Encyklopedia
starości, starzenia się i niepełnosprawności

5

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

5

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:
Maciej Zweiffel

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
AFH – Amer Fheed
AG – Anna Gutowska
AGA – Anna Gajowiec
AGŁ – Anna Głodowska
AGO – Anna Gomóła
AGR – Andrzej Grudziński
AIK – Agnieszka I. Kotarba
AJ – Anna Jaroszewska
AJA – Anna Janowicz
AK – Andrzej Klimczuk
AKA – Agnieszka Kasiukiewicz
AKO – Aniela Korzon
AL – Agnieszka Labus
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
ARG – ks. Andrzej Ryszard Gretkowski
AS – Anna Skrzek
ASK – Anna Skalska
ASŁ – Aleksandra Słopiecka
AST – Anna Stawecka
ASZ – Anna Szafranek
ASZE – Anna Szewczenko
ASZY – Agnieszka Szymajda
AT – Andrzej Twardowski
AW – Agnieszka Wojskowicz
AWI – Agata Wiza
AZ – Anna Zawada
AZW – ks. Andrzej Zwoliński
BB – Barbara Bień
BBU – Beata Bugajska
BG – Barbara Gryglewska
BHS – Barbara H. Skałbania
BM – Bożena Mroczek
BMY – Beata Mydłowska
BN – Beata Nowak
BR-K – Barbara Rysz-Kowalczyk
BS – Bogdan Szczepankowski
BSC – ks. Bogdan Stanisław Czyżewski
BT-F – Barbara Toroń-Fórmanek
BW – Bartosz Wiśniewski
BZ – Beata Ziębińska
CK – ks. Czesław Krakowiak
CT-T – Celina Timoszyk-Tomczak
DB – Ditta Baczała
DBK – Dorota B. Kozieł
DF – Dawid Frik
DK – Donata Kurpas
DKR – Danuta Krzysztofiak
DKS – Dorota Ksiądzyna
DM-R – Dorota Majka-Rostek
DO – Dominik Olejniczak
DP-W – Dorota Piechowicz-Witoń
DR – Dariusz Rutkowski
DT – Dorota Talarska
EB – Ewa Barcz
ED – Elżbieta Dubas
EJB – Ewa J. Borowiak
EJM – Emilia J. Mazurek
EK – Emilia Kramkowska
EK-Ł – Elżbieta Kluska-Łabuz
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
HO – Henryk Olszewski
HS-G – Hanna Stępniewska-Gębik
HW-K – Halina Worach-Kardas
HŻ – Hanna Żuraw
IB – Iwona Benek
IL-K – Ida Laudańska-Krzemińska
IP-S – Irena Pufal-Struzik
IZ – Ireneusz Ziemiński
JB – Józef Binnebesel
JBO – Joanna Borowik
JC – Janusz Czajkowski
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
JT – Joanna Tymkiewicz
KB – Katarzyna Białożyt
KC – Krzysztof Czykier
KCZ – Karolina Czajor
KH – Katarzyna Herman
KK-B – Katarzyna Kobus-Błachnio
KK-S – Katarzyna Kutek-Śladek
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
LG-P – Lidia Głowicka-Pręgowska
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
MDU – Mariusz Duplaga
MDZ – Małgorzata Dziechciaż
MEZ – Marzenna E. Zaorska
MF – Marvin Formosa
MG – Magdalena Grabowska
MH – Małgorzata Halicka
MK – Maria Kotomska
MKA – Małgorzata Kampka
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
MN – Marek Niezabitowski
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
PK – ks. Piotr Krakowiak
PKR – Paweł Królik
PM – Paulina Morga
PO – ks. Piotr Ostański
POL – Piotr Oleś
PS – Piotr Szukalski
PSZ – Piotr Szudy
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
VT – Violetta Tanaś
WA – Wiesław Antosz
WCH – ks. Waldemar Chrostowski
WJO – Wiesław J. Osiński
WK – Wiesław Karolak
WS – Wiesław Sikorski
WT – Waldemar Tłokiński
ZB – Zbigniew Bogdan
ZBW – Zyta B. Wojszel
ZF – ks. Zbigniew Formella
ZG – Zenon Gajdzica
ZJP – Zbigniew J. Pręgowski
ZK – Zbigniew Kopyciński
ZM – Zdzisław Markiewicz
ZN-K – Zofia Nowak-Kapusta
ZR – Zbigniew Rudnicki
ZS – Zofia Szarota
ZW – Zbigniew Woźniak

A

artretyzm (dna)
– to → choroba zapalna stawów charakteryzująca się odkładaniem kryształów moczanu sodu w płynie stawowym i innych tkankach, ich fagocytozą i w konsekwencji powstawaniem złogów. Pierwszy opis choroby z IV wieku p.n.e. pochodzi od → Hipokratesa. W roku 1679 mikrobiolog holenderski Antoni van Leeuwenjoek (1632–1723) wykrył kryształy w guzkach dnawych. Po 120 latach zidentyfikowano je jako kwas moczowy, a po następnych 50 latach Alfred B. Garrod (1891–1907) stwierdził w 1848 r. wysoki poziom kwasu moczowego w surowicy chorych na dnę.
Artretyzm jest najczęstszą chorobą zapalną stawów u mężczyzn po 40 r.ż.. Występuje od 2 do 7 razy częściej u mężczyzn niż u kobiet, u których ujawnia się głównie po → menopauzie. Kwas moczowy stanowi końcowy produkt przemiany puryn obecnych w posiłkach (pokarmy mięsne, buliony, owoce morza) oraz pochodzących z obumierających tkanek. Obecnie uważa się, że białko i warzywa bogate w puryny (do niedawna uważane powszechnie za te, które sprzyjają powstaniu dny), takie jak: fasola, groch, soczewica czy szpinak, nie przyczyniają się do jej rozwoju. Organizm człowieka wytwarza w ciągu doby ok. 250–750 mg kwasu moczowego i taką ilość musi wydalić (głównie przez nerki), aby utrzymać homeostazę.
Górna granica stężenia kwasu moczowego w surowicy u mężczyzn wynosi 5,2 mg/l (310 umol/l), u kobiet 4,0 mg/l (240 umol/l), a po menopauzie 4,7 mg/l (280 umol/l). Stężenie kwasu moczowego powyżej 7 mg/dl definiuje się jako hiperurykemię, która może być pierwotna lub nabyta. Pierwotna powstaje jako konsekwencja genetycznych zaburzeń przemiany puryn. Nabyta jest spowodowana zwiększonym wytwarzaniem (podaż w diecie, rozpad nukleotydów w przebiegu chorób nowotworowych, pod wpływem radio- lub chemioterapii) bądź zmniejszonym wydalaniem przez nerki kwasu moczowego. Nieodpowiednia dieta odpowiada za 12% przypadków dny. Inne, rzadsze przyczyny to: nadmierny wysiłek fizyczny, choroby endokrynologiczne (niedoczynność tarczycy, nadczynność tarczycy), → zawał mięśnia sercowego, niewydolność oddechowa, padaczka i niektóre leki (diuretyki tiazydowe, kwas acetylosalicylowy). Hiperurykemi nie jest chorobą. Jest uważana za czynnik ryzyka rozwoju dny (dna rozwija się u 10% chorych). Innymi są nadwaga i → otyłość, które wiążą się ze zwiększoną produkcją moczanów i zmniejszonym ich wydalaniem oraz → nadciśnienie tętnicze, które zmniejszając przepływ nerkowy, nasila nerkową reabsorbcję moczanów.
Hiperurykemia, otyłość i nadciśnienie tętnicze stanowią składowe zespołu metabolicznego (należą do niego również insulinooporność i hyperlipidemia). Około 60% chorych na dnę spełnia kryteria diagnostyczne dla zespołu metabolicznego. Dna rozwija się, gdy kryształy moczanu sodu odkładają się w stawach i wokół stawów. Czynnik odpowiedzialny za krystalizację kwasu moczowego i moczanu sodu w płynie stawowym i w innych tkankach nie jest znany. Artretyzm może mieć przebieg ostry lub przewlekły. Postać ostra przybiera kliniczny obraz napadu dny moczanowej. Zaczyna się przeważnie nagle, często nad ranem silnym, trudnym do zniesienia bólem jednego lub wielu stawów. Pierwszy napad dotyczy zwykle jednego stawu, w 80% przypadków jest to pierwszy staw śródstopno-paliczkowy. Staw jest obrzęknięty, zaczerwieniony, skóra nad nim mocno napięta, błyszcząca i gorąca. Najczęściej, poza stawem podstawnym palucha – podagra, zajęte są pozostałe stawy stopy, staw kolanowy – gonagra, palce rąk – chiragra, staw barkowy – omagra oraz stawy nadgarstkowe i łokciowe. Napadowi towarzyszy wzrost temperatury i wysokie parametry zapalne: odczyn Biernackiego [OB.], białko C-reaktywne [CRP], leukocytoza. Artretyzm nieleczony trwa od 10 dni do 3 tygodni i wygasa samoistnie. Jeżeli nie zastosuje się odpowiedniego leczenia, napady są coraz częstsze i obejmują kolejne stawy. W przebiegu dny przewlekłej (po ok. 12 latach od pierwszego ataku) dochodzi do nieodwracalnych zmian w wielu stawach. Utrzymuje się ból, obrzęk i ograniczenie ruchomości, w otoczeniu powstają guzki dnawe (typowa lokalizacja to małżowiny uszne i ścięgna Achillesa). Może również rozwinąć się → niepełnosprawność i niewydolność nerek.
Na leczenie dny składa się postępowanie niefarmakologiczne: redukcja masy ciała, dieta ubogopurynowa, unikanie alkoholu i palenia papierosów oraz leczenie farmakologiczne. Lekiem z wyboru w napadzie jest kolchicyna podawana doustnie, najczęściej wg schematu: pierwszego dnia 1 mg co 6 godz., drugiego dnia 1 mg co 8 godz., trzeciego dnia 1 mg co 12 godz. Jeżeli nie można go podać z powodu np. działań niepożąda-

nych (nudności, bóle brzucha, biegunka), stosuje się niesterydowe leki przeciwzapalne [NLPZ] w największych dawkach terapeutycznych. W sytuacji niewydolności nerek, gdy nie można zastosować ani kolchicyny, ani NLPZ, można włączyć kortykosteroidy. W leczeniu dny przewlekłej stosuje się leki moczanopędne, inhibitory oksydazy ksantynowej (allopurynol, febuxostat), które można włączyć po 4 tygodniach od ustąpienia napadu, przez pierwsze miesiące równocześnie z kolchicyną lub NLPZ. Allopurynol jest stosowany w dawce od 100 mg do 300 mg/dobę. Febuksostat podaje się w dawce od 80 m do 120 mg/dobę.

PKR

B: Puszczewicz, 2011; Szczeklik, 2011' Zimmermann-Górska, 2008.
O: t. 1: choroba zwyrodnieniowa stawów, t. 5: choroby reumatyczne, reumatologia.
S: chiragra, „choroba królów", dna moczanowa, gonagra, omagra, podagra, skaza moczanowa.
TK: ang. *arthritis* / *gout*, fr. *artrite* / *arthretisme* / *goutte aux pieds*, hiszp. *artritis* / *artretismo*, niem. *Arthritis* / *Gicht* / *Urikopathie*, ros. *артрит* / *подагра*.

Bibliografia

Puszczewicz M. (red.), *Reumatologia*. Wyd. 2. Warszawa 2011.
Szczeklik A. (red.), *Choroby wewnętrzne*. Kraków 2011.
Zimmermann-Górska I. (red.), *Reumatologia kliniczna*. Warszawa 2008, 2 t.

artroza

Co druga osoba w wieku 50 lat ma zmienione zwyrodnieniowo stawy. W grupie 60-latków problem ten dotyczy nawet 70%. Dolegliwości są bolesne i utrudniają codzienne funkcjonowanie. Artroza jest najczęstszą przyczyną → niepełnosprawności u osób po 65. r.ż.. Artroza ma charakter niezapalny, tzn. jej początki objawiają się uszkodzeniem powierzchni chrzęstnej, a dopiero to może prowadzić do zapalenia. Reumatolodzy uznają artrozę za jedną z chorób reumatycznych. Artroza jest to chroniczne zapalenie stawów z utratą lub degradacją chrząstek stawowych i mineralizacją kości. Chroniczne zapalenie oznacza, że pozostanie na stałe i nie można go wyleczyć, ale może być leczone. Można również zapobiegać artrozie i spowolnić jej rozwój. → Choroba u niektórych postępuje wolniej, u innych szybciej. Zależy to od wielu czynników, takich jak: wiek, predyspozycje genetyczne, → styl życia, urazy, ciężka praca fizyczna, choroby metaboliczne, a nawet → stres, który powoduje napięcie i przeciążenie mięśni stabilizujących stawy oraz pogarsza ich ukrwienie.

Artroza dotyka ona nie tylko osób starszych. Zużywanie się stawów rozpoczyna się bowiem już w drugiej dekadzie → życia. Warto zatem wcześniej pomyśleć o profilaktyce chorób kostno-stawowych. Choroba rozwija się powoli i zazwyczaj przez lata nie powoduje dolegliwości. Wczesnym i zazwyczaj lekceważonym przez chorych objawem jest wrażenie krótkotrwałej sztywności stawów po spoczynku. Ból pojawia się tylko po nadmiernym wysiłku fizycznym i ustępuje nawet bez leczenia. Potem znowu można się normalnie poruszać. Sygnałem, który powinien zaniepokoić chorego jest tzw. trzeszczenie stawów, jednak często dolegliwość ta jest ignorowana. Z czasem pojawiają się kolejne objawy, które coraz bardziej utrudniają sprawne funkcjonowanie. Prawie połowa wszystkich ludzi powyżej 50. r.ż. – mieszkających w krajach uprzemysłowionych – ma stawy dotknięte chorobą zwyrodnieniową. W przeszłości zapalenie stawów było postrzegane jako choroba osób starszych. Dziś już wiemy, że ta choroba nie jest spowodowana tylko wiekiem. Wprawdzie starzenie się ma wpływ na wytworzenie zapalenia stawów, ale również młody człowiek może zachorować. Proces chorobowy może rozpoczynać się już u 30-, a nawet 20-latków. W zdrowym stawie powierzchnię kości pokrywa tkanka, nazywana chrząstką stawową, zbudowana m.in. z włókna kolagenowego. Umożliwia ona gładkie, niemal bez oporu, przesuwanie się powierzchni stawowych po sobie. Jama stawowa jest wypełniona płynem stawowym, który jest środkiem poślizgowym, a jednocześnie dostarcza substancji odżywczych dla chrząstki. Opisany mechanizm może być zaburzany przez różne szkodliwe czynniki. Jeśli chrząstka jest niedostatecznie odżywiana, jej komórki obumierają a warstwa chrząstki staje się cieńsza. Powierzchnie stawowe kości zaczynają o siebie ocierać. Skutkiem tego jest mechaniczne niszczenie tkanki kostnej i chrzęstnej oraz ból, pojawiający się podczas ruchu. Chory, unikając bólu, ogranicza poruszanie uszkodzonym stawem, co prowadzi do dalszego nasilania się szkodliwych procesów chorobowych: staw produkuje jeszcze mniej mazi stawowej, chrząstka jest gorzej odżywiana i ulega dalszemu uszkodzeniu, zanikają mięśnie okołostawowe, stopniowo zmniejsza się zakres ruchu stawu aż do całkowitego usztywnienia. W odpowiedzi na uszkodzenie chrząstki stawowej i przeciążenie kości podchrzęstnej aktywne stają się mechanizmy naprawcze, które są próbą wzmacniania i odbudowywania miejsc uszkodzonych. Niestety jest to zazwyczaj próba nieskuteczna, która prowadzi do powstawania typowych dla tej choroby wyrośli kostnych tzw. osteofitów i nasila dalsze zmiany w tkance podchrzęstnej.

Osteofity są to narośla stawowe a później narośla kostne, które wyrastają szczególnie wewnątrz stawu, bardzo blisko przyczepu torebki stawowej. Osteofity tworzą wały lub grzebienie kostne wokół krawędzi nasad kości. Te narośla wywołują większe ciśnienie na torebkę stawową i powodują ból. Dochodzi do zmiany jakości kości przylegających do powierzchni stawowych, szczególnie w odniesieniu do pogorszenia elastyczności. Dochodzi do zaburzenia zwartości stawu. W jamie stawu mogą powstawać wolne ciała – myszki stawowe – są to odpryski chrząstki stawowej lub oderwane kosmki błony maziowej, które uległy zwapnieniu lub skostnieniu. Błona stawowa staje się grubsza, warstwa włóknista torebki stawowej grubieje i obkurcza się. Wtórnie w stawach może powstawać odczyn zapalny w stawie i w tkankach okołostawowych. W zdrowym stawie chrząstki stale się regenerują. Odpowiedzialne są za to specjalne komórki chrzęstne zwane chondrocytami, które produkują kolagen i proteoglikany, aby chrząstka nadal pozostawała wystarczająco gruba, elastyczna, dobrze nawilżona i aby skutecznie działała. Przy artrozie ten proces jest zaburzony, chondrocyty niszczą kolagenen i proteoglikany nie mogąc ich wyprodukować na nowo. Komórki chrzęstne, które zmieniają swoje zachowanie reagują na dwa sposoby; pobudzają się produkując czynniki zapalne lub stają się niezdolne do takiej syntezy jaką przeprowadzały do tej pory. Może to mieć podłoże genetyczne, ale niekoniecznie, ponieważ wraz z wiekiem kręgi i tkanki tracą swoją pierwotną sprężystość. Choroba często przez długi czas przebiega bezobjawowo lub jedynym jej sygnałem jest „trzeszczenie" w stawach. Ból początkowo pojawia się po wysiłku, potem także w spoczynku. Dodatkowo występuje sztywność stawów po przebudzeniu utrzymująca się ok. 30 minut lub po siedzeniu w bezruchu, a niekiedy również obrzęki. Z czasem dochodzi do ograniczenia ruchomości stawów (il. 1).

Potencjalnych przyczyn artrozy jest wiele. Czynnikiem inicjującym proces chorobowy może być uraz i przeciążenia elementów kostno-mięśniowych, ale też zaburzenia metaboliczne czy wady w budowie anatomicznej układu ruchu – nierówna długość kończyn, skrzywienie kręgosłupa, dysplazja stawu biodrowego czy płaskostopie. Pacjenci cierpiący na artrozę mają również takie symptomy, jak: ból stawów**,** sztywność stawu, blokowanie lub tarcie w stawie podczas ruchu, zanik mięśni na skutek unikania ruchu oraz przykurcze mięśniowe. Szczególnie narażone są stawy, które ponoszą największe obciążenia, takie jak stawy kolan (gonartroza), stawy biodrowe (koksartroza), kręgosłupa i kręgów lędźwiowych (spondyloartroza), oraz stawy palców rąk (rizartroza). Ta choroba pojawia sie też w postaci zapalenia kręgów szyjnych, a także stawów: barkowego, łokciowego i skokowego. W przypadku artrozy w obrębie rąk charakterystyczne są guzki Heberdena i Bucharda na grzbietowej stronie stawów międzypaliczkowych dalszych i bliższych. Towarzyszą im nadżerki, stan zapalny, ból, zniekształcenia oraz utrudnienie wykonywania czynności manualnych. Zmiany w zwyrodnieniu stawu biodrowego ograniczają ruchomość i prowadzą do utykania oraz szurania, przyjmowania bezbólowej pozycji chorej kończyny w zgięciu i rotacji zewnętrznej. Ból stawu biodrowego pojawia się po zewnętrznej i wewnętrznej stronie biodra, promieniuje do pachwiny, pośladków lub kolan oraz utrudnia siadanie i wstawanie. Z kolei zwyrodnienie stawu kolanowego objawia się bólem, sztywnością i ograniczeniem ruchomości stawu. Artroza kolana skutkuje szpotawością. W artrozie stóp charakterystyczny jest paluch sztywny i koślawy, natomiast w artrozie kręgosłupa zmiany rozwijają się w przestrzeniach międzykręgowych na stawach międzywyrostkowych, na bocznych powierzchniach kręgów pojawiają się osteofity, które mogą uciskać i drażnić nerwy, powodować dyskomfort oraz silny ból kręgosłupa. W skrajnych przypadkach może dojść do zaburzeń neurologicznych. W odcinku szyjnym pojawiają się bóle, którym towarzyszą zawroty głowy oraz zaburzenia widzenia. Jeśli zwyrodnienie rozwija się w odcinku lędźwiowym, występuje promieniowanie bólu wzdłuż nogi, aż do stopy i zaburzenia oddawania moczu lub stolca.

Zmiany zwyrodnieniowe stawów przyspiesza nadwaga, ponieważ zbędne kilogramy nadmiernie obciążają kręgosłup, stawy biodrowe i kolanowe, a następnie brak ruchu, który może powodować niewydolność metabolizmu w stawach, co z kolei przyczyni się do powstania zapalenia stawów. Zaawansowane zwyrodnienia reumatyczne są związane z dużymi bólami, chora osoba stara się poruszać w możliwie najmniejszym stopniu. Jednak w ten sposób dochodzi do jeszcze mniejszej produkcji mazi stawowej, chrząstka jest jeszcze gorzej zaopatrywana w niezbędne substancje odżywcze, masa mięśni skurczy się, staw staje się z biegiem czasu coraz bardziej sztywny a człowiek staje się coraz mniej ruchliwy. Brak → mobilności w związku z tą chorobą wiąże się z ogromnym obniżeniem jakości życia i samodzielności, szczególnie dla osób starszych. Zarówno brak ruchu, jak i jego nadmiar sprzyjają artrozie. Choroba zwyrodnieniowa stawów często dopada sportowców wyczynowych, którzy przez zbyt intensywne treningi sportowe przeciążają stawy. Nawet u osób amatorsko uprawiających przez lata jakąś dyscyplinę sportową, pojawiają się bóle stawów, wcześniej

niż wynikałoby to z ich normalnego zużycia. Ćwiczenia umiarkowane, systematyczne są bardzo wskazane, ponieważ chronią przed chorobą, wzmacniają mięśnie i pozwalają dłużej zachować → sprawność fizyczną.

Rozpoznanie choroby nie jest trudne – często sam wywiad zebrany od pacjenta sugeruje przyczynę dolegliwości. Prześwietlenie rentgenowskie (RTG) stawów uwidacznia zwężoną szparę stawową, wyrośla kostne, torbiele i umożliwia ocenę zawansowania choroby. Pomocne jest także badanie ultrasonograficzne (USG), którym można wykryć zmiany niewidoczne w badaniu RTG, w tym zmiany pourazowe, czy inne uszkodzenia struktur torebkowo-więzadłowych okolicy stawu. USG odgrywa ważną rolę w diagnozowaniu przyczyn dolegliwości barku, stawów kolanowych. Zmiany w kręgosłupie rozpoznajemy za pomocą zdjęcia radiologicznego, → tomografii komputerowej i/lub rezonansu magnetycznego. Właściwie żadna z metod nie spowoduje przyrostu chrząstki stawowej ani naprawy już dokonanych uszkodzeń. Można natomiast opóźnić proces destrukcji i poprawić komfort życia pacjenta poprzez odpowiednią → rehabilitację, środki przeciwbólowe, wzbogacenie diety w substancje potrzebne do „odżywiania" chrząstki. Chcąc złagodzić dolegliwości towarzyszące chorobie zwyrodnieniowej stawów, należy podjąć kilka działań, które obejmują:

- unikanie przeciążeń, odpoczynek oraz stosowanie pomocniczych urządzeń, np. kul, lasek, opasek i aparatów stabilizujących chore stawy w czasie nasilenia dolegliwości i stanu zapalnego;
- → fizykoterapię – wybrane zabiegi mają działanie przeciwbólowe oraz przeciwzapalne; najlepsze efekty przynoszą: krioterapia, ultradźwięki, laseroterapia oraz pole magnetyczne;
- → kinezyterapię – wskazane są delikatne ćwiczenia lecznicze, aby zachować ruchomość bolesnych i usztywnionych stawów;
- terapię manualną – odpowiednia technika mobilizacyjna lub manipulacyjna odblokowuje chory staw i poprawia lub przywraca ruchomość oraz zmniejsza ból stawów;
- → plastrowanie dynamiczne (kinesiotaping) – odciążające staw w okresie jego ostrych dolegliwości i zmniejszy stan zapalny oraz ból podczas czynności ruchowych;
- redukcję masy ciała – jeśli występuje nadwaga lub → otyłość;
- unikanie przebywania w zimnie i wilgoci.

Niestety, przyczynowe leczenie artrozy nie jest możliwe. Do dyspozycji pozostaje tylko postępowanie objawowe. Celem farmakoterapii jest nie tylko zmniejszenie natężenia bólu, ale także poprawa ruchomości stawów i ogólnego komfortu życia pacjenta. Chorym zaleca się:

- leki modyfikujące chrząstkę stawową, zawierające siarczan glukozaminy, które do pewnego stopnia zahamują degradację chrząstki stawowej, wspomogą jej odbudowę i zmniejszą dolegliwości bólowe;
- niesteroidowe leki przeciwzapalne, leki przeciwbólowe oraz glikokortykosteroidy;
- dostawowe preparaty zawierające kwas hialuronowy;
- inne preparaty, które regenerują chrząstkę stawową: amid kwasu nikotynowego, selen, rifamycynę, składniki awokado i soi oraz preparaty z rabarbaru.

Pacjentom z silnym bólem, nawracającymi stanami zapalnymi, wysiękami, zaawansowaną degeneracją chrząstki i znacznymi narośla mi kostnymi proponuje się oczyszczenie stawu lub jego wymianę. Podczas oczyszczenia usuwa się zniszczoną błonę maziową w obrębie stawu, likwiduje to ból, poprawia funkcję stawu i opóźnia procesy destrukcyjne. Endoprotezoplastyka, czyli wymiana stawu polega na wycięciu jego chorego fragmentu i wszczepieniu elementu sztucznego (protezy), który przejmuje funkcję uszkodzonej struktury. Wszystkie towarzystwa reumatologiczne podkreślają rolę edukacji chorego w leczeniu choroby zwyrodnieniowej. Pacjent musi dbać o utrzymanie prawidłowej masy ciała, ćwiczyć i wzmacniać mięśnie, stronić od wykonywania stałych ruchów i unikać obciążania stawów. Ważny jest systematyczny i umiarkowany ruch, a nie intensywne ćwiczenia.

AMI

N: http://mbst-terapia.pl/artroza/; https://www.hyalutidin.pl/artroza

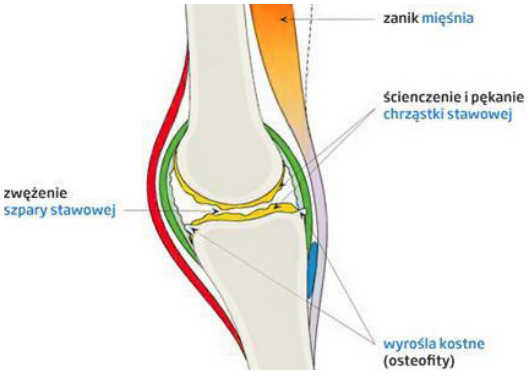
O: t. 1: choroba zwyrodnieniowa stawów, t. 5: choroby reumatyczne, reumatologia.

S: chroniczne zapalenie stawów.

TK: ang. *arthrosis*, fr. *arthrose*, hiszp. *artrosis*, niem. *Arthrose*, ros. *артроз*.

Netografia

http://mbst-terapia.pl/artroza/; https://hyalutidin.pl/artroza



Il. 1 Atroza – zmiany w stawie. Źródło: https://hyalutidin.pl/artroza

B

balneoterapia
– to jeden z działów → fizjoterapii, a zarazem podstawowa metoda leczenia stosowana w leczeniu uzdrowiskowym, która wykorzystuje w swoim działaniu wody lecznicze, gazy, peloidy (borowina) oraz właściwości lecznicze klimatu. Początków wodolecznictwa upatruje się już w starożytności. Ten sposób leczenia wykorzystywał już → Hipokrates. Nazwa balneoterapia wywodzi się od łac. słowa *balneum*, które oznacza łaźnię. Zabiegi balneoterapeutyczne podzielić możemy na: zabiegi z wodami mineralnymi oraz kąpiele, np. solankowe, kwasowęglowe, siarkowodorowe, ozonowe czy radoczynne. Leczenie wodami mineralnymi obejmuje przeważnie ich picie. Wody mineralne to wody o wysokiej zawartości soli mineralnych i naturalnych gazów. Wody mineralne wydobywane są ze złóż występujących głęboko pod ziemią. Smak wód mineralnych różni się w zależności od stopnia jej zmineralizowania – od słodkiego do mocno słonego. Wody mineralne różnią się również składem chemicznym – pod tym względem wyróżniamy m.in. wody kwasowęglowe, chlorkowe, jodkowe czy krzemowe. Wody mineralne używane są także do inhalacji. Obecnie terapeutyczne właściwości wody wykorzystuje zarówno hydroterapia, jak i balneoterapia – różnica między tymi dwoma działami fizjoterapii polega na tym, że w tym pierwszym przypadku stosuje się wodę gospodarczą, a w tym drugim wodę mineralną, wpływającą na → zdrowie i urodę. Kąpiele stosowane w mają jeszcze dwie zalety: wzmacniają ogólną odporność organizmu oraz działają relaksująco. Poza typowym prozdrowotnym aspektem działają wspomagająco w stanach przemęczenia, wyczerpania, nadmiernego → stresu. Nie tylko uspokajają, ale też odprężają i poprawiają nastrój. Balneoterapia obejmuje kurację pitną, czyli krenoterapię, opartą na mineralnych wodach leczniczych, np. wodzie Jana, która wykazuje działanie moczopędne czy zuber, która jest wykorzystywana w leczeniu wątroby i dróg żółciowych, obniża poziom cukru i zmniejsza zgagę. Stosuje się też aerozoloterapię (inhalacje), które świetnie działają w przypadku problemów z drogami oddechowymi. Balneoterapia pomaga cierpiącym na choroby stawów, reumatyzm, bóle kręgosłupa, nerwobóle, → otyłość, → cukrzycę, dolegliwości skórne, a także przemęczenie czy stres. Pod tą rzadko używaną nazwą nie kryje się nic innego jak zabiegi z wykorzystaniem wody, której terapeutyczne właściwości znane są od wieków.

Najbardziej popularną i uznaną metodą leczenia balneologicznego są kąpiele**.** Leczenie wodą za pomocą kąpieli dzieli się ze względu na rodzaj używanej wody.

- Kąpiele lecznicze w gorących źródłach pomagają w przypadku artretyzmu, jak również nadmiernego stresu. Oprócz tego wspomagają krążenie krwi, zaburzone w wyniku cukrzycy lub innych schorzeń.
- Kąpiele mineralne z kolei wspomagają leczenie problemów skórnych. Do kąpieli mineralnych zaliczają się np. kąpiele borowinowe, zawierające peloidy, czyli osady znajdujące się w naturalnych źródłach. Śladowe ilości magnezu, wapnia, litu wchłonięte do organizmu w trakcie takiej kąpieli, stymulują układ immunologiczny.
- Dorzucone do gorącej kąpieli zioła także wspomagają działanie organizmu. Dzięki ciepłej wodzie, substancje odżywcze mają szansę przeniknąć do skóry. Dobrze w kąpielach sprawdzają się rumianek i mięta.
- Nawet zwykłe kąpiele w morskiej wodzie mogą być lecznicze: łagodzą stres i uspokajają nerwy.

Kąpiele z wykorzystaniem wód mineralnych mają bardzo szerokie zastosowanie. Jako dodatek do kąpieli wodnych stosowane są w różnych terapiach masaże wirowe oraz bicze wodne. Do najczęściej stosowanych kąpieli należą: kwasowęglowe, siarczkowe i siarczkowo-siarkowodorowe, radoczynne oraz solanki.

Kąpiel kwasowęglowa z zawartością dwutlenku węgla, poprawia mikrokrążenie, dlatego wskazania do jej stosowania to m.in. choroby układu krążenia, w tym → miażdżyca, niezbyt zaawansowane → nadciśnienie tętnicze, choroby naczyń obwodowych, ale też schorzenia reumatyczne, nerwica serca, otyłość. Kąpiele kwasowęglowe regulują poziom cukru we krwi, dlatego stosuje się je również u osób chorujących na cukrzycę. Zabieg zleca lekarz, trwa on ok. 5–10 minut i wykonuje się go zwykle trzy razy w tygodniu. Przeciwwskazania do stosowania kąpieli kwasowęglowych to znacząca niewydolność oddechowa lub niewydolność układu krążenia, niestabilna choroba wieńcowa i/lub problemy z krzepliwością krwi.

Kąpiel siarczkowa i siarczkowo-siarkowodorowa z zawartością związków siarki, pomaga w szerokim spektrum dolegliwości i łagodzi wiele chorobowych

objawów. Pomaga w schorzeniach zwyrodnieniowych stawów i kręgosłupa, w przypadku rwy kulszowej, reumatoidalnego zapalenia stawów, reumatyzmu, chorób skóry, nerwobólów, dyskopatii, chorób narządów rodnych (m.in. bolesne miesiączkowanie) oraz wszelkiego rodzaju stanach po urazach lub przeciążeniach narządu ruchu. Kąpiel trwa ok. 5–15 minut, zwykle zaleca się serie trzy, cztery razy w tygodniu. Przeciwwskazania są podobne jak w przypadku kąpieli kwasowęglowych. Dodatkowo obejmują też nadwrażliwość na związki siarki, stany po → zawale mięśnia sercowego, zapalenie żył, zapalenie wątroby lub zapalenie trzustki. Przeciwwskazaniem jest też bardzo niskie ciśnienie krwi (hipotonia).

Kąpiel radoczynna z niewielką ilością pierwiastku radonu, stosowane jest przede wszystkim w przypadku schorzeń reumatycznych, miażdżycy, nadciśnienia, reumatoidalnego zapalenia stawów, zaburzeń czynnościowych krążenia obwodowego. Pomaga też przy schorzeniach narządu ruchu, również w stanach po urazach. Łagodzi też niektóre choroby skórne, a także dolegliwości w okresie → menopauzy. Zabieg trwa ok. 15 minut, by przyniósł pożądane rezultaty trzeba wykonać całą ich
serię, czyli 8–10 zabiegów.

Kąpiel solankowa z wykorzystaniem w niej wody chlorkowo-sodowe, które często zawierają też jony potasu, magnezu, wapnia, jodu, czy bromu. Poprawia ukrwienie, pobudza przemianę materii, ale też zmniejsza pobudliwość nerwów czuciowych i ruchowych. Dzięki swoim właściwościom kąpiel solankowa przynosi świetne rezultaty m.in. w przypadku chorób zwyrodnieniowych stawów, przewlekłego zapalenia zatok, schorzeń skórnych, nerwic wegetatywnych, otyłości. Kąpiel trwa ok. 10 minut, przy czym z każdym kolejnym zabiegiem ten czas może się wydłużać, maksymalnie do ok. 20 minut. Wykonuje się je zazwyczaj trzy razy w tygodniu, a seria obejmuje standardowo 10 zabiegów. Przeciwwskazania to przede wszystkim niestabilna choroba wieńcowa przebiegająca z dusznicą, stany po zawale serca, ciężka niewydolność krążenia oraz nowotwory.

Balneoterapia jest wskazana we wspomaganiu leczenia schorzeń takich jak: choroby reumatyczne, problemy z krążeniem, paraliż, cukrzyca, otyłość, choroby neurologiczne (niedowłady) oraz choroby psychosomatyczne i wywołane stresem. Szczególne znaczenie odgrywa balneoterapia w leczeniu dny oraz dnawego zapalenia stawów, gdyż poza ogólnie znanym działaniem na układ mięśniowo-szkieletowy obniża ona poziom kwasu moczowego w surowicy i zwiększa wydalanie w moczu. W warunkach uzdrowiskowych można również leczyć inne zaburzenia metaboliczne, jak hiperlipidemia.

Wśród chorób reumatycznych, leczonych w sanatorium dominuje choroba zwyrodnieniowa stawów obwodowych: koksartroza, gonartroza, choroba zwyrodnieniowa rąk i stóp oraz choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa wraz z dyskopatią i zespołem korzeniowym. Wśród chorób układu ruchu modelowym przykładem jednostki chorobowej reagującej dobrze na leczenie balneologiczne jest zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa. Pacjenci chorujący na zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa winni odbywać takie leczenie przynajmniej raz na dwa lata

Leczenie wodą to bardzo bezpieczna forma fizjoterapii. Jednak należy przestrzegać kilku zasad: 1) starsze osoby powinny ostrożnie korzystać z gorących kąpieli; 2) nie należy doprowadzać do przegrzania lub odwodnienia; 3) nie należy rozpoczynać kąpieli leczniczej pod wpływem alkoholu lub narkotyków; 4) osoby chorujące na przewlekłe choroby skóry nie powinny korzystać z publicznych basenów.

Kurację wodną najlepiej ustalić indywidualnie z lekarzem uzdrowiskowym. Sanatoria i ośrodki spa oferują takie zabiegi wodne, jak: 1) masaż wirowy – wykonywany w specjalnych wannach wypełnionych wodą o temperaturze 35–40°C. Woda wypływa z dysz pod dużym ciśnieniem i masuje ciało pacjenta, głównie ręce i nogi. Masaż leczniczy polecany jest po urazach, przy żylakach i bólach mięśniowo-stawowych. Trwa zwykle 20–30 minut. Można go stosować codziennie; 2) bicze wodne – polegają na masowaniu ciała silnymi punktowymi strumieniami wody o temperaturze 37°C z odległości ok. trzech metrów. Bicze wodne zalecane są w chorobach reumatycznych, przy bólach mięśniowo-stawowych, zaburzeniach przemiany materii i nadwadze. Są to doskonałe zabiegi odchudzające. Trwają zwykle nie dłużej niż pięć minut. Można z nich korzystać dwa razy w tygodniu; 3) łaźnia parowa – polega na przebywaniu przez 15–20 minut w pomieszczeniu wypełnionym parą wodną o temperaturze ok. 45°C. Jest to inaczej sauna. Zabieg ten leczy schorzenia górnych dróg oddechowych, nerwobóle, choroby metaboliczne. Z łaźni parowej można korzystać dwa razy w tygodniu; 4) gimnastyka w wodzie – ćwiczenia w płytkim basenie wykonywane z oporem, jaki stawia woda. Gimnastyka w wodzie wzmacnia mięśnie, odciąża stawy i wysmukla sylwetkę. Wskazana jest w większości chorób reumatycznych oraz przy nadwadze. Ćwiczenia w wodzie, podobnie jak bicze wodne, to świetne zabiegi odchudza-

jące. Gimnastyka w wodzie trwa zwykle pół godziny; 5) inhalacje – wdychanie oparów wód uzdrowiskowych (zwykle z solanki). Inhalacje oddechowe stosuje się m.in. w przypadku nawracających nieżytów nosa, stanów zapalnych gardła i krtani oraz w schorzeniach oskrzeli i płuc. Inhalacjom można poddawać się kilka razy dziennie. Zabieg trwa ok. dziesięciu minut; 6) picie wód mineralnych – wodę mineralną podaje się w dzbanuszkach z podwyższonym dzióbkiem, co zapobiega ulatnianiu się leczniczych gazów. Wody mineralne dobiera się w zależności od schorzenia. Można je pić kilka razy dziennie.

Kąpiele wodne mają wiele zalet. Ponadto są łatwo dostępne – niemal każda placówka sanatoryjna posiada je w swojej ofercie. Zabiegi wodne działają odprężająco i odchudzająco. Są stosunkowo tanie. Ich ceny wahają się od kilku do kilkunastu złotych. Balneoterapia to przyjemny relaks i gwarancja poprawy zdrowia. Kąpiel i prysznic we własnej łazience, też mogą mieć terapeutyczny charakter. Leczniczy prysznic z silnego strumienia chłodnej wody (ok. 22°C) pobudza krążenie. Gdy do bolących miejsc dociera więcej krwi, rozgrzewają się one i ból ustępuje. Chłodny prysznic działa korzystnie na układ nerwowy, mięśniowo-stawowy, odpornościowy i przyspiesza przemianę materii. Gorąca kąpiel działa z kolei rozkurczowo, łagodzi bóle mięśni, podnosi ciśnienie krwi i ułatwia oczyszczanie organizmu z toksyn. Leczenie wodą to nie tylko zabieg spa, ale także doskonały sposób na relaks i pozbycie się negatywnych skutków stresu. Oprócz tego, że balneoterapia to zazwyczaj po prostu przyjemność, działa wspomagająco przy leczeniu różnorodnych schorzeń układu kostno-stawowego i nerwowego oraz wzmacnia system immunologiczny.

AMI

O: t. 1: fizjoterapia, fizjoterapia i fizykoterapia osób starszych, t. 2: leczenie uzdrowiskowe, t. 5: choroby reumatyczne, reumatologia.
S: hydroterapia, kąpiele lecznicze, woda (pot.), wodolecznictwo.
TK: ang. *balneotherapy,* fr. *balnéothérapie,* hiszp. *balneoterapia,* niem. *Balneotherapie,* ros. *бальнеотерапия.*

C

choroby reumatyczne
– to grupa nieurazowych chorób narządu ruchu obejmująca ok. 300 jednostek chorobowych, które dzielimy na zapalne, np. reumatoidalne zapalenie stawów, zesztywniające zapalenie stawów, łuszczycowe zapalenie stawów czy toczeń rumieniowaty układowy oraz niezapalne, najczęściej jest to → choroba zwyrodnieniowa stawów. Konsekwencją chorób reumatycznych jest nie tylko ból, obrzęk czy ograniczenie ruchomości stawów, ale również w przypadku chorób zapalnych, zajęcie narządów wewnętrznych. Przyczyna większości chorób reumatycznych – z wyjątkiem stanów zapalnych wywołanych przez bakterie – nie jest znana. U ich podłoża leżą najprawdopodobniej zaburzenia immunologiczne z nadmierną produkcją niektórych przeciwciał i syntezą licznych cytokin prozapalnych.
W związku z systematycznym wydłużaniem się długości życia (ocenia się, że w 2050 r. 20% światowej populacji stanowić będą osoby powyżej 65. r.ż.) szacuje się, że liczba starszych pacjentów z chorobami układu ruchu podwoi się w najbliższej przyszłości. → Starzenie się jest związane z przewlekłym stanem zapalnym o niskiej aktywności, co może być czynnikiem sprzyjającym rozwojowi chorób reumatycznych. Zmniejsza się m.in. liczba limfocytów T, czyniąc osoby starsze bardziej podatnymi na infekcje. Rozpoznanie chorób reumatycznych jest utrudnione przez atypowe cechy kliniczne, nieswoiście dodatnie wyniki badań serologicznych (przeciwciała przeciwjądrowe ANA oraz czynnik reumatoidalny RF są wykrywane w tej grupie pacjentów ze zwiększoną częstością) oraz nakładające się, związane z wiekiem, zmiany radiologiczne. Dodatkowo duża część osób starszych jest skonfrontowana z jedną lub większą liczbą → niepełnosprawności. Zgłaszane przez chorych objawy mogą być wynikiem schorzeń układu ruchu, ale również hormonalnego, metabolicznego czy układu krążenia. Ponadto funkcja intelektualna i poznawcza u niektórych pacjentów może być upośledzona, co wpływa na mniejszą zdolność do komunikowania objawów. Starsi pacjenci stanowią zatem skrajnie niejednorodną grupę chorych. Są bardziej podatni na niepożądane działania leków, co uniemożliwia stosowanie agresywnej terapii immunosupresyjnej. Zmianie ulegają farmakokinetyka i farmakodynamika leków, ich metabolizm oraz interakcje lekowe. Wreszcie przestrzeganie zaleceń dotyczących leczenia jest u osób starszych niezadowalające.
W → reumatologii obecnie zwraca się większą uwagę na aktywne leczenie niefarmakologiczne, wymagające rozwiniętych umiejętności motorycznych i poznawczych. Z powodu ich zaburzeń, znaczna część starszych pacjentów, nie jest w stanie podołać stawianym wymaganiom. Nie bez znaczenia są też zmniejszające się z wiekiem dochody oraz mniejsze → wsparcie społeczne. Duża liczba współwystępujących → chorób, którymi zajmuje się wielu lekarzy, powoduje rozdrobnienie → opieki nad chorymi. Reumatologia geriatryczna lub gerontoreumatologia ma stać się tą dziedziną medycyny, która zajmie się w sposób kompleksowy schorzeniami reumatologicznymi u osób starszych.
Główne niezapalne chorzenia układu ruchu dotyczące osób starszych obejmują → chorobę zwyrodnieniową stawów, → osteoporozę i bóle pleców, podczas gdy do chorób zapalnych należą → reumatoidalne zapalenie stawów (RZS), → polimialgia reumatyczna i tzw. artropatie kryształów (→ artretyzm, tj. dna moczanowa i chondrokalcynoza). RZS rozpoczynające się u osób po 60 r.ż. (EORA: *elderly-onset RA*) w mniejszym stopniu, w porównaniu z młodszymi grupami pacjentów, dominuje u kobiet (1,5–2:1 vs 4–4,5:1). Początek choroby jest bardziej ostry, przypominający choroby infekcyjne. Częściej, podobnie jak w polimialgii reumatycznej, zajęte są bliższe stawy np. barkowe. Częściej występują objawy ogólne, m.in. → zmęczenie, spadek wagi, wysokie OB. U co najmniej połowy pacjentów z RZS rozpoznaje się jeden lub więcej dodatkowych stanów przewlekłych. Rokowanie jest gorsze ze względu m.in. na samą aktywność choroby i szybsze upośledzenie funkcji układu ruchu. Cele terapeutyczne w postaci kontroli bólu, zatrzymania postępu choroby i poprawy stanu funkcjonalnego pozostają jednak takie same jak w młodszych grupach wiekowych. Lekiem podstawowym jest wciąż metotreksat. Osoby starsze są bardzo rzadko kwalifikowane do leczenia biologicznego (m/in. inhibitorami TNF) ze względu na liczne p/wskazania do udziału w programach terapeutycznych, częstsze powikłania oraz gorszą odpowiedź na leczenie.
Polimialgia reumatyczna jest drugą, po reumatoidalnym zapaleniu stawów, zapalną chorobą reumatycz-

ną → wieku podeszłego. Jest niemal wyłącznie chorobą osób starszych ze szczytem zachorowań w 8 dekadzie → życia. Zapadalność wynosi 20–50 nowych przypadków na 100 tys. osób po 50 r.ż. Często współistnieje z olbrzymiokomórkowym zapaleniem tętnic. Głównym objawem jest ból i uczucie sztywności mięśni obręczy barkowej i biodrowej oraz szyi. Rozpoznanie opiera się na obrazie klinicznym, wykluczeniu innych chorób i poprawie po włączeniu glikokortykosteroidów, które powinny być stosowane w najmniejszych, skutecznych dawkach.

Dna moczanowa to zapalenie stawów spowodowane przez odkładanie się kryształów kwasu moczowego w stawach. Jej występowania u osób starszych (ok. 5% u mężczyzn i 2% u kobiet) jest silnie związane z niewydolnością nerek i leczeniem lekami moczopędnymi. U prawie połowy pacjentów ma początek wielostawowy z zajęciem małych stawów (częściej u kobiet). Guzki dnawe występują znacznie częściej w miejscach nietypowych, jakim są np. palce (częściej u kobiet stosujących leki moczopędne). Dna moczanowa może współistnieć z chorobą zwyrodnieniową lub septycznym zapaleniem stawów, dlatego zwłaszcza u osób starszych, bardzo ważne jest badanie płynu stawowego. W leczeniu nie zaleca się stosowania niesterydowych leków przeciwzapalnych (NLPZ) z powodu zdarzeń niepożądanych ze strony układu pokarmowego i sercowo-naczyniowego. Kolchicyna może być stosowana ostrożnie w mniejszej dawce. Kortykosteroidy są preferowane w czasie ostrych ataków dny. Allopurynol jest związany z większym ryzykiem działań niepożądanych, zwłaszcza w przypadku niewydolności nerek. Niższa dawka początkowa zmniejsza ryzyko wystąpienia zespołu nadwrażliwości na allopurynol.

Chondrokalcynoza jest chorobą polegającą na odkładaniu się kryształów pirofosforanu wapnia w chrząstce stawów. Zdecydowanie częściej występuje u osób starszych: zajęcie stawów kolanowych występuje u 16% kobiet między 80. a 89. r.ż. i u 30% w wieku powyżej 90. r.ż. Ostre zapalenie stawu (najczęściej zajęty jest staw kolanowy) przebiega podobnie jak atak dny moczanowej, ale objawy narastają wolniej i ból ma mniejsze nasilenie. Leczenie polega na stosowaniu niewielkich dawek glikokortykosteroidów (w ostrym ataku lek podawany bezpośrednio do stawu), kolchicyny lub NLPZ.

Choroba zwyrodnieniowa stawów jest najczęstszą przyczyna dolegliwości ze strony układu ruchu. Rozwija się na skutek niszczenia i zaburzonej odbudowy chrząstki stawowej i warstwy podchrzęstnej kości z ostatecznym zajęciem wszystkich tkanek stawu. Charakteryzuje się bólem, ograniczeniem ruchomości oraz zniekształceniem obrysu stawu ze sztywnością oraz wtórnymi zmianami zapalnymi (wysięk w stawie), bez objawów ogólnoustrojowych. Typowe dla niej zmiany radiologiczne występują u 80% pacjentów po 60 r.ż. Wśród osób starszych wyraźnie przeważają kobiety. U nich też choroba ma cięższy przebieg.

Leczenie chorób reumatycznych powinno obejmować nie tylko farmakoterapie, ale również systematyczną → rehabilitacje, leczenie dietetyczne i → psychoterapię. Chorzy powinni być zaopatrzeni w sprzęt ułatwiający poruszanie się oraz umożliwiający wykonywanie codziennych obowiązków. Bardzo istotną kwestią jest też likwidacja → barier architektonicznych oraz stworzenia systemu solidnego → wsparcie ze strony najbliższych. [Od 1996 r. obchodzony jest Światowy Dzień Reumatyzmu (12 X), zainicjowany przez międzynarodowe środowiska chorych na reumatyzm (il. 1). W 2017 r. przebiegał pod hasłem: „Zgłoś się, nie czekaj – czas ucieka" – przyp. red.].

PKR

N: http://ref.mixxt.pl…

O: t. 1: choroba zwyrodnieniowa stawów, choroby autoimmunologiczne, t. 5: artretyzm, artroza, reumatologia.

S: reumatyzm (pot.).

TK: ang. *rheumatic diseases*, fr. *maladies rhumatismales*, hiszp. *enfermedades reumáticas*, niem. *rheumatische Krankheiten*, ros. *ревматические заболевания*.

Netografia

http://ref.mixxt.pl/networks/content/index.SdzR

Il. 1. Logotyp Światowego Dnia Reumatyzmu. Źródło: http://ref.mixxt.pl/networks/content/index.SdzR

D

dna → artretyzm

Dykcik Władysław (1942–2013)

polski pedagog specjalny, zawodowo związany z Uniwersytetem im. Adama Mickiewicza w Poznaniu (od roku 2006 był profesorem zwyczajnym UAM). Ukończył studia pedagogiczne na UAM (1967), a następnie w tymże uniwersytecie uzyskał stopnie doktora (1974) i doktora habilitowanego (1988) nauk humanistycznych w zakresie pedagogiki. Od roku 1988 był docentem, od 1995 profesorem nadzw., a od 2008 profesorem zw. UAM w Poznaniu. Był wiceprezesem Polskiego Tow. Terapeutycznego, członkiem Komitetu Nauk Pedagogicznych Polskiej Akademii Nauk, wiceprzewodniczącym Poznańskiego Oddziału Tow. Higieny Psychicznej, członkiem Stowarzyszenia Na Rzecz Osób Autystycznych w Poznaniu, Polskiego Stowarzyszenia Montessori i Poznańskiego Oddziału Polskiego Tow. Pedagogicznego. Był członkiem rad naukowych czasopism: „Auxilium Sociale Novum" „Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo", „Nasze Forum" i „Szkoła Specjalna". W polskiej pedagogice specjalnej Władysław Dykcik (fot. 1) stworzył strukturę myśli zorientowaną na wieloźródłowość i wielokontekstowość paradygmatów → pedagogiki specjalnej, która wynika z teoretycznego i praktycznego ujmowania stanu → zdrowia i → niepełnosprawności, rodzaju uszkodzenia, charakteru ograniczenia aktywności oraz kategorii utrudnień uczestnictwa rozpatrywanych w modelu interakcyjnym jako wzajemnie wpływających na siebie czynników indywidualnych i środowiskowych, jak również złożonych współzależności występowania mechanizmów etiologicznych, objawów psychicznych i społecznych skutków (zob. Śliwerski, 2013 – Internet: http://sliwerski-pedagog…). Obszary zainteresowań teoretycznych i naukowo-badawczych Władysława Dykcika to wspomagania rozwoju osób z niepełnsprawnościami generalnie oraz z konkretnymi rodzajami niepełnosprawności – szczególnie z niepełnosprawnością intelektualną i autyzmem, oraz wizje rozwoju pedagogiki specjalnej. Za osiągnięcia naukowe i organizacyjne został odznaczony Złotym Krzyżem Zasługi (1986) i Medalem Komisji Edukacji Narodowej (1988) oraz wyróżniony Nagrodami Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego (1977, 1980) i Ministra Edukacji Narodowej (1998).

MEZ

B: Dykcik, 1994; 2005, 2009, 2010 a, 2010 b; Dykcik, Szychowiak, 2001; Dykcik, Twardowski, 2006.
N: Śliwerski, 2013 – Internet: http://sliwerski-pedagog…
O: t. 2: niepełnosprawność, t. 5: modele niepełnosprawności, pedagogika specjalna.

Bibliografia

Dykcik W., *Autyzm*. Poznań 1994.
Dykcik W., *Pedagogika specjalna wobec aktualnych sytuacji i problemów osób niepełnosprawnych*. Poznań 2005.
Dykcik W. (red.), *Pedagogika specjalna*. Wyd. 8. Poznań 2009.
Dykcik W., *Odpowiedzialność człowieka w kontekście indywidualnym i społecznym*. Poznań 2010 a.
Dykcik W., *Tendencje rozwoju pedagogiki specjalnej*. Poznań 2010 b.
Dykcik W., Szychowiak B. (red.), *Nowatorskie i alternatywne metody w praktyce pedagogiki specjalnej*. Poznań 2001.
Dykcik W., Twardowski A. (red.), *Poznańska pedagogika specjalna*. Poznań 2006.

Netografia

Śliwerski B., *Odszedł wybitny pedagog specjalny*… Internet: http://sliwerski-pedagog.blogspot.com

dysfonia

Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (2000) lokuje ***dysfonię*** w kategorii: „Objawy i cechy chorobowe dotyczące mowy i głosu", nadając jej kod alfanumeryczny R49.0. Dysfonia jest niejednorodnym, wielopostaciowym zaburzeniem głosu, które dotyczy wszystkich, specyficznych jego właściwości: wysokości, natężenia, → czasu trwania oraz barwy. Nieprawidłowości mogą występować w postaci: izolowanej i dotyczyć jednej tylko składowej akustycznej, lub złożonej obejmując kilka w różnych zestawieniach. Zakłócenia wytwarzania i emitowania głosu odnoszą się do: sposobu emisji – jakości skoordynowania czynność oddychania, fonacji i artykulacji w połączeniu ze zjawiskami rezonansu w przestrzeniach rezonacyjnych klatki piersiowej,

krtani i nasady; niesprawności działania mięśni krtani oraz strun głosowych – zaburzeń ich napięcia, oraz nieprawidłowości częstotliwości tonu krtaniowego (Pruszewicz, 1992, Maniecka-Aleksandrowicz, 1997). W dysfonii następuje obniżenie wydolności głosowej, zmienia się natężenie i wysokość głosu, jego barwa i dźwięczność, czas fonacji, zakres i średnie położenie głosu, a także siła artykulacji głosek dźwięcznych, ich barwa, iloczasy, akcenty, zmianom ulega również melodia mowy. Głos przestaje być czysty i dźwięczny, staje się zduszony, świszczący, piskliwy lub matowy, czasem brzmi zbyt cicho lub zbyt głośno, może też nastąpić zupełny bezgłos (afonia). Składową dysfonii może być chroniczna chrypka, jako wyróżniająca się cecha głosu i dodatkowo towarzyszący jej patologiczny nawyk kompensacyjny w postaci chrząkania (Maniecka-Aleksandrowicz, Domeracka-Kłodziej, 2004).

Zaburzenie funkcji głosu, może mieć przyczynę czynnościową lub organiczną. U podstaw **czynnościowej dysfonii**, leżą czynniki morfologiczno – czynnościowe i nerwowo-psychiczne. Jorge Perelló (1918–1999) wyróżnił dwie grupy czynnościowych zaburzeń głosu: fonoponozy (łac. *phonoponosis*), będące następstwem nieprawidłowego tworzenia głosu oraz fononeurozy (łac. *phononeurosis*), które uwarunkowane są czynnikami psychogennymi. Zaburzenia mechanizmów fonacyjnych, polegają na zakłóceniu regulacji napięcia mięśniowego oraz zakresu i precyzji ruchów w obrębie całego aparatu głosowego, w tym harmonijnej współpracy mięśni wewnętrznych i zewnętrznych krtani. Dochodzi również do zaburzeń koordynacji oddechowo–fonacyjno–artykulacyjnej (Perelló, 1962, Maniecka-Aleksandrowicz, Domeracka-Kołodziej, 2004).

Najczęstsze postacie zaburzeń czynnościowych głosu to: ***dysfonia hypofunkcjonalna*** będąca następstwem przeciążenia głosu, wielokrotnych zapaleń krtani, które powodują obniżenie napięcia mięśni zewnętrznych i wewnętrznych krtani. Głos jest ochrypły, słaby, ma nastawienie chuchające, jego brzmienie jest podwyższone, a gdy dochodzi do przekrwienia fałdów głosowych jest jęczący i skrzypiący Występuje również chrypka, nadmierna męczliwość głosu, osłabienie jego siły, skrócony jest też czas fonacji. W przypadku stanów przewlekłych może dochodzić do powikłań i powstania guzków głosowych (najczęściej u osób zawodowo wykorzystujących głos). Gdy to nastąpi dysfonia hypofunkcjonalna kwalifikowana jest do grupy zaburzeń głosu typu organicznego (Pruszewicz, 1992). Z kolei ***dysfonia hyperfunkcjonalna*** związana jest z sytuacją wzmożonego napięcia mięśni krtani i szyi w czasie fonacji. Ma na to wpływ zmęczenie lub przeciążenie głosu, czego następstwem jest jego zmatowienie, zmniejszona dźwięczność. Nastawienie głosowe jest twarde, głos jest party, zbyt niski lub wysoki, słychać umiejscowienie w gardle (Niebudek-Bogusz, 2006). Natomiast ***dysfonia dysfunkcjonalna*** (***fonastenia***) jest wynikiem braku koordynacji grup mięśniowych. Do grupy dysfonii czynnościowych zalicza się również ***dysfunkcję*** (niedowład) ***fałdów głosowych***, zaburzenie uwarunkowane nadmiernym przeciążeniem narządu głosowego. Dochodzi do zmian głosu w którym słyszalne są świsty, występują również napady duszności wdechowej, pojawia się uczucie ucisku w gardle (Pruszewicz, 1992).

Najcięższą postacią czynnościowych zaburzeń głosu jest ***afonia czynnościowa***, całkowita utrata głosu (bezgłos) spowodowana nieprawidłową funkcją (niedowładem, zwiotczeniem) mięśni krtani. Struny głosowe pozostają oddalone i mimo podejmowania prób fonacji nie powstaje dźwięk, jedynie odgłos przypominający szept. Bezgłos jest często objawem złej fonacji i zwiotczenia mięśni na skutek ich wzmożonego napięcia. Może mieć tez podłoże psychogenne. Wówczas powodowany jest czynnikami psychicznymi, m.in. długotrwałym → stresem, silnymi emocjami, ostrymi i przewlekłymi reakcjami histerycznymi. Afonii zwykle towarzyszą objawy psychosomatyczne, które nie mają przyczyny organicznej, np. występują problemy z trawieniem, bóle, swędzenie skóry (Wiskirska-Woźnica, 2012).

Z kolei ***dysfonia audiogenna***, to zaburzenie głosu, które jest konsekwencją uszkodzenia narządu słuchu typu przewodzeniowego lub odbiorczego. Brak kontroli słuchowej nad fonacją powoduje zaburzenie głosu typu czynnościowego. Jest ono następstwem nieprawidłowych mechanizmów fonacyjnych spowodowanych przez wadliwe działanie mięśni krtaniowych oraz zaburzeń współpracy mięsni antagonistycznych krtani. U dzieci z wadą słuchu dochodzi do hiperfunkcjonalności czynności krtani (wzmożonego napięcia mięśni krtani, twarzy i szyi). Podczas fonacji struny głosowe nie w pełni się zwierają. Przy tym, zaburzenie słuchu znacznie ogranicza samoregulację natężenia, wysokości i barwy głosu. Melodia głosu jest niezróżnicowana, a czas fonacji skrócony (Mitrinowicz-Modrzejewska, 1963, Szkiełkowska, 2005).

Dysfonia organiczna związana jest bezpośrednio z patologicznymi zmianami organicznymi w obrębie samej krtani oraz fałdów głosowych w wyniku zaburzeń rozwojowych lub anatomicznych. Może być też skutkiem wielu → chorób. Zaburzenia głosu powodowane są:

występowaniem m.in. guzków strun głosowych (będących powikłaniem długotrwałej dysfonii czynnościowej), obrzęków Reinkego, ziarniniaków, zrostów, torbieli, polipów, nowotworów; schorzeń: neurogennych, takich jak: porażenia urazowe, nowotworowe, idiopatyczne; demielinizacyjnych, np. → stwardnienie rozsiane (SM), stwardnienie zanikowe boczne (SLA), zespół Guillain-Baree; degeneracyjnych, np. krtań starcza, → miastenia; jak również dystonią wtórną, która występuje w przebiegu chorób neurozwyrodnieniowych, np. w → chorobie Parkinsona lub ***dystonii ogniskowo-krtaniowej***, która dotyka mięśnie krtani i strun głosowych; a także wskutek uszkodzenia nerwu krtaniowego podczas operacji tarczycy. Objawy dysfonii organicznej zależą od jej etiologii – najczęściej obserwuje się występowanie wysiłku podczas mówienia, osłabioną siłę głosu i obniżenie jego skali, zaburzenia toru oddechowego, zaburzenia fonacji wynikające z upośledzenia funkcji mięśni zwierających i napinających struny głosowe, chrypkę, zanikanie głosu (bezgłos) oraz duszność wdechową (Kaufman, Issakson, 1991, Szczeklik, Gajewski, 2011).

Dysfonia będąca następstwem procesu → starzenia się głosu związana jest z przeobrażeniami inwolucyjnymi w ośrodkowym układzie nerwowym, degeneracyjno-zanikowymi w krtani i gardle oraz zmianami biochemicznymi i endokrynologicznymi, jakie zachodzą w organizmie. Dysfonię u kobiet w starszym wieku zazwyczaj powoduje obniżenie napięcia i elastyczności fałdów głosowych, zwiększenie ich masy, niewydolność fonacyjna głośni. Prowadzi to zmiany barwy głosu na znacznie niższy. U mężczyzn natomiast pojawia się atrofia fałdów głosowych doprowadzająca do podwyższenie się głosu, co określa się jako dyszkant starczy. Zaburzenia głosu występujące u osób starszych zawiązane są przede wszystkim z zakłóceniem koordynacji i precyzji czynności składających się na emisję głosu. Wydolność głosowa znacznie maleje, skraca się czas fonacji i znacznie zawęża jej zakres, natężenie głosu słabnie, głos brzmi szorstko, jest drżący, traci barwę (Pruszewicz 1992, Zalesska-Kręcicka, Kręcicki, Wierzbicka, 2004).

Dysfonia w chorobie Parkinsona, z którą zmaga się rosnąca liczba osób w → wieku podeszłym, związana jest z zaburzeniami ruchu strun głosowych oraz ich spazmatycznym skurczem, zmęczeniem lub osłabieniem aktywności mięśni krtani. Trudności w emisji głosu obejmują zmiany barwy głosu, może on być chrapliwy, zduszony, piskliwy lub matowy. Często występują także problemy z modulacją głosu, jest zmniejszona, zmianom ulega też częstotliwość podstawowa głosu. Dysfonia w przypadku choroby Parkinsona nie jest trudna do rozpoznania, ponieważ głos większości chorych charakteryzuje: zmniejszenie głośności, zmieniony oddech, chropowatość, spadek energii w wyższych partiach harmonicznego widma głosu oraz zbyt intensywne jego drżenie (Little i współprac., 2008).

MEK

B: Kaufman, Issakson 1991; Maniecka-Aleksandrowicz, 1997; Maniecka-Aleksandrowicz, Domeracka-Kłodziej, 2004; *Międzynarodowa…*, 2000; Mitrinowicz-Modrzejewska, 1963; Niebudek-Bogusz, 2006; Perelló, 1962; Pruszewicz 1992; Szczeklik, Gajewski 2011; Szkiełkowska, 2005; Wiskirska-Woźnica, 2012; Zalesska-Kręcicka, Kręcicki, Wierzbicka, 2004.
N: Little i współprac., 2008 – Internet: http://precedings.nature.com…
O: t. 1: choroba Parkinsona, t. 2: komunikacja, t. 4: wspomaganie rozwoju mowy w starości.
S: chrypka, chrypłość.
TK: ang. *dysphonia* / *hoarse voice* / *hoarseness*, fr. *dysphonie* / *enroument*, hiszp. *disfonía* / *dificultad de hablar*, niem. *Dysphonie* / *Stimmstörung*, ros. *дисфония*.

Bibliografia

Kaufman J. A., Issakson G., *Voice disorders*. "The Otolaryngologie Cilinie of North America" 1991, vol. 24 [5].

Maniecka-Aleksandrowicz B., *Klasyfikacja zaburzeń głosu* „Audiofonologia" 1997, t. 10.

Maniecka-Aleksandrowicz B., Domeracka-Kłodziej A. *Dysfonia i chrypka*. „Magazyn Otorynolaryngologiczny" 2004, nr 1.

Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych [ICD-10]. Kraków 2000, t. 1.

Mitrinowicz-Modrzejewska A., *Fizjologia i patologia głosu, słuchu i mowy*. Warszawa 1963.

Niebudek-Bogusz E., *Dysfonia hyperfunkcjonalna o podłożu zawodowym rozpoznanie i postępowani*e. „Otorynolaryngologia" 2006, nr 1.

Perelló J., *Dysphonies functionelles*. „Folia Phoniatrica et Logopaedica" 1962, vol. 14.

Pruszewicz A. (red.), *Foniatria kliniczna*. Warszawa 1992.

Szczeklik A., Gajewski P., *Choroby wewnętrzne 2011*… Kraków 2011.

Szkiełkowska A., *Zaburzenia głosu spowodowane uszkodzeniem słuchu*, w: T. Gałkowski, E. Szeląg (red.), *Podstawy neurologopedii*… Opole 2005.

Wiskirska-Woźnica B., *Zaburzenia procesu komunikatywnego w praktyce otolaryngologicznej*. „Polski Przegląd Otorynolaryngologiczny" 2012, nr 1.

Zalesska-Kręcicka M., Kręcicki T., Wierzbicka E., *Głos i jego zaburzenia*. Wrocław 2004.

Netografia

Little M. A. i współprac., *Suitability of dysphonia measurements for telemnonitoring Parkinson's disease*, 2008 – Internet: http://precedings.nature.com/documents/2298/version/1

dyzartia

– to zespół zaburzeń mowy będących skutkiem dysfunkcji oddechowo-fonacyjno-artykulacyjno-prozodycznych, które stanowią objawy wielu jednostek chorobowych związanych z uszkodzeniami układu nerwowego na różnych jego poziomach. Patologiczne zmiany strukturalne i czynnościowe obejmują obszary: kory mózgowej, móżdżku, pnia mózgu, dróg korowo-rdzeniowych i korowo-opuszkowych, jąder ruchowych, nerwów obwodowych, złącza nerwowo-mięśniowego oraz samych mięśni biorących udział w akcie mowy (Mitrinowicz-Modrzejewska, 1971, Styczek, 1980, Kucińska, 2016). Uszkodzenia przebiegające z dysfunkcją ośrodkowego lub obwodowego systemu nerwowego, są zróżnicowane i związane z występowaniem takich → chorób, jak: mózgowe porażenie dziecięce (MPDz), stwardnienie rozsiane (SM), choroba móżdżku, guzy mózgu i pnia mózgu, → udary mózgu, urazy czaszkowo-mózgowe, → choroba Parkinsona, choroba Wilsona, syndrom Tourette'a, choroba Huntingtona, choroby nerwowo-mięśniowe: miopatie, choroby uszkadzające złącze nerwowo-mięśniowe, uszkodzenie obwodowego neuronu ruchowego; choroby metaboliczne oraz zwyrodnieniowe w obrębie mózgowia (Kazubski, Liberski, Moryś, 2013).

Dyzartria jako objaw neurologiczny jest często jednym z pierwszych symptomów wymienionych wyżej chorób. Objawia się w postaci zaburzenia napięcia, kontroli i koordynacji pracy mięśni biorących udział w nadawaniu mowy. Przy dyzartrii zniekształceniom ulega dźwiękowa strona języka, zaburzone jest wytwarzanie fonemów oraz realizacja niemal wszystkich prozodycznych komponentów ciągu fonicznego: rytmu, natężenia dźwięków, tempa mówienia, intonacji, akcentowania (zob. Grabias, 2001, Gatkowska, 2012). Kompetencje językowe i komunikacyjne są zachowane, zmianom nie ulega poziom leksykalny, gramatyczny i syntaktyczny języka. Ponieważ dyzartria nie jest chorobą, lecz zespołem zaburzeń czynności mówienia w aspekcie ruchowym, realizacyjnym, które występują w różnych jednostkach chorobowych, jej symptomy, ich stopień i rozległość uzależnione są od lokalizacji uszkodzeń wynikających z określonych schorzeń neurologicznych. Dlatego może manifestować się w postaci niewielkich nieprawidłowości oddechowo-fonacyjnych i artykulacyjnych, ale także, jako ciężka uogólniona patologia, uniemożliwiająca efektywne porozumiewanie się (Jauer-Niworowska, 2012).

Podczas różnicowania zespołów dysartrii bierze się pod uwagę kryterium lokalizacyjne lub objawowe. W systematyce lokalizacyjnej opracowanej przez Miloša Sováka (1978) wyróżnia się dyzartrie: korową, rzekomoopuszkową (nadjądrową), opuszkową (jądrową), móżdżkową, podkorową i obwodową. Natomiast biorąc pod uwagę kryterium objawowe wymienia się dyzartrie: spastyczną, wiotką, ataktyczną, hipokinetyczną, hiperkinetyczną, mieszaną oraz związaną z uszkodzeniem górnego neuronu ruchowego (Darley, Aronson, Brown, 1969, Duffy, 2012).

Rozpatrując patomechanizmy powstawania dyzartrii wskazuje się na uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego [OUN] z dominującym uszkodzeniem układu pozapiramidowego oraz pozapiramidowego a także choroby nerwowo-mięśniowe (Kucińska, 2016, Jauer-Niworowska, 2012). **Dyzartrię rzekomo-opuszkową** (spastyczną), będącą następstwem **uszkodzeń dróg piramidowych** prowadzących od okolicy ruchowej kory do jąder nerwów czaszkowych zlokalizowanych w pniu mózgu (unerwiających narządy mowy), charakteryzują niedowłady i wzmożone napięcia mięśniowe typu spastycznego. Prowadzą one do zaburzeń: artykulacyjnych, fonacyjnych i prozodycznych, którym często towarzyszą zaburzenia połykania i nosowanie otwarte (Obrębowski, Sekula, 2008). W postaci piramidowej mózgowego porażenia dziecięcego (MPDz) spowodowanego uszkodzeniem mózgu na wczesnym etapie rozwoju, dysartria jest następstwem niedowładu spastycznego mięśni i narządów artykulacyjnych. Mowa jest wówczas bezdźwięczna i spowolniona. Niedowłady podniebienia miękkiego, a także nadmierne skurcze zwieracza gardła powodują zakłócenia rezonansu ustno-nosowego. Podczas mówienia występują także zbyt silne, gwałtowne napięcia mięśni przypominające jąkanie oraz toniczne zaciskanie warg (Michalik, 2015). **Dyzartria spastyczna** – wywołana uszkodzeniem układu piramidowego – występuje również w stwardnieniu rozsianym (SM). W konsekwencji nadmiernego napięcia mięśniowego narządów artykulacyjnych mowa staje się cicha, powolna, chrapliwa. Natomiast **dysartria ataktyczna**, która również ma miejsce w SM, jest związana z uszkodzeniem móżdżku i/lub dróg móżdżkowych (dysartria móżdzkowa), powodującym dyskoordynację i zaburzenia siły, zakresu, → czasu trwania i tempa ruchów aparatu mowy. Mowa ma nieprawidłową prozodię, jest skandowana i wybuchowa, ma spowolnione

tempo. Ponadto obserwuje się brak lub przesadne akcentowanie, przedłużoną wymowę głosek i wyrazów. Artykulacja jest nieprecyzyjna, występują nieregularne przerwy między sylabami a słowami (Pietrzyk, Seniów, 2013). W przypadku stwardnienia zanikowego bocznego (SLA), które prowadzi do uszkodzenia neuronów ruchowych, kory mózgowej, pnia mózgu, występuje **dysartria opuszkowa**. Dochodzi do osłabienia i zaniku mięśni opuszkowych oraz mięśni oddechowych z jednoczesnym niedowładem mięśni narządów mowy. W zaawansowanym stadium choroby może wystąpić anartria, tj. całkowity brak możliwości tworzenia artykułowanych dźwięków (Jakimowicz, 1987). Z kolei **dysartria korowa** jest następstwem udaru mózgu. W zależności od obszaru niedokrwienia obserwuje się różny zespół objawów. Przy uszkodzeniach tętnicy środkowej mózgu i jej gałęzi dochodzi na początku do **dyzartrii wiotkiej** (osłabienia napięcia mięśniowego), która stopniowo przechodzi w spastyczną. Ruchy narządów artykulacyjnych są wolniejsze spada precyzja artykulacji spółgłosek, ich wymowa jest zniekształcona spowalnia się tempo mowy Głos jest chrapliwy i tworzony z dużym wysiłkiem (Pietrzyk, Seniów, 2013). Niedrożności tętnicy przedniej mózgu i jej gałęzi towarzyszą zaburzenia wyrazistości mowy i perseweracje ruchowe. Przy niedrożności tętnicy kręgowej lub tętnicy tylnej, dolnej móżdżku mowę znacznie utrudniają porażenia podniebienia miękkiego, gardła i fałdów głosowych. Niedrożność, niedokrwienie tętnicy podstawnej, prowadzi do problemów z oddychaniem, połykaniem, oraz wiotkością mięśni gardła i krtani. Może występować → apraksja mowy, zaburzenie, którego istotą jest trudność w inicjowaniu i wykonywaniu ruchów potrzebnych do artykulacji (Pałka, Puchowska-Florek, 2007).

Inny patomechanizm dyzartrii związany jest z uszkodzeniami **ośrodkowego układu nerwowego z dominującym uszkodzeniem układu pozapiramidowego**. Wyróżnia się dwa typy zaburzeń: dyzartrię hiperkinetyczną i hipokinetyczną. Dyzartrię hiperkinetyczną charakteryzuje występowanie tików w obrębie twarzy zmienne napięcie mięśni narządów artykulacyjnych. Wymowa jest usztywniona i niewyraźna. Występuje także skłonność do mamrotania. Natomiast przy dyzartrii hipokinetycznej obserwuje się sztywność mięśniową monotonność i spowolnienie mowy, szorstkość głosu i jego obniżenie, występowanie mowy bezdźwięcznej a także zaniki głosu (Mazur, 2007, Kucińska, 2016).

Dyzartria pozapiramidowa występuje np. w postaci pozapiramidowej MPDz i przejawia się zmiennym napięciem mięśni gardła, krtani oraz mięśni twarzy, którym towarzyszą mimowolne ruchy. Współwystępujące zaburzenia oddechowe doprowadzają do mowy na wdechu. Staje się ona powolna, niewyraźna, pozbawiona melodii (Jakimowicz, 1987). Natomiast w chorobie Wilsona dysartria ma postać hiperkinetyczną. Występuje sztywność mięśni, czasem tzw. ruchy pląsawicze, polegające na mimowolnych skurczach różnych mięśni ciała, w tym mięśni narządów artykulacyjnych. Mowa jest cicha, monotonna, bełkotliwa i skandowana (Litwin, Członkowska, 2012). W chorobie Huntingtona (pląsawicy Huntingtona), w której rozwija się → zespół otępienny, zaburzenia dyzartryczne obejmują wszystkie poziomy narządu mowy. Występująca sztywność mięśni, spowolnienie ruchowe, zaburzona koordynacja narządów mowy powodują niewydolność mowy, która staje się cicha, powolna i niewyraźna z nieprawidłową prozodią – funkcjonuje jedynie intonacja wznosząca (zob. Dymecki, Kulczyck,i 2005). Z kolei w chorobie Parkinsona, której częstotliwość występowania w populacji osób powyżej 60. r.ż. wynosi ok. 1,6%, dochodzi do dyzartrii o postaci hypokinetycznej. Mowa jest monotonna i zamazana. Zmiany barwy i siły głosu oraz zaburzenia artykulacji głosek wynikają ze zwiększenia napięciu mięśni krtani, zmniejszenia jej aktywności, zakłóceń ruchu strun głosowych, oraz wzmożonego napięcia mięśni twarzy. Objawy te narastają wraz z rozwojem choroby (Osiejuk-Łojek, 1998, Lewicka, 2009).

