wiek psychologiczny, wiek społeczny, zabezpieczenie emerytalne, zabezpieczenie społeczne.

S: wiek niezdolności do pracy.

TK: ang. *post-working age*, fr. *âge postproductif*, hiszp. *edad post-trabajo*, niem. *postproductives Alter*, ros. *постпроизводственный возраст*.

wiek społeczny

jest to „wyrażona latami miara społecznej dojrzałości jednostki, której odbiór społeczny decyduje o jej umiejscowieniu na mniej lub bardziej sprecyzowanej pozycji w strukturze społecznej" (Zych, (2010, s. 201) i bywa określany z pozycji nabywanych uprawnień do pełnionych przez człowieka ról społecznych. Punktem wyjścia jest założenie, że w poszczególnych fazach → życia zmienia się charakter i zakres ról społecznych. Zazwyczaj podawany jest dolny próg wieku, który należy osiągnąć, aby jednostka mogła realizować określoną rolę społeczną, np. wiek matrymonialny (od 18 lat), wiek wyborczy (od 18 lat), wiek produkcyjny (od 18 lat) → wiek emerytalny (od 67 lat). Symptomem → starzenia się jest zanik (np. roli pracownika) ograniczenie i pojawienie się (np. roli emeryta bądź dziadka) odmiennych ról społecznych, i może oznaczać „przejście od dobrze określonej roli osoby produktywnej ekonomicznie do nieokreślonej i niejednoznacznej roli osoby ekonomicznie nieproduktywnej, a często i zależnej" (Zych, 2010, s. 13).

AZ

B: Zych, 2010.

O: potrójny wiek, wiek biologiczny, wiek chronologiczny, wiek psychologiczny.

TK: ang. *social age*, fr. *âge social*, hiszp. *edad social*, niem. *soziales Alter*, ros. *общественный возраст*.

wielkie zespoły geriatryczne (wielkie problemy geriatryczne)

– to problemy zdrowotne, które wiążą się z procesem → starzenia się. Ich złożone przyczyny, częstość, poważne następstwa, oraz trudności w zapobieganiu, spowodowały ich wyodrębnienie. Do tych szczególnych problemów zaliczamy: unieruchomienie, zaburzenia stabilności postawy i → upadki, → nietrzymanie zwieraczy, upośledzenie funkcji poznawczych, → depresję [i zaburzenia nastroju], upośledzenie zmysłów wzroku i słuchu oraz → jatrogenny zespół geriatryczny.

→ Niepełnosprawność (niesprawność) zazwyczaj określa się jako trudność wykonywania podstawowych → [aktywności] czynności życia codziennego, takich jak np. samodzielna kąpiel, ubieranie się, jedze-

nie. Problemy w tym zakresie ograniczają autonomię, powodują uzależnienie się od opiekunów, są predyktorem niekorzystnych zdarzeń, takich jak: zwiększona chorobowość, potrzeba hospitalizacji, potrzeba pomocy domowej lub instytucjonalnej.

Upadek, definiuje się jako zdarzenie polegające na nagłej, niezamierzonej, zmianie pozycji ciała w wyniku utraty równowagi w wyniku czego poszkodowany znajduje się na ziemi, podłodze lub innej nisko położonej powierzchni. Upadki są bardzo powszechne wśród osób starszych. Aż 1/3 osób po 65. roku życia doznaje upadku przynajmniej raz w → życiu, natomiast po 80. r.ż. upadki zdarzają się już co drugiej osobie. Upadki stanowią główną przyczynę urazów prowadzących do zgonów wśród osób starszych. Mogą także prowadzić do powstania urazu psychicznego, objawiającego się lękiem przed ponownym incydentem, który prowadzi do dalszego ograniczenia → aktywności fizycznej i zwiększa predyspozycje do kolejnych upadków. U osób starszych problemem są także omdlenia, które stanowią przemijającą samoistnie utratę przytomności i napięcia mięśniowego prowadzącą do upadku.

Osoby w → wieku podeszłym – ze względu na uwarunkowania biologiczne, psychiczne i społeczno-socjalne – są szczególnie podatne na zaburzenia sfery psychicznej. → Majaczenie (delirium) stanowi zaburzenie świadomości o ostrym początku i zmiennym przebiegu. Zaburzenia dotyczą → pamięci, orientacji, uwagi, myślenia, percepcji i zachowania. Częstość występowania majaczenia szacuje się na 11–30% osób starszych hospitalizowanych z powodu ostrych stanów chorobowych, u których wcześniej nie stwierdzono zaburzeń funkcji poznawczych. Trudność stanowi różnicowanie majaczenia z → otępieniem. Delirium jest odwracalne, niemniej zapobieganie tym epizodom jest konieczne, ze względu na poważne następstwa. Z kolei otępienie wg kryteriów Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) jest zespołem spowodowanym → chorobą mózgu, zwykle o charakterze przewlekłym lub postępującym, w którym zaburzone są funkcje poznawcze, a świadomość nie jest zaburzona. Przyczynę stanowi → miażdżyca naczyń i/lub tętnic mózgowych lub proces pierwotnie zwyrodnieniowy w mózgu, a najczęstszą przyczyną otępienia po 65. r.ż. jest → choroba Alzheimera. Szacuje się, że u ok. 10% osób które ukończą 65. r.ż., rozwinie się otępienie. Objawy kliniczne otępienia pojawiają się po wielu latach trwania procesu niszczącego mózg, dlatego ważne jest jak najwcześniejsze rozpoznanie.

Depresja jest zaburzeniem dotykającym ok. 15% subpopulacji powyżej 65. r.ż. Szczególnie narażone są osoby dotknięte jakąś → chorobą, która powoduje utrzymywanie się przewlekłego bólu, → zaburzeń snu, ograniczenie niezależności i spadek → sprawności fizycznej. Do rozwoju depresji mogą się również przyczynić czynniki psychospołeczne, takie jak: ograniczenie sieci wsparcia społecznego, rzadsze kontakty rodzinne, samotność, przeżywanie żałoby, ubóstwo czy niedożywienie. W obrazie depresji szczególnie często może pojawiać się silny lęk, niepokój psychoruchowy, głęboki smutek, poczucie beznadziejności, a czasem obniżenie napędu psychoruchowego oraz bezradność wobec podstawowych czynności życia codziennego.

Nietrzymanie moczu (NTM) należy do częstej, chociaż skrywanej dolegliwości osób w wieku starszym. Wg różnych źródeł NTM dotyczy od 7 do ponad 30% osób żyjących w środowisku, ok. 30% przebywających w szpitalach i 50% pozostających w instytucjach. Kobiety cierpią z tego powodu ok. dwukrotnie częściej niż mężczyźni. NTM powoduje często skrępowanie, izolowanie i wycofywanie się z aktywnego życia oraz depresję. Sprzyja ono podrażnieniom skóry, → odleżynom, nawracającym infekcjom układu moczowego, upadkom i złamaniom. Prawidłowe trzymanie moczu warunkowane jest integralną sprawnością struktur układu nerwowego oraz warunków anatomicznych.

MŻ

B: A. Bilikiewicz, Parnowski, 2002; Grodzicki, Kocemba, Skalska, 2006; Guccione, Wong, Avers, 2014; Kenny, 2003; Krzymiński, 1993; Minassian, Drutz, Al-Badr, 2003; Żak, 2009.

N: Żak i współprac., 2009 – Internet: http://www.biomedcentral.com…

O: depresja i zaburzenia nastroju, geriatryczne zaburzenia sprawności, jatrogenny zespół geriatryczny, majaczenie, nietrzymanie zwieraczy, otępienie, starzenie się, upadki, zaburzenia równowagi, zespół słabości.

TK: ang. *the "giants" of geriatrics*, fr. *grand problems gériatriques*, hiszp. *grandes problemas geriátricos*, niem. *große geriatrische Probleme*, ros. *большие гериатрические проблемы.*

wielkie problemy geriatryczne → wielkie zespoły geriatryczne

wielochorobowość (polipatologia)

– czyli występowanie co najmniej dwóch → chorób przewlekłych – dotyczy 46,8–67,3% dorosłych pacjentów lekarza rodzinnego. Dominuje wprawdzie

w → wieku podeszłym, jest jednak coraz częstsza u pacjentów przed 60. rokiem życia. Potrzeby pacjentów z jedną przewleką → chorobą są odmienne od potrzeb pacjentów z wielochorobowością, w których wykazano większe ryzyko nagłego pogorszenia stanu → zdrowia i → niepełnosprawności, stąd poziom hospitalizacji z powodu zaburzeń, którym można zapobiegać został uznany za wrażliwy wskaźnik adekwatnej podstawowej → opieki zdrowotnej nad pacjentami z wielochorobowością. Uważa się, że skoordynowana podstawowa opieka zdrowotna może redukować poziom hospitalizacji i obniżać koszty medyczne zwłaszcza u pacjentów z polipatologią.

Konsekwencje wielochorobowości

Wśród pacjentów z multichorobowością stwierdza się większą ilość usług medycznych, w tym większą liczbę konsultacji w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (11,9 u pacjentów z czterema lub więcej chorobami przewlekłymi *versus* 3,7 u pacjentów bez choroby przewlekłej), większą liczbę konsultacji w izbach przyjęć (odpowiednio 3.6 *vsersus* 0.6) oraz 4,5-krotnie większą liczbę hospitalizacji. Wśród pacjentów powyżej 65. r.ż. wykazano, że pacjenci z czterema chorobami przewlekłymi mają 99 razy większą szansę na wizytę u lekarza niż pacjenci bez choroby przewlekłej. Równocześnie przy ośmiu chorobach przewlekłych szansa hospitalizacji jest prawie dwukrotnie wyższa niż u pacjenta z jedną chorobą przewlekłą. Koszty opieki medycznej i niemedycznej wzrastają wraz z liczbą chorób przewlekłych – w przypadku pacjentów z czterema i więcej chorobami przewlekłymi są one 66 razy wyższe niż w przypadku pacjentów bez choroby przewlekłej (co wynika głównie z kosztów hospitalizacji i leczenia powikłań którym można zapobiec). W tym całkowity poziom bezpośrednich kosztów medycznych w przypadku pacjentów z czterema lub więcej chorobami przewlekłymi jest ponad 5-krotnie wyższy niż u pacjentów bez choroby przewlekłej w tym samym wieku.

Celem opieki nad chorymi przewlekle, zwłaszcza z wielochorobowością, jest poprawa wyników opieki z następczą redukcją kosztów poprzez obniżenie poziomu korzystania ze zbędnych usług medycznych. Podkreśla się, że podwyższenie → jakości życia (z punktu widzenia funkcjonowania biopsychospołecznego pacjenta) prowadzi do osiągnięcia obu celów.

U pacjentów z wielochorobowością z założenia należy spodziewać się obniżenia jakości życia. Im wyższy stopień wielochorobowości (wyrażany liczbą chorób przewlekłych) – tym niższą stwierdza się jakość życia. Z drugiej strony wykazano niższą jakość życia u częściej korzystających z opieki zdrowotnej – stąd podkreśla się rolę podwyższania jakości życia w zapobieganiu nadmiernemu korzystaniu z usług medycznych. Im wyższa jakość życia pacjentów tym niższy poziom korzystania z usług medycznych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, dotyczy to również pacjentów z wielochorobowością w wieku podeszłym.

Multichorobowość ma większe znaczenia dla dalszego rokowania o → długości życia niż wiek pacjenta. U pacjentów z polipatologią występuje większe ryzyko wybiórczej terapii, nieobejmującej wszystkich schorzeń pacjenta. Konsekwencją są hospitalizacje w stopniu istotnym wpływające na poziom jakości życia. Z drugiej strony sama wielochorobowość wiąże się z obniżeniem jakości życia i równocześnie zwiększoną częstością hospitalizacji. Stąd wskazuje się na podstawową rolę opieki podstawowej w prewencji hospitalizacji u pacjentów z wielochorobowością.

DK

B: Agborsangaya i współprac., 2013; Glynn i współprac., 2011; Kurpas, 2013.

O: choroba, choroby przewlekłe, polipragmazja, wielkie zespoły geriatryczne.

S: multichorobowość.

TK: ang. *multimorbidity/polymorbidity/polypathology*, fr. *polypathologie/plusieurs maladies*, hiszp. *múltiples enfermedades*, niem. *Multimorbidität*, ros. *полипатология/множественность заболеваний*.

polipatologia → wielochorobowość

Wiśniewska-Roszkowska Kinga (1916–2006)

polska lekarz – internista i ginekolog, nestorka polskiej → geriatrii, autorka popularnych prac z zakresu seksuologii i → gerontologii (zob. Wiśniewska-Roszkowska, 1964, 1970, 1971, 1972, 1975, 1980, 1986, 1987, 1989, 1990, 1994), organizatorka pierwszego w Polsce → oddziału geriatrycznego (1961) i Woj. Ośrodka Geriatrycznego (1975) w Łodzi. Urodziła się w Łodzi w rodzinie nauczycielskiej. Po maturze w łódzkim gimnazjum żeńskim im. Emilii Szczanieckiej rozpoczęła studia medyczne w Warszawskiej Akademii Medycznej. Dyplom odebrała wiosną roku 1939 i wyjechała do Bukaresztu, aby odbyć praktykę. W związku z wybuchem II wojny światowej zmuszona została do powrotu do kraju. Po zbombardowaniu Warszawy z rodziną zamieszkała na wsi. W 1941 pojawiło się re-

alne zagrożenie wywiezienia do pracy w Niemczech i wówczas zdecydowała się na ujawnienie swojego dyplomu lekarskiego. Skierowana została wówczas do pracy w ubezpieczalni w Szadku. Ponieważ była jedynym lekarzem w okolicy, zajmowała się wszystkim. Po wojnie pełniła obowiązki dyrektora szpitala w Lipinach, poza tym przez pewien okres czasu pracowała w Gdyni i w Sopocie. Do Łodzi wróciła w 1949, a w 1951 wyszła za mąż za Mirosława Roszkowskiego (1935–1997), profesora na Wydz. Mechanicznym Politechniki Łódzkiej.

Wiśniewska-Roszkowska pracowała w kilku szpitalach na terenie Łodzi: dermatologicznym przy ul. Krzemienieckiej, później w szpitalu im. Norberta Barlickiego i w szpitalu im. Karola Jonschera. Dążąc do podnoszenia kwalifikacji uzyskała II stopień specjalizacji z medycyny wewnętrznej i ginekologii. Pod wpływem książki Maxa Oskara Birchner-Bennera (1867–1939) *Diätetische Heilbehandlung…* (1935) zainteresowała się dietetyką i zdrowym żywieniem. Uzyskała stoipień doktora med. na podstawie rozprawy o metodach leczenia miażdżycowych chorób serca głodówką sokową. Mimo udanych prób kuracji jej teoria spotkała się z dezaprobatą środowiska lekarskiego. Jej marzeniem było stworzenie sanatoryjnego oddziału dietetycznego. Uzyskała stopień doktora habilitowanego i specjalizację I stopnia z geriatrii, następnie została mianowana docentem medycyny. Dążąc do realizacji swoich planów w 1961 zorganizowała w I Państwowym → Domu Pomocy Społecznej w Łodzi odział geriatryczny dla leczenia → niedołęstwa starczego. Dokładając dalszych starań w tym miejscu w 1975 zainicjowała powstanie pierwszego w Polsce Woj. Ośrodka Geriatrycznego. Ośrodek ten składał się nie tylko z oddziału, ale i poradni, prowadził oprócz leczenia prace badawcze, specjalizację dla lekarzy w dziedzinie geriatrii i był miejscem kształcenia studentów.

Wiśniewska-Roszkowska wiele podróżowała poznając ośrodki → długowieczności [ludzkiej] i starając się popularyzować zdrowy → styl życia. Do późnych lat swojego życia była aktywna zawodowo, zmarła w rodzinnej Łodzi, osiągając sędziwy wiek. Była autorką wielu książek i artykułów. Należą do nich: *Zagadnienia geriatryczne w klinice chorób wewnętrznych*, *Geriatria*, *Starość, metabolizm, rewitalizacja*, *Medycyna w walce ze starością*, *Druga i trzecia młodość kobiety*, *Wiek, płeć, zdrowie*, *Stary człowiek w rodzinie*, *Nowe życie po sześćdziesiątce*, *Starość jako zadanie* i wiele innych. Odrębny nurt jej twórczości to prace z zakresu etyki seksualnej, takie jak np. *Problemy współczesnego erotyzmu*, *Etos zabłąkany*, *Erotyka, a religia*, *Seks, moralność, sztuka małżeńskiego szczęścia*. (zob. Woźniewski, 1957, oraz http://www.unless-women.eu…).

ZN-K

B: Birchner-Benner, 1935; Wiśniewska-Roszkowska, 1964, 1969, 1970, 1971, 1972, 1975, 1980; 1986, 1987, 1989, 1990, 1994; Wiśniewska-Roszkowska, Jedynecki, Ziółkowski, 1983; Wiśniewska-Roszkowska, Zgirski, 1973; Woźniewski, 1957.
N: http://www.unless-women.eu…

Roszkowska Kinga → Wiśniewska-Roszkowska Kinga

wizerunek i status społeczny człowieka starego w społeczeństwie XXI wieku

Zdaniem Piotra Sztompki (1944–) *status społeczny* to wyróżnione i nazwane w danej kulturze typowe miejsce osoby w społeczeństwie (Sztompka, 2004, s. 110). Status społeczny może być przypisany, związany z urodzeniem, ze względu na płeć czy wiek, czyli kim się jest, oraz osiągany w trakcie → życia, przyznawany na podstawie osiągnięć, tj. na podstawie tego co się robi (zob. Fons, Hampden-Turner, 2002). Status społeczny jest to wskaźnik, który ma na celu klasyfikację jednostek, → rodzin lub grup wg określonych wyznaczników (Marchall, 2005, s. 357). *Wizerunek* jest to sposób, w jaki dana osoba jest postrzegana i przedstawiana, determinuje funkcjonowanie człowieka w społeczeństwie (*Słownik języka polskiego*, 2015). Wizerunek osoby starszej w społeczeństwie jest zatem zbiorem kilku czynników wpływających na postrzeganie osoby starszej, takich jak np. fizyczność, postawa, zachowanie, działanie, poglądy, itp.

Na społeczny wizerunek człowieka starego wpływają stosowane w języku polskim określenia, mające w odbiorze społecznym negatywną konotację lub uważane są jako „politycznie niepoprawne". Negatywne naznaczenie w społecznej świadomości → „starości" jest formą → dyskryminacji [z powodu wieku], przemocy, poniżenia i wykluczenia (zob. Hrynkiewicz, 2012). W Polsce ludzie starzy stanowią grupę, w której – mimo gwarancji stałych dochodów z tytułu uzyskiwanych świadczeń społecznych – ryzyko marginalizacji występuje znacznie częściej niż w pozostałych grupach społeczeństwa. Z racji różnorodnych ograniczeń osoby starsze postrzegane są również, zarówno w odczuciach własnych, jak i w odbiorze społecznym w kategoriach niskiego statusu społecznego. Na ryzyko ich

wykluczenia wpływa ogrom różnorodnych czynników natury ekonomicznej, społecznej i kulturowej, ale najistotniejsze mieszczą się w obrębie struktur podstawowych, tworzących przestrzeń życiową i stanowiących przedmiot zainteresowań polityki społecznej. Są to: rynek pracy, system → zabezpieczenia społecznego, dostęp do konsumpcji dóbr i usług, a nawet środowisko lokalne i rodzinne (Bojanowska, 2012). Osoby stare są grupą społeczną, którą interesują się różne sektory, np. edukacyjny z ofertą programów profilaktycznych, rekreacyjny, bankowy, konsumencki i in. Obecny kierunek rozwoju promuje aktywną starość oraz łączenie → generacji, związany z podejmowaniem przez osoby starsze nowych ról społecznych. Badania prowadzone w roku 2009 przez CBOS wskazują na znaczenie osób starszych najczęściej jako osoby zabezpieczającej opiekę nad wnukami, oraz sytuację ekonomiczną swoich dzieci.

Status społeczny osób starszych – powyżej 70 lat jest oceniany przez → seniorów jako wyższy w krajach o bardzo wysokich poziomach modernizacji oraz w krajach o wyższym udziale osób starszych w zatrudnieniu. Ważnym czynnikiem związanym z postrzeganiem wysokiego statusu społecznego przez osoby starsze w nowoczesnych społeczeństwach jest ich aktywność zawodowa i społeczna (zob. fot. 1). Dlatego istotna jest polityka promująca → aktywne starzenie się, nie tylko w zakresie → zdrowia, ale szczególnie w zakresie aktywności zawodowej i społecznej (por. Vauclair i współprac., 2015).

Wyniki badań Catherine E. Bowen i Vegarda Skirbekka (2013), których celem było określenie opinii Europejczyków z 11 krajów dotyczących *wizerunku człowieka starego* sugerują, że osoby starsze aktywne zawodowo i społecznie (wolontariat) są postrzegane w społeczeństwie jako osoby kompetentne, niezależnie od rzeczywistych kompetencji. Osoby starsze są potrzebne społeczeństwu ponieważ posiadają wiedzę i doświadczenie, którą dzielą się z ludźmi młodymi. Doświadczenie osób starych może być wykorzystywane w tworzeniu gremiów doradczych w różnych dziedzinach, wzorem Wielkiej Brytanii.

Donald O. → Cowgill i Lowell Don Holmes (1925–2010), analizując procesy → starzenia się społeczeństw i *status osób starszych* w społeczeństwie, opracowali → teorię modernizacji w myśl której status społeczny osób starszych zmniejsza się proporcjonalnie do rozwoju przemysłowego. Określone zostały cztery podstawowe aspekty modernizacji, które znacząco zmieniły status społeczny osób starszych, są to: postęp technologii medycznych, technologii gospodarczej i przemysłowej, rozwój nowych zawodów, oraz rozwój urbanizacji i edukacji (*Status of older*…, b.r. – Internet: http://medicine.jrank.org…). Zgodnie z teorią modernizacji obecność na rynku pracy oraz aktywność zawodowa związana z powstawaniem nowych zawodów, wymagają szybkiego opanowania nowych umiejętności, a to powoduje eliminowanie osób starszych z rynku pracy, kierowanie ich do prac nie wymagających biegłości w nowych technologiach. Brak wiedzy i umiejętności korzystania z technologii komputerowych przyczyniają się do jeszcze większego rozwarstwienia społecznego, eliminacji osób starszych z rynku pracy oraz → wykluczenia społecznego [osób starszych]. Powstają zupełnie nowych klas społeczne. Najwyższa – to osoby tworzące i zarządzające informacjami, średnia – osoby nie tworzą informacji, ale korzystają z nowych technologii, i najniższa – osoby wykluczone, nie potrafiące korzystać z osiągnięć.

Osoby starsze wykluczone z rynku pracy, wykluczone ze społeczeństwa informatycznego, stają się zależne od osób młodych, co powoduje obniżenie ich statusu społecznego oraz ich poczucia własnej wartości. Aby zapobiec niekorzystnym zjawiskom eliminacji społecznej osób starszych promuje się kierunek LLL (ang. *life long learning*), którego celem jest kształtowanie umiejętności niezbędnych do funkcjonowania w społeczeństwie informacyjnym XXI wieku.

Osoby starsze postrzegają starość jako → czas zasłużonego wypoczynku, pogarszania się stanu zdrowia, jako kolejny etap życia i czas dla rodziny oraz najbliższych. Chcą się dzielić swoim doświadczeniem. Możliwości rozwojowe osób starszych potwierdza postrzeganie tego etapu życia jako okresu zadumy, refleksji, rozwoju własnych zainteresowań czy hobby. Jest to również okres samotności i czas opuszczenia, poprzedzający → śmierć. Wśród wartości cenionych przez seniorów na pierwszym miejscu jest rodzina, w tym przyjaciele, następnie zdrowie i dobre samopoczucie, także wartości religijne i spokój (Stefaniak-Hrycko, 2009).

Wykorzystanie potencjału subpopulacji osób powyżej 60 lat – w rozwoju zrównoważonym –jest ważne ze względu na jego rolę w kształtowani spójności społeczno-gospodarczej, również w ujęciu lokalnym. W społeczeństwach, które starzeją się demograficznie, należy w większym zakresie wykorzystać doświadczenie osób starszych poprzez ich uaktywnianie w różnych dziedzinach zawodowych. Pobudzanie aktywności zawodowej wg wyboru i preferencji osób starszych jest niełatwym problemem, ale staje się zadaniem do rozwiązania w przyszłości, m.in. w pewnym zakresie poprzez ekonomię społeczną w tym celu, aby zapewnić starze-

jącym się społeczeństwom lepsze warunki bytu w czasie coraz dłuższej starości. Wykorzystanie możliwej aktywności prorozwojowej osób w starszym wieku to zadanie dla polityki gospodarczej i społecznej oraz organizacji pozarządowych (Kurzynowski, 2009).

BM

B: Bojanowska, 2012; Brown, Skirbekka, 2013; Fons, Hampden-Turner, 2002; Hrynkiewicz, 2012; Kurzynowski, 2009; Marshall, 2005; Stefaniak-Hrycko, 2009; *Słownik języka polskiego*, 2015; Sztompka, 2004; Vauclair i współprac., 2015.
N: *Status of older…*, b.r. – Internet: http://medicine.jrank.org…
O: medialny obraz starości i osób starszych, pozycja wiekowa, społeczny obraz starości. struktury rodzin a pozycja społeczna osób starszych w rodzinie, teoria modernizacji.
TK: ang. *the image and the social status of an old man in twenty-first century society*, fr. *l'image et statut social d'un vieil homme en société au XXIème* siècle, hiszp. *la imagen y estatus social de un anciano en veinte primera sociedad del siglo*, niem. *das Bild und der Sozialstatus eines alten Mannes in der Gesellschaft XXI Jahrhunderts*, ros. *образ и социальный статус пожилого человека в обществе двадцать первого века*.

wolontariat hospicyjny

słowo wolontariat pochodzi od łac. *voluntas* – wola, chęć, życzenie, *voluntarius* – dobrowolny, chętny. Współcześnie pojęcie to wyparło znane dotąd, takie określenia jak: dobrodziejstwo, społecznictwo, dobroczynność, filantropia, szczodrobliwość, działalność społeczna bądź prospołeczna, praca ochotnicza. Cechą najbardziej obrazującą wolontariat jest to, że jest on bezpłatną i systematyczną działalnością na rzecz innych wykraczającą poza związki rodzinne, koleżeńskie i przyjacielskie (P. Krakowiak, 2009, s. 88). Osoby będące wolontariuszami mają okazję wykorzystać oraz sprawdzić swoje umiejętności, rozwinąć zainteresowania, zdobyć doświadczenie w nowej dziedzinie a także zawrzeć przyjaźnie. Ta forma edukacji jest jedyna w swoim rodzaju, gdyż poprzez aktywne uczestnictwo w posłudze nabiera się niebywałych doświadczeń.

Początkowo słowo wolontariusz służyło do określenia wojskowego ochotnika bądź praktykanta, który pracował bez wynagrodzenia chcąc nauczyć się zawodu. Określenie to używane było również w stosunku do bezpłatnej formy stażu, odbywanego przez lekarza zdobywającego praktykę. Hospicyjny wolontariat składa się z medycznych i niemedycznych wolontariuszy, którzy udzielają bezpośredniej pomocy osobom chorym w → stanie terminalnym i/lub w końcowym okresie → choroby, niosąc również tę pomoc dla ich → rodzin. Główne zadania polegają na zaspokajaniu potrzeb przez wykonywanie takich czynności, jak: mycie, karmienie, pojenie, podawanie leków, pielęgnowanie, stanie przy łóżku chorego, robienie codziennych zakupów oraz świadczenie pomocy w pokonywaniu problemów społeczno-bytowych (Kaptacz, 2005, s. 228).

Biorąc pod uwagę czas zaangażowania, wyróżnia się następujące rodzaje wolontariatu: bezterminowy, krótkoterminowy, jednorazowy, okresowy, indywidualny, grupowy itd. (zob. P. Krakowiak, Paczkowska, Stachowska, 2008, s. 88). Szczególnym rodzajem wolontariatu jest wolontariat hospicyjny. Towarzyszenie osobom poważnie chorym oraz ich bliskim w bezpośredni sposób, dzieląc się swoją bliskością, obecnością, niosąc szeroko rozumiane → wsparcie to ich główne powinności. Pomoc wolontaryjna udzielana ośrodkom → opieki paliatywno-hospicyjnej wiąże się z działalnością na rzecz chorych umierających i ich rodzin, jak również z działalnością administracyjną, charytatywno-szkoleniową oraz kulturalno-informacyjną (P. Krakowiak, 2009, s. 89). Wolontariusze hospicyjni zajmują się m.in. kwestami ulicznymi, publicznymi zbiórkami, charytatywnymi koncertami, aukcjami, loteriami, rozprowadzaniem cegiełek itp. Wolontariusz „to osoba, która ochotniczo, z własnej potrzeby, podejmuje jakieś pożyteczne działanie na rzecz innych ludzi" (Cendrowski, 1998, s. 8). Warunkiem zostania wolontariuszem hospicyjnym jest ukończenie 16 lat oraz pozytywne zaliczenie egzaminu teoretycznego i praktycznego, poprzedzonego odpowiednim kursem. Wg prawodawstwa Rzeczpospolitej Polskiej wolontariusz to osoba, która ochotniczo i bez wynagrodzenia wykonuje świadczenia na zasadach określonych w Ustawie z 24 IV 2003 r.

Pracą wolontariuszy hospicyjnych kieruje koordynator, który organizuje ich pracę oraz ułatwia współpracę z całym zespołem. Koordynator wolontariatu hospicyjnego „sprawuje nadzór nad działaniami wolontariuszy medycznych i niemedycznych, współpracując ściśle z kierownictwem ośrodka i z zespołem opieki paliatywnej. Jest to osoba dorosła, odpowiednio przeszkolona do koordynacji działań wolontaryjnych na rzecz ośrodka paliatywno-hospicyjnego. Często jest w tej roli wolontariuszem, będąc zatrudnioną w ośrodku hospicyjnym, zostaje skierowana do sprawowania funkcji »pomostu« pomiędzy zespołem opiekuńczym, chorymi i ich rodzinami, a wolontariuszami i ich opiekunami. Najczęściej koordynatorami wolontariatu hospicyjnego są pielęgniarki i inni członkowie zespołu

medycznego, a także psychologowie, pedagodzy, pracownicy socjalni, pielęgniarki, duchowni i osoby z innych zawodów od lat zaangażowane w wolontariat hospicyjny" (P. Krakowiak, 2009, s. 89).

Nowi wolontariusze chcący nieść pomoc zgłaszają się do Centrum Wolontariatu, którego sieć znajduje się w całej Polsce. Sieciowe Centra Wolontariatu swoją prace opierają na realizacji standardów działania Regionalnych Centrów Wolontariatu w całej Polsce. Do pracy kieruje się osobę po odbyciu obowiązkowego szkolenia, którego celem jest wyposażenie w wiadomości związane z zasadami bycia wolontariuszem, zapoznaniem z obowiązującą terminologią, ideą wolontariatu, jak również radami dotyczącymi współpracy z organizacjami i podopiecznymi mając nadzieję na owocną i przyjemną współpracę (Klimaszewska, 2004, s. 9). Wolontariusz wypełnia kwestionariusz osobowy, spisuje umowę cywilno-prawną z osobą reprezentując Zarząd Stowarzyszenia, a następnie rozpoczyna swą pracę w wolontariacie (Walden-Gałuszko, Kaptacz, 2005, s.228). Za swoją pracę nie otrzymuje wynagrodzenia materialnego tylko wynagrodzenie niematerialne, takie jak np. spełnienie swoich motywacji (poczucie sensu działań, wdzięczność, uznanie). Zdaniem wolontariuszy za swoją pracę otrzymują „coś" co często trudno nazwać i opisać (P. Krakowiak, Janowicz, 2008, s. 27, Wilowski, 2004, s. 95).

Centra Wolontariatu zajmują się zatrudnianiem wolontariuszy, niosą pomoc wolontariuszom w różnego rodzaju problemach, badają stan prawny oraz aktualną sytuację wolontariatu w danym kraju. Pierwsze Centrum Wolontariatu otwarto w 1993 w Warszawie. W latach 2007–10 był realizowano projekt p.n. *Lubię pomagać*, który pozwolił: utworzyć nowe i wzmocnić istniejące centra wolontariatu przy 96 ośrodkach opieki paliatywno-hospicyjnej; przeszkolić 120 koordynatorów wolontariatu prowadzących powstałe centra; wyposażyć centra wolontariatu w narzędzia niezbędne do profesjonalnej pracy w: laptopy, rzutniki, drukarki, faksy, aparaty fotograficzne, koszulki, czapeczki i in. materiały pomocne dla wolontariuszy; wydać publikacje w postaci książek i filmów DVD. Powstały podręczniki dla wolontariuszy i koordynatorów, podręczniki dla nauczycieli oraz poradniki dla osób zajmujących się opieką nad przewlekle chorymi osobami (Leśniewska, 2010, s. 24).

Historyczny początek działań woluntarystycznych jest trudny do określenia, przyjmuje się, że trwa on tak długo, jak długo istnieje ludzkość. Początkowo był on bez ram instytucjonalnych, a z czasem zaczął istnieć w organizacjach kościelnych, samopomocowych oraz pozarządowych. Arthur Gillette (1938–1967) opisał pierwszy międzynarodowy ruch wolontariuszy, gdy w roku 1920 wolontariusze z Austrii, Anglii, Francji, Niemiec i Szwajcarii zajęli się odbudową wsi pod Verdun, w której podczas bitwy zginęło milion ludzi. W latach 20. i 30. minionego stulecia rozprzestrzeniał się pierwszy współczesny ruch wolontariuszy związany z francuską organizacją *Service Civil International*. W 1948 UNESCO utworzyło Międzynarodowy Komitet Wolontariatu (*International Voluntary Service*). Wolontariusze zrzeszeni z komitetem przemieszczali się z Zachodu na Wschód, osłabiając podział tzw. żelaznej kurtyny (Kostek, 2010, s. 74). Działalność wolontariuszy i ich ogromne zaangażowanie i poświęcenie przyczyniło się do odbudowy Europy po II wojnie światowej. W Polsce przed rokiem 1989 w niewielkim stopniu znano pojęcie wolontariatu. W zakładach pracy i szkołach organizowane były „czyny społeczne" oraz „prace społecznie użyteczne", które wykonywano pod przymusem. Na wolontariuszy w latach 70. XX stulecia mówiono ochotnicy, a subkultury młodzieżowe na to hasło odpowiadały „ochotnicy wyginęli na wojnie". Istniejące, powojenne organizacje społeczne, takie jak np. TPD, TWK, ZBoWiD, były kontrolowane przez państwo. Zmiana nadeszła w latach 1980–81 dzięki „Solidarności". W 1981 powołano Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Hospicjum" w Krakowie, w którym wolontariusze udzielali pomocy nieuleczalnie chorym. W czasie stanu wojennego w 1983 grupa wolontariuszy pod przewodnictwem ks. Ryszarda Eugeniusza Dutkiewicza (1947–2002) niosła pomoc hospicyjną w domach umierających, a jednym z pierwszych pacjentów domowego hospicjum był literat Lech Bądkowski (1920–1984), którego imię nosi nagroda przyznawana za działalność wolontariatu i organizacji pozarządowych na Pomorzu (P. Krakowiak, Janowicz, 2008, s. 27–28).

Na świecie w latach 70. i 80. XX w. zaczął rozwijać internetowy wolontariat. Odnotowany w 1971 projekt Gutenberg jest prawdopodobnie najstarszym tego przykładem. Na świecie istnieje wiele stron poświęconych wolontariatowi (zob. np. www.wolontariat.org.pl). Organizacje i projekty światowe związane z wolontariatem to *Amnesty International*, *Indymedia*, *Peace Corps* i inne, a wśród nich Wolontariat Europejski (*European Voluntary Service*), będący propozycją dla młodych ludzi, w wieku 18–30 lat, niezależnie od rasy, płci, narodowości, wyznania, przekonań politycznych czy stanu zdrowia. Głównym kryterium bycia wolontariuszem jest silna motywacja, wiek i obywatelstwo jednego z krajów programu EVS, a zadanie polega na pomocy przy różnego rodzaju projektach zagranicz-

nych, np. kulturalnych, ekologicznych i/lub socjalnych (*Wolontariat długoterminowy* – Internet: http://cobybylo.nazwa.pl…). Priorytetowo bierze się pod uwagę projekty angażujące młodzież niepełnosprawną, pochodzącą ze środowisk dotkniętych ubóstwem, bezrobociem i patologiami, młodzież mającą utrudnione możliwości kontynuowania nauki albo zdobycia pracy (*Wolontariat europejski* – Internet: http://www.wikipedia.org/wiki/Wolontariat…) – również polskie organizacje działają intensywnie w celu pozyskiwania wolontariuszy, którzy stanowią główny filar działania oddziałów opieki hospicyjnej nierefundowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Zapewniają oni pomoc, opiekę, a także wsparcie osobom w terminalnej fazie choroby. Pomoc i → opieka niesiona przez wolontariuszy prowadzone jest w zakresie świadczeń medycznych, psychologicznych, duchowych i/lub fizjoterapeutycznych. W opiece hospicyjnej niezmiernie istotne jest utrzymywanie chorego w dobrej kondycji psycho-fizyczno-duchowej do końca → życia.

Bank danych o Organizacjach Pozarządowych KLON/JAWOR szacuje, że w Polsce działa około 20 tys. organizacji pozarządowych, z czego 6 tys. z nich zajmuje się → pomocą społeczną. Organizacje te w swych szeregach mają około 2 mln wolontariuszy. Rok 2001 ogłoszony został przez ONZ Światowym Rokiem Wolontariuszy, co przyczyniło się do aktywizacji działań w tej dziedzinie. Rząd RP, organizacje wolontariatu oraz Kościół zaczęły propagować i podkreślać dużą rolę tworzenia i włączania się do organizacji wolontariackich. Od 2003 obowiązywać zaczęła w Polsce odrębna ustawa kodyfikująca zagadnienie wolontariatu (por. Ustawa z 24 IV 2003 r.). W celu wyrażenia uznania dla trudu wolontariuszy na całym świecie z inicjatywy ONZ obchodzony jest od roku 1986 Międzynarodowy Dzień Wolontariusza, który jest doskonałą okazją, by uświadomić społeczeństwu wysiłek, jaki wkładają rozmaite organizacje pożytku publicznego w niesienie pomocy innym, zarówno na poziomie lokalnym, krajowym, jak i globalnym. Wolontariat rozwija się coraz prężniej i zjawisko to staje się coraz bardziej znane i preferowane wśród ludzi. Niedoskonałość struktur służby zdrowia, narastające problemy finansowe wielu placówek pomagających osobom chorym i potrzebującym, w których nie ma możliwości zatrudnienia większej kadry pracowniczej sprawia, że wolontariusze są w tych miejscach niezwykle cenni. Poszukiwanie osób, które dobrowolnie poświęcają swój czas dokonuje się na różnego rodzaju sposoby: podczas festynów, poprzez ulotki informacyjne czy strony internetowe.

Wolontariusz hospicyjny to osoba, która w pełni świadoma i wolna służy przy osobie umierającej. Uwaga, czas, wsłuchiwanie się i wysłuchiwanie, oderwanie od codziennych osobistych spraw jest tym czym dysponuje posługujący. Wolontariusze mogą liczyć w tej pracy na wiarę, radość, miłość, spokój, autentyczność, wrażliwość i nadzieję. Osoby sprawujące opiekę nad terminalnie chorym, pomimo ogromnej ilości trudności czują się potrzebnymi, próbują w tej posłudze odnaleźć swoje powołanie, pogłębia się ich refleksja nad życiem (Sierecka, 2014).

Wolontariuszami zostają osoby, które straciły kogoś bliskiego, pielęgniarki, lekarze, studenci, ucząca się młodzież, osoby starsze, osoby niedostosowane społecznie. Dla chętnych prowadzone są specjalne szkolenia, których zadaniem jest wyposażenie w wiedzę z zakresu opieki nad terminalnie chorymi. Podstawowe kursy obejmują następujące moduły tematyczne: wiedza z zakresu medycyny (fizjologia człowieka, jednostki chorobowe, farmakologia); wiedza z zakresu opieki pielęgniarskiej; wiedza z zakresu opieki duchowej; wiedza z zakresu psychologii (komunikacja z pacjentem, wspieranie pacjentów terminalnych i ich rodzin); wiedza z zakresu pomocy socjalnej i prawnej; historia ruchu hospicyjnego, jego idea; prawa i obowiązki wolontariusza (P. Krakowiak, Paczkowska, Stachowska, 2008, s. 118).

Szkolenia, kursy, warsztaty oraz konferencje odgrywają ogromne znaczenie w propagowaniu idei hospicyjnej. Dzięki takim wydarzeniom udaje się stale powiększać ilość świadomych i odpowiedzialnych wolontariuszy. Ośrodki hospicyjne muszą zadbać o odpowiednie przygotowanie kandydata na wolontariusza, by nie zrazić ochotnika oraz uświadomić mu, z czym może się spotkać i jak sobie radzić w trudnych chwilach.

Hospicja są miejscami szczególnymi, zupełnie odmiennymi od tradycyjnych szpitali, które zorientowane są na badanie, diagnozę i leczenie. Celem ruchu hospicyjnego jest takie zajmowanie się chorym, by ten w możliwie największym stopniu nie odczuwał skutków swej choroby. Zadaniem priorytetowym jest łagodzenie objawów choroby oraz pomoc w radzeniu sobie pacjenta z psychologicznymi i społecznymi problemami, na jakie napotykają nieuleczalnie, śmiertelnie chorzy. Szpital jest miejscem, w którym walczy się z chorobą, nie zważając na rodzinę chorego i ich odczucia, w hospicjach natomiast dba się o wszystkich. Dlatego tak ważne jest odpowiednie przygotowanie przyszłych wolontariuszy, by potrafili udzielać pomocy osobom nieuleczalnie chorym, by umieli patrzeć na całościo-

wy stan pacjenta, nie zaś na objawy fizyczne choroby (Sztompka, Bogunia-Borowska, 2008, s. 728).

Ruch hospicyjny, zdaniem Jerzego Drążkiewicza (1998, s. 98), jest przejawem tworzenia się obywatelskiego społeczeństwa, elementem samoorganizowania się środowisk społecznych w odpowiedzi na ważne, a nie rozwiązane problemy społeczne. To również odpowiedź na kryzys systemu opieki medycznej, brak koncepcji postępująca niewydolność w stosunku do chorych terminalnie.

Cykl szkoleń dla przyszłych wolontariuszy został tak stworzony by odpowiednio przygotować przyszłych kandydatów do posługi przy chorym. Lata praktyk i zdobywane doświadczenia owocują coraz liczniejszymi publikacjami na ten temat, a Centra Wolontariatu regularnie przyjmują nowych wolontariuszy. Głównym przesłaniem przyszłych kandydatów ma być to, by byli oni „towarzyszami" umierających, którzy w odpowiedni sposób, często intuicyjnie będą wspierać umierającego w tej ostatniej – trudnej drodze. „Towarzyszyć, to iść razem z chorym, nie swoją, ale jego drogą. Iść na tyle blisko, aby czuł się bezpiecznie i na tyle daleko, aby nie był przytłoczony, zduszony, zgaszony moją obecnością. […] Towarzyszyć to mieć pewność, że jesteśmy równi – dzisiaj on, jutro ja mogę iść tą samą drogą.[…] Towarzyszenie umierającemu na pewno nie jest najłatwiejszą, ale może być najpiękniejszą drogą" (Bartoszewska, 1997, s. 11).

Współczesny wolontariusz wyposażony w odpowiednią wiedzę oraz doskonale orientujący się w celach i idei opieki hospicyjnej musi również umieć współpracować w zespole. Posługa wolontariuszy przy śmiertelnie chorym zawsze rozpisana jest na zespół, tak by w przypadku niemożliwości przybycia wolontariusza do chorego mógł go zastąpić inny. Ustawiczna opieka oraz pełna dyspozycyjność hospicjantów to istota zespołowej pracy w hospicjum. Przebywanie z śmiertelnie chorym powoduje → stres, zmęczenie i wzbudza traumatyczne przeżycia, dlatego też by zaradzić szybkiemu wypaleniu wolontariusze pracują zespołowo. Umożliwia to wzajemne uzupełnianie się, zastępowanie w aktualnych obowiązkach, w celu rozładowania napięć, stanowiąc źródło wzmocnień pozytywnych (Brągiel, Badora, 2005, s. 582).

Pojedyncze opiekowanie się umierającym pacjentem nie jest dziś praktykowane. Kolektywne działanie pozwala zaspokoić wielowymiarowo potrzeby pacjenta. Każde hospicjum dzieli swoich członków na zespoły, które w należyty sposób wypełnią swą rolę wynikającą z nabytych kompetencji (Płonka-Syroka, 1999).

Zasady pracy hospicjum, które poznaje wolontariusz hospicyjny chcący towarzyszyć chorym, są nieodłącznym elementem ich pracy. Oprócz wyżej wymienionych zasad pracy zespołowej należy wymienić zasadę integracji działań wspierających. Zadaniem opieki hospicyjnej jest w przypadku świadomości chorego o zbliżającej się śmierci łagodzenie i neutralizowanie bólu fizycznego oraz psychicznego. Polega to na działaniu w sposób kompleksowy całego zespołu hospicyjnego, by zwalczyć ból i dolegliwości fizjologiczne umierającego (Brągiel, Badora, 2005, s. 577). Wolontariusz hospicyjny musi rozumieć, że umieranie jest naturalnym procesem, którego nie można przyspieszać, ani odsuwać w czasie. Umiejętne udzielanie choremu i jego rodzinie wsparcia psychologicznego, socjalnego i duchowego pozwala umierającemu pogodzić się z własną śmiercią. System wsparcia jaki ofiaruje zespół hospicyjny pozwala choremu prowadzić jak najbardziej aktywne i twórcze życie oraz troszczy się o rodzinę w okresie choroby jak i w trakcie żałoby (Bartusek, 1998, s. 16).

Kolejną zasadą pracy hospicyjnej jest zasada subsydiarności. Opieka hospicyjna i kontynuowane podczas jej trwania leczenie są uzupełniane przez świadczenie służby zdrowia i podlegają jej kierownictwu. Subsydiarność jest również przejawem dobroczynnej działalności ochotników hospicyjnych, czyli wolontariuszy, którzy niosą wsparcie najbliższym chorego i pomagają w pielęgnowaniu i codziennych czynnościach przy terminalnie chorym. Wolontariusze hospicyjni według współczesnej koncepcji pracy socjalnej muszą spełniać również zasadę dobrowolności i otwartości służby. Są oni szczególną grupą opiekunów, towarzyszących terminalnie chorym, którzy powinni legitymować się chęcią dobrowolnego zaangażowania w pomoc śmiertelnie chorych oraz odpowiednimi osobowościowymi predyspozycjami, takimi jak dojrzałość, wrażliwość, spokój wewnętrzny, tolerancja, wytrwałość, cierpliwość (Brągiel, Badora, 2005, s. 581–582). Wolontariusz hospicyjny musi zatem przestrzegać wielu zasad, nie mniej jednak odpowiednie przygotowanie pozwala uniknąć błędów i rozczarowań. Osoba towarzysząca umierającemu i jego rodzinie musi wykazać się zdolnością powstrzymywania od działań nadzwyczajnych w okresie agonii oraz przyspieszania momentu śmierci.

Wolontariusz hospicyjny to osoba wykonująca swą pracę na rzecz drugiego człowieka w sposób ochotniczy, nie pobierając za nią wynagrodzenia. Zasady tej współpracy określone zostały w art. 45–48 Ustawy z 24 IV 2003 r. Praca wykonywana przez wolontariu-

sza określana jest jako świadczenie. Główną różnicą pomiędzy osobami wykonującymi pracę, a osobami świadczącymi pracę jest taka, że ta druga ma charakter nieodpłatny. Wolontariusz nie otrzymuje wynagrodzenia za świadczenia przez niego wykonywane.

Obowiązki wolontariusza w świetle obowiązujących obecnie przepisów nie są określone. Wolontariusz ma do spełnienia wymagania, jakie przed nim stawia hospicjum. W związku z tym każde hospicjum w Polsce wewnętrznie ustala swój regulamin wolontariatu bądź inny akt wewnętrzny, którego celem jest zakreślenie podstawowych obowiązków wolontariusza.

Do podstawowych obowiązków, jakie leżą na wolontariuszu hospicyjnym zliczyć można: obowiązek poszanowania praw pacjentów; obowiązek zadawania w tajemnicy informacji stanowiących tajemnicę hospicjum, a w szczególności informacji dotyczących pacjentów i ich rodzin; obowiązek poszanowania mienia hospicjum i korzystania z niego w sposób zgodny z przeznaczeniem; obowiązek należytego wykonywania przyjętych przez wolontariusza zobowiązań (Kozłowska, Pawłowski, 2008, s. 82).

Prawa wolontariusza hospicyjnego są ustalone na podstawie Ustawy z 24 IV 2003 r.` Podstawowe i główne prawa to: prawo wolontariusza do uzyskania informacji o przysługujących mu prawach i ciążących na nim obowiązkach; do bezpiecznych i higienicznych warunków wykonywania świadczeń; do zwrotu kosztów podróży służbowych i diet; do zaopatrzenia z tytułu wypadku przy wykonywaniu świadczeń albo do ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków; do otrzymywania zaświadczenia o wykonywaniu świadczeń, w tym określającego zakres ich wykonywania; oraz prawo do potwierdzenia na piśmie treści porozumienia.

Oprócz wymagań stawianych wolontariuszom hospicyjnym i ich prawom placówka ma do spełnienia określone obowiązki. Hospicjum ma wobec wolontariusza: obowiązek informowania go o przysługujących mu prawach i ciążących na nim obowiązkach; obowiązek zapewnienia mu bezpiecznych i higienicznych warunków wykonywania świadczeń; obowiązek informowania wolontariuszy o ryzyku dla zdrowia i bezpieczeństwa związanym z wykonywanymi świadczeniami oraz o zasadach ochrony przed zagrożeniami; obowiązek pokrywania kosztów podróży służbowych i diet, tylko wówczas, gdy podróż wiąże się z wykonywaniem świadczeń poleconych przez hospicjum, poza miejscowością, w której korzystający ma siedzibę, lub poza stałe miejsce wykonywania świadczenia; obowiązek ubezpieczenia wolontariusza od następstw nieszczęśliwych wypadków, jeżeli będzie wykonywał świadczenia przez okres nie przekraczający 30 dni; obowiązek przeprowadzenia stosownego postępowania w razie wypadku przy wykonywaniu świadczeń przez wolontariusza i sporządzenia protokołu wypadku; obowiązek wydania zaświadczenia o wykonywaniu świadczeń przez wolontariusza, na jego żądanie; obowiązek potwierdzenia na piśmie treści porozumienia, na żądanie wolontariusza; obowiązek zapewnienia wolontariuszom odpowiednich środków ochrony indywidualnej, w zależności od rodzaju świadczeń i zagrożeń związanych z ich wykonywaniem; obowiązek zapewnienia wolontariuszom badań do celów sanitarno-epidemiologicznych, jeżeli jest to konieczne ze względu na rodzaj świadczeń wykonywanych przez wolontariuszy (Kozłowska, Pawłowski, 2008, s. 86–87).

AMS

B: Bartoszewska, 1997; Bartusek, 1998; Brągiel, Badora, 2005; Cendrowski, 1998; Drążkiewicz, 1998; Gaskin, 2003; Kaptacz, 2005; Klimaszewski, 2004; Kostek, 2010; Kozłowska, Pawłowski, 2008; P. Krakowiak, 2009; P. Krakowiak, Janowicz, 2008; P. Krakowiak, Paczkowska, Stachowska, 2008; Leśniewska, 2010; Płonka-Syroka, 1999; Sierecka, 2014; Sztompka, Boguina-Borowska, 2008; Walden-Gałuszko, Kaptacz, 2005; Weihrauch, 2013; Wilowski, 2004.

D: Ustawa z 24 IV 2003 r.

N: *Wolontariat długoterminowy* – http://cobybylo.nazwa.pl…; *Wolontariat europejski* – http://www.wikipedia.org/wiki/Wolontariat…; www.wolontariat.org.pl.

O: hospicjum, opieka nad umierającym, opieka paliatywno-hospicyjna.

TK: ang. *hospice volunteering*, fr. *volontariat à l'hospice*, hiszp. *voluntarios en hospicios*, niem. *Hospizarbeit und Ehrenamt*, ros. *„хосписное" волонтёрство/волонтёрская деятельность в хосписе*.

wolontariat seniorów

Początki idei wolontariatu widoczne są już w okresie po I wojnie światowej. Określenia pokrewne to filantropia, o której w swoich dziełach pisał Bolesław Prus [właśc. Aleksander Głowacki, 1847–1912], grupy samopomocowe, organizacje pożytku publicznego (OPP), organizacje pozarządowe, organizacje non-profit (NGO) czy też trzeci sektor (3S). Jak wynika z badań Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) 73% wolontariuszy to osoby młode (*Młody*…, 2011 – Internet: http://erw2011.gov.pl…). Zaangażowanie w wolontariat dostarcza osobom młodym wielu korzyści: daje możli-

wość zdobycia doświadczenia, zaliczenie praktyki zawodowej, zawarcie nowych znajomości na polu zawodowym, podróżowanie oraz jak pokazują badania CBOS jest modne. → Seniorzy zaś, aby zaangażować się w wolontariat często potrzebują zewnętrznej motywacji i akceptacji otoczenia. → Badania gerontologiczne w → projekcie SHARE (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*), wykazały, że **Polsce** mniej niż 4% osób powyżej 50. roku życia zajmuje się wolontariatem (*Wolontariat*…, 2011 – Internet: http://erw2011.gov.pl…).

Zaangażowanie w wolontariat osób będących w → późnej dorosłości nie jest widoczne, albo wolontarystyczne działania seniorów nie są właściwie nazywane i promowane. Emeryci dysponują zdecydowanie większą ilością → czasu wolnego, niż osoby młode. Są gotowi i chętni do bycia aktywnymi obywatelami, wolontariuszami, jednakże często postrzegani są stereotypowo, jako osoby pasywne, „zajmujące miejsce młodym", nieprzydatni i nieużyteczni.

Czym jest wolontariat oraz czy jest w nim miejsce dla seniora? Aby nakreślić ramy omawianego zagadnienia, przytoczę dwie definicje wolontariatu, pokazujące jego szeroki kontekst. „Wolontariat to zaangażowane czasu i energii, aktywność wymagająca czasu bez finansowej korzyści. To działalność przynosząca korzyści społeczności, środowisku lub jednostce. Istotą wolontariatu jest chęć oraz możliwość bezinteresownego poświęcenia czasu w imię solidarności i odpowiedzialności bez oczekiwań finansowych" (*Volunteering*…, b.r. – Internet: http://www.worldvolunteerweb.org…). Natomiast moim zdaniem idea wolontariatu dotyczy „wyjścia" poza własne ***ja***, jak również wspomagania drugiego człowieka w sposób dobrowolny i bezinteresowny.

Współcześnie wolontariat stał się, głównie dla młodych osób, → stylem życia, sposobem bycia aktywnym, sposobem spędzania czasu wolnego i zbierania doświadczeń zawodowych. A jak wygląda wolontariat seniorów?

Polscy seniorzy angażują się w wolontariat (Fabiś, Kędziora, 2008), jednakże rzadko określają siebie i są określani jako wolontariusze. Działalność wolontarystyczną można podzielić na nieformalną, pozaformalną i formalną (*Rola wolontariatu*…, 2011 – Internet: http://register…). Przykładem nieformalnego wolontariatu są działania przykościelne, pomoc sąsiedzka czy samopomoc koleżeńska. Ten rodzaj wolontariatu jest najczęściej spotykany wśród seniorów. Jednakże, jak pokazują badania Artura Fabisia i Soni Kędziory (2008), najbardziej popularne miejsca dla wolontariatu seniorów to → hospicja, w których działania wolontariacie mają charakter nieformalny, jednakże poprzez organizację i strukturę funkcjonowania hospicjów określiłam je jako pozaformalne.

Wolontariat pozaformalny ma formę zorganizowaną i widoczny jest w → uniwersytetach trzeciego wieku (UTW), które cieszą się w Polsce ogromną popularnością. Jest ich już ponad 500, a z każdym rokiem, miesiącem powstaje kolejny. Liczba UTW i ich rozwój świadczy o dużym zainteresowaniu i zapotrzebowaniu na taki rodzaj instytucji. Działalność uczestników UTW to niedoceniany obszar działań wolontarystycznych seniorów. Aby zobrazować istotę funkcjonowania UTW opartą na wolontariacie pozaformalnym posłużę się przykładem znanego mi Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Uniwersytecie Wrocławskim. Zatrudniona jest w nim tylko jedna osoba odpowiadająca za obsługę sekretariatu oraz organizację zajęć. Oznacza to, że pozostałe osoby – seniorzy, angażują się w działalność UTW za darmo, czyli są wolontariuszami. Jednakże nie zawsze określają siebie jako wolontariuszy, choć ich działalność wolontarystyczna jest rozległa i obejmuje następujące obszary:

- współpraca z organizacjami stowarzyszeniami wykazującymi zainteresowanie sytuacją osób starych;
- współpraca z dziećmi i młodzieżą – realizowanie projektów międzypokoleniowych;
- organizowanie różnych form artystycznych, np. kabaretu, teatru, wystąpień chóru dla mieszkańców → domów pomocy społecznej czy hospicjów;
- organizowanie pomocy dla uczestników UTW – chorych lub niesprawnych;
- organizowanie konferencji przy współpracy z Instytutem Pedagogiki i Psychologii UWr.;
- organizowanie dla uczestników UTW cotygodniowych spotkań z doradcą, np. z zakresu prawa czy ubezpieczeń;
- pomoc w tworzeniu i organizacji nowych UTW na terenie Dolnego Śląska;
- uczestnictwo słuchaczy – przedstawicieli UTW na corocznym Festiwalu Nauki oraz w różnego rodzaju spotkaniach i seminariach organizowanych przez lokalne władze oraz organizacje pozarządowe (Malec, Wnuk, 2006).

UTW jest miejscem, które promuje alternatywny styl → starzenia się – uczenia się w późnej dorosłości, rozwijania umiejętności, pogłębiania wiedzy oraz wolontariatu.

Ostatni z wyróżnionych przez Radę Unii Europejskiej rodzaj wolontariatu – formalny, ma miejsce głównie w organizacjach pozarządowych (*non-govermental or-*

ganization – NGO) czy w szkołach. Najbardziej popularne w Polsce to m.in. Caritas i PCK. W roku 2004 weszła w życie uchwała dotycząca ubezpieczenia wolontariuszy, która jest korzystna dla wolontariuszy, ale nie dla organizacji. Może to oznaczać, że zainteresowanie organizacji – szczególnie tych mniejszych – wolontariuszami może osłabnąć (Świątkiewicz-Mośny, 2011). Korzystne dla idei wolontariatu jest także przyjęcie [3 X 2011] konkluzji Rady UE*: Rola wolontariatu w polityce społecznej* (http://register.consilium.europa.eu/doc…). Dokument ten dotyczy roli wolontariatu w polityce społecznej i stanowi wyraz uznania ze strony wszystkich państw członkowskich Unii Europejskiej dla wolontariuszy i ich wysiłku. W założeniu dokument ma za zadanie podkreślić, że wolontariusze uosabiają i odzwierciedlają europejskie wartości i cele wyrażone w traktatach Unii Europejskiej, szczególnie te dotyczące spójności społecznej, solidarności i aktywnego obywatelstwa.

Odnosząc ideę wolontariatu do → starości, należy zauważyć, że podejmowanie formalnych działań wolontarystycznych przez seniorów w odniesieniu do uczenia się i/lub bycie wolontariuszem w okresie późnej dorosłości, to zagadnienia wyznaczające dalsze rozważania. Poznawcze postępowanie w powyższych obszarach ukierunkowane było następującymi pytaniami badawczymi: Jak seniorzy rozumieją istotę wolontariatu? Jakie czynniki pomagają w byciu seniorem wolontariuszem? Jakie korzyści wynikają z bycia seniorem wolontariuszem? Czego uczą się seniorzy będąc wolontariuszem? Dane do analizy pochodzą z dwóch grup badawczych. Pierwsza grupa badawcza to seniorzy wolontariusze zaangażowani w formalną działalność wolontarystyczną na terenie Wrocławia jednej z organizacji NGO – Fundacji Aktywny Senior. W 2012 przeprowadziłam wśród nich badanie ankietowe, wykorzystując kwestionariusz ankiety. Drugą grupą badawczą byli seniorzy wolontariusze działający w jednej z wrocławskich szkół podstawowych oraz w szkole podstawowej we Włodowicach – uczestnicy projektu ASOS: „Iskry. Regionalna współpraca seniorów". Z wolontariuszkami, z tych dwóch szkół, w 2013 przeprowadziłam niestruktualizowane wywiady. Analiza uzyskanych danych stała się namysłem nad doświadczeniami seniorów wolontariuszy i uzasadnieniem dla dalszych, szerszych badań.

Przeprowadzone badania wykazały, że wolontariat jest przestrzenią uczenia się. Z analizy wypowiedzi badanych seniorów wyłania się atrakcyjny obrazu wolontariusza i wolontariatu, miejsca uczenia się, wymiany doświadczeń, rozwoju i umiejętności współpracy z osobami młodymi (dzielenie się doświadczeniem i wzajemne uczenie się); nabywania sprawności radzenia sobie we współczesnym świecie; sposób na → życie i emeryturę; możliwość społecznego zaangażowania oraz rozwoju samego siebie. Wolontariat jest miejscem, gdzie seniorzy podnosząc swoje kwalifikacje uczą się. Badani seniorzy wolontariusze chcą się uczyć. Chętnie wzięliby udział w różnego typu szkoleniach (kursy: komputerowe, językowe, pierwszej pomocy; szkolenie jak dobrze gospodarować czasem; warsztaty z asertywności, komunikacji).

Wolontariat jest jedną z alternatyw podtrzymania aktywności zawodowej, nabycia nowych doświadczeń i zainteresowań. Być aktywnym zarówno fizycznie, jak i intelektualnie, być ciekawym świata i poznawać go, dokonywać refleksji nad tym, czego doświadczamy, a pracę traktować jako środek do realizacji powyższych zadań, to jeden z możliwych scenariuszy uczenia się do starości (Malec, 2011). Wolontariat umożliwia realizację takiego scenariusza, co potwierdzają wypowiedzi badanych seniorów. Przejście na emeryturę daje większą ilość czasu wolnego. Jednakże więcej czasu, często nie oznacza większego zaangażowania w życie społeczne, realizowania zainteresowań, hobby, na które wcześniej brakowało czasu. Często pojawia się pustka, apatia, pasywność, brak pomysłu na zagospodarowanie czasu, który wcześniej wypełniała praca zawodowa. Wolontariat jest przestrzenią, którą można wypełnić ten czas, co podkreślali badani. Poza tym obecność seniorów wolontariuszy wśród osób młodych przełamuje dystans międzypokoleniowy, uczy współbycia i współdziałania, jest najlepszym świadectwem aktywnej i pozytywnej starości. Oswaja ze starością. Analiza wypowiedzi badanych seniorów wolontariuszy na temat osób młodych pokazuje pozytywny obraz współpracy. Uczenie się międzypokoleniowe to proces zmian, wymagający czasu, zrozumienia i tolerancji. To budowanie relatywnie akceptującej relacji na zasadzie kontrastu.

Z analizy danych wynika, że bycie wolontariuszem zwiększa pewność siebie i daje możliwość sprawdzenia swoich możliwości i umiejętności. Działania wolontarystyczne dają możliwość spotkania ciekawych ludzi, z którymi można wymieniać doświadczenia, dzielić zainteresowania. Współobecność, stwarza okazję dla rozwoju umiejętności komunikacyjnych i interpersonalnych. Wolontariusze seniorzy uczą się pokory, cierpliwości, tolerancji, a także lepszego rozumienia i słuchania innych,. Otwierają się na szerszą perspektywę poznawczą, budują zaufanie i uczą się dystansu do samych siebie. Jak twierdzą badani seniorzy wolontariu-

sze zaangażowanie w wolontariat *umacnia charakter*, uczy umiejętności rozwiązywania problemów i punktualności. Poprzez działania wolontarystyczne seniorzy odnajdują sens życia, podnoszą poczucie własnej wartości oraz uzyskują wiedzę na temat wartości i ważności wolontariatu. Poza tym, badani wolontariusze podkreślali, że zaangażowanie w wolontariat dokonało transformacji w nich samych, stali się „lepszymi ludźmi", bardziej optymistycznymi i otwartymi na siebie, innych i świat, że działając w wolontariacie uczą się siebie, innych i świata. Świata, który jest pełen znaczeń i symboli. Człowiek, będąc składową tego świata, nieustannie uczy się w nim przebywać. Jak twierdzi Peter Jarvis (2009) uczenie się „jest kombinacją procesów odbywających się przez całe życie, poprzez które cała osoba – ciało (genetyczne, fizyczne i biologiczne) i umysł (znaczenie, wiedza, umiejętności, wartości, postawa, emocje, przekonania i uczucia) doświadcza społecznych sytuacji, których treść jest transformowana kognitywnie, emocjonalnie lub praktycznie (lub w dowolnej konfiguracji), a następnie integrowana z indywidualną biografią jednostki, czego rezultatem jest permanentnie doświadczająca osoba".

Badani – w swoich wypowiedziach – często uwypuklali aspekt niewielkiej promocji wolontariatu. W odpowiedziach na pytanie, co mogłoby być pomocne, aby więcej seniorów angażowało się w wolontariat, często wskazywano na środki masowego przekazu informacji. Upowszechnianie wolontariatu seniorów w mass mediach nie tylko zwiększyłoby świadomość odbiorców na temat idei wolontariatu i wolontariuszy, ale także zachęciłoby seniorów do podejmowania tego rodzaju aktywności. Pokazywanie w mass mediach obrazu → aktywnego seniora wolontariusza nie tylko „oswajałoby" ze starością, ale „pozwoliłoby" istnieć seniorowi w przestrzeni publicznej. Mass media, kultura popularna to optymalne miejsca dla promocji wolontariatu seniorów oraz uczenia się starości poprzez pozytywne obrazy starości.

Reasumując, jakie korzyści daje wolontariat: daje szansę doświadczenia siebie w zupełnie nowych sytuacjach, wzbogacających osobowość; wzmacnia odpowiedzialności za siebie i za drugą osobę; podnosi poczucie sprawstwa i → poczucie sensu życia; buduje i rozwija relacje międzypokoleniowe; poszerza grono przyjaciół, znajomych; znosi sztuczne, oparte na stereotypach uprzedzenia i → bariery międzygeneracyjne; daje dużo energii i podnosi samopoczucie i samoocenę; oraz wzmacnia i daje poczucie bycia potrzebnym, pomocnym.

Ponadto – jak twierdzi Agnieszka Piasecka (1978–) – wolontariat w późnej dorosłości: ogranicza zjawisko wykluczenia społeczno-zawodowego; sprzyja poczuciu integralności jednostki; jest skutecznym sposobem na zlikwidowanie poczucia osamotnienia; ułatwia spełnienie marzeń – robienie rzeczy „odłożonych na później"; daje szanse na redefinicję sensu i dotychczasowych kontaktów społecznych; ułatwia zawieranie bliższych relacji i współpracę zespołową; zachęca do zwiększenia własnej → mobilności, zwiększa otwartość na nowości i pobudza kreatywność (Piasecka, 2014).

Poza tym seniorzy posiadają liczne atuty, które podnoszą ich atrakcyjność jako wolontariuszy: mają duże doświadczenie i chętnie się z nim dzielą; posiadają różnorodną i rozległą wiedzę; posiadają czas, są cierpliwi i otwarci na potrzeby innych; wykazują potrzebę bycia potrzebnym i pomocnym; wykazują tolerancje, akceptacje i zrozumienie; wartości materialne są dla nich drugoplanowe – cenniejszy jest spokój (Pisaecka, 2014).

Jak ukazały uzyskane wyniki niewielkiego projektu badawczego, doświadczenie poczucia spełnienia, zadowolenia, uczenie się oraz stawanie się „lepszym człowiekiem" to istotne powody, dla których warto angażować się w wolontariat, który stwarza osobom starzejącym się i starym sposobność podniesienia → jakości życia, a także stwarza możliwość korzystania przez społeczeństwo z ich energii, doświadczenia i wiedzy. Promowanie pozytywnego obrazu osoby starzejącej się i starej, również w przestrzeni wolontariatu, jest wyzwaniem dla społeczeństwa i edukacji. Korzyści z bycia wolontariuszem są wielopłaszczyznowe. Seniorzy angażując się w wolontariat pomagają innym, wspierają się nawzajem, ale także wykazują postawę aktywnego seniora (obywatela) w szybko zmieniającym się świecie. Bycie wolontariuszem redukuje, przełamuje izolację i wycofanie oraz jest przykładem aktywnego życia i starzenia się. Poza tym, działający seniorzy wolontariusze (por. Meir, Stutzer, 2008): rzadziej cierpią na → depresje [i zaburzenia nastroju]; ich → zadowolenie z życia jest wyższe (lepsza jakość życia); zdrowiej się starzeją; są w grupie mniejszego ryzyka wczesnej → śmierci; są otwarci na zmiany; mają wyższą samoocenę; czują się potrzebni i pomocni; mają więcej energii i czują się młodziej; spełniają się i stają się lepszymi ludźmi; oraz przełamują bariery i ograniczenia.

Reasumując, działania wolontarystyczne dają osobom starzejącym się i starym poczucie wartości i ważności społecznej. Pomagają w zmianie postrzegania siebie jako uczących się, jako „dawców", a nie „niepotrzebnych biorców". Przełamywanie przez samych seniorów stygmatyzującego stereotypu bezwartościowego innego – starego jest jednym z podstawowych zadań spo-

łecznych. Ważna jest jednak, jak proponuje Piasecka (2014), diagnoza kompetencji seniora – jego wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych, co umożliwiłoby optymalne wykorzystanie wiedzy, doświadczeń i umiejętności, a tym samym ułatwiłoby przygotowanie dla organizacji pozarządowych i innych instytucji bazy wolontariuszy seniorów.

Przeprowadzone badania ukazały pozytywny obraz seniora wolontariusza, jednakże dla wykazania specyfiki – potrzeb, problemów, korzyści, oraz potwierdzania zaproponowanych konkluzji i refleksji, potrzebne są dalsze interdyscyplinarne badania uwzględniające szersze konteksty. [ONZ ogłosiła rok 2001 Światowym Rokiem Wolontariatu, a 5 XII obchodzony jest Międzynarodowy Dzień Wolontariusza – przyp. red.].

MM-R

B: Fabiś, Kędziora, 2008;Jarvis, 2009; Malec, 2011, 2013; Malec, Wnuk, 2006; Meir, Stutzer, 2008; Piasecka, 2014; Świątkiewicz-Mośny, 2011.

N: http://register.consilium.europa…; http://register.consilium.europa.eu/doc…; http://www. petsandpoetry.com…; *Młody*…, 2011 – Internet: http://erw2011.gov.pl…; *Rola wolontariatu*…, 2011 – Internet: http://register…; *Volunteering*…, b.r. – Internet: http://www.worldvolunteerweb.org…; *Wolontariat*…, 2011 – Internet: http://erw2011.gov. pl…

O: wolontariat hospicyjny, wolontariat osób starszych, wolontariat w opiece u kresu życia.

TK: ang. *senior volunteering/older volunteering*, fr. *le bénevolat des seniors*, hiszp. *el voluntariado senior*, niem. *Ehrenamt im Alter*, ros. *волонтёрство пожилых людей*.

Wróblewski Tadeusz Edward (1936–1993)

polski gerontolog, patolog i lekarz geriatria, specjalista w zakresie → chorób naczyń, jeden z twórców polskiej → gerontologii. Odbył studia w Akad. Medycznej w Warszawie, następnie uzyskał stopnie doktora i doktora habil. medycyny oraz tytuł profesora. Był wieloletnim pracownikiem Katedry i Zakładu Patologii Ogólnej warszawskiej Akad. Med. Zajmował się gerontologią i → geriatrią, a w szczególności chorobami naczyniowymi → wieku podeszłego.

AAZ

B: Synak, Wróblewski, 1988; Wróblewski, Miechowiecka, 1993.

Wskaźnik Aktywnego Starzenia

W ramach projektu Komisji Europejskiej i Komisji Gospodarczej Narodów Zjednoczonych ds. Europy opracowano syntetyczny **wskaźnik aktywnego starzenia** (ang. *Active Ageing Index* – AAI) dla krajów europejskich (zob. Karpinska, Dykstra, 2014 – Internet: www1.unece.org…; Zaidi i współprac., 2013, Zaidi, Stanton, 2015, http://www1.unece. org/stat…). Wskaźnik ma pokazywać w jakim stopniu wykorzystuje się potencjał osób starszych w pracy zarobkowej i niezarobkowej (ang. *employment*), ale też uwzględnia się aktywność społeczną, w tym wolontariat (ang. *social participation*), a także ocenia się, na ile osoby starsze mogą funkcjonować niezależnie, bezpieczne i zgodnie ze zdrowym → stylem życia (ang. *independent, healthy and secure living*). Ponadto bierze się pod uwagę, czy w konkretnym kraju w Europie są możliwości realizacji → polityki aktywnego starzenia się (ang. capacity *and enabling environment for active ageing*). Wskaźnik ma być narzędziem do oceny efektów polityk publicznych w zakresie → polityki senioralnej.

Wyróżnione zostały cztery następujące obszary aktywności: 1) zatrudnienie i/lub aktywność zawodowa, 2) aktywność społeczna, 3) zdrowe, bezpieczne i niezależne od innych → życie, oraz 4) zdolność i/lub przygotowanie otoczenia do wykorzystania potencjału osób starszych. Szczegółowe wskaźniki Indeksu Aktywnego Starzenia (AAI) wykorzystane w opisie tych obszarów prezentuje tabela 1. W pierwszej edycji prezentacji wskaźnika, tj. w roku 2012, Polska zajęła ostatnie miejsce.

Prace Zespołu Europejskiej Komisji Gospodarczej (UNECE) i Komisji Europejskiej (EC) pod kierunkiem Asghara Zaidiego stały się inspiracją dla przygotowania indeksu dla województw w Polsce, czyli tworzenia tzw. regionalnego indeksu → aktywnego starzenia się dla Polski (Perek-Białas, Mysińska, 2013, Perek-Białas, Zwierzchowski, 2014). Celem tych prac było określenie, czy można wykorzystać wskaźnik aktywnego starzenia nie tylko w skali kraju do planowania działań na rzecz osób starszych, lecz także, czy może to być narzędzie (Indeks Aktywnego Starzenia w Polsce na poziomie województw) pomocne w planowaniu polityk regionalnych dotyczących omawianych zagadnień. Wyniki i szczegółowe analizy dla prezentacji wskaźnika w ujęciu regionalnym dla Polski można znaleźć w wielu opracowaniach (zob. Perek-Białas, Mysińska, 2013, Perek-Białas, Zwierzchowski, 2014, oraz www.senior.gov.pl). Wskaźnik ten ma ułatwić tworzenie polityk regionalnych w Polsce poprzez wskazanie, co można w danym obszarze polityki aktywnego starzenia się zmienić.

JP-B

A: AAI.
B: Perek-Białas, Mysińska, 2013; Perek-Białas, Zwierzchowski, 2014; Samoliński B., Raciborski, 2013; Szukalski, Szatur-Jaworska, 2014; Zaidi i współprac., 2013; Zaidi, Stanton, 2015.
N: http://www.martincatesinc.com…; https://sportsmarketingchannel…; Karpinska, Dykstra, 2014 – Internet: www1.unece.org…; http://www1.unece.org/stat…; www.senior.gov.pl.
O: aktywizacja i aktywność w okresie późnej dorosłości, aktywizacja ludzi starszych w środowisku lokalny, aktywizacja psychosocjalna osób starszych, aktywizacja zawodowa osób starszych, aktywne starzenia się, aktywny senior, aktywny styl życia, Międzypokoleniowa Akademia Aktywności, ośrodek aktywizacji osób starszych, polityka aktywnego starzenia się, sport i aktywność sportowa osób starszych, teoria aktywności.
S: Indeks Aktywnego Starzenia, Indeks Aktywnej Długowieczności.
TK: ang. *Active Ageing Index*, fr. *l'indice de vieillissement actif*, hiszp. *índice de envejecimiento activo*, niem. *Der Index Aktives Altern*, ros. *Индекс Активного Старения/Индекс Активного Долголетия*.

wskaźnik masy ciała (indeks masy właściwej lub Indeks Quételeta) [BMI]

prosty wskaźnik wagi do wysokości. Powszechnie stosowany do klasyfikacji niedowagi, nadwagi i → otyłości u osób dorosłych.

Wskaźnik masy ciała oblicza się wg wzoru: masa ciała w kilogramach podzielona przez kwadrat wysokości w metrach. Wyniki indeksu masy właściwej, zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją interpretowane są następująco (rys. 1):

- niedowaga – BMI < 18,5 kg/m^2
- **zakres prawidłowej masy ciała** – BMI 18,50–24,99 kg/m^2
- nadwaga – BMI ≥ 25,00 kg/m^2
- otyłość – BMI ≥ 30,00 kg/m^2 (otyłość klasy I 30–34,99 kg/m^2; otyłość klasy II 35–39,99 kg/m^2; otyłość klasy III ≥ 40,00 kg/m^2).

Interpretacja BMI jest taka sama niezależnie od wieku i płci, jednakże wraz ze wzrostem BMI rośnie ryzyko → chorób. U osób starszych należy zachować szczególną ostrożność w interpretacji wskaźnika masy ciała. Z powodu zmniejszenia wysokości ciała zakres prawidłowego BMI wynosi 24 –29 kg/m^2 . Jednorazowy pomiar BMI jest mało przydatny dla rozpoznania → nie-

Tabela 1. Prezentacja wskaźników w oryginalnym podejściu Indeksu Aktywnego Starzenia (AAI)

Obszar aktywności	Oznaczenie	Szczegółowy wskaźnik Indeksu Aktywnego Starzenia (AAI)
1) Zatrudnienie/ Aktywność zawodowa	1.1. 1.2. 1.3. 1.4.	Wskaźnik zatrudnienia osób w wieku 55–59 lat Wskaźnik zatrudnienia osób w wieku 60–64 lata Wskaźnik zatrudnienia osób w wieku 65–69 lat Wskaźnik zatrudnienia osób w wieku 70–74 lata
2) Aktywność społeczna	2.1. 2.2. 2.3. 2.4.	Praca społeczna (55+, w ramach organizacji, ostatnie 12 m-cy) Opieka nad dziećmi, wnukami (55+, przynajmniej raz w tyg.) Opieka nad osobami starszymi (55+, przynajmniej raz w tyg.) Udział w zebraniach, w tym politycznych (55+)
3) Niezależność życiowa, zdrowie i bezpieczeństwo	3.1. 3.2. 3.3. 3.4. 3.5. 3.6. 3.7. 3.8.	Uprawianie sportu (55+, przynajmniej 5 razy w tyg.) Dostęp do opieki zdrowotnej (55+, w ciągu ostatnich 12 m-cy) Niezależne mieszkanie (75+) Mediana dochodów osób starszych (65+) w relacji do mediany dochodów osób w wieku mniej niż 65 lat Brak zagrożenia ubóstwem (65+) Brak zagrożenia wykluczeniem/deprywacją materialną (65+) Bezpieczeństwo (55+) Uczenie się/kształcenie (55–74 lata)
4) Zdolność i/lub przygotowanie otoczenia do wykorzystania potencjału starzejącego się społeczeństwa	4.1. 4.2. 4.3. 4.4. 4.5. 4.6.	Relacja między oczekiwanym dalszym trwaniem życia: 50 lat do wieku 55 lat Relacja między liczbą lat w zdrowiu do liczby lat pozostających do przeżycia w wieku 55 lat Dobrostan psychiczny (55+) Umiejętność wykorzystania nowych technologii (55–74) Więzi społeczne (55+) Wykształcenie osób starszych (55–74) – co najmniej średnie

Źródło: Opracowanie własne.

dożywienia w starszym wieku z uwagi na często występującą trudność w ocenie wzrostu (pochylona postawa, kompresja kręgów) oraz konieczność porównania wyniku w przedziale czasowym.

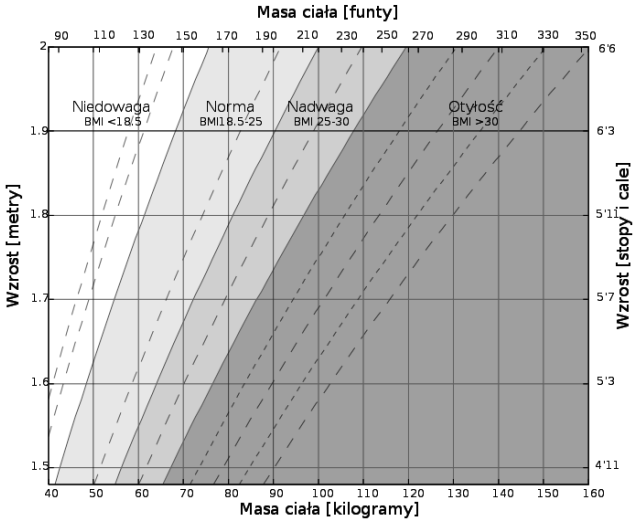
DBK

A: BMI, IMB, IMC, IMT [ИМТ], KMI, KMZ.

N: http://pl.wikipedia.org/wiki/Wska…

S: wskaźnik Quételeta II.

TK: ang. *Body Mass Index*, fr. *l'indice de masse corporelle*, hiszp. *índice de masa corporal/índice de Quételet*, niem. *der Body-Mass-Index/Körpermassindex/Körpermassemzahl/Quételet-Kaup-Index*, ros. *индекс масы тела*.



Rys. 1. Zestawienie wskaźników masy ciała – BMI. Źródło: http://pl.wikipedia.org/wiki/Wska%C5%BAnik_masy_cia%C5%82a.

indeks masy właściwej → wskaźnik masy ciała

Indeks Quételeta → wskaźnik masy ciała

wsparcie

– pomoc udzielana osobom potrzebującym, będącym w trudnej sytuacji życiowej, wskutek → niepełnosprawności, niedostatku, bezrobocia, bezdomności, → choroby, kalectwa lub → starości.

Działania wspierające osobę będącą w potrzebie, mogą przybierać takie formy, jak:

- **wsparcie emocjonalne**, które polega na tym, że osoba niepełnosprawna bądź członkowie jej → rodziny mogą przeżywać emocje i/lub stany załamania, rozpaczy, jakie mogą towarzyszyć utracie sprawności lub urodzeniu niepełnosprawnego czy upośledzonego dziecka, tego rodzaju kryzys psychiczny, z którym nie są w stanie sami sobie poradzić, wymaga działania podtrzymującego, obecności in. osób, życzliwego zrozumienia, wysłuchania i pokrzepienia, gdyż sam fakt towarzyszenia, „bycia razem", troskliwości i gotowości do niesienia pomocy, jest wspieraniem emocjonalnym w trudach → życia oraz polega także na dawaniu komunikatów werbalnych i/lub niewerbalnych w rodzaju: *jesteś przez nas kochany, jesteś nasz, lubimy cię, nie poddawaj się, nie ulegaj*. Odmianami wsparcia emocjonalnego są: **wsparcie wartościujące**, które polega na szczerym przekazywaniu jednostce komunikatów typu: *jesteś dla nas kimś znaczącym, dzięki tobie mogliśmy to osiągnąć, trzymaj się tak dalej* i in., oraz **wsparcie duchowe**, które polega na oddziaływaniu psychologicznym na jednostkę będącą w stanie apatii, niemożności, rezygnacji, wyczekiwania, iluzji bądź widzenia kryzysu niepowodzeń poza sobą, aby poprzez to działanie starać się wzmocnić jej odporność psychiczną;
- w**sparcie informacyjnyjne**, które polega na dostarczaniu człowiekowi z ograniczoną sprawnością i/lub jego rodzinie informacji o fakcie zaistnienia niepełnej sprawności, o możliwościach jej ograniczenia, kompensowania, przeciwdziałania, a zarazem na udzielaniu porad prawnych, medycznych i życiowych rad, które mogą pomóc w rozwiązaniu problemu życiowego jednostki;
- **wsparcie instytucjonalne**, które oznacza pomoc jednostce bądź grupie, znajdującym się w trudnej sytuacji życiowej za pośrednictwem instytucji pomocy i porady prawnej, medycznej i socjalnej, organizacji ubezpieczeniowych, socjalnych, edukacyjnych, gospodarczych oraz szeroko rozumianej polityki społecznej, łącznie z instytucjami samorządowymi bądź organizacjami pozarządowymi i samopomocowymi;
- **wsparcie materialne**, którego podstawę stanowią tradycyjne formy udzielania pomocy, dostarczanie środków materialnych: finansowych, różnego rodzaju darów (odzież, opał, wyposażenie mieszkania i sprzęt gospodarczy bądź rehabilitacyjny), ułatwiających codzienną aktywność osoby z ograniczoną sprawnością;
- w**sparcie przez świadczenie usług**, które polega na pomocy osobom niepełnosprawnym i/lub zniedołężniałym osobom starszym w wykonywaniu pewnych → czynności życia codziennego albo tych, które wymagają znacznego wysiłku i sprawności, re-

alizowana zarówno w domu (np. mycie okien czy porządki), jak i poza domem (np. załatwianie spraw w urzędzie, pomoc w wyjściu do kościoła, na spacer). Pomoc w formie usług nieodpłatnych lub odpłatnych umożliwia osobom niepełnosprawnym i/lub starszym w miarę normalne funkcjonowanie, zwiększa ich poczucie bezpieczeństwa, ogranicza troski i/lub zagrożenia codziennego życia. Tego rodzaju wsparcie określa się często jako **pomoc w formie usług**;

- w**sparcie rodzinne**, które obejmuje różne formy pomocy, takie jak: praktyczne, społeczne bądź emocjonalne, zapewniane przez rodzinę naturalną, krewnych, przyjaciół lub członków rodziny zastępczej. Na ogół ludzie udzielający takiej pomocy współdziałają ze sobą, np. umawiają się, kto w danym dniu zrobi zakupy czy podwiezie chorego do szpitala. Tego rodzaju pomoc określa się też jako **wsparcie w środowisku domowym** lub **wsparcie współdziałające**;
- w**sparcie społeczne**, które oznacza wszystkie czynniki środowiska społecznego sprzyjające jednostce w wyjściu z choroby, kryzysu czy trudnej sytuacji życiowej, jest to szczególny sposób i rodzaj pomocy udzielanej poszczególnym osobom i grupom głównie w celu mobilizowania ich sił, potencjałów i zasobów, które zachowali, aby mogli sobie radzić ze swoimi problemami. Ten rodzaj wsparcia udzielanego osobom niepełnosprawnym, ich rodzinom oraz osobom starszym, wymagającym opieki, jest najbardziej znanym w → pracy socjalnej i pedagogice społecznej. Wsparcie społeczne polega na zastosowaniu takich form pomocy, aby przez wykorzystanie istniejących i/lub zachowanych sprawności wskazać najbardziej optymalną możliwość samodzielnego, aktywnego i twórczego życia. W zależności od rodzaju udzielanego wsparcia, dzielimy je na: informacyjne, emocjonalne, materialne (rzeczowe, finansowe), wsparcie przez świadczenie usług oraz wspomaganie rozwoju. Wsparcie społeczne można interpretować jako odmianę → pomocy społecznej ujawniającą się w sytuacjach przełomowych dla jednostki lub grupy;
- **wspomaganie rozwoju**, które jest działaniem pomocowym polegającym nie tylko na przeciwdziałaniu czy też przezwyciężaniu sytuacji trudnych w życiu człowieka, ale przede wszystkim na tworzeniu sprzyjających warunków dla jego życia i rozwoju. W przypadku osób niepełnosprawnych jest to pomoc w wyrównywaniu szans związanych przykładowo z nauką, wypoczynkiem czy aktywnością ruchową, poprzez uczestnictwo w grupach samopomocy bądź na drodze działań integracyjnych, np. wspólne wakacje integracyjne. Wsparcie w rozwoju może dotyczyć wspomagania rozwoju biologicznego, społecznego i kulturalnego człowieka. Ten typ wsparcia określa się również jako: **pomoc dla rozwoju**, **pomoc w rozwoju**, **pomoc wspierająca rozwój**.

AAZ

B: Kantowicz, 1997; Kawczyńska-Butrym, 1994; Otrębska-Popiołek, 1991; Palak, Bartkowicz, 2004; Szymańska, Sienkiewicz, 2011.

O: grupy wspierania, indywidualny plan wsparcia, opieka, sieć społeczna i wsparcie społeczne.

S: pomoc, wspomaganie.

TK: ang. *support*, fr. *assistance*, hiszp. *apoyo*, niem. *Unterstützung*, ros. *поддержка*.

wsparcie społeczne

jest pojęciem wieloznacznym, często definiowanym bez odniesienia się do konkretnej płaszczyzny teoretycznej. W literaturze przedmiotu dominują opracowania empiryczne, a występująca w nich rozmaitość wskaźników wsparcia społecznego wynika z ogromnej złożoności tego zjawiska. Można je rozumieć jako:

- oczekiwaną pomoc dostępną jednostce lub grupie w sytuacjach trudnych, stresowych, przełomowych, których nie są w stanie samodzielnie przezwyciężyć;
- postawę pomagania osobom potrzebującym w odzyskaniu utraconej równowagi psychicznej lub zapobiegania sytuacjom mogącym taki stan wywołać;
- przekaz informacji budujących u jednostki świadomość tego, że jest szanowana, podlega opiece, funkcjonuje jako członek określonej sieci komunikacji i wzajemnych zobowiązań;
- zasoby dostarczane przez innych w interakcjach społecznych (por. Kirenko, Byra, 2008).

W literaturze przedmiotu występuje wiele podziałów wsparcia społecznego, np. na takie jak:

- wsparcie strukturalne – funkcjonalne,
- wsparcie naturalne – instytucjonalne,
- wsparcie otrzymywane – spostrzegane, oraz
- rodzaje wsparcia wyróżnione ze względu na jego funkcje (zob. Kubacka-Jasiecka, 2012).

Najistotniejszym kryterium klasyfikacji wsparcia społecznego jest podział na wsparcie strukturalne i funkcjonalne, ponieważ obiektywne istnienie sieci społecznych, w których ludzie są zakorzenieni i w których żyją, jest istotą wsparcia społecznego (por. Sęk, Cieślak, 2012).

Wsparcie strukturalne to obiektywnie istniejące i dostępne systemy wsparcia, które działają na rzecz dobra swoich członków. Tu efekty pomocy zależą od takich parametrów, jak: wielkość sieci, jej gęstość, spójność i dostępność. Spośród wymienionych cech największe znaczenie ma dostępność, którą można ustalać obiektywnie i subiektywnie mierząc ją liczbą, szybkością i łatwością podjęcia kontaktów oraz bliskością terytorialną. Chodzi m.in. o dobrze funkcjonujące telefony zaufania, specjalne grupy → pomocy społecznej, ośrodki dyżurujące w systemie całodobowym, świadczące wielostronną pomoc w kryzysowych sytuacjach. Osoby pozbawione naturalnych sieci oparcia, ludzie starsi i samotni, → rodziny z pacjentem terminalnym, ten wskaźnik wsparcia uznają za najistotniejszy (zob. Sęk, Cieślak, 2012).

Autorzy badań zwracają uwagę na istotną rolę źródła wsparcia, ponieważ w określonych sytuacjach wsparcie z jednego źródła (np. ze strony personelu medycznego) może mieć zasadnicze znaczenie dla przystosowania, podczas gdy inne źródła nie są takie ważne. Wykazano, że w przypadku emocjonalnych problemów związanych z wydarzeniami krytycznymi w sferze rodzinnej, zwłaszcza o charakterze straty i przeżywania żałoby po utracie dziecka, najważniejszą rolę odgrywają: współmałżonek, przyjaciele i specjaliści związani z → chorobą i opieką nad dzieckiem. Z kolei dla rodzin opiekujących się terminalnie chorym bardzo istotną rolę, oprócz członków rodziny, pełnią pielęgniarki zespołu → opieki paliatywno-hospicyjnej, lekarz i duchowny (Jakubowska-Winecka, Włodarczyk, 2007). Natomiast w sytuacjach kryzysowych w których istotne jest wypracowanie realistycznej oceny sytuacji i samego siebie, świadomość własnych uczuć i myśli, najlepszym źródłem wsparcia społecznego są osoby z → grup samopomocy. Podobieństwo położenia życiowego i przeżyć powoduje, że pojawia się wówczas najwięcej wsparcia symetrycznego i odwzajemnianego. Prawidłowość ta najwyraźniej występuje w grupach osób samotnych, osieroconych wskutek straty bliskich (por. Sęk, 2014). Wsparcie strukturalne jest raczej „formalnym" aspektem relacji międzyludzkich. Wielkość sieci nie przekłada się bezpośrednio na rodzaj więzi i jakość kontaktów. Jednak wsparcie strukturalne może być źródłem wsparcia funkcjonalnego, które dotyczy jakości relacji społecznych (por. Jakubowska-Winecka, Włodarczyk, 2007).

Wsparcie funkcjonalne definiuje się jako rodzaj interakcji społecznej, która zostaje podjęta przez jednego lub obu uczestników w sytuacji trudnej i wyróżnia się następującymi cechami:

- w toku tej interakcji dochodzi do przekazywania lub wymiany emocji, informacji, instrumentów działania i dóbr materialnych;
- wymiana ta może być jednostronna lub dwustronna, a kierunek „dawca–biorca" może być stały lub zmienny;
- w dynamicznym układzie interakcji można wyróżnić osobę wspierającą, poszukującą, odbierającą, lub otrzymującą wsparcie;
- dla skuteczności tej wymiany społecznej istotna jest odpowiedniość między rodzajem i wielkością udzielanego wsparcia i potrzebami odbiorcy;
- celem interakcji wspierającej jest podtrzymanie, zmniejszenie → stresu, opanowanie kryzysu przez towarzyszenie, tworzenie poczucia przynależności, bezpieczeństwa i nadziei oraz zbliżenie do rozwiązania problemu i przezwyciężenia trudności.

Tak rozumiane wsparcie może zachodzić: w diadzie; między jednostką a grupą i pomiędzy grupami. Dla sposobu wspierania i skuteczności wsparcia istotne jest czy relacja zachodzi w ramach naturalnej grupy odniesienia, czy też jest podejmowana przez grupy profesjonalne w sposób zinstytucjonalizowany (por. Sęk, 2014).

Priorytetowe znaczenie przypisywane jest zawsze naturalnym siecią w tym rodzinie ponieważ nie stygmatyzują i są łatwiej dostępne. A najistotniejszą rolę pełnią te z nich, w których działanie jest dobrowolne, wzajemne. Takie społeczności przekształcają się bowiem najłatwiej w społeczności altruistyczne, nabierającego szczególnego znaczenia w sytuacjach zagrożeń klęskami żywiołowymi i wydarzeniami katastroficznymi (por. Kubacka-Jasiecka, 2012).