Dyzartria wynikająca z uszkodzeń móżdżku (dysartria móżdżkowa) związana jest przede wszystkim z występowaniem: guza kąta mostowo-móżdżkowego, który może wywołać niedowład nerwu trójdzielnego, co skutkuje zaburzeniami wyrazistości mowy; móżdżkowej postaci dziecięcego porażenia mózgowego: mową jest wybuchowa, głośna lub o zmiennym natężeniu głosu. Występujące zaburzenia artykulacji związane są z brakiem precyzji ruchów narządów mowy i częstymi zmianami miejsca artykulacji głosek, co sprzyja powstawaniu mowy bełkotliwej. Nieprawidłowe funkcjonowanie podniebienia miękkiego doprowadza do nosowania otwartego (Michałowicz, 2001). Z kolei w móżdżkowej odmianie stwardnienia rozsianego występuje dyzartria ataktyczna przejawiająca się w postaci zaburzeń siły, koordynacji, zakresu i tempa ruchów mięśni narządów mowy. Głos staje się monotonny i szorstki. Brak koordynacji fonacji z oddychaniem powoduje, że mowa jest skandowana, wybuchowa, realizowana na wdechu, często bełkotliwa i niewyraźna. Chrapliwy głos jest efektem zmniejszonego napięcia strun głosowych (Selmaj, 2005).

Inny patomechanizm dysartrii związany jest chorobami nerwowo-mięśniowymi. Jedną z nich występującą z częstotliwością 50–125 na mln osób jest → miastenia. Jest to choroba autoimmunologiczna powodująca osłabienie funkcji mięśni, w której zaburzenia przejawiają się w postaci ocznej, opuszkowej i kończynowej. Charakterystycznym objawem jest szybka męczliwość i osłabienie siły mięśni, zwane nużliwością. W postaci opuszkowej następują uszkodzenia jąder nerwów czaszkowych znajdujących się w opuszce lub nerwów z nich wychodzących i unerwiających aparat artykulacyjny. Dochodzi do dysartrii opuszkowej zaburzeń mowy, zaburzeń mimiki, opadania żuchwy, braku koordynacji mięśni na płaszczyźnie artykulacyjno-fonacyjno-oddechowej. Mowa staje się zamazana i cicha z silnym zabarwieniem nosowym (Hausmanowa-Petrusewicz, 2005, Prusiński, 2007).

Ponieważ dysartria jest zespołem objawów wielu jednostek chorobowych o podłożu neurologicznym leczenie przyczynowe jest z reguły niemożliwe. Jedynym rozwiązaniem poprawiającym → jakość życia osób z dysartrią jest indywidualna → rehabilitacja głosu i mowy (Kucińska, 2016).

MEK

B: Darley, Aronson, Brown, 1969; Duffy, 2012; Dymecki, Kulczycki, 2005; Gatkowska, 2012; Grabias, 2001; Hausmanowa-Petrusewicz, 2005: Jakimowicz, 1987; Jauer-Niworowska, 2012; Kazubski, Liberski, Moryś, 2013; Kucińska, 2016; Lewicka, 2009; Litwin, Członkowska, 2012; Mazur, 2007; Michalik, 2015; Michałowicz, 2001; Mitrinowicz-Modrzejewska, 1971; Obrębowski, Sekula, 2008; Osiejuk-Łojek, 1998; Pałka, Puchowska-Florek, 2007; Pietrzyk, Seniów, 2013; Prusiński, 2007; Selmaj, 2005; Sovák, 1978; Styczek, 1980.

O: t. 1: choroba Parkinsona, t. 2: komunikacja, t. 5: zaburzenia komunikacji u osób starszych, zaburzenia mowy u osób starszych.

TK: ang. *dysarthia*, fr. *dysarthie*, hiszp. *disartia*, niem. *Dysarthie / Dysarthropneumophonie*, ros. *дизартрия*.

Bibliografia

Darley F. L., Aronson A. E., Brown J. R., *Differential diagnostic patterns of dysarthria*. "Journal Speech and Hearing Research" 1969, vol 12.

Duffy J. R., *Motor speech disorders*. Philadelphia 2012.

Dymecki J., Kulczycki J., *Neuropatologia*. Wrocław 2005.

Gatkowska I., *Diagnoza dyzartrii u dorosłych w neurologii klinicznej*. Kraków 2012.

Grabias S., *Perspektywy opisu zaburzeń mowy*, w: S. Grabias (red.), *Zaburzenia mowy*. Lublin 2001.

Hausmanowa-Petrusewicz I. (red.), *Choroby nerwowomięśniowe*. Lublin, 2005.

Jakimowicz W., *Neurologia kliniczna w zarysie.* Warszawa 1987.

Jauer-Niworowska O., *Zagadnienia dyzartryczne…* „Stuia Pargmalingwistyczne" 2012, roczn. 4.

Kazubski W., Liberski P., Moryś J., *Neurologia*. Warszawa 2013.

Kucińska P., *Wybrane przyczyny dyzartrii związane z lokalizacją uszkodzenia w obrębie układu nerwowego*. „Otolaryngologia" 2016, nr 1.

Lewicka T., *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy u pacjentów z chorobą Parkinsona*. „Logopedia" 2009, vol. 1 [7].

Litwin T., Członkowska A., *Choroba Wilsona…* „Postępy Nauk medycznych" 2012, t. 25, nr 1.

Mazur R., *Neurologia kliniczna dla lekarzy i studentów medycyny.* Gdańsk 2007.

Michalik M., *Mózgowe porażenie dziecięce w teorii i praktyce logopedycznej.* Gdańsk 2015.

Michałowicz R., *Mózgowe porażenie dziecięce*. Warszawa 2001.

Mitrinowicz-Modrzejewska A., *Patologia głosu*, w: J. Szymański (red.), *Podręcznik otorynolaryngologii*. Wyd. 5. Warszawa 1971.

Obrębowski A., Sekula A., *Charakterystyka organicznych i czynnościowych zaburzeń głosu*, w: A. Obrębowski (red.), *Narząd głosu i jego znaczenie w komunikacji społecznej*. Poznań 2008.

Osiejuk-Łojek E., *Deficyty neuropsychologiczne w chorobie Parkinsona*, w: A. Herzyk, D. Kądzielawa (red.) *Związek mózg zachowanie w ujęciu neuropsychologii klinicznej*. Lublin 1998.

Pałka T., Puchowska-Florek M., *Chory po udarze…* „Choroby Serca i Naczyń" 2007, t. 4, nr 2.

Pietrzyk I., Seniów J., *Dyzartria w klinice osób dorosłych*. „Neurologia po Dyplomie" 2013, vol. 8 [5].

Prusiński A., *Neurologia praktyczna*. Warszawa 2007

Selmaj K., *Stwardnienie rozsiane…* „Polski Przegląd Neurologiczny" 2005, vol. 1 [3.

Sovák M. *Uvedení do logopedie*. Praha 1983

Styczek I. *Logopedia*. Warszawa 1983.

E

emancypacja

– to proces świadomy, w celu korzystania z własnej wolności, aby przekraczać uwarunkowania aktualnej egzystencji (Czerepaniak-Walczak, 2007). W literaturze pedagogicznej XX i XXI wieku pojawia się dyskurs o → niepełnosprawności jako opresji (Barnes, Mercer, 2008), od której można się uwalniać poprzez zmiany społeczne oraz pracę nad sobą. Subiektywne poczucie ograniczenia w możliwości uczestnictwa społecznego może prowadzić nie tylko do pełnienia roli ofiary dostosowującej się do → życia w opresji, ale także do pojawienia się lęku przed zmianą i negatywną reakcją społeczną jako reakcją na własną aktywność. Społeczne konstruowanie niepełnosprawności, pojawianie się stereotypów na temat roli niepełnosprawnego, a szerzej odnosząc – → seniora, oraz przyzwyczajanie się do tych ról, może prowadzić do pułapki emancypacyjnej nazywanej syndromem Elpenora (Podgórska-Jachnik, 2013), czyli niechęci wobec tych, którzy chcą wprowadzać zmiany w opresyjnej sytuacji, przyjmowanej jako swoja, bezpieczna i niewymagająca wysiłku. Problem rezygnacji z dążenia do własnej podmiotowości może wskazywać na uprzedmiotowienie człowieka i jego godzenie się na podejmowanie działań takich, jakich się od niego oczekuje lub robienia tego, co wszyscy. Filozofia mówi tutaj o instrumentalizacji i stechnicyzowaniu rozumu, który stał się narzędziem wykonywania procedur prowadzących do zaspokajania podstawowych potrzeb, a nie autorytetem kierującym w stronę możliwej własnej podmiotowości i wolności. Odpowiedzią na to „zepsucie" rozumu jest teoria krytyczna, która w filozofii dotyczy możliwości zmiany sytuacji podmiotu refleksji filozoficznej i warunków możliwości tej zmiany. Próby → rehabilitacji rozumu podjął Jürgen Habermas (1999, 2002) stwierdzając, że problemem nie jest rozum, ale zepsuty język – tak więc uzgodniona → komunikacja może pomagać w uniwersalnym porozumieniu, co niweluje nierówności i dominację jednych nad drugimi. Z kolei perspektywa kontekstualna mówi o ukrytych formach panowania w uniwersalizmie, proponując agonizm, czyli możliwość nieustannego napięcia i buntu ciągle zmieniającego się podmiotu wobec przenikających wszystko relacji władzy, ale także wskazując na potrzebę troski tego podmiotu o siebie, czyli podejmowania pracy nad sobą dla siebie.

Emancypacja, wyzwolenie od ograniczeń obecnej niekorzystnej sytuacji, wskazuje na rolę rozumu i woli tego, kto się chce wyzwalać, a także na obecność Innego, który ma pomagać w wyzwalaniu lub wobec którego to wyzwolenie ma następować. W każdej sytuacji człowiek jest uwikłany w relacje społeczne, kulturowe, historyczne. Zmiana społeczna, deklaratywne odrzucanie stereotypów, oferta rzecznictwa, czyli mówienia w imieniu tych, którzy są w gorszej sytuacji, zdaje się tworzyć warunki powstawania podmiotowości. Tymczasem Paul Michel → Foucault wskazywał na to, że podstawowym problemem współczesnego człowieka jest walka z upodmiotowieniem. Chodzi więc o to, by sprzeciwić się narzucanym przez otoczenie formom indywidualizacji, sprowadzającej się do tego, że możesz żyć po swojemu, ale pod warunkiem, że będziesz żył tak, jak chce tego otoczenie. Ważne, że tradycyjne rozumienie emancypacji może zakładać nierówność emancypatora i emancypowanego, gdzie mistrz zawsze pozostaje mistrzem prowadzącym kogoś, kto nigdy nie jest w stanie zaufać samemu sobie. Jednak osoba emancypowana nie musi czekać na ruch emancypatora, lecz może działać sama, wtedy emancypacja jest wyjściem poza tradycyjną perspektywę konstruowania wzorca osoby z niepełnosprawnością bądź seniora, w której mają oni stawać się tymi, którymi powinni być czyli wzorcowo ukształtowanymi uczestnikami życia społecznego czy zawodowego, nie sprawiającymi przy tym dodatkowego kłopotu najbliższemu otoczeniu. Każde działanie może więc zawierać element dyrektywnego kierowania, wiązać się z nadmiernym czuwaniem nad sposobami ich życia, odmawiania im prawa do błędu i ryzyka, a w konsekwencji ograniczania ich wolności. Warto jednak zwrócić uwagi na to, że emancypacja bez przygotowania może mieć opłakane skutki dla niepełnosprawnych wprowadzając ich w pułapki izonomii, tj. równość wobec prawa, a także prawa do równego udziału we władzy (zob. Biesta, 2010, Czerepaniak-Walczak, 2007).

WA

B: Barnes, Mercer, 2008; Biesta, 2010; Czerepaniak-Walczak, 2007; Habermas, 1999, 2002; Podgórska-Jachnik, 2013.

O: t. 2: niepełnosprawność, t. 3: rehabilitacja.

TK: ang. *emancipation*, fr. *émancipation*, hiszp. *emancipación*, niem. *Emanzipation*, ros. *эмансипация*.

Bibliografia

Barnes C., Mercer G. (red.), *Niepełnosprawność*. Warszawa 2008.
Biesta G., A *new logic of emancipation*… "Educational Theory" 2010, vol. 60 [1].
Czerepaniak-Walczak M., *Pedagogika emancypacyjna*. Gdańsk 2007.
Habermas J., *Teoria działania komunikacyjnego*. Warszawa 1999, t. 1, 2002, t. 2.
Podgórska-Jachnik D., *Głusi. Emancypacje*. Łódź.2013.

G

Geriatryczna Skala Depresji Yesavage'a (GDS)

Depresja (od łac. *depressio* – głębokość, *deprimere* – przygniatać) jest określeniem z zakresu psychiatrii. Odnosi się do zespołów objawów depresyjnych występujących w przebiegu → chorób afektywnych, charakteryzujących się głównie obniżeniem nastroju, niezdolnością do przeżywania przyjemności (anhedonia), spowolnieniem, zaburzeniami rytmu dobowego i apetytu (Kopaliński, 1994). Choroba objawia się występowaniem u pacjenta pesymizmu, przygnębienia, smutku, niskiej samooceny i małej wiary w siebie, poczucia winy, bezsenności lub nadmiernej senności, a w skrajnych przypadkach myśli samobójczych (Rybakowski, Pużyński, Wciórka, 2011).

W celu rozpoznania → depresji [i zaburzeń nastroju] wymienione wyżej objawy muszą osiągnąć natężenie istotne klinicznie. W związku z tym należy zwrócić uwagę na:

- Obniżony nastrój (smutek, żal, obojętność, poczucie zmęczenia, utraty energii, bezwartościowości → życia, brak nadziei, myśli samobójcze).
- Izolację od otoczenia, zarzucenie dotychczasowych kontaktów.
- Zaniedbywanie obowiązków.
- Labilność emocjonalną, drażliwość.
- Objawy somatyczne (bóle głowy, wzrost/brak apetytu, wzrost/spadek masy ciała).
- Zmianę rytmu dnia, → zaburzenia snu.
- Niezdolność do skupienia uwagi i wysiłku intelektualnego.

Występowanie tylko niektórych z opisanych objawów, lecz o dużym nasileniu może świadczyć o występowaniu depresji (Pużyński, Wciórka, 2007).

Prognozy statystyczne dotyczące osób powyżej 65. r.ż. świadczą o tym, że problemy zaburzeń psychicznych dotyczące ludzi w → wieku podeszłym stają się jednymi z wiodących we współczesnej medycynie, a → psychogeriatria stała się jedną z najszybciej rozwijających się dziedzin. Z danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wynika, że depresja stanowi czwarty najpoważniejszy problem zdrowotny na świecie. Cierpi na nią ok. 15% → seniorów, co jest związane przede wszystkim z procesem → starzenia się. Duże znaczenie mają zachodzące w organizmie zmiany fizjologiczne, ale także czynniki reaktywne, w tym głównie wszelkiego rodzaju → utraty, których ilość wzrasta wraz z wiekiem pacjentów (Katona, Livingstone, 2003).

U starszych osób obserwuje się zwiększone ryzyko pierwszorazowego wystąpienia zaburzeń depresyjnych, przybrania przez nie charakteru nawrotowego, przy czym kolejne epizody bywają dłuższe, a okresy remisji skracają się, co negatywnie wpływa na → jakość życia seniorów i ich opiekunów (Malbi, Bridges, 2001). Błędnym jest założenie, że depresja jest naturalnym stanem wynikającym z chorób i zaburzeń psychofizycznych starszych ludzi. Podejście takie może mieć negatywne skutki dla seniora. Dlatego ważne jest prawidłowe i wczesne diagnozowanie przyczyniające się do polepszenia rokowania, które u osób starszych jest dobre dzięki skutecznym metodom leczenia, w tym farmakologicznego i psychoterapeutycznego. Diagnostyka depresji u seniorów jest trudna, głównie z powodu braku specyficznych kryteriów. Niektóre objawy depresji są nierozróżnialne od objawów somatycznych, co powoduje postawienie nieprawidłowego rozpoznania, pogorszenie funkcjonowania pacjentów oraz wysokie ryzyko popełnienia przez nich samobójstwa (Wciórka, 2002).

Pomocniczym w postawieniu rozpoznania może być przeprowadzenie specjalistycznych testów, które – mimo że nie mogą być wystarczającą podstawą do podejmowania decyzji o leczeniu, nie zastąpią oceny klinicznej i rozpoznania – mogą wyodrębnić grupę osób, na które należy zwrócić szczególną uwagę. Mają one swoje kliniczne uzasadnienie, ponieważ szybko rozpoznana i odpowiednio leczona depresja jest często odwracalna. Z kolei nieleczona powoduje utrwalanie się niektórych objawów, co skutkuje wytworzeniem się tzw. osobowości depresyjnej, powoduje zaburzenia fizyczne, poznawcze, funkcjonalne i społeczne, obniża jakość życia, opóźnia powrót do → zdrowia oraz zwiększa prawdopodobieństwo samobójstwa osoby w podeszłym wieku (Wolfarth, 2002). Testy są narzędziami przesiewowymi, dzięki którym lekarze mogą szybciej i skuteczniej rozpoznać objawy depresji. Niektóre z nich przeznaczone są do wypełniania przez samego pacjenta, w innych znajdują się pytania skierowane także do opiekunów.

Istnieje wiele instrumentów dostępnych do mierzenia depresji, jednak w przypadku seniorów – do przesiewowej samooceny depresji – powszechnie używa się głównie dwóch kwestionariuszy: → Inwentarza

Depresji Becka [BDI] oraz Geriatrycznej Skali Depresji Yesavage'a [GDS]. To ostatnie
narzędzie powstało w roku 1983 oraz było szeroko testowany i stosowany w subpopulacji seniorów. GDS powstała w odpowiedzi na zapotrzebowanie środowiska medycznego w diagnostyce grupy starszych pacjentów, gdzie zaobserwowano niską wykrywalność depresji. Dodatkowym poważnym powodem było częste mylenie objawów depresji z → otępieniem, zwiększone w tej → grupie wieku występowanie objawów somatycznych utrudniających postawienie diagnozy depresji oraz występowanie tzw. depresji maskowanej, co zazwyczaj sugeruje występowanie innego schorzenia psychicznego lub somatycznego. Badania i praktyka kliniczna potwierdziły wysoką czułość (92%), rzetelność (89%), trafność i niezawodność tego narzędzia. Udowodniono także, że GDS jest pomocny w ocenie natężenia symptomów depresji, znajduje zastosowanie zarówno u osób zdrowych, jak i chorych oraz mających stwierdzone → łagodne zaburzenia poznawcze. Jest szczególnie skuteczny, gdy wykonywane pomiary zestawia się z kolejnymi uzyskiwanymi wynikami. Niestety nie ocenia ryzyka samobójstwa (Yesavage i współprac., 1983). Skala GDS może być stosowany w każdym środowisku, w jakim przebywa osoba w podeszłym wieku, w tym w miejscu zamieszkania, ośrodkach → opieki długoterminowej i/lub nagłej. Nie może jednak zastąpić badania lekarskiego. Wynik stanowi jedynie wskazówkę, czy pacjent wymaga dalszej, szczegółowej i specjalistycznej diagnostyki. Wypełnianie kwestionariusza polega na zaznaczeniu odpowiedzi „tak" lub „nie", przy czym należy mieć na uwadze, że pytania dotyczą samopoczucie osoby badanej w ciągu dwóch ostatnich tygodni. Wypełnienie skali zajmuje ok. 5–10 minut. Podobnie, jak w przypadku BDI, wysoki wynik oznacza cięższy stan badanego i prawdopodobieństwo wystąpienia depresji, co powinno skutkować konsultacją z psychiatrą lub psychologiem. W skali znajdują się pytania o typowe objawy depresji, które są zazwyczaj wspólne, mimo że każdy przypadek choroby jest unikatowy. Dzięki przeprowadzeniu badania i potwierdzeniu najczęściej powtarzających się objawów ustalane jest prawdopodobieństwo zachorowania na depresję.

Pierwotnie GDS został opracowany jako 30-elementowy instrument (tabela 1). Obecnie także rekomendowane jest jego stosowanie, ponieważ ta tzw. długa wersja wykazuje większą korelację z objawami depresyjnymi. Mimo to jej wykonanie jest często problematyczne, ze względu na jej czasochłonność, szczególnie u pacjentów z ograniczeniami koncentracji i łatwo męczących się. Dlatego opracowano drugą, 15-elementową wersję testu oraz wersję mini złożoną z 4 pytań.

W pełnej wersji o występowaniu depresji świadczy pozytywna ocena na 20 pytań o numerach: 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26 i 28 oraz negatywna na pozostałe 10 pytań o numerach: 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30. Obliczanie wyniku polega na liczeniu jednego punktu za odpowiedzi zaznaczone gwiazdką (*), pozostałe odpowiedzi nie otrzymują punktów. Uzyskanie przez badanego od 0 do 10 punktów oznacza brak depresji, od 11 do 20 jej lekką formę, a powyżej 21 głęboką depresję. Postawienie diagnozy należy jednak uzupełnić o badanie przedmiotowe i podmiotowe, w których ważnym elementem jest wiek, wykształcenie i współistniejące schorzenia pacjenta.

Opisana skala GDS jest rzetelna i wiarygodna, szczególnie pełna wersja, która jest w stanie wychwycić niepokojące objawy nawet w depresjach o niespecyficznym przebiegu. Jej skrócony odpowiednik diagnozuje głównie najpopularniejsze objawy i może nie stwierdzić nietypowej depresji. Mimo niewątpliwych korzyści narzędzia te należy traktować jedynie jako instrumenty pomocnicze w diagnozie zaburzeń lub monitorowaniu stanu chorego. Przy podejrzeniu depresji konieczna jest wizyta u specjalisty i postawienie pełnej diagnozy. Skala stanowi pomoc dla psychiatry, może być przeprowadzony przez przeszkolony personel lub samego pacjenta, co pomaga w prawidłowym ukierunkowaniu dalszego postępowania. GDS może pomóc w zwiększeniu świadomości konkretnych doświadczeń i poszczególnych form cierpienia psychicznego, ale nie może być jedyną podstawą stawianej diagnozy. Zawsze źródłem rozpoznania depresji jest bezpośrednie badanie przedmiotowe i podmiotowe pacjenta oraz wywiad przeprowadzony z jego bliskimi.

Skala GDS stanowi składową → całościowej oceny geriatrycznej, która jest wielokierunkowym procesem diagnostycznym dotyczącym najczęstszych problemów występujących u ludzi w podeszłym wieku. Jej celem jest ustalenie tzw. → dobrostanu [psychicznego] seniora, a także priorytetów w → opiece nad nim, jego potrzeb i możliwości w samoopiece, leczeniu i → rehabilitacji. Narzędzia wchodzące w skład całościowej oceny geriatrycznej pomagają w określeniu zdolności osoby w podeszłym wieku do samodzielnego funkcjonowania. Dzięki tego rodzaju badaniu można określić deficyty w samoopiece oraz ustalić priorytetowe potrzeby we wszystkich dziedzinach → życia, zarówno w dziedzinach fizycznej, psychicznej, socjalnej, jak i duchowej. Badanie skalą GDS w ocenie stanu psy-

chicznego osób powyżej 65. r.ż. jest trudne do wykonania w przypadku osłabienia funkcji intelektualnych lub zmysłów (wzroku czy słuchu). Dlatego w sytuacji występowania trudności w samodzielnym wypełnieniu skali GDS przez seniora (np. z powodu zaburzeń funkcji intelektualnych) dopuszcza się pomoc osób trzecich, które mogą czytać czy pomóc w zrozumieniu zadawanych pytań i wypełnianiu kwestionariusza. Trzeba mieć jednak na uwadze, że udział osób postronnych może wpłynąć na wynik badania (głównie na jego zaniżenie), czego powodem może być lęk badanego przed niską oceną lub obawa przed zakwalifikowaniem do grona osób chorych. W sytuacji, gdy występują u podopiecznego choroby otępienne należy rozpatrzyć celowość wykonywania testu, ponieważ jego rzetelność jest w takich sytuacjach wątpliwa (Grodzicki, Kocemba, Skalska, 2006).

IW

A: GDS (ang., hiszp. niem., pol.), ГШД [GSzD] (ros.).
B: Albiński, Kleszczewska-Albińska, Bedyńska, 2011; Grodzicki, Kocemba, Skalska, 2006; Katona, Livingstone, 2003; Kopaliński, 1994; Malbi, Bridges, 2001; Pużyński, Wciórka, 2007; Rybakowski, Pużyński, Wciórka, 2011; Wciórka, 2002; Wolfarth, 2002; Yesavage i współprac., 1983.
N: http://www.stanford.edu…
O: t. 1: depresja egzystencjalna, depresja i zaburzenia nastroju, depresja inwolucyjna, depresja sezonowa, t. 2: Inwentarz Depresji Becka, t. 3. Skala Depresji Hamiltona.
S: geriatryczna skala oceny depresji, Geriatryczna Skala Oceny Depresji Yesavage'a.
TK: ang. *Yesavage Geriatric Depression Scale* [GDS] / *Geriatric Depression Scale* [GDS] fr. *L'Echelle Geriatrique de Dépression*, hiszp. *Escala Geriátrica de Depresión*, niem. *Geriatrische Depressionskala* [GDS] / *Depressionenstest nach Yesavage*, ros. *гериатрическая шкала депрессии.* [ГШД] / *гериатрическая шкала для оценки депрессии.*

Bibliografia

Albiński R., Kleszczewska-Albińska A., Bedyńska S., *Geriatryczna Skala Depresji (GDS)…* „Psychiatria Polska" 2011, nr 4.
Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A., *Geriatria z elementami gerontologii ogólnej*. Kraków 2006.
Katona C., Livingstone G., *Depresja u osób w wieku podeszłym*. Gdańsk 2003.
Kopaliński W., *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych z almanachem*. Wyd. 22. Warszawa 1994.
Malbi G. S., Bridges P. K., *Postępowanie w depresji*. Wrocław 2001.
Pużyński S., Wciórka J., *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych…* Kraków 2007.
Rybakowski J., Pużyński S., Wciórka J., *Psychiatria*. Wrocław 2011.
Wciórka J., *Psychiatria praktyczna dla lekarza rodzinnego*. Warszawa 2002.
Wolfarth S., *Starość, neurodegeneracje, depresja*. Kraków 2002.
Yesavage J. A. i współprac., *Development and validation of a geriatric depression screening scale…* "Journal of Psychiatric Reseaech" 1983, vol. 17 [1].

Netogrfia

http://www.stanford/edu/~yesavage/GDS.html

Tabela. 1. Geriatryczna Skala Depresji Yesavage'a (GDS) – wersja pełna

Lp.	Pytanie	Odpowiedź
1	Myśląc o całym swoim życiu, czy jest Pan(i) z niego zadowolony(a)?	tak nie*
2	Czy zmniejszyła się liczba Pana(i) aktywności i zainteresowań?	tak* nie
3	Czy ma Pan(i) uczucie, że życie jest puste?	tak* nie
4	Czy często czuje się Pan(i) znudzony(a)?	tak* nie
5	Czy myśli Pan(i) z nadzieją o przyszłości?	tak nie*
6	Czy miewa Pan(i) natrętne myśli, których nie może się Pan(i) pozbyć?	tak* nie
7	Czy jest Pan(i) w dobrym nastroju przez większość czasu?	tak nie*
8	Czy obawia się Pan(i), że może się zdarzyć Panu(i) coś złego?	tak* nie
9	Czy przez większość czasu czuje się Pan(i) szczęśliwy(a)?	tak nie*
10	Czy często czuje się Pan(i) bezradny(a)?	tak* nie
11	Czy często jest Pan(i) niespokojny(a)?	tak* nie
12	Czy zamiast wyjść wieczorem z domu, woli Pan(i) w nim pozostać?	tak* nie
13	Czy często martwi się Pan(i) o przyszłość?	tak* nie
14	Czy czuje Pan(i), że ma więcej kłopotów z pamięcią niż inni ludzie?	tak* nie
15	Czy myśli Pan(i), *że* wspaniale jest żyć?	tak nie*
16	Czy często czuje się Pan(i) przygnębiony(a) i smutny(a)?	tak* nie
17	Czy obecnie czuje się Pan(i) gorszy(a) od innych ludzi?	tak* nie
18	Czy martwi się Pan(i) tym, co zdarzyło się w przeszłości?	tak* nie
19	Czy uważa Pan(i), że życie jest ciekawe?	tak nie*
20	Czy trudno jest Panu(i) realizować nowe pomysły?	tak* nie
21	Czy czuje się Pan(i) pełny(a) energii?	tak nie*
22	Czy uważa Pan(i), że sytuacja jest beznadziejna?	tak* nie
23	Czy myśli Pan(i), *że* ludzie są lepsi niż Pan(i)?	tak* nie
24	Czy drobne rzeczy często wyprowadzają Pana(ią) z równowagi?	tak* nie

25	Czy często chce się Panu(i) płakać?	tak* nie
26	Czy ma Pan(i) kłopoty z koncentracją uwagi?	tak* nie
27	Czy rano budzi się Pan(i) w dobrym nastroju?	tak nie*
28	Czy ostatnio unika Pan(i) spotkań towarzyskich?	tak* nie
29	Czy łatwo podejmuje Pan(i) decyzje?	tak nie*
30	Czy zdolność Pan(i) myślenia jest taka sama jak dawniej?	tak nie*
Interpretacja wyniku: 0–10 pkt – brak depresji, 11–20 pkt – lekka [łagodna] depresja; powyżej 21 pkt – ciężka depresja		

Źródło: http://www.stanford/edu/~yesavage/GDS.html

głuchota mechaniczna

Ograniczenie zdolności słyszenia bodźców akustycznych – definiowane jako **głuchota mechaniczna** – spowodowane jest zaburzeniem homeostazy (integralności) czynnościowej ucha wewnętrznego w wyniku ścieńczenia (zmniejszenia grubości) naczyń włosowatych w prążku naczyniowym w przewodzie ślimaka oraz zwyrodnieniem więzadła spiralnego ślimaka, przy braku zmian zwyrodnieniowych jego neuronów. Głuchota mechaniczna jest jedną z postaci → głuchoty starczej (łac. *presbyacusis*), wolno postępującej (Obrębowski, 2005). Ubytek słuchu powyżej 50dB powoduje trudności w rozumieniu mowy narastające w hałasie oraz w czasie rozmowy z większą liczbą osób (zob. Jennings, Jones, 2003, Składzień, 2006). Staje się to przyczyną zaburzeń w → komunikacji społecznej wywołując poczucie izolacji, osamotnienia i doprowadzając do obniżenia → jakości życia osoby w → wieku podeszłym wieku. Możliwe jest polepszenie słuchu dzięki odpowiednio dobranemu aparatowi słuchowemu lub zastosowaniu implantu ślimakowego.

MEK

B: Jennings, Jones, 2003; Obrębowski, 2005; Składzień, 2006.
O: t. 1: choroby słuchu, choroby narządu słuchu, głuchota i niedosłuch, głuchota starcza, t. 2: język migowy i system językowo-migowy, komunikacja, t. 5: głuchota percepcyjna.
TK: ang. *conductive hearing loss* / *conductive hearing impairment*, fr. *surdité de conduction* / *surdité de transmission*, hiszp. *pérdida auditiva conductive*, niem. *konduktiver Hörverlust*, ros. *кондуктивная тугоухость*.

Bibliografia

Jennings C.R., Jones N.S., *Uszkodzenie słuchu związane z wiekiem*, „Otolaryngologia" 2003, nr 2.
Obrębowski A. *Budowa i działanie narządu słuchu*, w: T. Gałkowski, E. Szeląg, G. Jastrzębowska G. (red.), *Podstawy neurologopedii*. Opole 2005.
Składzień J., *Głuchota starcza i starcze zawroty głowy*, w: T. Grodzicki, J. Kocemba, A Skalska (red.), *Geriatria z elementami gerontologii ogólnej.* Gdańsk 2006.

głuchota percepcyjna (niedosłuch odbiorczy / niedosłuch czuciowo-nerwowy)

– powstaje na skutek uszkodzeń ucha wewnętrznego, komórek zmysłowych narządu spiralnego: Cortiego (głuchota czuciowa) i/lub uszkodzeń połączeń nerwowych na drodze pomiędzy uchem środkowym a mózgiem (głuchota neuropochodna). Biorąc pod uwagę miejsce uszkodzenia drogi słuchowej wyróżnia się lokalizację: ślimakową, gdy dochodzi do uszkodzenia samego receptora; pozaślimakową; jak również ośrodkową, w której zmiany umiejscowione są w pniu mózgu i ośrodkach słuchowych w korze mózgowej. W każdym przypadku zmiany w aparacie nerwowo-zmysłowym narządu słuchu są nieodwracalne (zob. Zalesska-Kręcicka, Kręcicki, 1998, Janczewski, 2005, Pruszewicz, 2010). Do głównych przyczyn występowania odbiorczego upośledzenia słuchu zalicza się: choroby genetyczne, urazy akustyczne, zakażenia, np. zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, ropne zapalenie błędnika, choroby autoimmunologiczne np. → reumatoidalne zapalenie stawów, choroba Meniere'a, osłabienie słuchu powodowane → starzeniem się organizmu (*presbyacusis*), oraz zażywanie leków ototoksycznych (Porter, Kaplan, Homeier, 2010).
Cechami charakterystycznymi niedosłuchu typu odbiorczego są: brak rezerwy ślimakowej – na wykresie audiogramu krzywe przewodnictwa kostnego i powietrznego obniżone są w jednakowym stopniu; ograniczona dynamika słyszenia oraz próg tolerancji na głośne dźwięki, dodatni objaw wyrównania głośności przy uszkodzeniach o lokalizacji ślimakowej. Patologiczna w tym przypadku percepcja natężenia dźwięku polega na znacznie szybszym niż normalnie wzroście głośności, który towarzyszy wzrostowi intensywności bodźca. Występuje obniżenie progu bólowego narządu słuchu, który nie rozróżnia cech dźwięku i reaguje bólem. Przy dużym nasileniu zjawiska wyrównania głośności mowa głośna odbierana jest w sposób zniekształcony i niewyraźny. W audiometrii mowy występują gorsze progi słuchowe: rozumienia mowy jej wykrywania oraz dyskryminacji (zob. Jorasz 1996, Pruszewicz, 2010, Obrębowski 2014). Przy uszkodzeniu słuchu typu odbiorczego ubytek słuchu występuje w każdym zakresie częstotliwości, przy czym dla tonów wysokich bywa głębszy w porównaniu z ubytkiem dla tonów niskich, wpływa to również na gorszą

zrozumiałość mowy. Ponadto występują szumy uszne przeważnie o wysokiej częstotliwości a także zjawisko *diplacusis* w zakresie różnej percepcji tej samej wysokości dźwięku w obu uszach (Pruszewicz, 2000).

Znacznego stopnia ubytek słuchu typu odbiorczego może powodować głuchotę w sensie społecznym, ponieważ odbiór mowy drogą słuchową jest praktycznie niemożliwy. Ograniczony dostęp do powszechnej → komunikacji, ma znaczący wpływ na → życie codzienne osób z uszkodzonym słuchem, powodując uczucie samotności, izolacji oraz frustracji, zwłaszcza u osób starszych.

Diagnozowanie niedosłuchu odbiorczego przeprowadza laryngolog, audiolog lub protetyk słuchu. Najczęściej wykonywane badania słuchu to: audiometria tonalna (ang. *Pure Tone Audiometry* – PTA), wyznaczenie zakresu słyszenia: w tym audiometria progowa polegająca na określaniu progu słyszenia, czyli najmniejszego natężenia sygnału (dla tonów wysokich i niskich), przy którym podawany ton jest słyszalny, oraz audiometria nadprogowa mająca na celu wykrycie ewentualnych zaburzeń w obrębie pola słuchowego – obszarze zawartym pomiędzy progiem słyszenia a progiem bólu; audiometria słowna (mowy) dzięki której możliwe jest ustalenie krzywej dyskryminacji, tj. krzywej rozumienia mowy dla poszczególnych poziomów natężeń dźwięków mowy; audiometria impedancyjna obejmująca: tympanometrię, czyli ocenę sztywność błony bębenkowej; pomiar odruchów mięśnia strzemiączkowego; oraz ocena trąbki słuchowej (Zakrzewski, 1981, Nodar, 1997, Zalesska-Kręcicka, Kręcicki, 1998, Pruszewicz 2010). Leczenie niedosłuchu odbiorczego obejmuje: interwencję farmakologiczną w przypadku głuchoty neuropochodnej współwystępującej z innymi → chorobami; oraz zaopatrzenie w aparaty słuchowe lub implanty ślimakowe, gdy występuje niedosłuch czuciowy w wyniku trwałej dysfunkcji ślimaka.

MEK

B: Janczewski, 2005; Jorasz, 1996; Nodar, 1997; Otrębowski, 2014; Porter, Kaplan, Homeier, 2010; Pruszewicz, 2000, 2010; Zakrzewski, 1981; Zalesska-Kręcicka, Kręcicki, 1998.
O: t. 1: choroby słuchu, choroby narządu słuchu, głuchota i niedosłuch, głuchota starcza, t. 2: język migowy i system językowo-migowy, komunikacja, t. 5: głuchota mechaniczna.
TK: ang. *perceptive hearing loss* / *sensorial hearing loss* / *inner-ear deafness* / *perceptive deafness* / *sensory neural hearing loss*, fr. *surdité de conduction et/ou de oerception*, hiszp. *sordera de percepción* / *hipoacusia de percepción*, niem. *Innenohrschwerhörigkeit*, ros. *перцептивная тугоухость* / *нейросенсорная тугоухость*.

Bibliografia

Janczewski G., *Otorynolaryngologia praktyczna*. Gdańsk, 2005.
Jorasz U., *Percepcyjne konsekwencje uszkodzenia ślimaka.* „Audiofnologia" 1996, t. 9.
Nodar R. H., *Diagnostic audiology. Clinical otology*. Wyd. 2. New York 1997.
Otrębowski A., *Fizjologia i patologia słuchu*, w: E. Hojan (red), *Protetyka słuchu*. Poznań 2014.
Porter R. S., Kaplan J. L., Homeier B. P., *The Merck Manual. Objawy Kliniczne. Praktyczny przewodnik diagnostyki i terapii.* Wrocław 2010.
Pruszewicz A. *Diagnostyka audiologiczna…* „Nowa Medycyna" 2000, nr 3.
Pruszewicz A., *Diagnostyka zaburzeń słuchu*, w: A. Pruszewicz, A. Obrębowski (red.). *Audiologia kliniczna*. Poznań 2010
Zakrzewski A., *Otolaryngologia kliniczna*. Warszawa 1981.
Zalesska-Kręcicka M., Kręcicki T., *Zarys otorynolaryngologii*. Warszawa 1998.

H

hipomnezja

Zaburzenie → pamięci – jednego z ważniejszych procesów poznawczych – przejawiające się w postaci jej osłabienia (niedoczynności) i polegające na zmniejszeniu zdolności do zapamiętywania informacji, odtwarzania treści z przeszłych doświadczeń, jak również wykorzystywania ich w teraźniejszości, określane jest terminem hipomnezja (łac. *hipomnesia*). Może ona dotyczyć określonych lub wszystkich etapów procesu pamięciowego. Zaburzeniu ulega dynamika mechanizmów związanych z *zapamiętywaniem*: kodowaniem, przekształcaniem danych zmysłowych w reprezentacje umysłowe i konsolidacją śladu pamięciowego; *przechowywaniem*: utrzymywaniem w pamięci zakodowanych informacji ze środowiska; *przypominaniem*: wydobywaniem, odtwarzaniem i wykorzystywaniem informacji przechowywanych w pamięci, gdy zachodzi taka potrzeba. Spektrum niesprawności pamięci w hipomnezji może być zróżnicowane – od ograniczenia głównie pamięci świeżej lub głównie dawnej, po upośledzenie obu form (Jarosz 1988, Sternberg 2001, Pąchalska 2012).

Niedoczynność pamięci może być rozpatrywana w kontekście uwarunkowań czynnościowych, wówczas jej występowanie powodowane jest determinantami psychogennymi lub może być wywołana zaburzeniami związanymi z organicznym uszkodzeniem mózgu (A. Bilikiewicz 2006).

F Hipomnezja czynnościowa najczęściej ma charakter przejściowy i występuje w wyniku np. silnego wzruszenia powodującego rozproszenie uwagi, którego konsekwencją jest upośledzenie procesu zapamiętywania. Może także dochodzić do krótkotrwałych zahamowań zdolności przypominania w wyniku przeżywania silnych emocji, zwłaszcza u osób o niskiej odporności na sytuacje stresowe. Obniżenie sprawności pamięci, niemożność korzystania z jej zasobów ma charakter patologiczny wówczas, gdy spowodowane jest stanami chorobowymi. Występuje np. jako następstwo stanu pomrocznego – psychozy rozpoczynającej się nagle i nagle się kończącej, w której dochodzi do gwałtownej przemiany jakościowej świadomości. W przypadku nerwic osłabienie pamięci ujawnia się w postaci trudności w zapamiętywaniu nowych informacji oraz dezorganizacji w przypominaniu dawnych. Przejściowe zaburzenia pamięci, zwłaszcza w zakresie **zapamiętywania i przechowywania** towarzyszą też → d**epresji [i zaburzeniom nastroju] (zob.** Rybakowski, Pużyński, Wciórka, 2010, Kaplan, Sadock, Sadock, 2004).

Zaburzenia pamięci uwarunkowane zmianami organicznymi mają charakter trwały, nieodwracalny i są typowym objawem zespołu psychoorganicznego powstałego w następstwie uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego (OUN), rozlanego uszkodzenia lub zaniku tkanki mózgowej. Spowodowane są one czynnikami: toksycznymi (np. alkoholem, tlenkiem węgla); infekcyjnymi (w następstwie zapalenia mózgu i opon mózgowych); naczyniowymi, doprowadzającymi do niedotlenienia oraz trwałego uszkodzenia tkanek mózgu i/lub urazami mechanicznymi W wyniku ciężkich i rozległych uszkodzeń kory mózgu np. w miażdżycy, **zaniku kory mózgowej** w → chorobie Alzheimera, po przebyciu ciężkich zatruć, urazów czaszkowo-mózgowych lub zapaleń mózgu dochodzi do poważnego nieodwracalnego upośledzenia pamięci. Zakłóceniu ulega zarówno proces zapamiętywania, jak i przechowywania oraz przypominania. W przypadku → zespołu otępiennego największy problem dotyczy zapamiętywania spraw bieżących, informacji nowych, przy względnie dobrej pamięci wydarzeń z przeszłości. W **chorobie Alzheimera** niedoczynność pamięci jest jednym z najwcześniejszych objawów. Zaburzenia najszybciej dotykają pamięci świeżej, epizodycznej, która dotyczy aktualnie wykonywanych czynności. Osłabienie pamięci jest też jednym z najczęstszych powikłań niedokrwiennego bądź krwotocznego → udaru mózgu oraz urazowego uszkodzenia mózgu, i może dotyczyć każdej fazy procesu pamięciowego (por. Seligman, Rosenhan, Walker, 2003, Kaplan, B. J. Sadock, V. A. Sadock, 2004).

Niedoczynność pamięci (hipomnezja) występująca u osób starszych najczęściej jest następstwem: → miażdżycy naczyń mózgowych doprowadzającej do udaru mózgu; → chorób neurodegeneracyjnych prowadzących do postępującego zwyrodnienia tkanki nerwowej w tym zaniku komórek mózgowych, który występuje np. w chorobie Alzheimera; depresji; niedoczynności lub nadczynność tarczycy; mechanicznych urazów mózgu powodowanych → upadkami [w podeszłym wieku] oraz odwodnieniem organizmu, często mających miejsce w wieku geriatrycznym

(Żakowska-Wachelko 2000, K. Porzych i współprac., 2004, Rosenthal 2012).

MEK

B: A. Bilikiewicz, 2006; Jarosz, 1988; Kaplan, B. J. Sadock, V. A. Sadock, 2004; Pąchalska 2012; K. Porzych i współprac., 2004, Rosenthal 2012; Seligman, Rosenhan, Walker, 2003; Rybakowski, Pużyński, Wciórka, 2010; Sternberg 2001; Żakowska-Wachelko 2000.
O: amnezja, choroba Alzheimera, otępienie, pamięć, zburzenia pamięci związane z wiekiem, zespół otępienny.
S: niedoczynność pamięci, osłabienie pamięci.
TK: ang. *hipomnesia* / *hypomnesis*, fr. *hupomnésie*, hiszp. *hipomnesia* / *hipomnesis*, niem. *Hypomnesie* / *Merkfähigkeitsstörung*, ros. *гипомнезия*.

Bibliografia

Bilikiewicz A., *Psychiatria*. Warszawa 2006.
Jarosz M. (red.), *Podstawy psychiatrii*. Warszawa 1988.
Kaplan H. I., Sadock B. J., Sadock V. A., *Psychiatria kliniczna*. Wrocław 2004.
Pąchalska M. *Neuropsychologia kliniczna*, t. 2: *Urazy mózgu*. Warszawa 2012.
Porzych K. i współprac., *Psychologiczne aspekty starzenia się i starości*. „Gerontologia Polska" 2004, nr 4.
Rosenthal T., *Przewlekłe zaburzenia pamięci*, w: T. Rosenthal, B. Naughton, M. Williams, *Geriatria*. Lublin 2009.
Rybakowski J., Pużyński S., Wciórka J., *Psychiatria*. Wrocław 2010.
Seligman M. E. P., Rosenhan D. L., Walker E. F., *Psychopatologia*. Poznań 2003.
Sternberg R., *Psychologia poznawcza*. Warszawa 2001.
Żakowska-Wachelko B. *Zarys medycyny geriatrycznej*. Warszawa 2000.

I

inkluzja – ujęcie pedagogiczne

Termin *inkluzja* pochodzi się z jęz. łacińskiego [*includere*] (*in* – w, do, *claudere* – zamknąć) i oznacza: „włączanie czegoś lub kogoś w większą całość, w grupę", „coś włączonego w większą całość", natomiast w matematyce – „relację zawierania się zbiorów". Najczęstszymi synonimami słowa „inkluzja" są: przyjęcie, przyłączenie, dodanie, wciągnięcie, wcielenie, zaabsorbowanie. W socjologii używa się terminu „inkluzja społeczna" na oznaczenie działań zmierzających do zminimalizowania nierówności między grupami lub wspólnotami mniej uprzywilejowanymi a resztą społeczeństwa poprzez niesienie → wsparcia tym, którzy go potrzebują. Inkluzja społeczna jest zjawiskiem przeciwstawnym do → ekskluzji [społecznej], czyli wykluczania społecznego, odrzucania, izolacji, marginalizacji.

Początków traktowania inkluzji jako społecznych procesów skoncentrowanych na konieczności poszerzenia publicznej przestrzeni dla różnych grup marginalizowanych należy upatrywać w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka, przyjętej i proklamowanej przez Zgromadzenie Ogólne ONZ 10 XII 1948 r. Znaczący wkład w rozwój idei inkluzji wniósł René Lenoir, który w roku 1974 opublikował książkę pt. *Les exclus: un Français sur dix* (*Wykluczeni. Jeden na dziesięciu Francuzów*). Za wykluczone autor uznał osoby, które w tamtym czasie, we Francji, były pozbawione uprawnień socjalnych. Byli to: niepełnosprawni fizycznie i umysłowo, inwalidzi w podeszłym wieku, samotne matki, maltretowane dzieci, narkomani, przestępcy, oraz osoby z tzw. „marginesu społecznego" – alkoholicy, agresywni uliczni przestępcy, bezdomni. W latach 80. XX wieku europejska debata na temat wykluczenia społecznego stanowiła swoistą alternatywę wobec rozwijanej w Stanach Zjednoczonych koncepcji *uderclass*. [Twórcą koncepcji *underclass* (podklasy) jest szwedzki ekonomista, socjolog i polityk Gunnar Myrdal (1898–1987). Zdaniem tego autora podklasa, to zbiór jednostek, które: żyją w skrajnie trudnych warunkach materialnych, nie asymilują się z resztą społeczeństwa i są marginalizowane w ramach stosunków społecznych – przyp. aut.]. W tym okresie do grupy wykluczonych dołączono absolwentów szkół posiadających kwalifikacje nie spełniające wymogów rynku pracy.

W latach 90. ubiegłego wieku problematyka inkluzji/ekskluzji poczyniła zawrotną karierę zarówno w naukach społecznych, jak i ekonomii. Było to spowodowane procesami globalizacji, deregulacji rynków pracy, migracji, kryzysem koncepcji państwa dobrobytu i → bezpieczeństwa socjalnego, osłabieniem więzi rodzinnych i presją na indywidualizm. Z tych powodów idea społecznej inkluzji, wcielana w życie od lat 60. XX wieku, w latach 90. stała się najbardziej charakterystycznym nurtem społecznym, dominującym również obecnie. Ta idea, teoretycznie poprawna, w praktyce zmaga się z wieloma przeszkodami: finansowymi, organizacyjnymi, prawnymi i mentalnymi. Dzieje się tak, „ponieważ wiele grup społecznych uznaje się dziś za wykluczone, a nieostrość granic wykluczenia powoduje nawarstwianie polemik i interpretacji wokół tej problematyki" (Ligus, 2012). Współczesne badania nad inkluzją/ekskluzją są zdominowane przez aspekty społeczno-ekonomiczne. Badacze koncentrują się na problematyce: ubóstwa, bezrobocia, → niepełnosprawności, dostępu do edukacji, rynku pracy, funkcjonowania w formalnych i nieformalnych strukturach społecznych. Za mało uwagi poświęcają wskaźnikom partycypacji w życiu społecznym i mechanizmom wykluczenia społecznego, a za dużo wskaźnikom, które sprowadzane są do czterech głównych wymiarów: dochodów, zatrudnienia, → zdrowia i edukacji podstawowej (Frieske, b.r. – Internet: https://www.ipiss.com.pl…). Niewątpliwie proces inkluzji tak konkretnych osób, jak i grup, powinien być rozpatrywany z dwóch perspektyw – podmiotowej i przedmiotowej (Szczepaniak, 2014). Aspekt podmiotowy wyraża się w deklaracjach „chcę", „mogę", „potrafię" i oznacza osobiste zaangażowanie samych zainteresowanych na rzecz włączania się. Przejawem podmiotowości jest samodzielność podejmowanych działań. Z kolei aspekt przedmiotowy wyraża się w zabiegach podejmowanych na rzecz adresatów, czyli tych, którzy mają być włączeni. I nawet jeśli te zabiegi są ofertą, to mają charakter instrumentalny i stanowią swoisty proces kolonizacji. Dlatego działania podmiotów inkluzji oraz działania na rzecz tych podmiotów powinny być zintegrowane i prowadzone zgodnie z ideą „pomocy dla samopomocy".

Art. 26 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka ONZ (1948) mówiący o prawie każdego człowieka do edukacji był powtarzany i doprecyzowywany w kolej-

nych dokumentach takich jak: Konwencja Przeciwko Dyskryminacji w Edukacji (1960), Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych (1966), Konwencja o Prawach Dziecka (1989) oraz Światowa Deklaracja „Edukacja dla Wszystkich" (1990). W ciągu trzech kolejnych dekad XX wieku wymienione dokumenty przyczyniały się do spopularyzowania, idei równych praw i równego dostępu do edukacji na całym świecie. Przyczyniły się również do opracowania licznych koncepcji i programów kształcenia dzieci niepełnosprawnych w integracji z pełnosprawnymi rówieśnikami. W Polsce gorącym zwolennikiem edukacji integracyjnej był Aleksander → Hulek, który podkreślał, że „między osobami z różnymi odchyleniami od normy a zdrowymi istnieje znacznie więcej podobieństw niż różnic" i że „możliwości integracji upośledzonych do zwykłych szkół są o wiele większe aniżeli się sądzi". Hulek (1977) uważał, że „integracyjny system kształcenia i wychowania polega na maksymalnym włączeniu dzieci i młodzieży z odchyleniami od normy do zwykłych szkół i innych placówek oświatowych, umożliwiając im – w miarę możliwości – wzrastanie w gronie zdrowych rówieśników".

Wreszcie Deklaracja z Salamanki (1994) uznawana jest za dokument, który utorował drogę do obecnego rozumienia inkluzji w edukacji oraz zapoczątkował upowszechnianie się idei edukacji inkluzyjnej (włączającej). Za twórcę koncepcji edukacji inkluzyjnej uznaje się Gordona Portera, który w latach 80. XX wieku przeprowadził w kanadyjskiej prowincji New Brunswick eksperyment szkolny, który do dziś jest traktowany jako modelowe rozwiązanie w tym zakresie. Jak zauważa Grzegorz Szumski (2010), brak staranności w definiowaniu edukacji inkluzyjnej spowodował, że termin ten był początkowo traktowany jako synonim kształcenia integracyjnego. Należy jednak mocno podkreślić, że między wymienionymi typami edukacji występuje zasadnicza różnice. Viktor Lechta (2010) tłumaczy ją na przykładzie dzieci z niepełnosprawnością intelektualną. Zdaniem autora integracja oznacza tolerancję, ale w praktyce prowadzi do utrwalenia segregacji. Natomiast inkluzja wiąże się przede wszystkim z akceptacją i prowadzi do faktycznego włącznie każdego, niezależnie od jego kondycji psychicznej i fizycznej. „W podejściu do dzieci z upośledzeniem umysłowym należy kierować się bardziej zaawansowana zasadą: chodzi tu o akceptację *a priori* 'bliźniego swego', a nie tylko jakąś tolerancję ewentualnej egzystencji człowieka upośledzonego umysłowo między nami. Człowiek niepełnosprawny jest tu przyjmowany bezwarunkowo: akceptujemy go takiego, jakim jest. Naszą akceptacją nie tylko czynimy go sobie równym i pomagamy mu, ale tym samym wzbogacamy siebie sami, zgodnie z zasadą *Ja i Ty* Martina Bubera [1878–1965]". W edukacji integracyjnej pojawiała się, co prawda, szansa na realizację prawa do bycia z innymi, „ale poprzez zmianę dziecka, tak aby pasowało do systemu. Służyć temu miały takie działania, jak terapia i rehabilitacja" (Zacharuk, 2011). Natomiast edukacja inkluzyjna dąży do pełnego zrealizowania prawa człowieka do bycia z innymi bez spełniana przez niego jakichkolwiek warunków wstępnych.

Koncepcja integracji w procesie edukacji dzieci z niepełnosprawnościami dominowała w latach 80. XX stulecia. Natomiast od lat 90. XX wieku do czasu obecnego propagowana jest edukacja inkluzyjna. Początkowo pojęcie inkluzji w edukacji było utożsamiane z włączaniem uczniów z niepełnosprawnością w nurt szkolnictwa ogólnodostępnego. Z czasem definicję poszerzono i w 1994 r., w dokumentach UNESCO, została wyrażona następująco: „edukacja włączająca jest nieustannie trwającym procesem ukierunkowanym na oferowanie wysokiej jakości edukacji dla wszystkich oraz poszanowanie różnorodności, różnych potrzeb i zdolności, właściwości i oczekiwań uczniów i społeczności, eliminującym wszelkie formy dyskryminacji (zob. Papuda-Dolińska, 2012). Edukacja inkluzyjna powinna zatem stwarzać równe szanse wszystkim uczniom, bez względu na ich pochodzenie, rodzaj niepełnosprawności, przystosowanie społeczne, rasę czy światopogląd. Celem edukacji inkluzyjnej jest zredukowanie, a w dalszej perspektywie wyeliminowanie kształcenia segregacyjnego uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi poprzez: 1) dostępność kształcenia w szkołach ogólnokształcących dla wszystkich dzieci, 2) umożliwienie pobierania nauki przez uczniów niepełnosprawnych w szkołach rejonowych. oraz 3) uczenie wg wspólnego programu kształcenia, z wykorzystaniem tej samej ścieżki edukacyjnej, opartej na podobnych treściach nauczania (G. Szumski, 2006). Aby osiągnąć wymienione cele nie wystarczy umieścić wszystkie dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w szkołach ogólnodostępnych. Konieczne jest wprowadzenie takich zmian w funkcjonowaniu tych szkół, aby stwarzały one możliwość pełnego rozwoju intelektualnego, osobowego i społecznego wszystkim uczącym się.

Edukacja inkluzyjna jest bardziej skoncentrowana na dziecku, niż na programie nauczania. Opiera się na założeniu, że każde dziecko, również niepełnosprawne, rozwija się we własnym tempie i należy zapewnić takie warunki nauczania, które odpowiadałyby jego po-

trzebom. Podstawową zasadą edukacji inkluzyjnej jest stworzenie wszystkim dzieciom możliwości wspólnego ucznia się, niezależnie od dzielących je różnic. „Zadaniem szkół, inkluzyjnych jest określenie indywidualnych potrzeb uczniów oraz dążenie do tego, aby im sprostać. Należy też wziąć pod uwagę zarówno różne style uczenia się dzieci, jak i tempo ich pracy. Szkoła włączająca powinna wszystkim zapewnić kształcenie na wysokim poziomie, poprzez odpowiedni program nauczania, strategie nauczania, zastosowanie środków dydaktycznych i nawiązanie relacji partnerskich ze środowiskiem dzieci" (Zacharuk 2011). Edukacja inkluzyjna zmierza do budowania szkolnej społeczności, która nie tylko akceptuje odmienność, ale także ją ceni. Realizacja edukacji inkluzyjnej wymaga radykalnych zmian w sposobach myślenia, polityce oświatowej i praktyce szkolnej. Przede wszystkim konieczne jest odejście od medycznego modelu niepełnosprawności, zgodnie z którym źródła trudności szkolnych tkwią w dziecku. Dlatego konieczne jest ich zdiagnozowanie i ustalenie jaki rodzaj interwencji edukacyjnej w odniesieniu do danego dziecka jest konieczny. Celem interwencji jest przystosowanie niepełnosprawnego dziecka do zastanego systemu i dokonanie w nim takich zmian, aby mogło korzystać z tego, co szkoła oferuje. Nie bierze się pod uwagę, że to raczej szkoła powinna się zmienić i dostosować do zróżnicowanych potrzeb uczniów. Edukacja inkluzyjna opiera się na społecznym modelu niepełnosprawności, zgodnie z którym to społeczeństwo i jego instytucje są opresyjne, dyskryminujące i upośledzające. Dlatego należy identyfikować i eliminować bariery: środowiskowe, dotyczące strategii nauczania i uczenia się, postaw, zachowań oraz organizacji i zarządzania, które nie pozwalają dzieciom ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi na pełne uczestnictwo w procesie edukacji (Mittler, 2000). Aby sprostać indywidualnym potrzebom wszystkich uczniów, zarówno sprawnych, jak i niepełnosprawnym, szkoła i system edukacji wymagają zmian, wśród których podstawową rolę odgrywa elastyczność. Ponieważ tempo rozwoju i poziom funkcjonowania poszczególnych dzieci jest zróżnicowany, dlatego nauczyciele potrzebują specjalnych umiejętności, aby wesprzeć je w procesie uczenia się. Bardzo ważna jest również pozytywna postawa nauczycieli wobec inkluzji. Dlatego konieczne są takie zmiany w przygotowaniu do zawodu nauczyciela, aby jego praktykowanie umożliwiało pozostanie w klasie wszystkim uczniom.

Edukacja inkluzyjna ma liczne zalety. Przede wszystkim umożliwia dzieciom ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi naukę w szkole najbliższej miejscu zamieszkania, razem z rówieśnikami i bez konieczności odraczania obowiązku szkolnego. Kształcenie uwzględnia indywidualne potrzeby każdego dziecka. Wymagania programowe, tempo pracy i metody nauczania są indywidualnie dostosowywane tak, że niepełnosprawny uczeń może sprostać stawianym wymaganiom i osiągać sukcesy na miarę swoich możliwości. Zyskują wszyscy: rodzice i niepełnosprawne dziecko w mniejszym stopniu odczuwają „specjalność' swoich potrzeb i mają szanse na pozostanie w lokalnej społeczności, postali uczniowie mają możliwość rozwijania swoich kompetencji poznawczych, społecznych i emocjonalnych, nauczyciele poszarzają swoją wiedzę i zawodowe umiejętności, zaś szkoła wzbogaca się o potrzebną infrastrukturę (zob. Wiszejko-Wierzbicka, 2012). Główne korzyści, jakie płyną z edukacji inkluzyjnej to: pomoc w przezwyciężaniu biedy i wykluczenia społecznego, poprawa jakości edukacji dla wszystkich oraz pomoc w zwalczaniu dyskryminacji.

Praktyczna realizacja idei edukacji inkluzyjnej nie jest łatwa. Jak zauważa Viktor Lechta (2010), „jeśli proces instytucjonalizacji opieki nad dziećmi z upośledzeniem umysłowym trwał ponad dwieście lat, jest logiczne, że przeciwstawny, inkluzyjny trend nie może być krótkotrwały i dlatego wszystkie nagłe i nieprzemyślane posunięcia mogą być szkodliwe". To, zdaniem autora, nie oznacza, że należy zrezygnować z idei edukacji inkluzyjnej. Jednak nie należy zbyt pochopnie dążyć do jej przedwczesnej realizacji. Zgodnie z założeniami edukacji inkluzyjnej dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi powinny otrzymać dodatkową pomoc dydaktyczną nie w formie odrębnego programu nauczania, ale w ramach programu normalnego, odpowiadającego zróżnicowanym potrzebom dzieci w danej klasie. To zaś wymaga zmian w organizacji pracy szkoły, programach nauczania i kształceniu nauczycieli. Istotne jest również eliminowanie niesprzyjających inkluzji postaw rodziców, uczniów, nauczycieli oraz przedstawicieli władz oświatowych na szczeblu lokalnym i krajowym. Niejednokrotnie edukacja inkluzyjna ma charakter działań pozornych i przynosi więcej szkód niż pożytku. Jak zauważają Monika Gołubiew i Amadeusz Krause (2007) „możliwość efektywnego nauczania ucznia niepełnosprawnego w licznej, nierzadko 30-osobowej klasie, pozbawionego najczęściej dodatkowych zajęć rewalidacyjnych, to fikcja. Zasłanianie się ideami integracji totalnej wydaje się w tym przypadku wręcz niemoralne i jest przykładem urzędniczego oszustwa". G. Szumski (2006) uważa, że próby urzeczywistnienia edukacji inkluzyjnej *ex*

definitione skazane są z góry na niepowodzenie. Jego zdaniem niemożność całkowitej inkluzji w edukacji wynika z organizacji placówek rejonowych lub stopnia niepełnosprawności. Uzasadnionym zatem wydaje się wniosek, że obecnie, w naszym kraju, nie jest możliwe kształcenie w systemie inkluzyjnym wszystkich uczniów niepełnosprawnych.

AT

B: Biklen, 1992; Gołubiew, Krause, 2007; Hulek, 1977; Lechta, 2010; Lenoir, 1974; Ligus, 2012; Mittler, 2000; Papuda-Dolińska, 2012; Szczepaniak, 2014; G. Sztumski, 2006, 2010; Wiszejko-Wierzbicka, 2012; Zacharuk, 2011.
N: Friske, b.r. – Internet: – Internet: https://www.ipiss.com.pl…
O: t. 1: ekskluzja społeczna, t. 2: inkluzja osób niepełnosprawnych, niepełnosprawność.
S: włączenie.
TK: ang. *inclusion – pedagogical perspective*, fr. *inclusion – perspective pédagogique*, hiszp. *inclusión da un punto di vista pedagogía*, niem. *Inklusion in pedaogischer Perspektive*, ros. *включение с педагогической точки зрения.*

Bibliografia

Biklen D., *Schools without labels*. Philadelphia 1992.
Gołubiew M., Krause A., *Szkolnictwo specjalne – krajobraz po reformie*, w: Z. Janiszewska-Nieścioruk (red.), *Problemy edukacji integracyjnej dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną*, Kraków 2007.
Hulek A., *Integracyjny system kształcenia i wychowania*, w: A. Hulek (red.), *Pedagogika rewalidacyjna*, Warszawa 1977.
Lechta V., *Pedagogika integracyjna kontra edukacja inkluzyjna (włączająca)*, w: J. Wyczesany, E. Dyduch (red.), *Krakowska pedagogika specjalna*, Kraków 2010.
Lenoir R., *Les exclus*. Paris 1974.
Ligus Ligus R., *Pedagogika inkluzji i zarządzanie piętnem*, w: P. Rudnicki, M. Starnawski, M. Nowak-Dziemianowicz (red.), *Władza, sens, działanie*. Wrocław 2012.
Mittler P., *Czyje potrzeby? Czyje interesy?*, w: G. Fairbairn, S. Fairbairn (red.), *Integracja dzieci o specjalnych potrzebach*. Warszawa 2000.
Papuda-Dolińska B., *Realizacja koncepcji inkluzyjnej edukacji w szkołach planu jenajskiego*, w: N. Starik, A. Zduniak (red.), *Podmiotowość w edukacji wobec odmienności kulturowych oraz społecznych zróżnicowań*, Poznań 2012.
Szczepaniak P., *Inspiracje inkluzji społecznej dla resocjalizacji i penitencjarystyki*, „Profilaktyka Społeczna i Resocjalizacja" 2014, nr 24.
Sztumski G., *Edukacja inkluzyjna*. „Kwartalnik Pedagogiczny" 2006, nr 1.
Sztumski G., *Wokół edukacji włączającej*. Warszawa 2010.
Wiszejko-Wierzbicka D., *Specjalne potrzeby ucznia czy szkoły?* „Niepełnosprawność" 2012, nr 4.
Zacharuk T., *Edukacja włączająca szansą dla wszystkich uczniów*, „Meritum" 2011, nr 1.

Netografia

Frieske K., *Dynamika koncepcji marginalizacji społecznej*, b.r. – Internet: https://www.ipiss.com.pl/wp-content/uploads/

inwalidztwo – ujęcie socjologiczne

→ Utrata bądź ograniczenie sprawności – jako wielowymiarowe zjawisko bio-psycho-społeczne – generowało przez lata wiele zróżnicowanych terminów i definicji, dopuszczających w oparciu o wiedzę i/lub przekonania o jej źródłach, determinantach, siłach sprawczych i destrukcyjnych, różnorodne treści (znaczenia) w zależności od tego **kto definiuje** orz **kto interpretuje** czym jest niesprawność (osoba niepełnosprawna, profesjonaliści, laicy).

Wobec mnogości podejść teoretycznych, wybór definicji i jej korelatów, a potem określonej dla potrzeb opisu i wyjaśniania kategorii analitycznej określanej mianem inwalidztwa, niesprawności i/lub → niepełnosprawności jest zabiegiem podstawowym, gdyż sposoby rozumienia i wyjaśniania tychże pojęć pełnić mogą i pełnią bardzo istotne dla procesu analizy i rozumienia funkcje instrumentalno-usługowe:

1. Kwestie istotne dla osób z ograniczoną sprawnością są tradycyjnie określane i rozwiązywane przez osoby w pełni sprawne,
2. Programy i rozwiązania systemowe w ramach polityki społecznej na ogół chronią *status quo* przedstawicieli grupy dominującej,
3. Definicja wyznacza kierunek, tempo i zakres społecznej zmiany,
4. Sposób definiowania determinuje przedmiot i sposób pomiar, co znajduje wyraz w alokacji zasobów,
5. Definiowanie ograniczonej, niepełnej sprawności przekłada się na system świadczeń i usług (udział w budżecie) i w tym sensie zabieg ten ma **wymiar polityczny** (ustawodawstwo, język legislacji, lobby, grupy interesów, zaplecze parlamentarne itp.).

Podstawą definicyjną (punktem odniesienia) zjawisk związanych z ograniczeniem sprawności była/jest medycyna (kryteria kliniczne), kultura (normy środowiskowe, kryteria środowiskowo-cywilizacyjne), prawo (orzecznictwo rentowe, ubezpieczeniowe kryteria określające stopień utraty sprawności), jak również wiedza i doświadczenie pojedynczego człowieka (obserwacje, kryteria behawioralne, opinie tzw. znaczących innych, stereotypy).

Dzisiejsze wyobrażenia, poglądy, postawy i koncepcje związane z opisywaniem niepełnej sprawności zmieniały się w historii myśli i działań ludzkości mierząc się z bardzo ludzką skłonnością do koncentrowania uwagi na odmiennościach w wyglądzie (postrzeganie deficytów, braków, uszkodzeń i deformacji), sprzyjającą kształtowaniu i utrzymywaniu się niezbyt korzystnego wizerunku, negatywnych poglądów, postaw i zachowań wobec osób z ograniczoną sprawnością.

Główną rolę w procesie definiowania zjawisk odgrywa język, który w użyciu reprezentuje nie tylko rzeczywistość, ale również ją konstruuje – słowa powołują rzeczy (Galasiński, 2013), pełniąc w wielu przypadkach funkcję wartościującą, stanowiąc instrument naznaczania społecznego – etykietowania, stygmatyzacji (Błeszyńska, 1999). Stąd też trudności w ujednoliceniu terminologii związanej z niepełnosprawnością wynikają głównie z wykorzystywania w opisie zjawiska takich nieprecyzyjnych –często stosowanych zamiennie – pojęć, jak: „ułomność", „wada", „odchylenie od normy", „uszczerbek na → zdrowiu" lub etykiet w rodzaju → „upośledzenie", → „kalectwo" lub „inwalidztwo" [łac, *invalidus* oznacza kogoś słabego, posiadającego niewielką siłę fizyczną, nieefektywnego, mało ważnego, właściwie pozbawionego wartości (*validus* – silny, *in* – bez, pozbawiony) – przyp. aut.]. Posługiwanie się niejednoznacznymi treściowo określeniami nie tylko pogłębia trudności w porozumiewaniu się i obiektywizacji zjawiska, lecz powoduje, że przyjęty **sposób rozumienia** niepełnej sprawności w poważnym stopniu **przesądza o sposobie jej pomiaru** (stosowane instrumentarium).

Obie wojny światowe XX wieku skutkowały gwałtownym przyrostem osób, które utraciły w wyniku działań wojennych sprawność (przede wszystkim w wymiarze fizycznym), stawiając przed społeczeństwami nowe wyzwanie jakim było opracowanie narzędzi opisu, szacowania stanu i stopnia utraty sprawności, przywracanie weteranom wojennym możliwości funkcjonowania, zaopatrzenie ich w niezbędne sprzęty i urządzenia umożliwiające codzienne → życie oraz co najważniejsze: przygotowanie do podjęcia zatrudnienia (Więckowska, 2004). [W aktach prawnych wydanych po II wojnie światowej pojawiły się dwa terminy: **inwalida wojskowy** – oznaczający osobę, która doznała trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie → chorób lub urazów w → czasie odbywania służby wojskowej w okresie pokoju lub w ciągu trzech lat od zwolnienia z tej służby oraz **inwalida wojenny** – określający jednostkę, która bez własnej winy doznała trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek bezpośredniego udziału w działaniach wojennych – określenie to pojawiło się w polskich aktach prawnych już w latach 20. minionego stulecia (zob. il. 1) – przyp. aut.]. Takim narzędziem poznawczym stał się na lata termin „inwalidztwo" reprezentujący najstarsze, medyczne podejście w sposobie definiowania niepełnej sprawności z perspektywy braków lub deficytu, koncentrujące uwagę na odchyleniach od biomedycznych norm i standardów struktury oraz funkcji organizmu (biologiczne kryterium normalności). Inwalidztwo oznaczało stan zmniejszonej → sprawności fizycznej i psychicznej człowieka w wyniku obniżenia lub utraty funkcji, albo zmniejszenia czynnościowych rezerw ustrojowych będących bezpośrednim i nieuniknionym skutkiem urazu czy uszkodzenia wywołanego wypadkiem lub chorobą, zaś inwalidą jest/była osoba poszkodowana trwale na zdrowiu, u której istnieje naruszenie sprawności i funkcji w stopniu utrudniającym (w porównaniu z osobami zdrowymi w danym kręgu kulturowym) pobieranie nauki w normalnej szkole, wykonywanie → czynności życia codziennego, pracę zawodową, udział w życiu społecznym oraz w zajęciach w → czasie wolnym od pracy (Hulek, 1969). [Ten punkt widzenia ma dość długą tradycję, bowiem już w roku 1944 brytyjski dokument *Diseabled Persons' Act* stanowił w rozdz. 10.1.1, że „inwalidą jest ktoś, kto z powodu uszkodzenia, choroby lub wrodzonej deformacji/kalectwa jest rzeczywiście upośledzony w uzyskaniu i utrzymaniu zatrudnienia lub podjęcia pracy na własny rachunek, odnosząc uszkodzenie, chorobę lub kalectwo odpowiednio do wieku, doświadczenia i kwalifikacji" – przyp. aut.].

Przytoczona definicja weszła do kanonu orzeczniczego, w świetle którego za inwalidę uważano przez dziesiątki lat XX wieku osobę poszkodowaną na zdrowiu, zaliczoną przez właściwe organy do jednej z trzech stopniowalnych kategorii (grupy inwalidzkiej), w stosunku do której orzeczono niemożność wykonywania pracy zawodowej – całkowicie lub połowicznie, okresowo bądź trwale – na określonym poziomie ze względu n kalectwo czy utratę zdrowia (Kawczyńska-Butrym, 1998; Locker, 2003, Więckowska, 2004, Woźniak, 2008). Obok terminu inwalidztwo napotykamy w literaturze przedmiotu także termin „upośledzenie" kojarzony przede wszystkim z dysfunkcją intelektualną. [Odpowiednim wartościom ilorazu inteligencji przypisano terminy „debil" „imbecyl", „idiota", a także używano kategorii diagnostycznej „kretynizm" (matołectwo) dla określenia wrodzonych zaburzeń rozwojowych związanych z niedorozwojem gruczołu tarczowego i brakiem hormonów tarczycy. W 1959

ustawodawstwo brytyjskie zastąpiło te wartościujące i naznaczające określenia pojęciem subnormalności intelektualnej w stopniu niższym niż normalny i znacznie niższym. Światowa Organizacja Zdrowia wprowadziła dopiero w roku 1968 klasyfikację, która w zależności od ujawnionych w oparciu o iloraz inteligencji deficytów rozwojowych wyróżnia cztery stopnie niepełnosprawności intelektualnej: głęboki, znaczny, umiarkowany i lekki (por. Gustavsson, Zakrzewska-Manterys, 1997) – przyp. aut.].

Pojęcie inwalidztwa przeszło w drugiej połowie XX wieku istotną ewolucję zarówno w odniesieniu do zagadnień związanych ze zdolnością do pracy zawodowej, jak również w kwestiach związanych z pełnieniem ról społecznych osób z ograniczeniem sprawności, zapowiadającą rewizję dotychczasowego sposobu rozumienia niepełnosprawności. Im bliżej współczesności, tym częściej w teoretycznych rozważaniach nad niesprawnością pojawiały się kwestie roli aktywnej roli społeczeństwa i samych zainteresowanych w rozwiązywaniu problemów generowanych przez ograniczenie sprawności (Zakrzewska-Manterys, 2003), jak również postulaty zmiany nawyków komunikacyjnych między ludźmi, poprzez kształtowanie najmniej stygmatyzującego sposobu mówienia o osobach z niepełno sprawnościami, które wpisywały się także w ruch poprawności politycznej (por. Galasiński, 2013). W pierwszym przypadku istotną rolę odegrali dwaj brytyjscy socjologowie medycyny, Mervyn W. Susser (1921–2014) i William Watson (1917–1993), którzy w 1971 jako pierwsi dokonali istotnego rozróżnienia trzech terminów – uszkodzenie (ang. *impairment* – komponent organiczny o statycznym charakterze.), upośledzenie (ang. *disability* – ograniczenie jakiejś funkcji) i niepełnosprawność (ang. *handicap* – odnosi się do relacji i ról jakie jednostka może pełnić w społeczeństwie). Niebagatelną rolę w procesie dochodzenia do nowego sposobu rozumienia niepełnej sprawności łączącej naruszenie, bądź uszkodzenie sprawności psychofizycznej, prowadzącej do ograniczeń funkcjonalnych lub aktywności życiowej człowieka, odegrała działalność organizacji sektora obywatelskiego, *zwłaszcza The Union of the Physically Impaired Against Segregation* (UPIAS), domagającego się już w 1976 r. uznania, że deficyt, brak lub ograniczenie aktywności spowodowane są przez współczesną organizację życia społecznego, rzadko podejmującej działania (lub nie mają one większego znaczenia) na rzecz osób z uszkodzeniami/ograniczeniami sprawności i w ten sposób wyłączającymi ich z uczestnictwa w głównym nurcie aktywności społecznej. [Koncepcja promowana była także przez British Council of Disabled People. W Polsce niezauważoną została podobna do UPIAS definicja Komitetu Rehabilitacji i Readaptacji Człowieka PAN z 1978 r., w świetle której niepełnosprawnymi są osoby o naruszonej sprawności psychofizycznej powodującej ograniczenia funkcjonalne sprawności lub aktywności życiowej w stopniu utrudniającym pełnienie właściwych dla nich ról społecznych – przyp. aut.].

W ustawodawstwie wielu państw termin niepełnosprawność zastąpił inwalidztwo w okresie Dekady na Rzecz Osób Niepełnosprawnych, ogłoszonej przez ONZ na lata 1983 –1992. Po trzydziestu latach doszło do zbliżenia sposobu rozumienia niepełnej sprawności przez ekspertów najważniejszej światowej organizacji (ONZ) do definicji zaproponowanej przez działaczy ruchu na rzecz praw osób z ograniczeniem sprawności, która uzyskała ostateczne prawo obywatelstwa w zapisach Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych. [Zasady Konwencji wdrożyła także Wspólnota Europejska. W świetle zapisów Konwencji „niepełnosprawność jest koncepcją ewoluującą i jest wynikiem interakcji pomiędzy osobami z dysfunkcjami a barierami środowiskowymi i wynikającymi z postaw ludzkich, będącej przeszkodą dla pełnego uczestnictwa osób niepełnosprawnych w życiu społecznym, na równych zasadach z innymi obywatelami. Do osób niepełnosprawnych zaliczają się te osoby, które mają długotrwałe fizyczne, umysłowe, intelektualne lub dotyczące zmysłów uszkodzenia mogące, w oddziaływaniu z różnymi barierami, utrudniać im pełne i skuteczne uczestnictwo w społeczeństwie, na zasadach równości z innymi osobami" – przyp. aut.].

Zmienione także zostały w ostatnich latach definicje i kryteria dla dawnego terminu „upośledzenie umysłowe." Określenia takie, jak oligofrenia, upośledzenie umysłowe, niedorozwój umysłowy, osłabienie rozwoju umysłowego, upośledzenie rozwoju psychicznego, zahamowanie rozwoju psychicznego, obniżona sprawność psychiczna, uznane zostały za wartościujące i zaleca się zastępowanie ich terminami **niepełnosprawność intelektualna** oraz **osoby z niepełnosprawnością intelektualną**, oznaczającymi zaburzenia rozwojowe polegające na znacznym obniżeniu ogólnego poziomu funkcjonowania intelektualnego, któremu towarzyszy deficyt w zakresie zachowań adaptacyjnych – w szczególności niezależności i odpowiedzialności). [Jeżeli sprawność intelektualna, mierzona testami standaryzowanymi, mieści się w przedziale jednego odchylenia standardowego poniżej normy

i stan ten nie ma podłoża organicznego, a zachodzi **deficyt umiejętności** mówi się o obniżeniu poziomu intelektualnego – przyp. aut.].

Obecny stan wiedzy i praktyka życia społecznego przemawiają za przyjęciem i/lub stosowaniem coraz bardziej jednoznacznego sposobu rozumienia procesu przechodzenia od stanu ograniczenia sprawności do niepełnosprawności *sensu stricto* – od uszkodzenia (ang. *impairment*), a więc komponentu organicznego o statycznym charakterze (organizm), poprzez niesprawność (ang. *disability*) odnoszącą się do ograniczenia jakiejś funkcji (jednostka), do niepełnosprawności (ang. *handicap*), która ma wymiar społeczny, odnosi się bowiem do relacji społecznych i ról jakie jednostka może pełnić w społeczeństwie, lecz nie pozwalają na to bariery społeczne i organizacja życia zbiorowego (zbiorowość – społeczeństwo).

W takim kierunku zmierza świat, jednakże w Polsce proces odchodzenia od terminu „inwalidztwo" na rzecz „niepełnosprawności" był spowolniony, bowiem na sposobie definiowania przedmiotowego zjawiska ciążyła przede wszystkim presja potrzeb orzecznictwa rentowego, nie zaś sposób rozumienia niepełnosprawności przyjmowany w modelu społecznym, zaproponowanym już w roku 1978 przez Komitet Rehabilitacji i Readaptacji Człowieka PAN, jakkolwiek podejmowano próby definiowania inwalidztwa jako stanu, w którym występują wady lub defekty fizyczne lub umysłowe o charakterze obiektywnym – dotyczyło zatem raczej stanu fizycznego, natomiast upośledzenie proponowano traktować jako łączny rezultat przeszkód, które inwalidztwo spiętrza między jednostką dotkniętą nim a osiągnięciem przez nią maksymalnego poziomu funkcjonalnego – stanu somatopsychicznego i konsekwencji społecznych (Hulek, 1986). [W świetle definicji wspomnianego Komitetu Rehabilitacji… (1978), wpisującej się w propozycje UPIAS, niepełnosprawnymi są osoby o naruszonej sprawności psychofizycznej powodującej ograniczenia funkcjonalne sprawności lub aktywności życiowej w stopniu utrudniającym pełnienie właściwych dla nich ról społecznych – przyp. aut.]. Jednakże termin „inwalidztwo" stosowano w Ustawie z 14 XII 1982 r. ustanawiając trzy stopniowalne grupy inwalidzkie, zaś głównym kryterium uznania kogoś za inwalidę było zatrudnienie, a podstawą orzeczenia o inwalidztwie niemożność pełnego zatrudnienia w pewnym okresie lub zatrudnienia w ogóle. Inwalidą była osoba, wobec której komisja lekarska ds. inwalidztwa i zatrudnienia orzekła niemożność wykonywania pracy zawodowej na określonym poziomie. Z kolei ustawa z 17 XII 1998 r. zastąpiła pojęcie „inwalidztwo" nowym określeniem „niezdolność do pracy". [Niezdolną do pracy jest osoba, która całkowicie lub częściowo utraciła zdolność do pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu i nie rokuje odzyskania zdolności do pracy po przekwalifikowaniu. O niezdolności do pracy orzekają lekarze orzecznicy Zakładu Ubezpieczeń Społecznych – przyp. aut.]. Natomiast w przypadku stwierdzenia naruszenia sprawności organizmu w stopniu powodującym konieczność stałej lub długotrwałej → opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych orzeka się trzystopniową niezdolność do samodzielnej egzystencji.

Sumując. można powiedzieć, że określeniem „inwalidztwo" w zasadzie nie operuje się już w nowych aktach prawnych uchwalonych w Polsce w latach 90. ubiegłego wieku. Zdarzają się jednak nadal przypadki zamiennego stosowania obu pojęć: np. za inwalidę proponowano uznać osobę, „u której uszkodzona została w sposób trwały lub okresowy (odwracalny) sprawność fizyczna lub psychiczna, w stopniu uniemożliwiającym lub znacznie utrudniającym pełnienie właściwych dla niej ról społecznych" (Kawczyńska-Butrym, 1998). Proponowano nawet – incydentalnie co prawda – stosowanie kategorii inwalidztwa społecznego oznaczającego występowanie trudności w wykonywaniu ról i zadań społecznych oraz utrzymaniu dotychczasowych relacji ze środowiskiem w następstwie postępującego procesu patologicznego skutkującego zmianami anatomicznymi, fizjologicznymi, psychologicznymi i emocjonalnymi prowadzącymi w różnym stopniu i zakresie do zaniku, dysfunkcji lub nieprawidłowości w strukturze poszczególnych układów (Tobiasz-Adamczyk, 2000). [Terminem kalectwo operuje nadal polski Kodeks karny, który w art. 156 stanowi: Kto powoduje ciężki uszczerbek na zdrowiu w postaci: 1) pozbawienia człowieka wzroku, słuchu, mowy, zdolności płodzenia, 2) **innego ciężkiego kalectwa** (podkreśl aut.), ciężkiej choroby nieuleczalnej lub długotrwałej, choroby realnie zagrażającej życiu, trwałej choroby psychicznej, całkowitej albo znacznej trwałej niezdolności do pracy w zawodzie lub trwałego, istotnego zeszpecenia lub zniekształcenia ciała, podlega karze pozbawienia wolności na czas nie krótszy od lat trzech (Ustawa z 6 VI 1987 r.). Od 1960 r. do dzisiaj funkcjonuje także w 35 oddziałach → Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem (mimo anachronicznej nazwy TWK adresuje swoją statutową działalność do osób niepełnosprawnych) – przyp. aut.].

Mówiąc o inwalidztwie i niepełnosprawności należy pamiętać, że nie wszystkie stany naruszonej sprawno-

ści fizycznej (np. fizjologiczne procesy → starzenia się) lub psychicznej (np. miażdżycowe zmiany → pamięci) są kwalifikowane jako inwalidztwo – natomiast inwalidztwo jest zawsze orzekane na podstawie naruszenia i/lub uszkodzenia sprawności. Tak, więc pojęcie niepełnosprawności jest pojęciem szerszym niż inwalidztwo.

Określenie „niepełnosprawność", rzadko używane do końca lat 80. XX wieku, współcześnie zaczyna wyraźnie dominować nad powszechnie stosowanym w minionym wieku terminem „inwalidztwo". W debacie publicznej pojawiła się kolejna propozycja używania określeń „osoba z niepełnosprawnością" bądź „z niepełnosprawnościami", jako konstrukcje jeszcze mniej stygmatyzujące, zdejmujące uogólniającą etykietę. Dążąc do zakorzenienia tych nowych terminów w języku – zwłaszcza potocznym – należy kierować się zasadą: „najpierw człowiek, potem nominalna forma deficytu/braku – osoba z zaburzeniem słuchu, osoba korzystająca z wózka inwalidzkiego itp." (Galasiński, 2013).

ZW

B: Błeszyńska, 1999; Galasiński, 2013; Gustavsson, Zakrzewska-Manterys, 1997; Hulek, 1969, 1986; Kawczyńska-Butrym, 1998; Locker, 2003; Tobiasz-Adamczyk, 2000; Więckowska, 2004, Woźniak, 2008; Zakrzewska-Manterys, 2003.
D: Ustawa z 14 XII 1982 r.; Ustawa z 6 VI 1997 r.; Ustawa z 17 XII 1998 r.
N: http://artyzm.com…
O: t. 2: holistyczna koncepcja niepełnosprawności, kalectwo, niepełnosprawność.
TK: ang. *invalidity – sociological perspective* / *disablement – sociological perspective*, fr. *invalidité – perspective sociologique*, hiszp. *incapacidad laboral da un punto di vista sociología*, niem. *Invlidität in sociologischer Perspektive*, ros. *инвалидность с социологической точки зрения.*

Bibliografia

Błeszyńska K., *Semantyka niepełnosprawności – rola języka w kształtowaniu sytuacji osób niepełnosprawnych*, w: M. Chodkowska (red.), *Interdyscyplinarność w teorii i praktyce pedagogiki specjalnej*. Lublin 1999.

Galasiński D., *Osoby niepełnosprawne czy z niepełnosprawnością?* „Niepełnosprawność" 2013, nr 9.

Gustavsson A., Zakrzewska-Manterys E. (red.), *Upośledzenie w społecznym zwierciadle*. Warszawa 1997.

Hulek A., *Teoria i praktyka rehabilitacji inwalidów*. Warszawa 1969.

Hulek A., *Legislacja a niepełnosprawni*. „Praca i Zabezpieczenie Społeczne" 1986, nr 10–11.

Kawczyńska-Butrym Z., *Niepełnosprawność – specyfika pomocy społecznej*. Katowice 1998.

Locker D., *Living with chronic illness*, w: G. Scambler (ed.), *Sociology as applied to medicine*. Edinburgh–London–New York–Sydney–Toronto 2003.

Tobiasz-Adamczyk B., *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Kraków 2000.

Więckowska B., *Inwalidztwo w ujęciu medycznym i ubezpieczeniowym*. „Monitor Ubezpieczeniowy" 2004, nr 2.

Woźniak Z., *Niepełnosprawność i niepełnosprawni w polityce społecznej*. Warszawa 2008.

Zakrzewska-Mnterys E., *Dziecko upośledzone – nieuchronność stereotypu*, w: A. Gustavsson J. Tossebo, E. Zakrzewska-Manterys (red.), *Niepełnosprawność intelektualna a style życia*. Warszawa 2003.

Druki i/lub dokumenty urzędowe

Ustawa z 14 XII 1982 r. o zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i ich rodzin. Dz.U. Nr 40 z 1982 r., poz. 267.

Ustawa z 6 VI 1997 r. Kodeks karny. Dz.U. Nr 88 z 1987 r., poz. 553 z późn. zm.

Ustawa z 17 XII 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Dz.U. Nr 162 z 1998 r., poz. 1118.

Netografia

http://artyzm.com/obraz.php?id=13274

M

małżeństwo osób z niepełnosprawnością intelektualną

Zgodnie z obowiązującym w Polsce Kodeksem rodzinnym i opiekuńczym [k.r.i o.] (Ustawa z 25 II 1964 r.), małżeństwo to trwały, usankcjonowany prawnie związek kobiety i mężczyzny zawarty przed urzędnikiem stanu cywilnego (ślub cywilny) lub księdzem (ślub konkordatowy). W przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną pewne ograniczenia prawne niesie ze sobą art.12 §1 k.r.i o., który stwierdza, że „Nie może zawrzeć małżeństwa osoba dotknięta chorobą psychiczną albo niedorozwojem umysłowym. [W ww. kodeksie, obowiązującym w naszym kraju, użyte jest przestarzałe już i stygmatyzujące określenie niedorozwój umysłowy zamiast niepełnosprawność intelektualna ь przyp. aut.].

Jeśli jednak stan → zdrowia lub umysłu takiej osoby nie zagraża małżeństwu ani zdrowiu przyszłego potomstwa i jeżeli osoba ta nie została ubezwłasnowolniona całkowicie, sąd może jej zezwolić na zawarcie małżeństwa. W praktyce oznacza to, że kierownik urzędu stanu cywilnego na podstawie rozmowy z osobami chcącymi zawrzeć małżeństwo ocenia czy rozumieją one na czym polega ten związek, a jeśli ma wątpliwości, może sprawę skierować do sądu (zob. Szeroczyńska, 2000, Fornalik, 2010). Jeśli małżeństwo zawarła osoba ubezwłasnowolniona, to na wniosek jednego z małżonków zostanie ono unieważnione. Taka osoba jest także pozbawiona władzy rodzicielskiej i sąd ustanawia dla dziecka opiekuna (Suchankova, 2002). Jednocześnie brak prawnych i organizacyjnych rozwiązań, w jaki sposób pomagać i wspierać → rodziny, w których jeden lub dwoje małżonków i rodziców to osoby niepełnosprawne intelektualnie. Najczęściej zajmuje się tym dalsza rodzina. W Polsce nie działa – tak jak w niektórych krajach zachodnich, np. Niemczech, Szwecji, Danii, Wielkiej Brytanii, Austrii – instytucja tzw. małżeństw chronionych. Polegają one na zapewnieniu → wsparcia wykwalifikowanych pracowników socjalnych, wspierających małżeństwa osób niepełnosprawnych w różnych aspektach dnia codziennego (Fornalik, 2010).

Przez wiele lat temat wchodzenia w związki małżeńskie osób z niepełnosprawnością intelektualną był tematem nieobecnym w poszukiwaniach badawczych → pedagogiki specjalnej, zajmowano się raczej działaniami na rzecz zminimalizowania prawdopodobieństwa ich wystąpienia niż poszukiwaniem sposobów ich wspierania (Żyta, 2013). Najczęściej badania prowadzone były i są na grupie osób z lekkim stopniem niepełnosprawności intelektualnej, które dość często podejmują role małżeńskie, chociaż zwykle nieco później i w mniejszym stopniu niż ich rówieśnicy w normie intelektualnej (Zawiślak, 2003, 2005), najczęściej z osobami z tego samego środowiska lokalnego (Łaś, 2004). Stosunkowo mało jest badań poświęconych związkom małżeńskim osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną (Nowak-Lipińska, 2003, Grütz, 2007, 2011, Kijak 2016). W Polsce jest niewiele takich małżeństw i trudno jest do nich dotrzeć – co wynikać może zarówno z przeszkód prawnych, negatywnego podejścia otoczenia wobec takich związków, jak i ograniczeń poznawczo-społecznych tych osób. Jednocześnie często ta grupa niepełnosprawnych intelektualnie wyraża pragnienie posiadania własnej rodziny (Grütz, 2011).

W większości państw na świecie przez wiele lat powszechnie uważano, że nie powinno się dopuszczać do tego, by osoby z niepełnosprawnością intelektualną wchodziły w związki małżeńskie i zostawały rodzicami. Przykładem mogą być Stany Zjednoczone [USA] w XVIII i XIX wieku, kiedy dominowało przeświadczenie, że „słabi umysłem" (ang. *feebleminded*) skażą społeczeństwo swoimi uszkodzonymi genami, o ile pozwoli się na ich reprodukcję (zob. Llewellyn i współprac., 2010). Za najlepszy sposób zapobiegania posiadaniu potomstwa uważano segregację. Tworzono instytucje zamknięte będące azylami mającymi nie dopuszczać do kontaktów intymnych między dorosłymi kobietami a mężczyznami. Nawet w instytucjach o charakterze koedukacyjnym przedstawiciele obu płci umieszczani byli w oddzielnych budynkach. Podobne działania obowiązywały w polskich placówkach, czego przykładem są → domy pomocy społecznej. W wielu krajach świata zachodniego (m.in. w USA, Szwecji, Finlandii, Japonii) aż do lat 70. XX wieku powszechnie stosowano sterylizację osób zdiagnozowanych jako upośledzone umysłowo bez uwzględniania ich woli i bez ich zgody. tzw. sterylizacja eugeniczna (Cleaver, Nicholson, 2007).

Przełom XX i XXI wieku przyniósł wzrost liczby osób niepełnosprawnych intelektualnie zawierających związki małżeńskie. Przyczyniły się do tego:

- → deinstytualizacja, tj. ograniczanie ilości placówek całodobowych o charakterze totalnym na rzecz promocji mieszkania i życia w środowisku ogólnodostępnym,
- zakazanie sterylizacji w wielu krajach, w niektórych, np. w Polsce, status prawny jest niejasny, w innych, np. w Wielkiej Brytanii, Niemczech czy Czechach jest dostępna, ale wyłącznie za zgodą poddanej zabiegowi osobie, po osiągnięciu odpowiedniego wieku (zazwyczaj minimum 35 lat) i w sytuacji posiadania już dzieci (Żyta, 2013),
- pojawienie się zasad → normalizacji, antydyskryminacji i empowermentu w prawie wielu państw (Llewellyn i współprac., 2010).

Chociaż gwałtowny sprzeciw wobec małżeństw i prokreacji ludzi z niepełnosprawnością intelektualną nie jest tak silny jak w przeszłości, nadal dla bardzo wielu osób jest to kwestia niezwykle kontrowersyjna. Obowiązującemu w Polsce prawu coraz częściej zarzuca się niezgodność z Konwencją Narodów Zjednoczonych o Prawach Osób Niepełnosprawnych, stosowanie przestarzałej terminologii (m.in. niedorozwój umysłowy) oraz brak kompetencji kierowników urzędów stanu cywilnego do oceniania zdolności osób z niepełnosprawnością do zawierania związków małżeńskich (Żyta, 2013, Błaszczak, 2014). [W 2006 r. Organizacja Narodów Zjednoczonych (ONZ) uchwaliła ww. konwencję, która m.in. stoi na straży eliminacji dyskryminacji osób niepełnosprawnych, jeśli chodzi o małżeństwo i rodzicielstwo. Art. 23 Konwencji dotyczący poszanowania życia rodzinnego i domowego podkreśla, że wszystkie osoby niepełnosprawne, zdolne do zawarcia związku małżeńskiego mają prawo zawierać go i decydować o czasie wydania na świat i liczbie potomstwa. Ponadto mają prawo do informacji i wsparcia w planowaniu rodziny i wychowywaniu dzieci oraz nie mogą być pozbawieni możliwości posiadania dzieci wbrew swojej woli. Niepełnosprawność jednego czy dwojga rodziców nie może być podstawą do odseparowania od nich ich dziecka – przyp. aut.]. Konwencja została ratyfikowana przez Polskę 15.06.2012 r. Jednym z obszarów problemowych było prawo do zawarcia związku małżeńskiego przez osoby z niepełnosprawnością intelektualną lub dotknięte chorobą psychiczną. Wynikało to z niezgodności Konwencji z prawem krajowym. To spowodowało wniesienie przez Polskę w chwili złożenia dokumentu ratyfikacyjnego zastrzeżenia, zgodnie z którym „do czasu zmiany przepisów prawa polskiego" nadal obowiązują ustalenia k.r.i o. z 1965 r. w kwestii małżeństw zawieranych przez osoby z niepełnosprawnością intelektualną i chorobami psychicznymi (Błaszczak, 2014). W Ministerstwie Sprawiedliwości w 2013 r. powstał projekt założeń do projektu ustawy o zmianie m.in. ustawy – Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Zakłada on „odstąpienie od ubezwłasnowolnienia całkowitego jako przeszkody małżeńskiej, a także rezygnację z określonych w prawie rodzinnym przeszkód do zawarcia małżeństwa w postaci choroby psychicznej i niedorozwoju umysłowego, z równoczesnym wprowadzeniem regulacji, zgodnie z którą nie będzie mogła zawrzeć małżeństwa osoba z zaburzeniami psychicznymi, które są tego rodzaju, że nie pozwalają tej osobie kierować swoim postępowaniem oraz wyłączają świadomość znaczenia instytucji małżeństwa, jak też konsekwencji wynikających z tego związku" (Błaszczak, 2014). Jednakże ogłoszone 30.03.2017 r. w Obwieszczenie w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy – Kodeks rodzinny i opiekuńczy, nadal nie zmieniło brzmienia art.12 §1 k.r.i o. Współcześnie zarówno badacze zajmujący się problematyką dorosłości osób z niepełnosprawnością intelektualną, jak i organizacje pozarządowe (m.in. PSONI – Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną) podkreślają, że prawo do małżeństwa i rodzicielstwa są fundamentalnymi prawami każdego człowieka, co sprawia, że stygmatyzacyjna polityka państw do tej pory nastawionych na niedopuszczanie do nich jeśli chodzi o osoby niepełnosprawne intelektualnie, musi stopniowo być zmieniana (zob. Llewellyn i współprac., 2010).

AŻ

B: Błaszczak, 2014; Cleaver, Nicholson, 2007; Fornalik, 2010; Grütz, 2007, 2011; Kijak 2016; Llewellyn i współprac., 2010; Łaś, 2004; Nowak-Lipińska, 2003, Suchankova, 2002; Szeroczyńska, 2000; Zawiślak, 2003, 2005; Żyta, 2013.

D: Ustawa z 25 II 1964 r.

N: http://www.unic.un.org.pl…

O: niepełnosprawność.

TK: ang. *marriage of people with intellectul disability*, fr. *mariage les personnes avec une déficience intellectuelle*, hiszp. *matrimonio las personas con discapacidad intellectual*, niem. *Ehe zwischen Menschen mit geistiger Behinderung*, ros. *браки между лицами с интеллектуальными нарушениями.*

Bibliografia

Błaszczak A., *Zastrzeżenia i oświadczenia interpretacyne Polski do Konwencji o prawach osób z niepełnosprawnościami*, w: D. Pudzianowska (red.), *Prawa osób z niepełnosprawnością*

intelektualną lub psychiczną w świetle międzynarodowych instrumentów ochrony praw człowieka. Warszawa.2014.
Cleaver H., Nicholson D., *Parental learning disability and children's needs*. London–Philadelphia 2007.
Fornalik I., *Jak edukować seksualnie osoby z niepełnosprawnością intelektualną*. Warszawa 2010.
Grütz M., *Trzy historie o miłości rehabilitującej*, w: Cz. Kosakowski, A. Krause, A. Żyta (red.), *Osoba z niepełnosprawnością w systemie rehabilitacji, edukacji i wsparcia społecznego*. Olsztyn 2007.
Grütz M., *Osoby z niepełnosprawnością intelektualną jako partnerzy, małżonkowie i rodzice*…, w: B. Cytowska (red.), *Dorośli z niepełnosprawnością intelektualną w labiryntach codzienności*. Toruń 2011.
Kijak R., *Dorośli z głębszą niepełnosprawnością intelektualną jako partnerzy, małżonkowie i rodzice*. Kraków 2016.
Llewellyn G. i współprac. (eds.), *Parents with intellectual disabilities*. Singapore 2010.
Łaś H., *Jakość życia osób z niepełnosprawnością intelektualną*, w: Z. Janiszewska-Nieścioruk (red.), *Człowiek z niepełnosprawnością intelektualną*. Kraków 2004, t. 2.
Nowak-Lipińska K., *Psychospołeczne aspekty małżeństw osób niepełnosprawnych intelektualnie z pełnosprawnymi*, w: K. D. Rzedzicka, A. Kobylańska (red.), *Dorosłość, niepełnosprawność, czas współczesny*. Kraków 2003.
Suchankova P., *Seksualność dorosłych z niepełnosprawnością intelektualną*, w: *Wieczne dzieci czy dorośli*. Warszawa. 2002.
Szeroczyńska M., *Gwarancje prawne pełnego człowieczeństwa dla osób niepełnosprawnych*, w: A. Firkowska-Mankiewicz (red.), *Osoba z niepełnosprawnością intelektualną i jej prawo do pełnego człowieczeństwa*. Warszawa 2000.
Zawiślak A., *Zawieranie związków małżeńskich przez osoby z lekkim upośledzeniem umysłowym*…, w: Z. Janiszewska-Nieścioruk (red.), *Człowiek z niepełnosprawnością intelektualną*. Kraków 2003, t. 1.
Zawiślak A. (2005), *Jakość życia rodzinnego młodocianych i pełnoletnich matek z niepełnosprawnością intelektualną*, w: Z. Janiszewska-Nieścioruk (red.), *Sfery życia osób z niepełnosprawnością intelektualną*. Kraków 2005.
Żyta A., *Małżeństwa i rodzicielstwo osób z niepełnosprawnością intelektualną – wyzwania współczesności*. „Edukacja Dorosłych" 2013, nr 2.

Druki i/lub dokumenty urzędowe

Ustawa z 24 II 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Dz. U. Nr 9 z 1964 r., poz. 59, tekst jednolity: Dz.U. z 2017 r., poz. 682.

Netografia

http://www.unic.un.org.pl/dokumenty/Konwencja_Praw_Osob_Niepelnosprawnych.pdf

Metoda Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne

Teoria leżąca u podstaw tej metody oparta jest na analizie ludzkiego ruchu dokonanej przez Rudolfa Labana (1879–1950), który zapisał się na kartach nauki, jako ten, który ściśle wiąże teorię ruchu z praktycznym jej wykorzystaniem, wykorzystał bowiem swoje koncepcje w dziedzinie tańca, m.in. w organizowaniu tzw. chórów ruchowych, w zajęciach ruchowych dla aktorów, zajęciach ruchowych i tańcu dzieci. Nie tylko kształcił dobrych wykonawców, ale wierzył, że rozwija ich osobowość i możliwości, pomaga ludziom w rozumieniu i doświadczaniu ruchu w bardzo szerokim zakresie. Dla R. Labana – twórcy nowoczesnej kinetografii oraz gimnastyki twórczej (ekspresyjnej) – ruch stanowi wyraz potrzeby ludzkiej aktywności. Dzięki ruchowi ciała człowiek uczy się nawiązywać kontakty z otaczającym światem. Ruch ma fundamentalne znaczenie dla jego rozwoju. Wrodzona zdolność porozumiewania się za pomocą ciała („język ciała"), sprawia, że ruch jest naturalnym środkiem komunikowania się z innymi ludźmi. Potrzeba ruchu, potrzeby odprężenia, ekspresji i tworzenia zostały przez Labana uznane za jedne z najważniejszych potrzeb człowieka, ich zaspokojenie jest warunkiem jego → zdrowia psychicznego.

Metoda Ruchu Rozwijającego (MRR) Weroniki → Sherborne jest metodą naturalnie wykorzystującą ruch. Co istotne, w metodzie tej wyróżnia się kilka kategorii ruchu:

1. Ruch prowadzący do poznania własnego ciała – ćwiczenia z wykorzystaniem tej kategorii ruchu rozwijają świadomość odczuwania części ciała, gdzie szczególnie istotne jest odczuwanie posiadania stóp, kolan, nóg oraz bioder, na których opiera się ciężar ciała. Kontrola tych części ciała służy utrzymaniu równowagi, łączności między człowiekiem a jego podłożem, ukształtowaniu się własnej tożsamości;
2. Ruch kształtujący związek człowieka z jego otoczeniem fizycznym – czynności ruchowe tej kategorii współwystępują z kategorią wcześniejszą oraz kształtują świadomość przestrzeni i poruszania się w niej. Dają poczucie „ugruntowania", stabilności, swobody w otaczającej przestrzeni, zapobiegając jednocześnie zahamowaniom, niechęci do nowych sytuacji, usztywnieniu swych zachowań a nawet izolacji od otoczenia;
3. Ruch prowadzący do wytworzenia się związku z drugim człowiekiem – celem czynności tej kategorii ruchu jest zachęcenie uczestników zajęć

do nawiązywania kontaktów z innymi osobami. Ważne jest poznanie i zrozumienie potrzeb partnera aktywności ruchowej oraz wzajemne zaufanie. Ważne jest by uczestnicy MRR doświadczyli różnych typów tej kategorii ruchu: ruchu „z" (*with*) – kiedy jeden partner jest bierny, drugi aktywny i opiekuńczy, a ich zadania są zróżnicowane: osoba bierna ma obdarzyć zaufaniem partnera, a aktywna zrozumieć potrzeby możliwości partnera; ruchu „przeciwko" (*against*) – którego celem jest uświadomienie uczestnikom ich własnej siły przy współdziałaniu z partnerem i rozwijanie wrażliwości na drugiego człowieka; ruchu [wspólnego] „razem" (shared) – wymagającego jednakowego zaangażowania partnerów, a prowadzącego do wytworzenia harmonii i równowagi oraz gwarantującego sukces dzięki zaufaniu, zrozumieniu i współpracy;

4. Ruch prowadzący do współdziałania w grupie – ta kategoria ruchu zakłada wcześniejsze opanowanie schematu wytworzenia się związku z drugim człowiekiem, bowiem tu zwiększa się tylko liczba uczestników ćwiczeń – od 3 osób ćwiczących do ćwiczeń z całą grupą;
5. Ruch kreatywny – gdzie podstawą jest spontaniczność, kreatywność i swoboda ruchów, co najpełniej wyraża się w „tańcu wyzwolonym".

Metodę W. Sherborne uznać należy właściwie za metodę młodą w dorobku → pedagogii specjalnej, choiaż opracowana została na przełomie lat 50. i 60. ubiegłego wieku. W Polsce znana jest od lat 70. XX stulecia. Warto dodać, że wciąż jest wzbogacana zarówno w zakresie teoretyczny, jak i praktycznym. Nieustannie trwają badania nad jej efektywnością. Stale jest odkrywana przez coraz to nowych jej propagatorów, zwolenników i entuzjastów na całym świecie. W Polsce MRR zapoczątkowały Bożena Kisiel i Alicja Wilkołazka. Jako pierwsze zaczęły ją stosować Maria Przasnyska i Izabela Korsak. Nie sposób pominąć Marty Bogdanowicz, jednej z pierwszych nauczycielek tej metody w Polsce, dzięki której znamy efektywność metody i możemy szczycić się znaczą liczbą osób pracujących z powodzeniem tą metodą oraz odnajdywać ją programach dydaktycznych uczelni i ośrodków szkoleniowych. Metoda ta na stałe wpisała się w skład metod terapii oraz → wsparcia rozwoju dzieci. jest powszechnie stosowana w ośrodkach → rehabilitacji i wczesnej interwencji, w poradniach, przedszkolach i szkołach.

Metodę Weroniki Sherborne należy w gruncie rzeczy uznać za uniwersalną z uwagi na szerokie możliwości wykorzystania. Zajęcia prowadzone w tą metodą przeznaczone są dla dzieci i młodzieży, choć jej elementy można zastosować w pracy z osobami dorosłymi, w tym również z seniorami. [Tego rodzaju zajęcia w ramach programu rehabilitacji, prowadzone metodą Sherborne, realizowane są w Akademickim Domu Opieki nad Osobami Starszymi w Wałczu, gdyż MRR to możliwość wyciszenia, uwolnienie kreatywności, budowanie wzajemnego zaufania i wzmocnienie kontaktu z drugim człowiekiem – przyp. red.].

Dowiedziono skuteczności MRR w pracy z osobami żyjącymi zarówno w → rodzinie, jak i w placówkach → opieki instytucjonalnej. Wykorzystywana jest w pracy z dziećmi z niepełno sprawnościami, ale i także z dziećmi bez zaburzeń. W przypadku tych pierwszy służy ich terapii, w przypadku drugich – wspieraniu ich rozwoju.

Wśród adresatów tej MRR wymienić należy dzieci z różnymi zaburzeniami rozwoju i różnorodnymi potrzebami edukacyjnymi. Metoda ta z powodzeniem wykorzystywana jest w pracy z dziećmi z → niepełnosprawnością sensoryczną (niedowidzącymi i niewidomymi, niedosłyszącymi i głuchymi) i z dziećmi z niepełnosprawnością fizyczną. Dzieci te dobrze reagują i szybko się uczą, jednocześnie odczuwają radość i zadowolenie. Podobnie jest w terapii indywidualnej z dziećmi z niepełnosprawnością intelektualną. Metoda znalazła także zastosowanie w pracy z dziećmi z zaburzeniami ze → spektrum autyzmu oraz z mózgowym porażeniem dziecięcym. Nieobca jest w zajęciach korekcyjno-kompensacyjnych i/lub wyrównawczych prowadzonych z dziećmi ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się. Z powodzeniem realizowana jest w terapii dzieci z zaburzeniami emocjonalnymi i zaburzeniami zachowania. Niepełnosprawność sprzężona, nawet ta głęboka, nie jest także przeszkodą w terapii osób jej doświadczających. Sprawdza się także w przypadku dzieci z niekorzystnych środowisk wychowawczych.

Repertuar ćwiczeń ruchowych jest bardzo bogaty, różnorodny i wszechstronny. Warte podkreślenia jest to, że ćwiczenia te są traktowane raczej jako doświadczenia niż ćwiczenia w sensie fizycznym, łączą one doświadczenia zarówno fizyczne, jak i psychiczne. Doświadczeniom tym przypisuje się podstawowe znaczenie dla rozwoju wszystkich dzieci, ale szczególnie istotne są dla dzieci ze specjalnymi potrzebami, które często mają trudności w kontaktach, jak to określiła sama W. Sherborne „z własnym ciałem" oraz z innymi dziećmi. Program zajęć obejmować może bowiem aktywność indywidualną dziecka i aktywność grupową. Może być realizowany zarówno w pomieszczeniu

(wskazana jest jednak duża przestrzeń, odpowiednie podłoże – parkiet, dobre oświetlenie), jak i na świeżym powietrzu. Dzieci w zajęciach wykorzystują swoje ciało, co powoduje, że nie potrzebne są duże nakłady na techniczne zabezpieczenie realizacji programu, nie wymaga on bowiem żadnych przyrządów. Zajęcia powinny być prowadzone przez odpowiednio przygotowanych terapeutów. W ćwiczeniach biorą udział terapeuci, wolontariusze, rodzice, rodzeństwo dzieci, w pracy z którymi ustalono cele oddziaływań. Z uwagi na znaczną ilość zabaw o charakterze relacyjnym, w bezpośrednim kontakcie „jeden na jeden", osoba dorosła, dojrzalsza, bardziej sprawna staje się partnerem osoby mniej sprawnej, dziecka. Optymalny czas trwania zajęć to 20–60 minut w zależności od konkretnych potrzeb. Zajęcia prowadzone są najczęściej w grupach 6–14-osobowych. MRR przynosi wiele korzyści – ma duże znaczenie terapeutyczne we wspomaganiu zaburzonego rozwoju dziecka oraz wpływa na funkcjonowanie dziecka w dwóch głównych sferach rozwoju, wspomaga bowiem zarówno rozwój fizyczny, jak i rozwój osobowości. Przy często dużych problemach dzieci z zaburzeniami rozwoju w świadomości swego ciała, ważne jest, że podczas zajęć dzieci poznają swe ciało, doświadczają go, zaczynają czuć się w nim po prostu naturalnie, używają go i kontrolują, przyswajając jednocześnie tzw. słownik ruchowy, co następnie pozwala im zastosować elementy ruchu ciała w wielu zadaniach o charakterze aktywności fizycznej. Dziecko odczuwa swoją siłę i usprawnia motorykę. Co więcej, ruch ciała o stopniowo coraz lepszej jakości może stać się bazą do odkrywania przez dzieci nowych form aktywności. Wśród zalet wspomagania rozwoju osobowości niewątpliwie wymienić należy te związane z silniejszym poczuciem samego siebie, swej tożsamości, wzrostem pewności siebie i swych możliwości, co skutkować może częstszym podejmowaniem inicjatywy i wykorzystywaniem własnej inwencji w działaniu samodzielnym i w kontakcie z innymi osobami. W kontakcie z innymi dziećmi czy dorosłymi widoczny jest równocześnie wzrost wrażliwości dzieci na potrzeby i uczucia innych. Nabierają także wprawy w nawiązywaniu kontaktów, we wzajemnych interakcjach, w byciu razem, we wspólnym działaniu, w komunikowaniu się i dzieleniu doświadczeniami. W tej metodzie nie ma miejsca na anonimowość, na bytowanie na marginesie życia w grupie, na samotność. Nie sposób zapomnieć o doskonaleniu umiejętności skupiania uwagi na realizowanych czynnościach uczeniu się dzięki doświadczaniu aktów ruchowych.

MRR uznawana jest za metodę skuteczną, a jeśli nawet – w opinii niektórych ją stosujących – nie przynoszącą ogromnych wymiernych efektów, to na pewno nie szkodzącą dziecku, a wspierającą jego rozwój. Metoda ta stwarza poza tym dziecku (i jego rodzicowi) możliwość osiągania sukcesu – o który tak trudno w życiu dziecka „innego" – podczas wykonywania ćwiczeń, pozwala na wspólną satysfakcję z pokonywania trudności. Ma to szczególne znaczenie zważywszy na sytuację psychospołeczną i dziecka, i rodzica, pozwala bowiem na zaspokojenie ważnych potrzeb psychicznych. Zabawowa, radosna atmosfera podczas zajęć MRR dodatkowo przyczynia się do podniesienia dobrostanu psychicznego ćwiczących, osiągnięcie satysfakcji z własnych dokonań. Dzięki tej metodzie możliwe jest wyjście poza schemat relacji rodzic – dziecko z problemem, dziecko z niepełnosprawnością. Pozwala na chwilę wytchnienia w naznaczonej sytuacjami trudnymi codzienności rodziny doświadczającej niepełnej sprawności swojego członka. Jednocześnie wzmacnia więź emocjonalną między terapeutą, rodzicem i dzieckiem, stwarza sytuacje przeżywania pozytywnych relacji w bezpośrednim fizycznym (wzrokowym, dotykowym) kontakcie ćwiczących, zmniejsza dystans między nimi w „pozbawionej sztywności sytuacji": luźny strój (dres), nieskrępowane obuwiem bose stopy. Efektywność metody zwiększy troska o stworzenie odpowiednich warunków realizacji zajęć: technicznych, o których już wcześniej wspomniano oraz natury psychologicznej. Należy bowiem zawsze pamiętać, że uczestnictwo w zajęciach jest dobrowolne i osoba biorąca w nich udział ma prawo do swobodnej decyzji, w kwestii realizacji poszczególnych ćwiczeń. To pozwoli na uniknięcie stresu podczas zajęć, tak samo jak i brak atmosfery rywalizacji. Dziecko ma czuć się bezpiecznie, ufać sobie i innym, mieć poczucie sprawstwa. Ma rozwijać własną aktywność i twórczość – wszystko to na miarę własnych możliwości. Osiągnięcie tego wszystkiego jest możliwe w pracy z dzieckiem metodą Sherborne, należy niemniej jednak pamiętać, że każda metoda nabiera cech specyficznych, charakterystycznych tylko dla konkretnej sytuacji i dla uczestniczących w niej osób, co oznacza niejednokrotnie wybór tych elementów metody, które będą najlepsze dla dziecka. Należy pamiętać, że nie dziecko dopasowujemy do metody, lecz metodę modyfikujemy na potrzeby dziecka, wtedy tylko praca terapeutyczna i wspierająca rozwój dziecka ma sens i możliwe jest osiągnięcie prze dziecko i terapeutę sukcesu.

JL-L

A: MRD [МРД] (ros.), MRR (pol.). SDM (ang.).
B: Bogdanowicz, Kisiel, Przasnyska, 1992; Bogdanowicz, Kasica, 2003; Sherborne, 1997; Skorupka, 2003.
O: Sherborne Veronica.
TK: ang. *The Sherborne Developmental Movement* SDM] / *Sherborne Developmental Movement Method*, fr. *méthode de mouvement Veronica Sherborne* / *Méthode du Mouvement Développant selon Veronique Sherborne*, hiszp. *Método del Movimiento del Desarrollo de Verónica Sherborne*, niem. *Bewegungsmethode von Veronica Sherborne,* ros. *метод развивающего движения* (МРД) *Веронки Шерборн.*

Bibliografia

Bogdanowicz M., Kisiel B., Przasnyska M., *Metoda Weroniki Sherborne w terapii i wspomaganiu rozwoju dziecka*. Warszawa 1992.
Bogdanowicz M., Kasica A., *Ruch rozwijający dla wszystkich*. Gdańsk 2003.
Sherborne W., *Ruch rozwijający dla dzieci*. Warszawa 1997.
Skorupka E., *Metoda Weroniki Sherborne w profilaktyce i korekcji wad postawy ciała*. „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne" 2003, nr 3.

Międzynarodowe Biuro Audiofonologii

– jest towarzystwem naukowym, które zrzesza specjalistów z zakresu audiofonologii i dziedzin pokrewnych. Zostało powołane w roku 1967 ustawą króla Belgii Baldwina I Koburga (1930–1993) pn. *Bureau International d'AudioPhonologie* [BIAP]. Członkami towarzystwa są przedstawiciele krajowych i regionalnych komitetów audiofonologii, w tym Polski Komitet Audiofonologii, a także zbliżonych organizacji. Podstawowymi celami BIAP jest wymiana poglądów z zakresu audiofonologii, tworzenie zaleceń i wdrażanie ich do programu → rehabilitacji osób z uszkodzonym słuchem, jak również prace o charakterze leksykograficznym, przykładem może być następująca próba zdefiniowania audiofonologii: „Przedmiotem audiofonologii są badania słuchu, głosu i mowy i języka. Audiofonologia zajmuje się anatomicznymi, fizjologicznymi, akustycznymi, fonetycznymi, lingwistycznymi, psychologicznymi i społecznymi kwestiami → komunikacji. Zaburzenia komunikacji rozpatrywane są w kilku wymiarach: medycznym, psychologicznym, pedagogicznym, logopedycznym i protetycznym" (1967, zob. https://www.biap.org…). W określeniu tym ukazano szerokie spektrum zainteresowań audiofonologii i jej naukowej organizacji, stąd w ramach BIAP pracuje ok. 40 komisji technicznych, zajmujących się m.in. klasyfikacją uszkodzeń słuchu, technicznymi środkami elektroakustycznymi, wczesną diagnozą uszkodzeń słuchu, profilaktyką uszkodzenia słuchu, → niepełnosprawnością sprzężoną z uszkodzeniem słuchu, oceną rozwoju → integracji społecznej, sposobami porozumiewania się osób niesłyszących, metodami badań audiofonologicznych czy poradnictwem dla rodziców dzieci z uszkodzeniem słuchu i/lub przygotowywanych do implantacji. Stworzono także w siedzibie BIAP w Liège Centrum Dokumentacji. Obecnym prezydentem BIAP jest Andrea Bohnert, a sekretarzem generalnym Laurent Demanez. Strona internetowa: https://www.biap.org.

AKO

A: BIAP (fr.).
N: https://www.biap.org; https://www.biap.org…
O: t. 1: głuchota, głuchota i niedosłuch, głuchota starcza, t. 2, komunikacja, komunikacja alternatywna i wspomagająca, t. 5: głuchota mechaniczna, głuchota percepcyjna.
TK: ang. *International Bureau for Audiophonologie*, fr. *Bureau International d'AudioPhonologie* [BIAP] / *Bureau International d'Audiophonologie*, hiszp. *Oficina Internacional de audiofonología*, niem. *Internationales Büro für Audiophonologie*, ros. *Международное бюро аудиофонологии*.

Netografia

https://www.biap.org
https://www.biap.org/en/international-bureau-for-audiophonologie

modele niepełnosprawności

W społeczeństwach nowoczesnych, do lat 70. XX wieku, fundamentem polityki wobec osób niepełnosprawnych był medyczny model niepełnosprawności. [Przez model rozumie się reprezentację odzwierciedlającą, kopiującą lub w inny sposób ilustrującą wzorzec relacji dostrzeżonych w danych lub w naturze. Wartość i użyteczność tak pojmowanego modelu wynika z przewidywań, jakie można wysunąć na jego podstawie oraz z jego funkcji w ukierunkowywaniu badań i rozwijaniu teorii (A.S. Reber, E.S. Reber, 2005) – przyp. aut.]. Należy podkreślić, że model ten nadal stanowi podstawę funkcjonowania służb społecznych na rzecz osób niepełnosprawnych w wielu państwach. W modelu medycznym → niepełnosprawność jest traktowana jako „stan", który wymaga odpowiedniego „leczenia" (Woźniak, 2008). Niepełnosprawność jest traktowana jak → choroba, ponieważ wywołują ją czynniki genetyczne, teratogenny i patogeny, a także urazy i uszkodzenia mechaniczne. Medycyna dysponuje szeroką

gamą leków i skutecznych metod inwazyjnego „naprawiania". Dzięki temu potrafi uleczyć wiele niepełnosprawności, a liczne postępujące procesy patologiczne może spowolnić, powstrzymać lub odwrócić. A jeśli jakiegoś rodzaju niepełnosprawności nie można wyleczyć obecnie, to dzięki szybkiemu postępowi w medycynie, taka możliwość pojawi się w przyszłości (Wiliński, 2010). Z kolei osobom, których całkowite wyleczenie nie jest możliwe, model medyczny oferuje → rehabilitację. Jej celem jest minimalizowanie nieodwracalnych skutków niepełnosprawności, takich jak np. brak jakiegoś narządu lub jego trwała dysfunkcja.

W modelu medycznym osobie niepełnosprawnej przypisywana jest rola chorego. Wykorzystuje się tu koncepcję Talcotta Parsonsa (1902–1979), zgodnie z którą choroba jest rodzajem dewiacji społecznej, ponieważ uniemożliwia lub ogranicza pełnienie ról społecznych. W konsekwencji, zakłóceniu ulega normalne funkcjonowanie jednostki, obniża się jej przydatność, sprawność i ekonomiczna wydajność (Parsons, 2009). Ponieważ chory nie może wyzdrowieć tylko dzięki „własnym chęciom", społeczeństwo pozwala mu na pewien → czas opuścić „normalne" role społeczne". Z kolei chory musi uzyskać medyczne potwierdzenie stanu swojego → zdrowia i postępować zgodnie z przepisaną terapią po to, aby jak najszybciej wyjść z roli chorego. Występując w roli chorego jednostka powinna postępować zgodnie z wolą specjalistów zajmujących się jej przypadkiem. Specjaliści bowiem znają możliwości i ograniczenia niepełnoprawnej osoby lepiej niż ona sama. Zgodnie z medycznym modelem niepełnosprawności podmiotem oddziaływań pomocowych jest niepełnosprawna jednostka, ponieważ tylko ona może się zmienić. Społeczeństwo jako takie jest niezmienne. Tak sprawność, jak i niepełnosprawność są traktowane jako cechy danej osoby. Oddziaływania pomocowe powinny być zorientowane na ciało i psychikę osób z zaburzeniami fizycznymi, intelektualnymi i psychicznymi i powinny skutkować pożądanymi zmianami w indywidualnych właściwościach tych osób. Niepełnosprawność to problem tkwiący w organizmie, który może być rozwiązany wyłącznie poprzez działania specjalistów. Natomiast z konsekwencjami niepełnosprawności w obszarze doświadczeń osobistych i w funkcjonowaniu społecznym niepełnosprawna osoba musi radzić sobie sama, albo szukać pomocy poza systemem opieki zdrowotnej (Smart, 2009). Zasadnicza zmiana w rozumieniu istoty niepełnosprawności nastąpiła w latach 60. XX stulecia wraz z pojawieniem się ruchu emancypacyjnego osób z niepełnosprawnościami. W Stanach Zjednoczonych przejawem tych dążeń były gwałtowne protesty na początku lat 70. XX wieku, spowodowane znacznym opóźnieniem we wprowadzeniu ustawy rehabilitacyjnej zabraniającej dyskryminowania osób niepełnosprawnych, szczególnie w miejscu pracy. Uchwalenie ustawy w roku 1973 nadało prawa obywatelskie osobom niepełnosprawnym, zintegrowało ich organizacje i stworzyło podstawy amerykańskiej wersji społecznej koncepcji niepełnosprawności jako modelu mniejszości (zob. www.usbr.gov…). Zgodnie z tym modelem osoby niepełnosprawne są traktowane jako dyskryminowana mniejszość społeczna, która sama broni swoich praw, a jednocześnie nie rezygnuje z pomocy osób sprawnych i specjalistów.

Początki brytyjskiej wersji społecznego modelu niepełnosprawności sięgają roku 1966, kiedy to Paul Hunt, niepełnosprawny fizycznie pensjonariusz domu opieki w Hampshire, chorujący na rdzeniowy zanik mięśni, zredagował pracę zbiorową pt. *Piętno: Doświadczenie niepełnosprawności.* W 1975 założył Związek Upośledzonych Fizycznie Przeciw Segregacji (ang. *Union of the Physically Impaired Agains Segregation* – UPIAS), który składał się z niewielkiej, ale bardzo aktywnej grupy osób niepełnosprawnych fizycznie, czerpiących inspirację ze strukturalizmu oraz marksistowskiej socjologii i filozofii. Celem związku było wyeliminowanie instytucjonalnych form → opieki nad osobami niepełnosprawnymi z jednoczesnym zapewnieniem im: pełnego uczestnictwa w życiu społecznym, niezależnej egzystencji, podjęcia pracy i prawa decydowania o własnym losie. Intensywne działania prowadzone przez członków UPIAS zaowocowały wypracowaniem społecznego modelu niepełnosprawności. Niebagatelną rolę w tym procesie odegrali niepełnosprawni fizycznie przedstawiciele środowiska akademickiego, m.in. Irving Kenneth Zola (1934–1994), Michael Oliver, Vick Finkelstein, Geof Mercer i Colin Barnes.

W 1976 UPIAS ogłosił manifest pt. *Podstawowe Zasady Niepełnosprawności*, w którym zamieszczono znamienną formułę: „Z naszej perspektywy, to społeczeństwo upośledza osoby niepełnosprawne fizycznie. Niepełnosprawność jest czymś nadbudowanym nad naszymi ułomnościami przez fakt, że jesteśmy niepotrzebnie izolowani i wykluczani z pełnego uczestnictwa w życiu społecznym. Niepełnosprawni są zatem grupą uciskaną w społeczeństwie". To stwierdzenie zostało później rozszerzone i objęto nim także osoby z niepełnosprawnościami sensorycznymi oraz niepełnosprawnością intelektualną.

Podstawowym elementem społecznego modelu niepełnosprawności jest rozróżnienie między uszkodzeniem (fizycznym → upośledzeniem) a niepełnosprawnością, rozumianą jako rezultat opresyjnego traktowania przez otoczenie społeczne. [W polskiej literaturze pojecie *niepełnosprawność* funkcjonuje jako mniej stygmatyzujący zastępnik wcześniej stosowanego terminu *upośledzenie*. Natomiast w języku angielskim pojęcie niepełnosprawność (ang. *disability*) akcentuje przede wszystkim społeczny aspekt uszkodzenia organizmu lub jego dysfunkcji – przyp. aut.]. Wg UPIAS „uszkodzenie (ang. *impairment*) to całkowity lub częściowy brak kończyny albo nieprawidłowe funkcjonowanie kończyny, narządu lub organizmu". Natomiast niepełnosprawność (ang. *disability*) oznacza „niedogodność lub ograniczenie aktywności spowodowane współczesną organizacją społeczeństwa, która nie uwzględnia w ogóle lub w niewielkim stopniu ludzi mających uszkodzenia lub wady fizyczne i z tego powodu wyklucza ich z udziału w głównym nurcie życia społecznego".

Zaproponowane przez UPIAS definicje pozwalają zrozumieć różnicę między medycznym a społecznym modelem niepełnosprawności. W pierwszym modelu niepełnosprawność jest traktowana jako biologicznie zdeterminowana wada, natomiast w modelu społecznym, jako rezultat funkcjonowania → barier społecznych. Zgodnie z założeniami społecznego modelu niepełnosprawności, ani uszkodzenie ciała, ani występowanie ograniczenia funkcjonalnego nie może być podstawą uznania osoby za niepełnosprawną. Osoba staje się niepełnosprawną wówczas, gdy jej uczestnictwo w życiu społecznym okazuje się niemożliwe lub bardzo ograniczone. Dzieje się tak z powodu występowania dwóch typów barier. Pierwszy, to → bariery fizyczne, czyli przeszkody – w poruszaniu się, dostępie do budynków, korzystaniu ze środków transportu itp. Drugi, to → bariery społeczne, wynikające ze stereotypów osób niepełnosprawnych i prowadzące do ich stygmatyzacji. Wg założeń modelu społecznego, jednostkowe problemy stają się problemami społecznymi i tylko jako takie mogą być rozwiązywane. „Niepełnosprawność powstaje dopiero w zetknięciu z barierami, za które odpowiedzialne jest społeczeństwo. Uszkodzenia ciała nie tworzą niepełnosprawności w sensie społecznym. To dopiero ograniczenia wynikające z nieprzystosowania społeczeństwa decydują o tym, czy dana osoba zostanie z niego wykluczona" (Karaś, 2012).

Krytyczne opinie pod adresem społecznego modelu niepełnosprawności pojawiły się na przełomie XX i XXI wieku. Wątpliwości wzbudziło przyjmowane przez zwolenników społecznego modelu niepełnosprawności rozróżnienie między uszkodzeniem a niepełnosprawnością, często porównywane do rozróżnienia między płcią biologiczną a płcią kulturową występującego w debatach feministycznych. „Uszkodzenie" to cecha ciała lub psychiki jednostki, natomiast „niepełnosprawność" to związek pomiędzy osobą posiadająca uszkodzenie a społeczeństwem. Jest to binarne rozdzielenie tego co biologiczne od tego, co społeczne. Redukuje cielesny wymiar niepełnosprawności w celu zanegowania związku przyczynowego między uszkodzeniem a niepełnosprawnością oraz utworzenia nowego związku – między jednostką a środowiskiem społecznym. Można powiedzieć, że zwolennicy modelu społecznego powielają XVII-wieczny, kartezjański podział na niematerialistyczny umysł i fizyczne ciało. Ponadto stanowisko prezentowane w modelu społecznym, jakoby niepełnosprawność była uwarunkowana wyłącznie czynnikami społecznymi, jest trudne do przyjęcia przez osoby sprawne, bowiem przeczy ich naocznemu doświadczeniu.

Niemożliwym do zrealizowania elementem społecznego modelu niepełnosprawności jest postulat środowiska bez barier. Jak zauważa Tom [Thomas] Shakespeare (2010), liczne elementy naturalnego środowiska są niedostępne dla osób niepełnosprawnych: góry i plaże dla osób korzystających z wózków inwalidzkich, zachody słońca dla osób niewidomych, śpiew ptaków dla osób głuchych. W warunkach miejskich wiele → barier architektonicznych może być wyeliminowanych, ale niekoniecznie w budowlach o charakterze historycznym. Ponadto usuniecie barier utrudniających funkcjonowanie osobom z jednym rodzajem niepełnosprawności może być jednoczesnym stworzeniem barier dla osób z inną niepełnosprawnością, np. osoby niewidome preferują schody i dobrze wyznaczone krawężniki, a osoby na wózkach – równe powierzchnie, rampy i podjazdy. Bywa, że osoby z tym samym typem niepełnosprawności potrzebują różnych dostosowań, np. osobom z niepełnosprawnością wzrokową należy zapewnić: teksty pisane → alfabetem Braille'a, teksty pisane wielką czcionką lub nagrania audio.

Zwolennicy społecznego modelu często wskazują na podobieństwo sytuacji osób niepełnosprawnych z sytuacją innych grup defawaryzowanych. I chociaż osoby niepełnosprawne spotykają się z uprzedzeniami i → dyskryminacją tak samo jak kobiety, osoby homoseksualne czy przedstawiciele mniejszości etnicznych, to jest istotna różnica. Po wyeliminowaniu dyskry-

minacyjnych praktyk kobiety, przedstawiciele mniejszości etnicznych, osoby o odmiennym kolorze skóry lub innej orientacji seksualnej mogą wieść szczęśliwe → życie. Natomiast osoby niepełnosprawne, po usunięciu barier społecznych, nadal pozostają w niekorzystnym położeniu z uwagi na występujące u nich uszkodzenia.

Nadzieję na stworzenie jednego, spójnego i uniwersalnego sposobu rozumienia niepełnosprawności daje – przyjęta w 2001 r. przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICDH-2). Aktualnie, na swych stronach internetowych WHO podaje, że „niepełnosprawność jest terminem zbiorczym obejmującym uszkodzenia, ograniczenia aktywności oraz ograniczenia uczestnictwa. Uszkodzenie jest problemem w funkcjonowaniu lub strukturze ciała. Ograniczenie aktywności jest trudnością na jaką napotyka jednostka wykonując działanie lub zadanie. Ograniczenie uczestnictwa jest problemem, jaki doświadcza jednostka angażując się w sytuacje życiowe. Niepełnosprawność to nie tylko problem zdrowotny. To złożone zjawisko odzwierciedlające interakcje między cechami organizmu osoby a cechami społeczeństwa, w którym ta osoba żyje" (http://www.who.int…).

Ujmowanie zatem niepełnosprawności jako zjawiska wynikającego z interakcji czynników biologicznych i społecznych może być niezmiernie pomocne w przezwyciężeniu skrajnie redukcjonistycznych stanowisk prezentowanych w modelu medycznym i modelu społecznym. W tym kontekście na uwagę zasługuje stanowisko Ireny Obuchowskiej (1991), która zaproponowała odejście od medycznej koncepcji niepełnosprawności na rzecz koncepcji funkcjonalnej, podkreślającej możliwości niepełnosprawnej osoby. Zauważyła, że „pojęcie niepełnosprawności wyraża ideę, że istnieją ludzie, którzy nie są całkowicie sprawni, co jest prawdą, ale jednocześnie zakłada istnienie tych innych, w pełni sprawnych. A to już prawdą nie jest, bowiem ludzie różnią się zakresem i stopniem sprawności, czy też – ujmując problem z przeciwnego bieguna – niesprawności". Dlatego sprawność i niepełnosprawność każdej ludzkiej istoty można rozpatrywać na kontinuach, które są dynamiczne, zależne zarówno od faz życia, jak i właściwości indywidualnych uwarunkowanych biologicznie, społecznie czy wręcz sytuacyjnie. Nie ma więc osób zawsze i pod każdym względem nieprawnych, jak i sprawnych. Jest bowiem właściwością natury ludzkiej, że zakres i poziom sprawności są rozmaite. „I jest też prawdą, ze pomimo różnych niesprawności i ograniczeń, ludzie potrafią przeżywać życie pożytecznie i z poczuciem sensu realizując różne jego warianty. Istotne w życiu ludzkim jest bowiem nie to, w co natura wyposażyła człowieka, ale to, co ze swoim – lepszym czy gorszym wyposażeniem zrobi, co jest dla niego ważne, jakich dokona wyborów" (Obuchowska, 1991). Zbliżone stanowisko zajmuje Zbigniew Woźniak (2008) proponując tzw. interakcyjny model niepełnosprawności. Jego zdaniem „zasadnicza przyczyna niepełnej sprawności tkwi w interakcjach istotnych dla konkretnego działania – w interakcjach między indywidualnymi umiejętnościami/zdolnościami a warunkami środowiska, w których potencjał jednostki się aktualizuje, dla których punktem odniesienia są normy, wzory i wartości społeczne oraz społeczne oczekiwania kształtujące doświadczenia ludzi z ograniczoną sprawnością, co znajduje odzwierciedlenie w procesie realizacji ról społecznych w toku partycypacji społecznej" (Woźniak. 2008). Pomimo tych obiecujących propozycji aktualnym pozostaje postulat Toma Shakespeare'a i Marka Ericksona (2000), aby nie toczyć jałowych sporów, czy niepełnosprawność ma charakter medyczny, czy społeczny, ale dążyć do zbudowania takiego modelu, który integrowałby jej wszystkie wymiary: cielesny, psychologiczny, kulturowy, społeczny i polityczny.

AT

B: Hunt, 1966; Karaś, 2012; Obuchowska, 1991; Parsons, 2009; A. S. Reber, E. S. Reber, 2005; T. Shakespeare, 2010; T. Shakespeare, Erickson, 2000; Smart, 2009; Wiliński, 2010; Woźniak, 2008.

N: http://www.who.int…; www.usbr.gov…

O: bariery, niepełnosprawność.

S: zintegrowany model niepełnosprawności.

TK: ang. *models of disability / concepts of disability*, fr. *modèles du handicap / conceptions du handicap*, hiszp. *modelos de la discapacidad*, niem. *Modelle von Behinderung*, ros. *модели инвалидности*.

Bibliografia

Hunt P. (ed.), *Stigma*. London 1966.

Karaś M., *Niepełnosprawność, od spojrzenia medycznego do społecznego*. „Przegląd Prawniczy, Ekonomiczny i Społeczny" 2012, nr 4.

Obuchowska I., *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*. Warszawa 1991.

Parsons T., *System społeczny*. Kraków 2009.

Reber A. S., Reber E. S., *Słownik psychologii*. Warszawa 2005.

Shakespeare T., *The social model of disability*, w: L. J. Davis (ed.), *The Disability Studies Reade*r. New York 2010.

Shakespeare T.,., Erickson M., *Different strokes*, w:] S. Rose, H. Rose (eds.), *Coming to life*. New York 2000.
Smart J. F., *The power of models of disability.* "Journal of Rehabilitation" 2009, vol. 75 [2].
Wiliński M., *Modele niepełnosprawności…*, w: A. I. Brzezińska, R. Kaczan, K. Smoczyńska (red.), *Diagnoza potrzeb i modele pomocy dla osób z ograniczeniami sprawności*. Warszawa 2010.
Woźniak Z., *Niepełnosprawność i niepełnosprawni w polityce społecznej*. Warszawa 2008.

Netografia

http://www.who.int/topics/disabilities/en/
www.usbr.gov/cro/pdfsplus/rehabact.pdf

modele wsparcia, pomocy i opieki senioralnej

Narastanie dysfunkcjonalnych dla → życia najstarszego pokolenia problemów zdrowotnych i wzrostu potrzeb socjalnych, wywoływać może trudności, których przezwyciężenie wykracza poza środki własne, możliwości oraz uprawnienia → seniora i jego → rodziny, stąd też wymaga integrowania osobowych, materialnych i instytucjonalnych zasobów, służących rozwiązywaniu problemów jednostkowych i grupowych, eliminowaniu zagrożeń oraz umożliwiających seniorom realizację zadań życiowych, aspiracji i wartości. Dlatego też współczesne systemy socjalne opierają się zarówno na aktywności państwa oraz jego wyspecjalizowanych struktur i instytucji (poziom makro i mezo), jak również na zaradności i solidarności poszczególnych ludzi, → rodzin, grup społecznych i społeczności (poziom mikro). [Wyjaśnić należy, że zasoby obejmują to wszystko co służy osiąganiu celów, rozwiązywaniu problemów, eliminowaniu zagrożeń oraz co umożliwia ludziom realizację zadań życiowych, aspiracji lub wartości. Zasoby: to wszystko co służy osiąganiu celów, rozwiązywaniu problemów, eliminowaniu zagrożeń oraz co umożliwia ludziom realizację zadań życiowych, aspiracji lub wartości – przyp. aut.].

Istnieją szczególne momenty w życiu każdego człowieka, w które wpisany jest spadek bądź → utrata samodzielności i niezależności jednostki (w tym zwłaszcza niepełnosprawna → starość), generujące potrzebę → wsparcia, pomocy i/lub → opieki ze strony innych osób czy zbiorowości. Jakkolwiek wsparcie (ang. *support*), pomoc (ang. *help*) i opieka (amg. *care*) nie są synonimami, to jednak ich zakresy definicyjne mogą w pewnych przypadkach zachodzić na siebie (Kacperczyk, 2006), a ich aktywnymi podmiotami mogą być zarówno jednostki, jak i grupy, a także zbiorowości oraz instytucje (tabela 1).

Zgodnie z zasadą pomocniczości ciężar działalności związanej z realizowaniem zróżnicowanych form wsparcia, a także pomocy i opieki przenosi się współcześnie na samorząd terytorialny, zwłaszcza niższych szczebli (gmina, powiat), organizacje społeczne i sektor prywatny, a także na pierwotne grupy społeczne (rodzina, kręgi przyjacielskie, sąsiedztwo).

Wsparcie może być dostępne za pośrednictwem więzi społecznych z innymi ludźmi, grupami i szerszą zbiorowością z istniejącymi funkcjonalnymi systemami społecznymi (oświata, opieka zdrowotna, → pomoc społeczna) dostarczającymi wsparcia instrumentalnego (materialnego i ekonomicznego), informacyjnego (dane o formach, instytucjach i środkach wsparcia) i integrującego (miara osadzenia jednostki w sieci społecznej).

Wyróżnić można trzy kategorie źródeł wsparcia:

1. Wsparcie pośrednie (formalne, poziom makro- i mezospołeczny), które obejmuje ustawodawstwo krajowe oraz dyrektywy Organizacji Narodów Zjednoczonych (ONZ) i Unii Europejskiej (UE) a także tzw. lokalne prawo miejscowe, oraz wsparcie wpisane w zadania statutowe struktur organizacyjno-funkcjonalnych państwa (władze centralne, samorząd terytorialny);
2. Wsparcie bezpośrednie (nieformalne, poziom mikrospołeczny), osobiste – krewni, przyjaciele, koledzy, znajomi, sąsiedzi itp. (wsparcie socjoemocjonalne, tzw. „przysługi", porady i informacje itp.), bądź profesjonalne, czyli działania praktyczne łączące wymiar informacyjny i instrumentalny (organizacje, wyspecjalizowane instytucje, grupy wsparcia, wspólnoty religijne itp.),

Priorytety i formy wsparcia zakresowo różnią się w zależności od → czasu i miejsca (kraju, regionu), kultury i warunków społeczno-ekonomicznych życia członków społeczności (ustrój i gospodarka), oraz funkcjonującego systemu zabezpieczenia społecznego (polityka społeczna, kadry, finanse).

Wsparcie na poziomie makrostruktur (parlament, rząd i jego agendy) obejmuje działania, których celem jest przygotowanie rozwiązań problemów związanych ze → starzeniem się populacji poprzez włączanie się w proces przygotowywania reform i zmian w obrębie szerszych systemów instytucjonalnych, usług i polityk sektorowych mających wpływ na życie jednostki, grupy i społeczności (działania pośrednie). Może ono polegać na inspirowaniu i/lub przygotowywaniu rozwiązań ustawowych, struktur wykonawczych, programów profilaktycznych i naprawczych oraz formułowaniu zadań dla sfery socjalnej definiowanych w ramach

polityki społecznej przez władze centralne (częściowo także przez samorząd regionalny w ramach prawa miejscowego), a także w ramach roli organizatora społeczności lub analityka (identyfikacja podstawowych obszarów wymagających zmian) oraz rzecznika zmian legislacyjnych (aktywność na arenie politycznej, lobbing). Umożliwiać to powinno administracji publicznej i jej partnerom społecznym uzgodnienie oraz wyznaczenie obszarów promowanych i chronionych w ramach programów wsparcia, zaś dysponentom środków publicznych dostarczać powinno danych umożliwiających kierowanie adekwatnych do potrzeb nakładów na realizację programów gerontologicznych i racjonalne wykorzystanie zasobów (także poza sektorem publicznym).

Wsparcie starzejącej się części populacji płynące ze strony władz szczebla centralnego ma **charakter działań pośrednich** i jest wypadkową decyzji parlamentarno-rządowych (ustawodawstwo, programy krajowe i unijne, zalecenia organizacji międzynarodowych itp.):

1. Określających **za co i za kogo** państwo bierze odpowiedzialność w tworzeniu warunków i możliwości sprzyjających rozwojowi jednostki, zbiorowości, systemów funkcjonalnych w różnych fazach i formach aktywności tychże podmiotów (miejsce najstarszego pokolenia we wtórnym poddziale dochodu narodowego);
2. Gwarantujących ochronę praw człowieka i reguł demokracji uczestniczącej (partycypacja obywateli w podejmowaniu decyzji, katalog praw osób starszych);
3. Określających podmioty polityki społecznej oraz zasady, kierunki i ramy strukturalno-instytucjonalne współpracy międzysektorowej w → sieci społecznej i wsparcia społecznego, określając równocześnie obszary chronione i/lub wyłączane z czystej gry rynkowej (miejsce i zadania → polityki senioralnej w polityce społecznej);
4. Dokonujących przydziału odpowiedzialności i delegowania kompetencji na poszczególne poziomy organizacyjne struktur państwa (centrum – samorząd terytorialny) oraz roli społeczeństwa obywatelskiego w procesie konstruowania i funkcjonowania sieci wsparcia (programy gerontologiczne i ich partnerzy);
5. Stosujących/przywracających sprawiedliwe reguły w podziale zasobów, dzięki takim mechanizmom solidarności społecznej jak redystrybucyjne opodatkowanie oraz regulowanie dostępności instytucjonalnych form wsparcia finansowanych ze środków publicznych (ochrona statusu socjozdrowotnego starzejących się obywateli).

Wsparcie na rzecz starzejącej się części populacji generowane na poziomie makrospołecznym służy budowaniu zasobów i infrastruktury prawno-instytucjonalnej służącej osiąganiu równowagi w funkcjonowaniu podsystemów i sieci społecznych pracujących na rzecz osób starszych i z ich współudziałem. Natomiast wsparcie realizowane na poziomie regionalnym bądź lokalnym (poziom mezo-) polega na tworzeniu podglebia infrastrukturalnego oraz uruchamianiu w oparciu o cele i zadania polityki społecznej **bezpośrednich działań pomocowych lub opiekuńczych** (łączenie ludzi i usług), służących kształtowaniu/utrzymaniu/poprawie warunków i → jakości życia oraz funkcjonowaniu ludzi starzejących się i starych. W budowaniu sieci wsparcia społecznego istotną rolę odgrywają także: **grupy wsparcia**, których członkowie łączą się zazwyczaj z uwagi na jakąś wspólną cechę/potrzebę/problem merytoryczne, ale zarządzane są przez wspierających ich działalność profesjonalistach (lekarze, psychologowie itp.), oraz **organizacje sektora pozarządowego** wspierające ludzi starszych w procesie stawania się aktywnym i niezależnym podmiotem oraz partnerem w sprawach → zdrowia i sprawności oraz położenia materialnego.

Z kolei wsparcie na poziomie mikrospołecznym kojarzone jest przede wszystkim z rodziną i jej zapleczem społeczno-kulturowym – ilekroć rozważamy rolę rodziny w budowaniu wsparcia dla swych najstarszych członków, tylekroć w pierwszej kolejności stajemy wobec konieczności dokonania przeglądu czynników stanowiących o spójności i solidarności wewnątrzrodzinnej, a tym samym określenia potencjałów tkwiących w jej obrębie.

Pomoc znaczy tyle, co praca, wysiłek albo działanie (fizyczne lub moralne) podjęte dla dobra innej osoby, organizacji i/lub instytucji w celu ułatwienia/zrównoważenia możliwości działania, poratowania w trudnej sytuacji lub w zagrożeniu (także: udzielić komuś środków materialnych, pieniędzy). W procesie pomagania punkt ciężkości spoczywa na podejmowaniu działania/wysiłku we współpracy podmiotów pomagających z beneficjantami, by osiągnąć pożądany efekt – pomoc wiąże się z uzyskaniem korzyści na rzecz czegoś lub kogoś i może być doraźna, okresowa, wzajemna i/lub zwrotna w ramach wymiany społecznej.

Zasada ogólna w procesie pomagania stanowi, że **biorca** czyni wszystko co leży w zakresie jego możliwości, zaś **dawca** udziela pomocy tylko w takim zakresie, jak jest to konieczne – są jednak sytuacje, które wymagają

poważnego i stałego nakładu sił i środków w sprawowaniu opieki nad osobami z głębokim ograniczeniem sprawności lub całkowicie niesamodzielnymi, zależnymi od otoczenia (zwłaszcza w późnej starości).

Pomoc służyć ma przede wszystkim utrzymaniu i stabilizowaniu funkcjonowania ludzi starzejących się w ich środowisku tak długo jak to będzie możliwe z punktu widzenia stanu zdrowia i sprawności oraz sytuacji materialnej i posiadania kręgu wsparcia wśród osób bliskich. [Stwarza to możliwość kontrolowania fizycznego otoczenia; funkcjonowanie w czytelnym środowisku ze znajomością sąsiadów, sklepów, placówek usługowych, miejsc wypoczynku i spacerów (zażyłość, podstawa familiarności) oraz prowadzenia gospodarstwa domowego i codzienne czynności służące utrzymaniu domu lub mieszkania, co sprzyja aktywności i ma także kognitywne znaczenie – przyp. aut.].

Utrzymaniu samodzielności i niezależności życiowej osób starszych tak długo, jak to tylko możliwe służy w ramach działań pomocowych przede wszystkim:

1. Adaptowanie mieszkania w stopniu umożliwiającym maksymalny poziom samodzielności seniora w codziennym funkcjonowaniu (w tym technologie informatyczno-komunikacyjne, monitoring przemieszczania się i funkcji życiowych),
2. Instalowanie urządzeń ułatwiających osobie starszej higienę osobistą (poręcze w wannie i obok niej, umywalki i lustra dostępne dla osób na wózku inwalidzkim, ławeczka w wannie lub pod prysznicem),
3. Stosowanie łatwo dostępnych i prostych w użyciu urządzeń w gospodarstwie domowym (np. włączników świateł, kranów, klamek oraz oprzyrządowanie kuchni i sanitariatów),
4. Koncentrowanie uwagi na tym, co starzejące się osoby starsze mogą jeszcze zrobić samodzielnie (np. mogą ubrać górną część garderoby, ale mają kłopoty z dolną partią ciała);
5. Włączanie seniorów w proces tworzenia planu pomocy stwarzając tym samym szansę późniejszego ich udziału w działaniach opiekuńczych w miarę zachowanych możliwości (potencjału).

Jeśli seniorom mobilnym i samodzielnym życiowo z różnych przyczyn trudno jest utrzymać własne lokum, wówczas znaczenia nabierają różnorodne, pomocowe w charakterze i zróżnicowane formy zamieszkiwania wypełniające przestrzeń między własnym domem i placówkami opieki całodobowej, wśród których wyróżnić należy (zob. Niezabitowska i współprac., 2013, Szatur-Jaworska, Błędowski, 2016): 1) mieszkania indywidualne na wynajem – projektowane z uwzględnieniem potrzeb ludzi starych i dostosowywane do potrzeb seniorów oraz bliskości zamieszkania w pobliżu dzieci, przyjaciół (zamiana mieszkań), 2) specjalne budownictwo z mieszkaniami dla osób starszych – składa się z pewnej liczby samodzielnych, najczęściej jedno- lub dwupokojowych mieszkań, zlokalizowanych w jednym lub sąsiadujących ze sobą budynkach; posiadających połączenie telefoniczne z dyżurującą pielęgniarką. Mieszkańcy mogą także korzystać z systematycznej opieki lekarskiej oraz zlecać pracownikom zatrudnionym w takim domu wykonanie różnych czynności np. robienia zakupów, sprzątania, 3) lokale wchodzące w skład mieszkaniowego zasobu władz lokalnych – mieszkania socjalne i/lub lokale zamienne, 4) domy lub mieszkania pod ochroną – wynajmowane, czynszowe z „opiekunem" lub gospodarzem, którzy pomagają, gdy trzeba; „dzierżawca" sam robi zakupy, gotuje, sprząta, 5) „duplikaty" życia rodzinnego (rodziny zastępcze, rodzinne domy dla seniorów) – wspólnoty mieszkaniowe złożone z osób starszych lub zamieszkiwanie seniorów z obcymi ludźmi i z ich rodziną; zarządzane przez administrację rządową/lokalną, 6) osiedla mieszkaniowe dla seniorów (głównie na Florydzie w Stanach Zjednoczonych,) lub sub-osiedla zbudowane z platform, przyczep kempingowych, łodzi albo barek (w USA stanowią ostatnią „przystań" przed wejściem w bezdomność i/lub zamieszkaniem w placówce opiekuńczej), 7) domy wspólnotowo-partycypacyjne: inspiracją były biblijne opisy życia zbiorowego oraz wartości chrześcijańskie; forma niedochodowa, misyjna, celem której jest współżycie z innymi osobami w podobnej sytuacji oraz zachowanie maksymalnej niezależności mieszkańców plus wsparcie grupy będącej repliką „rodziny". Mała liczba pensjonariuszy, średni pobyt 21 miesięcy, opłata: 40% emerytury. Wszyscy mieszkańcy otrzymują posiłki w jadalni, samoobsługa – personel pomaga tylko niesprawnym, pensjonariusze sprzątają pokoje (poza robieniem łóżka) piorą bieliznę i odzież – reszta personel, gwarantowany transport na potrzeby mieszkańców. Przynajmniej jedna osoba z personelu mieszka na trenie placówki, 8) system domów sąsiedzkich, bungalowów: (dla młodszych seniorów – do 70–75 r.ż.) – bungalowy przylegające do domów prywatnych, czasem są to elementy ruchome – jeśli nie są potrzebne wówczas segmenty można przesuwać do innego domostwa (czasami dobudowywano te części do nowych kompleksów mieszkaniowych), 9) domy rezydencjalne – drogie, wydzielone zespoły mieszkaniowe w pobliżu centrów usługowych, medycznych,

handlowych itp., to forma pośrednia między budownictwem specjalnym dla seniorów z → niepełnosprawnością, wiele form pomocy medycznej, psychologicznej i pielęgniarskiej; kosztowne w utrzymaniu, 10) centra seniorskie w typowo turystycznych miejscowościach – użytkownicy mogą korzystać z siłowni, basenów, uprawiać jogging lub też wybrane dyscypliny sportowe, a dla rozrywki tworzone są kawiarenki internetowe, gdzie można spędzić → czas przed komputerem oraz zaplecza restauracyjne, puby, kawiarnie, 11) → domy rencistów – forma pensjonatowa z możliwością posiadania własnych mebli, wyboru pokoju i menu żywieniowego.