Klasyfikacja wsparcia funkcjonalnego

W zależności od tego co jest treścią wymiany w toku interakcji wspierającej, najczęściej wyróżnia się następujące rodzaje wsparcia funkcjonalnego:

- **Wsparcie emocjonalne**, polega na przekazywaniu emocji podtrzymujących, będących przejawem troski i pozytywnego ustosunkowania do osoby wspieranej. Zachowania wspierające mają też na celu stworzenie poczucia przynależności, → opieki i podwyższania samooceny. Osoby cierpiące mogą dzięki wsparciu emocjonalnemu uwolnić się od własnych napięć i negatywnych uczuć, mogą wyrazić swoje lęki, obawy, smutek. Wpływa to nie tylko na poprawę samooceny osoby wspieranej, ale również na jej samopoczucie. Odpowiednie zachowanie osoby wspierającej wyzwala także poczucie nadziei. Ten rodzaj wsparcia najpowszechniej występuje w sytuacjach trudnych.

- **Wsparcie informacyjne** to wymiana i udzielanie informacji, które sprzyjają lepszemu zrozumieniu sytuacji i mogą pomóc w rozwiązywaniu problemów jednostki. Chodzi tu także o dostarczanie informacji zwrotnych o skuteczności podejmowania przez osobę wspieraną różnych działań zaradczych oraz dzielenie się własnym doświadczeniem przez osoby przeżywające podobne problemy.
- **Wsparcie instrumentalne** to rodzaj instruktażu polegającego na przekazywaniu informacji o konkretnych sposobach postępowania; może to być także forma modelowania skutecznych zachowań zaradczych. Pomoc ta może przyjąć formę wymiany sposobów postępowania, zdobywania informacji i dóbr materialnych.
- **Wsparcie rzeczowe** polega na udzielaniu bezpośredniej pomocy w formie materialnej lub fizycznego działania na rzecz potrzebujących np. dożywianie, udostępnianie schronienia, zaopatrzenie w ubrania, środki czystości, lekarstwa itp. Ten typ wsparcia, podobnie jak wsparcie informacyjne, jest najbardziej oczekiwany i potrzebny w sytuacjach klęsk żywiołowych i katastrof.
- **Wsparcie duchowe** związane jest ze szczególnie krytycznymi sytuacjami życiowymi (nieuleczalna choroba, stany terminalne). Dotyczy opieki hospicyjnej, w której pomoc wobec cierpienia i bólu duchowego, związanego z sensem życia i śmierci, wymaga odniesienia się właśnie do sfery sensu życia i ducha (por. Sęk, Cieślak, 2012).

Funkcjonalne podejście do wsparcia pozwala na wyodrębnienie różnych ocen jego dostępności i otrzymywania. **Wsparcie spostrzegane** jest subiektywną oceną dostępności pomocy i wiąże się z antycypowaniem otrzymania wsparcia w potrzebie. **Wsparcie otrzymane** dotyczy pomocy, uzyskanej w określonym przedziale czasowym. Tu odbiorca ocenia faktycznie otrzymany rodzaj i ilość wsparcia. Subiektywne przekonanie o dostępności źródeł pomocy ma większe znaczenie dla zachowania zdrowia a także przebiegu procesu zdrowienia i efektywnego radzenia sobie niż wsparcie rzeczywiście otrzymane (zob. Knoll, Schwarzer, 2012).

Spostrzegane i otrzymywane wsparcie jest w pewnym sensie rezultatem aktywności odbiorcy, który może wpływać na otoczenie społeczne, np. poprzez tworzenie i rozbudowywanie więzi społecznych, przekazywanie jednoznacznych komunikatów o potrzebie pomocy, wzbudzanie pozytywnego stosunku do siebie itp. W efekcie takich zachowań powiększają się szanse na otrzymanie wsparcia różnego typu (zob. Cieślak, Eliasz, 2012).

Działanie wsparcia wyjaśnia się przy pomocy hipotez tzw. efektu bezpośredniego i buforowego. Przyjmuje się, że bezpośrednie działanie wsparcia polega na tym, że ludzie posiadający oparcie w innych, otoczeni wspierającym środowiskiem są w znacznie mniejszym stopniu narażeni na stresowe wydarzenia lub postrzegają niższy poziom stresu. Hipoteza pośredniego działania wsparcia zakłada, że w sytuacji silnego stresu istniejące, spostrzegane i otrzymywane wsparcie działa jak bufor wobec zagrożenia patologią, ponieważ włącza się w złożony mechanizm stresu i radzenia sobie z nim, osłabiając jego negatywne skutki (zob. Sęk, 2014).

Należy podkreślić, że chociaż wsparcie stanowi istotny element zasobów umożliwiających radzenie sobie ze stresem, należy mieć na uwadze to, że jego efektywność zależy od wielu czynników. Coraz więcej danych wskazuje na tzw. paradoks wsparcia, czyli sytuację w której wsparcie wręcz nasila stres i/lub negatywne emocje, oraz sprzyja obniżaniu samooceny u osób wspomaganych. Wsparcie działa najkorzystniej gdy jest subiektywnie spostrzegane przez jednostkę, ale oferowane jest dyskretnie, z poszanowaniem autonomii i stymulowaniem samodzielności jednostki (por. Kubacka-Jasiecka, 2012, Knoll, Schwarzer, 2012, Sęk, Cieślak, 2012).

Wsparcie instytucjonalne

→ Starzenie się populacji jest jednym z głównych czynników wpływających na zwiększanie się zapotrzebowania na wsparcie i to zarówno nieformalne, sprawowane przez bliskich, jak i formalne, świadczone przez profesjonalne służby. Tu należy podkreślić, że osoba starsza powinna zamieszkiwać jak najdłużej w swoim dotychczasowym środowisku, a rozwinięta sieć pomocy powinna ułatwiać → seniorom zachowanie samodzielności (http://dspace.uni.lodz.pl…).

Wsparcie instytucjonalne jest świadczone w ramach dwóch systemów: pomocy społecznej i ochrony zdrowia. System ochrony zdrowia zapewnia wsparcie seniorom przede wszystkim w ramach zakładów opiekuńczo-leczniczych (ZOL) i pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZPO) oraz w formie pielęgniarskiej → opieki długoterminowej. Zakłady przeznaczone są dla osób wymagających całodobowej opieki zdrowotnej, których stan zdrowia nie wymaga hospitalizacji w warunkach szpitalnych. Podstawą skierowania pacjenta do ZOL/ZPO jest wniosek lekarza. Natomiast warunkiem przyjęcia do zakładu finansowanego ze środków publicznych jest niezdolność do samodzielnego funkcjonowania wyrażająca się wartością w→ Skali Barthel poniżej 40 pkt.

Zakład Opiekuńczo-Leczniczy jest przeznaczony dla osób wymagających długotrwałego leczenia i pielęgnacji poza szpitalem, i zapewnia pacjentowi:
- całodobową opiekę lekarską i pielęgniarską obejmującą leczenie;
- niezbędne do kontynuacji leczenia badania diagnostyczne;
- świadczenia rehabilitacyjne;
- badania i terapię psychologiczną;
- konsultacje dietetyka w kwestii dostosowania żywienia do istniejących problemów zdrowotnych;
- pomoc pracownika socjalnego w załatwianiu spraw osobistych, utrzymywaniu kontaktów z rodziną i przygotowaniu środowiska domowego na powrót do domu (zob. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 25 VI 2012 r.).

Do **Zakładów Pielęgnacyjno-Opiekuńczych** przyjmowani są pacjenci, których stan nie wymaga stałego nadzoru lekarskiego, natomiast konieczne są długotrwałe zabiegi pielęgniarskie niemożliwe do wykonania w warunkach opieki domowej. W ZPO prowadzona jest opieka całodobowa obejmująca świadczenia o charakterze pielęgnacyjnym, opiekuńczym i rehabilitacyjnym z uwzględnieniem kontynuacji leczenia farmakologicznego i dietetycznego (zob. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 25 VI 2012 r.).

O **opiekę pielęgniarską długoterminową w domu** w ramach NFZ mogą ubiegać się osoby przewlekle chore, które nie wymagają hospitalizacji w oddziałach lecznictwa stacjonarnego, ale ze względu na swoje problemy zdrowotne potrzebują systematycznej i intensywnej opieki realizowanej w warunkach domowych. Do pielęgniarskiej opieki długoterminowej mogą być zakwalifikowani przewlekle chorzy somatycznie i psychosomatycznie oraz psychicznie (z wyłączeniem ostrej fazy choroby psychicznej), niezdolni do samoopieki i samopielęgnacji, którzy w ocenie Skalą Barthel uzyskali do 40 pkt. Podstawą objęcia tego rodzaju wsparciem jest: skierowanie wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego i kwalifikacja pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej (zob. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 22 XI 2013 r.).

Natomiast senior, który nie wymaga całodobowej opieki medycznej może starać się o wsparcie instytucjonalne w ramach systemu pomocy społecznej. Z punktu widzenia odbiorców wsparcia, osoby starsze są tą grupą, która znacznie częściej wymaga wsparcia w postaci usług, świadczonych w miejscu ich zamieszkania lub alternatywnie w → domu pomocy społecznej (zob. http://irss.pl/wpcontent/uploads/2013/12/…).

Na podstawie Ustawy o pomocy społecznej z 12 III 2004 r. wsparcie instytucjonalne jest zorganizowane wg pewnego porządku logicznego, mianowicie gdy osoba nie jest już samodzielna i wymaga wsparcia innych, może skorzystać z usług opiekuńczych w miejscu swojego zamieszkania lub u usługodawcy, a w sytuacji gdy usługi te nie rozwiązują jej problemów egzystencjonalnych może zamieszkać w domu pomocy społecznej prowadzonym przez podmioty publiczne lub prywatnej placówce całodobowego wsparcia działającej w oparciu o zasady wolnego rynku. Zgodnie z tym porządkiem zakres wsparcia nie wynika literalnie z → wieki „podeszłego" czy medycznego rokowania, ale stopnia samodzielności jednostki. Stąd do **dziennego domu pomocy społecznej,** mogą być kwalifikowane osoby starsze, które wymagają częściowej opieki i pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych. Dzienny dom pomocy społecznej jest bowiem ośrodkiem wsparcia, który realizuje zadania służące utrzymaniu osoby w jej naturalnym środowisku (zob. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 23 VIII 2012 r.).

Natomiast **dom pomocy społecznej** jest formą wsparcia adresowaną do osób, które ze względu na utratę lub brak zdolności do zaspokajania swoich codziennych potrzeb, nie mogą samodzielnie funkcjonować w swoim środowisku (por. http://irss.pl/wpcontent/uploads…). Jest więc placówką o charakterze całodobowym oferującą usługi bytowe wraz ze wszystkimi składnikami życia codziennego, które towarzyszą każdemu człowiekowi.

AIK

B: Cieślak, Eliasz, 2012; Kirenko, Byra, 2008; Jakubowska-Winecka, Włodarczyk, 2007; Knoll, Schwarzer, 2012; Kubacka-Jasiecka, 2012; Sęk, 2014; Sęk, Cieślak, 2012.

D: Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 23 VIII 2012 r.; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 25 VI 2012 r.; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 22 XI 2013 r.; Ustawa z 12 III 2004 r.

N: http://dspace.uni.lodz.pl…; http://irss.pl/wpcontent/uploads/2013/12/…

O: opieka, opieka instytucjonalna, opieka nieformalna, opieka społeczna, opieka społeczności, pomoc dla osób starszych, pomoc społeczna.

TK: ang. *social suport*/*social assistance*, fr. *appui social*/*soutien social*, hiszp. *apoyo social,* niem. *soziale Unterstützung*, ros. *общественная поддержка* или *социальная поддержка*.

wsparcie społeczne – ujęcie psychologiczne

Wsparcie społeczne jest pojęciem niejednoznacznym, które pojawiło się w naukach społecznych nie-

dawno. Zaczęto go używać w latach 60. minionego stulecia (zob. Caplan, 1964). W Polsce inicjatorem badań nad wsparciem społecznym była Heleny Sęk (1938–). Początkowo traktowano je jako sieć relacji interpersonalnych, które łączą bezpośrednio jednostkę ludzką z otoczeniem społecznym, która umożliwia jej zabezpieczenie przed wszelkimi trudnościami rozwojowymi.

Psychologowie amerykańscy Robert L. Kahn (1918–) i Toni C. Antonucci (1980) przyrównują metaforycznie ten rodzaj relacji społecznych do statku płynącego po oceanie. Wsparcie społeczne można traktować jak okręty wojenne, które otaczają bezbronny statek jako jego eskorta. Tworzą ją osoby nam bliskie i dysponujące środkami, które można użyć w każdej chwili w celach pomocowych. W trakcie → życia zmieniają się te osoby/okręty. W okresie dzieciństwa są nimi przede wszystkim rodzice i krewni. Później pojawiają się nauczyciele, koledzy, starsze rodzeństwo. Jeszcze później eskortę tworzą małżonkowie, przyjaciele, współpracownicy. Wreszcie w okresie → starzenia się rolę osób wspierających przejmują nasze dzieci, ale także inne osoby bliskie.

Jak wynika z tego przykładu ta sama osoba może być osobą zabezpieczającą szczęśliwy przebieg życia innych, ale też może uzyskać zabezpieczenie ze strony innych ludzi w trudnej sytuacji. Interpersonalna sieć → wsparcia może pełnić różne funkcje – może działać ośmielająco, dostarczając jednostce pewności siebie w czasie podejmowania nowych zadań rozwojowych – Lew S. Wygotski (1896–1934) powiedziałby, że ułatwia ona osiąganie strefy najbliższego rozwoju. Poza tym może działać profilaktycznie, chroniąc jednostkę przed potencjalnymi zagrożeniami, może też działać terapeutycznie, pomagając wydostać się z poważnych trudności życiowych.

Badania naukowe udowodniły, że ta ostatnia funkcja wsparcia społecznego ma rozstrzygające znaczenie dla ludzkiego życia. Wielokrotnie wykazano, że dostęp do wsparcia sprawiał, że ludzie znajdujący się w trudnej sytuacji życiowej, potrafią znacznie lepiej sobie z nią poradzić, w porównaniu do ludzi, którzy ze wsparcia nie mogli korzystać (Kaniasty, Norris, 1997, Orford, 1994, Ruta, Camfield, Donaldson, 2007). Pod wpływem tych danych nastąpiło ograniczenie sposobu rozumienia wsparcia społecznego. Obecnie oznacza ono formę troski okazywanej przez ludzi w stosunku do człowieka znajdującego się w krytycznej sytuacji życiowej (Kubacka-Jasiecka, 2010). Jest to taki rodzaj relacji interpersonalnej, która łączy ze sobą: a) człowieka doświadczającego poważnych trudności, z jakimi nie może sobie poradzić ze względu na niedostatek zasobów własnych, b) z człowiekiem (lub zbiorem ludzi) dysponującym potrzebnymi zasobami i przekazującym je osobie potrzebującej, aby w ten sposób pomóc jej w przezwyciężeniu zaistniałych trudności.

Dobra jakie są przekazywane w ramach wsparcia społecznego można podzielić na cztery kategorie (Sęk, 2001). Pierwszą z nich tworzą pozytywne uczucia wyrażające się w okazywaniu szacunku, akceptacji, zrozumienia stanu, w jakim znalazła się osoba poszkodowana (wsparcie emocjonalne). W ten sposób można podtrzymać zagrożone poczucie godności własnej. Drugą kategorią zasobów jest wiedza, niezbędna do przezwyciężenia sytuacji trudnej (wsparcie informacyjne). Za jej pomocą osoba poszkodowana powinna precyzyjnie dookreślić własne → problemy życiowe oraz poznać skuteczne sposoby ich rozwiązania. Trzecią kategorię zasobów tworzą dobra rzeczowe, dobrane w taki sposób, aby mogły służyć opanowaniu sytuacji trudnej (wsparcie materialne). Najczęściej chodzi tu o środki finansowe, ale ważne mogą być również konkretne usługi (dostarczanie pożywienia, sprzątanie mieszkania, wykonywanie czynności pielęgnacyjno-opiekuńczych) lub przedmioty (sprzęt rehabilitacyjny, lekarstwa, opał). Do czwartej kategorii zasobów zalicza się zaangażowanie własnego czasu i umiejętności w dotarciu do odpowiednich instytucji, które profesjonalnie zajmują się → pomocą społeczną (wsparcie instrumentalne). Zwykle ten rodzaj wsparcia polega na ułatwieniu osobie poszkodowanej w docieraniu do sądów, ośrodków pomocy rodzinie, placówek leczniczych i rehabilitacyjnych. Należy podkreślić, że przekazywane rodzaje zasobów powinny być zawsze dostosowane do rzeczywistych potrzeb człowieka znajdującego się w trudnej sytuacji życiowej (trafność wsparcia), sposób wsparcia nie powinien poniżać osoby, która z niego korzysta (jatrogenność wsparcia), poza tym powinno być ono dostarczone w odpowiednim czasie (synergiczność wsparcia), a także nie powinno przekraczać podstawowego zapotrzebowania na pomoc (wsparcie nadopiekuńcze). Błędnie udzielane wsparcie może skutkować ukształtowaniem się biernego lub roszczeniowego stosunku do własnego życia społecznego u osób wspomaganych.

Wspierające relacje interpersonalne określane są przez właściwości systemu społecznego w jakim żyją ludzie. Globalna organizacja życia społecznego, jaka kształtuje się obecnie w Polsce, stanowi zagrożenie dla istniejących sieci wsparcia. Źródła tych zagrożeń są następujące. Po pierwsze, dominacja systemu wartości

indywidualistycznych nad wartościami kolektywistycznymi, zmniejsza gotowość ludzi do okazywania troski innym. Większość ludzi przejmuje postawy egocentryczne, skupiając się przede wszystkim na dążeniu do osiągnięcia osobistych sukcesów życiowych. Pod drugie, większość tzw. grup pierwotnych, a szczególnie → rodziny, ulegają stopniowej degradacji funkcjonalnej. W związku z tym ten ważny element struktury społecznej w coraz mniejszym stopniu może pełnić funkcję wspierającą w stosunku do swych członków. Po trzecie, rozwijająca się formalizacji życia społecznego przejawia się również w tym, że rozwijana jest specjalna instytucjonalna sieć pomocy dla ludzi, znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej. Jednak biurokratyzacja pomocy społecznej sprawia, że udzielanie wsparcia jest niepełne, przynajmniej w aspekcie emocjonalnym. Po czwarte, narzucone przez globalizację tempo życia, utrudnia tworzenie trwałych więzi międzyludzkich. Konsekwencją tej tendencji jest ograniczenie wspierających relacji interpersonalnych (Kowalik, 2015). W zatomizowanym świecie globalizacji potrzeby ludzi znajdujących się w trudnej sytuacji są „załatwiane" powierzchownie, a często nie są rozpoznawane wcale.

Globalizacyjny ład społeczny sprawia, że wsparcie społeczne w odniesieniu do osób w → wieku podeszłym ulega wyraźnej polaryzacji. Z jednej strony, → polityka społeczna wobec osób starszych jest wyjątkowo korzystna. Rozbudowuje się instytucjonalny system wsparcia społecznego dla tej kategorii społecznej ludzi, którzy utrzymują wysoki poziom sprawności adaptacyjnej, przykładem → uniwersytety trzeciego wieku (UTW). Co więcej, robi się dużo, aby ludzie w starszym wieku utrzymywali jak najdłużej niezależność życiową i nie podlegali wykluczeniu społecznemu. Z drugiej strony, w prowadzonej polityce w zbyt małym stopniu uwzględnia się potrzeby tych ludzi w starszym wieku, którzy ze względów zdrowotnych, utraty osób najbliższych, braków zasobów materialnych, znajdują się w krytycznej sytuacji życiowej. Osoby te pozbawione są często jakiegokolwiek wsparcia społecznego. Pozostaje im oczekiwanie na szybkie zakończenie życia w świecie, który jakby o nich zapomniał.

SZK

B: Caplan, 1964; Kahn, Antonucci, 1980; Kaniasty, Norris, 1997; Kowalik, 2015; Kubacka-Jasiecka, 2010; Orford, 1994; Ruta, Camfield, Donaldson, 2007; Sęk, 1985, 2001.

O: opieka, opieka instytucjonalna, opieka nieformalna, opieka społeczna, opieka społeczności, pomoc dla osób starszych, pomoc społeczna.

TK: ang. *social suport*/*social assistance*, fr. *appui social*/*soutien social*, hiszp. *apoyo social,* niem. *soziale Unterstützung*, ros. *общественная поддержка или социальная поддержка*.

wspomaganie rozwoju mowy w starości

Rozwój każdego człowieka odbywa się w społeczeństwie, przy czym rozwój rozumiem jako odbywający się przez całe → życie, permanentny, w którym obserwujemy i progres, i regres. Ograniczenie się jedynie do przyrostu, nabywania, zawęża rozumienie → rozwoju człowieka od poczęcia do jego → śmierci, jedynie do pewnego etapu, okresu życia. Jednym z aspektów rozwoju jest komunikacja, która warunkuje funkcjonowanie w społeczeństwie. Wraz z indywidualnym rozwojem wykształcają się coraz bardziej uspołecznione, komunikatywne formy przekazu informacji, które w zależności od teorii są formami nawiązywania kontaktu z otoczeniem (Błeszyński, 1998).

Analizując literaturę dotyczącą mowy osób starszych, nie sposób nie zwrócić uwagi na niewielką ilość publikacji i ograniczone zainteresowanie tym zagadnieniem. Mimo podnoszenia coraz częściej problemu funkcjonowania fizycznego i społecznego (Brzezińska, Hejmanowski, 2005), czy psychologicznych aspektów → starzenia się (Steuden, 2011), niewiele jest książek dotyczących funkcji zmian zachodzących w mowie i języku → seniorów. Wśród nielicznych należy wymienić publikację Anny Świątek (2007), która uważa, że zaburzenia komunikacyjne w wieku senioralnym nie dotykają wszystkich osób, jak również mogą występować w różnym nasileniu.

Zaburzenia występujące w okresie → starości

Wiele specyficznych zaburzeń, jakie występują w okresie starości, często ma charakter regresywny i pogłębiają się w stosunku do wcześniejszych etapów rozwoju. Niektóre zaburzenia komunikacji współwystępują z innymi → chorobami, np. różnych układów (w szczególności układu oddechowego, krążeniowego itd.). Charakterystycznymi zaburzeniami, jakie pojawiają się i ewoluują wraz z wiekiem osoby są m.in.:

- → **apraksja** – charakteryzuje się brakiem, lub w przypadku dystraksji swoistym ograniczeniem, umiejętności tworzenia w mózgu ruchów wymaganych przy artykułowaniu (skoordynowanie ruchów układów oddechowego, fonacyjnego i artykulacyjnego, czyli mięśni twarzy, języka, gardła itd.), jakie są niezbędne do wytworzenia i kształtowania dźwięków mowy;

- **anartria** – charakteryzuje się całkowitym brakiem lub utratą umiejętności mówienia (występuje brak mowy) oraz w przypadku **dysartrofonii, dysartrii** (zniekształcenie mowy) uszkodzeniem ośrodków i dróg unerwiających narządy mowy, charakteryzuje się różnym stopniem i rozległością tych uszkodzeń, powstają zakłócenia w napięciu mięśni biorących udział w akcie mowy. Anartria może się utrzymywać przez jakiś czas, przechodząc często w dysartrię, charakteryzująca się nieprawidłową wymową, ekspresją i nieprawidłowościami gramatycznymi;
- **afonia** – brak, lub **dysfonia** – charakteryzują się zaburzeniami w wydawaniu głosu, np. zmiana barwy (dźwięk chrapliwy, zduszony, ostry, świszczący, matowy, piskliwy itp.), natężenie (zbyt cicho lub głośno) oraz częstotliwość wydobycia dźwięku (głos jest nienaturalnie wysoki lub niski). Nierzadko pierwszymi objawami są pojawiające się chroniczne chrypki i patologiczne nawyki kompensacyjne, np. chrząkanie, któremu może towarzyszyć poczucie suchości, pieczenia w gardle, bólu w trakcie mówienia oraz wzmożonego napięcia mięśni twarzy, szyi, krtani, ramion i brzucha;
- **dysfagia** – zaburzenie w przełykaniu, charakteryzujące się niejednorodną, często wieloczynnikową etiologią, może wystąpić po chorobach (np. po → udarze mózgu, zaburzenia peryferyjnego układu nerwowego, guzy nowotworowe w obrębie jamy ustnej i gardła, procesy zapalne w gardle, wrodzone defekty budowy jamy ustnej). Może mieć charakter psychogenny – z wiekiem nasilają się trudności, zaburzenia kontroli przyjmowanie pokarmów.

Wymienione powyżej zaburzenia są najczęściej występującymi w starości i osoby nimi dotknięte wymagają → wsparcia najbliższego środowiska, w jakim dana osoba przebywa, jak również specjalistycznego – w tym usprawniania logopedycznego. Do najczęstszych zaburzeń, z jakimi trafiają seniorzy do logopedów należą zaburzenia głosu, które stają się istotnym elementem odczytywania stanu psychosomatycznego. Nasilenie czynników stresogennych i depresyjnych może zaburzać współdziałanie układów oddechowego, fonacyjnego i artykulacyjnego, prowadząc do nadużywania głosu, zbyt wielkiego wysiłku, nadmiernego lub za długiego, albo też zbyt głośnego artykułowania wypowiedzi. Samo zaburzenie dźwięku charakteryzuje się głosem surowym, zachrypniętym, ściśniętym (określanym jako chropowaty) lub słabym (określanym jako „umierający").

Zaburzenia dotyczące funkcji płynności wypowiedzi, charakteryzują się niejednorodnym występowaniem i bardzo często dotyczą zacinania, jąkania. Takie symptomy mogą być uwarunkowane wrodzoną podatnością oraz środowiskowo.

Innym, często występującym zaburzeniem jest **giełkot** (tzw. mowa bezładna), zaliczony do zaburzeń płynności mowy. Charakteryzuje się płynną mową, lecz z pospieszaniem, co powoduje, że jest ona niewyraźna – obserwujemy błędną artykulację, powtórzenie głosek, sylab lub całych wyrazów, co w konsekwencji prowadzi do ograniczonej melodyjności mowy, nieprawidłowości pracy oddechu, tworzenia tekstu wypowiedzi (brak precyzji doboru słów, adekwatności jego doboru), budowy zdania (długie, po części niepełne, ewentualne powtórzenie fragmentów zdania lub ich opuszczanie) i płaszczyzny tekstu (trudności przy przekazywaniu treści).

Wszystkie te trudności mogą prowadzić do wycofywania się z komunikacji, jak również ograniczania nawiązywania i podtrzymywania kontaktów za pomocą mowy.

Mowa osób z → chorobą Alzheimera

→ **Afazję** uznaje się za zaburzenie mowy, powstające wskutek uszkodzenia ośrodków mowy w korze mózgu. Objawy mogą wystąpić jako wynik nabycia lub utraty zdolności językowych w następstwie uszkodzenia strategicznego dla mowy obszaru mózgu. Występowanie i zakres zaburzeń dotyczyć mogą umiejętności językowych, mówienia i rozumienia wypowiedzi innych osób (w tym czytania, pisania oraz liczenia), trudności z określaniem → czasu, rozpoznawaniem przedmiotów, rozumieniem znaczenia słów i gestów oraz innych zaburzeń, z których jedne można rozumieć jako należące do istoty samej afazji, inne jako współtowarzyszące, w zależności od przyjętej definicji (Pąchalska 1999, s. 615).

Problem rozwoju zaburzeń mowy w chorobie Alzheimera przedstawiła Aneta Domagała (2007 a, 2007 b, 2015), uznając, że w poszczególnych typach afazji w podobny sposób przebiega rozwój zaburzeń. W pierwszej fazie obserwuje się zapominanie, gubienie słów, co często powoduje, że chorzy szukaj określeń o charakterze synonimów. Potem następuje pogłębienie trudności w nazewnictwie konkretnych przedmiotów (jak w afazji semantycznej i anatomicznej). W kolejnej fazie występuje coraz więcej neologizmów o bardziej ogólnym znaczeniu przy zachowaniu płynności mowy (jak w afazji transkorowej, afazji czuciowej). W ostatnim etapie rozwoju choroby występuje dalsze pogłębienie zaburzeń mowy, która staje się coraz mniej zrozumiała, zamazana, określa się ją

jako żargon, sałatę słowną – jak w afazji Wernickego (Domagała 2007 b).

W przypadku mowy – za Międzynarodowym Towarzystwem Logopedów i Foniatrów – ze względu na zakres występujących zaburzeń mowy i języka, można dokonać podziału na:

- brak rozwoju mowy lub całkowita utrata mówienia i rozumienia – to afazja całkowita,
- brak rozwoju ekspresji językowej lub całkowita utrata mówienia przy zachowanym w niewielkim stopniu rozwoju rozumienia – to afazja częściowa,
- całkowitą utratę rozumienia, przy zachowanym nawet w niewielkim stopniu mówienia – to afazja akustyczna (Bitniok 2007, s. 97).

W komunikacji, strukturze mowy i języka u osób z chorobą Alzheimera występują specyficzne nieprawidłowości:

- **agramatyzmy** (etymologicznie oznacza brak zastosowania gramatyki) jako brak tych elementów językowych, które wyrażają wzajemne relacje składników występujących w zdaniu. W przypadku afazji termin ten rozumiany jest szerzej, ponieważ obejmuje nie tylko brak elementów pełniących w zdaniu funkcje gramatyczne, ale także niewłaściwe posługiwanie się morfemami gramatycznymi i zniekształcanie ich oraz wszelkie zakłócenia poprawności gramatycznej zdań (por. Bitniok 2007, Nocoń, b.r. – Internet: http://seni.pl…, Pąchalska 1999);
- **paragramatyzmy,** błędy w składni i morfologii przy zachowaniu podstawowych zasad struktury gramatycznej zdania. W przypadku afazji obserwujemy używanie wypowiedzi zawierających swoiste struktury syntaktyczne, które przybierają postać zdania pod względem funkcji. Formy te są jednak z reguły pozbawione logicznej struktury, jako wynik nasilenia występujących w niej dużej liczny parafraz, neologizmów;
- **anomia,** zaburzenia nazywania, kojarzenia słów z przedmiotami, zjawiskami i czynności, do których się odnoszą. Należą do najczęstszych objawów afatycznych. Często określane są jako tak zwane trudności ze znalezieniem słów. W afazji obserwujemy brak płynność tworzonej wypowiedzi jako wynik trudności w poszukiwaniu adekwatnych słów, przy zachowaniu pełnego rozumienia wypowiedzi;
- **parafazje,** słowa, które są zmienione pod względem cechy, jednak są w jakimś elemencie podobne do słowa celowo dobranego; może występować na różnym poziomie organizacji języka. W odróżnieniu od występujących przejęzyczeń, parafazje cechuje nasilenie oraz precyzja ułożenia układów artykulacyjnych. W **parafazji fonetycznej**, w miejsce danego słowa jest wprowadzane słowo blisko brzmiące, często w nagłosie występują te same głoski, lecz znaczenie i struktura fonacyjna zostaje zmieniona, może to dotyczyć pojedynczych słów lub całych ciągów wypowiedzi (w zależności od nasilenia występującej afazji), przy zachowaniu suprasegmentalnych aspektów mowy (np. akcentu, rytmu, melodii). W **parafazji semantycznej**, słowo zastępowane jest określeniami należącymi do tej samej kategorii znaczeniowej, synonimami. W takich sytuacjach następuje zmiana (często na wyższym poziomie ogólności), podmiana powodująca, że słuchacz otrzymuje informacje mniej precyzyjną, np. słowo długopis zamienione zostaje na kredka, pisak, ołówek itp.;
- **echolalie,** często określane jako mimowolne, automatyczne powtarzanie dźwięków, słów, zwrotów, najczęściej natychmiast po ich usłyszeniu (echolalia bezpośrednia), w odróżnieniu od mowy echolalicznej z zachowaniem elementów suprasegmentalnych; wierna kopia usłyszanych elementów dźwiękowych;
- **palilalie**, zaburzenia toku mowy, które charakteryzuje się jako zautomatyzowane, stałe powtarzanie sylab, części lub całości zdań;
- **apraksje** związane z mechanizmem tworzenia wypowiedzi, przy zachowaniu prawidłowej budowy i funkcji układu artykulacyjnego. Występują na poziomie fonetycznym, przy zachowanym rozumieniu mowy. W przypadku afazji osoba w mowie wewnętrznej prawidłowo buduje wypowiedź pod względem artykulacyjnym i językowym (gramatycznym, fonacyjnym itd.), jednak napotyka na problem w jej zrealizowaniu o typie apraksji;
- **perseweracje**, wydłużenie głoski (ruch artykulacyjny ponad czas dla niej wyznaczony) lub wielokrotne powtórzenie ruchów artykulacyjnych lub słów. Zaburzenie to poza afazją występuje w schizofrenii (szczególnie katatonicznej), → otępieniu i → niepełnosprawności intelektualnej.

W swoich publikacjach Thomas Freeman i C. E. Gathercole wyróżnili trzy typy perseweracji:

- powtórzenie kompulsywne (czynność wykonywana wielokrotnie, nieprzerwanie);
- zaburzenia przełączania się (czynność wykonywana w odpowiedzi na dany bodziec jest kontynuowana po wprowadzeniu nowego bodźca, wymagającego odmiennej reakcji);
- perseweracje ideacyjne, czynności mówienia, często samorzutne powtarzanie całych wypowiedzi, fraz i słów w odróżnieniu od palilalii i reakcji na pytania (zob. Domagała, Długosz, 2002, s. 157).

Pozawerbalne sposoby komunikacji

W ostatnich latach obserwuje się intensywny rozwój różnorodnych form wsparcia osób niepełnosprawnych, także tych niekomunikujących się. Ostatnia dekada stała się przełomem w porozumiewaniu się z wykorzystaniem najnowszych osiągnięć technicznych.

Głównym działaniem osób zajmujących się komunikacją wspomaganą i alternatywną, określanych jako AAC (ang. *Alternative and Augmentative Communication*), stało się poszukiwanie metod wsparcia i wymiany komunikatów. Począwszy od kształtowania komunikatu przy użyciu znaków manualnych, coraz powszechniej zaczęto stosować znaki graficzne, a w ostatnich latach powszechnie wprowadzać i wykorzystywać urządzenia techniczne pomagające w przekazie i odbiorze oraz kształtujące platformę komunikacji (zob. Błeszyński, 2008).

W przypadku zaburzeń afatycznych, głównie występujących w chorobie Alzheimera, konieczne jest dobranie takiego sposobu komunikacji, który będzie dostosowany zarówno do potrzeb, jak i możliwości pacjentów. W przypadku zaburzeń afazji, często współwystępują w tego typu chorobie apraksja – trudności z wykonaniem ruchów precyzyjnych, i agnozja – jako zaburzenia odbioru bodźców z otoczenia: wzrokowych, czuciowych i/lub słuchowych.

Metody komunikacji alternatywnej i wspomaganej dzielimy za Stephenem von Tetzchnerem (1946–) i Haraldem Martinsenem (2002) biorąc pod uwagę:

1. kategorie użytkowników,
2. symptomy:
   - osoby z zaburzeniami ekspresji językowej (ang. *speech disorders*),
   - osoby wymagające wsparcia językowego w zakresie porozumiewania się (ang. *language support group*,),
   - osoby wymagające stosowania alternatywnego sposobu komunikacji w przypadkach znacznych i głębokich zaburzeń w rozwoju języka (ang. *alternative language group*).

Inny podział uwzględnia wykorzystanie alternatywnych sposobów komunikacji:

1. przekaz przy użyciu części ciała,
2. poprzez wsparcie komunikacji (poparcie elementem),
3. przy użyciu mechanizmu komunikacyjnego.

W budowaniu systemu wsparcia w komunikacji należy wziąć pod uwagę:

- rozwój intelektualny, w odniesieniu do opanowanych wiadomości, umiejętności oraz możliwości i konieczności ich wykorzystywania w pracy;
- rozwój fizyczny, przede wszystkim możliwości wykorzystania poszczególnych części ciała do prowadzenia komunikacji;
- rodzaj, ilość i nasilenie zaburzeń, współwystępujących chorób i dysfunkcji powodujących istotne ograniczenia i utrudnienia;
- rozwój funkcji społecznej, tzn. możliwości wykorzystania komunikacji w szerszym środowisku społecznym, np. rodzinnym, rówieśniczym; zasadności i praktycznego wprowadzania systemu komunikacji do najbliższego środowiska, akceptacji przez środowisko i konsekwentnego wykorzystywania w codziennej pracy z osobą chorą;
- akceptację przez chorego formy alternatywnej komunikacji – element bardzo często pomijany, zaniechany, choć jest podstawą wprowadzania i kształtowania systemu komunikacji i wsparcia, często określanego jako personalne podejście w terapii.

W doborze systemu komunikacyjnego należy uwzględnić możliwości organizacyjne w przekazie ukierunkowanym na chorą osobę, jak i chorej osoby na nas (podział ten uwzględnia mowę introwertyczną i ekstrawertyczną) i można zaliczyć do nich:

- **łatwość wykonania i demonstrowania znaku** przez chorego, co jest elementem ważnym we wprowadzaniu, konsekwentnym powtarzaniu i wywoływaniu w otoczeniu adekwatnych reakcji (np. gest uniesienia ręki do ust z zebranymi palcami w formie kubka, pięści będzie zawsze elementem podania choremu napoju),
- **ważność znaku** dla chorego, wynikająca z potrzeby jego zastosowania; najczęściej są to elementy dotyczące najbliższego środowiska materialnego chorego, tj. pożywienia, higieny osobistej, informowania, komunikowania istotnych stanów chorego (samopoczucia, niepokojących objawów związanych ze → zdrowiem),
- **czytelność wykorzystywanego znaku** oraz jednoznaczność, co pozwala na zrozumienie przekazu chorego i jest dodatkowym efektem sprawczości – efektywnego wpływu na otoczenie; świadomość wykorzystywania tego wpływu w codziennych sytuacjach (daje poczucie bezpieczeństwa i świadomość bycia podmiotem procesu → wsparcia, → opieki, terapii w odróżnienia od przedmiotowego traktowania osób z chorobą otępienną w instytucjach),
- **możliwość tworzenia kombinacji znaków i form przekazu** pozwalających na przekazywanie znaczenia, poszerzanie zakresu komunikatów, uzależniona od fazy choroby, jak również możliwości psychomotorycznych chorego (Błeszyński 2008, s. 308).

Niewątpliwie we wczesnych etapach, przede wszystkim w okresie wystąpienia pierwszych symptomów, po rozpoznaniu choroby Alzheimera, konieczne jest wprowadzenie sposobów komunikacji wspomaganej i alternatywnej. To przede wszystkim działania pomocnicze, które można określić jako wyprzedzające, zapewniające ograniczenie pogarszania się stanu chorego, a tym samym polepszenie stanu funkcjonowania. Ważne staje się wyposażenie pacjenta w alternatywny sposób komunikacji w momencie, kiedy będzie jeszcze w stanie akceptować zmiany i nabywać nowe umiejętności. Dzięki temu wydłuży się czas podtrzymywania dotychczasowych i nawiązywania przez osobę chorą nowych kontaktów interpersonalnych oraz bycia czynnym w środowisku, co niewątpliwie pozytywnie wpłynie na → jakość życia. Problemem jest późne rozpoznanie otępienia typu Alzheimera, a w takiej sytuacji możliwości kompensacji funkcji komunikacyjnych są znacznie ograniczone.

W wykorzystywanych metodach komunikacji alternatywnych i wspomagających możemy wyróżnić przekaz:

- **manualny** (z wykorzystaniem gestu), najbardziej rozpowszechniony, naturalny, który nie wymaga dodatkowych pomocy. Można zaliczyć do tego systemu np. gest naturalny, język migowy;
- **wizualny** (z wykorzystaniem grafiki), który jest najczęściej stosowany w pracy z osobami niepełnosprawnymi i wprowadzony do ogólnospołecznego modelu komunikacji (np. specjalne znaki w środkach transportu – ideogramy, znaki drogowe). Do najbardziej rozpowszechnionych systemów graficznych można zaliczyć fotogramy, piktogramy, system Blissa;
- **mieszany**, wykorzystujący elementy graficzne, dźwiękowe i manualne, zarówno w formie zamiennej, jak i wspólnie wspomagającej się (komunikacja totalna), czyli fonogesty (gest z artykulacja dźwięku), system Makaton (obraz, gest) i inne;
- **z wykorzystaniem urządzeń technicznych,** tj. powszechnie dostępny komputer z odpowiednim oprogramowaniem (np. z programem przystosowanym do komunikowania się za pomocą systemu Braille'a i/lub z wykorzystaniem kamery), odpowiednimi przystawkami, urządzenia typu *facilitatory* (w ułatwionej komunikacji).

W związku z ograniczeniami użycia tradycyjnych metod w komunikacji alternatywnej i wspomaganej, konieczne jest opracowywanie bardziej precyzyjnych i indywidualnie dopasowanych systemów, podobnie jak w pracy z osobami z afazją czy chorobą Alzheimera. Przykładem opracowania i wykorzystywania metod komunikacji alternatywnej w pracy z osobami po udarach, w stanach otępiennych może być program stworzony przez Aleksandrę Królak z Politechniki Łódzkiej.

Program b-Link (zob. http://polscyniepelnosprawni.agh…) jest powszechnie dostępny w Internecie i bezpłatny. W jego propagowanie włączyła się Telekomunikacja Polska i jest wykorzystywany, m.in. w Domu Pomocy Społecznej w Toruniu. B-link służy do sterowania komputerem poprzez mruganie powiekami, które są odbierane przez program komputerowy za pośrednictwem kamery. Stworzono go z myślą o osobach niepełnosprawnych, przede wszystkim ruchowo, mających trudności i ograniczenia w porozumiewaniu się o charakterze parcjalnym (Królak, Strumiłło, 2009, 2011). Dzięki temu programowi jest możliwa bezpośrednia praca na komputerze, jak również kontaktowanie się przez Internet. System ten umożliwia m.in. wyłączenie komputera, włączenie i wyłączenie programów, funkcji (np. dźwięku), aplikacji, sterowanie kursorem myszy i klawiaturą podczas posługiwania się różnymi programami (np. MS Word, MS Excel, MS Outlook), nawigacja po stronach internetowych za pomocą mrugnięć, wyświetlanie stron internetowych www. MatrycE komunikacyjną b-Link przedstawia ilustr. 1.

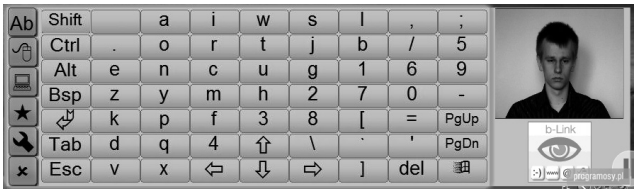
Innym przykładem wykorzystania w pracy z osobami z otępieniem urządzeń technicznych jest zastosowanie podczas obsługi komputera specjalnych okularów z umieszczoną w nich diodą. Komputer, poza odpowiednim oprzyrządowaniem, musi mieć specjalne oprogramowanie, dzięki któremu pacjent samodzielnie może go obsługiwać i prowadzić wymianę informacji (fot. 1 i 2).

To dzięki wczesnemu wykryciu i dążeniu do usprawniania społecznego (od najmłodszych lat wprowadza się z dziećmi zajęcia komputerowe, które w dorosłym i starszym wieku mogą być podstawą wsparcia terapeutycznego) możliwe jest wprzęgnięcie techniki w pomoc osobom z chorobą Alzheimera. Propozycje specjalistyczne są przykładem wprowadzania komunikacji alternatywnej pacjentom w łagodnym i umiarkowanym stadium otępienia. Ukazują kierunek zmian w technice, możliwości korzystania z nich w celu poprawy jakości życia osób dotkniętych chorobą Alzheimera oraz innymi postaciami demencji. Pracę z komputerem umożliwi klawiatura ergonomiczna (zob. fot. 3).

JJB

B: Bitniok, 2007; Błeszyński, 1998, 2008; Brzezińska, Hejmanowski, 2005; Domagała, 2007 a, 2007 b, 2015; Domagała, Długosz, 2002; Królak, Strumiłło, 2009, 2011; Pąchalska, 1999; Steuden, 2011; Świątek, 2007; Tetzchner, Martinsen, 2002; Wolańska, 2015; Zych, 2015 a.

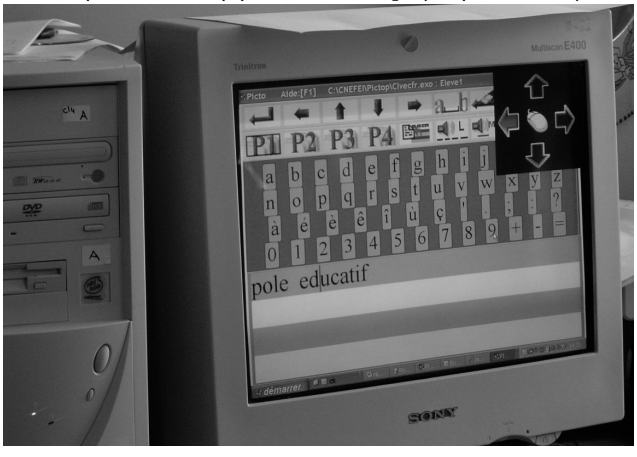
N: http://polscyniepelnosprawni.agh…; Nocoń, b.r. – Internet: http://seni.pl…
O: afazja, apraksja, choroba Alzheimera, mowa starcza, zaburzenia mowy i komunikacji w starszym wieku.
TK: ang. *support for the development of speech in old age*, fr. *soutien au développement de la parole dans la vieillesse*, hiszp. *apoyo al desarrollo del habla en la vejez*, niem. *Unterstützung für die Entwicklung der Sprache im Alter*, ros. *поддержка развития речи встарости*.



Ilustr. 1. Matryca komunikacyjna b-Link. Źródło: http://polscyniepelnosprawni.agh.edu.pl/wp-content/ uploads/Instrukcja_uzytkownika_programu_b-Link.pdf.



Fot. 1. Autor artykułu z okularami ze specjalną diodą, umożliwiającą sterowanie narzędziami technicznymi, komputerem. Źródło: Materiały własne z wizyty w ośrodkach specjalnych w Francji.



Fot. 2. Monitor komputera z kursorami, pozwalającymi prowadzić konwersację, przekaz informacji i wydawać polecenia. Źródło: Materiały własne z wizyty w ośrodkach specjalnych w Francji.



Fot. 3. Klawiatura przygotowana dla osób niepełnosprawnych, pozwalająca na lepsze zapamiętanie układu, pracę przy użyciu dłoni i nóg. Źródło: Materiały własne z wizyty w ośrodkach specjalnych w Francji.

wtórne starzenie się (wtórny proces starzenia się)

jest to „część następujących wraz z wiekiem zmian w funkcjonowaniu fizycznym, wpływających na tempo → starzenia się, które nie są nieuniknione, lecz mogą być także wynikiem działania powszechnych czynników środowiskowych, → stresu, zdarzeń traumatycznych i/lub → chorób, przyspieszających pierwotny proces starzenia się" (Zych, 2010, s. 204).
Zjawisko starzenia się jest zwykle definiowane jako naturalny, nieodwracalny, jednokierunkowy proces organizmu, nasilający się wraz z upływem lat, prowadzący do zmian metabolicznych i właściwości fizykochemicznych komórki, skutkujący upośledzeniem samoregulacji, regeneracji organizmu i zmianami morfologiczno-czynnościowymi tkanek i narządów (Zych, 2010, s. 167 i nast.). Biologiczne starzenie się organizmu człowieka, oprócz postaci fizjologicznej, naturalnej, może mieć również charakter patologiczny, nazywane jest wtedy procesem wtórnym. Patologia starości czyli ostatniego etapu → życia związana jest z występowaniem różnego rodzaju → chorób i → niepełnosprawności [niesprawności], powstających na skutek postępujących zmian wstecznych (inwolucyjnych), mających związek ze zmianami fizjologicznymi powodowanymi przez wiek (zob. Uchmanowicz, 2011, s. 70). O nieprawidłowej, patologicznej starości świadczy starszy „wiek czynnościowy" (określa on aktualny stan sprawności życiowej rozumianej jako suma przystosowań biologicznych, psychologicznych i społecznych. Wiek czynnościowy jest ustalany na podstawie

testów, w których porównuje się wyniki dla osób z danego przedziału wieku) w stosunku do → wieku chronologicznego (kalendarzowego) – 60. lub 65. roku życia (Leszczyńska-Rejchert, 2005, s. 40–42). W literaturze przedmiotu podkreśla się, że patologia wieku starczego ma swoją specyfikę: charakteryzuje się odmienną epidemiologią, systematyką, przebiegiem, leczeniem i rokowaniem chorób. Zacierają się charakterystyczne objawy chorobowe, pojawiają się objawy nietypowe, co utrudnia diagnozę i skuteczną terapię schorzeń Leszczyńska-Rejchert, 2005, s. 43). Ponadto przyśpieszony spadek sprawności, upośledzenie wielu funkcji życiowych organizmu i występowanie licznych chorób są częścią składową patologicznego procesu starzenia się. Ważną cechą jest również → wielochorobowość (polipatologia) oraz niesprawność funkcjonalna (zob. Przybyłka, 2011, s. 47).

Głównymi cechami charakteryzującymi patologię → wieku podeszłego są:

- **zmiana zapadalności na poszczególne choroby**: w → starości stopniowo zaczynają dominować jednostki chorobowe powstające na podłożu → miażdżycy naczyń, różnorodnych zwyrodnień narządu ruchu i układu płucno-sercowego, zwiększa się ryzyko wystąpienia nowotworów, → chorób alergicznych oraz związanych z odpornością i reaktywnością organizmu (→ astma [dychawica] oskrzelowa, → choroby reumatyczne),
- **wielonarządowość zmian chorobowych**, która związana jest z występowaniem wielu chorób jednocześnie, obejmujących różne tkanki i narządy, na skutek zmniejszającej się odporności organizmu,
- **brak występowania lub zmniejszenie częstotliwości występowania charakterystycznych objawów chorób oraz zmiana dynamiki przebiegu chorób**, np. rzadsze występowanie gorączki i/lub odczuwania bólu, co powoduje utajenie objawów chorobowych przez inne toczące się stany patologiczne.
- **zmiana reakcji organizmu na środki lecznicze**, często słabsza, niż we wcześniejszych okresach życia, spowodowana m.in. spowolnionym metabolizmem i gorszą przyswajalnością substancji leczniczych,
- **mniej pomyślne rokowania co do wyleczenia i do przeżycia**, związane z osłabieniem mechanizmów obronnych oraz problemów w zachowaniu równowagi funkcji organizmu. Te okoliczności powodują, że wydłuża się czas terapii, rekonwalescencji i powrotu do pełnego zdrowia oraz zwiększa się ryzyko → śmierci (Uchmanowicz, 2011, s. 70 i nast.).

W procesie starzenia się występują liczne schorzenia przewlekłe oraz specyficzne, starcze zespoły niesprawności, co powoduje, że późna starość jest okresem często występującego ograniczenia sprawności fizycznej i psychicznej (zob. Wojszel, 2009, s. 75). Zmieniony metabolizm starych tkanek wpływa na odmienną odpowiedź organizmu na czynniki chorobotwórcze oraz często inny niż u osób młodych przebieg kliniczny danej jednostki chorobowej (Rafałowska, 2001, s. 132). Zespoły tzw. niesprawności starczej, inaczej określane jako → **wielkie zespoły geriatryczne** – to przede wszystkim: zaburzenia poruszania się, → mobilności (ang. *immobility*), → upadki i zaburzenia równowagi (ang. *instability*), → zaburzenia zwieraczy, w postaci nietrzymania moczu i/lub stolca (ang. *incontincence*), upośledzenie sprawności intelektualnej (ang *intellectual impairment*), zaburzenia emocji i odczuwania, zwykle w postaci → depresji (ang. *depression*) i zaburzeń nastroju, upośledzenie pracy narządów zmysłu, głównie wzroku i słuchu (ang. *visual and hearing impairment*), → niedożywienie [w starszym wieku] i błędy żywieniowe (ang. *malnutrition*), oraz → polipragmazja (ang. *polipharmacy*) – praktyka przyjmowania więcej niż kilka leków jednocześnie (Wojszel, 2009, s. 44). Zespoły te cechuje wielość i różnorodność przyczyn oraz najczęściej przewlekły przebieg. Dotyczą one przede wszystkim okresu późnej starości, powyżej 80. r.ż. i prowadzą do znacznego ograniczenia lub upośledzenia sprawności życiowej. O niesprawności życiowej można mówić w sytuacji, gdy osoba starsza nie jest w stanie wykonać, lub ma trudności z wykonywaniem, ważnych czynności życiowych niezbędnych do niezależnego funkcjonowania, np. we własnym gospodarstwie domowym. Czynności te dzieli się na samoobsługowe (podstawowe ADL – *Activities of Daily Living*: przemieszczanie się, ubieranie, mycie, przyjmowanie posiłków, oraz czynności złożone (instrumentalne ADL): robienie zakupów, korzystanie ze środków transportu, prace domowe, posługiwanie się pieniędzmi, przyjmowanie leków (Wojszel, 2009, s. 44).

Do najczęstszych schorzeń występujących w wieku starszym można zaliczyć:

- **choroby układu sercowo-naczyniowego**: konsekwencje choroby nadciśnieniowej, miażdżycy naczyń, uszkodzeń niedokrwiennych i pozapalnych serca, niewydolność zastoinowa serca, zaburzenia rytmu serca i zaburzenia regulacji ciśnienia krwi – niestabilność i hipotensja (obniżone ciśnienie). Choroby naczyń tętniczych zajmują pierwsze miejsce wśród przyczyn śmiertelności i inwalidztwa u ludzi starych. Skutki tych chorób uwidaczniają się szczególnie w trzech narządach: w mózgu, sercu i kończynach dolnych (Brocklehurst, Allen, 1991, s. 29),

- **choroby kośćca i mięśni**: utrata masy mięśni szkieletowych i spadek funkcji mięśni oraz zmniejszenie wydolności fizycznej – zespół → sarkopenii, → choroba zwyrodnieniowa stawów, → osteopenia (choroba kości, w której dochodzi do obniżenia się gęstości mineralnej kośćca) i osteoporoza (choroba polegająca na postępującym zmniejszaniu się masy kostnej, osłabieniu struktury przestrzennej kości i zwiększonej podatności na złamania), która wykazuje predyspozycję do pourazowych złamań, występowania zapaleń reumatoidalnych i z autoagresji, np. polimialgii, przewlekłych zespołów bólowych mięśni i stawów (Derejczyk, 2002, s. 139–140), Z kolei → osteomalacja u osób starszych, polegająca na zmniejszeniu mineralizacji kości przy prawidłowej objętości, związana jest z niedoborem witaminy D i zaburzeniami jej metabolizmu i dotyczy głównie osób stale przebywających w zamkniętych pomieszczeniach, do których nie dociera naturalne światło słoneczne (Marcinkowska-Suchowierska, Tałałaj (2005, s. 145). Są to głównie → seniorzy mający problem z poruszaniem się poza domem oraz ciężko chorzy i przykuci do łóżka. → Styl życia, odżywianie, nieprawidłowości w układach naczyniowym i neurologicznym oraz zmiany hormonalne wpływają na procesy zwyrodnieniowe w obrębie mięśni i kości. Styl życia ma największy wpływ, ponieważ brak aktywności lub jej zmniejszenie powoduje znaczne ubytki struktur kostnych i mięśniowych. Odżywianie wpływa na metabolizm tkanki kostnej i substancji mineralnych, zaś nieprawidłowości naczyniowe lub neurologiczne przyśpieszają procesy zwyrodnieniowe zachodzące w tkance mięśniowej (Williams, 2009, s. 5–6),
- **choroby naczyń krwionośnych mózgowych**: → udary mózgu – niedokrwienne i krwotoczne, przejściowe napady niedokrwienia mózgu, przewlekłe „obszarowe" zespoły niedokrwienne mózgu,
- **organiczne choroby mózgu i choroby psychiczne**: zespoły otępienne, → depresje, reakcje psychotyczne, zaburzenia → pamięci, → choroba Parkinsona, charakteropatie, przewlekły krwiak podtwardówkowy, guzy pierwotne i przerzutowe, wodogłowie normotensyjne oraz podatność do występowania zaburzeń świadomości (Derejczyk, 2002, s. 139–140). Jedno z najbardziej znanych schorzeń przebiegających z → otępieniem, → choroba Alzheimera, jest kojarzona z okresem → starości, ponieważ w tym przypadku wiek jest jednym z najważniejszych czynników ryzyka (zob. Barikowska, A. Bilikiewicz, 2004, s. 25). Wraz z wiekiem masa mózgu ulega zmniejszeniu, ale dotyczy to niektórych jego struktur, u ludzi starszych z otępieniem ubytek komórek masy szarej jest znaczny (Williams, 2009, s. 6).
- **nowotwory**: płuc, piersi, jelita grubego, żołądka, skóry, prostaty, wątroby i dróg żółciowych, szpiczak, przewlekłe białaczki, chłoniaki złośliwe, nowotwory nisko-zróżnicowane i o ukrytej lokalizacji przy obecności przerzutów (Derejczyk, 2002, s. 139–140). Szpiczak jest jednym z nowotworów, który charakteryzuje się zwiększoną zapadalnością związaną z podeszłym wiekiem (Pszenna, 2005, s. 176),
- **przewlekłe zapalenia z fazami zaostrzenia**: zapalenia dróg moczowych, trudno gojące się rany, owrzodzenia żylakowate i niedokrwienne kończyn, zapalenia oskrzeli i płuc u chorych w złym stanie ogólnym, aktywne zapalenia wątroby współistniejące z marskością,
- **choroby układu oddechowego**: rozedma płuc, przewlekły nieżyt oskrzeli, zależna od leków steroidowych → astma oskrzelowa, niewydolność oddechowa współistniejąca z zaawansowaną niewydolnością krążenia, rozstrzenia oskrzeli, gruźlica, przewlekły nikotynizm,
- **choroby i/lub zaburzenia wzroku i słuchu**: niedosłuch, szumy w uszach i zawroty głowy, → zaćma, retinopatia, → jaskra,
- **choroby układu moczopłciowego**: zakażenie dróg moczowych, nietrzymanie moczu, → łagodny przerost prostaty, wypadanie macicy (Derejczyk, 2002, s. 139–140). Do nietrzymania moczu mogą prowadzić wszystkie schorzenia w obrębie dolnego odcinka dróg moczowych (np. przerost gruczołu krokowego, zakażenia dróg moczowych), ale także np. zaburzenia świadomości i zaburzenia zachowania, depresja i otępienie oraz ograniczenia w poruszaniu się, zmiany w krzyżowym odcinku rdzenia kręgowego, problemy ginekologiczne u kobiet: zmiany hormonalne w → menopauzie, rozciągnięcie mięśni dna miednicy (Kropińska, Wieczorowska-Tobis, 2011, s. 27– 28),
- **choroby przewodu pokarmowego i metaboliczne**: nietolerancja węglowodanów i → cukrzyca typu drugiego, → osteoporoza, choroby tarczycy o odmiennym przebiegu, niż w młodszych → grupach wieku, wtórna nadczynność przytarczyc, megaloblastyczna → anemia [w starszym wieku], zespoły złego wchłaniania, zapalenie niedokrwienne jelit, skręt esicy, angiodysplazja oraz uchyłkowatość jelita grubego, zaparcia, owrzodzenia żołądka i nieżyty nadżerkowe, choroba refleksowa przełyku,
- → **geriatryczny zespół jatrogenny** [GZJ]: dolegliwość, nowa nabyta choroba lub stwierdzone nie-

prawidłowe parametry biochemiczne, które wystąpiły u chorej osoby po 65. r.ż. w związku z niewłaściwie zaleconym leczeniem. Jak wskazują geriatrzy najczęściej powodem GZJ są zbyt duże dawki leków powodujące efekty toksyczne i → interakcje [leków] w stosowanym leczeniu wielolekowym (Derejczyk, 2002, s. 139–140).

Ponadto w starszym wieku dość często występuje niedokrwistość, która nie jest fizjologiczną konsekwencją procesu starzenia się. Zawsze ma przyczynę inną niż wiek – najczęściej jest spowodowana przez → niedożywienie [w starszym wieku], utratę krwi lub obecność nowotworu złośliwego (Williams, 2009, s. 9). Niedożywienie z kolei spowodowane jest najczęściej wiązką przyczyn, z których najbardziej istotne to: stan jamy ustnej i uzębienia (braki w uzębieniu, nieodpowiednio dobrane protezy), stosowanie leków zaburzających łaknienie, trudności w samoobsłudze, poruszaniu się, przygotowywaniu posiłków, niewłaściwie skomponowana dieta, trudności finansowe skutkujące oszczędzaniem na pożywieniu, samotność, brak lub ograniczenie kontaktów społecznych oraz długotrwałe problemy somatyczne i psychiczne (Strugała, Wieczorowska-Tobis, 2011, s. 70–71).

Oprócz uwarunkowań wewnętrznych, osobniczych, istotne znaczenie dla patologicznego przebiegu starzenia się mają również czynniki zewnętrzne, a wśród nich sytuacja społeczna, tryb i warunki życia, otoczenie społeczne, a nawet poglądy na życie (Pikuła, 2011, s. 30). Przyspieszone starzenie się ze wszystkimi negatywnymi konsekwencjami dotyczy przede wszystkim osób samotnych i osamotnionych, owdowiałych i nie posiadających bliskich osób, na których pomoc mogliby liczyć w sytuacji konieczności. Z kolei warunki bytowe (mieszkanie lub dom o niskim standardzie, nieocieplony, brak własnego źródła dochodów lub poziom niewystarczający na zaspokojenie potrzeb, brak lub niedostateczne wyposażenie mieszkania w podstawowe sprzęty gospodarstwa domowego, łazienkę, wodociąg, pralkę, lodówkę itd.) oraz sam tryb życia (np. nieaktywny, postawa roszczeniowa) przyczyniają się do wystąpienia kolejnych schorzeń na zasadzie błędnego koła. Równie istotnym elementem warunkującym patologiczne starzenie się jest negatywna postawa życiowa przejawiająca się w malkontenctwie, pesymizmie i skupianiu się wyłącznie na własnej osobie.

EMI

B: Barcikowska, A. Bilikiewicz, 2004; Brocklehurst, Allen, 1991, Derejczyk, 2002; Kropińska,Wieczorowska-Tobis, 2011; Leszczyńska-Rejchert, 2005; Marcinkowska-Suchowierska, Tałałaj, 2005; Pikuła, 2011; Przybyła, 2011; Pszenna, 2005; Rafałowska, 2001; Uchmanowicz, 2011; Williams, 2009; Wojszel, 2009; Zych, 2010.

O: pierwotne starzenie się, starzenie się.

S: chorobowe starzenie się, patologiczne starzenie się.

TK: am. secondary aging, ang. *secondary ageing*, fr. *le vieillissement secondaire*, hiszp. *el envejecimiento secundario* [*procedimento*], niem. *sekundäres Altern*, ros. *втричное или внутреннее старение*.

wtórny proces starzenia się → wtórne starzenie się

wychowanie do starości

– jest określeniem wprowadzonym przez polskiego pedagoga [Aleksandra] → Kamińskiego na oznaczenie całokształtu procesów o charakterze wychowawczym i edukacyjnym, dotyczących przygotowania poszczególnych → grup wieku, w szczególności osób starszych, do pomyślnego przeżywania procesu → starzenia się. W sensie wąskim odnosi się do działań z zakresu → przygotowania do starości (okres od dzieciństwa do dorosłości). W rozumieniu szerokim obejmuje dodatkowo działania wychowawcze dotyczące → seniorów (wychowanie w starości), jak również te dokonujące się dzięki nim (wychowanie przez → starość) w sposób bezpośredni i pośredni, w szerszym kontekście społecznym. Procesy te nie są jednak rozłączne. Pozostają we wzajemnej interakcji, stanowiąc całościowy obszar wychowania w perspektywie starości (zob. Uzar, 2011).

Za prekursorów wychowania do starości można uznać polskiego prawnika i filologa → Maryckiego − dzieło *O szkołach, czyli akademiach, ksiąg dwoje*, przede wszystkim zaś wybitnego czeskiego pedagoga → Komeńskiego, który w swoim dziele *Pampaedia* (1656), opisując siedmioklasową szkołę życia, wyróżnił szkołę starości (łac. *schola senii*) i szkołę śmierci (łac. → *schola mortis*). Jako argumenty uzasadniające ich zaistnienie wskazał równoprawność wszystkich etapów → życia i rozwoju człowieka oraz odpowiadających im celów, sposobów i środków wychowania, jak również „słabość" okresu starości, która nie może pozostać zaniedbana i wymaga „kierownictwa i podtrzymania". Na gruncie teorii naukowej, termin „geragogika" (od grec. *γέροντος αγό* – prowadzę, pielęgnuję starca), rozumiany jako wychowanie i edukacja ludzi starzejących się i starych, został przytoczony przez niemieckich uczonych: → Kehrera w roku 1952

i → Mieskesa w 1956. W 1962 → Bollnow wprowadził pojęcie „gerontogogika" na oznaczenie nauki o wychowaniu ludzi starych.

Podstawowym komponentem, sformułowanej w latach 70. ubiegłego stulecia przez A. Kamińskiego, koncepcji wychowania do starości jest rozłożone na wszystkie etapy życiowe budzenie i rozwijanie potrzeb, zainteresowań i umiejętności pożądanych w starości. Punktem wyjścia jest zdolność do akceptacji starości, związanych z nią ograniczeń ale również dostrzeżenie możliwości jakie ze sobą niesie. Obszarami, które w sposób szczególny stanowią przestrzeń aktywności, korzystnej z punktu widzenia starości, są: praca dostosowana do wieku i możliwości psychofizycznych oraz różnego rodzaju zainteresowania pozaosobiste, realizowane w sposób nieformalny i zorganizowany. Proponowanymi dziedzinami „pracy użytecznej i cenionej" są: praca zawodowa (w tym przygotowanie w zakresie specjalizacji rezerwowej, odpowiedniej do okresu emerytalnego), zajęcia amatorskie, pomoc rodzinie w sprawowaniu → opieki, aktywność społeczna i polityczna. Powinny one być uzupełnione zaangażowaniem w aktywne spędzanie → czasu wolnego – uczestnictwo w kulturze, aktywność turystyczno-krajoznawczą, a także troską o kondycję zdrowotną i → sprawność fizyczną. Mechanizmami leżącymi u podstaw tak rozumianego przygotowania do starości są samowychowanie oraz praca nad sobą na płaszczyźnie podmiotowej, w aspekcie przedmiotowym zaś stwarzanie sytuacji umożliwiających podejmowanie aktywności oraz towarzyszenie w rozwoju poprzez informowanie, → poradnictwo oraz zachętę.

Cele wychowania do starości realizowane są w odmienny sposób w każdym z okresów rozwojowych, a ogólną tendencją jest zwiększający się udział samodzielnych działań osoby „wychowywującej się" w stosunku do kierowanego wspomagania wychowawcy. Dzieciństwo jest czasem odkrywania potencjału rozwojowego i zrozumienia → cyklu życia człowieka przy udziale wychowawców, którymi często oprócz rodziców są dziadkowie. W kontakcie z nimi dzieci mają szansę spotkania ze światem wartości, tradycji, historii stojących u podstaw poczucia własnej tożsamości. Dla starszego pokolenia relacje międzypokoleniowe stanowią szansę realizacji potrzeby przynależności i odkrywania sensu starzenia się w kontakcie z młodymi. Są to wymiary wychowania przez starość, w którym poprzez kontakt z osobami starszymi, uczestniczą inne grupy społeczne. Edukacja międzypokoleniowa jest dynamicznie rozwijającym się obszarem praktyki i badań pedagogicznych.

Okres dorastania i młodości stanowi początek świadomego procesu samowychowania, podstawowego dla nabywania → kompetencji biograficznej – umiejętności współtworzenia swojego → życia i rozwoju oraz wspomagania rozwoju innych w sposób bardziej systemowy (Pietrasiński, 1990). Wyrabianie postawy wewnątrzsterowności, m.in. poprzez podejmowanie wyborów i przejmowanie odpowiedzialności za swoje życie, sprzyja postawie otwartości a zarazem aktywności w adaptacji do wyzwań starości. Kontakty młodzieży z osobami starszymi koncentrujące się wokół wspólnych, ważnych dla obu grup wiekowych kwestii, dają młodym szansę antycypacji przyszłości, poprzez korzystanie z doświadczenia → seniorów, którzy zmierzyli się już z ważnymi zadaniami życiowymi. Okres młodości powinien również zaowocować wykształceniem aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym i kulturalnym, oraz zdolnością do podejmowania zobowiązań zawodowych, istotnych dla kontynuowania tych aktywności w → wieku podeszłym.

Dorosłość to czas średnioterminowego (druga połowa życia, świadome przygotowanie do starości) i krótkoterminowego (okres bezpośrednio przed przejściem na → emeryturę lub krótko po nim) → przygotowania do starości. Głównym celem wychowania do starości w tym etapie jest pogłębiona świadomość procesu starzenia się oraz związanych z nim zmian – nabycie wiedzy o starości oraz przyjęcie wobec niej postawy akceptacji. Ważnym zadaniem jest również wyposażenie osoby dorosłej w zasób informacji dotyczących pomyślnego funkcjonowania w starości – począwszy od rozwiązań finansowych, mieszkaniowych, zdrowotnych i opiekuńczych, poprzez możliwe formy kontynuacji pracy zawodowej, edukacji aż po sposoby spędzania czasu wolnego. To również czas postulowanego przewartościowania i zwiększania, w miarę możliwości ekonomicznych i zawodowych, udziału aktywności wolnoczasowych w całości codziennych zaangażowań (nauka korzystania z czasu wolnego). Pomocą w tym jest troska o podtrzymanie istniejących i budowanie nowych relacji międzyludzkich oraz włączenie się w działalność instytucji, organizacji o charakterze kulturalnym i społecznym. Cele te mogą być realizowane w zróżnicowany sposób: poprzez lekturę specjalistycznej literatury, samodzielne studia zasobów bibliotecznych, internetowych, uczestnictwo w wykładach, seminariach, warsztatach, grupowych spotkaniach i rozmowach koncentrujących się wokół problematyki starości o charakterze jednorazowym i cyklicznym. Wprowadzane są również programy stażów przygotowujących do emerytury, w Polsce jednak stosunkowo

nieliczne. Wychowanie do starości w wieku dojrzałym ukierunkowane jest także na podtrzymanie aktywności samowychowawczej, dotyczącej różnych dziedzin życia. Realizacja tego celu koresponduje z sytuacyjnością oraz incydentalnością charakterystyczną dla nieformalnej edukacji dorosłych.

Okres starzenia się jest czasem, w którym przygotowanie do starości zbiega się wychowaniem w starości. Ten najbardziej zróżnicowany ze wszystkich etapów życia, wymaga dostosowania działań wychowawczych i/lub edukacyjnych. A. Kamiński (1986) wyróżnił fazy: zadowalającej sprawności, sprawności ograniczonej oraz starości „przykutej do łóżka", którym odpowiadają odpowiednie aktywności służące wdrożeniu osób starszych do polepszania i wzbogacania swego aktualnego życia. Wraz z przemianami kondycji psychofizycznej seniorów, następuje zmiana celów, treści i form wychowania. Od początkowej pełnej możliwości zaangażowania w zróżnicowane formy uczestnictwa w kulturze, życiu społecznym i edukacji, poprzez ich ilościowe ograniczenie połączone z koniecznością adaptacji, aż do większego udziału aktywności wewnętrznej, ukierunkowanej na bilansowanie i odkrywanie sensu życia. Zauważalne jest również stopniowa zmiana odbiorców działań edukacyjnych – z samych osób starszych, w kierunku bliskich, podejmujących nad nimi opiekę. Przemiany w specyfice działań wychowawczych nie powinny mieć jednak charakteru ograniczeń, chodzi o stworzenie palety zaangażowań, z których osoba starsza wybierze te najbardziej dla siebie odpowiednie, sprzyjające uzyskaniu maksimum satysfakcjonującej jakości aktualnego życia. Wychowanie w perspektywie starości, wiąże się również z dziedziną → tanatopedagogiki – wychowania do → śmierci, cierpienia i → umierania. Pytania natury egzystencjalnej, również te dotyczące śmierci i wartości absolutnych, stanowią nieodłączny element tego okresu życia. Zadaniem wychowawców zewnętrznych jest wspieranie towarzyszenie w procesie ich poszukiwania na nie odpowiedzi poprzez postawę otwartości, gotowości do rozmowy. Duchowy wymiar przeżywania starości jest jednym z istotnych wyzwań dla geragogiki.

Proces wychowania do starości posiada również swój wymiar środowiskowy i instytucjonalny. W sensie szerokim uczestniczy w nim większość podmiotów życia społecznego. Jako miejsca związane z wychowaniem do starości w sposób szczególny należy wymienić posiadającą długą tradycję i prężnie rozwijającą się w Polsce, sieć → uniwersytetów trzeciego wieku, → kluby seniora oraz placówki opiekuńcze – → domy dziennego pobytu oraz → domy opieki rożnego typu. Szeroką płaszczyznę wychowania w perspektywie starości stanowi także działalność organizacji pozarządowych. Zrzeszają one samych seniorów podejmujących zadania samopomocowe, społeczne, rekreacyjne i edukacyjne lub działają na ich rzecz przy udziale członków innych grup społecznych. Działania edukacyjne realizowane w formach instytucjonalnych i nieformalnych, publicznych i pozarządowych stanowią ważny i coraz lepiej rozwinięty obszar wychowania do starości w Polsce.

Rozwijany jest również wymiar metodyczny geragogiki. Tworzone są autorskie koncepcje realizacji przedsięwzięć międzypokoleniowych i seniorskich. Przykładem może być *Szkoła SuperBabci i SuperDziadka*, stworzona w 2008 w Lublinie przez Zofię Zaorską (1944–) pedagoga, animatora osób starszych, rozwijana na terenie Polski w formie sieci szkół (zob. *Szkoła SuperBabci…*, 2015 – Internet: http://www.superbabcia…). Jej celem jest wspieranie osób starszych w towarzyszeniu wnukom w poznawaniu świata, zdobywaniu umiejętności rozwijającej zabawy oraz w podjęciu obowiązków szkolnych. Starsi opiekunowie mogą również uczestniczyć w zróżnicowanych zajęciach służących trosce o własną kondycję psychofizyczną, budowaniu relacji z innymi oraz wypoczynkowi. Szkoła jest miejscem rozwijania relacji międzypokoleniowych opartego na czynnym zaangażowaniu seniorów w niej uczestniczących. W obszar wychowania do starości, wpisują się także rożnego rodzaju programy warsztatowo-szkoleniowe skierowane do profesjonalistów różnych dziedzin, oraz opiekunów nieformalnych, pracujących lub przygotowujących się do pracy z osobami starszymi. Jest to wymiar → edukacji gerontologicznej, zawierającej treści dotyczące specyfiki starzenia się, potrzeb i możliwości wieku podeszłego oraz zasad, metod i technik stosowanych w pracy z seniorami. Kształcenie kadr gerontologicznych jest jednym z głównych zadań edukacyjnych dla współczesnych, starzejących się społeczeństw.

Wielowymiarowy proces wychowania do starości staje się przedmiotem coraz liczniejszych analiz i badań naukowych, służących wypracowaniu teoretycznych podstaw i praktycznych aplikacji → geragogiki w poszczególnych → grupach wieku oraz w zróżnicowanych środowiskach. Wychowanie oraz samowychowanie osób i społeczeństw do godnego przeżywania starości, stanowi ważny komponent współczesnej teorii i praktyki uczenia się człowieka przez całe życie (ang. *lifelong learning*).

KU-S, KB

B: Dzięgielewska, 2009; Kamiński, 1972, 1986; Komeński, 1973; Marycjusz, 1955; Pietrasiński, 1990; Szarota, 2004, 2014; Uzar, 2011, 2013; Zaorska, 2004; Zych, 2010.
N: *Szkoła SuperBabci*…, 2015 – Internet: http://www.superbabcia…
O: edukacja a starzenie się, edukacja gerontologiczna, edukacja w starości, geragogika, gerontologia edukacyjna, modernistyczne ujęcie edukacji osób starszych, postmodernistyczna perspektywa gerontoedukacji, potrzeby edukacyjne osób starszych, starość i edukacja.
TK: ang. *education for old age*, fr. *l'éducation pour la vieillesse*, hiszp. la education para la vejez, niem. *Alterserziehung/ Ausbildung für das Alter*, ros. *воспитание к старости*.

wykluczenie cyfrowe osób starszych

– najczęściej rozumiane jako brak wykorzystania (por. fot. 1) lub niższej jakości użytkowanie Internetu i/lub (czasami szerzej) technologii informacyjno-komunikacyjnych przez osoby starsze.

Rozmiary wykluczenia cyfrowego osób starszych

W większości krajów statystyki wskazują na różnice pokoleniowe w wykorzystaniu Internetu na niekorzyść osób starszych w porównaniu z młodszymi. W Polsce z sieci korzystają prawie wszyscy młodzi – w najmłodszej grupie 16–24 lat nie jest użytkownikiem Internetu jedynie jedna na czterdzieści osób. Całkiem inaczej sytuacja wygląda wśród najstarszej uwzględnianej w krajowych badaniach grupy (powyżej 65. roku życia) z Internetu korzysta jedynie 18% a w → grupie wieku 60–64 r.ż. – 40% (Batorski, 2015). → Badania podłużne wskazują, że odsetki te powoli rosną (kilka punktów procentowych w ciągu kilku lat) wraz z osiąganiem starszego wieku przez osoby, które zaczęły korzystać z sieci na wcześniejszym etapie → życia.

Generalnie różnice ze względu na wiek są spore, a osoby powyżej 60 r.ż. stanowią ponad 60% populacji dorosłych niekorzystających z Internetu w Polsce. Co więcej, osoby w tym wieku rzadziej niż inne grupy korzystają z Internetu w sposób wszechstronny i wykorzystują zaawansowane zastosowania. To samo dotyczy wykorzystania sieci dla rozrywki i komunikacji. Większość osób starszych korzysta z Internetu w sposób bierny wchodząc raczej w rolę odbiorcy treści internetowych niż ich producenta (Batorski, 2015, Pyżalski, 2012, Szmigielska, Bąk, Hołda, 2012). W tym przypadku mamy do czynienia z wykluczeniem rozumianym nie jako brak wykorzystania Internetu, lecz niższą jakość jego wykorzystania, która nie niesie ze sobą wielu potencjalnych korzyści dla szeroko rozumianego funkcjonowania osoby starszej w aspekcie psychologicznym i społecznym.

Przyczyny wykluczenia cyfrowego osób starszych

Wśród przyczyn wykluczenia cyfrowego, bez względu na to kogo dotyczy, wymienia się cztery obszary problemów:

- dostęp (ang. *access*) związany z możliwości technicznymi (urządzenia dostępowe, łącze internetowe,
- umiejętności (ang. *skills*) związane z użytkowaniem Internetu,
- motywacja (ang. *motivation*) związana ze znajomością korzyści związanych z użytkowaniem sieci,
- zaufanie (ang. *trust*) związane z obawami, że korzystając z Internetu można stać się ofiarą przestępstw, nielegalnych działań (*Policy paper*…, b.r. – Internet: https://www.gov.uk…).

Generalnie, ze względu na fakt obniżenia kosztów sprzętu komputerowego i dostępu do Internetu, czynnik ekonomiczny jako przyczyna braku dostępu do Internetu w polskich gospodarstwach domowych zaczyna mieć coraz mniejsze znaczenie. W najnowszych badaniach jedynie 5% gospodarstw domowych wskazało go jako przyczynę braku posiadania Internetu. Na pierwszym miejscu (14%) wymieniany jest brak potrzeby, a w przypadku 8% brak odpowiednich umiejętności (Batorski, 2015).

Należy zauważyć, że na uwarunkowania związane z wiekiem bardzo silnie nakładają się inne czynniki społeczno-demograficzne, głównie te związane z poziomem wykształcenia (wyższy status wykształcenia koreluje z częstszym i bardziej wszechstronnym wykorzystaniem) oraz miejscem zamieszkania – miasto *versus* wieś (Batorski 2015, Tomczyk 2015). Jak wskazuje David Buckingham (2008, s. 162) obecnie podziały i wykluczenie cyfrowe wynikają głównie „[…] ze zróżnicowanego dostępu do technologii: wiążą się one ze zróżnicowanym dostępem do kapitału intelektualnego i kulturowego, który potrzebny jest do efektywnego i twórczego korzystania z tej technologii".

Przeglądy badań (zob. Grill, Rossall, 2013 – Internet: ttp://www.ageuk.org.uk…; Szmigielska, Bąk, Hołda, 2012) wskazują, że decydujące czynniki wśród osób starszych wpływające na nieużywanie przez nich Internetu i technologii cyfrowych to:

- subiektywnie odczuwany brak potrzeby,
- brak świadomości dotyczących potencjalnych korzyści z użytkowania Internetu,
- wcześniejsze negatywne doświadczenia z użytkowaniem technologii informacyjno-komunikacyjnych,
- brak zaufania do technologii (jej zawodność),

- brak wsparcia ze strony sieci społecznej, w tym członków → rodziny (np. wnuków),
- koszty użytkowania Internetu,
- obawy związane z prywatnością i brakiem bezpieczeństwa w Internecie,
- brak umiejętności wykorzystania, również w kontekście braku programów edukacyjnych.

Konsekwencje wykluczenia cyfrowego

Wykluczenie cyfrowe stanowi element szerszego problemu → wykluczenia społecznego osób starszych, przyczyniając się do pogłębienia tych podziałów, które są aktualnie obecne.

Konsekwencje wykluczenia cyfrowego osób starszych obejmują szereg indywidualnych i społecznych, powiązanych ze sobą kwestii, do których należy zaliczyć:

- brak dostępu lub ograniczony dostęp do informacji dostępnych *online*,
- brak lub ograniczenie dostępu do produktów i usług udostępnianych przez Internet,
- brak dostępu do rozwiązań z obszaru opieki zdrowotnej (e-zdrowie),
- wykluczenie z rynku pracy, w którym wykorzystanie technologii informacyjno-komunikacyjnych i wymagania posiadania kompetencji w tym zakresie są coraz bardziej powszechne,
- brak dostępu do instrumentów e-administracji różnych szczebli,
- ograniczenie możliwości edukacji (w tym *e-learningu*),
- ograniczenie możliwości komunikacji z osobami bliskimi (zarówno w kontekście rodzinnym, jak i szerszej sieci społecznej), prowadzące do → izolacji społecznej,
- absencja e-kulturalna, tj. brak możliwości dostępu do dóbr kultury dostępnych w Internecie.

Przeciwdziałanie wykluczeniu cyfrowemu osób starszych

Zjawisko wykluczenia cyfrowego osób starszych próbuje się rozwiązywać poprzez inicjatywy z zakresu edukacji formalnej, nieformalnej i pozaformalnej, lecz przede wszystkim przez zastępowanie pokoleń (Pyżalski, 2012, Tomczyk, 2015). Dotychczas zrealizowane programy nastawione były na doskonalenie technicznych umiejętności → seniorów, kształtowanie ich postaw i motywacji, a także na udostępnieniu seniorom odpowiedniego sprzętu (Szmigielska, Bąk, Hołda, 2012). Istotną rolę pełnią tu tzw. programy międzygeneracyjne, gdzie przedstawiciele młodszych pokoleń motywują i uczą osoby starsze wykorzystania technologii informacyjno-komunikacyjnych. W tym kontekście mówi się o przeciwieństwie wykluczenia cyfrowego, czyli inkluzji cyfrowej. Wskazuje się często na stosunkowo niską skuteczność i ograniczoną powtarzalność programów → wsparcia w tym obszarze (Batorski, 2015).

Jacek Pyżalski

B: Batorski, 2015; Buckingham, 2008; Czapiński, Błędowski, 2014;; Pyżalski, 2012; Szmigielska, Bąk, Hołda, 2012; Tomczyk, 2015.

N: Grill, Rossall, 2013 – Internet: http://www.ageuk.org.uk…; http://www.spidersweb.pl…; *Policy paper*…, b.r. – Internet: https://www.gov.uk**…**

O: cyfrowi imigranci, ekskluzja społeczna, izolacja społeczna, marginalizacja społeczna osób starszych, wykluczenie komunikacyjne osób starszych, wykluczenie społeczne osób starszych.

S: analfabetyzm cyfrowy, e-wykluczenie, nierówności cyfrowe.

TK: ang. *digital exclusion of older people*, fr. *l'exclusion numérique des personnes âgées*, hiszp. *exclusión digital de las personas de edad*, niem. *digitalen Ausgrenzung der älteren Generation*, ros. *цифровое исключение пожилых людей/информационное неравенство пожилых людей*.

wykluczenie komunikacyjne osób starszych

Pomimo możliwości, które przed → seniorami otwierają nowe media, niejednokrotnie nie posiadają oni kompetencji, by z tych potencjalności korzystać. Osoby starsze kierując się bardzo często zasadą „minimaksu", chcą osiągnąć cel, jak najmniejszym kosztem. Zatem w kontakcie z medium, jakim jest Internet, który mogą niemal dowolnie konstruować, wybierają znane im wcześniej habitusy. [Wg 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.]. Ograniczenia w możliwości kreacji i interaktywności – cech najczęściej przypisywanych Internetowi – pochodzą od samej jednostki. Owe ograniczenia mają swe źródło w habitusie polegając na tym, że osoba starsza choć potencjalnie ma możliwość nieograniczonego działania, mogąc podejmować aktywność odwołując się do nieograniczonej liczby scenariuszy, tak jednak nie czyni. Istnieją bo-

wiem tysiące opcji, o których senior w ogóle nie myśli i nie bierze ich pod uwagę podejmując działania, także te *online*. Toteż, skoro osoba starsza w ogóle tych scenariuszy nie rozważa, są one fikcjonalne, bowiem są one jej niedostępne i realnie nie może z nich korzystać. Wykluczenie komunikacyjne osób starszych obejmuje także → ageizm i dyskryminację, jak również negatywne, stereotypowe postawy społeczne związane z osobami starszymi. Przejawia się on w etykietowaniu, stygmatyzowaniu osób starszych w języku, mediach, czy szeroko pojętej sferze popkultury (dowcipy). Osobom starszym przypisuje się brzydotę, bezsilność, aseksualność, → choroby psychiczne i ograniczenia. Wykluczenie komunikacyjne obejmuje także→ wykluczenie cyfrowe [osób starszych], rozumiane nie tylko jako brak dostępu do nowych technologii, ale także – a w przypadku seniorów przede wszystkim – nieposiadanie umiejętności pozwalających na efektywne korzystanie z Internetu i/lub brak takiej potrzeby. Zatem cyfrowe wykluczenie nakłada się na inne formy wyłączenia, generując jeszcze większe dysproporcje pomiędzy ludźmi młodymi a starymi.

MS

B: Szpunar, 2007, 2012 a.

O: ekskluzja społeczna, marginalizacja społeczna osób starszych, wykluczenie cyfrowe osób starszych.

S: wykluczenie informacyjno-komunikacyjne osób starszych.

TK: ang. *communicational exclusion of older people*, fr. *l'exclusion communicationnelle des personnes âgées* ou *l'exclusion de la communication des personnes âgées*, hiszp. *exclusión communicacional de las personas de mayores*, niem. *Exklusion aus der Kommunikation älteren Generation*, ros. *коммуникационные исключение пожилых людей или информационно-коммуникаионные исключение пожилых людей*.

wykluczenie społeczne osób starszych

Termin wykluczenie społeczne wprowadził w Europie francuski polityk René Lenoir (1927–), który w książce pod znamiennym tytułem: *Les exclus*…[*Wykluczony*] (1974) opisał ludzi żyjących na marginesie → życia społecznego. W ostatnich dekadach szeroko dyskutowany, jest częściej stosowany niż inne terminy, takie jak np. ekskluzja społeczna, marginalizacja, ubóstwo, podklasa, stygma społeczna. Ostatnią kategorię wykorzystał Paul C. Luken (1983 –Internet: aei.pitt.edu/…) dyskutując problem wycofywania się ludzi starych i integrowania się w grupach rówieśniczych jako strategię obrony przez negatywną etykietą.

Wykluczenie społeczne oznacza zerwanie więzi społecznych i jest procesem stopniowego słabnięcia uczestnictwa, dostępu do zasobów i solidarności (Silver, 2007). W ujęciu jednostkowym, wyraża niezdolność osoby do wypełniania normatywnych zadań i nawiązywania znaczących relacji w społeczeństwie. Na poziomie społeczeństwa świadczy o jakimś stopniu dysfunkcji, braku integralności i społecznej spójności (Silver, 2007). Istnieje wiele definicji tego pojęcia, ale to co wyznacza istotę wykluczenia społecznego, obejmuje marginalizację, braki w → integracji [społecznej] i społeczny dystans (zob. rys. 1). Zjawisko wykluczenia społecznego obrazuje zakres w jakim procesy społeczne i ekonomiczne regulują dynamikę deprywacji i rozwoju konkretnych grup (Sen, 2000; Nevile, 2007) i ma źródło m.in. w niewydolności instytucji publicznych i organizacji społecznych.

Przykładowe sytuacje sprzyjające wykluczeniu społecznemu obejmują: a) niewypełnianie zagwarantowanych wszystkim obywatelom praw do równego dostępu do zasobów – informacyjnych, materialnych itp.; b) praktyki nadmiernie opiekuńczego państwa, które poprzez upośledzanie aktywności obywateli przyczynia się do ich wykluczania; c) różne postacie hierarchii legitymizujące nierówną dystrybucję zasobów w tradycji społeczeństwa zhierarchizowanego (Kanios, 2014).

Wielowymiarowość tego zjawiska oznacza również, że bieda i niewystarczające zasoby materialne współwystępują z wykluczeniem społecznym, ale o nim nie przesądzają (Tissot, 2008). W społeczeństwie są grupy szczególnie zagrożone wykluczeniem społecznym. Miejsce → seniorów w ich gronie podlega dyskusji, ponieważ diagnoza ich sytuacji życiowej jest złożona. Istnieją mechanizmy, które komplikują ocenę rzeczywistości społecznej osób starych, np. → subkultura starości → Rose'a, którą zbadała Arlie Russell Hoschild (1940–), natomiast aktualnie jako rezultat starzenia się społeczeństw staje się coraz częściej obserwowana (zob. Luken, 1983 – Internet: aei.pitt.edu/…, Pomiankiewicz, 2012). Pojawia się na skutek przestrzennej koncentracji ludzi starych w miastach, miasteczkach i wsiach, co prowadzi do powstawania enklaw → starości. Czyli lokalizacji, w których zasoby i sieci społeczne niemal wyłącznie powstają w oparciu o relacje rówieśnicze seniorów. Jak zjawisko to wpływa na ich → jakość życia – czy chroni przed stygmatyzacją i autostygmatyzacją, czy przeciwnie nasila poczucie marginalizacji i jest przejawem ich gettyzacji? – stanowi nowo rozpoznany problem badawczy socjologów i psychologów miasta.

W Polsce, państwo nadal identyfikuje złożone zjawisko wykluczenia społecznego osób starszych. Przemawia za tym fakt, że pomimo ewidentnych przykładów „upośledzania" pozycji seniorów w społeczeństwie, w Narodowej Strategii Integracji Społecznej wpisuje się osoby starsze samotne jedynie do grup podatnych (wrażliwych) na wykluczenie społeczne, a nie grup realnie zagrożonych wykluczeniem społecznym.

Obszary wykluczenia społecznego seniorów obejmują: a) zasoby materialne, b) relacje społeczne – ograniczony dostęp do i niesatysfakcjonująca częstość kontaktów z → rodziną i przyjaciółmi, poczucie społecznej izolacji, samotność, nieuczestniczenie w imprezach rodzinnych i towarzyskich, c) działania obywatelskie – ograniczony dostęp do członkostwa w partii politycznej, związku zawodowym, stowarzyszeniu; ograniczenie mobilności skutkujące mniejszą częstotliwością i/lub zupełną rezygnacją z uczestniczenia w spotkaniach w klubach seniora, z chodzenia do kościoła i uczestniczenia w spotkaniach ruchów religijnych, z wolontariatu, z aktywnego udziału w wyborach i referendach, d) ogólne, podstawowe usługi, i e) sąsiedztwo – brak zaufania i poczucia bezpieczeństwa w kontaktach sąsiedzkich (zob. Lai, Tong, 2012).

Badania poczucia wykluczenia wśród osób starszych pokazują, że jest to problem wstydliwy i zawoalowany. Upośledzenie pozycji seniorów wyraża się zasadniczo w praktykach ignorowania, pomijania i obojętności, aniżeli jawnych negatywnych działań wymierzonych przeciwko nim (Saniewska-Kilim, Deptała, Błoch, 2010). Przykład praktyk już minionych, podaje Barbara L. Marshall (1954–), a dotyczy wyłączania osób starych z badań i dyskusji nad seksualnością człowieka (Marshall, 2010). Dopiero na początku XXI wieku seniorzy odzyskali prawo do własnej seksualności, a w czasopismach naukowych lawinowo pojawiać się zaczęły raporty łączące seksualność seniorów z ich zdrowiem, efektywnością farmaceutyków oraz przygotowaniem lekarzy. Tymczasem coraz bardziej powszechne stają się praktyki ograniczania aktywności życiowej osób starych: do środowiska rodziny, sfery rówieśniczej (np. → kluby ludzi starszych lub → uniwersytety trzeciego wieku) i kościoła. Formy wykluczenia społecznego seniorów i ich zakres różnią się sytuacyjnie.

W wymiarze ekonomicznym pozycja osób starych jest często upośledzona, a one same doświadczają nierówności i ubóstwa. Seniorzy podlegają wykluczaniu z rynku pracy i z rynku kredytowego. W realiach Polski wolnorynkowej działaniom zachęcającym pracodawców do zatrzymywania emerytów w stosunku pracy poprzez zwalnianie ich z opłat Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) nie towarzyszą regulacje gwarantujące bezpieczeństwo i zysk seniora. To sprzyja praktykom płacenia ludziom starym za ich pracę najniższych z możliwych stawek (Mausch, Ryś, 2007). Odchudzenie ich portfela skutkuje ograniczeniem w dostępie do bogatej oferty rynku towarów i usług. Deprywacja ekonomiczna osób starzejących się i starych prowadzić może do ich wykluczenia z przestrzeni publicznej, a często również domowej (Hrast, Hlebec, Kavčič, 2012).

Sytuację seniorów utrudniają prymat kultury młodości i uprzedzenia związane z płcią i wiekiem. W przekazie medialnym i w ofercie rynkowej utrwalone jest kotwiczenie tożsamości i poczucia wysokiej wartości jednostki z jej ***ja*** *fizycznym*. Warunkiem szczęścia i spełnienia staje się atrakcyjność i sprawność ciała, a więc atrybuty, których starość jest pozbawiona (Błachnio, 2012). Uchwycony empirycznie podwójny standard → starzenia się dowodzi braku „równych szans" w przeżywaniu własnej starości. Utrata atrakcyjności w przypadku starzejących się kobiet a sprawności u starzejących się mężczyzn czyni z obu grup cel dewaluacji i bolesnej krytyki. Sytuacja ta wzmaga lęk jednostki przed starzeniem się i poszerza grono zwolenników → medycyny anti-aging – ruchu przeciwdziałającego objawom starzenia się.

Zjawisko wykluczenia społecznego seniorów występuje w sektorze opieki zdrowotnej. Wskazuje się na niebezpieczeństwo wypchnięcia ubożejących ludzi starych na **margines uwagi** – system nie przygotował wystarczającej liczby geriatrów, szacuje się, że w Polsce praktykuje od 150 do 200 specjalistów → geriatrii, tymczasem wg wyliczeń brytyjskich potrzebnych jest minimum 2 geriatrów na 100 tys. pacjentów, czyli w Polsce należałoby zabezpieczyć 760 praktykujących lekarzy (Bień, 2012, 2013); z kolei **margines dostępu** – to pauperyzacja seniorów, która wyłącza ich z grona odbiorców oferty świadczeń sektora prywatnego służby zdrowia, oraz **margines znaczenia** – nadal powszechne są praktyki ignorowania i nieszanowania pacjentów geriatrycznych.

W ostatnich latach szczególnie nasila się problem → wykluczenia cyfrowego osób starszych. Chociaż osoby 60+ interesują się Internetem i urządzeniami mobilnymi, jednak ich wiedza i kompetencje – obejmujące nowoczesne technologie informacyjno-komunikacyjne (ang. *Information and Communication Technologies* – ICT) – nie są wystarczające, by efektywnie korzystać z ich funkcji w rozwiązywaniu zadań

w codziennym życiu, takich jak: e-bankowość, → telemedycyna, e-zakupy (Kaleta, 2014). W Polsce nadal dominuje tendencja, zgodnie z którą najstarsi seniorzy nie korzystają z Internetu i komputera, a w bardzo podstawowym zakresie używają telefonu komórkowego. Dostępne dane wskazują, że zaledwie 10% osób w wieku powyżej 64 lat ma dostęp do Internetu; natomiast w gronie osób niekorzystających z sieci aż 44% to emeryci. 87% osób w wieku od 65 do 74 lat deklaruje, że nigdy nie miało kontaktu z Internetem (Szmigielska, Bąk, Hołda, 2012). W kontekście dynamicznego postępu w obszarze **telemedycyny** i → **teleopieki** stanowi to czynnik znacząco upośledzający pozycję seniorów.

Zjawisko wykluczenia społecznego osób starych ma duży dynamizm. Jest to efekt zmian w globalnej gospodarce i dużej społecznej mobilności. W rezultacie systematycznych badań nad wykluczeniem społecznym, jedyny względnie stały i uniwersalny wyznacznik tego zjawiska obejmuje upośledzoną pozycję starych kobiet w społeczeństwach globu. Często ich udziałem staje się wykluczenie społeczne w następstwie ubóstwa i samotności. Bez względnie wymagają instytucjonalnego wsparcia. Stare kobiety, będąc społecznie wykluczone, potrzebują emocjonalnego → wsparcia i doradztwa w zakresie pozyskania pomocy z sektora → opieki społecznej, a ponadto, albo w szczególności, ich społecznej aktywizacji (Błędowski, 2012, Lai, Tong, 2012). Zupełnie nowe wyzwanie, związane z → **globalizacją starzenia się** społeczeństw, dotyczy zagrożenia wykluczeniem społecznym starzejących się i starych osób niepełnosprawnych.

AB

B: Bień, 2012, 2013; Błachnio, 2012; Błędowski, 2012; Hrast, Hlebec, Kavčič, 2012; Kaleta, 2014; Kanios, 2014; Lai, Tong, 2012; Lenor, 1974; Marshall, 2010; Mausch, Ryś, 2007; Nevile, 2007; Saniewska-Kilim, Deptała, Błoch, 2010; Sen, 2000; Silver, 2007; Szmigielska, Bąk, Hołda, 2012.

N: http://zrozumiecmojeja…; Luken, 1983 – Internet: files.eric.ed.gov…; *Narodowa Strategia…* – Internet: http://www.mpips.gov.pl…; Pomiankiewicz, 2012 – Internet: https://repozytorium.amu…; Tissot, 2008 – Internet: aei.pitt.edu…

O: ekskluzja społeczna, profilaktyka marginalizacji osób starszych, wykluczenie cyfrowe osób starszych.

S: ekskluzja społeczna osób starszych, segregacja społeczna osób starszych,

TK: ang. *social exclusion of older people*, fr. *exclusión social des personnes âgées*, hiszp. *exclusión social* o *segregación social de las personas de edad*, niem. *soziale Ausgrenzung der älteren Generation*, ros. *социальная изоляция пожилых людей*.

wyniszczenie

– jest to stan niedożywienia organizmu, do którego doszło w wyniku przewlekłych niedoborów – zarówno białkowych, jak i kalorycznych – w diecie, czyli ich podaży nieadekwatnej do zapotrzebowania organizmu (przewlekłe, niepowikłane głodzenie). Pogorszenie stanu odżywienia następuje stopniowo w ciągu miesięcy. Najczęstszymi przyczynami tego stanu są zmniejszona podaż pokarmów i zaburzenia apetytu w → wieku podeszłym, oraz → choroby przewlekłe, takie jak: → cukrzyca, zaburzenia wchłaniania, niewydolność nerek, a także choroby nowotworowe (Wojszel, 2011). Ważną rolę w patogenezie → anoreksji osób starszych odgrywa rozwój stanu zapalnego i zwiększenie poziomu cytokin prozapalnych, w tym TNF-alfa i interleukin IL-1 i IL-6 (Chapman, 2012).

Klinicznie wyniszczenie objawia się przede wszystkim ubytkiem beztłuszczowej masy ciała (głównie tkanki mięśniowej), oraz tłuszczowej tkanki podskórnej, czemu towarzyszy często odwodnienie (DiMaria, Amella, 2001). Zmiany te ocenić można za pomocą pomiarów antropometrycznych: pomiar fałdów skórnych (tłuszczowa tkanka podskórna), pomiar obwodów łydki, czy ramienia (zmniejszenie tkanki mięśniowej → sarkopenia) oraz ocena masy ciała i jej zmiany w ostatnim okresie. Obserwuje się także zmiany w wyglądzie skóry i jej przydatków (staje się ona sucha, atroficzna, nasilają się zmarszczki, włosy stają się matowe i łamliwe) i objawy niedoborów witaminowych. Zwykle nie stwierdza się obrzęków obwodowych.

W badaniach laboratoryjnych można zaobserwować → anemię [w starszym wieku], zaburzenia elektrolitowe i witaminowe, obniżenie wskaźników immunologicznych, natomiast stężenie białek – albuminy, prealbuminy, transferyny – pozostaje w normie. Ze względu na przewlekły charakter niedożywienia typu marazm [marasmus], w organizmie zachodzą określone zmiany adaptacyjne, głównie w układzie hormonalnym. Spada produkcja insuliny i hormonów tarczycy, obniża się podstawowa przemiana materii. Przestawieniu ulegają ścieżki metaboliczne, prowadzące do uzyskiwania energii z białek. Dochodzi też do utraty minerałów i zmian w gospodarce wodno-elektrolitowej. Obserwuje się również zmniejszenie objętości płynu wewnątrzkomórkowego, a zwiększenie przestrzeni zewnątrzkomórkowej. Dalsze głodzenie doprowadza do utraty białek trzewnych w wyniku zaburzonej funkcji żołądka, jelit i wątroby. Za śmiertelną uważa się masę ciała równą 40% idealnej wagi ciała (Richmonds, 2008).

Niedożywienie typu marasmus należy odróżnić od **niedożywienia typu kwashiorkor**, które ma miej-

sce u uprzednio dobrze odżywionych chorych po dużym urazie, operacji, zakażeniu (stany nasilonego katabolizmu, bez wdrożonej interwencji żywieniowej). Charakteryzuje się ono spadkiem stężenia białek w surowicy oraz upośledzeniem odporności komórkowej, a w późniejszych stadiach również obrzękami i zaburzeniami elektrolitowymi. Wskaźniki somatometryczne pozostają tu w granicach normy. U przewlekle wyniszczonych chorych (z niedożywieniem typu marasmus) po zabiegu operacyjnym lub urazie można obserwować niedożywienie typu mieszanego (Wojszel, 2008).

Od rodzaju niedożywienia i jego stopnia zależy podejmowane postępowanie lecznicze (Wojszel, 2013). O ile w typie marasmus wystarcza z reguły wystarcza interwencja żywieniowa w postaci żywienia dojelitowego, to w typie kwashiorkor lub mieszanym często niezbędne jest wdrożenie całkowitego żywienia pozajelitowego (Szczygieł, Pertkiewicz, Majewska, 1994).

AKA, ZBW

B: Chapman, 2012; DiMaria, Amella, 2001; Richmonds, 2008; Szczygieł, Pertkiewicz, Majewska, 1994; Wojszel 2008, 2011, 2013.

O: anemia w starszym wieku, anoreksja osób starszych, cukrzyca, gerodietetyka i dieta ludzi starszych, kacheksja, kwestionariusz oceny stopnia odżywienia, niedożywienie w starszym wieku, sarkopenia, żywienie osób starszych.

S: atrepsja, charłactwo [określenie przestarz.], inanitio, marazm [marasmus], niedożywienie, wycieńczenie.

TK: ang. *inanition*, fr. *inanition/le marasme nutritionnel/la sous-alimentation/sous-nutrion*, hiszp. *la inanición*, niem. *Auszehrung/quantitative Mangelernährung/Unterernährung*, ros. *истощение/алиментарная дистрофия/алиментарный маразм*.

Z

zaburzenia chodu

Chód jest to naprzemienne gubienie i odzyskiwanie równowagi, które przebiega pod kontrolą wzroku, jak i bez tej kontroli. Można wyróżnić osiem faz chodu: 1) kontakt pięty z podłożem, 2) ekscentryczne hamowanie, 3) pełne obciążenie, 4) przetoczenie stopy, 5) przygotowanie do przeniesienia, 6) przyspieszenie, 7) przenoszenie właściwe, oraz 8) hamowanie. Na skutek procesu → starzenia się dochodzi do zmniejszenia prędkości chodu, zmniejszenia długości kroku, dłuższego czasu podporu na obu kończynach, większej zmienności chodu, zmniejszenia zakresu ruchomości w stawach biodrowych, kolanowych i skokowych (Ries, 2014). Na fizjologiczne skutki tego procesu nakładają się zmiany biomechaniki chodu związane z występowanie → chorób, które mogą wpływać na parametry jakościowe i ilościowe związane z funkcją lokomocji. Zaburzenia chodu mogą być przyczyną stopniowej utraty → sprawności fizycznej i/lub funkcjonalnej oraz zerwania więzi społecznych, co wpływa na → jakość życia osób starszych.

AMB

B: Ries, 2014.

O: chód starczy, sprawność fizyczna, sprawność funkcjonalna, Test Marszowy, Test Tinetti.

TK: ang. *gait disturbance*, fr. *troubles de la marche*, hiszp. *trastorno de la marcha*, niem. *Gehstörungen*, ros. *нарушение ходьбы/нарушение походки/дисбазия.*

zaburzenia gospodarki wapniowej w starości

Wapń jest jednym z ważniejszych makroelementów w organizmie człowieka. To podstawowy składnik budulcowy kości, ale jest on też niezbędny dla prawidłowego funkcjonowania mechanizmów krzepnięcia krwi i fibrynolizy, zachowania pobudliwości komórek nerwowych, skurczu mięśni poprzecznie prążkowanych, działania komórkowych układów sygnalizacyjnych i regulacyjnych. Mechanizmy regulujące gospodarkę wapniową (zob. rys. 1) są ściśle związane z mechanizmami regulującymi metabolizm fosforu, pierwiastka istotnego nie tylko dla prawidłowej budowy kośćca, ale także odgrywającego istotną rolę w budowie kwasów nukleinowych, błon komórkowych i struktur subkomórkowych, w tworzeniu związków wysokoenergetycznych, uczestniczącego w procesach glikolizy i glukoneogenezy oraz w transporcie tlenu przez hemoglobinę (Kokot, Franek, 2007). Zawartość wapnia w ustroju wynosi około 25 g/kg beztłuszczowej masy ciała, co stanowi 1,5% masy organizmu. Zakres prawidłowego stężenia w surowicy wynosi 2,25−2,75 mmol/l (9−11 mg/dl), ale normy te mogą się nieco różnić w zależności od laboratorium. Aż 98% wapnia znajduje się w kościach, a tylko 1−2% w surowicy krwi (Kokot, Franek, 2014 a). Połowa z tego ostatniego, to aktywny biologicznie wapń zjonizowany, a połowa jest związana z białkami, głównie z albuminą. Zasadowica przyczynia się do zwiększonego wiązania wapnia z białkami krwi, w wyniku czego zmniejsza się w organizmie ilość wapnia zjonizowanego, przy zachowaniu całkowitej puli tego makroelementu. Kwasica ma natomiast odwrotny wpływ na tą równowagę, gdyż kationy wodorowe H^+ konkurują z jonami Ca^{2+} o wiązania z ujemnymi resztami aminokwasowymi albuminy. Oceniając kalcemię należy całkowite stężenie wapnia dodatkowo korygować w zależności od stężenia albuminy, bowiem wzrost albuminemii o każde 10g/l powyżej 40g/l zwiększa stężenie wapnia całkowitego o 0,2 mmol/l i odwrotnie − zmniejszenie albuminemii o każde 10 g/l poniżej 40g/l zmniejsza kalcemię o 0,2 mmol/l (Kokot, Franek, 2014 a). W warunkach fizjologicznych stężenie wapnia w surowicy krwi zależy od kilku czynników: podaży wapnia z pokarmami, jego wchłaniania z przewodu pokarmowego do krwi, wydalania z moczem oraz odkładania lub mobilizacji z kości. Głównymi regulatorami hormonalnymi kalcemii są aktywne metabolity witaminy D, parathormon (PTH) i wydzielana przez komórki C tarczycy kalcytonina (Timiras, 2007). **Witamina D** jest w zasadzie − w fizjologicznym ujęciu − hormonem, gdyż ludzki organizm może ją sam wyprodukować. Pod wpływem światła słonecznego z 7-dehydrocholesterolu w skórze powstaje cholekalcyferol. Źródłem witaminy D mogą być również składniki pokarmowe pochodzenia roślinnego, zawierające z kolei ergokalcyferol (witamina D_2). W wątrobie związki te ulegają hydroksylacji w pozycji 25, w wyniku której powstają $25(OH)D_3$ i $25(OH)D_2$, a następnie w nerkach dochodzi do hydroksylacji w pozycji pierwszej i do wytworzenia $1,25(OH)_2D_3$ i $1,25(OH)_2D_2$, czyli biologicznie aktywnych hormonów (Joshi, Morley, 2012). Główna ich rola w homeostazie wapnia to

wpływ na jego wchłanianie w przewodzie pokarmowym oraz na resorpcję w nerkach. Witamina D ma udział w nie tylko w regulacji gospodarki wapniowo-fosforanowej, ale także w patogenezie szeregu chorób. Wynika to z tzw. „nieklasycznego" działania witaminy D. Obecność 1-hydroksylazy witaminy D wykazano w komórkach wielu tkanek − są to tzw. hydroksylazy obwodowe uczestniczące w lokalnej, obwodowej produkcji $1,25(OH)_2D$. Receptory witaminy D (VDR) − obecne w jądrach większości komórek − są czynnikami transkrypcyjnymi regulującymi ekspresję ponad 1000 genów odpowiedzialnych za różnicowanie, proliferację i apoptozę komórek. Stąd jej niedobór może się objawiać ogólnoustrojowo pod postacią nawracających infekcji, rozwoju → chorób autoimmunologicznych, ale także nowotworów (Grygiel-Górniak, Puszczewicz, 2014). W przypadku niedoboru witaminy D dochodzi do hipokalcemii i wtórnej nadczynności przytarczyc, a parathormon (PTH) u osób bez upośledzonej funkcji nerek stymuluje powstawanie 1,25(OH)D w nerkach. Stąd też zapasy magazynowe witaminy D w organizmie w najbardziej miarodajny sposób można ocenić jedynie na podstawie poziomu 25(OH)D w surowicy krwi − poziom 1,25(OH)D może być prawidłowy lub podwyższony mimo niedoboru tej witaminy (Holick, 2007). Równie duży wpływ na gospodarkę wapniowo-fosforową organizmu posiada **parathormon** (PTH). Stężenie wapnia zjonizowanego jest głównym regulatorem wydzielania PTH: hipokalcemia (podobnie jak hiperfosfatemia i niedobór $1,25(OH)_2D$) pobudza, a hiperkalcemia hamuje wydzielanie PTH przez komórki przytarczyc. Parathormon działa na nerki pobudzając 1-α hydroksylację 25(OH)D do $1,25(OH)_2D$ oraz zwiększając wchłanianie zwrotne wapnia w cewkach dalszych. Wpływa on też na wydalanie fosforanów (nasila fosfaturię blokując kotransporter sodowo-fosforanowy typu IIa), sodu i wodorowęglanów. Stężenia fizjologiczne PTH wywierają istotny wpływ na procesy tworzenia i przebudowy kości. Działanie wysokich stężeń PTH zależy od poziomu metabolitów witaminy D. Przy ich wystarczającym stężeniu przeważa efekt osteolityczny, natomiast w stanach niedoboru $1,25(OH)_2D$ stwierdza się wyraźną oporność kości na osteolityczne działanie PTH. W jelitach parathormon zwiększa wchłanianie wapnia i fosforu w sposób pośredni, poprzez wpływ na wytwarzanie $1,25(OH)_2D$. Biologiczny efekt działania parathormonu zależy od aktywności i wrażliwości receptora, który jest wspólny dla PTH i hormonu podobnego do PTH (*ParaThyroid Hormone-related Protein* – PTHrP). Ten ostatni jest wytwarzany przez komórki nowotworowe – najczęściej raka płuca, sutka czy nerek − i jest jednym z czynników odpowiedzialnych za wystąpienie hiperkalcemii i hipofosfatemii w przebiegu chorób rozrostowych (Shoback, Funk, 2011). Trzecim hormonem regulującym gospodarkę wapniowo-fosforanową jest **kalcytonina**, wytwarzana głównie przez komórki okołopęcherzykowe C tarczycy. Jest ona w pewnym sensie antagonistą parathormonu. Odpowiada ona za obniżenie stężenia wapnia w surowicy i wzrost poziomu fosforanów. Wydzielanie kalcytoniny jest stymulowane przez glukagon, niektóre hormony przewodu pokarmowego oraz przede wszystkim przez wysokie stężenie jonów wapnia w surowicy krwi. Z kolei spadek stężenia jonów wapnia skutkuje zmniejszeniem wydzielania tego hormonu. Kalcytonina hamuje działanie osteoklastów w kościach oraz reabsorpcję wapnia i fosforanów przez komórki cewek nerkowych. Oznaczania stężenia kalcytoniny nie wykonuje się w diagnostyce zaburzeń poziomu wapnia, jest ono natomiast wykorzystywane w diagnostyce i monitorowaniu leczenia raka rdzeniastego tarczycy. Do podwyższenia poziomu kalcytoniny dochodzić może także w innych stanach chorobowych, takich jak pierwotna nadczynność przytarczyc, niewydolność nerek, rak drobnokomórkowy płuca, rak piersi czy przedawkowanie witaminy D. Oprócz PTH, kalcytoniny i aktywnych metabolitów witaminy D znaczącą rolę w regulacji gospodarki wapniowo-fosforowej odgrywają również czynniki takie, jak: stężenie fosforanów (hiperfosfatemia powoduje obniżenie poziomu wapnia, hamuje syntezę $1,25(OH)_2D$ oraz bezpośrednio pobudza wydzielanie PTH), poziom fosfatonin zwiększających wydalanie fosforanów z moczem (takich jak: czynnik wzrostu fibroblastów FGF-23, białko FRP4, fosfoglikoproteiny pozakomórkowej macierzy MEPE) czy kontransporter sodowo-fosforowy typu IIa – kontrolujący resorpcję fosforanów w cewkach nerkowych (Kokot, Franek, 2007). W patogenezie zaburzeń gospodarki wapniowej może mieć także udział nieprawidłowa funkcja receptora witaminy D (VDR) i receptora wapniowego (Ca-SR), będące skutkiem mutacji czy obecności przeciwciał inaktywujących, zaburzenia wpływającego na obrót kostny układu bądź szlaku RANK/RANKL/OPG [*Receptor Activiator of Nuclear Factor **K**B* – RANK/*Receptor Activiator of Nuclear Factor **K** B Ligand* – RANKL/*Osteoprotegrin* – OPG – przyp. red.] – zlokalizowany na powierzchni osteoklastów i ich komórek prekursorowych receptor aktywujący czynnik jądrowy NFκB/ligand RANK/działająca przeciwstawnie do RANKL osteoprotogeryna, mutacje genu białka Klotho – uczestniczącego w procesie

wchłaniania Ca^{2+} w przewodzie pokarmowym i w jego resorpcji nerkowej, nieprawidłowy poziom fetuiny A – inhibitora tworzenia i wytrącania fosforanu wapnia będącego prekursorem hydroksyapatytu (Franek, Kokot 2007). Średnio spożywamy z pokarmem około 1g wapnia, z czego absorpcji ulega do 1/3 tej ilości. Wchłanianie z przewodu pokarmowego stymuluje witamina D oraz pośrednio parathormon (poprzez wpływ na wytwarzanie $1,25(OH)_2D$). Natomiast ilość przyswojonego wapnia zmniejsza się w wyniku jego wiązania w jelicie przez szczawiany, fosforany i kwasy tłuszczowe. Wapń prawie całkowicie ulega wchłanianiu zwrotnemu w nerkach, a proces ten nasilają: PTH, diuretyki tiazydowe, hipokalcemia, hiperfosfatemia oraz zasadowica nieoddechowa. Osłabienie tego procesu następuje pod wpływem: hiperkalcemii, hipermagnezemii, kalcytoniny, kwasicy nieoddechowej, somatotropiny, glikokortykosteroidów oraz hormonów tarczycowych. Również metabolizm tkanki kostnej wpływa znacząco na stężenie wapnia w surowicy. Czynniki zwiększające osteogenezę, t.j. kalcytonina, zasadowica, androgeny, estrogeny, fosforany zmniejszają kalcemię; czynniki takie, jak: zwiększone stężenie PTH lub PTHrP, prostaglandyny, nadmiar hormonów tarczycy i witaminy A, kwasica – nasilając osteolizę zwiększają również kalcemię (Kokot, Franek, 2014 b). W warunkach fizjologicznego procesu → starzenia się poziom wapnia we krwi utrzymywany jest w granicach prawidłowych, jednak zmieniają się mechanizmy odgrywające najważniejszą rolę w regulacji tego poziomu. U osób młodych jest on przede wszystkim wynikiem różnicy sprawności mechanizmów uczestniczących w procesie wchłaniania wapnia z przewodu pokarmowego i w jego wydalaniu z organizmu drogą nerek i przewodu pokarmowego. W przypadku osób starszych większą rolę w utrzymaniu prawidłowego poziomu wapnia we krwi odgrywają procesy zachodzące w tkance kostnej (Timiras, 2007). U osób starszych obserwuje się wiele zmian w zakresie mechanizmów uczestniczących w utrzymaniu homeostazy wapniowej. Średni poziom parathormonu w starszej subpopulacji jest o ok. 35% wyższy niż u młodych dorosłych. Tłumaczy się to z jednej strony zmniejszonym klirensem nerkowym PTH w → starości, z drugiej zaś jako przyczynę tego upatruje się zmian w zakresie metabolizmu witaminy D (Timiras, 2007) Dochodzi przede wszystkim do zmniejszenia powstawania $1,25(OH)_2D_3$ w starzejących się nerkach, zmniejsza się odpowiedź 1α-hydroksylazy na krążący PTH, maleje podaż i gorsza jest absorpcją wapnia i witaminy D w przewodzie pokarmowym. Zmniejsza się też ekspozycja osób starszych na światło słoneczne i dochodzi do zmian starczych w zakresie skóry, co skutkuje mniejszą produkcją witaminy D, szczególnie u osób przewlekle chorych i niesprawnych (Turton, Stone, Cole, 2010).

Hipokalcemia

Hipokalcemia to zmniejszenie stężenia wapnia w surowicy poniżej dolnej granicy normy. Odpowiedzialne za nią może być szereg przyczyn. Podstawową i najprostszą jest niedostateczna podaż wapnia z pokarmami. Kolejną – upośledzenie wchłaniania wapnia z przewodu pokarmowego, spowodowane zespołem upośledzonego wchłaniania lub trawienia, albo też niedoborami witaminy D. Przyczyną hipokalcemii może być również nadmierne odkładanie się wapnia w tkankach miękkich lub w kościach, wywołane przez ostre zapalenie trzustki, tak zwany zespół „głodnych kości" po usunięciu gruczolaka przytarczyc lub też stosowanie leków hamujących resorpcję kości (bisfosfonianów, kalcytoniny, denosumabu), szczególnie jeśli towarzyszy temu niedobór witaminy D. Inną przyczyną hipokalcemii jest nadmierna utrata wapnia z moczem – wynikająca ze stosowania diuretyków pętlowych lub spowodowana kwasicami cewkowymi. Hipokalcemia może wynikać także z niedoboru PTH [parathormonu, tj. hormonu polipeptydowego – przyp. red.] w wyniku niedoczynności przytarczyc – będącej następstwem np. leczenia chirurgicznego schorzeń tarczycy i przytarczyc, naświetlania okolic szyi, chorób autoimmunologicznych czy rozrostowych, oraz niedoboru witaminy D. Ten ostatni może być następstwem upośledzonej 25-hydroksylacji witaminy D u chorych z miąższowym zapaleniem wątroby, upośledzenia 1-α-hydroksylacji 25(OH)D u chorych z ostrą lub przewlekłą niewydolnością nerek, ale też w przebiegu zespołu lizy guza, lub zwiększonej inaktywacji witaminy D pod wpływem różnych leków (np. pochodnych hydantoiny i kwasu barbiturowego). Niedocenianą przyczyną hipokalcemii wydaje się być hipomagnezemia – przyczyniająca się do zmniejszenia sekrecji PTH i powodująca oporność na jego działanie. Wtórna nadczynność przytarczyc jest jednym z najczęstszych zaburzeń w zakresie gospodarki wapniowej w starości i dotyczyć ma aż 20–60% osób po 75. roku życia, najczęściej będąc wynikiem niedoboru witaminy D lub braku wrażliwości na nią. Skutkiem tego jest zwiększone ryzyko występowania → osteoporozy i → złamań [u osób starszych] (Turton, Stone, Cole, 2010). Objawy kliniczne hipokalcemii wynikają głównie z niskiego poziomu wapnia zjonizowanego, a u ich podłoża leży nadmierna pobudliwość nerwowo-mięśniowa.

Typowo obserwujemy tężyczkę lub tzw. równoważniki tężyczki. Obniżony poziom wapnia zjonizowanego może wynikać z niedoboru wapnia całkowitego lub też hipokalcemii rzekomej, czyli spowodowanej zasadowicą oddechową w przebiegu hiperwentylacji. Przy napadzie tężyczkowym obserwujemy drętwienie i symetryczne kurcze toniczne mięśni rąk, przedramion i ramion, a także twarzy (skurcz powiek, „usta karpia"), klatki piersiowej i kończyn dolnych, tzw. ustawienie końsko-szpotawe. Świadomość przy tym jest zachowana. Tężyczka utajona cechuje się wzmożoną pobudliwością nerwowo-mięśniową po zadziałaniu bodźca, np. mechanicznego – stąd dodatnie objawy Chwostka (skurcz mięśni twarzy po uderzeniu młoteczkiem w nerw twarzowy) czy Trousseau (po uciśnięciu ramienia mankietem sfigmomanometru wywołujemy skurcze mięśni rąk w typowym ustawieniu). Równoważniki teżyczki, to m.in. skurcz powiek, światłowstręt, podwójne widzenie, skurcz mięśni krtani, skurcz oskrzeli (napad → astmy oskrzelowej), skurcz tętnic wieńcowych (co może dawać objawy dławicy piersiowej), tętnic brzusznych, obwodowych lub mózgowych (napad migreny lub nawet chwilowa utrata świadomości). W zapisie elektrokardiograficznym (EKG) można zaobserwować wydłużenie odstępu QT, choć nie zawsze jest to widoczne. Hipokalcemia często przebiega bezobjawowo, szczególnie gdy stężenie wapnia zjonizowanego jest prawidłowe lub zbliżone do prawidłowego. W przewlekłej hipokalcemii obserwujemy zaburzenia aktywności enzymatycznej, w tym zaburzenia krzepliwości krwi, rozwinąć się mogą troficzne zmiany skóry i jej przydatków oraz może wystąpić → zaćma. Hipokalcemię rozpoznaje się na podstawie oznaczenia poziomu wapnia całkowitego w surowicy krwi. Pomiar powinien być wykonany przynajmniej dwukrotnie a jego wynik – o czym wspominano wcześniej – zawsze należy interpretować w kontekście albuminemii. Jeśli diagnoza nie jest pewna to powinno się oznaczyć poziom wapnia zjonizowanego, a wynik tego oznaczenia powinno się interpretować uwzględniając pH krwi. Kolejnym etapem diagnostyki jest ustalenie przyczyny hipokalcemii. Mogą być one oczywiste już na podstawie danych z wywiadu zebranego od chorego (rodzinne występowanie niskich poziomów wapnia sugerujące uwarunkowania genetyczne, przebyty zabieg operacyjny w obrębie szyi, obecność → chorób, którym często hipokalcemia towarzyszy), ale często niezbędne jest wykonanie innych oznaczeń laboratoryjnych i badań, zależnie od stwierdzanych u pacjenta objawów. Obejmują one ocenę stężenia w surowicy krwi kreatyniny, magnezu, potasu, fosforanów, fosfatazy zasadowej, witaminy D i PTH. Należy również wykonać oznaczenie dobowego wydalania wapnia z moczem. Badania obrazowe wykazać mogą ewentualne nieprawidłowości w układzie kostnym lub zwapnienia w tkankach miękkich. Hipokalcemię objawową leczy się przede wszystkim doraźnie dożylnym podaniem roztworu wapnia. Równocześnie koniecznym jest rozpoczęcie leczenia doustnego wapniem i witaminą D. Ważne też jest oczywiście – jeżeli jest to możliwe – leczenie choroby podstawowej, która jest odpowiedzialna za wystąpienie zaburzeń gospodarki wapniowej. W leczeniu hipokalcemii przewlekłej stosuje się doustne preparaty wapnia oraz witaminę D. Należy przy tym okresowo kontrolować kalcemię lub kalciurię, gdyż to właśnie hiperkalciuria jest pierwszym objawem zbyt intensywnej suplementacji. W przypadku hipokalcemii związanej z nadmierną utratą wapnia z moczem jako leczenie uzupełniające stosuje się diuretyki tiazydowe, które zmniejszają kalciurię. O Oporna na leczenie hipokalcemia może być efektem obniżonego poziomu magnezu – w takim wypadku wyrównanie gospodarki magnezowej jest warunkiem skuteczności leczenia zaburzeń wapniowych. Warto pamiętać, że czasami mogą mieć miejsce niedobory tkankowe magnezu, przy prawidłowym jego poziomie w surowicy, szczególnie u osób nadużywających alkoholu i w przewlekłych zaburzeniach wchłaniania.

Hiperkalcemia

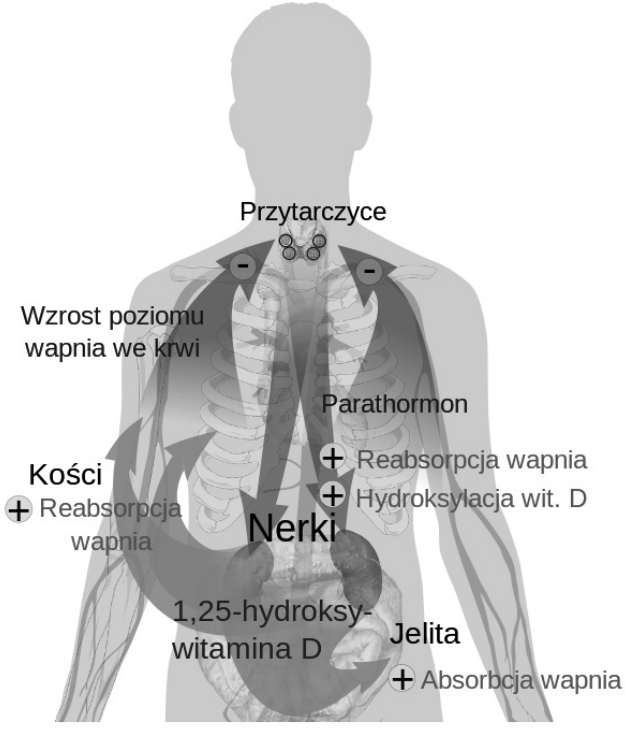
Hiperkalcemia to stężenie wapnia w surowicy powyżej normy- zwykle jest to poziom >2,75 mmol/l (11mg/dl). Towarzyszy jej wysokie, obniżone bądź prawidłowe stężenie PTH. Wśród przyczyn hiperkalcemii z dużym poziomem PTH należy wymienić pierwotną nadczynność przytarczyc, wydzielanie PTH przez nowotwory (paraendokrynopatia PTH), rzadziej są za ten stan odpowiedzialne mutacje inaktywujące receptor wapniowy (choroby dziedziczne), przeciwciała wiążące ten receptor. Do przyczyn hiperkalcemii z małym stężeniem PTH należą: zatrucie witaminą D i jej metabolitami, wzmożona osteoliza wywołana zatruciem witaminą A lub nadczynnością tarczycy, zmniejszenie wydalania wapnia z moczem wywołane przez diuretyki tiazydowe, zespół mleczno-alkaliczny (Burnetta), mobilizacja wapnia z kości w wyniku długotrwałego unieruchomienia, adynamiczna choroba kości czy wzmożone wydzielanie $1,25(OH)_2D_3$ przez ziarniaki (sarkoidoza) lub chłoniaki. Hiperkalcemia przy prawidłowym stężeniu PTH może być spowodowana zespołem Jansena – rzadką mutacją aktywującą receptor PTH – PTHrP (zob. Lyles, 2009). Najczęstszą przy-

czyną hiperkalcemii w starości, stanowiącą ok. 90% jej przypadków, są nadczynność przytarczyc oraz → nowotwory [wieku podeszłego]. W przypadku etiologii neoplazmatycznej mamy do czynienia głównie z mechanizmem PTH – niezależnym powstawania hiperkalcemii, bedącej następstwem przerzutów osteolitycznych. Dzieje się tak w raku piersi, płuca, szpiczaku plazmocytowym czy chłoniakach. Rzadziej hiperkalcemia związana jest z wydzielaniem PTHrP – jak w przebiegu raka drobnokomórkowego płuca, nerki, jajnika czy pęcherzyka żółciowego (Jacobs, Bilzekian, 2005). W przypadku nowotworowego tła hiperkalcemii, w obrazie klinicznym przeważnie obserwuje się też objawy choroby podstawowej. Z drugiej strony, z uwagi na często skąpą i niecharakterystyczną symptomatologię różnych schorzeń występującą u pacjentów geriatrycznych, nawet przypadkowe wykrycie nieprawidłowego poziomu wapnia w surowicy wymaga wykluczenia procesu rozrostowego. Pierwotna nadczynność przytarczyc to stan, w którym dochodzi do nadmiernej, nieadekwatnej do potrzeb organizmu, produkcji parathormonu [PTH]. Najwięcej jej przypadków notuje się w 6 dekadzie życia, 2–3 razy częściej u kobiet (Gurrado i współprac., 2012). W 80% powodowana jest przez pojedynczy gruczolak, rzadziej przez mnogie gruczolaki, czy przerost przytarczyc. Rak przytarczyc jest podłożem zaledwie 1% przypadków (Śliwa i współprac., 2010). Najczęściej w →wieku podeszłym występuje łagodna hiperkalcemia, która może przebiegać bezobjawowo, lub też mogą przy niej występować jedynie objawy choroby podstawowej. Przełom hiperkalcemiczny jako pierwszy objaw zaburzeń obecnie występuje rzadko, przeważnie w przebiegu raka przytarczyc. Umiarkowana hiperkalcemia objawia się typowo wystąpieniem zespołu objawów takich, jak niewydolność i kamica nerek, choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, kamica dróg żółciowych czy nawracające zapalenie trzustki. Wapń wpływa na napięcie mięśniówki gładkiej oraz skurcz mięśnia sercowego, tak więc jego wysoki poziom może powodować → nadciśnienie tętnicze, → zaburzenia rytmu serca i nasilać niewydolność krążenia, a w zapisie EKG zaobserwować można wydłużenie odstępu PQ i skrócenia odstępu QT. Zaburzenia czynności nerwowo-mięśniowej przebiegają w hiperkalcemii pod postacią osłabienia mięśni i wzmożenia odruchów ścięgnistych. Dołączyć się mogą bóle głowy i zaburzenia nastroju a przy większym nasileniu zaburzeń elektrolitowych – zaburzenia orientacji aż do śpiączki włącznie. Sprzyja też temu odwodnienie, spowodowane diurezą osmotyczną stymulowaną hiperkalcemią i hiperkalciurią. Obecność ciężkich objawów neurologicznych i kardiologicznych, z towarzyszącym odwodnieniem i poziomem wapnia przeważnie powyżej 3,75 mmol/l, określa się mianem przełomu hiperkalcemicznego, który jest stanem zagrożenia → życia i wymaga natychmiastowego i intensywnego leczenia. Wymienione powyżej typowe objawy choroby, obecnie występują rzadko. Ok. 80% diagnozowanych przypadków pierwotnej nadczynności przytarczyc w czasie postawienia rozpoznania pozostaje bezobjawowych lub prezentuje głównie niecharakterystyczne dolegliwości: drażliwość, → depresję [i zaburzenia nastroju], pogorszenie funkcji poznawczych, ogólne osłabienie i wyczerpanie, szybszą męczliwość mięśni, bóle stawowe (Conroy, 2003). Z drugiej strony, są to objawy często zgłaszane przez pacjentów geriatrycznych, zwykle wynikające z innych patologii, stąd w wieku starszym właściwa diagnoza nieraz bywa postawiona z opóźnieniem (Kasiukiewicz i współprac., 2013). Rozpoznanie hiperkalcemii opiera się na oznaczeniu stężenia wapnia w surowicy krwi. Podobnie jak w hipokalcemii należy skorygować wielkość kalcemii w przypadku chorych z hipo- lub hiperalbuminemią oraz w zależności od pH krwi. Poszukując przyczyny zaburzeń należy oznaczyć w surowicy stężenie kreatyniny, fosforanów, magnezu, potasu, PTH i TSH [tj. oznaczenie poziomu tyreotropiny we krwi – przyp. red.], aktywność fosfatazy zasadowej. Przyczyną hiperkalcemii ze zwiększonym lub prawidłowym stężeniem PTH jest w większości przypadków nadczynność przytarczyc; natomiast jeżeli stężenie PTH jest małe, konieczne jest przede wszystkim poszukiwanie etiologii nowotworowej. Podstawą leczenia jest zdiagnozowanie i leczenie choroby odpowiedzialnej za wystąpienie hiperkalcemii, a rodzaj zaplanowanych badań zależy od stanu klinicznego pacjenta i występujących u niego objawów. Stwierdzenie zaburzeń laboratoryjnych typowych dla nadczynności przytarczyc wymaga przeprowadzenia dodatkowej diagnostyki obrazowej tarczycy i przytarczyc, poszukiwania powikłań hiperkalcemii oraz wykluczenia nowotworu (badanie ultrasonograficzne tarczycy, jamy brzusznej, radiogramy klatki piersiowej i kości, densytometria). Dokładniejszej informacji o lokalizacji przytarczyc dostarcza scyntygrafia z użyciem MIBI [radiofarmaceutyku znajdującego zastosowanie w obrazowej metodzie diagnostycznej medycyny nuklearnej – przyp. red.] znakowanego technetem 99mTc., ewentualnie → skanowania PET. Jedyną metodą przyczynowego leczenia pierwotnej nadczynności przytarczyc jest paratyreoidektomia. Rozważyć ją należy u każdego pacjenta z klasycznymi objawami choroby lub z wywiadem przełomu hiperkalcemiczne-

go, a także w wybranych przypadkach pacjentów bezobjawowych (Bilezikian i współprac., 2002). W świetle rozwoju małoinwazyjnych metod operacyjnych, zdaniem niektórych autorów rozsądne wydaje się rozważenie operacji u wszystkich pacjentów z przewidywanym dalszym przeżyciem >1 roku i małym ryzykiem okołooperacyjnym (Eigelberg i współprac., 2004). Leczenie objawowe hiperkalcemii polega na nawodnieniu pacjenta, a następnie – po wyrównaniu niedoboru wody – na jednoczesnym nawadnianiu i podawaniu furosemidu celem zwiększenia wydalania wapnia, stosowaniu bisfosfonianów, które zmniejszają uwalnianie wapnia z kości, oraz glikosterydów, celem zmniejszenia absorpcji wapnia z przewodu pokarmowego. Niekiedy konieczna jest dializa.

AKA, ZBW

B: Bilezikian i współprac., 2002; Brodie, 2010; Conroy, Moulias, Wassif, 2003; Eigelberg i współprac., 2004; Franek, Kokot, 2007; Grygiel-Górniak, Puszczewicz, 2014; Gurrado i współprac., 2012; Holick, 2007; Jacobs, Bilzekian, 2005; Joshi, Morley, 2012; Kasiukiewicz i współprac., 2013; Kokot, Franek, 2007, 2014 a, 2014 b; Lyles, 2009; Shoback, Funk, 2011; Śliwa i współprac., 2010; Timiras, 2007; Turton, Stone, Cole, 2010.
N: https://pl.wikipedia.org/wiki/Parathormon…



Rys. 1. Regulacja gospodarki wapniowej. Źródło: https://pl.wikipedia.org/wiki/Parathormon#media/File: Calcium_regulation_pl.svg.

O: choroba niedokrwienna serca, choroby autoimmunologiczne, depresja i zaburzenia nastroju, hormony a starzenie się, nadciśnienie tętnicze, niespłnosprawność, nowotwory wieku podeszłego, osteoporoza, zaburzenia rytmu serca, złamania u osób starszych.
TK: ang. *disorders of calcium metabolism in old age*, fr. *troubles du métabolisme du calcium à la vieillesse*, hiszp. *trastornos del metabolismo del calcio en la vejez*, niem. *Störungen des Calciumstoffwechsels im Alter*, ros. *нарушения обмена веществ кальция в старости/расстройства метаболизма кальция в старости.*

zaburzenia osobowości w podeszłym wieku (specyficzne zaburzenia osobowości osób starych)

amer. geropsychiatra Marc E. Agronin (2007, s. 460), zdefiniował zaburzenia osobowości (ang. *personality disorders* – PDs) jako „przewlekłe zaburzenia psychiatryczne, które obejmują dominujący wzór usztywnionego i nieadaptacyjnego odbioru wewnętrznych doświadczeń i zachowań w kilku sferach funkcjonowania: percepcji i interpretacji doświadczeń, ekspresji emocjonalnej, relacji interpersonalnych oraz impulsywnej kontroli". Główne podtypy PDs to: zaburzenia o charakterze antyspołecznym (aspołecznym), unikania, zależności, depresyjnym, histerycznym, narcystycznym, obsesyjno-kompulsywnym, paranoidalnym, pasywno-agresywnym, schizoidalnym i schizotymicznym (por. Agronin, 2007, s. 460). W psychologii powszechnie przyjmuje się, że podstawowym wyznacznikiem zachowania człowieka jest osobowość (por. Cierpiałkowska, 2007), rozumiana jako złożona całość myśli, emocji i zachowań, nadająca kierunek i wzorzec (spójność) → życiu człowieka. Podobnie jak ciało, osobowość składa się ze struktur i procesów, odzwierciedla działanie natury (geny) i środowiska. Pojęcie osobowości obejmuje również czasowy aspekt funkcjonowania człowieka, osobowość zawiera bowiem wspomnienia przeszłości, reprezentacje mentalne teraźniejszości oraz wyobrażenia i oczekiwania co do przyszłości (por. Pervin, 2002). Osobowość kształtują łącznie czynniki biologiczne, sytuacyjne (wychowanie) i socjokulturowe. Podstawą charakterystyki osobowości jest wyróżnienie jej cech, czyli stałych właściwości, kierujących naszymi myślami oraz działaniami w różnych okolicznościach. Co istotne, cechy osobowości wykazują stałość w rozmaitych sytuacjach oraz znaczą stabilność na przestrzeni życia. A dominacja określonych cech implikuje typ osobowości, przy czym typ rozpatruje się za-

równo w kontekście prawidłowego funkcjonowania, np. introwertyk/ekstrawertyk, jak i zaburzeń osobowości, np. typ „borderline" (por. Zimbardo, Johnson, MacCann, 2012).

Zaburzenia osobowości stanowią pewien stały wzorzec charakteru, który jest skrajnym nasileniem powszechnie występujących cech, najczęściej powodującym niekorzystne następstwa dla życia danej osoby, a czasami również dla jej otoczenia. Funkcjonowanie większości ludzi cechuje plastyczność myślenia, emocji i zachowania, która pozwala dostosowywać się do różnych osób i okoliczności. U człowieka cierpiącego na zaburzenia osobowości w każdej z sytuacji będzie wyraźnie widoczny niezmienny lub cechujący się bardzo małą zmiennością, ograniczony sposób przeżywania, zachowania i nawiązywania relacji, który utrudnia prawidłowe funkcjonowanie społeczne, rodzinne i zawodowe oraz hamuje lub uniemożliwia rozwój w tych sferach (por. http://psychiatria.mp.pl/zaburzenia…, Kasprzak, Ciałkowska-Kuźmińska, 2012).

Zaburzenia osobowości rozpoznaje się na podstawie obowiązującego w danym kraju systemu klasyfikacji. W latach 60. minionego stulecia podjęto prace nad rzetelnością i trafnością diagnostyki psychiatrycznej, w rezultacie czego powstały dwa współistniejące obszerne systemy klasyfikacyjne, tj. klasyfikacja Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, tzw. DSM [*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*] oraz obowiązujący w Polsce, system opracowany przez Światową Organizację Zdrowia – ICD [*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*] (por. Bilikiewicz, 2011, Cierpiałkowska, 2013).

O zaburzeniach osobowości można wnioskować wówczas, kiedy osobowościowe wzorce są: stałe, sztywne i niezmienne do tego stopnia, że poważnie ograniczają prawdopodobieństwo efektywnego funkcjonowania i satysfakcjonujących relacji międzyludzkich. 10. rewizja ICD, wyróżnia trzy podstawowe grupy zaburzeń osobowości u osób dorosłych: specyficzne zaburzenia osobowości – F60, zaburzenia osobowości mieszane i in. – F61, oraz trwałe zmiany osobowości niewynikające z chorób lub uszkodzenia mózgu – F62 (zob. http://stat.gov.pl/Klasyfikacje…).

Specyficzne zaburzenia osobowości są głębokimi zaburzeniami struktury charakteru i zachowania jednostki, nie będącymi bezpośrednim następstwem → choroby, urazu/uszkodzenia mózgu ani innego zaburzenia psychicznego. Zazwyczaj obejmują kilka wymiarów osobowości, prawie zawsze skojarzonych z odczuwaniem znacznej przykrości osobistej i zerwaniem więzi społecznych. Zaburzenia te pojawiają się już w okresie dzieciństwa lub pokwitania i utrzymują się w wieku dojrzałym. Rozpoznanie zaburzeń tej kategorii odbywa się na podstawie obecność następujących cech:

- wyraźne dysharmonijne postawy i zachowania, obejmujące zazwyczaj wiele zakresów funkcjonowania, np. uczuciowość, pobudliwość, kontrolę popędów, sposoby postrzegania i myślenia oraz styl związków z in. ludźmi,
- długotrwale występujący wzorzec nieprawidłowego zachowania, nie ogranicza się do epizodów ciężkiej choroby psychicznej,
- wzorzec nieprawidłowego zachowania jest całościowy i wyraźnie niedostosowany w stosunku do rozmaitych sytuacji indywidualnych i społecznych,
- wymienione trudności zawsze pojawiają się w okresie dzieciństwa lub młodzieńczym i utrzymują się w wieku dojrzałym,
- zaburzenia prowadzą do wyraźnie złego samopoczucia, które może pojawić się dopiero w późniejszym okresie, oraz
- zaburzenia zazwyczaj, ale nie zawsze, współwystępują z istotnymi trudnościami w zakresie sprawności zawodowej i społecznej (por. Cierpiałkowska, 2007).

Główne kategorie zaburzeń osobowości stanowią:

- **Osobowość paranoiczna** (obejmuje również osobowość: ekspansywno-paranoiczną, fanatyczną, pieniaczą, paranoidalną, sensytywno-paranoiczną). Wzorzec funkcjonowania charakteryzuje: nadmierna wrażliwość na niepowodzenie i odrzucenie, niezdolność do wybaczania zniewag, podejrzliwość i tendencja do zniekształcania doświadczeń przez interpretację obojętnych, a nawet przyjaznych zachowań in. ludzi jako wrogich czy pogardliwych, nawracająca podejrzliwość bez uzasadnienia, dotycząca seksualnej wierności partnera i nieustępliwość w obronie własnych praw. Może też występować tendencja do nadmiernego poczucia własnej wartości oraz często przesadne odnoszenie wydarzeń do siebie.
- **Osobowość schizoidalna**, wzorzec funkcjonowania charakteryzuje: wycofanie z kontaktów emocjonalnych, społecznych i in., działania w samotności i introspekcji, ograniczenie zdolności do wyrażania uczuć i odczuwania przyjemności, tendencja do fantazjowania, chłód emocjonalny, niewrażliwość na normy i konwencje społeczne.
- **Osobowość dyssocjalna** (obejmuje również osobowość: amoralną, antyspołeczną, aspołeczną psy-

chopatyczną i/lub socjopatyczną). Wzorzec funkcjonowania charakteryzuje: lekceważenie zobowiązań społecznych, nieliczenie się z uczuciami innych, znacząca niewspółmierność pomiędzy funkcjonowaniem a obowiązującymi normami społecznymi. Zachowanie to niełatwo ulega zmianie po różnych negatywnych doświadczeniach, włącznie z karaniem. Tolerancja na frustrację jest niska, podobnie jak próg zachowań agresywnych, w tym także czynów gwałtownych. Występuje również tendencja do obwiniania innych lub uciekanie się do pozornie prawdopodobnych racjonalizacji zachowań, które powodują konflikty z otoczeniem.

- **Osobowość chwiejna emocjonalnie**, wzorzec funkcjonowania charakteryzuje: wyraźna tendencja do działań impulsywnych bez uwzględniania ich konsekwencji; nastrój zmienny i niedający się przewidzieć. Występuje też skłonność do wybuchów emocjonalnych, niezdolność do kontrolowania działań impulsywnych, zwłaszcza w sytuacjach krytykowania działań. Wyodrębniono dwa rodzaje osobowości chwiejnej emocjonalnie: typ impulsywny, którego cechą dominującą jest niestabilność emocjonalna i brak kontroli zachowań impulsywnych oraz typ „borderline" [BDP – ang. *Border Personality Disorder*, czyli „osobowość z pogranicza" lub pograniczne zaburzenie osobowości – przyp. red.], w którym dodatkowo zaburzony jest obraz samego siebie, swoich celów i preferencji, stałe uczucie pustki wewnętrznej, skłonność do wchodzenia w intensywne i nietrwałe związki uczuciowe, jak również tendencja do działań samouszkadzających, w tym do gróźb i prób samobójczych.
- **Osobowość histrioniczna** (obejmuje również osobowość: histeryczną i psychoinfantylną). Wzorzec funkcjonowania charakteryzuje: płytka i chwiejna uczuciowość, tendencja do dramatyzowania, teatralności; przesadna ekspresja emocjonalna, sugestywność, egocentryzm, pobłażliwość wobec siebie, nieuwzględnianie potrzeb innych, stosowanie manipulacji emocjonalnej. Występuje też nadmierna koncentracja na atrakcyjności fizycznej, niestosowna uwodzicielskość oraz pragnienie admiracji i uznania ze strony otoczenia.
- **Osobowość anankastyczna** (obejmuje również osobowość: kompulsyjną, obsesyjną i/lub obsesyjno-kompulsyjną). Wzorzec funkcjonowania charakteryzuje: tendencja do wątpliwości, perfekcjonizm przeszkadzający w wykonaniu zadań, nadmierna skrupulatność, potrzeba sprawdzania i zajmowania się drobiazgami, ostrożność oraz sztywność i upór. Mogą również pojawiać się uporczywe, niepożądane myśli czy popędy, które nie osiągają nasilenia zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych.
- **Osobowość lękliwa (unikająca),** wzorzec funkcjonowania charakteryzuje: uporczywe uczucie napięcia i lęku, niepewność i poczucie niższości, pragnienie akceptacji i uznania, nadmierna wrażliwością na odrzucenie i krytykę, zawężenie osobistych więzi społecznych oraz tendencja do unikania niektórych działań przez stałe wyolbrzymianie potencjalnego zagrożenia lub ryzyka w codziennych sytuacjach.
- **Osobowość zależna** (obejmuje również osobowość: asteniczną, nieadekwatną, bierną i samoponiżającą się). Wzorzec funkcjonowania charakteryzuje: bierne opieranie się na innych w podejmowaniu mniej lub bardziej ważnych decyzji życiowych, nadmierna obawa przed porzuceniem, poczucie bezradności i niekompetencji, podporządkowanie własnych potrzeb innym, niechęć do stawiania nawet racjonalnych wymagań osobom, od których jest się zależnym oraz niedostateczne wypełnianie codziennych zadań. Brak napędu może przejawiać się zarówno w sferze intelektualnej, jak i emocjonalnej. Często występuje skłonność do przenoszenia odpowiedzialności na innych (por. Sobów, 2010).
- **Inne, określone zaburzenia osobowości,** które nie spełniają kryteriów żadnego z podstawowych typów, opisanych wyżej. Kategoria ta obejmuje np. osobowość narcystyczną, której charakterystycznym wzorcem funkcjonowania jest zawyżona ocena własnej wartości, potrzeba bycia wyróżnionym i podziwianym, pochłonięcie przez wyobrażenia o sukcesie, doskonałości i urodzie, przekonanie o swojej niezwykłości, atrakcyjności, znaczeniu. Oczekiwanie szczególnie korzystnego traktowania z jednoczesną tendencją do traktowania innych z lekceważeniem i wyższością. Tu kontakty i relacje z innymi zawsze mają charakter instrumentalny.

Drugą kategorię zaburzeń osobowości człowieka dorosłego stanowią **zaburzenia osobowości mieszane i inne**. Do tej grupy należą, te zaburzenia, które w obrazie klinicznym zawierają wzorce zachowania charakterystyczne dla różnych specyficznych zaburzeń osobowości lub gdy ich przejawy są słabo zaznaczone lub mało wyraziste (por. Cierpiałkowska, 2007).

Do trzeciej i zarazem ostatniej kategorii zaburzeń osobowości wyróżnionych w klasyfikacji ŚOZ, należą trwałe zmiany osobowości i zachowania, będące następstwem przeżyć związanych z katastrofą; długotrwałą sytuacją stresową lub po ciężkiej chorobie psychicznej u osób, które przedtem nie wykazywały za-

burzeń osobowości. W przypadku trwałej zmiany osobowości po katastrofie, funkcjonowanie charakteryzuje**:** wroga lub nieufna postawa wobec otaczającego świata, wycofanie z życia społecznego, uczucie pustki lub beznadziejności, stałe uczucie napięcia i rozdrażnienia jako wynik zagrożenia i wyobcowania.

Zmiany osobowości wynikające z przebytej ciężkiej choroby psychicznej charakteryzuje: nadmierna zależność od innych, roszczeniowa postawa; przekonanie o zmianie lub stygmatyzacji przez chorobę, prowadzące do niemożności nawiązania czy utrzymania bliskich i przyjaznych stosunków z otoczeniem; bierność, ograniczenie zainteresowań i umiejętności wykorzystania → czasu wolnego; stałe narzekanie na różne dolegliwości, co może iść w parze ze skargami hipochondrycznymi i wejściem w rolę chorego; nastrój dysforyczny lub chwiejny, długotrwałe problemy w funkcjonowaniu społecznym i zawodowym (http://stat.gov.pl/Klasyfikacje…).

W dotychczas prowadzonych badaniach → seniorów stwierdzono, że zaburzenia osobowości są szczególnie częste u pacjentów depresyjnych, zaś ich współwystępowanie wiąże się z niepowodzeniami terapeutycznymi. Osobowości paranoiczna, schizoidalna i narcystyczna uniemożliwiają dobre funkcjonowanie społeczne, a osobowość unikająca i zależna pogarszają realizowanie codziennych aktywności i mogą uniemożliwić powrót do samodzielności. Natomiast osobowość histrioniczna pogarsza znacznie współpracę z chorym i wiąże się z częstymi zmianami terapeutów i lekarzy (zob. Sobów, 2010).

Zaburzenia osobowości są relatywnie nowym obszarem zainteresowań na polu → psychogeratrii, czyli psychiatrii wieku podeszłego. Aktualnie, w związku z brakiem konkretnych danych dotyczących tej → grupy wieku, zaleca się postępowanie zgodnie z ogólnymi rekomendacjami diagnostyki i terapii zaburzeń osobowości (zob. http://fozp.org.pl/pdf…).

AIK

B: Agronin, 2007; Bilikiewicz, 2011; Cierpiałkowska, 2007, 2013; Kasprzak, Ciałkowska-Kuźmińska, 2012; Pervin, 2002; Sobów, 2010; Zimbardo, Johnson, MacCann, 2012.

N: http://fozp.org.pl/pdf…; http://psychiatria.mp.pl/zaburzenia…; http://stat.gov.pl/Klasyfikacje…;

O: osobowość człowieka starszego.

TK: ang. *personality disorders in the elderly,* fr. *les troubles de la personnalité des personnes* âgées, hiszp. *los trastornos de la personalidad de los ancianos,* niem. *Persönlichkeitsstörungen alter Menschen*, ros. *личностное расстройства пожилых людей/расстройства личности пожилых людей.*

specyficzne zaburzenia osobowości osób starych → zaburzenia osobowości w podeszłym wieku

zaburzenia pamięci związane z wiekiem

– określenie to (ang. *Age-Associated Memory Impairment* – AAMI) odnosi się do zaburzeń → pamięci wynikających z → normalnego starzenia się, czyli bez wpływu → chorób lub innych czynników, np. leków. Zapominanie jest częstą skargą osób starszych. Zaburzenia pamięci narastają wraz z wiekiem – zarówno u zwierząt, jak i u ludzi (Craik, Jennings, 1992). Określenie AAMI zostało wprowadzony przez grupę roboczą amerykańskiego Narodowego Instytutu Zdrowia Psychicznego (ang. *National Institute of Mental Health* – NIMH), włącznie z podaniem kryteriów diagnostycznych (Crook i współprac., 1986).

Podstawą do rozpoznania **zaburzeń pamięci związanych z wiekiem** są: 1) subiektywne skargi na stopniowe pogorszenie pamięci w codziennym → życiu u osoby w wieku powyżej 50 lat; 2) deficyt pamięci potwierdzony wynikiem badania neuropsychologicznego za pomocą standardowych testów oceny pamięci (przynajmniej poniżej 1 odchylenia standardowego w porównaniu do wyników osób młodych dorosłych); 3) prawidłowo zachowane inne funkcje poznawcze; 4) nieobecność → otępienia ani innego problemu zdrowotnego, który mógłby wpływać na pogorszenie funkcji poznawczych.

Warto podkreślić, że omawiane określenie odnosi się do zaburzenia tylko jednej funkcji poznawczej, jaką jest pamięć. Oznacza to, że inne funkcje poznawcze nie uległy pogorszeniu.

Trudno powiedzieć, jak rozpowszechnione są w populacji zaburzenia pamięci związane z wiekiem, ponieważ dane różnią się wynikami od 18% do 85% w zależności od wieku badanych i rodzaju populacji (Larrabee, Crook 1994, Barker, Jones, Jennison, 1995). Nieznany jest dokładny przebieg kliniczny AAMI i nie ma pewności, że ten stan u pewnej kategorii osób nie będzie ewaluował do → choroby Alzheimera po upływie pewnego → czasu (Goldman, Morris, 2001).

Lars-Göran Nilsson (1944–), charakteryzując zaburzenia pamięci w procesie normalnego starzenia się, omawia pięć współdziałających ze sobą typów pamięci, a mianowicie pamięć epizodyczną, semantyczną, krótkoterminową, percepcyjną i proceduralną. Spośród nich, jedynie pamięć epizodyczna wykazuje osłabienie wraz z normalnym starzeniem (Nilsson, 2003).

Suzanne Craft i współprac. (2009) przytaczają skutki normalnego starzenia dla wszystkich funkcji poznawczych człowieka, a nie tylko pamięci. Powstał nawet termin „zaburzenia poznawcze zależne od wieku" (ang. *age-associated cognitive decline* – AACD), który obrazuje te zmiany w normalnym starzeniu (Levy, 1994). Co ciekawe, w miarę starzenia można zaobserwować redukcję tylko niektórych elementów określonych funkcji poznawczych. W zakresie intelektu bez zmian pozostaje → inteligencja skrystalizowana i werbalna, a spowolnieniu może ulec szybkość przetwarzania informacji, inteligencja płynna i niewerbalna. W zakresie uwagi spadać może jej podzielność, przy zachowaniu koncentracji uwagi. W zakresie funkcji wykonawczych problem mogą stwarzać jedynie nowe zadania. Pamięć dawna – proceduralna i semantyczna – pozostają bez zmian, a pogorszeniu ulega uczenie się i odtwarzanie nowych informacji. W zakresie funkcji językowych bez zmian pozostaje rozumienie, słownictwo i składnia, zaś mogą pojawiać się problemy w spontanicznym odnajdywaniu słów oraz płynności mowy. Umiejętności wizualno-przestrzenne nie ulegają zmianom w zakresie konstrukcji i prostego kopiowania, a problem mogą stwarzać złożone kopiowanie i kierunki rotacji. Zaś w zakresie funkcji psychomotorycznych wydłużeniu może ulegać czas reakcji.

Według Amerykańskiego Towarzystwa Geriatrycznego [AGS] normalne starzenie cechuje: łagodne osłabienie pamięci, dłuższy czas i większy wysiłek wymagany do przypominania nowo nabytych informacji, dłuższy czas uczenia się, który jednak jest dobrze kompensowany przez sporządzanie notatek, korzystanie z kalendarza, itp., a co najważniejsze zmianom tym nie towarzyszą jakiekolwiek zaburzenia lub reperkusje w zakresie aktywności społecznej ani wzorca funkcjonowania w codziennym życiu (Durso, Sullivan, 2013).

BB

A: AAMI (ang.).

B: Barker, Jones, Jennison, 1995; Craft i współprac., 2009; Craik, Jennings, 1992; Crook i współprac., 1986; Durso, Sullivan, 2013; Goldman, Morris, 2001; Larrabee, Crook 1994; Levy, 1994; Nilsson, 2003.

O: amnezja, choroby otępienne, hipomnezja, otępienie, pamięć, Sprawdź Swoją Pamięć, zaburzenia pamięci, zespół otępienny.

TK: ang. *Age-Associated Memory Impairment* [AAMI], fr. *des troubles de la mémoire de la personne âgée/déclin de la mémoire associé à l'âge/des troubles de la mémoire associés à l'âge*, hiszp. *pérdida de memoria asociada a la edad/alteración de la memoria asociada a la edad*, niem. *altersbedingter Gedächtnisstörung*, ros. *возрастное ухудшение памяти.*

zaburzenia poznawcze w starszym wieku

Sprawność poznawcza jest ważnym elementem funkcjonowania osób starszych. Do funkcji poznawczych zalicza się procesy percepcyjno-motoryczne, → pamięć, zdolność myślenia, uwagę, mowę. Zaburzenia poznawcze występujące u osób starszych mogą być skutkiem fizjologicznych zmian zachodzących z wiekiem w ośrodkowym układzie nerwowym (OUN). Z wiekiem sprawność funkcji poznawczych słabnie. W sposób fizjologiczny osłabieniu ulega sprawność zmysłów wzroku, słuchu i smaku, a także podzielność i koncentracja uwagi, wydłuża się też → czas reakcji na bodźce oraz szybkość wykonywania czynności. Po 80. roku → życia obserwuje się istotne zaburzenia pamięci – szczególnie mechanicznej (obejmującej wierne zapamiętanie pewnych treści, a następnie ich odtworzenie) i bezpośredniej (krótkoterminowej), lepiej zachowana jest pamięć skojarzeniowa i logiczna. Pamięć proceduralna i semantyczna osób w starszym wieku nie różni się znacząco od osób młodszych, osłabieniu natomiast ulega pamięć epizodyczna (pamięć zdarzeń). Po 60. r.ż. obserwowane są deficyty występujące w myśleniu indukcyjnym, wyobraźni przestrzennej i koordynacji wzrokowo-ruchowej, natomiast nie zauważa się ich w rozumowaniu arytmetycznym, kompetencjach słowno-pojęciowych i wiadomościach. Z wiekiem stopniowo obniża się poziom → inteligencji ogólnej. Zmiany zachodzące wraz z procesem → starzenia się dotyczą przede wszystkim inteligencji płynnej, czyli wrodzonej, która odpowiada za przetwarzanie informacji i uczenie się natomiast inteligencja skrystalizowana, czyli nabyta poprzez proces uczenia i doświadczeń nie ulega zmianie (Straś-Romanowska, 2011). Na wystąpienie zaburzeń poznawczych u osób w → wieku podeszłym mogą wpływać zaburzenia sensoryczne, czyli upośledzenie wzroku i słuchu; zaburzenia emocjonalne, no. lęki, stany depresyjne, jak również stosowanie leków, np. uspokajających i nasennych, oraz niewłaściwe warunki środowiskowe (zob. Kotapka-Minc, 2007). Badania wykazały silny związek między → wielochorobowością, a zaburzeniami poznawczymi. Schorzeniem mogącym objawiać się tylko delikatnym zaburzeniem funkcji poznawczych jest cichy → udar mózgu. → Łagodne zaburzenia poznawcze – obejmujące głównie uwagę, przetwarzanie informacji, pamięć, rozwiązywanie problemów, oraz zdolność planowania

i organizowania – mogą towarzyszyć schizofrenii. Natomiast zaburzenia wzrokowo-przestrzenne, pamięci niewerbalnej i funkcji wykonawczych mogą występować w zaburzeniach obsesyjno-kompulsywnych – nerwicy natręctw (Howieson, Lezak, 2012).Wykazano istotny związek między depresją a sprawnością poznawczą. Do zaburzeń poznawczych występujących w depresji zalicza się obniżenie ogólnej inteligencji, zdolności uczenia i fluencji słownej, a także zwolnienie czasu przetwarzania informacji oraz funkcji wykonawczych. U pacjentów z depresją przebiegającą z objawami psychotycznymi częściej występują zaburzenia pamięci natomiast chorobie dwubiegunowej mogą towarzyszyć zaburzenia uwagi, pamięci i abstrakcji (zob. A. Bilikiewicz, Matkowska-Białko, 2004, Howieson, Lezak, 2012). Zaburzenia funkcji poznawczych mogą także występować na każdym etapie → choroby Parkinsona. Często występuje upośledzenia wzrokowo-przestrzenne, zaburzenia mowy i funkcji wykonawczych oraz praksja konstrukcyjna (Lerner, Riley, 2012).

Wśród czynników mających istotny wpływ na sprawność funkcji poznawczych osób w starszym wieku wymienia się poziom wykształcenia, płeć i wiek. Badania wielu autorów wskazują, że starszy wiek, płeć żeńska i niski poziom wykształcenia są silnymi determinantami zaburzeń poznawczych (zob. Klich-Rączka i współprac., 2012). Inną przyczyną wystąpienia zaburzeń poznawczych u osób starszych może być też toczący się proces otępienny.

Aby właściwie rozpoznać zaburzenia poznawcze zaleca się przeprowadzenie indywidualnej oceny wcześniejszego funkcjonowania poznawczego. Wśród istotnych danych, przydatnych w postawieniu diagnozy wymienia się: wiek, poziom wykształcenia, zainteresowania, wykonywaną pracę. Bardzo ważne jest też określenie czy zaburzenia poznawcze nie postępują, dlatego też zaleca się obserwowanie dynamiki zmian zachodzących w procesach poznawczych w odstępach półrocznych. Zaburzenia poznawcze będące wynikiem fizjologicznego starzenia się OUN nie pogłębiają się i nie postępują w czasie oraz nie zaburzają w dużym stopniu sprawności funkcjonalnej. Ponadto występujące deficyty, takie jak: wydłużenie czasu przetwarzania informacji, trudności w wykonywaniu nowych zadań i w zapamiętywaniu nowych treści mogą być redukowane poprzez zwiększenie czasu na ich przyswojenie. Jeśli jednak zaburzenia poznawcze pogłębiają się może to wskazywać na początek procesu otępiennego, wówczas zaleca się przeprowadzenie diagnostyki ukierunkowanej na wskazanie rodzaju → otępienia.

W diagnozowaniu zaburzeń poznawczych bardzo ważne miejsce zajmuje różnicowanie ich z objawami → depresji [i zaburzeniami nastroju]. Zaburzenia poznawcze u osób z depresją nasilają się wraz z jej objawami zaś w okresie remisji ulegają znacznej poprawie. Natomiast, jeśli wraz z ustępowaniem objawów depresji sprawność poznawcza nie poprawia się to może, to wskazywać, że objawy depresji są wczesnymi objawami otępienia (Kotapka-Minc, 2007).

W diagnostyce zaburzeń poznawczych u osób w starszym wieku zaleca się przeprowadzenie wywiadu zarówno z osobą badaną, jak i jej → rodziną, wykonanie badań neuroobrazowych i laboratoryjnych. Wywiad powinien obejmować dane dotyczące postępu zmian poznawczych, występowania objawów psychicznych i somatycznych oraz czynników wpływających na zaburzenia poznawcze. Do badań neuroobrazowych przydatnych w diagnozowaniu deficytów poznawczych zalicza się m.in. → tomografię komputerową (CT), rezonans magnetyczny (MRI), angiografię CT i angiografię MRI, tomografię emisyjną pojedynczego fotonu (SPECT), pozytywną tomografię emisyjną (PET), przezczaszkową ultrasonografię dopplerowską (TDC). Zaś wśród badań laboratoryjnych należy wymienić: OB., morfologię z rozmazem, poziom elektrolitów, mocznika i kreatyniny, glukozy, witaminy B_{12}, kwasu foliowego, próby wątrobowe, lipidogram, badanie hormonów tarczycy, badanie moczu ogólne i na obecność metali ciężkich. Ponadto zaleca się wykonanie EKG, RTG klatki piersiowej i czaszki oraz badanie płynu mózgowo-rdzeniowego.

W diagnostyce zaburzeń poznawczych bardzo ważne miejsce powinna zajmować ocena neuropsychologiczna poszczególnych funkcji poznawczych obejmująca ocenę: ogólnej inteligencji, uwagi, pamięci, funkcji werbalnych, funkcji wzrokowo – przestrzennych, myślenia i funkcji wykonawczych (zob. A. Bilikiewicz, Matkowska-Białko, 2004). Wyniki wielu badań wskazują, że istnieje związek zaburzeń poznawczych z niesprawnością funkcjonalną oraz, że zaburzenia poznawcze, wpływają niekorzystnie, na → jakość życia → seniorów oraz przyczyniają się do ich instytucjonalizacji (Rosenthal, 2009). Aby we wczesnym okresie rozpoznać zaburzenia poznawcze, które często są delikatne i trudne do zdiagnozowania, zasadnym wydaje się wprowadzenie u osób w starszym wieku → badań przesiewowych (skal lub testów) do oceny funkcji poznawczych, zarówno do praktyki lekarza rodzinnego, pielęgniarki środowiskowej i/lub rodzinnej, jak i przy przyjęciu do szpitala. Badania te pozwoliłyby na wczesne wprowadzenie poszerzonej diagnostyki, pro-

filaktyki oraz leczenia zaburzeń poznawczych, co niewątpliwie wpłynęłoby na poprawę funkcjonowania osób starszych i ich rodzin, oraz podniosłoby, jakość → opieki.

MDZ

B: A. Bilikiewicz, Matkowska-Białko, 2004; Howieson, Lezak, 2012; Klich-Rączka i współprac., 2012; Kotapka-Minc, 2007; Rosenthal, 2009; Straś-Romanowska, 2011.
O: choroby neurodegeneracyjne, łagodne zaburzenia poznawcze, otępienie, pamięć, testy oceny funkcji poznawczych.
TK: ang. *cognitive impairments in the elderly/cognitive impairments in older adults*, fr. déficiences *cognitives chez les personnes âgées*, hiszp. *el deterioros cognitivo en adultos mayores*, niem. *kognitive Störungen im Alter/kognitive Beeinträchtigung im Alter/kognitiven Defizite im Alter*, ros. *когнитивные нарушения у пожилых людей.*

zaburzenia rytmu serca (arytmia, dysrytmia)

– to stan, w którym skurcze mięśnia sercowego powstają w sposób niemiarowy lub też szybciej bądź wolniej niż normalnie. Definicja obejmuje również stany, gdy skurcze serca są inicjowane przez inny ośrodek bodźcotwórczy niż jego naturalny rozrusznik – węzeł zatokowo-przedsionkowy, zwany częściej węzłem zatokowym (prawidłowy, zatokowy rytm serca w spoczynku to 60–100 uderzeń serca na min.). Ze względu na miejsce ich powstawania zaburzenia rytmu serca dzieli się ogólnie na **arytmie nadkomorowe** – powstające w przedsionkach serca lub łączu przedsionkowo-komorowym, oraz **arytmie komorowe** – powstające w mięśniu komór serca i komorowej części układu bodźcoprzewodzącego (poniżej podziału pęczka Hisa).

Arytmie serca mogą występować pod postacią:

- bradykardii (bradyarytmii) – wolny rytm serca (najczęściej uznaje się częstość poniżej 60 uderzeń na min. w spoczynku),
- tachykardii (tachyarytmii) – szybki rytm serca – powyżej 100/min.,
- pobudzeń dodatkowych – pobudzenia pojedyncze i pary,
- innych specyficznych – migotanie i trzepotanie.

Klinicznie zaburzenia rytmu serca objawiać się mogą uczuciem przerw w pracy serca, kołataniem serca, uciskiem w gardle, niepokojem, dyskomfortem w klatce piersiowej, dusznością, zawrotami głowy, zasłabnięciami i utratą przytomności (zależnymi od zaburzeń hemodynamicznych), a – w skrajnym przypadku – nawet nagłym zgonem sercowym. Mogą one powodować objawy niewydolności serca, → choroby niedokrwiennej serca, czy powikłania zakrzepowo-zatorowe. Czasem objawy arytmii są nietypowe, takie jak: szum w uszach, zaburzenia widzenia, częstomocz, dyskomfort w jamie brzusznej, obrzęki obwodowe. U osób starszych pierwszym objawem wystąpienia zaburzeń serca może być upadek czy → udar mózgu, majaczenie, zaburzenia funkcji poznawczych, a w perspektywie odległej – także zwiększone ryzyko otępienia (Jannou i współprac., 2015, Santangeli i współprac., 2012). Dosyć często jednak zaburzenia rytmu serca przebiegają bezobjawowo, nawet te, które mają charakter utrwalony, np. migotanie przedsionków.

Diagnostyka zaburzeń rytmu serca obejmuje przede wszystkim badanie podmiotowe pacjenta (wywiad dotyczący objawów i czasu trwania arytmii oraz → chorób towarzyszących i przyjmowanych leków), jego badanie przedmiotowe (osłuchiwanie serca i badanie tętna obwodowego) i ocenę elektrokardiogramu spoczynkowego. W dalszej kolejności wykonuje się monitorowanie elektrokardiograficzne (EKG metodą Holtera, rejestrator zdarzeń, telemonitoring), test wysiłkowy – dla diagnostyki choroby wieńcowej jako przyczyny zaburzeń rytmu a także w celu prowokacji arytmii zależnej od wysiłku, echokardiografię – dla wykluczenia bądź potwierdzenia organicznej choroby serca, koronarografię (najczęściej wykonywaną w diagnostyce komorowych zaburzeń rytmu). Precyzyjne określenie rodzaju arytmii i mechanizmu jej powstawania umożliwia badanie elektrofizjologiczne [ang. *electrophysiology study* – EPS]. Jest to badanie inwazyjne, które często poprzedza leczenie zaburzeń serca za pomocą ablacji.

Postępowanie terapeutyczne w przypadku zaburzeń rytmu serca ma na celu eliminację ich objawów, zapobieganie wynikającym z nich zaburzeniom hemodynamicznym i nagłemu zgonowi sercowemu [ang. *Sudden Cardiac Death* – SCD. Obejmuje ono także profilaktykę powikłań wtórnych niektórych arytmii, np. zapobieganie udarowi mózgu w przypadku **migotania przedsionków serca** – omówione poniżej. Pilność interwencji diagnostyczno-terapeutycznej determinowana jest ciężkością objawów arytmii, jej typem oraz obecnością u pacjenta organicznej choroby serca. Jak się okazuje, postępowanie w przypadku arytmii serca występujących u osób starszych jest ogólnie zgodne z wytycznymi postępowania w zaburzeniach rytmu serca, chociaż podejście niektórych ośrodków różni się pod względem przyjętych granic wieku do niektórych form terapii,

w zakresie kwalifikowania osób starszych do leczenia przeciwkrzepliwego, ablacji czy elektroterapii (Chen i współprac., 2015).

Bezobjawowe zaburzenia rytmu serca, które występują u osób bez organicznej choroby serca, nie wymagają leczenia przeciwarytmicznego. Zaburzenia rytmu serca, które dają objawy, wymagają właściwej terapii farmakologicznej i eliminacji wywołujących je czynników. Postępowanie to obejmuje wyrównanie zaburzeń metabolicznych i elektrolitowych oraz włączenie postępowanie farmakologicznego (beta-blokery, leki ąntyarytmiczne). Stosowanie leków przeciwarytmicznych w przypadku osób starszych, szczególnie jeśli towarzyszy im organiczna choroba serca (np. choroba niedokrwienna), związane jest jednak ze zwiększonym ryzykiem występowania działań ubocznych tych leków oraz zwiększonym ryzykiem hospitalizacji (Steinberg i współprac., 2014). W niektórych arytmiach możliwe i uzasadnione jest leczenie inwazyjne za pomocą ablacji przezskórnej. Ablacja polega na zniszczeniu za pomocą prądu o częstotliwości radiowej zazwyczaj niewielkiego fragmentu mięśnia serca, który odpowiada za wystąpienie arytmii. Prąd dostarcza się do tkanki za pomocą elektrod wprowadzonych przez układ żylny lub tętnice. Ablację stosuje się z powodzeniem, przy niskim ryzyku powikłań, w leczeniu trzepotania przedsionków, nawrotnego częstoskurczu węzłowego. Mniej spektakularne efekty są przy migotaniu przedsionków lub częstoskurczach przedsionkowych (Trusz-Gluza i współprac., 2010). Chociaż wydaje się ona dość bezpieczną opcją terapeutyczną także w przypadku starszych pacjentów, korzystnie wpływającą na → jakość życia tych pacjentów, m.in. dzięki możliwości zaprzestania dalszego stosowania leków przeciwarytmicznych (Blandino i współprac., 2013).

Najczęstszą przyczyną **bradykardii** [łac. *bradicardia* – stan, kiedy częstość akcji serca wynosi (wg Konturka) poniżej 60/min – przyp. red.] u osób w wieku podeszłym jest **choroba węzła zatokowego**, często nazywana zespołem chorej zatoki (Ferrer, 1968). Zespół ten występuje z częstością 1: 600 osób w wieku powyżej 65. roku życia, częściej u kobiet, a średni wiek w momencie rozpoznania wynosi 68 lat (Adan, Crown, 2003). Za znaczną cześć przypadków tego schorzenia odpowiada związany z wiekiem ubytek komórek rozrusznikowych węzła zatokowego i włóknienie tkanki okołowęzłowej. Przyczyną uszkodzenia węzła zatokowego często jest inna choroba serca – choroba niedokrwienna, kardiomiopatie, choroby układowe tkanki łącznej, zabiegi kardiochirurgiczne. Wreszcie, za wystąpienie objawów mogą odpowiadać stosowane leki: beta-blokery, naparstnica, leki antyarytmiczne.

Podstawowym objawem choroby węzła zatokowego jest stała bradykardia zatokowa, która po przekroczeniu krytycznej wartości daje objawy kliniczne. Jeśli bradykardii zatokowej towarzyszą napady tachyarytmii przedsionkowych (najczęściej omówione poniżej migotanie przedsionków) rozpoznaje się **zespół tachykardia-bradykardia**. Najbardziej widocznym objawem tej postaci chorego węzła zatokowego są długotrwałe zahamowania zatokowe po ustąpieniu arytmii, będące przyczyną omdleń. Inną postacią zespołu jest **nieadekwatność chronotropowa**, polegająca na niezdolności do przyspieszenia czynności serca w odpowiedzi na wysiłek, a definiowana jako niemożność osiągnięcia 85% tętna maksymalnego dla danego wieku. Objawy kliniczne choroby węzła zatokowego nierzadko ograniczają się jednak jedynie do męczliwości, zmniejszenia wydolności fizycznej oraz zaburzeń funkcji poznawczych, co znacznie utrudnia diagnostykę.

Podstawową metodą leczenia choroby węzła zatokowego jest wszczepienie rozrusznika serca, do której to procedury kwalifikuje się chorych z objawową bradykardią, której przyczyna ma charakter trwały lub gdy spowodowana jest ona lekami, których stosowanie przez chorego jest bezwzględnie wskazane, np. beta-blokery w niewydolności serca bądź po zawale serca (zob. Ferrer, 2013, *Wytyczne ESC*…, 2013). Wprawdzie zaawansowanie → wieku chronologicznego [kalendarzowego] wpływa na częstość występowania powikłań implantacji elektrycznego stymulatora serca, to jest to stosunkowo bezpieczna procedura, stosowana nawet w bardzo późnej → starości (Mandawat i współprac., 2013).

Nadkomorowe zaburzenia rytmu serca mogą objawiać się jako**:**

- dodatkowe pobudzenia nadkomorowe (przedsionkowe i węzłowe),
- częstoskurcz przedsionkowy,
- nawrotny częstoskurcz w węźle przedsionkowo-komorowym,
- migotanie przedsionków,
- trzepotanie przedsionków.

Z klinicznego punktu widzenia u osób w → wieku podeszłym najistotniejsze znaczenie mają: dodatkowe pobudzenia przedsionkowe, częstoskurcze przedsionkowe i migotanie przedsionków.

Istotą **dodatkowych skurczów przedsionkowych i częstoskurczów przedsionkowych** jest powstawanie bodźca w przedsionkach serca, poza węzłem zato-

kowym. Najczęstszym miejscem powstawania pobudzeń jest mięśniówka wokół grzebienia granicznego, przegrody międzyprzedsionkowej, okolica pierścienia mitralnego i trójdzielnego, ujście żył do przedsionków (żyły główne, zatoka wieńcowa, żyły płucne).

Pobudzenia dodatkowe przedsionkowe są powszechnym zaburzeniem rytmu serca – w badaniach holterowskich wykonywanych w populacji ogólnej stwierdza się je najczęściej w ilości 100–200 na dobę. Nierzadkie są też salwy nieutrwalonych, najczęściej bezobjawowych częstoskurczów przedsionkowych. Częstoskurcze przedsionkowe mogą być monomorficzne (gdy załamki P częstoskurczu są jednakowe, a więc pochodzą z jednego ogniska) lub polimorficzne (gdy załamki P mają przynajmniej 3 różne morfologie). Częstoskurcze polimorficzne, czyli wieloogniskowe, są wolniejsze, niemiarowe i mają różne odstępy PQ w elektrokardiogramie.

W subpopulacji osób starszych przedsionkowe zaburzenia rytmu występują częściej niż u osób młodszych i stwierdza się je u ponad 80% zdrowych ochotników i bezobjawowych osób starszych (Liu, Jahangir, Shen, 2009). Wiąże się to ze zwłóknieniem mięśniówki przedsionków, będącym przejawem fizjologicznej → inwolucji a także powikłaniem wieloletniego przebiegu nadciśnienia tętniczego i choroby wieńcowej. Częstoskurcze przedsionkowe, zwłaszcza wieloogniskowe, często są skutkiem innych ostrych lub ciężkich schorzeń, zwłaszcza→ chorób pulmonologicznych w starszym wieku. Częściej występują u osób w podeszłym wieku na skutek zaburzeń metabolicznych, elektrolitowych, zatrucia lekami, takimi jak: naparstnica czy metyloksantyny.

Migotanie przedsionków (łac. *fibrillatio atriorum*, ang. *atrial fibrillation* – AF) jest najczęstszą, utrwaloną arytmią serca i jako przyczyna hospitalizacji przewyższa wszystkie inne zaburzenia rytmu serca. Ok. 70% chorych z migotaniem przedsionków ma powyżej 65 lat, a w subpopulacji osób powyżej 80. r.ż. ponad 10% ma migotanie przedsionków (zob. Feinberg i współprac., 1995). Migotanie przedsionków jest arytmią polegającą na nieskoordynowanej pracy wielu fragmentów mięśnia przedsionków, czego skutkiem jest utrata ich czynności skurczowej oraz niemiarowa – nieraz bardzo szybka – praca komór. Charakterystyczną cechą w zapisie EKG jest ciągła, chaotyczna aktywacja przejawiająca się falą f (oscylacje o częstości 350–600/min) w miejsce zatokowych załamków P oraz całkowicie niemiarowy układ zespołów QRS. Samoistne (izolowane) migotanie przedsionków występuje u chorych bez klinicznych i morfologicznych cech choroby serca, choroby płuc i bez → nadciśnienia tętniczego. Występuje ono z reguły w młodszej subpopulacji (w definicji podawany bywa wiek poniżej 60 lat). Za jego przyczynę uznano szybkie wyładowania ogniskowe powstające w końcowych odcinkach żył płucnych, rzadziej w zatoce wieńcowej i żyle głównej górnej, wzdłuż grzebienia granicznego. Wtórne migotanie przedsionków związane jest z innymi – sercowymi i pozasercowymi – stanami patologicznymi. Najważniejsze to: nadciśnienie tętnicze, wady serca (przede wszystkim zastawki mitralnej oraz ubytki w przegrodzie międzyprzedsionkowej), choroba niedokrwienna serca, zapalnie mięśnia sercowego i osierdzia, kardiomiopatie i niewydolność serca, choroby tarczycy (głównie nadczynność), choroby płuc (zwłaszcza te przebiegające z niewydolnością oddechową lub nadciśnieniem płucnym), zakażenia, zaburzenia elektrolitowe (przede wszystkim hipokaliemia – zbyt niski poziom potasu we krwi), działanie różnych substancji – alkohol, kofeina, nikotyna oraz leki, np. beta-mimetyki.

Z uwagi na przebieg kliniczny migotanie przedsionków może być **napadowe** (ustępujące samoistnie przed upływem 7 dni), **przetrwałe** (trwające powyżej 7 dni lub wymagające kardiowersji), **przetrwałe długotrwające** (utrzymuje się powyżej roku, ale planowane jest przywrócenie rytmu zatokowego) i **utrwalone** (które nie poddaje się kardiowersji lub gdy zrezygnowano z prób przywracania rytmu zatokowego).

Migotanie przedsionków niesie ze sobą ryzyko zgonu i poważnego kalectwa na skutek udaru niedokrwiennego mózgu. Udar mózgu związany z migotaniem przedsionków ma cięższy przebieg i powoduje większego stopnia → niepełnosprawność niż udary spowodowane innymi przyczynami. Częściej kończy się on zgonem, a po przebytym incydencie mózgowym również większe jest ryzyko powtórnego udaru. Wiek powyżej 75. r.ż. podwyższa pięciokrotnie ryzyko udaru mózgu u osób z migotaniem przedsionków w porównaniu z subpopulacją poniżej 65. r.ż. Przedsionkowe zaburzenia rytmu serca istotnie częściej stwierdza się jako przyczynę dokonanych udarów mózgu u osób w późnej starości (Jannou i współprac., 2015). Przyczyniać się może do tego także rzadsze stosowanie leczenia przeciwkrzepliwego w tej grupie chorych (por. Xiang i współprac., 2015).

U pacjentów geriatrycznych z migotaniem przedsionków częściej zachodzi potrzeba hospitalizacji z tego powodu, częściej także dochodzi w ich przypadku do obniżenia wydolności wysiłkowej i jakości życia na skutek różnych objawów klinicznych związanych z arytmią. Spowodowany arytmią brak dopełnienia

przedsionkowego w trakcie napełniania komór serca w rozkurczu powoduje spadek rzutu serca o ok. 20%. Różnica ta jest odczuwalna zwłaszcza w subpopulacji starszej, u której częściej rozwija się rozkurczowa niewydolność serca na tle współistniejącego nadciśnienia tętniczego i → cukrzycy.

Jedynym czynnikiem obniżającym częstość zgonów związanych z migotaniem przedsionków jest leczenie przeciwzakrzepowe. Wskazania do leczenia przeciwzakrzepowego ustala się w oparciu o powszechnie uznaną i zalecaną skalę CHA_2DS_2-VASC, która określa punktowo i w sposób narastający czynniki ryzyka udaru mózgu. Tylko młody pacjent w wieku poniżej 65 lat, z tzw. izolowanym migotaniem przedsionków nie wymaga leczenia przeciwzakrzepowego, gdyż ryzyko udaru jest w tym przypadku niskie. Skala HAS-BLED służy ocenie ryzyka powikłań poważnych powikłań krwotocznych w trakcie leczenia przeciwzakrzepowego. Uwzględnia ona 7 czynników, a wystąpienie u pacjenta 3 z nich wskazuje na wysokie ryzyko takich powikłań. Wysoki wynik w skali nie nakazuje zaprzestania leczenia przeciwzakrzepowego, a raczej zwraca uwagę na potencjalnie odwracalne czynniki ryzyka krwawienia i potrzebę ich modyfikacji.

Acenocumarol, warfaryna – antagoniści witaminy K – to klasyczne leki przeciwzakrzepowe. Ich mechanizm działania polega na blokowaniu syntezy w wątrobie czynników krzepnięcia grupy protrombiny. Niedogodnością ich stosowania jest konieczność systematycznej kontroli terapii przy pomocy czasu protrombinowego. Nowe doustne leki przeciwzakrzepowe (bezpośredni inhibitor trombiny – dabigatran, bezpośrednie inhibitory czynnika Xa – riwaroksaban, apikasaban) są znacznie wygodniejsze w użyciu – nie wymagają laboratoryjnego monitorowania leczenia, jednak ich zastosowanie jest ograniczone do niezastawkowego migotania przedsionków oraz do osób z co najwyżej umiarkowanym upośledzeniem funkcji nerek. Na podkreślenie zasługuje fakt, że kwas acetylosalicylowy w znacznie mniejszym stopniu zmniejsza ryzyko udaru mózgu niż wspomniane leki przeciwzakrzepowe, przy porównywalnym ryzyku wystąpienia poważnych krwawień, zwłaszcza u osób w podeszłym wieku.

Oprócz profilaktyki przeciwzakrzepowej, przewlekłe leczenie migotania przedsionków ma na celu kontrolę rytmu serca (przywracanie rytmu zatokowego) lub kontrolę częstotliwości rytmu komór, jeśli arytmię uznano za utrwaloną. Wiele prób klinicznych wykazało, że strategia utrzymania rytmu zatokowego nie jest lepsza niż adekwatna kontrola rytmu komór (w czasie wysiłku i w spoczynku). Nie ma różnicy między tymi strategiami w zakresie śmiertelności, jak i pod względem jakości życia pacjentów. W starszej subpopulacji leki antyarytmiczne niosą ze sobą więcej działań niepożądanych, więcej też jest przeciwwskazań do ich stosowania w tej grupie pacjentów. Utrzymanie rytmu zatokowego wiąże się też z koniecznością kolejnych hospitalizacji, co negatywnie wpływa na jakość życia. Jeśli zatem arytmia nie powoduje nasilonych objawów, to u pacjentów w wieku podeszłym zaleca się stosowanie strategii kontroli rytmu (zob. Koźluk, Opolski, 2009, Camm i współprac., 2010, Camm i współprac., 2012).

Komorowe zaburzenia rytmu mogą przebiegać jako:

- pobudzenia dodatkowe pojedyncze (jednokształtne lub wielokształtne; przedwczesne lub zastępcze) – niekiedy układające się w *bigeminię* – gdy pobudzenie dodatkowe komorowe występuje na przemian z pobudzeniem zatokowym i *trigeminię* – gdy po dwu pobudzeniach zatokowych występuje pobudzenie dodatkowe,
- pobudzenia komorowe złożone (pary pobudzeń dodatkowych, przyspieszony rytm idiowentrykularny, który tworzą 3 i więcej pobudzeń komorowych o częstości poniżej 100/min i częstoskurcze komorowe nieutrwalone, na które składają się 3 i więcej pobudzeń dodatkowych komorowych o częstości powyżej 100/min. i o czasie trwania poniżej 30 sekund),
- częstoskurcze komorowe utrwalone (trwające powyżej 30 sekund) – monomorficzne, polimorficzne (w tym *torsades de pointes* – częstoskurcz towarzyszący długiemu odcinkowi QT w elektrokardiogramie) i dwukierunkowe,
- trzepotanie komór i migotanie komór.

Komorowe zaburzenia rytmu serca są zjawiskiem powszechnym – stwierdza się je u 60–90% bezobjawowych osób starszych (Liu, Jahangir, Shen, 2009). Częstość ich występowania rośnie wraz z wiekiem i stopniem zaawansowania organicznych chorób serca. U osób zdrowych liczba pojedynczych pobudzeń komorowych nie przekracza 100 na dobę, a formy złożone występują wyjątkowo. W tym przypadku nie mają one znaczenia rokowniczego. Inaczej jest, gdy współistnieje z nimi choroba serca, a zwłaszcza choroba wieńcowa. U osób po → zawale mięśnia sercowego występująca arytmia komorowa wskazuje na cięższe upośledzenie funkcji skurczowej lewej komory i większe zagrożenie nagłym zgonem sercowym (SCD). Pogarsza ona czynność serca, zwiększając ryzyko roz-

woju niewydolności układu krążenia a także niekorzystnie wpływa na jakość życia chorego (Aronow, 2010).

Zależności te systematyzuje kliniczny podział arytmii komorowych, który rozróżnia arytmie łagodne, złośliwe i potencjalnie złośliwe (Bigger, 1983). Arytmia łagodna, z którą wiąże się minimalne ryzyko SCD, przejawia się pojedynczymi pobudzeniami dodatkowymi lub nieutrwalonym częstoskurczami komorowymi, przy braku lub chorobie serca o niewielkim nasileniu, z zachowaną prawidłową funkcją lewej komory serca. Arytmia złośliwa przejawia się wszystkimi możliwymi formami elektrokardiograficznymi komorowych zaburzeń rytmu (z migotaniem komór włącznie), które są objawem zaawansowanej choroby serca z istotnym upośledzeniem funkcji lewej komory. Wiąże się z nią wysokie ryzyko nagłej → śmierci sercowej. W przypadku arytmii potencjalnie złośliwej, z którą wiąże się pośrednie ryzyko SCD, ekstrasystolia komorowa i nieutrwalone formy częstoskurczów występują u osób z organiczną chorobą serca, z towarzyszącym różnego stopnia upośledzeniem funkcji lewej komory.

Podział ten nie uwzględnia tzw. elektrycznych chorób serca – genetycznie uwarunkowanych dysfunkcji kanałów jonowych – zespołu wydłużonego QT, krótkiego QT, zespołu Brugadów, katecholaminergicznego wielokształtnego częstoskurczu komorowego i idiopatycznego migotania komór. Choroby te mają marginalne znaczenie w subpopulacji w wieku podeszłym.