Wśród realizowanych na ogół form pomocy środowiskowej adresowanej do seniorów wyróżnia się (Balon i współprac., 2011, Hope i współprac., 2012): 1) pomoc, świadczenia i usługi w gospodarstwie domowym (służby sprzątające, robiące zakupy itp.), 2) dostarczanie zakupów przez personel sklepów, 3) dodatki i ulgi kompensujące opłaty telefoniczne, radiowo-telewizyjne, 4) ulgi w komunikacji publicznej (w tym także taxi, np. dla osób z niepełnosprawnością), 5) ulgi w zakupie biletów na imprezy kulturalne, 6) promocje cenowe w usługach turystycznych, 7) promocje cenowe w kawiarniach i restauracjach, 8) dowożenie posiłków, 9) wizyty patronażowego służb socjalnych i medycznych, 10) kontraktowanie usług z sąsiadami, 11) objazdowa pomoc ambulansowa, 12) pomoc pielęgniarska i w usługach (refundacje, dopłaty), 13) pomoc w instalowaniu oraz naprawach sprzętu gospodarstwa domowego, 14) pomoc finansowa i techniczna w remontach mieszkań itp., 15) → zasiłki i pomoc w naturze w ramach świadczeń pomocy społecznej, 16) środowiskowe centra usługowe, w których funkcjonować może biblioteka, wideoteka, kawiarenka internetowa, placówka świadcząca usługi kosmetyczno-higieniczne, ośrodek dziennego pobytu, → klub seniora, kino, fryzjer itp.

Bardziej zindywidualizowane i specjalistyczne formy pomocy niż świadczone przez podmioty publiczne proponować mogą sieci nieformalne (kręgi rodzinne i przyjacielskie, sąsiedztwo) oraz stowarzyszenia i fundacje, jeśli nie zawsze są one efektywniejsze kosztowo, to z pewnością uzupełniają braki w sieci usług lub są jedynymi dostawcami konkretnej pomocy. Coraz szerzej rozwijaną formą pomocy jest działalność samopomocowa będąca przejawem konkretyzacji zasady subsydiarności w zaspokajaniu potrzeb przez samych zainteresowanych. Samopomoc odróżnia się od innych form pomocy wspólnym przeżywaniem takich samych trudności przez wszystkie osoby w niej uczestniczące – działalność ta zbliża ludzi do siebie, uczy wzajemnej akceptacji, swoich słabości i własnej odmienności. W tej formie pomocy podstawową rolę pełnią osoby lepiej radzące sobie z określonymi trudnościami, służąc pozostałym własnym przykładem oraz doświadczeniem.

Samopomoc obejmuje zachowania, które służą: 1) wzajemnemu udzielaniu informacji, jak można sobie radzić z określonymi trudnościami; 2) wytwarzaniu u partnerów tychże zachowań poczucia, że nie są osamotnieni w swych trudnościach i mogą liczyć na wzajemne wsparcie; 3) wzajemnemu materialnemu wspieraniu się, jeśli zachodzi taka konieczność.

Członkowie → grup samopomocy zwracają dużą uwagę na wiedzę pochodzącą z własnego doświadczenia oraz są przekonani, że tylko wiedza tego rodzaju może zapewnić specjalne rozumienie sytuacji, w jakiej znajdują się osoby do grup należące (doświadczanie starości). Grupy takie poza pomocą i wsparciem udzielanym swoim członkom mogą być także zaangażowane w informowanie, edukowanie oraz zapewnianie pomocy materialnej, a także mogą służyć poradą społecznościom lokalnym w których funkcjonują (dobrym tego przykładem są → uniwersytety trzeciego wieku). Aktywność samopomocowa ze względu na problem, który ją generuje, jak i zakres podejmowanych działań, przybiera różny stopień formalizacji – najbardziej preferowane są nieformalne działania odwołujące się do zasobów „naturalnych", (rodzina, krąg znajomych i przyjaciół, sąsiedzi oraz nieformalne grupy wzajemnej pomocy).

Radzenie sobie z bardziej skomplikowanymi problemami starzejących się członków społeczności (np. → choroby przewlekłe, głęboka niesprawność, brak rodziny, izolacja) wymaga działań, dla których efektywniejszą niż pomoc formą jest lub będzie opieka.

Opieka jest działaniem ratowniczo-interwencyjnym, kompensacyjnym bądź profilaktycznym podejmowanym – bezpośrednio lub pośrednio – wobec osób, którym faktycznie lub potencjalnie grozi zablokowanie możliwości rozwoju (potrzeby i niedyspozycja samoregulacyjna), utrzymania zdrowia, sprawności lub życia (utrata samodzielności i niezależności) lub też wejście w spiralę ubóstwa (ryzyko marginalizacji i wykluczenia społecznego), a które to osoby nie umieją, albo nie mogą własnymi siłami, przezwyciężyć występujące zagrożenia lub trudności samodzielnie *(brak lub ograniczone możliwości*). Opieka może być interpersonalna (podejmowana przez jednostki wzajemnie wobec siebie), rodzinna (w ramach funkcji opiekuńczo-pielęgnacyjnej) i instytucjonalna (podmioty publiczne,

prywatne i pozarządowe) oraz realizowana doraźnie, okresowo lub długotrwale.

Jesteśmy obecnie świadkami dwóch procesów rozwiązywania problemów generowanych przez starzenie się populacji – z jednej strony obserwujemy zjawisko **defamiliaryzacji** polityki społecznej, co wiąże się ze zdejmowaniem z rodziny zadań i obowiązków w ramach jej funkcji opiekuńczej przez dzielenie obciążeń wynikających z potrzeb socjalno-zdrowotnych z sektorem publicznym, prywatnym i pozarządowym jako warunku umożliwiającego godzenie przez kobiety pracy i macierzyństwa (kraje wysokorozwinięte, zwłaszcza kraje skandynawskie).

Gerontolodzy, jak również eksperci ONZ oraz ze wspólnot europejskich zalecają, by programy → opieki długoterminowej oferowały świadczeniobiorcom wybór form opieki bądź to w ich własnym domu, bądź w domu krewnych lub przyjaciół, albo jeśli to konieczne lub pożądane z punktu widzenia stanu sprawności w odpowiedniej placówce opiekuńczej prowadzonej przez zróżnicowane podmioty w sektorze publicznym, prywatnym i pozarządowym. Tak więc do kwestii podstawowych w budowaniu lokalnych programów opieki nad osobami starszymi należą: 1) generowanie rynku świadczeń i usług, 2) równość w dostępie do świadczeń, 3) budowanie zaufania do opiekuna, 4) wysokie standardy jakościowe w opiece, 5) aktywizowanie adresatów programów pomocowych, 6) ochrona prawna i wsparcie profesjonalne dla opiekunów osób przewlekle i długotrwale chorych, 7) koncentrowanie działań na podnoszeniu zdolności jednostek i grup do samoopieki oraz pomocy wzajemnej (zintegrowana merytorycznie edukacja – budowanie internetowej sieci dla systemu interaktywnej samoopieki), oraz 8) międzysektorowa koordynacja programów opiekuńczych na poziomie lokalnym (interaktywne bazy danych dostawców, sieci, przykładów rozwiązań).

Równocześnie obserwujemy otwarte promowanie przez część państw familiaryzacji programów opiekuńczych, co przekłada się na postrzeganie rodziny jako naturalnego, centralnego źródła zaspokajania potrzeb swoich członków (Pędich i współprac., 2006, Bień i współprac., 2013). Opieka adresowana do osób starzejących się i starych obejmuje wówczas **działania bezpośrednie**, podejmowane na poziomie mikrospołecznym, będące jedną z form działalności realizowanej z udziałem beneficjantów świadczeń i usług oraz ich otoczenia społecznego, identyfikującej i rozwiązującej problemy seniorów a także przywracających i/lub wzmacniających codzienne funkcjonowanie oraz → jakość życia w starości (kręgi i grupy społeczne, organizacje, instytucje). Ważnym zadaniem opieki realizowanej na poziomie mikrospołecznym jest także budowanie w kolejnych fazach rozwojowych zdolności do samoopieki, będącej działaniem określonym sytuacyjnie i osadzonym w określonej kulturze, obejmującym zdolność do działania i podejmowania decyzji, uwarunkowaną wiedzą, umiejętnościami, wartościami i motywacjami – to działanie zogniskowane na osiągnięcie kontroli działania i jego efektywności/skuteczności w tych aspektach zdrowotnych i socjalnych, które mogą być bądź są w kompetencji (w zasięgu) jednostki oraz pod jej kontrolą.

Opieka nad osobami starszymi (zwłaszcza długoterminowa) często przekracza możliwości finansowe, fizyczne i kompetencje psychologiczne, a nawet pielęgnacyjne członków rodziny. Zmienia się także rodzina w swej strukturze i funkcjach, a mając do odegrania ważną rolę opiekuńczą wymagać wspierania przez adekwatne do potrzeb formy pomocy. Cechy rodziny mające istotne znaczenie dla realizacji opieki nad starzejącym się, niesprawnym członkiem obejmują: 1) strukturę rodziny, obecność osób/osoby, która może pełnić rolę opiekuna i pozycja osoby chorej w rodzinie, 2) stan zdrowia i sprawność pozostałych członków rodziny, 3) dysponowanie czasem na opiekę, role domowe i pozadomowe członków rodziny (nauka, praca zawodowa), 4) sytuację bytowa, warunki materialne rodziny, 5) sytuację mieszkaniową, standard techniczny, metraż na osobę i wyposażenie mieszkania, w tym udogodnienia i sprzęt wspierający → rehabilitację. 6) sytuację emocjonalną, więzi i motywacje opieki a także stopień akceptacji często wieloletniej roli opiekuna, 7) wiedzę i umiejętności sprawowania opieki, wykonywania zaleceń lekarza lub przedstawicieli innych zawodów prowadzących rehabilitację czy umiejętność zastosowania innych, wypracowanych przez siebie i sprawdzonych sposobów usprawniania, aktywizacji osoby niepełnosprawnej oraz wykonywania poszczególnych czynności w opiece nad nią (Kawczyńska-Butrym, 2008, Kawczyńska-Butrym, Czapka, 2016).

Rosnąca dysproporcja między potrzebami opiekuńczymi, czyli popytem, a zasobami instytucjonalnymi, środowiskowymi i rodzinnymi w opiece nad osobami niesamodzielnymi i/lub zależnymi (podażą), rodzi konieczność rozwijania nowych form działań jednostkowych i zbiorowych służących łagodzeniu i rozwiązywaniu problemów w opiece długoterminowej oraz wspieraniu opiekunów (Bień i współprac., 2013).

Zaspokajając potrzeby osób poddanych opiece, należy także chronić prawa i potrzeby ich opiekunów

(poziom makro), dowartościowując równocześnie i wspierając emocjonalnie decyzję o podjęciu wyzwania jakim jest opieka nad innym człowiekiem (bliskim i obcym).

Budowany od wielu **lat przez ekspertów katalog ochrony praw i potrzeb opiekunów osób niesamodzielnych** (zwłaszcza osób starszych) znalazł odbicie w zaleceniach organizacji międzynarodowych i UE dla państw członkowskich na rzecz tworzenia warunków sprzyjających podejmowaniu roli opiekunów przez członków kręgu rodzinnego, przyjacielskiego i sąsiedzkiego obejmujących kształtowanie przyjaznego dla rodziny i wrażliwego na specyfikę płci działania w miejscu zatrudnienia, służące godzeniu obowiązków pracowniczych z koniecznością świadczenia opieki zarówno w przypadku karier zawodowych mężczyzn, jak i kobiet – działania te powinny obejmować (Stall, 1997, Pędich, Bień, 2006. Triantafillou, 2013): 1) doskonalenie siatek płac w zawodach opiekuńczych stanowiące przejrzysty sygnał rzeczywistego uznania wartości dla społeczeństwa świadczonej opieki, 2)

ochronę standardu życia i gwarancji przyszłości finansowej opiekuna bez konieczności przerywania opieki nad osobą obłożnie chorą lub niesprawną, 3) uelastycznienie rozwiązań czasu pracy dla opiekunów osób niesamodzielnych życiowo, 4) wprowadzenie urlopów rodzinnych i/lub opiekuńczych, tak by można było świadczyć opiekę niesamodzielnymi członkami rodziny, a także jeśli to tylko możliwe zapewnianie przez zakład pracy usług opiekuńczych dla osób zależnych, 5) organizowanie w szkoleń w zakresie radzenia sobie ze → stresem dla osób świadczących opiekę (także w miejscu pracy), 6) zapewnienie opiekunom możliwości wyboru form zatrudnienia (pełne lub częściowe, indywidualne bądź zbiorowe) i odchodzenia na → emeryturę (programy elastycznego, stopniowego i częściowego przechodzenia w stan bierności zawodowej), preferencje podatkowe, w rodzaju zwiększenia odpisów podatkowych dla osób sprawujących opiekę nad osobami zależnymi, 7) zaliczanie okresów sprawowania opieki nad niesamodzielnymi członkami rodziny na poczet okresu zatrudnienia stanowiącego podstawę uprawnień do świadczeń z zabezpieczenia społecznego (zwłaszcza zaliczanie okresu pracy w roli opiekuna na poczet okresów składkowych w systemie emerytalnym), 8) zapewnienie świadczeń pieniężnych i/lub w naturze dla opiekunów i/lub dla beneficjantów opieki celem stworzenia obu stronom możliwości wyboru, 9) poszerzanie wachlarza usług i świadczeń adresowanych do opiekunów osób niesamodzielnych życiowo, obejmujących pomoc w prowadzeniu gospodarstwa domowego, umożliwiających wypoczynek, wsparcie ze strony grup samopomocowych, szkolenie w zakresie świadczenia opieki oraz wyspecjalizowane poradnictwo, 10) zapewnienie specjalistycznych szkoleń oraz nabywania umiejętności opiekuńczych poprzez pracę, 11) promowanie i/lub wdrażanie rozwiązań służących „wytchnieniu" opiekunów (zwolnienie z 24- godzinnego „ostrego dyżuru", zaspokajanie innych potrzeb opiekuna, przeciwdziałanie „wypaleniu" w wypełnianiu zadań opiekuńczych) oraz uzyskaniu możliwości zastępstwa i/lub okresowego zwolnienia z wykonywania opieki (weekend, urlop itp.), 12) adresowanie i propagowanie dostępności świadczeń pomocowych dla osób zależnych w taki sposób, aby informacja ta dotarła także do opiekunów wykonujących płatną pracę zawodową, 13) oczekiwanie od wszystkich członków rodziny – zarówno kobiet, jak i mężczyzn – włączenia się proces opieki nad osobą niesamodzielną i zależną, oraz 14) umożliwienie kobietom podejmowania prac innych niż tradycyjnie im przypisane oraz mężczyznom podejmowanie zadań opiekuńczych.

Intensyfikacja procesu starzenia się populacji spowodowała, że w wielu krajach podejmowane są próby zbudowania skutecznego modelu → opieki geriatrycznej, który spełniałby kryteria kompleksowości (z prewencją włącznie), dostępności i ciągłości. Taki model, dzięki wczesnemu wykrywaniu schorzeń i rehabilitacji lub rewitalizacji, pozwoliłby na skuteczne zapobieganie hospitalizacji i → instytucjonalizacji opieki nad najstarszym pokoleniem, a tym samym obniżyłby w rachunku ciągnionym bezpośrednie i pośrednie koszty w opiece nad pacjentem geriatrycznym.

W krajach dysponujących całościowym, zintegrowanym systemem opieki geriatrycznej. podstawową rolę w zespole interdyscyplinarnym odgrywają lekarze geriatrzy, którzy mogą pracować w opiece podstawowej (poradnie geriatryczne), jako konsultanci lekarzy rodzinnych, w szpitalach (np. ordynatorzy szpitalnych oddziałów geriatrycznych lub dla przewlekle chorych) i zakładach opiekuńczych, a także mogą pełnić funkcję dyrektorów oraz kierowników zakładów opieki zdrowotnej lub placówek pomocy społecznej (Wieczorowska-Tobis i współprac., 2006, Hope i współprac., 2012, Grodzicki 2016).

Zapewnianie → opieki domowej (rodzinnej) osobie niesamodzielnej lubzależnej trwać powinno tak długo jak jest to fizycznie, emocjonalnie i finansowo wykonalne – jeśli potrzeby adresata opieki przekroczą możliwości opiekuna (opieka długoterminowa), jest on

wówczas zobowiązany do poszukiwania alternatywnych form opieki, także w specjalistycznych placówkach opieki całodobowej. O ile prawdą jest to, że coraz więcej osób starszych woli pozostać do końca życia we własnym domu lub mieszkaniu, o tyle trudniej uzyskać indywidualną i społeczną aprobatę dla przeniesienia się człowieka z chwilą pojawienia się ograniczeń w sprawności i samodzielności życiowej do specjalistycznej placówki opiekuńczej. Eksperci usiłują demitologizować postrzeganie własnego lokum jako jedynej i najlepszej opcji zamieszkiwania na starość, zwłaszcza późną i niesamodzielną. Dowodzą oni, że idealizowanie własnego domu czy mieszkania jako najlepszego rozwiązania na starość nie uwzględnia możliwości wystąpienia ryzyka osamotnienia, a nawet izolacji, zwłaszcza u osób w zaawansowanym wieku. Wbrew stereotypowym wyobrażeniom pozostawanie we własnym lokum stać się z wiekiem bardziej kosztowne (opłaty stałe) i mniej bezpieczne finansowo z uwagi na konieczność utrzymania standardu mieszkania lub domu umożliwiającego niezależne i samodzielne funkcjonowanie (naprawy i remonty, modernizacje, koszty pomocy w gospodarstwie domowym, zmiany w wysokości podatków od nieruchomości). Nie można także wykluczyć zwiększania się z wiekiem wydatków związanych z opieką zdrowotną i pielęgnowaniem, nieprzewidywalne są zwłaszcza koszty opieki długoterminowej (Dychtwald, Baxter, 2012). Niełatwo jest także ocenić, który moment sytuacyjny jest najwłaściwszy, by podejmować wspólnie seniorem decyzję o zamieszkaniu w placówce opiekuńczej, tym bardziej, że w grę wchodzą emocje. Jeśli kryteria decyzji nie są czytelne, wówczas wśród bliskich rodzić się poczucie „pozbywania się", a nawet porzucania rodzica lub dziadków (konflikt sumienia). Dodatkowym utrudnieniem w racjonalizowaniu decyzji zamieszkania w placówce opiekuńczej może być brak ujednoliconych, uniwersalnych i porównywalnych wzorów pomiaru umożliwiających określenie granicznego poziomu aktywności seniorów pozwalającego uznać, że starsza osoba jest jeszcze zdolna i w jakim zakresie do współpracy w trakcie sprawowania opieki przez inne osoby. Trzeba także wziąć pod uwagę rozstrzygnięcie tej oto kwestii: czy w warunkach domowych nadal można stworzyć osobie starszej bezpieczne i aktywizujące środowisko oraz zorganizować odpowiedni poziom opieki profesjonalistów? Eksperci zwracają uwagę, że poza wyjątkowymi sytuacjami nadużyć i wymuszeń ze strony opiekunów, decyzje o przejściu osoby starszej do placówki opiekuńczej dyktowane są raczej pragnieniem zapewnienia właściwej, profesjonalnej opieki, nie zaś braku zadośćuczynienia normom moralnym. Podczas gdy w przeszłości osoby starsze miały niewielki wybór między własnym domem, mieszkaniem lub instytucją opiekuńczą bądź szpitalem, dzisiaj seniorzy w większości krajów z rozwiniętymi programami gerontologicznymi mają do wyboru zróżnicowany wachlarz na ogół decentralizowanych rozwiązań instytucjonalnych uwzględniających poziom zamożności oraz stan zdrowia i sprawności. Celem tego rodzaju opieki w placówkach stacjonarnych jest zapobieganie i chronienie przed koniecznością przenoszenia do wyspecjalizowanych ośrodków zbliżonych funkcjach zbliżonych do szpitala.

Kiedy w walce z chorobą medycyna przegrywa i może jedynie uporczywie przedłużać życie, „skazując" chorych na cierpienie i samotność w bólu, dostępna jest także inna forma opieki – → opieka paliatywno-hospicyjna stosująca metody opieki paliatywnej w placówkach stacjonarnych lub w warunkach domowych, ofiarowująca pomoc zespołu profesjonalistów z wielu dziedzin oraz wolontariuszy, wspólnie podnoszących jakość ostatnich dni swoich pacjentów, opiekujących się ich ciałem, ale przede wszystkim i ich duszą. Lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci, psycholodzy, pracownicy socjalni, wolontariusze bez przygotowania medycznego oraz osoby duchowne pomagają osobie ciężko chorej (najczęściej z niekorzystnym rokowaniem) i jej rodzinie w podniesieniu komfortu życia i pokonywaniu trudności związanych ze stanem, w którym się bliska osoba się znajduje, a także świadczą pomoc w rozwiązywaniu problemów społecznych rodziny, wspieraniu jej członków w czasie trwania choroby i osierocenia, a także edukując osoby objęte opieką, członków ich rodzin oraz pracowników hospicjum lub placówki opieki paliatywnej. Zadaniem zespołu jest nie tylko uśmierzanie lub łagodzenie bólu lub eliminowanie innych przykrych w odbiorze dolegliwości fizycznych, ale także podejmowanie konkretnych działań mających odciążyć bliskich w opiece, prowadzenie rozmów na tematy ważne lub błahe, bądź też po prostu bycie przy łóżku chorego. Warunkiem objęcia chorego opieką paliatywną jest udokumentowane zakończenie leczenia przyczynowego, rozpoznanie lekarskie terminalnej fazy choroby przez lekarza hospicjum, zgoda pacjenta lub jego rodziny wyrażona na piśmie (Kacperczyk, 2006, Hall i współprac., 2011, Łuczak, Kotlińska-Lemieszek, 2011).

Istotną barierę w organizowaniu zróżnicowanego w formach systemu opieki adresowanego do starzejących się jednostek stanowić może brak profili so-

Tabela. 1. Definicyjne zróżnicowanie pojęć: wsparcie – pomoc – opieka

WSPARCIE *(DAJĘ, ABYŚ BYŁ)*	**POMOC** *(DAJĘ, ABYŚ MIAŁ)*	**OPIEKA** *(DAJĘ, ABYŚ DBAŁ)*
ZNACZENIE OGÓLNE:		
Dawanie podpory lub oparcia komuś lub czemuś. Wesprzeć kogo?, w czymś? w oparciu o co?	Można pomóc komuś w czymś (w biedzie, w chorobie, w niemocy, w potrzebie, w funkcjonowaniu, w zamiarach, w rozwoju)	Dbanie o kogoś, o coś (realizowane przez jednostki, rodziny, zbiorowości, instytucje)
ADRESACI: JEDNOSTKA/GRUPA/ZBIOROWOŚĆ/ORGANIZACJA/INSTYTUCJA		
Termin znaczeniowo kieruje uwagę w stronę obiektu, który ma być wspierany lub potrzebuje/wymaga wsparcia – adresatem może być nie tylko jednostka lub grupa, ale także instytucja, jakiś projekt, przedsięwzięcie lub inicjatywa	Punkt ciężkości pomagania spoczywa na podejmowaniu działania/wysiłku, by osiągnąć pożądany efekt (czyjeś dobro)	Celem jest zachowanie równowagi życiowej, ciągłości funkcjonowania, kompensowanie deficytów i/lub wspomaganie rozwoju adresata działania – w sytuacjach krytycznych opieka może przybrać formę ratownictwa lub nadzoru (m.in. prawnego)
SZERSZY KONTEKST DEFINICYJNY:		
Wsparcie nie jest strukturą, lecz rodzajem działania, które łączy się z tkanką społecznych interakcji - to specyficzny typ międzyludzkich interakcji, rodzaj interpersonalnej transakcji, która może obejmować: 1. wymianę emocjonalną (okazywanie empatii, miłości, życzliwości, zainteresowania), 2. instrumentalną (w postaci konkretnych usług, świadczeń), 3. informacyjną (dzielenie się ważnymi informacjami) 4. oceniającą (przekazywanie jednostce sądu na jej temat)	Pomoc oznacza pracę, wysiłek albo działanie: 1. osobiste, formalno-organizacyjne lub profesjonalne 2. służące rozwojowi jednostki/grupy 3. budujące szacunek do samego siebie 4. kompensujące niezaspokojone potrzeby 5. przywracające zdolność funkcjonowania 6. zapobiegające wejściu w spiralę zależności 7. podjęte dla dobra innej osoby w celu ulżenia w działaniu w trudnej sytuacji lub ratowania w niebezpieczeństwie 8. realizowane doraźnie, okresowo, wzajemnie/zwrotnie	Czynność świadczona jednostce, grupie lub organizacji w sytuacji zagrażającej jej funkcjonowaniu (potencjalnej lub rzeczywistej), gdy nie umieją one lub nie mają sił/zasobów, by samodzielnie trudności pokonać i potrzeby z tym związane zaspokoić. Opieka może pełnić funkcję: 1. homeostatyczną 2. egzystencjalną 3. osobotwórczą 4. profilaktyczną 5. regulacyjną 6. usamodzielniającą 7. socjalizacyjną
CELE:		
Nie odnosi się do uzyskiwania jakichś konkretnie ustalonych celów - może służyć osiąganiu jakiegoś rodzaju równowagi, która pośrednio przyczynia się do uzyskania jakiegoś innego celu	Pomaganie wiąże się raczej z postawionym celem działania, niż z obiektem tego działania - adresat może pomóc sam sobie, ale w rzeczywistości może oprzeć się jedynie *na czymś*, *na kimś* wobec siebie zewnętrznym	Systematyczne i bezinteresowne zaspokajanie swoistych potrzeb i kompensowanie niezdolności pokonywania trudności wraz z tworzeniem warunków dla samoopieki i odzyskania samodzielności
Dostępne dzięki generowaniu i podtrzymywaniu więzi z innymi jednostkami, grupami i szerszą zbiorowością oraz jej instytucjami - wyrażane w terminach dostępności całości społecznych, którym się ufa, na których można polegać, które w odczuciu adresata wykazują troskę i budują poczucie wartościowości	Pomaganie nie wymaga trwalszych więzi interpersonalnych – zależność między stronami procesu ma na ogół charakter symetryczny.	Relacja dawca–biorca opieki jest asymetryczna (zależność biorcy)
Wsparcie ma sens tylko wówczas, gdy jest naprawdę konieczne	Pomagający współdziała z adresatem działań pomocowych, ale nie przejmuje odpowiedzialności za niego i za sposób oraz skutki wykorzystania pomocy	Opiekun przejmuje odpowiedzialność za losy przedmiotu opieki bez względu na rodzaj i obiekt

Tabela. 2. Główne formy opieki geriatrycznej

FORMA OPIEKI	OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA
Specjalistyczne szpitale lub oddziały geriatryczne	1. Placówki opieki całodobowej realizujące wyłącznie funkcje lecznicze. 2. Przyjęcia i świadczenia zgodne z funkcjami i zadaniami statutowymi szpitala.
Dzienny oddział geriatryczny w szpitalu ogólnym lub dzienny szpital geriatryczny	1. Pacjenci przyjmowani bezpośrednio po leczeniu szpitalnym lub kierowani z domu przez geriatrę lub lekarza rodzinnego z powodu nagłego pogorszenia się stanu ich zdrowia (najczęstszą przyczyną przyjęcia do działających w wielu krajach oddziałów jest niedowład po udarze mózgu lub niesprawność spowodowana zmianami zapalno-zwyrodnieniowymi stawów). 2. Placówka świadczy przede wszystkim specjalistyczne formy opieki medycznej niedostępne w opiece ambulatoryjnej/środowiskowej oraz odciąża opiekunów seniora w profesjonalnej pielęgnacji po zakończeniu podstawowego leczenia. 3. Zadania: kontynuacja leczenia, konsultacje lekarskie, zabiegi pielęgnacyjne, rehabilitacja (przywracanie sprawności i samodzielności), terapia zajęciowa, logopedia itp., a także zapewnie transportu i posiłków. 4. Personel: wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny w skład którego wchodzi lekarz geriatra i pielęgniarka geriatryczna, pracownik socjalny, dietetyk oraz specjaliści z zakresu rehabilitacji i fizykoterapii, terapii zajęciowej itp. 5. Czas pobytu – od 7 do 12 tygodni, 4–6 godzin dziennie 2–4 razy w tygodniu (liczba dni i godzin spada wraz z długością pobytu).
Hospitalizacja domowa	1. Zintegrowane świadczenia obejmujące aktywne leczenie w przypadku chorób, które zwykle wymagają leczenia w oddziale szpitalnym i socjalne (pomoc społeczna). 2. Realizowana przez specjalnie powołane w szpitalach zespoły złożone z lekarzy i pielęgniarek oraz inne profesje (np. rehabilitanci, fizjoterapeuci, psychogerontolodzy, pracownicy socjalni). 3. To kontynuacja leczenia szpitalnego lub też jego zastąpienie - celem zapobieganie hospitalizacji/rehospitalizacji lub przyspieszenie wypisu pacjenta ze szpitala. 4. Pacjenci kierowani ze szpitala lub placówki środowiskowej (głównie przez lekarza rodzinnego, ze wskazań pracowników pomocy społecznej) - wskazaniem może być typ schorzenia, terapii, szczególne stany zdrowia (np. zaburzenia psychiczne) oraz zasoby społeczne osoby starszej (np. korzystne warunki domowo-rodzinne, zapewnienie grupy wsparcia). 5. Opieka realizowana do momentu, gdy stan osoby starszej wymagać będzie leczenia w warunkach szpitalnych. 6. Wskazania do hospitalizacji domowej różnią się znacznie w różnych krajach i zależą od zakresu świadczeń dostępnych w ramach tej formy opieki.
Ośrodki opieki przejściowej (*Transitional Care Centres*)	1. Organizowany na bazie zakładów opiekuńczych – do 15 łóżek wyodrębnionych z zakładu opiekuńczego na potrzeby pacjentów zakwalifikowanych do opieki poszpitalnej. 2. Celem ośrodka jest przyspieszenie wypisu pacjenta ze szpitala oraz przejmowanie ze szpitala starszych pacjentów w celu rehabilitacji i przygotowania ich do powrotu do własnego lokum. 3. Do placówki przyjmowane są zwłaszcza osoby wymagające rehabilitacji kardiologicznej, po zabiegach ortopedycznych i udarach mózgu oraz osoby niesprawne, które z powodu nagłej ostrej choroby znalazły się w szpitalu i nie mogą pozostawać same w miejscu zamieszkania. 4. Personel: wielodyscyplinarny zespół lekarzy geriatrów, pielęgniarek wyspecjalizowanych w geriatrii wraz z personelem zakładu opiekuńczego prowadzi proces diagnozowania i leczenia, aż po planowanie wypisu pacjenta do domu. Umożliwia to konstruowanie planów indywidualnej opieki nad chorymi 5. Ośrodek opieki przejściowej pozwala skrócić czas pobytu osoby starszej w szpitalu w porównaniu z innymi placówkami, tradycyjnie przejmującymi tego typu chorych oraz zmniejsza ryzyko rehospitalizacji 6. Koszty funkcjonowania ośrodka są znacznie tańszy niż inne, alternatywne formy opieki dla tej kategorii chorych.

System całościowej opieki nad ludźmi starszymi (*PACE- Program All-inclusive Care for Elderly*)	1. Model nastawiony na zapobieganie przedwczesnej instytucjonalizacji opieki (hospitalizacji lub przyjęcia do zakładu opiekuńczego), gdy nie jest to bezwzględnie konieczne – odciąża także i wspiera rodzinę chorującej osoby starszej. 2. Świadczenia medyczne są realizowane w każdym miejscu pobytu pacjenta przez różnych specjalistów współpracujących w zespole terapeutycznym - system obejmuje opieką pacjentów w domu, poradni, ośrodku opieki dziennej, zakładzie opiekuńczym i szpitalu, zapewniając dostęp do usług podstawowych i specjalistycznych. 3. Świadczenia są dostępne całodobowo i nie ograniczają się tylko do interwencji w nagłych zachorowaniach – są realizowane gównie w ośrodku, co daje lepszą możliwość obserwacji pacjentów i wdrożenia szybkiej interwencji. Praca w wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego umożliwia lepsze zrozumienie potrzeb pacjentów i opracowanie indywidualnego planu opieki Zajęcia prowadzone w ośrodku, oprócz kontroli medycznej, mają również działanie socjalizujące - stwarzają możliwość kontaktów pomiędzy pacjentami, zmniejszając ich poczucie osamotnienia lub nawet izolacji. 4. Program umożliwia osobom zakwalifikowanym do przyjęcia do zakładu opiekuńczego przebywanie i funkcjonowanie w środowisku domowym w warunkach pełnego zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych, socjalnych i rehabilitacyjnych. 5. Do opieki tego rodzaju kwalifikowane są osoby powyżej 55. r.ż., które mają skierowanie do zakładów opiekuńczych i mieszkają w rejonie działania placówek programu – na ogół są to osoby w wieku 75–80 lat, cierpią na 7 do 8 schorzeń i wymagają pomocy w zakresie 2 do 3 czynności życia codziennego (według klasyfikacji ADL). 6. Znacząca liczba podopiecznych mieszka samotnie i nie korzysta z pomocy nieformalnej (zwłaszcza w kręgu osób bliskich). 7. Wdrożenie modelu wymaga inwestycji, bowiem cały pakiet usług medycznych i opiekuńczych oferowany przez program jest kontraktowany przez instytucje ubezpieczeniowe (finansowanie *per capit*a), zaś kwota ta znacznie odbiega od przeciętnej dla całej populacji, ponieważ jest przemnażana przez wskaźniki stosowne do wieku, płci, chorób i stopnia niesprawności – udział w programie wymaga całkowitej rezygnacji z modelu opieki, z którego senior do tej pory korzystał.
Model poszerzonej opieki dla osób starszych (*Comprehensive Care of Elderly*)	1. Model oferuje seniorom oprócz świadczeń realizowanych w ramach opieki długoterminowej (choroby przewlekłe) także intensywną opiekę lekarską w przypadkach ostrych epizodów choroby. 2. Opieka może być świadczona zarówno w przychodni, jak i w szpitalu. 3. Intensywna i długoterminowa opieka zdrowotna finansowana jest na ogół z różnych źródeł, co sprawia, że świadczenia realizowane są w sposób fragmentaryczny, nie zapewniając rzeczywistej ciągłości opieki. 4. W krajach realizujących ten model opieki zwraca się uwagę na niespójny system finansowania i brak mechanizmu koordynacji celów, co obniża efektywność podejmowanych działań.
placówki opieki całodobowej:	1. Dla osób nie kwalifikujących się jeszcze do leczenia szpitalnego. 2. Niewielkie placówki (30–40 osób – maksymalnie 80) z zapleczem usługowym oraz dobrym wyposażeniem technicznym umożliwiającym zaspokojenie podstawowych i specyficznych potrzeb pensjonariuszy. 3. Niższy poziom zatrudnienia personelu pielęgniarskiego - nasycenie personelem pomocniczym. 4. Szeroki wachlarz zajęć rekreacyjnych i kulturalnych. 5. Dbałość o wprowadzenie nowych pensjonariuszy do społeczności domu oraz budowanie klimatu wspólnotowego.
A. placówki z fazą próbną	1. Faza trwa 2–3 miesiące (czasami nawet bez opłat) z zachowaniem dotychczasowego lokum, plus szczególna opieka i troskliwość oraz okazywanie zainteresowania pensjonariuszem i jego sytuacją społeczną oraz potrzebami. 2. Dostarczanie szczegółowej informacji o placówce i jej zadaniach, a także stosowanie zachęt do dalszego w niej pozostania.
B. wydzielone placówki opieki psychiatrycznej	1. Zwiększona liczba personelu (proporcja personel – pensjonariusze jak 2 do 1). 2. Na ogół pokoje 1-osobowe (w krajach zachodnich). 3. Placówki niewielkie: 30–40 osób.

Opieka paliatywna i hospicyjna	1. Opieka paliatywna jest dziedziną medycyny - fundamentem opieki paliatywnej jest powstanie i rozwój ruchu hospicyjnego. 2. To całościowa, czynna opieka nad chorymi, których choroba nie poddaje się skutecznemu leczeniu przyczynowemu, świadczona przez interdyscyplinarny zespół złożony z lekarza, pielęgniarki, psychologa, pracownika socjalnego, rehabilitanta, duszpasterza oraz wolontariuszy. 3. Pobyt w specjalistycznych placówkach opieki paliatywnej/hospicyjnej zapewniany jest chorym, u których nie udaje się w warunkach domowych w stopniu zadawalającym złagodzić dolegliwości, konieczne jest przeprowadzenie dodatkowych badań i specjalistycznych konsultacji oraz dla samotnych osób u schyłku życia. 4. Pomoc niesiona ludziom śmiertelnie chorym i ich rodzinom obejmująca zwalczanie bólu i innych objawów psychosomatycznych, niesienie ulgi w cierpieniu chorym na przewlekłe, postępujące, ograniczające życie choroby oraz opanowywanie problemów psychicznych (redukowanie lęku), socjalnych i duchowych (opieka duszpasterska) chorego. 5. Opieka może być świadczona w placówkach stacjonarnych, jak również w domach pacjentów. 6. Celem opieki paliatywnej jest osiągnięcie jak najlepszej, możliwej do uzyskania jakości życia chorych i ich rodzin (opieka nad rodziną może być kontynuowana po śmierci chorego – wsparcie psychologiczne w żałobie).

cjozdrowotnych adresatów, wzorów oceny funkcjonalnej oraz standardów pomiaru umożliwiających **określenie granicznego poziomu aktywności** dla różnych kategorii zależnych osób starszych rzeczywiście wymagających opieki – utrudnia to lub uniemożliwia prawidłowe określenie, czy i w jakim zakresie konkretna osoba jest zdolna do współpracy w trakcie sprawowania opieki przez inne osoby lub instytucje.

Podstawowym celem działań polityków i dysponentów środków publicznych jest zmniejszenie lub choćby zahamowanie tempa wzrostu kosztów opieki zdrowotnej, co najskuteczniej osiąga się poprzez skrócenie czasu pobytu pacjentów w szpitalach. Wymaga to jednakże rozbudowanych form opieki środowiskowej przed- i poszpitalnej oraz tworzenia placówek, które przejmowałyby pacjentów wprost ze szpitala do dalszej opieki w miejscu zamieszkania (tabela 2). Niezwykle istotnym elementem decydującym o skuteczności i jakości opieki geriatrycznej jest jej ciągłość. Sprawny przepływ informacji między szpitalem i placówkami podstawowej opieki zdrowotnej, uzgadnianie terminów wypisu pacjentów hospitalizowanych z rodziną i instytucjami w społeczności lokalnej oraz wspólne wytyczanie planu dalszego postępowania z pacjentem wypisywanym ze szpitala gwarantuje ostateczny rezultat terapeutyczny (dotyczy to zwłaszcza zapewnienia ciągłości rehabilitacji, diagnostyki, leczenia i edukacji zdrowotnej seniorów). Tego typu podejście jest szczególnie ważne w odniesieniu do osób starszych w zawansowanym wieku oraz z ograniczoną sprawnością i mobilnością, bowiem niesamodzielność może być barierą w dostępie bądź dotarciu do świadczeń zdrowotnych i socjalnych.

Należy także pamiętać, że zwiększenie dostępu do świadczeń i usług społecznych lub lepsze reagowanie na potrzeby członków społeczności może wchodzić w konflikt ze sprawnością systemu (pojawia się niewydolność). Z kolei waloryzowanie określonego aspektu jakości opieki może przynieść zysk w innym obszarze lub skończyć się poniesieniem kosztów za realizację konkurencyjnej, droższej alternatywy.

ZW

B: Balon i współprac., 2011; Bień i współprac., 2013; Dychtwald, Baxter, 2012; Grodzicki, 2006; Hope i współprac., 2012; Kacperczyk, 2006; Kawczyńska-Butrym, 2008; Kawczyńska-Butrym, Czapka, 2016; Łuczak, Kotlińska-Lemieszek, 2011; Niezabitowska i współprac., 2013; Pędich i współprac., 2006; Stall, 1997; Szatur-Jaworska, Błędowski, 2016; Triantafillou, 2013; Wieczorowska-Tobis i współprac., 2006.

O: opieka, pomoc, wsparcie.

TK: ang. *models of support for seniors, old age assistance and elder care*, fr. *modèles d'assistance, aide à la vieillesse et appui pour les personnes âgées*, hiszp. *modelos de atención, cuidado y ayuda de los adultos mayores*, niem. *Modelle die Altenhilfe, Unterstützung und Seniorenpflege*, ros. *модели ухода и поддержки для пожилых людей и помощи по старости.*

Bibliografia

Balon K. i współprac., *Preambuła i pakiet usług pomocy i integracji społecznej dla osób starszych.* Warszawa 2011.

Bień B. i współprac., *Disabled older people's use of health and social care services and their Unmet Care Needs in six European countries*. "European Journal Public Health" 2013, vol. 23 [6].

Dychtwald K., Baxter D., *Five myths and realities of continuing care retirement communities*. Emeryville, CA 2012.

Grodzicki T., *Kadry i system opieki medycznej dla osób w podeszłym wieku…*, w: *Opieka medyczna nad osobami w podeszłym wieku u progu rewolucji demograficznej*. „Kontrola Państwowa" 2006 [nr spec.].
Hope Ph. i współprac., *Creating sustainable health and care systems in ageing societies*. London 2012.
Kacperczyk A., *Wsparcie społeczne w instytucjach opieki paliatywnej i hospicyjnej*. Łódź 2006.
Kawczyńska-Butrym Z., *Wyzwania rodziny: zdrowie, choroba, niepełnosprawność, starość*. Lublin 2008.
Kawczyńska-Butrym, Czapka E. (red.) *Opieka nad dziećmi i starszymi rodzicami w rodzinach migrujących kobie*t. Lublin 2016.
Łuczak J., Kotlińska-Lemieszek A., *Opieka paliatywna – hospicyjna – medycyna paliatywna*. „Nowiny Lekarskie" 2011, nr 1.
Niezabitowska E. i współprac., *Środowisko zamieszkania polskich seniorów w badaniach interdyscyplinarnych*. Katowice 2013.
Pędich i współprac., *Supporting family carers of older people in Europe…* Hamburg 2006.
Stall R., *The caregiver's handbook*. San Diego 1997.
Szatur-Jaworska B., Błędowski P. (red.), *System wsparcia osób starszych w środowisku zamieszkania…*, Warszawa 2016.
Triantafillou J., *Support services for family carers of dependent older people in 6 EU Member States*. Brussels 2013.
Wieczorowska-Tobis K. i współprac., *Kompleksowa ocena geriatryczna jako narzędzie do analizy stanu funkcjonalnego pacjenta starszego*. „Geriatria Polska" 2006, TT/ 2/

N

neuropedagogika
– jest pedagogiką XXI wieku opartą na wiedzy o budowie, działaniu i integracji mózgu, np. na informacjach o preferencjach sensorycznych, różnicach w pracy półkul mózgowych, o dominacji prawej lub lewej półkuli mózgowej w powiązaniu z dominacją oka, ucha, ręki i nogi oraz ich znaczenia dla stylu uczenia się, jak i dla skutecznego radzenia sobie ze → stresem. Koncentruje się też na wpływie stresu na róże rodzaje → pamięci (krótkotrwałą, długotrwałą, semantyczną, epizodyczną itd.), efektywności przyswajania nowej wiedzy i kształtowania indywidualnych zachowań psychoemocjonalnych optymalizujących proces uczenia się (Taraszkiewicz, 2005). Celem neuropedagogiki jest poszukiwanie rozwiązań teoretycznych i praktycznych problemów pedagogicznych – dydaktycznych i wychowawczych – na podstawie najnowszej wiedzy o indywidualnych możliwościach organizacji centralnego układu nerwowego i wyższych funkcji psychicznych.

Pojęcia pokrewne. Neuropedagogika jest także zamiennie nazywana *neurodydaktyką* lub *nauczaniem kompatybilnym z możliwościami mózgu*, chociaż istnieje między nimi pewna różnica, gdyż *neuropedagogika* skupia się na bardziej kompleksowych procesach edukacyjnych (wychowawczo-kształceniowych), *neurodydaktyka* zaś zwłaszcza na metodyce nauczania, natomiast *nauczanie kompatybilne z możliwościami mózgu* na tym, jak są transformowane dane dotyczące struktury i funkcji mózgu do procesu dydaktyczno-wychowawczego, np. jak pracuje mózg ucznia podczas uczenia się (Petlak, Zajacova, 2010). Przy czym najpierw funkcjonowało pojęcie neurodydaktyki a dopiero później neuropedagogiki. Jako pierwszy pojęcia neurodydaktyka (*neurodidactics*) użył w roku 1988 niemiecki matematyk Gerhard Preiß. Opracowując podstawy nowej subdyscypliny wyszedł z założenia, że można przenieść i zastosować wyniki współczesnych badań mózgu (zwłaszcza neuroobrazowania) w dydaktyce i pedagogice. W jego opinii neurodydaktyka powinna zajmować się procesem kształcenia, uwzględniając ogromne znaczenie warunków, w których ten proces może być najefektywniejszy. Niezmiernie ważne jest tu stwierdzenie, że plastyczność mózgu (tzw. neuroplastyczność) i zdolność uczenia się w ciągu całego → życia człowieka pozostają w trwałym związku. Wyniki badań mózgu pozwalają na bardziej dokładne eksplorowanie tej korelacji. Przedmiotem zainteresowań neuropedagogów i neurodydaktyków jest wdrożenie wiedzy o pracy mózgu do zmiany metodyki nauczania, a w konsekwencji zwiększenie skuteczności kształcenia i uczenia się. Chociaż wiele procedur stosowanych w ramach neuropedagogiki czy neurodydaktyki nie robi wrażenia rewolucyjnych, to jednak sprawiły one, że nastąpiła rewizja wielu wcześniej wykorzystywanych metod nauczania.

Same określenia – neuropedagogika i neurodydaktyka – sugerują, że chodzi o większe docenienie wiedzy o mózgu i jego działaniu oraz jej ściślejsze połączenie z pedagogiką, a przede wszystkim z procesem dydaktycznym. Jest to zbieżne z poglądami Ryszarda Kapuścińskiego (1932–2007), który wyrażał pogląd, że w dawniejszych czasach największą wartością była ziemia i jej uprawa, w XIX wieku stały się nią maszyny, a dzisiaj jest nią rozum, czyli mózg, ciągłe poznawanie jego działania i procesów, które zachodzą w nim w czasie uczenia się.

Innowacyjność neuropedagogiki. Nowość neuropedagogiki i neurodydaktyki w porównaniu z wcześniejszym i obecnym podejściem do nauczania i uczenia się polega na: dokładniejszym poznaniu zasad, prawidłowości i rzeczywistych możliwości rozwoju ucznia; lepszym poznaniu faktycznych możliwości mózgu ucznia i jego preferencji odnośnie uczenia się; większym docenianiu potrzeby własnego doskonalenia się i osiągania bardziej satysfakcjonujących sukcesów życiowych; wykorzystywaniu inteligencji osobistej i uwzględnianiu dużych indywidualnych różnic cech osobowości, temperamentu, charakteru itp.; „alchemii rozwoju" i stwarzaniu warunków do robienia kariery w szkole i w życiu; indywidualnym rozwoju ucznia poprzez własne, autonomiczne doskonalenie się (Sawiński, 2005).

Założenia neuropedagogiki. Neuropedagodzy twierdzą, że uwzględnianie najnowszej wiedzy o mózgu w procesie kształcenia może sprzyjać: tworzeniu innowacyjnych metod nauczania przyjaznych mózgowi i ich ciągłej weryfikacji oraz doskonalenia na podstawie nowych doniesień o pracy mózgu; charakteryzowaniu nauczania i uczenia się z perspektywy procesów neuronowych zachodzących w mózgu; rewizji poglądów na temat znaczenia dla uczenia się procesów psy-

chicznych poznawczych (spostrzegania, myślenia, pamięci, uwagi), pobudzeniowych (motywacji i emocji) i czynnościowych (zdolności, kreatywności).

Neuropedagodzy zarzucają tradycyjnemu modelowi nauczania zbyt małe zainteresowanie należytym wykorzystaniem olbrzymiego potencjału mózgu uczniów, a także nieuwzględnianie faktu, że mózg jest organem niezwykle dynamicznym, zmieniającym się od przyjścia na świąt aż po kres życia. W stymulującym, ciekawym poznawczo środowisku zmienia się pozytywnie, a niekorzystnym zmianom podlega, kiedy nie jest pobudzany. Dla nauczania oznacza to, że trzeba stworzyć uczniom możliwości zdobywania wiedzy w warunkach mocno stymulujących ich wszystkie zmysły. Zdaniem neuropedagogów pozytywnym zmianom mózgu, jego wspieraniu i rozwojowi jego działania sprzyja współpraca w grupie i kooperacja, nauczanie problemowe i/lub metody oparte na burzy mózgów. Odnośnie procesu nauczania neuropedagogika bardzo dużo uwagi poświęca pamięci. Ten niezmiernie ważny dla uczenia się proces psychiczny poznawczy nie traktuje jako „magazynu wiedzy", lecz głównie jako „miejsce rekonstrukcji bloków informacji", które są rejestrowane w różnych obszarach mózgu i połączone niezwykle rozbudowaną siecią neuronową. Pamięć jest ulotna – mózg zapomina to, co uznaje za nieprzydatne dla jego funkcjonowania, to, czego nie „odświeża". Stąd konieczność ciągłego uczenia się i zdobywania nowej wiedzy, przypominanie jej sobie i pracą nad nią. Oprócz oceny, uczeń tworzy z tej perspektywy pogląd na wyniki uczenia się, a przede wszystkim na powtarzanie i zapamiętywanie (Petlak, Zajacova, 2010).

Zasady neuropedagogicznego nauczania. Zdaniem neuropedagogów wskazane powyżej korzyści wymagają wdrożenia i przestrzegania następujących zasad: uczenie powinno być pozbawione formalizmu, dostarczać przyjemności i być połączone z zabawą; nauka powinna być kompleksowo i wszechstronnie wspierana we właściwym czasie; uczenie powinno być powiązane z życiem; uczenie ma być realizowane poprzez samodzielne rozwiązywanie problemów; materiał nauczania musi być podawany różnymi metodami; nauczyciel musi mieć większą wiedzę o procesach, które przebiegają w mózgu w czasie uczenia się i dostosowywać do tego odpowiednie środki i metody pracy dydaktyczno-wychowawczej; nauczyciele powinni być wzorem, od którego zależy, albo z którego wynika zaangażowanie i motywacja uczniów.

Sposoby pracy z uczniami. W związku z kształceniem i uczeniem się neuropedagogika opowiada się za wprowadzaniem nowych i zmodyfikowanych sposobów pracy z uczniami. Dzięki neuroobrazowaniu ustalono, że nowe informacje i umiejętności najlepiej przyswajane są w bezpiecznym środowisku – bez dużego stresu, pełnego życzliwości, ciepła i pozytywnych emocji. Jest to jednocześnie jeden z ważniejszych czynników zachęcających uczniów do aktywnego udziału w zajęciach szkolnych.

Z najnowszych badań na mózgiem wynika, że bardzo ważnym momentem jest początek zajęć lekcyjnych, ponieważ układy limbiczne wszystkich uczniów podejmują decyzję o uwalnianiu neuroprzekaźników i rozpoczęciu uczenia się. Z tego powodu jedną z bardziej znaczących chwil w czasie lekcji nie jest przekazywanie wiedzy, lecz pierwsze kilkanaście minut, w czasie których mózgi uczniów są najbardziej pochłonięte selekcjonowaniem i ocenianiem, czy proponowany przez nauczyciela temat jest dla nich na tyle ciekawy, wyjątkowy i przydatny, by wart był ich większego zainteresowania i aktywności. Jeśli „werdykty" ich mózgów będą niepomyślne, to uczniowie tracą chęć dalszego udziału w lekcji, zaczynają skupiać się na czymś innym i w efekcie skuteczność pracy nauczyciela od tej chwili będzie wyjątkowo słaba czy nawet żadna. Niemniej ważne jest tu także to, że dla uczniów, którzy mają naturalną potrzebę eksplorowania świata, najefektywniejsze sposoby nauczania to te, które do tej potrzeby nawiązują, to znaczy inspirują do samodzielnego odkrywania nowych rzeczy (dochodzenia do wiedzy) i zdobywania nowych umiejętności (Żylińska, 2013).

Dopomina. Neuropedagogika polegając na wiedzy o pracy mózgu zwraca uwagę na fakt, że proces przyswajania nowej wiedzy i rozwijania umiejętności jest zależny od wytwarzania neurotransmitera zwanego dopaminą. Neurobiolodzy wykazali bowiem, że dopamina nie odpowiada za dostarczenie organizmowi nagrody bądź pozytywnych emocji – jak uważano wcześniej – ale mobilizuje do podjęcia aktywności służącej osiągnięciu czegoś korzystnego albo unikaniu czegoś negatywnego. Oznacza to, że dopomina nie jest produkowana po uzyskaniu nagrody, lecz zaczyna działać dużo prędzej i to dzięki niej taką nagrodę uzyskuje się bądź unika się kary. Uzmysłowienie sobie znaczenia celu skutkuje zatem wytwarzaniem dopaminy i w efekcie zwiększeniem motywacji do działania.

Neurony lustrzane. Neuropedagogika wskazuje na duże znaczenie w nauczaniu neuronów lustrzanych. Giacomo Rizzolatti i kierowany przez niego zespół neurobiologów odkryli je u schyłku ubiegłego stulecia, śledząc aktywność mózgu u małp naczelnych. Są to

grupy neuronów, które uaktywniają się w chwili wykonywania jakiejś czynności lub obserwowania jej u innych ludzi. Ulegające pobudzeniu neurony dosłownie odzwierciedlają zachowania innych osób. Przy czym są one najbardziej zaangażowane w odbiór i przyswajanie czynności motorycznych. Prawdopodobnie dzięki pracy tego typu wyspecjalizowanych komórek nerwowych człowiek potrafi odczytywać niewerbalne zachowania innych ludzi i przypisywać im określone emocje. Sugeruje to zarazem, że neurony lustrzane mogą także pełnić ważną funkcję w wyższych procesach poznawczych, na przykład języku, teorii umysłu i stanowić biologiczne podłoże empatii – emocjonalnego współodczuwania (Bauer, 2008). Wszystkie te procesy są wyraźnie osłabione u osób z autyzmem. Wspomniana „teoria umysłu" dotyczy umiejętności oceniania kondycji psychicznej drugiej osoby (np. potrzeb, poglądów, preferowanych wartości) na podstawie jej sposobów reagowania bądź zdobytych doświadczeń. Z tego powodu niewłaściwa praca neuronów lustrzanych niesie duże ryzyko wystąpienia niedorozwoju poznawczego w postaci autyzmu. Dzieci borykające się tym zaburzeniem rozwojowym mają w większości problemy z rozumieniem przekazów zawartych w aforyzmach, przysłowiach itp. Wykazano bowiem występowanie związku między pracą neuronów lustrzanych a procesem tworzenia i rozszyfrowywania metafor.

W procesie kształcenia neurony lustrzane ułatwiają przyswajanie nowych treści i umiejętności poprzez naśladowanie, i to niekoniecznie w sposób w pełni zamierzony czy świadomy. „Lustra" w mózgu można także wykorzystać do zachęcania uczniów do bardziej aktywnego udziału w zajęciach lekcyjnych. Najbardziej jest to widoczne gdy w sali pojawiają się uczniowie z góry zakładający, że na zajęciach będzie wiało nudą, a przy tablicy staje nauczyciel z pasją, którą po dość krótkim czasie zaraża nią wszystkim obecnych w klasie. Zdaniem neuropedagogów stosunek emocjonalny nauczyciela do prowadzonego przez niego przedmiotu ma właśnie olbrzymie znaczenie dla przebiegu zajęć lekcyjnych i ich efektywności.

Neuropedagogika podkreśla jeszcze inny bardzo ważny walor neuronów lustrzanych. Empirycznie ustalono, że jeśli jakaś czynność obrazowana jest na ekranie komputera, tabletu, telewizora czy smartfonu, to wówczas „zwierciadła" w mózgu są bierne. Z tej przyczyny niezbyt skuteczne mogą okazać się programy nauczania polegające głównie na pracy z komputerem czy tabletem, np. służące nauce języków obcych. Neurony lustrzane, podobnie jak cały mózg, są „istotami społecznymi" i żeby mogły odpowiednio funkcjonować wymagają bezpośredniego kontaktu – słownego i niewerbalnego – z nauczycielem. Problem ten zdają się zauważać nauczyciele, którzy zgodnie twierdzą, że metody audiowizualne nie powinny przeważać w pracy z uczniami, a z uczniami najmłodszymi (zwłaszcza z pierwszych i drugich klas) nie powinny być prawie w ogóle stosowane (Spitzer, 2013).

Komputer w nauczaniu. Zdaniem neuropedagogów szkoła XXI wieku wymaga jednak wykorzystywania komputera w pracy z uczniami, i to z dwóch ważnych powodów. Pierwszy z nich to olbrzymie możliwości czerpania informacji z Internetu, a także zwiększanie skuteczności kształcenia poprzez wykorzystywanie prezentacji multimedialnych podczas zajęć lekcyjnych oraz realizowanie wielu innych wartościowych postulatów nauczania *on-line* i „e-szkoły", czyli nauczania na odległość oraz przy użyciu nowych mediów, a zwłaszcza laptopów i tabletów. Drugi powód wynika z tego, że mózgi dzisiejszych uczniów różnią się od mózgów pokoleń z początku czy połowy ubiegłego wieku. Sieci połączeń neuronalnych ich dziadków i pradziadków tworzyły się pod wpływem innych bodźców niż teraz. Głównym tego sprawcą jest z pewnością burzliwy rozwój technologii cyfrowych, a ściślej nowych mediów, które są dzisiaj łatwo osiągalne i powszechnie obecne oraz zbytnio wykorzystywane przez dzieci i młodzież. Stąd podział na → „cyfrowych imigrantów" i „cyfrowych tubylców". Ci pierwsi to dawne → generacje, które wzrastały bez komputera i muszą włożyć dużo trudu by w miarę swobodnie korzystać z dobrodziejstw nowych mediów. Ci drudzy zaś to ich wnuki i prawnuki, których mózgi zostały ukształtowane w cyfrowych warunkach i stąd inaczej funkcjonujący czy przetwarzający informacje (Spitzer, 2013). Mimo to neuropedagogika zaleca ciągłe śledzenie najnowszych doniesień z badań nad mózgiem dotyczących zalet lub szkodliwości stosowania nowych mediów w nauczaniu. Nie jest bowiem do końca przekonana o konieczności wspomagania nimi procesu dydaktycznego. Pomijając głosy sympatyków i przeciwników cyfryzacji edukacji trzeba pamiętać o tym, że jeśli mózgi dzisiejszych uczniów są inaczej „wyrzeźbione" to w inny sposób organizują (przetwarzają i przyswajają) i przechowują informacje. W związku z tym neuropedagodzy postulują, by programy nauczania, które były odpowiednie dla pokoleń uczniów sprzed kilkudziesięciu lat zostały zweryfikowane i zmodyfikowane pod kątem wykorzystania nowych mediów. Przy czym nie domagają się gwałtownych zmian sposobów pracy z uczniami, ale większego dostosowania metod i środków przeka-

zu wiedzy do innych czy nowych możliwości ich mózgów.

Jednozadaniowość. Następnym ważnym postulatem neuropedagogiki jest potrzeba dbałości o jednozadaniowość. Dowiedziono bowiem, że tak powszechnie preferowana wielozadaniowość uczniów stanowi jedno ze źródeł porażek szkolnych i tak zwanego uczenia się surfingowego. Nauczyciele powinni dążyć do tego, a by uczniowie nie robili wielu rzeczy naraz, lecz bardziej skupiali się na jednym zadaniu, a po jego wykonaniu podejmowali kolejne (Żylinska, 2013).

Plastyczność mózgu. Dzięki neuroobrazowaniu ustalono, że mózg posiada wyjątkową zdolność do wytwarzania nowych komórek nerwowych (neurogeneza) i do tworzenia nowych połączeń między neuronami (neurogeneza), zwaną neuroplastycznością. Dzięki tej właściwości osoby z uszkodzonym mózgiem mogą normalnie funkcjonować (Walsh, 2000). Znajduje to też zastosowanie w różnego rodzaju metodach terapii i → rehabilitacji. Neuroplastyczność ma również duże znaczenie w neuropedagogice. Nieużywane neurony mają tendencję do zanikania, a te, które powstają w trakcie uczenia się wymagają wielokrotnego powtarzania; neurony uczą się powoli poprzez ciągłe ich stymulowanie. Co więcej, obszary w mózgu często pobudzane rozbudowują się („rozkrzewiają"), a połączenia synaptyczne stają się bardziej trwałe i dostępniejsze lub szybsze (Blakemore, Uta, 2008).

Metody nauczania. Neuropedagodzy opowiadają się za przeprowadzeniem pewnych unowocześnień odnośnie metod nauczania, a w szczególności zalecają, żeby: na początku każdej lekcji zainteresować uczniów jej tematem, by w ten sposób zachęcić ich do aktywnego udziału w zajęciach i utrzymać wysoki poziom ich motywacji do uczenia się aż do końcowego dzwonka; przedkładać przekazywanie wiedzy nauczania metodami aktywnymi nad metodami podającymi (informacyjnymi), umożliwiającymi rozwijanie samodzielności uczniów i nawiązującymi do teorii inteligencji wielorakich oraz edukacji polisensorycznej (Dryden, Vos, 2003); często powtarzać nowo zdobytą wiedzę i umiejętności (żeby zostały zrozumiane i utrwalone) poprzez rozwiązywanie różniących się sytuacji problemowych zamiast np. kilku zadań matematycznych o podobnym sposobie postępowania, gdyż mózg uczy się powoli, a nieaktywizowane połączenia neuronalne zanikają; kontrolować i dozować stres u uczniów (zarówno jego nadmiar, jak i brak jest niekorzystny); pamiętać, że dla efektywnego nauczania duże znaczenie ma tzw. „ukryty program szkoły" (w tym zwłaszcza właściwa postawa nauczyciela) oraz umiejętności dydaktyczne i jakość kontaktów z uczniami (doznawanie bardzo nieprzyjemnych emocji zmniejsza chęć do nauki).

Wspomniany „ukryty program szkoły" dotyczy także troski o właściwą atmosferę w klasie szkolnej. Mózg jest „organem społecznym" i do właściwego rozwoju wymaga przebywania z innymi ludźmi. W praktyce oznacza to, że nauczyciele powinni starać się o zwiększanie integracji klasy, zespołowe radzenie sobie z pojawiającymi się trudnościami i świętowanie sukcesów (Żylińska, 2013). Może to być zarazem złoty środek na pokonywanie różnych uzależnień (np. od środków odurzających czy szkodliwych gier komputerowych), gdyż są one w dużej mierze zależne od wytwarzania wspomnianej dopaminy. Organizm produkuje ją aby przetrwać i jeśli wytwarza jej zbyt mało (np. z powodu odrzucenia przez rówieśników czy niepowodzeń w nauce), to jej źródeł poszukuje w substancjach psychoaktywnych czy w innych niebezpiecznych dla zdrowia uzależnieniach.

Zdaniem adwersarzy neuropedagogika nie jest nowatorskim podejściem do procesu nauczania i uczenia się, ponieważ formułowane przez nią założenia i zasady już dużo wcześniej były prezentowane w różnych teoriach psychologicznych (np. psychologii poznawczej czy humanistycznej) i pedagogicznych (np. pedagogice konstruktywistycznej). W dużej mierze tak jest ale monitorowanie pracy mózgu w chwili uczenia się pozwala na dużo dokładniejsze organizowanie, selekcjonowanie i opracowywanie bardziej skutecznych oddziaływań pedagogicznych. Innowacyjność neuropedagogiki wynika z jej nadrzędnej intencji, którą jest podawanie treści nauczania i uczenia się w sposób bardziej angażujący mózgi uczniów na podstawie najaktualniejszej wiedzy o jego funkcjonowaniu. Dzięki bowiem nowym technologiom umożliwiającym podpatrywanie pracy mózgu pojawiły się niespotykane do tej pory możliwości sprawdzenia dotychczas stosowanych metod kształcenia i wychowania. Umożliwia to zarazem odrzucanie metod mniej skutecznych, często nużących czy po prostu męczących mózg ucznia i tym samym nie przynoszących spodziewanych rezultatów, i zastąpienie ich dużo efektywniejszymi.

WS

B: Bauer, 2008; Blakemeore, Uta, 2008; Dryden, Vos, 2003; Petlak, Zajacova, 2010; Sawiński, 2005; Spitzer, 2013; Taraszkiewicz, 2005; Walsh, 2000; Żylińska, 2013.

O: neuroterapia.

S: neurodydaktyka, neuroedukacja.

TK: ang. *neuropedagogy* / *educational neuroscience* / *NeuroEducation* / *NeuroEducation* / *neuroeducation*, fr. *neurosciences et*

éducation, hiszp. *neuroeducación* / *neurosciencia eductiva*, niem. *Neurodidaktik*, ros. *нейронаучное образовние* / *нейронауки и образование*.

Bibliografia

Bauer J., *Empatia*. Warszawa 2008.
Blakemeore S.-J., Uta F., *Jak uczy się mózg.* Kraków 2008.
Dryden G., Vos J., *Rewolucja w uczeniu*. Poznań 2003.
Petlak E., Zajacova J., *Rola mózgu w uczeniu* się. Kraków 2010.
Sawiński J. P., *Czy potrzebna jest nam neurodydaktyka?* „Gazeta Szkolna" 2005, nr 27–28.
Spitzer M., *Cyfrowa demencja*. Słupsk 2013.
Taraszkiewicz M., *Neuropedagogika stanie się podstawą edukacji w XXI wieku*. „Gazeta Szkolna" 2005, nr 10.
Walsh K., *Neuropsychologia klini*czna. Warszawa 2000.
Żylińska M., Neurodydaktyka, czyli nauczanie przyjazne mózgowi, Wydawnictwo UMK, Toruń 2013.

neuroterapia

– jest pojęciem obejmującym zarówno leczenie przy pomocy rożnych odmian *biofeedbacku*, jak i poprzez udział w różnego rodzaju neurotreningach i neurorehabilitacji. Gwałtowny rozwój nowych technologii cyfrowych spowodował, że dostępne są urządzenia umożliwiające przeprowadzanie niezwykle dokładnych pomiarów zależności między napięciem psychiczno-emocjonalnym a objawami fizjologicznymi oraz na ich podstawie śledzenie na monitorze przebiegu elektromiograficznego, termicznego, elektroencefalograficznego i elektroskórnego biologicznego sprzężenia zwrotnego. Powstały też programy komputerowe wspierające → rehabilitację ruchową oraz rozwój umysłowy.

Biologiczne sprzężenie zwrotne. Coraz powszechniej w gabinetach terapeutycznych są stosowane urządzenia oparte na biologicznym sprzężeniu zwrotnym. Pozwalają one na pomiar i naoczne monitorowanie różnych zmian fizjologicznych, takich jak: przewodnictwo elektryczne skóry czy zmienność rytmu serca, co następnie jest wykorzystywane do osiągnięcia stanu samoświadomości i umiejętności samoregulacji. Biofeedback w różnych wersjach jest wykorzystywany od kilkudziesięciu lat w medycynie i psychologii klinicznej, ale dopiero od niedawna pojawił się w postaci niższych cenowo i łatwiej dostępnych aplikacji. Biofeedback może być doskonałym uzupełnieniem medytacji, ponieważ wytwarza pętlę sprzężenia zwrotnego, która służy lepszemu kontrolowaniu samego siebie i zwiększaniu dobroczynnego wpływu tych neurobiologicznych interakcji. Ostatnio dużym powodzeniem cieszy się EEG Biofeedback, będący pewną odmianą klasycznego biofeedbacku opartą na miarach aktywności mózgu. Wykorzystanie elektroencefalografii (EEG) do pomiaru fal mózgowych dostarcza użytkownikowi informacji zwrotnej o różnych stanach umysłowych, takich jak: relaksacja lub czujność. Najnowszym wynalazkiem jest jednak neurofeedback. Mimo wyraźnie łatwiejszej dostępności względnie tanich urządzeń tradycyjnego biofeedbacku czy jego wersji z EEG, przewidzianych do używania w warunkach domowych, na razie neurofeedback jest bardziej urządzeniem wykorzystywanych do treningu mózgu dla celów badawczych i klinicznych. Ten stan ulegnie gwałtownej zmianie, kiedy będziemy dysponowali rzetelnymi danymi o tym, jakie konkretne sposoby wykorzystania tej aparatury przynoszą określone efekty ich użytkownikom. Aktualne doniesienia z badań nad skutecznością biologicznego sprzężenia zwrotnego wskazują na dość dużą efektywność tradycyjnego biofeedbacku opartego na zmianach rytmu serca (Borkowski, 2015).

Kontrolowanie dzięki biofeedbackowi zmian rytmu serca dostarcza informacji zarówno o działaniu układu parasympatycznego, jak i sympatycznego. Oba te układy mają antagonistyczny wpływ na czas między poszczególnymi uderzeniami serca. Szybszy rytm serca to następstwo zwiększonego działania układu sympatycznego, wolniejszy – nasilonej pracy układu parasympatycznego. Z tego powodu zmiany rytmu serca można uznać jako bezinwazyjną technikę pomiaru regulowania czy monitorowania emocji.

Urządzenia do biologicznego sprzężenia zwrotnego oparte na pomiarze rytmu serca pozwalają użytkownikom wpływać na szybkość uderzeń serca poprzez monitorowanie samego siebie i samoregulację oddechu. Zazwyczaj mają formę ćwiczeń przypominających gry, sprzyjających rozwijaniu podstawowych technik kontrolowania tych fizjologicznych wskaźników. Świadoma wiedza, jak wyregulować oddech, może stać się trwała zdolnością, a potem ułatwiać optymalizowanie pracy mózgu.

Proponuje się praktykowanie relaksacji połączonej z programami biologicznego sprzężenia zwrotnego u nadwrażliwych emocjonalnie lub podatnych na → stres. Programy te dostarczają w rzeczywistym → czasie wizualnej informacji zwrotnej o wewnętrznym funkcjonowaniu takich osób. Jest to jest możliwe z uwagi na to, że między emocjami a poznaniem występuje ścisły związek: emocje mają duży wpływ na poznanie, i odwrotnie – rozum na emocje (Ohme, 2017). Nadmierny stres może bardzo niekorzystnie

oddziaływać na funkcjonowanie. Z tego też względu u osób wykonujących zawody bardzo stresujące, niezwykle potrzebne jest zdobycie umiejętności samoregulacji emocji, aby być sprawniejszym poznawczo, i tym samym lepszym i bardziej zadowolonym pracownikiem.

Neurofeedback jest bardziej zaawansowaną metodą kontrolowania zbyt dużego bądź zbyt małego pobudzenia niektórych ośrodków mózgu. Jest to rodzaj biofeedbacku wykorzystujący zapis elektroencefalogramu w czasie rzeczywistym, umożliwiającym wpływanie na pracę własnego mózgu. Posługując się nim można opanować umiejętność zmiany aktywności swoich neuronów. Badania potwierdzają, że neurofeedback jest skuteczny w łagodzeniu objawów zaburzeń związanych z mózgiem, takich jak: zespól hiperkinetyczny (ADHD), zespoły lękowe, agresja, epilepsja, → depresja [i zaburzenia nstroju], chroniczne bóle głowy, problemy ze snem (bezsenność lub nadmierna senność), a także w terapii dysfunkcji ruchowych czy uzależnienia od nikotyny. W tym ostatnim przypadku istotną funkcję pełni obszar mózgu zwany wyspą (*insulo*). Kiedy jest ona zbyt słabo pobudzona lub całkowicie nieaktywna, nałogowy palacz nie odczuwa przymusu zapalenia papierosa. Poprzez odszukanie indywidualnej strategii mentalnej, metodą prób i błędów, uzależnione od nikotyny osoby uczą się samodzielnego zmniejszania aktywności neuronów zlokalizowanych na wyspie. Sprawdzonym sposobem jest wyobrażanie sobie czegoś emocjonalnie nieprzyjemnego i drażniącego, np. obrzydliwego widoku bądź wstrętnego zapachu. Zwykle wystarczy poddać się trzem jednogodzinnym sesjom z wykorzystaniem neurofeedbacku. Z dotychczasowych badań z udziałem osób niepalących wynika, że po takim czasie można skutecznie kontrolować i zmieniać ruchliwość neuronów w obszarze wyspy. Co więcej, ta umiejętność po jakimś czasie staje się automatyczna, nie ulega zapomnieniu – tak samo jak pływanie czy prowadzenie samochodu.

Neurofeedback to tomograf połączony z komputerem, do którego przesyłane są informacje ze skanera. Dzięki nim można poznać aktualny stan aktywności mózgu pacjenta. Mówiąc inaczej, najnowszy skaner mózgu dostarcza informacji zwrotnych nawet z głębokich warstw mózgu, na przykład z ciała migdałowatego odpowiedzialnego za powstawanie emocji.

Po zastosowaniu tradycyjnego funkcjonalnego rezonansu magnetycznego (fRMI) trzeba bardzo dużo czasu, od kilku do nawet kilkunastu tygodni, by opisać wyniki pomiarów. Natomiast nowa aparatura pozwala po zaledwie kilku sekundach ustalić, w których rejonach mózgu stężenie tlenu jest największe, tzn. które obecnie są najbardziej pobudzone. Taka ekspresowa „obróbka" skanów jest możliwa dzięki algorytmom matematycznym oraz specjalnemu komputerowemu oprogramowaniu. Ponadto neurofeedback umożliwia bieżącą obserwację pracy mózgu zarówno przez neuroterapeutę, jak i przez leczonego; sam otrzymuje informacje zwrotne o stopniu aktywności różnych obszarów swojego mózgu. W konsekwencji może śledzić swój umysł podczas pracy i dosłownie na własne oczy przekonać się, na ile są efektywne stosowane przez niego różne sposoby wpływania na stan własnego intelektu.

Austriacki neuropsycholog Niell Birbaumer przeprowadził eksperyment, w którym udowodnił, że jest możliwe samodzielne zmienianie aktywności neuronów w różnych obszarach naszego mózgu. W tym konkretnym przypadku dotyczyło to komórek nerwowych umiejscowionych na wyspie – małym obszarze położonym w bruździe bocznej mózgu, za płatem skroniowym. Obszar ten bierze udział przede wszystkim przy rozpoznawaniu emocji i ich ocenianiu. Wystarczyły zaledwie trzy czterominutowe sesje neurofeedbacku by uczestnicy nauczyli się zarządzać aktywnością neuronów swojej wyspy. Większość z nich uzyskiwała to przypominając sobie różne obrazy z przeszłości, raz przyjemne – jak przebywanie na pełnej słońca piaszczystej plaży albo smakowanie ulubionej potrawy, innym razem niemiłe, nastrajające negatywnie – jak wyrywanie bolącego zęba przez dentystę.

Neurotrening depresji. W inny sposób przebiega praca z użyciem neurofedbacku w terapii depresji. Wówczas bowiem celem jest wytrenowanie określonej aktywności neuronów, która ma ścisły związek z objawami depresji. W jednym z eksperymentów, przeprowadzonym przez Rainera Goebela i Davida Lindena, pokazywano pacjentom od dość dawna cierpiącym na nawracającą depresję, fotografie wywołujące pozytywne emocje, np. pocztówki z wakacji, zdjęcia z uśmiechniętymi dziećmi czy bukietami pięknych kwiatów. Na taki widok najbardziej pobudzało się ciało migdałowate (część układu limbicznego odpowiedzialna za emocje), a u niektórych pacjentów także obszar kory przedczołowej (odpowiadającej za → pamięć roboczą i ocenę kontekstu sytuacyjnego). Sterowanie aktywnością tych dwóch obszarów mózgu było właśnie głównym celem prowadzonego neurotreningu. Pacjenci brali udział w czterech jednogodzinnych sesjach, w czasie których byli informowani o ukrwieniu tych dwóch struktur mózgu. Umożliwiło

to im opanowanie umiejętności śledzenia pobudzenia neuronów w ciele migdałowatym i korze przedczołowej, aktywizowania ich poprzez własne strategie mentalne. Po zakończeniu całego treningu wszyscy uczestnicy potrafili wprowadzić własny umysł w pożądany stan. Co więcej, na podstawie wyników uzyskanych w badaniach przeprowadzonych odpowiednimi testami przed badaniem i po jego zakończeniu stwierdzono, że neurotrening spowodował pewne złagodzenie objawów depresji. Zdaniem eksperymentatorów metoda ta może być odpowiednia dla pacjentów, którzy są oporni zarówno na leczenie lekami, jak i psychoterapią. Niewątpliwa zaleta neurofeedbacku to przekonanie pacjentów, że sami sobie pomagają, co ma dla nich ogromne znaczenie, ponieważ zaufanie do siebie i wiara we własne możliwości są bardzo ważne u osób depresyjnych. Lecz ostateczne uznanie wyników tego eksperymentu za w pełni wiarygodne klinicznie, wymaga dalszych badań z udziałem dużo większej liczny pacjentów.