Osiowym elementem leczenia arytmii komorowych jest leczenie choroby podstawowej. Obejmuje ono leczenie rewaskularyzacyjne choroby niedokrwiennej serca, stosowanie leków przeciwniedokrwiennych, optymalne leczenie niewydolności serca. Ważne jest także zapobieganie nagłemu zgonowi sercowemu (zob. Leal, Field, Page, 2012). Istotnym elementem prewencji SCD jest zabezpieczenie chorego wszczepialnym kardiowerterem-defibrylatorem (ICD). Do tej procedury kwalifikują się wszyscy pacjenci, którzy przeżyli już incydent migotania komór lub niestabilnego częstoskurczu komorowego. Jest to profilaktyka wtórna nagłego zgonu sercowego. W profilaktyce pierwotnej urządzenie powinni otrzymać pacjenci w II i III klasie niewydolności serca wg NYHA, niezależnie od jej przyczyny (Kong i współprac., 2012).

MC, ZBW

A: HRS.

B: Adan, Crown, 2003; Aronow, 2010; Bigger, 1983; Blandino i współprac., 2013; Camm i współprac., 2010, 2012; Chen i współprac., 2015; Feinberg i współprac., 1995; Ferrer, 1968; Jannou i współprac., 2015; Kong i współprac., 2012; Koźluk, Opolski 2009; Leal, Field, Page, 2012; Liu, Jahangir, Shen, 2009; Mandawat i współprac., 2013; Santangeli i współprac., 2012; Steinberg i współprac., 2014; Trusz-Gluza i współprac., 2010; *Wytyczne ESC…*, 2013; Xiang i współprac., 2015.

S: niemiarowość serca.

O: choroba niedokrwienna serca, choroby układu oddechowego, kardiologia geriatryczna, stenokardia, zawał mięśnia sercowego.

TK: ang. *cardiac arrhythmia/cardiac dysrhythmia/irregular heartbeat*, fr. *arythmies/les troubles du rythme cardiaque*, hiszp. *arritmias cardiac/un trastorno del roitmo cardíaca*, niem. *Arrhythmie/Herzrhythmusstörung*, ros. *аритмия/аритмия сердца.*

arytmia → zaburzenia rytmu serca

dysrytmia → zaburzenia rytmu serca

zaburzenia statyki narządu płciowego

– to sytuacja kliniczna, w której dochodzi do obniżenia narządów miednicy mniejszej, aż do ich całkowitego wypadania. Patologia ta związana jest z anatomicznymi uszkodzeniami struktur mięśniowych i powięziowych dna miednicy. Występują one u ok. 60% kobiet dorosłych, jednak objawy kliniczne obserwuje się u ok. 30% pacjentek. Nasilenie dolegliwości obserwuje się najczęściej po → menopauzie, i ich pogłębia się wraz z wiekiem chorej. Obniżenie narządu może dotyczyć przedniej ściany pochwy (dochodzi wtedy do obniżania pochwy wraz z pęcherzem moczowym), tylnej ściany pochwy (pochwy wraz z odbytnicą lub jelitami) lub macicy. Defekty te mogą współistnieć ze sobą. Objawy kliniczne to przede wszystkim uczucie „masy wysuwającej się z pochwy", pobolewania w podbrzuszu, uczucie napięcia w podbrzuszu, zaburzenia oddawania moczu (częstomocz, parcia naglące, → [inkontynencja] nietrzymanie moczu, nycturia), zaburzenia oddawania stolca (zaparcia, bóle przy oddawaniu stolca). Sposób leczenia zaburzeń statyki uzależniony jest od nasilenia dolegliwości oraz dyskomfortu odczuwanego przez pacjentkę.W pierwszym etapie lub w niewielkim stopniu obniżania narządu płciowego stosuje się estrogenoterapię miejscową (zob. Weber i współprac., 2015) i → fizykoterapię. W zakres leczenia zachowawczego wchodzi też pessaroterapia (Velzel, 2015). Ten sposób leczenia przeznaczony jest dla pacjentek, które nie kwalifikują się do

leczenia operacyjnego, np. z powodu przeciwwskazań zdrowotnych lub braku akceptacji leczenia operacyjnego. W zakres leczenia operacyjnego wchodzi wiele różnych technik operacyjnych, zarówno z dostępu pochwowego, jak również brzusznego (Majkusiak i współprac., 2015). Wyniki leczenia operacyjnego są dobre oraz poprawiają komfort i → jakość życia chorych

EB

A: POP (ang.).

B: Majkusiak i współprac., 2015; Velzel i współprac., 2015; Weber i współprac., 2015.

S: zaburzenia statyki narządu rodnego.

TK: ang. *pelvic organ prolapse* [POP]*/female genital prolapsed* or *vaginal prolapsed*, fr. *prolapsus des organes pelviens*, hiszp. *prolapso órganos pélvicos*, niem. *Scheidenvorfall*, ros. *прлакса тазовых органов/опущение и выпадание женских половых органов.*

zaburzenia urojeniowe

– znane dawniej jako ***paranoja prawdziwa*** lub ***obłęd*** (od grec. źródłosłowu: παράνοια – szaleństwo, obłęd, παρά – obok, poza i νους – rozum, sens), to stan, w którym pojawia się **urojenia** (ang. *delusion*), czyli „fałszywe, niemożliwe do skorygowania przeświadczenie lub sąd, niezgodny z rzeczywistością ani z podzielanymi społecznie przekonaniami typowymi dla wykształcenia i kultury danej osoby. Pierwotne urojenia są w zasadzie niezrozumiałe w świetle jednostkowej biografii i osobowości. Urojenia wtórne są psychologicznie zrozumiałe, a powstają pod wpływem stanów chorobowych lub innych stanów umysłu, np. zaburzenia nastroju lub podejrzliwości" (A. Bilikiewicz, 2011).

Zaburzenia urojeniowe (ang. *delusional disorders*) [F 22] – „rozwój pojedynczego urojenia lub zespołu pokrewnych urojeń o bardzo różnej treści, które zwykle trwają dłużej, czasem aż do końca → życia. Takie objawy, jak: omamy słuchowe, urojenia oddziaływania, spłycenie afektu – z reguły nie są wyraźne, ani trwałe. Nie ma też zdecydowanych przesłanek wskazujących na → chorobę mózgu. Jednak omamy słuchowe występujące sporadycznie lub w sposób przemijający zwłaszcza u pacjentów w → wieku podeszłym, mogą należeć do opisu choroby, jeżeli stanowią tylko małą część całego obrazu klinicznego" (A. Bilikiewicz, 2011).

Opis zaburzeń urojeniowych nie budzi wątpliwości, natomiast ich klasyfikacja stanowi duży problem i przedstawiciele różnych szkół psychiatrycznych przedstawiają swoje opinie. Wg amer. klasyfikacji *paranoja* jest najbliższa sformułowaniu „zaburzenia urojeniowe" (A. Bilikiewicz i współprac., 2002).

Kenneth S. Kendler w roku 1980 zaproponował zastosować takie rozpoznanie u pacjentów, którzy spełniają następujące kryteria (zob. A. Bilikiewicz i współprac., 2002): 1) początek choroby przed 60. rokiem życia, 2) niedziwaczone urojenia o różnej treści, np. prześladowcze, wielkościowe, somatyczne, zazdrości, 3) obecność tych objawów co najmniej przez 3 tygodnie, 4) brak omamów, 5) nieobecność wyraźnych zaburzeń afektywnych, w czasie, kiedy były obecne urojenia, 6) brak objawów typowo schizofrenicznych, takich jak: formalne zaburzenia myślenia, niedostosowany afekt, objawy pierwszorzędowe, jak: ugłaśnianie lub nasyłanie myśli, oraz 7) nieobecność objawów wskazujących na ograniczone uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego (OUN). Kryteria te przyjęte są w diagnozowaniu zaburzeń urojeniowych.

Chory z urojeniami przeżywa swoje urojenia tak dobitnie, że nikt nie jest w stanie zakwestionować ich braku w rzeczywistości. Urojeniowo przeżywany stan jest dla pacjenta od samego początku czymś, co zawiera prawdę samą w sobie. Urojenia można rozumieć jako końcowy przykład sztywności pojęciowej, zdarzenia, które mają małe prawdopodobieństwo zaistnienia tak ulegają przetworzeniu myślowemu, że oczekiwane są jako zdarzenia o dużym prawdopodobieństwie. Opierając się na obserwacjach klinicznych wiadome jest, że urojenia dotyczą zwykle osoby chorej oraz spostrzeganej przez nią rzeczywistości. Może zdarzyć się również tak, że część zdarzeń chory odbiera prawidłowo, a część w sposób zmieniony. Dochodzi czasami również do zaburzeń własnej tożsamości – osoba taka czuje się kimś innym niż jest, co ma wpływ na odbiór rzeczywistości. Urojenia wówczas są przyczyną swoistej interpretacji świata (A. Bilikiewicz i współprac., 2002).

Urojenia nie są zjawiskiem izolowanym i autonomicznym. Osoba, która wypowiada fałszywe przekonania, wykazuje nieprawidłowości nie tylko w zakresie myślenia, ale również procesów emocjonalno-motywacyjnych, postrzegania świata oraz postaw, jakie przyjmuje wobec ludzi i wydarzeń (A. Bilikiewicz i współprac., 2002).

Urojenia posiadają trzy składowe: 1) kognitywną – człowiek wie, że tak jest, 2) afektywną – odczuwa emocje związane z urojeniami, oraz 3) behawioralną – ukierunkowują działanie (A. Bilikiewicz i współprac., 2002). Dokonując szczegółowej analizy treści urojeń, można doszukać się w nich dwóch warstw. Warstwa

powierzchniowa jest uwarunkowana czynnikami historyczno- kulturowymi, natomiast warstwa głęboka zawiera uniwersalne i ponadczasowe problemy człowieka. Do tych problemów należą: lęki, wyrzuty sumienia, brak akceptacji siebie, zachwianie tożsamości itp. (A. Bilikiewicz i współprac., 2002).

W związku z zaistniałą sytuacją globalizacji i migracji społeczeństwa spotykamy się ogromną różnorodnością kulturową. Z danych wynika, że około 1/4 chorych na psychozy z kręgu schizofrenii i zaburzeń afektywnych ma urojenia o treściach religijnych. Urojenia te, to głównie urojenia prześladowcze, mesjanistyczne, oraz winy i grzeszności. Z jednej strony urojenia te mogą powodować zachowania agresywne i autoagresywne, a z drugiej religijność chorych może mieć korzystny rokowniczo wpływ i być wykorzystywana w ich terapii. Ważna jest tutaj znajomość zjawisk religijnych w różnych kulturach (Czernikiewicz, 2012).

→ Kępiński uważał, że w tematyce urojeń istnieją pewne rysy metafizyczne, dlatego też wyróżniał nurt ontologiczny – dotyczący istoty bytu i koncepcji egzystencji w kosmosie, nurt eschatologiczny – dotyczący zagadnień ostatecznych np. końca świata, zagrażającej katastrofy oraz nurt charyzmatyczny – który zawierał zagadnienia dotyczące wartości i → sensu życia ludzkiego, jego prawdziwego celu (A. Bilikiewicz i współprac., 2002). Dla celów ujednolicenia terminologii opisującej jednostki chorobowe powstały klasyfikacje. W Europie powszechnie używa się Klasyfikację ICD-10 (1994), natomiast w Stanach Zjednoczonych Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne obecnie stosuje klasyfikacje DSM – IV (1994). W klasyfikacji ICD 10 pod kodem F22 zapisano – „uporczywe zaburzenia urojeniowe", które cechują się rozwojem pojedynczego urojenia, albo zespołu powiązanych ze sobą urojeń, mogące utrzymywać się nawet do końca życia. Ich treści bywają bardzo różne. W klasyfikacji pod kodem F24 występują „indukowane zaburzenia urojeniowe" – mają one miejsce wówczas, kiedy dwie lub więcej osób podziela urojenia jednej z osób, która wykazuje objawy pierwotnego zaburzenia psychotycznego. Urojenia te mijają u pozostałych osób jeżeli odizoluje się od nich tę osobę.

Michael D. Sacks, William T. Carpenter i John S. Strauss na podstawie własnych badań stwierdzili, że proces zdrowienia, czyli wychodzenia z urojeń, przebiega fazowo, obejmując: 1) fazę urojeń, 2) fazę „podwójnej świadomości", oraz 3) fazę bez urojeń. W drugiej fazie, czyli „podwójnej świadomości" pacjent pozwala na zakwestionowanie prawdziwości jego urojeń, ale całkowicie się ich jeszcze nie pozbył. Urojenia pełnią u chorego dwie funkcje – negatywną i pozytywną. Funkcja negatywna polega na zaburzeniu normalnych stosunków z otoczeniem, ponieważ urojenia są niezgodne z rzeczywistością i niezrozumiałe dla otoczenia. Pozytywna funkcja urojeń polega na tym, że dzięki ich pojawieniu się chory doznaje ulgi, obraz świata staje się dla niego zrozumiały, spostrzegane deformacje rzeczywistości zostają wytłumaczone, uzyskuje on orientację w nowym, psychotycznym świecie (A. Bilikiewicz i współprac., 2002).

Rozpoznanie odbywa się na podstawie badania stanu psychicznego i obiektywnego wywiadu. W badaniu psychologicznym pomocne mogą być testy do badania osobowości i kwestionariusz MMPI [WISKAD]. W różnicowaniu należy brać pod uwagę schizofrenię paranoidalną, fazę maniakalną zaburzenia afektywnego dwubiegunowego (zob. rys. 1), osobowość paranoiczną z tendencją do pieniactwa, objawowe zespoły paranoiczne związane z ograniczonym uszkodzeniem OUN, zatruciem amfetaminą, lub kokainą (A. Bilikiewicz i współprac., 2002). Zespoły urojeniowe w wieku podeszłym występują rzadko, bo od 0,03 do 1% populacji. Mimo rzadkiego występowania aż 35–60% chorych wymaga hospitalizacji (zob. A. Bilikiewicz, 2011). W wieku podeszłym często występują nastawienia urojeniowe, reakcje urojeniowe, podejrzliwość graniczącą z urojeniami prześladowczymi. Objawy psychotyczne często występują w przebiegu innych chorób np. → otępienia. Wyniki wielu badań wskazują, że pojawieniu się objawów psychotycznych sprzyja izolacja społeczna, czy zaburzenia w obrębie zmysłów: → głuchota [starcza], niedowidzenie, → ślepota, a także cechy osobowości paranoidalnej, przejawiające się kłótliwością, agresywnością, wrogością, wstydliwością. Mogą pojawić się urojenia ksobne – odnoszenie do siebie spraw i wydarzeń, które dzieją się wokół, prześladowcze – chory jest przeświadczony, że grozi mu niebezpieczeństwo, jest prześladowany (zob. Górna, Jaracz, Rybakowski, 2012). W leczeniu zaburzeń urojeniowych znaczną rolę odgrywają leki przeciwpsychotyczne (neuroleptyki). Leczenie niestety utrudnia negatywna postawa chorego, który nie odczuwa potrzeby leczenia. Jednak najważniejszą sprawą jest przekonanie o konieczności leczenia. Dominujące w obrazie choroby urojenia o treści prześladowczej, wielkościowej, hipochondrycznej trudno poddają się korekcie. → Psychoterapia w leczeniu tych pacjentów nie jest skuteczna (A. Bilikiewicz i współprac., 2002, Heitzma, 2007).

ZN-K

B: A. Bilikiewicz, 2011; A. Bilikiewicz i współprac., 2002; Czernikiewicz, 2012; Górna, Jaracz, Rybakowski, 2012; Heitzman, 2007; *Leksykon terminów…*, 2001; Markowska, 2012.
O: organiczne zaburzenia urojeniowe, zaburzenia psychiczne w starszym wieku, zdrowie psychiczne.
S: obłęd, paranoja prawdziwa [– synonimy przestarzałe], paranoja.
TK: ang. *delusional disorders* o *paranoia*, fr. *le troubles délirants* ou *paranoïa*, hiszp. *trastornos delirante* o *paranoia*, niem. *wahnhafte Störungen*, ros. *бредное расстройство*.

zachowania konsumpcyjne osób starszych

– to wielość czynności podejmowanych przez ludzi w → wieku podeszłym, w celu nabywania dóbr materialnych i niematerialnych, służących zaspokojeniu odczuwanych przez nich potrzeb. Są to zachowania, w których istotną rolę odgrywa system wartości → seniora, a także warunki społeczne, kulturowe bądź ekonomiczne, w których zachowania konsumpcyjne są realizowane. Współczesne społeczeństwo polskie (i nie tylko) ma wiele przymiotów, a wśród nich należy wymienić dwa określenia związane z omawianym tematem – ***społeczeństwo konsumpcyjne*** i ***społeczeństwo starzejące się***, i od tych pojęć warto rozpocząć. Konsumpcja to najprościej rzecz ujmując zaspokajanie potrzeb. Najczęściej kojarzy się nam ze spożyciem czegoś, co zaspokoi nasz głód. Jan Szczepański (1913–2004) nazwał to bezpośrednim aktem spożycia. Ale konsumpcją jest również korzystanie z usług fryzjera, czy oglądanie ciekawego filmu w wygodnym domowym fotelu lub w kinie. Można zatem powiedzieć, że konsumpcja to „proces złożony z działań i zachowań człowieka, zmierzających do pośredniego i bezpośredniego zaspokajania potrzeb" (Szczepański, 1981, s. 133–134). W wielu przypadkach konsumpcja służy regeneracji sił i zawsze stanowiła „jedną z najważniejszych czynności społecznych w → życiu człowieka" (Terada, 2004, s. 9). Jednak na przestrzeni wieków zmieniały się wzory konsumpcji co związane było z pojawianiem się nowych potrzeb i możliwością ich zaspokojenia. Z kolei potrzeba to pewien brak, niedostatek, niedogodność wymagająca podjęcia działań w celu jej likwidacji. Grażyna Światowy (1949–) pisze, że „potrzeba jest uświadomieniem sobie braku czegoś, co by się zwyczajnie przydało, ułatwiło życie, rozwiązało problemy lub spełniło zachciankę" (Światowy, 2006, s. 29). Prosta i jakże trafna definicja. Warto dodać, że „potrzeby są immanentnymi mechanizmami wbudowanymi genetycznie w »system człowiek«, są podstawowym czynnikiem motorycznym procesów życiowych" (Szczepański, 1981, s. 137). Do pierwszoplanowych potrzeb człowieka należy zaliczyć potrzeby biologiczne, materialne i gospodarcze, ale również te wynikające ze struktury osobowości człowieka, a więc potrzeby psychiczne, społeczne czy kulturalne (Szczepański 1977, s. 16). W literaturze przedmiotu czytamy, że mechanizmy prowadzące do pojawienia się takich czy innych potrzeb odczuwanych przez jednostkę, mają swoje źródło w procesach życiowych, a procesy życiowe przebiegają w określonych warunkach, w konkretnym systemie, którym rządzą ustalone prawa. Należy zatem uznać, że „istota potrzeb jest wyznaczona zasadniczymi prawami struktury i funkcjonowania sytemu" (Szczepański, 1981, s. 138). Jeśli system stwarza warunki do pojawiania się nowych potrzeb i jednocześnie umożliwia ich zaspokajanie, będziemy mieli do czynienia z rosnącą rolą konsumpcji, odbywającą się na różnych płaszczyznach. „We współczesnym świecie rośnie znaczenie konsumpcji. To ona staje się głównym rysem nowoczesnych, rozwiniętych społeczeństw" (Miczyńska-Kowalska, 2009, s. 206), dlatego można je nazwać społeczeństwami konsumpcyjnymi. Proces kształtowania się społeczeństwa konsumpcyjnego przypada na okres powojenny. Felicjan Bylok (1957–) wyjaśnia, że „w pierwszej połowie XX wieku w społeczeństwie kapitalistycznym miał miejsce wzrost potrzeb, będących rezultatem mobilności i zmiany stylów zachowania, które stanowiły potencjał dla masowej produkcji" (Bylok, 2013, s. 7–8). Był to → czas kiedy pojawił się rynek masowy, a siła nabywcza klasy robotniczej rosła w szybkim tempie (Terada 2004, s. 13). Ponadto zmieniał się system wartości ówczesnych ludzi, którzy przestawali oszczędzać i coraz częściej dążyli do posiadania różnych dóbr, by m.in. odczuwać przyjemność z faktu ich używania. W konsekwencji „rozpoczął się proces ekspansji konsumpcji również na nowe sfery życia społecznego, mianowicie na kulturę i religię" (Bylok 2013, s. 8). I nie będzie przesadnym stwierdzenie, że ów proces trwa i zatacza coraz szersze kręgi. Obecnie konsumpcja jest czymś więcej niż zaspokajaniem niezwykle różnorodnych i wysublimowanych potrzeb ludzkich, gdyż „stała się siłą napędzającą rozwój gospodarczy i zmieniającą świat społeczny" (Bylok 2013, s. 8). A jest to zmiana istotna. „Konsumpcja z zachowania służącego do zaspokajania egzystencjalnych potrzeb oraz warunkującego normalne funkcjonowanie organizmu, przekształciła się w wartość, która wyznacza cel → życia jednostki i uzasadnia jej istnienie. […] Nie służy już w pierwszej kolejności zaspokojeniu podstawowych potrzeb pierwotnych, tj. potrzeb

fizycznych, lecz stara się zaspokajać potrzeby wyższego rzędu, czyli związane z samorealizacją, kształtowaniem tożsamości itp." (Bylok 2013, s. 9). Zasadniczym pokłosiem tych zmian jest narzucenie współczesnemu człowiekowi kolejnej roli, której odgrywanie staje się koniecznością. Jest to rola konsumenta, posiadającego umiejętności niezbędne do wypełniania spoczywających na nim obowiązków i świadomego przysługujących mu uprawnień (por. Bylok, 2013, s. 8). I o ile dzieciom, ludziom młodym czy w wieku średnim funkcjonowanie w społeczeństwie konsumpcyjnym nie sprawia zbytniej trudności, o tyle osoby w podeszłym wieku mogą mieć z tym problem. A ponieważ wśród przymiotów współczesnego społeczeństwa mieści się i ten, który wskazuje na rosnącą liczbę ludzi starych, tym samym mamy do czynienia ze starzejącym się społeczeństwem. → Demograficzne starzenie się ludności to wzrost odsetka ludzi starych w społeczeństwie (Błędowski, 2012), a dokładniej rzecz ujmując ze starością demograficzną mamy do czynienia wówczas, gdy osoby w wieku 65 lat i więcej stanowią ponad 7% ogółu ludności danego kraju – wskaźnik przyjęty przez demografów ONZ, bądź osoby w wieku 60 lat i więcej stanowią frakcję 12% w stosunku do populacji państwa – współczynnik zaproponowany przez polskiego demografa → Rosseta (zob. Zych, 2001, s. 43). Społeczeństwo polskie jest starzejącym się społeczeństwem. Opierając się na danych zebranych podczas Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań w Polsce (NSP), wg stanu z 31 III 2011 r. można zauważyć, że struktura ludności Polski w latach 2002–11 uległa bardzo istotnym zmianom. W raporcie podsumowującym wyniki spisu czytamy, że w porównaniu do poprzedniego, udział ludności w wieku 0–17 lat w ogólnej populacji zmalał, gdyż w roku 2011 wynosił ok. 19,0% wobec 23,2% w 2002. Z kolei odsetek osób w wieku poprodukcyjnym (60 lat dla kobiet i 65 dla mężczyzn) zwiększył się z 15,0% w 2002 do 17,5% w 2011 (*Wyniki Narodowego*…, 2012 – Internet: http://www.stat.gov.pl/cps…). Nowsze opracowanie (2014) Głównego Urzędu Statystycznego (GUS), jeszcze dokładniej ukazuje zmiany, jakie na przestrzeni ostatnich 25 lat, dokonały się w strukturze ludności Polski. Porównanie roku 1989 z rokiem 2013 wskazuje na wzrost odsetka osób w starszym wieku (65 lat i powyżej) z 10% do 14,7%. „Najwyższe tempo przyrostu dotyczyło osób w wieku co najmniej 80 lat, ich udział w ogólnej liczbie ludności Polski podwoił się – z ok. 2% w 1989 do prawie 4% w 2013 […]. Dla porównania – udział bezpośrednio młodszej grupy wieku (65–79 lat) zwiększył się w tym okresie z 8% do ok. 11% w populacji. Jest to bezpośredni przykład na → starzenie się ludności Polski, tj. oddziaływania coraz dłuższego trwania → życia (wzrost odsetka osób w mocno zaawansowanym wieku) w połączeniu z obserwowaną w Polsce niską dzietnością, tj. rosnący udział osób w starszym wieku w populacji, w miejsce udziału dzieci i młodzieży" (zob. *Sytuacja demograficzna*… 2014 – Internet: http://stat.gov.pl/obszary…). Dodać należy, iż prognozy wskazują na pogłębianie się problemu w najbliższej przyszłości, gdyż demografowie przewidują, że w 2050 udział osób w wieku 60 lat i więcej, w ogólnej strukturze ludności Polski wyniesie 35,8% (Pikuła 2011, s. 7). Ponadto, seniorzy jako niejednorodna grupa będą tworzyć strukturę wiekową odzwierciedlającą wpływ niżów i wyżów urodzeń z przeszłości. Do 2025 będzie rósł odsetek młodszych seniorów (65–79 lat), „bowiem tę grupę osób starszych będą sukcesywnie zasilały osoby urodzone w latach 1949–65, a jednocześnie będzie ubywało osób w wieku 80 lat i więcej urodzonych w latach 1934–45. Po 2025 znacząco wzrośnie odsetek 80-latków i osób starszych z uwagi na fakt, że ten wiek – w kolejnych latach – osiągną osoby urodzone w czasie powojennego boomu urodzeń. W 2040 osoby ponad 80-letnie będą stanowić aż 36% zbiorowości osób starszych, zaś ok. 2050 proporcje te nieco ulegną zmianie i odsetek osób 80+ w subpopulacji w wieku 65 lat i więcej zmniejszy się do 32%" (*Sytuacja demograficzna*…, 2014 Internet: http://stat.gov.pl/obszary…). Biorąc pod uwagę przedstawione dane statystyczne nie ma wątpliwości, że zagadnienie starzenia się społeczeństwa jest istotne. Seniorzy stanowią liczną i ważną z punktu widzenia funkcjonowania społeczeństwa i państwa grupę społeczną i konsumencką, warto zatem przyjrzeć się zachowaniom konsumpcyjnym tej ok. 6-milionowej zbiorowości Polaków. Szczepański (1977) zachowania konsumpcyjne ujął jako „ogół zachowań i działań zmierzających do zdobycia środków zaspokojenia potrzeb oraz sposoby obchodzenia się z tymi środkami". Autor podkreślał, że są to zachowania należące do rzeczywistości społeczno-ekonomicznej, w której ważne są takie elementy socjologiczne, jak: pozycja społeczna jednostki czy jej przynależność do różnych grup społecznych, jak też elementy ekonomiczne konsumenta czy stanu gospodarki państwa […]" (Szczepański 1981, s. 134). Zasadnym jest więc stwierdzenie, że zachowania konsumpcyjne stanowią złożony proces, na co wskazuje również ich ekonomiczna definicja. Gerrit Antonides (1951–) i Fred van Raaij (1944–) tłumaczą, że zachowania konsumpcyjne „obejmują czynności psychiczne i fizyczne, łącznie

z ich motywami i przyczynami, jednostek i małych grup, dotyczące orientacji, kupowania, użytkowania i pozbywania się wyrobu (cykl konsumpcji) oraz produkcji gospodarstwa domowego (zrób to sam), rzadkich towarów i usług z sektora rynkowego, sektora publicznego oraz z sektora gospodarstwa domowego, pozwalający konsumentowi funkcjonować oraz osiągać swoje cele i urzeczywistniać swoje wartości, a dzięki temu osiągać zadowolenie i dobrobyt z uwzględnieniem skutków krótko- i długofalowych oraz konsekwencji jednostkowych i społecznych" (Antonides, Raaij, 2003, s. 24). Zacytowana definicja oprócz czynników ekonomicznych, podkreśla istotę sfery psychologicznej (motywy) i aksjologicznej konsumenta (wartości), co ma istotne znaczenie podczas działań związanych z „dokonywaniem wyborów w procesie zaspokojenia potrzeb konsumpcyjnych w określonych warunkach społecznych, kulturowych i ekonomicznych" – jak zachowania konsumpcyjne zdefiniował Marcin Świtała (2011, s. 15). Wcześniej wspominano, że czynnikiem powodującym podejmowanie przez jednostkę zachowań konsumpcyjnych, jest pojawiająca się potrzeba. Hierarchia potrzeb zmienia się wraz z wiekiem, zatem i zachowania konsumpcyjne będą miały swoją specyfikę, w zależności od wieku konsumentów. Człowiek stary jako konsument rzadko jest podmiotem ekspertyz naukowych czy rynkowych (Świtała 2011, s. 65), niemniej jednak pewne informacje dotyczące tego zagadnienia można przedstawić. Mówiąc o zachowaniach konsumpcyjnych osób w podeszłym wieku, warto rozpocząć od przypomnienia, że → starość to etap życia wyróżniający się istotnymi zmianami zachodzącymi w sferze biologicznej (obniża się → sprawność fizyczna, zmienia się praca poszczególnych układów i narządów, zachodzą zmiany w wyglądzie zewnętrznym itd.), psychologicznej (osłabienie → pamięci, labilność emocjonalna, zmiany w sferze percepcji), jak też społecznej (zmiana ról społecznych i związanych z nimi pozycji, zmiana miejsca w strukturze społecznej). Czynniki te w dużym stopniu oddziałują na decyzje i zachowania konsumpcyjne seniorów (zob. ilustr. 1). Badania przeprowadzone w 2000 przez Alicję Kusińską (1934–) z zespołem, na grupie 1000 osób w wieku 60 lat i więcej wskazały, że ponad połowa badanych (54%) codziennie kupuje podstawowe produkty żywnościowe, tj. pieczywo czy nabiał, ponad 1/3 badanych robi to 2–3 razy w tygodniu, zaś 7,4% respondentów zaopatruje się w nie raz w tygodniu. Pozostałe produkty spożywcze kupowane są przez seniorów zwykle 2–3 razy w tygodniu (40,5%) lub raz w tygodniu (33,4%) (Kusińska 2002, s. 252–253). Osoby starsze to docelowa grupa branży farmaceutycznej i medycznej, nie dziwi więc fakt, że „starsze pokolenie cechuje najwyższa częstotliwość konsumpcji leków. 83% seniorów mających 60–69 lat oraz 90% w wieku 70 lat i więcej, deklaruje zażywanie medykamentów" (Świtała 2011, s. 72). Ponadto badania przeprowadzone przez Świtałę (2011) na grupie 500 osób powyżej 60. roku życia w woj. śląskim wskazały, że seniorzy to konsumenci kosmetyków (%65,3), preparatów wielowitaminowych (%71,0) czy produktów dietetycznych (%65,3). Kupują także środki czystości i higieny osobistej, odzież, obuwie lub sprzęt gospodarstwa domowego (AGD) i radiowo-telewizyjny (RTV). Specyfika okresu starości wpływa na częstotliwość i wybór miejsca robienia zakupów. Zasadnicza zmienna różnicująca wyniki badań to samoocena stanu → zdrowia badanej zbiorowości. „Zdaniem seniorów problemy zdrowotne wydłużają czas robienia zakupów, uniemożliwiają samodzielne wykonanie wszystkich związanych z tym czynności, a nawet wpływają na decyzję o całkowitej rezygnacji z zakupów" (Świtała, 2011, s. 149). Nic więc dziwnego, że im starsi konsumenci, tym niższa częstotliwość robienia zakupów, przy czym „najbardziej aktywnymi konsumentami są osoby najmłodsze, tj. mające 60–64 lata. Ponad 36% tej grupy deklaruje codzienne robienie zakupów. Taką samą aktywność zakupową stwierdzono jedynie u 11,5% badanych w wieku 75–79 lat oraz u 5,8% respondentów w wieku 80 lat i więcej" (Świtała 2011, s. 150). Kłopoty zdrowotne wpływają również na wybierane przez seniorów miejsce nabywania poszczególnych produktów. Rezultaty badań przeprowadzonych przez Kusińską (2002) i Świtałę (2011) wykazują, że najczęściej są to sklepy małopowierzchniowe, osiedlowe nazywane przez badaczy tradycyjnymi. Z pewnością ma to związek z niewielką odległością sklepu od miejsca zamieszkania seniora. Ludzie starzy nabywają też produkty na bazarach i targowiskach (szczególnie owoce, warzywa czy odzież i obuwie), a gdy potrzebują urządzeń RTV czy AGD udają się do specjalistycznych sklepów branżowych. Na podstawie przeprowadzonych dotąd badań możliwe jest również określenie czynników wpływających na wybory konsumpcyjne seniorów. Bez wątpienia, najważniejsza jest cena. Niezależnie od rodzaju nabywanych dóbr, ich cena ma podstawowe znaczenie – seniorzy kupują tam, gdzie jest taniej (Świtała 2011, s. 40). Wspomniana wyżej bliskość miejsca zamieszkania brana jest pod uwagę przy zakupie produktów codziennego użytku, zaś wysoka jakość produktu ma znaczenie wówczas, gdy w grę wchodzi sprzęt RTV lub

AGD. „Miła i fachowa obsługa placówki handlowej to czynnik odgrywający większą rolę przy zakupach odzieży i obuwia, zaś szybkość obsługi, brak kolejek większego znaczenia nabiera przy produktach, które są często kupowane" (Kusińska 2002, s. 269). W literaturze przedmiotu czytamy również, że → rodzina, grupa rówieśnicza czy wpływy kulturowe (postawy, przekonania, przesądy) także nie są obojętne dla decyzji konsumenckich osób w podeszłym wieku, lecz brakuje badań obrazujących te zależności. Godny odnotowania jest również fakt, że seniorzy mają negatywną opinię na temat wszechobecnej reklamy i narzędzie to, tak chętnie wykorzystywane na współczesnym rynku, zdaje się nie mieć wpływu na ich zachowania konsumpcyjne. Z badań Kusińskiej (2002) wynika, że „pozytywną postawę wobec działań reklamowych firm prezentuje tylko 12,6% ludzi starszych, a 39,5% jest przeciwnych reklamie". Podobne wyniki uzyskał Świtała (2011), gdyż badani przez niego seniorzy byli nieprzychylni marketingowym formom oddziaływania na konsumentów podczas zakupów. Co więcej, blisko 78% ankietowanych uważało, że reklama zamiast ułatwiać dokonanie wyboru produktu, utrudnia go, gdyż reklam jest za dużo. „Można przypuszczać, że osoby starsze to grupa konsumentów niedostosowana do współczesnych zmian na rynku" (Świtała 2011, s. 127). Ponadto seniorów cechuje przyzwyczajenie, kupują zwykle produkty dobrze znane, od dawna używane. Taka tradycyjna postawa decyzyjna była udziałem %83,5 badanych (Świtała 2011, s. 143). Nic więc dziwnego, że seniorzy nie potrzebują reklam i narzekają na ich wszechobecność i nadmiar. Ponadto nowoczesne formy sprzedaży, tj. telezakupy, sprzedaż prowadzona przez akwizytorów czy [internetowa] sprzedaż wysyłkowa, to mało popularne wśród starszych wiekiem konsumentów sposoby nabywania produktów. Z badań wynika, że większość ludzi starych (ponad %90) nie korzysta z tychże nietradycyjnych form kupna (Kusińska 2002, s. 271). Można przypuszczać, że dziś, blisko 15 lat od momentu przeprowadzenia cytowanych badań, wyniki mogłyby być inne. Dzisiaj [internetowa] sprzedaż wysyłkowa czy prowadzona przez akwizytorów jest bardziej popularna, również wśród seniorów. Jednak wciąż niewielkie zainteresowanie osób starszych niekonwencjonalnymi metodami robienia zakupów wynikać może z tego, że nieufność i wielość obaw to cechy wyróżniające starszych wiekiem konsumentów, hamujące ich skłonność do wypróbowywania nowych udogodnień. Biorąc pod uwagę przedstawione wyżej informacje, można naszkicować sylwetkę konsumenta w starszym wieku. Z pewnością jest to konsument wyróżniający się racjonalnością, który w pierwszej kolejności opłaci comiesięczne rachunki i ureguluje inne należności, a następnie skrupulatnie zaplanuje dalsze rozdysponowanie posiadanego kapitału. „Starszy konsument to osoba o dość konserwatywnym wzorze konsumpcji"(Świtała 2011, s. 67), mało przychylna wobec nowości, a przywiązana do znanych produktów. „Klient taki niechętnie kupuje artykuły odzieżowe (może z wyjątkiem butów) oraz urządzenia technicznego wyposażenia domu. Przeważnie stara się dbać o zdrowie, uważnie dobiera leki i produkty spożywcze, stara się też zabezpieczyć sobie przyszłość, np. wykupując polisy ubezpieczeniowe" (Świtała 2011, s. 68–67). Wbrew stereotypom, seniorzy wykazują się dużą znajomością praw konsumenckich – wiedzą, że wadliwy produkt niezgodny z umową konsumencką na podstawie gwarancji można naprawić, można zażądać jego wymiany na nowy towar, lub domagać się zwrotu pieniędzy. Znają też wiele innych rozwiązań prawnych (Świtała 2011, s. 166–161). Niestety posiadana wiedza nie przekłada się na działanie – „ludzie starsi charakteryzują się ograniczoną zdolnością w egzekwowaniu większości swoich praw konsumenckich" (Świtała 2011, s. 167), gdyż w porównaniu z populacją, ludzie w podeszłym wieku są konsumentami, którzy rzadko okazują swoje rozczarowanie nabytym produktem, bądź niezadowolenie z usługi (Świtała 2011, s. 34). Nie można też zapominać o tym, że seniorzy to wewnętrznie heterogeniczna grupa konsumencka, różni ją zarówno status materialny, kondycja zdrowotna, miejsce zamieszkania, jak i płeć czy doświadczenia życiowe. Tym samym jest to ogromny potencjał rynkowy, który powinien znaleźć się w obrębie zainteresowań polityki gospodarczej i sfery biznesu, gdyż przedstawiona wyżej charakterystyka zachowań konsumpcyjnych ludzi starych została dokonana na podstawie istniejących wyników badań, w których brały udział osoby starsze należące do pokolenia zdecydowanie innego od tego, które za 5 czy 10 lat zasili grono seniorów. Przyszli seniorzy będą lepiej wykształceni, bardziej świadomi swoich praw, ale prawdopodobnie również bardziej aktywni i pozytywnie nastawieni wobec nowości. Zasadnym jest więc przypuszczenie, że ich zachowania konsumpcyjne będą różne od tych obserwowanych kilka lat temu i obecnie. Dodać należy, że opisywana wyżej specyfika okresu życia, w jakim znajdują się ludzie starzy, będzie wymagać dostosowania do nich produktów i usług oferowanych na rynku. Obecnie

branża medyczna (przyrządy rehabilitacyjne, usługi pielęgnacyjne), farmaceutyczna, czy turystyczna (sanatoria, pensjonaty opiekuńcze, wycieczki dla seniorów) wyraźnie kierują swoją ofertę do konsumentów w podeszłym wieku, ale to za mało, gdyż seniorzy mają swoje specyficzne potrzeby i oczekiwania, wyróżnia ich określony system wartości, sposób funkcjonowania na rynku oraz duża ilość → czasu wolnego. Rynek seniorów jest więc istotnym potencjałem nabywczym, a „rosnąca liczba osób starszych może być potężnym źródłem koniunktury dla różnych gałęzi przemysłu" (Śniadek, 2007, s. 22). Warto mieć to na uwadze i zainwestować w badania marketingowe służące rozpoznaniu cech, możliwości czy upodobań seniorów, w celu dostosowania oferty rynkowej do potrzeb starszego wiekiem klienta.

EK

B: Antonides, Raaij van, 2003; Błędowski, 2012; Bylok, 2013; Gurbiel, Gola, 2005; Kusińska, 2002; Miczyńska-Kowalska, 2009; Pikuła, 2011; Szczepański, 1977, 1981; Śniadek, 2007; Świtała, 2011; Światowy, 2006; Terada, 2004; Zych, 2001.
N: http://www.golocalprov.com…; *Sytuacja demograficzna*… 2014 – Internet: http://stat.gov.pl/ obszary…; *Wyniki Narodowego*…, 2012 – Internet: http://www.stat.gov.pl/cps…
O: gerontomarketing, komunikacja marketingowa a osoby starsze, potrzeby segmentu osób starszych.
TK: ang. *consumer behavior in the elderly*, fr. *différents comportements de consommation des personnes âgées*, hiszp. *diversos comportamientos de consumo de las personas mayores*, niem. *diversos comportamientos de consumo de las personas mayores*, ros. *различное поведение потребление пожилых.*

zachowania zdrowotne osób starszych

Zachowania zdrowotne definiowane są jako całość zachowań, mających wpływ na → zdrowie człowieka. Składają się na nie zatem zarówno zachowania prozdrowotne – odbudowujące i wzmacniające zdrowie, jak i ryzykowne zachowania zdrowotne, szkodzące zdrowiu. Zachowania zdrowotne stanowią główną determinantę zdrowia, stąd też są jednym z najszerzej dyskutowanych i badanych zagadnień z zakresu zdrowia publicznego oraz, w szczególności, → promocji zdrowia [i zapobiegania chorobom]. W zależności od grupy wiekowej, ale także społecznej bądź kulturowej, o zachowaniach zdrowotnych można mówić w wielu kontekstach i wymiarach, chociażby ze względu na możliwość ich modyfikowania. Analiza zachowań zdrowotnych zajmuje szczególnie ważne miejsce w kontekście zdrowia osób starszych. Ludzie w → wieku podeszłym (60–75 lat), starczym (76–90 lat), czy sędziwym (>90 lat), wykazują słabą tendencję do zmiany zachowań negatywnych stąd proces ten w ich przypadku musi być planowany ze szczególną starannością i być dostosowany do ich potrzeb i możliwości. Najczęściej ma on charakter długofalowy, a proponowane zmiany nie mają radykalnego charakteru. Szczególnego podkreślenia wymaga fakt, iż zachowania zdrowotne, analogicznie do definicji zdrowia, zaproponowanej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), odnoszą się nie tylko do sfery somatycznej, ale także do psychicznej i/lub społecznej. Można także mówić o zdrowiu w wymiarze ekonomicznym. Wymienione wymiary zdrowia nie funkcjonują osobno – przenikają się one na wielu płaszczyznach i oddziałują na siebie, a granice między nimi są nieostre. Stąd też omawiając zachowania zdrowotne, należy odnosić je do każdego wymiaru zdrowia, podkreślając jednocześnie części wspólne. Trudno jednoznacznie stwierdzić, który z nich jest w przypadku osób starszych podstawowy, dominujący, stąd działania nakierowane na kreowanie i umacnianie zachowań prozdrowotnych powinny być realizowane równolegle na każdej z wymienionych płaszczyzn. Wspólnym mianownikiem dla omawianych działań będzie w tym przypadku konkretny cel – wydłużenie lat przeżytych w zdrowiu, podnoszenie → jakości życia i wydłużenie okresu samowystarczalności. Realizacja tych celów stanowić powinna istotę → polityki senioralnej, prowadzonej przez państwo. W dobie wydłużającej się średniej → długości życia, oraz koncepcji zaangażowania obywatela w zarządzanie własnym zdrowiem i wpływania na nie (ang. *self-management*), obranie tego kierunku wydaje się być właściwym działaniem, zmierzającym do podniesienia jakości życia → seniorów. Przejmowanie odpowiedzialności za własne zdrowie jest tendencją widoczną na całym świecie, jednak aby ta koncepcja zdała egzamin, niezbędne jest budowanie wśród obywateli kompetencji zdrowotnych (ang. *health literacy*), które stanowią podstawę do uskuteczniania pozytywnych zachowań zdrowotnych. Działania te są także reakcją na obciążenie systemów ochrony zdrowia, które w obliczu ciągłego wzrostu zapotrzebowania na świadczenia, stają się niewydolne i niezdolne do wypełniania swoich zadań. W polskich warunkach kulturowych → edukacja zdrowotna ludzi starszych stanowi duży problem: często jest to subpopulacja bierna, nieskłonna do zmian. Zmiana dotychczasowego, często mało aktywnego, trybu → życia, stanowi wyzwanie dla osoby starszej i choć w tym zakresie podjętych zostało już wiele działań, problem aktywizowania osób starszych wciąż jest aktualny. Mając na uwadze powyższe

konieczne jest podjęcie długofalowych działań interdyscyplinarnych, przy wykorzystaniu wiedzy z zakresu medycyny, psychologii, socjologii i wielu innych dziedzin, mających na celu budowanie świadomego, aktywnego i wyedukowanego społeczeństwa, ze szczególnym uwzględnieniem seniorów. Tak przygotowane społeczeństwo, poprzez swoje zachowania zdrowotne, może świadomie i skutecznie wpływać na zdrowie własne oraz środowiska, w którym funkcjonuje. Zdrowie somatyczne osób starszych jest konsekwencją zachowań zdrowotnych uskutecznianych w ciągu całego życia, a także warunków pracy, czy czynników środowiskowych. Najczęściej subpopulacja ta cierpi na → choroby układu krążenia, układu oddechowego, układu kostno-szkieletowego, oraz choroby metaboliczne. Występuje zjawisko tzw. → wielochorobowości – średnio osoba starsza cierpi na 4–5 chorób. Taki stan rzeczy powoduje obniżenie jakości życia, np. poprzez dolegliwości bólowe (mogące ograniczać → mobilność), czy konieczność częstszych wizyt lekarskich, co przy niewydolnym publicznym systemie ochrony zdrowia może stanowić dla seniora problem. Przy zaawansowanej chorobie możliwa jest już tylko profilaktyka III-rzędowa. W przypadku chorób układu krążenia, czy chorób dietozależnych może to być zmiana diety, w przypadku chorób układu kostno-szkieletowego powinna się ona opierać między innymi na → aktywności fizycznej, dostosowanej, rodzajem i natężeniem, do potrzeb i możliwości osoby starszej. Jednak taka zmiana zachowań zdrowotnych wymaga zaangażowania ze strony pacjenta, a jej rezultaty najczęściej nie są widoczne od razu. Pozytywne efekty zmiany → stylu życia, np. w postaci lepszego samopoczucia (choćby poprzez zmniejszenie dolegliwości bólowych), są możliwe do osiągnięcia także tylko przy zachowaniu pewnej regularności w zmianie zachowań. Szczególnie odłożenie w → czasie może być elementem demotywującym, nie mniej umiejętne wskazanie korzyści przez lekarza, pielęgniarkę, czy rehabilitanta może być wystarczającą motywacją do działania. Każda, nawet najmniejsza aktywność fizyczna, może być elementem poprawiającym samopoczucie. W tym miejscu właściwe jest powołanie się na WHO, która w stworzonym przez siebie *Podstawowym Modelu Uwarunkowań Zdrowia* podkreśla, że jedną z determinant zdrowia jest kondycja psychofizyczna stosowna do wieku i płci. Ponadto przywołany model obejmuje: możliwość korzystania z praw i swobód obywatelskich; odpowiednie wykształcenie; zatrudnienie; warunki pracy; warunki mieszkaniowe; żywność i odżywianie; poczucie bezpieczeństwa; możliwość oszczędzania; komunikację i łączność z innymi ludźmi; regenerację sił, wypoczynek i rozrywkę; oraz odpowiednią odzież. Promowanie aktywności fizycznej wśród osób starszych powinno być szczególnie intensywne w środowisku lokalnym. Wpisuje się to w definicję promocji zdrowia, gdzie jednym z trzech elementów składowych (obok profilaktyki i edukacji zdrowotnej) jest lokalna polityka zdrowotna – to na tym poziomie działania promujące zdrowie są najefektywniejsze. Dobrą praktyką i właściwym rozwiązaniem wydaje się być organizowanie zajęć grupowych (np. przez jednostki samorządu terytorialnego lub organizacje pozarządowe). Należy zauważyć, że w przypadku osób starszych duże znaczenie może mieć udział rówolatków w podobnych inicjatywach, stąd właściwą metodą aktywizacji może tu być tzw. społeczny dowód słuszności. Takie modelowanie zachowań zdrowotnych osób starszych stwarza szanse nie tylko na poprawę kondycji fizycznej, ale również na budowanie więzi międzyludzkich i nawiązywanie oraz podtrzymywanie kontaktów interpersonalnych. W tym miejscu znów należy odwołać się do *Podstawowego Modelu Uwarunkowań Zdrowia* WHO: jako kolejne uwarunkowanie zdrowia wskazuje się na komunikację i łączność z innymi ludźmi. Połączenie tych dwóch determinant (aktywności fizycznej oraz potrzeby komunikacji z innymi ludźmi) udowadnia tezę o przenikaniu się wymiarów zdrowia i ich wzajemnym oddziaływaniu na siebie. Regularna aktywność fizyczna stwarza szansę na podniesienie i utrzymanie samowystarczalności osób starszych, co z kolei może przełożyć się na wygenerowanie zachowania zdrowotnego, funkcjonującego w literaturze anglojęzycznej, jako *self-care*. Oznacza ono umiejętność samodzielnej pielęgnacji, co wpisuje się w cele polityki senioralnej, ponieważ realizuje jej przywołane już cele: podnoszenie jakości życia i budowanie samowystarczalności. Może to również oznaczać odciążenie systemu ochrony zdrowia. Jako przykład można tu podać choćby umiejętność samodzielnej zmiany niewielkiego opatrunku, czy samodzielny pomiar ciśnienia tętniczego i właściwa interpretacja jego wyników badań. Kolejną przywołaną składową zdrowia jest wymiar psychiczny. Jest on ściśle powiązany ze stanem → zdrowia fizycznego: dolegliwości somatyczne, obniżając komfort życia, negatywnie oddziałując na psychikę. Widać zatem, że jednym z działań, mających na celu poprawę i umacnianie zdrowia psychicznego jest zadbanie o zdrowie fizyczne. Analogicznie, skutecznie działając na rzecz zdrowia somatycznego, może poprawić się stan psychiczny, co z kolei może być dobrym punktem wyjścia do dalszego zaangażowania w proces budowania i umacniania własnego zdrowia. Innym ele-

mentem oddziałującym negatywnie na psychikę osoby starszej jest tzw. „szum informacyjny". Osoby starsze, w większości mające niskie → poczucie koherencji, często nie potrafią funkcjonować w rzeczywistości nowinek technicznych, czy zaawansowanych rozwiązań technologicznych. Brak zrozumienia otaczających je bodźców, nieumiejętność reagowania na nie i brak poczucia sensowności działania powoduje strach przed aktywnym uczestniczeniem w życiu społecznym i wycofanie, mogące prowadzić do izolacji i ograniczenia więzi społecznych. Nie bez znaczenia jest, że tzw. *Australijski Model Uwarunkowań Zdrowia* (funkcjonujący też w piśmiennictwie jako model Labonta) uznaje poczucie celowości działanie za jeden z elementów warunkujących zdrowie. Takie zachowanie zdrowotne, polegające na braku chęci zaangażowania i odnalezienia się w nowej rzeczywistości stanowi poważne zagrożenie dla zdrowia. Szansę stanowić tu może na przykład uczestniczenie w zajęciach → uniwersytetów trzeciego wieku – idei dynamicznie się w Polsce rozwijającej – lub też innych zorganizowanych formach edukacji. Propagowanie informacji o takiej możliwości powinno leżeć po stronie administracji samorządowej, organizacji zrzeszających osoby starsze (→ domy dziennego pobytu, organizacje parafialne itp.), a także samych ludzi starszych oraz ich → rodzin na zasadzie „marketingu szeptanego". Tak zmotywowana i zaktywizowana osoba starsza ma znaczne szanse na polepszenie swoich zachowań zdrowotnych, co może, w pewnej perspektywie czasu, przełożyć się na poprawę stanu zdrowia. Odnosząc się do → zdrowia psychicznego należy poruszyć także zagadnienie → depresji [i zaburzeń nastroju] osób starszych: oddziaływanie na ich sferę psychiczną poprzez aktywizowanie może okazać się skutecznym postępowaniem w profilaktyce tej choroby. W przypadku wystąpienia depresji możliwe jest też stopniowe zastępowanie farmakoterapii innymi formami leczenia, co jest niewątpliwie korzystne dla organizmu, a dla osoby starszej może mieć także wymiar ekonomiczny w postaci braku konieczności długotrwałego przyjmowania leków. Społeczny wymiar zdrowia wydaje się być najtrudniejszym polem do oddziaływania, powiązany jest bowiem z kulturowymi uwarunkowaniami zdrowia, a więc elementem ukształtowanym na przestrzeni lat, trudnym do modyfikowania. Model spędzania → starości funkcjonujący w polskiej kulturze, ściśle powiązany z zachowaniami zdrowotnymi seniorów, w obecnym kształcie ma na nie niekorzystny wpływ. Dzieje się tak dlatego, że uwarunkowania kulturowe w pewnym stopniu przyporządkowują seniorów do grupy biernej, zarówno pod względem fizycznym, jak i społecznym. W ostatnim czasie można jednak zaobserwować pozytywne zmiany w tym zakresie, polegające na coraz częstszym udziale seniorów w wielu inicjatywach społecznych, pokazujących pewne zmiany zarówno w mentalności ich, jak i pozostałej części społeczeństwa. Takie demonstrowanie aktywności seniorów stanowić może silną metodę oddziaływania na bierną część tej → grupy wieku, poprzez wspomniany wcześniej społeczny dowód słuszności. Mechanizm ten zatem może być skutecznym narzędziem do zmiany zachowań zdrowotnych seniorów, polegającej na nawiązywaniu i podtrzymywaniu więzi społecznych, co z kolei może znacznie zmniejszyć ryzyko wystąpienia zjawiska → izolacji [społecznej]. Model aktywnej starości sprawdził się w wielu krajach na świecie, m.in. w Niemczech, Szwecji, Stanach Zjednoczonych, niemniej jego przeniesienie na warunki polskie wymaga adaptacji zarówno ze względu na uwarunkowania zarówno kulturowe, jak i ekonomiczne. Warto w tym miejscu przytoczyć wspomniany wcześniej *Australijki Model Uwarunkowań Zdrowia*, który potwierdza słuszność postawionej tezy, dotyczącej wpływu izolacji i stanu więzi społecznych na stan zdrowia. Przytoczony Model dzieli determinanty zdrowia na cztery grupy: 1) **społeczno-środowiskowe**: ubóstwo; niski status społeczny; stresogenna praca; zanieczyszczone środowisko pracy; środowisko efektu cieplarnianego; dyskryminacja; znaczne zróżnicowanie hierarchiczne; 2) **psychospołeczne**, takie jak: izolacja; brak → wsparcia społecznego; niewielkie powiązania społeczne; niska samoocena; wysoki stopień obwiniania siebie; niski poziom percepcji, samowystarczalności; utrata poczucia znaczenia i celowości działania; 3) **wynikające z zachowań osobniczych**: palenie tytoniu; brak aktywności fizycznej; nieprawidłowe odżywianie; nadużywanie leków, alkoholu; zażywanie narkotyków; 4) **ptofizjologiczne czynniki ryzyka**: → nadciśnienie tętnicze; podwyższony poziom fibrynogenu; uwalnianie stresogennych hormonów; hypercholesterolemia,

Jak można zauważyć wyszczególniona została grupa uwarunkowań psychospołecznych, co jednoznacznie potwierdza przenikanie się wymiarów zdrowia. Ponadto należy zwrócić uwagę, że w obrębie tej grupy znajdują się izolacja, brak wsparcia społecznego oraz niewielkie powiązania społeczne, co w kontekście budowania pozytywnych zachowań prozdrowotnych poprzez integrację grupy wiekowej nabiera szczególnego znaczenia. Ponadto są to trzy uwarunkowania, na oddziaływanie których ludzie starsi są narażeni w stopniu większym, niż pozostałe grupy wiekowe. Wynika to

często ze stanu cywilnego – wdowy i wdowcy – a także z niewłaściwej roli, jaka często przypisywana jest osobom starszym w rodzinie. We właściwym modelu, osoba starsza powinna, w miarę możliwości, pełnić funkcję mentora, osoby doświadczonej, doradcy. Niemniej wypracowanie takiego podejścia wymaga systemowej edukacji i wychowania już od najmłodszych lat. Nie ulega jednak wątpliwości, że takie działania w perspektywie pokoleń przełożą się na sytuację zdrowotną osób starszych, budując ich potencjał zdrowotny, umożliwiający doskonalenie swoich zachowań zdrowotnych przy zaangażowaniu środowiska rodzinnego.

Osobny temat do rozważań stanowią zachowania żywieniowe osób starszych, poszerzone o stosowanie leków. Sposób żywienia seniorów najczęściej warunkowany jest elementem ekonomicznym oraz przyzwyczajeniami. Należy zdać sobie sprawę, że wraz z wiekiem zmieniają się potrzeby żywieniowe organizmu, stąd dieta powinna ulec modyfikacji. Sposób żywienia, który stanowi jedno z podstawowych zachowań zdrowotnych, to najistotniejsza modyfikowalna determinanta zdrowia. Właściwe żywienie może znacząco poprawić komfort życia osób starszych (szczególnie w kontekście chorób układu pokarmowego i/lub chorób metabolicznych), a także zmniejszyć ryzyko wystąpienia i pogłębiania się chorób dietozależnych. Próbując modyfikować niewłaściwe zachowania żywieniowe seniorów należy zwrócić uwagę na metodologię edukacji – nawyki żywieniowe, w tej grupie wiekowej, zaliczają się na najtrudniej modyfikowalnych zachowań zdrowotnych. Ukształtowane wymagania co do smaku, wyglądu, czy konsystencji potraw często uniemożliwiają, bądź znacznie utrudniają, skuteczną interwencję w tym zakresie. Być może najwłaściwszą formą edukacji były by tu warsztaty kulinarne prowadzone w odpowiednim środowisku (zapewniającym seniorowi poczucie bezpieczeństwa i komfort) – metoda wymagająca zaangażowania i aktywności. Powrócić należy tu jednak to poruszanego już zagadnienia aktywizacji omawianej grupy wiekowej i skłonienia jej do udziału w takiej inicjatywie. Kolejnym zachowaniem zdrowotnym, które w Polsce w ostatnich latach jest szeroko dyskutowane i badane, jest samodzielne zażywanie leków. Temu zagadnieniu poświęcony zostanie osobne opracowanie w tej encyklopedii. W tym miejscu należy jedynie podkreślić, że odpowiedzialne stosowanie → samoleczenia jest pozytywnym zachowaniem zdrowotnym, niosącym ze sobą duży potencjał zdrowotny.

Podchodząc całościowo do zagadnienia zachowań zdrowotnych osób starszych można stwierdzić, że podstawą do wygenerowania ich aktywnej, prozdrowotnej postawy życiowej, jest budowanie kompetencji zdrowotnych (ang. *health literacy*). W literaturze przedmiotu o *health literacy* mówi się także jako o alfabetyzmie zdrowotnym lub piśmienności zdrowotnej. Pojęcie to można zdefiniować jako „zbiór kompetencji i umiejętności, w zakresie szeroko rozumianego zdrowia, pozyskanych na drodze właściwego wykorzystania źródeł informacji, pozwalający na minimalizowanie występowania i wpływu czynników ryzyka zdrowotnego na jednostkę i środowisko, w którym funkcjonuje, w celu poprawy i utrzymania dobrego stanu zdrowia" (Olejniczak, 2016). Budowanie kompetencji zdrowotnych stanowić powinno zatem główne zadanie dla polityki zdrowotnej i społecznej państwa. Wysoki poziom kompetencji zdrowotnych zwiększa możliwość kreowania własnego zdrowia i zarządzania nim. Inicjatywa i chęć zaangażowania, przejawiająca się chęcią i umiejętnością wyszukiwania informacji na temat zdrowia (ze źródeł o charakterze *evidence based*) to idealny punkt wyjścia do budowania potencjału zdrowotnego nie tylko osób starszych, ale i całości społeczeństwa. Chcąc cel ten osiągnąć należy konsekwentnie wcielać w życie model edukacji „o starości i do starości". Należy podkreślić, że wyszukiwanie informacji na temat zdrowia to również zachowanie zdrowotne, które może generować kolejne zachowania zdrowotne, oparte na zdobytej wiedzy. Istotą jest więc umiejętność selekcjonowania źródeł informacji o zdrowiu ze względu na ich wiarygodność. Świadome postępowanie w tym zakresie zaprocentuje również wzrostem poczucia koherencji, a więc ułatwi osobie starszej funkcjonowanie w społeczeństwie i podniesie jej poczucie bezpieczeństwa, co z dużą dozą prawdopodobieństwa, może przełożyć się na polepszenie stanu zdrowia psychicznego. Tak więc poziom kompetencji zdrowotnych oraz poczucie koherencji są ze sobą dodatnio skorelowane. Problemem pozostaje w jaki sposób budować kompetencje zdrowotne obecnego pokolenia seniorów. Po raz kolejny nasuwa się wniosek, że zaangażowania wymaga tu środowisko lokalne, w szczególności rodzina.

W modyfikowanie zachowań zdrowotnych powinien być także zaangażowany personel medyczny: lekarze, pielęgniarki i rehabilitanci, a w kontekście samo leczenia, także farmaceuci. Siła autorytetu medycznego jest w przypadku osób starszych nie do przecenienia, stąd należy szczególnie podkreślić obowiązek prowadzenia edukacji zdrowotnej przez personel medyczny. Funkcjonowanie systemu, oraz jego nakierowanie na medycynę naprawczą, utrudnia nieco realizowa-

nie jego funkcji profilaktycznych, szczególnie edukację zdrowotną, niemniej należy podejmować wszelkie działania prowadzące do zmiany takiego stanu rzeczy. Konsekwentne działania w tym zakresie niosą ze sobą potencjał w postaci zmiany negatywnych zachowań zdrowotnych osób starszych, co może się przełożyć nie tylko na stan zdrowia seniorów, ale także na sprawniejsze funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, polegające na zwiększeniu dostępności do świadczeń. naczyniowym.

DO

B: Karski, 2007; Olejniczak, 2016.

D: Uchwała Nr 238 Rady Ministrów…

O: promocja zdrowia i zapobieganie chorobom, promocja zdrowia osób starszych, zdrowie.

TK: am. *health behaviors of elderly*, ang. *health behaviours of elderly*, fr. *les comportements de santé des personnes âgées*, hiszp. *conducta de salud de los opoersonnas mayores*, niem. *Gesundheitsverhalten alter Menschen*, ros. *здоровья поведения пожилых людей/поведение в отношении здоровья пожилых людей.*

zaćma (katarakta)

– to określenie na zmniejszenie przezierności naturalnej soczewki oka. Najczęściej związane jest z wiekiem, ale na proces ten mogą także wpływać schorzenia ogólne i miejscowe, stosowane leki, urazy, możemy też mieć do czynienia z zaćmą wrodzoną. W odróżnieniu od niektórych schorzeń oka, zmętnienie soczewki nigdy nie prowadzi do całkowitej utraty widzenia. Jeżeli upośledzenie widzenia związane jest tylko z problemem zaćmy, to nawet w najbardziej zaawansowanych przypadkach pozostaje przynajmniej tzw. „światłopoczucie", czyli możliwość odróżnienia światła od ciemności. Jest to ważny objaw diagnostyczny, ponieważ przy silnym zmętnieniu soczewki możliwość oceny dna oka, w tym stanu nerwu wzrokowego, jest znacznie ograniczona.

Brak możliwości widzenia światła w takich wypadkach sugeruje obecność także innej, poza zaćmą, patologii oka. Co więcej, patologii nieodwracalnej – operacja usunięcia zaćmy w takich przypadkach nie daje szansy na powrót widzenia. Jeżeli przyjmiemy definicję → ślepoty zaproponowaną przez ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), która obejmuje zarówno osoby z brakiem możliwości widzenia światła, jak i z widzeniem bardzo złym (nie lepszym niż 0,05 w skali Snellena), to właśnie zaćma [łac. *cataracta*] w skali świata jest najczęstszą przyczyną ślepoty. Dzieje się tak, chociaż właśnie operacja usunięcia zaćmy jest na świecie najczęściej wykonywaną operacją okulistyczną. Ten paradoks dobrze ilustruje problem, który w przypadku tej → choroby ogranicza się do kosztów jej leczenia, a nie braku jego skuteczności. Zaćma w olbrzymiej większości przypadków ma charakter stopniowo nasilającego się pogorszenia ostrości widzenia, kontrastu i wysycenia barw. Objawy tego schorzenia powinny być dla pacjenta oczywiste i łatwo zauważalne. W praktyce zdarza się czasami, że z uwagi na wolny postęp zmian, stopniowe pogarszanie się widzenia może umykać jego uwadze. Z drugiej strony należy zwrócić uwagę, że nie zawsze określenie „zaćma" oznacza bezwzględne wskazanie do zabiegu operacyjnego. Ponieważ przezierność soczewki w naturalny sposób ulega stopniowej zmianie z wiekiem, soczewki wielu osób po 40. roku życia zaczynają nabierać cech początkowych zmian zaćmowych.

Brak jest jednoznacznej granicy miedzy soczewką „prawidłową" a soczewką z „początkowymi zmianami zaćmowymi", dlatego w przypadku nienasilonych zmian; można spotkać się z różnymi ocenami w trakcie → [kompleksowego] badania okulistycznego. Pacjent może nie znaleźć potwierdzenia wcześniej słyszanego rozpoznania lub usłyszeć takie określenia jak „zaćma początkowa" lub „wzrost opalescencji soczewki". Nie jest to powód do niepokoju, lecz dowód na subiektywizm oceny i brak jednoznacznych kryteriów rozpoznania zaćmy, przynajmniej w jej początkowej fazie. W takich przypadkach bardziej istotne jest określenie ewentualnych innych wskazań do zabiegu operacyjnego, które w fazie początkowego zmętnienia soczewki mogą wynikać ze współistniejących patologii oka. W olbrzymiej większości przypadków wskazania do zabiegu usunięcia zaćmy są mają charakter względny, tzn. że lekarz nie określa, że operacja jest konieczna, a jedynie wskazuje na możliwość jej wykonania i przedstawia pacjentowi przewidywane do uzyskania korzyści wraz z potencjalnymi powikłaniami, jakimi obarczona jest każda interwencja chirurgiczna. W obecnej dobie niepożądane skutki operacji usunięcia zaćmy zdarzają się bardzo rzadko, niemniej jednak należy mieć świadomość możliwości ich wystąpienia i nie podejmować decyzji o poddaniu się operacji w przypadku, gdy potencjalne korzyści są mniejsze, niż ponoszone ryzyko. Zatem, choć zabieg operacyjny jest jedyną skuteczną metodą leczenia zaćmy, często decyzja o podjęciu postawy wyczekującej, z badaniami kontrolnymi oceniającymi tempo progresji, wydaje się być optymalnym rozwiązaniem.

Często stosowanym podziałem typów zaćmy jest podział oparty na lokalizacji najsilniejszych zmętnień w obrębie soczewki. Wyróżnia się zaćmę korową, jądrową i podorebkową tylną.

W **zaćmie korowej** zmętnienia postępują od obwodu w kierunku centrum soczewki w formie biało-szarych „szprych". Ponieważ środkowa część soczewki, przez którą prowadzi oś optyczna, objęta jest zmętnieniami w dalszej kolejności, ta forma zaćmy stosunkowo późno powoduje spadek ostrości widzenia.

Zaćma jądrowa rozwija się w głębszych jądrowych częściach soczewki w postaci jednolitego żółto-brunatnego zmętnienia. Charakterystyczne dla tej formy zaćmy jest przesuniecie refrakcji oka w kierunku krótkowzroczności. Niekiedy powoduje to pozorną „poprawę" ostrości widzenia do bliży.

Zaćma podtorebkowa tylna charakteryzuje się powstaniem lokalnego przymglenia w osi widzenia i chociaż zmętnienie to obejmuje mały fragment soczewki, z uwagi na swoją lokalizację, powoduje istotne zaburzenie widzenia. Ten typ zaćmy występuje szczególnie często u osób chorujących na → cukrzycę oraz leczonych sterydami.

Typ zaćmy nie ma istotnego znaczenia przy wykonywaniu zabiegu operacyjnego. Jednak bardzo intensywne zmętnienie soczewki utrudnia przeprowadzenie zabiegu i zwiększa ryzyko powikłań, a zatem, chociaż w znakomitej części przypadków wskazania do zabiegu są względne, to nie należy nadmiernie zwlekać z decyzją co do zabiegu operacyjnego.

Obecnie najczęściej stosowaną metodą usunięcia zaćmy jest metoda fakoemulsyfikacji soczewki. Wbrew obiegowym opiniom nie jest to metoda wykorzystująca technologię laserową. Dopiero od kilku lat próbuje się wykorzystać do zabiegów usunięcia zaćmy urządzenia laserowe. Jednak jak dotychczas korzyści z wykorzystania tej technologii są raczej ograniczone, a biorąc pod uwagę wysoki koszt tego typu urządzeń, trudno jednoznacznie przewidzieć, kiedy ta technologia znajdzie szersze zastosowanie kliniczne. W trakcie zabiegu usunięcia zaćmy zmętniałe masy soczewkowe rozbija się przy użyciu ultradźwięków i usuwa za pomocą ssania, pozostawiając tzw. torebkę soczewki. Jest to delikatna, przezierna struktura, która pozostaje zawieszona na więzadełkach soczewki, umożliwiając umieszczenie sztucznej soczewki w miejscu usuniętej. Istnieje wielu producentów sztucznych soczewek. Każdy z nich uważa swój produkt za najlepszy, a przynajmniej niegorszy od konkurencji. Zwykle oferują oni kilka typów soczewek. Podstawowy typ stosowanych soczewek wewnątrzgałkowych to soczewki jednoogniskowe. Umożliwiają one najlepsze widzenie do z góry założonej odległości: do bliży lub do dali. Jeżeli zastosujemy soczewkę o mocy odpowiedniej do dali, oznacza to, że do wyraźnego widzenia do bliży, czyli np. do czytania, trzeba będzie używać okularów plusowych, a jeżeli wybierzemy ostre widzenie do bliży, do dobrego widzenia do dali potrzebna będzie korekcja minusowa. Inny typ soczewek to soczewki ze zmienną ogniskową działające podobnie jak okulary wieloogniskowe. Mają one umożliwiać wyraźne widzenie do dali i bliży bez użycia korekcji okularowej, jednak, podobnie jak w przypadku okularów wieloogniskowych, nie wszyscy pacjenci uzyskują pełny komfort widzenia. Istnieją także soczewki, zarówno jedno- jak i wieloogniskowe, z możliwością korekcji astygmatyzmu. Są to tzw. soczewki toryczne. Niektóre typy soczewek mają dodatkowe filtry, które mają zmniejszać ryzyko powstania zmian degeneracyjnych siatkówki i poprawiać komfort widzenia, jednak skuteczność tego rozwiązania nie jest jednoznacznie udowodniona.

Operacja usunięcia zaćmy może być przeprowadzona w znieczuleniu ogólnym (obecnie rzadko), okołogałkowym i kroplowym. O rodzaju znieczulenia decyduje anestezjolog w porozumieniu z operatorem. Sam zabieg jest dość krótki, trwa ok. 20–30 minut. Po jego zakończeniu oko zaklejane jest opatrunkiem, który zdejmuje się najczęściej następnego dnia i zaczyna stosować zalecone przez lekarza leki. Wymaga jest kontrola w bezpośrednim okresie pooperacyjnym (najczęściej następnego dnia), po ok. 7–10 dniach oraz po 6 tygodniach od zabiegu. Przyjmuje się, że po tym czasie ustala się już refrakcja oka i można dobrać korekcję optyczną, jeśli takowa jest wymagana.

Niezależnie od tego, jaki model soczewki zostanie wybrany, należy pamiętać, że w kilka lub w kilkanaście miesięcy po zabiegu u wielu pacjentów dochodzi do powstania przymglenia tylnej torebki soczewki. Z uwagi na pogorszenie widzenia podobne do tego obserwowanego przy postępującym mętnieniu soczewki, stan ten często określa się mianem zaćmy wtórnej. Sformułowanie to nie jest medycznie poprawne, gdyż wszczepiona soczewka pozostaje przezierna, ale dobrze oddaje charakter zmian z punktu widzenia pacjenta, funkcjonuje więc w powszechnym użyciu. W przypadku zmętnienia torebki soczewki rutynowo stosowanym postępowaniem jest laserowa kapsulotomia, czyli przecięcie torebki. Zabieg ten przeprowadza się w znieczuleniu kroplowym, bez specjalnego przygotowania pacjenta, przy lampie szczelinowej ze zintegrowanym laserem neodymowo-yagowym (Nd-Yag). Pacjent siedzi z głową unieruchomioną na podpórce

za pomocą miękkiej opaski, a do powierzchni rogówki przykłada się specjalną soczewkę, uniemożliwiającą przypadkowe mruganie i pozwalającą dobrze zogniskować promienie lasera. Za ich pomocą wycina się otwór w zmętniałej torebce. Zabieg jest niebolesny, widać jedynie błyski światła i trwa kilka do kilkunastu minut. Bezpośrednio po nim można iść do domu, konieczna jest jedynie kontrola w wyznaczonym przez lekarza terminie.

RK

O: choroby oczu w starszym wieku, jaskra, kompleksowe badanie okulistyczne, nadwzroczność starcza, odwarstwienie siatkówki, retinopatia cukrzycowa, retinopatia nadciśnieniowa, suche oko, ślepota, zwyrodnienie plamki związane z wiekiem.
TK: ang. *cataract*, fr. *cataracte*, hiszp. *cataracta*, niem. *Katarakt/grauer Starer/Linsenstar/Linsentrübung*, ros. *катаракта/помутнение хрусталика.*

zadowolenie z życia (satysfakcja życiowa)

– jest wskaźnikiem → jakości życia, oraz – obok takich kategorii, jak: szczęście, pozytywny i negatywny afekt, subiektywny → dobrostan [psychiczny] i postrzegana jakość życia (zob. Gutiérrez i współprac., 2013) – stanowi jej subiektywny wymiar. Pojęcie to zasadniczo jest definiowane w literaturze psychologicznej jako zakres, w którym osoba lubi swoje → życie. Zadowolenie z życia stanowi ustosunkowanie zarówno do przeżytych lat, jak i → czasu bieżącego. Jest oceną własnego życia w przeszłości i teraźniejszości (Mirczak, Pikuła, 2014), oznacza wówczas poznawczy, ewaluacyjny proces, w którym jakość życia osoby jest oceniana globalnie zgodnie z wybranymi przez nią kryteriami (Diener i współprac., 1985). Tym samym ocena zadowolenia z życia nie jest zewnętrznie narzucona, raczej stanowi rezultat kontekstu, w którym osoba wybrała taki, a nie inny standard, jako punkt odniesienia do oceny własnego poziomu satysfakcji życiowej. W kategorii tej porównuje się stosunek negatywnych do pozytywnych emocji (zob. fot. 1), co przybliża ją wówczas do poczucia szczęścia (Shmotkin, 2005). Zadowolenie z życia przyjmuje się jako możliwy wskaźnik → adaptacji społecznej i/lub psychologicznej oraz → pomyślnego starzenia się (Mirczak, Pikuła, 2014, Rowe, Kahn, 1999).

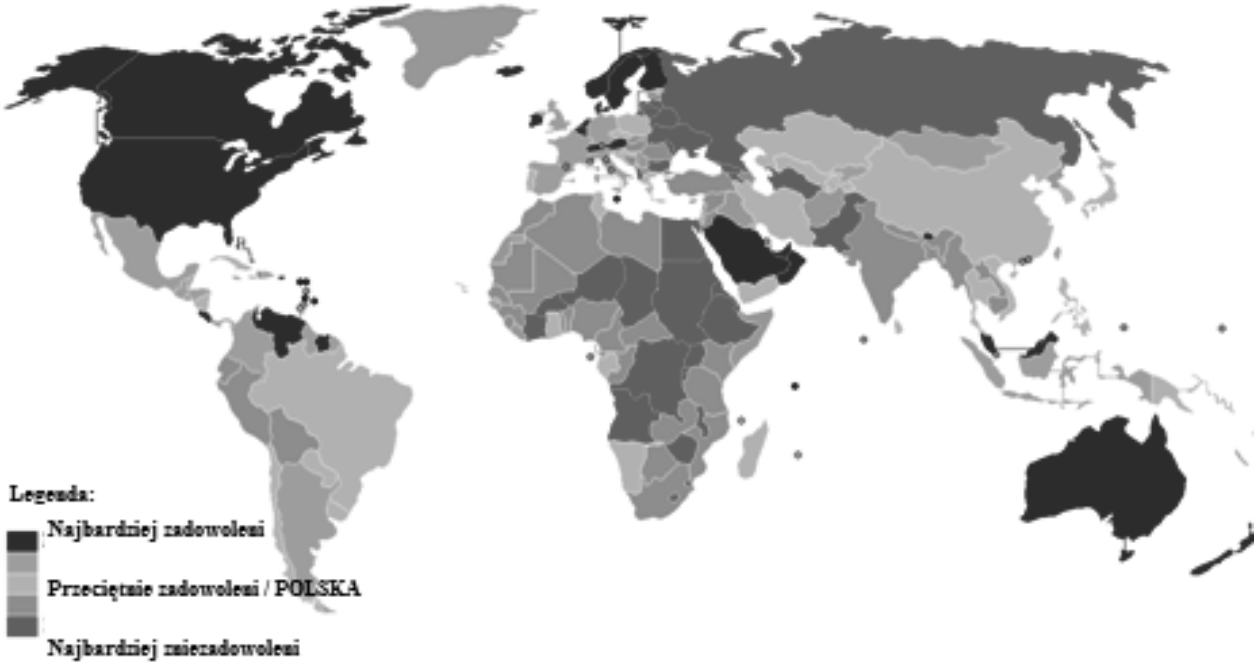
Zadowolenie z życia ma więc swoje wymiary: poznawczy i emocjonalny (afektywny). Pierwszy wyznacza zakres, w jakim jednostka ocenia zaspokojenie własnych aspiracji i stopień urzeczywistnienia → [poczucia] sensu życia. Wymiar afektywny natomiast opisuje, w jakim stopniu doświadczenia jednostki stanowią przyjemne przeżycia (Finogenow, 2008). Rozdźwięk między stanem aktualnym (w wymiarze osiągnięć) a jednostkowymi aspiracjami wyznacza poczucie niezadowolenia z życia. Jego zakres jednostka szacuje zarówno w skali ogólnej, jak i w węższym, bardziej szczegółowym zakresie pewnego fragmentu życia podlegającego sytuacyjnej ocenie. Zadowolenie z życia uważa się, że ma przeszłościową orientację. Jednocześnie wskazuje się na bardziej trwałą, niezmienną, a w nim dominującą, jego poznawczą naturę – w porównaniu z przeżywaną w chwili bieżącej i przemijającą afektywną dominantą szczęścia.

Zadowolenie z życia jest kategorią, którą upowszechniono w psychologii do dyskusji nad konsekwencjami przemian ekonomiczno-społecznych (Zeidler, 2011). Przykład stanowią klasyczne badania Angusa Campbella (1910–1980), w których udowodniono, że zadowolenie z życia jest tym wyższe, im lepiej zaspokojone są potrzeby społeczne. Natomiast wskaźniki ekonomiczne przekładają się na zadowolenie z życia tylko częściowo, w zakresie w którym determinują jakość doświadczania codzienności. Wskaźniki ekonomiczne opisujące warunki życia nie przekładają się wprost na zadowolenie z życia. W badaniach tych wykazano również, że wraz z wiekiem rośnie satysfakcja życiowa, natomiast poczucie szczęścia maleje (Derbis, 2000).

Zadowolenie z życia wykorzystuje się do opisu funkcjonowania osoby w jej → niepełnosprawności. Stwierdzenie faktu, że zadowolenie z życia, albo jego brak, „nie jest strukturą trwałą i niezmienną" (Zeidler, 2011) odsłoniło nowe możliwości w działaniach psychokorekcyjnych, edukacji, → rehabilitacji i terapii, gdyż osoba niepełnosprawna: „potrafi też jednocześnie być zadowolona ze swoich czynów i niezadowolona ze swojego położenia oraz być zadowolona ze swojego życia i niezadowolona ze swojej życiowej sytuacji lub swojego otoczenia" (Zeidler, 2011). W → gerontologii satysfakcja życiowa zaklasyfikowana została jako istotna składowa pomyślnego starzenia się. Przykłady łączenia obu pojęć dostarczają klasyczne już prace m.in. B. → Neugarten, R. J. → Havighursta, H. → Thomae. W późniejszych latach satysfakcja życiowa nadal była wiązana z pomyślnym starzeniem się jako: jego predykator, zwiastun, identyfikator i/lub cecha (zob. Halicki, 2010).

Zadowolenie z życia cechują subiektywizm i wielowymiarowość, analogicznie do nadrzędnej kategorii jakości życia. W → starości subiektywizm zasadza się na tym, że każdy → senior inaczej doświadcza, opisuje, interpre-

tuje i szacuje zakres oraz poziom zadowolenia z życia. Zależy to m.in. od ilości wewnętrznych i zewnętrznych zasobów, którymi dysponuje. Doświadczane zadowolenie z życia w starości będzie więc różne w zależności od czynników wewnątrzosobowych charakteryzujących człowieka, takich jak: osobowość, temperament, → zdrowie. Małgorzata Halicka (1957–) wymienia spośród czynników różnicujących poczucie satysfakcji życiowej człowieka zdrowie, → sprawność funkcjonalną, sytuację rodzinną, ekonomiczną, aktywność i kontakty społeczne. Następnie zależy ona od kontekstu życia jednostki – kultury, obyczajowości, ale również jej statusu materialnego i pozycji społecznej, i od makrokontekstu – polityki społecznej i zdrowotnej państwa,



Rys. 1. Poziom zadowolenia z życia na świecie (2015). Źródło: https://pl.wikipedia.org/wiki/Wska%C%5BAnik_zadowolenia_z_%C%5Cycia#media/File:World_happiness.png.

Tabela. 1. Przegląd narzędzi do pomiaru satysfakcji życiowej osób dorosłych, które są dostępne i stosowane w Polsce

Narzędzie i jego twórcy	Zakres pomiaru	Adaptacja polska i jej autorzy
Life Satisfaction Index – Form A (LSI-A) Neugarten, Havighurst, Sheldon S. Tobin (1961)	1) uczucia optymistyczne – komponent afektywny, 2) zadowolenie i pozytywna nastawienie w stosunku do przyszłości – komponent afektywno poznawczy, 3) zgodność celów osiągniętych z zamierzonymi – komponent poznawczy.	brak polskiej wersji
Life Satisfaction Index for the Third Age (LSITA) Andrew J. Barrett, Peter J. Murk (2005)	ogólny poziom satysfakcji życiowej z uwzględnieniem procesu zdrowego starzenia się (ang. *healthy ageing*)	LSITA SF (skrócona wersja) Anna Mirczak, Norbert Gerard Pikuła (2014)
The Satisfaction with Life Scale (SWLS) Ed Diener i współprac.(1985)	ogólny wskaźnik poczucia zadowolenia z życia	Skala Satysfakcji z Życia (SWLS) Zygfryd Juczyński (2009)
Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ) Jochen Fahrenberg i współprac. (2000)	wskaźnik ogólny zadowolenia z życia; profil zakresu zadowolenia z konkretnych obszarów życia człowieka: 1) stan zdrowia; 2) praca i zawód; 3) sytuacja finansowa; 4) czas wolny; 5) małżeństwo lub związek partnerski; 6) stosunek do własnych dzieci; 7) stosunek do samego siebie; 8) życie seksualne; 9) przyjaciele, znajomi, krewni; 10) mieszkanie	Kwestionariusz Zadowolenia z Życia (FLZ) Włodzisław Zeidler, Jan Chodkiewicz (2009)

Źródło: Opracowanie własne.

globalnych uwarunkowań socjoekonomicznych, np. → starzenie się społeczeństw i reforma sytemu emerytalnego (Halicka. 2004). [Dodajmy, że zadowolenie z życia w → wieku podeszłym zmniejsza się z zachwianiem stabilizacji życiowej spowodowanym przejściem na → emeryturę, z odejściem dzieci z domu i znalezieniem się w stadium tzw. pustego gniazda, z pogarszającym się z wiekiem stanem zdrowia, gorszą sytuacją ekonomiczną starego człowieka, zwiększającą się → izolacją społeczną, rezygnacją oraz z poczuciem osamotnienia, odrzucenia i zbędności. Poczucie szczęścia i zadowolenia z życia zmienia się z wiekiem: po 65. roku życia wzrasta skłonność do idealizowania przeszłości i pogarsza się postrzeganie przyszłości, co zauważył już Horacy (65–8 p.n.e.), określając człowieka starego „chwalcą przeszłości" (łac. *laudator temporis acti*). Zdaniem Janusza Czapińskiego (1951–): „starsi ludzie wykazują niższy poziom szczęścia w wymiarze hedonistycznym (emocjonalnym), ale wyższy w wymiarze oceny poznawczej (wartości życia i woli życia)". Badania amerykańskie wykazały, że najbardziej szczęśliwi są ludzie w przedziale wiekowym 60–69 lat, natomiast w → grupach wieku 55–59 i 85–89 lat występuje najniższy stopień zadowolenia z życia (zob. Zych, 2010) – przyp. red.].

Michael B. Frisch (2006) zaproponował model **CASIO** – stanowiący próbę teoretycznej systematyzacji źródeł zmienności międzyosobniczej w obszarze zadowolenia z życia. Tu jest ono tłumaczone jako rozdźwięk między tym co osoba chciałaby a co faktycznie ma. Model zakłada, że zadowolenie z życia kształtuje się w procesie wzajemnego współoddziaływania: obiektywnych, zewnętrznych okoliczności (ang. ***C**ircumstances*) i procesów poznawczych obejmujących: 1) ocenę jednostkowych postaw (ang. ***A**ttitudes*) uwarunkowań życia w kategorii dobrostanu, 2) osobiste standardy (ang. ***S**tandards*) oceny spełnienia i osiągnięć w konkretnych sferach życia, 3) osobiste kryterium ważności (ang. ***I**mportance*) przypisanej do poszczególnych obszarów życia wraz z 4) ogólnym (ang. ***O**verall*) zadowoleniem z życia w pozostałych, mniej istotnych jego sferach.

Wielowymiarowość zadowolenia z życia skutkuje objęciem w jego pomiarze wielu sfer funkcjonalnych człowieka, takich jak: sprawność, relacje społeczne, emocjonalność, duchowość, seksualność (zob. fot. 2), zdrowie bądź choroba i satysfakcja z procesu leczenia, hobby i aktywność, orientacja na przyszłość i in. Zakres badania i strategia uporządkowania tych satysfakcji cząstkowych zależy od autora narzędzia [Przykłady narzędzi do badania satysfakcji z życia używanych w Polsce zamieszczamy w tabeli 1, a poziom zadowolenia z życia na świecie ukazujemy na rys. 1 – przyp. aut.] Częstą praktyką jednakowoż jest arbitralne wyznaczanie przez samych badaczy sfer życia podlegających ocenie w pomiarze poziomu zadowolenia (zob. I. Pilch, 2005). Z tymże trafność wyniku pomiaru zadowolenia z życia będzie dyskusyjną, o ile zredukuje się go do sztywnej i narzuconej przez badacza sumy satysfakcji cząstkowych respondenta z wybranych tylko domen życia. Już Władysław Tatarkiewicz (1886–1980) podkreślał, a uznani eksperci potwierdzili, że szczęście wymaga globalnego zadowolenia z życia (Diener i współprac., 1985).

Kategoria zadowolenia z życia, choć w zakresie definicji nie dość ostra i jednoznaczna, nieprzerwanie inspiruje badaczy. Powstają, obok ogólnych, czy wieloaspektowych miar zadowolenia z życia, również konkretne, bo sprowadzone do jednej tylko domeny jej rodzaje, np. zadowolenie z pracy, zadowolenie z → czasu wolnego, zadowolenie z procesu leczenia.

Równolegle badacze odnajdują i/lub potwierdzają współzależność wielu pokrewnych z zadowoleniem z życia kategorii, np. optymizmu, samooceny, sensu życia, celowości, sprawczości, poczucia przynależności i wspólnoty. Przykład z początku XXI wieku stanowi koncepcja pozytywnej orientacji (ang. *positive orientation satisfaction* – POS). Jej twórca, Gian Vittorio Caprara (1944–), twierdzi, że jest ona genetycznie uwarunkowaną dyspozycją osobowościową do pozytywnego ustosunkowania się względem własnego życia, a jej istotną składową jest właśnie zadowolenie z życia (Caprara, 2009). Ten nowy kierunek badań stopniowo zyskuje uwagę i zainteresowanie na całym świecie (Sobol-Kwapińska, 2014).

AB

B: Caprara, 2009; Chen, 2001; Derbis, 2000; Diener i współprac., 1985; Finogenow, 2008; Frisch, 2006; Gutiérrez i współprac., 2013; Halicka, 2004; Halicki, 2010; Mirczak, Pikuła, 2014; I. Pilch, 2005; Rowe, Kahn, 1999; Shmotkin, 2005; Sobol-Kwapińska, 2014; Tatarkiewicz, 1962; Zeidler, 2011; Zych, 2010.

N: http://www.prozdor.ru…; https://pl.wikipedia.org/wiki…

O: bilans życiowy, jakość życia.

S: radość życia.

TK: ang. *satisfaction with life/satisfaction of life/life satisfaction*, fr. *satisfaction de vivere/satisfaction de la vie*, hiszp. *satisfacción con la vida/satisfacción de vida*, niem. *Zufriedenheit mit dem Leben/Lebenszufriedenheit/Lebenssatisfaktion*, ros. *удовлетворение от жизни/удовлетворение жизнью.*

satysfakcja życiowa → zadowolenie z życia

Zajączkowski Henryk (1898–1963)
polski neurolog, psychiatra, gerontolog i geriatra, współtwórca ruchu higieny psychicznej w Polsce, członek-założyciel (1948) i przewodniczący Zarządu Głównego Pol. Tow. Higieny Psychicznej (1960–1963). Ukończył studia neurologiczne i psychiatryczne, uzyskując stopień doktora medycyny. Po II wojnie światowej wykładał w Państw. Wyż. Szk. Hgieny Psychicznej i kierował Poradnią dla Dorosłych w Głównej Poradni Zdrowia Psychicznego w Warszawie. Był pionierem lecznictwa alkoholików – w roku 1954 podjął pierwszą w Polsce próbe stworzenia ruchu AA (Anonimowych Alkoholików), a w okresie 1958–60 był członkiem Komitetu Higieny Psychicznej i Psychiatrii Dziecięcej PAN w Warszawie. Zajmował się psychiatrią kliniczną, psychoterapią grupową alkoholików, walką z alkoholizmem, → gerontologią i → geriatrią, zwłaszcza higieną psychiczną → wieku podeszłego i problematyką → zdrowia psychicznego. Opracował typologię przystosowania i nieprzystosowania ludzi starszych, wyróżniając cztery rodzaje → starzenia się i odpowiadające im grupy ludzi starych (zob. Zych, 1989). Do pierwszej zaliczył tych, którzy z uwagi na swój stan psychofizyczny i umysłowy wymagają postępowania opiekuńczego; do grupy drugiej, najbardziej licznej, tych, którzy zachowali → zdrowie fizyczne i psychiczne, lecz charakteryzuje ich obniżenie dynamizmu życiowego; do grupy trzeciej, nielicznej, należą tzw. *wielcy starcy*, którzy potrafią nadać swej → starości przebieg najbardziej pozytywny i odznaczaja się wysokim poziomem aktywności społecznej, użyteczności życiowej i dojrzałości emocjonalnej, sa pełni entuzjazmu dla pracy, którą wykonują, widzą przed sobą dalekosiężne cele, pragną służyć i służą innym, posiadają mądrość starczą, umieją wykorzystać zdobyte doświadczenie życiowe i możliwości, jakie niesie ze sobą podeszły wiek; czwarta grupa składa się raczej z wyjątków i obejmuje tych, którzy stracili zdrowie, nieraz nawet poczucie rzeczywistości, i wymagaja stałej → opieki.

AAZ

B: Dąbrowski, Zajączkowski, 1960; Zajączkowski, 1949, 1956, 1961; Zych, 1989, 2013 b.

O: gerohigiena, gerontologia, higiena wieku starczego, zdrowie psychiczne.

zakłady opieki społecznej [zamknięte, otwarte]
– instytucje niosące pomoc głównie dzieciom osieroconym, starcom i upośledzonym umysłowo a funkcjonujące w ramach systemu → opieki społecznej. Zakłady opieki zamkniętej były pierwszymi instytucjami pełniącymi funkcje typowe dla → domów pomocy społecznej.
Prawną możliwość utworzenia zakładów opieki społecznej dała Ustawa z 16 VIII 1923 r. o opiece społecznej i przyjęte w kolejnych latach rozporządzenia (np. Rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej z 10 X 1927 r. o kwalifikacjach kierowników zakładów opiekuńczych oraz Rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej z 12 X 1927 r. o regulaminach zakładów opiekuńczych). Zakłady opieki dzieliły się na zamknięte i otwarte. Zakłady zamknięte mogły być publiczne – utrzymywane przez państwo lub gminę i prywatne utrzymywane przez osoby fizyczne i prawne. Rozróżniano podziały na opiekę zamkniętą i otwartą. Przez opiekę zamkniętą rozumiano „→ opiekę wykonaną nad ubogimi w zakładach odpowiednio urządzonych, dla dostarczenia im niezbędnych środków do życia oraz gdy chodzi o dzieci i młodzież – wychowania i wykształcenia, gdy chodzi o dorosłych – zatrudnienia w miarę sił, przeszkolenia w zawodzie" (Zawadzki, 1935). Natomiast opieka otwarta była realizowana przez Ośrodki Zdrowia i Opieki. W roku 1935 przeprowadzono reorganizację opieki otwartej, w ośrodkach zgrupowano wszystkie rozproszone agendy opieki otwartej i zdrowotnej. Ośrodki zaczęły nieść wszechstronną pomoc rodzinie, która obejmowała kompensowanie braków, zarówno materialnych, jak i moralnych, w tym zaniedbywania i złego wychowywania, alkoholizmu itp. (Starczewski, 1939).
Każdy zakład zamknięty zobowiązany był spełnić następujące warunki: 1) przeznaczony był dla jednej kategorii pensjonariuszy, tj. nie mógł być mieszany, np. dla starców i dzieci, żebraków, nałogowych pijaków i spokojnych niedołężnych starców lub kalek; 2) był tak urządzony, aby pozwalał na segregowanie pensjonariuszy o różnym stopniu kultury i potrzeb życiowych; 3) w przypadku dzieci przygotował je do samodzielnego zarobkowania. Zalecano, aby dzieci i młodzież trudna do prowadzenia były oddzielane od normalnej, jak również oddzielano dzieci i młodzież dotknięte utratą wzroku, mowy i słuchu, aby im zapewnić specjalne warunki rozwoju, odpowiadające kalectwu; 4) posiadał oddzielne infirmerie dla chorych lub szpitaliki; 5) posiadał warsztaty, w których mogli znaleźć zajęcie nawet niedołężni i starcy w miarę swoich sił,

chodziło o zajęcia ich choćby drobną pracą; 6) zakłady stanowiły domy pracy przymusowej oraz dobrowolnej, przy czym zalecano, aby w tych pierwszych stosowano większe rygory (Zawadzki, 1935).