→ **Choroba Parkinsona**. Wspomniany Linden ustalił także, jak działa trening neuronalny u pacjentów zmagających się z chorobą Parkinsona. Odczuwali oni sztywność mięśniową i spowolnienie ruchów, co bardzo utrudniało im wykonywanie nawet prostych czynności. Czterech pacjentów – dwie kobiety i dwóch mężczyzn – z chorobą Parkinsona przez blisko pól godziny, przy użyciu neurofeedbacku, uczyło się zwiększać stymulację dodatkowego pola ruchowego (SMA). Obszar ten zlokalizowany jest w drugorzędowej korze motorycznej i jest współodpowiedzialny za planowanie i wykonywanie ruchów zamierzonych. Po neurotreningu u wszystkich ćwiczących pacjentów dostrzeżono poprawę sprawności manualnej. Jeden z nich kontynuował poza gabinetem ćwiczenia służące zwiększaniu pobudzenia neuronów w polu ruchowym, i po jakimś czasie stwierdzono, że pod ich wpływem dużo sprawniej radził sobie z codziennymi czynnościami.

Przewlekły ból. Podani wcześniej trzej badacze – Linden, Goebel i Birbaumer – są uznawani za prekursorów wprowadzania metody neurofeedbacku do pracy klinicznej. Chociaż już kilka lat przed nimi podejmowano pierwsze próby wykorzystania tej aparatury w terapii zaburzeń. Christopher deCharms za pomocą neurofreedbacku leczył dwunastu pacjentów, skarżących się na odczuwanie uporczywego bólu. Podczas neurotreningów opanowali oni umiejętność wpływania na pobudzenie przedniej części zakrętu obręczy (część kory limbicznej), co w efekcie doprowadziło do pewnego zmniejszenia się u nich dolegliwości bólowych.

Epilepsja. Neurofeedbacku ma także dobroczynny wpływ na osoby cierpiące na → padaczkę. Potwierdziły to badania przeprowadzone przez Niella Birbaumera przy użyciu EEG-neurofeedbacku wobec 27 pacjentów z rozpoznaną epilepsją, którzy byli oporni na farmakoterapię. Ostatecznie ustalono, że po 35 sesjach aż dwie trzecie epileptyków potrafiło skutecznie redukować tzw. wolne potencjały korowe i przez blisko pół roku po neurotreningu mieli wyraźnie mniej napadów padaczki.

Zespół hiperkinetyczny. Istnieją też dowody dość dużej skuteczności wykorzystania EEG-neurofeedbacku w terapii ADHD, zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi. Zarówno dzieci, jak i dorośli z tym zaburzeniem nie potrafią przez dłuższy czas skupić się na konkretnym zadaniu. Dzięki neurotreningowi, który zastosował Martin Holtmann, polegającym na uczeniu się skoncentrowanym na określonych falach mózgowych, osoby z zespołem hiperkinetycznym (inna nazwa ADHD) stały się bardziej wyciszone i skore do większego skupiania uwagi. Uzyskane rezultaty są bardzo wiarygodne, ponieważ dokonano porównania skutków tego neurotreningu z grupą odniesienia, która była poddawana tylko pozornemu EEG-neurofeedbackowi. Pozwoliło to przekonać się o faktycznej skuteczności tego typu neuronalnej terapii w leczeniu ADHD i zarazem zachęcić innych – psychologów, psychiatrów czy nawet bioenergoterapeutów – do jej większego doceniania i powszechniejszego używania w pracy klinicznej.

Kierunki nowych badań. Trwają zaawansowane prace badawcze nad skutecznością neurofeedbacku w terapii innych → chorób. Birbaumer zajmuje się testowaniem tej metody wśród pacjentów z zaburzeniami osobowości, uzależnionych od nikotyny oraz z rozpoznaną schizofrenią. Anna Zilverstand bada efektywność neurotrenigów u pacjentów z arachnofobią – panicznym lękiem przed pająkami. Ci ostatni stoją przed znacznie trudniejszym wyzwaniem, gdyż muszą nauczyć się modyfikować pracę jednocześnie dwóch struktur w mózgu – ciała migdałowatego i kory przedczołowej. Dzięki tej korze pomimo lęku pacjenci mogą dalej myśleć, że panują nad tą sytuacją. Na razie nie sposób przesądzać o rzeczywistej skuteczności neurotreningu w pokonywaniu tego typu fobii. Zresztą sama badaczka przyznaje, że być może neurofeedback nie jest w stanie zastąpić sprawdzonych metod terapii tego rodzaju zaburzeń, np. technik behawioralnych. Mimo to neurotrening ma duże szanse stać jednym

z równoprawnych sposobów uczenia się kontroli nad własnymi lękami. Niejednokrotnie, przede wszystkim w przypadku lęku uogólnionego, nie wystarcza tylko jedna strategia leczenia.

Spektroskopia. Prozaicznym mankamentem neurofedbacku jest jego wysoka cena. Niels Birbaumer proponuje technikę wymagającą mniejszych nakładów finansowych, a mianowicie spektroskopię w bliskiej podczerwieni (promieniowanie o najkrótszych falach). Jego działanie ma dużo wspólnego z rezonansem magnetycznym: zapisuje „wędrówkę" krwi przez różne rejony mózgu. Jednak w przeciwieństwie do rezonansu magnetycznego, ogranicza się do struktur korowych, i dlatego jest znacznie tańsza, i w efekcie bardziej dostępna (Marschall, 2014).

Neurorehabilitacja. Od dawna wiadomo, że aktywność umysłowa ma dobroczynny wpływ na sprawność fizyczną. Żeby skrócić proces rehabilitacji kontuzjowanego sportowca zaleca się oglądanie przez niego nagrań z jego udziału w zawodach, a także co jakiś czas wyobrażanie sobie, że trenuje i robi konkretne ćwiczenia. Z badań przeprowadzonych przez Renae Smith-Ray wynika, że istnieje możliwość poprawy → motoryki u osób starszych tylko dzięki systematycznemu wykonywaniu komputerowych ćwiczeń poznawczych, rozwijających m.in. pamięć przestrzenną oraz szybkość przetwarzania informacji. Osoby starsze po udziale w takim dziesięciotygodniowym treningu poznawczym wypadały dużo korzystniej niż przed treningiem w teście (*Timed Up and Go Test*) polegającym na jak najszybszym poderwaniu się z krzesła, przemaszerowaniu trzech metrów i powrocie do krzesła. Mechanizmy, które to sprawiają, nie są jeszcze dokładnie poznane. Badacze w większości przypisują to redukcji stresu lub większemu ukrwieniu mózgu pod wpływem aktywności fizycznej. Tłumaczą to też tym, że ruch powoduje ogólne i długotrwałe zwiększenie pobudzenia niektórych struktur mózgowych, a nawet ma swój duży udział w neuroplastyczności mózgu – tworzeniu nowych neuronów i nowych połączeń synaptycznych (Spitzer, 2007).

→ Aktywność fizyczna ma wpływ w takim razie na pracę mózgu, ćwiczenia poznawcze zaś na → sprawność ruchową. Tymczasem przed długi czas pacjenci w ramach rehabilitacji ruchowej na jednych zajęciach ćwiczyli pod okiem fizjoterapeuty, znawcy od kręgosłupa i mięśni, na innych z neuropsychologiem, który zajmował się ich umysłem. Brakowało instrumentów i pomysłów, jak połączyć trening poznawczy z ruchowym, brakowało też wiedzy, jakie może to dać efekty.

Ostatnio pojawiły się nowe możliwości prowadzenia zespolonego treningu poznawczo-ruchowego, zwanego też neurorehabilitacją, przy użyciu zaawansowanych technologicznie komputerów. Polega on na wykorzystywaniu specjalnych konsoli do gier komputerowych, a także bardzo precyzyjnych czujników ruchu, takich jak: kamera Kinect czy platforma balansowa Wii Balance Board. Powstało wiele programów komputerowych wspierających rehabilitację ruchową, nierzadko w formie ciekawych, interaktywnych gier, w których steruje się postacią na monitorze, ćwicząc pod nadzorem specjalnej kamery.

Za przełomowe należy uznać powstanie systemu Neuroforma – programu komputerowego wspierającego neurorehabilitację przy użyciu kamery połączonej z komputerem. Wcześniej pacjent w czasie rehabilitacji stawał przed lustrem lub ścianą i robił zestaw ćwiczeń ruchowych zgodnie z instrukcją. Do ćwiczeń poznawczych (umysłowych) wykorzystywał np. portal Lumosity. Natomiast korzystając z systemu Neuroforma, pacjent staje lub siada przed ekranem komputera, widzi na nim swoje lustrzane odbicie, a naokoło pojawiają się różne obiekty. Pacjent stara się je dotknąć, chwycić, przesunąć, usunąć, uderzyć lub ich unikać. Tego typu trening przypomina grę komputerową, zawierającą w swym scenariuszu zadania ruchowe, zintegrowane z elementami treningu poznawczego, m. in. rozwijaniem procesów spostrzegania, pamięci czy uwagi. Jedno z ćwiczeń polega na przykład na próbie złapania uciekającego motyla, który co rusz zmienia kierunek lotu oraz wtapia się w roje innych owadów, co wymusza ciągłą wytężoną koncentrację. Efekty uzyskiwane przez pacjenta są tutaj zależne zarówno od jego sprawności motorycznej, jak i intelektualnej (Kruszyński, 2014).

Idea neuroterapii, zwłaszcza neurotreningu poznawczo-ruchowego, mimo że powstała nie tak dawno, gwałtownie się rozwija. Można przypuszczać, że działania tego rodzaju doprowadzą do opracowania narzędzi przeznaczonych do pracy terapeutycznej z różnymi niepełnosprawnościami (ruchowymi, umysłowymi), z pacjentami w każdym wieku (począwszy od dzieci a skończywszy na osobach starszych), a także ze wszystkimi, którzy będą chcieli szybko i efektywnie udoskonalić pracę własnego mózgu.

WS

B: Borkowski, 2015; Kruszyński, 2014; Marschall, 2014; Ohme, 2017; Spitzer, 2007.

TK: ang. *neurotherapy*, fr. *neurothérapie*, hiszp. *neuroterapia*, niem. *Neurotherapie*, ros. *неротерапия* / *неврофийдбек*.

Bibliografia

Borkowski P. (red.), *Biofeedback*. Częstochowa 2015.

Kruszyński M., *Rehabilitacja na ekranie*. „Psychologia dziś" 2014, nr 1.

Marschall J., *Myśli na wodzy*. „Psychologia dziś" 2014, nr 1.

Ohme R., *Emo sapiens*. Wrocław 2017.

Spitzer M., *Jak uczy się mózg*. Warszawa 2007.

niedosłuch czuciowo-nerwowy → głuchota percepcyjna

niedosłuch odbiorczy → głuchota percepcyjna

niepełnosprawność a zdolność do pracy

Osoby z ograniczeniem sprawności to **grupa szczególnego ryzyka** wśród poszukujących zatrudnienia, bowiem zanim pojawią się oni na rynku pracy muszą pokonać wiele → barier, na które nie napotykają inni ubiegający się pracę (bariery architektoniczne, ustawodawstwo, ograniczone możliwości zdobycia kwalifikacji, negatywne nastawienia pracodawców i obywateli). Ponadto, ci, którzy wypadają z zatrudnienia z bardzo wielu powodów rzadko lub w ogóle nie powracają do pracy.

Z kolei podjęcie i/lub utrzymanie zatrudnienia jest jednym z najistotniejszych warunków i wskaźnikiem rzeczywistego włączenia osób z ograniczoną sprawnością w główny nurt życia zbiorowego, bowiem społeczeństwo oczekuje pracy od swych członków, jeśli chcą oni zasłużyć na szacunek, zaś człowiek zyskuje tożsamość poprzez pracę, która daje nie tylko finansową niezależność, ale staje się nieodłączną częścią tego, co stanowi o szacunku dla siebie samego, poczuciu godności i zdrowym → stylu życia.

Do uniwersalnych przyczyn niskiego poziom uczestnictwa osób niepełnosprawnych na rynku pracy zalicza się takie wzajemnie powiązane ze sobą zjawiska jak (Locker, 2003): 1) generalny spadek zapotrzebowania na pracę niewykwalifikowaną, 2) redukowanie zatrudnienia w wielkich korporacjach, 3) obniżony poziom wykształcenia, słabe przygotowanie zawodowe i niskie kwalifikacje, 4) koncentrowanie uwagi przez pracodawców na możliwości wystąpienia wypadków w pracy i przewidywanych w związku z tym zwiększonych kosztów → ubezpieczenia, 5) niechęć do rejestrowania się jako osoba niepełnosprawna, 6) brak informacji o możliwościach zatrudnienia, 7) brak świadomości pracodawców w kwestiach związanych z możliwościami, umiejętnościami i potrzebami niepełnosprawnych, 8) pułapka beneficjów przypisanych osobom niepełnosprawnym (konflikt z prawem pracy), 9) obawa przed utrata beneficjów należnych osobom niepełnosprawnym po podjęciu pracy, 10) niewłaściwie przygotowane stanowisko pracy i niedostateczne wsparcie ze strony personelu w miejscu pracy, 11) bariery architektoniczne na drodze do i w pracy (w tym problemy transportowe).

Osobom z niepełnosprawnościami często nadawana jest etykieta „bez kwalifikacji", co znacznie utrudnia znalezienie pracy jako jednego z najistotniejszych łączników z rzeczywistością. W odniesieniu do osób z ograniczoną sprawnością można mówić o **wysyceniu** większości uniwersalnych cech bezrobotnego i ich nieporównywalnie gorszej pozycji na rynku pracy w konkurencji z osobami sprawnymi (zwłaszcza na rynku pierwotnym i wśród osób z głębszym ograniczeniem sprawności). Stąd też praca jest w wielu przypadkach rozumiana przez osoby z ograniczeniem sprawności jako swoisty „pomost" ułatwiający nawiązanie satysfakcjonujących kontaktów społecznych oraz zaangażowanie się w inną rolę społeczną poza rolą pacjenta, chorego czy osoby niesprawnej: dzięki pracy ludzie z ograniczeniami sprawności zmieniają się zastępując rolę „niesprawnej jednostki" pozytywnym wizerunkiem własnej osoby. Pozostawanie przez dłuższy → czas bez zatrudnienia może prowadzić m.in. do nasilenia objawów związanych z → niepełnosprawnością oraz pojawienia się nowych chorób i dolegliwości, a znaczenie pracy wzrasta zwłaszcza wówczas, gdy niesprawność narzuca ograniczenia w → czasie wolnym oraz w sferze aktywności społecznej.

Możliwości i ograniczenia zawodowe osób z niepełnosprawnościami są zróżnicowane w zależności od rodzaju o stopnia uszkodzenia poszczególnych narządów oraz ograniczenia sprawności organizmu. Są więc one różne u osób z uszkodzeniem narządu ruchu, narządów wewnętrznych, narządu wzroku, słuchu, z upośledzeniem umysłowym, z zaburzeniami psychicznymi i z równoczesnym upośledzeniem kilku narządów. W związku z tym każda z tych grup posiada szczególne dla swojego rodzaju możliwości i ograniczenia w podejmowaniu pracy zawodowej. Jednak świadomość ich występowania pozwala przystosować stanowiska pracy tak, aby ograniczenia związane z niepełnosprawnością nie były przeszkodą w wykonywaniu zawodu, jak też wypełnianiu ról społecznych.

Odnotować zatem należy punkty krytyczne pobudzenia aktywności zawodowej osób z ograniczoną spraw-

nością w wymiarze jednostkowym (zasoby indywidualne wraz z jej zapleczem społecznym) oraz infrastrukturalnym (edukacja, ustawodawstwo, normy pracy, standaryzacja stanowisk pracy, postawy pracodawców itp.).

Należy podkreślić, że potencjał (zasoby) tkwiące w ludziach (ang. *human resources*) postrzegane są dzisiaj jako najistotniejsza rezerwa i potencjał dalszego rozwoju społecznego i gospodarczego. Budowaniu, wzmacnianiu i poszerzaniu zasobów osób z ograniczoną sprawnością służy → **rehabilitacja** (w tym zawodowa), oparta na założeniu, że niepełnosprawność odnosi się do jakiegoś elementu lub układu elementów biopsychicznych, nie zaś do całości cech i właściwości jednostki. Jakkolwiek zatrudnienie jest celem głównym → rehabilitacji zawodowej poddanych temu procesowi osób z ograniczeniami sprawności, to jednak mimo wielu wysiłków i spektakularnych przedsięwzięć (kampanie medialne, budżetowe wsparcie dla uruchamiających nowe miejsca pracy) nadal nie udaje się w wielu krajach zwiększać w spektakularny sposób rozmiarów zatrudnienia tej kategorii osób – nadal zdecydowana większość osób z ograniczeniem sprawności pozostaje poza rynkiem pracy (zwłaszcza otwartym). Warunkiem sprostania przez osoby z ograniczeniami sprawności wyzwaniom współczesnego rynku pracy jest nie tylko dysponowanie własnym potencjałem psychofizycznym i zasobami niezbędnymi w zatrudnieniu, lecz także możliwość korzystania z infrastruktury technicznej i społecznej, zwłaszcza z systemów i podsystemów społecznych „prowadzących" na rynek pracy, kontaktowania się ze światem społecznym i jego instytucjami. Należy zatem rozróżnić dwa istotne zagadnienia (zob. tabela 1): zdolność do pracy (opcja: osoba dla pracy) oraz zdolność i/lub możliwość zatrudnienia (opcja: praca dla osoby). **Zdolność do pracy** to skumulowane umiejętności, walory, potencjał jednostki niezbędne w procesie poszukiwania, uzyskania i/lub utrzymania określonego zajęcia na rynku pracy (w zróżnicowanym trybie i formie zatrudnienia). To zdolność wykonywania zadań związanych z wymaganiami stawianymi określonej pracy z uwzględnieniem potencjału i zasobów jednostki (zdrowie, sprawność, wiek, wiedza, umiejętności, motywacja) oraz warunków środowiskowych. Nie jest to kolekcjonowanie kolejnych umiejętności, a raczej spójne prezentowanie powiązanych ze sobą zdolności, walorów i potencjału w sposób, który dobrze pracuje na rzecz konkretnej sytuacji, ubogacając osobowość.

Przesłanką niezdolności do pracy są różnego rodzaju ograniczenia bio-psycho-społeczne związane bezpośrednio z możliwościami wywiązywania się z zadań pracowniczych. Ma to dwojakie znaczenie – po pierwsze, pociąga za sobą rzeczywistą, poważną utratę kompetencji potrzebnych do aktualnego wykonywania pracy, po drugie, w wielu przypadkach ograniczenie sprawności niekorzystnie wpływa na przygotowanie zawodowe.

Rozpatrując kwestie umiejętności w procesie zatrudniania osoby niepełnosprawnej należy jednakże pamiętać, że: 1) zachowuje ona określone sprawności i umiejętności, które po ich zidentyfikowaniu, ukierunkowaniu i usprawnieniu (przy zastosowaniu odpowiednich środków i w odpowiednich warunkach) stają się podstawą do podjęcia szkolenia, a następnie pracy zawodowej, 2) jakakolwiek praca nie wymaga od osoby, która ją wykonuje, zaangażowania wszystkich jej sprawności fizycznych, psychicznych i społecznych, 3) osoby niepełnosprawne mają możliwość uruchomienia pewnych mechanizmów kompensacyjnych, czyli zastąpienie uszkodzonych i/lub zaburzonych czynności organizmu przez inne czynności. Mogą one nauczyć się wykonywania różnych zadań przy zastosowaniu innej techniki niż osoby określane jako sprawne, np.: wykonywanie czynności jedną ręką zamiast dwiema, orientacja w środowisku pracy za pomocą bodźców słuchowych zamiast wzrokowych itp. (por. Majewski, 2003).

Punktem wyjścia w analizie zdolności do pracy jest każdorazowo charakterystyka funkcjonowania psychofizycznego oraz sytuacji społecznej osób z różnorodnymi ograniczeniami sprawności, bezpośrednio wiążącymi się z możliwością podołania zadaniowym i społecznym wymaganiom pracy: 1) z możliwością wykonywania określonych czynności, 2) wywiązywania się z obowiązków, oraz 3) konstruktywnego odpowiadania na wyzwania wynikające z współdziałania z innymi ludźmi przy realizowaniu zadań.

Jeśli przyjąć relacyjną definicję niepełnej sprawności jako rozbieżności między możliwościami jednostki a wymaganiami zadania (pracy zawodowej), to wydaje się, że znaczna część tejże rozbieżności dotyczy kompetencji, które po pierwsze mają drugorzędne znaczenie ze względu na pracę zawodową (zwłaszcza wysoko kwalifikowaną), a po drugie, które mogą być w znacznym stopniu przywrócone lub zastąpione lub nawet unieważnione przez określone, coraz łatwiej dostępne środki materialne i techniczne należące do osoby niepełnosprawnej lub fizycznego środowiska jej pracy.

Wyjątek stanowią zaburzenia psychiczne, w których rozbieżność ta wynika z utraty kompetencji pierwszoplanowych dla pracy (zwłaszcza wysoko kwalifikowa-

nej), których zastąpienie lub unieważnienie nie jest możliwe. Oznacza to, że o ile w przypadku innych rodzajów niepełnosprawności istotnym czynnikiem aktywizacji zawodowej jest odpowiednie wyposażenie osoby niepełnosprawnej i fizycznego środowiska pracy oraz przystosowanie się jednostki i jej społecznego otoczenia do korzystania z tego wyposażenia, o tyle w przypadku niepełnosprawności na tle zaburzeń psychicznych zasadniczym warunkiem aktywizacji jest poszukiwanie zasobów psychicznych i społecznych tkwiących zarówno w samej niepełnosprawnej osobie, jak i w jej partnerach w miejscu pracy, które umożliwiłyby aktywność zawodową pomimo poważnej utraty kompetencji do wykonywania związanych z nią zadań.

Zdecydowana większość biernych zawodowo osób z ograniczona sprawnością – zarówno w Polsce, jak i za granicą – wcześniej pracowała, a większość z nich chciałaby podjąć na nowo pracę zawodową. Można zatem przyjąć, że większość tej kategorii osób z ograniczeniem sprawności posiada/zachowała jakieś umiejętności i doświadczenia zawodowe. Problemem głównym z punktu widzenia potencjału jednostkowego jest jednak niski poziom wykształcenia i kwalifikacji osób niesprawnych. Z drugiej jednak strony należy pamiętać, że osoby z niepełnosprawnością pragnące powrócić do pracy po długotrwałej → chorobie i/lub urazie często nie są przygotowane do wymagań, jakie stawia współczesny rynek pracy. Różnica pomiędzy okresem, w którym osoby te rozpoczynały aktywność zawodową a obecnymi realiami, jest zwykle na tyle duża, że przystosowanie się do obecnej sytuacji jest trudnym zadaniem. Wśród czynników podmiotowych wpływających na poziom zatrudnienia osób przewlekle chorych somatycznie należy wymienić: cierpliwość, determinację, poczucie humoru, poziom wykształcenia, wiek oraz stan fizyczny. Własna aktywność i inicjatywa, samodzielność, współdziałanie, komunikatywność, własna, elastyczność i możliwość → adaptacji do określonych warunków – to zestaw kompetencji zawodowych, jakich obecnie poszukuje u pracownika (także u osoby niepełnosprawnej).

Ważnym wyznacznikiem radzenia sobie z ograniczeniami i adaptacją do środowiska społecznego jest poczucie własnej skuteczności, definiowane jako względnie trwałe przekonanie o możliwościach rozwinięcia pożądanego/oczekiwanego społecznie zachowania. Jest ono elementem obrazu samego siebie, motywującym zmianę w funkcjonowaniu zarówno na poziomie procesów psychicznych (np. krytycyzm wobec objawów pozytywnych), jak i w zachowaniu (np. poprawa funkcjonowania społecznego). Praca umożliwia rozwijanie umiejętności, doświadczanie osiągnięć oraz potwierdzenie własnych zdolności sprostania oczekiwaniom zewnętrznym, co w konsekwencji doprowadza do wzrostu samooceny i pewności siebie.

Badacze zjawiska zwracają także uwagę na to, że dominujący do niedawna system szkolnictwa specjalnego, mało zindywidualizowane metody rehabilitacji, nastawienie na wąską specjalizację oraz segregacyjne formy zatrudnienia (spółdzielnie dla osób niewidomych, → zakłady pracy chronionej itp.) nie sprzyjają rozwijaniu tych cech indywidualnych osoby niesprawnej jako potencjalnego pracownika.

Wśród utrzymujących się od wielu lat → barier utrudniających osobom z ograniczoną sprawnością wejście na rynek pracy wymienia się również stosowane przez nie strategiach poszukiwania pracy – spotyka się jednostki nastawione roszczeniowo, stawiające pracodawcy wysokie wymagania, a także nie wykazujące elastyczności, co często prowadzi do odrzucania proponowanych im ofert (strategia: **wszystko albo nic**). [Odrzucane są zwłaszcza oferty pracy na umowę zlecenie i w zakładach położonych w innej dzielnicy niż miejsce zamieszkania osoby z ograniczoną sprawnością – osoby z ograniczeniem sprawności na ogół oczekują zatrudnienia na czas nieokreślony i w odpowiednich porach dnia – przyp. aut.]. Roszczeniowość przejawia się także niewielkim zainteresowaniem bezpłatnymi kursami szkoleniowymi, unikaniem rejestracji jako bezrobotnych poszukujących pracy (Bogus, 2005).

Z kolei **zdolność** lub **możliwość zatrudnienia** osób z ograniczoną sprawnością obejmuje działania służące poprawie wskaźników zatrudnienia (edukacja, warunki i elastyczność zatrudnienia, warunki pracy, postawy pracodawców) – możliwość zatrudnienia jest pojęciem łączącym w jednym nurcie zasoby i orientacje prozatrudnieniowe jednostek, potrzeby, oczekiwania pod adresem potencjalnych pracowników i decyzje związane z ofertą pracy ze strony pracodawców oraz politykę społeczną (politykę zatrudnienia) konkretnego kraju, regionu, społeczności. Znaczenia na rynku pracy nabierają współcześnie **nietechniczne umiejętności** oraz wszystko co sprzyja radzeniu sobie pracowników ze zmieniającymi się potrzebami i warunkami rynku pracy.

Oparcie się pracodawców wyłącznie na dotychczasowych aktywach pracowniczych (wiedza, umiejętności, postawy, cechy osobnicze takie jak rzetelność, uczciwość, inicjatywa, zdolność rozwiązywania problemów itp.) nie jest już wystarczające – dzisiaj jednostki mu-

szą mieć możliwość, szansę bądź sposobność eksploatacji tychże cech, zdolności i umiejętności, wystawienia i „sprzedania" ich na rynku – zarządzanie karierą zawodową. To dodatkowo utrudnia wejście na otwarty rynek pracy osób z ograniczoną sprawnością, które mogą mieć niedobory, nie tylko w tradycyjnym zestawie aktywów pracowniczych, a może zwłaszcza w nowocześnie definiowanej zdolności i/lub możliwości do zatrudnienia – walory rozwojowe, mobilność profesjonalna i terytorialna, umiejętność prezentowania własnego wizerunku, możliwości i umiejętności wykorzystania zaplecza informacyjnego i sieci instytucji wspierających „drogę na rynek" (Brzezińska, Woźniak, Maj, 2007).

Doświadczenia wielu krajów wskazują, że osoby z ograniczeniami sprawności pragnące wrócić do pracy i/lub utrzymać się w zatrudnieniu muszą się zmierzyć z takimi deficytami jak: brak pewności siebie i umiejętności przydatnych w szukaniu pracy, brak umiejętności społecznych, oraz brak stałego wsparcia i opieki specjalistycznej po znalezieniu pracy.

Z kolei wśród czynników kontekstowych wpływających na poziom zatrudnienia osób niesprawnych wymienia się wsparcie emocjonalne ze strony opiekunów, → rodziny, przyjaciół, wsparcie instrumentalne ze strony przedstawicieli rozmaitych wyspecjalizowanych instytucji, zwłaszcza służby zdrowia (przede wszystkim innowacje w leczeniu, dostosowanie leczenia do wymogów związanych z pracą zawodową) oraz dobrą wolę pracodawców. Ważną rolę w otwieraniu rynku pracy dla osób z ograniczeniem sprawności odgrywają pracodawcy – jako część konkretnego społeczeństwa oni także wyrastali bądź wyrastają w kręgu stereotypów i uprzedzeń wobec osób niepełnosprawnych, jednakże tym, co różnicuje ich postawy wobec współobywateli z ograniczoną sprawnością jako potencjalnych pracowników jest wynik ekonomiczny przedsiębiorstwa (Molloy, Knight, Woodfield, 2003). Dlatego także w postawach pracodawców wobec osób niepełnosprawnych często brak spójności oraz rejestruje się rozbieżność między werbalnymi deklaracjami i zachowaniami – badania sygnalizują ich znacznie bardziej pozytywne poglądy na kwestie związane z pracą i rzetelnością niepełnosprawnych w wykonywaniu obowiązków pracowniczych, niż chęć ich zatrudniania oraz rozmiary przyjęć do pracy. Poziom aprobaty dla niepełnosprawnych pracowników zwiększają w sposób istotny uprzednie doświadczenia z zatrudnianiem osób z ograniczeniem sprawności – większe szanse na znalezienie pracy stwarzają duże firmy, w których wszystkiego jest więcej: pracowników o zróżnicowanych kwalifikacjach, rodzajów pracy i zasobów ekonomicznych.

Pracodawcy znajdują się w „kleszczach" syndromu czterech lęków, do których należą: 1) obawa przed kosztami związanymi z zatrudnieniem osób niepełnosprawnych – źródłem lęku są na ogół potencjalne, acz nieznane koszty całkowitego przystosowania miejsca pracy dla osoby niesprawnej, 2) lęk przed zewnętrznym, pozaekonomicznym nadzorem i nasilonymi kontrolami przebiegu pracy osób z ograniczeniem sprawności – to bardziej subtelny niż koszty czynnik zniechęcający do zatrudniania niepełnosprawnych, zaś kontrole grożą częstym odrywaniem wielu ludzi od innych, istotnych gospodarczo obowiązków. W tle czai się także chęć ewaluacji produktywności niepełnosprawnych pracowników, 3) niepokój wywoływany poczuciem zablokowania na wiele lat w wyniku przyjęcia do pracy osoby niesprawnej – to swoista pułapka emocjonalno-moralna: wielu pracodawców postrzega niepełnosprawnych jako kategorię społeczną otoczoną szczególną ochroną, stąd też zatrudniający przewidują trudności z rozwiązaniem umowy z takimi pracownikami, nawet wtedy, gdy osoby te nie wywiązują się z obowiązków pracowniczych, oraz 4) lęk przed stratami ekonomicznymi i „psuciem produktu" – rodzą się obawy o osiąganie podstawowego celu przedsięwzięcia biznesowego, przedsiębiorcy na ogół nie chcą być postrzegani przez pryzmat pozabiznesowych aspektów głównego nurtu swojej działalności: nie chcą ryzykować marki i tego wszystkiego co wiąże się z profitami.

Lękom tym towarzyszą również dodatkowe zjawiska utrudniające akceptację niepełnosprawnych w roli pracowniczej – takie jak brak lub złe rozeznanie w kwestiach związanych z umiejętnościami i kwalifikacjami osób niepełnosprawnych, przekonanie o konieczności poświęcania szczególnej uwagi niesprawnym pracownikom, a także stereotypowe wyobrażenia na temat większej chorobowości osób niepełnosprawnych oraz większej wypadkowości wśród tej kategorii pracowników.

W niektórych publikacjach „dobry pracodawca" jawi się jako człowiek, skupiający w sobie takie cechy jak otwartość na różnorodność, pielęgnowanie kultury → inkluzji, opiekuńczość i szacunek dla odmienności, budowanie zespołowego stylu zarządzania, promowanie niestandardowych wzorów pracy i zatrudnienia, wspieranie będących w potrzebie. Dodaje się do tego dbałość o wizerunek społeczny firmy w ramach tzw. społecznej odpowiedzialności biznesu i zobowiązanie wzięcie na siebie krucjaty niedyskryminacyjnego za-

trudniania (Flanery, 2005 – Internet: www.acrod.org.au…).

Zgromadzone na temat potrzeb i wartości oraz postaw wobec dóbr i korzyści, jakie może przynieść zatrudnienie u osób niesprawnych informacje sugerują, że problem ich aktywizacji zawodowej wymaga w pierwszym rzędzie zastosowania zachęt do podjęcia pracy. W zależności od rodzaju ograniczenia w wachlarzu tychże zachęt znajdują się zarówno konkretne i indywidualnie wytyczone korzyści (cele) podjęcia zatrudnienia oraz wytrwania w pracy pomimo trudności, jak również odwołanie się do ogólnych norm, etosu pracy lub bardziej wyszukanych formach satysfakcji (np. udział w „wyższych piętrach" konsumpcji). Psychologowie twierdzą, że relatywnie niski poziom potrzeb i niska pozycja wielu wartości odnoszących się bezpośrednio lub pośrednio do aktywności zawodowej może stanowić konsekwencję oceny własnych szans na zatrudnienie jako szczególnie niskich, stąd też poprawa tych szans związana z przyrostem własnych kompetencji lub ogólnymi zmianami na rynku pracy, może prowadzić do korzystnych z punktu widzenia aktywizacji zawodowej zmian w strukturze potrzeb i wartości.

Potrzebę podejmowania pracy przez osoby z ograniczeniem sprawności uzasadnia się zarówno korzyściami społeczno-ekonomicznymi (zmniejszenie wydatków budżetowych na świadczenia społeczne, obniżenie jednostkowych kosztów utrzymania, niezależność ekonomiczna), jak również szansą poprawy warunków i → jakości życia. Z badań wynika, że zaangażowanie się osoby z ograniczeniami sprawności w celową aktywność zwiększa poziom jej społecznej samodzielności, zaś praca zarobkowa ma dobroczynny wpływ na większość wskaźników skuteczności leczenia i rehabilitacji. Z tego też względu podjęcie pracy traktuje się niejednokrotnie jako rzeczywisty wskaźnik powodzenia procesu rehabilitacji. Stąd też wszystko co wiąże się z zatrudnieniem i pracą osób z niepełną sprawnością musi stać się stałym i ważnym elementem strategii polityki społecznej – konieczne jest zwłaszcza podejmowanie przez państwo działań zmierzających do: 1) wypełnienia luki kwalifikacyjnej niepełnosprawnych poprzez modernizację systemu edukacji i kształcenia zawodowego umożliwiającego sprostanie nowym możliwościom i wymaganiom rynku pracy oraz rozwijanie i/lub wspieranie adekwatnych struktur motywacyjnych, 2) tworzenia warunków ułatwiających młodym osobom z ograniczoną sprawnością „bezkolizyjne" przejście ze szkoły do pracy – ich zarobki są w dwójnasób limitowane na rynku pracy: przez młodość i niepełnosprawność, a więc konieczne jest subsydiowanie w pierwszej kolejności pracy tej właśnie grupy ryzyka, 3) wspierania zatrudnienia osób niepełnosprawnych poprzez stosowanie rozwiązań: a) ułatwiających odchodzenie od środków utrzymania, których źródłem są świadczenia społeczne i powrót do pracy (zwłaszcza na otwartym rynku) w taki sposób, aby otrzymywane wynagrodzenie kompensowało utracone świadczenia, b) zachęcających starszych pracowników do pozostania w zatrudnieniu nawet wówczas, gdy ich produktywność w wyniku pogarszania się sprawności może spadać, 4) włączania wielu partnerów społecznych w działania służące: a) promowaniu edukacji personelu służącej zapobieganiu wypadkom przy pracy i dostarczającej umiejętności budowania bezpiecznego miejsca pracy, b) opracowaniu przejrzystych kryteriów i wymagań dopuszczania do pracy i na potrzeby wczesnego, bezpiecznego dla osoby niepełnosprawnej powrotu do zatrudnienia (standardy), c) rozwijaniu strategii powrotu do zatrudnienia i reintegracji osób niepełnosprawnych w docelowym miejscu pracy już na etapie zdrowienia i rehabilitacji, d) rozwijaniu wszechstronnych, całościowych strategii zarządzania zakładami pracy zatrudniającymi ludzi z ograniczoną sprawnością, 5) wykorzystania wszelkich dostępnych form (rezerw) zatrudnienia, zwłaszcza w: tak zwanym trzecim sektorze (organizacje pozarządowe), sferze budżetowej, oraz usługach, a więc wszędzie tam, gdzie nie zakłóca to warunków funkcjonowania poszczególnych rynków i nie prowadzi wprost do konkurencji z sektorem prywatnym.

W obszarze polityki społecznej adresowanej do osób z niesprawnością uruchamiane być powinny zróżnicowane rozwiązania, projekty i systemy instytucjonalne służące podnoszeniu standardu i jakości życia osób z niesprawnością od kształcenia poczynając, poprzez tworzenie: 1) warunków zdrowotnych i zapewnienie dostępu do systemu ochrony zdrowia (w tym dostępność świadczeń i usług rehabilitacyjnych), 2) otwartego rynku pracy, 3) gwarantowanie bezpieczeństwa fizycznego i socjalnego, 4) na systemie zabezpieczeń społecznych kończąc (świadczenia społeczne kompensacyjne oraz wspierające procesy usamodzielniania i niezależności osób z ograniczona sprawnością).

Ważnym wyznacznikiem skutecznego radzenia sobie z ograniczeniami i adaptacją do środowiska społecznego jest poczucie własnej skuteczności osoby z niepełnosprawnością, definiowane jako względnie trwałe przekonanie o możliwościach rozwinięcia pożądanego/oczekiwanego społecznie zachowania. Jest ono ele-

Tabela 1. Praca i zatrudnienie osób z niepełnosprawnościami w dokumentach Organizacji Narodów Zjednoczonych

Standardowe Zasady Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych (1993) **Zasada 7: Zatrudnienie**	**Konwencja o Prawach Osób Niepełnosprawnych (2006)** **Artykuł 27: Praca i zatrudnienie**
Państwa powinny uznać zasadę, że należy wzmocnić pozycję osób niepełnosprawnych tak, aby zaczęły one egzekwować swoje prawa, zwłaszcza w dziedzinie zatrudnienia. Zarówno na obszarach wiejskich jak i miejskich powinny one posiadać równe szanse wykonywania pożytecznego i satysfakcjonującego finansowo zajęcia na otwartym rynku pracy: 1. Prawo i przepisy w dziedzinie zatrudnienia nie mogą dyskryminować osób niepełnosprawnych ani czynić trudności w ich zatrudnianiu. 2. Państwa powinny aktywnie wspierać integrację osób niepełnosprawnych na otwartym rynku pracy. Aktywne wsparcie powinno przejawiać się poprzez różnorodność podjętych działań, takich jak szkolenia zawodowe, systemy motywacyjne, zatrudnienie zastrzeżone lub przeznaczone dla określonych osób, pożyczki lub kredyty dla małego biznesu, wyłączne kontrakty lub uprawnienia do produkcji uprzywilejowanej, ulgi podatkowe, udogodnienia kontraktowe lub inna techniczna czy finansowa pomoc dla zakładów zatrudniających osoby niepełnosprawne. Państwa powinny także zachęcać pracodawców do wprowadzenia odpowiednich zmian umożliwiających zatrudnianie osób niepełnosprawnych. 3. Państwowe programy działań powinny obejmować: a) działania nastawione na projektowanie i przystosowywanie stanowisk pracy oraz terenów wokół zakładów pracy tak, aby były dostępne dla osób o różnych rodzajach niepełnosprawności; b) popieranie wykorzystania nowych technologii oraz projektowania i produkcji urządzeń pomocniczych, narzędzi, wyposażenia oraz środków ułatwiających dostęp do takiego wyposażenia, co umożliwi osobom niepełnosprawnym zdobycie i utrzymanie pracy; c) organizowanie odpowiednich szkoleń, szukanie miejsc pracy oraz ciągłe wspieranie, np. poprzez osobistego asystenta i tłumacza. 4. Państwa powinny inicjować i wspierać kampanie nastawione na podnoszenie poziomu świadomości społecznej, aby zmienić negatywne postawy i uprzedzenia wobec niepełnosprawnych pracowników. 5. Państwa, pełniąc rolę pracodawcy w sektorze publicznym, powinny stwarzać warunki sprzyjające zatrudnianiu osób niepełnosprawnych w tym sektorze. 6. Państwa oraz organizacje pracowników powinny współpracować celem zagwarantowania polityki równego naboru i promocji, warunków zatrudnienia i stawek płacowych oraz zagwarantowania środków na poprawę bezpieczeństwa pracy, w celu zapobiegania wypadkom i urazom, a także środków na rehabilitację pracowników cierpiących na przewlekłe choroby zawodowe. 7. Nadrzędnym celem powinno być zawsze zatrudnienie osób niepełnosprawnych na otwartym rynku pracy. Dla osób niepełnosprawnych, których potrzeb nie da się w ten sposób zaspokoić, alternatywą powinny być małe zakłady pracy chronionej lub zatrudnianie wspomagane. Programy tego typu należy oceniać pod względem ich trafności i skuteczności w tworzeniu możliwości zatrudnienia osób niepełnosprawnych. 8. Należy podjąć działania, aby włączać osoby niepełnosprawne do programów szkoleniowych i zatrudnienia w sektorze prywatnym. 9. Państwa, organizacje pracowników i pracodawcy powinni współpracować z organizacjami osób niepełnosprawnych, aby wykorzystać wszystkie możliwości szkolenia i zatrudnienia, z uwzględnieniem ruchomego czasu pracy, pracy w niepełnym wymiarze, podziału obowiązków, pracy na własny rachunek, opiekunów w pracy dla osób niepełnosprawnych.	1. Państwa-Strony uznają prawo osób niepełnosprawnych do pracy, na równych zasadach z innymi obywatelami, w tym prawo do utrzymywania się z pracy wybranej przez siebie i akceptowanej na rynku pracy i w środowisku pracy, o charakterze otwartym, niewykluczającym i dostępnym dla osób niepełnosprawnych. Państwa-Strony będą chronić i promować realizowanie prawa do pracy, w tym również przez osoby, które stały się niepełnosprawne w czasie zatrudnienia, podejmując odpowiednie kroki, w tym legislacyjne, aby między innymi: (a) Zakazać dyskryminacji ze względu na niepełnosprawność, w odniesieniu do wszystkich kwestii dotyczących wszelkich form zatrudnienia, w tym warunków rekrutacji, zatrudnienia, kontynuacji zatrudnienia, awansu zawodowego i warunków pracy zgodnych z zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy; (b) Chronić prawa osób niepełnosprawnych, na równych zasadach z innymi obywatelami, do sprawiedliwych i korzystnych warunków pracy, w tym do równych szans i takiego samego wynagrodzenia za pracę tej samej wartości, do bezpiecznych i higienicznych warunków pracy, w tym prawa do ochrony przed molestowaniem i do zadośćuczynienia za poniesione krzywdy; (c) Zagwarantować, ze osoby niepełnosprawne będą mogły egzekwować swoje prawa pracy i prawa związkowe, na równych zasadach z innymi obywatelami; (d) Umożliwić osobom niepełnosprawnym skuteczny dostęp do programów poradnictwa zawodowego i technicznego, usług związanych z zatrudnieniem oraz szkolenia zawodowego i ustawicznego; (e) Promować szanse zatrudnienia oraz awansu zawodowego osób niepełnosprawnych na rynku pracy, jak również oferować pomoc w znalezieniu, zdobyciu, utrzymaniu i powrotu do zatrudnienia; (f) Promować szanse na samozatrudnienie, przedsiębiorczość, rozwój spółdzielni i zakładanie własnej firmy; (g) Zatrudniać osoby niepełnosprawne w sektorze publicznym; (h) Promować zatrudnienie osób niepełnosprawnych w sektorze prywatnym poprzez odpowiednią politykę i środki, w tym akcje afirmatywne, działania motywujące i inne; (i) Zapewnić racjonalne dostosowanie miejsc pracy do potrzeb osób niepełnosprawnych; (j) Promować zdobywanie przez osoby niepełnosprawne doświadczenia zawodowego na otwartym rynku pracy; (k) Promować programy, których celem jest umożliwienie osobom niepełnosprawnym rehabilitacji zawodowej, powrotu do pracy oraz utrzymania zatrudnienia. 2. Państwa-Strony zagwarantują, iż osoby niepełnosprawne nie będą zmuszane do pracy niewolniczej czy też na zasadach poddańczej zależności, oraz że będą chronione, na równych zasadach z innymi obywatelami, przed pracą przymusową lub obowiązkową.

Źródła: Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ Nr 48/96 z 1993 r. i Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ Nr 61/106 z 2006 r. ratyfikowana przez władze Rzeczypospolitej Polskiej w 2012 r. Dz. U. z 2012 r., poz. 1169.

mentem obrazu samego siebie, motywującym zmianę w funkcjonowaniu zarówno na poziomie procesów psychicznych (np. krytycyzm wobec objawów pozytywnych), jak i w zachowaniu (np. poprawa funkcjonowania społecznego). Praca umożliwia rozwijanie umiejętności, doświadczanie osiągnięć oraz potwierdzenie własnych zdolności sprostania oczekiwaniom zewnętrznym, co w konsekwencji doprowadza do wzrostu samooceny i pewności siebie.

Koncepcja włączania osób z ograniczeniem sprawności w nurt życia społecznego, a zwłaszcza → normalizacja jako niezbędny element budowy społeczeństwa otwartego dla osób z niepełnosprawnością, znoszenia barier utrudniających realne szanse znalezienia się ludzi z ograniczona sprawnością na rynku pracy i uzyskiwania przez nich zdolności do zatrudnienia, stanowi wyzwanie rzucone: 1) **profesjom** – niepełnosprawni pracownicy są w niekorzystnym położeniu, charakterystycznym dla grup mniejszościowych. Oznacza to, iż poszukują oni zatrudnienia na wtórnym rynku pracy będącym rynkiem pracy niskokwalifikowanej, zawodów wymierających. Pierwotny rynek pracy zawiera oferty pracy dobrze płatnej z widokami na awans. Profesje muszą zatem podjąć wysiłek zmierzający do przybliżenia rehabilitacji zawodowej do orbity rzeczywistego świata pracy, 2) **społeczeństwu** – zewnętrzne bariery integracji, takie jak: postawy odrzucenia, negatywne stereotypy, → dyskryminacja i segregacja uniemożliwiają osobom w pełni sprawnym poznanie rzeczywistych możliwości niepełnosprawnych w bezpośrednim z nimi kontakcie w toku nauki, w pracy, w bliskich interakcjach. Tego rodzaju nastawienia społeczne odnajdujemy po jakimś czasie w świadomości członków wielu grup społecznych oraz ludzi interesu niezbyt skłonnych do integracji poprzez edukację i pracę. Choć to trudne zadanie, to jednak poszczególne zbiorowości – zwłaszcza zaś dysponenci miejsc pracy – muszą przyjąć sposób postrzegania osób niepełnosprawnych (potencjalnych pracowników) i reagowania na nich podobnie, jak czyni się to w odniesieniu do osób bez ograniczeń sprawności, 3) **samym niepełnosprawnym** – muszą oni sami podjąć wysiłek na rzecz zmiany własnego → życia, usunięcia wewnętrznych barier sprzyjających separacji i → izolacji społecznej, takich jak: zaniżone poczucie własnej wartości, zaniżone oczekiwania wobec siebie i otoczenia, niewielkie umiejętności w kontaktach międzyludzkich. Niepełnosprawni musza zatem podejmować wszelkie wysiłki wspierające samych siebie.

Wyzwania te oznaczają równocześnie gotowość rządów i społeczeństw do wyrażenia zgody na alokację zasobów i środków, dochodów i usług do grup osób z naruszoną sprawnością. Dla osób z niepełnosprawnością oznacza to z kolei gotowość do przyjęcia wraz z prawami także równych obowiązków w zabieganiu o pomyślność własną i dobro publiczne. Oznacza to dynamiczne rozumienie triady: **chcieć** – **umie**ć – **mó**c, w której pierwszy czasownik oznacza wyraźnie zarysowaną perspektywę życiową, projekcję w przyszłość, zaś dwa pozostałe kryją w sobie wykształcenie i przygotowanie zawodowe oraz dostęp do systemu edukacji i rynku pracy, zwłaszcza otwartego.

ZW

B: Bogus, 2005; Brzezińska, Woźniak, Maj, 2007; Locker, 2003; Majewski, 2003; Molloy, Knight, Woodfield, 2003.
D: Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ Nr 48/96 z 1993 r.; Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ Nr 61/106 z 2006 r.
N: Flanery, 2005 – Internet: www.acrod.org.au…
O: bariery, inkluzja osób niepełnosprawnych, integracja i normalizacja społeczna osób z ograniczeniem sprawności, integracja osób niepełnosprawnych, modele niepełnosprawności, niepełnosprawność, niepełnosprawność a rynek pracy, polityka społeczna wobec osób niepełnosprawnych.
TK: ang. *disability and ability to work*, fr. *incapacité et capacité au travail*, hiszp. *discapacidad y capacidad laboral*, niem. *Behinderung und Arbeitsunfähigkeit*, ros. *инвалидность и работоспособность*.

Bibliografia

Bogus H., *Polityka rynku pracy wobec niepełnosprawnych w wybranych państwach Unii Europejskiej*. „Niepełnosprawność i Rehabilitacja" 2005, nr 1.
Brzezińska A., Woźniak Z., Maj K. (red.), *Osoby z ograniczoną sprawnością na rynku pracy*. Warszawa 2007.
Locker D., *Living with chronic illness*, w: G. Scambler (ed.), *Sociology as applied to medicine*. Edinburgh–London–New York–Sydney–Toronto 2003.
Majewski T., *Systemy zatrudnienia osób niepełnosprawnych w państwach Unii Europejskiej.* „Bezpieczeństwo Pracy" 2003, nr 5.
Molloy D., Knight T., Woodfield K., *Diversity in disability*. London 2003.
Druki i/lub dokumenty urzędowe
Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ Nr 48/96 z 1993 r.
Rezolucja Zgromadzenia Ogólnego ONZ Nr 61/106 z 2006 r. ratyfikowana przez władze Rzeczypospolitej Polskiej w 2012 r. Dz.U. z 2012 r., poz. 1169.

Netografia

Flanery F., *Adapting to major challenges in the disability employment la*ndscape, 2005 – Internet: www.acrod.org.au/conferences/e-forum2005/speakers/Flannery.pdf

O

odczytywanie mowy z ust i wzrokowo-słuchowy odbiór mowy

Utrata słuchu w zależności od stopnia i rodzaju powoduje często konieczność wspomagania tego niesprawnego zmysłu wzrokiem przez patrzenie na usta osoby mówiącej i obserwację ruchu warg. Czynność tę określa się terminem „odczytywanie mowy z ust" (ang. *lip-reading*), a odbieranie mowy innych osób równocześnie przez analizator wzrokowy i słuchowy określa się terminem „wzrokowo-słuchowego odbioru mowy". Sprawność ta jest kształtowana i rozwijana u dzieci głuchych w okresie edukacji szkolnej. Uszkodzony słuch może być wspomagany środkami technicznymi, do których należą przede wszystkim indywidualne aparaty słuchowe, ale także systemy FM, pętle indukcyjne i inne urządzenia, które częściowo są wszczepiane do ciała ludzkiego (np. implanty ślimakowe). Wraz z wiekiem często pojawia się zjawisko stopniowej utraty słuchu wynikające ze zmian degeneracyjnych w uchu środkowym i wewnętrznym. Osoby w starszym wieku zazwyczaj z trudem akceptują i nie zawsze chętnie korzystają z aparatów słuchowych. Stopniowa utrata słuchu, nawet przy zastosowaniu aparatów słuchowych, powoduje u nich istotny dyskomfort, a w konsekwencji ograniczenia w komunikowaniu się z otoczeniem. Czynnikiem wspomagającym odbiór słuchowy dźwięków mowy jest umiejętność odczytywania jej z ust osoby mówiącej, a w konsekwencji stosowanie wzrokowo-słuchowego odbioru dźwięków.

Odczytywanie mowy z ust polega na obserwacji ruchów ust rozmówcy w trakcie aktu komunikacyjnego i kojarzenia zmieniających się układów z zewnętrznymi obrazami artykulacyjnymi wypowiadanych głosek. Technika ta, chociaż jest niewątpliwie najdoskonalszą formą odbioru przez osoby głuche informacji przekazywanej w mówionym języku polskim, nie jest umiejętnością łatwą do opanowania i nawet przy osiągnięciu wysokiego jej poziomu nie może w pełni zastąpić słuchu. Wzrokiem można bowiem dostrzec jedynie te elementy mowy – fragmenty układów i ruchów artykulacyjnych – które są widoczne z zewnątrz, a więc głoski artykułowane z udziałem warg. Jest ich jednak niewiele, stanowią bowiem nieco ponad 30% zbioru wszystkich głosek polskich, a ponadto wiele z nich prezentuje się wizualnie identycznie lub bardzo podobnie (Szczepankowski, 1973). W języku polskim istnieje ok. 40 fonemów, którym odpowiada taka sama liczba głosek, natomiast kinemów artykulacyjnych, zależnie od wyrazistości wypowiedzi osoby mówiącej można wyróżnić zaledwie od 6 do 10, przy czym odpowiadają one ok. 20 głoskom (Szczepankowski, 1985). Oznacza to, że prawie każdemu zewnętrznemu układowi artykulacyjnemu odpowiada więcej niż jedna głoska (np. ***p, b*** i ***m*** mają identyczny układ artykulacyjny, wyjątek stanowi głoska ***a***, która jest artykulacyjnie jednoznaczna), ponadto wiele głosek środkowo- i tylnojęzykowych posiada neutralny zewnętrzny układ artykulacyjny, na podstawie którego nie można głoski wyróżnić i zidentyfikować. Oznacza to, że tzw. odczytywanie jest w rzeczywistości niezwykle trudnym odgadywaniem na podstawie niepełnych i niejednoznacznych danych, zwłaszcza, że w ciągu 1 sekundy realizowanych jest kilkanaście układów artykulacyjnych, co dodatkowo utrudnia percepcję.

U podstaw umiejętności odczytywania z ust leżą zatem:

- umiejętność wyróżniania wzrokiem tych widzialnych głosek, które dają się wyróżnić,
- trafne odgadywanie głosek wyróżnionych w grupach artykulacyjnych,
- odgadywanie i uzupełnianie tych, których artykulacja jest niewidoczna na zewnątrz – na podstawie ogólnej orientacji w temacie, czasu trwania wypowiedzi, akcentów wyrazowych i zdaniowych (łatwiej dostrzegalne są akcenty wyrazowe) itd.

Mimo znajomości artykulacji i kinemów artykulacyjnych poszczególnych głosek, wobec wieloznaczności większości kinemów artykulacyjnych próby odczytywania z ust wyrazów nieznanych zwykle kończą się niepowodzeniem. W rozmowie z osobą głuchą należy zatem posługiwać się tylko znanymi jej pojęciami. Jest to szczególnie ważne w przypadku małego dziecka niesłyszącego, które operuje ograniczonym zasobem pojęć, których obrazy artykulacyjne już funkcjonują w jego świadomości, natomiast nowe wyrazy powinny być wprowadzane w ramach procesu dydaktyczno-wychowawczego metodą wielokanałowego przekazu – równolegle poprzez słowo z jego obrazem artykulacyjnym i akustycznym, zapisem literowym, znakami daktylograficznymi i ideogramem (znakiem migowym). W przypadku osób tracących słuch w wieku późniejszym należy mówić wyraźnie, twarzą w stro-

nę rozmówcy, tak, aby ułatwić kojarzenie dźwięków mowy z ich obrazami artykulacyjnymi.

Głoski dostrzegalne wzrokowo, posiadające widoczne i czytelne kinemy artykulacyjne (widzialne z zewnątrz układy artykulacyjne), uszeregowane wg stopnia trudności odczytania z ust (od najłatwiejszych) są zamieszczone w tabelach 1. i 2. Jednemu kinemowi artykulacyjnemu odpowiada zazwyczaj kilka głosek o bardzo podobnej (w tabelach umieszczone w nawiasach) lub praktycznie takiej samej artykulacji. Ich rozróżnienie wyłącznie na drodze wzrokowej jest praktycznie niemożliwe. Głoski umieszczone w tabeli w nawiasach mogą być różnicowane z głoskami podstawowymi przy większej wprawie osoby odczytującej z ust. Pozostałe głoski umieszczone razem w jednej rubryce tabeli, mimo iż istnieją pomiędzy nimi minimalne różnice (przykładowo najłatwiej dostrzegalną różnicą jest wielkość plozji wargowej przy ***p*** i ***b***) – identyfikacja głoski jest praktycznie możliwa jedynie przy bezpośrednim porównywaniu obrazów artykulacyjnych podobnych głosek nadawanych kolejno w izolacji.

U niektórych osób artykułujących wyraźniej (należą do nich logopedzi, nauczyciele dzieci głuchych i inni profesjonaliści), w zależności od precyzji artykulacji, budowy narządów mowy, a także stopnia opanowania umiejętności odczytywania z ust przez osobę odczytującą, można wyróżnić jeszcze od 1 do 4 kinemów. Pozostałe głoski są przez większość ludzi artykułowane w pozycji neutralnej, prawie jednakowej zewnętrznie dla wszystkich głosek.

Odczytywanie mowy z ust nie przebiega jednak w sposób analityczny – głoska po głosce, lecz w sposób syntetyczny – odbiorca rejestruje i analizuje nie obrazy artykulacyjne poszczególnych głosek, lecz przebiegi przestrzenno-czasowe zestawów artykulacyjnych składających się na całe słowa. Irene Rosetta Ewing (1974) opisuje badania testowe na osobach niesłyszących, polegające na identyfikacji spółgłosek w sylabach, słowach i zdaniach. Z badań wynikło, że odczytanie wzrokiem spółgłosek w sylabach okazało się możliwe w 15%, w słowach w 44%, a w zdaniach dochodziło do 90%. Zakodowane u odbiorcy wzorce artykulacyjne dotyczą więc nie tylko 6 czy 10 układów artykulacyjnych poszczególnych głosek, ale kilkuset, kilku tysięcy czy kilkudziesięciu tysięcy obrazów artykulacyjnych słów i zwrotów (zob. B. Kaczmarek, 1986).

Czytelność układów artykulacyjnych nie jest zatem jedynym czynnikiem określającym możliwość wzrokowego odbioru mowy. Na skuteczność tego procesu ma wpływ wiele innych czynników, z których można wyróżnić cztery zasadnicze grupy – czynniki związane z nadawcą tekstu, z odbiorcą, ze środowiskiem, w którym odbywa się akt komunikacyjny oraz z samym tekstem. Wśród czynników związanych z osobą przekazującą informację należy wymienić anatomiczne i charakterystyczne cechy twarzy (deformacje, tiki, wąsy i broda itp.), mimikę twarzy i gestykulację, wyrazistość i naturalność artykulacji, tempo artykulacji (szybkość, równomierność), dykcję i natężenie dźwięku (jeśli odbiór mowy jest wspierany słuchem), stosowanie środków pomocniczych (fonogesty, alfabet palcowy, migowe znaki ideograficzne, inne). Czynniki związane z odbiorcą to przede wszystkim sprawność spostrzegania wzrokowego (ostrość i męczliwość wzroku), znajomość kinemów artykulacyjnych głosek, odpowiednio bogate słownictwo bierne (odczytać z ust można wyłącznie znany wyraz), doświadczenie w porozumiewaniu się, możliwość odbioru słuchowego, elastyczność myślenia i szybkość kojarzenia. Czynniki środowiskowe związane z komfortem wizualnym w miejscu, gdzie przebiega akt komunikacyjny, to oświetlenie twarzy osoby mówiącej, odległość (najlepsza jest ok. 1,50 m), liczba rozmówców (najlepiej rozmawia się z jedną osobą), istnienie czynników rozpraszających (np. włączony telewizor w zasięgu wzroku, rozmowa prowadzona na ulicy), komfort akustyczny (gdy odczytywanie z ust wspierane jest akustycznie). Czynniki związane z treścią aktu komunikacyjnego wiążą się przede wszystkim z operowaniem słownictwem znanym odbiorcy, konstruowaniem poprawnych i krótkich zdań, orientacją w temacie rozmowy i mówieniem na ten temat przez nadawcę (bez dygresji) oraz współdziałaniem osoby niesłyszącej w akcie komunikacyjnym (zadawanie pytań wtrąconych dla potwierdzenia odbieranych informacji itp.). Należy także zwrócić uwagę, że wieloznaczność i niekompletność informacji uzyskiwanej za pomocą odczytywania mowy z ust wymaga bardzo dużej koncentracji uwagi. Koncentracji wymaga nawet oczekiwanie na rozpoczęcie czyjejś przewidywanej wypowiedzi, aby już na wstępie nie utracić jej wątku. Konieczność ciągłego intensywnego skupiania wzroku na szybko zmieniających się układach ust rozmówcy jest czynnością wyjątkowo wyczerpującą i wymagającą bardzo dużego wysiłku. Można ją porównać do chodzenia czy biegania z dwiema ciężkimi walizami w rękach, które można postawić na ziemi jedynie w chwilach, kiedy nikt wokół nic nie mówi. Praktycznie można uczestniczyć aktywnie w procesie odczytywania z ust najwyżej 3–4 minuty, potem konieczny jest kilku, a nawet kilkunastominutowy odpoczynek. Warto wiedzieć, że w przypadku uczestniczenia w rozmowie z osobą, czy też osobami niesły-

szącymi odczytującymi mowę z ust, nie tylko nie jest konieczne podtrzymywanie konwersacji za wszelką cenę, lecz przeciwnie, należy dać odpocząć oczom osoby z uszkodzeniem słuchu. Niektóre osoby głuche i słabosłyszące niejako dla własnego komfortu nie dopuszczają innych do głosu, mając świadomość, że rozmówcy natychmiast zaczną kolejną wypowiedź, zmuszając osobę z uszkodzonym słuchem do ciągłego wysiłku. Odczytywanie z ust bowiem, jeśli jest jedynym źródłem informacji, wymaga tak dużego wysiłku, że może zniechęcić do aktu komunikacyjnego. Problem ten, powinien być rozumiany przez osoby nawiązujące kontakt z osobami głuchymi, a zwłaszcza przez specjalistów (zob. il. 1).

Osobnym zagadnieniem jest uczestnictwo osoby głuchej w rozmowie prowadzonej językiem dźwiękowym, gdy biorą w niej udział więcej niż 2 osoby. Osoba głucha nie wie bowiem, kto jako kolejny zabierze głos w rozmowie. Warto więc uprzedzić o tym, np. ruchem ręki i zaczekać, aż osoba niesłysząca zauważy, kto zabiera głos, i skoncentruje na niej wzrok, Bez tego początek wypowiedzi staje się stracony dla osoby głuchej, a w konsekwencji także mogą być nieodczytane kolejne zdania. Z tego względu osoby głuche rzadko i niechętnie biorą udział w rozmowach, w których uczestniczy kilka osób słyszących. W takiej sytuacji bowiem osoba głucha czuje się dyskryminowana i przestaje w rozmowie uczestniczyć.

Wzrokowo-słuchowy odbiór mowy

W zależności od stopnia uszkodzenia słuchu i wyposażenia w odpowiednie środki techniczne ułatwiające odbiór akustyczny mowy, odczytywanie mowy z ust może współdziałać z odbiorem dźwięków. Zagadnienia odczytywania z ust nie można rozpatrywać jedynie w aspekcie zaangażowania wzroku w proces odbioru mowy. Kojarzenie wrażeń wzrokowych z niepełnymi wrażeniami słuchowymi ma niezwykle istotne znaczenie dla skutecznego odczytywania z ust. W obecnym stanie rozwoju techniki uszkodzenie słuchu, którego w żadnym stopniu nie można skompensować środkami technicznymi i przy którym żaden aparat słuchowy czy słuchowo-wibracyjny nie jest w stanie zapewnić choćby szczątkowej percepcji sygnału mowy, stanowi dziś bardzo rzadkie zjawisko. Niemal każda osoba głucha dysponuje resztkami słuchu, które dzięki odpowiednim urządzeniom elektroakustycznym mogą być wykorzystywane. Kompleksowe wykorzystywanie słuchu i wzroku przy odbiorze mowy leży u podstaw prawidłowego i skutecznego porozumiewania się, ponieważ obydwa analizatory – wzrokowy i słuchowy wzajemnie się wspomagają. Zjawisko to nazywamy **synergizmem wzrokowo-słuchowym** (zob. Szczepankowski, 1985).

Narząd słuchu, nawet jeśli jego działanie jest znacznie ograniczone, może i powinien być wykorzystywany w odbiorze mowy. Przy mniejszym ubytku słuchu jego rola jest zazwyczaj dominująca, a percepcja wzrokowa jedynie uzupełnia informacje odbierane słuchem. Przy znacznym i głębokim ubytku słuchu odbiór akustyczny uzupełnia dane uzyskane drogą wzrokową. Nawet, gdy narząd słuchu dostarcza jedynie szczątkowych wrażeń słuchowych, wzajemne wspieranie się analizatorów w odbiorze informacji znacznie poprawia skuteczność odbioru. Istotne znaczenie ma nawet możliwość słyszenia jedynie dźwięku mowy, pozwala bowiem usłyszeć, że właśnie ktoś zaczął mówić i zwrócić uwagę na rozmówcę, a ponadto umożliwia rozróżnianie między sobą niektórych widzialnych głosek, pozostających ze sobą w opozycji dźwięczności (jest to możliwe w przypadku od 4 do 6 par głosek, takich np. jak ***p*** i ***b***). Zatem nawet tak skąpe informacje dostarczane poprzez słuch stanowią niezwykle istotną pomoc w rozumieniu mowy drogą jej kompleksowego odbioru – przy pomocy wzroku i słuchu równocześnie (zob. tabele 3 i 4).

Ant. M. J. van Uden (1912–2008) w roku1962, a więc kiedy poziom techniki był znacznie niższy niż dzisiaj, przeprowadził badania porównawcze odbioru wzrokowego i odbioru wzrokowo-słuchowego u dzieci i młodzieży z uszkodzonym słuchem w stopniu głębokim. Wyniki wskazują na wyraźną pomoc komponenty słuchowej w kompleksowym, wzrokowo-słuchowym odbiorze tekstów, mimo ubytku słuchu na poziomie praktycznej głuchoty. Nieco inne badania przeprowadziła Irene Rosetta Ewing (1883–1959), sprawdzając skuteczność odbioru słuchowego i wzrokowo-słuchowego u osób słabosłyszących, korzystających z aparatów słuchowych. Jednym z celów badania było wykazanie, że odczytywanie z ust wspomaga odbiór słuchowy (sam odbiór wzrokowy nie był badany). Wyniki również wykazały, że współdziałanie analizatora wzrokowego i słuchowego zwiększa skuteczność odbioru informacji.

Wsparcie akustyczne wzrokowego odbioru mowy sprzyja także zmniejszeniu wysiłku podczas odbioru informacji. Wysiłek związany z koncentracją uwagi na ustach rozmówcy jest wówczas mniejszy, a całkowity czas efektywnego odbioru wzrokowo-słuchowego może być nawet znacznie dłuższy niż w przypadku odbioru wyłącznie wzrokiem. Wzrokowo-słuchowy odbiór mowy może być także skutecznie wspomagany za pomocą środków manualnych, takich jak alfabet pal-

cowy, fonogesty czy znaki ideograficzne języka migowego. Wspomaganie wzrokowo-słuchowego odbioru mowy alfabetem palcowym stanowi jedną z metod nauczania w → surdopedagogice. Aniela Korzon (1998) przytacza wyniki badań Ronalda W. Brooksa, Floyda Hudsona i L. E. Reisberga z 1981 r., z których wynika, że multimodalny sposób przekazu jest znacznie skuteczniejszy zarówno od wzrokowo-słuchowego, jak i wyłącznie wzrokowego (odczytywanie z ust) odbioru mowy (w trakcie badań uzyskali oni odpowiednie średnie z testów: 55,00 dla odbioru miltimodalnego, 32,50 dla odbioru wzrokowo-słuchowego i 19,17 dla odbioru wyłącznie wzrokowego).

Osobnym zagadnieniem jest wsparcie wzrokowo-słuchowego odbioru mowy fonogestami lub innymi systemami wskazówek fonologicznych. Niedoskonałość odczytywania mowy z ust inspirowała wielu badaczy środków porozumiewania się do podejmowania prób tworzenia wskazówek fonologicznych ułatwiających wzrokowy odbiór mowy. Za prekursora takich działań należy uznać nauczyciela warszawskiego → Instytutu Głuchoniemych, lekarza i pedagoga Jana Siestrzyńskiego (1788–1824). [Autora monografii *Teoria i mechanizm mowy* (1820) – odpis rękopisu której znajduje się w zbiorach biblioteki Akademii Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej w Warszawie – przyp. aut.]. W pracy nad rozwojem mowy niesłyszącego dziecka Siestrzyński zalecał on stosowanie opracowanych przez siebie „znaków ręczno-ustnych", mających ułatwić odróżnianie głosek posiadających takie same zewnętrzne układy artykulacyjne (zob. Szczepankowski, 2017). Także w latach późniejszych w Polsce stosowane były przez niektórych nauczycieli uproszczone wskazówki manualne podkreślające np. dźwięczność czy szczelinowość głoski, celem ich jednak nie było ułatwianie rozumienia mowy lecz poprawianie wymowy u niesłyszącego dziecka. Również w innych krajach tworzone były systemy wskazówek fonologicznych wspomagające wzrokowy odbiór mowy. W 1903 r. w Danii pojawił się *Mund-Hand System* opracowany przez Johana Georga Forchhammera (1861–1938), w 1968 r. w Niemczech Klaus Schulte (1930–2016) zaproponował *Phonematisch Manual System*, w latach 70. XX wieku w Belgii Walter Wouts opracował Alfabet Kinemów Towarzyszących (AKA), a we Francji własny system stworzyła Suzanne Borel-Maisonny (1900–1995). Jednak przełomowym momentem w historii systemów manualnych wskazówek fonologicznych stało się opracowanie w połowie lat 60. minionego stulecia przez amerykańskiego matematyka i nauczyciela głuchych Richarda Orina Cornetta (1913–2002) systemu, nazwanego przez jego twórcę **cued-speech** (mowa wskazywana). Doświadczenia amerykańskie legły u źródeł kolejnych opracowań i adaptacji do innych języków. W ciągu następnych 20 lat system ten został adaptowany do kilkudziesięciu języków i jest stosowany w wielu szkołach na świecie. W 1984 powstał też polski system manualnych wskazówek fonologicznych, wzorowany również na cued-speech i nazwany przez jego autorkę, Kazimierę Krakowiak, **fonogestami**. Ze względu na specyfikę języka polskiego fonogesty znacznie odbiegają zarówno od swego amerykańskiego pierwowzoru, jak i jego adaptacji do innych języków, stanowiąc twórcze dzieło polskiej myśli naukowej. Specyficznym sposobem porozumiewania się osób głuchych ze słyszącymi i wykształconych osób głuchych pomiędzy sobą jest → **język migowy** i **system językowo-migowy** wykorzystujący wzroko-

Tabela 1. Widzialne głoski – część podstawowa

	Głoski	
Kinem	**Zapis fonetyczny**	**Zapis literowy**
I	p, b, m, p', b', m'	p, b, m
II	u, (eł)	u, (ł)
III	f, v, f', v'	f, w
IV	A	A
V	o, (ą)	o, (ą)
VI	š, č, ž, dž	sz, cz, ż = rz, dż

Tabela 2. Widzialne głoski – część uzupełniająca

	Głoski	
Kinem	**Zapis fonetyczny**	**Zapis literowy**
VII	e, (ę)	e, (ę)
VIII	i, y	i, y
IX	s, c, z, dž (ś, ć, ź, dž)	s, c, z, dz (ś, ć, ź, dź)
X	l, r	l, r

Tabela 3. Odbiór wzrokowy i wzrokowo-słuchowy

Ubytek słuchu w decybelach	Odbiór wzrokowy w %	Odbiór wzrokowo-słuchowy w %
90–99	79	89
100–109	81	94
110–119	64	80
brak reakcji	53	69

Tabela 4. Odbiór słuchowy i wzrokowo-słuchowy

Warunki testu	Rozumienie tekstu w %
Odbiór słuchowy bez aparatu słuchowego	21
Odbiór wzrokowo-słuchowy bez aparatu słuchowego	64
Odbiór słuchowy z aparatem słuchowym	64
Odbiór wzrokowo-słuchowy z aparatem słuchowym	90

wo-słuchowy odbiór mowy. Polega on na równoczesnym posługiwaniu się mową dźwiękową i językiem miganym. Odbiorca aktu komunikacyjnego odczytuje mowę z ust oraz równolegle prezentowane znaki migowe z rąk a także odbiera wrażenia słuchowe. Stosowanie przekazu multimodalnego prowadzi do odbioru informacji już nie dwoma, lecz trzema kanałami, gdyż do obserwacji kinemów artykulacyjnych i szczątkowego słyszenia dźwięków mowy dołącza się trzeci kanał – kinestetyczny (odbierany również przez analizator wzrokowy) zawierający alfabet palcowy, fonogesty lub znaki migowe uzupełniające odbieraną wypowiedź dodatkową informacją. Taki sposób przekazu ze względu na wielokanałowość i związaną z tym synergiczność, jest najbardziej efektywny i dostępny zarówno dla tych osób głuchych lub słabosłyszących, u których w odbiorze informacji dominuje element odczytywania mowy z ust, jak też tych, dla których podstawowym nośnikiem informacji są znaki manualne. Ponieważ osoba z uszkodzonym słuchem, bez względu na stopień korzystania z odczytywania mowy z ust, patrzy nie na ręce, lecz na twarz rozmówcy, sprzyja to także korzystnemu wpływowi wspomagania manualnego na poziom odczytywania mowy z ust.

Umiejętność odczytywania z ust i wzrokowo-słuchowego odbioru mowy u osób słabosłyszących można kształtować samodzielnie, obserwując np. usta lektorów i spikerów telewizyjnych przy równoczesnym słuchaniu ich wypowiedzi. Ma to szczególne znaczenie u osób starszych, tracących stopniowo słuch z wiekiem. W rozwijaniu umiejętności wzrokowo-słuchowego odbioru mowy u osoby głuchej lub słabosłyszącej szczególnie pożądane jest kształtowanie obrazów akustycznych całych wyrazów, nie zaś pojedynczych głosek. Kształtowanie tej umiejętności u osób starszych tracących słuch jest niedoceniane i niezauważane jako forma wspierania tej grupy osób, ułatwiająca im swobodne funkcjonowanie w rodzinie i środowisku.

BS

B: Ewing, 1974; Hoffmann, 1979; B. Kaczmarek, 1986; Korzon, 1998; Szczepankowski, 1973, 1985, 2017.

N: https://commons.wikimedia.org…

O: choroby słuchu, choroby narządu słuchu, głuchota i niedosłuch, głuchota starcza, język migowy i system językowo-migowy, komunikacja.

TK: ang. *lip-reading and auditory-visual speech perception / speechreading and auditory-visual speech perception*, fr. *lecture labiale et perception audiovisuelle de la parole*, hiszp. *La lectura labios y percepción audio-visual del habla*, niem. *Lippenlesen und auditives und visuelles Sprachperzeption / Absehen und auditives und visuelles Sprachperzeption*, ros. *чтение с губ и слуховые и визуальные речевое восприниманиe / чтение по губам и слуховые и визуальные речевое восприниманиe*.

Bibliografia

Ewing I., *O odczytywaniu mowy z ust i aparatach słuchowych.* Warszawa 1974.

Hoffmann B., *Rewalidacja niesłyszących.* Warszawa 1979.

Kaczmarek B., *Wzrokowa percepcja wypowiedzi słownych.* Lublin 1986.

Korzon A.: *Totalna komunikacja jako podejście wspomagające rozwój zdolności językowych uczniów głuchych.* Kraków 1998.

Szczepankowski, B.: *Oczy pomagają słyszeć. Podręcznik odczytywania mowy z ust.* Warszawa 1973.

Szczepankowski B.: *Fonetyka akustyczna, audytywna i wizualna.* Warszawa 1985.

Szczepankowski B.: *Znaki ręczno-ustne Jana Siestrzyńskiego jako początek komunikacji wspomagającej na ziemiach polskich*, w: J. Błeszyński, D. Baczała (red.), *Społeczeństwo włączające a komunikacja.* Toruń 2017.

Netografia

https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Oscar_Pereira_da_Silva_-1886_-_A-palavra-os_surdos-mudos.jpg

odwodnienie u osób starszych

Woda to substancja, która jest niezbędna do → życia, bowiem warunkuje przebieg wszystkich procesów zachodzących w organizmie ludzkim (zob. fot. 1). Stanowi bowiem jeden z sześciu podstawowych składników pokarmowych, obok węglowodanów, białek, tłuszczów, składników mineralnych i witamin. Jej niedostateczne spożycie w stosunku do zapotrzebowania przyczynia się do wielu niekorzystnych zmian w organizmie (m.in. do spadku wydolności fizycznej czy też pogorszenia funkcji poznawczych), a jej brak w ciągu kilku dni może okazać się śmiertelny.

Zawartość wody w organizmie ludzkim zmniejsza się z wiekiem i u osób starszych wynosi już tylko 45–50%, podczas gdy u młodszych dorosłych jej zawartość szacuje się w granicach od 60–65% (Bień i współprac., 2014). Zmiana ta powoduje, że nawet niewielka utrata płynów u osoby starszej może wywołać objawy odwodnienia.

Całkowita woda ustroju znajduje się w dwóch podstawowych przedziałach: 2/3 jej objętości to przestrzeń wewnątrzkomórkowa, zaś pozostała część (1/3) to przestrzeń zewnątrzkomórkowa (Idasiak-Piechocka,

2012). Woda w organizmie występuje razem z elektrolitami, dlatego zarówno jej niedobór, jak i nadmiar powoduje zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej (np. hiponatremię lub hipernatremię) i związane z tym zmiany objętości przestrzeni wodnych (zewnątrzkomórkowej i wewnątrzkomórkowej) a także ciśnienia osmotycznego (Jarosz, Rychlik, 2010).
Sód jest głównym kationem pozakomórkowym, a zaburzenia jego gospodarki toczą się w przestrzeni wodnej zewnątrzkomórkowej (Kokot, 2005). Stosunek bilansu sodowego do bilansu „wolnej" wody (czyli niezawierającej osmotycznie czynnych cząsteczek) stanowi podstawę podziału wszystkich zaburzeń gospodarki sodowej i wodnej, które to dzieli się na stany przewodnienia i odwodnienia. W tym opracowaniu szerzej omówione zostanie odwodnienie, które to może być izotoniczne (w tym stanie utracona woda zawiera elektrolity w stężeniu izotonicznym czyli 290 mmol na kg H_2O), hipertoniczne (ustrój traci płyn hipotoniczny czyli proporcjonalnie więcej wody niż elektrolitów) albo hipotoniczne (organizm traci proporcjonalnie więcej substancji osmotycznie czynnych niż wody). Charakterystykę trzech typów odwodnienia, uwzględniającą zaburzenia gospodarki wodnej i sodowej przedstawiono w tabeli 1.

Osoby starsze jako główna grupa ryzyka odwodnienia

W obecnym opracowaniu problem odwodnienia zostanie szerzej scharakteryzowany dla osób w wieku 65 lat i więcej. Literatura zgodnie donosi, że wśród osób szczególnie narażonych na odwodnienie, obok dzieci, zalicza się osoby starsze i że odwodnienie u osób w podeszłym wieku występuje znacznie częściej niż jest diagnozowane (zob. Jaśko-Ochojska i współprac., 2014, Dymarska, Janczar-Smuga, 2016, Mziray i współprac., 2017). W reprezentatywnym dla naszego kraju → badaniu gerontologicznym Polsenior wykazano, że ponad 11% badanych w wieku 65 lat i więcej (w tym częściej kobiety i osoby w późnej starości), spożywało bardzo małe ilości płynów dziennie tj. poniżej 1000 ml – wartość tę uznaje się za konieczne minimum (Kołłajtis-Dołowy i współprac., 2012). Odwodnienie jest czynnikiem, który bezpośrednio lub pośrednio zwiększa ryzyko śmiertelności wśród osób w → wieku podeszłym (Faleńczyk, 2007). Powoduje również wiele negatywnych konsekwencji do których to zalicza się m.in. zaburzenia funkcji poznawczych, zaburzenia elektrolitowe mogące prowadzić do zaburzeń rytmu serca i przewodzenia, zmiany ciśnienia krwi, hipotonię ortostatyczną, zaburzenia wydalania moczu, zakażenia dróg moczowych, przednerkową niewydolność nerek czy też zaburzenia działania leków związane z ich metabolizmem i wydalaniem (Jarosz, Rychlik, 2011). Problem odwodnienia stanowi jedną z głównych przyczyn hospitalizacji pacjentów geriatrycznych (El-Sharkawy i współprac., 2014).

Czynniki ryzyka odwodnienia w starości

O ile, u zdrowych młodych osób przyjmowanie płynów jest kontrolowane uczuciem pragnienia, o tyle u osób starszych bardzo często jest ono osłabione. Jest to ważna przyczyna odwodnienia, ale nie jedyna. Związane z procesem → starzenia się pogarszanie funkcji wielu narządów wraz z obniżaniem się rezerw homeostazy sprawia, że ryzyko odwodnienia u osób starszych jest wyższe niż w młodszych → grupach wieku, a niewielkie zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej mogą rozpoczynać nowy proces chorobowy czy też stwarzać warunki do zaostrzenia → chorób współistniejących, w efekcie czego wzrasta ryzyko hospitalizacji (zob. Faes i współprac., 2007). W piśmiennictwie zdefiniowano wiele czynników ryzyka charakterystycznych dla wieku podeszłego, które to sprzyjają wystąpieniu odwodnienia. Należy pamiętać o tym, że im więcej czynników ryzyka zostanie rozpoznanych u osoby starszej, tym większe będzie prawdopodobieństwo odwodnienia (Wotton i współprac, 2008).
Czynniki ryzyka odwodnienia w → starości dzielą się na niemodyfikowalne i modyfikowalne. Do grupy tych pierwszych m.in. zalicza się:
1) związaną z wiekiem pogorszoną pracę nerek, która wiąże się m.in. ze zmniejszeniem przesączania kłębuszkowego (o 1 ml/min/rok po 40. r.ż.), z pogorszeniem ukrwienia nerek czy też z upośledzeniem procesu zagęszczania moczu – zmiany te negatywnie wpływają na zdolność nerek do kontrolowania gospodarki wodno-elektrolitowej, predysponują do odwodnienia i zaburzeń elektrolitowych (Kokot, 2005);
2) związane z wiekiem zmniejszenie wrażliwości ośrodka pragnienia na bodźce – wyniki badania przeprowadzonego przez M. J. Farella i współprac. (2008) przy użyciu pozytonowej tomografii emisyjnej wykazały, że u osób starszych dochodzi do stopniowego spadku aktywności obszaru mózgu odpowiedzialnego za zaspokojenie pragnienia, który to umiejscowiony jest w przedniej korze środkowego zakrętu obręczy. Ten sam zespół badaczy zauważył również, że z wiekiem spada wrażliwość nerwów obwodowych w jamie ustnej, gardle, przełyku i żołądku, które to przekazują do mózgu informacje o objętości przyjętych płynów, co ma związek z wytwarzaniem przez podwzgórze

wazopresyny – hormonu odgrywającego podstawową rolę w regulacji molalności płynów ustrojowych. Do innych przyczyn osłabienia odczucia pragnienia zalicza się spadek wrażliwości baroreceptorów w prawym łuku aorty, także osmoreceptorów w podwzgórzu, jak również obniżoną aktywność dopaminy (Kenney, Chiu, 2001);

3) związane z wiekiem zmniejszenie ogólnej zawartości wody ustrojowej – oszacowano, że w miarę starzenia się organizmu może dojść do utraty od 4–6 litrów wody w organizmie. Zmiany te są związane ze spadkiem beztłuszczowej masy ciała (w tym dobrze uwodnionej tkanki mięśniowej, co wiąże się z procesem → sarkopenii) i zwiększeniem w procesie starzenia udziału tkanki tłuszczowej, która to jest uboga w wodę. W efekcie nawet niewielka utrata płynów może wywołać objawy odwodnienia (Bień i współprac., 2014);

4) pogorszoną z wiekiem zdolność do termoregulacji, która to jest szczególnie widoczna podczas upałów, które sprzyjają odwodnieniu. Niezauważalne parowanie, czyli takie bez produkcji potu jest przyczyną utraty ok. 350 ml wody dziennie, natomiast gdy utrzymanie prawidłowej temperatury ciała wiąże się z produkcją potu to w zależności od aktywności fizycznej utrata wody wzrasta od 500–750 ml na dzień. Należy pamiętać również, że wilgotne powietrze nasila produkcję potu ze względu na to, że w takich warunkach następuje jego gorsze odparowywanie z powierzchni skóry. W celu ograniczenia utraty wody organizm ludzki zmniejsza produkcję moczu. Zwiększa to ryzyko niewydolności nerek, szczególnie u osób stosujących leki moczopędne (Bień i współprac., 2014).

Do grupy czynników modyfikowalnych zalicza się: 1) → wielochorobowość – w starszym wieku wiele chorób, które ze sobą współistnieją, przebiega z większym ryzykiem odwodnienia niż w pozostałych grupach wiekowych. I tak np. w → otępieniu różnego typu, wielu chorych zapomina o konieczności spożywania płynów. Z kolei w przypadku występowania zaburzeń połykania (m.in. w → chorobie Parkinsona) bardzo często obserwuje się u chorych niechęć do przyjmowania płynów i pokarmów. Także źle kontrolowana → cukrzyca, której objawem jest wielomocz, zwiększa ryzyko odwodnienia. Również → depresja i zburzenia nastroju a także apatia, którym towarzyszy poczucie samotności i przygnębienia oraz → izolacja społeczna wiążą się często z rezygnacją z przyjmowania płynów i posiłków (Jośko-Ochojska i współprac., 2014, Bień i współprac., 2014). Również w przypadku [→ inkontynencji] nietrzymania moczu, wielu chorych, aby uniknąć częstego korzystania z toalety lub dyskomfortowych sytuacji świadomie rezygnuje z przyjmowania płynów. Na koniec wspomnieć należy, że często obserwowane u osób starszych unieruchomienie, jak i ograniczenie → sprawności fizycznej także sprzyjają zmniejszonemu przyjmowaniu płynów, najczęściej wskutek trudności w dostępie do nich, w przypadku braku pomocy ze strony osób trzecich (Dymarska, Janczar-Smuga, 2016); 2) rodzaj stosowanej farmakoterapii w kontekście problemu wielolekowości w starości – wielolekowość, która to stanowi typową cechę medycyny geriatrycznej, definiuje się jako przyjmowanie wielu leków jednocześnie wskutek wielochorobowości (efekt leczenia u wielu specjalistów). Ponadto wskazuje się, że związane z wiekiem starzenie się wielu narządów powoduje zmiany wielu grup leków w → farmakodynamice i → farmakokinetyce [w wieku podeszłym]. Spośród tych leków zwiększenie ryzyka odwodnienia mogą powodować: diuretyki, leki przeczyszczające, selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny, leki antycholinergiczne, beta-blokery, inhibitory konwertazy angiotensyny i/lub neuroleptyki, czyli leki psychotropowe (Jośko-Ochojska i współprac., 2014, Bień i współprac., 2014); 3) wybrane czynniki socjoekonomiczne – istnieją doniesienia, że wśród osób o ograniczonych zasobach finansowych częściej stwierdzano objawy odwodnienia niż u osób o wyższym statusie materialnym (Jośko-Ochojska i współprac., 2014). Ponadto zmiana sytuacji życiowej – wdowieństwo i konieczność prowadzenia jednoosobowego gospodarstwa domowego – częściej wiązały się z nieprawidłowym sposobem żywienia, czemu często towarzyszyło nieadekwatne nawadnianie organizmu (Bień i współprc., 2014); 4) inne czynniki to: niska świadomość żywieniowa, jak również niewłaściwe nawyki żywieniowe, ukształtowane we wcześniejszych okresach życia (Bień i współprac., 2014).

Odwodnienie hipertoniczne – najczęstsze u osób w wieku podeszłym

U osób starszych najczęściej diagnozuje się odwodnienie hipertoniczne, będące wynikiem ujemnego bilansu wolnej wody – w następstwie utraty dochodzi do hipermolalności płynów ustrojowych. Problem ten dokładnie scharakteryzował Franciszek Kokot (2005).

Odwodnienie tego typu może być uwarunkowane niedostateczną podażą wody albo też utratą samej wody bez elektrolitów lub utratą płynów hipotonicznych. np. potu, który to jest hipotoniczny w stosunku do osocza. U osób starszych przyczyną tego stanu może być niedostateczne spożycie płynów, wskutek osłabionego odruchu pragnienia. Odwodnienie tego typu rozpoznaje

się często u chorych nieprzytomnych, żywionych przez zgłębnik roztworami hipertonicznymi, u chorych z zaburzeniami połykania pokarmów czy też z utratą płynów przez przewód pokarmowy. Stan ten też może być wynikiem utraty wody przez płuca (hiperwentylacja, nadmierna utrata wody przez otwór tracheostomijny) lub utraty hipotonicznego płynu elektrolitowego przez skórę u starszych chorych gorączkujących (co jest związane z nadmiernym jego parowaniem), jak i z nadmiernym wydalaniem potu. Powodować je może również utrata wody przez przewód pokarmowy (wodniste biegunki) lub przez nerki (m.in. moczówka podwzgórzowa i nerkowa, faza wielomoczu u chorych z ostrą niewydolnością nerek lub po zwolnieniu przeszkody w drogach moczowych, źle kontrolowana cukrzyca).

W obrazie klinicznym tego typu odwodnienia – w zależności od jego stopnia i tempa narastania – objawy mogą być różne. Są one bardziej wyrażone w nagłym odwodnieniu, natomiast słabiej u chorych z powoli rozwijającym się ujemnym bilansem wodnym. Wśród objawów subiektywnych dominuje uczucie silnego pragnienia, ogólnego osłabienia, brak zdolności koncentracji oraz senność. W ciężkim odwodnieniu hipertonicznym obserwuje się omamy, stany splątania, niepokoju i pobudzenia oraz drgawki i śpiączka. U chorych występuje również gorączka pochodzenia mózgowego oraz suchość błon śluzowych jamy ustnej, która może powodować trudności w połykaniu. Obserwuje się również tachykardię (przyśpieszenie akcji serca), hipotensję (spadek ciśnienia tętniczego krwi) i skąpomocz.

Inne typy odwodnienia

Osoby starsze są podatne również na odwodnienie izotoniczne i hipotoniczne (charakterystykę obu stanów przedstawiono w tabeli 1). Ich wspólną przyczyną może być podawanie leków sodopędnych w standardowych dawkach, bez kontroli stanu nawodnienia i przy postępującej wraz z wiekiem niewydolności nerek (spadek zdolności konserwacji jonów sodu). Czynnikiem ryzyka jest również zażywanie z powodu zaparć, bez konsultacji z lekarzem, różnego rodzaju środków przeczyszczających, dostępnych w aptekach bez recepty. Są to środki osmotyczne, które to niewłaściwie stosowane szybko mogą doprowadzić do zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej (Jośko-Ochojska i współprac., 2014, Dymarska, Janczar-Smuga, 2016). Przy spadku stężenia sodu w granicach od 130 do 120 mmol/l pojawia się ogólne osłabienie i uczucie wyczerpania. W przypadku zmniejszenia natremii poniżej 120 mmol/l pojawiają się bóle głowy, nudności, brak łaknienia i zaburzenia orientacji. Hiponatremii poniżej 110 mmol/l mogą towarzyszyć drgawki i śpiączka (Kokot, 2005).

Profilaktyka odwodnienia w starości

U osób starszych bardzo ważna jest profilaktyka odwodnienia. Wg znowelizowanych norm żywienia Instytutu Żywności i Żywienia z 2012 r. ilości wody dostarczane do organizmu dorosłego człowieka powinny wynosić: dla mężczyzn 2 500 ml, a dla kobiet 2 000 ml dziennie (Jarosz i współprac., 2012). Ilości te obowiązują wszystkich dorosłych, w tym osoby starsze. Uwzględniają one spożycie wody w postaci czystej wody i wszystkich innych płynów, jak również wody z produktów spożywczych. Zalecenia te dotyczą nie tylko osób zdrowych. Należy jednak uwzględnić przeciwwskazania do takiego postępowania u wybranych grup chorych (z niewydolnością krążenia czy w zaawansowanej niewydolności nerek). W obu tych stanach minimalne odwodnienie jest często niezbędne w celu prewencji obrzęków – ważne jest wtedy monitorowanie funkcji nerek oraz poziomu elektrolitów w surowicy krwi (Bień i współprac., 2014). Przed nowelizacją norm żywieniowych do wyliczania indywidualnego zapotrzebowania na wodę w przypadku osób starszych zalecano stosować schemat uwzględniający masę ciała, tj. 30–35 ml wody/kg masy ciała/dzień (Jarosz, Rychlik, 2011). Zaproponowano również wzór, który pozwala na dokładne oszacowanie zapotrzebowania na płyny w podeszłym wieku. Zgodnie z nim na pierwsze 10 kg masy ciała przypada po 100 ml wody, na kolejne 10 kg po 50 ml wody, z kolei na pozostałą masę ciała po 15 ml. Dla przykładowej osoby starszej o masie 70 kg dzienne zapotrzebowanie na wodę będzie wynosiło 2 250 ml (czyli 10 × 100 ml + 10 × 50 ml + 50 × 15 ml) (Jarosz, Rychlik, 2011). Osoby w wieku podeszłym należy edukować o konieczności wypijania w ciągu dnia nie mniej niż 1,5 litra płynów, zakładając, że niewielkie ilości wody (około 300 ml/dobę) organizm człowieka potrafi wytworzyć w procesach przemiany materii (Jośko-Ochojska i współprac., 2014), z kolei ok. 20% dziennego zapotrzebowania na płyny pokrywa spożycie produktów spożywczych nie będących napojami (np. warzywa zawierają jej nawet do 95 g na100 g produktu, z kolei owoce do 87 g na 100 g produktu). Płyny powinny być w zasięgu wzroku, a do ich wypicia warto stosować naczynia z końcówką ułatwiającą picie. Rekomendowanymi płynami są niegazowana woda źródlana i mineralna, kompoty lub soki owocowe, słaby napar z herbaty czy kawy. Niektóre, choć nie wszystkie badania sugerują bowiem, że kofeina za-

warta m.in. w mocnej kawie czy herbacie może wykazywać działanie moczopędne; jej znaczne ilości mogą zatem zwiększać ryzyko odwodnienia (zob. Stookey, 1999, Grandjean i współprac., 2000). Nie są to jednak dane jednoznaczne. Z pewnością straty wody w organizmie mogą zwiększać napoje alkoholowe (Stookey, 1999). Działaniami edukacyjnymi warto otoczyć również → rodziny oraz opiekunów osób starszych, informując na temat znaczenia prawidłowego nawodnienia, jak i czynników ryzyka odwodnienia, o których to wspomniano w tym opracowaniu.

Podsumowując, należy wziąć pod uwagę, że subpopulacja osób starszych jest bardzo zróżnicowana, także w obrębie tych samych → grup wieku, dlatego w przypadku wielu problemów zdrowotnych, włączając w to również odwodnienie, bardzo ważne jest podejście indywidualne. Niespecyficzne objawy kliniczne odwodnienia, do których to zalicza się m.in. ból i zawroty głowy, zaburzenia świadomości, zaburzenia widzenia, tachykardię, utratę elastyczności skóry i zapadnięte oczy, zaparcia czy też skłonność do → upadków, są bardzo często przypisywane samej starości czy też błędnie interpretowane, jako charakterystyczne dla przebiegu chorób w podeszłym wieku (El-Sharkawy i współprac., 2014, Faes i współprac., 2007). Brak typowych objawów niedoboru wody często opóźnia rozpoznanie

Tabela 1. Charakterystyka trzech typów odwodnienia – uwzględniająca zaburzenia gospodarki wodnej i sodowej

Odwodnienie			
Typ	**Izotoniczne**	**Hipertoniczne**	**Hipotoniczne**
Przyczyny	– nadmierna utrata płynów ustrojowych przez przewód pokarmowy (np. wymioty, biegunki) – wzmożone wydalanie sodu przez nerki (np. nadmierne stosowanie leków moczopędnych) – utrata krwi – ucieczka płynów ustrojowych do światła przewodu pokarmowego (np. w niedrożności jelit)	– niedostateczny pobór wody – utrata wody przez płuca (hiperwentylacja, nadmierna utrata wody przez otwór tracheostomijny) – utrata hipotonicznego płynu elektrolitowego przez skórę (nadmierne parowanie niewyczuwalne u chorych gorączkujących, nadmierne pocenie się) – utrata hipotonicznego płynu elektrolitowego przez nerki (m.in. faza wielomoczu u chorych z ostrą niewydolnością nerek, źle kontrolowana cukrzyca)	– wszystkie stany chorobowe wymienione przy odwodnieniu izotonicznym (nadmierna utrata soli przez nerki, przewód pokarmowy i skórę) – utrata sodu przez nerki uwarunkowana organicznymi zmianami w ośrodkowym układzie nerwowym (m.in. zapalenie mózgu, zmiany zwyrodnieniowe naczyń mózgowych) – podawanie chorym z odwodnieniem izo- i hipertonicznym wody (bez elektrolitów), herbaty, lemoniady lub roztworów glukozy
Objawy	częstoskurcz, spadek ciśnienia tętniczego, tendencje do zapaści, postępujące niedokrwienie nerek ze zmniejszeniem diurezy, ogólne osłabienie, apatia, zwolnienie reakcji na bodźce zewnętrzne, śpiączka, wzmożone pragnienie, brak łaknienia, nudności i wymioty, wzdęcie brzucha, osłabienie napięcia gałek ocznych i mięśni szkieletowych, suchość błon śluzowych jamy ustnej i skóry okolic pachowych i pachwinowych, z reguły zmniejszenie masy ciała	częstoskurcz, spadek ciśnienia tętniczego, skąpomocz, uczucie silnego pragnienia, ogólne osłabienie, brak zdolności koncentracji, senność, omamy, stany splątania, niepokoju i pobudzenia, drgawki i śpiączka, gorączka pochodzenia mózgowego, suchość błon śluzowych jamy ustnej, która może powodować trudności w połykaniu	hipotonia ortostatyczna, zawroty głowy, skłonność do zapaści, tachykardia, spadek ukrwienia nerek, skąpomocz, ogólne osłabienie, apatia, bóle głowy, nudności i wymioty, zaburzenia świadomości, skłonność do drgawek, skurcze mięśni, zmniejszone napięcie gałek ocznych i elastyczności skóry, brak łaknienia, stany gorączkowe, brak odruchu pragnienia, często metaliczny smak w ustach
Stężenie sodu w surowicy	135–145 mmol/l	>145 mmol/l	<135 mmol/l
Przestrzeń wodna wewnątrz-komórkowa	bez zmian	zmniejszenie	zwiększenie
Przestrzeń wodna poza-komórkowa	zmniejszenie	zmniejszenie	zmniejszenie

Źródło: F. Kokot, *Gospodarka wodno-elektrolitowa i kwasowo-zasadowa w stanach fizjologii i patologii*. Wyd. 6. Warszawa 2005.

i utrudnia leczenie. Dlatego też u każdej osoby starszej, podczas stawiania diagnozy, zawsze warto rozważyć czy nie doszło do odwodnienia organizmu.

RK-S

B: Bień i współprac., 2014; Dymarska, Janczar-Smuga, 2016; El-Sharkawy i współprac., 2014; Faes i współprac., 2007; Faleńczyk, 2007; Farell i współprac., 2008; Grandjean i współprac., 2000; Idasiak-Piechocka, 2012; Jarosz i współprac., 2012; Jarosz, Rychlik, 2011; Jaśko-Ochojska i współprac., 2014, Kenney, Chiu, 2001; Kokot, 2005; Kołłajtis-Dołowy i współprac., 2012; Mziray i współprac., 2017; Stookey, 1999; Wotton i współprac, 2008.
N: https://www.chastnyj-dom-prestarelyh.ru/…
O: niedożywienie w starszym wieku, sarkopenia, żywienie osób starszych.
TK: ang. *elderly dehydration / dehydration in the elderly*, fr. *déhydrtion des personnes âgées*, hiszp. *dehidratación en personas adultas mayores / deshidratación en ancianos*, niem. *Dehydration bei älteren Menschen / Flüssigkeitsmangel im Alter*, ros. *обезвоживание у пожилых людей*.

Bibliografia

Bień B. i współprac., *Stanowisko Grupy Ekspertów w sprawie zaleceń dotyczących spożycia wody i innych napojów przez osoby w wieku podeszłym*. „Wiadomości Lekarskie" 2014, nr 2.
Dymarska E., Janczar-Smuga M., *Woda jako niezbędny składnik pokarmowy w żywieniu osób w podeszłym wieku*. „Prace naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu" 2016, nr 461.
El-Sharkawy A. M. i współprac., *The pathophysiology of fluid and electrolyte balance in the older adult surgical patient*. "Clinical Nutrition" 2014, vol. 33 [1].
Faes M. C. i współprac., *Dehydration in geriatrics*. "Geriatrics and Aging" 2007, vol. 10 [9].
Faleńczyk K. *Zapobieganie zaburzeniom wodnoelektrolitowym, odwodnieniu i niedożywieniu chorych w podeszłym wieku*, w: K. Kędziora-Kornatowska, M. Muszalik (red.), *Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku*. Lublin 2007.
Farrell M. J. i współprac., *Effect of aging on regional cerebral blood flow responses associated with osmotic thirst and its satiation by water drinking: a PET study.* "Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America" 2008, vol. 105 [1].
Grandjean A. C. i współprac., *The effect of caffeinated non-caffeinated, caloric and non-caloric beverages on hydration*. "Journal of the American College of Nutrition" 2000, vol. 19 [5].
Idasiak-Piechocka I., *Odwodnienie – patofizjologia i klinika*. „Forum Nefrologiczne" 2012, nr 1.
Jarosz M. i współprac., *Woda i elektrolity*, w: M. Jarosz (red.), *Normy żywienia dla populacji polskiej*. Warszawa 2012.
Jarosz M., Rychlik E., *Znaczenie wody u osób w wieku starszym i zalecenia dotyczące spożywania płynów*, w: M. Jarosz (red): *Żywienie osób w wieku starszym*. Warszawa 2011.
Jośko-Ochojska J. i współprac., *Odwodnienie osób w podeszłym wieku jako problem zdrowia publicznego*. „Hygeia Public Health" 2014, nr 4.
Kenney W. L., Chiu P., *Influence of age on thirst and fluid intake*. "Medicine and Science in Sports and Exercise" 2001, vol. 33 [9].
Kokot F. *Gospodarka wodno-elektrolitowa i kwasowo-zasadowa w stanach fizjologii i patologii*. Wyd. 6. Warszawa 2005.
Kołłajtis-Dołowy A. i współprac.,, *Zwyczaje żywieniowe osób w wieku podeszłym*, w: M.
Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Poznań 2012.
Mziray M. i współprac., *Woda istotnym składnikiem pokarmowym diety osób w wieku podeszłym*. „Problemy Higieny i Epidemiologii" 2017, nr 2.
Stookey J. D., *The diuretic effects of alcohol and caffeine and total body water intake misclassification*. "European Journal of Epidemiology" 1999, vol. 15 [2].
Wotton K. i współprac., *Prevalence, risk factors and strategies to prevent dehydration in older adults*. "Contemporary Nurse" 2008, vol. 31 [1].

Netografia

https://www.chastnyj-dom-prestarelyh.ru/gerontologia/obezvozhivanie_u_pozhilyh.html

opieka terminalna

– jest to aktywna, holistyczna (całościowa) forma oddziaływania nastawiona na zaspokojenie wszystkich podstawowych potrzeb chorego w stanie terminalnym oraz jego bliskich, zarówno w czasie → choroby, procesu → umierania, ale i w okresie osierocenia. Opiekę terminalną można rozpatrywać zarówno jako część składową → opieki paliatywno-hospicyjnej, jak również odrębną formę → opieki. Ważną częścią opieki paliatywnej u pacjentów z chorobą nowotworową jest opieka terminalna. Dotyczy ona postępowania w → czasie, kiedy wyczerpały się możliwości leczenia przyczynowego i kiedy wiadomo, że stan pacjenta będzie się stale pogarszał. Wg definicji Świtowej Organizacji Zdrowia (WHO) z roku 2002 zaleca się jednak obejmowanie opieką paliatywną pacjentów już na wcześniejszych etapach. Opieka terminalna **to** opieka nad człowiekiem umierającym. Współcześnie podejmowane są różne wysiłki zmierzające do tego, aby człowiekowi umierającemu zapewnić możliwie najlepszą pomoc – w tym ogromnie trudnym okresie rozstawania się z → życiem, ze wszystkimi ważnymi i znaczącymi aspektami, z → rodziną i przyjaciółmi. Specjalnego znaczenia nabiera ta pomoc w stosunku do ludzi, którzy umierają powoli i którzy cierpią. Zatem:

- Opieka terminalna jest kontynuacją opieki paliatywnej i oznacza opiekę nad chorym w okresie bezpośredniego, bliskiego zagrożenia → śmiercią, która prawdopodobnie nastąpi w ciągu kilku godzin lub co najwyżej dni.
- Opieka terminalna (u schyłku życia) nie jest synonimem opieki paliatywno-hospicyjnej, ale stanowi istotną jej składową.

Osoba w stanie terminalnym jest to określenie obejmujące pacjenta w dwóch sytuacjach życiowych: 1) nieuleczalnie chorego, co do którego wiadomo z pewnym wyprzedzeniem o zbliżającej się chwili zgonu, oraz 2) pacjenta, który nagle znalazł się w sytuacji „końcowej fazy życia".

Z terminem opieki terminalnej wiąże się również określenie stanu terminalnego, który stanowi ostatni okres życia chorego (łac. *terminus* – granica, kres, cel ostateczny), w którym badania diagnostyczne i leczenie przyczynowe często tracą na znaczeniu, z wyjątkiem sytuacji, w których nagłe pogorszenie stanu chorego może być wywołane przyczyną, której skorygowanie przyniesie istotne korzyści kliniczne. Planując wszelkie oddziaływania należy uwzględniać zarówno dolegliwości charakterystyczne i specyficzne dla danego układu objętego chorobą, oraz kontrolę bólu, jak też różnice indywidualne, cechujące danego człowieka, a mające wpływ na adaptację pacjenta do choroby. Należy pamiętać, że ból jest odczuciem subiektywnym. Terapie oparte na analgetykach (środkach przeciwbólowych) i środkach anestetycznych mają podstawowe znaczenie w leczeniu bólu i powinny być stosowane łącznie z odpowiednimi metodami behawioralnymi, fizycznymi i.lub wspomagającymi. Podczas sprawowania opieki terminalnej należy brać pod uwagę koncepcję → bólu totalnego, wszechogarniającego Cicely → Saunders, która wyróżniła różne formy cierpienia osoby chorej: fizyczne, psychiczne, socjalne i duchowe. Celem opieki nad pacjentem chorym terminalnie jest osiągnięcie i utrzymanie jak najlepszej, możliwej do uzyskania w sytuacji nieuleczalnej choroby, → jakości życia, przez uśmierzenie dokuczliwych objawów, zaspokajanie potrzeb fizycznych, psychicznych, socjalnych i duchowych oraz towarzyszenie choremu w trudnych momentach. Biorąc pod uwagę teorię kryzysu Geralda Caplana (1917–2008), która zakłada, że człowiek przeżywa kryzysy rozwojowe i sytuacyjne a w przypadku nieuleczalnej choroby często reaguje najpowszechniejszymi w takiej sytuacji mechanizmami obronnymi, jakim są wyparcie i zaprzeczanie. Duże znaczenie nadaje się poszanowaniu intymności pacjenta, jego decyzyjności, poczuciu sprawstwa, możliwości dokonywania wyborów, pomimo pogarszającego się stanu → zdrowia, oraz umożliwienia mu kontaktu z rodziną. Niezwykle ważna jest → pamięć o fakcie, że pacjent podczas swojej choroby wypada z wielu ról i przestaje realizować zadania rozwojowe z nimi związane. Próba zastąpienia tych wartości są z reguły skazane na porażkę, dlatego też nieodzowne jest towarzyszenie pacjentowi w → żałobie po utraconych w wyniku choroby rolach i zadaniach. Rodzina chorego może przeżywać natomiast antycypowaną żałobę (przedwcześnie przeżywaną), którą z reguły inicjują → utraty realne bądź symboliczne, niekiedy wystarczy samo oczekiwanie (np. na nieuchronną śmierć bliskiego terminalnie chorego, co może skutkować obronnym wycofaniem zaangażowania w relację z osobą terminalnie chorą). Biorąc pod uwagę powyższe aspekty, zasadne wydaje się aby opieka terminalna sprawowana była przez zespół interdyscyplinarny, w skład którego wchodzą: lekarze, pielęgniarki, kapelan, sanitariusze, pracownik socjalny, psycholog, terapeuta zajęciowy. Ogromnie ważny aspektem jest komunikacja z pacjentem oraz świadomość istnienia wg Barneya G. Glasera i Anselma L. Straussa (1916–1996) czterech kontekstów świadomościowych (zamkniętej świadomości, podejrzewania, wzajemnego udawania i otwartej świadomości). Istotna wydaje się być wiedza, że najczęściej występującym kontekstem świadomościowym jest model wzajemnego udawania, gdy zarówno chory, jak i jego rodzina, znając informacje o negatywnym zejściu choroby, z pobudek altruistycznych, chcąc ochraniać chorego i oszczędzić mu dodatkowych cierpień, a pacjent – chcąc ochronić swoich bliskich lub zasłużyć na aprobatę otoczenia – odgrywają swoje role. Takie zachowania można wiązać z wpływem teorii wymiany, kiedy to pożądane zachowania chorego są wzmacniane nagrodami a niewłaściwe są wygaszane karami. Koszty ponoszone przez chorego i jego rodzinę, w przypadku wszystkich trzech pierwszych modeli są ogromne, a najbardziej pożądany wydaje się być model otwartej świadomości, kiedy to opadają „maski", a zachowania są szczere, autentyczne, prawdziwe i pozbawione udawania. Z uwagi na bardzo ograniczony czas w opiece terminalnej, jednym z jej niewątpliwych sukcesów byłoby doprowadzenie do wystąpienia modelu otwartej świadomości, z jednoczesnym uwzględnieniem potrzeb i oczekiwań pacjenta oraz jego rodziny.

DZ

A: EoLC (ang.).

B: Bauman, 1998; A. Ostrowska, 2005; Walden-Gałuszko de, Majkowicz, 2000; Watson i współprac., 2007.
D: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 29 X 2013 r.
N: http://www.altenheim-bubenreuth.de…
O: hospicjum, instytucjonalizacja umierania, opieka nad umierającym, opieka paliatywno-hospicyjna, śmierć, umieranie.
TK: ang. *terminl care* / *end-of-life care* [EoLC], fr. *accompagnement des personnes en fin de vie* / *accompagnement aux mourants*, hiszp. *atención terminal* / *cuidados para pacientes moribundos*, niem. *Sterbebegleitung* / *Sterbenhilfe*, ros. *опека или уход за умирающими больными*.

Bibliografia

Bauman Z., *Śmierć i nieśmiertelność. O wielości strategii życia*. Warszawa 1998.
Ostrowska A., *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*. Warszawa 2005.
Walden-Gałuszko K. de, Majkowicz M., *Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce*. Gdańsk 2000.
Watson M. S., i współprac., *Opieka paliatywna*. Wrocław 2007.
Druki i/lub dokumenty urzędowe
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 29 X 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Dz.U. z 2013 r., poz. 1347.

Netografia

http://www.altenheim-bubenreuth.de/leistungen/sterbebegleitung.html

otępienie o późnym początku

Zgodnie z opracowaną w roku 1994 i nadal obowiązującą w Polsce klasyfikacją → chorób (ang. *International Classification of Diseases* – ICD-10) do rozpoznania → otępienia konieczne jest współwystępowanie zaburzeń → pamięci oraz dodatkowo innego deficytu poznawczego: w zakresie osądu, myślenia, planowania, organizacji czy funkcji wzrokowo-przestrzennych. Stwierdzane pogorszenie musi być wyraźne w stosunku do wcześniejszego stanu funkcji poznawczych i powodować trudności w codziennym funkcjonowaniu. Zwykle zaburzeniom poznawczym towarzyszą zaburzenia w sferze funkcjonowania emocjonalnego i zachowania, jak np. spadek motywacji do działania, chwiejność emocjonalna, drażliwość, apatia czy też zachowania przekraczające normy społeczne. Zaburzenia te muszą występować u danej osoby od co najmniej sześciu miesięcy. Otępienia nie można rozpoznać u osoby mającej zaburzenia świadomości, np. będącej w stanie → majaczenia z powodu ciężkiego stanu ogólnego lub będącej pod wpływem leków czy też innych substancji psychoaktywnych. W niektórych zespołach otępiennych zaburzenia pamięci nie są wiodącym objawem i nie są konieczne dla rozpoznania u pacjenta otępienia, co uwzględniają zarówno specyficzne dla konkretnej → choroby kryteria diagnostyczne (np. otępienia w → chorobie Parkinsona czy → otępienia z ciałami Lewy'ego), jak i najnowsza klasyfikacja (Gałecki, Święcicki, 2015). Amer. Tow. Psychiatrycznego DSM-V (ang. *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders*). Wszystkie kryteria diagnostyczne otępienia, zarówno te ogólne, jak i specyficzne dla konkretnej jednostki chorobowej, łączy kryterium nasilenia zaburzeń funkcji poznawczych i/lub zachowania, które ma powodować widoczne dla otoczenia trudności w pracy i/lub → czynnościach życia codziennego (Szczudlik, Parnowski, 2013). Ponadto, rozpoznanie otępienia wymaga również wykluczenia innych zaburzeń psychicznych, które mogłyby być przyczyną pogorszenia codziennego funkcjonowania. Pogorszenie funkcji poznawczych jest procesem fizjologicznym związanym z wiekiem. W przypadku subiektywnych deficytów poznawczych, lub też → łagodnych zaburzeniach poznawczych – mimo pewnych trudności w wykonywaniu czynności złożonych – pacjent nie wymaga pomocy z zewnątrz. Poziom funkcjonowania osoby z otępieniem nie tylko wyraźnie odbiega od stanu przedchorobowego, ale również powoduje konieczność korzystania z pomocy osób trzecich przy wykonywaniu czynności dotychczas wykonywanych samodzielnie. Załamanie się niezależności pacjenta pozwala na odróżnienie otępienia od łagodnych zaburzeń poznawczych.

Epidemiologia

Najczęstszą przyczyną otępienia o późnym początku jest klasyczny wariant ⇛ choroby Alzheimera (Sobów, Barcikowska, Liberski,2014). Za drugi co do częstości występowania zespół otępienny o późnym początku uznaje się otępienie naczyniopochodne (Smith i współprac., 2017), obejmujące → otępienie naczyniowe, wielozawałowe lub miażdżycowe bądź też otępienie z ciałami Lewy'ego (Hogan i współprac., 2016). Wśród innych stosunkowo częstych w wieku starszym zespołów otępiennych warto wyróżnić otępienie w chorobie Parkinsona (Haganasi i współprac., 2017) oraz otępienie w przebiegu wodogłowia normotensyjnego (Jaraj i współprac., 2017).

Diagnostyka

Zgodnie z zaleceniami Europejskiej Federacji Towarzystw Neurologicznych (Sorbi i współprac.,

2012) w procesie diagnostycznym zespołu otępiennego należy przeprowadzić:

- wywiad z pacjentem i osobą bliską, który powinien dotyczyć przede wszystkim aktualnego poziomu funkcjonowania w życiu codziennym, w porównaniu do okresu sprzed 5–10 lat;
- badanie neurologiczne celem wykluczenia zmian mogących wskazywać na inne niż zwyrodnieniowe podłoże choroby. Pojawienie się określonego wzorca zaburzeń ruchowych, np. w przebiegu zespołu parkinsonowskiego, może być typowe dla niektórych zespołów otępiennych;
- ocenę stanu psychicznego z uwzględnieniem stanu emocjonalnego oraz obecności i profilu ewentualnych objawów psychotycznych. Niejednokrotnie, w przypadku diagnozy → depresji [i zaburzeń nastroju], rozpoznanie otępienia odracza się do czasu uzyskania poprawy stanu afektywnego pacjenta. Jeśli chodzi o objawy psychotyczne, to wczesne omamy wzrokowe jak również zaburzenia błędnego rozpoznawania (np. przekonanie, że osoba bliska została zastąpiona przez sobowtóra – zespół Capgrasa) najczęściej występują w otępieniu z ciałami Lewy'ego. Labilność emocjonalna i drażliwość są natomiast najczęściej obserwowane w otępieniu naczyniopochodnym – otępienie wielozawałowe, naczyniowe lub miażdżycowe (zob. tabela 1);
- badanie internistyczne i ogólną ocenę stanu → zdrowia pacjenta, które zawsze powinny być integralną częścią procesu diagnostycznego. Rozpoznanie pierwotnie zwyrodnieniowej choroby mózgu jako izolowanej przyczyny otępienia wymaga wykluczenia innych schorzeń. Należy zwrócić uwagę również na wpływ stosowanych terapii na funkcjonowanie poznawcze, np. działanie antycholinergiczne leków na nietrzymanie moczu, sedacyjne działanie substancji nasennych i przeciwbólowych;
- badania neuroobrazowe – ze względu na większą dostępność, często stosuje się → tomografię komputerową. Jednak właściwym badaniem, szczególnie w przypadkach przebiegających nietypowo, powinno być badanie strukturalne rezonansu magnetycznego. Dodatkowo w diagnostyce różnicowej → chorób otępiennych stosuje się techniki obrazowe z zakresu medycyny nuklearnej uwidaczniające przepływ krwi (tomografia emisyjna pojedynczego fotonu, (ang. *single photon computerized tomography*, SPECT) lub metabolizm glukozy (pozytynowa tomografia emisyjna, ang. *positon emission tomography* PET) w mózgu (Filippi i współprac., 2012);
- badania laboratoryjne – celem wykrycia potencjalnie odwracalnych przyczyn zaburzeń poznawczych, takich jak np. niedoczynność tarczycy, zaburzenia elektrolitowe, choroby wątroby czy niedobory witaminowe. Zakres badań laboratoryjnych zlecanych w toku diagnostyki jest zależny od schorzeń współwystępujących;
- ocenę funkcji poznawczych, którą może w zakresie podstawowym wykonać każdy lekarz.

Badanie neuropsychologiczne wskazane jest w przypadku niespójności wyniku → badania przesiewowego z danymi z wywiadu i obserwacji pacjenta. Użyteczność badania neuropsychologicznego w różnicowaniu chorób otępiennych o późnym początku, ze względu na możliwość współpracy pacjenta, ogranicza się do wczesnych stadiów tychże chorób.

W przypadku podejrzenia obecności zaburzeń mowy o charakterze → dyzartrii lub → apraksji mowy w badaniu wykorzystuje się również ocenę neurologopedyczną czy też badania neurofizjologiczne, np. przy podejrzeniu zmian w zakresie dolnego neuronu ruchowego.

Obraz kliniczny i przebieg

W przypadku otępień wywołanych chorobami pierwotnie zwyrodnieniowymi mózgu (→ otępienie pierwotnie zwyrodnieniowe) początek wystąpienia objawów jest trudny do określenia, a przebieg charakteryzuje stałe narastanie patologicznych objawów. W procesach wtórnie neurozwyrodnieniowych, jak np. w otępieniu naczyniopochodnym (otępienie wielozawałowe, naczyniowe lub miażdżycowe), niekiedy początek może mieć charakter ostry, a przebieg skokowy, tj. z okresami pogorszenia, stabilnego funkcjonowania, a nawet tymczasowej poprawy. Klasyczne definicje otępienia odwołują się do choroby Alzheimera o późnym początku jako najczęstszego wzorca procesu otępiennego. W klasycznym wariancie tej choroby dominujący deficyt dotyczy zdolności zapamiętywania nowych informacji, zaburzenia innych funkcji poznawczych pojawiają się później w toku choroby i są mniej nasilone.

U pacjenta z otępieniem naczyniopochodnym (otępienie wielozawałowe, naczyniowe lub miażdżycowe) typowa jest obecność czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych. W obrazie klinicznym dominują spowolnienie psychomotoryczne, deficyty w zakresie pamięci operacyjnej, funkcji wykonawczych i wzrokowo-przestrzennych, przy lepiej zachowanej pamięci epizodycznej. W zależności od lokalizacji zmian naczyniowych, u pacjenta może wystąpić również → afazja (afazja poudarowa) i apraksja.

Do objawów osiowych otępienia z ciałami Lewy'ego zalicza się fluktuacje w zakresie funkcjonowania poznawczego, omamy wzrokowe oraz zespół parkinsonowski. Częstym objawem jest nadwrażliwość na neuroleptyki i → zaburzenia snu fazy REM. Zespół parkinsonowski w otępieniu z ciałami Lewy'ego rzadko przebiega z drżeniem. Najczęściej przyjmuje postać wzmożonej sztywności mięśniowej i upadków, ale u części chorych może nie pojawić się wcale (Barczak i współprac., 2015). Profil zaburzeń poznawczych jest podobny do przedstawionego powyżej w kontekście otępienia naczyniopochodnego, gdy dominują zaburzenia uwagi, oraz zmienny jest poziom czuwania z częstymi drzemkami w ciągu dnia. Rozpoznanie otępienia w chorobie Parkinsona jest możliwe tylko u tych pacjentów, u których objawy ruchowe choroby Parkinsona poprzedziły o co najmniej rok wystąpienie objawów otępienia (Wieczorek i współprac., 2013). W otępieniu w przebiegu wodogłowia normotensyjnego zaburzeniom poznawczym towarzyszą zaburzenia chodu oraz osłabienie kontroli zwieraczy (→ inkontynencja / nietrzymanie moczu).

Czynniki ryzyka

Na rozwój otępienia mają wpływ czynniki genetyczne, środowiskowe i → styl życia. Większość przypadków zachorowań o późnym początku ma charakter sporadyczny. Późne zachorowanie nie wyklucza jednak całkowicie etiologii genetycznej. Dla przykładu, zdarza się, że do manifestacji klinicznej choroby Huntingtona (→ otępienie o wczesnym początku) dochodzi nawet po 70. r.ż. (Koutsis i współprac., 2014). Występowanie podatności rodzinnej dotyczy ok. 50% chorych z otępieniem czołowo-skroniowym, 40% osób z otępieniem z ciałami Lewy'ego, 33% chorych z chorobą Alzheimera i < 1% osób z otępieniem naczyniopochodnym (Ferencz, Gerritsen, 2015). Czynnikami ryzyka jest → wiek podeszły, płeć (żeńska – dla choroby Alzheimera i męska – dla otępienia z ciałami Lewy'ego i otępienia naczyniopochodnego), niski poziom wykształcenia oraz niski status społeczny. Pośrednimi czynnikami ryzyka otępienia są czynniki ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, takie jak: → cukrzyca, → nadciśnienie tętnicze, podwyższony poziom → cholesterolu, czy też palenie papierosów (Khan i współ-

Tabela. 1. Porównanie wybranych aspektów najczęstszych zespołów otępiennych o późnym początku

	Otępienie w chorobie Alzheimera – wariant klasyczny	Otępienie z ciałami Lewy'ego	Otępienie w chorobie Parkinsona	Otępienie naczyniopochodne	Otępienie w wodogłowiu normoten-syjnym
Początek objawów otępienia	podstępny	Podstępny	podstępny	ostry lub podstępny, w zależności od typu otępienia	podstępny
Zmienność nasilenia objawów otępienia (fluktuacje)	niewielka	bardzo znacząca (zmienność stanu poznawczego przy stabilnych objawach ruchowych); fluktuacje w ciągu dnia	niewielka (fluktuacje stanu poznawczego i emocjonalnego równoległe do fluktuacji objawów ruchowych)	znacząca (fluktuacje na przestrzeni dni i tygodni)	niewielka
Objawy ruchowe	nieobecne we wczesnych fazach choroby	zespół parkinsonnowski z dominującą sztywnością pojawia się równolegle do objawów otępienia lub później	zespół parkinsonowski poprzedza o co najmniej rok objawy otępienia	zależne od lokalizacji zmian naczyniowych w mózgu	zaburzenia chodu
Zaburzenia zachowania	znaczące w umiarkowanym stadium otępienia	wczesna apatia; omamy wzrokowe	wczesna apatia	drażliwość; chwiejność emocjonalna; apatia	apatia
Dominujący deficyt poznawczy	zaburzenia pamięci epizodycznej	zaburzenia wzrokowo-przestrzenne i wykonawcze	zaburzenia funkcji wykonawczych	zależne od lokalizacji zmian naczyniowych w mózgu	zaburzenia pamięci epizodycznej i funkcji wykonawczych
Tempo narastania objawów	powolne, względnie stabilne	szybkie; częstsze niż w innych chorobach otępiennych epizody splątania	powolne	zmienne (zależne od incydentów naczyniowych)	bardzo zróżnicowane indywidualnie

prac., 2016). Piśmiennictwo dotyczące czynników środowiskowych mogących sprzyjać rozwojowi otępienia wskazuje również m.in. na ekspozycję na zanieczyszczenie powietrzna, aluminium, silikon, selen i pestycydy oraz niedobór witaminy D (Killin i współprac., 2016).

Leczenie zespołów otępiennych o późnym początku ma za cel spowolnić proces chorobowy tak by podtrzymać sprawność ruchową i poznawczą pacjenta w stopniu umożliwiającym sprawowanie nad nim opieki w domu. W terapii stosuje się leki wpływające na mechanizmy patofizjologiczne rozwijające się na skutek neurozwyrodnienia. W przypadku choroby Alzheimera są to spadek transmisji cholinergicznej i nadmierna aktywność układu glutaminergicznego (Hort i współprac., 2010).

Do leków wpływających na wzrost aktywności cholinergicznej należą riwastygmina i donepezil. Są to substancje hamujące działanie cholinoesterazy rozkładającej acetylocholinę i przez to zwiększające jej stężenie w synapsie. Lekiem normalizującym transmisję glutaminergiczną jest memantyna. Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane są w leczeniu otępienia w przebiegu choroby Alzheimera o nasileniu łagodnym i umiarkowanym jak również w otępieniu naczyniopochodnym, otępieniu z ciałami Lewy'ego oraz w otępieniu w chorobie Parkinsona. Memantyna zarejestrowana jest w leczeniu otępienia umiarkowanego i ciężkiego w przebiegu choroby Alzheimera. Niektóre dane kliniczne wskazują na jej skuteczność również w chorobie Alzheimera o łagodnym nasileniu, otępieniu naczyniopochodnym i w otępieniu z ciałami Lewy'ego.

Bardzo ważnym elementem leczenia otępień o późnym początku jest kontrola zaburzeń lękowych i zachowań agresywnych, które potrafią zdominować problem → opieki nad chorym. Zaburzenia te mogą być często spowodowane chorobą somatyczną np. zatrzymaniem moczu, której objawów pacjent nie potrafi zgłosić opiekunowi, a towarzyszący jej ból powoduje pobudzenie i niepokój. W leczeniu stosuje się leki przeciwdepresyjne i neuroleptyki. Należy pamiętać by neuroleptyki podawać w jak najmniejszych skutecznych dawkach i rozważyć odstawienie leku po stabilizacji stanu psychicznego pacjenta. Ponadto w leczeniu stosuje się oddziaływania niefarmakologiczne, ukierunkowane zarówno na poprawę stanu emocjonalnego, podtrzymanie aktywności społecznej i poznawczej osób chorych, jak i na opiekunów pacjentów (→ zespół opiekuna). Postępowanie niefarmakologiczne jest metodą leczenia pierwszego rzutu (zob. Sobów, 2010) w przypadku zaburzeń zachowania i objawów psychologicznych (ang. *behavioral and psychological symptoms of dementia* – BPSD).

EJS, EKN

A: loD, LOD (ang.)

B: Barczak i współprac., 2015; Dubois i współprac., 2014; Ferencz, Gerritsen, 2015; Fiest i współprac, 2016; Filippi i współprac., 2012; Gałecki, Święcicki, 2015; Haganasi i współprac., 2017; Hort i współprac., 2010; Jaraj i współprac., 2017; Khan i współprac., 2016; Killin i współprac., 2016; Koutsis i współprac., 2014; Smith i współprac., 2017; Sobów, 2010; Sobów, Barcikowska, Liberski, 2014; Sorbi i współprac., 2012; Szczudlik, Parnowski, 2013; Wieczorek i współprac., 2013.

O: choroba Alzheimera, łagodne zaburzenia poznawcze, otępienie, otępienie czołowo-skroniowe, otępienie naczyniowe, otępienie typu alzheimerowskiego, otępienie z ciałami Lewy'ego, zespół otępienny.

S: otępienie starcze

TK: ang. *late-onset dementia* [loD] / *senile sementia* / *dotage*, fr. *démence sénile*, hiszp. *demencia de inicio tardío* / *demencia senil*, niem. *Demenz mit spätem Beginn* / *senile Demenz* / *Altersdemenz* / *Greisenblödsinn*, ros. *старческое слабоумие* / *сенильная деменция*.

Bibliografia

Barczak A. i współprac., *Otępienie z ciałami Lewy'ego – jak rozpoznawać? jak leczyć?* „Polski Przegląd Neurologiczny" 2015, t. 11, nr 3.

Dubois B. i współprac.,. *Advancing research diagnostic criteria for Alzheimer's disease…* "Lancet Neurology" 2014, vol. 13 [6].

Ferencz B., Gerritsen L., *Genetics and underlying pathology of dementia*. "Neuropsychology Review" 2015, vol. 25 [1].

Fiest K. M. i współprac., *The prevalence and incidence of dementia…* "Canadian Journal of Neurological Sciences" 2016, vol. 43 [Suppl. 1].

Filippi M. i współprac., [European Federation of the Neurologic Societies] *EFNS task force: the use of neuroimaging in the diagnosis of dementia***.** "European Journal of Neurology" 2012, vol. 19 [12].

Gałecki P., Święcicki Ł. (red.), *Kryteria diagnostyczne z DSM-5*. Wrocław 2015.

Haganasi H. A. i współprac., *Dementia in Parkinson's disease*. "Journal of the Neurological Sciences" 2017, vol. 374.

Hort J. i współprac., *EFNS guidelines for the diagnosis and management of Alzheimer's disease*. "European Journal of Neurology" 2010, vol. 17 [10].

Jaraj D. i współprac., 2017.

Khan A. i współprac., *Update on vascular dementia*. "Journal of Geritric Psychitry and Neurology" 2016, vol. 29 [5].

Killin L. O. i współprac.,. *Environmental risk factors for dementi…* "BMC Geriatrics" 2016, vol. 16 [1].

Koutsis G. i współprac., *Late-onset Huntington's disease*. "Parkinsonism and Related Disorders" 2014, vol. 20 [7].
Smith E. E. i współprac., *Clinical presentations and epidemiology of vascular dementia*. "Clinical Science" 2017, vol. 131 [11].
Sobów T., *Praktyczna psychogeriatria*. Lublin 2010.
Sobów T., Barcikowska M., Liberski P. P., *Zespoły otępienne*, w: W. Kozubski, P. P. Liberski (red.), *Neurologia*. Wyd. 2. Warszawa 2014, t. 1.
Sorbi S i współprac., *Guidelines on the diagnosis and management of disorders associated with dementia*. "European Journal of Neurology" 2012, vol. 19 [9].
Szczudlik A., Parnowski T., *Otępienie*, w: *Diagnostyka i leczenie otępień*… Warszawa 2013.
Wieczorek D. i współprac., *Łagodne zaburzenia funkcji poznawczych i otępienie w chorobie Parkinsona*… „Polski Przegląd Neurologiczny" 2013; t. 9 [3].

otępienie o wczesnym początku

– kiedyś nazywane otępieniem przedstarczym – to → otępienie, które ujawnia się u osoby przed 65. r.ż.. Etiologia otępień o wczesnym początku jest znacznie bardziej zróżnicowana od → otępień o późnym początku. W obrazie klinicznym rzadko przeważają zaburzenia → pamięci, zazwyczaj dominujące objawy obejmują zmiany osobowości i zachowania, a czasem obniżenie sprawności komunikacyjnej. Jedynym → zespołem otępiennym o wczesnym początku, w którym dominują zaburzenia amnestyczne jest otępienie w chorobie alkoholowej (Cheng i współprac., 2017).

Najczęstszymi przyczynami otępienia o wczesnym początku, podobnie jak otępienia o późnym początku jest → choroba Alzheimera (Lambert i współprac., 2014) i otępienie naczyniopochodne (ang. *vascular dementia*) (→ otępienie naczyniowe, wielozawałowe lub miażdżycowe). Kolejną częstą przyczyną jest → otępienie czołowo-skroniowe, mogące przebiegać z dominującymi zaburzeniami zachowania – wariant behawioralny (Raskovsky i współprac., 2011), deficytami językowymi – wariant niepłynny i semantyczny, → afazji pierwotnej postępującej (Sitek i współprac., 2014) lub też zaburzeniami ruchowymi – zespół korowo-podstawny, postępujące porażenie ponadjądrowe, otępienie czołowo-skroniowe z chorobą neuronu ruchowego. Częstą przyczyną otępienia o wczesnym początku są też zmiany pourazowe, uszkodzenia toksyczne – np. choroba alkoholowa, choroby zakaźne – np. opryszczkowe zapalenie mózgu, kiła, encefalopatia związana z HIV (Antinori i współprac., 2007), choroby zapalne – np. limbiczne zapalenie mózgu, prionowe – np. choroba Creutzfeldta-Jakoba czy metaboliczne – np. zaburzenia gospodarki miedzią w chorobie Wilsona, encefalopatia wątrobowa (Davies i współprac., 2011). W tym okresie mogą również pojawić się → choroby częściej spotykane w wieku późniejszym takie jak → otępienie z ciałami Lewy'ego, otępienie w przebiegu → choroby Parkinsona lub otępienie mieszane (Vieira i współprc. 2013).

Epidemiologia

Częstość występowania otępienia o wczesnym początku jest trudna do oszacowania, co może wynikać ze znacznego zróżnicowania symptomatologii poszczególnych zespołów, jak i trudności w różnicowaniu tych otępień z chorobami psychicznymi (Lambert i współprac., 2014, Devineni, Onyike, 2015). Dodatkowo utrudniają to częste modyfikacje kryteriów diagnostycznych poszczególnych → zespołów otępiennych i różnice w procedurach diagnostycznych stosowanych w poszczególnych krajach (Kojijnenberg i współprac., 2017).

Patogeneza

U podłoża otępień o wczesnym początku częściej niż w otępieniach o późnym początku występują choroby uwarunkowane genetycznie. Szczególnie dotyczy to zachorowań w bardzo młodym wieku (Goldman i współprac., 2011, Masselis i współprac., 2013). Najwcześniejsze manifestacje kliniczne choroby Alzheimera uwarunkowanej genetycznie (ang. *familial Alzheimer's disease*) i otępienia czołowo-skroniowego opisywano w trzeciej dekadzie → życia. Stąd też w tej grupie podstawowe znaczenie ma wywiad rodzinny dotyczący leczenia neurologicznego i psychiatrycznego oraz postępujących zmian w zakresie funkcji poznawczych, językowych bądź zachowania u rodzeństwa, rodziców i ich rodzeństwa oraz dziadków. Rodzinny charakter otępienia podejrzewa się w przypadku co najmniej dwóch zachorowań o wczesnym początku w dwóch pokoleniach. Postać dziedziczna dotyczy poniżej 5% chorych z chorobą Alzheimera. Odpowiadają za nią mutacje w jednym z trzech genów: *APP* – kodującym białko prekursorowe dla amyloidu, *PSEN 1* i *PSEN2* kodujących preseniliny 1 i 2 (Bateman i współprac., 2011). W otępieniu naczyniopochodnym podłoże genetyczne dotyczy poniżej 1% zachorowań, ale również tu można spotkać mutacje sprawcze powodujące rozwój rzadkich zespołów przebiegających z naczyniopochodnym uszkodzeniem mózgu, takich jak (zob. Barrett, Meschia, 2014): CADASIL – autosomalnie dominująca arteriopatia mózgowa z zawałami podkorowymi i leukoencefalopatią (ang. *cerebral*

Tabela 1. Objawy neurologiczne w wybranych chorobach otępiennych o wczesnym początku

	Udar	napady padaczkowe	objawy piramidowe	mioklonie	zespół parkinsonowski	ruchy pląsawicze	dystonia	fascykulacje	Ataksja	zaburzenia gałkoruchowe	apraksja kończyn	neuropatia	miopatia
choroba Alzheimera o wczesnym początku		+	+	+									
otępienie naczyniopochodne; CADASIL; CARASIL	+		+										
wariant behawioralny otępienia czołowo-skroniowego					+/-								
wariant niepłynny afazji pierwotnej postępującej											+		
postępujące porażenie ponadjądrowe					+					+			
zespół korowo-podstawny				+	+		+				+		
otępienie czołowo-skroniowe z chorobą neuronu ruchowego								+				+	
choroba Huntingtona		+				+	+						
choroba Wilsona					+	+			+				
MELAS	+											+	+
choroba Creutzfeldta-Jakoba		+	+	+									
otępienie w AIDS*		+	+						+			+	

* objawy zależą nie tylko od obecności samego wirusa, ale też od towarzyszących zakażeń oportunistycznych – przyp. aut.

Tabela 2 Porównanie charakterystyki klinicznej wybranych otępień o wczesnym początku

	choroba Alzheimera o wczesnym początku	wariant behawioralny otępienia czołowo-skroniowego	otępienie semantyczne	wariant niepłynny afazji pierwotnej postępującej	otępienie czołowo-skroniowe z chorobą neuronu ruchowego
pierwsze objawy	zaburzenia zachowania lub zaburzenia wzrokowe lub zaburzenia językowe	zaburzenia zachowania	deficyt semantyczny / anomia	zaburzenia płynności mowy	osłabienie siły mięśniowej
początek zaburzeń zachowania	Wczesny	wczesny	Wczesny	późny	raczej wczesny
zaburzenia zachowania	apatia rozhamowanie	rozhamowanie; apatia utrata empatii zmiana nawyków żywieniowych tendencje obsesyjno-kompulsywne	zmiana nawyków żywieniowych; tendencje obsesyjno-kompulsywne	apatia rozhamowanie	apatia rozhamowanie
dominujące objawy neurologiczne	mioklonie; napady padaczkowe	odruchy deliberacyjne	–	apraksja	fascykulacje
zaburzenia mowy	Anomia	echolalia, mutyzm	Anomia	apraksja mowy; agramatyzm	dyzartria
zaburzenia połykania	Późno	późno	Późno	wcześnie	wcześnie

autosomal dominant arteriopathy with subcortical infarcts and leukoencephalopathy), CARASIL – autosomalnie recesywna arteriopatia mózgowa z zawałami podkorowymi i leukoencefalopatią (ang. *cerebral autosomal recessive arteriopathy with subcortical infarcts and leukoencephalopathy*) i MELAS – encefalomiopatia mitochondrialna z towarzyszącą kwasicą mleczanową i incydentami udaropodobnymi (ang. *mitochondrial myopathy, encephalopathy with lactic acidosis and stroke-like episodes*).

W otępieniu czołowo-skroniowym mutacje sprawcze można zidentyfikować u ok. 30% pacjentów, najczęściej są to mutacje w genie kodującym białko tau lub progranulinę, co wiąże się z odmiennością w zakresie obraz klinicznego (Snowden i współprac., 2015). W chorobie Creutzfeldta-Jakoba podłoże genetyczne występuje tylko w 15% zachorowań i dotyczy grupy chorych w wieku 50–60 lat. Przypadki wcześniejszych zachorowań dotyczą wariantu choroby Creutzfeldta-Jakoba, a zachorowań późniejszych – sporadycznej postaci tej choroby (Appleby i współprac., 2007). W chorobie Huntingtona wszystkie przypadki są uwarunkowane genetycznie i dziedziczone w sposób autosomalnie dominujący. Choroba ta jest wywołana mutacją genu kodującego białko huntingtynę (Sławek, Sołtan, Sitek, 2013).

Diagnostyka

Zakres rutynowych badań diagnostycznych mających zastosowanie w diagnostyce różnicowej chorób otępiennych omówiono bardziej szczegółowo w przypadku otępień o późnym początku. W chorobach o wczesnym początku częściej niezbędnym elementem procesu diagnostycznego jest badanie neuropsychologiczne (Sitek i współprac., 2015) oraz – w przypadku pozytywnego wywiadu rodzinnego i/lub charakterystycznego dla danej choroby uwarunkowanej genetycznie obrazu klinicznego – badanie genetyczne. Ponadto, w bardzo rzadkich przypadkach wykonuje się również biopsję skóry, mięśni bądź szpiku (Rogers, Lippa, 2012). [W tabelach 1 i 2 zestawiono charakterystykę kliniczną wybranych chorób otępiennych o wczesnym początku – przyp. aut.].

Przebieg choroby

→ Czas przeżycia zależy od konkretnej jednostki chorobowej będącej przyczyną otępienia, jest natomiast krótszy w przypadku otępień o wczesnym początku niż w otępieniach o późnym początku (Devineni i współprac., 2015). Najkrótszy czas przeżycia stwierdza się w chorobie Creutzfeldt'a-Jakoba oraz w otępieniu czołowo-skroniowym z chorobą neuronu ruchowego. W chorobie neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne) objawy narastają na przestrzeni miesięcy (Strong i współprac., 2017), zaś w chorobie Creutzfeldta-Jakoba nawet na przestrzeni tygodni. W wielu otępieniach o wczesnym początku (np. w chorobie Alzheimera czy Huntingtona), zachorowanie bardzo wczesne wiąże się z szybszym postępem choroby.

Leczenie

W przypadku choroby Alzheimera o wczesnym początku stosuje się podobne leczenie farmakologiczne jak w chorobie Alzheimera o późnym początku (Sorbi i współprac., 2012, Sobów, Barcikowska, Liberski, 2014). Dla otępienia czołowo-skroniowo nie potwierdzono skuteczności żadnej farmakoterapii w zakresie poprawy funkcji poznawczych lub językowych. We wszystkich otępieniach o wczesnym początku głównym celem farmakoterapii jest kontrola zaburzeń zachowania. W przypadku występowania u pacjenta objawów ruchowych podatnych na farmakoterapię również stosuje się leczenie farmakologiczne. Z uwagi na obraz kliniczny otępień o wczesnym początku, tj. częstą dominację zaburzeń językowych lub/i zaburzeń zachowania, istotnym elementem postępowania niefarmakologicznego jest edukacja opiekuna pacjenta.

Dostępność specjalistycznej opieki i form aktywizacji dla osób z otępieniem o wczesnym początku jest znacznie ograniczona (Chemali i współprac., 2012), ponieważ ta zbiorowość chorych nie odpowiada ani kryteriom ośrodków geriatrycznych, ani psychiatrycznych.

EJS, EKN

A: eoD, EOD, YOD (ang.).

B: Antinori i współprac., 2007; Appleby i współprac., 2007; Barrett, Meschia, 2014; Bateman i współprac., 2011; Chemali i współprac., 2012; Cheng i współprac., 2017; Davies i współprac., 2011; Devineni, Onyike, 2015; Goldman i współprac., 2011; Konijnenberg i współprac., 2017; Lambert i współprac., 2014; Masellis i współprac., 2013; Raskovsky i współprac., 2011; Rogers, Lippa, 2012; Sitek, Barczak, Harciarek, 2015; Sitek i współprac., 2014; Sławek, Sołtan, Sitek, 2013; Snowden i i współprac., 2011, 2015; Sobów, Barcikowska, Liberski, 2014; Sorbi i współprac., 2012; Strong i współprac., 2017; Vieira i współprac., 2013.

O: choroba Alzheimera, łagodne zaburzenia poznawcze, otępienie, otępienie czołowo-skroniowe, otępienie naczyniowe, otępienie typu alzheimerowskiego, otępienie z ciałami Lewy'ego, zespół otępienny.

S: otępienie przedstarcze.
TK: ang. *early-onset dementia* [eoD, EOD] / *young-onset dementia* / *younger onset dementia* [YOD] / *presenile dementia*, fr. *démence présénile* / *troubles cognitifs à début précoce*, hiszp. *demencia de inicio precoz* / *demencia presenil*, niem. *Demenz mit frühem Beginn*, ros. *пресенильная деменция* / *раннея деменция*.

Bibliografia

Antinori A. i współprac., *Updated research nosology for HIV-associated neurocognitive disorders*. "Neurology" 2007, vol. 69 [18].
Appleby B. S. i współprac., *A meta-analysis of the past 10 Years*. "Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences" 2007, vol. 19 [4].
Barrett K. M., Meschia J. F., *Genetic stroke syndromes*. "CONTINUUM Lifelong Learning in Neurology" 2014, vol. 20 [2].
Bateman R. J. i współprac., *Autosomal-dominant Alzheimer's disease*. "Alzheimers' Research and Therapy" 2011, vol. 3 [1].
Chemali Z. i współprac., *Diagnosing early onset dementia and then what?* "International Journal of General Medicine" 2012, vol. 5.
Cheng C. i współprac., *Alcohol-Related Dementia*. "Psychosomatics" 2017, vol. 58 [4].
Davies R. R. E. i współprac., *Diagnosis and management of early-onset dementia*. "Progress in Neurology and Psychiatry" 2011, vol. 15 [4].
Devineni B., Onyike C. U., *Young-onset dementia epidemiology applied to neuropsychiatry practice*. "Psychiatric Clinics of North America" 2015, vol. 38 [2].
Goldman J. S. i współprac., *Genetic counseling and testing for Alzheimer disease*. "Genetics in Medicine" 2011, vol. 13 [6].
Konijnenberg E. i współprac., *Early-onset dementia*. "Alzheimer Disease and Associated Disorders" 2017, vol. 31 [2].
Lambert M.. i współprac., *Estimating the burden of early onset dementia*. "European Journal of Neurology" 2014, vol. 21 [4].
Masellis M. i współprac., *Early-onset dementias*."Alzheimer's Research and Therapy" 2013, vol. 5 [Suppl. 1].
Raskovsky K. i współprac., *Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia*. "Brain" 2011, vol. 134.
Rogers B. S., Lippa C. F., *A clinical approach to early-onset inheritable dementia*. "American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias" 2012, vol. 27 [3].
Sitek E. J., Barczak A., Harciarek, M., *Neuropsychological assessment and differential diagnosis of young-onset dementias*. "Psychiatric Clinics of North America" 2015, vol. 38 [2].
Sitek E. J. i współprac., *Afazja pierwotna postępująca*… "Polski Przegląd Neurologiczny" 2014, nr 1.
Sławek J., Sołtan W., Sitek E., *Choroba Huntingtona*… "Polski Przegląd Neurologiczny" 2013, nr 3.
Snowden J. S. i współprac., *The clinical diagnosis of early-onset dementias*. "Brain" 2011, vol. 134 [9].
Snowden J. S. i współprac., *Distinct clinical and pathological phenotypes in frontotemporal dementia associated with MAPT, PGRN and C9orf72 mutations*. "Amyotrophic Lateral Sclerosis and Frontotemporal Degeneration" 2015, vol. 16 [7–8].
Sobów T., Barcikowska M., Liberski P. P., *Zespoły otępienne*, w: W. Kozubski, P. P. Liberski (red.), *Neurologia*. Wyd. 2. Warszawa 2014, t. 1.
Sorbi S. i współprac., *Guidelines on the diagnosis and management of disorders associated with dementia*. "European Journal of Neurology" 2012, vol. 19 [9].
Strong M. J. i współprac., *Amyotrophic lateral sclerosis*… "Amyotrophic Lateral Sclerosis and Frontotemporal Degeneration" 2017, vol. 18 [3–4].
Vieira R. T. i współprac., *Epidemiology of early-onset dementia: a review of the literature*. "Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health" 2013; vol. 9.

P

parafrenia późna

W ujęciu nozografii psychiatrycznej parafrenia jest psychozą, tj. zespołem zaburzeń psychicznych, których cechą charakterystyczną są zakłócenia w percepcji rzeczywistości. Termin ten wprowadził do piśmiennictwa psychiatrycznego Karl Ludwig Kahlbaum (1828– 1899) w roku 1863 r., natomiast Emil Kraepelin (1856–1926) w 1905 r. wydzielił parafrenię, jako odrębną jednostkę chorobową (A. Bilikiewicz i współprac. 2003). Wątpliwości, co do zasadności wprowadzenia terminu parafrenia dla opisu jednostki nozologicznej odrębnej od schizofrenii pojawiły się w latach 20. XX wieku (Mayer, 1921). Adam Bilikiewicz (2006) i wielu europejskich psychiatrów, parafrenię uważa za psychozę nieschizofreniczną, sytuując ją między schizofrenią paranoidalną a paranoją. Obecnie w *Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych* ICD-10 (2009) termin parafrenia nie funkcjonuje. Odnajdujemy natomiast jednostkę chorobową *schizofrenia parafreniczna* F20 w grupie schizofrenii oraz → *parafrenię* [*późną*] F22, które zaliczono do kategorii *zaburzenia urojeniowe.*

Zgodnie z poglądami A. Bilikiewicza (2006) parafrenia, psychoza parafreniczna, to zespół urojeniowo-omamowy na który składają się usystematyzowane w logiczny sposób urojenia oraz omamy w obszarze wszystkich zmysłów, przy zachowanej, niezmienionej strukturze osobowości, braku jakościowych zmian w zakresie toku myślenia, oraz prawidłowych reakcjach afektywnych w tym w zakresie uczuciowości wyższej. Wyróżnia się **parafrenię przewlekłą** prawdziwą (*obłęd z omamami*) pochodzenia endogennego o nieznanej do tej pory etiologii oraz **zespoły parafreniczne** o podłożu organicznym, będące następstwem działania czynników toksycznych, infekcji, chorób zakaźnych oraz różnych dysfunkcji mózgu, które są powikłaniami uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego [OUN] (A. Bilikiewicz 2006). Martin Roth (1917–2006)) wprowadził do psychiatrii klinicznej termin ***późnej*** lub ***starczej parafrenii*** występującej u osób w okresie późnej → starości (Roth, 1955). Najczęściej → choroba ta pojawia się u osób po 75. r.ż., na ogół u kobiet, samotnych, o mniejszej mobilności, mających znacznie ograniczone kontakty z otoczeniem, żyjących w izolacji społecznej, dotkniętych deprywacją sensoryczną np. z powodu słabego wzroku lub niedosłuchu. Charakterystyczne objawy parafrenii późnej to usystematyzowane urojenia pojedyncze, albo powiązane ze sobą oraz omamy (halucynacje) nierzeczywiste doznania dotyczące narządów zmysłów, okresowe lub przemijające. Towarzyszy im obniżony depresyjny nastrój, przygnębienie, smutek, ale też może występować stan euforyczny. Treść urojeń wykazuje charakter prześladowczy, najczęściej ma miejsce silne przekonanie o wrogich zamiarach otoczenia i uczucie zagrożenia. Osoba chora jest przekonana, że ktoś chce odebrać jej mieszkanie, oczernia ją. Słyszy głosy dochodzące z ulicy lub zza ściany w postaci pogróżek (Jarosz 1988, A. Bilikiewicz i współprac., 2003, A. Bilikiewicz 2006; Puri, Treasaden, 2014). Jeśli chodzi o omamy wzrokowe to funkcjonują znaczne różnice w opiniach dotyczących ich występowania. Od poglądu, że pojawiają się niemal w każdym przypadku parafrenii późnej, po kwestionowanie ich obecności (*Klasyfikacja…*, 1997), przyjmuje się stanowisko potwierdzające częste występowanie omamów wzrokowych w parafrenii późnej. Z praktyki medycznej wynika, że w parafrenii późnej często można odnotować zespół psychoorganiczny. Jej rozpoznanie u osób w → wieku podeszłym [starczym] jest trudne z powodu współwystępowania zaburzeń z przyczyn biologicznych, psychologicznych i społecznych (A. Bilikiewicz i współprac., 2003, Puri, Treasaden 2014).

MEK

B: A. Bilikiewicz, 2006; A. Bilikiewicz i współprac., 2003; Cybulski i współprac., 2017; Jarosz, 1988; *Klasyfikacja…*, 2006; *Międzynarodowa…*, 2009; Puri, Treasaden 2014; Roth, 1955.
O: t. 3: psychiczne starzenie się, psychogeriatria, psychoza przedstarcza i psychoza starcza, t. 5: prezbiofrenia.
S: psychoza parafreniczna, starcza parafrenia.
TK: ang. *late paraphrenia*, fr. *paraprénie tardive*, hiszp. *parafrenia tardía*, niem. *Spät-Paraphrenie* / *Spätparaphrenie*, ros. *поздняя парафрения* / *старческая парафрения*. «*поздняя парафрения*» (*late paraphrenia*),

Bibliografia

Bilikiewicz A., *Psychiatria*. Warszawa 2006.
Bilikiewicz A. i współprac., *Psychiatria*. Wrocław 2003, t. 2.
Cybulski M. i współprac. (red.), *Psychogeriatria*. Warszawa 2017.
Jarosz M., *Podstawy psychiatrii*. Warszawa 1988.
Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Kraków 1997.

Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Kraków 2009, t. 1.
Puri B. K., Treasaden I. H., *Psychiatria*. Wrocław 2014.
Roth M., *The natural history of mental disorders in old age.* "The Journal of Mental Science" 1955, vol. 101.

prezbiofrenia

Termin ten wprowadził do piśmiennictwa psychiatrycznego Karl Ludwig Kahlbaum (1828– 1899) w roku 1863 w celu wyodrębnienia jednostki chorobowej będącej odmianą parafrenii występującej u osób w → wieku podeszłym. Zwracano wówczas uwagę na obecność takich objawów, jak: znaczne upośledzenie → pamięci, wypełnianie luk pamięciowych konfabulacjami, nadpobudliwość z z niepokojem ruchowym oraz dezorientacja. Na początku XX wieku utrzymywano, że prezbiofrenia jest: formę psychozy amnestycznej Korsakowa, w której występują zaburzenia pamięci świeżej oraz trudności z przypominaniem wydarzeń z przeszłości kompensowane konfabulacjami (Berrios,1996) lub jednym z typów demencji starczej (Zervas i współprac., 1993). Prezentowano również stanowisko w którym prezbiofrenia uznawana była za zespół zaburzeń występujących w → otępieniu o późnym początku, w przypadku guzów mózgu, w traumatycznych psychozach oraz w stanach splątania (Bessière, 1948). Wiązano także prezbiofrenię z procesem → starzenia się powodującym atrofię mózgu (Berrios, 1996). Obecnie przeważa pogląd, że prezbiofrenia jest psychozą starczą, odmianą otępienia o późnym początku (ICD-10: F03) z górującym w obrazie klinicznym zespołem Korsakowa oraz z współwystępującym niepokojem ruchowym (Jarosz, 1988). Dominującym symptomem są głębokie deficyty pamięci początkowo dotyczące bieżących wydarzeń, później również odnoszące się do przeszłości. Ubytki pamięci uzupełniane są zmyślonymi, nieprawdziwymi treściami, ale realnymi, nie wykazującymi cech fantastyczności oraz pseudoreminiscencjami, które polegają na przypominaniu sobie zdarzeń, których nie było (Jodzio, 2017). Ponadto w prezbiofrenii występuje zwiększona aktywność ruchowa, a czasem także stan hipomaniakalny, nadmiernie podwyższonego nastroju. Mogą również pojawiać się zmiany nastroju, wahające się między euforią, a stanem depresyjnym. W prezbiofrenii obserwuje się także dezorientację w → czasie i miejscu, spowolnienie myślenia, przy względnie normalnym poziomie umysłowego funkcjonowania i świadomości (Jodzio, 2017). Utrzymujące się w zachowaniu automatyzmy funkcjonowania społecznego powodują, że sposób bycia, postępowania osoby chorej z pozoru może sprawiać wrażenie integralności funkcji intelektualnych. Struktura osobowości zwykle jest nienaruszona, nie stwierdza się również głębszych zaburzeń uczuciowości (Hughes, 1959, Berrios 1985, 1996).