Zakłady zamknięte funkcjonowały na podstawie przepisów prawnych, głównie rozporządzeń określających ich: nadzór i kontrolę, regulamin, kwalifikację kierowników, a nawet sporządzanie sprawozdań z ich działalności i rachunkowości. Godna odnotowania jest kolejność wydawanych rozporządzeń. Okazuje się, że Rozporządzenie w sprawie regulaminu instytucji opiekuńczych z 12 X 1927 r. zostało wydane pół roku później, aniżeli Rozporządzenie o nadzorze i kontroli nad ich działalnością z 22 IV 1927 r. Taka kolejność wydawanych aktów prawnych sprawia wrażenie, że nadzór i kontrolę traktowano bardziej priorytetowo, aniżeli sam regulamin tworzenia instytucji opiekuńczych.

Najliczniejsze były zakłady opiekuńcze dla dzieci i młodzieży. Wg danych z 1925 na terenie kraju istniało 1 170 zakładów opiekuńczych z 75 000 wychowankami. Dwa lata później, tj. w 1927 było 1 625 zakładów dla dzieci i młodzieży, z których większość (922) stanowiły zakłady zamknięte, zaś pozostałe (703) to zakłady opieki otwartej (*Krótki przegląd prac*…, 1929). Liczba zakładów dla dorosłych była trzykrotnie mniejsza i wynosiła 574, spośród których zdecydowaną większość stanowiły zakłady opieki zamkniętej 457 (liczba zakładów opieki otwartej wynosiła 117). W zakładach opieki zamkniętej dla dorosłych przebywało łącznie 19 tys. pensjonariuszy, spośród których większość stanowiły kobiety 13 tysięcy, mężczyźni zaledwie 6 tysięcy *(Mały Rocznik Statystyczny*, 1931). Zakłady dla umysłowo chorych stanowiły odrębną grupę zakładów opiekuńczych. Wg danych z 1930 zakłady dla umysłowo chorych dzielono na zakłady specjalne i oddziały szpitali ogólnych. Łącznie w Polsce było 34 zakłady specjalne, najwięcej w województwach centralnych 11 (doliczając Warszawę łącznie w Polsce centralnej było 16 zakładów, niemal połowa ogólnej ich liczby) i zachodnich 10. Najmniej zakładów specjalnych dla umysłowo chorych było w województwach wschodnich, gdyż zaledwie 2 (*Mały Rocznik Statystyczny*, 1932).

W typologii zakładów odnaleźć można zakłady dla osób starszych. Zakłady opiekuńcze, w których umieszczano osoby starsze określano różnymi terminami: „zakłady dla dorosłych", → „domy opieki", „domy starców", a nawet „zbiornie dla starców" itp. (*Sprawozdania Komisji Rewizyjnych*…, 1936). Przykładem może być Miejska Zbiornia dla Starców w Łodzi. W regulaminie tej placówki określono m.in. cele, obowiązki kierownika oraz obowiązki i prawa pensjonariuszy. Był to szczupły dokument zawierający zaledwie 15 artykułów o zwięzłej treści, wiele z nich jednozdaniowych. Zbiornia ta przeznaczona była dla 150 osób obojga płci, na jedną osobę przypadało 5 m^2 powierzchni sali. Zadaniem Miejskiej Zbiorni było sprawowanie opieki nad starcami do czasu umieszczenia ich w Miejskich Zakładach Zamkniętych dla starców. Do obowiązków pensjonariuszy należało: a) utrzymywanie w zakładzie czystości i porządku, b) przyzwoite zachowanie się, c) zajęcie się pracą, o ile siły i zdrowie na to pozwalają, d) dostosowanie się do regulaminu. Regulamin przewidywał wydalenie pensjonariusza z zakładu za: „wszczynanie awantur, lżenie, bójki, przynoszenie alkoholu, upijanie się, uprawianie gier hazardowych, oszukiwanie, kradzież względnie ułatwianie tego innym". Ponadto w regulaminie ściśle określono tryb życia pensjonariusza. Ustalono m.in. godziny wstawania i spania: „Pensjonariusze zdrowi powinni wstawać o godz. 6-ej rano latem i godz. 7-ej zimą, a na spoczynek udawać się o godz. 21-ej latem i 20-ej zimą. W godzinę po wstaniu pensjonariusz powinien być umyty, ubrany, a łóżko jego posłane". Ustalono również, że pensjonariusze otrzymywać będą posiłki 3 razy dziennie, a spożywać je będę wyłącznie w jadalni (z wyjątkiem chorych w łóżku). Nie był to zakład w pełni zamknięty, przyznano prawo pensjonariuszom opuszczania zakładu, ale uzależniono je od zgody kierownika, w ustalonych dniach i godzinach. Oprócz obowiązków przyznano pensjonariuszom prawa, a raczej jedyne prawo, jakim było „złożenie zażalenia do Wydziału Opieki Społecznej w przypadku postępowania kierownika ocenianego jako niesprawiedliwe lub krzywdzące" (zob. Zawadzki, 1935). Najwięcej zakładów opieki zamkniętej dla dorosłych jeszcze w 1937, prowadziły: samorządy – 1 550, związki wyznaniowe – 171, fundacje – 159 i organizacje społeczne – 126 (por. Zalewski, 2005, s. 205).

Okres okupacji zaprzepaścił plany rozwoju opieki zakładowej, nie tylko w zakresie rozrostu, ale i specjalizacji metod opieki. Biorąc pod uwagę tylko samą liczbę zakładów opieki całkowitej dla dorosłych w 1937 roku było 753 zakładów dla 25 469 pensjonariuszy, zaś tuż po II wojnie światowej, tj. w 1945 liczba zakładów zmalała o połowę. Wg danych było 327 zakładów dla 12 865 podopiecznych (*Rocznik Statystyczny*, 1948). Z danych zebranych przez Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej w 1945 było w Polsce 387 zakładów z 20 030 wychowankami (Chmieleńska, 1946). Trudno ocenić, jaki los podzieliły pozostałe zakłady opieki całkowitej w czasie wojny. Wiele zakładów uległo li-

kwidacji, pozostałe funkcjonowały w warunkach permanentnego zagrożenia na pograniczu nędzy. Zginęło wielu wychowawców, a wśród nich: Janusz Korczak (1878–1942), Maryna Falska [Maria Rogowska-Falska] (1877–1944), Wanda Leokadia Tarnawska (1899–1981) czy Róża Zawadzka (Raczkowska, 1978). Po ustaniu działań wojennych szczególną troską otoczono dzieci. W owym czasie liczba dzieci potrzebujących pomocy była ogromna, szacuje się, że było ich ok. 2 mln. Poważny problem stanowiły dzieci bezdomne, określane mianem „dzieci ulicy" (Żemis, 1946).
W okresie Polski Rzeczypospolitej Ludowej likwidacja samorządów uczyniła nieaktualnymi większość zapisów ustawy o opiece społecznej. Ponadto miała podstawowe znaczenie dla funkcjonowania zakładów opieki zamkniętej, gdyż samorządy były drugimi po instytucjach społecznych podmiotami utrzymującymi te instytucje, przeznaczając na nie znaczne środki, np. w 1948 dochody tych zakładów ze źródeł samorządowych wynosiły 29%, a z tzw. innych – 31%, zaś pozostałe 40% – stanowiły dotacje państwowe (*Rocznik Statystyczny*, 1948). Likwidacja samorządów, jak również lokalnych organizacji społecznych, pociągała za sobą odcięcie kurka z gotówką dla zakładów opieki całkowitej, jak i pozbawienie ich prawnych możliwości funkcjonowania. Wraz z likwidacją samorządów kończy się etap opieki zakładowej zamkniętej, zaś rozpoczyna nowy etap w dziejach domów pomocy społecznej. Zakłady opieki całkowitej zapisały się na kartach historii jako pierwsze instytucje powołane na mocy aktów prawnych, częściowo tworzone przez państwo, służące potrzebom ludności i funkcjonujące zgodnie z zasadą ratownictwa społecznego. Niskie standardy świadczonych usług argumentować można szczupłymi środkami finansowymi i brakiem doświadczenia w tworzeniu tego typu instytucji. Natomiast stosowane formy kontroli, nadzoru i ograniczeń wobec pensjonariuszy, odzwierciedlały występujące w społeczeństwie postawy wobec grup ludności zależnej, mniej samodzielnej, mniej produktywnej (bądź zupełnie nieproduktywnej) traktowanej jako gorszej, mniej wartościowej, nieużytecznej. W zakładach opieki zamkniętej już zauważyć można pewne podstawowe elementy instytucji totalnej (Zbyrad, 2014).

TZ

B: Chmieleńska, 1946; *Krótki przegląd…*, 1929, *Mały Rocznik Statystyczny*, 1931, 1932; Raczkowska, 1978; *Rocznik Statystyczny*, 1948; Starczewski, 1939; Zalewski, 2005; Zawadzki, 1935; Żemis, 1945; Zbyrad, 2014.

D: Rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej z 10 X 1927 r.; Rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej z 12 X 1927 r.; Sprawozdania Komisji Rewizyjnej…, 1936; Ustawa z 15 VIII 1923 r.

O: deinstytucjonalizacja, dom opieki, dom pomocy społecznej, instytucjonalizacja opieki, opieka, opieka instytucjonalna, opieka społeczna, opieka społeczności. standardy pracy socjalnej z osobami starszymi, standardy zamieszkania w DPS dla osób starszych

TK: ang. *social welfare institutions*, fr. *institutions de protection sociale*, hiszp. *instituciones de asistencia social*, niem. *Einrichtungen der sozialen Fürsorge*, ros. *учреждения социального обеспечения.*

zaopatrzenie ortopedyczne

– ma na celu poprawę → sprawności funkcjonalnej osoby starszej umożliwiającej jej samodzielne funkcjonowanie. Należy zawsze rozważyć, czy wykorzystanie sprzętu ortopedycznego nie przyniesie więcej „szkody niż pożytku", np. jeśli chodzi o spadek masy mięśniowej, czy wydolności u osoby starszej. → Aktywność ruchowa zapobiega negatywnym skutkom unieruchomienia, dlatego trzeba zwrócić szczególną uwagę, aby osoby, które są w stanie bezpiecznie funkcjonować bez zaopatrzenia, nie korzystały z niego bez potrzeby. Przy doborze zaopatrzenia ortopedycznego należy wziąć pod uwagę: stopień samodzielności pacjenta, jak i jego bezpieczeństwo. Zaopatrzenie ortopedyczne można podzielić na trzy grupy: protezy, ortezy (sztywne, półsztywne i miękkie) i środki pomocnicze (Księżnopolska-Orłowska, Żuk, 2013).

AMB

B: Księżnopolska-Orłowska, Żuk,2013.

O: sprzęt ortopedyczny.

TK: am. *orthopedic appliances*, ang. *orthopaedic appliance ordic walking*, fr. *soins orthopédigue*, hiszp. *aparatos ortopédicos*, niem. *orthopädischen Hilfsapparaten*, ros. *ортопедические приспособления.*

zapalenie płuc

jest stanem zapalnym płuc atakującym pęcherzyki płucne. Zasadniczą przyczyną zapalenia płuc są infekcje wirusowe lub bakteryjne, a w rzadszych przypadkach – grzybicze oraz pasożytnicze. Czynnikami ryzyka mogącymi przyczynić się do wystąpienia → choroby są w szczególności: palenie tytoniu, alkoholizm, niedobór odporności, → przewlekła obturacyjna choroba

płuc, przewlekła niewydolność nerek, niewydolność wątroby, zaś → wiek podeszły zwiększa ryzyko zachorowania. Typowe objawy choroby, to: kaszel, gorączka, której często towarzyszą dreszcze, duszność, ostry lub kłujący ból klatki piersiowej przy głębszym oddychaniu, zwiększona częstość oddechu, rdzawa plwocina, zmęczenie. U dzieci do lat pięciu chorych na zakaźne zapalenie płuc wśród typowych objawów znajdują się: kaszel, gorączka, szybkie oraz utrudnione oddychanie. U osób starszych najbardziej widocznym objawem jest dezorientacja.

Zapalenie płuc wywołane przez bakterie i wirusy z reguły przejawia się w podobny sposób, jednak przy wirusowym zapaleniu płuc częściej, niż przy bakteryjnym, występują świsty przy oddychaniu. Do płuc większość bakterii dostaje się w drodze aspiracji niewielkich organizmów znajdujących się w gardle lub w nosie, może dokonywać się to w czasie snu. W gardle zawsze znajdują się bakterie, ale te które wywołują infekcje występują tam wyłącznie w określonym czasie i w określonych warunkach. Niektóre typy bakterii, przykładem prątek gruźlicy (łac. *mycobacterium tuberculosis*), dostają się do płuc z zakażonymi kropelkami unoszącymi się w powietrzu. Bakterie mogą także być przenoszone drogą krwiopochodną. Wirusy z kolei dostają się do płuc najczęściej poprzez dotknięcie zakażonego przedmiotu, a następnie oczu lub nosa. Do infekcji wirusowych dochodzi również na skutek wdychania przez usta bądź nos występujących w powietrzu zakażonych kropelek. Niektóre wirusy, takie jak wirus opryszczki pospolitej czy odry, mogą przedostać się do płuc z krwią. Zapalenie płuc zaczyna się najczęściej od infekcji górnych dróg oddechowych, która następnie atakuje niższe odcinki układu oddechowego.

Z klinicznego punktu widzenia zapalenie płuc dzieli się na **płatowe zapalenie płuc** – **krupowe, włóknikowe**, **odoskrzelowe zapalenie płuc** – **zrazikowe**, **i ostre śródmiąższowe zapalenie płuc** – **nietypowe** (zob. Kostrzewski, Ziółkowski, 1999)**.** Inna klasyfikacja obejmuje podział w zależności od miejsca bądź sposobu zarażenia na: **pozaszpitalne, aspiracyjne**, **związane z kontaktem ze służbą zdrowia, szpitalne** i **respiratorowe zapalenie płuc.**

Płatowe zapalenie płuc jest ostrą chorobą zakaźną, która wywołana jest przede wszystkim (95 %) przez dwoinki zapalenia płuc (pneumokoki), rzadziej przez inne drobnoustroje. Choroba przenoszona jest drogą kropelkową. Zakażenie powoduje tworzenie się wysięku wypełniającego pęcherzyki płucne, które zawierają duże ilości włóknika. Okres rozwoju choroby jest krótki, trwa z reguły od 1–2 dni. Pierwsze objawy choroby, to zazwyczaj dreszcze i wysoka gorączka, która ma charakter ciągły. Pojawia się suchy, męczący kaszel, duszność, kłucie w klatce piersiowej. Może pojawić się opryszczka wargowa. Po kilku dniach występuje rdzawa plwocina. Badanie fizykalne wykazuje obecność nacieku płucnego oraz objawy suchego zapalenia opłucnej, natomiast w badaniu radiologicznym można zauważyć intensywne zacienienie zajętego płata. We krwi zauważa się podwyższoną leukocytozę i przyspieszone opadanie krwinek czerwonych. W plwocinie występują liczne bakterie.

Zapalenie może dotyczyć części płata, całego płata bądź wielu płatów. W przebiegu choroby mogą wystąpić powikłania – ropień płuc, ropniak opłucnej, włóknikowe zapalenie osierdzia, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, uszkodzenie wątroby i nerek.

Odoskrzelowe zapalenie płuc – to również bakteryjna choroba zakaźna wywołana przez pneumokoki oraz gronkowce i paciorkowce. Przechodzi ona z oskrzeli na pęcherzyki płucne. Proces zapalny obejmuje mniejsze lub większe grupy zrazików płucnych; często w dwu lub kilku płatach. Odoskrzelowe zapalenie płuc może rozwijać się w toku chorób zakaźnych, takich jak: grypa, koklusz, dury. Ma ono charakter ogniskowy, rozsiany. Ogniska mogą zlewać się ze sobą (zlewające się zapalenie płuc) i wówczas zajmują cały płat, ale mogą też ulec zropieniu lub zgorzeli. Objawy kliniczne z reguły nie są tak nasilone, jak w płatowym zapaleniu. Występują stany podgorączkowe lub gorączka, także kaszel z odpluwaniem śluzowo-ropnej plwociny, duszność i bóle w klatce piersiowej. Badanie radiologiczne wykazuje ogniskowe zacienienie w płucach. Czas choroby jest zróżnicowany, zależy w szczególności od choroby podstawowej, wieku chorego i jego ogólnego stanu zdrowia.

Ostre śródmiąższowe zapalenie płuc wywołane jest zakażeniem wirusowym (grypa), grzybiczym, mikoplazmowym, riketsjowym (gorączka Q). Cechuje się zapaleniem oskrzeli i oskrzelików oraz zapaleniem śródmiąższowym płuc. Objawy kliniczne w badaniu przedmiotowym są, w przeciwieństwie do objawów radiologicznych, które są wyraźne, bardzo skąpe, natomiast radiologiczne – bardzo wyraźne. Do typowych objawów należy zaliczyć stany podgorączkowe, nieżyt spojówek i górnych dróg oddechowych, suchy kaszel, bóle głowy, złe samopoczucie, ogólne osłabienie.

Diagnozę zapalenia płuc stawia się zazwyczaj w oparciu o połączenie objawów fizycznych i rtg klatki piersiowej. W badaniu fizykalnym można stwierdzić m.in. niskie ciśnienie krwi, szybsze tempo oddechu. Zdarza

się, że wynik badania klatki piersiowej jest w normie, jednak może wykazać mniejsze rozszerzanie się klatki piersiowej po stronie, która dotknięta jest zapaleniem płuc. Podczas osłuchiwania za pomocą stetoskopu słyszalny jest chrapliwy oddech. Jest on konsekwencją przenoszenia powietrza z dróg oddechowych przez objęte infekcją płuco. Podczas wdechu w dotkniętym chorobą obszarze mogą być również słyszalne szmery.

Działania profilaktyczne obejmują szczepienia, działania środowiskowe oraz odpowiednie leczenie innych problemów zdrowotnych, które pośrednio mogą przyczynić się do powstania choroby. Leczenie zapalenia płuc w większości przypadków polega na podawaniu antybiotyków doustnych, odpoczynku, odpowiedniej diecie – także zalecane są leki wykrztuśne, przeciwkaszlowe, przeciwgorączkowe, uspokajające. Wybór antybiotyków uzależniony jest od rodzaju drobnoustrojów i ich wrażliwości na dany antybiotyk, ewentualnych chorób towarzyszących oraz od wieku chorego. Zdarza się, że osoby w podeszłym wieku lub mające trudności z oddychaniem mogą wymagać bardziej zaawansowanej → opieki. Przy nasileniu się objawów, pojawieniu się powikłań i braku poprawy przy leczeniu ambulatoryjnym wskazana jest hospitalizacja. Powikłania występują z reguły u osób starszych lub mających inne problemy zdrowotne. Do powikłań zapalenia płuc zalicza się między innymi: ropień płuca, ropniaka opłucnej, zarostowe zapalenie oskrzelików, zespół ostrej niewydolności oddechowej, sepsę – u osób ze słabą odpornością.

Po włączeniu leczenia w większości typów bakteryjnego zapalenia płuc stan chorego zazwyczaj powinien się poprawić już w przeciągu 3–6 dni. Nierzadko jednak potrzeba kilku tygodni, aby ustąpiła większość objawów. Wyniki rtg stabilizują się z reguły w ciągu 4 tyg. Znacznie dłużej trwa zdrowienie osób w podeszłym wieku lub cierpiących na inne choroby płuc. Często potrzebują one ponad 12 tyg. na wyzdrowienie. Zapalenie płuc stanowi jedną z głównych przyczyn zgonów wśród wszystkich → grup wieku. Najwyższe współczynniki zgonów notuje się wśród dzieci poniżej piątego roku życia i osób w podeszłym wieku – powyżej 75 r.ż.

AZ

B: Kostrzewski, Ziółkowski, 1999; Płusa, 1998.

S: pneumonia.

TK: ang. *pneumonia*, fr. *pneumonie/pneumonie aiguë*, hiszp. *neumonía/pulmonía*, niem. *Lungenentzündung/Pneumonie*, ros. *воспаление легких/пневмония*.

zaparcia polekowe u osób starszych

dotyczą znacznego odsetka osób cierpiących na zaparcie w tej → grupie wieku. Zaparcie definiowane jest jako zmniejszenie częstości oddawania stolca poniżej 3 razy w tygodniu i/lub nieprawidłowa defekacja (stolce twarde, nadmierne lub nieproduktywne parcie, wydłużona defekacja, uczucie niepełnego wypróżnienia lub przeszkody w odbycie, konieczność ręcznych manewrów dla ułatwienia defekacji, w tym ręcznej ewakuacji stolca). Częstość występowania zaparć zwiększa się wraz z wiekiem (powyżej 65. roku życia jest pięć razy większa niż w młodszych grupach wiekowych) i może dotyczyć 55% pensjonariuszy → domów opieki długoterminowej (Phillips i współprac., 2001), z podobnym odsetkiem → seniorów stosujących przewlekle środki przeczyszczające (Hosia-Randell i współprac., 2007). → Wiek podeszły, obok płci żeńskiej, niskiej → aktywności fizycznej, diety ubogobłonnikowej, niskiego poziomu wykształcenia i statusu socjoekonomicznego, → depresji i → stresu, należy do podstawowych czynników ryzyka zaparć, na które cierpi ok. 20–30% subpopulacji osób po 65. r.ż. (Talley i współprac., 1996). U seniorów częściej niż w młodszych grupach wiekowych występują również powikłania zaparcia, np. zaleganie kału w postaci tzw. kamieni kałowych w odbytnicy lub okrężnicy, wrzody kałowe, niedrożność i perforacja jelita, nietrzymanie stolca, biegunka rzekoma, guzki krwawnicze. Niektóre z tych powikłań wymagają leczenia operacyjnego w trybie pilnym, które u seniorów wiąże się z dużym ryzykiem powikłań, w tym zgonu.

Przyjmuje się, że zmiany czynności jelita grubego związane z wiekiem są niewystarczające dla wystąpienia zaparcia, o ile nie dołączą się dodatkowe czynniki sprzyjające, np. → choroby i leki (Gallagher, O'Mahony, 2009), zwłaszcza w połączeniu z dietą ubogą w błonnik, niedostateczną podażą płynów i kalorii, upośledzoną mobilnością, osłabieniem mięśni brzucha i miednicy oraz upośledzeniem czynności poznawczych (Campbell, Busby, Horwath, 1993).

Leki należą do częstych przyczyn przewlekłych jatrogennych zaparć wtórnych w tej subpopulacji. Lista preparatów, których działaniem niepożądanym mogą być zaparcia, jest długa i obejmuje m.in. antagonistów receptora 5-HT_3, niesteroidowe leki przeciwzapalne, opioidy, leki cholinolityczne, trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne, inhibitory monoaminooksydazy, neuroleptyki, leki stosowane w leczeniu → choroby Parkinsona, leki przeciwnadciśnieniowe, przeciwdrgawkowe, leki przeciwhistaminowe I generacji, blokery kanałów wapniowych, leki moczopędne, klonidynę, leki antyarytmiczne (amiodaron), an-

tagonistów receptorów β-adrenergicznych (atenolol), leki wiążące kwasy żółciowe, preparaty żelaza i wapnia, środki alkalizujące zawierające glin, sukralfat, lit, niektóre leki stosowane w chemioterapii nowotworów (alkaloidy *Vinca* – winkrystyna, środki alkilujące), alendronian i pamidronian.

Diagnostyka przewlekłego zaparcia w wieku podeszłym bez towarzyszących objawów alarmowych, np. obecności krwi w stolcu, niezamierzonej utraty masy ciała, wyczuwalnego guza w jamie brzusznej, polega w pierwszej kolejności na zebraniu wywiadu uwzględniającego choroby współistniejące i stosowane leki i/lub suplementy diety, badaniu podmiotowym i wykonaniu podstawowych badań laboratoryjnych, które ukierunkowują ewentualną dalszą diagnostykę. W razie objawów alarmowych lub u osób w podeszłym wieku, u których wcześniej nie wykonano kolonoskopii w ramach badań przesiewowych, zwykle zaleca się to badanie. U starszych osób przed stwierdzeniem, że farmakoterapia jest jedyną przyczyną zaparć, należy wykluczyć inne możliwe czynniki etiologiczne, np. zaburzenia metaboliczne, endokrynologiczne czy nowotwory.

Postępowanie w zaparciu wieku podeszłego jest podobne, jak w innych → grupach wieku i ma na celu usunięcie objawów, normalizację rytmu wypróżnień (docelowo co najmniej 3 miękkie, uformowane stolce na tydzień oddawane bez nadmiernego parcia), poprawę → jakości życia z brakiem lub niewielkimi objawami ubocznymi (Sikorski, 2011).

Leczenie zaparć polekowych powinno mieć charakter przyczynowy. Optymalnie, należy odstawić lek powodujący zaparcie lub zmniejszyć jego dawkę, a gdy nie jest to możliwe, dołączyć na stałe środek przeczyszczający (Müller-Lissner, 2002). Ponieważ osoby w podeszłym wieku przyjmują na stałe wiele leków i preparatów dostępnych bez recepty, najłatwiej odstawić wszystkie zbędne preparaty, a następnie wyeliminować lub zmodyfikować dawkowanie pozostałych leków o działaniu zapierającym.

Leczenie objawowe należy rozpoczynać od najprostszych metod, a następnie intensyfikować terapię (zwiększenie dawki, zamiana leku, dodanie kolejnego preparatu) zależnie od uzyskanego efektu. Objawowo stosuje się metody niefarmakologiczne, takie jak dieta bogatobłonnikowa (20–30 g błonnika na dobę), podaż płynów (1,5–2 litra na 25 g błonnika na dobę), zwiększenie aktywności fizycznej adekwatne do stanu zdrowia seniora, próby oddawania stolca w godzinach rannych po wypiciu szklanki wody na czczo lub do 30 min. po śniadaniu, aby wykorzystać fizjologiczny odruch żołądkowo-okrężnicy. Zawartość błonnika w diecie można zwiększyć, zalecając spożywanie większej ilości owoców i warzyw oraz produktów zbożowych, a zwłaszcza otrąb. W farmakoterapii zaparć stosuje się środki hydrofilne, pęczniejące, np. nasiona babki płesznik, środki przeczyszczające o działaniu osmotycznym, np. laktuloza, glikol polietylenowy, leki zmiękczające stolec, np. dokuzan sodowy, leki przeczyszczające o działaniu kontaktowym, np. bisakodyl, glikozydy senny oraz leki prokinetyczne, np. prukalopryd – tylko u kobiet (Bharucha, Pemberton, Locke, 2013). Większość środków przeczyszczających jest dostępna bez recepty. W przypadku zalegania twardych mas kałowych w pierwszej kolejności należy oczyścić jelito, stosując osmotyczny środek przeczyszczający doustnie, np. glikol polietylenowy, i/lub miejscowo w postaci wlewki doodbytniczej, a następnie włączyć typowe leczenie zaparć.

Pacjenci wymagający przyjmowania opioidowych leków przeciwbólowych, poza postępowaniem niefarmakologicznym, powinni z chwilą włączenia leku opioidowego otrzymać osmotycznych środek przeczyszczający. Obecnie dostępne są preparaty złożone zawierające opioid i antagonistę receptora opiodowego (oksykodon + nalokson), co zapewnia działanie przeciwbólowe z równoczesną profilaktyką podstawowego działania niepożądanego opioidów, jakim jest zaparcie.

Wybierając lek przeczyszczający u seniorów należy uwzględnić możliwe objawy uboczne i interakcje z innymi lekami (w tej subpopulacji → polipragmazja występuje często). Ryzyko objawów ubocznych środków przeczyszczających u pacjentów w podeszłym wieku jest większe niż u młodszych, m.in. z powodu większej częstości chorób towarzyszących przebiegających z niewydolnością narządów (wątroby, nerek, układu krążenia), większej predyspozycji do zaburzeń wodno-elektrolitowych (mała podaż płynów, niedobory elektrolitowe, zaburzenia funkcji poznawczych) czy polipragmazji. Wśród działań niepożądanych leków przeczyszczających wymienia się m.in. wzdęcia, wzmożone oddawanie gazów jelitowych, nudności, wymioty, bóle brzucha, biegunkę, zaburzenia elektrolitowe, odwodnienie, reakcje alergiczne, niedrożność przewodu pokarmowego, zaburzenia wchłaniania i pseudomelanozę okrężnicy.

Brak poprawy, mimo zastosowania prawidłowego leczenia niefarmakologicznego i farmakoterapii, z uwzględnieniem preparatów o różnych mechanizmach działania stanowi wskazanie do poszerzenia diagnostyki zaparć.

DKS

B: Bharucha, Pemberton, Locke, 2013; Campbell, Busby, Horwath, 1993; Gallagher, O'Mahony, 2009; Hosia-Randell i współprac., 2007; Müller-Lissner, 2002; Phillips i współprac., 2001; Sikorski, 2011; Talley i współprac., 1996.
O: farmakodynamika w wieku podeszłym, farmakokinetyka w wieku podeszłym, farmakoterapia wieku podeszłego, interakcje leków, niepożądane działania leków, polipragmazja.
TK: ang. *drug-induced constipation in the elderly*, fr. *la constipation de la personne âgée induite par les médicaments*, hiszp. *estreñimiento causar medicamentos en edad avanzada*, niem. *medicamentös induzierte Verstopfung im Alter/medicamentös induzierte Obstipation im Alter*, ros. *лекарственный запор у пожилых людей.*

Zarzycka Zofia (1925–2010)

polska ekonomistka, statystyk społeczny, demograf i gerontolog. Urodziła się na ziemi kaliskiej w rodzinie nauczycielskiej. W roku 1954 ukończyła studia w Wyż. Szk. Ekonomicznej w Łodzi, następnie w Uniwersytecie Łódzkim doktoryzowała się w zakresie nauk ekonomicznych (1964), na podstawie rozprawy wykonanej pod kierunkiem → Rosseta, a poświęconej problemom pracy zawodowej kobiet obarczonych dziećmi; tam też uzyskała stopień doktora habilitowanego na podstawie pracy pt. *Praca zawodowa kobiet a budżet rodzinny. Zarys problemów i metod badawczych* (1982) i w 1983 została mianowana docentem tegoż uniw., a w 1990 objęła stanowisko profesora nadzw. Tytuł profesora otrzymała w 1991. Pracę zawodową jako nauczyciel akademicki rozpoczęła w roku 1950, przechodząc kolejno przez wszystkie szczeble kariery zawodowej nauczyciela akademickiego i pracownika naukowego na Uniw. Łódzkim. W latach 1986–1992 była kierownikiem Zakładu Demografii i Statystyki, a następnie w latach 1992–1996 kierownikiem Katedry Demografii i Statystyki Społeczno-Ekonomicznej UŁ. Pełniła także funkcję zastępcy dyrektora Instytutu Ekonometrii i Statystyki. Była niezwykle aktywna w pracach organizacyjnych swojej uczelni, jak również w kontaktach ze środowiskiem statystyków, demografów i gerontologów. W początkowym okresie przedmiotem jej badań była głównie sytuacja zawodowa kobiet, w tym problemy budżetu czasu pracy. W kolejnych latach zainteresowania badawcze gospodarstwem domowym znalazły wyraz w ekspertyzach, opracowaniach badawczych i in. publikacjach. W szczególności dotyczyły one kwestii wpływu zmiennych demograficznych (wieku, płci) i społecznych (stanu cywilnego i wykształcenia) na wielkość potrzeb ludności. Na uwagę zasługują badania nad warunkami życia ludności, w tym zwłaszcza ludzi w → wieku podeszłym. Kwestie te analizowała w powiązaniu z wzorcami konsumpcji, oraz demograficznymi determinantami postaw konsumpcyjnych. Ważnym polem badawczym były problemy ekonomiczne wynikające z procesu → starzenia się ludności. Wyniki badań prezentowała w referatach wygłaszanych na krajowych i międzynarodowych konferencjach naukowych.

Zarzycka pełniła liczne funkcje w instytucjach naukowych, m.in. przez kilka kadencji była członkiem Prezydium Komitetu Nauk Demograficznych PAN oraz Komitetu Statystyki i Ekonometrii PAN. Była także aktywnym członkiem wielu towarzystw naukowych, w tym → Pol. Tow. Gerontologicznego, Pol. Tow. Demograficznego i Łódzkiego Tow. Naukowego. Za swoją działalność badawczą i dydaktyczną została wyróżniona nagrodami ministra Edukacji Narodowej, oraz odznaczona m.in. Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Złotym Krzyżem Zasługi, Medalem Komisji Edukacji Narodowej, Medalem „Uniwersytet Łódzki w Służbie Społeczeństwa i Nauki" oraz honorowymi odznakami miasta Kalisza i miasta Łodzi (zob. Urbaniak, Kuciński, 2010). W 1996 odeszła na emeryturę, kontynuowała jednak aktywność zawodową w Społ. Wyż. Szk. Przedsiębiorczości i Zarządzania (obecna Społ. Akad. Nauk) w Łodzi. Jako prof. nauk ekonomicznych Zarzycka specjalizowała się w statystyce społecznej i ekonomicznej oraz w → demografii. Bliskie jej były również problemy → gerontologii społecznej, była bowiem kierownik Zakład Demografii i Gerontologii Społecznej UŁ. Ważnym wątkiem badawczym rozwijanym przez długie lata był zwłaszcza proces starzenia się ludności oraz jego społeczno-ekonomiczne konsekwencje. W zakresie tej problematyki koncentrowała się na zagadnieniach sytuacji materialnej ludności w starszym wieku, terytorialnym zróżnicowaniu procesu starzenia się ludności, → strukturze wieku w kontekście środowiskowej → pomocy społecznej (zob. Nowakowska, Zarzycka, 1988, Zarzycka i współprac., 1991). Odbyła wiele staży zagranicznych, m.in. w Paryżu, Wilnie, Pradze, Bratysławie i w Lyonie. Prowadziła seminarium doktorskie i opiekę nad doktorantami, również zagranicznymi. Posiadała znaczący dorobek naukowy widoczny w poważnej liczbie publikacji (zob. Zarzycka, Kaźmierczak, 1976; Zarzycka, 1987, 1988, 1992, 1990, 1997), zarazem była wysoko ceniona jako nauczyciel akademicki.

HW-K

B: Domański, 1998, 2010; Kowaleski, 2010; Nowakowska, Zarzycka, 1988; Urbaniak, Kuciński, 2010; Zarzycka, 1982, 1987,

1988, 1992, 1990, 1997; Zarzycka i współprac., 1991; Zarzycka, Kaźmierczak, 1976.

zasada antropotropiczna (tendencja antropotropiczna)

– to prawidłowość bądź założenie Paula Levinsona (1947–) wedle którego coraz to nowsze media lepiej dostosowują się do ludzkich zmysłów. Inaczej ujmując, coraz nowsze media stają się bardziej ludzkie. P. Levinson (2006, 2010) zauważył, że w historii mieliśmy do czynienia z trzema ewolucjami mediów. Pierwszą z nich charakteryzowało komunikowanie się bez pomocy mediów, co sprzyjało zachowaniu równowagi komunikacyjnej. W kolejnej fazie pojawiły się media, które zaburzyły naturalną równowagę komunikowania. Dla trzeciej fazy charakterystyczne jest poszukiwanie takich mediów, które stanowią przedłużenia ludzkich zmysłów, jednocześnie będąc możliwie blisko naturalnych sposobów komunikowania się.

MS

B: Janowska, 2008; P. Levinson, 2006, 2010; Szpunar, 2012 a.
O: edukacja medialna seniorów, kultura medialna seniorów, pedagogika medialna, osoby starsze w środowisku nowych mediów, wykluczenie komunikacyjne osób starszych.
S: antropotropizm, założenie antropotropiczne.
TK: ang. *anthropotropism*, fr. *le* [*néologisme*] *anthropotropisme*, hiszp. *anthropotropisme*, niem. *Anthropotropism*, ros. *антропотропизм*.

tendencja antropotropiczna → zasada antropotropiczna

zasiłek

świadczenie pieniężne wypłacane przez instytucje państwa ich beneficjariuszom, także osobom i → rodzinom, które czasowo lub trwale z różnych przyczyn znalazły się w trudnej sytuacji życiowej i nie są w stanie jej pokonać wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości (zob. art. 2.1. Ustawy z 12 III 2004 r.). W Polsce funkcjonuje kilka rodzajów zasiłków. Za dystrybucję zasiłków odpowiedzialne są w szczególności gminy, które zadanie to realizują za pomocą → ośrodków pomocy społecznej (OPS) oraz → Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) i → Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS). Podstawową formę stanowią zasiłki z → ubezpieczenia społecznego, które przysługują pracownikom, niekiedy również innym grupom społecznym.

W ramach ubezpieczenia społecznego wypłacane są zasiłki pogrzebowy, dla bezrobotnych oraz dodatek pielęgnacyjny, jak również świadczenia pieniężne w razie → choroby i macierzyństwa, zwane „ubezpieczeniem chorobowym". Świadczenia pieniężne z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa obejmują: zasiłek chorobowy, świadczenie rehabilitacyjne, zasiłek wyrównawczy, zasiłek macierzyński i zasiłek opiekuńczy (zob. art. 2. Ustawy z 25 VI 1999 r.). Przepisom o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego podlegają także świadczenia rodzinne (zob. Ustawa z 28 XI 2003 r.). Świadczenia rodzinne przysługują obywatelom polskim oraz cudzoziemcom, jeżeli zamieszkują na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez okres zasiłkowy, w którym otrzymują świadczenia rodzinne, chyba że przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego lub dwustronne umowy międzynarodowe o zabezpieczeniu społecznym stanowią inaczej (zob. Ustawa z 28 XI 2003 r., art. 1.1., 1.2. i 1.3.). Świadczeniami rodzinnym są: zasiłek rodzinny, który ma na celu częściowe pokrycie wydatków związanych z utrzymaniem dziecka, dodatki do zasiłku rodzinnego z tytułu: urodzenia dziecka, opieki nad dzieckiem w okresie korzystania z urlopu wychowawczego, samotnego wychowywania dziecka, wychowywania dziecka w rodzinie wielodzietnej, → rehabilitacji i kształcenia dziecka niepełnosprawnego, rozpoczęcia roku szkolnego, podjęcia przez dziecko nauki w szkole poza miejscem zamieszkania. Świadczeniami rodzinnymi są także świadczenia opiekuńcze: zasiłek pielęgnacyjny, specjalny zasiłek opiekuńczy, świadczenie pielęgnacyjne oraz zapomoga wypłacana przez gminy i jednorazowa zapomoga z tytułu urodzenia się dziecka (tzw. becikowe). Poszczególne świadczenia rodzinne mają zróżnicowany charakter. W przeważającej mierze wypłacane są na określony czas (okres zasiłkowy), ale również jednorazowo (dodatek z tytułu urodzenia dziecka, jednorazowa zapomoga z tytułu urodzenia się dziecka) lub raz w ciągu pewnego okresu (dodatek z tytułu rozpoczęcia roku szkolnego). Niektóre ze świadczeń rodzinnych występują samoistnie (zasiłek rodzinny, jednorazowa zapomoga z tytułu urodzenia się dziecka, zasiłek pielęgnacyjny, świadczenie pielęgnacyjne), natomiast otrzymanie dodatków do zasiłku rodzinnego uzależnione jest od posiadania prawa do zasiłku rodzinnego. Przyznawanie świadczeń rodzinnych, z wyjątkiem jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia się dziecka oraz zasiłku pielęgnacyjnego, które należą się bez względu na uzyskiwany

dochód przez rodzinę, uzależnione jest od spełnienia kryterium dochodowego. Z → pomocy społecznej wypłacane są takie świadczenia pieniężne, jak: zasiłek stały, zasiłek okresowy, zasiłek celowy i specjalny zasiłek celowy, zasiłek i pożyczka na ekonomiczne usamodzielnienie, pomoc na usamodzielnienie i na kontynuowanie nauki, oraz inne świadczenia.

Zasiłek pogrzebowy wypłacają oddziały ZUS oraz KRUS. Przysługuje on w przypadku → śmierci: ubezpieczonego, osoby pobierającej rentę lub emeryturę, osoby, która w dniu śmierci nie miała ustalonego prawa do renty bądź emerytury, ale spełniała warunki do jej uzyskania i pobierania, osoby, która pobierała zasiłek chorobowy, świadczenie rehabilitacyjne, zasiłek macierzyński lub zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego za okres po ustaniu tytułu ubezpieczenia, członka rodziny ubezpieczonego bądź osoby pobierającej rentę lub emeryturę. Zasiłek pogrzebowy przysługuje rodzinie zmarłego w wysokości 200% przeciętnego wynagrodzenia – od 1 III 2011 r. wynosi 4 000 zł (zob. art. 77–81 Ustawy z 17 XII 1998 r.).

Zasiłek dla bezrobotnych skierowany jest do każdej osoby, która zarejestrowana jest w urzędzie pracy i nie ma dla niej propozycji pracy odpowiadającej kwalifikacjom, stażu, przygotowania zawodowego dorosłych, szkolenia, prac interwencyjnych lub robót publicznych. Ponadto jest to osoba, która przepracowała w okresie 18 m-cy przed rejestracją co najmniej 365 dni: na umowę o pracę z minimalnym wynagrodzeniem, na umowę o pracę nakładczą albo na podstawie umowy agencyjnej, na umowę zlecenie, prowadziła własną działalność gospodarczą, pracowała w okresie tymczasowego aresztowania (warunkiem jest, aby podstawę wymiaru składek stanowiła kwota w wysokości co najmniej połowy minimalnego wynagrodzenia za pracę), zwolnienie nastąpiło po odbyciu zasadniczej służby wojskowej (okres jej odbywania musi wynieść 240 dni), bezrobotny opłacał składkę na Fundusz Pracy w związku z zatrudnieniem u pracodawcy zagranicznego, bezrobotny pracował za granicą i przyjechał do Polski jako repatriant, i/lub bezrobotny pracował w państwach Unii Europejskiej. Zasiłek obliczany jest w zależności od stażu pracy osoby bezrobotnej. Jeśli staż pracy wynosi do 5 lat pracy, wówczas zasiłek jest wypłacany w wysokości 80% zasiłku podstawowego, w przypadku stażu pracy od 5 do 20 lat pracy – zasiłek jest wypłacany w wysokości 100% zasiłku podstawowego, gdy staż pracy przekracza 20 lat pracy – zasiłek jest wypłacany w wysokości 120% zasiłku podstawowego. Okres pobierania zasiłku uzależniony jest od stopy bezrobocia w danym powiecie. Jeżeli stopa bezrobocia jest niższa niż średnia krajowa, to zasiłek wypłacany jest przez 6 m-cy (w innym przypadku wynosi on 12 m-cy). Jeśli osoba bezrobotna ma **więcej niż 50 lat i ma 20 lat stażu (pełnych składek)**, zasiłek jest zawsze wypłacany przez 12 m-cy. Do zasiłku przez okres 12 m-cy mają również prawo osoby, na których utrzymaniu pozostają dzieci do 15 roku życia. Prawo do zasiłku dla bezrobotnych zostaje utracone w przypadku, kiedy: skończył się okres, na który został przyznany, osoba bezrobotna bez żadnego konkretnego uzasadnienia odmawia przyjęcia propozycji pracy, szkolenia, stażu, przygotowania zawodowego dorosłych, prac interwencyjnych, robót publicznych bądź poddania się badaniom lekarskim lub psychologicznym. System przyznawania zasiłków dla bezrobotnych, jak również ich wysokość dokładnie reguluje Ustawa z 20 IV 2004 r.

Dodatek pielęgnacyjny jest świadczeniem wypłacanym przez ZUS lub KRUS jako dodatek do → emerytury lub → renty (tzn. dla osoby uprawnionej do emerytury i/lub renty), jako pomoc ze strony państwa dla emeryta bądź rencisty w częściowym pokryciu kosztów, które wynikają z jego niezdolności bądź też ograniczonej zdolności do samodzielnego funkcjonowania. Dodatek pielęgnacyjny przysługuje osobie uprawnionej do emerytury lub renty, jeśli została ona uznana za całkowicie niezdolną do pracy oraz samodzielnej egzystencji oraz osobie, która ukończyła 75. r.ż. W pierwszym przypadku dodatek przyznawany jest na podstawie orzeczenia lekarza orzecznika ZUS stwierdzającego całkowitą niezdolność do pracy i niezdolność do samodzielnej egzystencji, w drugim przypadku emeryt lub rencista ma prawo do dodatku pielęgnacyjnego obligatoryjnie. Dodatek pielęgnacyjny nie przysługuje osobie umieszczonej w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, chyba że przebywa tam krócej niż 2 tyg. miesięcznie. Ponadto osobie, która otrzymuje dodatek pielęgnacyjny nie może zostać przydzielony zasiłek pielęgnacyjny. Wysokość dodatku pielęgnacyjnego ogłaszana jest w formie Komunikatu Prezesa ZUS. Jest on co roku podwyższany w związku z waloryzacją świadczeń emerytalno-rentowych i dodatków przysługujących do nich. Dodatek pielęgnacyjny jest wolny od podatku dochodowego oraz nie podlega egzekucji administracyjnej i sądowej.

Zasiłek chorobowy jest świadczeniem przysługującym w przypadku niezdolności do pracy wywołanej chorobą, bez względu na to, czy leczenie przebiega w warunkach ambulatoryjnych, szpitalnych czy sanatoryjnych. Zasady ustalania prawa do zasiłków osób

podlegających ubezpieczeniu chorobowemu ujętemu w Ustawie z 13 X 1998 r. określa Ustawa z 25 VI 1999 r.

Obowiązkowe ubezpieczenie chorobowe dotyczy pracowników, członków rolniczych spółdzielni produkcyjnych i spółdzielni kółek rolniczych, osób odbywających służbę zastępczą. Natomiast dobrowolne ubezpieczenie chorobowe funkcjonuje w stosunku do osób, które wykonują pracę nakładczą bądź pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia albo innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, a także w odniesieniu do osób prowadzących pozarolniczą działalność i osób z nimi współpracujących, wykonujących odpłatnie pracę, na podstawie skierowania do pracy, w okresie odbywania kary pozbawienia wolności lub tymczasowego aresztowania oraz osób duchownych. Kodeks pracy stanowi, że pracownik który jest niezdolny do pracy z powodu choroby lub odosobnienia w związku z chorobą zakaźną zachowuje prawo do wynagrodzenia, łącznie do 33 dni w roku kalendarzowym (art. 92, § 1, pkt 1. Ustawy z 26 VI 1974 r.). Pracownik, który ukończył 50. r.ż. w roku poprzedzającym okres niezdolności do pracy zachowuje prawo do wynagrodzenia przez 14 dni. Okres wymienionych 33/14 dni ustala się dodając poszczególne okresy niezdolności do pracy w roku kalendarzowym, zasada ta obowiązuje również, gdy występują pomiędzy nimi przerwy lub gdy pracownik był w danym roku zatrudniony więcej niż u jednego pracodawcy. Począwszy od 34/15 dnia niezdolności do pracy w roku kalendarzowym, pracownik zyskuje prawo do zasiłku chorobowego finansowanego ze środków Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (FUS). Zasiłek chorobowy przysługuje osobie ubezpieczonej, która stała się niezdolna do pracy w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego.

Osoba ubezpieczona obowiązkowo nabywa prawa do zasiłku chorobowego po upływie 30 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego, natomiast w takich przypadkach jak wypadek w drodze do pracy, ponad 10-letni staż w pracy – od początku zatrudnienia. Z kolei ubezpieczony dobrowolnie zyskuje prawo do zasiłku po upływie 90 dni nieprzerwanego ubezpieczenia (zmiana została wprowadzona od 1 I 2009 r.).

Wysokość zasiłku chorobowego wynosi:

- 80% podstawy wymiaru (zasiłek chorobowy),
- 70% podstawy wymiaru (zasiłek za okres pobytu w szpitalu),
- 100% podstawy wymiaru, jeżeli niezdolność do pracy przypada w okresie ciąży, powstała wskutek poddania się koniecznym badaniom lekarskim przewidzianym dla kandydatów na dawców komórek tkanek i narządów lub poddania się zabiegowi pobrania komórek, tkanek i narządów oraz powstała wskutek wypadku w drodze do pracy lub z pracy.

Podstawę wymiaru zasiłku dla pracownika stanowi przeciętne miesięczne wynagrodzenie wypłacane za okres 12 m-cy kalendarzowych poprzedzających powstanie niezdolności do pracy. Gdy niezdolność do pracy zaistniała przed upływem 12 m-cy od momentu zatrudnienia, wówczas podstawą jest przeciętne miesięczne wynagrodzenie z faktycznego okresu zatrudnienia za pełne kalendarzowe miesiące.

Jeżeli pracownik po wykorzystaniu zasiłku chorobowego pozostaje nadal niezdolny do pracy, ale zarówno dalsze leczenie, jak i rehabilitacja rokują odzyskanie sprawności do pracy, przysługuje mu świadczenie rehabilitacyjne (zob. art. 18.1. Ustawy z 25 VI 1999 r.). Przyznanie świadczenia orzeka lekarz orzecznik oddziału ZUS. Świadczenie rehabilitacyjne przysługuje ubezpieczonemu, który został skierowany na badanie przez lekarza orzecznika ZUS w celu przyznania renty z tytułu niezdolności do pracy, a lekarz orzekł, że rokuje on odzyskanie zdolności do pracy.

Wysokość świadczenia rehabilitacyjnego wynosi:

- 90% podstawy wymiaru zasiłku chorobowego za okres pierwszych trzech miesięcy (90 dni),
- 75% podstawy wymiaru zasiłku za pozostały okres,
- 100% podstawy wymiaru zasiłku chorobowego – jeżeli niezdolność do pracy przypada w okresie ciąży (art. 19.1. Ustawy z 25 VI 1999 r.).

Zasiłek wyrównawczy należy się ubezpieczonemu, który jest pracownikiem ze zmniejszoną sprawnością do pracy i wykonuje pracę:

1) w zakładowym lub międzyzakładowym ośrodku rehabilitacji zawodowej,
2) u pracodawcy na wyodrębnionym stanowisku pracy, dostosowanym do potrzeb adaptacji lub przyuczenia do określonej pracy, jeżeli jego miesięczne wynagrodzenie osiągane podczas rehabilitacji jest niższe od przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia ustalonego w myśl art. 36-42 (zob. art. 23.1., pkt. 1, 2 Ustawy z 25 VI 1999 r.).

Zasiłek macierzyński przysługuje kobiecie, która jest objęta ubezpieczeniem chorobowym i która w okresie ubezpieczenia chorobowego albo urlopu wychowawczego:

1) urodziła dziecko,
2) przyjęła na wychowanie dziecko w wieku do 7. r.ż., a w przypadku dziecka, wobec którego podjęto decyzję o odroczeniu obowiązku szkolnego – do

10. r.ż., i wystąpiła do sądu opiekuńczego w sprawie jego przysposobienia;
3) przyjęła na wychowanie w ramach rodziny zastępczej, z wyjątkiem rodziny zastępczej zawodowej, dziecko w wieku do 7. r.ż., a w przypadku dziecka, wobec którego podjęto decyzję o odroczeniu obowiązku szkolnego – do 10. r.ż. (zob. art. 29.1. pkt 1–3 Ustawy z 25 VI 1999 r.).

Z zasiłku macierzyńskiego mogą skorzystać również kobiety zatrudnione na umowę zlecenie, które dobrowolnie opłacają składkę chorobową w ZUS oraz matki prowadzące własną działalność gospodarczą. Nie ma natomiast możliwości uzyskania zasiłku przy umowie o dzieło, gdyż nie da się z niej odprowadzić składki chorobowej. Zasiłek macierzyński wypłacany jest przez okres ustalony przepisami Kodeksu pracy (Ustawa z 26 VI 1974 r.), jako okres urlopu macierzyńskiego, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego, a od 1 I 2010 r. także jako okres dodatkowego urlopu macierzyńskiego, dodatkowego urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego oraz urlopu ojcowskiego.

Zasiłek opiekuńczy przysługuje ubezpieczonemu zwolnionemu od wykonywania pracy z powodu konieczności osobistego sprawowania opieki nad:

1. dzieckiem w wieku do ukończenia 8 lat w przypadku: a) nieprzewidzianego zamknięcia żłobka, klubu dziecięcego, przedszkola lub szkoły, do których dziecko uczęszcza, a także w przypadku choroby niani, z którą rodzice mają zawartą umowę uaktywniającą, o której mowa w art. 50 Ustawy z 4 II 2011 r., lub dziennego opiekuna sprawujących opiekę nad dzieckiem, b) porodu lub choroby małżonka ubezpieczonego, stale opiekującego się dzieckiem, jeżeli poród lub choroba uniemożliwia temu małżonkowi sprawowanie opieki, c) pobytu małżonka ubezpieczonego, stale opiekującego się dzieckiem, w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej,
2. chorym dzieckiem w wieku do ukończenia 14 lat,
3. innym chorym członkiem rodziny (zob. art. 32.1., pkt. 1–3 Ustawy z 25 VI 1999 r.),

Za członków rodziny uważa się małżonka, rodziców, teściów, dziadków, wnuki, rodzeństwo oraz dzieci w wieku ponad 14 lat – jeżeli pozostają we wspólnym gospodarstwie domowym z ubezpieczonym w okresie sprawowania opieki, natomiast za dzieci uważa się dzieci własne ubezpieczonego lub jego małżonka oraz dzieci przysposobione, a także dzieci obce przyjęte na wychowanie i utrzymanie. Zasiłek opiekuńczy przysługuje łącznie na opiekę nad dziećmi i innymi członkami rodziny za okres nie dłuższy niż 60 dni w roku kalendarzowym (zob. art. 33 ust. 2. Ustawy z 25 VI 1999 r.). Miesięczny zasiłek opiekuńczy wynosi 80% podstawy wymiaru zasiłku (zob. art. 35.1. Ustawy z 25 VI 1999 r.).

Zasiłki z pomocy społecznej udziela się osobom i rodzinom w szczególności z powodu: ubóstwa, sieroctwa, bezdomności, bezrobocia, → niepełnosprawności, długotrwałej lub ciężkiej choroby, przemocy w rodzinie, potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi, potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności, bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych, trudności w integracji cudzoziemców, trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego, alkoholizmu i narkomanii, zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej, klęski żywiołowej lub ekologicznej (zob. art. 7 pkt. 1–15 Ustawy z 12 III 2004 r.).

Zasiłek stały przysługuje pełnoletniej osobie samotnie gospodarującej, **niezdolnej do pracy z powodu wieku** lub całkowicie niezdolnej do pracy, jeżeli jej dochód jest niższy od kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej oraz pełnoletniej osobie pozostającej w rodzinie, **niezdolnej do pracy z powodu wieku** lub całkowicie niezdolnej do pracy, jeżeli jej dochód, jak również dochód na osobę w rodzinie są niższe od kryterium dochodowego na osobę w rodzinie (zob. art. 37.1. Ustawy z 25 VI 1999 r.).

Zasiłek okresowy przysługuje w szczególności ze względu na **długotrwałą chorobę, niepełnosprawność**, bezrobocie, możliwość utrzymania lub nabycia uprawnień do świadczeń z innych systemów zabezpieczenia społecznego: osobie samotnie gospodarującej, której dochód jest niższy od kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej, rodzinie, której dochód jest niższy od kryterium dochodowego rodziny. Okres na jaki przyznaje się zasiłek okresowy ustala → ośrodek pomocy społecznej na podstawie okoliczności sprawy (zob. art. 38.1. Ustawy z 25 VI 1999 r.).

Zasiłek celowy przyznawany jest w celu zaspokojenia niezbędnej potrzeby bytowej. Może to być pokrycie części lub całości kosztów zakupu żywności, leków i leczenia, opału, odzieży, niezbędnych przedmiotów użytku domowego, drobnych remontów i napraw w mieszkaniu, a także kosztów pogrzebu. Zasiłek celowy może być przyznany także na pokrycie części lub całości wydatków na świadczenia zdrowotne. Ta forma pomocy jest adresowana do osób bezdomnych i innych osób niemających dochodu i możliwości uzyskania świadczeń na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ponadto zasiłek celowy może być przyznany w celu re-

alizacji postanowień kontraktu socjalnego. Zasiłek celowy może być przyznany również osobie albo rodzinie, które poniosły straty w wyniku zdarzenia losowego, klęski żywiołowej lub ekologicznej. W przypadku zaistnienia tych zdarzeń zasiłek celowy może być przyznany niezależnie od dochodu i może nie podlegać zwrotowi. Zasiłek celowy może być przyznany także w formie biletu kredytowego (zob. art. 39, ust. 1–4., art. 39 a.1., art. 40, ust. 1–3 Ustawy z 25 VI 1999 r.).

Specjalny zasiłek celowy przyznawany jest w szczególnie uzasadnionych przypadkach osobie albo rodzinie o dochodach przekraczających kryterium dochodowe (zob. art. 41, pkt. 1–2 . Ustawy z 25 VI 1999 r.).

Zasiłek i pożyczka na ekonomiczne usamodzielnienie przyznawane są osobie lub rodzinie w formie pieniężnej bądź rzeczowej. Pomoc pieniężna może być przyznana w formie jednorazowego zasiłku celowego lub nieoprocentowanej pożyczki. Warunki udzielenia i spłaty pożyczki oraz jej zabezpieczenie określone są w umowie z gminą. Pożyczka może być umorzona w całości lub w części, jeżeli przyczyni się to do szybszego osiągnięcia celów pomocy społecznej. Natomiast pomoc w formie rzeczowej w celu ekonomicznego usamodzielnienia następuje przez udostępnienie maszyn i narzędzi pracy stwarzających możliwość zorganizowania własnego warsztatu pracy oraz udostępnienie urządzeń ułatwiających pracę niepełnosprawnym (zob. art. 43, ust.1–5 Ustawy z 25 VI 1999 r.).

W systemie → pomocy społecznej funkcjonują także świadczenia niepieniężne. Są to świadczenia rzeczowe, świadczenia w naturze, także → poradnictwo specjalistyczne w szczególności prawne, psychologiczne i rodzinne, które świadczone są osobom i rodzinom, mającym trudności lub potrzebującym → wsparcia w rozwiązywaniu swoich → problemów życiowych, bez względu na posiadany dochód.

AZ

D: Ustawa z 26 VI 1974 r.; Ustawa z 20 XII 1990 r.; Ustawa z 13 X 1998 r.; Ustawa z 17 XII 1998 r.; Ustawa z 25 VI 1999 r.; Ustawa z 28 XI 2003 r.; Ustawa z 12 III 2004 r.; Ustawa z 20 IV 2004 r.; Ustawa z 4 II 2011 r.

O: pomoc społeczna, prawo do zabezpieczenia społecznego, świadczenia społeczne, wsparcie.

TK: ang. *ald/benefit/subsidy*, fr. *prestation*, hiszp. *subsidio/asignacíon*, niem. *Beihilfe,* ros. *пособие/вспомоществование.*

zawał mięśnia sercowego (zawał serca)

– łac. *infarctus myocardii* – jest to martwica mięśnia sercowego spowodowana krytyczną dysproporcją między zapotrzebowaniem mięśnia serca na tlen i substancje energetyczne a aktualnym ich dostarczaniem przez krew drogą krążenia wieńcowego (zob. Opolski, Filipiak, Poloński, 2002). Wiek jest jednym z najważniejszych czynników ryzyka wystąpienia zawału serca i gorszego rokowania. Śmiertelność z tego powodu osób w wieku powyżej 75 lat jest dwukrotnie wyższa niż u osób w młodszej grupie wiekowej. 80% zgonów spowodowanych zawałem mięśnia sercowego występuje u osób po 65. roku życia (Goldberg i współprac., 1998).

Najczęstszą przyczyną zawału serca jest → choroba niedokrwienna serca, a ściślej choroba wieńcowa, czyli → miażdżyca naczyń wieńcowych powodująca ich przewężenia lub całkowite zamknięcie. Bezpośrednim mechanizmem wywołującym zawał serca jest w tym przypadku pęknięcie blaszki miażdżycowej i powstanie na jej powierzchni zakrzepu, który powoduje zamknięcie światła naczynia i martwicę obszaru mięśnia sercowego zaopatrywanego przez to naczynie. Czynniki ryzyka choroby wieńcowej serca, takie jak: uwarunkowania genetyczne (występowanie → choroby u członków rodziny), płeć męska, starszy wiek, palenie tytoniu, → otyłość, zaburzenia lipidowe (wysoki poziom → cholesterolu LDL i trójglicerydów, obniżony poziom cholesterolu HDL), upośledzona tolerancja glukozy i → cukrzyca, mała → aktywność fizyczna, → nadciśnienie tętnicze, są jednocześnie czynnikami ryzyka wystąpienia zawału mięśnia sercowego.

Innymi, rzadszymi przyczynami zawału serca są powikłania zabiegów leczniczych na naczyniach wieńcowych, takich jak: angioplastyka wieńcowa czy chirurgiczne pomostowanie aortalno-wieńcowe, znaczna, gwałtownie występująca niedokrwistość (np. przy krwotokach) oraz inne stany chorobowe (np. przełom tarczycowy).

Kryteria rozpoznania świeżego zawału mięśnia serca zostały ujęte w Trzeciej Uniwersalnej Definicji Zawału Serca z roku 2012 – jest to wspólny dokument amerykańskich i europejskich towarzystw kardiologicznych oraz Światowej Federacji Zdrowia (WHO). Zgodnie z treścią tego dokumentu zawał serca rozpoznaje się wtedy, gdy obraz kliniczny wskazuje na ostre niedokrwienie mięśnia sercowego i występują dowody martwicy kardiomiocytów (zob. Thygesen i współprac., 2012). Jest to możliwe w następujących sytuacjach:

– stwierdzenie podwyższenia i/lub spadku stężenia jednego z biomarkerów sercowych – najlepiej troponiny sercowej – powyżej 99. centyla zakresu referencyjnego (tzw. wartość odcięcia albo wartość decyzyjna,

zmienna w zależności do producenta testu) oraz obecność przynajmniej jednego z następujących kryteriów: typowe objawy niedokrwienia, świeże lub przypuszczalnie świeże zmiany odcinka ST i/lub załamka T lub świeży blok lewej odnogi pęczka Hisa (ang. *left bundle branch block* – LBBB), obecność nowych, patologicznych załamków Q w EKG, stwierdzane w badaniach obrazowych (np. echokardiografii) nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości ściany serca lub inne wykładniki świeżej martwicy mięśnia sercowego, obecność zakrzepu w tętnicy wieńcowej stwierdzona w badaniu angiograficznym lub sekcyjnym;

- nagły zgon sercowy z zatrzymaniem akcji serca, do którego doszło przed pobraniem próbki do badania stężenia markerów martwicy mięśnia serca (objawami sugerującymi przyczynę zawałową są w tym przypadku typowe objawy podmiotowe występujące przed zejściem śmiertelnym i zmiany w EKG);
- w przypadku przezskórnej interwencji wieńcowej (ang. *percutaneous coronary interventions* – PCI) z pierwotnie prawidłowym stężeniem markerów martwicy mięśnia serca – stwierdzenie po zabiegu obecności podwyższonego stężenia markerów powyżej 5-krotności 99. centyla zakresu referencyjnego;
- w przypadku pomostowania aortalno-wieńcowego (ang. *Coronary Artery Bypass Graft* – CABG) z pierwotnie prawidłowym stężeniem markerów martwicy mięśnia serca – stwierdzenie po zabiegu obecności podwyższonego stężenia markerów powyżej 10-krotności 99. centyla zakresu referencyjnego oraz powstanie świeżych zmian w EKG (LBBB, patologiczne załamki Q), lub zamknięcie przez skrzeplinę nowo wytworzonego pomostu/własnej tętnicy wieńcowej (stwierdzone w badaniu angiograficznym) lub nowe upośledzenie kurczliwości ściany serca stwierdzone w badaniach obrazowych;
- stwierdzenie w badaniu sekcyjnym świeżego zawału mięśnia sercowego.

Zawał serca **ze względu na obraz elektrokardiograficzny jest obecnie klasyfikowany** jako zawał z uniesieniem odcinka ST (STEMI – ST Elevation MI) oraz bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI – Non ST Elevation MI). Podział ten jest istotny ze względu na odmienności kliniczne przebiegu schorzenia w tych typach, kwalifikację do leczenia reperfuzyjnego i rokowanie (zob. *Wytyczne ESC…*, 2011, 2012). W zawale serca typu STEMI obserwuje się przetrwałe (trwające dłużej niż 20 min), mierzone w punkcie J uniesienie odcinka ST o co najmniej 1,0 mm w co najmniej dwu sąsiednich odprowadzeniach EKG (z wyjątkiem odprowadzeń V2–V3 – w odprowadzeniach tych istotnym jest uniesienie odcinka ST o 2 mm u mężczyzn i 1,5 mm u kobiet). Uniesienie to ma charakter wypukły, rzadziej jest poziome, i nazywane bywa falą Pardeego. Diagnostyczną alternatywą uniesienia odcinka ST jest pojawienie się świeżego bloku lewej odnogi pęczka Hisa. W zawale typu NSTEMI obserwuje się obniżenie odcinka ST o 1 mm (horyzontalne lub o przebiegu skośnym do dołu) w co najmniej dwu sąsiednich odprowadzeniach (w odprowadzeniach V2–V3 granicę stanowi 0,5 mm). Alternatywnie stwierdza się ujemne załamki T o głębokości co najmniej 1 mm w odprowadzeniach z dominującym załamkiem R bądź też zamianę uprzednio ujemnych załamków T na dodatnie (tzw. pseudonormalizacja załamków T). Nawet w 30% przypadków zawału serca NSTEMI elektrokardiogram może być prawidłowy. W przypadku osób starszych istotnie częściej zapis elektrokardiograficzny w zawale mięśnia sercowego jest niecharakterystyczny lub występuje w nim obniżenie odcinka ST, ale może też wystepować zawał typu STEMI – od 60 do 65% STEMI występuje u osób po 65. roku życia, a 28–33% – po 75 r.. (Alexander i współprac., 2007 a). Zawał serca najczęściej jest poprzedzany objawami → stenokardii [dławicy piersiowej – *angina pectoris*). Dławica piersiowa jest zamostkowym bólem o charakterze ucisku, dławienia, rozpierania, rzadziej pieczenia. Ból może promieniować do gardła, pleców (okolica międzyłopatkowa) lub lewej ręki. Występuje w czasie wysiłku fizycznego i narasta w czasie jego trwania, a ustępuje w czasie kilku minut odpoczynku lub po przyjęciu nitrogliceryny. Czynnikiem wyzwalającym stenokardię bywa → stres emocjonalny, spożycie obfitego posiłku, wyjście na zimne powietrze (Pasierski, 2010). **Ból zawałowy** jest bólem dławicowym o większym nasileniu, nie ustępuje – lub tylko nieznacznie zmniejsza swoje nasilenie – w spoczynku lub po przyjęciu nitrogliceryny. Trwa długo, powyżej 20 min, a może utrzymywać się kilkanaście godzin. Towarzyszą mu najczęściej strach, niepokój, wzmożona potliwość, osłabienie, czasem wymioty. Objawy kliniczne zawału serca u osób w → wieku podeszłym są często nietypowe i mniej nasilone niż u młodszych pacjentów. Częstość stenokardii jako objawu zawału serca zmniejsza się wraz z wiekiem. I tak, w wieku do 65 lat występuje ona u 90% osób, natomiast w wieku powyżej 85 lat tylko u 57%. Częściej pojawia się blok lewej odnogi pęczka Hisa i ostra niewydolność układu krążenia – odpowiednio u 34% osób przed 65. r.ż. i u 45% po 85. r.ż. (Alexander i współprac., 2007 a, 2007 b). Wśród objawów nietypowych najczęściej występuje duszność, znaczne osłabienie, omdlenie, splątanie. Specyfika obrazu klinicznego powoduje, że za-

wał u starszej osoby częściej jest nierozpoznany lub rozpoznany z opóźnieniem, co skutkuje opóźnieniem wdrożenia terapii. Martwicy mięśnia sercowego w zawale serca mogą towarzyszyć **wczesne i późne powikłania**, które szczególnie często dotyczą pacjentów starszych, obciążonych chorobami współistniejącymi, co przyczynia się do gorszego rokowania w przypadku tych chorych. Do powikłań wczesnych zalicza się powikłania mechaniczne (pęknięcie mięśnia serca, pęknięcie mięśnia brodawkowatego z następczą ostrą niedomykalnością mitralną, czy pęknięcie przegrody międzykomorowej), hemodynamiczne (hipotonia, obrzęk płuc, wstrząs kardiogenny) oraz → zaburzenia rytmu serca i zaburzenia przewodnictwa (migotanie przedsionków, częstoskurcz komorowy i migotanie komór, bradykardia zatokowa, blok przedsionkowo-komorowy II i III stopnia). Do powikłań późnych zawału należą komorowe zaburzenia rytmu serca, nagły zgon sercowy i przewlekła niewydolność serca (zob. Wrzosek, Kuch, 2007).

Do **biomarkerów martwicy serca** należą troponiny sercowe, mioglobina, izoenzym MB kinazy kreatynowej. Troponiny sercowe TnI i TnT (w tym wysokoczuła troponina T- hsTnT)– są elementami aparatu kurczliwego mięśnia sercowego. Są bardzo specyficznym i czułym markerem uszkodzenia serca, jednak nie tylko martwicy spowodowanej niedokrwieniem. Podwyższony poziom tych biomarkerów w surowicy stwierdza się także w zastoinowej niewydolności serca, w niewydolności nerek, w zapaleniu mięśnia sercowego, posocznicy, wstrząsie, w zatorze tętnicy płucnej i ciężkim nadciśnieniu płucnym, po urazach i zabiegach na sercu, i w innych stanach, które zawsze należy brać pod uwagę w diagnostyce różnicowej. Wzrost stężenia troponin sercowych notuje się od 3 godz. od wystąpienia zawału i utrzymuje się ono przeciętnie do 10 dni. Mioglobina jest bardziej czułym markerem martwicy serca, gdyż pojawia się wcześniej we krwi niż troponiny sercowe, lecz jednocześnie jest ona markerem mniej swoistym. Izoenzym MB kinazy kreatynowej- optymalnie oznaczany jako masa enzymu- jest mniej swoisty niż troponiny.

Podejście terapeutyczne do leczenia zawału serca jest odmienne w zależności od jego typu.

W zawale STEMI pierwszoplanową rolę odgrywa leczenie reperfuzyjne (przezskórna angioplastyka wieńcowa, fibrynoliza lub pomostowanie aortalno-wieńcowe), którego efektywność zależy od czasu jego wdrożenia od początku zawału. Im wcześniej jest ono wdrożone, tym większą część zagrożonego mięśnia sercowego można ocalić.

Pierwotna przezskórna angioplastyka wieńcowa (ang. *Percutaneous Transiuminal Coronary Angioplasty* – PTCA) stosowana jako pierwsza metoda reperfuzji, powinna być wykonana do 90 min od pierwszego kontaktu pacjenta ze służbą zdrowia, i nie później niż 12 godz. od wystąpienia objawów zawału serca – korzystne może być wykonanie PCI po upływie tego czasu, jeśli nadal utrzymują się objawy niedokrwienia (por. Budaj, Bednarz, 2010 b),

Jeśli pierwotna angioplastyka nie jest dostępna – lub gdy jej wdrożenie jest możliwe ze znacznym opóźnieniem – należy przeprowadzić **leczenie fibrynolityczne** zawału za pomocą leków fibrynolitycznych (streptokinaza, alteplaza, reteplaza, tenekteplaza). W świetle obecnych standardów postępowania kolejnym etapem postępowania po fibrynolizie (przed upływem 24 godz.) jest wykonanie koronarografii z zamiarem rewaskularyzacji. Jeśli fibrynoliza nie jest skuteczna, na co wskazuje utrzymywanie się klinicznych objawów niedokrwienia i brak regresji uniesienia odcinka ST w EKG, należy wykonać PTCA w trybie natychmiastowym, tzw. angioplastykę ratunkową. **Pomostowanie aortalno-wieńcowe** (ang. *Coronary Artery Bypass Graft* – CABG) jest najrzadziej wykonywaną procedurą reperfuzyjną w zawale STEMI.

Leczeniu reperfuzyjnemu zawału serca towarzyszy leczenie farmakologiczne – standardem jest stosowanie u chorego bez przeciwwskazań dwóch leków przeciwpłytkowych, leku antytrombinowego, beta-blokera, statyny i leku hamującego układ renina-angiotensyna-aldosteron (najczęściej inhibitora konwertazy) oraz leczenie objawów towarzyszących (leczenie przeciwbólowe, stabilizacja zaburzeń hemodynamicznych).

W przypadku **leczenia zawału mięśnia sercowego o typie NSTEMI** istotną różnicą w stosunku do zawału z uniesieniem odcinka ST jest moment wdrożenia leczenia reperfuzyjnego. Istnieją dwie strategie zastosowania tego leczenia w tym przypadku – wczesna inwazyjna, gdzie koronarografię i zabieg rewaskularyzacyjny wykonuje się w przeciągu 72 godz. od przyjęcia chorego do szpitala (z wyodrębnieniem w niej pilnej strategii inwazyjnej – do 2 godz.) i wczesna zachowawcza, w której chorych leczy się zachowawczo, a następnie ustala wskazania do koronarografii. Do strategii inwazyjnej kwalifikowani są chorzy wysokiego i pośredniego ryzyka zgonu i ponownego zawału serca, a do strategii pierwotnie zachowawczej pacjenci ryzyka niskiego (Budaj, Bednarz, 2010 a).

Przy podejmowaniu decyzji dotyczącej sposobu leczenia zawału serca u osoby w wieku podeszłym należy brać pod uwagę stosunek korzyści do ryzyka zwią-

zanego z rewaskularyzacją, choroby współistniejące i wynikający z nich tryb życia oraz jego dalsze oczekiwane trwanie (Dubiel, Grodzicki, 2009). Pacjenci starsi są znacznie rzadziej kwalifikowani do leczenia inwazyjnego, zwłaszcza w zawale serca bez uniesienia ST, mimo że odnoszą z niego większe korzyści niż pacjenci młodsi, przy zwiększonym ryzyku poważnych krwawień (Alexander i współprac., 2007 a). U pacjentów w wieku podeszłym częściej występują działania niepożądane farmakoterapii, dotyczy to zwłaszcza krwawień, wynikających z jednoczesnego stosowania leków przeciwpłytkowych i antytrombinowych.
Po zawale mięśnia sercowego istotne jest wdrożenie profilaktyki wtórnej zawału serca, prawidłowe leczenie choroby wieńcowej i eliminacja jej czynników ryzyka. Wymaga to często całkowitej modyfikacji → stylu życia pacjenta, w osiągnięciu czego może pomóc odpowiednia edukacja kardiologiczna (www.copozawale.pl).

MC, ZBW

A: AMI, IAM, IDM, IMA, MI.

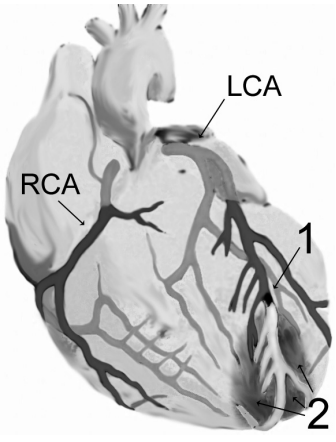
B: Alexander i współprac., 2007 a, 2007 b; Budaj, Bednarz, 2010 a, 2010 b; Dubel, Grodzicki, 2009; Goldberg i współprac., 1998; Opolski, Filipiak, Poloński, 2002; Pasierski, 2010; Thygesen i współprac., 2012; Wrzosek, Kuch, 2007; *Wytyczne ESC…*, 2011, 2012.

N: https://pl.wikipedia.org/wiki/Zawa%C5%82…; www.copozawale.pl.

O: choroba niedokrwienna serca, stenokardia, zaburzenia rytmu serca.

S: atak serca, atak sercowy, udar serca, udar sercowy, zawał sierdzia.

TK: ang. *myocardial infarction*/*cardiac infarction*/*acute myocardial infarction*,fr. *infarctus du myocarde*, hiszp. *infarto del miocardio*, niem. *Herzmuskelinfarkt*/*Herzinfarkt*/*Myokardinfarkt*, ros. *инфаркт миокарда.*



Rys. 1. Zawał mięśnia sercowego. Źródło: https://pl.wikipedia.org/wiki/Zawa%C5%82_mi%C4%99%C5%9Bnia_sercowego#/media/File:AMI_scheme.png.

zawał serca → zawał mięśnia sercowego

zdrowie

– jest stanem żywego organizmu, w którym wszystkie funkcje przebiegają prawidłowo. Jest to sprawność i pełny → dobrostan psychiczny, fizyczny oraz społeczny, a nie tylko brak → choroby i/lub → niepełnosprawności, czyli stan organizmu charakteryzujący się pełną sprawnością fizyczną, psychiczną i społeczną, brakiem zmian morfologicznych bądź zaburzeń czynnościowych, pozwalający człowiekowi na prawidłowe reagowanie i przystosowywanie się do jego środowiska społecznego. Zarazem określa się tak jak najdłuższą możliwość samodzielnego i aktywnego życia bez chorób i niepełnosprawności, a nawet razem z nimi, jeśli nie udało się ich uniknąć. W socjologii zdrowie jest odnoszone do uczestnictwa jednostki w systemie społecznym, czyli jest to stan, w którym jednostka wykazuje optymalną umiejętność pełnienia ról społecznych wyznaczonych jej przez proces socjalizacji. W promocji zdrowia oznacza zaś pełnię doskonałego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego w aspekcie zdrowej → długowieczności [ludzkiej]. Do najważniejszych grup czynników determinujących zdrowie człowieka należą: uwarunkowania genetyczne, czynniki środowiskowe, → styl życia, a także dostępność, organizacja i jakość służby zdrowia. Wiek – jako zmienna pośrednicząca – wpływa w sposób istotny na zdrowie: stan zdrowia fizycznego subpopulacji osób starszych odzwierciedla zarówno naturalne zmiany biologiczne zachodzące w organizmie, jak i rosnącą liczbę przypadków występowania u tych ludzi wielu poważnych schorzeń, np. ok. 86% osób powyżej 65. roku życia, cierpi na co najmniej jedną → chorobę przewlekłą, a 50% na dwie lub trzy. Wpływ ostrego stanu chorobowego jest często w starszym wieku bardziej dotkliwy, a proces zdrowienia przedłużony. Zauważono także, że związek pomiędzy zdrowiem jednostki a zmiennymi psychospołecznymi może stawać się silniejszy w → wieku podeszłym, poza tym wiek pacjenta może wpływać na rodzaj decyzji klinicznych i proces leczenia. Od kilkunastu lat 7 IV obchodzony jest jako Światowy Dzień Zdrowia.

AAZ

N: https://es.wikipedia.org/wiki/Salud.

O: telezdrowie, telezdrowie a starzenie się, zdrowie psychiczne, zdrowie psychospołeczne.

TK: ang. *health*, fr. *la santé*, hiszp. *la salud*, niem. *Gesundheit*, ros. *здоровье.*

zdrowie psychiczne

– z medycznego punktu widzenia – jest to stan braku zaburzeń psychicznych, a jego miarą jest stopień integracji osobowości jednostki. W ujęciu psychologicznym jest to ogólny → dobrostan psychiczny, charakteryzujący się brakiem zaburzeń, napięć psychicznych czy → chorób, a także równowagą, integracją procesów psychicznych i działania, pozytywnym nastawieniem do siebie i otaczającego świata, możliwością realizacji swoich zdolności czy sprawności oraz poczuciem zadowolenia i szczęścia. Inaczej mówiąc, zdrowie psychiczne to dyspozycja, zdolność do realizacji swoich możliwości i sprostania wymogom otoczenia bądź też dynamiczny proces utrzymywania równowagi wobec zmieniających się wymagań i obciążeń otoczenia. Inne określenia zdrowia psychicznego odwołują się do: 1) normy statystycznej – zdrowie jako pewna przeciętność, „normalność"; 2) normy idealnej – zdrowie jako optimum lub maksimum pewnych wybranych cech, np.: dojrzałości, sprawności życiowej, przystosowania społecznego, dobrego samopoczucia i samorealizacji; 3) normy względnej – zdrowie jako zmieniający się, umowny korelat przekonań, wartości lub stosunków społecznych obowiązujących w pewnej społeczności albo kulturze. Od kilkunastu lat 10 X obchodzony jest jako Światowy Dzień Zdrowia Psychicznego.

AAZ

N: https://fr.wikipedia.org/wiki/Sant%C3%A9.

O: telezdrowie, telezdrowie a starzenie się, zdrowie, zdrowie psychospołeczne.

S: zdrowie duchowe.

TK: ang. *mental health*/*sanity*, fr. *la santé mentale*/*la santé de l'esprit*/*la santé de l'âme*, hiszp. *la salud mental*, niem. *psychische Gesundheit*/*geistige Gesundheit*/*normale Geistesverfassung*, ros. *пихическое здоровье.*



Ilustr. 1. *Gwiazda życia* – symbolizująca ogólne zdrowie. Źródło: https://fr.wikipedia.org/wiki/Sant%C%3A9.

zdrowie psychospołeczne

W potocznym znaczeniu → zdrowie najczęściej ujmowane jest jako „brak → choroby" bądź „milczenie organów". Ludzie żywią przekonanie, że są zdrowi jeżeli nie są chorzy. Zdefiniowanie zdrowia budzi większe problemy, aniżeli przyjęcie koncepcji choroby. Toteż łatwiej jest określić czym jest brak zdrowia, aniżeli czym jest samo zdrowie. Brak zdrowia najczęściej określa się w trzech wymiarach (zob. Uramowska-Żyto 2009): 1) choroba w sensie biologicznym jako zmiana patologiczna organizmu (ang. *disease*); 2) choroba w sensie samopoczucia, poczucie dyskomfortu (ang. *illness*); 3) choroba jako pojęcie socjologiczne, odmienny stan człowieka odbierany przez innych członków grupy (ang. *sickness*). W literaturze naukowej odnaleźć można wiele definicji zdrowia. Wg ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) zdrowie to nie tylko całkowity brak choroby, czy kalectwa, ale także stan pełnego, fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu (dobrego samopoczucia). Definicja ta jest bardzo ważna i postępowa, ponieważ nie poprzestaje na samym negującym ujęciu, że zdrowie jest brakiem choroby, ale bardzo mocno akcentuje, że zdrowie ma w sobie aktywny aspekt, którym jest → dobrostan psychiczny (zob. http://www.seremet.org…). W definiowaniu zdrowia najczęściej wyodrębnia się cztery wzajemnie powiązane aspekty: zdrowie fizyczne, psychiczne, społeczne i duchowe. Tak różnorodne aspekty zdrowia umożliwiły „wejście" na teren zdrowia i choroby m.in. psychologom i socjologom (Kawczyńska-Butrym, 2008).

Zdrowie psychospołeczne zwraca uwagę zarówno na aspekty psychiczne, jak i społeczne, oraz bywa rozpatrywane w kategoriach subiektywnych, jak i obiektywnych. Na zdrowie psychiczne składa się zdrowie emocjonalne tj. zdolność do rozpoznawania → emocji, wyrażania ich w odpowiedni sposób, umiejętność radzenia sobie ze → stresem, napięciem, lękiem, → depresją [i zaburzeniami nastroju, agresją, oraz zdrowie umysłowe – zdolność do logicznego, jasnego myślenia. Z kolei zdrowie społeczne oznacza zdolność do nawiązywania, podtrzymywania i rozwijania prawidłowych relacji z innymi ludźmi. W aspekcie psychicznym zdrowie ma wartość pozytywną najczęściej ujmowane jest w kategoriach subiektywnych jako: „dobre samopoczucie" czy też „subiektywne poczucie szczęścia" (Piątkowski, 2002 b). W socjologii medycyny przyjmuje się, że zdrowie oznacza zdolność pełnienia ról społecznych. Wartość zdrowia określił Talcott Parsons (1902–1979) jako optymalną zdolność do efektywnego wykonywania cenionych zadań w rozu-

mieniu ról społecznych, a chorobę jako ograniczenie tej zdolności (Parsons, 1969). Już w latach 50. XX wieku Parsons przewidywał znaczenie kompleksu zdrowia w społeczeństwie amerykańskim. Przekonanie o centralnej roli zdrowia w nowoczesnym społeczeństwie opierał na obiektywnej, strukturalnie i kulturowo warunkowanej istotności takich cech cywilizacji zachodniej jak aktywizm „ziemskość" i instrumentalizm. Aktywizm oznaczał powszechne i społecznie aprobowane dążenie do sukcesów przez opanowanie, podporządkowywanie i zawłaszczanie świata, zaś „ziemskość" odwoływała się do priorytetów utylitaryzmu, instrumentalizmu i praktycyzmu. W kulturze amerykańskiej zdrowie warunkowało odnoszenie sukcesów toteż już w latach 50. minionego stulecia zostało uznane za wartość cenioną „samą w sobie" (Piątkowski 2002 b). Choć Parsons podjął problematykę zdrowia w sposób naukowy na gruncie socjologii, to jednak zdecydowanie wcześniej doceniano wartość zdrowia w życiu społecznym. Potwierdzają to słowa Tadeusza Jaroszyńskiego (1880–1933) z początku XX wieku: „Zdrowie ludności jest skarbem największym danego społeczeństwa" (Jaroszyński, 1909).

W socjologii medycyny, zdrowie jest ujmowane w kategoriach społecznego funkcjonowania człowieka, jego aktywności i zdolności wykonywania ról społecznych. Jedna z koncepcji zdrowia zakłada, że: „zdrowie jest to najdłuższe samodzielne, aktywne i twórcze życie bez chorób i → niepełnosprawności, ale nawet razem z nimi, jeśli nie udało się ich uniknąć" (Kawczyńska-Butrym, 2008). Taka koncepcja zdrowia przyjmuje, że aktywne, samodzielne i twórcze → życie mogą prowadzić nie tylko osoby, którym nic „nie dolega", ale także osoby niepełnosprawne, chore czy starsze. Mogą zdarzyć się sytuacje odwrotne, że osoby uznane za zdrowe, nie potrafią być samodzielne (np. dorosłe dzieci zamieszkujące u rodziców tzw. „pasożytnicze single"), nie są aktywne (ktoś jest leniwy), ani twórcze (brak zaangażowania w życie społeczne, obojętność, życie „dla siebie"). W socjologii możemy zatem mówić o zdrowiu w kategoriach społecznych na poziomie funkcjonowania społecznego człowieka. Założenie to wiąże się z koncepcją roli chorego Parsona, a szczególnie chodzi o skutki choroby dla społecznego funkcjonowania człowieka i pełnionych ról społecznych. Skutki choroby są dotkliwe dla jednostki (np. przebywa za zwolnieniu lekarskim – nie chodzi do pracy), dla grupy społecznej (chorująca matka nie może w pełni zająć się dziećmi) czy społeczeństwa (nakłady finansowe na opiekę medyczną). Dlatego też w socjologii chorobę ujmuje się w kategoriach dewiacyjnych przyjmując, że choroby zakłócają ład społeczny (Piątkowski. 2002 a). Zdrowie psychospołeczne jest zatem czymś szerszym, aniżeli tylko brakiem choroby. Właściwie występowanie choroby stanowi wtórny element w stosunku do samopoczucia człowieka, jak i aktywnego, samodzielnego i twórczego życia. Podstawowym elementem staje się możliwość społecznego funkcjonowania człowieka, jego uczestnictwa w życiu społecznym, pełnienia ról społecznych i wykonywanie powierzonych mu zadań.

Zdrowie uwarunkowane jest wieloma czynnikami. Do lat 70, XX wieku uważano, że zdrowie w największym stopniu zależy od służby zdrowia. Mit ten został zakwestionowany przez Marca Lalonde'a (1929–), ministra zdrowia i opieki społecznej Kanady, który wymienił cztery podstawowe grupy zdrowia: → styl życia (ok. 50%), środowisko fizyczne i społeczne (ok. 20%), czynniki genetyczne (20%) i opieka służby zdrowia (ok. 10%). Podejście to wpłynęło na zmianę polityki zdrowotnej i stworzyło podstawę rozwoju → promocji zdrowia [i zapobiegania chorobom] (Woynarowska, 2000, 2007). Pierwszoplanowy wśród czynników prozdrowotnych styl życia obejmuje m.in. sposób odżywiania się, nienadużywanie używek, → aktywność fizyczną itp. Wrodzone predyspozycje do zdrowia bądź choroby stanowią niewielki procent, natomiast wskazuje się wiele czynników zewnętrznych, głównie społecznych, które wpływają na stan zdrowia. Wśród nich wymienia się kilka grup, takich jak: 1) konflikty interpersonalne z innymi ludźmi np. z partnerem, dziećmi, osobami postronnymi, ale też mogą to być konflikty wewnętrzne przeżywane przy podejmowaniu decyzji; 2) frustracje – sytuacje, w których nie jesteśmy w stanie zaspokoić jakiejś ważnej potrzeby; następnie 3) utrata cenionej wartości, a nawet lęk przed utratą wartości, którą może stanowić człowiek, przedmiot czy idea; ostatnią grupę stanowi 4) odtrącenie i odosobnienie, w tym lęk przed samotnością.

W socjologii najczęściej wskazuje się na społeczne podstawy zdrowia. Badania potwierdzają związki pomiędzy zdrowiem a takimi zmiennymi, jak: klasa społeczna, płeć, rasa, wiek i położenie geograficzne. Prawie w każdym kraju na świecie kobiety żyją przeciętnie dłużej aniżeli mężczyźni, ale też częściej chorują. W krajach uprzemysłowionych → średnia długość życia w grupach uboższych jest niższa niż w warstwie ludzie lepiej uposażonych. Klasowe zróżnicowanie stanu zdrowia przypisuje się takim czynnikom kulturowym i behawioralnym, jak: sposób odżywiania i styl życia. Nie bez znaczenia są także czynniki strukturalne, jak np. bezrobocie, złe warunki mieszkaniowe i złe warunki pracy. Generalnie średnia wie-

ku jest wyższa w krajach bogatszych niż w tych najbiedniejszych (Giddens, 2004). Nierówności społeczne w zdrowiu są warunkowane kilkoma czynnikami, które pozwoliły na opracowanie pewnych modeli wyjaśniających. Pierwszy to model materialno-strukturalny, który wskazuje, że zdrowie jest elementem stratyfikacji społecznej. Brak środków materialnych wśród osób zajmujących najniższe pozycje społeczne powoduje deficyty w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych i w konsekwencji gorszy stan zdrowia. Drugi to model psychospołeczny, który głosi, że niższe pozycje w hierarchii społecznej generują przewlekły stres, który uruchamia neurohormonalne reakcje obniżające odporność organizmu i prowadzą do chorób. Trzeci to model neomarksistowski, który zakłada, że złe zdrowie w społeczeństwie kapitalistycznym jest efektem akumulacji bogactwa, władzy i prestiżu osiąganego kosztem klas niższych. Ponadto system gospodarczy ogranicza możliwości biedniejszych równego dostępu do dóbr istotnych dla zdrowia. Czwarty to model społeczno-ekologiczny, który opiera się na założeniu, że środowisko fizyczne i społeczne człowieka wpływa na jego biologię. Kształtują się zbiorowe style życia dla określonych klas społecznych. Wybory składające się na styl życia są efektem szans życiowych określonych przez warunki środowiskowe, w których żyją ludzie (A. Ostrowska, 2010). Różnorodność czynników warunkujących zdrowie zwraca uwagę na coraz większą zależność pomiędzy działaniem człowieka a jego stanem zdrowia. Do przeszłości należą czasy, gdy ludzie pozostawiali swoje zdrowie wyłącznie opiece medycznej. Świadomość czynników zewnętrznych, w tym społecznych powinna mobilizować ludzi do troski o własne zdrowie.

TZ

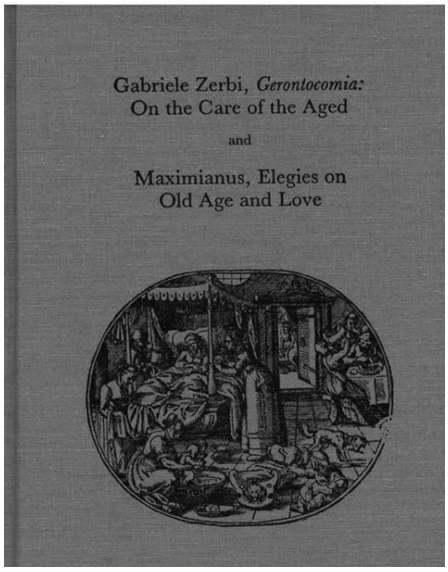
B: Giddens, 2004; Jaroszyński, 1909; Kawczyńska-Butrym, 2008; A. Ostrowska, 2010; Parsons, 1969; Piątkowski, 2002 a, 2002 b; Uramowska-Żyto, 2009; Woynarowska, 2000, 2007.
N: http://www.seremet.org…
O: choroba, komunikacja zdrowotna, usługi zdrowotne, zdrowie, zdrowie duchowe, zdrowie fizyczne, zdrowie psychiczne.
TK: ang. *psychosocial health*, fr. *santé psychosociale* ou *santé mentale*, hiszp. *la salud psychosocial*, niem. *psychosoziale Gesundheit*, ros. *психосоциальное здоровье или елездравоохранение или психическое здоровье.*

Zerbi [Zerbis] **Gabriele** (1445–1505)

włoski anatom, lekarz i filozof, profesor medycyny, filozofii i logiki na uniw. w Bolonii i Padwie, autor pierwszego kompletnego traktatu z zakresu → geriatrii pt. *Gerontocomia: Opus quod de senectute agit* (*Gerontokomia:* → *Opieka nad osobami starymi*), ogłoszonego w roku 1489, oraz monografii etyki lekarskiej w nowożytnym ujęciu pt. *De cautelis medicorum* (*Ostrożność lekarzy*, 1495). W swym traktacie geriatrycznym Zerbi stworzył spis 300 pospolitych wśród starców → chorób i przedstawił następnie środki, które mają przedłużyć → życie i spowolnić → starzenie się (zob. Bois, 1996). Jako wzięty lekarz praktykował zarówno w Rzymie, Wenecji, Bolonii, Padwie, jak i w Konstantynopolu.

AAZ

B: Bois, 1996; Zerbi, 1988.



Ilustr. 1. Okładka anielskiego przekładu traktatu pt. *Gerontocomia* (1998).

zerowe tempo rozwoju ludności (zerowy wzrost populacji)

– odnosi się do populacji, której ogólna liczba nie wzrasta lub nie spada w następstwie równowagi urodzeń, zgonów oraz migracji netto. Jest ono charakterystyczne dla niektórych krajów wysoko rozwiniętych z bardzo niskimi współczynnikami płodności i umieralności. Uzasadnieniem ideologicznym jest antyrozwojowość lub bezrozwojowość, tzw. *zegizm* (od ang. akronimu ZG: *zero growth*). Jest to kierunek ideologiczny, zgodnie z którym należy powstrzymać dalszy, liczebny, techniczny i naukowy rozwój ludności oraz urbanizację, mechanizację, chemizację itp., gdyż dalszy rozrost cywilizacji może być równoznaczny z zagładą naturalnego środowiska, a więc i człowieka.

W ekonomii pojawiła się koncepcja stanu równowagi światowej określona w I Raporcie Rzymskim z roku 1972 (zob. Meadows i współprac., 1974) jako „wzrost zerowy". Na podstawie teorii dynamiki systemów, którą opracował Jay Wright Forrester (1918–), autorzy wspomnianego raportu skonstruowali pierwszy w historii badań naukowych model świata uwzględniający związki pomiędzy ludnością a produkcją przemysłową i rolniczą, oraz zasobami i zanieczyszczeniem środowiska. Zdaniem autorów raportu kontynuowanie obecnych tendencji rozwojowych, charakteryzujących się wykładniczym wzrostem liczby ludności i produkcji przemysłowej, doprowadzi przed 2100 r. do gwałtownego załamania z powodu osiągnięcia fizycznych granic wzrostu, a efektem będzie spadek liczby ludności i produkcji przemysłowej. Uniknięcie tego modelu rozwoju wymaga przeprowadzenia zmian technologicznych i systemu wartościowania przyjętego przez ludzi. Konieczne jest również ukształtowanie stanu równowagi światowej, w którym wielkość kapitału i liczba ludności byłyby stałe, minimalne zaś stopy zgonów, urodzeń, inwestycji oraz zużycia kapitału. Wedle autorów raportu stan równowagi światowej, określany jako wzrost zerowy, umożliwi uniknięcie kryzysu światowego. Koncepcja wzrostu zerowego wywołała wiele kontrowersji – autorów krytykowano z różnych pozycji teoretycznych i ideologicznych, m.in. za brak kompetencji (nie byli ekonomistami), wadliwą metodologię, dążenie do utrwalenia postkolonialnego podziału świata, za przedstawianie skutków rozwoju kapitalizmu jako obiektywnych skutków wzrostu gospodarczego (marksiści), negowanie zdolności mechanizmu rynkowego do regulacji procesów gospodarczych (ekonomiści klasyczni). Równocześnie w części opinii publicznej klasyczna już dzisiaj praca *Granice wzrostu* (1974) wywołała aplauz i żądanie natychmiastowego przejścia do wzrostu zerowego. Obiektywnie rzecz ujmując, koncepcja wzrostu zerowego wywarła wpływ na ruchy ekologiczne i zapoczątkowała rozwój koncepcji problematyki globalnej, zwróciła też uwagę na → globalizację starzenia się i potrzebę tworzenia → gerontologii ekologicznej i środowiskowej. *Z.P.G.*, czyli zerowy wzrost populacji obecny jest również w kulturze popularnej w postaci filmu science fiction (ilustr. 1).

AAZ

A: NBW [niem.], ZPG, Z.P.G. (ang.).

B: Meadows i współprac., 1973.

F: *Zerowy wzrost populacji*, 1972.

O: ludność ustabilizowana, ludność w „podeszłym wieku", ludność zastojowa, piramida ludności.

TK: ang. *zero population growth* [ZPG], fr. *taux démographique de croissance zéro*/"*croissance démographique zéro*", hiszp. *crecimiento cero de la población/población en equilibrio/poblacion constante*, niem. *Nullbevölkerungswachstum* [NBW]/*stagnierende Bevölkerung*, ros. *нулевой прирост населения.*

zerowy wzrost populacji → zerowe tempo rozwoju ludności

zespoły przedwczesnego starzenia się i/lub przyspieszonego starzenia się

– są to genetycznie uwarunkowane → choroby związane z → przedwczesnym starzeniem się organizmu. Powodują one szybsze, w porównaniu z populacją generalną, występowanie fenotypowych i patofizjologicznych objawów typowych dla → starości oraz skracają czas → życia chorej osoby.

Najszerzej opisywanym jest → **zespół Hutchinsona-Gilforda**, nazywany też → **progerią** (gr. πρό – wczesny, γήρας – starość, czyli „przedwczesna starość"), związany z mutacją genu LMNA kodującego laminę A, w wyniku czego dochodzi do destabilizacji błony jądrowej i zaburzeń struktury i funkcji jądra komórkowego (Hennekam, 2006).

W szerszym znaczeniu określenia „progeria" używa się do opisu wszystkich zespołów genetycznych objawiających się przedwczesnym wystąpieniem cech → starzenia się organizmu. Spowodowane mogą być one laminopatiami, jak wspomniany wyżej zespół Hutchinsona-Gilforda i atypowy → zespół Wernera, inne związane są z upośledzeniem funkcji naprawczych DNA. Do tych zespołów zaliczamy m.in. → zespół Cockayne'a, zespół Blooma, zespół Rothmunda-Thompsona, xeroderma pigmentosum, ataxia teleangiectasia.

Inną grupą zaburzeń objawiających się przedwczesnym starzeniem są zespoły wynikające z nieprawidłowych funkcji telomerów czy mutacji genów odpowiadających za jakość tkanki łącznej (zob. tab. 1). Również niektóre chromosomopatie mogą objawiać się cechami przyspieszonego starzenia się, np. → zespół Downa czy zespół Klinefeltera (Niedoszytko, 2010).

Zespół Wernera

Jest to najczęstszy z zespołów przedwczesnego starzenia się, określany też jako progeria osób dorosłych. Występuje z częstością 1: 1 mln mieszkańców,

w niektórych rejonach z większą częstością – głównie w Japonii i na Sardynii. Zaburzenie to dziedziczy się w sposób autosomalny recesywny, a związane jest z obecnością mutacji genu WRN kodującego helikazę DNA na chromosomie 8p12-p11.2. Występująca w wyniku tego utrata telomerów prowadzi do wystąpienia cech przyspieszonego starzenia się komórek. Pierwsze objawy kliniczne występują przeważnie dopiero w drugiej dekadzie życia. Są to najczęściej zmiany skórne – ogniska twardzinopodobne na podudziach i stopach, hiperkeratoza nad wyniosłościami kostnymi (np. na kolanach), stąd wymaga różnicowania z twardziną układową. Zmianom tym mogą towarzyszyć trudno gojące się owrzodzenia (związane z atrofią skóry, a także zaburzeniami krążenia w wyniku wcześnie występującej → miażdżycy). Typowy jest niski wzrost, „dziobowaty" nos i zapadnięte policzki nadające twarzy ptasi wyraz oraz wysoki głos pojawiający się w wyniku zmian struktury strun głosowych. Obserwuje się zaburzenia gospodarki wapniowo-fosforanowej, dające deformacje kostne oraz zwapnienia tkanek miękkich. Występują też cechy fenotypowe charakterystyczne dla starości – siwienie włosów, łysienie, → zaćma. Zwiększona jest częstość chorób ogólnoustrojowych związanych z wiekiem, takich jak → cukrzyca, miażdżyca czy → osteoporoza, która jednak w odróżnieniu od typowej osteoporozy pomenopauzalnej – tu występuje głównie w kościach długich. Podwyższone jest też ryzyko nowotworów, przeważnie mezenchymalnych – typowe dla zespołu Wernera są mięsaki, choroby rozrostowe krwi czy nowotwory skóry. Towarzyszyć też tym zmianom mogą endokrynopatie – hipogonadyzm, ginekomastia, przedwczesne wygaśniecie czynności jajników. W odróżnieniu od typowego obrazu starzejącego się organizmu, nie obserwowano w zespole Wernera zwiększonego ryzyka → chorób neurodegeneracyjnych takich jak → choroba Alzheimera. Nieliczne doniesienia dotyczące obserwowanych w tym zespole zmian w układzie nerwowym dotyczą neuropatii czuciowych czy miopatii. Opisywano też napady drgawkowe i przemijające napady niedokrwienne, które mogą być objawem przyspieszonej → miażdżycy naczyń mózgowych. Badania laboratoryjne mogą wykazać zaburzenia w metabolizmie glukozy czy lipidów, a w badaniach naukowych stwierdzano u chorych podwyższony poziom kwasu hialuronowego w moczu. Badania radiologiczne kośćca mogą ujawnić cechy osteoporozy oraz zwapnienia w tkankach miękkich. Obecnie możliwe są badania genetyczne wykrywające odpowiedzialną za wystąpienie zespołu mutację i potwierdzające diagnozę. Leczenie zespołu Wernera ma wyłącznie charakter objawowy. Chorzy powinni być poddani okresowej diagnostyce w kierunku zaburzeń metabolicznych oraz chorób nowotworowych. Większość chorych umiera w czwartej dekadzie życia. Głównymi przyczynami zgonu są powikłania miażdżycy i cukrzycy – choroby sercowo-naczyniowe, oraz choroby nowotworowe.

Zespół Cockayne'a

Spowodowany dziedziczoną autosomalnie recesywnie mutacją genów CSA (ERCC8) i CSB (ERCC6), kodujących białka związane z procesami naprawy DNA i transkrypcji. W części przypadków może występować mutacja genów XP- B, D, G, związanych z wystąpieniem innej choroby z tego kręgu – *xeroderma pigmentosum* (Laugel, 2000 – Internet: http://www.ncbi…). Charakterystyczne cechy kliniczne zespołu Cockayne'a (CS) pojawiają się wcześnie – w postaci klasycznej w drugim roku życia, a w typie II – już w niemowlęctwie. Obserwuje się zahamowanie wzrostu, mikrocefalię, dysproporcje twarzy z dużymi uszami i nosem, zapadniętymi oczyma, skąpe owłosienie, zaćmę oraz defekty uzębienia. Demielinizacja nerwów i odkładanie się wapnia w ośrodkowym układzie nerwowym wpływa na zaburzenia rozwoju umysłowego, pojawienie się zaburzeń chodu i głuchoty. Osoby chore wykazują nadmierną wrażliwość na światło ultrafioletowe, skutkującą łatwymi oparzeniami słonecznymi skóry. Poszczególne objawy zespołu Cockayne'a pogrupowane zostały w większe i mniejsze kryteria kliniczne, na podstawie których można postawić jego diagnozę (zob. Hanawalt, 2000, Zych, 2013 a).

Objawy i stopień nasilenia zaburzeń różnią się w zależności od podtypu choroby:

- typ I zespołu Cockayne'a (umiarkowany CS) – charakteryzuje się prawidłowym rozwojem prenatalnym, a nieprawidłowości ujawniają się, jak już wcześniej wspomniano, w okresie pierwszych 2 lat życia. Wzrost, waga, obwód głowy nie przekraczają 5 percentyla, postępują zaburzenia wzroku, słuchu oraz układu nerwowego. Chorzy umierają przeważnie w pierwszej lub drugiej dekadzie życia,
- typ II zespołu Cockayne'a (ciężki CS, CS o wczesnym początku) – zaburzenia wymiarów ciała są widoczne już przy narodzeniu, a rozwój neurologiczny następuje w niewielkim stopniu, często występuje zaćma wrodzona i inne zaburzenia struktury narządu wzroku. Obserwuje się zniekształcenia kręgosłupa (kifozę, skoliozę) i stawów. → Śmierć następuje około 7 roku życia,
- typ III zespołu Cockayne'a (łagodny CS, CS o późnym początku) – obserwuje się normalny rozwój fi-

zyczny i umysłowy dziecka, a objawy ujawniają się dość późno. Przewiduje się, że chorzy mogą przeżyć 40 do 50 lat.

Badania obrazowe ośrodkowego układu nerwowego w zespole Cockayne'a mogą ujawnić złogi wapnia w zwojach podstawy mózgu oraz poszerzenie komór (bez cech zaburzenia krążenia płynu mózgowo-rdzeniowego). W potwierdzeniu diagnozy mogą być pomocne badania fibroblastów (zahamowanie wzrostu czy inhibicja RNA po ekspozycji na promieniowanie UV) oraz badania genetyczne, jednak są one wykonywane w pojedynczych laboratoriach w Europie.

Leczenie osób chorych to objawowe postępowanie w zaburzeniach neurologicznych, jak spastyczność czy drżenia mięśniowe oraz wyrównywanie defektów narządów zmysłów. Ważna jest ochrona przed światłem słonecznym i innymi źródłami promieniowania ultrafioletowego UVC, z uwagi na skłonność do poparzeń.

W zespole Cockayne'a niezwiązanym z *xeroderma pigmentosum* nie występuje zwiększona skłonność do nowotworów. Główne problemy medyczne związane są z opóźnieniem rozwoju dziecka, niedożywieniem, infekcjami, oparzeniami i innymi urazami. Średni czas życia osób chorych to kilkanaście lat, uzależniony jest on jednak od ww. podtypu choroby i związanego z tym stopnia ciężkości objawów.

Xeroderma pigmentosum

Zaburzenie dziedziczone autosomalnie recesywnie, polegające na defekcie polimerazy DNA beta, białka odpowiedzialnego za powstałe pod wpływem promieniowania UV uszkodzenia nici DNA. Jest to niejednorodna grupa chorób, wśród których wyróżnia się 7 podtypów spowodowanych przez mutacje różnych genów: XP – A, B, C, D, G, DDB2, ERCC4, POLH (Kraemer, DiGiovanna, 2003 – Internet: http://www.ncbi…). Główne objawy dotyczą skóry, z powodu jej narażenia na światło UV. Obserwuje się zmiany pigmentacyjne, odbarwienia, suchość skóry, jej zaniki i ścieczenie, wrażliwość na oparzenia słoneczne. Dołączyć się mogą objawy ze strony narządu wzroku – zapalenie spojówek i fotofobia, a także z układu nerwowego – mikrocefalia, opóźnienie umysłowe, spastyczność, hiporefleksja, pląsawica.

Diagnozę zespołu *xeroderma pigmentosum* stawia się na podstawie dodatniego wywiadu rodzinnego oraz obrazu klinicznego. Można wykonać badania genetyczne ujawniające mutacje w opisanych wyżej genach. Badania prenatalne zaleca się w rodzinach obciążonych występowaniem *xeroderma pigmentosum*. Chorym zaleca się unikanie ekspozycji na światło UV, konieczne są też częste kontrole dermatologiczne i usuwanie zmian przednowotworowych za pomocą metod chirurgicznych, krioterapii czy chemioterapii. Czasem stosuje się retinoidy. Leczenie nowotworów skóry – jak w populacji ogólnej. Z uwagi na unikanie światła słonecznego niezbędna jest suplementacja witaminy D. Rokowanie jest niepomyślne, głównie ze względu na predyspozycję do występowania nowotworów skóry. Chorzy przeżywają przeciętnie 20 lat.

Zespół Blooma

To bardzo rzadkie zaburzenie, polegające na mutacji genu RECQL3 (kodującego helikazę) lub genu kodującego ligazę DNA. Jest chorobą dziedziczoną autosomalnie recesywnie (chromosom 15), częściej występującą u Żydów aszkenazyjskich (Sanz, German, 2006 2013 – Internet: http://www.ncbi…). W obrazie klinicznym obserwuje się niską urodzeniową masę ciała i niski wzrost, wydatny nos i uszy. Towarzyszyć mogą zmiany skórne – teleangiektazje, przebarwienia, rumień na twarzy w kształcie motyla pojawiający się po ekspozycji na światło słoneczne. Częściej występuje cukrzyca typu 2, refluks żołądkowo-przełykowy oraz infekcje układu oddechowego. Rozwój umysłowy chorych w zasadzie jest prawidłowy, wśród wielu z nich obserwuje się jednak trudności w uczeniu się. Kobiety z zespołem Blooma są płodne, jednak → menopauza u nich występuje wcześnie, natomiast mężczyźni są bezpłodni. Diagnoza kliniczna zespołu może być potwierdzona badaniami genetycznymi. Podstawę postępowania medycznego stanowi zalecenie unikania ekspozycji na światło słoneczne, wykrywanie i leczenie zaburzeń endokrynologicznych (w zakresie gospodarki węglowodanowej) oraz nowotworów (głównie białaczek, gruczolaków przewodu pokarmowego i chłoniaków). Rokowanie zależy głównie od wystąpienia i rozwoju chorób nowotworowych.

Zespół Rothmunda-Thompsona

Nazywany inaczej *poikiloderma atrophicans* lub *poikiloderma wrodzona (congenitale)*. Jest to choroba spowodowana mutacją genu RECQL4, również kodującego rodzaj helikazy DNA. Opisana po raz pierwszy została w roku 1868. Do charakterystycznych objawów należą zmiany skórne – przebarwienia typu skóry marmurkowatej, teleangiektazji, a także wczesnego siwienia włosów, zmian w obrębie paznokci i zębów. Podczas narodzin skóra jest normalna, a objawy pojawiają się ok. 3–6 miesiąca życia, najpierw na policz-

kach, następnie na kończynach i pozostałych częściach ciała. Typowe jest wczesne wystąpienie zaćmy. Z powodu zaburzeń kostnych i osteoporozy osoby chore cechują się niskim wzrostem. Płodność osób chorych jest obniżona.

Diagnozę prawdopodobnego zespołu Rothmunda-Thompsona stawia się na podstawie objawów klinicznych, gdzie spełnione muszą być przynajmniej 2 kryteria (Wang, Plon, 2013 – Internet: http://www.ncbi…), natomiast potwierdzenie rozpoznania wymaga przeprowadzenia badań genetycznych. Zespół Rothmunda-Thompsona związany jest ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia nowotworów, głównie mięsaków, które są też najczęstszą przyczyną zgonu.

Dyskeratosis congenita

Dyskeratoza wrodzona (dyskeratosis congenita, DKC, zespół Zinsser-Cole-Engmana) należy do grupy chorób związanych z zaburzeniami struktury i funkcji telomerów (Savage, 2013 – Internet: http://www.ncbi…). Zidentyfikowano kilka genów odpowiedzialnych za wystąpienie tego zespołu, o różnym sposobie dziedziczenia (zob. tab. 1) i różnej ekspresji w określonych narządach. Częściej chorują chłopcy (proporcja 3:1 w relacji do dziewcząt). Pierwsze objawy fenotypowe uwidaczniają się już we wczesnym dzieciństwie. Obserwuje się przede wszystkim różnego typu zmiany dystroficzne paznokci – bruzdowanie, kruchość, ścieńszenie i zmniejszenie płytek. Zwiększona jest wrażliwość skóry na światło słoneczne, objawiająca się jej rogowaceniem i odbarwieniami, niekiedy przypominającymi reakcję skórną „przeszczep przeciw gospodarzowi". Zmiany zanikowe dotyczą też włosów, brwi i błon śluzowych. Zajęty może być szpik (co objawia się niedokrwistością i trombocytopenią), układ nerwowy, oddechowy, pokarmowy oraz narząd wzroku. Jednym z typów *dyskeratosis congenita* jest zespół Hoyeraala-Hreidarssona, spowodowany mutacją genu DKC1, kodującego dyskerynę. Objawy są tu bardziej nasilone w porównaniu z innymi podtypami zespołu, Przeważnie obserwuje się ciężką anemię aplastyczną, zaburzenia odporności, mikrocefalię, zahamowanie wzrostu i hipoplazję móżdżku. W badaniach genetycznych można uwidocznić skrócenie telomerów, aberracje oraz fuzje telomerowe. Zespół ten związany jest ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia nowotworów. Najczęściej występują nowotwory nosogardzieli, krtani, skóry, układu pokarmowego, czy narządów płciowych, a także białaczki i ziarnica złośliwa. Są one, obok infekcji, główną przyczyną zgonu osób chorych.

Zespół Downa

Zespół wad wrodzonych spowodowanych aberracją chromosomową – obecnością dodatkowego chromosomu 21 (trisomia 21; 47 XX +21), lub jego części, na skutek translokacji chromosomowej. Występuje z częstością 1: 800–1: 1000 urodzeń. Za przyspieszone starzenie się może w tym przypadku odpowiadać wzmożona aktywność układu wolnorodnikowego i produkcja nadtlenku wodoru H_2O_2 przez CuZn – SOD – cynkowo-miedziową dysmutazę ponadtlenkową. Jej gen jest zlokalizowany na chromosomie 21, a z uwagi na jego trisomię i większą ilość materiału genetycznego obserwuje się też wyższe stężenia wspomnianego enzymu (Lott, Head, 2001). Do charakterystycznych cech dysmorficznych w zespole Downa możemy zaliczyć m.in. płaski profil twarzy, mongoloidalne ustawienie szpar powiekowych, obecność zmarszczki nakątnej (epicanthus), szeroki grzbiet nosa, wystający język (w wyniku mikrognacji) i charakterystyczne pobrużdżenie języka, nisko osadzone małżowiny uszne, płetwistość szyi, pojedynczą bruzdę dłoni (małpia bruzda). Dołączyć się mogą wady narządów zmysłów – zaburzenia refrakcji, najczęściej krótkowzroczność, zaćma wrodzona, zez, zaburzenia słuchu. U noworodków z zespołem Downa obserwuje się wiotkość mięśni oraz zwiększoną ruchomość stawów kończyn. Przy urodzeniu waga i wzrost dzieci nie odbiegają od normy, natomiast w okresie dojrzewania może wystąpić nadwaga, a wzrost jest poniżej średniej w populacji. Zespół Downa związany jest też ze zwiększonym ryzykiem wad wrodzonych układu krążenia i układu pokarmowego. Najczęściej występują: ubytek w przegrodzie międzykomorowej (VSD) i międzyprzedsionkowej (ASD) serca, przetrwały przewód tętniczy Botalla, wypadanie płatka zastawki dwudzielnej, atrezja dwunastnicy, przetoka przełykowo-tchawicza, choroba Hirsprunga, wady kośćca. Większość osób ma opóźnienie umysłowe, od łagodnego (współczynnik inteligencji IQ 55–70) do średniego stopnia (IQ 35–55). Wykazano ponadto związek zespołu Downa z odkładaniem się złogów amyloidu w mózgu i wystąpieniem choroby Alzheimera o wczesnym początku. Badania genetyczne potwierdzają diagnozę zespołu Downa. Pacjenci wymagają skriningu w kierunku chorób metabolicznych – głównie → cukrzycy, dyslipidemii, chorób tarczycy, a także obrazowych badań kardiologicznych z uwagi na dużą częstość występowania wad wrodzonych serca. Osoby ze stwierdzonym zespołem Downa mają wyższe ryzyko wcześniejszego zgonu w porównaniu z populacją ogólną. Przyczyną zgo-

Tabela 1. Zespoły genetyczne związane z objawami przedwczesnego i/lub przyspieszonego starzenia się

Zespół	Chromosom	Gen	Białko
1. Zespoły związane z defektem laminy (laminopatie)			
Zespół Hutchinsona Gilforda	1, 5, 19	LMNA	lamina A/C
Atypowy zespół Wernera	1, 5, 19	LMNA	lamina A/C
2. Zespoły związane z defektem naprawy DNA			
Zespół Wernera	8	WRN (RECQL2)	helikaza DNA
Zespół Blooma	15	RECQL3	helikaza DNA
Zespół Rothmunda-Thompsona	8	RECQL4	helikaza DNA
Zespół Cockayne'a	10	CSA, CSB	helikaza DNA
Xeroderma pigmentosum	2,3,6,9,11, 13, 16, 19	XP-A,B,C,D,G DDB2, ERCC4, POLH	helikaza DNA egzonukleaza
Ataxia teleangiectasia	11	ATM	kinza 3P-inozytolu
Trichotiodystrofia (zespół Taya)	2, 19	ERCC2, 3	helikaza
3. Zespoły związane z zaburzeniami funkcji telomerów (telomeropatie)			
Dyskeratosis congenital	X	CTC1, DKC1, TERC, TERT, TINF2, NHP2, NOP10, WRAP53	skrócenie telomerów
Zespół Hoyeraala-Hreidarssona	X	CTC1, DKC1, TERC, TERT, TINF2, NHP2, NOP10, WRAP53	skrócenie telomerów
4. Zespoły związane z zaburzeniami struktury tkanki łącznej			
Zespół Ehlersa-Danlosa	2	COL, TNXB, ADAMTS2, PLOD1, B4GALT7, DSE	gaktozylotransferaza siarczanu dermatanu
Zespół Sticklera	6	COL	kolagen 9
Zespół Marfana	15	FBN1	fibrylina
Curtis laxa	7	ELN, ATP, FBLN	elastyna
5. Chromosomopatie			
Zespół Downa	21	Trisomia	dysmutaza SOD
Zespół Klinefletera	47, XXY	Trisomia	–

nu są najczęściej choroby serca oraz infekcje. Obecnie chorzy z zespołem Downa mogą przeżyć do 60. roku życia. Około od 4 do 12% chorych umiera jednak w pierwszym roku życia. W przypadku współistniejącej wady serca 60% osób przeżywa do 10. r.ż., 50% do 30 r.ż.; bez choroby serca rokowanie jest lepsze – do 30 r.ż. przeżywa średnio 80%, a 10% nawet do ósmej dekady życia (Hammer, 2010). Rokowanie uległo polepszeniu w ostatnich latach głównie z uwagi na postęp medyczny i możliwości leczenia wad wrodzonych, a także na możliwości zapewnienia odpowiedniej → opieki socjalnej, → rehabilitacji i aktywizacji społecznej osób chorych.

AKA, ZBW

A: PS.

B: Hammer, 2010; Hanawalt, 2000; Hennekam, 2006; Lott, Head, 2001; Niedoszytko, 2010; Zych, 2013 a.

N: Kraemer, DiGiovanna, 2003 – Internet: http://www.ncbi…; Laugel, 2000 – Internet: http://www.ncbi…; Sanz, German, 2006 2013 – Internet: http://www.ncbi…; Savage, 2013 – Internet: http://www.ncbi…; Wang, Plon, 2013 – Internet: http://www.ncbi…

O: akceleracja starzenia się, progeria, przedwczesne starzenie się, starzenie się, zespół Bechterewa, zespół Cockayne'a, zespół Downa, zespół Hutchisona-Gilforda, zespół Wernera.

TK: am. *premature and/or accelerated aging syndromes*, ang. *premature and/or accelerated ageing syndromes/progeroid syndromes*, fr. *syndromes des vieillissement précocé et/ou vieillissement accéléré/syndromes "progéroïdes"*, hiszp. *síndromes de envejecimiento prematuro y/o envejecimiento accelerado/ syndromes progeroides*, niem. *vorzeitige Alterung und/oder beschleunigte Syndrome*, ros. *синдромы преждевременного и/или ускоренного старения/синдромы прогерия.*

zespoły przyspieszonego starzenia się → zespoły przedwczesnego starzenia się

zespół metaboliczny
– to splot wzajemnie powiązanych ze sobą czynników ryzyka → choroby niedokrwiennej serca i → cukrzycy. Do czynników tych należą nieprawidłowości w zakresie glikemii we krwi, podwyższone ciśnienie tętnicze krwi, podwyższone stężenia trójglicerydów, niskie poziomy → cholesterolu HDL i → otyłość, szczególnie otyłość brzuszna (Alberti i współprac., 2009). Pojęcie to zaproponowane zostało w roku 1998 przez zespół ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w ramach pracy nad definicją cukrzycy (Alberti, Zimmet, 1998), chociaż częsta koincydencja wspomnianych czynników była znana od dawna i określano ją wcześniej na przykład jako tzw. „zespół X" (Reaven, 1988). Od dawna także dostrzegano silny związek takiego fenotypu ze zwiększonym ryzykiem chorób sercowo-naczyniowych.

Kryteria rozpoznawania tego zespołu wielokrotnie w przeszłości ulegały zmianom. Zgodnie z ostatnimi kryteriami Międzynarodowej Fereracji Cukrzycy (*International Diabetes Federation* – IDF) do rozpoznania **zespołu metabolicznego** (łac. *syndroma metabolicum*) upoważnia (zob. Alberti, Zimmet, Shaw, 2005): stwierdzenie otyłości brzusznej (definiowanej w przypadku Europejczyków jako obwód talii > 94 cm dla mężczyzn oraz > 80cm dla kobiet – wartości te zależne są od grupy etnicznej) oraz współistnienia dwóch dowolnych spośród następujących objawów:

- podwyższona wartość skurczowego ciśnienia tętniczego krwi ≥ 130 mm Hg,
- podwyższona wartość rozkurczowego ciśnienia tętniczego krwi ≥ 85 mm Hg,
- alternatywnie do 1. i 2. leczenie rozpoznanego już → nadciśnienia tętniczego krwi,
- zwiększone stężenie trójglicerydów we krwi > 1,7 mmol/l (150 mg/dl) lub ukierunkowane leczenie hipertriglicerydemii,
- zmniejszone stężenie cholesterolu frakcji HDL: < 1,03 mmol/l (40 mg/dl) u mężczyzn lub < 1,29 mmol/l (50 mg/dl) u kobiet bądź ukierunkowane leczenie tych zaburzeń lipidowych,
- zwiększone stężenie glukozy na czczo > 5,6 mmol/l (100 mg/dl) lub wcześniej rozpoznana cukrzyca.

Zespół metaboliczny – z uwagi na częstość jego występowania oraz związane z nim następstwa – stał się ważnym problemem → zdrowia publicznego. Szacuje się, że w krajach rozwiniętych ponad 20% populacji osób dorosłych spełnia kryteria tego zespołu, a częstość jego występowania wzrasta z wiekiem (zob. Ford, Giles, Dietz, 2002, Pacholczyk, Ferenc, Kowalski, 2008 a, Stern i współprac., 2004). Dane pochodzące z różnych badań epidemiologicznych różnią się jednak między sobą z powodu różnic w zakresie przyjętych w nich kryteriów rozpoznawania zespołu metabolicznego. Z występowaniem tego zespołu związane jest dwukrotnie większe ryzyko rozwoju chorób układu krążenia i pięciokrotnie większe ryzyko cukrzycy typu 2 (Grundy, 2006). Częstsze są też następstwa tych → chorób w postaci ostrych zdarzeń i powikłań sercowo-naczyniowych (Ford, 2005, Grundy i współprac., 2004).

W patogenezie zespołu metabolicznego uwzględnia się rolę czynników środowiskowych i genetycznych. Zbyt mała → aktywność fizyczna i nieprawidłowa dieta prowadzą do nadwagi lub otyłości, a ta z kolei – szczególnie jeśli jest to otyłość brzuszna – przyczynia się do powstania insulinooporności. Pojawia się kompensacyjny, stały wzrost wydzielania insuliny, czyli hiperinsulinemia, przy jednoczesnym podwyższonym poziomie glikemii. Z czasem do zaburzeń tych dołącza się nadciśnienie tętnicze, → miażdżyca naczyń wieńcowych i zaburzenia sercowo-naczyniowe, w czym istotny udział mają produkty tkanki tłuszczowej, tzw. adipokiny (Sieradzki, 2002, Szopa, Skupień, 2007).

Bardzo istotnym elementem zespołu metabolicznego jest otyłość brzuszna, którą w prosty sposób oszacować można za pomocą wskaźnika talia/biodra (ang. *waist-hip ratio* – WHR). Nie zawsze idzie ona w parze ze wzrostem → wskaźnika masy ciała (ang. *body mass index* – BMI). Dokładny pomiar tkanki tłuszczowej umożliwiają badania obrazowe: tomografia komputerowa –TK, rezonans magnetyczny – MR, i metoda densytometryczna – DXA (Sieradzki, 2013).

Leczenie zespołu metabolicznego polega przede wszystkim na zmianie → stylu życia, tj. zwiększeniu → aktywności fizycznej, przestrzeganiu diety niskokalorycznej i normalizacji masy ciała, m.in. poprzez zmniejszenie spożycia tłuszczów, zwłaszcza nasyconych. Ważne jest także leczenie poszczególnych składowych zespołu – nadciśnienia tętniczego, dyslipidemii i otyłości, oraz zwiększenie wrażliwości na insulinę poprzez stosowanie metforminy i tiazolidynodionów (zob. Pacholczyk, Ferenc, Kowalski, 2008 b, Sieradzki, 2013, Suliburska, Kuśnierek, 2010, Tatoń, Bernas, 2008).

ZBW, AW

A: [ros.] MC.

B: Alberti i współpr., 2009; Alberti, Zimmet, 1998; Alberti, Zimmet, Shaw, 2005; Ford, 2005; Ford, Giles i Dietz, 2002; Grundy, 2006; Grundy i współprac, 2004; Pacholczyk, Ferenc,

Kowalski, 2008 a, 2008 b; Reaven, 1988; Sieradzki, 2002, 2013; Stern i współprac., 2004; Suliburska, Kuśnierek, 2010; Szopa, Skupień, 2007; Tatoń, Bernas, 2008.

O: aktywność fizyczna, choroba niedokrwienna serca, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, otyłość.

S: zespół insulinooporności, zespół oporności na insulinę, zespół polimetaboliczny, zespół Reavena, zespół X.

TK: ang. *metabolic syndrome*, fr. *le syndrome métabolique*, niem. *das metabolische Syndrom*, hiszp. *síndrome metabólico/síndrome plurimetabólico*, ros. *метаболический синдром.*

zespół opiekuna (zespół stresu opiekuna)

– jest to specyficzny, dynamiczny i nasilający się proces wypalania się sił u osób długotrwale obciążonych → opieką nad człowiekiem chorym, charakteryzujący się całym spektrum różnorodnych objawów somatycznych, fizycznych, psychicznych i/lub społecznych. Terminu tego w odniesieniu do → opiekunów rodzinnych – wyczerpanych sprawowaniem pieczy nad osobami dotkniętymi → zaburzeniami otępiennymi, w tym cierpiących na → chorobą Alzheimera – jako jedna z pierwszych na gruncie polskim użyła Bożena Grochmal-Bach (1942–), która zwróciła uwagę, że czynnikami wyzwalającymi ten zespół są: 1) poczucie odpowiedzialności towarzyszące opiekunom; 2) ich przewlekłe zmęczenie obowiązkami pielęgnacyjno-opiekuńczymi; 3) zaniedbanie przez opiekuna własnych potrzeb i obowiązków (zob. Grochmal-Bach, 2007). Większość autorów (Sęk, 2004, Zych, 2010, Gawlik, Kurpas, 2014) opisujących specyficzne funkcjonowanie osób długotrwale przeciążonych różnego rodzaju obowiązkami (zawodowymi, opiekuńczymi) i żyjących w dużym → stresie w związku z odpowiedzialnością, jaką ponoszą za wywiązywanie się z tych zadań pisze o tzw. zespole „wypalania się sił", zespole wypalenia opiekuna lub zespole stresu opiekuna. Helena Sęk (1938–) kontekst znaczeniowy terminu „wypalanie się" wyraźnie wskazuje na „proces psychiczny, na dynamicznie zmieniające się mechanizmy". Bowiem zjawisko wypalenia dotyczy osób, które pozostają w bliskich relacjach i zaangażowanych interakcjach z drugim człowiekiem i ponoszą z tego tytułu duże koszty psychiczne w postaci negatywnych emocji, cierpienia, przewlekłego stresu, narastającego przeciążenia, → zmęczenia, emocjonalnego wyczerpania. Wówczas uruchamiają się u nich mechanizmy obronne w postaci dystansowania się, czyli przedmiotowego traktowania partnera interakcji, a w skrajnej sytuacji – w postaci depersonalizacji. Christine Maslach (1946–) zdefiniowała wypalenie jako: „psychologiczny zespół wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji oraz obniżonego poczucia dokonań osobistych, który może wystąpić u osób, pracujących z innymi ludźmi w pewien określony sposób. Wyczerpanie emocjonalne odnosi się do poczucia danej osoby, że jest nadmiernie obciążona emocjonalnie, a jej zasoby emocji zostały w znacznym stopniu uszczuplone. Depersonalizacja dotyczy negatywnego, bezdusznego lub zbyt obojętnego reagowania na innych ludzi, którzy zwykle są odbiorcami usług danej osoby lub przedmiotem opieki z jej strony. Obniżone poczucie dokonań osobistych odnosi się do spadku poczucia własnej kompetencji i sukcesów w pracy" (Maskach, 2004, s. 15). Sęk (2004) wskazuje na trzy istotne komponenty zjawiska wypalenia. Pierwszym z charakterystycznych objawów procesu wypalania się jest psychofizyczne, emocjonalne wyczerpanie (ang. *emotional exhaustion*).

Drugi symptom nazywany jest przez naukowców dystansowaniem się, wycofywaniem się z kontaktu, stosowaniem zdystansowanej (zobiektywizowanej) troski (ang. *detached concern*) lub depresonalizacją (ang. *depersonalization*), gdyż wiąże się z depersonalizowaniem podmiotów interakcji, co prowadzi do tzw. relacji (interakcji) bezosobowej. Natomiast trzeci komponent wypalenia budzi wśród badaczy tego zjawiska kontrowersje. Maslach (2004) wskazuje na obniżone poczucie dokonań osobistych (ang. *reduced personal accomplishment),* manifestujące się niezadowoleniem z własnych osiągnięć i poczuciem braku kompetencji. W literaturze na określenie tego objawu używa się też takich terminów bliskoznacznych, jak poczucie obniżonych dokonań (osiągnięć), obniżenie bądź utrata zadowolenia z osiągnięć oraz obniżenie osobistego zaangażowania (Sęk, 2004). Wspomniane, trzy charakterystyczne objawy nazywane są też w literaturze przedmiotu etapami procesu wypalenia. Aktualnie w literaturze naukowej rozpowszechniony jest już pogląd, że syndrom „wypalania się sił" może wystąpić również u ludzi, którzy przez wiele miesięcy, a nawet lat sprawują intensywną opiekę nad osobami z poważnymi zaburzeniami rozwoju i zachowania, a także przewlekle bądź terminalnie chorymi, zwłaszcza gdy przy wykonywaniu tych obowiązków doświadczają znaczących trudności i w ich pełnieniu są osamotnieni. Coraz więcej jest też badań i opracowań naukowych, w których poruszana jest kwestia różnorodnych obciążeń, jakich doświadczają opiekunowie osób z chorobą Alzheimera i innymi zaburzeniami otępiennymi. W przebiegu **zespołu opiekuna** można wyróżnić trzy fazy (rys. 1), z charakterystycznymi dla każdej z nich symptomami (rys. 2). W fazie pierwszej – wy-

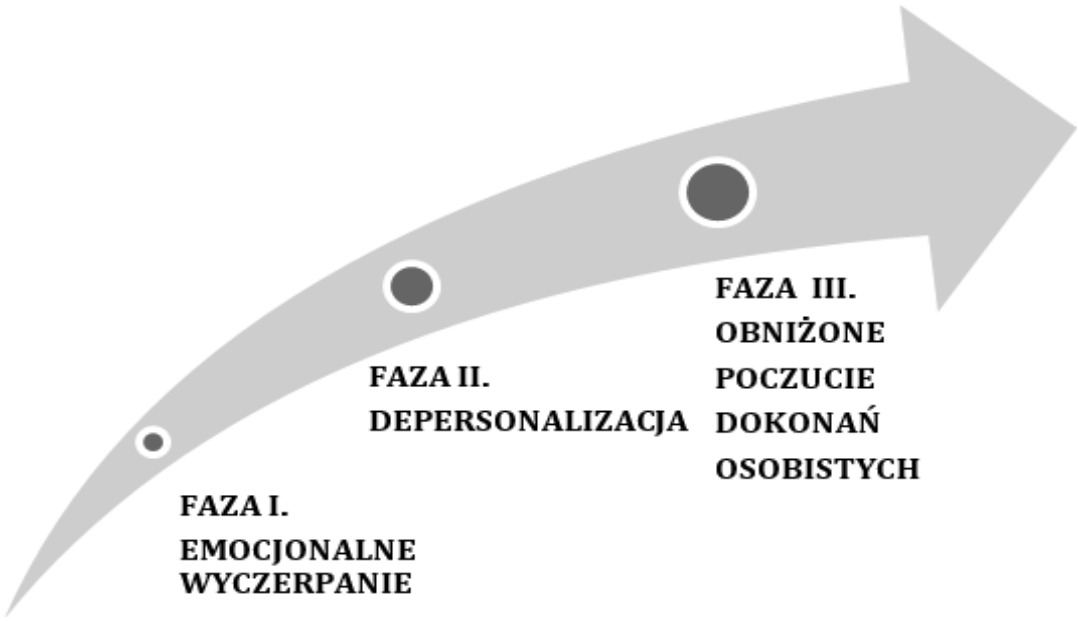
czerpania emocjonalnego – u opiekunów rodzinnych osób z chorobą Alzheimera dominują takie objawy, jak: bóle głowy, bezsenność, obniżenie nastroju i aktywności oraz rozdrażnienie. Ponieważ symptomy te przypominają skutki zwykłego przemęczenia często są przez opiekunów bagatelizowane. Ich wyczerpanie emocjonalne spowodowane jest długotrwałym obciążeniem fizycznym, psychicznym, ekonomicznym i społecznym. Obciążenie fizyczne opiekunów chorych na → otępienie typu alzheimerowskiego jest efektem stopniowego przejmowania przez nich obowiązków domowych, które kiedyś wykonywali wspólnie z podopiecznym, a także koniecznością pomagania choremu w codziennych czynnościach samoobsługowych, tj. codzienna toaleta, ubieranie się, spożywanie posiłków itp. Alicja → Sadowska (2011, 2014) zwróciła uwagę, że często różnego rodzaju czynności podejmowane przez opiekunów wykonywane są bez współpracy chorego, co wymaga pokonywania jego oporu. Ponadto osoby sprawujące opiekę nad chorym muszą towarzyszyć mu w spacerach i podczas wizyt u lekarza czy w urzędach, a także zaspokajać jego potrzebę aktywności poprzez właściwą organizację → czasu wolnego, co także potęguje ich zmęczenie.

Siła obciążenia fizycznego opiekunów wzrasta wprost proporcjonalnie do stopnia nasilenia objawów chorobowych u podopiecznego i utraty przez niego zdolności do samoobsługi i regulacji własnych potrzeb. Szczególnie wyczerpujące dla osób opiekujących się chorymi jest zaawansowane stadium → otępienia, gdy podopieczny jest już unieruchomiony w łóżku i wymaga stałej pielęgnacji. Stwarza to konieczność obracania go z boku na bok, zmiany pielucho-majtek, oklepywania go, podnoszenia, przenoszenia itp., co zwykle mocno forsuje siły opiekunów. Zmęczenie osób świadczących opiekę wynika również z długotrwałej deprywacji ich potrzeb. Niedostateczna ilość snu, brak możliwości dłuższego wypoczynku z dala od podopiecznego, niekiedy dodatkowe przeciążenie pracą zawodową i obowiązkami rodzinnymi, w sytuacji gdy główny ciężar opieki spoczywa na barkach dorosłego dziecka lub wnuka osoby chorej, także nadwyrężają i tak nadwątlone już siły fizyczne opiekunów. Konsekwencją tego jest pogorszenie się ich stanu → zdrowia, a nawet zagrożenie ryzykiem przedwczesnej → śmierci. Często opiekunowie osób z chorobą Alzheimera doświadczają różnych dolegliwości i schorzeń: bólu głowy, zaburzeń gastrycznych, → udarów mózgu i → zawałów mięśnia sercowego (zob. Gabryelewicz i współprac, 2006).

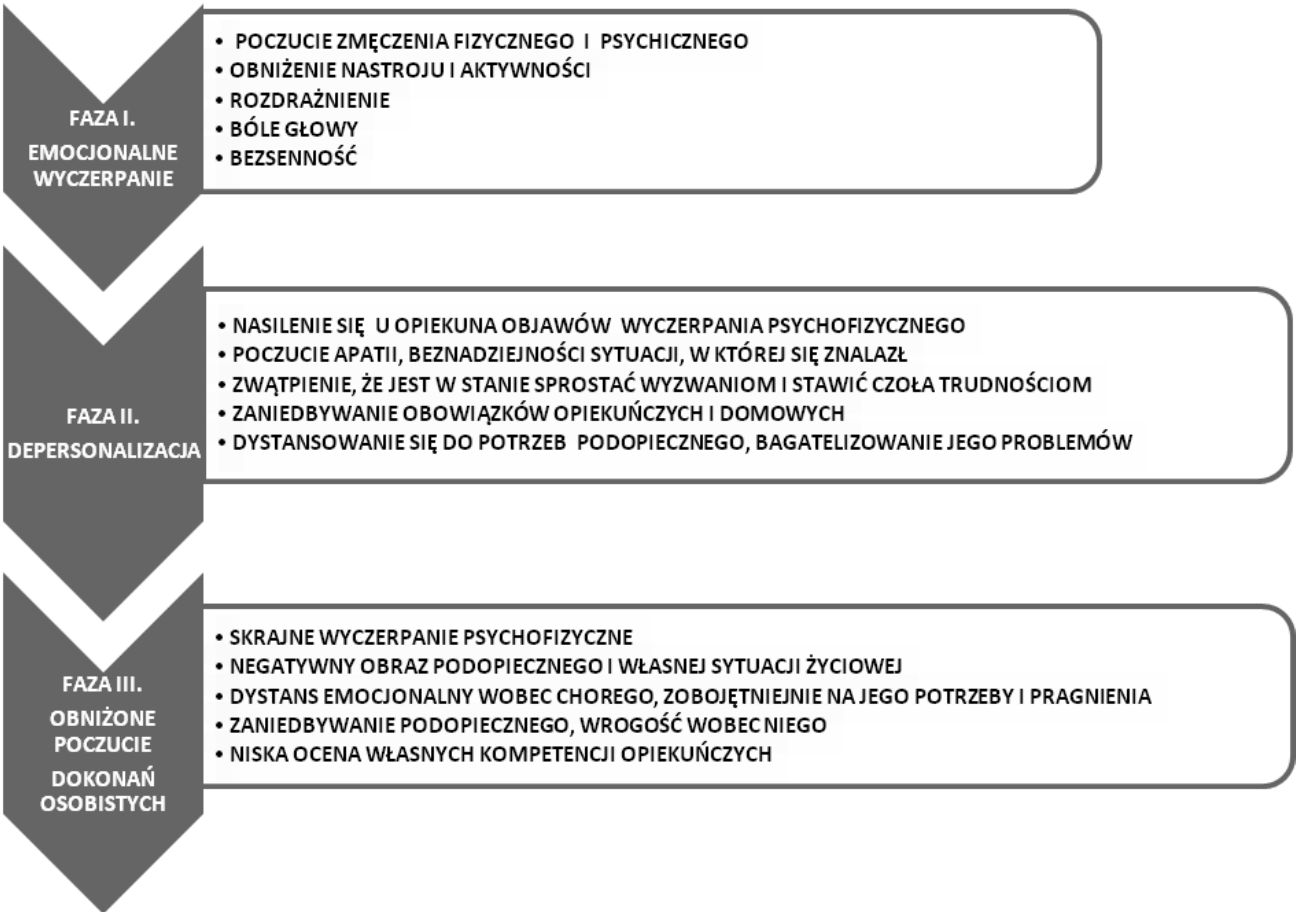
Wieloletnia opieka naraża też bliskich chorego na duże obciążenie psychiczne**.** Niejednokrotnie towarzyszy ono opiekunom już od chwili zaobserwowania u osoby z otępieniem typu alzheimerowskiego pierwszych objawów → choroby, gdy zmienia się jej osobowość i zachowanie (roszczeniowość, podejrzliwość, kłótliwość, agresja lub brak aktywności, apatia, niechęć do nawiązywania kontaktu), które jest dla nich niezrozumiałe, a niekiedy wręcz trudne (Sadowska, 2014). Stresujący dla opiekunów jest również długi proces diagnozowania choroby związany z utrudnioną dostępnością pacjentów do lekarzy specjalistów; błędy jatrogenne popełniane przez lekarzy polegające na przedmiotowym traktowaniu osób chorych oraz ich opiekunów rodzinnych; brak należytej informacji na temat rozpoznania lub przebiegu procesu chorobowego czy wyzwań, jakie czekają bliskich chorego w trakcie sprawowania nad nim opieki. Trudna do zaakceptowania jest dla nich utrata przez chorego własnej tożsamości, moment, w którym podopieczny nie może sobie przypomnieć ich imienia lub, gdy przestaje ich rozpoznawać. Osobom świadczącym opiekę nad osobą z chorobą Alzheimera towarzyszą więc gwałtowne, bardzo silne i często zmienne uczucia, często o zabarwieniu pejoratywnym, tj. lęk, żal, przerażenie, złość, poczucie bezradności, beznadziejności, zniechęcenia, wstydu i osamotnienia. Serge Gauthier (1950–) uważa, że obciążenie psychiczne jest efektem → życia opiekunów w ciągłym stresie i nieradzenia sobie z negatywnymi emocjami, oraz szacuje, że ok. 70% osób świadczących opiekę nad osobą z chorobą Alzheimera cierpi z powodu permanentnego stresu, a 50% z powodu → depresji i zaburzeń nastroju. Choroba Alzheimera naraża też opiekunów na obciążenie ekonomiczne**,** gdyż wiąże się ogromnymi kosztami ponoszonymi w związku z procesem diagnozowania, leczenia i → rehabilitacji osób chorych, a także zabezpieczenia im właściwej opieki i pielęgnacji (Parnowski, 2010). Opiekunowie osoby dotkniętej tą postacią otępienia muszą nie tylko ponieść koszty związane z zakupem dla nich leków, środków pielęgnacyjnych czy sprzętu rehabilitacyjnego, lecz również ponieść wydatki konieczne na dostosowanie, zabezpieczenie i odpowiednie wyposażenie ich mieszkania. Niejednokrotnie finansują też koszty prywatnych wizyt lekarskich, badań laboratoryjnych, zatrudnienia profesjonalnej opieki pielęgniarskiej lub prywatnej opieki domowej. Świadczenie opieki na rzecz osoby dotkniętej chorobą Alzheimera wiąże się też dla opiekunów z obciążeniem społecznym, gdyż zmusza ich do modyfikacji ról społecznych i konieczności przyjęcia na siebie zwiększonej liczby obowiązków, co często prowadzi do ograniczenia ich kontaktów z członkami → rodziny, przyjaciółmi i znajomymi,

a niekiedy również do dezorganizacji ich życia osobistego, rodzinnego czy kulturalnego. Nieadekwatne do miejsca i czasu zachowania chorego, jego trudności z poruszaniem się i porozumiewaniem, wybuchy złości czy urojenia sprawiają, że osoba chora i jej opiekunowie nie są dla znajomych atrakcyjnymi partnerami do spędzania czasu wolnego. Dodatkowo zmęczenie opiekunów wzrastającym zakresem opieki sprawia, że nie mają oni ani czasu, ani sił, by podtrzymywać kontakty towarzyskie. Konsekwencją tego jest ich osamotnienie i izolacja społeczna.

Długotrwała opieka nad chorym z zaburzeniami otępiennymi stanowi źródło napięć i nieporozumień w rodzinie, zaburza atmosferę życia rodzinnego, a także relacje panujące między członkami systemu rodzinnego (Janion, 2011). Z tego też względu opiekunowie chorych nie zawsze mogą liczyć na zrozumienie, pomoc i → wsparcie, nawet wśród bliskich, co dodatkowo przysparza im cierpień. W skrajnych przypadkach dochodzi nawet do całkowitego zerwania kontaktu z rodziną. Opieka nad chorym niejednokrotnie powoduje też obniżenie statusu społecznego opiekunów, a nawet bywa źródłem stygmatyzacji chorego i jego bliskich. Zasygnalizowane rodzaje obciążenia opiekunów osób z chorobą Alzheimera wskazują na wiele sytuacji występujących w ich codziennym życiu, które mogą przyczyniać się do ich wyczerpania emocjonalnego. Jeżeli w sprawowaniu obowiązków opiekuńczych nie otrzymają wsparcia ze strony rodziny, przyjaciół czy też pracowników pomocy proces wypalania się ich sił będzie się nasilał. Drugie stadium zespołu opiekuna, to faza depersonalizacji. U osób sprawujących opiekę nad chorymi z otępieniem typu alzheimerowskiego, które znajdują się w tym stanie nasilają się wszystkie objawy charakterystyczne dla fazy wyczerpania emocjonalnego. Bardzo często opiekunowie sami podupadają na zdrowiu. Wielu z nich popada w apatię, a nawet cierpi na depresję. Jednakże bagatelizują własne potrzeby i problemy zdrowotne. Coraz częściej doświadczają poczucia beznadziejności sytuacji, w której się znajdują. Zaczynają też wątpić, że są w stanie sprostać wyzwaniom i stawić czoła trudnościom, jakie ich czekają w związku ze sprawowaniem opieki nad chorym. Stopniowo zaniedbują swoje obowiązki (nie utrzymują porządku w mieszkaniu, nie przygotowują pełnowartościowych posiłków itp.) oraz podopiecznego (dystansują się wobec jego potrzeb, pomniejszają jego problemy). Za nieszczęścia i trudną sytuację chorego obwiniają innych ludzi. Mają pretensje do lekarzy, że w porę nie rozpoznali problemów zdrowotnych ich podopiecznego albo, że przepisywane przez nich leki nie poprawiają jego funkcjonowania. Obwiniają też członków rodziny, że nie interesują się losem chorego i nie udzielają mu należytej pomocy. W tym stadium opiekunowie potrzebują już profesjonalnego wsparcia w formie pomocy medycznej i psychologicznej. W przeciwnym razie doświadczą stanu skrajnego zmęczenia i wyczerpania, prowadzącego do tzw. terminalnej fazy zespołu opiekuna. Osoby znajdujące się w ostatniej fazie zespołu opiekuna bardzo często nie mają już sił, by sprawować opiekę na chorym. Życie w przewlekłym stresie, nadmiar obowiązków i brak możliwości zregenerowania sił naraża opiekunów na pogorszenie samopoczucia, a nawet → zdrowia psychicznego i fizycznego. Wielu z nich cierpi na chroniczne przemęczenie i ogólne osłabienie, a także uskarża się na bezsenność, bóle i zawroty głowy, bóle mięśni oraz kręgosłupa. U innych obniżeniu ulega odporność immunologiczna bądź pojawiają się poważniejsze problemy zdrowotne, np. choroby sercowo-naczyniowe (→ nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa) i choroby układu oddechowego. Często też obserwuje się u nich wzmożone napięcie emocjonalne, duży niepokój i zmienność nastroju, depresję, zaburzenia odżywiania czy długotrwałe zaburzenia lękowe. W tym stadium zespołu opiekuna osobom sprawującym pieczę nad chorym niejednokrotnie towarzyszy poczucie osamotnienia, „bycia w pułapce" bezsilności i porażki. Tracą wiarę we własne możliwości i kompetencje opiekuńcze, przez co obniża się ich samoocena i poczucie własnej wartości. W świadomości znajdujących się w takim stanie opiekunów pojawia się negatywny obraz podopiecznego i własnej sytuacji życiowej, dlatego dystansują się emocjonalnie wobec chorego, obojętnieją na jego potrzeby i pragnienia, zaniedbują go, a niekiedy nawet zachowują się w stosunku do niego agresywnie, wyzywając go, szarpiąc, a nawet posuwając się do rękoczynów (Mace, Rabins, 2005). Opiekunowie rodzinni osób dotkniętych chorobą Alzheimera w różny sposób próbują rozładować towarzyszące im napięcie emocjonalne i poprawić sobie nastrój. Jedni ukojenia i sił do zmagania się z codziennymi problemami poszukują w wierze i praktykach religijnych. Inni sięgają po rozmaite substancje psychoaktywne – papierosy, kofeinę, alkohol czy leki uspokajające i nasenne. Bywa też, że podejmują decyzję o instytucjonalizacji chorego. Niektórzy są już tak bardzo przytłoczeni nadmiarem obowiązków i odpowiedzialności, że próbują targnąć się na własne życie. Zespół opiekuna jest zjawiskiem negatywnym i niepożądanym w życiu osób sprawujących pieczę nad ludźmi długotrwale chorymi, a w terminalnym stadium



Rys. 1. Fazy zespołu opiekuna. Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Ch Maslach, *Wypalenie w perspektywie wielowymiarowej*, w:H. Sęk (red.), *Wypalenie zawodowe. Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie.* Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2000, s. 15.



Rys. 1. Symptomy zespołu opiekuna. Źródło: Nowicka A. *Opieka i wsparcie osób z chorobą Alzheimera i ich opiekunów rodzinnych w Polsce*. Zielona Góra: Ofic. Wyd. UZ, 2015, s. 165.

wręcz zagrażającym zdrowiu i życiu zarówno opiekuna, jak i jego podopiecznego. Przemęczony, wyczerpany psychicznie, cierpiący na depresję lub znerwicowany i z trudem panujący nad własnymi emocjami oraz zachowaniem opiekun nie jest w stanie dobrze wywiązywać się ze swoich obowiązków. Niezmiernie ważne jest zatem tworzenie dla osób z chorobą Alzheimera ośrodków wsparcia dziennego, → domów dziennego pobytu czy wyspecjalizowanych w opiece nad tego typu pacjentami stacjonarnych placówek opiekuńczych. Niezbędne jest także uruchamianie nieformalnych i formalnych form wsparcia dla opiekunów rodzinnych chorych w ich środowisku lokalnym, w postaci pomocy członków rodziny, sąsiadów, przyjaciół bądź → grup wspierania.

AN

A: CSS (ang.).
B: Gabryelewicz i współprac., 2006; Gauthier, 1996; Gawlik, Kurpas, 2014; Grochmal-Bach, 2007; Janion, 2011; Mace, Rabins, 2005; Maslach, 2004; Nowicka, 2011, 2015; Parnowski, 2010; Sadowska, 2011 a, 2014; Sekułowicz, 2013; Sęk, 2004, Zych, 2010.
O: modele wypalenie, opieka, opieka długoterminowa, opiekun osoby starszej, opiekun rodzinny, opieka u kresu życia, opieka w starości, stres, stres starości, teoria kumulacji stresów, zespół stresu pourazowego, zespół wypalenia zawodowego.
S: stres opiekuna, zespól wypalenia opiekuna, zespół stresu, „zmęczenie współczuciem".
TK: ang. *caregiver syndrome/Caregiver Stress Syndrome* [CGS]/ *caregiver stress syndrome/caregiver stress/„caregiver compassion fatigue"*, fr. *le syndrome de protecteur*, hiszp. *el syndrome del cuidador*, niem. *Stress-Syndrom der Pflegepersonen*, ros. *синдром опекуна/эмоциональное утомленние опекуна.*

zespół stresu opiekuna → zespół opiekuna

zespół otępienny

– jest to stały, postępujący spadek sprawności intelektualnej, spowodowany organicznymi zmianami chorobowymi w ośrodkowym układzie nerwowym (OUN), który towarzyszy rozległym i nieodwracalnym uszkodzeniom mózgu i przejawia się przede wszystkim spadkiem sprawności intelektu, zwłaszcza myślenia i → pamięci, a także zubożeniem uczuć i potrzeb. Chory z zespołem otępiennym myśli wolniej, słabiej kojarzy, niepoprawnie rozumuje, z trudem odtwarza, zwłaszcza niedawne wspomnienia, oraz stopniowo coraz słabiej orientuje się w → czasie i sytuacji, nie radzi sobie w nowych sytuacjach, traci wiele ze swych zainteresowań, jego aktywność życiowa staje się mniej celowa i wytrwała, a związki uczuciowe z otoczeniem słabną. Dezadaptacja społeczna chorego przejawia się jego rosnącą bezradnością, zagubieniem, niesamodzielnością i z czasem – niedołęstwem, a stopień tej dezadaptacji jest miarą → otępienia.

AAZ

B: Scott, Barrett, 2007.
O: choroby neurodegeneracyjne, choroby otępienne, otępienie, otępienie czołowo-skroniowe, otępienie typu alzheimerowskiego, zaburzenia zachowania w otępieniu.
TK: ang. *dementia syndrome*, fr. *le syndrome de la démence*, hiszp. *la demencia síndrome*, niem. *dementisches Syndrom*, ros. *синдром деменции/синдром слабоумия.*

zespół słabości (syndrom kruchości)

– wywodzący się z jęz. ang. termin *frailty* w codziennym rozumieniu to słabość, ułomność, kruchość, natomiast w → geriatrii oznacza stan ograniczonej zdolności odzyskania fizjologicznej homeostazy po zadziałaniu czynników destabilizujących oraz zwiększonej podatności na wystąpienie niekorzystnych zdarzeń w postaci współistnienia różnych problemów zdrowotnych, hospitalizacji, → upadków, → niepełnosprawności, utraty niezależności i → śmierci, wynikający ze zmniejszenia rezerw fizjologicznych i odporności na stresory w następstwie skumulowanego obniżenia funkcji lub dysregulacji wielu układów fizjologicznych (Fried i współprac., 2001, Rockwood, Mitnitski, 2007). Polskie odpowiedniki nazwy: zespół słabości, zespół kruchości, wyniszczenie starcze
Klinicznie *frailty* charakteryzuje się współistnieniem kilku elementów: związanego z wiekiem zmniejszenia beztłuszczowej masy ciała – → sarkopenii, zmniejszenia siły, wytrzymałości, pogorszenia równowagi, sprawności i/lub szybkości chodzenia, małej → aktywności fizycznej (Fried i współprac., 2001). Mimo że wg niektórych stosowanych w literaturze definicji *frailty* jest równoznaczne z → niepełnosprawnością, → wielochorobowością (dwie lub więcej → choroby) bądź też z zaawansowanym wiekiem, powyższa definicja odróżnia zespół słabości od niepełnej sprawności charakteryzując go, jako stan zagrożenia niepełnosprawnością (ang. *pre-disability*) i odpowiada okresowi pośredniemu między pełnią sprawności psychofizycznej i zachowaną zdolnością pełnego zdrowienia a stanem niesprawności i niemożności odzyskania → zdrowia.
Ponieważ wszystkie wymienione stany są czynnikami ryzyka niepożądanych zdarzeń zdrowotnych obser-

wuje się ich nakładanie się, jednocześnie *frailty* może ujawniać się mimo braku wielochorobowości lub niesprawności, a niepełnosprawność lub wielochorobowość nie musi oznaczać współistnienia *frailty* (Fried i współprac., 2001, zob. rys. 1).

Brak konsensusu dotyczącego definiowania zespołu słabości jest powodem konstruowania różnych definicji oraz metod i/lub narzędzi rozpoznawania, ale istnieją dwie główne koncepcje *frailty* (Clegg i współprac., 2013):

- Koncepcja Kennetha Rockwooda, wg której *frailty* jest następstwem akumulacji uszkodzeń i deficytów, czyniących organizm wrażliwym na wystąpienie niepożądanych zdarzeń. Narzędziem rozpoznania jest *Frailty Index* oparty na liczbie zdiagnozowanych deficytów obejmujących → choroby, upośledzenie fizyczne i funkcji poznawczych, psychofizyczne czynniki ryzyka i inne niż *frailty* zespoły geriatryczne identyfikowane → całościową oceną geriatryczną (Rockwood i współprac., 2005).
- Koncepcja opierająca się na fenotypowej definicji *frailty* opracowanej przez Lindę P. Fried i współprac. (zastosowanej do oceny zespołu w *Cardiovascular Health Study*, CHS), definiuje tzw. fizyczne *frailty*. Rozpoznanie jego obecności zależy od współistnienia 3 spośród 5 cech (Fried i współprac., 2001):
  1. Niezamierzonego spadku masy ciała o co najmniej 4,5 kg (10 funtów) w ciągu ostatniego roku.
  2. Małej aktywności fizycznej (w zakresie najniższego kwintyla, tj. 20% wydatku energetycznego; mężczyźni 383 Kcal/tydzień, kobiety 270 Kcal/tydzień).
  3. Wolnego chodu (w zakresie najniższego kwintyla, tj. 20% czasu przejścia 4,572 m (15 stóp).
  4. Obniżonej siły mięśniowej (siła uścisku ręki w zakresie najniższego kwintyla, tj. 20%).
  5. Subiektywnie zgłaszane poczucie wyczerpania, mała wytrzymałość.

Obecność 1 lub 2 cech odpowiada zwiększonemu zagrożeniu rozwojem zespołu słabości, w jęz. ang. określonego jako *pre-frail*.

W odróżnieniu od Indeksu Frailty Rockwooda, definicja Lindy P. Fried i współprac. pozwala na wyraźne rozgraniczenie zespołu *frailty*, czyli stanu zagrożenia załamaniem homeostazy ustroju oraz zagrożenia niepełnosprawnością, od jego niekorzystnego następstwa, jakim jest niesprawność wyrażająca się utratą samodzielności, oraz od wielochorobowości.

Do innych skal służących do rozpoznania zespołu słabości należą:

1. *CSHA Clinical Frailty Scale* zastosowana w *Canadian Study of Health and Aging* (Rockwood i współprac., 2005):
   1.1. Bardzo sprawny: w dobrej kondycji, aktywny, energiczny, uprawiający sport regularnie.
   1.2. Sprawny i/lub zdrowy: bez aktywnej choroby, ale mniej sprawny niż w grupie 1.
   1.3. Sprawny z współistniejącymi chorobami dobrze leczonymi (lepiej niż 4).
   1.4. Wyraźnie wrażliwy na uszkodzenia: obecność objawów chorobowych.
   1.5. Łagodny *frail* – wymaga pomocy podczas → instrumentalnej aktywności życia codziennego (IADL)
   1.6. Umiarkowany *frail* – wymaga pomocy IADL i ADL.
   1.7. Ciężki *frail* – uzależniony od pomocy innych podczas codziennej aktywności lub chory terminalny.
2. *Study of Osteoporotic Fracture Frailty Index*, w którym obecność 2 lub więcej spośród poniższych wskazuje *frailty,* 1 cechy oznacza *pre-frail* (Ensrud i współprac., 2009):
   2.1. Spadek masy ciała ≥ 5% między dwoma badaniami.
   2.2. Niemożność podniesienia się z krzesła 5 razy bez pomocy rąk.
   2.3. Brak energii oceniany na podstawie pytania → Geriatrycznej Skali Depresji [Yesavage'a]: *Czy Pan/Pani czuje się pełny/a energii?*
3. *Groningen Frailty Indicator* – kwestionariusz składający się z 12 pytań dotyczących sprawności funkcjonalnej, fizycznej, ograniczeń wzroku i słuchu, spadku masy ciała, ilości stosowanych leków, deficytów → pamięci, zaburzeń nastroju, poczucia lęku, osamotnienia. (Schuurmans i współprac., 2009).
4. *Tilburg Frailty Indicator* – zawiera pytania dotyczące 3 sfer: a) fizycznego *frailty*: dotyczące spadku masy ciała, zdrowia fizycznego, zaburzeń wzroku i słuchu, siły mięśniowej i poczucia zmęczenia, b) dotyczące sfery psychicznej: → zaburzeń pamięci, nastroju, lęku i radzenia sobie w życiu, c) sfery socjalnej: oceniającej samotne zamieszkiwanie, relacje społeczne i → wsparcie socjalne (Gobbens i współprac., 2010).
5. Skala FRAIL [*Fatigue, Resistance, Ambulation, Illnesses, Loss of weight* – zmęczenie, obniżenie odporności, trudności w poruszaniu się, choroby, utrata masy ciała/wagi – przyp. red.] zaproponowana przez *International Academy of Nutrition and Aging* (Romero-Ortuno, 2013).

6. *Edmonton Frail Scale* – obejmuje ocenę → mobilności → Testem "Wstań i idź" oraz ocenę funkcji poznawczych (Rolfson i współprac., 2006).
7. SHARE-FI – *Frailty Instrument for Primary care of the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* zaproponowany do zastosowania w podstawowej opiece zdrowotnej (por. Theou i współprac., 2013)

Mnogość narzędzi i poszukiwania kolejnych wskazują na istnienie wątpliwości co do trafności rozpoznawania zespołu słabości za ich pomocą.

Patofizjologia zespołu *frailty*

Zakłada się złożoną, wieloczynnikową etiologię zespołu słabości, w której bierze się pod uwagę wpływ czynników genetycznych, efektów procesu → starzenia się, współistniejących chorób, czynników związanych ze → stylem życia (→ niedożywienie [w starszym wieku], brak → aktywności fizycznej) i niekorzystnych wpływów środowiska (Puts i współprac., 2005 b, Clegg i współprac., 2013, Martone i współprac., 2013)

W patofizjologii zespołu *frailty* sugerowany jest udział (Puts i współprac., 2005 b, Collerton i współprac., 2012, Waltson i współprac., 2002, Vogt i współprac., 2015, Wong i współprac., 2013, Martone i współprac., 2013, Bartali i współprac., 2006, Semba i współprac., 2006, Chen i współprac., 2014):

- dysregulacji układu immunologicznego ze zwiększoną podatnością na zakażenia oraz obecnością przewlekłego stanu zapalnego z umiarkowanym wzrostem cytokin prozapalnych, takich jak: białko C reaktywne (CRP), interleukina 6 (IL-6), interleukina 1 (IL-1), czynnik martwicy guzów alfa (*Tumor Necrosis Factor*; TNF alfa) określany mianem *inflammaging*,
- zwiększonej aktywności prokoagulacyjnej ze zwiększeniem stężenia dimeru D,
- dysregulacji hormonalnej:
- osi podwzgórze – przysadka – nadnercza: ze względną przewagą kortyzolu, będącego hormonem katabolicznym sprzyjającym proteolizie białek (również białek mięśniowych, co przyczynia się do sarkopenii) oraz rozwojowi insulinooporności – czynnika sprzyjającego rozwojowi → cukrzycy i chorób sercowo-naczyniowych,
- osi podwzgórze – przysadka – gonady: spadek stężenia hormonów płciowych estrogenów i androgenów – → testosteronu i siarczanu dehydroepiandrosteronu, które są hormonami anabolicznymi przyczynia się do → osteopenii i sarkopenii,
- zmniejszenie wydzielania hormonu wzrostu i insulinopodobnego czynnika wzrostu 1 (*insulin growth factor 1*, IGF-1), hormonów anabolicznych pobudzających wzrost i regenerację,
- niedoboru witaminy D,
- zaburzeń regulacji stanu odżywiania obejmujących stany niedożywienia i otyłości,
- przewlekłych schorzeń przyspieszających rozwój *frailty* lub pogarszających jego kliniczną prezentację.

Przewlekły stan zapalny przyczynia się do aktywacji prokoagulacji, zburzeń hormonalnych, insulinooporności, zwiększenia katabolizmu, głównie upośledzenia wątrobowej syntezy albumin i zwiększonej proteolizy białek mięśniowych, pogorszenia funkcji poznawczych, → anoreksji osób starszych, czyli anoreksji starczej. Efektem tych zaburzeń jest sarkopenia, niedożywienie, zmniejszenie aktywności fizycznej, obniżenie wydatku energetycznego, pogorszenie mobilności, równowagi, a także upadki i niepełnosprawność. Zaburzenia te układają się w kaskadę błędnego koła, w której każda kolejna nieprawidłowość nakręca spiralę dalszych zmian. Podwyższone stężenie cytokin prozapalnych i kortyzolu z towarzyszącym zmniejszeniem stężenia hormonów anabolicznych, takich jak: testosteron, estrogeny, siarczan dehydroepiandrosteronu, witaminy D przyczyniają się do rozwoju sarkopenii i zaburzeń stanu odżywienia, dwóch głównych komponentów zespołu słabości (Chen i współprac., 2014, Puts i współprac., 2005 b). Dlatego też podwyższone stężenia CRP, IL-6, TNF alfa, dimeru D i obniżone 25OHD i IGF-1 służą jako markery *frailty*. Innymi postulowanymi markerami są: hemoglobina, neopteryna oraz kilka parametrów związanych z niedoborami żywieniowymi, poza witaminą D również niedobór witamin B, C, E, transkobalaminy i karotenoidów (Rockwood, Bergman, 2012) z zastrzeżeniem, że żaden z powyższych czynników nie jest specyficzny dla zespołu słabości. Choć jak dotąd brak badań prospektywnych potwierdzających hipotezę związku przyczynowo-skutkowego między wymienionymi czynnikami a rozwojem zespołu słabości, wyniki badań potwierdzają współistnienie *frailty* z sarkopenią, niedoborami żywieniowymi, brakiem aktywności fizycznej, jak i podwyższonym stężeniem cytokin prozapalnych. W porównaniu z osobami bez cech zespołu słabości, u badanych z fenotypem *pre-frail* i *frail* stwierdzono mniejszą gęstość i masę mięśni z odpowiednio większą zawartością tkanki tłuszczowej (Cesari i współprac., 2004 b). Masa mięśni kończyn dolnych była też niższa wśród osób ze stężeniem albuminy poniżej 38 g/l w porównaniu z osobami ze stężeniem w zakresie 38–41,9 g/l i ≥ 42 g/l (p dla trendu = 0,009) (Visser

i współprac., 2005), co łączy sarkopenię z cechami niedożywienia. Podobnie, obniżenie stężenia hemoglobiny o każdy 1 g/dl poniżej wartości granicznej dla rozpoznania niedokrwistości związany był z obniżeniem masy i siły mięśniowej oraz ze stopniem niesprawności (Cesari i współprac., 2004 a, Penninx i współprac., 2004 b). W wielu badaniach potwierdzono również istotnie częstsze występowanie zespołu słabości wśród osób spożywających posiłki niskokaloryczne, z niską zawartością białka, karotenoidów, witamin D, E, C i kwasu foliowego oraz wśród osób z ich niedoborami (Semba i współprac., 2006, Bartali i współprac., 2006). W badaniu *InChianti* wśród osób ze stężeniem -25hydroksywitaminy D w surowicy poniżej 50 nmol/l *frailty* występowało prawie 5-krotnie częściej wśród mężczyzn (OR 4,94; 1,80–13,61) i 1,5 razy częściej u kobiet (OR 1,43; 0,58–3,56) w porównaniu z osobami z prawidłowymi stężeniami witaminy D (Shardell i współprac., 2009). W *Cardiovascular Health Study*, osoby z cechami zespołu *frailty* i *pre-frail* charakteryzowały się istotnie wyższymi stężeniami CRP, czynnika VII i dimeru D, co potwierdza współistnienie *frailty* z podwyższoną aktywnością prozapalną i prozakrzepową (Walston i współprac., 2002). Wykazano, że osoby z wyższymi stężeniami CRP, IL-6 i TNF-α (w zakresie trzeciego tercyla) miały najwyższe ryzyko ujawnienia zaburzeń mobilności po standaryzacji do wieku, płci, rasy, wykształcenia, masy tkanki tłuszczowej, palenia tytoniu, chorób sercowo-naczyniowych, → przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, cukrzycy, nowotworów, choroby zwyrodnieniowej, stosowania leków niesteroidowych przeciwzapalnych, kortykosteroidów, stężenia albuminy i kreatyniny (Penninx i współprac., 2004 a).

Znaczenie braku aktywności fizycznej potwierdziły wyniki *Health Aging and Body Composition Study (Health ABC Study).* W pięcioletniej obserwacji u osób prowadzących siedzący tryb życia w porównaniu z aktywnie ćwiczącymi, stwierdzono o %45 wyższe ryzyko rozwoju zespołu słabości – OR %95 ;1,45 CI 2,01–1,04, i blisko 3 krotnie większe ryzyko jego progresji – OR %95 ;2,8 CI 8,02–0,98. Co istotne, deklarowany aktywny tryb życia w rozumieniu codziennej aktywności nie chronił przed dalszym zaawansowaniem *frailty* – OR 2,81; 95% CI 1,22–6,43 (Peterson i współprac., 2009). Choć najbardziej rozpowszechniony jest fenotyp fizycznego *frailty*, scharakteryzowanego kryteriami Lindy P. Fried i współprac., coraz częściej zwraca się uwagę na związek upośledzenia funkcji poznawczych z zespołem słabości. Sugeruje się, że zarówno pogorszenie funkcjonowania poznawczego może być czynnikiem przyczyniającym się do rozwoju zespołu słabości, jak i stan *pre-frail* i *frailty* są czynnikami ryzyka upośledzenia funkcji poznawczych (Robertson, Savva, Kenny, 2013).

Epidemiologia *frailty*

Częstość występowania zespołu słabości w populacji osób w wieku 65 lat i więcej oceniono na 6,9% w *Cardiovascular Health Study* (Fried i współprac., 2001) i 8,8% w *InChianti study – Invecchiare in Chianti study* (Cesari i współprac. 2006), 7% we francuskim badaniu *The Three City Study* (Avila-Funes i współprac., 2008). Podobnie w subpopulacji starszych mieszkańców Nowej Zelandii występował u 8,9% kobiet i 7% mężczyzn (Barrett i współprac., 2006). Częstość występowania wykazuje wyraźną zależność od wieku. W CHS wzrastała od 3,2% w przedziale wieku 65–70 lat do 16,3% w grupie 80–84 lata i 25,7% w wieku 85–89 lat i była nieco niższa – 23,1% u dziewięćdziesięciolatków. Z wyjątkiem tej najstarszej grupy wiekowej, w której zespół *frailty* był trzykrotnie częstszy u mężczyzn, we wszystkich młodszych przedziałach wiekowych częściej stwierdzany był u płci żeńskiej (Fried i współprac., 2001). Stan zagrożenia *frailty* (*pre-frail*) stwierdzono u ponad 45% osób starszych w CHS i u 39,5% badanych w *InChianti study* (Cesari i współprac., 2004 b). Wyniki tych poszczególnych badań potwierdza przegląd systematyczny (Collard i współprac., 2012) badań obejmujących 61 500 osób starszych. Co prawda, zestawienie wyników wszystkich 21 badań wykazało bardzo szeroki zakres częstości występowania (od 4,0% do 59,1%) spowodowany różnicami metodologicznymi, ale ograniczenie analizy do badań wykorzystujących definicję fenotypową *frailty* i po nałożeniu wag średnia częstość występowania zespołu słabości wynosiła 9,9%, a stanu *pre-frail* – 44,2%. Potwierdzono również wzrost częstości zespołu słabości z wiekiem: od 4% w przedziale wieku 65–69 lat, 7% w wieku 70–74 lata, 9% miedzy 75. a 79. rokiem życia do 16% w przedziale wieku 80–84 lata i 26% wśród osób powyżej 85 lat (Collard i współprac., 2012).

Konsekwencje zespołu słabości

Syndrom kruchości jest stanem dynamicznym i oba kierunki zmian, progresja do cięższej postaci i polepszenie stanu są możliwe, jednak z przewagą zmian w kierunku pogorszenia (Lang, Michel, Zekry, 2009). Obecność cech zespołu słabości związana jest z zagrożeniem pogorszenia mobilności i stanu funkcjonalnego z deficytami w zakresie złożonych i podstawowych → czynności życia codziennego (Fried i współprac.,

2001, Avila-Funes i współprac., 2008, Tom i współprac., 2013, Puts i współprac., 2005 a, Vermeulen i współprac., 2011), co skutkuje utratą niezależności. *Frailty* zwiększa ryzyko upadków (Fried i współprac., 2001, Ensrud i współprac., 2007, 2009), zwłaszcza powtarzających się (Tom i współprac., 2013) oraz złamań kości (Tom i współprac., 2013, Ensrud i współprac., 2007, 2009). Konsekwencją powikłań zespołu słabości jest ponad siedmiokrotnie wyższe ryzyko instytucjonalizacji w tej grupie (Rockwood i współprac., 2004). Osoby z zespołem słabości częściej wymagają hospitalizacji (Fried i współprac., 2001), a pacjenci z zespołem *frailty* wymagający operacji chirurgicznych obarczeni są ponad 2,5-krotnie wyższym ryzykiem powikłań pooperacyjnych, dłuższym okresem hospitalizacji i częściej wypisywani są do instytucji opiekuńczych (Makary i współprac., 2010). *Frailty* jest najczęstszym zaburzeniem prowadzącym do zgonu. W porównaniu z osobami bez cech zespołu słabości jego obecność zwiększyła śmiertelność 6-krotnie w obserwacji 3-letniej i ponad 3-krotnie w ciągu 7 lat w *Cardiovascular Health Study* (Fried i współprac., 2001). Wyższe ryzyko zgonu osób z zespołem słabości (4- do 7-krotnie), zależnie od jego zaawansowania, potwierdzono również w *Canadian Study of Health and Aging* (Rockwood i współprac., 2004), jak i o ponad 80% wyższe ryzyko śmierci kobiet z cechami *frailty* w próbie objętej badaniem *Study of Osteoporotic Fractures* (Ensrud i współprac., 2007).

Strategia postępowania i zapobiegania zespołowi słabości

Nierównoległość starzenia się z ujawnianiem cech zespołu słabości i rozpowszechnienie *frailty* nie przekraczające 30% nawet w najstarszych grupach wiekowych wskazuje na możliwość zapobiegania jego ujawnieniu. Działania powinny być skierowane na:

- zapobieganie, opóźnienie, odwrócenie lub zredukowanie ciężkości zespołu słabości,
- zapobieganie i redukcję niepożądanych zdarzeń i konsekwencji zespołu słabości.

Mając na uwadze wieloczynnikowa genezę i elementy patofizjologii zespołu słabości w profilaktyce należy uwzględnić wczesną diagnostykę i leczenie schorzeń, szczególnie naczyniowo-mózgowych, sercowo naczyniowych, przewlekłej choroby nerek, chorób narządu ruchu, z jednoczesnym unikaniem → polipragmazji, ze względu na ryzyko działań niepożądanych, → interakcji leków i indukcji → geriatrycznych zespołów jatrogennych. Należy badać funkcje wzroku i słuchu, ważne dla codziennego funkcjonowania i utrzymywania więzi i kontaktów społecznych i korygować ich deficyty, oceniać sprawność funkcji poznawczych i nastroju, również istotnie wpływających na zaangażowanie w życiu codziennym, podejmowanie różnorodnych aktywności, na samodzielność i → jakość życia. Uwzględniając dwa główne komponenty zespołu *frailty* – sarkopenię i zaburzenia stanu odżywienia (*nutritional frailty*) najbardziej istotnymi działaniami są aktywność fizyczna i normalizacja stanu odżywienia. Zdrowy styl życia z prawidłowym odżywieniem, z dostateczną ilością białka (1,0–1,5 g/kg/dobę), utrzymaniem prawidłowej masy ciała, kontynuowaną przez całe życie aktywnością fizyczną są elementami zapobiegającymi rozwojowi *frailty*. Wyniki badań wskazują, że w stanie rozwiniętego zespołu słabości interwencja skierowana wyłącznie na poprawę stanu odżywienia w postaci zwiększenia kaloryczności posiłków i zawartości białka jest niewystarczająca do odwrócenia lub zahamowania zespołu słabości (Fiatarone i współprac., 1994, Daniels i współprac., 2008). Działania te powinny być skojarzone z regularną aktywnością fizyczną obejmującą ćwiczenia wytrzymałościowe i oporowe, które wpływają na zwiększenie masy i siły mięśni, ćwiczenia równowagi, które wraz z poprzednimi zmniejszają ryzyko upadków, ćwiczenia gibkości i zwiększające zakres ruchów, spacery (Daniels i współprac., 2008, Gill i współprac., 2002, Fiatarone i współprac., 1994, Gine-Garriga i współprac., 2014). Indywidualnie dobrany program rehabilitacyjny powinien uwzględniać potrzeby, możliwości i warunki zdrowotne starszej osoby, zwłaszcza ćwiczenia oporowe powinny być wprowadzane z dużą ostrożnością ze względu na współistniejącą z reguły wielochoroboowść, niemniej trening stopniowo powinien osiągnąć co najmniej umiarkowaną intensywność, a aktywność fizyczna powinna być utrzymywana stale, co najmniej 30 min. przez większość (najlepiej wszystkie) dni tygodnia. Większość badań wskazuje na korzystny efekt prowadzonych ćwiczeń na siłę mięśni, sprawność fizyczną i funkcjonalną mierzoną zdolnością do radzenia sobie z czynnościami życia codziennego – ADL i IADL (Daniels i współprac., 2008, Fiatarone i współprac., 1994, Gill i współprac., 2002, Gine-Garriga i współprac., 2014), choć istotna poprawa sprawności dotyczy przede wszystkim osób z umiarkowanym zaawansowaniem zespołu, podczas gdy u osób z ciężką postacią *frailty* obserwowano spowolnienie progresji w porównaniu z grupą kontrolną (Gill i współprac., 2002). Wieloskładnikowa → rehabilitacja osób z zespołem słabości pozwala również zmniejszyć częstość upadków i urazów.

Kierunek normalizacji stanu odżywienia zależy od masy ciała. Otyłość z nadmiarem tkanki tłuszczowej jest zjawiskiem niekorzystnym. Otyłość trzewna jest czynnikiem ryzyka cukrzycy i chorób sercowo-naczyniowych, utrudnia poruszanie się i pogarsza sprawność fizyczną, a tkanka tłuszczowa infiltrująca mięśnie szkieletowe zastępuje zanikające włókna mięśniowe, jest elementem sarkopenii związanej z otyłością, a przez funkcję endokrynną przyczynia się do podtrzymywania przewlekłego stanu zapalnego. Dlatego zmniejszenie masy ciała może przyczynić się do poprawy profilu metabolicznego i poprawy sprawności. Z kolei osoby z niedożywieniem wymagają suplementacji żywieniowej ze zwiększeniem kaloryczności posiłków i zawartością białka 1,0–1,5g/kg masy ciała dziennie (z wyjątkiem chorych z zaawansowaną niewydolnością nerek). Niezależnie od wielkości masy ciała należy wyrównać niedobory makro- i mikroelementów, zwłaszcza żelaza, zapobiegając lub wyrównując niedokrwistość i witaminy D. Suplementacja witaminy D wykazuje korzystny wpływ na funkcje nerwowo-mięśniowe, równowagę, siłę mięśniową, redukcję ryzyka upadków. Wśród osób z pożądanym stężeniem 25OHD (≥ 30 ng/ml) stwierdzono najniższe ryzyko pogorszenia sprawności funkcjonalnej i najniższe ryzyko zgonu (Vogt i współprac., 2015, Wong i współprac., 2013). Ze względu na ryzyko działań niepożądanych w zespole *frailty* nie zaleca się stosowania terapii hormonalnej (→ testosteron, estrogeny, hormon wzrostu) i dostępnych leków przeciwzapalnych (zob. Clegg i współprac., 2013). Mimo doniesień na temat korzystnego wpływu inhibitorów enzymu konwertującego angiotensynę na strukturę i funkcję mięśni ich rola w prewencji zespołu słabości nie jest ustalona (por. Clegg i współprac., 2013).

Najbardziej pomocnym narzędziem w ocenie osób starszych, diagnozowaniu deficytów i zmian w zakresie funkcjonowania fizycznego i psycho-społecznego jest → całościowa ocena geriatryczna, pozwalająca na identyfikację osób z zespołem słabości lub zagrożonych jego rozwojem. Ocenie takiej powinny być poddawane wszystkie starsze osoby, szczególnie te, u których pojawiają się nowe ubytki lub zaburzenia funkcjonowania psychofizycznego, gdyż wdrożenie strategii zapobiegawczej w okresie *pre-frail* daje największe szanse odwrócenia kierunku zmian.

ASK

A: FS.

B: Avila-Funes i współprac., 2008; Barrett i współprac., 2006; Bartali i współprac., 2006; Cesari i współprac., 2004 a, 2004 b, 2006; Chen i współprac., 2014; Clegg i współprac., 2013; Collerton i współprac., 2012; Daniels i współprac., 2008, Ensrud i współprac., 2007, 2009; Fiatarone i współprac., 1994; Fried i współprac., 2001; Gill i współprac., 2002; Gine-Garriga i współprac., 2014; Gobbens i współprac., 2010; Makary i współprac., 2010; Martone i współprac., 2013; Penninx, 2004 a, 2004 b; Puts i współprac., 2005 a, 2005 b; Robertson, Savva, Kenny, 2013; Rockwood i współprac., 2004, 2005; Rockwood, Mitnitski, 2007; Rolfson i współprac., 2006; Romero-Ortuno, 2013; Semba i współprac., 2006; Schuurmans i współprac., 2004; Sokołowski i współprac., 2014; Theou i współprac., 2013; Vogt i współprac., 2015; Waltson i współprac., 2002; Wong i współprac., 2013.

O: niedożywienie w starszym wieku, niepełnosprawność, osteopenia, osteoporoza, sarkopenia, upadki, wielochorobowość.

S: wyniszczenie starcze, zespół kruchości.

TK: ang. *frailty syndrome*, fr. *le syndrome de fragilité*, hiszp. *el síndrome de fragilidad*, niem. *Geberlichkeit/Fraility-Syndrom*, ros. *синдром хрупкости/синдром ломкости*.

syndrom kruchości → zespół słabości

zespół stresu pourazowego

pojęcie zaburzenia po → stresie traumatycznym zostało wprowadzone do amerykańskiego podręcznika diagnostycznego i statystycznego chorób i zaburzeń psychicznych (DSM III) w 1980, na oznaczenie głębokich oraz trwałych zmian w funkcjonowaniu fizjologicznym i psychicznym będących wynikiem skrajnie urazowych przeżyć. Objawy psychiczne, głównie lękowe, są reakcją na bardzo silnie stresujące wydarzenia, zaś typowe symptomy to: uporczywe nawracanie wspomnień urazu na jawie i w snach, poczucie odrętwienia, zobojętnienia i/lub odizolowania od ludzi, długotrwała bezsenność, gwałtowne wybuchy agresji, strach, stany lęku i → depresji bądź stany wzmożonej pobudliwości i czujności, a także dążenie do unikania działań i sytuacji przypominających uraz. Zaburzenie zaczyna się wkrótce po urazie lub później, nawet po kilkumiesięcznym okresie utajenia, zwykle z czasem ustępuje, lecz może też trwać przewlekle lub doprowadzić do trwałych zmian osobowości, takich jak: uogólniona lękliwość, bierność lub podejrzliwość. Zdaniem Jarosława Grotha i współprac. (2013, s. 299) zespół stresu pourazowego jest „zaburzeniem, którego symptomy pojawiają się w następstwie doświadczenia przez jednostkę traumatycznego wydarzenia, zdarzenia związanego z zagrożeniem → życia, poważnym uszkodzeniem ciała lub zagrożeniem fizycznej integralności swojej lub innych, czemu towarzyszy inten-

sywny lęk, poczucie bezradności lub zgroza". W najnowszej klasyfikacji zaburzeń psychicznych ICD-11 (2015) zespół stresu pourazowego (PTSD) znajduje się w kategorii zaburzeń zawiązanych ze stresem (*disorders specificially associated with stress*). Ponadto wprowadzono – obok PTSD – nową kategorię: *complex post-traumatic stress disorder*, zdefiniowaną jako trwała zmiana osobowości występująca przez co najmniej dwa lata po ekstremalnym stresie. Kategoria ta obejmuje m.in. trwałą zmianę osobowości po katastrofach i/lub po przeżyciu sytuacji ekstremalnej (por. Makara-Studzińska, 2012, s. 112).

Mimo że zespół stresu pourazowego został wprowadzony do nomenklatury medycznej nie tak dawno (1980), opisy objawów tego zaburzenia znajdujemy w literaturze pięknej, począwszy od *Odysei* (VIII w p.n.e.) Homera, poprzez dramat *Król Henryk IV* (ok. 1597) Williama Szekspira (1564–1616), aż do wojennej opowieści Kurta Vonneguta (1922–2007) *Rzeźnia numer pięć* (1969). Jeden z symptomów PTSD, jakim jest dotkliwa bezsenność, tak oto opisał Szekspir w swym dramacie:

„O, śnie,/O, cichy śnie, natury niańko czuła,/Czym em cię strwożył, że już nie chcesz dłużej/Zamykać moich powiek, a mych zmysłów/Pogrążać w zapomnieniu? […] A w tej spokojnej i najcichszej nocy,/Mając tu wszystko, co do snu potrzebne –/Odmawiasz go Królowi" (*Król Henryk IV*, cz. II, akt III, scena I – przekł. Bohdana Drozdowskiego).

Pierwsze medyczne obserwacje zaburzeń po stresie traumatycznym pochodzą z czasów wojny secesyjnej i I wojny światowej, pojawiły się wówczas takie określenia, jak: „żołnierskie serce" „nerwica okopowa" czy „zmęczenie bitwą". W Polsce w latach 60. ubiegłego stulecia zespół lekarzy z Kliniki Psychiatrycznej Akademii Medycznej w Krakowie zrealizował pionierskie badania byłych więźniów hitlerowskich obozów koncentracyjnych. Z biegiem lat u badanych osób ujawniały się coraz silniej psychiczne, późne następstwa wegetacji w obozach, które przyspieszały m.in. → starzenie się tych osób. Do typowych objawów tego zespołu zaliczono m.in.: strach przed ewentualnym głodem, gromadzenie żywności, bóle głowy, bezsenność, lęki, stany apatyczne, natręctwa, zaburzenia świadomości i samokontroli zachowania. Badani byli często przesadnie rygorystyczni i skrupulatni, nie lubili hałasu, huku, wystrzałów, krwi, krat, kolczastych ogrodzeń, ludzi w mundurach, pasiastych tkanin, koców, szczekania, ujadania psów, szarugi, słoty, zimna, mrozu. Na noc przygotowywali odzież, by ubrać się zaraz po zerwaniu się ze snu. Siadali plecami do ściany, by widzieć całe pomieszczenie. I najważniejsza cecha: poczucie winy, że jednak, mimo wszystko, żyją, oraz wewnętrzne rozdarcie, poczucie szczęścia, że się ocalało, a zarazem głębokie, duchowe cierpienie z powodu przegranego **życia**, chociaż się przeżyło. Wtedy też powstało pojęcie astenii postępującej nazywanej też KZ-syndromem (zob. Kępiński, 2008, Makara-Studzińska i współprac., 2012, Zych, 2010). W literaturze anglosaskiej na oznaczenie tego zespołu używa się określeń: *Holocaust Syndrome* lub *Survivor Syndrome*, natomiast w publikacjach polskich stosuje się takie synonimiczne określenia, jak: „astenia poobozowa", „choroba drutów kolczastych" lub „zespół obozu koncentracyjnego". Dla określenia wzorca reakcji często występującego wśród osób, które przeżyły traumatyczne zdarzenia, amerykański psychiatra Robert J. Lifton (1926–) wprowadził pojęcie „zespół ocalenia". Opisany w 1961 przez Williama G. Niederlanda (1904–1993) „syndrom ocalałego" uznawany jest za formą zespołu stresu pourazowego, jest to szczególny zespół zmian poczucia tożsamości i charakteru (wycofywanie się z kontaktów z innymi ludźmi, bezsenność i depresja), występujący u ofiar Holokaustu, głównie byłych więźniów obozów koncentracyjnych, a także u byłych zesłańców do sowieckich łagrów i byłych więźniów politycznych okresu stalinizmu. Na zespół stresu pourazowego cierpią np. weterani wojny koreańskiej (z lat 1950–1953) czy wojny wietnamskiej (1964–1973), dziś przedstawiciele starszej subpopulacji. Zaburzenia tego rodzaju określa się również jako „zmęczenie kombatanta" lub „syndrom powietnamski". Z kolei u ofiar przemocy seksualnej, a zwłaszcza gwałtu, mogą się rozwinąć specyficzne zaburzenia określane jako „syndrom traumy gwałtu" (am. *Rape Trauma Syndrome* – RTS), przebiegające w dwóch fazach: ostrej i długoterminowej (zob. Burgess, Homström, 1974, Tyra, 1993, Zdrojowicz i współprac., 2006). Daniel Weintraub i Paul E. Ruskin (1999) przeprowadzili przegląd danych dotyczących PTSD u osób w → wieku podeszłym, i doszli do wniosku, że choć sam wiek nie jest czynnikiem ryzyka zespołu stresu pourazowego, to jednak czynnik taki mogą stanowić problemy związane z utratą istotnych związków. Osoby w starszym wieku mogą odczuwać utratę integralności oraz niezależności, przy czym strategie związane z unikaniem, takie jak: izolowanie się i brak zaufania do innych ludzi, jako reakcje na uraz, które były skutecznie stosowane w młodości, mogą być mniej użyteczne w podeszłym wieku.