MEK

B: Berrios, 1985, 1996; Bessière, 1948; Hughes, 1959; Jarosz, 1988; Jodzio, 2017; Zervas i współprac., 1993.
O: t. 3: psychiczne starzenie się, psychogeriatria, psychoza przedstarcza i psychoza starcza, t. 5: parafrenia późna.
S: presbiofrenia.
TK: ang. *presbyophrenia* / *presbiophrenia*, fr. *presbyopréne* / *presbyoprénie*, hiszp. *presbiofrenia*, niem. *Presbyophrenie*, ros. *пресбифрения.*

Bibliografia

Berrios G. E., *Presbyophrenia*. "The British Journal of Psychiatry" 1985, vol. 147 [1].
Berrios G. E.,. *The history of mental symptoms.* Cambridge 1996.
Bessière R., *La presbyophrénie*. "L'Encèphale" 1948, nr 37. 1948.
Hughes W., *Presbyophrenia*. "Gerontologia Clinica" 1959, vol. 1 [1].
Jarosz M., *Podstawy psychiatrii*. Warszawa 1988.
Jodzio K., *Mózg na nowo odkryty*. Warszawa 2017.
Zervas I. M. i współprac., *Presbyophrenia*. "Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology" 1993, vol. 6 [1].

polimialgia reumatyczna (PMR)

– jest → chorobą → wieku podeszłego ze szczytem zachorowań między 70. a 80. r.ż., której głównymi objawami są ból i uczucie sztywności mięśni szyi, obręczy barkowej i biodrowej (zob. rys. 1). Co roku zapada na nią 20–50 osób w wieku powyżej 50 lat/100 tys. mieszkańców. Częstość zachorowań rośnie wyraźnie z wiekiem (4 070 przypadków PMR/100 tys. osób po 90 r.ż.). Ryzyko choroby jest 2–3-krotnie większe u kobiet niż u mężczyzn. Znacznie częściej występuje na północy Europy, zdecydowane rzadziej na południu. Jest drugą po reumatoidalnym zapaleniu stawów układową → chorobą reumatyczną osób dorosłych. Pierwszego opisu choroby – nazwanej „starczą reumatyczną dną" – dokonał w roku 1888 William Bruce (1835–1920), a określenie polimialgia reumatyczna pojawiło się 1957 r., następnie odkryto jej związek z olbrzymiokomórkowym zapaleniem tętnic.
Patogeneza PMR pozostaje niewyjaśniona. Nie wiadomo dlaczego nie występuje u osób młodych. Pojawiają się hipotezy, że jest efektem reakcji immunologicz-

nej związanej z procesami → starzenia się, np. autoagresją na zmiany miażdżycowe. Często współistnieje z olbrzymiokomórkowym zapaleniem tętnic [OZT]. Uważa się nawet, że PMR i OZT to ta sama choroba o różnej manifestacji klinicznej. Polimialgia reumatyczna występuje 2–3 razy częściej niż olbrzymiokomórkowe zapalenie tętnic. Można ją rozpoznać u 30–50% pacjentów z OZT. Rozpoznanie PMR opiera się na obrazie klinicznym. Chociaż istnieją liczne kryteria diagnostyczne, nadal największe praktyczne zastosowanie mają kryteria wg L. A. Healeya. Do rozpoznania polimialgii reumatycznej konieczne jest spełnienie wszystkich elementów spośród następujących: 1) wiek > 50 lat, 2) trwający przynajmniej miesiąc ból w najmniej dwóch z trzech lokalizacji: szyja, obręcz barkowa i biodrowa, 3) ponad godzinna sztywność poranna, 4) [odczyn Biernackiego] OB > 40 mm/godz., 4) wykluczenie innych chorób, oraz 5) szybka poprawa po zastosowaniu glikokortykosteroidów [GKS].

Ból zazwyczaj pojawia się w nocy, częściej dotyczy obręczy barkowej (70–95%), niż bioder i szyi (50–70%). Sztywność poranna jest tak duża, że pacjenci mają problemy ze wstaniem z łóżka, ubraniem się, uczesaniem, przygotowaniem posiłku itp. U wielu chorych stwierdza się łagodne zapalenie stawów, czasami ciastowaty obrzęk rąk i stóp. W połowie przypadków występują objawy ogólne: stany podgorączkowe, osłabienie, spadek wagi, → depresja [i zaburzenia nastroju]. W badaniach laboratoryjnych stwierdza się wysokie parametry zapalne: OB, białko C-reaktywne [CRP], fibrynogen, może występować niewielka niedokrwistość, nadpłytkowość, eozynofilia, hypergammalobulinemia, podwyższone próby wątrobowe.

Potwierdzeniem rozpoznania jest szybka poprawa po zastosowaniu kortykosteroidów. Już po trzech dniach od włączenia prednisonu w dawce 12,5–25 mg/dobę (lub równoważnej dawki innego GKS) objawy są o 50–70% mniejsze, a po miesiącu dochodzi do normalizacji stężeń białek ostrej fazy. Brak odpowiedzi na leczenie GKS sugeruje zdecydowanie alternatywne rozpoznanie.

W każdym przypadku podejrzenia PMR konieczne jest wykluczenie innych chorób o podobnych objawach. W diagnostyce różnicowej należy wziąć pod uwagę przede wszystkim seronegatywne reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) ze względu na podobieństwo między PMR i RZS (u osób starszych w RZS częściej zajęte są stawy barkowe) oraz choroby nowotworowe, które mogą objawiać się tzw. zespołem paranotworowym podobnym do polimialgii reumatycznej (zespół polimialgicznopodobny). Zespół ten towarzyszy najczęściej rakowi (nerki, gruczołu krokowego, sutka) oraz szpiczakowi, mięsakom, chłoniakom i białaczkom. Wg niektórych doniesień, polimialgia reumatyczna nie wiążę się z większą częstością zachorowań na nowotwory złośliwe, wg innych zwiększone ryzyko obserwuje się tylko w pierwszych sześciu miesiącach występowania objawów odpowiadających PMR.

W leczeniu należy stosować GKS w najmniejszych skutecznych dawkach z przedziału 12,5–25 mg/dobę w przeliczeniu na prednison, nie dłużej niż jest to konieczne do opanowania choroby. Dawka początkowa nie powinna być mniejsza niż 7,5 mg/dobę ani większa od 30 mg/dobę. Zalecane schematy postępowania zakładają 12–24 miesięczny okres terapii. Po 4–8 tyg. leczenia należy zmniejszyć dawkę prednisonu do 10 mg/dobę, a następnie o 1 mg co 4 tyg. W leczeniu nawrotu choroby dawkę GKS zwiększa się do uprzednio skutecznej, a potem stopniowo zmniejsza w ciągu 4–8 tyg. do dawki przy której nastąpił nawrót choroby. GKS powinno się podawać w pojedynczej dawce porannej, należy też pamiętać o suplementacji wapnia i witaminy D.

W przypadku wystąpienia objawów olbrzymiokórkowego zapalenia tętnic w postaci zagrażających utratą wzroku zaburzeń widzenia lub nagłej ślepoty należy niezwłocznie włączyć leczenie dużymi dawkami GKS w postaci pulsów metylprednisolonu (500–1000 mg iv/d) podawanych przez 3 dni, a następnie kontynuować leczenie preparatami doustnymi (prednison 60 mg/d). Redukcję dawki w przypadku potwierdzenia OZT należy rozpocząć dopiero po ustąpieniu objawów i normalizacji wyników badań parametrów zapalnych.

PKR

A: PMR (ang., niem., pol.).

B: Królik, 2017; Puszczewicz, 2011; Szczeklik, 2011; Telesińska-Jasiówka, Korkosz, 2008; Zimmermann-Górska, 2008.

N: https://en.wikipedia.org/wiki/Polymyalgia…

O: t. 1: choroba zwyrodnieniowa stawów, t. 5: choroby reumatyczne, reumatologia.

TK: ang. *polymyalgia rheumatica* [PMR], fr. *la pseudo-polyarthrite rhizomélique* / *syndrome de Forestier-Certonciny* / *'Polymyalgie Rhumatismale'* / *'Polymyalgia Rheumatica'*, hiszp. *polimyalgia reumática*, niem. *Polymyalgia rheumatica* [PMR] / *Polymyalgie*, ros. *ревматическая полимиалгия.*

Bibliografia

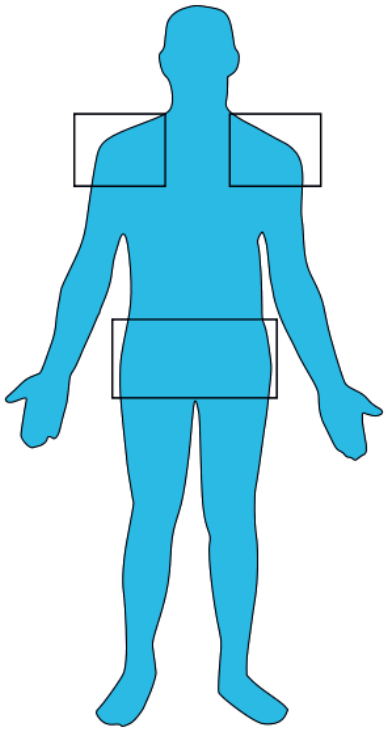
Królik P. W., *Polimialgia reumatyczna…* „Geriatria" 2017, nr 1.

Puszczewicz M. (red.), *Reumatologia*. Wyd. 2. Warszawa 2011.

Szczeklik A. (red.), *Choroby wewnętrzne*. Kraków 2011.
Telesińska-Jasiówka D., Korkosz M., *Polimialgia reumatyczna…* „Gerontologia Polska" 2008, nr 1.
Zimmermann-Górska I. (red.), *Reumatologia kliniczna*. Warszawa 2008, 2 t.

Netografia

https://en.wikipedia.org/wiki/Polymyalgia_rheumatica



Il. 1. Lokalizacja bólu w *polimialgii reumatycznej*, najczęściej w okolicach barków i stawów biodrowych. Źródło: https://en.wikipedia.org/wiki/Polymyalgia_rheumatica

PMR → polimialgia reumatyczna

polityka społeczna wobec osób niepełnosprawnych

Polityka z przymiotnikiem „społeczna" to w szerokim ujęciu działania rozpięte między: zasobnością a deficytem; rozwojem a degradacją; normą a dewiacją; uprawnieniami a ograniczeniami; indywidualizmem a kolektywizmem; dobrem jednostki a dobrem zbiorowości; równością a nierównością; elitarnością a egalitaryzmem; bezpieczeństwem a zagrożeniem; partycypacją a marginalizacją; dostępnością a wykluczeniem; zaradnością i zależnością oraz wolnością lub wyborem a przymusem. Dodajmy, że polityka społeczna to nie to samo co polityka socjalna (zob. tabele 1 i 2).

Lokując problematykę ograniczenia sprawności pomiędzy medyczno-rehabilitacyjnym a społecznym modelem → niepełnosprawności oraz jego wieloma szczegółowszymi wariantami, należy zakotwiczyć kwestie położenia, statusu społecznego, pracy i zatrudnienia osób z niesprawnością w szerszym kontekście założeń i celów oraz programów polityki społecznej. Zgodnie z koncepcją Barbary Szatur-Jaworskiej (2000) rozróżniamy: 1) **politykę społeczną wobec niepełnosprawności** (podejście strukturalne), która opiera się na przyjętej formule rozumienia istoty zjawiska, jakim jest niepełna sprawność (model niepełnosprawności) oraz na ocenie procesu zaspokajania potrzeb i formułowaniu celów oraz działań adresowanych do kategorii społecznej jaką stanowią osoby z ograniczoną sprawnością w określonej populacji. Opcja ta obejmuje przede wszystkim strategiczne działania państwa i jego agend oraz innych podmiotów sceny publicznej, mające związek z kształtowaniem postaw społecznych i zachowań podejmowanych wobec osób z ograniczeniem sprawności, wpływających na ich status społeczny (równoprawność, dostępność, przebudowa świadomości społecznej), stwarzające obywatelom z naruszoną sprawnością warunki optymalnego funkcjonowania (infrastrukturalne i społeczne systemy → wsparcia), wyznaczające rolę i miejsce tej kategorii społecznej w strategii gospodarczej (rynek pracy, udział w tworzeniu produktu krajowego, konsumpcja itp.). Dominująca rola w kształtowaniu polityki wobec niepełnosprawności przypada państwu jako organizatorowi życia zbiorowego (parlament i rząd), podmiotowi realizującemu funkcje ustawodawcze, redystrybucyjne i kontrolne. Państwo ma obowiązek podejmowania działań wyznaczających obszar ochrony prawnej, generujących warunki życia osób z niesprawnością oraz otwierających osobom z niesprawnością drogę do głównego nurtu życia społecznego, takie jak: ustawodawstwo (obudowa prawna zasady pomocniczości i statusu społecznego, bezpieczeństwa zdrowotnego i socjalnego, zasad i form partycypacji społecznej), polityka zdrowotna, edukacyjna i zatrudnienia, dostępność przestrzeni publicznej i obiektów, zasady wsparcia prawno-finansowego → rodziny i organizacji sektora obywatelskiego. Z kolei samorząd terytorialny odpowiada za rozwój i funkcjonowanie infrastruktury instytucjonalnej przewidzianej w ustawodawstwie (zadania własne i zlecone: edukacja, generowanie miejsc pracy we współpracy z biznesem, kultura i rekreacja, pomoc społeczna, → rehabilitacja, wsparcie rodzin z niepełnosprawnymi członkami) oraz buduje współpracę podmiotów lokalnej polityki społecznej i wspo-

maga lokalne organizacje sektora obywatelskiego (Błędowski, 2002, Woźniak, 2003). Warunkiem efektywności opcji strukturalnej w polityce społecznej jest monitorowanie rozmiarów i przyczyn zjawiska na poziomie ponadlokalnym (profilaktyka niepełnej sprawności) oraz zróżnicowania społecznego w obrębie tej kategorii mieszkańców, a także pogłębiona i cykliczna diagnoza potrzeb (typowych i specyficznych z punktu widzenia położenia społecznego), możliwości i oczekiwań osób z ograniczoną sprawnością oraz zagrożeń i barier w ich funkcjonowaniu; 2) **politykę społeczną na rzecz osób z ograniczeniem sprawności** (podejście kategorialne) – to polityka konstruowana i realizowana w oparciu diagnozę potrzeb, dla której punktem odniesienia jest zbiór jednostek o określonym stanie sprawności i związanych z tym doświadczeniach, a także o cechach położenia i wskaźnikach zróżnicowania społecznego, problemach i przebiegu → życia zarówno o charakterze uniwersalnym, jak i pozostających w relacjach przyczynowo-skutkowych z ograniczeniem sprawności. W ramach tego podejścia określa się cele, zadania i oceny polityki społecznej z punktu widzenia jej wpływu na funkcjonowanie osób z ograniczeniem sprawności oraz ich otoczenia społecznego (rodzina, kręgi społeczne, społeczności) – to praktyczna wykładnia i wdrożenie rozwiązań ustawowych regulujących kwestie związane z położeniem, warunkami i → jakością życia osób z ograniczeniem sprawności w społeczeństwie. Wskazać można trzy główne cele tej polityki: ochronę bezpieczeństwa dochodowego i poziomu życia; pełną integrację w głównym nurcie życia społecznego (głównie poprzez edukację i pracę); przeciwdziałanie i/lub usuwanie → barier fizycznych i społecznych z jakimi zmagać się muszą ludzie z ograniczoną sprawnością (Mont, 2004).

Politykę społeczną wobec niepełnosprawności i na rzecz osób z niesprawnością należy rozumieć jako zorganizowane, kompleksowe i międzysektorowe działania władz publicznych oraz innych podmiotów społecznych, służące: 1) kształtowaniu, poprawie, ochronie warunków i jakości życia oraz statusu społecznego osób niepełnosprawnych równoważnego innym obywatelom, 2) umożliwieniu jednostkom z ograniczoną sprawnością dostęp do głównego nurtu życia społecznego oraz niezbędnych świadczeń i usług zdrowotno-socjalnych; 3) udostępnieniu rozwiązań i urządzeń społecznych oraz technologiczno-organizacyjnych utrzymujących lub zwiększających szanse autonomii i samodzielnego, niezależnego funkcjonowania oraz aktywnego udziału ludzi niepełnosprawnych w życiu społecznym (zob. tab. 3).

Proponuję opracowanie i wdrożenie czterech strategii polityki społecznej wobec niepełnosprawności i osób z niesprawnością (zob. rys. 1): **strategię interwencyjną** (ochrona statusu materialnego i społecznego), **asekuracyjną** (zapobieganie wtórnemu ograniczeniu sprawności), **kompensacyjną** (wyrównywanie utraconych możliwości) i **partycypacyjną** (→ integracja i normalizacja społeczna osób z ograniczeniem sprawności w miejsce separacji).

Politykę społeczną wobec niepełnosprawności i osób z niepełnosprawnością można realizować na poziomie krajowym, regionalnym i lokalnym, lecz zgodnie z zasadą subsydiarności szczególna rola przypada w tym dziele podmiotom publicznym funkcjonującym na poziomie najbliższym jednostek z ograniczeniem sprawności zorganizowane, kompleksowe i międzysektorowe działania władz publicznych oraz innych podmiotów społecznych – przesłanka ustrojowa i praktyka polityczna czynią strategię asekuracyjną i kompensacyjną domeną działania państwa na szczeblu parlamentarno-rządowym, zaś strategia interwencyjna i partycypacyjna realizowana jest przez agendy samorządu terytorialnego oraz instytucje i organizacje społeczności lokalnej.

Obowiązkiem i zadaniem władz publicznych jest podejmowania działań służących utrzymaniu, poprawie i wzmocnieniu jakości życia członków społeczności, dlatego też samorząd terytorialny jest głównym podmiotem odpowiedzialnym za zaspokojenie następujących potrzeb podstawowych warunkujących integrację społeczną osób niepełnosprawnych: 1) i**nformacja** – mieszkańcy z ograniczoną sprawnością muszą znać opcje i zasoby, które mogą wykorzystać w procesie kompensacji utraconego statusu; 2) → **poradnictwo** – wsparcie samopomocy i grup rówieśniczych, poradnictwo profesjonalne dla jednostek, grup, rodziny; 3) **mieszkanie** – właściwe i odpowiednie do potrzeb osób niepełnosprawnych miejsce do życia; 4) **wsparcie techniczne** – urządzenia w przestrzeni publicznej redukujące zbędną zależność; 5) **pomoc osobista** – wsparcie samoopieki oraz sieci asystentów osób niepełnosprawnych, jak również szkolenia, certyfikacja uprawnień, nadzór profesjonalny; 6) → **pomoc społeczna** – świadczenia i usługi oraz wsparcie finansowe dla osób zagrożonych utratą → bezpieczeństwa socjalnego; 7) **transport** – by można było „przemieścić się tam, gdzie się chce"; oraz 8) **dostęp** – by można było „pójść tam, gdzie się chce i uzyskać co jest potrzebne".

Reasumując, z punktu widzenia oczekiwań i potrzeb jednostek z ograniczeniem sprawności społeczność

funkcjonalna musi posiadać pewne formy organizacyjne na użytek zróżnicowanych funkcji, takich jak: produkcja, dystrybucja, konsumpcja, socjalizacja, kontrola społeczna, ułatwienia i możliwości uczestnictwa społecznego, wsparcie społeczne, a także sieć wyspecjalizowanych instytucji (działających na rzecz gospodarki, zdrowia, bezpieczeństwa publicznego, edukacji, pomocy społecznej, wypoczynku rekreacji, władzy lokalnej itp.), umożliwiających wyjście naprzeciw potrzebom swych członków oraz potencjał w postaci: sieci i zasięgu powiązań społecznych, a także systemu zabezpieczeń społecznych oraz innych form wsparcia społecznego; system sygnałowy umożliwiający szybkie reagowanie i uruchomienie zasobów w sytuacjach trudnych/krytycznych.

Polityka społeczna wobec niepełnosprawności i na rzecz osób z niesprawnościami musi być praktycznym wyrazem realizacji **trzech w**: wrażliwości, wyobraźni i współuczestnictwa (partycypacji) – ludzie z ograniczeniami sprawności muszą mieć poczucie przynależności, odgrywania należnej i właściwej człowiekowi oraz obywatelowi roli w społeczeństwie a także muszą mieć poczucie sensu własnej egzystencji i powód do dalszego, aktywnego życia.

ZW

B: Błędowski, 1999; Mont, 2004; Szarfenberg, 2003; Szatur-Jaworska, 2000; Woźniak, 2003.

O: holistyczna koncepcja niepełnosprawności, kalectwo, niepełnosprawność.

TK: ang. *social policy directed at the disabled people*, fr. *politique sociale à l'égard des personnes handicapées*, hiszp. *política social para que las personas con discapacidad*, niem. *Sozialpolitik für Menschen mit Behinderungen*, ros. *социальная политика в отношении нвалидосв*.

Bibliografia

Błędowski P., *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych*. Warszawa 2002.

Mont D., *Disability employment policy*. Washington 2004.

Szarfenberg R., *Definicje polityki społecznej*, w: B. Rysz-Kowalczyk, B. Szatur-Jaworska (red.), *Wokół teorii polityki społecznej*. Warszawa 2003.

Szatur-Jaworska B., *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej.* Warszawa 2000.

Woźniak Z., *Polityka społeczna miasta Poznania wobec niepełnosprawności i osób niepełnosprawnych*. Poznań 2003.

polityka społeczna wobec osób starszych

Współczesna polityka społeczna w pierwszej kolejności domaga się uwzględnienia rosnącego jej powiązania z rozwojem społecznym. Stąd też do tradycyjnych obszarów polityki społecznej (→ zdrowie, → bezpieczeństwo socjalne, → pomoc społeczna) współcześnie doszły takie kwestie, jak: mieszkalnictwo i zatrudnienie, edukacja i rynek pracy, a także kultura, komunikowanie, podróżowanie, kupowanie oraz zajęcia → czasu wolnego itp. wraz z przypisanymi im świadczeniami i usługami.

Cele i zadania „centrum" (parlament, rząd) w kształtowaniu polityki społecznej obejmować powinny następujące obszary aktywności i zadania: 1) opracowywanie wieloletnich planów dostosowywania polityki społecznej do rozwiązań obowiązujących w Unii Europejskiej i zaleceń organizacji międzynarodowych; 2) uchwalanie ustaw regulujących kwestie warunków decydujących o rozwoju, → jakości życia i partycypacji społecznej; 3) monitorowanie przestrzegania prawa socjalnego, jego aktualizowanie oraz weryfikacja istniejących rozwiązań i likwidowanie luk prawnych, a także stosowanie sankcji za nieprzestrzeganie przepisów chroniących uprawnienia struktur państwa i partnerów społecznych oraz warunki i jakość życia obywateli; 4) opracowywanie, aktualizowanie i wspieranie programów edukacyjnych zgodnie z potrzebami gospodarki oraz zmianami cywilizacyjnymi i kulturowymi – w tym programów kształcenia ustawicznego dla dorosłych; 5) opracowywanie, aktualizowanie i wspieranie programów aktywizacji zawodowej starzejących się pracowników oraz osób z ograniczeniem sprawności, zwłaszcza programów zatrudnienia na pierwotnym rynku pracy; 6) łączenie wysiłków organizacyjnych i zasobów wszystkich podmiotów działających na terenie kraju na rzecz integracji i spójności społecznej (inkluzywne społeczeństwo).

Chcąc sprostać tak określonym celom i zadaniom **polityka społeczna musi stanowić integralną część polityki rozwoju**, sprzyjając zrównoważonemu rozwojowi, podmiotowości beneficjantów, budowaniu spójnych i funkcjonalnych społeczności oraz generowaniu aktywności obywateli.

Polityka społeczna tworzona na szczeblu centralnym polega zatem na tworzeniu ramy prawno-organizacyjnej (ustawodawstwo i redystrybucja) dla działań służących równoprawnemu traktowaniu obywateli, grup czy zbiorowości i ich rozwojowi, a także ochronie warunków i jakości ich → życia oraz otwierających jednostkom i grupom społecznym drogę do głównego nurtu życia zbiorowego.

Z kolei **władze samorządowe szczebla regionalnego** pełnią w procesie tworzenia i realizacji polityki społecznej rolę:

Tabela 1. Podstawowe domeny, strategie, priorytety i programy polityki społecznej

Polityka społeczna				
Wartości				
Zasady		Cele		
Domeny polityki społecznej:				
Zatrudnienie, rynek pracy	Mieszkalnictwo	Edukacja	Zdrowie, sprawność	Rodzina, gospodarstwo domowe
Kultura	Sport, rekreacja, wypoczynek	Transport, komunikacja	Bezpieczeństwo	Patologie, dewiacje
Podstawowe strategie:				
Interwencja	Asekuracja	Kompensacja		Patycypacja
Priorytety:				
Dzieci i młodzież	Seniorzy		Niepełnosprawni	
Adresowane programy pomocowe:				
Ubóstwo	Bezrobocie	Uzależnienia	Bezdomność	Bezdradność

Tabela 2. Polityka socjalna a polityka społeczna

Wyszczególnienie	Polityka socjalna	Polityka społeczna
Przedmiot	– Materialne warunki bytu – Konsumpcja towarów i usług – Dochody pieniężne – Poziom życia	– Społeczeństwo – Stosunki społeczne – Organizacja życia społecznego – Jakość życia
Cele	– Poprawa materialnych warunków bytu (zwłaszcza najbiedniejszych) – „Pokój socjalny" (między pracą a kapitałem) – Łagodzenie problemów i kwestii społecznych	– Postęp społeczny – Równowaga społeczna – Porządek społeczny – Dobro wspólne – Moc narodu – Harmonia między celami osobistymi i społecznymi
Środki	– Bezekwiwalentne (w tym nieodpłatne) Świadczenia społeczne	– Instytucjonalizacja, formalizacja i organizowanie warunków życia dla całych zbiorowości – Środki ekonomiczne, prawne, informacyjne, kadrowe
Sposoby działania	– Doraźne ratownictwo – Interwencja – Ochrona za pomocą wytwarzania i rozdzielania świadczeń społecznych	– Perspektywiczne zapobieganie – Planowanie – Zmienianie struktury społecznej
Adresaci	– Grupy wrażliwe, zależne, słabe – względnie (np. *Pracownicy najemni*) lub absolutnie (np. *Chorzy, niesprawni, bezdomni*)	– Społeczeństwo jako całość – Obywatele
Wzajemne relacje między polityką socjalna a społeczną	– Rola instrumentalna – Środek/narzędzie polityki społecznej – Część polityki społecznej – nie może dominować	– Wyznacza ogólne cele, wartości i zasady – w tym także dla polityki socjalnej – Obejmuje politykę socjalną, ale jest czymś więcej

Źródło: R. Szarfenberg, *Definicje polityki społecznej*, w: B. Rysz-Kowalczyk, B. Szatur-Jaworska (red.), *Wokół teorii polityki społecznej*. Warszawa 2003.

Tabela 3. Zasady, cele i priorytety polityki społecznej wobec osób z ograniczeniem sprawności

Zasady ogólne	Globalne cele
1. Podmiotowość i równoprawność pozycji osób z ograniczeniem sprawności w społeczeństwie, ustawodawstwie, instytucjach społecznych oraz w relacjach międzyludzkich 2. Partycypacja i partnerstwo osób z niepełną sprawnością w planowaniu, podejmowaniu decyzji i realizacji działań związanych z problematyką niepełnosprawności, 3. Ochrona godności oraz społecznego wizerunku osób z ograniczona sprawnością 4. Solidaryzm/sprawiedliwość/wyrównywanie szans w dostępie osób z ograniczeniem sprawności do urządzeń infrastruktury społecznej oraz świadczeń i usług społecznych, (*zwłaszcza do opieki zdrowotnej, edukacji, rehabilitacji i pierwotnego rynku pracy*) 5. Profilaktyka przed interwencją medyczną - rehabilitacja przed rentą – pomoc środowiskowa przed instytucojnalnymi formami opieki 6. Wczesna interwencja, powszechność, jednoczesność, zespołowość, kompleksowość, ciągłość i jakość działań rehabilitacyjnych 7. Integracja w miejscu zamieszkania, systemie edukacji, miejscu pracy, wypoczynku i zamieszkania 8. Uniwersalizm oraz indywidualizacja programów, celów i działań służących zaspokajaniu potrzeb osób z ograniczeniem sprawności, 9. Pomocniczość państwa - delegowanie przez władze publiczne własnych uprawnień na najniższe szczeble realizacyjne, zwłaszcza organizacjom pozarządowym 10. Kooperacja zróżnicowanych podmiotów polityki społecznej w procesie jej tworzenia i realizacji (władz publicznych i ich agend, instytucji społecznych, organizacji pozarządowych, rodzin, społeczności lokalnych itp.) 11. Współodpowiedzialność wszystkich obywateli i samych osób z ograniczeniem sprawności za kształt oraz realizację polityki społecznej adresowanej do osób niepełnosprawnych	1. Przebudowa struktur i świadomości społecznej umożliwiająca integrację i normalizację społeczną osób z ograniczeniem sprawności 2. Ochrona prawna statusu społecznego osób z ograniczeniem sprawności, zwłaszcza kobiet i ludzi starszych; 3. Ochrona/poprawa warunków i jakości życia zapewniających ludziom z niesprawnością i ich rodzinom poczucie bezpieczeństwa osobistego, zdrowotnego i socjalnego 4. Wzmacnianie potencjału osób z ograniczeniem sprawności i społeczności służącego: A. Rozwojowi osobowemu i intelektualnemu B. Readaptacji społecznej C. Aktywności – w tym maksymalizowanie zdolności do zatrudnienia D. Kreatywności E. Niezależności, samoopiece i samorealizacji F. Nabywania zdolności do samoopieki i samopomocy 5. Gwarantowanie dostępu osób z ograniczeniem sprawności do odpowiednich ilościowo i jakościowo oraz adekwatnych do potrzeb świadczeń i usług socjalno-zdrowotnych i rehabilitacyjnych 6. Wzmacnianie wrażliwości społecznej na problemy niepełnosprawności i osób z ograniczeniem sprawności 7. Wspieranie inicjatyw i działań sprzyjających otwieraniu/poszerzaniu dostępu osób z ograniczeniem sprawności do głównego nurtu życia społecznego, zwłaszcza do rynku pracy (*przede wszystkim pierwotnego*) 8. Adaptowanie przestrzeni publicznej do potrzeb osób z ograniczona sprawnością – tworzenie przyjaznego środowiska społecznego i otoczenia fizycznego 9. Wspieranie rodziny i opiekunów osób z ograniczeniem sprawności (*zwłaszcza rodzin z niesprawnymi dziećmi*) 10. Zmiana obrazu osoby z ograniczoną sprawnością w świadomości społecznej 11. Integracja w ramach programu społeczeństwo dla wszystkich: A. Aktywne, twórcze włączenie w tworzenie programu społeczeństwa informacyjnego B. Promowanie/budowanie/upowszechnianie aktywności obywatelskiej osób z niesprawnością poprzez ich włączanie w struktury planistyczno-decyzyjne i ciała doradczo-konsultacyjne rozstrzygające kwestie istotne dla problemów związanych z niepełnosprawnością;
Priorytety polityki społecznej wobec niepełnosprawności i osób z niesprawnością	
1. Tworzenie infrastruktury prawno-instytucjonalnej, organizacyjnej i badawczej służącej rozwiązywaniu problemów niepełnosprawności i osób z ograniczeniem sprawności zgodnie z zaleceniami organizacji międzynarodowych, wspólnot europejskich i krajowym ustawodawstwem (*podstawowe dokumenty: standardowe zasady wyrównywania szans osób niepełnosprawnych [onz, ue], rekomendacja komitetu ministrów państw członkowskich rady europy w sprawie spójnej polityki wobec osób niepełnosprawnych, w kierunku europy bez barier dla osób niepełnosprawnych [ue), karta praw osób niepełnosprawnych [uchwała sejmu rp*) 2. Tworzenie i wzmacnianie zasobów społeczności sprzyjających zaradności, samodzielności i partycypacji społecznej osób z ograniczeniami sprawności i ich partnerów/opiekunów oraz uruchamianie/wspieranie mechanizmów zapobiegających izolacji społecznej, marginalizacji i społecznemu wykluczeniu osób niesprawnych *(edukacja, zdrowie, rehabilitacja, praca, sport i rekreacja, transport, informacja, poradnictwo, pomoc społeczna* itp.) 3. Budowa/rozwijanie zintegrowanej infrastruktury instytucjonalnej wspomagającej przygotowywanie/realizację programów na rzecz osób z ograniczeniem sprawności (*bazy danych i diagnoza społeczna, wspieranie organizacji pozarządowych, praca socjalna, monitorowanie i ewaluacja programów socjalnych*) 4. „Protezowanie" otoczenia fizycznego oraz likwidowanie barier architektonicznych i społecznych blokujących/utrudniających uczestnictwo osób z ograniczeniem sprawności w życiu zbiorowym oraz ich integrację społeczną 5. Rozwój sieci integracyjnych placówek oświatowo-wychowawczych oraz podejmowanie/wspieranie działań służących zmianie stereotypowych wyobrażeń na temat niepełnosprawności i osób niesprawnych 6. Zdynamizowanie działalności instytucji pełnomocnika ds. Osób niepełnosprawnych (*na poziomie krajowym i lokalnym*) w roli rzecznika/integratora interesu i potrzeb obywateli z naruszoną/ograniczoną sprawnością wobec wszystkich podmiotów polityki społecznej 7. Wspieranie dostępu osób z ograniczeniem sprawności do nowych technik multimedialnych i pełnego uczestnictwa w społeczeństwie informacyjnym	

1) **rzecznika / reprezentanta** spraw, potrzeb i problemów ludzi, grup i/lub zbiorowości, za których statutowo odpowiada (ochrona uprawnień, ustawowa odpowiedzialność); 2) **promotora działań**, służących zrównoważonemu rozwojowi, dostępności i → integracji społecznej; 3) **inicjatora rozwiązań normatywnych** na poziomie krajowym, regionalnym i/lub lokalnym (lobbing parlamentarny, polityczny, na forum Unii Europejskiej i organizacji międzynarodowych, których kraj jest członkiem); 4) **organu planującego działania**, który przygotowuje rozwiązania służące zaspakajaniu potrzeb mieszkańców, grup, regionu i/lub społeczności lokalnej; 5) **łącznika i katalizatora** w relacjach między „centrum", strukturami pośrednimi samorządu terytorialnego a społecznościami lokalnymi (informacja, uprawnienia, realizacja priorytetów, → wsparcie itp.), 6) **podmiotu wspierającego finansowo** zadania statutowe z zakresu polityki społecznej; 7) **kreatora rozwoju infrastruktury społecznej** zgodnie z ustawowo przypisanymi zadaniami z zakresu polityki społecznej; 8) **partnera i konsultanta dla podmiotów** działających na rzecz rozwiązywania problemów społecznych i zaspokajania potrzeb jednostek, grup i/lub zbiorowości na określonym poziomie struktur samorządu (Woźniak, 2013, 2016).

Wielowarstwowa struktura programów gerontologicznych obejmuje: 1) **politykę społeczną wobec starości i na rzecz ludzi starych** (warstwa pierwsza) osadzoną w ustawodawstwie socjalnym, określającym zadania państwa w realizacji polityk sektorowych służących wyprzedzaniu zdarzeń oraz budowie adresowanych programów socjalnych na podstawie posiadanych zasobów; 2) **strategie i programy kierunkowe senioralnej polityki społecznej** (warstwa druga) – w tym na działania na rzecz profilaktyki starości i zaopatrzenia grup ryzyka wśród → seniorów; 3) **domeny programowe polityki starości** (warstwa trzecia) – będące konkretyzacją celów operacyjnych i zadań w sferach istotnych dla budowy warunków i jakości życia najstarszego pokolenia.

Budując całościową koncepcję senioralnej polityki społecznej należy kierować się – zaproponowaną przez Barbarę Szatur-Jaworską (2000) – dwoma perspektywami:

1) perspektywą **polityki społecznej wobec → starości** jako fazy → cyklu życia człowieka, która opiera się na przyjętej formule rozumienia istoty zjawiska jakim jest starość i określenia jej miejsca na tle całego cyklu życia, a także na rozpoznawaniu i uwzględnianiu typowych dla tego okresu życia potrzeb i zagrożeń. Opcja ta obejmuje przede wszystkim strategiczne działania państwa i jego agend oraz innych podmiotów sceny publicznej, mające związek z kształtowaniem postaw społecznych i zachowań podejmowanych wobec seniorów, wpływających na ich status społeczny (równoprawność, dostępność, przebudowa świadomości społecznej), stwarzające przedstawicielom najstarszego pokolenia warunki optymalnego funkcjonowania (infrastrukturalne i społeczne systemy wsparcia), wyznaczające rolę i miejsce tej kategorii społecznej w strategii gospodarczej i/lub rozwoju kraju itp.(rynek pracy, udział w tworzeniu PKB, konsumpcja itp.). Dominująca rola w kształtowaniu polityki wobec najstarszego pokolenia przypada państwu jako organizatorowi życia zbiorowego (parlament, rząd), podmiotowi realizującemu funkcje władcze: ustawodawcze, redystrybucyjne i kontrolne. Państwo ma obowiązek podejmowania działań wyznaczających obszar ochrony prawnej, tworzących warunki życia seniorów oraz otwierających im drogę do głównego nurtu życia społecznego w takich sferach jak: ustawodawstwo (obudowa prawna zasady pomocniczości i statusu społecznego, bezpieczeństwa zdrowotnego i socjalnego, zasad i form partycypacji społecznej), polityka zdrowotna, edukacyjna i zatrudnienia, dostępności przestrzeni publicznej i systemów instytucjonalnych, (decydująca rola parlamentu oraz rządu i jego agend), zasady wsparcia prawno-finansowego → rodziny ludzi starych i organizacji sektora obywatelskiego. W ustroju demokratycznym samorząd terytorialny odpowiada za rozwój i funkcjonowanie infrastruktury instytucjonalnej przewidzianej w ustawodawstwie (zadania własne i zlecone: edukacja, tworzenie miejsc pracy we współpracy z biznesem, kultura i rekreacja, pomoc społeczna, → rehabilitacja, wsparcie rodzin z osobami starymi) oraz buduje współpracę i wspomaga lokalne organizacje sektora obywatelskiego. Warunkiem efektywności omawianej opcji w polityce społecznej (starość jako faza cyklu życia), jest monitorowanie zjawiska na poziomie ponadlokalnym (profilaktyka starości i → starzenia się) oraz zróżnicowania społecznego seniorów (położenie ludzi starych z różnych kategorii socjozdrowotnych), a także pogłębiona i cykliczna diagnoza potrzeb, możliwości oraz oczekiwań najstarszego pokolenia (typowych i specyficznych z punktu widzenia położenia społecznego); 2) perspektywa **polityki społecznej na rzecz osób starych** (podejście strukturalno-kategorialne) polegającą na formułowaniu celów oraz podejmowaniu działań adresowanych do kategorii społecznej jaką stanowią osoby stare w określonej populacji. To polityka konstruowana i realizowana na podstawie diagnozy potrzeb, dla któ-

rej punktem odniesienia jest zbiór jednostek o określonym stanie zdrowia i sprawności oraz związanych z tym doświadczeniach, a także o cechach położenia i wskaźnikach zróżnicowania społecznego, problemach i przebiegu życia, zarówno o charakterze uniwersalnym, jak i pozostających w relacjach przyczynowo-skutkowych ze zmianami jakie niesie proces starzenia się. W ramach tego podejścia określa się cele, zadania i oceny polityki społecznej z punktu widzenia jej wpływu na funkcjonowanie osób starzejących się i starych oraz ich otoczenia społecznego (rodzina, kręgi społeczne, społeczności) – to praktyczna wykładnia i wdrożenie rozwiązań ustawowych regulujących kwestie związane z położeniem, warunkami i jakością życia najstarszego pokolenia w społeczeństwie. Wskazać można trzy główne cele omawianej opcji polityki społecznej: ochronę bezpieczeństwa dochodowego i poziomu życia; pełną integrację w głównym nurcie życia społecznego; przeciwdziałanie i/lub usuwanie → barier społecznych z jakimi zmagać się muszą niejednokrotnie seniorzy. [Istnieją pewne napięcia między tymi celami – zbytnia koncentracja na problematyce zdrowotnej prowadzić może do lekceważenia czynników i procesów służących ochronie statusu i położenia ludzi starych oraz włączaniu seniorów w główny nurt życia społecznego, co w konsekwencji poszerza krąg osób wysokiego ryzyka utraty bezpieczeństwa socjalnego i niezależności. Z kolei zaniedbywanie procesu integracji społecznej ludzi starych rodzi poczucie krzywdy, zbędności i może być źródłem cierpienia, a w skrajnych przypadkach prowadzi do izolacji społecznej – przyp. aut.].

Uogólniając należy zatem przyjąć, że polityka społeczna wobec starości i ludzi starych to w najszerszym rozumieniu zespół celowych, zorganizowanych, kompleksowych i międzysektorowych działań władz publicznych oraz innych podmiotów sceny publicznej: 1) służących tworzeniu, poprawie i/lub utrzymaniu warunków i jakości życia starzejących się obywateli, 2) zapewniających ochronę statusu społecznego, stanu zdrowia, bezpieczeństwa osobistego i socjalnego najstarszego pokolenia, 3) umożliwiających aktywny udział seniorów w kulturze i życiu społecznym, 4) zwiększających i/lub utrzymujących potencjał oraz możliwości prowadzenia przez najstarsze pokolenie aktywnego i niezależnego życia (Woźniak, 2013, 2016).

Poczynania władz publicznych i ich partnerów społecznych realizowane w ramach tak rozumianej, nowej polityki wobec starości i ludzi starych muszą zatem wykraczać poza klasyczne działania interwencyjne (programy adresowane), lecz nastawione być powinny przede wszystkim na wyprzedzanie zdarzeń, tworzenie warunków sprzyjających aktywności i elastyczności działania samych ludzi starych w obliczu zmian socjoekonomicznych w ich otoczeniu, budowanie poczucia godności i zaufania do własnego potencjału oraz możliwości dokonywania osobistych wyborów w różnych fazach cyklu życiowego. Działania te zwiększać mają szansę prowadzenia przez najstarsze pokolenie aktywnego, samodzielnego i niezależnego życia tak długo, jak to tylko możliwe z punktu widzenia zachowanego potencjału zdrowotnego, sprawności oraz osobniczych możliwości i potrzeb oraz zasobów wsparcia społecznego (tab. 1). Polityka senioralna jest próbą znalezienia satysfakcjonującej syntezy tradycji i innowacji oraz ciągłości i zmiany w odpowiedzi na globalne starzenie się populacji i umożliwiać ma bardziej zrównoważone zaspakajanie potrzeb skrajnych pokoleń, co sprzyjać powinno budowaniu niekonkurencyjnych relacji międzypokoleniowych.

W toku opracowywania i realizacji polityki społecznej wobec starości i ludzi starych należy opierać się na następujących podstawowych strategiach (rys. 1): 1) **wspieranie w zagrożeniu** (**interwencja** – likwidacja niedoborów, rozwiązywanie istniejących problemów i zaspokajanie potrzeb po stwierdzeniu, co się komu przydarzyło), 2) **wyprzedzanie zdarzeń** (**asekuracja** – przewidywanie tego co może przytrafić się jednostce lub grupie i zapobieganie tym przewidywanym sytuacjom i wyznaczanie pola aktywności i samodzielności podmiotów), 3) **wyrównywanie szans i/lub utraconych możliwości** (**kompensacja** – ochrona rozwoju i/lub ochrona bądź odbudowa statusu materialnego i społecznego zgodnie z obowiązującymi zasadami polityki społecznej i ustawodawstwem), 4) **współuczestnictwo i/lub współudział** (**partycypacja** – integracja społeczna, budowanie warunków i rozwoju, współuczestnictwa ludzi i podmiotów instytucjonalnych w podejmowaniu decyzji oraz realizacji celów i zadań).

Tak rozumiana polityka społeczna wobec starości się i na rzecz osób starych realizowana jest na wszystkich poziomach organizacji życia zbiorowego (w wymiarze krajowym, regionalnym i lokalnym), jednakże zgodnie z zasadą subsydiarności szczególna rola przypada w tym względzie rodzinie, społeczności lokalnej oraz podmiotom publicznym i organizacjom społecznym funkcjonującym na poziomie najbliższym starzejących się jednostek.

Jakkolwiek poszczególne strategie powinny być realizowane na wszystkich szczeblach organizacji życia

zbiorowego, to jednak odmiennie są one formułowane i realizowane na poziomie lokalnym i w „centrum": 1) **im niższe piętro organizacji życia zbiorowego**, tym więcej działań bezpośrednio związanych z zaspokajaniem potrzeb ludzi starych i rozwiązywaniem problemów społeczności lokalnych wywołanych rosnącą liczbą seniorów i dostarczaniem adresatom polityki społecznej narzędzi zmiany życia i/lub służących samodzielnemu funkcjonowaniu jednostek bądź rodzin (więcej zadań z zakresu polityki socjalnej i pomocy społecznej); 2) **im wyższy poziom struktury organizacyjnej państwa** („centrum", region), tym częściej w polityce społecznej pojawiają się zadania służące wyrównywaniu różnic w rozwoju społecznym i budowaniu potencjału poszczególnych struktur administracyjnych stanowiących infrastrukturę programów gerontologicznych (dominują zadania szerzej rozumianej polityki społecznej).

Reasumując, polityka społeczna wobec starości i seniorów to zbiór celów, strategii i działań systemowych oraz legislacyjnych podejmowanych zarówno na poziomie krajowym, regionalnym, a zwłaszcza lokalnym w celu utrzymania i/lub poprawy statusu społecznego oraz warunków i jakości życia osób starszych, zwiększających ich potencjał oraz możliwości prowadzenia aktywnego i niezależnego życia. Racjonalność oraz efektywność strategii i programów polityki adresowanej do seniorów jest funkcją siły wpływu grup interesu (np. producenci sprzętu medycznego i leków, organizacje seniorskie), za którymi stoją określone ideologie (lewica–centrum–prawica; ruchy społeczne, społeczeństwo obywatelskie) oraz zasady finansowania programów gerontologicznych i obsługujące je struktury organizacyjne (rozwiązania ustrojowe, priorytety polityczne, infrastruktura społeczna), a także system dzielenia się informacją z partnerami (korzystanie lub ignorowanie bądź marginalizowanie wiedzy eksperckiej) na wszystkich etapach planowania i realizacji programów politycznych (inicjatywna i kontrolna rola organizacji społeczeństwa obywatelskiego). Nowa architektura przyszłych programów socjalnych i zdrowotnych, kierowanych do najstarszego pokolenia stanowić zatem musi kombinację myślenia innowacyjnego i strategicznego w polityce społecznej adresowanej do aktualnych i przyszłych pokoleń ludzi starych (w tym także do osób z grupy wysokiego ryzyka utraty bezpieczeństwa socjalnego i samodzielności życiowej) w połączeniu z pragmatycznymi środkami zaradczymi twórczo wykorzystującymi zasoby międzynarodowe, krajowe, regionalne i lokalne, a także aspiracje i zdolności aktorów sceny publicznej (rząd, samorząd, sektor prywatny i pozarządowy oraz sami seniorzy) na rzecz tworzenia warunków pomyślnego starzenia się i jakości życia w starości.

Perspektywiczne programy gerontologiczne powinny zatem koncentrować uwagę na: 1) promowaniu aktywnego życia na → emeryturze, 2) wprowadzaniu seniorów w sieć międzygeneracyjnych kontaktów, 3) rozwoju sieci wsparcia i → opieki w społeczności lokalnej, 4) osiąganiu równowagi między potrzebami jednostki a oczekiwaniami i uciążliwościami wynikającymi z konkretnej sytuacji osoby starszej.

Należy zatem doprowadzić do świadomości społecznej decydentów i obywateli fakt, że starość to unikatowa szansa (innowacje społeczne), a zarazem konieczność zmierzenia się z potrzebami społeczeństwa z rosnącym udziałem najstarszego pokolenia w jego strukturach (rodzina, społeczności lokalne, szersze zbiorowości społeczne), co rodzi nieodzowność synchronizacji rozmaitych polityk (ludnościowej, gospodarczej, zdrowotnej, socjalnej) oraz wymaga od struktur państwa opracowania programów równego dostępu do zasobów instytucjonalnych, sprawiedliwego ich rozmieszczenia, wyboru właściwego sposobu interwencji, subsystemu → opieki długoterminowej (dostępność, → czas trwania, wolontariat i profesje w opiece, nakłady publiczne i prywatne) oraz ochrony praw obywatelskich seniorów na równi z innymi kategoriami obywateli (zwłaszcza ubogich i niesprawnych ludzi starych).

ZW

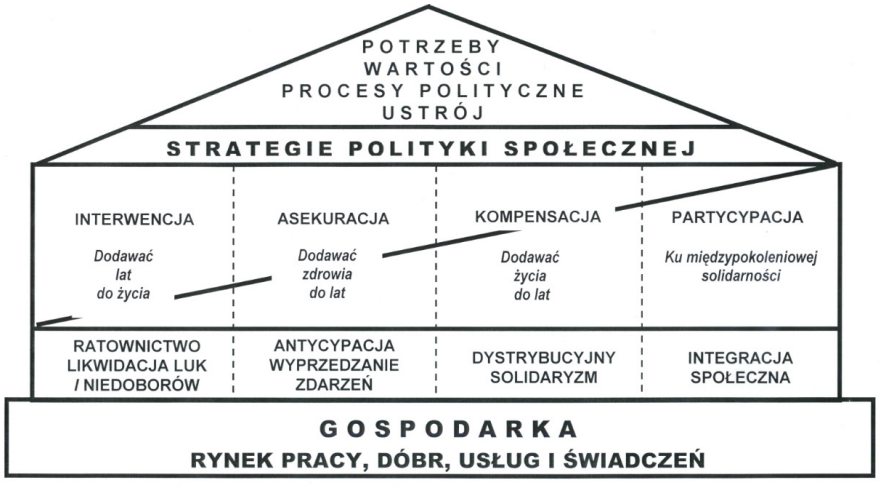
B: Błędowski, 2002; Szatur-Jaworska, 2000; Woźniak, 2013, 2016.
O: t. 1: Długofalowa Polityka Senioralna, ekonomiczna polityka starzenia się, t. 3: polityka aktywnego starzenia się, starość i starzenie się Polaków w działaniach politycznych, starzenie się, t. 5: polityka społeczna wobec osób niepełnosprawnych.
TK: ang. *social policy directed at the elderly people*, fr. *politique socile à l'égard des personnes âgées*, hiszp. *política social para la atención a la vejez*, niem. *Sozialpolitik für älte Menschen*, ros. *социальная политика в отношении пожилых людей*..

Bibliografia

Błędowski P., *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych*. Warszawa 2002.
Szatur-Jaworska B., *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej.* Warszawa 2000.
Woźniak Z., *Old age, the elderly and social policy*… Berlin–Wien 2013.
Woźniak Z., *Starość…* Poznań 2016.

Tabela 1. Zasady i cele polityki społecznej wobec starości i na rzecz ludzi starych

Zasady ogólne	Globalne cele
1. Solidaryzm i wymiana międzypokoleniowa 2. Podmiotowość ludzi starych 3. Ochrona godności człowieka starego 4. Sprawiedliwość oraz równość w dostępie do urządzeń infrastruktury społecznej i świadczeń społecznych 5. Współodpowiedzialność oraz kooperacja zróżnicowanych podmiotów polityki społecznej (*władz publicznych, instytucji społecznych, organizacji pozarządowych, rodzin oraz osób starszych*) 6. Partycypacja społeczna i partnerstwo 7. Uniwersalizm i selektywność w wyborze celów i działań służących zaspokajaniu seniorów 8. Preferowanie/premiowanie profilaktyki przed interwencją w rozwiązywaniu problemów starzenia się i starości 9. Ciągłość działania, trwałość, jakość i efektywność rozwiązań systemowych w opiece nad najstarszym pokoleniem 10. Pomocniczość państwa (*delegowanie przez władze publiczne własnych uprawnień na najniższe szczeble realizacyjne*)	1. Ochrona/poprawa warunków i jakości życia seniorów 2. Wzmacnianie potencjału osób starszych i społeczności służącego rozwojowi osobowemu, aktywności i samorealizacji najstarszego pokolenia oraz zdolności do samoopieki i samopomocy 3. Ochrona prawna statusu socjoekonomicznego seniorów 4. Dodawanie ról do pozycji społecznej ludzi starych 5. Wykorzystanie potencjału oraz doświadczenia seniorów w rozwoju społecznym i gospodarczym 6. Tworzenie/odbudowa/wspieranie naturalnej sieci pierwotnych kontaktów i stosunków społecznych 7. Gwarantowanie odpowiednich ilościowo i jakościowo oraz adekwatnych do potrzeb świadczeń i usług 8. Wyprzedzanie zdarzeń i przeciwdziałanie stanom grożącym paueryzacją, degradacją społeczną, utratą samodzielności życiowej, bądź niezależności starzejących się obywateli 9. Zmiana obrazu starości i ludzi starych w świadomości społecznej 10. Odbudowa/wspieranie naturalnej sieci pierwotnych kontaktów i stosunków społecznych seniorów 11. Integracja międzypokoleniowa w ramach *społeczeństwa dla wszystkich grup wieku*
Priorytety senioralnej polityki społecznej	
1. Tworzenie infrastruktury instytucjonalnej wspomagającej programy gerontologiczne (*badania naukowe, diagnoza społeczna, praca socjalna, wspieranie organizacji pozarządowych, monitorowanie i ewaluacja programów socjalnych*). 2. Dostęp do edukacji i szkoleń służących: przygotowaniu do życia na emeryturze, podnoszeniu wiedzy ogólnej, nabywaniu nowych umiejętności, neutralizowaniu międzypokoleniowego dystansu kulturowego, korzystaniu z nowych technologii, urządzeń oraz systemów instytucjonalnych. 3. Tworzenie/wspieranie systemu instytucjonalnego rzecznictwa osób starszych (*edukacja gerontologiczna społeczeństwa, media, organizacje społeczne seniorów, lobby w świecie polityki*). 4. Tworzenie infrastruktury prawno-instytucjonalnej i materialnej sprzyjającej samodzielności i zaradności osób starszych i/lub ich opiekunów. 5. Eliminowanie/redukowanie czynników sprzyjających marginalizacji i izolacji społecznej seniorów i/lub nadużyciom i stosowaniu przemocy wobec najstarszego pokolenia (*biofizycznych, psycho-emocjonalnych i socjo-ekonomicznych na poziomie jednostki i środowiska*). 6. Rozwijanie/wspieranie zróżnicowanych form działań na rzecz integracji międzypokoleniowej, partycypacji społecznej, opieki i wsparcia najstarszego pokolenia (*zwłaszcza wolontariatu wśród seniorów i innych kategorii społecznych*). 7. Tworzenie warunków i infrastruktury służącej kreowaniu zachowań służących zdrowemu i aktywnemu starzeniu się; 8. „*Protezowanie*" otoczenia fizycznego osób starszych (*usuwanie barier architektonicznych oraz wspomaganie samodzielności i orientacji w przestrzeni, mieszkaniu, miejscach i instytucjach publicznych, transporcie publicznym*). 9. Rozwijanie systemu ochrony zdrowia i usług rehabilitacyjnych (*rewitalizujących*) dla seniorów oraz interdyscyplinarnej opieki geriatrycznej. 10. Rozwijanie zróżnicowanych form opieki długoterminowej i hospicyjnej (*zwłaszcza środowiskowych, rodzinnych*) oraz wspieranie opiekunów przewlekle chorych i/lub niesprawnych ludzi starych.	



Rys. 1. Modelowe strategie polityki społecznej wobec starości i ludzi starych

Polski Związek Niewidomych (PZN)
– to jedna z najbardziej znanych, z ogromnymi tradycjami, doświadczeniem i osiągnięciami organizacja pozarządowa działająca w Polsce na rzecz osób z → niepełnosprawnością, konkretnie niepełnosprawnością wzrokową. PZN (il. 1) jest stowarzyszeniem ogólnopolskim, posiadającym osobowość prawną, zarejestrowanym w Sądzie Okręgowym w Warszawie (2001), a działającym od roku 1951. Jest organizacją mającą ściśle sformalizowaną strukturę, która pozwala na koordynację realizowanych działań. Dzieli się na zarząd główny, okręgi (wojewódzkie) i koła (jednostki w ramach okręgów).

Historycznie pierwsze próby organizowania działalności na rzecz osób niewidomych na terenie ziem polskich pojawiają się w połowie XIX wieku, w Warszawie powstało Stowarzyszenie Niewidomych Muzyków, które powstało w roku 1864 i przetrwało do wybuchu II wojny światowej (Kotowski, 2008, 2015).

Znamiennym czasem były lata 1910–1911, kiedy to hrabianka Róża → Czacka (Matka Elżbieta) powołała → Towarzystwo Opieki nad Ociemniałymi. Towarzystwo funkcjonuje do chwili obecnej, ściśle współpracuje ze Zgromadzeniem Sióstr Franciszkanek Służebnic Krzyża, prowadzi liczne placówki wspierające edukacje, → rehabilitację, placówki opiekuńcze adresowane do dzieci, młodzieży oraz osób dorosłych z niepełnosprawnością wzroku (np. Ośrodek Szkolno-Wychowawczy dla dzieci Niewidomych w Laskach, Szkołę Podstawową Specjalną – dla dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w Rabce, Placówkę w Sobieszewie, która oprócz Działu Wczesnego Wspomagania Niewidomego i Słabowidzącego Dziecka i Przedszkola dla Dzieci Niewidomych prowadzi także Ośrodek Rehabilitacyjno-Wypoczynkowy dla Niewidomych, → Domy Pomocy Społecznej dla kobiet w Żułowie (województwo lubelskie) i dla mężczyzn w podkrakowskich Niepołomicach. Aktualnie Towarzystwo Opieki nad Ociemniałymi liczy 1600 członków (zob. www.laski.edu.pl). W 1923 w Warszawie swoją działalność rozpoczęło Zjednoczenie Pracowników Niewidomych Rzeczypospolitej Polskiej. Kolejne działu danej organizacji powstały w 1920–1926, m.in. na Górnym Śląsku, w Bydgoszczy i w Łodzi. W okresie międzywojennym w Polsce funkcjonował także ogólnokrajowy Związek Ociemniałych Żołnierzy, którym kierował mjr Edwin Norbert Wagner (1899–1944). Po drugiej wojnie światowej, już w 1945 r. podjęto pierwsze próby organizowania się osób niewidomych. W Warszawie powstał Związek Zawodowy Pracowników Niewidomych, w Łodzi Związek Niewidomych Miasta Łodzi. Działalność na rzecz osób niewidzących wznowiły również: Związek Niewidomych w Bydgoszczy i Stowarzyszenie Niewidomych Województwa Śląsko-Dąbrowskiego w Chorzowie. W 1946 r. w Chorzowie odbył się zjazd zjednoczeniowy organizacji funkcjonujących na rzecz danej grupy ludzi niepełnosprawnych. W rezultacie połączenia regionalnych stowarzyszeń niewidomych zainicjowano działalność Związku Pracowników Niewidomych Rzeczpospolitej Polskiej, któremu przewodniczył dr Włodzimierz Dolański (1886–1973). Priorytetem ww. związku była działalność związana organizowaniem zatrudnienia osób niewidomych. Dzięki aktywności środowiska osób niewidomych i jego przedstawicieli już w 1948 r. zaczęto wydawać w brajlu miesięcznik Pochodnia, pierwsze książki oraz podręczniki dla osób niewidomych. W późniejszych latach PZN zaczął wydawać także inne czasopisma przeznaczone m.in. dla dzieci i młodzieży. W czerwcu 1951 r. odbył się zjazd zjednoczeniowy, na którym doszło do połączenia Związku Pracowników Niewidomych RP i Związku Ociemniałych Żołnierzy w nową ogólnopolską organizację pod nazwą Polski Związek Niewidomych (PZN). Na czele związku stanął Leon Wrzosek (1906– 1972. Członkami PZN mogły zostać osoby posiadające tzw. pierwszą lun drugą grupę niepełnosprawności (→ inwalidztwa) z tytułu uszkodzenia wzroku, natomiast dzieci i młodzież do lat 18 uzyskała status członka podopiecznego. W 1956 PZN przeprowadził się do swojej nowej siedziby, przy ul. Konwiktorskiej 9 w Warszawie, w której funkcjonuje do dzisiaj. Obok budynku Zarządu Głównego przeniesiono porozrzucane po całej stolicy inne placówki Związku (drukarnię brajlowską, redakcje czasopism, bibliotekę, wypożyczalnię książek). W też czasie w kolejnych województwach zaczęły powstawać okręgi PZN, zaś na terenie powiatów koła. W opisywanym roku PZN przejął ośrodek wypoczynkowy w Muszynie, wybudowany w 1936 r. przez Związek Ociemniałych Żołnierzy RP, W 1961 r. w siedzibie PZN w Warszawie uruchomiono studio nagrań książek mówionych. Dzięki takim działaniom zdołano stworzyć bogatą bazę nagrań literatury pięknej i popularno-naukowej. W 1963 r. odbył się IV Krajowy Zjazd Delegatów PZN, na którym podjęto uchwałę o ustanowieniu trójstopniowej odznaki honorowej PZN: złotej, srebrnej i brązowej. Pierwsze odznaki wręczono w 1966 r. [W 2005 r. Złotą Odznakę Honorową PZN nadano Ojcu Świętemu Janowi Pawłowi II – przyp. aut.]. W latach 60. i 70. XX wieku następuje dalszy rozwój Związku. Realizowane działania w za-

kresie → rehabilitacji leczniczej, społecznej i zawodowej, obejmujące tzw. → zabezpieczenie społeczne oraz pracę kulturalno-edukacyjną. Lata 80. ubiegłego stulecia cechowały się systematycznym wzrost odsetka zatrudnienia osób niewidomych i słabo widzących, tak w aktywnie działających w danym czasie spółdzielniach inwalidzkich, w instytucjach państwowych oraz na tzw. otwartym rynku pracy. Ubogaceniu ulega baza sprzętu przekazywanego członkom i podopiecznym Związku (w tym sprzętu sprowadzanego z zagranicy): monookularów, aparatów słuchowych, pierwszych komputerów. Opieką specjalistyczną zostają objęte osoby ze sprzężonymi niepełnosprawnościami wzrokowymi (np. głuchoniewidome) oraz ze współobecnymi schorzeniami somatycznymi (np. chore na → cukrzycę, → stwardnienie rozsiane). Sukcesem było oddanie do użytku (w 1985) Domu Pomocy Społecznej im. Kazimierza Jaworka w Chorzowie. Trzy lata później (1988) w Kielcach rozpoczęło swoją działalność Krajowe Centrum Kultury Niewidomych. W tym też roku Zarząd Główny PZN ustanawia doroczną nagrodę PZN im. kpt. Jana Silhana za wybitną działalność na rzecz środowiska niewidomych. W 1990 r. PZN pozyskał od likwidowanego Centralnego Związku Spółdzielni Niewidomych dawne Krajowe Centrum Kształcenia Niewidomych w Bydgoszczy i zorganizował w nim Ośrodek Rehabilitacji i Szkolenia (organizowane są ogólnopolskie szkolenia z zakresu rehabilitacji podstawowej dla osób ociemniałych i tracących wzrok w późniejszym okresie życia. Natomiast w Olsztynie oddano do użytku Ośrodek Mieszkalno-Rehabilitacyjny. Rok później (1991) zasoby Związku wzbogacają się o ośrodek leczniczo-rehabilitacyjny w Ciechocinku, co umożliwia organizację specjalistycznych turnusów rehabilitacyjnych. Następnie, w 1992 r. PZN zakupił Ośrodek Leczniczo-Rehabilitacyjny w Ustroniu Morskim, a w 1993 r. Kielecka Spółdzielnia Niewidomych przekazała Związkowi swój majątek – w dawnym hotelu robotniczym, dwa lata później, powstał Dom Pomocy Społecznej PZN. W 1996 r. obchodzono jubileusz 50-lecia PZN. Czas ten cechują starania dotyczące wpisania działań Związku w specyfikę nowej rzeczywistości politycznej, społecznej i gospodarczej, szczególnie obecne w obszarze zatrudnienia i → rehabilitacji zawodowej. Zlikwidowany został bowiem Centralny Związek Spółdzielni Niewidomych, upadłość ogłosiło wiele firm zatrudniających dotychczas osoby z uszkodzonym wzrokiem. W 1998 r. odbył się I Nadzwyczajny Zjazd Delegatów PZN, na którym podjęto uchwałę o rozwiązaniu (z dniem 31 XII 1998 r.) dotychczasowych 36 okręgów i powołaniu (z dniem 1 I 1999 r.) 16 okręgów wojewódzkich, a w 2002 r., w ramach aktywizacji i promocji kulturalnej osób niewidomych i słabo widzących, ustanowiono Nagrodę im. Majora Hieronima Baranowskiego, która jest przyznawana młodym wokalistom i instrumentalistom z uszkodzonym wzrokiem za szczególne osiągnięcia w dziedzinie muzyki. Nową nagrodę PZN po raz pierwszy wręczono dwa lata później. W 2006 r. obchodzono jubileusz 55-lecie istnienia PZN, zaś w 2001 r. 60-lecia Związku. PZN działa w 16 województwach (okręgach dysponujących własną osobowością prawną).

W 2017 r. Polski Związku Niewidomych działał w ok. 380 kołach terenowych i zrzeszał ok. 80 tys. osób niewidomych i słabowidzących. Nadrzędnym celem PZN jest → integracja społeczna, rehabilitacja, ochrona interesów zawodowych, ekonomicznych i społecznych oraz przeciwdziałanie dyskryminacji osób niewidomych i słabowidzących, reprezentowanie członków Związku wobec organów naczelnych państwa, administracji rządowej i samorządu terytorialnego oraz innych instytucji. Członkami Związku są osoby posiadające niepełnosprawność wzrokową w znacznym (dawna I grupa inwalidzka) i umiarkowanym (dawna II grupa inwalidzka). Dzieci i młodzież należą do tzw. członków podopiecznych. Członkowie Związku dzielą się na zwyczajnych, podopiecznych, nadzwyczajnych, honorowych i wspierających. Członkowie zwyczajni – to osoby niewidome i słabowidzące, które ukończyły 16. r.ż., posiadają orzeczenia o niepełnosprawności w stopniu znacznym lub umiarkowanym ze względu na stan wzroku. Członkowie zwyczajni PZN dysponują czynnym i biernym prawem wyboru do władz Związku (po ukończeniu 18 lat), prawem uzyskiwania pomocy ze Związku w sprawach szkolenia, zatrudnienia, rehabilitacji leczniczej, podstawowej, społecznej, polepszenia warunków bytowych, pomocy w zaopatrzeniu w sprzęt, urządzenia, przedmioty o charakterze rehabilitacyjnym. Członkowie podopieczni – to niewidome i słabo widzące dzieci i młodzież do lat 16, a także osoby starsze, które ze względu na stan → zdrowia nie mogą aktywnie uczestniczyć w życiu związkowym. Członkowie podopieczni posiadają identyczne uprawniania, jak członkowie zwyczajni, z wyjątkiem czynnego i biernego prawa wyborczego. Członkowie nadzwyczajni z kolei to osoby widzące, społecznie działające w Związku; posiadają czynne i bierne prawo wyborcze, mogą także korzystać z urządzeń Związku na zasadach określonych przez jego władze. Członkowie honorowi → to osoby zarówno niewidome i słabowidzące, jak i widzące, zasłużone dla PZN. Godność członka ho-

norowego nadaje Zarząd Główny Związku; mają prawo uczestniczyć z głosem doradczym w Krajowym Zjeździe Delegatów, w zjazdach okręgów Związku, na terenie których mieszkają. Członkowie wspierający – to osoby fizyczne lub prawne, które świadczą systematyczną pomoc finansową i/lub rzeczową na rzecz Związku. PZN jest członkiem Polskiego Forum Osób Niepełnosprawnych oraz Światowej i Europejskiej Unii Niewidomych. Prezesem Zarządu PZN jest Anna Bogusława Woźniak- Szymańska. Strona internetowa: pzn.org.pl. Adres elektroniczny: pzn@pzn,org.pl

MEZ

A: PBV (niem.), PZN (pol.).

B: Kotowski, 2008, 2015; Sękowska, 1981; Szczurek, 2007.

N: http://pzn.org.pl

O: głuchociemnota, ślepota.

TK: ang. *Polish Association of the Blind*, fr. *L'Association polonaise des Aveugles, hiszp. Asociación Polaca de Sordos*, niem. *Polnischer Blindenverband* [PBV], ros. *Польские общество слепых*.

Bibliografia

Kotowski S., *Przewodnik po problematyce osób niewidomych i słabo widzących*. Warszawa 2008.

Kotowski S., *Cele rehabilitacji niewidomych i słabo widzących*. Warszawa 2015.

Sękowska Z., *Tyflopedagogika*. Warszawa 1981.

Szczurek J., *Historia na żywo*. „Materiały Tyflologiczne" 2007, nr 16.

Netografia

http://pzn.org.pl

Il. 1. Logo Polskiego Związku Niewidomych.

progeria

– to rzadka → choroba polegająca na niezwykle szybkim procesie → starzenia się organizmu. Tak też tłumaczy się jej pochodzącą z jęz. grec. nazwę: [πρό + γῆρας] – pro geras, tj. przedwczesna starość. Chorobę jako pierwszy w roku 1886 opisał sir Jonathan Hutchinson (1828–1913), a w 1897 angielski chirurg Hastings Gilford (1861–1941) wprowadził do medycyny określenie „progeria" i przedstawił jej opis. W 2003 dwie grupy badawcze, których członkami są m.in. genetyk Francis Collins i lekarz Leslie Gordon, mający chorego na progerię syna, zidentyfikowały mutację odpowiedzialną za tę chorobę. Rozpoznana mutacja genetyczna znajduje się w genie LMNA1, kodującym laminę A. Białko to jest odpowiedzialne za strukturę i funkcję jądra komórkowego. Mutacja w genie LMNA1 prowadzi do odkładania się dużej ilości kodowanego białka, które w formie zmienionej nosi nazwę progeryny. Gromadzenie się progeryn zakłóca rozwój wielu tkanek u dzieci i prowadzi do rozwoju progerii, która zaliczana jest do grupy chorób nieuleczalnych, ponieważ nie udało się dokładnie poznać przyczyny pojawienia się mutacji genu LMNA. Wg danych z 1 X 2016 r. na całym świecie żyje 140 zidentyfikowanych dzieci z progerią w 45 państwach. Szacuje się że na progerię choruje na świecie ok. 200–250 osób i wciąż odnajduje się nowe dzieci z tą chorobą. Specyfika tego schorzenia pozostaje mało znana. Wiadomo, że występuje ono niezależnie od rasy i płci a jej pierwsze objawy można zaobserwować już w 12. miesiącu życia. Dziecko chore na progerię wygląda jakby było w zaawansowanym stadium → starości: nie ma brwi, rzęs, traci włosy, a jego wzrost jest znacznie zahamowany. Najbardziej charakterystyczną cechą tej choroby jest to, że organizm człowieka starzeje się 8 do10 lat w ciągu roku. Do tej pory badacze upatrują dwóch przyczyn powstałych zmian, które wg nich mogą wpływać na zmiany w genach. Należą do nich zbyt późny wiek ze strony ojca oraz tzw. bezobjawowy mozaicyzm ze strony matki, czyli występowanie dwóch różnych linii komórkowych w jednym organizmie. W czasie rozwoju u dziecka widoczne jest późniejsze ząbkowanie, skóra wygląda na W drugim r.ż. wygląd ulega drastycznym zmianom. Dziecko z progerią przestaje rosnąć i nie przybiera prawidłowo na wadze, zaczyna tracić rzadkie dotąd włosy, rzęsy i brwi. Dodatkowo zauważalne jest to, że głowa jest bardzo dużych rozmiarów w porównaniu do reszty ciała. Na głowie uwydatniają się żyły, pojawiają się sińce pod oczami. Skóra staje się cienka i przeźroczysta, pokrywa się zmarszczkami – to na skutek zaniku podskórnej tkanki tłuszczowej. Dziecko jest niskie, bardzo szczupłe, ma wyłupiaste oczy, klatka piersiowa ma nieregularny kształt, obojczyki są krótkie, biodra koślawe. Na chudych kończynach wyraźnie wystają stawy. Kości kończyn stają się powykrzywiane, bardzo podatne na złamania. Skóra

jest cienka i sucha, mnożą się na niej zmarszczki i plamy charakterystyczne dla starszego wieku. Zdarza się, że dzieci cierpią na osteoporozę zlokalizowaną w nietypowych miejscach – najczęściej w kościach długich nóg. Złogi wapnia lokują się także w tkankach miękkich, a suchość skóry sprzyja powstawaniu wrzodów w okolicach łokci, stawów skokowych, na stopach. Z biegiem → życia u młodego człowieka dotkniętego progerią ujawniają się choroby charakterystyczne dla ludzi w → wieku podeszłym: artretyzm i arterioskleroza powodują usztywnienie stawów, pojawiają się także problemy reumatyczne. Zmiany w krwioobiegu całego ciała powodują zaburzenia układu krążenia i stwardnienie żył. Z czasem dziecko ma problem z poruszaniem się, Z powodu zbyt krótkich ścięgien i zaniku mięśni, chorym trudno wyprostować kolana i łokcie. W progerii charakterystyczny jest też chód na szerokiej podstawie, tzw. chód marynarski. Paznokcie są kruche, żółtawe i mają cechy dysmorficzne, są nieprawidłowo wykształcone, a palce mają ostro zakończone końce. Szczęka dolna jest mała, a rozwój uzębienia upośledzony. Głos dziecka jest wysoki, nieco nosowy. Ogólny wygląd człowieka z progerią, nierzadko jest porównywany do „oskubanego ptaka", czy „oskubanego kurczaka". Ponadto, ważną informacją jest fakt, że chorzy nigdy nie dojrzewają płciowo, są więc niepłodni. Jest rzeczą charakterystyczną, że mimo wyraźnego przyspieszenia procesów przemiany materii, u dzieci cierpiących na zespół Hutchinsona-Gilforda nie stwierdza się wielu zmian typowych dla zwykłego procesu starzenia się, takich jak: kłopoty ze wzrokiem, osłabienie słuchu i/lub starcze zmiany osobowości. Rozwój umysłowy chorych na progerię pozostaje prawidłowy, jest zależny od ich indywidualnych predyspozycji. Zazwyczaj wykazują one nawet inteligencję wyższą od przeciętnej. Dzieci umierają wcześnie, przeciętnie w wieku 7 lat, choć zdarza się im dożyć też wieku dorosłego (20. r.ż.). Główną przyczyną zgonu są powikłania miażdżycowe np. → zawał serca lub → udar mózgu. Progeria u dorosłych, czyli zespół Wernera, jest chorobą dziedziczną, występuje jednak niezwykle rzadko. Częstotliwość występowania tej choroby to jeden na 100 tys czy nawet jeden do miliona. Jest to choroba recesywna. Pierwsze objawy występują w okresie dojrzewania, a u dwudziestolatków są już w pełni zauważalne. Naukowcy do tej pory nie wiedzą, czy zespół Wernera przyspiesza normalne procesy starzenia, czy tylko je przypomina. Efekt jest podobny, jak w przypadku syndromu Hutchinsona-Gilforda, chory starzeje się o 7–8 lat za szybko i wcześnie umiera. W 1992 Dennis Dryna i współpracownicy zlokalizowali gen odpowiedzialny za zespół Wernera w chromosomie 8. W 1996 udało się go sklonować, a dokonali tego Gerarg Schellenberg i inni naukowcy z Seattle. Badania mające na celu wyjaśnienie przyczyn chorób genetycznych, takich jak zespół Wernera są niezwykle ważne. Na tej drodze jest wiele przeszkód. Po pierwsze nie wiadomo nawet, czy zespół Wernera jest naprawdę przyspieszeniem normalnych procesów starzenia się, czy tylko przypomina te procesy.