Zgodnie z klasyfikacją ICD-10 (*Międzynarodowa…*, 1998), kryteria diagnostyczne zespołu stresu pourazowego są następujące:

A. Pacjent był narażony na stresujące wydarzenie lub sytuację (oddziałujące krótko- albo długotrwale) o cechach wyjątkowo zagrażających lub katastroficznych, które mogłyby spowodować przenikliwie odczuwane cierpienie u niemal każdego.
B. Występuje uporczywe przypominanie sobie lub „odżywanie" stresora w postaci zakłócających „przebłysków" (ang. *flashbacks*), powrotu żywych wspomnień, reminiscencji lub powracających snów, albo w postaci gorszego samopoczucia w sytuacji zetknięcia się z okolicznościami przypominającymi stresor lub związanymi z nim.
C. Pacjent aktualnie unika lub preferuje unikanie okoliczności przypominających stresor lub związanych z nim, co nie występowało przed zetknięciem się z działaniem stresora.
D. Występuje którekolwiek z następujących: 1) częściowa lub całkowita niezdolność do odtworzenia pewnych ważnych okoliczności zetknięcia się ze stresorem, 2) uporczywie utrzymujące się objawy zwiększonej psychologicznej wrażliwości i stanu wzbudzenia, które nie występowały przed zetknięciem się z działaniem stresora, w postaci którychkolwiek z dwóch następujących objawów: a) trudność z zasypianiem lub podtrzymaniem snu, b) drażliwość lub wybuchy gniewu, c) trudność w koncentracji uwagi, d) nadmierna czujność, e) wzmożona reakcja zaskoczenia.
E. Wszystkie z kryteriów B, C i D zostały spełnione w ciągu 6 m-cy od stresującego wydarzenia albo od zakończenia oddziaływania stresora (dla niektórych celów można włączyć także początek opóźniony o dłużej niż 6 m-cy, lecz należy to wyraźnie określić). Początek zaburzenia następuje po urazie, albo po okresie utajenia, który może trwać od kilku tygodni do kilku m-cy (ale rzadko przekracza 6 m-cy). Przebieg jest falujący, zmienny, w większości przypadków objawy ustępują całkowicie. U niewielkiego odsetka osób zaburzenie może wykazywać przebieg przewlekły, wieloletni, z przejściem w trwałą zmianę osobowości.

Dorosłe osoby, w tym seniorzy, doznające objawów PTSD, posiadają symptomy ich odległych skutków układające się w następujące kategorie: 1) zmiany w regulacji emocji i impulsów, np. utrzymująca się dysforia, przewlekłe samobójcze myśli lub autoagresja, wybuchowość bądź zahamowanie emocjonalne, gniew, złość, rozdrażnienie; 2) zmiany uwagi i/lub świadomości, np. szybkie wypieranie traumatycznego wydarzenia, czyli → amnezja psychogenna, powtórne i natrętne przeżywanie urazu czyli ruminacje lub epizody dysocjacji; 3) zmiany samooceny, np. wszechobecne poczucie bezradności, wstydu, poczucia winy, apatia, brak inicjatywy, oraz poczucie bycia izolowanym i całkowicie różnym się od innych ludzi; 4) zmiany w relacjach z innymi, w rodzaju: różnorodne zmiany w postrzeganiu i ocenie sprawcy, poczucie zależności od sprawcy (nawet tylko na poziomie mentalnym), racjonalizacja, trudności w samodzielnym podejmowaniu decyzji, brak zaufania do siebie i innych, brak poczucia bezpieczeństwa; 5) dolegliwości somatyzacyjne, np.: bóle i zawroty głowy, zaburzenia snu i łaknienia, kołatania serca, wzmożona męczliwość i poczucie wyczerpania, bóle kostno-mięśniowe.

Zaburzenia stresowe pourazowe nie są prostą konsekwencją przebytego urazu – występują one tylko u 7–25% osób, które doznały silnej traumy. Zauważono, że około połowa osób z PTSD choruje jednocześnie lub chorowała w przeszłości na inne zaburzenia psychiczne, zwłaszcza lękowe i choroby afektywne.

Maria Lis-Turlejska (1940–) określa, że PTSD występuje w naszym kraju częściej niż w wielu innych społeczeństwach, i dotyczy ok.10–16% subpopulacji osób dorosłych (zob. Lis-Turlejska, 2002). Uzasadnia to większą podatnością wynikającą z traum i/lub urazów, jakie pojawiały się w polskiej historii, a w szczególności z tragicznych doświadczeń z okresu II wojny światowej. Badania polskie wskazują, że osoby, które doznały poważnej traumy w czasie wojny, przekazują swoim dzieciom podatność na różne zaburzenia lękowe, w tym też na zespół stresu pourazowego.

AAZ, MK-W

A: PTBS, PTSD, PTSR [ПТСР], SSPT, TEPT lub TSPT.

B: Burgess, Holmström, 1974; Dudek, 2003; Groth i współprac., 2013; Kępiński, 2008;
Lis-Turlejska, 2002; Makara-Studzińska i współprac., 2012; *Międzynarodowa…*, 1998; Shakespeare [Szekspir], 2004; Weintraub, Ruskin, 1999; Zdrojewicz i współprac., 2006; Zych, 2010.

O: otępienie pourazowe, stres, zespół opiekuna.

S: zaburzenie stresowe pourazowe.

TK: ang. *posttraumatic stress disorder*, fr. *le trouble de stress post-traumatique* ou *syndrome de stress post-traumatique*, hiszp. *el trastorno por estrés postraumático*, niem. *posttraumatische Belastungsstörung*, ros. *посттравматическое стрессовое расстройство.*

zespół suchego oka

– inaczej suche zapalenie rogówki i spojówek. Może być schorzeniem pierwotnym lub wtórnym do in-

nych patologii okulistycznych, bądź ogólnoustrojowych. Celem jego dokładnego omówienia niezbędne jest przedstawienie budowy filmu łzowego i schematu nawilżania powierzchni gałki ocznej. Film łzowy zbudowany jest z trzech warstw, licząc od powierzchni gałki ocznej są to: warstwa wodna, produkowana przez gruczoł łzowy oraz gruczoły łzowe dodatkowe, warstwa śluzowa, wydzielana przez komórki kubkowe oraz warstwa tłuszczowa produkowana przez gruczoły Meiboma i Zeissa. Ujścia tych ostatnich znajdują się na brzegach powiek i każdorazowo przy mrugnięciu warstwa tłuszczowa rozprowadzana jest na powierzchni oka. Warstwa wodna odpowiada za nawilżenie, dostarczanie tlenu oraz pełni rolę immunologiczną (obronną). Komponenta śluzowa odpowiada za ścisłe przyleganie filmu łzowego do powierzchni, zaś warstwa tłuszczowa ma za zadanie utrudnienie odparowywania łez i zapewnienie poślizgu przy ruchach powiek. Najczęstszą przyczyną zespołu suchego oka jest niedostateczne spoczynkowe (podstawowe) wydzielanie wodnej składowej filmu łzowego. Wśród przyczyn takiego stanu wymienia się zmiany hormonalne, głównie u kobiet w okresie → menopauzy, → choroby immunologicznie z zespołem Sjögrena na czele, uszkodzenie gruczołu łzowego lub przewodów wyprowadzających na skutek np. stanu zapalnego, oraz idiopatyczne, czyli bez określonego czynnika etiologicznego. Z niedoborem składowej śluzowej mamy do czynienia w przypadku zniszczenia komórek kubkowych. Dochodzi do niego na przykład w wyniku stanu zapalnego po chemicznym oparzeniu spojówek. Stany zapalne w przebiegu chorób takich jak jaglica (obecnie bardzo rzadko występująca w krajach rozwiniętych) mogą też prowadzić do uszkodzenia gruczołów łojowych, co skutkuje niedoborem warstwy tłuszczowej. Taka sytuacja, poza nadmiernym parowaniem łez, może doprowadzać do paradoksalnego skutku niedostatecznego nawilżenia powierzchni gałki ocznej, czyli do nadmiernego łzawienia: suchość rogówki i spojówek stymuluje gruczoły łzowe do zwiększenia produkcji łez, które, z powodu niedostatecznego ich zatrzymania na powierzchni gałki ocznej (brak komponenty tłuszczowej ograniczającej parowanie), nie mogą utworzyć stabilnej warstwy gwarantującej odpowiedni poziom nawilżenia – i koło się zamyka.

Wyróżniamy również neurologiczne oraz jatrogenne przyczyny zespołu suchego oka. Do tych pierwszych zaliczamy uszkodzenie nerwu trójdzielnego (V), unerwiającego gruczoł łzowy, a w efekcie spadek wydzielania łez. Porażenie nerwu twarzowego (VII) prowadzi m.in. do niedomykalności powiek, co skutkuje nadmiernym wysychaniem oka. Przyczyny jatrogenne to uboczny efekt leków stosowanych miejscowo (np. niektóre preparaty przeciwjaskrowe) oraz ogólnie (m. in. niektóre leki antyhistaminowe lub moczopędne).

Objawy podmiotowe

Pacjent cierpiący na zespół suchego oka skarży się przede wszystkim na uczucie suchości, pieczenia, wrażenie obecności ciała obcego pod powiekami, pogorszenie jakości widzenia i zwiększoną wrażliwość na światło (światłowstręt). Może być obecne nadmierne łzawienie, zwłaszcza przy gwałtownej zmianie temperatury (opuszczenie ciepłego wnętrza w miesiącach zimowych), czy silnym wietrze. Objawy nasilają się w ogrzewanych i klimatyzowanych pomieszczeniach.

Diagnostyka

Poza badaniem w lampie szczelinowej istnieje kilka testów diagnostycznych, które lekarz może przeprowadzić w celu potwierdzenia rozpoznania. Do najpowszechniejszych należy barwienie rogówki i spojówek fluoresceiną lub różem bengalskim celem wykrycia charakterystycznych ubytków nabłonka i skrócenia czasu przerwania filmu łzowego oraz test Schirmera. Ten ostatni bada ilość wydzielanych łez i polega na włożeniu sterylnych pasków bibuły do dolnego załamka powieki i obserwacji tempa i stopnia zwilżenia. Test ten można przeprowadzać ze znieczuleniem lub bez, celem określenia odpowiednio podstawowego i odruchowego wydzielania łez. Istnieją również bardziej zaawansowane metody pomiaru wydzielania łez i stopnia nawilżenia powierzchni gałki ocznej, ale ze względu na ich wysoką cenę i stosunkowo małą przydatność kliniczną znajdują zastosowanie raczej w badaniach naukowych niż codziennej praktyce lekarskiej.

Leczenie

W mało nasilonych przypadkach polega jedynie na łagodzeniu objawów za pomocą nawilżania powierzchni gałki ocznej, w bardziej zaawansowanych na dołączeniu leków działających przeciwzapalnie, czy (w najcięższych) czasowym lub stałym zamknięciu punktów łzowych, czyli podstawowej drogi odpływu łez z worka spojówkowego.

Leczenie przyczynowe zespołu suchego oka w zasadzie nie istnieje. Jeśli schorzenie to jest wtórne do choroby podstawowej (okulistycznej lub ogólnoustrojowej), czy też jest objawem niepożądanym związanym ze stosowanym leczeniem, objawy suchego oka

mogą ulec wycofaniu po ustaniu przyczyny: wyleczeniu schorzenia wyjściowego lub po odstawieniu leków wywołujących . Natomiast w przypadku pierwotnego zespołu suchego oka, zespołu Sjögrena, czy zmian pozapalnych zaprzestanie leczenia prowadzi do nawrotu objawów. Pewną pomocą może być nawilżanie powietrza w pomieszczeniu. Istnieją również urządzenia bezpośrednio poprawiające stan nawilżenia gałki ocznej w postaci nakładek na oczy (nieco przypominające dość rozbudowane okulary), jednak ze względu na swój mało estetyczny charakter nie są one akceptowane przez pacjentów.

RK

A: DES, KCS.

O: budowa narządu wzroku, choroby oczu w starszym wieku, kompleksowe badanie okulistyczne, wady wzroku, zmiany w narządzie wzroku w procesie starzenia się.

S: „suche oko", suche zapalenie rogówki i spojówek.

TK: ang. *dry eye syndrome/keratoconjunctivitis sicca/ keratitis sicca*, fr. *la sécheresse oculaire/syndrome de l'œil sec/ kératoconjonctivite sèche,* hiszp. *la queratoconjuntivitis seca*, niem. *Syndrom des trockenen Augen/Benetzungsstörungen/ Keratoconjunctivitis sicca*, ros. *синдромом сухого глаза/сухой кератоконъюнктивит/сухой кератитом.*

zespół wypalenia zawodowego

Początek obecności w literaturze naukowej problematyki wypalenia zawodowego łączy się z dwoma nazwiskami amer. psychologów: Herberta J. Freudenbergera (1926–1999) i Christiny Maslach (1946–). Zainicjowali oni równolegle i niezależnie dwa nurty reprezentacji wypalenia zawodowego. Pierwszy nurt rozpoczęty przez Freudenbergera, koncentrował się na analizach klinicznych wypalenia oraz wypracowywaniu form pomocy psychologicznej osobom dotkniętym tym problemem. Nurt drugi, zaistniał od czasu, gdy Maslach wraz z zespołem współpracowników na drodze badań empirycznych wyłoniła zjawisko wypalenia wśród osób pracujących w zawodach społecznych, takich jak np. → asystent rodzinny, → asystent seniora, → opiekun rodzinny, → opiekun społeczny i/lub → pracownik socjalny.

Syndrom wypalenia doczekał się wielu interpretacji. W literaturze przedstawiane są różne modele wypalenia. Modele te konceptualizują wypalenie zawodowe z następujących perspektyw: indywidualnej, interpersonalnej, społecznej – kontekstualnej i/lub organizacyjnej. Należą do nich:

- trójczynnikowa koncepcja wypalenia opracowana przez Maslach (2000), kontynuowana i modyfikowana w modelu opracowanym przez Maslach i Michaela Leitera (2008, 2010, 2011),
- egzystencjalna koncepcja wypalenia opracowana w roku 2000 przez Ayalę Maslach Pines (1945–2012),
- Cary'ego Chernissa (1980) koncepcja wypalenia jako braku kompetencji (zob. Tucholska, 2009),
- Jerry'ego Edelwicha i Archie Brodskiego koncepcja wypalenia jako narastającego rozczarowania (zob. Tucholska 2009),
- ogólny model wypalenia Wilmara Schaufeliego i Dirka Enzmanna (1998),
- model wypalenia jako procesu postępującego nawarstwiania się symptomów opracowany przez Janette S. Caputo (zob. Farber, 1991),
- model zespołu wypalenia jako wzoru błędnych oczekiwań, nieodpowiadających rzeczywistej sytuacji w pracy Scotta T. Meiera (zob. Schaufeli, Enzmann, 1998),
- model wypalenia jako poczucie braku znaczenia (Farber, 1991),
- model wypalenia jako braku kompetencji społecznych Kristy Lyn Harrison (Schaufeli, Enzmann 1998),
- model fazowy Roberta T. Golembiewskiego, Roberta F. Muzenridera i Diane Carter (Faber, 1991),
- model wypalenia jako braku równowagi między świadomymi i nieświadomymi strukturami osobowości Anny-Marii Garden (Schaufeli, Enzmann, 1998),
- model wypalenia jako niezgodności między jawnymi a ukrytymi funkcjami organizmu wg J. A. Handy (Schaufeli, Enzmann, 1998, por. Sekułowicz, 2002, Tucholska. 2009),
- model wymóg–kontrola Roberta A. Karaska, zgodnie z którym napięcia związane z pracą determinują wymagania związane z pracą oraz wymiary podejmowanych decyzji, tj. autonomii i kontroli (por. Sekułowicz, 2005),
- model wysiłek–nagroda Johannesa Siegrista, wedle którego → stres w pracy jest skutkiem braku kompensowania wysiłków (oznacza zarówno warunki pracy, jak i próby radzenia sobie ze stresem) przez nagrody w rodzaju profitów z pracy, np. w postaci awansu i poczucia bezpieczeństwa zawodowego (por. Sekułowicz, 2005),
- model wymóg–wsparcie Williama Spencera Payne'a, wg którego ograniczenia i/lub brak wsparcia czy

środków oraz wysokie wymagania prowadzą do napięcia (por. Sekułowicz, 2005),
- model wysiłek–zdenerwowanie Marianne Frankenhaeuser, zgodnie z którym napięcie jest skutkiem zdenerwowania, które pojawia się, gdy wymagania pracy nie są opanowane przez osobistą kontrolę lub odpowiedni system decyzyjny (zob. Sekułowicz 2005),
- model stresu i wypalenia w ujęciu poznawczym Heleny Sęk (1938–),
- model wymagania praca–zasoby – JD-R (Demerouti i współprac. 2001, Demerouti, Bakker, 2011),
- koncepcja wypalenia w zawodach pedagogicznych, jako skutku dostrzegania przez jednostkę istotnej rozbieżności między oczekiwaną a realną zawodową samoskutecznością (Friedman, 2003).
- Paradygmat opracowany przez Maslach zdominował studia teoretyczne i badania empiryczne nad zespołem wypalenia zawodowego. W tym ujęciu wypalenie jest następstwem indywidualnego doświadczania stresu występującego w obciążających interakcjach społecznych u osób „niosących pomoc" i obejmuje jako zespół trzy dymensje: wyczerpanie emocjonalne, depersonalizację, obniżone poczucie osiągnięć osobistych. „Wyczerpanie emocjonalne odnosi się do poczucia danej osoby, że jest nadmiernie obciążona emocjonalnie, a jej zasoby emocji zostały w znacznym stopniu uszczuplone. Depersonalizacja dotyczy negatywnego, bezdusznego lub zbyt obojętnego reagowania na innych ludzi, którzy są zwykle odbiorcami usług danej osoby lub przedmiotem opieki z jej strony. Obniżone poczucie dokonań osobistych odnosi się do spadku poczucia własnej kompetencji i sukcesów w pracy" (Maslach, 2000, s. 15).

Maslach – na podstawie zebranych danych empirycznych – opowiedziała się za fazowym przebiegiem wypalenia, które rozpoczyna się „objawami emocjonalnego wyczerpania, które w sytuacji niewłaściwych zachowań zaradczych prowadzą do nadmiernego dystansowania się do trudnych spraw zawodowych i przedmiotowego traktowania klientów lub pacjentów oraz ich depersonalizacji. W końcowej fazie pojawia się brak satysfakcji zawodowej, niechęć do pełnienia ról, brak zaangażowania" (Tucholska, 2009, s. 24).

Z trzech składników modelu trójwymiarowego, wyczerpanie i depersonalizacja są ze sobą mocno skorelowane, co znajduje potwierdzenie w publikowanych wynikach badań (Schaufeli, Enzmann, 1998). Z dużym prawdopodobieństwem można więc uznać, że oba wymiary pojawiają się razem. Jeżeli występują objawy jednego z nich, jest to wczesne ostrzeżenie. Maslach i Leiter (2008) twierdzą, że „niezgodność" jeden wymiar wypalenia występuje a drugi nie – jest raczej niestabilna, i sytuacja będzie dążyła do zgodnego występowania obu komponentów: – wypalenia – oba wymiary obecne lub – zaangażowania – oba wymiary nieobecne. Trzeci wymiar – skuteczność działania – rozwija się niezależnie od pozostałych. Są jednak i inne stanowiska. Analiza ścieżek wypalenia, które przedstawiła dla grupy badanych nauczycieli Sęk (1996, 2000) pokazała brak powiązań między składnikami wypalenia. Przeczy to koncepcji dynamicznego wypalenia się – jako sekwencji symptomów.

Golembiewski (zob. Golembiewski, Munzenrieder, 1988) stwierdził, że wypalenie zaczyna się od depersonalizacji, w jej następstwie pojawia się utrata satysfakcji zawodowej, a w końcowym stadium daje o sobie znać poczucie emocjonalnego wyczerpania. Zebrany przez Stanisławę Tucholską (2009) materiał daje podstawę do wniosku, że wypalenie może ograniczać się do jednego symptomu, przy czym może być to zarówno wyczerpanie emocjonalne, depersonalizacja, jak i brak poczucia osiągnięć. Wyjaśnienie wypalenia jako procesu – określonej sekwencji, wymaga → badań podłużnych. Badania takie przeprowadzili w ciągu jednego roku szkolnego Frenet i współpracownicy (2012). Stwierdzili intraindywidualną zmienność symptomów wypalenia. Na tej podstawie sugerują, aby rozpatrywać je raczej oddzielnie.

Trójczynnikowy model wypalenia został zoperacjonalizowany w narzędziu opracowanym przez Maslach i Susan E. Jackson (1986), jakim jest Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego (*Maslach Burnout Inventory* – MBI), który jest najczęściej stosowanym na świecie narzędziem pomiaru wypalenia zawodowego. Współpraca Maslach i Leitera doprowadziła do opracowania bardziej ogólnej koncepcji wypalenia odnoszącej możliwość jego występowania do wszystkich zawodów. Nowy paradygmat nawiązuje do interakcyjnych koncepcji stresu jako pochodnej nieprawidłowych relacji między jednostką a otoczeniem. Za płaszczyznę analiz stresu i wypalenia zawodowego autorzy przyjęli układ „osoba – praca zawodowa" i zachodzące między nimi relacje dopasowania i niedopasowania w sześciu obszarach: obciążenie pracą, kontrola i współdecydowanie, wynagrodzenie, wspólnotowość, sprawiedliwość, wartości. Niedopasowanie wynika ze zbyt dużego obciążenia pracą, braku kontroli i współdecydowania, niedostatecznego wynagrodzenia, braku sprawiedliwości i doświadczania konfliktów wartości. Dopasowanie w wymienionych obszarach powo-

duje wzrost zaangażowania w role zawodowe. Autorzy zoperacjonalizowali te sfery w narzędziu pn. Obszary Życia Zawodowego (*Areas of Worklife Suvery* – AWS). Adaptacji tego narzędzia do warunków polskich dokonali Jan Felicjan Terelak (1942–) i Anna Izwantowska (2009).

Aktywność zawodową Maslach i Leiter umieścili na kontinuum od zaangażowania do wypalenia, które ujmowane jest jako syndrom składający się z wyczerpania, cynizmu (wcześniej depersonalizacja) i niedostatecznej efektywności. Strukturę zaangażowania tworzą natomiast energia (*versus* wyczerpanie), współpraca (*versus* cynizm) i skuteczność działania (*versus* nieefektywność). Stworzona pod koniec lat 90. XX wieku skala MBI–*General Suvery* uwzględnia tak zdefiniowane składniki (Maslach, Jackson, Leiter, 1996). Z kolei Wilmar B. Schaufeli i Arnold B. Bakker (2003 – Internet: www.beanmanaged.com…) opracowali UWES – *Utrecht Work Engagement Scale*, narzędzie do badania poziomu zaangażowania w pracę. Polską adaptację UWES opracowały Anna Szabowska-Walaszczyk, Anna M. Zawadzka i Martyna Wojtaś (2011).

Zaangażowanie tworzą trzy czynniki:

- wigor – duża energia, elastyczność podczas pracy, chęć podejmowania wysiłku oraz wytrwałość nawet przy napotkaniu trudności,
- oddanie – utożsamianie z pracą, poczucie jej znaczenia, entuzjazm, inspiracja, duma i chęć podejmowania wyzwań,
- absorpcja – pełna koncentracja i pochłonięcie pracą, czas w pracy mija szybko i występują trudności w oderwaniu się od niej.

Trwa dyskusja, czy wypalenie i zaangażowanie stanowią rzeczywiście niezależne konstrukty. Przeprowadzone przez Michaela S. Cole'a i współprac. (2012) metaanalizy podtrzymują wątpliwość. Wskazują bowiem ujemne korelacje MBI i UWES, więc potwierdzają założenie Maslach i Leitera, że zaangażowanie w pracę stanowi przeciwne kontinuum wypalenia, a brak wypalenia – korzystne wyniki MBI – mogą stanowić wskaźnik natężenia zaangażowania w pracę.

Modele wypalenia prezentują rozwój wypalenia jako proces przebiegający liniowo w trzech fazach: powstawania i kumulowania się objawów, powstawania zmian emocjonalnych, zmiany postaw i zachowań na dysfunkcjonalne. Takie ujęcie przyjął jako punkt wyjścia w opracowaniu wielościeżkowego modelu Matthew J. Friedmana (1996, zob. Gaś 2004). Model ten obejmuje trzy fazy:

- w pierwszej powstają i kumulują się stresory,
- w drugiej pojawiają się doświadczenia wywołane przez stres: pierwszorzędowe poczucie osobistego niespełnienia zawodowego i uczucie przeciążenia oraz drugorzędowe poczucie niespełnienia zawodowego oraz uczucie emocjonalnego, fizycznego i intelektualnego wyczerpania,
- w trzeciej występują reakcje na wymienione doświadczenia – depersonalizacja i pragnienie rezygnacji jako kulminacyjny punkt wypalenia.

Friedman wskazał na dwie drogi wypalenia:

- intelektualną obejmującą poczucie niespełnienia osobistego i zawodowego,
- emocjonalną obejmującą przeciążenie wynikające z emocjonalnego wyczerpania.

Wymienione drogi mogą krzyżować się i łączyć.

Friedman opisał trzy scenariusze wypalenia:

- pierwszy – intelektualny, polega na tym, że wysokie oczekiwania zawodowego samospełnienia doprowadza do poczucia niespełnienia osobistego, a następnie zawodowego. W rezultacie człowiek podejmuje funkcjonalne lub dysfunkcjonalne zachowania mające charakter obronny i prowadzące do ograniczenia stresu. Ten scenariusz może być traktowany jako pogorszenie zawodowego obrazu siebie,
- drugi – emocjonalny, polega na tym, że doświadczanie stresu powoduje poczucie przeciążenia prowadzące do emocjonalnego wyczerpania, rozczarowania, braku możliwości dalszego działania. Człowiek ucieka się do funkcjonalnych i dysfunkcjonalnych zachowań. Ten scenariusz może być traktowany jako wyczerpanie fizycznej i emocjonalnej energii,
- trzeci – scenariusz złączony, intelektualno-emocjonalny, może rozpoczynać zarówno poczucie osobistego niespełnienia, jak i poczucie wyczerpania. Wydarzenia stresujące, w połączeniu z wysokimi oczekiwaniami, które nie są spełnione wywołują pierwszorzędowe doświadczenia osobistego niespełnienia i wyczerpania. Prowadzą one do drugorzędowych doświadczeń takich, jak poczucie bezwartościowości. W modelu poczucie to opisane jest jako profesjonalne niespełnienie oraz wyczerpanie. Drugorzędowe doświadczenia mogą wywoływać funkcjonalne i dysfunkcjonalne zachowania.

To, który scenariusz ujawni się zależy zarówno od zmiennych osobowościowych, jak i wcześniejszych doświadczeń osobistych i zawodowych oraz doświadczanego wsparcia społecznego, zawodowego i osobistego (zob. Gaś 2004, s. 68).

Golembiewski (Golembiewski, Munzenrieder, 1988) przyjął w założeniach trójstopniowy model Maslach i dokonał analizy zależności między komponentami

wypalenia. Ustalił wartości graniczne między wysokim a niskim nasileniem ich symptomów i na tej podstawie wyróżnił osiem faz wypalenia.

Faza pierwsza charakteryzuje się niskim nasileniem symptomów wszystkich wymiarów wypalenia, druga – wysoką depersonalizacją i niskimi pozostałymi wymiarami, trzecia – niską depersonalizacją i wyczerpaniem przy wysokim braku zadowolenia z osiągnięć, czwarta – wysoką depersonalizacją, wysokim brakiem poczucia osiągnięć i niskim wyczerpaniem, piąta – niską depersonalizacją, niskim brakiem poczucia osiągnięć i wysokim wyczerpaniem, szósta – wysoką depersonalizacją, wysokim wyczerpaniem i niskim brakiem zadowolenia z osiągnięć, siódma – niską depersonalizacją, wysokim brakiem poczucia osiągnięć i wyczerpaniem. W fazie ósmej natężenia trzech osiowych objawów wypalenia ma wysokie natężenie.

Przedstawiona przez Golembiewskiego propozycja umożliwia prześledzenie wypalenia jako procesu pod względem dwóch jego aspektów: chroniczności przebiegu, która wskazuje na progresywny charakter zmian na skutek systematycznego pogarszania się warunków pracy, oraz ostrości łączącej się z gwałtownie i nagle występującymi bodźcami, co może powodować nagłe, skokowe przesunięcie z faz początkowych do faz końcowych.

Model, który zaproponowali Czeslaw Noworol (1952–) i Tadeusz Marek (1951–), można uznać za pomost między trójwymiarową koncepcją Maslach a fazowym modelem Golembiewskiego, stanowiącymi jego teoretyczną podstawę. Noworol i Marek (1993) przyjęli, że każda osoba podlega indywidualnemu procesowi wypalenia, a zmiany mają charakter progresywny. Analizując wyniki uzyskane za pomocą zmodyfikowanego kwestionariusza MBI, wyodrębnili cztery samoistne skupienia wyników – różniące się ostrością stopnia wypalenia zawodowego. Osoby przypisane do danego skupienia znajdują się w tej samej fazie (stopniu) procesu wypalenia. Pierwszy stopień dotyczy osób niewypalonych i opisany jest pierwszą fazą modelu Golembiewskiego, drugi – nisko wypalonych (druga, trzecia i piąta faza). Stopień trzeci odpowiada umiarkowanemu wypaleniu (czwarta, szósta i siódma faza), czwarty zaś obejmuje osoby całkowicie zawodowo wypalone (ósma faza).

Janusz Kirenko, Teresa Zubrzycka-Maciąg (2011), Małgorzata Sekułowicz (1960–), Sęk (1996, 2000) oraz Tucholska (2009), zastosowali także analizę skupień w analizie wyników wypalenia zawodowego nauczycieli i na tej podstawie wyodrębnili typy wypalenia zawodowego.

Grupy nauczycieli wypalonych i niewypalonych – wyodrębnione przez Sęk (1996, 2000) różnią się w zakresach:

- poczucia obciążenia stresem – wysokie u wypalonych, najniższe u niewypalonych;
- poczucia kompetencji – najwyższe u niewypalonych, najniższe u wypalonych;
- oceny stresorów – najczęściej w kategoriach wyzwania, najrzadsze jako zagrożenie i stratę przez niewypalonych, najczęściej jako zagrożenie i strata przez wypalonych;
- nieracjonalności przekonań zawodowych – najniższa u niewypalonych, najwyższa u wypalonych;
- typu kontroli – najrzadziej unikanie najczęściej doznawanie i utrzymywanie u niewypalonych, najczęściej unikanie, rzadziej unikanie i doznawanie u wypalonych;
- stażu zawodowego – najdłuższego u niewypalonych i najkrótszego u wypalonych.

Wyniki przeprowadzonych przez Tucholską (2009) analiz sugerują, że poszczególne komponenty wypalenia determinanty są podobnymi właściwościami osobowościowymi.

O wypaleniu u badanych nauczycieli decydują w sposób szczególny:

- słabość osobowości: małe poczucie bezpieczeństwa, brak zwartości postaw, niska kontrola wewnętrzna, brak zaufania do siebie i mała przedsiębiorczość, brak odwagi do działania, skłonność do kumulowania negatywnych stanów emocjonalnych, skłonność do zachowań nacechowanych gniewem i agresją,
- deficyt kompetencji interpersonalnych: brak gotowości do opiekowania się i podejmowania odpowiedzialności za innych, niechęć do podejmowania roli lidera, mała gotowość służenia innym pomocą oraz dawania wsparcia emocjonalnego,
- ambicjonalne dążenie do osiągania sukcesów: skłonność do rywalizacji (Tucholska, 2009, s. 184).

Tucholska wskazała na niektóre determinanty osobowości jako specyficzne dla poszczególnych komponentów wypalenia. Dla emocjonalnego i psychofizycznego wyczerpania jest to brak prężności osobowej, dla depersonalizacji jest to emocjonalny chłód, krytyczna postawa wobec otoczenia, brak cierpliwości, dla braku satysfakcji zawodowej zaś są to: oczekiwania opiekuńczych zachowań ze strony otoczenia, stereotypowy sposób bycia i brak gotowości do zadaniowego podejścia do obowiązków zawodowych i trudności z tym związanych.

Wykazane odmienności psychologicznego funkcjonowania nauczycieli tworzących poszczególne typy wy-

różnione przez Tucholską jest wyznaczona głównie dwoma wymiarami – prężnością osobową i umiejętnościami zaradczymi oraz kompetencjami interpersonalnymi. Optymalne, nie grożące wypaleniem funkcjonowanie w zawodzie pedagoga wiąże się z prężnością osobowości, dużymi kompetencjami zaradczymi i wysokimi kompetencjami interpersonalnymi.

Barry A. Farber (2000) zauważa, że większość badaczy analizuje wypalenie nie pokazując jego indywidualnej natury. Na podstawie klinicznych obserwacji oraz pogłębionych wywiadów z psychoterapeutami opisał trzy podtypy wypalenia nauczycieli, twierdząc, że odnoszą się one do wszystkich zawodów społecznych. Są to typy: frenetyczny, niewystarczająco stymulowany, znużony.

Jesús Montero-Marin i J Garcia-Campayo (2009) przeanalizowali prace Farbera w celu znalezienia i opisania cech charakterystycznych dla każdego profilu. Umożliwiło to wyakcentowanie indywidualnych różnic w zakresie wypalenia oraz pokazanie wypalenia jako procesu.

Typ frenetyczny jest zaangażowany w pracę, nadmiernie „nakręcony". Gdy napotyka trudności podwaja wysiłki, pracuje coraz ciężej, aby odnieść sukces w pracy. Jest ambitny, ma silną potrzebę osiągnięć i chce, aby jego sukcesy były zauważone i docenione. Stara się być najlepszym we wszystkim, co robi. Ma poczucie wyższości – uważa, że tylko on wie, jak rozwiązywać zawodowe trudności i oczekuje, że inni zauważą te umiejętności i poświęcenie dla pracy. Typ frenetyczny nie przyjmuje do wiadomości, że jego działania mogą skończyć się niepowodzeniem. W takiej sytuacji naruszone zostaje jego poczucie wartości. Maksymalizuje więc wysiłki, naraża się, aby odnieść sukces i tym samym odzyskać szacunek do siebie. Typ frenetyczny tak bardzo koncentruje się na realizacji założonych celów, że zaniedbuje swoje potrzeby – ryzykuje utratę zdrowia fizycznego i zaniedbuje życie osobiste. Wierzy, że utrzyma energię do pracy i w pracy w nieskończoność, nie uznaje żadnych ograniczeń w tym zakresie. Taka sytuacja zwiększa stres, wyczerpuje wewnętrzne zasoby. Rozczarowanie występuje tu gwałtownie i ma bardzo poważne skutki w postaci wyczerpania psychicznego i fizycznego, nawet choroby. Mogą wystąpić kliniczne objawy lęku i drażliwości. Skutkiem niepokoju i rozdrażnienia jest ciągły gniew, wybuchy wściekłości skierowane do innych osób.

Typ niewystarczająco stymulowany jest niezadowolony z pracy głównie z powodu jej monotonii, braku stymulacji. Dlatego traci entuzjazm do pracy, nie jest nią zainteresowany. Praca bardziej go nudzi niż stresuje. Zadania realizuje rutynowo – powierzchownie i obojętnie, ale nie zaniedbuje swoich obowiązków. Praca nie stanowi dla niego źródła osobistego rozwoju, uważa nawet, że rozwój ten blokuje. Odczuwa, że jego zdolności i umiejętności nie są dostatecznie wykorzystywane, dlatego myśli o zmianie zawodu.

Typ znużony charakteryzuje całkowita rezygnacja. Jest niezaangażowany i zaniedbuje swoje obowiązki. Inwestuje w pracę niewiele, minimalizuje cele, bo nie wierzy we własne siły, towarzyszy mu poczucie, że nie może dać z siebie więcej. Przytłacza go pesymizm, nie wierzy w to co robi i we własną skuteczność. Ma skłonności do uznawania każdej trudności jako niepowodzenia. Wyczerpaniu mogą tu towarzyszyć objawy depresji – obniżona samoocena, pesymizm, błędna interpretacja aktualnych wydarzeń i poczucie „braku lepszej przyszłości" – minimalizacja sukcesów, maksymalizacja niepowodzeń, przyszłość jawi się w ponurych barwach. Typ znużony nie jest zainteresowany dobrym wykonywaniem swojej pracy. Jest rozdrażniony i ma poczucie winy (Montero-Marin i J. Garcia-Campayo, 2009).

Zdaniem Farbera (2000) pracownicy w rzeczywistości oscylują między wymienionymi kategoriami, ich funkcjonowanie cechuje na przemian frenetyczność, znudzenie, znużenie pracą. Wypalenie jest więc zjawiskiem zróżnicowanym interindywidualnie, oraz zróżnicowanym intraindywidualnie w czasie. Propozycja Farbera umożliwia przedstawienie wypalenia jako procesu zmniejszania się zaangażowania w pracę, które wygasa aż do zaniedbywania obowiązków. Rozwój wypalenia może być postrzegany jako proces stopniowej erozji zobowiązania – rozumianego jako postawa wobec pracy, realizacji obowiązków. Rozumienie wypalenia jako następstwa zmniejszania się poświecenia – zaangażowania w pracę może służyć do ustanowienia specyficznych form terapii (zob. Montero-Marin i J. Garcia-Campayo, 2009). Typy wypalenia zaproponowane przez Farbera zostały zoperacjonalizowane w narzędziu, jakim jest Kliniczny Kwestionariusz Wypalenia (*Burnout Clinical Questionnaire* – BCQ).

Wysokie koszty wypalenia powodują, że zainteresowanie wypaleniem przesuwa się z kierunku tworzenia skutecznych programów profilaktycznych i interwencyjnych. Interesującą propozycję w tym zakresie przedstawiają Maslach i Leiter (2011). Punktem wyjścia procesu poprawiania relacji z pracą jest określenie obszarów w których istnieje poważne niedopasowanie, a w których jest ono dobre. Do tego celu służy test „Moje relacje z pracą". Na podstawie szczegółów znajomości konkretnej relacji człowiek–praca można

stworzyć adekwatny do indywidualnych potrzeb plan działania.

Czterostopniowe programy rozwiązywania problemów związanych z pracą w sześciu obszarach niedopasowania – obciążeń pracą, kontroli, nagród, wspólnoty, sprawiedliwości i wartości obejmują następujące kroki: zdefiniowanie problemu, ustalenie celów, podjęcie działań, śledzenie postępów.

Chcąc zlikwidować niedopasowanie w relacjach osoba – praca konieczna jest koncentracja zarówno na jednostce, jak i na miejscu pracy. Rozwiązanie problemów może rozpocząć się w każdym z sześciu obszarów skupiających się na osobie i pracy. Badacze i praktycy w coraz większym stopniu uznają znaczenie środowiska pracy zarówno w powstawaniu jak i zapobieganiu tym niekorzystnym zjawiskom (Maslach, Leiter, 2011).

EL

B: Cherniss, 1980; Cole i współprac., 2012; Demerouti, Bakker, 2011; Demerouti i współprac., 2001; Farber, 1991; Frenet i współprac., 2012; Friedman, 2003; Gaś, 2004; Golembiewski, Munzenrieder, 1988; Kirenko, Zubrzycka-Maciąg, 2011; Maslach, 2000; Maslach, Jackson, 1986; Maslach, Jackson, Leiter, 1996; Maslach, Leiter, 2008, 2011; Montero-Marin, Garcia-Campayo, 2009; Noworol, Marek, 1993; Pines, 2000; Schaufeli, Enzmann, 1998; Sekułowicz, 2002, 2005. 2013; Sekułowicz, Kwiatkowski, 2013; Sęk, 1996, 2000, 2005; Szabowska-Walaszczyk, Zawadzka, Wojtaś, 2011; Terelak, Izwantowska, 2009; Tucholska, 2009.
N: Schaufeli, Bakker, 2003 – Internet: www.beanmanaged.com…
O: modele wypalenia.
S: syndrom burnout, syndrom Syzyfa, syndrom wypalenia sił, syndrom wypalenia zawodowego, wypalanie się sił, wypalenie zawodowe.
TK: ang. *burnout/burn-out*, fr. *le syndrome d'épuisement professionel*, hiszp. *el syndrome de burnout/burnout síndrome*, niem. *Burnout-Syndrom*, ros. *эмоциональное выгорание/ синдром эмоционального выгорания.*

zjawisko kohorty (efekt kohorty)

– w badaniach – zaobserwowane w → kohortach różnice, które są interpretowane ze względu na nierówności w rozmiarach i składzie samych kohort oraz z uwagi na różnice w środowiskach, które na te kohorty wywierają wpływ (Gibson, Nusberg, 1985). Zdaniem Iwony Kołodziejczyk (2007, s. 51): „Dobrą ilustracją tego efektu są różnice wiekowe w sprawności posługiwania się komputerem: można oczekiwać, że osoby starsze będą radzić sobie z obsługą programu komputerowego gorzej niż młodzi, jednak różnic tych nie będziemy raczej tłumaczyć wpływem → starzenia [się], tylko różnymi doświadczeniami porównywanych grup".

W ujęciu epidemiologicznym *efekt kohorty* „jest artefaktem epidemiologicznym, wynikającym bezpośrednio z różnego natężenia analizowanego zjawiska zdrowotnego w grupach osób (kohortach) urodzonych w różnych okresach. Długofalowe zmiany w historii naturalnej → chorób mogą skutkować zmniejszeniem lub zwiększeniem ich natężenia (i ich skutków) w kolejnych, następujących po sobie → generacjach. Efekt kohorty można kontrolować poprzez tzw. stratyfikacyjną analizę danych lub poprzez wykorzystanie metod analizy wielu zmiennych" (Zejda, 2004, 2008).

AAZ

B: Gibson, Nusberg, 1985; Kołodziejczyk, 2007; Zejda, 2004, 2008.
O: analiza kohorty, „centryzm kohorty", kohorta, kohorta narodzin, kohorta wiekowa, różnice kohortowe.
S: efekt kohortowy, zjawisko kohortowe, zróżnicowanie kohortowe.
TK: ang. *cohort effect*, fr. effet de *cohorte*/effet de *génération*, hiszp. efectos de *cohorte*, niem. Kohorteneffekt/Der Kohorten-Effekt, ros. *когортный эффект.*

efekt kohorty → zjawisko kohorty

złamania u osób starszych

Złamanie (łac. *fractura*) – to całkowite przerwanie ciągłości kości, które powstaje po przekroczeniu wytrzymałości struktury kostnej wskutek działania nadmiernych sił. Przerwanie jej częściowe nazywamy nadłamaniem (łac. *infractio*). Klinicznie oba zjawiska mogą mieć te same przyczyny, jak i charakteryzować się podobnymi objawami.

Złamania szczególnie często występują w populacji osób starszych. Sprzyja temu z jednej strony → starzenie się mięśniowo-szkieletowe i → osteoporoza (Gautier i współprac., 2011), z drugiej – istotnie większe ryzyko → upadków w tej → grupie wieku. Upadku w ciągu ostatniego roku doświadcza 30–50% osób starszych, a około 5% z nich kończy się złamaniem (Koski, Luukinen i współprac., 1998). W badaniach przekrojowych zrealizowanych w woj. podlaskim wśród osób w późnej → starości upadki występujące sporadycznie podawało 27,3% osób starszych w mieście i 33,7% na wsi, a upadki występujące często – odpowiednio 2,7% i 14,1% respondentów. Ankietowani na wsi

istotnie częściej podawali także, że doszło do upadku w ciągu ostatnich 12 m-cy (sporadycznie 41,3%, często 30,6%). Częściej deklarowały to osoby ze starszej podgrupy → wieku podeszłego, charakteryzujące się także istotnie większą średnią liczbą → chorób przewlekłych i przyjmowanych regularnie leków, bardziej niesprawne pod względem psychicznym i fizycznym (Wojszel, 2009).

Z uwagi na proces → demograficznego starzenia się populacji wielu krajów, złamania będą stanowiły coraz większy problem epidemiologiczny. W Australii (kraju o populacji podobnej liczebnie do populacji polskiej) każdego dnia dochodzi do 395 złamań u pacjentów w wieku starszym. Uwzględniając wskaźniki → starzenie się społeczeństwa, przewiduje się że w roku 2022 każdego dnia będzie dochodziło w tym kraju do 501 złamań (Brennan i współprac., 2015 a). Podobne dane o zwiększającej się w ostatnich latach liczbie pacjentów ze złamaniami zanotowano w doniesieniach z Wielkiej Brytanii, Stanów Zjednoczonych i Kanady (Court-Brown i współprac., 2013).

W USA złamania są jedną z najczęstszych przyczyn przyjęć do szpitala (tuż po zaostrzeniu niewydolności krążenia i → zapaleniu płuc) u pacjentów powyżej 65. roku życia, a po 85. r.ż. stają się równie częste jak wymienione przyczyny internistyczne (Lewant i współprac., 2015, Brennan i współprac., 2015 b). W grupie pacjentów w wieku podeszłym złamania są także jedną z najczęstszych przyczyn → inwalidztwa i przedwczesnej → śmierci (Center i współprac., 1999, Benzinger i współprac., 2015).

Przebieg kliniczny złamań, jak i rokowanie w tej grupie pacjentów, są znacznie gorsze niż u pacjentów młodszych, przed 65. r.ż. Istnieje także dwukrotnie wyższe ryzyko zgonu z powodu złamania u pacjentów w → starości sędziwej (tj. powyżej 85 r.ż.) w porównaniu z osobami w wieku 65–74 lata, jak i ponad dwukrotnie wyższe ryzyko trwałego inwalidztwa, skutkującego koniecznością skierowania takiego pacjenta po wypisie ze szpitala do → ośrodka opieki długoterminowej (Lewant i współprac., 2015).

Na podstawie badań populacyjnych określono sumaryczne ryzyko złamań u osób po 45. r.ż., i wynosi ono odpowiednio: 47,3% dla kobiet i 23,8% dla mężczyzn (Kanis i współpr., 2000). Do oszacowania indywidualnego, 10-letniego ryzyka złamania spowodowanego osteoporozą można wykorzystać kalkulator internetowy. Dostępny jest on również w wersji dla populacji polskiej (zob. http://www.shef.ac.uk/FRAX/…). Na podstawie podstawowych danych o pacjencie (takich jak: wiek, płeć, masa ciała, wzrost, przebyte złamania, złamanie biodra u rodziców, palenie tytoniu, przyjmowanie glikokortykosteroidów, obecność → reumatoidalnego zapalenia stawów i wtórnej osteoporozy oraz ilość spożywanego alkoholu) można obliczyć szacowane ryzyko złamania. Jeśli pacjent miał wykonane wcześniej badanie densytometryczne, to dokładność tej kalkulacji może poprawić uwzględnienie wśród tych danych informacji na temat jego aktualnej gęstości mineralnej kości (ang. *bone mineral den city* – BMD).

Osłabienie szkieletu sprawia, że do powikłań w postaci złamania dochodzi u osób starszych najczęściej przy niewielkich urazach (złamania niskoenergetyczne). Przyczyną ponad połowy złamań są upadki „z tego samego poziomu", do których dochodzi najczęściej w trakcie wykonywania → czynności życia codziennego (Palvanen i współprac., 2004). Prawidłowa → opieka nad starszą osobą, profilaktyka upadków, leczenie osteoporozy i zapewnienie pomocy w bardziej wymagających aspektach życia i kompleksowe podejście geriatryczne może to ryzyko zmniejszyć.

Gdyby gęstość i struktura szkieletu pozostały w starości na poziomie jaki uzyskuje on w wieku 20–30 lat, to wytrzymałość mechaniczna na drobne urazy, jakie są przyczyną większości złamań, byłaby wystarczająca. Ubytek masy kostnej rozpoczyna się od ok. 30 r.ż., kiedy to zostaje osiągnięta jej maksymalna, szczytowa wartość. Od tego czasu, średnio o 1% rocznie, dochodzi do jej stałego zmniejszania się jej. Zmiany te zachodzą zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet, natomiast dynamika tych zmian u obu płci jest znamiennie różna (Marchewka, 2012). Większość badań nad osteoporozą dotyczy kobiet w wieku pomenopauzalnym. Warto jednak pamiętać, że aż 20% złamań kręgów i 30% złamań kości udowej u pacjentów w wieku starszym ma miejsce u mężczyzn (Dunstan i współpr., 1990). O ile kobiety miedzy 20. a 80. r.ż. tracą ok. 40% masy kości gąbczastej, to u mężczyzn zanik ten sięgać może ok. 27% (Dempster, Lindsay, 1993).

Wyróżniamy dwa typy zmian w zakresie budowy kości spowodowane osteoporozą, które warunkują też lokalizację pojawiających się złamań. Pierwszy, charakterystyczny dla kobiet, związany jest z szybkim zmniejszeniem gęstości szkieletu w ciągu pierwszych 15–20 lat po → menopauzie. Na przestrzeni tego czasu kobiety mogą utracić nawet do 30% masy kości gąbczastej i do 10% kości zbitej. Dużo większa utrata kości gąbczastej niż kości zbitej skutkuje zwiększeniem ryzyka takich złamań, jak: złamania przezkrętarzowe kości udowych, kompresyjne złamania kręgów kręgosłupa oraz nasad dalszych kości promieniowych. Zmiany

te spowodowane są przede wszystkim gwałtownym zmniejszeniem się w okresie pomenopauzalnym ilości produkowanych żeńskich hormonów płciowych. Drugi rodzaj zmian polega na postępującej z wiekiem, ciągłej i powolnej utracie gęstości szkieletu, i nasilenie tego procesu nie zależy od płci. Charakterystyczny w tym typie osteoporozy jest równomierny ubytek gęstości zarówno kości gąbczastej, jak i zbitej. Dochodzi do niego w mechanizmie zmniejszenia intensywności procesów tworzenia nowych komórek kostnych. Przyczyną jest tu również zmniejszenie stężenia estrogenów, które obserwowane jest w procesie starzenia zarówno u kobiet, jak i mężczyzn. Procesy te są przyczyną wyższego ryzyka wystąpienia złamań o różnych umiejscowieniach, z przewagą złamań szyjki kości udowej (zob. Galus, 2007, Marchewka, 2012).

Z uwagi na poważne następstwa złamań w starości, najważniejszym postępowaniem w tym przypadku są działania profilaktyczne. Polegać powinny one z jednej strony na profilaktyce/ leczeniu osteoporozy, z drugiej zaś na profilaktyce upadków. Chcąc spowolnić postępujący już od 30. r.ż. stopniowy ubytek masy kostnej, jak najwcześniej należy rozpocząć suplementację wapnia i witaminy D. Osoby w starszym wieku powinny spożywać dziennie 1000–1 500 mg wapnia oraz przyjmować w celach profilaktycznych 800–2 000 IU witaminy D, do 4 000 IU w przypadku osób otyłych. U pacjentów zagrożonych niedoborami witaminy D zaleca się oznaczenie 25(OH)D w surowicy i odpowiednie dostosowanie dawki witaminy D (Płudowski i współprac., 2013). Ważne jest także zapewnienie odpowiedniego spożycie białka (1,2g/kg mc) oraz optymalizacja podaży potasu (> 3 500 mg/d) i magnezu (> 300 mg/d). Postępowanie takie zmniejsza utratę masy kostnej, ryzyko złamań, a w przypadku ich wystąpienia – skraca czas powrotu do → zdrowia (Lorenc i współpr., 2013).

Rozpoznanie osteoporozy wymaga wdrożenia odpowiedniego leczenia, które – poza poprawą gęstości tkanki kostnej – przynosi jednocześnie korzyść w postaci zmniejszenia ryzyka złamań. Wszystkie bisfosfoniany zmniejszają ryzyko złamań kręgów o 30–50%. Alendronian i ryzedronian zmniejszają ryzyko nowych złamań pozakręgowych u kobiet z osteoporozą oraz u dorosłych z osteoporozą posteroidową, jak również stosowane są w zapobieganiu złamaniom patologicznym w chorobach nowotworowych (zob. Homik i współprac., 1999). Wybiórcze modulatory receptorów estrogenowych, takie jak raloksifen, zmniejszają ryzyko złamań kręgów nawet o 36% (Ettinger i współprac.,1999). Denosumab – ludzkie przeciwciało monoklonalne (IgG2) skierowane przeciwko RANKL [*Receptor Activiator of Nuclear Factor **K** B Ligand* – ligand aktywatora receptora jądrowego czynnika ***K*** B, czyli białko uczestniczące w metabolizmie kości – przyp. red.] – zmniejsza aktywność osteoklastów i zmniejsza ryzyko złamań kręgosłupa nawet o 68%, a bliższego odcinka kości udowej o 40% (Lim, Bolster, 2015).

Do prawidłowego rozwoju i mineralizacji układu szkieletowego, osiągnięcia i utrzymania maksymalnej masy kostnej niezbędne jest utrzymywanie odpowiedniej → aktywności fizycznej. Przynosi ona także zwiększenie siły mięśniowej i poprawę równowagi osób ćwiczących, co przekłada się na zmniejszenie ryzyka upadków. W badaniach zrealizowanych wśród osób starszych z powodzeniem stosowano różne formy aktywności fizycznej w celu zmniejszenia częstości upadków. Najlepsze efekty dają ćwiczenia w zorganizowanych grupach → seniorów, prowadzone pod nadzorem przeszkolonych osób (Osiński, 2013). Zalecane formy aktywności to spacer, ćwiczenia ogólnokondycyjne i zwiększające siłę mięśni, nauka bezpiecznego wykonywania codziennych czynności i bezpiecznych zachowań, oraz sport i zajęcia rekreacyjne dostosowane do indywidualnych możliwości danej osoby (Lorenc i współprac., 2013).

Ważne jest także oszacowanie ryzyka występowania złamań (co rzutuje na decyzje terapeutyczne) i ryzyka upadków oraz wdrożenie odpowiedniej, wielokierunkowej ich profilaktyki. Poza dostosowaną do sytuacji chorego aktywnością fizyczną, w uniknięciu upadków pomóc może także poprawa warunków bytowych (lepsze oświetlenie mieszkania, uchwyty w łazience, likwidacja progów, usunięcie przesuwających się dywaników, bałaganu na podłodze), dostosowana do potrzeb osoby starszej pomoc w codziennej aktywności (sprzęt rehabilitacyjny, → asystent osoby starszej), czy dobra opieka lekarska, w której podjęta zostanie próba zminimalizowania wpływu tak zwanych „wewnętrznych" czynników ryzyka upadku, takich jak: zawroty głowy, → zaburzenia chodu, zmiany zwyrodnieniowe, czy zażywanie jednoczesne wielu leków (Wojszel, Bień, 2004).

W przypadku wystąpienia złamania w pierwszej kolejności ważne jest postępowanie doraźne, to jest leczenie przeciwbólowe i zaopatrzenie chirurgiczne złamania (zależne od stanu ogólnego pacjenta oraz od rodzaju złamania. Niezbędne jest odpowiednie postępowanie okołooperacyjne i z zakresu → rehabilitacji geriatrycznej, zmniejszające ryzyko powikłań pooperacyjnych, takich jak: → majaczenie [i stany splątanio-

we], powikłania infekcyjne, → odleżyny czy zakrzepowe zapalenie żył głębokich.

W dalszej kolejności powinno przeprowadzić się → całościową ocenę geriatryczną pacjenta, z próbą ustalenia okoliczności wystąpienia złamania i jego potencjalnej przyczyny, oraz diagnostykę osteoporozy. Jedynie odpowiednio ukierunkowana, wielokierunkowa interwencja terapeutyczna, z uwzględnieniem istotnej roli → rehabilitacji medycznej, pozwolić może na istotne zmniejszenie ryzyka powtórnych upadków i złamań.

Złamanie dalszej nasady kości promieniowej należy do najczęstszych urazów, zwłaszcza u kobiet w wieku postmenopauzalnym (Court-Brown, Caesar, 2006). U mężczyzny złamanie to jest czułym wskaźnikiem osteoporozy i koreluje z ryzykiem złamania biodra (Haentjens i współprac., 2004). Do złamania dalszej nasady kości promieniowej dochodzi w wyniku upadku na wyciągniętą w celu podparcia (w odruchu obronnym) kończynę. Typowe dolegliwości w tym przypadku to: ból, deformacja oraz brak możliwości odwracania i nawracania ręki. Do ustalenia rozpoznania konieczny jest radiogram przedramienia z nadgarstkiem w projekcji przednio-tylnej oraz bocznej. Istnieje kilka rodzajów tego typu złamań, spośród których najczęstszym jest złamanie Collesa, charakteryzujące się grzbietowym przemieszczeniem odłamu obwodowego. Leczenie polega na repozycji odłamów oraz unieruchomieniu kończyny (w lekkim zgięciu dłoniowym) na okres 4–6 tygodni. Po 7–10 dniach należy wykonać radiogram kontrolny, z uwagi na ryzyko wtórnego przemieszczenia odłamów, np. z powodu ustąpienia obrzęku i zbyt luźnego opatrunku gipsowego lub resorpcji kostnej spowodowanej zmiażdżeniem grzbietowego odłamu. Przemieszczenie odłamu obwodowego dłoniowo ma miejsce w rzadziej występującym złamaniu Smitha. Zasady jego rozpoznawania i postępowania chirurgicznego są podobne jak przy złamaniu Collesa, za wyjątkiem unieruchomienia w pozycji lekkiego zgięcia grzbietowego i odwrócenia. Złamanie Bartona, tzw. złamanie brzeżne – najrzadsze – jest zwykle wskazaniem do leczenia operacyjnego (Gaździk, 2009).

Złamania bliższej nasady (końca) kości udowej (BKKU) stanowią wciąż aktualny problem z powodu wzrastającej ich liczby oraz dewastujących następstw tego schorzenia u osób starszych (Bentler i współprac., 2009). Mimo coraz doskonalszych metod operacyjnych, w tej grupie pacjentów ryzyko zgonu oraz trwałego inwalidztwa jest wciąż najwyższe. Okazuje się także, że → jakość życia osoby starszej po złamaniu kości udowej nie osiąga nigdy poziomu jaki notowano przed złamaniem (Orive i współprac., 2015). Niekorzystne następstwa złamania obserwowane są szczególnie często wśród mieszkańców → domów opieki (zwłaszcza mężczyzn), osób w późnej starości, z towarzyszącym upośledzeniem funkcji poznawczych i chorobami współistniejącymi, leczonych zachowawczo, które nie są w stanie poruszać się samodzielnie (Neuman i współprac., 2014). Objawy złamania BKKU to najczęściej niemożność obciążenia kończyny, ból w okolicy biodra, przymusowe ustawienie kończyny w zgięciu, przywiedzeniu i rotacji zewnętrznej oraz jej skrócenie. Najczęstszą przyczyną tych złamań w starości są niskoenergetyczne upadki „na tym samym poziomie".

Złamania nasady bliższej kości udowej dzielimy na: złamania szyjki kości udowej, przezkrętarzowe oraz podkrętarzowe. Każdy z tych rodzajów złamań ma odrębną klasyfikację, uwzględniającą morfologię złamania oraz kwalifikację do odpowiedniego postępowania, czy sposobu zaopatrzenia ortopedycznego.

Podział złamań szyjki kości udowej uwzględnia kąt przebiegu szczeliny złamania. W stopniu I (B1) zwykle nie dochodzi do przemieszczeń, złamanie jest zaklinowane, szczelina złamania przebiega poziomo. Jest to jedyny przypadek w którym można rozważyć leczenie zachowawcze czy nieskomplikowane zabezpieczenie wiązką drutów Kirschnera. Złamania II stopnia (B2) mają przebieg szczeliny złamania prawie pionowy, nierzadko z przemieszczeniem (B3). Tego typu uszkodzenia wymagają korekcji operacyjnej. U osób przed 60. r.ż. zaleca się operacje zachowujące głowę kości udowej. Wykonuje się repozycję odłamów oraz stabilizację wiązką drutów Kirschnera, śrubą DHS (*dynamic hip screw*) lub gwoździem Gamma. U osób, u których do urazu doszło w wyniku osłabienia struktury kostnej, leczeniem „z wyboru" jest endoprotezoplastyka połowicza (np. Austina i Moore'a) lub całkowita.

Złamania przezkrętarzowe można podzielić na kilka rodzajów. Przezkrętarzowe proste (A1), w wyniku którego dochodzi do szpotawego ustawienia osi kończyny; przezkrętarzowe wielofragmentowe (A2), powodujące widoczne skrócenie kończyny; międzykrętarzowe (A3) ze szczeliną przebiegająca pomiędzy krętarzami. Osobną grupą są złamania podkrętarzowe.

Leczenie zachowawcze tego rodzaju uszkodzeń kości udowej, powinno być zarezerwowane jedynie w przypadkach stwierdzenia bezwzględnych przeciwwskazań do leczenia operacyjnego. Pacjentom młodszym

można zaproponować zabieg z użyciem śruby dynamicznej (DHS), gwoździa Gamma, prętów Endera czy gwoździa ryglowanego śródszpikowego. W przypadku osób starszych, ze względu na konieczność szybkiego uruchomienia, najlepszą obecnie metodą jest endoprotezoplastyka połowicza lub całkowita.

Najczęstszym powikłaniem po zabiegach operacyjnych z zaoszczędzeniem głowy kości udowej jest jej jałowa martwica, która ujawnić się może dopiero po 2–3 latach, a jedynym objawem klinicznym będzie powolne pogarszanie sprawności chorego w codziennym funkcjonowaniu. Może też wytworzyć się staw rzekomy (objawiający się klinicznie niestabilnością kończyny), a skutkiem nieprawidłowej repozycji odłamów może być powstanie złamania „zmęczeniowego", kwalifikującego się do kolejnych operacji. Powikłaniami po operacjach edoprotezoplastyki są zwichnięcie lub obluzowanie protezy, które wymagają dodatkowego postępowania zabiegowego (Gaździk, 2009).

Wdrożenie jak najwcześniej → rehabilitacji i nauki chodzenia pozwala zmniejszyć ryzyko trwałej utraty sprawności przez starszą osobę po złamaniu BKKU. Postępowanie to zmniejsza także u osób starszych ryzyko okołooperacyjnych powikłań. Pomimo prawidłowego postępowania terapeutycznego, tylko połowa pacjentów po złamaniach BKKU uzyskuje zadowalającą sprawność w czynnościach dnia codziennego, pozostali zaś wymagają opieki osób trzecich (Niedźwiedzki, Kuryszko, 2007).

Złamania nasady bliższej kości ramiennej są trzecim co do częstości, po złamaniu nasady dalszej kości promieniowej i nasady bliższej kości udowej, złamaniem w wieku starszym (Court-Brown, Caesar, 2006). Stanowią one około 5% wszystkich złamań i istotnie częściej dotyczą osób starszych, a ich przyczyną mogą być drobne urazy oraz upadki niskoenergetyczne „z tej samej wysokości". Dolegliwości pojawiające się w tym przypadku to ból i obrzęk ramienia oraz brak możliwości unoszenia kończyny. Przy podejrzeniu tego typu złamania konieczna jest ocena funkcji nerwu promieniowego, który – ze względu na swoje położenie – może ulec uszkodzeniu podczas tego urazu. Do pełnej diagnozy złamania służą radiogramy w dwóch prostopadłych projekcjach, obejmujące dwa stawy: ramienny i łokciowy. W większości – ok. 80% przypadków – są to złamania bez przemieszczenia, które można leczyć za pomocą przewieszek, krótkotrwałego unieruchomienia i wczesnego usprawniania (Launonen, Lepowa, Saranko, 2015). Tylko 20% przypadków wymaga leczenia operacyjnego z użyciem śrub, płyt kostnych, gwoździ czy protez stawowych, chociaż te ostatnie rozważane są częściej w przypadku osób starszych (zob. Adamczewski i współprac., 2012). Stabilizacja zewnętrzna stosowana jest jedynie w przypadkach złamań otwartych lub z poważnym ubytkiem tkanek miękkich. Pomimo poważnego urazu, powrót do codziennego funkcjonowania jest możliwy w większości przypadków. Zależy to jednak oczywiście od stanu czynnościowego pacjenta przed złamaniem, poziomu jego motywacji i współpracy w procesie rehabilitacji.

Złamania kręgów mogą powstać w trakcie drobnych urazów lub też wcale się z nimi nie wiązać (pacjent nie przypomina sobie żadnego wypadku). Uszkodzenia trzonów kręgów są złamaniami stabilnymi, które często nie dają dolegliwości bólowych ani powikłań neurologicznych. Jeżeli pojawia się ból, to najczęściej ma to miejsce nagle, w trakcie codziennej aktywności, przy niewielkim wysiłku. Ból ten ma charakter opasujący i nasila się przy ruchu, kaszlu, a po odruchowym ograniczeniu ruchomości w danym odcinku kręgosłupa i po upływie kilku tygodni ustępuje. W wyniku kolejnych złamań dochodzi do zmiany sylwetki chorego, jego plecy ulegają zaokrągleniu, obniża się wzrost, pogłębia się niesprawność ruchowa. Jeżeli zmiany będą tak zaawansowane, że łuki żebrowe zaczną dotykać kości biodrowych może dojść do poważnych zaburzeń wentylacji miąższu płucnego.

Celem leczenia w przypadkach złamań kręgów jest eliminacja dolegliwości bólowych, tak aby zapobiec stopniowemu unieruchomieniu i deformacji kręgosłupa. Do pionizacji chorych można zalecić odpowiednie zaopatrzenie ortopedyczne (gorsety). Przy złamaniach, które powodują silne dolegliwości bólowe, stosuje się przezskórną wertebroplastykę polegającą na wypełnieniu zapadniętych kręgów cementem kostnym (zob. Marchewka, 2012). Z uwagi na fakt, że w przebiegu złamań trzonów kręgów dolegliwości bólowe często nie występują, to zaleca się aktywne ich poszukiwanie w przypadku stwierdzenia obniżenia wzrostu o ponad 3 cm, znacznej kifozy lub skrócenia odcinka żebrowo-biodrowego (Lorenc i współprac., 2013).

Złamania żeber są kolejnym, częstym typem złamań w wieku starszym (Zegg i współprac., 2012). Pomimo tego, że urazy te często są traktowane jako „błahe" i kojarzone głównie z długotrwałym dyskomfortem, to jednak przebycie złamania żebra po 45 r.ż. jest bardzo ważnym czynnikiem prognostycznym wystąpienia podobnych urazów w przyszłości. U osób, które go doświadczyły, ryzyko pęknięcia kolejnego żebra jest pięciokrotnie większe, a ponad dwukrotnie większe jest ryzyko wystąpienia jakiegokolwiek innego złamania

(Sajjan i współprac., 2012). Złamania żeber mogą być także przyczyną powstania silnych dolegliwości bólowych oraz zaburzeń wentylacji płuc, mogących skutkować poważnymi następstwami. Jeżeli mają miejsce u osoby starszej, to ponad dwukrotnie zwiększają ryzyko → śmierci.

Większość złamań żeber może być leczona zachowawczo (unieruchomienie np. za pomocą opaski elastycznej i uśmierzanie bólu z pomocą leków przeciwbólowych czy blokady nerwów międzyżebrowych). Z uwagi na specyfikę starszych pacjentów i większe ryzyko wystąpienia u nich różnych powikłań, powinno się zalecić monitorowanie terapii przynajmniej przez ich opiekuna. Szczególne przypadki, takie jak jednoczasowe złamanie kilku żeber, powodujące wiotką klatkę piersiową, mogą wymagać postępowania specjalistycznego, mającego na celu stabilizację operacyjną wyłamanego „okienka" klatki piersiowej (Zegg i współprac., 2012).

PW, ZBW, AW

B: Adamczewski i współprac., 2012; Benzinger i współprac., 2015; Brennan i współprac., 2015 a, 2015 b; Center, Nguyen, Schneider, 1999; Court-Brown, Caesar, 2006; Court-Brown i współprac., 2013; Dempster, Lindsay, 1993; Dunsytan i współprac., 1990; Galus, 2007; Gautier i współprac., 2011; Gaździk, 2009; Haentjens i współprac, 2004; Homik i współprac., 1999; Knis i współprac., 2000; Koski i współprac., 1998; Launonen, Lepola, Saranko, 2015; Levant, Chari, DeFrances, 2015; Lim, Bolster, 2015; Lorenc i współprac., 2013; Marchewka, 2012; Nannan i współprac., 2000; Neuman i współprac., 2014; Niedźwiedzki, Kuryszko, 2007; Orive i współprac., 2015; Osiński, 2013; Palvanen i współprac., 2004; Płudowski i współprac., 2013; Sajjan i współprac., 2012; Wojszel, Bień, 2004; Wojszel i współprac., 2009; Zegg i współprac., 2012.

N: http://www.shef.ac.uk/FRAX/…

O: nauka wstawania po upadkach, osteoartroza, osteomalacja, osteopenia, osteoporoza, osteoporoza starcza, rehabilitacja, starzenie się mięśniowo-szkieletowe, upadki [w podeszłym wieku], zaburzenia równowagi.

TK: ang. *fractures in older adults/bone fractures in the elderly*, fr. *fractures chez les personnes âgées*, hiszp. *fractures huesos en los ancianos*, niem. *Knochenbrüche bei älteren/Fracturen bei älteren*, ros. *переломы кости у престаелых людей.*

zmęczenie

jest procesem fizjologicznym zachodzącym w organizmie. Rozpoznajemy je na poziomie świadomości, jako stan utraty zdolności do kontynuowania poprzedniej → aktywności fizycznej lub psychicznej (lustr. 1). Zmęczenie jest rezultatem obciążenia człowieka pracą, która wymaga od niego dużego wysiłku (Craig, Cooper, 1992). Uwidocznia się ono w: a) wystąpieniu określonych objawów fizjologicznych – pocenie się, przyspieszone oddychanie, wzrost ciśnienia krwi, przyspieszony puls, ból mięśni i inne, b) pogorszeniu ilości i jakości rezultatów pracy – w tym wzroście liczby popełnianych błędów, c) powstaniu awersji do kontynuowania podjętej aktywności – spadek motywacji do pracy (Jethon, 1977).

Istnieje wiele form zmęczenia. Poza wspomnianym wcześniej zmęczeniem fizycznym i psychicznym (znużeniem), można także wyróżnić zmęczenie ostre (jego objawy są silne ale krótkotrwałe), zmęczenie przewlekłe (jego objawy są mniej wyraziste ale długotrwałe) oraz zmęczenie chroniczne (syndrom chronicznego zmęczenia – traktowany jako trwałe zaburzenie funkcjonowania organizmu, rozpoznawane dawniej jako nerwica neurasteniczna albo → zespół wypalenia zawodowego). Zmęczenie można też klasyfikować jako lekkie, umiarkowane i przedpatologiczne (Kozłowski, 1986). Wreszcie często wyróżnia się zmęczenie lokalne (zmęczenie oczu, palców, grzbietu, a niekiedy również mózgu) i ogólne (obejmujące cały organizm).

Nie została jak dotąd opracowana teoria wyjaśniająca powstawanie zmęczenia, która byłaby powszechnie akceptowana. Pewne osiągnięcia w tej sprawie odnotowuje fizjologia, systematycznie wzbogacając wiedzę o tym, jakie zmiany zachodzą w organizmie pod wpływem intensywnego wysiłku fizycznego. Przykładowo jedna z teorii przyjmuje, że obciążenie mięśni pracą, powoduje wyczerpanie zapasów glikogenu w komórkach mięśniowych i to jest podstawowa przyczyna pogorszenia się jakości pracy, a później utraty całkowitej zdolności do jej kontynuowania. Inna teoria zwraca uwagę, że długotrwały wysiłek fizyczny prowadzi do pojawienia się długu tlenowego w organizmie – wzrost wentylacji płuc i przyspieszona praca serca nie są w stanie zrównoważyć zapotrzebowania na tlen, krew gęstnieje, ponieważ wytrącany jest z niej tlen, co prowadzi do jeszcze większego obciążenia układu krążenia i przeciwdziała kontynuowaniu wysiłku. Trzeba też wspomnieć o elektrolitowej teorii zmęczenia. Wyjaśnia ona powstawanie tego stanu, jako konsekwencja wzrostu temperatury organizmu pod wpływem pracy. Wydzielany pot może schładzać organizm do pewnych granic. Zmęczenie pojawia się, gdy wyczerpują się w nim zapasy wody, musi więc nastąpić spadek aktywności jako jedyny sposób utrzymania homeostazy wewnętrznej (Janiszewski, Kunicki, 1996). Prawdopodobnie zmiany fizjologiczne wskazujące na zagrożenie utraty stanu równowagi

wewnętrznej w organizmie są rejestrowane przy pomocy interoreceptorów, co z kolei pozwala na pojawienie się odczucia zmęczenia na poziomie psychicznym (Klonowicz, 1977).
Znacznie mniej wiadomo o mechanizmach powstawania zmęczenia pod wpływem długotrwałe pracy umysłowej. Sugeruje się, że może być ono wywołane utrudnieniami w przewodnictwie synaptycznym między komórkami mózgu – szczególnie w przypadku wykonywania monotonnej pracy (Marek, 1984). Przyjmuje się również, że zmęczenie jest spowodowane przez negatywne emocje, które pojawiają się, gdy działanie jest zbyt obciążające (stresujące) dla człowieka. Używając terminologii Jerzego Konorskiego (1903–1973), można powiedzieć, że przedłużająca się aktywność umysłowa, wzbudza w człowieku awersję do kontynuowania zadania, staje się andynapędem wywołującym opór w stosunku do potrzeby jego zakończenia – stąd konflikt wewnętrzny, często doświadczany przez osoby zmęczone (Konorski, 1969, Noble, Robertson 1996).
Zmęczenie pełni ważną funkcję w regulowaniu ludzkiej aktywności. Nie dopuszcza do powstania przeciążenia organizmu, które mogłoby być groźne dla ludzkiego → zdrowia. W związku z tym, ważna jest prawidłowa percepcja stanu własnego zmęczenia. Wykazano empirycznie, że ludzie mogą nieprawidłowo rozpoznawać ten stan we własnym organizmie, popełniając dwa rodzaje błędów. Pierwszy z nich nazwa się przyspieszonym spostrzeganiem zmęczenia – ludzie czują się zmęczeni i przerywają pracę mimo braku fizjologicznych objawów tego stanu. Drugi błąd można nazwać opóźnionym spostrzeganiem zmęczenia – mimo wyraźnych oznak wyczerpania organizmu, ludzie nie odczuwają zmęczenia i kontynuują aktywność. Oba rodzaje błędów świadczą o rozregulowaniu ochronnego mechanizmu zmęczeniowego (Kowalik, 2004).
Błędne działanie mechanizmu zmęczeniowego może być wywołane przez wiele czynników. Jednym z najważniejszych jest pojawienie się zmian w zdolności wysiłkowej człowieka. Zdolność ta określana jest jako umiejętność dostosowania funkcjonowania organizmu do narzuconego obciążenie oraz regeneracji organizmu do stanu przedwysiłkowego (Janiszewski, Kunicki, 1996). Pod wpływem intensywnego treningu lub długotrwałego wypoczynku można uzyskać wyższy poziom tej zdolności, jednak człowiek nie będzie wykorzystywał nowych możliwości działania, antycypując i wytwarzając w sobie stan zmęczenia zgodnie w posiadaną wcześniej zdolnością wysiłkową. Możliwa jest też sytuacja odwrotna. Pod wpływem długotrwałej choroby może nastąpić radykalne obniżenie tej zdolności. Człowiek może sobie z tego nie zdawać sprawy i na przekór zmęczeniowym sygnałom płynącym z organizmu, będzie dążył do wykonywania zadań przewyższających aktualne możliwości. Jedynym sposobem przywrócenia prawidłowej funkcji kontrolnej mechanizmu zmęczeniowego jest poznanie możliwości własnego organizmu. Można to osiągnąć tylko poprzez coraz lepsze poznanie siebie w działaniu.
Proces → starzenia się również doprowadza do rozregulowania ochronnego mechanizmu zmęczeniowego. Takie zagrożenie pojawia się, gdy po przejściu na → emeryturę, następuje radykalny spadek aktywności. Wówczas trudno zorientować się, jakie są nasze rzeczywiste możliwości wysiłkowe. Chcąc zmienić → styl życia na bardziej aktywny, możemy mieć trudności w oszacowaniu własnych możliwości działania i łatwo można się stać „przyspieszaczem" albo „opóźniaczem" w rozpoznawaniu własnego zmęczenia. Z jeszcze trudniejszą sytuacją ma do czynienia osoba w starszym wieku po przejściu poważnej choroby. Pod jej wpływem zmniejsza się zdolność wysiłkowa, a więc także mogą pojawić się trudności w trafnej antycypacji efektów fizjologicznych, jakie powstaną pod wpływem wykonania trudnego zadania. Może pojawić się lęk, który spowoduje, że starzejąca się osoba będzie ograniczała własną aktywność w znaczący sposób w stosunku do posiadanych możliwości. Na koniec warto zwrócić uwagę, że osoby z najbliższego otoczenia także mogą przyczyniać się do zwiększania nieadekwatności ochronnego mechanizmu zmęczeniowego. Nadmierna ich troska o osobę w starszym wieku sprawia, że taki człowiek nigdy nie będzie w stanie określić granic własnych możliwości, co w końcu doprowadzi do zaniku aktywności (Kowalik, 2000 b).

SZK

B: Craig, Cooper, 1992; Janiszewski, Kunicki, 1996; Jethon, 1977; Klonowicz, 1977; Konorski, 1969; Kowalik, 2000 b, 2004; Kozłowski, 1986; Marek, 1984; Noble, Robertson 1996.
S: wyczerpanie, znużenie.
TK: ang. *fatigue*, fr. *fatigué*, hiszp. *fatiga/cansancio*, niem. *Ermüdung*/Müdigkeit, ros. *усталость*.

zmiany w narządzie wzroku w przebiegu procesu starzenia się

W miarę upływu lat pojawiają się zmiany w oku i jego przydatkach. W związku z utratą elastyczności skóry oraz osłabieniem siły mięśniowej dochodzi do opadania powieki górnej, nawet takiego stopnia, który ogranicza pole widzenia. Może dochodzić również do po-

luźnienia więzadełek powieki dolnej, co skutkuje jej odwinięciem, a to z kolei prowadzi do nadmiernego łzawienia lub podwinięciem (w stronę rogówki), co wiąże się z wywoływaniem mechanicznego stanu zapalnego. W skórze powiek z mogą gromadzić się złogi cholesterolowe w postaci dobrze ograniczonych, niekiedy mnogich plam o żółtopomarańczowym zabarwieniu, określane jako kępki żółte (łac. *xanthelasma*). Często ich występowanie związane jest z zaburzeniami gospodarki cholesterolowej, dlatego u osób, u których wystąpią, wskazane jest wykonanie podstawowych badań diagnostycznych w kierunku zaburzeń metabolicznych. Zmiany tego typu nie mają bezpośredniego wpływu na stan oczu, mogą mieć jedynie znaczenie kosmetyczne dla pacjenta. Z tego powodu można je usuwać laserowo lub chirurgicznie. Podobny charakter mają złogi pod spojówką gałkową. Zwykle występują w kącie przyśrodkowym oka, w postaci żółtawej plamki lub pęcherzyka i są określane jako tłuszczyk (łac. *pingueculum*). Zmiany te należy jednak różnicować ze skrzydlikiem (łac. *pterygium*), który stanowi przerost spojówki gałkowej pokrywającej stopniowo przeźroczystą rogówkę. W przypadkach gdy zmiana ta obejmie jej centralną część, dochodzi do spadku ostrości widzenia, dlatego, w odróżnieniu od tłuszczyka, skrzydlik często wymaga usunięcia chirurgicznego. Z wiekiem dochodzi do osłabienia funkcji gruczołów łzowych i zaniku komórek kubkowych, co skutkuje zaburzeniami filmu łzowego, czyli prowadzi do występowania → zespołu suchego oka. W pobliżu rąbka rogówki, czyli w jej części obwodowej, może pojawić się gerontoxon, czyli tzw. obwódka starcza, związana z odkładaniem się związków lipidowych (tłuszczowych). Zmienia się wymiar przednio-tylny i struktura i soczewki: w procesie przemiany białek soczewka zwiększa swoją objętość, traci przezierność, staje się twardsza – dochodzi do rozwoju → zaćmy. Powiększenie objętości ma znaczenie w kontekście przestrzeni w komorze przedniej, gdyż może prowadzić do utrudnienia odpływu cieczy wodnistej z oka, a w konsekwencji rozwoju → jaskry zamkniętego kąta. Z wiekiem związane może być również pojawienie się jaskry otwartego kąta. Zmianom podlega też ciało szkliste. Przezierne u osoby młodej, z upływem lat staje się mniej jednorodne, dochodzi do powstawania zagęszczeń, widzianych przez pacjenta w postaci mętów przed okiem oraz do jego obkurczenia i odłączenia od powierzchni siatkówki. W tym procesie może dojść do pociągania siatkówki, co związane jest z podwyższonym ryzykiem jej odwarstwienia. W samej siatkówce również zachodzą zmiany. W przebiegu → miażdżycy, czy → nadciśnienia [tętniczego] dochodzi do patologicznych przemian w strukturze naczyń, czyli pogorszenia ukrwienia. Z uwagi na zaburzenia przewodnictwa nerwowego spada wrażliwość na kontrast i pogarsza się pole widzenia. Większa jest również częstość występowania → zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD). Nie stwierdza się natomiast uogólnionego spadku potencjalnej ostrości wzroku – jeśli przyczyny gorszego widzenia leżą w patologiach potencjalnie odwracalnych, takich jak zaćma, ich usunięcie powoduje powrót dobrej ostrości wzroku.

RK

O: choroby oczu w starszym wieku, jaskra, ślepota, wady wzroku, zaćma, zespół suchego oka, zwyrodnienie plamki związane z wiekiem.

TK: am. *changes in the organ of sigh in the process of aging*, ang. *changes in the organ of sigh in the process of ageing*, fr. *les changements dans la organe de la vue dans le processus de vieillissement*, hiszp. *los cambios en el órgano de la vista en el proceso de envejecimiento*, niem. *Veränderungen in der Sehorgan in dem Prozeß des Alterns*, ros. *изменения в органе зрения в процессе старения.*

znaczenie babci i dziadka w wychowaniu i rodzinie

Sytuacja rodzinna i determinowane nią funkcjonowanie gospodarstwa domowego człowieka starszego od zawsze stanowiły istotny obszar poszukiwań badawczych i teoretycznych obecnych w → gerontologii. Na → rodzinę wskazuje się jako na podstawowe środowisko funkcjonowania emocjonalnego i aktywności życiowej → seniorów, której ocena warunkowana jest wieloma czynnikami, takimi jak: jej struktura, poziom więzi międzypokoleniowej, system wzajemnej wymiany i pomocy, sytuacja materialna i zdrowotna. To środowisko rodzinne stwarza jednostce możliwość rozwoju i zaspakajania wielu potrzeb i to w każdym wieku, co więcej można postawić tezę, że w okresie → starości jej znaczenie wzrasta, bowiem opierając się na niej człowiek starszy pozostaje osobą samodzielną i niezależną, wolną od pozarodzinnych, instytucjonalnych form → wsparcia. Rodzina ułatwia osobom starszym proces → adaptacji do starości i wszystkich zmian z nią związanych, zapewnia poczucie bezpieczeństwa a niejednokrotnie jest źródłem wsparcia finansowego, emocjonalnego i/lub duchowego. Płaszczyzną spotkania/spotykania się i działania kilku pokoleń wraz z wynikającymi z nich zagrożeń i możliwości rozwoju rodziny jako całości.

Rodzina jest grupą podlegającą silnym mechanizmom rozwojowym, zmienia się w → czasie, podobnie jak pełnione w niej role przypisywane poszczególnym członkom. Jest też miejscem regulacji zachowań społecznych jej członków poprzez procesy wychowania i socjalizacji. To właśnie z punktu widzenia tych procesów członkowie rodzin występują w podwójnych rolach – uczniów biorących udział w nieformalnej, rodzinnej edukacji i nieformalnych nauczycieli jednocześnie. Ponadto rodzina, zwłaszcza przy uwypuklaniu znaczenia i roli babć i dziadków zawsze była jest traktowana jako most łączący pokolenia i prowadzący do międzypokoleniowego dialogu (zob. ilustr. 1 i 2)

W latach 60. ubiegłego stulecia Arnold Marshall → Rose zaprezentował teorię → subkultury starości, którą oparł na tezie, że konsekwencją ekskluzji ludzi starszych z przestrzeni → życia społecznego jest pogłębianie się dystansu międzypokoleniowego z równoczesnym zacieśnianiem się więzi z przedstawicielami własnej → generacji. Do czynników sprzyjających takim procesom zaliczył zarówno społeczne, prowadzące do → wykluczania społecznego osób starszych, jak i psychospołeczne, związane z poczuciem więzi i wspólnoty z własnym pokoleniem, zbliżonym statusie społecznym, podobnych zainteresowaniach i problemach dotyczących tego samego okresu życia (Niezabitowski, 2007). Jednocześnie Rose wskazywał na te czynniki i działania społeczne, które mogą ograniczać rozwój subkultury starości, stawiając na pierwszym miejscu rodzinę i regularne z nią kontakty, podejmowane w niej zadania i działania mające na celu znoszenie dystansu międzypokoleniowego a tym samym budowanie integracji pokoleniowej. Obok rodziny wśród nich pojawiły się także: mass media mogące zapewnić bogatą ofertę działań dostosowaną dla wszystkich → grup wieku, praca zawodowa, kontakty z służbami socjalnymi, postawy czynnego oporu przeciwko starzeniu się i starości (Niezabitowski, 2007).

Na pogłębianie się dystansu międzypokoleniowego wskazywała także Margaret Mead (1901–1978), która utrzymywała, że jest on wynikiem przyjętej i obowiązującej w danym czasie kultury i wymienia trzy typy: posfiguratywną, kofiguratywną i prefiguratywną (zob. Mead, 2000).

Kultura postfiguratywna opiera się na autorytecie z przeszłości, który jest niepodważalny i wymaga jednoczesnej obecności trzech generacji, a wychowanie dzieci przez średnie pokolenia odbywa się w ten sam sposób, w jaki to pokolenie było wychowywane przez swoich rodziców. To najstarsza generacja ustala normy i pełni funkcję autorytetu. Jednostka w tej kulturze ma poczucie bezpieczeństwa i przewidywalności swojego losu. Rodziny wielopokoleniowe nawiązują ze sobą bezpośredni kontakt, pielęgnując obrzędy i zwyczaje. Tradycja kształtuje wzorce ról społecznych, które przyswajają sobie kolejne pokolenia. Zmiany zachodzą powoli i nie są czynnikiem destabilizującym układ relacji międzypokoleniowych.

Kultura kofiguratywna za dominujący wzór przyjmuje zachowania rówieśnicze. Młodsze pokolenia uczą się żyć, wzorując się na zachowaniach i praktykach swoich rówieśników. Wzorce przekazywane w tradycyjny sposób okazują się niewystarczające, ważniejsze stają się wartości, oraz zakres wiedzy i umiejętności przyjmowanych od rówieśników oraz instytucji, takich jak: szkoła, uczelnia, media. Nośnikami wartości stają się media, a nie dziadkowie. Zostaje osłabiona więź grupowa. Tempo życia wzrasta, pojawiają się nowe technologie, duży ruch migracyjny powoduje, że osoby młode szybko wtapiają się w społeczeństwo, a ludzie starsi postrzegani są jako obcy, pogłębia się dystans międzypokoleniowy.

Kultura prefiguratywna charakteryzuje społeczeństwa nowoczesne, informacyjne, w których starsze pokolenia są zmuszone uznać niezależność młodszych, a także uczyć się od nich postaw i zachowań, które narzuca przyspieszony rytm życia społecznego. Wstępujące pokolenia najlepiej przystosowują się do gwałtownie zmieniających się uwarunkowań kulturowych, a doświadczenie zdobywane przez całe życie staje się przeszkodą w adaptacji do szybko się zmieniających warunków pracy i życia. Oznacza to, że młodsze pokolenie narzuca tempo życia i w pewnych obszarach staje się nauczycielami ludzi starszych. W tej konfiguracji ulega zmianie układ ról, ale młode pokolenia nadal potrzebuje wsparcia pokolenia starszego, jednak dotychczasowy porządek został zachwiany i sytuacja taka może doprowadzić do jeszcze większego dystansu międzypokoleniowego (Chabior, 2012). Żadna z form przekazu międzygeneracyjnego nie istnieje w postaci czystej, tworzą one różne konfiguracje ulegające zmianie pod wpływem zmiennych okoliczności.

Zarówno koncepcja Rose'a, jak i teoria Mead, prowokują pytania o znaczenie babć i dziadków w rozwoju rodziny, ale też o to, jaką rolę odgrywa rodzina w procesie włączania ludzi starszych w przestrzeń społecznej aktywności i transfer ogólnospołecznych wartości, zwłaszcza w perspektywie przemian współczesnej rodziny i towarzyszących im niepokojących zjawisk. Do tych ostatnich zaliczyć należy: osłabienie rangi wychowania i niedocenianie jego roli w rozwoju, nieingerowanie, nieograniczanie rozwoju, obniżanie autory-

tetu dorosłych członków rodziny, przymus samodzielności, nazywanie troski o dziecko nadopiekuńczością, osłabienie więzi rodzinnych i emocjonalnych, ucieczka rodziców przed wychowaniem dzieci, upadek autorytetu rodziców, malejące znaczenie ojca w rodzinie, silna autonomia członków rodziny, co nie sprzyja wspólnotowości, rozpad rodzin wielopokoleniowych, a tym samym całego spektrum doświadczeń pojawiających się w rodzinach szerszych (Harwas-Napierała, 2003, Doniec, 2006).

W tej perspektywie w badaniach, także gerontologicznych, podkreśla się znaczenie dziadków dla rozwoju rodziny, rolę babć i dziadków w rozwoju wnuków i zależność drugą – wpływ obecności wnuków na życie seniorów w rodzinie.

Rola babci i/lub dziadka pozostaje jednym z niewielu normatywnych wydarzeń środkowej dorosłości, ale dzisiejsi dziadkowie są bardzo zróżnicowani pod względem wieku i wielu cech opisujących i wchodzących w tą rolę. Zmieniająca się struktura rodziny wpływa na zmianę pełnionych w niej ról oraz sposobów i rodzajów budowanych oraz podejmowanych relacji. Bycie babcią lub dziadkiem oznacza mieć wnuki i wchodzić w bardzo ważne role społeczne i rodzinne, co często jest niezależne od ich osobistych wyborów, a jest rezultatem rozwoju rodziny i naturalnego następstwa pokoleń. Wchodzenie w społeczne role babci i dziadka odbywa się stopniowo i polega na uczeniu się związanych z ich pełnieniem obowiązków i uprawnień oraz zaakceptowaniu własnej, nowej pozycji w rodzinie.

Zmiany demograficzne, społeczne i kulturowe, ekonomiczne czy w ogóle szeroko pojmowany rozwój cywilizacyjny przyniosły zmianę wizerunku babci i dziadka, głównie ze względu na zmianę i rozszerzenie zadań opisujących i wchodzących w tą rolę, podobnie jak i szersze spektrum podejmowanych przez dziadków ról.

Na zmiany w sposobach realizowania ról babci, dziadka mają wpływ: 1) uwarunkowania makrostrukturalne o charakterze biologiczno-demograficznym, takie jak: wydłużenie okresu życia i towarzyszące temu wydłużenie się czasu zachowania wysokiej → sprawności funkcjonalnej i psychofizycznej dziadków; 2) czynniki społeczno-kulturowe, takie jak: ewolucja obyczajów i sposobu postrzegania zadań wynikających z roli babci bądź dziadka, ale też pozycji społecznej osób starszych, migracja, wzrost poziomu wykształcenia osób starszych, ich aktywność zawodowa i aktywizacja społeczna, aktywizacja zawodowa kobiet; 3) uwarunkowania o charakterze rodzinnym, wśród których wskazać należy: linię pokrewieństwa, strukturę rodziny, wiek i stan → zdrowia dziadków, wiek wnuków, status zawodowy rodziców, miejsce i sposoby zamieszkiwania, częstotliwość oraz charakter kontaktów wnuków z dziadkami, poczucie zadowolenia lub niezadowolenia z życia osób starszych, wreszcie pozycję seniora w rodzinie i zgodę lub ewentualnie brak zgody na podjęcie i pełnienie roli babci lub dziadka.

Osoby starsze podejmujące rolę babci czy dziadka różnią się w sposobach jej realizacji. Uwzględniając sposób w jaki dziadkowie wchodzą w kontakty z wnukami Helen L. Bee (1939–) wyróżniła trzy typy związków: 1) zaangażowany (opiekuńczy), w którym dziadkowie aktywnie uczestniczą w opiece i wychowaniu wnuków, wchodzą w role rodziców, a nawet ich zastępując. Czasem relacja taka ma charakter odroczonego rodzicielstwa; 2) zdystansowany (dziadkowie w roli dalekich krewnych). Dziadkowie przyglądają się z dystansu wychowaniu wnuków, ich wzajemne kontakty są raczej chłodne i przyjmują postać okolicznościowych, dziadkowie są emocjonalnie wyizolowani i zajęci własnymi sprawami, najczęściej ten typ odnosi się do babć i dziadków w zaawansowanym wieku; 3) towarzyski (dziadkowie-„towarzysze"), tworzą go dziadkowie budujący ciepłe relacje ze swoimi wnuczętami. Kochają oni wnuki, poświęcają im dużo czasu, często je rozpieszczają, ale nie podejmują związanych z → opieką nad dziećmi obowiązków, nie zastępują rodziców. Rola dziadków, choć ważna dla nich nie jest jedyną i centralną na której budują swoje życie. Starają się zachować korzystną dla rozwoju swojego i wnuków równowagę między troską o siebie a troską o młodsze pokolenia. Najczęściej są to babcie i młodzi dziadkowie obu płci (Bee, 2000).

Interesującą i poszerzoną typologię roli babci zaproponowała Irena Rybczyńska-Holland (1925–), znalazły się w niej: 1) Babcia matkująca – to kobieta, która nie wie jak być babcią ale wie jak być matką, wchodzi więc dobrze w sobie znane role. 2) Babcia obojętna – nie przyjmuje do końca roli babci, nie odczuwa potrzeby przebywania z wnukami, ani włączania w proces ich wychowania czy opieki, skupiona na sobie i swoich sprawach. 3) Babcia wyemancypowana – zwykle to babcia czynna zawodowo i samorealizująca się na różnych płaszczyznach, dla niej jesień życia jest drugą młodością, kocha swoje wnuki, ale nie ma dla nich czasu. 4) Babcia w pretensjach – trudno się jej pogodzić z nową rolą i ją przyjąć. Ukrywa fakt, że jest już babcią, rozpaczliwie stara się wyglądać młodo, nie pozwala się nazywać babcią, szczególnie przy obcych. 5) Babcia normalna – z radością przyjmuje fakt zostania babcią, wnuki obdarza miłością, czułością i sercem, ale stara się nie wchodzić w kompetencje rodziców, choć chce

uczestniczyć w wychowaniu i życiu swoich wnuków. 6) Babcia entuzjastka – nie chce udawać matki, ani nikogo innego, wkłada całą miłość i czułość w kontakty z wnukami, często je rozpieszcza. 7) Babcia „wszechmatka" – to kobieta u której instynkt macierzyński góruje nad wszystkimi innymi, jej serce jest przepełnione miłością, chciałaby obdarować nią najwięcej tych, którzy potrzebują uczucia, jest jak bezpieczna przystań. 8) Babcia dyspozycyjna – wygodna dla swoich dzieci, zawsze pojawia się wtedy, gdy jest potrzebna, przedkłada potrzeby dzieci i wnucząt nad własne, zawsze można na nią liczyć. 9) Babcia „męczennica" – ze wszystkich czynności wznosi ofiarę na ołtarzu miłości, chętnie opiekuje się wnukami ale robi z siebie męczennicę. 10) Babcia „dyktatorka" – decyduje o wszystkim i za wszystkich, jej dyktatorski styl bycia jest regulatorem funkcjonowania całej rodziny, wszyscy poddawani swą swoistej tresurze i bez szemrania wykonują polecenia (Rybczyńska-Holland, 1994).

Typologia roli babci z pominięciem wskazania na adekwatne role dziadków wskazują na różnice między rolą babci a rolą dziadka. Różnice te poza płcią i/lub rodzajem dotyczą także: sekwencji wchodzenia w rolę i długości bycia w roli, częstotliwości, charakteru i siły wpływu na wnuki, treści czyli koncentracji na odmiennych aspektach roli w przekazie międzypokoleniowym (Chabior, 2012). Jednym z czynników warunkujących rodzaj relacji wnuków z dziadkami, jej treści, zakres i sposób realizacji jest wiek wnuków, okres rozwojowy w którym się znajdują. Dla małego dziecka – babcia i dziadek to przede wszystkim towarzysze zabaw, którzy zawsze maja dla nich czas, nie są zmęczeni, gotowi do podejmowania nowych inicjatyw. Spełniają każdą zachciankę, przynoszą prezenty, rozpieszczają, nie krzyczą i nie stawiają warunków co do sposobów wspólnie spędzanego czasu.

Okres dorastania to czas, w którym młody człowiek oddala się od rodziców, podważa – jeśli nie odrzuca – ich system wartości. W poszukiwaniu odpowiedzi na nurtujące go pytania często czuje się samotny, ale rzadko, jeśli w ogóle, zwraca się o pomoc do rodziców. Nie chce być taki jak oni, żyć tak jak oni, poszukuje własnej drogi życiowej, osobowej tożsamości. Zjawisko konfliktu pokoleń, pojawiającego się w tym czasie, spowodowane bywa spotkaniem się zjawiska buntu młodego człowieka z przeżywaniem kryzysu środka życia przez rodziców, którzy walcząc o stabilizację zawodowa i socjoekonomiczną rodziny, gubią dbałość o ich wzajemne funkcjonowanie emocjonalno-ekspresyjne. Rodzice nie są wówczas zdolni udzielać skutecznego wsparcia swym dzieciom, którego sami niejednokrotnie bardzo potrzebują. Wtedy właśnie następuję zwrot ku dziadkom, to oni stają się jedynym źródłem wsparcia, akceptacji i zrozumienia. Być może nie znają odpowiedzi na wszystkie nurtujące młodych ludzi pytania, być może zdarza się im być ignorantami w sferze spraw młodym ludziom świetnie znanych, ale i tak mają przewagę nad zabieganymi rodzicami – przewagą tą jest emocjonalna gotowość na towarzyszenie wnukowi w trudnych chwilach jego życia. Dziadkowie są otwarci i spolegliwi, nie stawiają wymagań i nie czynią z kontaktu z wnukami rodzaju kontraktu pełnego zobowiązań, oni są gotowi odpowiedzieć na zaproszenie ich do życia wnuków. Nie można pominąć faktu, że dziadkowie coraz częściej są też dla swoich wnuków źródłem wsparcia finansowego. Pomimo tego, obecne relacje między pokoleniami w rodzinie w większym stopniu są wspólnotą duchową niż ekonomiczną, choć tej ostatniej nie można ani pominąć ani marginalizować (Cudak, Marzec, 2005).

Coraz powszechniejszy model rodziny wielopokoleniowej stwarza okazję do rozwinięcia bliższych i pozytywnych, międzygeneracyjnych relacji, sprzyjających budowania znaczącego wpływu na wnuków i dziadków. Wpływ dziadków na wnuki jest silniejszy, jeśli dziadkowie są aktywnie zaangażowani i kiedy postrzegają rolę babci/dziadka jaka jedną z centralnych dla swojej koncepcji siebie [koncepcji ***ja***] (ang. *self-concept*). Dzieciństwo z dziadkami wpływa na to, jak wnukowie jako dorośli będą postępować w stosunku do własnych wnuków. Dziadkowie, którzy wierzą, że mają wpływ na życie swoich wnuków i pełnią bardziej aktywną rolę w ich życiu doświadczają częstszych kontaktów ze swoimi wnukami i wyższej jakości relacji, nierzadko mają realny wpływ na ich życiowe decyzje i wybory, podstawowe dla dalszego całego ich życia.

Znaczenie dziadków dla rozwoju wnuków wyrażają się między innymi w tym, że dziadkowie:

- dziadkowie scalają rodzinę, stanowią źródło → mądrości życiowej, pokazują sens opierania swego życia o istotne wartości, pomagają budować → poczucie sens życia i formować swoja tożsamość;
- dziadkowie ukazują ciągłość rodziny, powiązanie między jej przeszłością a teraźniejszością, są źródłem poczucia zakorzenienia i ciągłości pokoleniowej, stając się naturalnymi nauczycielami historii, dbają o pielęgnowanie rodzinnych tradycji;
- dziadkowie zabiegają, by zachować rodzinę jako całość;
- dziadkowie stanowią wsparcie rodziców w wychowaniu i opiece nad dziećmi, a także często świadczą wsparcie instrumentalne i rzeczowe jak wsparcie rodziców w trudnej sytuacji finansowej;

- dziadkowie są źródłem wsparcia, bliskości i bezwarunkowej akceptacji dla wnuków negocjatorami w sporach z rodzicami, pomagają dzieciom zrozumieć zachowanie rodziców.

Wzajemne relacje międzypokoleniowe mają ogromne znaczenie dla funkcjonowania i rozwoju dla obu ze stron, zarówno dla wnuków jak i dziadków. I jedni i drudzy są dla siebie punktem odniesienia dla tworzenia nowych wartości, poszerzających ich wzajemną płaszczyznę aksjologicznego bycia i stawania się. Stanowią i budują wspólny obszar aktywności w której centralne znaczenie ma budowanie koncepcji siebie w teraźniejszości dla przyszłości. To właśnie w tych relacjach i wspólnych działaniu odzwierciedla się znaczenie dziadków dla rozwoju wnuków i znaczenie wnuków dla rozwoju i wtórnej socjalizacji dziadków. To relacja o charakterze sprzężenia zwrotnego, której znaczenia i wartości przecenić się nie da.

Są takie wydarzenia w życiu człowieka i rodziny, które znoszą podziały na pokolenia, stawiają przed koniecznością konfrontacji relacji i więzi międzypokoleniowych. W sytuacji → choroby, cierpienia, → umierania i → śmierci przestają funkcjonować rzeczywiste i wyimaginowane różnice międzypokoleniowe, w ich obliczu wszyscy stajemy się aktywnymi bądź biernymi aktorami lub świadkami zdarzeń, które niezależnie od naszej woli przyzwyczajają nas do swojej obecności i związanej z nią konieczności adaptowania się do zmian, których są zapowiedzią.

AC

B: Bee, 2000; Chabior, 2012; Cudak, Marzec, 2005; Doniec, 2006; Harwas-Napierała, 2003; Mead, 2000; Niezabitowski, 2007; Rybczyńska-Holland, 1994.

O: Dzień Babci, Dzień Dziadka, rodzina, role społeczne osób starszych w rodzinie, społeczna rola babci, społeczna rola dziadka.

TK: ang. *grandparents' roles in education and in family*, fr. *le rôle des grands-parents dans l'éducation et dans la familie*, hiszp. *el papel de los abuelos en la educación y en la familia*, niem. *die Rolle der Großmutter und Großvater in Erziehung und im Familienleben*, ros. *роль бабушки и дедушки в воспитании и в семье.*

zwyrodnienie plamki związane z wiekiem (starcze zwyrodnienie plamki [żółtej] siatkówki, AMD)

– nie prowadzi do całkowitej → ślepoty, powoduje jednak obniżenie ostrości widzenia w sposób znacznie utrudniający codzienną, samodzielną, w pełni aktywną egzystencję. Osoby z w pełni rozwiniętą postacią schorzenia widzą w centralnej części pola widzenia znacznych rozmiarów ciemną plamę, która sprawia, że nie są w stanie czytać, prowadzić samochodu, mają trudność z rozpoznaniem twarzy innych osób oraz nie mogą wykonywać precyzyjnych czynności. Wg ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) zwyrodnienie plamki związane z wiekiem (AMD) stanowi w krajach rozwiniętych główną przyczynę ślepoty prawnej, czyli widzenie mniejsze niż 0,1. Z uwagi na → starzenie się społeczeństw tych krajów i brak w pełni skutecznych metod terapii, można spodziewać się, że ilość osób dotkniętych tą → chorobą będzie się systematycznie zwiększała.

Istnieją dwa główne typy zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem. Są to tzw. postać sucha (zanikowa) i mokra (neowaskularna, wysiękowa, wytwórcza, krwotoczna). Postać sucha polega na stopniowej utracie fotoreceptorów i nabłonka barwnikowego. Statystycznie postać sucha występuje znacznie częściej niż postać neowaskularna. Szacuje się, że na każde dziesięć osób z AMD, dziewięć ma postać suchą. Zwykle ta postać schorzenia przebiega jednak bardzo wolno i zanim dojdzie do poważnych zaburzeń widzenia, mija często wiele lat. Możliwości leczenia suchej postaci AMD są, póki co, mocno ograniczone. Badane są różne formy terapii genowej, mające na celu zwiększenie produkcji substancji zmniejszających → stres oksydacyjny oraz leki o podobnym działaniu, przyjmuje się bowiem, że to właśnie zjawisko leży u podstaw zaniku nabłonka barwnikowego siatkówki, czyli podstawowego objawu suchej postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem. Ogólnie dostępne są natomiast suplementy diety zawierające luteinę oraz substancje pomocnicze, takie jak: kwasy dokozoheksaenowe (DHA), witaminy i minerały, których zadaniem ma być ochrona komórek siatkówki poprzez działanie antyoksydacyjne. Są to jednak preparaty przyjmowane doustnie, o bardzo ograniczonej penetracji do gałki ocznej i ich skuteczność nie jest jednoznacznie potwierdzona. Przyjmuje się, że ich przyjmowanie może spowolnić progresję choroby, ale ponieważ jest to bardzo indywidualna kwestia, trudno jest ocenić ich wpływ na postęp schorzenia u konkretnego pacjenta.

Postać mokra występuje rzadziej, ale ma znacznie bardziej dewastujące skutki dla widzenia pacjenta. Na skutek tworzenia się nieprawidłowych naczyń dochodzi do obrzęku otaczającej siatkówki oraz krwotoków. Objawy mogą pojawiać się nagle. Zaliczamy do nich spadek ostrości widzenia, wygięcie linii prostych, określane mianem metamorfopsji oraz pojawienie się ubytków w centralnej części pola widzenia. Stopień wygięcia linii prostych można ocenić w teście Amslera (zob. ilustr. 1). Objawy te nie są swoiste wyłącznie dla AMD.

Obecnie najbardziej skuteczną formą terapii wysiękowej postaci AMD jest podawanie wewnątrzgałkowe preparatów grupy inhibitorów czynnika wzrostu śródbłonka naczyń (ang. *anti vascular endothelial growth factor* – antyVEGF). Niezależnie od stosowanego preparatu, należy zdawać sobie sprawę z faktu, że tego typu terapia jest z zasady terapią powtarzalną, co oznacza że nie istnieje z góry określona liczba zastrzyków wewnątrzgałkowych, którą należy wykonać u danego pacjenta. We wszystkich dotychczas stosowanych schematach leczenia zaleca się wykonanie trzech iniekcji inicjujących w odstępie miesiąca. Następnie, ponieważ metabolizm leku trwa, w zależności od preparatu, od jednego do dwóch miesięcy, można wybrać drogę regularnych, stałych iniekcji co 1 lub 2 miesiące lub, co zdarza się znacznie częściej, rozpocząć podawanie w systemie „w miarę potrzeb". Oznacza to że kolejne dawki stosuje się aż do uzyskania stabilizacji zmiany. W momencie osiągnięcia tego stadium odracza się kolejne iniekcje do czasu pojawienia się objawów ponownej aktywności choroby. Średnio, przy takim sposobie podawania leku, pacjent otrzymuje około sześciu iniekcji rocznie. Należy także podkreślić, że statystycznie maksymalną poprawę ostrości widzenia uzyskuje się po trzech pierwszych iniekcjach, kolejne zastrzyki mają charakter podtrzymujący uzyskany efekt, a stopień poprawy ostrości widzenia jest także ograniczony. U osób z bardzo nasilonymi, długotrwającymi zmianami, mających złą ostrość widzenia (poniżej 0,1) szansa na istotną poprawę jest bardzo niewielka. Dlatego terapia preparatami typu antyVEGF, aby była skuteczna, musi być zastosowana, zanim dojdzie do bardziej zaawansowanych zmian. Okres między pierwszymi objawami zmian degeneracyjnych typu wysiękowego, a znaczną utratą widzenia wynosi zwykle kilka miesięcy i jest to czas, w którym terapia ma duże szanse być w pełni efektywna. Z punktu widzenia skuteczności leczenia odraczanie go poza ten okres jest błędne.

Obecnie do stosowania wewnątrzgałkowego w leczeniu zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem dopuszczone są następujące preparaty: ranibizumab (lcentis), pegaptanib (mcugen) i aflibercept (eelea). Bevacizumab (avastin) jest dopuszczony do stosowana dożylnego w schorzeniach nieokulistycznych., Jego stosowanie w okulistyce określa się mianem *off-label*, czyli poza wskazaniami. Taki status oznacza konieczność podpisania przez pacjenta świadomej zgody na tego typu terapię, po zapoznaniu się z informacjami udzielonymi przez lekarza. W wielu badaniach klinicznych nie wykazano istotnych różnic w bezpieczeństwie stosowania i skuteczności tego preparatu w stosunku do ranibizumabu. Inne metody terapii, które mogą być skuteczne u wybranych pacjentów, to laseroterapia i terapia fotodynamiczna, czyli laseroterapia po podaniu środka światłouczulającego gromadzącego się głównie w nieprawidłowych naczyniach. Należy też wspomnieć o metodach chirurgicznych, a wśród nich o translokacji (przemieszczeniu) plamki, przeszczepie nabłonka barwnikowego siatkówki oraz usuwaniu podsiatkówkowej błony neowaskularnej. Są to zabiegi bardzo trudne, obarczone wysokim ryzykiem powikłań i zarezerwowane dla szczególnie ciężkich przypadków, które nie dają nadziei na uzyskanie poprawy przy zastosowaniu tradycyjnych metod. Mało jest też ośrodków wykonujących wymienione wyżej procedury.

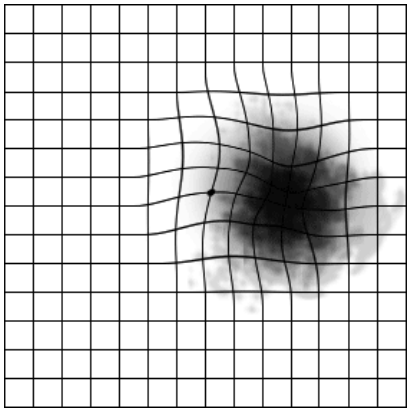
RK

A: AMD, ARMD, DMLA.

N: http://www.okulista.pl/oferta…

O: budowa narządu wzroku, choroby oczu w starszym wieku, kompleksowe badanie okulistyczne, wady wzroku, zmiany w narządzie wzroku w procesie starzenia się.

TK: ang. *age related macular degeneration/macular degeneration/senile macular degeneration*, fr. *la dégénérescence maculaire liée à l'âge/dégénérescence maculaire sénile/macula sénile*, hiszp. *degeneración macular associada a la edad*, niem. *Makuladegeneration/altersbedingte Netzhautdegeneration*, ros. *макулодистрофия/старческая дгенерация желтого пятна.*



Ilustr. 1. Mokre AMD powoduje faliste zniekształcenie obrazu w teście Amslera. Źródło: http://www.okulista.pl/oferta-amd-zwyrodnienie-plamki-zwiazane-z-wiekiem-36.html.

AMD → zwyrodnienie plamki związane z wiekiem

starcze zwyrodnienie plamki [żółtej] siatkówki → zwyrodnienie plamki związane z wiekiem

Ż

ich wczesne rozpoznawanie i racjonalne, zgodne ze współczesną wiedzą leczenie".

AAZ

B: Frąckiewicz, Żakowska-Wachelko, 1987; Żakowska-Wachelko, 1979, 1986, 1991, 1995, 1996, 1998, 2000, 2001, 2002; Żakowska-Wachelko, Pędich, 1988, 1995; Żakowska-Wachelko i współprac., 1999 a, 1999 b, 2010.

Żakowska-Wachelko Bogna (1931–2015)
lekarz internista i gerontolog, specjalista II° z chorób wewnętrznych i → gerontologii, pionier polskiej → geriatrii, założycielka (1961) i ordynator oddziału geriatrii Szpitala Geriatrycznego w Katowicach (1961–86), członek honorowy → Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego (2001). W roku 1961 powstały dwa pierwsze w Polsce → oddziały geriatryczne, ukierunkowane na → opiekę kliniczną: w Łodzi oddział geriatrii w strukturze → domu pomocy społecznej, kierowany przez → Roszkowską-Wiśniewską, zaś w Katowicach oddział geriatryczny szpitala miejskiego, którego ordynatorem mianowano Żakowską-Wachelko. Obydwie te placówki stały się miejscem szkoleń lekarzy o zainteresowaniach geriatrycznych. Żakowska-Wachelko była absolwentką Akademii Med. we Wrocławiu (1953), następnie uzyskała stopień doktora medycyny, w latach 1998–2003 była członkiem Rady Programowej „Rocznika Psychogeriatrycznego". W 1978 uczestniczyła w Ogólnopolskim Sympozjum Gerontofarmakologii w Staszowie. Jest autorką wielu publikacji naukowych dotyczących → starzenia się i → starości oraz podręczników z dziedziny geriatrii (zob. Żakowska-Wachelko, 1979, 1986, 1991, 1995, 1996, 1998, 2000, 2001, 2002), Żakowska-Wachelko należała do Interdyscyplinarnej Grupy Ekspertów Rozpoznawania (i leczenia) → Otępień. Zajmowała się problematyką → gerontologii klinicznej i medycyny geriatrycznej oraz leksykografią gerontologiczną (Frąckiewicz, Żakowska-Wachelko, 1987). Nadal aktualne, mimo upływu prawie 30 lat, pozostają słowa Lucyny → Frąckiewicz i Bogny Żakowskiej-Wachelko (1987, s. 5–6): „Skuteczność walki z niezaradnością i wyobcowaniem ludzi starszych zależy w dużej mierze od stosunku całego społeczeństwa do tych spraw, od zabezpieczenia materialnego starszych osób, od stworzenia właściwych warunków do aktywizacji zawodowej i społecznej oraz zapewnienia odpowiednich warunków środowiskowych w miejscu pracy i zamieszkania. Podstawą zachowania → sprawności [fizycznej i/lub funkcjonalnej] jest zapobieganie → chorobom,

Wachelko Bogna → Żakowska-Wachelko Bogna

żałoba i przeżywanie żalu
→ Starość bardzo często oznacza borykanie się z problemem osamotnienia. Oznacza ono obiektywny fakt bycia samemu bądź też życie w izolacji od innych osób, bez bliskiej → rodziny, przyjaciół czy znajomych. Osamotnienie osoby zawsze wiąże się z samotnością, która jest stanem wynikającym z → izolacji społecznej i/lub zakłóconych relacji międzyludzkich. Jest rodzajem skazania na zamknięcie się w swoim świecie wewnętrznym, co zawsze jest jego bagażem, rodzi poczucie izolacji, wiąże się z bólem, odrzuceniem, tęsknotą za bliskimi, domem i ciepłem rodzinnym. Samotność może być fizyczna (społeczna) – rozumiana jako izolacja, odosobnienie, odczuwane jako obojętność innych, brak bliskich. Może być samotnością psychiczną – gdy jest odczuwana przez jednostkę jako niewystarczający kontakt psychiczny z innymi, jako marginalizacja i dyskomfort psychiczny. Może też być przeżywana jako samotność moralna, gdy jest brakiem związku z wartościami, symbolami i wzorami, a środowisko kultury jest odbierane jako obcy chaos pojęć, z którym trudno się jednostce identyfikować. W przypadku → życia człowieka do osamotnienia prowadzą trzy jego sfery: **sfera zagrożeń** – milczenie, brak poczucia przynależności, nie wypowiadanie swego zdania; **sfera dewastacji** – wyrażane jako blokada emocjonalna, brak okazywania uczuć; oraz **sfera wyboru** – której wyrazem jest wycofanie, izolacja, unikanie kontaktu z innymi, smutek, → depresja [i zaburzenia nastroju], myśli samobójcze, pustka emocjonalna i egzystencjalna. Najgłębszą jednak sferę samotności zakreśla fakt → śmierci najbliższych.
Świadomość śmierci, skończoności własnego istnienia jako jednostki, wyróżnia człowieka spośród innych istot. Swoja wyjątkową pozycję na świecie okupuje on towarzyszącą mu świadomością nieuchronnego końca. Lęk przed tym tkwi w każdym człowieku. Jest

wzmocniony przez zbudowanie bliskich relacji z innymi osobami, zwłaszcza w miłości i przyjaźni. Każda taka relacja jest nagle i dramatycznie zerwana przez śmierć. Ukochani, współtworzący wspólnotę rodziny, są na wiele lat mechanizmem chroniącym przed popadnięciem w rozpacz w obliczu destrukcji życia bliskich przez śmierć. Nie mogą jednak obronić przed samym jej faktem, zbliżaniem się kresu życia i jego zakończeniem. Człowiek zbudował wiele mechanizmów obronnych, takich jak: zwyczaje, obrzędy, wierzenia i filozofię, które podejmują próbę stymulowanie dramatycznego popadnięcia w śmierć osób, które są bliskie i ukochane. Jednak świadomość śmierci nadal pozostaje tłem wielu zachowań i decyzji, także związanych z kształtowaniem rodziny.

Współczesne myślenie o życiu jest raczej biologiczne niż filozoficzne i metafizyczne. Od strony fizykochemicznej istota żyjąca składa się co najmniej z białka i kwasu nukleinowego (DNA, RNA). To, co widoczne fizycznie jest odbierane jako istotne, z trudem wnika się w tajemnicę pełnego rozumienia życia. Dlatego też refleksja o śmierci, zwłaszcza osoby bliskiej, nieustannie obecnej w przestrzeni domu i w środowisku życia, jest tak bardzo trudna. Śmierć wydaje się być całkowitą destrukcją rodziny, zniknięciem sensu dalszego życia i pozostawia pustkę nie do ogarnięcia. Bez odpowiedzi pozostają pytanie o dar wspólnego czasu przeżytego ze zmarłym, o jego miejsce – po śmierci – w życiu rodzinnym, o wartości → pamięci o nim i jego przekazie zasad i norm dla domu. I wiele innych. Śmierć jest procesem paralelnym do życia, towarzyszy mu od jego początku. W każdym organizmie żywym, nawet noworodka, trwa nieustanne obumieranie komórek, które nie podlegają podziałom, podlegają zwyrodnieniu i obumieraniu. W tym sensie można mówić o śmierci fizjologiczne, wpisanej w egzystencję ludzką. Życie i śmierć nie są do końca zrozumiałe, jeśli nie są rozważane w swojej całości, czyli w odniesieniu do Dawcy życia.

Strata osoby bliskiej zaliczana jest do sytuacji stresogennych, które wymagają od jednostki szczególnego zaangażowania, aby ponownie uzyskać równowagę psychiczną. Sytuacje tego typu, traumatyczne, zmuszają do sięgnięcia do różnych zasobów, które na nowo pozwolą uzyskać stan sprzed śmierci bliskiego. Te zasoby gromadzi się całe życie, a wśród nich jest np. krąg rodzinny, wspólnota przyjaciół, pomoc materialna czy psychologiczna ze strony różnych instytucji. Wskazuje się też na fakt, że wychowanie religijne jest jednym z najbardziej cennych zasobów, które mogą wpłynąć na odzyskanie komfortu życia, sposób, czas i efektywność radzenia sobie w trudnej sytuacji. W psychologii zachodniej dynamicznie rozwija się obecnie teoria tzw. religijnego dopingu, czyli religijnych sposobów radzenia sobie z trudną sytuacją, której poddana jest jednostka. Rozpatruje się tę pomoc już na poziomie języka, który pozwala nazywać sytuację posługując się np. terminami „nadziei na życie wieczne", „wolę Bożą" czy „powołanie" i „Opatrzność Bożą". Na poziomie teorii psychologicznej wskazuje się na religijne odbudowanie poczucia bezpieczeństwa, redukcję lęku, czy poszukiwanie nowego sensu i celu życia. Wskazuje się na pięć istotnych funkcji *copingu religijnego* w sytuacjach trudnych. Odpowiada on za nowe poszukiwania zagubionej jednostki w następujących obszarach: → [poczucia] sensu życia, większego panowania i kontroli nad życiem, uzyskiwanie pocieszenia i bliskości z Bogiem, uzyskiwanie bliskości z innymi ludźmi oraz poszukiwanie przemiany we własnym życiu. Pośród 21 różnych metod i form aktywności, jakie człowiek może uruchomić w trudnej sytuacji, aż 17 z nich ma charakter *copingu religijnego*.

Stan psychiczny i kulturowy po utracie na zawsze (śmierci) bliskiej osoby nazywa się żałobą. Staje sie ona procesem uwewnętrznienia obrazu zmarłego, dzięki czemu reakcja na stratę tejże osoby wywołuje bolesny i melancholijny w swym wyrazie nastrój. W efekcie prowadzi do straty zainteresowania zewnętrznym światem, co wiąże się także z utratą chęci i zdolności znalezienia obiektu miłości. Współczesne społeczeństwa Zachodu unikają manifestacji żałoby. Coraz częściej stan żałoby rodzina pragnie ukryć w zaciszu domowym. Ma to wyraz m.in. w prośbie, połączonej z informacją o śmierci: „Rodzina prosi o nieskładanie kondolencji".

Przyjmuje się, że istnieją trzy rodzaje osób przeżywających żałobę: ci, którzy potrafią opanować ból, a przynajmniej potrafi go ukryć wobec innych; ci, którzy biernie poddają się tej zewnętrznej i wewnętrznej konieczności; oraz ci, którzy czując bezlitosne wykluczenie ze społeczeństwa swej osoby, buntują się, często objawiając to nazbyt ekspresyjnie.

Strata bliskiej osoby ma ogromny wpływ na funkcjonowanie żałobników, osób pozostających w poczuciu pustki po zmarłym. Wśród fizycznych doznań, które doświadczają osoby przeżywające żałobę, wymienia się: doświadczenie pustki i ucisku; przeczulenie na hałas; poczucie depersonalizacji; brak tchu połączony z głębokimi westchnieniami; słabość mięśni; brak energii i zmęczenie; suchość w ustach. Te fizyczne, silnie odczuwane doznania związane z żalem, nie są przedmiotem troski, chociaż one mogą intensyfikować zachorowalność, a nawet wystąpienie zagro-

żenia śmiercią. Badania potwierdzają spory wzrost wskaźnika śmiertelności wśród wdowców w wieku od 54 lat wzwyż podczas pierwszych miesięcy po stracie najbliższych. Stwierdzono także, że wdowy są bardziej podatne na choroby. Ogólnie uważa się, ze największe ryzyko choroby istnieje podczas pierwszych 6 m-cy żałoby. Bardzo intensywne są emocje związane z przeżywaniem żałoby. Rodzą one różnego rodzaju trudności w komunikacji z osobą w żałobie, zmienność jej nastrojów, postawy niepewności i zobojętnienia na bodźce zewnętrzne, Najczęściej występującymi reakcjami są: szok, gniew, lęk, poczucie winy, smutek, depresja, ulga (np. po długiej chorobie zmarłego, okresie niepewności). Śmierć bliskich wpływa też na jakość myślenia pozostałych przy życiu. Przeżywanie żałoby wiąże się z poszukiwaniem nowej tożsamości rodziny, powoduje trudności w koncentracji, utratę zdolności do planowania. Osoba w żałobie ma trudności z uporządkowaniem swym myśli, nie jest w stanie absorbować nowych wiadomości, zapamiętywać treść rozmów, czy rozeznawać teraźniejszość. Żałoba może prowadzić do kryzysu duchowego żałobnika. Zakończenie etapu życia wspólnego z tym, który odszedł przez śmierć, może prowadzić do długotrwałego buntu przeciw jakości kruchej egzystencji. Łączy się ona niekiedy z desperacją połączoną z utratą nadziei. Desperacja ukierunkowana jest ku przyszłości, która nie ma już „żadnego znaczenia". Swoją niemoc duchową osieroceni często określają słowami: „życie zamknęło przede mną wszystkie drzwi", „wewnątrz jestem martwy". Świadczą one o tendencji wycofywania się z życia. Pojawiają się też pytania natury religijnej o sens istnienia Boga, sposób Jego zarządzania światem i/lub Jego milczenie wobec modlitwy.

Zmienia się także status społeczny żałobnika – otoczeni nagle traktuje go inaczej, zachowuje wobec niego dystans, niekiedy całkowicie unika, gdyż osierocony wywołuje u nich uczucie bezradności i niepewności. Rodzi to głębokie uczucie osamotnienia, społeczną izolacje. Żałobnik koncentruje się wówczas jeszcze silniej na przeszłości, co pogłębia uczucie odepchnięcia. Utrudnione są w ten sposób wysiłki w kierunku nowego zrozumienia świata i samego siebie. Doświadczenie śmierci bliskiej osoby, np. ojca czy matki, wiąże się także z faktem późnego ojcostwa i macierzyństwa, które powoduje, że czas spędzony razem z dziećmi jest stosunkowo krótki. Przedłużona młodość, aż do czasu bliskiego → emeryturze i radość późnego ojcostwa, może się bowiem wiązać z tragedią bardzo wczesnego sieroctwa dzieci, czy wdowieństwa żony. Wg Niemieckiego Instytutu Statystycznego w roku 2000 ojcami zostało ponad 70 tys. mężczyzn powyżej 40. roku życia. Natomiast w 2010 było ich już 117 tys. W tym samym okresie wzrosła o 20% liczba ojców, którzy w chwili poczęcia potomka przekroczyli 70. r.ż. Proste wyliczenia pozwalają stwierdzić, że mężczyzna, który założy rodzinę w wieku 60 lat, będzie staruszkiem, gdy dzieci zdadzą maturę.

Najgłębszym źródłem poczucia samotności w rodzinie, jest wdowieństwo. Śmierć współmałżonka stanowi bardzo silne, traumatyczne przeżycie. Jest jednym z najtrudniejszych i najbardziej bolesnych przeżyć (zob. ilustr. 1). W opracowanej przez Thomasa Holmesa i Richarda Rahe'a „Skali wydarzeń życiowych" [Skali stresu] znajduje się na pierwszym miejscu i jest oceniane jako jedno z najcięższych doświadczeń życiowych.

Do czynników, które w istotny sposób wpływają na doświadczenie utraty współmałżonka, niezależnie od płci, należą: jakość relacji między małżonkami, poziom → stresu związanego z osieroceniem, poziom → wsparcia społecznego oraz okoliczności śmierci.

Można wyróżnić kilka faz typowego procesu żałoby. W początkowej fazie, określanej jako faza szoku i niedowierzania, osoby nie są zdolne do przyjęcia informacji o śmierci bliskiej osoby. Gdy śmierć jest nagła, wzbudza ona we współmałżonku niedowierzanie, zaprzeczenie jej realności, odrętwienie emocjonalne, poczucie pustki, brak koordynacji działań, a także smutek, żal i gniew oraz tęsknotę za powrotem przeszłości.

Faza pośrednia, dezorganizacji, cechuje się zablokowaniem normalnych sposobów radzenia sobie z wieloma konkretnymi zadaniami i pełnieniem dotychczasowych ról społecznych. Osoba silnie odczuwa brak poczucia bezpieczeństwa, kontroli nad sytuacją, nosi w sobie niepokój o przyszłość, zwłaszcza w sytuacji zależności od osoby zmarłej.

Trzecia faza, reorganizacji i pogodzenia się z utratą osoby bliskiej, wyraża się przystosowaniem osoby osieroconej do nowej sytuacji, podejmowaniem prób wchodzenia w nowe związki i nowe formy zaangażowania. Okres trwania żałoby, w sytuacji śmierci współmałżonka, najczęściej obejmuje kilkanaście miesięcy. Jest to, dla większości owdowiałych osób, najtrudniejszy okres, w którym po raz pierwszy doświadczają nowego rodzaju samotności, sytuacji i okoliczności dotąd nie przeżywanych. Pozytywnym i oczekiwanym efektem okresu żałoby jest wypracowanie nowego charakteru więzi z osobą zmarłą, a także rozwój nowych zainteresowań i nowych form zaangażowania w codzienności.

Podkreśla się, że ból mężczyzny jako wdowca, jest niezwykle intensywny, chociaż zwykle jest skrzętnie skrywany. Odczuwa on bardziej swoją bezradność i niepewność jutra, gdyż najczęściej to żona decydowała o większości codziennych, konkretnych spraw. Czasem ten ból samotności jest dla niego tak silny, ze przypłaca to utratą → zdrowia i szybką swoją śmiercią.

Problem wdów i wdowców stał się ważnym zagadnieniem społecznym. W samej Polsce stanowią one ogromną grupę społeczną liczącą 2,5 mln kobiet (na 430 tys. wdowców – NSP 2003). Warunki materialne wdów pogarszają się dotkliwiej niż wdowców, zwłaszcza gdy mają one na utrzymaniu dzieci. Kobiety wciąż zarabiają mniej niż mężczyźni – najwyższe dochody na osobę osiągało 2,4% wdów, a wśród wdowców – 22,1%, przy czym 72% wdów ocenia swą sytuację ekonomiczną po śmierci męża jako gorszą. Do tego dochodzi problem psychologiczny. Badania wskazują, że wdowa potrzebuje od 6 m-cy do 2 lat od śmierci męża, by poradzić sobie z bólem i utratą partnera oraz zacząć funkcjonować jak osoby, które nie mają takiego doświadczenia życiowego. Jednak aż ok. 30% wdów dla uzyskania równowagi potrzebuje ponad roku, a nawet znacznie więcej. Silny stres często uruchamia ukryte choroby i rodzi nowe. Wg badań w Polsce 64,7% osób owdowiałych zaczęło chorować, a 15% zmarło w rok po śmierci partnera. W amerykańskim społeczeństwie w pierwszym roku po pogrzebie występuje dwukrotnie większa liczba samobójstw, w porównaniu z okresem późniejszym.

W różnych religiach i kulturach wdowieństwo było i jest rozmaicie traktowane. W społeczeństwach plemiennych nie ma domów starców. Starzec zawsze żył wśród swoich bliskich, a nie w grupie innych samotnych, opuszczonych przez rodzinę starych ludzi. Otaczano ich szacunkiem i wspierano. Podobno zachowywano się wobec wdowców i wdów. W religiach świata wdowieństwo postrzegano zasadniczo w perspektywie miłości, która łączyła małżonków za życia, jak również scalała ich rodziny.

W islamie śmierć współmałżonka, jak wszystko, co spotyka człowieka, powinno być przyjęte jako wyraz woli Allaha. W tradycji ważny jest tzw. *iddat* [arab. العدة], czyli czas oczekiwania wdowy przed ponownym zamążpójściem, pozwalający stwierdzić, czy nie jest ona w ciąży ze zmarłym mężem. W przypadku ciąży nie mogła ona wyjść za mąż aż do chwili spełnienia wszystkich obowiązków wobec dziecka: urodzenia i wykarmienia piersią.

W tradycji chińskiej los kobiety był ściśle związany z mężem i zależał od niego. W wypadku śmierci męża wdowa nie wychodziła ponownie za mąż, lecz troszczyła się o dom swojego syna. Gdy nie miała syna – jej los był tragiczny, gdyż pozostawała poza społecznością.

W buddyzmie stan wdowieństwa jest błogosławiony i przeznaczony na medytację i myślenie o nirwanie. Dawniej wdowy zostawały mniszkami.

Pozostawanie wdową, bez zamążpójścia, w tradycji japońskiej jest oznaką wierności zmarłemu i należy do cnót kobiety. Kobieta przez zamążpójście jest przypisana mężowi i jego rodzinie. Stąd powtórne, we wdowieństwie, zamążpójście, wprowadza dysharmonię społeczną – należy do rzadkości.

Stan wdowieństwa był traktowany jako normalny, jako konsekwencja przemijalności człowieka. Jak małżeństwo pochodzi od Boga, tak i śmierć należy do Jego woli. Prawo starotestamentalne zabezpieczało podstawowe potrzeby osób samotnych i stworzyło odpowiednie instytucje, które brały w obronę owdowiałą kobietę. Krzywdzenie ich, wykorzystywanie ich bezbronności, podlegało surowym karom i spotykało ze społeczną dezaprobatą.

W Nowym Testamencie roli wdów wiele miejsca poświęcił św. Paweł. Mówi realistycznie o trudnościach stanu wdowieństwa, zwłaszcza w zachowaniu ładu moralnego i w zajęciu się własnym domem. Mówi też o pokusach poświęcenia czasu na próżne plotki, i bezcelowe dyskusje. Wdowy, kobiety z ogromnym doświadczeniem i nastawieniem prospołecznym, mogą być bardzo dobrymi pomocnicami w podejmowaniu ważnych posług. W Kościele pierwotnym istniała nawet odrębna instytucja wdów, poświęcających się służbie gminy, w zamian za pewną pomoc materialną, umożliwiającą im pełne oddanie się sprawie Kościoła. Stanowiły one odrębną kategorię kobiet, od których wymagano specjalnych predyspozycji (zob. 1 Tm 5, 3–11, *Pismo Święte*…, 2013). Wielką wagę przywiązywano do osobistego świadectwa każdej z nich, okazującego ich wartość i gorliwość w służbie miłości bliźniego. Orygenes (ok. 185–254) wymienia stan wdów – obok diakona, prezbitera i biskupa – jako instytucję i „godność kościelną" (stawia jednak warunek: byłe żony nie mogą zawrzeć drugiego małżeństwa). W średniowieczu wdowa, pozbawiona oparcia męża, którego status przesądzał o jej pozycji i relacji z innymi ludźmi, pozostawała poza strukturą wyznaczoną przez zwyczaj i prawo. W oczekiwaniu na ewentualny ponowny związek małżeński mogła ona: pozostać w domu męża pod → opieką jego spadkobierców, bądź powrócić do własnego domu rodzinnego pod władzę ojca, brata lub dalszych męskich krewnych, a w osta-

teczności poddać się pod opiekę króla. Pozostawanie w domu mężowskim, w przypadku wdów bezdzietnych, narażało ja na szykany ze strony krewnych męża, którzy sprawowali pieczę nad pozostałym po nim majątku i opiekę nad nią samą.

Niekiedy z faktem śmierci bliskiej osoby radzono sobie w zaskakujący sposób. Przykładem może być tzw. ślub junkierski, który mógł być zawarty nawet po śmierci partnera, z trupem. Śluby takie sankcjonowało m.in. państwo hitlerowskie. W Pałacu Namiestnikowskim w Warszawie został zawarty taki ślub martwego Franza Kutschery (1904– 1944), kata Warszawy, który zginął w zamachu dokonanym przez żołnierzy Armii Krajowej, z norweską narzeczoną, Jane Lilian Steen, która była w zaawansowanej już ciąży. Trumna generała była podczas ślubu otoczona rzędem drzew laurowych. Zaraz potem odbył się jego pogrzeb. Wszystko miało chociaż w części zatrzeć wrażenie upiorności sytuacji i siły śmierci.

Najczęściej smutek i osamotnienie związane z wdowieństwem próbuje się zrównoważyć poprzez rozmowy z najbliższymi, codzienny kontakt z dawnymi przyjaciółki z którymi można wspominać zmarłego współmałżonka. Okazuje się, że duża pomocą dla pogrążonych w żałobie mężczyzn może być przyjaźń z innym wdowcem. Spotkania pozwalają wówczas na dzielenie się doświadczeniem związanym z żałobą. Każde otwarcie się wdowca na otoczenie i problemy innych osób ma także, poza obiektywną wartością dobroci, także walor terapeutyczny. Samotność po śmierci w rodzinie może być chociaż częściowo zniesiona.

Dużą rolę w przeżywaniu żałoby osób starszych może odegrać także → pracownik socjalny, pielęgniarka, psycholog czy lekarz. Po stracie osoby bliskiej mogą oni nieść pomoc w zakresie wsparcia emocjonalnego, instrumentalnego czy informacyjnego. Niesiona pomoc powinna uwzględnić konkretne i indywidualne potrzeby osoby przeżywającej żałobę. Celem działania pracownika socjalnego jest niekiedy edukowanie rodzin w odpowiedniej trosce o osoby osierocone lub przeżywające stratę bliskiej osoby. W większości ośrodków paliatywno-hospicyjnych rodzina, po stracie osoby bliskiej, może skorzystać z bezpłatnej porady psychologa, pedagoga lub pracownika socjalnego w ramach opieki dla osieroconych. Zadania te mogą rozpocząć się już za życia ciężko chorego. Nieuleczalna i postępująca choroba członka rodziny powoduje wiele bólu i wiele zmian w rodzinie. Przeczucie nadchodzącej śmierci wraz z całą sferą emocjonalnych przeżyć z tym związanych, nazywa się „żałobą uprzedzającą". Kolejna formą pomocy po stracie bliskiej osoby są grupy wsparcia w żałobie. Główną siłą terapeutyczną dla osieroconego są spotkania z innymi osobami po stracie. Prowadzą je psycholodzy, pedagodzy, pracownik socjalny lub terapeuta. Aktywnie włączeni w towarzyszenie w żałobie są często duszpasterze i wolontariusze. To jedno z bardzo ważnych zadań kapelana hospicyjnego, gdyż to z nim spotykają sie osoby przeżywające bolesne straty. Podobnie ważną rolę odgrywają duszpasterze parafialni, którzy powinni zadbać o indywidualną pomoc osobom osieroconym, a jeśli zachodzi taka potrzeba, zatroszczyć się również o grupę wsparcia ze strony wspólnoty parafialnej. Najczęściej to duszpasterz jest pierwszą osobą, której bliska rodzina opowiada historię ostatnich dni i godzin życia zmarłej osoby, czyli kreśli przed nim okoliczności śmierci.

Pomoc po stracie i towarzyszenie w żałobie jest elementem zespołowej → opieki u kresu życia, zarówno dla bliskich, jak i pracowników socjalnych, psychologów i duszpasterzy. To oni, działając zespołowo, mogą wspomóc osobę po stracie swych bliskich, pomóc przejść okres żałoby i radykalnego osamotnienia.

AZW

B: Cichowicz S., Godzimirski, 1993; Felber, 2004; Godycki-Ćwirko, Błaszczyk, Kosiek, 2010; P. Krakowiak P., 2007, 2010, 2012 b; Parsek, Laugani, Young, 2001; Pawlik, 2012; Pindel, 2004; *Pismo Święte*…, 2013; Rogiewicz, Buczkowski, 2006; Steuden, Tucholska, 2009; Wańczowski, 1993; Zych, 2013 b.

O: edukacja tanatologiczna, lęk przed śmiercią, poradnictwo dla osób pogrążonych w żałobie, postawa wobec śmierci, strata bliskiej osoby i żałoba, śmierć i wartość śmierci, tanatopedagogika, tanatopsychologia, umieranie, żałoba trudna, żałoba w świetle teorii przywiązania.

TK: ang. *mourning and experience of grief*, fr. *le deuil et l'expérience de la douleur*, hiszp. *el dueolo y la experiencia de dolor*, niem. *die Trauer und Erfahrung der Trauer*, ros. *траур и опыт переживания скорби.*

żałoba trudna (żałoba patologiczna/żałoba skomplikowana)

Określenie żałoba trudna sugeruje odmienny od normalnego i/lub modelowego sposób funkcjonowania jednostki w czasie przeżywania straty. W klasycznym ujęciu → żałoba i przeżywanie żalu rozumiane są jako proces przepracowywania straty, rozpatrywany poprzez normatywne podejście do reakcji na stratę, etapowego przeżywania żałoby, czasu jej trwania oraz zakończenia rozumianego jako osiągnięcie przez jednostkę równowagi, w jakiej znajdowała się przed

doświadczeniem straty. Dlatego w literaturze przedmiotu, w ujęciu tradycyjnym, istnieje wyraźny podział pomiędzy żałobą normalną a patologiczną (ang. *pathologica*l or *abnormal*), skomplikowaną (ang. *complicated*), trudną (ang. *difficult*), nierozwiązaną (ang. *unresolved*) czy przerwaną. Tradycyjne modele żałoby, takie jak w podejściach Ericha Lindemanna (1900–1974), Elisabeth Kübler-Ross (1926–2004) lub Jorge Schneidera (1938–), ujmują proces żałoby w serię następujących po sobie etapów, które charakteryzują się pewnymi cechami (James, Gilliland, 2013, Kubacka-Jasiecka, 2010).

Do tradycyjnego ujęcia zaliczamy również podejście psychoanalityczne, które jednak nie opisuje żałoby w procesie etapowym. Wg Zygmunta Freuda (1856–1939) żałoba stanowi reakcję na stratę ukochanej osoby bądź innego ważnego obiektu, i polega na wycofaniu z tego obiektu całego *libido*, co ma doprowadzić do uwolnienia ***ja*** (Freud, 2007). Podobne cechy charakteryzują melancholię, która zdaniem wiedeńskiego psychoanalityka, również może być reakcją na stratę, jednak wyłamuje się ona z ram tzw. regularnej żałoby. Jednak wycofanie *libido* z obsadzenia ukochanego obiektu, które zawsze jest bardzo trudne do zrealizowania dla człowieka, w obliczu melancholii utrudnione jest specyfiką → utraty, który ma jakby bardziej wyidealizowany charakter – wynika ona bowiem nie ze → śmierci obiektu, ale po prostu związana jest z jego utratą, np. jak traci się narzeczoną. W żałobie człowiek wie, kogo (co) stracił, i jakie to ma dla niego znaczenie, natomiast w melancholii to, co zostało utracone nie jest świadome. W przypadku żałoby następuje pewne zahamowanie oraz brak zainteresowania, co jest tłumaczone absorbującą pracą wokół straty. Podobnie jest w melancholii, odbywa się praca wewnętrzna, jednak melancholik ujawnia obniżenie poczucia i zubożenie ***ja***, co nie występuje w przypadku żałoby. W żałobie to świat zubożał i spustoszał, a w przypadku melancholii zubożało i opustoszało samo ***ja***. Melancholia może więc być rozpatrywana wręcz jako przeciwieństwo regularnej (normalnej) żałoby, bądź jako jej trudniejsza odmiana. Niezaprzeczalnie freudowska koncepcja wskazuje jasno na to, co jest podstawowe w „pracy z żałobą", a mianowicie odseparowania od utraconego obiektu.

Odnosząc sie do tradycyjnych modeli Lindemann (zob. Badura-Madej, 1999, Pilecka, 2004) wyróżnia różne **wzorce nietypowego przebiegu żałoby**:

1. Zablokowanie procesu żałoby polegające na powstrzymywaniu się od wyrażania emocji, co powoduje duże napięcie.
2. Wycofanie się, które może pojawić się, gdy emocje przeżywane w żałobie są zbyt bolesne lub przerażające, budzą lęk przed → chorobą psychiczną. Osoba osierocona dąży do przerwania cierpienia przez wycofanie się z relacji otoczeniem.
3. Odroczenie, czyli opóźnienie procesu żałoby, które może sięgać nawet kilku lat. Pojawia się często w sytuacji tzw. pustego grobu, kiedy ciało osoby zmarłej nie zostało odnalezione i zidentyfikowane. Odroczenie bądź zablokowanie żałoby może też doprowadzić do tzw. mumifikacji, o której pisał Goeffrey Gorer (1905–1985), oznaczającej starania osoby osieroconej o to, aby utrzymać codzienny tryb → życia sprzed śmierci bliskiej osoby.
4. Reakcje zniekształcone:
   - nadmierna aktywność bez poczucia straty,
   - występowanie objawów, które doprowadziły do śmierci bliskiego,
   - pojawienie się mechanizmu konwersji, który powoduje zmianę bólu psychicznego na fizyczny; wówczas występują symptomy pozornie świadczące o zaburzeniach fizjologicznych i/lub psychosomatycznych,
   - zmian stosunku do bliskich osób przejawiająca się w rozdrażnieniu, braku zainteresowania ich problemami, wrogością, czy krytykowaniem innych,
   - silna wrogość do niektórych osób, np. lekarzy,
   - zachowania podobne do schizofrenicznych, czyli podejmowanie codziennych działań z towarzyszącym uczuciem pustki wewnętrznej, braku emocji,
   - trwała utrata wzorów integracji społecznej, która ma miejsce wtedy, gdy osoby przeżywające stratę przejawiają brak inicjatywy, niezdolność do podejmowania decyzji, a codzienne obowiązki wypełniają z dużym wysiłkiem,
   - brak zainteresowania społeczną i ekonomiczną stroną życia objawiającą się rozdawaniem swoich cennych przedmiotów, zawieraniem niekorzystnych dla siebie transakcji, co można interpretować jako chęć ukarania siebie, bez występującego poczucia winy,
   - depresja agitacyjna ujawniająca się napięciem, poczuciem bezwartościowości, tendencją do oskarżania siebie, pragnieniem bycia ukaranym, wzrostem ryzyka dokonania samobójstwa.

Patologiczne objawy żałoby są zależne od etapów procesu żałoby (zob. Pilecka, 2004).

W pierwszym etapie wyróżniamy symptomy, które mogą budzić podejrzenie patologii:

- przesadna (wyolbrzymiona) rekcja na stratę,
- zaprzeczania stracie trwające dłużej niż kilka dni,

- wyolbrzymiony gniew,
- brak reakcji na stratę,
- przedłużony proces żałoby, chroniczny, utrudniający adaptację do codziennego życia, jednocześnie wszystko, co jest związane z osobą zmarłą, budzi silny dyskomfort u osoby osieroconej,
- pojawienie sie nowych objawów psychosomatycznych.

Natomiast w drugim etapie żałoby, czyli po zaakceptowaniu straty, do niepokojących objawów zaliczyć można:

- „zamrożone" sny, czyli pojawianiu się stałego obrazu, pozbawionego życia, ujawniającego poprzez skojarzenia, fiksację na procesie żałoby oraz konflikt pomiędzy pragnieniem zatrzymania obrazu zmarłego a pozwoleniem mu na odejście,
- sny o walce na życie i śmierć. Śniący widzi zmarłego walczącego i stara się go ocalić. Sugeruje to konflikt pomiędzy chęcią zatrzymania zmarłego a uwolnieniem się od niego,
- reaktywna → depresja [i zaburzenia nastroju],
- doznawanie iluzji kontaktu ze zmarłym poprzez różne przedmioty służące do magii lub do codziennego użytków związane z osobą zmarłą,
- symptomy świadczące o zamiarze dokonania samobójstwa.

Mechanizmami nietypowego przebiegu żałoby najczęściej jest poczucie winy oraz patologiczna identyfikacja ze zmarła osobą (Badura-Madej, 1999). W pierwszym przypadku utrzymujące się poczucie winy i samooskarżanie się w efekcie doprowadzają do wrogiej postawy wobec innych osób związanych w jakiś sposób ze śmiercią albo wobec osoby zmarłej. Natomiast w przypadku patologicznej identyfikacji osoba osierocona koncentruje się utrzymaniu więzi z osobą zmarłą w niezmienionej postaci, co wiąże się z przejmowaniem przez nią symptomów choroby osoby zmarłej, jej sposobów zachowania (często tych nieakceptowanych).

Nietypowy przebieg żałoby może być spowodowany występowaniem pewnych czynników, do których zaliczamy (Namysłowska, 1976, Badura-Madej, 1999, Kubacka-Jasiecka, 2010):

- brak naturalnej sieci → wsparcia,
- trudność w wyrażaniu uczuć i/lub silna zależność,
- ambiwalencja we wcześniejszym związku z osobą zmarłą,
- nieakceptowanie pomocy, bądź wręcz odrzucanie jej.

W świetle współczesnych badań nad żałobą okazuje się, że brak występowania pewnych reakcji wcale nie musi świadczyć o jej patologicznym przebiegu. Wiele wniosków z badań pozwala odnieść się krytycznie do utrwalonych obecnie przekonań i je podważyć, gdyż jak się okazało, nie podlegają one uniwersalizacji i upraszczają bardzo indywidualny przebieg żalu po starcie.

Naukowcy obecnie z dystansem podchodzą do następujących stwierdzeń (Bielecka, 2012):

- rozpacz po stracie jest nieunikniona,
- brak cierpienia jest przejawem patologii,
- niezbędna jest konfrontacja ze śmiercią i przepracowanie myśli i emocji,
- normalna żałoba zakończona jest powrotem do równowagi, czyli stanu sprzed straty,
- pozytywne emocje nie występują w okresie żałoby, a ich obecność jest dowodem na negowanie straty i ukrywania cierpienia,
- ważna jest rezygnacja z więzi z osobą zmarłą i powstanie nowych relacji,
- żałoba zachodzi w określony, typowy sposób pozwalający na wyróżnienie faz,
- osoby, których bliscy są terminalnie chorzy, wchodzą w żałobę w momencie antycypowania śmierci,
- osoba przeżywająca stratę powinna odnaleźć jej znaczenie, oraz
- prawidłowe radzenie sobie ze strata polega na świadomej konfrontacji ze śmiercią bliskiej osoby.

Aktualnie uważa się, ze rozpacz nie jest uniwersalną reakcją na stratę, a jej brak nie może być podstawa do rozpoznania patologicznej żałoby. Okazuje się bowiem, że tzw. żałoba minimalna jest powszechna i nie łączy się z objawami utrudniającymi adaptację do straty. Dzieje się tak w przypadku osób, które posiadają bardzo silne poglądy religijne związane ze śmiercią (Bielecka, 2012). Podobnie cierpienie nie musi być dominującym doświadczeniem w procesie żałoby. Pozytywne emocje ujawniające się poprzez humor, śmiech czy poczucie szczęścia pojawiają się u osób po stracie współmałżonka i wpływają na lepsze dostosowanie się do nowej sytuacji. W odniesieniu do tradycyjnych ujęć proces żałoby dopiero pod koniec doprowadzał do pozytywnych zmian i emocji, podczas gdy obecne badania wskazują na obecność pozytywnych emocji od początku doświadczania straty, a sama śmierć związana jest czasem z uczuciem ulgi. Zerwanie relacji z osobą zmarłą też straciło swoją oczywistość, gdyż osoby przeżywające stratę, utrzymują tę więź poprzez rozmowy o zmarłym, wewnętrzny dialog z tą osobą itp. (Bielecka, 2012).

W znaczący sposób zwiększa się wiedza na temat żałoby wskazując na różne sposoby jej przeżywania

(zob. fot. 1). Ilustruje to dynamiczny **model Lissy Dutra** (zob. James, Gilliland, 2013), kwestionujący tradycyjne podejście poprzez negowanie fazowości procesu żałoby, nakładanie ograniczeń czasowych oraz konieczności nie wstrzymywania czy hamowania smutku. Wg Dutra każdy człowiek przezywa żałobę w sposób określony przez pewne czynniki, takie jak: rodzaj śmierci, rodzaj związku ze zmarłą osobą, uprzednio doświadczone straty oraz dominujące normy socjokulturowe. Terry L. Martin (2000) i Kenneth J. Doka (zob. Bielecka, 2012) opracowali natomiast **adaptacyjne style żałoby** (ang. *adaptive grieving styles*), które wskazują na indywidualny charakter przebiegu żalu po stracie. Styl intuicyjny radzenia sobie w sytuacji żałoby charakteryzuje występowanie afektu i koncentrację na kwestiach związanych z żałobą, natomiast styl instrumentalny polega na postrzeganiu sytuacji bardziej w kategoriach wyzwania niż zagrożenia oraz koncentracji na aspektach poznawczych i/lub rozwiązywaniu problemów. Wyróżniony został też styl mieszany, będący zestawienie cech charakterystycznych dla obydwu stylów. W adaptacyjnym podejściu do żałoby, o jej ewentualnej patologizacji możemy mówić tylko wtedy, gdy pojawi się dysonans pomiędzy indywidualnym stylem adaptacyjnym jednostki a społecznie oczekiwanym i aprobowanym stylem radzenia sobie w sytuacji żałoby. Osoba osierocona może próbować dopasować swój sposób funkcjonowania do zewnętrznych wymagań i w tym sensie żałoba staje się procesem uczenia się adaptacyjnych strategii (Stroebe, Schut, 1999, Bielecka, 2012). Margaret Stroebe w **modelu podwójnego radzenia sobie ze stratą** zakłada, że składa się ona z dwóch procesów: zorientowanego na stratę (ang. *loss-oriented*) oraz zorientowanego na zmianę (ang. *restoration-oriented*). Pierwszy z nich ściśle powiązany jest z koncentracją na stracie i radzeniu sobie z nią, a drugi polega na przystosowaniu się do licznych zmian, np. nowej tożsamości wdowca/wdowy, czy reorganizacji życia domowego. Najważniejszym założeniem tego modelu jest ciągła oscylacja pomiędzy tymi procesami (Bielecka, 2012).

Sposób przeżywania żałoby określają również **czynniki socjokulturowe** w postaci obrzędów pogrzebowych, długości trwania żałoby, opinii społecznych i/lub ocen moralnych itp. Doka wprowadził tzw. żałobę pozbawioną praw (ang. *disenfranchised grief),* która występuje po stratach uwikłanych w nieakceptowane przez społeczeństwo relacje, bądź którym towarzyszy negatywna ocena moralna (zob. James, Gilliland, 2013, Bielecka, 2012). Ten rodzaj żałoby występuje, gdy relacje łączące osobę osieroconą i zmarłą były poza tzw. normą społeczną (np. związki homoseksualne), gdy śmierć nie jest rozpoznawana jako znacząca strata (np. śmierć płodu), albo okoliczności śmierci są nieakceptowane (np. żałoba po śmierci samobójczej lub żal po osobie chorej na AIDS).

HS-G

B: Badura-Madej, 1999; Bielecka, 2012; Freud, 2007; James, Gilliland, 2013; Kubacka-Jasiecka, 2010; Namysłowska, 1976, Pilecka, 2004; Stroebe, Schut,1999.
N: http://loveforfrance…
O: poradnictwo dla osób pogrążonych w żałobie**,** śmierć, żałoba i przeżywanie żalu, żałoba w świetle teorii przywiązania.
S: żałoba nierozwiązana, żałoba niezakończona, żałoba patologiczna, żałoba przerwana, żałoba skomplikowana, żałoba zahamowana.
TK: ang. *mourning difficult/abnormal grief/pathological grief*, fr. *deuil difficile/deuil pathologique*, hiszp. *duelo dificil/duelo patológico*, niem. *pathologische Trauer*, ros. *патологический траур.*

żałoba patologiczna → żałoba trudna

żałoba skomplikowana → żałoba trudna

żałoba w świetle teorii przywiązania

Twórca teorii przywiązania, John Bowlby (1907–1990), uważał, że ludzie poszukują związków z innymi szczególnie w sytuacji zagrażającej ich bezpieczeństwu, np. gdy są chorzy, przestraszeni, niepewni siebie, przygnębieni. Jednak więź z innymi, polegająca na eliminowaniu dystansu i osiąganiu bliskości, nie jest efektem uczenia się, lecz wynika z pierwotnej, biologicznej potrzeby (Zazzo, 1978).

W teorii przywiązania, można odnaleźć wpływy psychoanalitycznych, behawioralnych i/lub poznawczych teorii, dzięki którym ukształtowane pojęcia odnajdują swoją specyfikę (Holmes, 2007). Zdaniem Bowlby'ego przywiązanie do kogoś oznacza sytuację, w której osoba kierowana silną potrzebą zmierza do uzyskania bliskości z innym człowiekiem, tzn. figurą przywiązania (zob. fot. 1). Natomiast różne formy zachowania, które są podejmowane w celu uzyskania lub podtrzymania bliskości nazywane są zachowaniem przywiązaniowym (Bowlby, 2007). Zachowania te aktywują się w sytuacji zagrożenia bądź → stresu, natomiast wygasają w momencie, gdy bliskość zostaje osiągnię-

ta. Behawioralny system przywiązania jest podstawą istnienia przywiązania oraz aktywowania i zanikania zachowań, które o nim świadczą (Marchwicki, 2006). Bowlby sądził, że bliskie związki stanowią nie tylko zabezpieczenie np. przed lękiem, ale również inspirują do różnych zachowań, w rodzaju: „walcz lub uciekaj", eksploracji i/lub działań afiliacyjnych (Łukaszewski, 2010).

Przywiązanie może więc być ważnym mechanizmem zabezpieczającym przed obawami związanymi z przeżywaną żałobą, czyli utratą określonej figury przywiązania. Bliskie związki mogą zwiększyć szansę na przetrwanie, mogą być symboliczną pomocą dla kogoś, kto przeżywa stratę, są składnikiem norm kulturowych, czy światopoglądu oraz samooceny, czyli w znacznej mierze wpływają na sposób przeżywania żałoby. Obecność innych ludzi stanowi też ważny element procesu radzenia sobie z doświadczeniem straty.

Koncepcja żalu wywołanego stratą bliskiej osoby jest u Bowlby'ego powiązana z teorią lęku separacyjnego, jako realistycznej reakcji na rozłąkę (Holmes, 2007). W sytuacji zagrożenia relacji matka–dziecko, czy mąż–żona itd., mogą pojawić się symptomy, takie jak: obawa, napięcie, protest, które są wyrazem niezadowolenia, czy dezaprobaty, aby zapobiec powtórzeniu tych okoliczności, czy też towarzysza poszukiwania utraconej osoby. Wg Bowlby'ego reakcja żalu jest szczególnym przypadkiem lęku separacyjnego (Holmes, 2007, Bowlby, 2007).

Żal jest następstwem rozłąki z bliską osobą i zdaniem twórcy teorii przywiązania, reakcja ta ma swoje uwarunkowania biologiczne. Bowlby opisał trzy fazy żałoby. Pierwsza − odrętwienie, polega na emocjonalnym zamknięciu, kontroli uczuć, które podlegają stłumieniu, rzeczywistość wydaje się nie docierać do osieroconej osoby, aż znajdzie się w sytuacji na tyle bezpiecznej, aby móc pozwolić sobie na zminimalizowanie kontroli. Druga faza − to tęsknota, poszukiwanie, reakcje objawiające się często fizycznym niepokojem i/lub zachowaniami kompulsywnymi, czyli powtarzającymi się, np. retrospekcjami w nadziei, że zostanie znaleziony jakiś błąd i to odmieni bieg zdarzeń. Faza trzecia − to gniew, jego ekspresja ułatwia przeżycie żałoby pełniąc funkcje specyficznego pocieszyciela, który pozwala skoncentrować się na ewentualnym winnym za → śmierć bliskiego i doprowadzi do odzyskania utraconego (Holmes, 2007, Bowlby, 2007). Ostatnia faza − to dezorganizacja i rozpacz, a następnie reorganizacja, która powiązana jest ze znaczeniem utraconej osoby. Śmierć nie tylko zabiera kogoś ukochanego, ale i bezpieczną podstawę, do której jednostka mogła się w razie potrzeby odwołać. Wszystkie oczekiwania, ustalenia wynikające z tej relacji ulegają zakwestionowaniu.

Zdaniem Bowlby'ego funkcją żalu po stracie jest odbudowa wewnętrznego, bezpiecznego punktu oparcia, dzięki niezawodnemu funkcjonowaniu środowiska trzymającego i daje to szansę na przetworzenie wrogości i zbudowanie nowych więzi.

HS-G

B: Bowlby, 2007; Holmes, 2007; Łukaszewski, 2010; Marchwicki, 2006; Zazzo, 1978.

N: http://www.fotografuj.pl,,,

O: poradnictwo dla osób pogrążonych w żałobie**,** żałoba i przeżywanie żalu, żałoba trudna.

ang. *mourning in the light of attachment theory*, fr. *du deuil dans la lumière la théorie de l'attachement*, hiszp. *el duelo visto desde la teoría del apego*, niem. *Trauer im Licht die Bindungstheorie*, ros. *трауp с точки зрения теории привязанности.*

życie

Tradycyjnie przyjęło się, aby w całym materialnym świecie odróżniać od siebie materię nieożywioną i ożywioną. Przy czym uznaje się, że pierwotna genetycznie jest materia nieożywiona. Dopiero poprzez cykl jej przekształceń mogła pojawić się wtórnie materia nieożywiona, co zapoczątkowało powstanie życia na Ziemi (Maturana, Varela, 1992). Z punktu widzenia nauki nie jest jednak łatwo odróżnić od siebie materię ożywioną i nieożywioną. Problem ten próbuje się rozwiązać na dwa sposoby. Pierwszy z nich można określić jako podejście genetyczno-ewolucyjne, a drugi jako podejście strukturalno-funkcjonalne. Z jednej strony próbuje się więc ustalić ten moment, w którym nastąpiło wyodrębnienie materii ożywionej i jak do tego doszło oraz w jaki sposób ewoluowała ona w czasie, doprowadzając w końcu do powstania najwyższej formy organizacji życia, jaką niewątpliwie jest człowiek. W świetle aktualnych badań przyjmuje się, że kształtowanie materii organicznej rozpoczęło się 3,5 mld lat temu (Seiler, 2007). Chociaż istnieje wiele koncepcji tłumaczących początki życia, to jednak nie można uznać je za wiarygodne. Ciągle nie udało się zrealizować marzenia Alberta Einsteina (1879–1955), czyli wykazania, że życie jest zdeterminowane z góry przez prawa fizyki. Ciągle też nie znaleziono ostatecznych dowodów, które potwierdzałoby sugestię Karola Darwina (1809–1882) głoszącą, że życie powstało w sposób przypadkowy i niemożliwe jest przewidywanie jego dalszego rozwoju. Pewne wydaje

się tylko to, że do powstania życia niezbędne było środowisko wodne.

Pierwszą formą życia były organizmy prokariotyczne. Przypominały one swoją budową i zasadami funkcjonowania bakterie. Miały zdolność pobierania z zewnątrz energii za pomocą fotosyntezy, a także rozmnażały się przez podział. Stopniowo struktura tych prostych komórek stawała się coraz bardziej złożona, co czyniło też życie bardziej różnorodnym. Przełomem było przekształcenie się ich w formę zawierającą jądro komórkowe (forma eukariotyczna). Z niej stopniowo wytworzyły się w procesie ewolucji pozostałe – współcześnie istniejące – kategorie istot żywych: porosty, grzyby, rośliny i zwierzęta (Gosling, Graybeal, 2007). Całość tą zwykle określa się jako pięć biologicznych królestw życia. Jeśli chodzi o zwierzęta to kręgowce pojawiły się na świecie 600 mln lat temu – ssaki powstały 7 mln. lat temu, a gatunek ludzki wyodrębnił się dopiero 195 tys. lat temu. Różnorodne formy życia rozwijały się bardzo bujnie. do chwili obecnej skatalogowano 1,5 mln gatunków istot żywych, a szacuje się, że drugie tyle czeka jeszcze na rozpoznanie (Seiler, 2007). Różnorodność form materii nieożywionej sprawia, że nie powstała akceptowana powszechnie definicja życia na Ziemi. Definicja ta może się okazać jeszcze trudniejsza od przyjęcia, jeśli założymy możliwość istnienia istot żywych poza Ziemią.

Badacze reprezentujący podejście strukturalno-funkcjonalne podejmują próby zdefiniowania życia poprzez wskazanie właściwości, wspólnych dla wszystkich gatunków świata ożywionego. W tej sprawie także nie ma pełnej zgodności. Jednak w oparciu o metaanalizę różnych propozycji charakteryzowania tego, czym jest życie, Richard Irvin Vane-Wright (2014) proponuje wyróżnienie następujących cech, które są konieczne do rozpoznania życia:

- organizacja (materia ożywiona w przeciwieństwie do materii nieożywionej posiada swój porządek, odróżniając się w ten sposób od chaosu materii nieorganicznej);
- utrzymywanie homeostazy (materia organiczna potrafi utrzymać swój wewnętrzny stan organizacji niezależnie od zmieniającego się otoczenia, czego nie zapewnia materia nieorganiczna);
- wzrost (materia organiczna charakteryzuje się wyższym tempem syntezy produktów pobieranych ze środowiska w porównaniu do katalizy związanej z wydalaniem produktów wykorzystanych, co zapewnia powiększanie się organizmu);
- wrażliwość (materia ożywiona ma zdolność do rejestrowania zmian w otoczeniu i reagowania na bodźce zewnętrzne);
- adaptacyjność (materia ożywiona posiada zdolność do dopasowania w procesie ewolucji stanu własnego organizmu do zmian zachodzących w otoczeniu i utrwalania tych osiągnięć adaptacyjnych w ramach własnego gatunku);
- reprodukcyjność (materia ożywiona potrafi utrzymać życie poprzez różne rodzaje jego przekazywania, zapewniając ciągłość istnienia w czasie swoich różnych form).

Podana lista budzi wiele wątpliwości. Po pierwsze, nie udaje się sprowadzić procesów życiowych wyłącznie do praw obowiązujących w fizyce i chemii, pojawia się więc niewyjaśniany problem dodatkowych jego determinant. Po drugie zwraca się uwagę, że przedstawiony sposób określania życia zakłada, że przebiega ono tylko w organizmie. W rzeczywistości nie można sobie wyobrazić istnienia życia bez ciągłego współdziałania ze sobą organizmów z ich środowiskiem (Palmer, 2004). Tylko poprzez stworzenie koherentnego systemu zwanego biosferą możliwe są wszystkie procesy życiowe. Tak więc w poznaniu istoty życia powinniśmy kierować się nie tylko tym co zachodzi w organizmach, ale też tym, w jaki sposób działają mechanizmy zapewniające długoterminowe jego istnienia w relacji ze środowiskiem. Po trzeci, nieoczywista jest rola DNA, jako nośnika informacji, który umożliwia przekazywania wzorców funkcjonowania, które zapewniają utrzymanie się przy życiu kolejnych pokoleń organizmów. Dla wielu badaczy podstawowym procesem zapewniającym ciągłość życia, jest właśnie zdolność do interpretacji informacji genetycznych, które umożliwiają ciągły rozwój materialny i energetyczny żywych systemów (Ruiz-Mirazo, Pereto, Moreno, 2004)). Po czwarte, nieznane są przyczyny utrzymywania się przy życiu prostych form prokariotycznych – istnieją one w niezmiennej postaci od co najmniej 250 mln. lat i tworzą one ciągle jedną trzecią całej biomasy znajdującej się na Ziemi. Rozpatrując życie w tej perspektywie można wnosić, że jest ono stabilne i niezmienne. Jednocześnie jednak pozostałe formy życia wskazują, że ma ono charakter procesu ciągłego przekształcania się, który charakteryzuje się nieodwracalnością. Rozpatrując życie w perspektywie ewolucyjnej a także w perspektywie ontogenetycznej ta nieodwracalność w końcu doprowadza życie do jego kresu. → Śmierć jest przejściem materii ożywionej w stan materii nieożywionej. Ponieważ nie do końca potrafimy określić czym jest życie, to też trudno jest jak dotąd uporać się z problemem wyjaśnienia → starzenia się organizmów, prowadzącego w końcu do ich śmierci.

Najtrudniejszym problemem do wyjaśnienia jest jednak życie ludzkie. Dzięki wyposażeniu ludzi w zupeł-

nie nową właściwość jaką jest świadomość, pojawił się problem odróżnienia życia ludzi od życia pozostałych istot żywych. Nie można go wytłumaczyć poprzez odwołanie się do praw fizyki i chemii (Hershenov, 2005). Nie do końca potrafi wyjaśnić ten problem ewolucjonizm. W tej sprawie jak dotąd najwięcej ma do powiedzenia filozofia (Dubos, 1973, Robert, 2008). Człowiek świadomy ma niewątpliwie problem z przebiegiem własnego życia. Im dłużej ono trwa, tym ludzie lepiej uświadamiają sobie jego niepowtarzalność, próbują rozstrzygnąć dylemat, czy jego dotychczasowy przebieg mógłby być inny (lepszy) w stosunku do tego, co jest już poza nimi, zastanawiają się, co mogą zrobić aby udoskonalić dalszy bieg własnego życia. Wielu filozofów podkreśla jednak, że dopiero pełne uświadomienie sobie kresu własnego życia powoduje, że pojawia się u ludzi pytanie zasadnicze: jaki jest → sens życia?

Odpowiedź na to pytanie może być udzielone wyłącznie poprzez odwołanie się do wartości. Nie sposób w tym miejscu omówić całości tej problematyki. Poprzestanę więc na przedstawieniu niedawno opublikowanej przez Aarona Smutsa (2013) koncepcji wyzwalania dobra w trakcie życia. Neguje on te koncepcje subiektywistyczne, które przyjmują, że życie można uznać za wartościowe o ile jego podmioty, czyli ludzie uznają za spełnione. Spełnione życie polega na przekonaniu, że zostały w nim osiągnięte wartości uznawane za ważne przez poszczególne jednostki. Wg wymienionego autora subiektywistyczne teorie spełnienia się w życiu przedstawiają problem rozumienia własnej egzystencji, ale nie odnoszą się do sensu, znaczenia życia. Faktycznie życie może być uznane za sensowne w takim stopniu, w jakim poprzez własne zaangażowanie człowieka wywołuje ono dobro na każdym jego etapie.

Na podstawie powyższej analizy można stwierdzić, że życie jest procesem samoorganizacji materii ożywionej, odbywającej od poziomu komórkowego, poprzez poziom organizmu aż do poziomu społecznego, który zawsze przebiega w określonym środowisku i polega na ciągłym pobieraniu z niego potrzebnych zasobów, które są niezbędne do rozwoju i prokreacji. W przypadku człowieka życie dodatkowo charakteryzuje się dążeniem do pozostawiania po sobie określonych efektów, które rozpoznawane są społecznie jako realizowane wartości. One właśnie nadają ludzkiemu życiu humanistyczny sens.

SZK

B: Dubos, 1973; Gosling, Graybeal, 2007; Hershenov, 2005; Maturana, Varela, 1992; Palmer, 2004; Robert, 2008; Ruiz-Mirazo, Pereto, Moreno, 2004; Seiler, 2007; Smuts, 2013; Vane-Wright, 2014.

O: bilans życiowy, testamentowa dyspozycja życiem, życie psychiczne.

S: egzystencja, istnienie.

TK: ang. *life*, fr. *vie*, hiszp. *vida*, niem. *Leben*, ros. *жизнь*.

życie psychiczne

– dla twórcy współczesnej psychologii Williama Jamesa (1842–1910) – miało być centralnym problemem badawczym tej nauki. Uważał on, że dzięki niemu możliwe jest przewidywanie rezultatu działania i wybór środków umożliwiających jego osiągnięcie. Życie psychiczne umożliwia więc subiektywną rekonstrukcję rzeczywistych warunków → życia jednostki ludzkiej, ale dodatkowo pozwala na mentalne wykreowanie – nieistniejących w obecnej chwili – alternatywnych stanów rzeczywistości, co więcej, niektóre z nich, dzięki istnieniu życia psychicznego mogą zostać urzeczywistnione (Lewicki, 1960). Życie psychiczne porównywał James (2002) do strumienia świadomości, tworzonego przez ciągle zmieniające się w czasie zbiory zjawisk/przeżyć psychicznych, które reprezentują doświadczenia z przeszłego życia, są odtworzeniem mentalnym aktualnego stanu własnego życia, a także wybiegają w przyszłość, tworząc fantazje albo wyobrażenia na temat niezaistniałych, możliwych lub niemożliwych stanów rzeczywistości w tym przewidywań odnośnie własnego życia.

Życie psychiczne cały czas podążą ku przyszłości, wyszukując mentalnie najbardziej właściwe drogi dla kontynuowania dalszej egzystencji w realnym życiu. Właśnie ze względu na tę nieprzewidywalną „strumieniowość" kierunku przebiegu życia psychicznego, dystans w stosunku do realiów rzeczywistego życia, zmienną szybkość z jaką następują po sobie kolejne przeżycia oraz wyrazistość ich pojawiania się w polu świadomości, można mówić o bogatym albo ubogim życiu psychicznym ludzi (Johnson, 2013).

Psychologia miała niewątpliwie duży problem z zobiektywizowaniem badań nad życiem psychicznym w znaczeniu jakie nadał temu pojęciu James. Nie potrafiono ustalić porządku żywiołowemu i pozornie chaotycznemu przebiegowi strumienia przeżyć psychicznych (White, 2007). Radzono sobie z tym problemem na wiele sposobów. Po pierwsze, poprzez wykazywanie, że nie ma takiej realności jak życie psychiczne albo uznaniu, że jest ono nieistotnym epifenomenem w stosunku do realnego życia. Po drugie, poprzez rozkładanie życia psychicznego na części elementarne, takie jak: procesy psychiczne (spostrzeganie, uczenie się, myślenie, przystosowanie) lub struktury psychiczne

(struktura ***ja***, cechy psychiczne, takie jak: inteligencja, ekstrawersja, zależność od pola). Uważano, że w ten sposób można zapewnić zobiektywizowane badanie psychiki, co w konsekwencji zwiększa prawdopodobieństwo nadania jej porządku, odkrycie prawidłowości w przekształcaniu się składników życia psychicznego. Po trzecie, poprzez redukowanie zjawisk psychicznych do innych sfer życia ludzkiego: biologicznej albo społeczno-historycznej. W przypadku odwołania do sfery biologicznej uznawano, że życie psychiczne polega na określonej pracy mózgu (neuronauka). Zakładano, że poprzez poznanie neurofizjologicznych mechanizmów układu nerwowego, wyjaśnimy jednocześnie przebieg życia psychicznego. W przypadku odwołania do sfery społeczno-historycznej życia uznano, że osiągnięcia kulturowe (język, sztuka, ekonomia) internalizowane są w ludzkiej psychice, jako jedyne jej składniki, a więc poprzez poznanie zewnętrznych oddziaływań społecznych można poznać życie psychiczne (Kowalik, 2013).

Wskazane zabiegi metodologiczne formalnie ułatwiają prowadzenie precyzyjnych badań psychologicznych, jednak jednocześnie zatracają szansę dostępu do tej sfery ludzkiego życia, która ma równie duże znacznie dla egzystencji ludzkiej jak zachowania ułatwiające lub utrudniające proces adaptacji, jak nabywanie nowych kompetencji rozwojowych, jak porozumiewanie się z innymi ludźmi w celu realizacji wspólnych zadań społecznych. Życie psychiczne rozumiane jako ciąg przeżyć doświadczanych przez człowieka w określonym odcinku czasu, określa jego subiektywne zadowolenie z życia w tym czasie. Przeżycia sprawiają, że człowiek czuje się nieszczęśliwy, cierpiący, nie ma chęci do kontynuowania życia, albo też ogarnia go radość, ma poczucie → satysfakcji życiowej, czuje się szczęśliwy. Bez możliwości przeżywania nasze życie byłoby mniej autentyczne (Kowalik, 2000 a). Hans-Georg Gadamer (1900–2002) porównał przeżycia do przygody – każde z nich jest niepowtarzalne i zaskakujące, pozwala lepiej poznać siebie w relacji z wymaganiami otoczenia, pozwala również pełniej odczuwać własną egzystencję (Gadamer, 1993). Niektórzy o tych doświadczeniach mówią poetycko jako o gorzkim smaku życia albo o pięknie życia. Życie bez przeżyć nie mogłoby być ani gorzkie, ani wzniosłe, ani szlachetne, ani pełne. Cóż to jednak może znaczyć w sensie naukowym?

Wydaje się, że warunkiem koniecznym dla istnienia życia psychicznego w znaczeniu jakie zostało mu nadane, jest znajdowanie się w stanie przytomności (Vaneechoutte, 2000). Ta podstawowa własność świadomości umożliwia wykorzystywanie informacji pochodzących z otoczenia, własnego organizmu i z pamięci do kreowania świata subiektywnego. Subiektywność oznacza tu dwie rzeczy. Po pierwsze, jest to taka realność egzystencjalna, którą możemy na razie określić, jako inną niż materialna, a warunkiem jej istnienia jest z pewnością prawidłowe funkcjonowanie mózgu. I nic więcej pewnego na ten temat nie można dziś powiedzieć. Po drugie, jest to zindywidualizowany sposób przetwarzania informacji o sobie i świecie, doświadczanie życia w własnego punktu widzenia. Pozwala ono określić tzw. horyzont zrozumiałości własnego życia, a także ustalić horyzont zrozumiałości życia psychicznego innych ludzi (Healy, 2012). Trzeba wreszcie wspomnieć o trzeciej własności życia psychicznego. Jest nim osobiste włączenie się w to wszystko, co dzieje się w otoczeniu. Można je przyrównać do rezonatora, który reaguje na niektóre zmiany jakie w nim zachodzą. Pewne zjawiska i zdarzenia włączane są w życie psychiczne poprzez to, że przypisujemy im szczególne znaczenie. Psycholodzy nazywają ten proces poszerzaniem granic własnego ***ja*** albo osobistym zaangażowaniem, a filozofowie określiliby ten proces aktywnym byciem w świecie (Martin, Sugarman, 1999).

Analiza życia psychicznego doprowadziła w końcu do problemu odpowiedzialności człowieka za własne życie psychiczne. Zagadnienie to nabiera szczególnego znaczenia, jeśli będzie je rozpatrywać w perspektywie starzejącego się człowieka. Zwykle wtedy zwiększa się szansa zapadnięcia na różne → choroby, a więc staramy się ze szczególną intensywnością zabiegać o utrzymanie dobrego stanu → zdrowia. Nie zdajemy sobie jednak sprawy z tego, że pod wpływem stopniowej degeneracji mózgu, a także pod wpływem coraz wyraźniejszego wykluczenia z życia społecznego, zagrożone staje się również życie psychiczne w trakcie → starzenia się. Strumień świadomości zawiera coraz mniej przeżyć pozytywnych, pojawiają się one z mniejszą intensywnością, a także ich tempo uświadamiania ulega spowolnieniu. Generalnie występuje tendencja do obniżenia się poziomu → jakości życia psychicznego. W tej sytuacji należy dążyć do ciągłego ożywiania tej sfery naszej egzystencji. Można tego dokonać poprzez: a) aktywne dążenie do pozyskiwania ciągle nowych informacji o otoczeniu, które jednak będą niezbyt odległe od dotychczasowego doświadczenia człowieka, b) włączanie tych informacji w posiadany zbiór informacji o sobie i świecie, co wymaga ciągłej ich transformacji przy udziale procesów poznawczych i emocjonalnych, oraz c) personalizowanie tych informacji, czyli aktywne ustosunkowanie się do nich z perspektywy ich znaczenia dla własnego życia (Kowalik, 2000

a). Nie ulega wątpliwości, że o własnym życiu psychicznym należy pamiętać wcześniej. Jeśli w okres starzenia wkroczymy zaopatrzeni w różnorodne i intensywne przeżycia, wówczas strumień naszej świadomości będzie ciągle intensywny mimo coraz trudniejszych sytuacji życiowych. Zawsze pozostają nam do „zasilania" życia psychicznego piękne wspomnienia z całego życia.

SZK

B: Gadamer, 1993; James, 2002; Johnson, 2013; Kowalik, 2000 a, 2013; Lewicki, 1960; Martin, Sugarman, 1999; Vaneechoutte, 2000; White, 2007.

O: bilans życiowy, życie.

S: życie duchowe, życie wewnętrzne.

TK: ang. *psychical life*/*mental life*, fr. *vie psychique*, hiszp. *vida psíquica*/*vida mental*, niem. *psychisches Leben*, ros. *психическая жизнь*.

żywienie osób starszych (żywienie w okresie starzenia się)

jest jednym z najważniejszych czynników warunkujących zdrowe → starzenie się, które jest definiowane jako: „**zwiększanie szans na dobre → zdrowie**, tak, aby starsi ludzie mogli brać czynny udział w życiu społecznym i cieszyć się niezależnością oraz wysoką → jakością życia" (zob. http://www.healthyageing.eu/). Należy pamiętać, że → pomyślne starzenie się jest wypadkową wielu czynników. Dlatego → edukacja zdrowotna osób starszych powinna obejmować m.in. aspekty zdrowego → stylu życia oraz prewencję urazów, schorzeń ostrych i → chorób przewlekłych. Wg ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) najważniejszymi elementami zdrowego stylu życia wpływające na zdrowe starzenie się ludzkości są: zwiększona, regularna → aktywność ruchowa, dieta warunkująca prawidłową masę ciała i stan odżywienia, zaprzestanie palenia papierosów, znaczne ograniczenie spożycia alkoholu, stosowanie metod relaksacji oraz czynne współuczestniczenie w życiu rodzinnym i społecznym (zob. WHO…, 2012). Jednocześnie dobry stan odżywienia **determinuje dobre samopoczucia → seniorów** bez względu na miejsce zamieszkania (zob. J. Kostka, Borowiak, T. Kostka, 2014). Dlatego między innymi właściwy stan odżywienia najstarszej grupy społeczeństwa jest wyzwaniem wspólnym dla wszystkich europejskich krajów.

Naturalne zmiany zachodzące w **procesie starzenia negatywnie wpływają na stan odżywienia** seniorów. Ubytki w uzębieniu, zanik kubków smakowych i/lub zapachowych, zmniejszona produkcja śliny, soków trawiennych, a w konsekwencji zmieniony proces trawienia, pogorszenie tolerancji glukozy czy laktozy, zwolnienie perystaltyki, zaburzają proces dostarczania organizmowi odpowiednich składników odżywczych. Jednocześnie osoby w → wieku podeszłym, z powodu zmniejszenia → aktywności fizycznej, podstawowej przemiany materii i beztłuszczowej masy ciała, mają zmienione zapotrzebowanie na określone składniki odżywcze Dodatkowo nałożenie się na tę sytuację zmian chorobowych występujących w poszczególnych narządach czy układach znacznie pogarsza możliwość tworzenia uniwersalnych zasad odżywiania całej populacji osób w podeszłym wieku (zob. Wysokiński, 2013). Dlatego w planowaniu żywienia osób starszych należy uwzględnić podstawowe cele, jakimi są: pokrycie aktualnych potrzeb organizmu seniora, opóźnienie fizjologicznego procesu starzenia się oraz utrzymanie uczucia przyjemności ze spożywania posiłków (zob. Wolnicka, Rychlik, 2011).

Do problemów odżywienia osób starszych należy zaliczyć: nadwagę i otyłość. Z danych *Małego Rocznika Statystycznego Polski* (2013), wynika, że w grupie wiekowej powyżej 60. roku życia tylko 29,4% osób ma masę ciała w granicach normy. U 44,5% osób w wieku podeszłym stwierdza się nadwagę i u 25% populacji otyłość. Jednocześnie u 1,1% najstarszej grupy wiekowej polskiego społeczeństwa zdiagnozowano → niedożywienie [w starszym wieku] (zob. http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/…, 2013). Wielu autorów wskazuje jednak, że niedożywienie białkowo-energetyczne może dotyczyć 4–10% seniorów przebywających w środowisku domowym i nawet 20–60% znajdujących się w szpitalu lub → domu pomocy społecznej (zob. Abrams, Beers, Berkow, 1999, Mossakowska, Więcek, Błędowski, 2012, Wieczorowska-Tobis, Talarska, 2008). Wydaje się zatem, że niedożywienie osób starszych jest znacznie poważniejszym problemem zdrowotnym niż nadwaga czy nawet otyłość. Przyczyny niedożywienia jest wiele. Mogą to być zmiany patofizjologiczne związane z wiekiem, niedostateczna podaż składników odżywczych (braki w uzębieniu, → niepełnosprawność), nadmierny katabolizm (→ choroby przewlekłe, nowotwory), → anoreksja osób starszych (→ depresja, → otępienie, uzależnienia) czy stosowanie określonych leków. Ważną rolę w stanie odżywienia pełnią właściwe nawyki żywieniowe. Niestety seniorzy często zaniżają w samoocenie ilości spożywanych pokarmów, jedzą nieregularne, często podczas największego nasilenia głodu, spożywają posiłki zbyt szybko i nieświadomie w czasie oglądania

telewizji lub czytania. Wraz z wiekiem obserwuje się również uspokajanie jedzeniem oraz spożywanie zbyt małej ilości jarzyn i płynów.

Pierwszym elementem planowania żywienia osób starszych – obok wywiadu i analizy stanu zdrowia – powinna być ocena stanu odżywienia podopiecznego. Istnieje wiele sposobów oceny stanu odżywienia, takich jak: **analiza → wskaźnika masy ciała BMI** (*Body Mass Index*), **wskaźnika talia-biodro WHR** (*waist-hip ratio*), wartości pomiaru obwodu łydki, grubości fałdów tłuszczowych, poziomu albumin w surowicy krwi i in. Dość prostym i tanim sposobem oceny stanu odżywienia osoby starszej jest jego analiza za pomocą → **kwestionariusza oceny stopnia odżywienia MNA** (*Mini Nutritional Asessment*, zob. Guigoz, Vellas, Garry, 1994).

Drugim etapem jest indywidualne ustalenie należnej masy ciała oraz potrzeb żywieniowych seniora z uwzględnieniem poziomu jego sprawności fizycznej i psychicznej oraz sytuacji ekonomicznej. Dieta seniora powinna być urozmaicona i zawierająca niezbędne składnik odżywcze. Jeżeli nie ma przeciwskazań zdrowotnych (niewydolność nerek, serca), to zalecana ilość wypijanej wody wynosi 30–35 ml/kg masy ciała. Wypijanie co najmniej 8 szklanek płynów niegazowanych (woda, kawa, herbata, soki) jest podstawą piramidy zdrowego żywienia seniora (zob. Wysokiński, 2013; Wieczorowska-Tobis, Talarska, 2008).

U osób w starszym wieku wydatek energetyczny jest o 30% mniejszy niż w wieku średnim (zob. Hirth, Wieland, Dever-Bumba 2011). Dieta seniora powinna dostarczać, w zależności od jego wieku, aktywności fizycznej i masy ciała, ok. 30 kcal na każdy kilogram należnej masy ciała. Dla starszych kobiet o małej aktywności zaleca się 1 500–1 700 kcal/dobę a dla mężczyzn 1 750–1 900 kcal/ dobę. Kalorie powinny w 55–60% pochodzić z węglowodanów, 25–30% z tłuszczy i 10–20% z białek. Przy czym należy ograniczyć spożycie tłuszczy pochodzenia zwierzęcego a jednocześnie zwiększyć spożywanie ryb (najlepiej tłustych) co najmniej 3 razy tygodniowo (zob. Wysokiński, 2013; Wieczorowska-Tobis, 2008, por. rys. 1).

Zaleca się spożywanie, przez zdrowe osoby w starszym wieku, **zwiększonej ilości białka** w przeliczeniu 1–1,2 g/kg masy ciała na dobę. W przypadku występowania ostrych schorzeń, zgodnie z zaleceniem lekarskim wartość dostarczanego białka zwiększa się do nawet 1,5 g/kg masy ciała na dobę (zob. Wysokiński, 2013; Wieczorowska-Tobis, 2008).

Dieta osoby starszej powinna być **bogata w witaminy**, szczególnie A, B_2, B_6, B_{12}, C, D, E oraz kwas foliowy (zob. Wysokiński, 2013). W diecie seniora należy **unikać potraw ciężkostrawnych i wzdymających**, np. kapusty, grochu, cebuli, potraw smażonych. Natomiast wskazane jest zwiększenie spożycia pełnoziarnistego pieczywa, razowego makaronu, grubych kasz w 6 porcjach dziennie oraz spożywanie owoców i warzyw, najlepiej surowych, nawet 3–5 razy dziennie. Spożywanie tych produktów powinno umożliwić dowóz błonnika w ilości 20–40 g/dzień. Jednocześnie w jadłospisie powinno uwzględnić się produkty ograniczające powstawanie gazów jelitowych np. jogurtów czy kefirów (zob. Wieczorowska-Tobis, 2008, Wolnicka, Rychlik, 2011, Wysokiński, 2013). U osób w → wieku podeszłym należy **ograniczyć spożycie cukrów prostych**. Jest to bardzo trudne zadanie. Seniorzy, często nawet przy występujących takich problemach, jak zaparcia, nie chcą zrezygnować ze spożywania słodyczy czy słodzenia wypijanych płynów. Jest to dla nich pewna forma nagradzanie się czy poprawa humoru.

Należy propagować wśród seniorów **ograniczenie spożywania soli do 5 gramów na dobę** (zob. Wolnicka, Rychlik, 2011). Warto z jadłospisu osoby w podeszłym wieku wykluczyć artykuły spożywcze zawierające dużo chlorku sodu np. konserwy, wędliny czy produkty wędzone. Zaleca się również **unikanie nadużywania alkoholu**. Seniorzy, jeżeli nie ma przeciwskazań, mogą wypić jednego drinka zawierającego nie więcej niż 25 gramów alkoholu. Wszystkie zalecane składniki odżywcze osoba w podeszłym wieku powinna spożywać codziennie pod postacią **4–5 regularnych posiłków o mniejszej objętości**. Jednocześnie należy unikać przejadania i podjadania między posiłkami. Przykładowe jadłospisy dla seniorów można znaleźć w wielu podręcznikach (zob. Wysokiński, 2013, Jarosz, 2011, Wieczorowska-Tobis, 2008).

Planowanie żywienia osoby starszej **powinno uwzględniać schorzenia** występujące w tej grupie wiekowej np. w celu profilaktyki osteoporozy zaleca się dostarczanie wraz z pożywieniem 400–800 j.m. witaminy D oraz 1 200–1 500 mg wapnia. Margaryny oraz mleko i jego przetwory **są** wzbogacane witaminą D. Do produktów bogatych w wapń należy zaliczyć mleko (wskazane odtłuszczone) i jego przetwory, sardynki, jaja, nasiona strączkowe, orzechy. Natomiast stosowanie suplementacji wapnia oraz witaminy D i B_{12} powinno mieć miejsce po konsultacji z lekarzem prowadzącym (zob. Wysokiński, 2013, Wieczorowska-Tobis, 2008).

Warto pamiętać, że leczenie niektórych schorzeń, takich jak: depresja, demencja, uzależnienia, ale rów-

nież odstawienie niektórych leków lub ich zamiana na inne, protezowanie ubytków zębowych, → rehabilitacja ruchowa, brak pośpiechu, poprawa sytuacji finansowej czy likwidacja samotności może poprawić stan odżywienia osoby starszej.

EJB

B: Abrams, Beers, Berkow, 1999; Guigoz, B. Vellas, Garry, 1994; Hirth, Wieland, Dever-Bumba, 2011; Jarosz, 2011; J. Kostka, Borowiak, T. Kostka, 2014; Mossakowska, Więcek, Błędowski, 2012; Wieczorowska-Tobis, Talarska, 2008; Wolnicka, Rychlik, 2011; Wysokiński, 2013.

N: http://seniorowy.blogspot/com/…; http://stat.gov.pl…; http://www.healthyageing.eu/; WHO…, 2012 – Internet: http://www.euro.who.int/…

O: anoreksja osób starszych, gerodietetyka i dieta ludzi starszych, niedożywienie w starszym wieku.

TK: ang. *nutrition in the elderly*, fr. *nutrition des personnes* âgées, hiszp. *nutrición para personas mayores*, niem. *Ernährung älteren Menschen*/*Ernährung im Alter*, ros. *питание пожилых людей*/*питания пожилых и старых людей.*

żywienie w okresie starzenia się → żywienie osób starszych