Pomimo występowania takich chorób związanych z procesami starzenia się, jak: → miażdżyca naczyń, → osteoporoza, → cukrzyca typu II, siwienie i wypadanie włosów, nie występuje → otępienie starcze, ani → choroba Alzheimera. U niektórych chorych lekarze zaobserwowali także inne objawy, niezwiązane bezpośrednio z procesami starzenia się. Jako przykłady można podać owrzodzenia skóry, w szczególności w okolicy kostek, zmiany w strunach głosowych, nieobecność charakterystycznego skoku wzrostowego. Po drugie, zespół Wernera – poza człowiekiem – nie występuje u żadnych innych ssaków, Nie ma więc jednego modelu zwierzęcego, na którym byłoby możliwe prowadzenie badań nad tą jednostką chorobową. Obecnie nie ma skutecznego i pewnego sposobu leczenia progerii**.** Lekiem, który wydawał się być obiecujący w HGPS jest rapamycyna**,** która w 2009 z powodzeniem została przetestowana na myszach. Korzystne zmiany zaobserwowano także podając rapamycynę pacjentom. Okazało się, ze komórki dzieci chorych na progerię po podaniu rapamycyny eliminują nieprawidłowe gromadzenie się progeryn i przywracają normalny wygląd jądrom komórkowym. Czynnikiem ograniczającym stosowanie rapamycyny, pomijając skutki uboczne, jest czas. Jak wiadomo dzieci cierpiące na progerię żyją bardzo krótko a badania klinicznie, sfinalizowane rejestracją leku, trwają bardzo długo. W przypadku osób dotkniętych progerią, zdecydowanie za długo. Współpracujący ze Szwedami zespół badawczy z Singapuru zsyntetyzował już odpowiedni inhibitor ICMT, jednak jego skuteczność będzie można sprawdzić dopiero podczas testów klinicznych. Na te trzeba poczekać jeszcze kilka lat, gdyż mechanizmy działania enzymu ICMT nie są dokładnie poznane. Kilka miesięcy wcześniej przełomu dokonano w szpitalu dziecięcym w Bostonie, podczas testów klinicznych nowego leku – lonafarnibu {FTI]. Preparat pierwotnie miał służyć do leczenia pacjentów z nowotworami, ale zdecydowano się przetestować go wśród chorych na progerię W badaniu nad działaniem tego związku uczestniczyło 28 dzieci z progerią z 16 krajów. W momencie rozpoczęcia testów stanowiły one

75% wszystkich znanych przypadków tej choroby na świecie. Dzieci przyjmowały FTI doustnie dwa razy dziennie, a co cztery miesiące jeździły do Bostonu, aby poddać się kontroli w szpitalu. Okazało się, że zastosowanie inhibitorów transferazy farnezylowej (FTI) znacznie spowolniło postęp progerii, a u dzieci cierpiących na tę chorobę spowodowało zwiększenie masy ciała, poprawę struktury kości, a co najważniejsze to polepszenie funkcjonowania układu krwionośnego. Głównym minusem FTI jest fakt, że nie zatrzymuje on rozwoju progerii, a jedynie zauważalnie spowalnia postęp choroby. Środka pozwalającego wyleczyć chorobę, jak dotąd, nie wynaleziono, nie opracowano nawet testu pozwalającego na wczesne wykrycie choroby. Stosowane obecnie terapie polegają tylko na łagodzeniu niektórych objawów. Pacjenci powinni być pod stałą opieką lekarską ze względu na możliwość wystąpienia problemów z układem krążenia, pojawienia się nowotworów, trudno gojących się owrzodzeń. W terapii progerii ważnym elementem są różnego rodzaju zajęcia ruchowe i → fizjoterapia. Prowadzone przez wykwalifikowanych specjalistów zajęcia mają na celu usprawnienie starzejącego się w bardzo szybkim tempie organizmu. Stwierdzenie progerii jest szokujące nie tylko dla osoby chorej, ale także dla całego jej otoczenia, w szczególności dla najbliższych. Często mija wiele czasu, zanim → rodziny zaczną wykorzystywać czas dany dziecku i razem z nim cieszyć się życiem (il. 1). Znaczna ilość dzieci chorych na progerię znajduje się pod stałą → opieką lekarzy psychologów oraz psychiatrów, gdzie uczą się jak funkcjonować ze swoją chorobą. Spotkania z tego rodzaju specjalistami mają za zadanie uchronić pacjentów chorych na progerię przed popadnięciem w depresję lub inne schorzenia psychiczne. Pomimo braku możliwości leczenia tej choroby, warto zdiagnozować ją wcześnie, choćby po to, by niwelować jej objawy. Bardzo ważną rolę odgrywa przeprowadzenie szczegółowych badań laboratoryjnych, zwłaszcza moczu i krwi. Najczęściej obserwuje się silnie podwyższony poziom trójglicerydów we krwi oraz kwasu hialuronowego w moczu. Szczegółowo oceniana jest także praca serca i przeprowadzane jest badanie radiologiczne kości. Naukowcy szczególnie interesują się progerią, gdyż badania nad tą chorobą mogą ujawnić informacje dotyczące normalnego procesu starzenia (Zych, 2013 a).

AMI

B: Zych, 2013 a.

F: *Tata*, 2009.

N: https://en.wikipedia.org/wiki/Paa…

O: t. 4: zespoły przedwczesnego starzenia się i/lub przyspieszonego starzenia się.

S: karłowatość starcza, patologiczne przedwczesne starzenie się, przedwczesna starość.

TK: ang. *progeria* / *senile nanism*, fr. *progérie* / *nanisme sénile*, hiszp. *progeria*, niem. *vorzeitiges Altern* / *Progerie* / *Progeria* / *seniler Nanismus*, ros. *прогерия* / *нанизм старческий*.

Bibliografia

Zych A. A., *Dziecko z przedwczesnym starzeniem się*, w: B. Cytowska, A. Stawarski (red.)., *Dzieci chore, niepełnosprawne i z utrudnieniami w rozwoju*. Wyd. 2. Kraków 2013.

Filmografia

Tata (tyt. oryginalny: *Paa*). Film fabularny. Reżyseria: Boris Sverlow. Produkcja: Everystory Productions / Rockette Film. Indie, 2009.

Netografia

https://en.wikipedia.org/wiki/Paa_(film)#/media/File:Paaposter.jpg

profilaktyka starzenia się i starości

Patogenetyczny model wyjaśniania zmian zdrowotnych w → starości nie jest w stanie sprostać wyzwaniom, jakie niesie ze sobą globalne starzenie się populacji, co więcej taki punkt widzenia prowadzi do utrwalania w szerokich kręgach społecznych (także wśród lekarzy i polityków społecznych) przekonania, że zmiany w strukturze demograficznej społeczeństw będą wyłącznie źródłem problemów zdrowotnych, ekonomicznych i społecznych. Taki pesymizm jest tyle bezpodstawny, co szkodliwy, gdyż hamuje rozwój efektywnych programów z zakresu polityki społecznej i zdrowotnej (nihilizm terapeutyczny) oraz związanych z nimi świadczeń i usług (zwłaszcza niedostatki w → rehabilitacji i rewitalizacji). Dotychczasowe programy gerontologiczne, ogniskujące swoją uwagę na ogół na patologicznych aspektach starości mają bardzo poważne ograniczenia i nie mogą być w związku z tym skuteczne, bowiem źródło większości → chorób ma długą historię przed wejściem jednostek na ścieżkę → inwolucji. Uwzględniając zróżnicowane tempo, zakres i głębokość zmian w stanie funkcjonalnym układów i narządów starzejącego się ustroju oraz społeczno-ekonomiczne uwarunkowania zdrowia i statusu społecznego → seniorów, a także ich miejsca w społeczeństwie, konieczne są odmienne dla poszczególnych kategorii starzejących się obywateli programy profi-

laktyczne (Kalache, 1999). Programy te stanowić powinny podstawę działań wyprzedzających zdarzenia ryzykowne, chroniące późniejszy status socjozdrowotny jednostki (profilaktyka pierwotna), bądź stabilizujących stan → zdrowia i sprawności seniorów (profilaktyka wtórna) lub przyjmujących postać interwencji w sytuacjach krytycznych (profilaktyka trzeciorzędowa).

Z kolei celem programów promocyjnych na rzecz zdrowej starości jest zrozumienie i upowszechnienie czynników, zjawisk i procesów odpowiedzialnych za krzewienie i utrzymanie zdrowia w skali indywidualnej i grupowej oraz zwrócenie uwagi na wykorzystanie w promocji zdrowia zasobów tkwiących w starzejącej się jednostce i w jej społecznym otoczeniu.

Profilaktyka gerontologiczna pierwotna

Wiele państw europejskich tworzy od wielu lat programy na rzecz rozwijania kompleksowych, inicjowanych we wczesnych fazach rozwojowych działań służących zdrowemu starzeniu się. Problemy związane z budowaniem podstaw zdrowej, satysfakcjonującej starości i zapobieganiem → przedwczesnemu starzeniu się zawarte zostały w propozycjach globalnych i regionalnych działań w programie Światowej Organizacji Zdrowia [WHO] *Polityka zdrowotna dla wszystkich w XXI wieku* (zob. *Zdrowie 21…*, 1998), ustanawiającym po raz pierwszy wartości etyczne (prawa człowieka) podstawą tejże polityki. Głowne hasło programu HEALTH'21 na najbliższe dekady: „zaopiekuj się zdrowiem i czyń to całe → życie", przekładane jest przez wiele państw (głównie bogatszych) na programy na rzecz rozwijania kompleksowych, inicjowanych we wczesnych fazach rozwojowych działań służących **aktywnemu i zdrowemu starzeniu się**. W tymże dokumencie WHO określiła w sposób jednoznaczny cel strategiczny polityki zdrowotnej adresowanej do najstarszej → generacji stanowiąc, że polityka ta powinna: „[…] przygotować jednostki do zdrowego starzenia się poprzez zaplanowane i systematyczne działania służące promocji i ochronie zdrowia przez całe życie. Możliwość samorealizacji w sferze społecznej, edukacyjnej i zawodowej, jak również w aktywności fizycznej poprawia i wzmacnia zdrowie osób starszych, ich poczucie własnej wartości, niezależność oraz ich aktywny wkład w życie zbiorowe. Szczególnego znaczenia nabiera wprowadzanie nowych programów umożliwiających seniorom utrzymanie ich kondycji fizycznej i korygowanie deficytów sensorycznych (wzrok, słuch) i ograniczeń → mobilności oraz zanim doprowadzą one do zależności. Świadczenia zdrowotne w ramach systemu opieki środowiskowej powinny docierać do osób starych z usługami wspierającymi ich codzienne funkcjonowanie. Coraz więcej potrzeb i oczekiwań osób starych wykracza poza mieszkanie, dochód i do tej listy dołącza się inne czynniki wzmacniające ich autonomię i społeczną produktywność".

Programy profilaktyki pierwotnej opierają się na zweryfikowanej w badaniach masowych tezie, że prawidła biologicznego starzenia są dość uniwersalne, a większość jego przejawów jest modyfikowalna. Zdaniem specjalistów wybór → stylu życia gwarantującego **zdrowe starzenie się** powinien obejmować najwcześniejsze fazy rozwojowe człowieka i obejmować: 1) zrównoważone żywienie, zdrową dietę, 2) utrzymywanie adekwatnej do możliwości → aktywności fizycznej, 3) unikanie palenia tytoniu, 4) unikanie nadmiernej konsumpcji alkoholu.

Korekcie stylu życia towarzyszyć powinno tworzenie warunków społecznych (postawy wobec starości, ochrona statusu seniorów itp.) i instytucjonalnych (prawo, polityka, system → wsparcia) sprzyjających aktywności i elastyczności w konfrontacji ze zmianami w otoczeniu, budowaniu poczucia godności oraz zaufania do własnego potencjału, jak również możliwości dokonywania osobistych wyborów w różnych fazach → cyklu życia. [Eksperci zwracają uwagę, by promując koncepcje aktywnego starzenia zachowywać równowagę i ostrożność w wyborze form służących przeciwdziałaniu separacji i → izolacji społecznej osób starszych oraz unikać działań obciążonych „ekstremalnym aktywizmem", który dla części seniorów przekraczać może ich możliwości. Dotyczy to zwłaszcza pracy na → emeryturze i aktywności fizycznej – przyp. aut.].

Adresatem programów zapobiegania → starzeniu się na poziomie profilaktyki pierwotnej jest całe społeczeństwo, zwłaszcza młode pokolenie oraz ludzie w średnim wieku – mają oni osiągnąć większą wrażliwość problemów starzejącej się populacji oraz świadomość wcześniejszych zagrożeń zdrowotnych w starości (tabela 1). Stąd też ważnym składnikiem profilaktyki starości jest → edukacja gerontologiczna całego społeczeństwa (w tym także seniorów), służąca budowaniu wyedukowanych obywateli i tworzeniu nawyku uczącego się stale społeczeństwa, poprzez poszerzanie → edukacji ustawicznej wśród profesji pracujących z osobami starszymi oraz możliwości ich przeszkolenia w zakresie nowych technologii, usług socjalnych i zabezpieczania dochodów w starszym wieku.

Do zadań wpisanych w programy profilaktyki pierwotnej starzenia się i starości należy także organizowanie szkoleń i warsztatów dla dziennikarzy, ogłosze-

niodawców, architektów, pracodawców, pracowników pomocy społecznej i służby zdrowia, ochotników oraz przedstawicieli administracji terenowej na temat skutków starzenia się ludności i możliwości zaspokajania potrzeb tej kategorii mieszkańców społeczności.
Profilaktyką pierwotną jest również poszerzenie oferty edukacyjnej dla seniorów poprzez:
1) uruchomienie nowych miejsc kształcenia w ramach regularnych kursów po niższych stawkach lub bezpłatnie, oraz 2) organizowanie specjalnych kursów dla seniorów na tematy bezpośrednio związane z problemami starzenia się, takich jak dbanie o zdrowie, zabezpieczanie dochodów i zmieniające się wyobrażenia osób starszych. prowadzenie wspólnie z seniorami badań przy opracowywaniu lokalnych planów i programów edukacyjnych adresowanych do ludzi w wieku emerytalnym i ich → rodzin.
Podejmując działania na rzecz profilaktyki pierwotnej starości należy mieć także na uwadze jeden z istotnych jej celów, jakim jest → integracja społeczna starzejących się członków społeczności. Najważniejszymi pojęciami integracji społecznej są: „osobista przemiana" oraz reakcja podstawowych grup. Osobista przemiana jako warunek pełnej integracji osób starszych w społeczności lokalnej wspiera się na takich procesach, jak: wola, poczucie podmiotowości i godności, dążenie do poczucia autentycznej tożsamości. Przyczyniają się one do podejmowania prób samodzielnego poprawienia własnego funkcjonowania oraz inicjowania zmian w sobie jako pożądanej wartości. „Osobista przemiana" opierać się także musi na **zasadach aktywnego życia** osób starzejących się, do których zaliczyć należy (zob. *Zdrowie 21…*, 1998): 1) właściwe postrzeganie swojego wieku,
2) wartości i wzory zachowań najkorzystniej sytuujące osobę starszą w kontekście wyborów życiowych lokujące się w triadzie: samopieka–niezależność–autonomia, 3) wybór – to nauka selekcjonowania spośród dostępnych opcji sposobu i stylu życia, by funkcjonować bez zbędnej nadopiekuńczości i ryzyka zagrożenia, umiejętność wybierania musi być wymagana na bardzo wczesnych etapach socjalizacji i wychowania, 4) konsultację i/lub doradztwo – zwłaszcza dla osób ze zróżnicowanym „tłem kulturowym", osoby starsze powinny wiedzieć, co się planuje i co jest dostępne w sieci wsparcia społecznego (instytucje, organizacje pozarządowe, programy gerontologiczne), w bezpośrednim zapleczu społecznym seniora, 5) partycypację w życiu zbiorowym na poziomie lokalnym i w szerszych zbiorowościach – wyłącznie pełna integracja społeczna gwarantuje równy dostęp i możliwości w życiu społeczności i szerszych kręgów społecznych.
Osobista zmiana nie zachodzi w pustce, a jej podjęcie i utrzymanie zależy od reakcji grup podstawowych na przemianę osobistą (np. rodzina, grupa odniesienia, społeczność lokalna). Podstawowa grupa, w której funkcjonuje osoba starsza może akceptować i wesprzeć osobistą przemianę, jak również blokować i przeciwstawiać się dokonującym się przemianom w samej starzejącej się osobie, jak i działaniom zmierzającym do takiej przemiany. Grupa społeczna w obu wypadkach działa na rzecz utrzymania *status quo*.
Profilaktyka pierwotna nie jest możliwa bez promocji zdrowia, zorientowanej na budowanie i wzmacnianie potencjału zdrowia i umożliwiającej ludziom starszym zwiększenie kontroli nad swym zdrowiem i osiąganie możliwie najwyższego poziomu → dobrostanu psychicznego (Szymborski i współprac., 2014), co w konsekwencji ułatwia jednostkom i/lub grupom identyfikację, kontrolę i rozwiązywanie własnych problemów zdrowotnych oraz skutkuje odwlekaniem i pokonywaniem chorób. Bazą wyjściową dla programów promocyjnych jest tworzenie odpowiednich warunków społecznych, ekonomicznych i gospodarczych korzystnych dla poprawy stanu zdrowia społeczeństwa.
Szczególnego znaczenia w profilaktyce gerontologicznej pierwotnej oraz w programach promocyjnych nabiera adekwatne do potrzeb osoby starzejącej się urządzenie bliższego i dalszego otoczenia, a także ustawowe gwarancje równego z innymi obywatelami udziału w życiu społecznym i dostępu świadczeń i usług, jak również ochrona prawna statusu i warunków życiowych starzejących się.

Profilaktyka gerontologiczna wtórna

Większość chorób trapiących współcześnie ludzi, to przypadłości będące rezultatem wyboru jednostkowego (wiedza, postawy, zachowania: styl życia) i/lub społecznego, zbiorowego (warunki życia – zarówno ubóstwo, jak i nadmiar, stan środowiska naturalnego. organizacja życia społecznego, instytucje zabezpieczenia społecznego – w tym opieka zdrowotna). Przyjmując, że starzenie się to stan niepatologiczny (w odróżnieniu do patologii towarzyszącej starzeniu się, a będącej rezultatem chorób nie związanych bezpośrednio z wiekiem), lecz zagrożony chorobami bezpośrednio związanymi z wiekiem, bądź jako status o wysokiej funkcjonalności z niewielkim ryzykiem chorobowym, niezbędne staje się zróżnicowanie celów programów profilaktycznych adresowanych do grup normalnie i patologicznie starzejących się ludzi (Stuckelberger, 1999, Michaud, 1999, Estes, Linkins, 2000, Albrecht, Verbrugge, 2000).

Badania socjomedyczne wykazały, że model opieki zdrowotnej efektywny w chorobach ostrych nie na wiele przydaje się w zapobieganiu i leczeniu chorób przewlekłych, bowiem coraz więcej elementów konstytutywnych zdrowia i → jakości życia wykracza poza sferę medycyny lokując je w obszarze kultury oraz w warunkach ekonomicznych, a także w ewoluujących celach i strategiach lokalnej, krajowej i międzynarodowej polityki społecznej (w tym zdrowotnej) adresowanej do ludzi starych. Konieczna jest zatem reorientacja samej medycyny i nowe formy przeciwdziałania (→ gerontologia w medycynie oraz medycyna w gerontologii) – nie wystarcza wczesne wykrycie choroby i zapobieganie rozwojowi warunków sprzyjających zachorowaniom (Flanzer, Lash, 2010, Cruz-Jentoft i współprac., 2008), niezbędne staje się przewidywanie i zapobieganie temu co się może przytrafić. To cel **profilaktyki wtórnej** starości, której programy adresowane są do osób starszych z chorobami przyspieszającymi proces starzenia się i/lub prowadzącymi do utraty samodzielności życiowej (tabela 2).

W krajach o bardziej zaawansowanym procesie budowy programów gerontologicznych punktem wyjścia w opracowywaniu programów profilaktyki i prewencji geriatrycznej jest wyraźne zdefiniowanie odmiennych celów takich działań dla osób w wieku 60–75 lat oraz tych, którzy przekroczyli 75. r.ż. (Chernoff, Lipschitz, 1988). Eksperci WHO zalecają, by w odniesieniu do pierwszej z wymienionych kategorii seniorów (do 75. r.ż.) celem działań prewencyjnych było dążenie do: 1)optymalnego przedłużania okresu aktywności we wszystkich wymiarach: biologicznym, psychicznym i społecznym, 2) minimalizowania źródeł zagrożeń prowadzących do → niepełnosprawności i dyskomfortu mającego swe przyczyny w utrzymujących się latami niekorzystnych warunkach bio-psycho-społecznych, 3) inicjowania przygotowań do przejścia emeryturę zanim stanie się ona faktem.

Z kolei strategiczne cele działań profilaktyczno-prewencyjnych adresowanych do osób, które przekroczyły 75. r.ż. obejmować powinny: 1) dążenie do optymalnego przedłużania okresu **rzeczywistej aktywności** i jak najdłuższego zachowania zdolności do niezależnego życia bez konieczności instytucjonalizacji, 2) minimalizowanie bierności i dyskomfortu będących rezultatem przewlekłych stanów chorobowych, 3) zapewnienie warunków dla minimalizowania fizycznego i psychicznego → stresu w przypadku choroby terminalnej – dostarczanie emocjonalnego wsparcia choremu i jego rodzinie (→ opieka paliatywno- hospicyjna).

Tak określonym ogólnym celom prewencji zdrowotnej wtórnej towarzyszyć powinno wiele specjalistycznych i standardowych w wielu krajach świadczeń i usług zdrowotnych w programach → opieki geriatrycznej. Odpowiedzialność jednostek, rodzin i społeczności za własne zdrowie i ochronę przed chorobą nie oznacza zwolnienia instytucji państwa z obowiązku kształtowania warunków życia determinujących jakość życia i poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego, zwłaszcza w tak ważnych sferach, jak: gospodarka, praca, edukacja, żywność i żywienie, sport i rekreacja. Stąd w konstruowaniu programów promocyjno-prewencyjnych i zarządzaniu nimi opierać się trzeba na strategii pozyskiwania nie tylko samych seniorów, lecz także wszystkich możliwych partnerów statutowo zobowiązanych do ochrony zdrowia, a zwłaszcza współdziałania – na poziomie mikro- i makrospołecznym – z potencjalnymi „konkurentami".

Profilaktyka gerontologiczna trzeciorzędowa

Trzeciorzędowa profilaktyka starości obejmuje co prawda to wszystko, co mieści w sobie pojęcie **dobrej opieki geriatrycznej** (Jain, Bhatt, 2010), jednakże i w tej fazie działań prewencyjnych mieszczą się programy pozazdrowotne, takie jak: przeciwdziałanie marginalizacji i → wykluczeniu społecznemu osób starszych z poważnymi problemami zdrowotnymi oraz poważnym ograniczeniem sprawności, a także tworzenie warunków sprzyjających wykonywaniu funkcji opiekuńczych nad osobami z grup wysokiego ryzyka utraty samodzielności życiowej (tabela 3). Do zasobu narzędzi prewencji trzeciorzędowej (częściowo także wtórnej) zalicza się także programy oceny geriatrycznej będące wieloczynnikowym procesem wzbogaconej diagnozy służącej oszacowaniu indywidualnych medycznych, psychospołecznych oraz funkcjonalnych potrzeb i możliwości starzejącej się osoby, na podstawie której przygotowywany i wdrażany jest wszechstronny plan długookresowej terapii i opieki wraz z doradztwem, rehabilitacją i ewentualnym przeniesieniem osoby starszej w bardziej sprzyjające warunki życiowe (Rubenstein, Josephson, 1988). Programy oceny geriatrycznej uznać można za efektywny sposób przełamywania „nihilizmu terapeutycznego", bowiem z badań geriatrów wynika, że w krajach, które takie programy wdrożyły odnotowano istotną poprawę stanu funkcjonalnego osób z grup wysokiego ryzyka choroby i ograniczenia sprawności. Z doniesień badaczy wynika, że wśród korzyści → całościowej oceny geriatrycznej odnotowuje się m.in. (zob. Rubenstein, Josephson, 1988): 1) szybką popra-

Tabela 1. Profilaktyka gerontologiczna I° – adresaci, cele i działania

I. Profilaktyka pierwotna *(Uniwersalna, kreatywna, uprzedzająco-eliminująca)*		
Adresat	**Cel**	**Działania**
Adresaci dwojakiego rodzaju: 1. **Społeczeństwo jako całość** – działania adresowane do wszystkich obywateli, częściowo zróżnicowane (wiek produkcyjny) Plus osoby w wieku przedemerytalnym (50–60 lat)	1. Osiągnięcie większej wrażliwości społecznej i świadomości: A. Prawideł i konsekwencji starzenia się populacji, B. Równych praw osób starych, zwłaszcza prawa do pełnego ich udziału w życiu zbiorowym, C. Zagrożeń dla położenia i roli seniorów, mających swe źródło w środowisku fizycznym i społecznym, infrastrukturze społecznej, ustawodawstwie. 2. Kształtowanie i upowszechnianie zdrowego stylu życia wśród przedstawicieli wszystkich kategorii wieku (promocja zdrowia). 3. Identyfikacja głównych zagrożeń zdrowotnych w populacji i ich źródeł ze szczególnym uwzględnieniem osób w wieku aktywności zawodowej. 4. Podniesienie psychofizycznego potencjału zdrowotnego populacji, zwłaszcza osób w wieku produkcyjnym. 5. Obniżenie rozmiarów chorobowości ogólnej, w tym zwłaszcza chorób przewlekłych. 6. Tworzenie podstaw materialnych zabezpieczenia na starość – redukowanie i/lub eliminowanie nierówności społecznych. 7. Budowanie przestrzeni publicznej dla działań organizacji osób starych. 8. Budowanie infrastruktury i bazy dla społecznego sprzeciwu wobec przejawów dyskryminacji ludzi starych.	1. Budowanie realnego obrazu starości w świadomości społecznej (programy promocyjne dla instytucji wychowawczych, socjalizacja w ramach grup rówieśniczych, działalność organizacji pozarządowych, media, działalność w ramach społeczności parafialnych itp.). 2. Przebudowa struktur i instytucji edukacyjnych oraz rynku pracy umożliwiających kontynuowanie pracy starzejących się pracowników i osób na emeryturze. 3. Rozwój zróżnicowanych tematycznie i kategorialnie (wiek, status, płeć itp.) Form edukacji dorosłych (kształcenie ustawiczne). 4. Prawna ochrona statusu, warunków i jakości życia oraz gwarancje uczestnictwa osób z starszych w życiu społecznym na równi z innymi (ustawodawstwo anty-dyskryminacyjne. Instytucjonalne rzecznictwo seniorów). 5. Upowszechnianie i wdrażanie programów profilaktycznych i promocji zdrowia (choroby przewlekłe, schorzenia upośledzające sprawność. Uzależnienia. Zdrowie w szkole, środowisku *zamieszkania i zakładzie pracy*): A. Ocena i redukcja czynników ryzyka zdrowotnego (ograniczenie i/lub zaniechanie stosowania używek, wykrywanie nadciśnienia, przeciwdziałanie bezczynności i spadkowi kondycji psychofizycznej, szczepienia) B. Modyfikowanie stylu życia (dieta, poradnictwo, aktywny tryb życia, ruch fizyczny itp.) C. Monitorowanie problemów zdrowotnych w populacji (choroby sercowo-naczyniowe, udary, niektóre nowotwory, złe odżywianie, osteoporoza, grypa, choroby pneumokokowe, tężec) D. Zapobieganie wypadkom, urazom i samobójstwom
2. **Ludzie zdrowi w średnim wieku**, lecz zagrożeni przedwczesnym starzeniem się	9. Wypracowanie/wdrożenie procedur szacowania ryzyka zdrowotnego dla poszczególnych kategorii wieku przedemerytalnego (monitoring medyczny, badania przesiewowe/skriningowe, testy wczesnych zmian w stanie zdrowia i sprawności). 10. Redukowanie/usuwanie źródeł zagrożeń i deficytów zdrowotnych (zwłaszcza ryzyka wystąpienia chorób przewlekłych oraz utraty sprawności) – opracowanie i wdrożenie programów ograniczania zagrożeń zdrowotnych występujących w środowisku pracy. 11. Ochrona przed powikłaniami ze strony chorób wieku średniego – opracowanie i wdrożenie systemu badań przesiewowych służących wczesnemu wykrywaniu zmian chorobowych. 12. Zapobieganie starości przedwczesnej i/lub patologicznej	6. Poradnictwo służące zmianie stylu życia i dostarczanie narzędzi temu służących - propagowanie aktywnego wypoczynku i rekreacji, hobby, relaksu, aktywizacji intelektualnej itp. 7. Edukacja służąca: A. Zwiększaniu/utrzymaniu przez obywateli kontroli nad biegiem własnego życia (samokontrola, samoopieka, samopomoc), B. Poszerzaniu rozumienia roli zdrowia psychofizycznego w kolejnych fazach życia człowieka. 8. Opracowanie/wdrożenie programów ograniczania zagrożeń zdrowotnych występujących w środowisku pracy 9. Okresowa kontrola stanu zdrowia (plus samokontrola) – premiowanie profilaktycznych zachowań zdrowotnych osób w średnim wieku (zwłaszcza z grup wysokiego ryzyka zdrowotnego) 10. Edukacja gerontologiczna (przygotowanie do emerytury)

Tabela 2. Profilaktyka gerontologiczna II° – adresaci, cele i działania

II. Profilaktyka wtórna – tzw. ***Wczesna prewencja*** ***(Selektywna, powstrzymująca, objawowo-eliminująca)***		
Adresat	**Cel**	**Działania:**
Ludzie starzy z chorobami: **1.** Przyspieszającymi procesy starzenia się **2.** Prowadzącymi do utraty sprawności i samodzielności życiowej	1. Monitorowanie stanu zdrowia ludności w wieku poprodukcyjnym - obiektywizacja potencjału zdrowotnego i sprawności osób starszych. 2. Wczesne wykrycie/inwentaryzacja chorób, dysfunkcji i ograniczeń sprawności w wymiarze psychofizycznym i społecznym – profile socjomedyczne grup wysokiego ryzyka. 3. Ochrona zdrowia psychicznego - integrowanie opieki zdrowotnej dla osób z problemami zdrowia psychicznego ze świadczeniami systemu wsparcia społecznego. 4. Inwentaryzacja przyczyn i ograniczanie skutków wypadków i urazów w mieszkaniu i poza nim. 5. Inwentaryzacja barier ograniczających funkcjonowanie osób chorujących przewlekle i/lub z uszkodzeniami, dysfunkcjami, deficytami. 6. Ograniczanie skutków lub przeciwdziałanie nawrotom choroby/chorób. 7. Ochrona prawna dostępu seniorów do świadczeń medycznych i wsparcia społecznego – przeciwdziałanie dyskryminacji. 8. Inwentaryzacja położenia społecznego oraz ocena zasobów społecznych i systemu wsparcia seniorów (siła powiązań społecznych). 9. Budowa/uruchomienie systemu poradnictwa i opieki geriatrycznej.	1. Systematyczna ocena stanu zdrowia psychicznego (zwłaszcza badania w kierunku depresji, zaburzeń sfery poznawczej) i somatycznego (zwłaszcza okresowe badania wzroku, słuchu, mammografia dla kobiet, badania przesiewowe w kierunku prostaty wśród mężczyzn) w kolejnych fazach starzenia się jednostki. 2. Pomiar i analiza korelatów bio-psycho-społecznych zaburzeń zdrowia i sprawności seniorów. 3. Opracowanie zróżnicowanych programów i działań zapobiegawczych i aktywizujących przynajmniej dla dwóch kategorii seniorów: A. Osób w wieku 60–74 lat, B. Osób w wieku 75 lat i więcej. 4. Opracowanie/wdrożenie systemu badań przesiewowych służących wykrywaniu wczesnych zmian chorobowych - zwłaszcza w odniesieniu do chorób prowadzących do utraty sprawności. 5. Profilowanie programów zdrowotno-socjalnych dla seniorów z wysokim ryzykiem utraty samodzielności życiowej (*programy terapeutyczne, rehabilitacyjne i rewitalizujące, dostępność pomocy kryzysowej*). 6. Programy wspierające seniorów doświadczających zdarzeń zagrażających zdrowiu i życiu lub długotrwale zmagających się przeciwnościami losu. 7. Programy stymulacji umysłowej (treningi pamięci, programy kompensacyjne deficytów aktywności poznawczej). 8. Przeciwdziałanie nieprawidłowym, nieuzasadnionym decyzjom umieszczania seniorów w placówkach opieki całodobowej. 9. Kształcenie geriatrów, pielęgniarek geriatrycznych, rehabilitantów osób starszych i gerontologów (psychogerontologów, pracowników socjalnych, gerontopedagogów). 10. Edukacja gerontologiczna opiekunów seniorów oraz administracji publicznej.

Tabela 3. Profilaktyka gerontologiczna III° – adresaci, cele i działania

III. Profilaktyka trzeciorzędowa **(*Wskazująca, zachowawczo-powstrzymująca*)**		
Adresat	**Cel**	**Działania:**
Działania adresowane do jednostek z: 1. Zaburzeniami funkcjonalnymi, 2. Chorobami przewlekłymi, 3. Niesprawnością, 4. Objawami zależności psycho-społecznej, 5. Charakteryzujących się bezradnością, 6. Funkcjonujących poza głównym nurtem życia społeczności (*marginalizacja, wykluczenie, izolacja).*	1. <u>W sferze zdrowotnej</u>: A. Zapobieganie wtórnym skutkom chorób i/lub niesprawności (*zapobieganie transformacji niepełnosprawności pierwotnej we wtórną*), B. Wydłużanie okresu rzeczywistej aktywności i zdolności do niezależnego życia, C. Zapobieganie instytucjonalizacji seniorów z ograniczeniem sprawności, D. Zapobieganie hospitalizacji, D. Rozwijanie zróżnicowanych form opieki nad chorymi terminalnie, E. Obniżenie liczby przedwczesnych zgonów 2. <u>W sferze społecznej</u>: A. Obniżenie rozmiarów ryzyka dewiacji i patologii społecznych wśród seniorów, B. Obniżenie liczby zagrożonych wykluczeniem społecznym, marginalizacją i/lub izolacją, C. Wspieranie opiekunów osób z chronicznym/stałym ograniczeniem sprawności.	1. Promowanie/wspieranie/realizowanie programów i działań służących: A. Minimalizowaniu wywołanej przez choroby przewlekłe bierności i dyskomfortu psychofizycznego, B. Ochronie zdrowia i terapii najstarszych spośród seniorów (tzw. *Sędziwych starców*), C. Poszerzaniu dostępności pomocy kryzysowej dla seniorów i ich rodzin/opiekunów, D. Dostarczaniu chorym terminalnie i ich rodzinom/opiekunom wsparcia instytucjonalnego i emocjonalnego. 2. Okresowa kompleksowa ocena geriatryczna (*internistyczna, ortopedyczna, okulistyczna i laryngologiczna, poziomu demencji oraz uzależnień itp.*). 3. Uruchamianie programów służących utrzymywaniu niezależności życiowej, w tym niezbędnego i możliwego do utrzymania poziomu samokontroli i samoopieki. 3. Wizyty patronażowe w gospodarstwach domowych osób poważnie.Chorujących/niepełnosprawnych (priorytet: *gospodarstwa domowe sędziwych starców, zwłaszcza mieszkających w pojedynkę*) 4. Poradnictwo służące przygotowaniu seniorów oraz ich rodzin do życia z chorobą i/lub niesprawnością.

wę diagnostyki (zmniejszenie przypadków niedodiagnozowania), opracowanie kryteriów wieku wejścia do programu oraz przygotowanie racjonalnego planu terapeutycznego (z określeniem optymalnego miejsca leczenia i opieki); 2)
dokumentowanie zmian w stanie funkcjonalnym uczestników programu w czasie umożliwiających m.in. standaryzowanie oraz weryfikowanie narzędzi orzeczniczych i kryteriów oceny; 3) możliwość prowadzenia badań naukowych i opracowywanie mierzalnych wskaźników oceny geriatrycznej oraz narzędzi ewaluacji relacji możliwości–osiągnięcia jednostek biorących udział w programie; 4) możliwość edukacji geriatrycznej (profesje) i gerontologicznej seniorów i ich otoczenia; 5) spadek liczby przepisywanych farmaceutyków; 6) poprawę efektywności pracy placówek i zespołów rehabilitacyjnych z korzyścią dla sprawności i jakości życia seniorów; 7) lepsze rezultaty wśród osób z grup ryzyka lub chorych, niż wśród seniorów w lepszym stanie zdrowia; 8) spadek liczby przeniesień do placówek opieki całodobowej (od 25% do 31%); 9) wydłużenie życia od jednego roku do 3 lat oraz obniżenie współczynników śmiertelności wśród pacjentów żyjących w pojedynkę; 10) najwyższe korzyści terapeutyczne wśród osób hospitalizowanych (10%–15% w stosunku do pacjentów niehospitalizowanych 2%–5%).

Generalizując należy stwierdzić, że kompleksowa ocena geriatryczna jako prewencja trzeciorzędowa częściej przynosi znaczące korzyści osobom starszym znajdującym się „na progu" konieczności instytucjonalizacji, niewłaściwie i/lub niedostatecznie zaopatrzonym medycznie na poziomie opieki podstawowej, wywodzącym się z grup o niższym statusie socjoekonomicznym i z grona osób niekatywnych (nieuwikłanych) społecznie i funkcjonujące w ograniczonej sieci wsparcia społecznego.

Postuluje się, by prewencyjny monitoring medyczno-socjalny w ramach kompleksowej oceny geriatrycznej adresować przede wszystkim lub wyłącznie do osób starszych zależnych, niesamodzielnych, z niepełnosprawnością, zwłaszcza poważnie chorujących. Natomiast starzejące się osoby niezależne i samodzielne życiowo wymagają okresowych ocen i → badań przesiewowych niektórych zagrożeń zdrowotnych. Taka „celowana" opieka nad najstarszym pokoleniem obniży jej koszty i pozwoli na racjonalne wykorzystanie zasobów kadrowych i instytucjonalnych w systemie opieki zdrowotnej.

Instytucje i organizacje wspólnot europejskich zalecają równocześnie, by programy gerontologiczne oferowały osobom starszym wybór form opieki, bądź to w ich własnym domu, bądź w domu krewnych lub przyjaciół, albo jeśli to konieczne lub pożądane w odpowiedniej placówce opiekuńczej.

Wskazane jest także rozbudowywanie zinstytucjonalizowanych systemów wsparcia umożliwiających rodzinom kontynuowanie opieki nad zależnymi od niej osobami starszymi, np. w formie lokalnych, międzyregionalnych i/lub środowiskowych ośrodków pomocy, które odpowiadają na potrzeby edukacyjne, społeczne, rekreacyjne, ekonomiczne, zdrowotne zarówno ludzi młodych, jak i najstarszego pokolenia.

Mimo wielokrotnie przytaczanych w literaturze przedmiotu argumentów przemawiających za promowaniem zdrowia i prewencją zdrowotną nadal najwięcej przeciwników programów profilaktyczno-promocyjnych w ogólności, a profilaktyki starzenia się i starości w szczególności, spotykamy wśród ekonomistów, aczkolwiek krytyków tychże programów spotykamy wśród decydentów różnych szczebli władzy, urzędników instytucji ubezpieczeniowych, pracowników naukowych oraz lekarzy, zwłaszcza silnie przywiązanych do reguł dominującej medycyny naprawczej. W dyskusjach nad tymi zagadnieniami zbyt często nadużywa się formuły tzw. analizy kosztowej, która ma udowodnić, iż prewencja zamiast obniżenia nakładów zwiększa wydatki, które są wyższe niż dotychczas stosowane procedury leczenia.

W debacie publicznej na temat efektywności profilaktyki starości przemilczane są albo pomijane także następujące argumenty ekonomiczne wydłużenia przeciętnego trwania życia i funkcjonowania osób starszych w dobrej kondycji psychofizycznej (Butler, 2005, Goldman i współprac., 2006): 1) większość dyskrecjonalnych rezerw finansowych jest akumulowana przez seniorów, 2) większość prywatnych → transferów międzypokoleniowych biegnie od ludzi starszych do osób młodych, nie zaś odwrotnie, 3) osoby zdrowe w każdej grupie wieku akumulują więcej oszczędności i dóbr inwestycyjnych niż ludzie żyjący po presją choroby, 4) zdrowsi seniorzy posiadają większą zdolność produktywnego angażowania się w życie zbiorowe kontynuując zatrudnienie lub pracując jako wolontariusze, 5) seniorzy o lepszej kondycji psychofizycznej konsumują niewielką w stosunku do ich chorujących rówieśników część świadczeń zdrowotnych.

Ograniczania nakładów na programy promocji i profilaktyki zdrowotnej we wcześniejszych fazach życia powoduje, że z czasem wysycenie potrzeb wymagających interwencji (często bardzo kosztownej, zwłaszcza wśród osób starszych) jest tak duże, że nie starcza od-

wagi politycznej, by przekierować fundusze z leczenia na przeciwdziałanie chorobom i niesprawności.

Wspomniane → bariery utrudniające bądź uniemożliwiające realizację powtarzanej od dziesiątków lat jak mantrę zasady: ***lepiej zapobiegać niż leczyć***, zyskują na ostrości wówczas, gdy proponuje się wdrożenie programów profilaktyczno-promocyjnych adresowanych do ludzi starzejących się. Stan ten rodzi „błędne koło" – ludzie starzy chorują częściej i dłużej niż inni, co w poważnym stopniu obciąża nakłady na świadczenia zdrowotne, a równocześnie nie podejmuje się działań, które mogłyby te koszty obniżyć dzięki zmianie stylu życia i ochronie zdrowia we wcześniejszych fazach życia. Dla równowagi należy dodać, że zwolennicy profilaktyki starzenia się i starości muszą wykazać wysoki poziom dyscypliny i uczciwości intelektualnej, by sprostać pokusie ulegania nadmiernemu optymizmowi w ocenie skuteczności programów profilaktyczno-promocyjnych (zwłaszcza w obliczu kuszących projektów tzw. → medycyny przeciwstarzeniowej (zob. Klatz, Goldman, 2003, Stuckelberger, 2008) i pomijania realnych konsekwencji procesu starzenia się.

Zwolennicy gerontologicznych programów prewencji muszą także wziąć pod uwagę, że uniwersalizm koncepcji profilaktyki i promocji zdrowia nie przekłada się w pełni na zadania adresowane do osób starzejących się, a zatem zadania przed jakimi stają różnią się zdecydowanie od programów profilaktycznych dla ludzi młodych (Kane, 1988).

Poczynione uwagi nie tyle deprecjonują sensowności profilaktyki gerontologicznej, co raczej wzmacniają konieczność poszerzenia badań gerontologicznych na potrzeby praktyki i mobilizowania wszystkich dostępnych zasobów społeczności na rzecz poprawy warunków zdrowotnych i prozdrowotnego stylu życia wszystkich pokoleń, a zwłaszcza diagnozy charakteru i struktury problemów zdrowotnych populacji seniorów i wyznaczenia obszarów zagrożonych dysfunkcjonalnością, jak również określenia potencjału i uruchamiania zasobów na rzecz promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej osób starzejących się (w tym dostępnych środków i projektów w sektorze publicznym i pozarządowym), oszacowania ważności i przyczyn głównych problemów i potrzeb zdrowotnych najstarszego pokolenia oraz ustalania hierarchii i priorytetów w ich rozwiązywaniu także w oparciu o opinie, oczekiwania i potrzeby zgłaszane przez samych seniorów.

Tworzeniu programów prewencyjno-promocyjnych adresowanych do najstarszego pokolenia towarzyszyć powinno wskazanie aktualnych i/lub potencjalnych partnerów tychże projektów w systemach funkcjonalnych na poziomie lokalnym, regionalnym i w centrum (w tym partnerska współpraca z mediami), a także uruchamianie projektów pilotażowych, zwłaszcza dla rozwiązań o charakterze innowacyjnym i eksperymentalnym.

ZW

B: Albrecht, Verbrugge, 2000; Butler, 2005; Chernoff, Lipschitz, 1988; Cruz-Jentoft i współprac., 2008; Estes, Linkins, 2000; Flanzer, Lash, 2010; D. Goldman i współprac., 2006; Kalache, 1999; Kane, 1988; Klatz, R. Goldman, 2003; Michaud, 1999; Rubenstein, Josephson, 1988; Stuckelberger, 2008; Szymborski i współprac., 2014; Woźniak, 2011.

N: Jain, Bhatt, 2010 – Internet: oldagesolutions.blogspot.com/2010…; *Zdrowie 21*…, 1998 – Internet: http://www.parpa.pl/index.php…

O: starość, starzenie się.

TK: am. *aging and old age prophylaxis*, ang**.** *ageing and old age prophylaxis*, fr. *prophylaxie de vieillissement et vieillesse*, hiszp. *profilaxis del envejecimiento y de la vejez*, niem. *Prävention in Alter und Alternprophylaxie*, ros. *профилактика старения и старости*.

Bibliografia

Albrecht G. L., Verbrugge L., *The global emergence of disability*, w: G. Albrecht, R. Fitzpatrick, S. Scrimshaw, *Handbook of social studies in health and medicine*. London 2000.

Butler R., *Do longevity and health generate Wealth?*, w: M. L. Johnson (ed.), *The Cambridge handbook of age and aging*. Cambridge–New York 2005.

Chernoff R., Lipschitz D. (eds.), *Health promotion and disease prevention in the elderly*. New York 1988.

Cruz-Jentoft A. i współprac., *European Silver Paper on the future of health promotion and preventive actions, basic research, and clinical aspects of age-related disease*. "Gerontechnology" 2008; vol. 7 [4].

Estes C. L,, Linkins K. W., *Critical perspectives on healt and aging*, w: G. Albrecht, R. Fitzpatrick, S. Scrimshaw, *Handbook of social studies in health and medicine*. London 2000.

Flanzer S., Lash S., *The role of prevention in an aging and disability*… Washington, DC 2010.

Goldman D. i współprac. *The value of elderly disease prevention*. "Forum for Health Economics & Policy", 2006, vol. 9 [2].

Kalache A., *Active ageing makes the difference*. "Bulletin of the World Health Organization" 1999, vol. 77 [4].

Kane R., *Empiric Approaches to Prevention in the Elderly*: …, w: R. Chernoff, D Lipschitz (eds.), *Health promotion and disease prevention in the elderly*. New York 1988.

Klatz R., Goldman R., *Stopping the clock for youngier, sexier, happier you*. New Jersey 2003.
Michaud C., *The global burden of disease and injuries in 1990*. "International Social Science Journal" 1999, vol. 161.
Rubenstein L., Josephson K., *Geriatric assessment*…, w: R. Chernoff, D Lipschitz (eds.), *Health promotion and disease prevention in the elderly*. New York 1988.
Stuckelberger A., *Anti-ageing medicine…* Zürich 2008.
Szymborski J. i współprac., *Interdyscyplinarna Szkoła Promocji Zdrowia Seniorów*. Warszawa 2014.
Woźniak Z., *Profilaktyka starzenia się i starości – mrzonka czy konieczność?* „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny" 2011, z. 1.

Netografia

Jain A. D., Bhatt A., *Care of the elderly in general practice*…, 2010 – Internet: oldagesolutions.blogspot.com/2010/02/prevention-of-disease-in-elderly.html
Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich, 1998 – Internet: http://www.parpa.pl/index.php/alkohol-w-europie/zdrowie-21-zdrowie-dla-wszystkich-who

R

reumatologia
– to dziedzina medycyny zajmująca się chorobami reumatycznymi (zarówno zapalnymi, jak i niezapalnymi) oraz chorobami kości i stawów, ich rozpoznawaniem i leczeniem. Reumatyzm to pojęcie historyczne, które nie jest już stosowane w terminologii medycznej. Używane jest nadal w języku potocznym, oznaczając obecność różnorodnych dolegliwości kostno-stawowych, od bólu, przez obrzęk i zniekształcenie stawów. W starożytności i wiekach późniejszych, dopóki nie zaczęto rozróżniać poszczególnych jednostek chorobowych, określano nim praktycznie wszystkie objawy stawowe. O zapaleniu stawu mówiono wówczas, jeśli objawom stawowym towarzyszyła gorączka. W Grecji za przyczynę reumatyzmu uważano „napływ zimnego śluzu do stawów". → Hipokrates w bardzo dokładny sposób opisał ostry reumatyzm. Rzymski lekarz → Galen rozróżniał przewlekłe zapalenie stawów od dny (podagry), uczył też, że → artretyzm zajmuje stawy, natomiast reumatyzm w większym stopniu zajmuje miękkie części ciała i narządy wewnętrzne. Żyjący w XV stuleciu → Paracelsus uważał, że wszystkie choroby reumatyczne są chorobami „tartarycznymi" (szkodliwe produkty przemiany materii odkładają się w organizmie tak jak ciemny kamień winny w beczce z winem). Choroby tartaryczne odpowiadają współczesnemu rozumieniu dny moczanowej i gromadzeniu się kryształów kwasu moczowego w stawach. W XIX wieku nastąpił rozwój technik mikroskopowych, zaczęto tłumaczyć zapalenie stawów przyczynami zakaźnymi. Określenie „gorączka reumatyczna" wprowadzono w roku 1808, natomiast termin „reumatoidalne zapalenie stawów" został po raz pierwszy użyty w 1859. W 1904 Ludwig Aschoff (1866–1942) odkrył guzki o charakterze ziarniniaków w mięśniu sercowym. Na początku XX wieku udało się też wyhodować paciorkowce z migdałków osób chorych na zapalenie stawów. Wysunięto hipotezę o nadwrażliwości na zakażenie paciorkowcami, jako przyczynie zapalenia stawów. Na szeroka skalę zastosowano penicylinę w profilaktyce i leczeniu gorączki reumatycznej.
Wyodrębnienie reumatologii jako oddzielnej dziedziny medycyny nastąpiło w okresie dwudziestolecia międzywojennego. W ostatnich latach nastąpił jej dynamiczny rozwój, do którego przyczynił się interdyscyplinarny model badań nad chorobami reumatologicznymi wykorzystujący osiągnięcia immunologii, genetyki, biochemii molekularnej i farmakologii. Wprowadzenie do leczenia leków biologicznych, które są przeciwciałami skierowanymi przeciwko cytokinom prozapalnym, głównie TNF-α, IL-1 i IL-6, spowodowało znaczący postęp w leczenie zapalnych chorób reumatycznych. U 60% osób po 65 r.ż. występują dolegliwości ze strony układu ruchu. Niektóre spośród chorób reumatycznych pojawiają się u osób starszych częściej. Należą do nich → choroba zwyrodnieniowa stawów, dna i pseudodna, → osteoporoza, polimialgia reumatyczna i – obserwowane rzadziej – zapalenie naczyń i indukowany lekami toczeń rumieniowaty.

PKR

B: Puszczewicz, 2011; Zimmermann-Górska, 2008.
O: t. 1: choroba zwyrodnieniowa stawów, t. 5: artroza, balneoterapia, choroby reumatyczne, polimialgia reumatyczna.
TK: ang. *rheumatology*, fr. *rhumatologie*, hiszp. *reumatología*, niem. *Rheumatologie*, ros. *ревматология*.

Bibliografia

Puszczewicz M. (red.), *Reumatologia*. Wyd. 2. Warszawa 2011.
Zimmermann-Górska I. (red.), *Reumatologia kliniczna*. Warszawa 2008, 2 t.

S

Stowarzyszenie Pomocy Osobom Przewlekle Chorym „Ignis”
– zostało utworzone w roku 2014 w Różewie (woj. zachodniopomorskie). Najważniejszym celem tej organizacji społecznej jest pomoc osobom starszym, chorym i ich rodzinom. Do Stowarzyszenia „Ignis” należą m.in. lekarze, pielęgniarki, pracownicy socjalni, policjanci, żołnierze, fizjoterapeuci i ekonomiści. Do Stowarzyszenia codziennie zgłaszają się osoby potrzebujące pomocy. Najczęściej są to ludzie, którzy nie potrafią poradzić sobie z opieką nad bliskimi w środowisku domowym. Niektórzy pacjenci oczekują rozmowy, porady medycznej, specjalistycznego łóżka, a niektórzy interwencji kryzysowej. Ponadto – w ramach działalności statutowej – „Ignis” udziela szerokiego → wsparcia → rodzinom i opiekunom w zakresie: → opieki, pielęgnacji, → rehabilitacji, edukacji zdrowotnej, profilaktyki, samoopieki i informacji na temat rozwiązań instytucjonalnych nad → seniorami, osobami terminalnie chorymi i wymagającymi → opieki długoterminowej. Wszelka pomoc udzielana jest bezpłatnie. Stowarzyszenie nie prowadzi działalności gospodarczej, utrzymując się jedynie ze składek członkowskich oraz darowizn. W 2017 r. Stowarzyszenie otrzymało status Organizacji Pożytku Publicznego.
Współpraca z przedstawicielami samorządu terytorialnego, ośrodkami akademickimi oraz organizacjami pozarządowymi należy do podstawowych form działalności Stowarzyszenia „Ignis”, polegającej na nagłaśnianiu istotnych problemów społecznych dotyczących osób starszych, chorych i ich rodzin. Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom i potrzebom lokalnej ludności, Stowarzyszenie razem z Państwową Wyższą Szkołą Zawodową w Wałczu w 2016 r. rozpoczęło współpracę w zakresie działań zmierzających do utworzenia Akademickiego Domu Opieki nad Osobami Starszymi [ADOOS], który zapewni godne → życie seniorom, poprawiając komfort i → akość życia podopiecznych, poprzez aktywne spędzanie czasu. Tworzony Ośrodek może zapoczątkować nową formę opieki nad osobami starszymi. Nowoczesne podejście do czynności opiekuńczych nad seniorem, musi uwzględniać holistyczną opiekę, ze szczególnym uwzględnieniem aktywności psychofizycznej, poprzez: udział w zajęciach animacyjnych, rehabilitację (zajęcia ruchowe), działania aktywizujące, stały nadzór medyczny i opiekuńczy, a także korzystanie z kaplicy ekumenicznej. „Ignis” pragnie ofiarować osobom będącym w okresie → późnej dorosłości i wszystkim chorym, należny szacunek i serce bez względu na ich wiek, kolor skóry, wyznanie czy → chorobę, jaka ich dotknęła. Stowarzyszenie „Ignis” otwarte jest na wszelką współpracę z podmiotami, które dostrzegają konieczność włączenia się w proces → wsparcia w zakresie przeciwdziałania zagrożeniom życia i tworzenia warunków sprzyjających poprawie kondycji psychoruchowej osób starszych i chorych.
Ludzie starsi są częścią naszej społeczności. Nie można ich usuwać poza margines, traktować jak zużytą i niepotrzebną społeczność wykluczonych. Mamy moralny obowiązek zająć się seniorami i dać im możliwość godnego życia. Pozostawiając ich samym sobie, wydajemy na siebie świadomy wyrok na wykluczenie społeczne. Członkowie Stowarzyszenia „Ignis” zdają sobie sprawę, że spłata zaciągniętego przed laty długu za dar życia, wychowania i opiekę jest niemożliwa, ale ofiarowanie szacunku i dobra ludzkiego seniorom jest możliwe. To nic nie kosztuje, a jak wiele zmienia. Prezesem Zarządu Stowarzyszenia „Ignis” jest Iza Zapalska. Strona internetowa: www.ignisadoos.pl. Adres elektroniczny: iza1403@vp.pl

JGR, IZA

B: Grzebyk, Zapalska, 2017.
N: www.ignisadoos.pl
O: t. 1: choroby przewlekłe.
TK: ang. *Association for Helping Chronically Ill People ‘Ignis’*, fr. *L’Association les Personnes Souffrant de Maladies Chroniques «Ignis»*, hiszp. *Asociación de Enfermos Crónicos ‘Ignis’*, niem. *Verband für Hilfe chronisch-kranke Patienten ‘Ignis’*, ros. *Общество помощи для хронически больных лиц «Обманчивая наджда»*.

Bibliografia

Grzebyk J., Zapalska I., *Znaczenie Stowarzyszenia Pomocy Osobom Przewlekle Chorym „Ignis” w organizowaniu środowiska społecznego*…, w: A. Olejniczuk-Merta (red.), *Innowacje społeczne*… Warszawa 2017.

Netografia

www.ignisadoos.pl

T

terapia poznawcza
– opiera się ona na założeniu, że → emocje i zachowania człowieka są w dużym stopniu zależne od sposobu poznawania świata. Zakłada ona jednocześnie, że zaburzenia czynnościowe są raczej następstwem nieprawidłowości w sferze funkcji poznawczych i myśleniu niż np. procesów emocjonalnych. Z tego względu terapia kognitywna zmierza w kierunku uświadamiania pacjentowi procesów poznawczych i ich prawidłowości, umożliwienia kontaktu z rzeczywistością i zmiany zniekształconych sposobów myślenia oraz błędnych przekonań wynikających z błędnej oceny faktów (Aleksandrowicz, 2000). Terapeuci poznawczy są przekonani, że dzięki przeformułowaniu wadliwych wzorów myślenia u pacjenta można zmienić przyjęty przez niego system wartości oraz dokonań rewizji i zmian w dysfunkcjonalnym zachowaniu. Ważnym elementem pracy terapeutów kognitywnych jest pomoc pacjentom w rozwiązywaniu codziennych spraw stwarzających największe problemy.

Geneza terapii poznawczej. Terapia kognitywna powstała na początku lat 60. ubiegłego stulecia jako efekt prac badawczych Aarona Temkina → Becka nad zaburzeniami depresyjnymi, zmierzających do weryfikacji teorii psychoanalizy Zygmunta Freuda (1856–1939) głoszącej, że depresja powstaje pod wpływem gniewu skierowanego do wewnątrz. Beck w celu sprawdzenia tego przypuszczenia prowadził szereg długotrwałych obserwacji pacjentów z rozpoznaną depresją, analizował ich sny i myśli przy użyciu metod czysto psychoanalitycznych. Ostatecznie nie udało mu się znaleźć śladów gniewu w ich marzeniach sennych i myślach na jawie, lecz zauważył wpływ negatywnego myślenia na jakość spostrzegania. W efekcie po przeprowadzeniu wielu badań klinicznych stworzył poznawczą teorię zaburzeń emocjonalnych oraz kognitywny model terapii depresji.

Założenia teoretyczne. Teoretyczne podstawy terapii poznawczej są oparte na wielu koncepcjach, głównie na trzech teoriach: strukturalnej, fenomenologicznej i psychologii poznawczej. Teoria strukturalna skupia się na hierarchicznej strukturze procesu poznania, dokonując dualnego podziału na pierwotny i wtórny proces myślowy. Teoria fenomenologiczna zakłada, że samoocena i świat własnych przeżyć są głównymi czynnikami decydującymi o preferowanych sposobach zachowań. Psychologia poznawcza podkreśla duże znaczenie poznania (ściślej ogółu psychicznych procesów poznawczych) w przetwarzaniu (elaboracji) informacji i zmianie zachowania (Kratochvil, 2003). Teoretycy terapii poznawczej są zgodni, że przyczyny problemów psychologicznych tkwią w niewłaściwym uczeniu się, w wyciąganiu błędnych wniosków na podstawie fragmentarycznych, zdawkowych lub fałszywych informacji oraz w mieszaniu wyobrażeń z faktami. Polegając na niedorzecznych przesłankach człowiek często tworzy trwałe i trudne do zmiany zasady. Są one oparte na schematach lub złożonych wzorcach myślowych, które decydują o sposobie rozumienia i oceniania codziennych zdarzeń i występują niezależnie od wpływu środowiska. Zasady te mogą być elementami mechanizmu tworzącego dane wejściowe i wzmacniającego główne przekonania, np. człowiek myślący wg schematu „Nic mi nigdy nie wychodzi" lub „Jestem skazany na porażkę" oceni wynik swej pracy negatywnie, nawet jeśli będzie on faktycznie neutralny czy nawet pomyślny. Takie niczym nieuzasadnione myślenie jest podtrzymywane przez błędy w przetwarzaniu informacji (Reinecke, Clark, 2005).

Poznawczy trening mózgu. Zasadniczym celem terapii poznawczej jest poprawa konkretnych cech, zachowań i umiejętności poznawczych, przede wszystkim funkcji wykonawczych dotyczących elastyczności i planowania działań. Dlatego terapię kognitywną traktuje się jako metodę treningu mózgu. W celu wykazania wpływu terapii poznawczej dla pracy mózgu zastosowano metody neuroobrazowania. Vincent Paquette ze współpracownikami udowodnił, że lęk powodowany oglądaniem filmów pokazujących pająki, miał duży związek z pobudzeniem ciała migdałowatego, symetrycznej struktury w układzie limbicznym odpowiedzialnej za powstawanie emocji. Po odbyciu terapii poznawczej (jednej trzygodzinnej sesji grupowej tygodniowo przez cztery tygodnie) oglądanie tych samych obrazów filmowych nie prowadziło już do tak niekorzystnego pobudzenia ośrodków emocji w mózgu i spowodowało wyraźne obniżenie lęku przed pająkami (arachnofobii). Judith Beck, córka Aarona Becka, wyjaśnia to tym, że osoby dorosłe biorące udział w tym eksperymencie potrafiły „wyćwiczyć własne mózgi", czego następstwem było ograniczenie → stresu wyzwalanego przez pająki.

Terapia poznawczo-behawioralna. Specyficznym rodzajem terapii poznawczej jest terapia poznawczo-behawioralna (CBT). Połączenie tych obu uznanych szkół → psychoterapii nastąpiło z myślą o wykorzystaniu tego, co najlepsze w terapii behawioralnej, przy równoczesnym uznaniu dużego znaczenia wewnętrznych procesów poznawczych (spostrzegania, myślenia, wyobrażenia, wiedzy pacjenta) i pobudzeniowych (uczuć, motywów, planów, celów). W tego rodzaju zintegrowanej terapii stosuje się zarówno techniki behawioralne (zwłaszcza desensytyzację, czyli odwrażkiwianie, techniki awersyjne, modelowanie, trening asertywności), jak i procedury terapii poznawczej, a najczęściej: techniki restrukturalizowania poznawczego – stosowane głównie w formie: systematycznego restrukturalizowania racjonalnego, treningu autoinstrukcji Donalda Meichenbauma, terapii racjonalno-emotywnej Alberta Ellisa (1913–2007) oraz terapii poznawczej Becka, a także techniki nastawione na uczenie się umiejętności ułatwiających radzenie sobie z trudnymi sytuacjami (przy użyciu treningu „zaszczepienia stresem" i treningu radzenia sobie), techniki nastawione na uczenie się rozwiązywania problemów (uczenie pacjenta umiejętności koniecznych do pokonywania problemów życiowych: samoobserwacji, planowania własnych działań przez czytelne wyznaczanie celów i metod ich realizacji oraz przewidywanie skutków zachowań, zdolności poszukiwania alternatywnych rozwiązań, umiejętności interpretacji i oceny efektywności tych rozwiązań oraz umiejętności konsekwencji w działaniu lub modyfikacji sposobów radzenia sobie z trudnościami zawsze wtedy, gdy pierwotne rozwiązanie jest traktowane jako niewłaściwe i nieskuteczne (Czabała, 2008).

Terapia poznawcza Becka. Z ogółu procedur poznawczych za najskuteczniejszą uznaje się strategię opracowaną przez Becka, której podstawą jest założenie, że sposób w jaki człowiek spostrzega i interpretuje własne doświadczenia, warunkuje jego nastrój i przyszłe zachowania. Mimo że ta terapia jest nazywana jako kognitywna, w rzeczywistości skupia się na wzajemnym wpływie pięciu elementów: środowiska, biologii, emocji, zachowań oraz myślenia. Negatywne widzenie świata i irracjonalne myślenie wyzwala negatywne odczucia i zachowania. Z tego powodu zmiana sposobu rozumienia świata oraz niedorzecznych myśli stanowi główny cel terapii poznawczej. Pięcioelementowy model leczenia opracowany przez Becka jest zaliczany do pierwszych, w którym dostrzeżono i doceniono olbrzymi wpływ sposobu myślenia na uczucia, zachowania, biologię i spostrzeganie otaczającej rzeczywistości. Beck na podstawie wieloletnich badań wykazał, że zaburzenia w myśleniu często prowadzą do zwiększania i utrwalania zmian nastroju. Stąd wysnuł wniosek, że zmiana przekonań może prowadzić do zmiany sposobów przeżywania (stanów emocjonalnych i uczuć) i zachowania.

Poznawcza teoria depresji. W opracowanej przez Becka poznawczej teorii depresji dominuje pogląd, że silnie utrwalone negatywne przekonania dotyczące niekompetencji bądź poczucia straty (np. „Jestem sam na tym łez padole") w połączeniu z wyolbrzymianiem określonych zjawisk (np. „Życie jest pozbawione sensu, jeśli mam zmagać się z nim w zupełnej samotności") są czynnikami odpowiedzialnymi za powstawanie i utrzymywanie się depresji. Beck sądził, że ten mechanizm jest typowy tylko dla depresji egzogennej, jednak dzisiaj wiadomo, że koncepcja ta jest bardziej uniwersalna i pozwala zrozumieć także inne rodzaje dużej depresji.

Doświadczenia wieku dziecięcego. W modelu poznawczym przyjmuje się, że przyswajanie tzw. dysfunkcjonalnych przekonań podstawowych (nazywanych także głównymi założeniami albo podstawowymi schematami poznawczymi) następuje najczęściej w wyniku doznawanej w dzieciństwie przemocy, krzywdzenia czy zaniedbywania. Terapeuci poznawczy dzielą te główne schematy poznawcze na dwie szeroko rozumiane grupy przekonań, a mianowicie o: 1) byciu niekochanym oraz 2) własnej bezradności. Do pierwszej grupy zaliczają stwierdzenia typu: „Jestem skazany na samotność" lub „Nikt nie pokocha takie dziwaka jak ja". Natomiast w drugiej grupie dominują określenia w rodzaju: „Nic nie potrafię dobrze zrobić" lub „Jestem w sytuacji bez wyjścia".

Dysfunkcjonalne przekonania. Zdaniem Becka pacjenci, którzy uzyskiwali w dzieciństwie negatywne informacje na temat własnej osoby, są bardziej podatni na → depresję [i zaburzenia nastroju]. W normalnych warunkach wspomniane dysfunkcjonalne przekonania podstawowe są uśpione, jednak wskutek ważnych zdarzeń przypominających okoliczności, w jakich powstały te wcześniejsze przekonania, mogą je dość łatwo obudzić i automatycznie uruchomić całą lawinę negatywnych myśli o własnej osobie, np. dorosła kobieta, która jako kilkuletnie dziecko była porzucona przez rodziców, może prawie zupełnie wyrzucić z pamięci swoje przekonanie z dzieciństwa, że jest „kompletnie sama na tym świecie" – aż do chwili, kiedy nagle i boleśnie przypomniał jej o nim żądający rozwodu mąż. Powtarzająca się lub dłuższa ekspozycja właśnie na tego typu myśli może prowadzić do wystą-

pienia organicznych fizycznych objawów zaburzeń depresyjnych. Beck twierdził, że powtórne uaktywnienie szkodliwych przekonań podstawowych może bardzo niekorzystnie wpłynąć zarówno na pozytywne, jak i negatywne funkcjonowanie poznawcze, emocjonalne i behawioralne. Przywołane negatywne informacje (zwłaszcza te otrzymywane w dzieciństwie) mogą bowiem jednocześnie zmniejszyć dostęp do wcześniejszych pozytywnych doświadczeń a ułatwić przypomnienie sobie negatywnych zdarzeń. Kobieta słysząc słowa męża domagającego się rozwodu może nie przywołać naturalnego jeszcze nie tak dawno przekonania: „Moi znajomi o mnie troszczą się". Zarazem może pojawić się szereg nietypowych dla niej – poza stanami depresji – negatywnych treści poznawczych, emocji i zachowań, np. może stawiać innym zbyt wygórowane czy wręcz niemożliwe do spełnienia oczekiwania.

Triada poznawcza. Chociaż terapia kognitywna stosuje sprawdzone i uznane strategie terapeutyczne, to różni się podejścia psychodynamicznego, neuropsychiatrycznego czy behawioralnego. Koncentruje się na tym, jak pacjent widzi siebie, otaczający świat i swoją przyszłość. Elementy te mają bezpośredni udział w sposobach odczuwania, reagowania emocjonalnego i zachowania pacjenta. Wspomniane trzy czynniki – widzenie siebie, świata i przyszłości – nazywane są „triadą poznawczą" i są traktowane jako jedne głównych przyczyn depresji. Obejmuje ona: a) pesymistyczne myśli o sobie typu: „Jestem beznadziejna", „Zawsze muszę coś zepsuć", b) pesymistyczne myśli o świecie i innych ludziach w rodzaju: „Na świecie nie ma sprawiedliwości", „Ludziom nie można wierzyć" i c) pesymistyczne myśli o przyszłości takie, jak: „Zostanę sam", „Nikt mnie nie pokocha" (Aleksandrowicz, 2000). To negatywne nastawienie może ulec zmianie na lepsze, jeśli terapeuta stworzy pacjentowi sprzyjające warunki do poznawania błędów jakich dopuszcza się oceniając świat. Na klinicyście spoczywa bardzo ważne zadanie uzmysłowienia pacjentowi w jak bardzo ograniczony sposób widzi świat, skupiając się tylko na jego ciemnych stronach i tworząc na tej podstawie zbyt uproszczone i uogólnione sądy o sobie samym i doznawanych uczuciach.

Zniekształcenia poznawcze. Dalszym skutkiem uruchamiania negatywnych podstawowych przekonań jest ciągłe błędne czy wręcz irracjonalne ocenianie codziennych sytuacji, tak aby potwierdzały one te szkodliwe przekonania. Terapeuci poznawczy tłumaczą ten patomechanizm następująco: myślenie jest zdominowane przez proces systematycznych zniekształceń poznawczych, które tworzą spójny charakter doznawanych uczuć i ukrytych negatywnych przekonań. Do najczęstszych zniekształceń poznawczych zalicza się:

- **arbitralne wnioskowanie** – wyciąganie wniosków z nieprawdziwych czy nieuzasadnionych przesłanek, np. „Koledzy nie darzą mnie zbytnią sympatią, więc jestem kompletnym zerem";
- **selektywne abstrahowanie** – przecenianie wybranych aspektów sytuacji, a niedostrzeganie innych, np. uczeń czy podwładny któremu dyrektor nie odpowie od razu na „Dzień dobry", wyciąga wniosek: „Znowu mu za coś podpadłem";
- **generalizację lub nadmierną generalizację** – wyciąganie daleko idących, uniwersalnych wniosków na podstawie pojedynczego przykrego doświadczenia czy wyrywkowej informacji, np. ktoś przegrywa w szachy i myśli: „Jak zwykle! **Nigdy** nie udaje mi się niczego wygrać";
- **wyolbrzymianie i minimalizowanie** – sytuacja zostaje zbytnio spotęgowana lub pomniejszona, wyraża się w spolaryzowanych ocenach określonych zdarzeń, okoliczności, cech, za którymi nie stoją rozsądne argumenty, np. gdy żona przesoli ziemniaki stwierdza: „Nie potrafię nawet ugotować tak prostej potrawy";
- **myślenie spolaryzowane i nieelastyczne** – myślenie typu „wszystko albo nic", „albo czarne, albo białe", skrajne postrzeganie siebie i świata, interpretowanie doświadczeń w kategoriach albo zupełnie pozytywnych, albo kompletnie negatywnych, zamiast w kategorii „różnych odcieni szarości", np. „Skoro się kłócimy, musimy się rozstać";
- **katastrofizowanie** – to połączenie przekonania, że w każdej sytuacji bardziej prawdopodobny jest skutek niepokojący czy zły niż ten dobry oraz zbytnio wyolbrzymionego poczucia zagrożenia, np. „Będzie nie tylko fatalnie, będzie bardzo fatalnie";
- **etykietowanie i błędne etykietowanie** – błędy popełnione dawniej mają wpływ na ocenianie własnych umiejętności i sprawności, np. po potknięciach w czasie pisania artykułu początkujący dziennikarz stwierdza: „Jestem pismakiem i gryzipiórkiem", zamiast przyjąć swoje błędy jako naturalne dla wielu adeptów dziennikarstwa;
- **widzenie tunelowe** – dostrzeganie tylko tego, co chce się zobaczyć lub co odpowiada aktualnemu stanowi umysłu, np. szef, który jest przekonany, że podlegli mu pracownicy powinni bez reszty zgadzać się z jego zdaniem może utożsamiać ich inicjatywy i kreatywność z brakiem dyscypliny i samowolą;
- **stronnicze wyjaśnianie** – duża podejrzliwość, którą przejawia się pod wpływem stresu, jeśli bez za-

stanowienia oskarża się kogoś za ukryte, nieczyste intencje, np. przełożony myśli: „Ten pracownik jest do przesadnie grzeczny i usłużny bo liczy na solidną podwyżkę";

- **personalizację** – przekonanie o tym, że jest się obiektem nieprzychylnego traktowania przez innych lub też bezzasadne przypisywanie sobie win, np. córka widząc jak jej matka poprawia po niej porządek w szafie, myśli: „Nie jest ze mnie zadowolona";
- **czytanie w cudzych myślach i jasnowidztwo** – rzekomy dar, dzięki któremu ktoś wie lepiej, co myśli druga strona bez rozmawiania z nią lub rozważania bardziej prawdopodobnych argumentów. Zniekształcenie to prowadzi do obopólnego obwiniania się rozmówców, uważających np.: „On uważa mnie za idiotę";
- **efekt ekspozycji** – skłonność do uznawania czy lubienia rzeczy tylko za to, że są czymś znanym, np. słuchanie przez wiele lat informacji, że rozwiązywanie krzyżówek i jedzenie czarnych jagód służy wzmacnianiu i utrzymaniu zdrowia mózgu, może sprawić, że będziemy do tych doniesień bardziej przekonani, niż rzeczywiście na to zasługują;
- **efekt potwierdzenia (konfirmacji)** – tendencja do uznawania informacji zgodnych z naszymi poglądami, przypuszczeniami czy spostrzeżeniami, np. jeśli ktoś zawsze sądził, że gry komputerowe uczą agresji, przekonanie to może sprawić, że w efekcie będzie to dostrzegał, a w ślad za tym, koncentrował się i zapamiętywał, tylko te informacje, które potwierdzają szkodliwość tego typu gier;
- **efekt świeżości** – skłonność do przypisywania zbytniej wagi najnowszym doniesieniom, a także do ich dłuższego pamiętania. Informacja zdobyta dzisiaj jest uznawana jako prawdziwsza od uzyskanej kilka dni wcześniej, nawet jeśli ta najświeższa jest bardziej powierzchowna.

Świadomość występowania takich zniekształceń poznawczych i uzmysłowienie sobie, jaki mają zgubny wpływ na podejmowane decyzje, może wyraźnie osłabić ich niekorzystne konsekwencje. To jeden z głównych celów dobrze zaplanowanej i przeprowadzonej terapia poznawczej.

Myśli automatyczne. Trzecią grupą czynników powodujących zaburzenia emocjonalne – oprócz triady depresyjnej i zniekształceń poznawczych – są automatyczne negatywne myśli. Zakłócają one dobre samopoczucie i prowadzą do pojawiania się kolejnych podobnych myśli, co w sumie tworzy efekt opadającej spirali myśli-uczucia. Terapeuci poznawczy sądzą, że myśli automatyczne często poprzedzają i powodują emocje, np. kandydata na pracownika w czasie rozmowy kwalifikacyjnej ogarnie lęk i brak wiary w siebie jeśli opanuje go paraliżująca myśl: „Jestem za słaby" lub „Nie mam szans na uzyskanie tej pracy". Nie tylko przewiduje przyszłą porażkę, lecz również ocenia własne możliwości. Ocena przebiega automatycznie i niemal natychmiastowo. W trakcie terapii poznawczej uczy się pacjenta spowalniania myślenia i zarazem zwiększania kontroli nad automatycznymi myślami. Jest to możliwe ponieważ są one dość przejrzyście sformułowanymi zdaniami. Mimo że dla kogoś z zewnątrz tego typu myśli mogą robić wrażenie niedorzecznych czy wręcz dziwacznych, to dla pacjenta, których ich doświadcza wydają się całkowicie racjonalne i zasadne.

Wykazano, że osoby borykające się z lękiem egzaminacyjnego dość często dokonują auto- defetystycznych ocen (ang. *self-defeating-appralsals*), np. uczeń podczas sprawdzianu pisemnego z matematyki widząc jak jego koleżanka z grupy piszących oddaje wcześniej pracę może np. pomyśleć: „Ona tak szybko poradziła sobie z tak trudnymi zadaniami. A mnie idzie jak po grudzie, na pewno nie zaliczę tego sprawdzianu". W czasie pracy terapeutycznej z takim uczniem zachęca się go do innego spojrzenia na tę sytuację: „Koleżanka opuściła wcześniej salę lekcyjną, bo jej nie chciało się jeszcze raz sprawdzić czy dobrze rozwiązała zadania. Jest duża szansa, że zdam sprawdzian. A nawet jeśli tak nie będzie, to koledzy z klasy i nauczyciel nie pomyślą, że jestem od nich głupszy. A nawet jeśli tak pomyślą, wcale to nie znaczy, że mają rację". W terapii poznawczej zmierza się do tego, aby pacjent umiał dostrzec ogarniające go auto-defetystyczne myśli oraz krytycznie je oceniać i zapanować nad nimi, by zredukować lęk.

Przebieg terapii. Terapia poznawcza może być prowadzona zarówno w formie indywidualnych (dualnych), jak grupowych spotkań, trwających od sześciu tygodni do nawet pół roku. Zależy to od rodzaju problemów oraz zaangażowania pacjenta i jego postępów w leczeniu.

Terapeuci poznawczy najpierw zajmują się dysfunkcjonalnymi przekonaniami podstawowymi, a następnie starają się nauczyć pacjenta kwestionowania i racjonalnego oceniania ogarniających go negatywnych myśli automatycznych. W początkowej fazie terapii stosuje się przede wszystkim techniki behawioralne, które mają doprowadzić do poprawy samopoczucia pacjenta oraz stworzyć mu warunki do testowania myśli negatywnych (np. jeżeli uważasz, że jesteś nie-

poradny, sprawdź to przekonanie, wykonując proste czynności, stopniowo zwiększając stopień ich trudności). Po procedurach behawioralnego uaktywnienia następuje faza uczenia się oceniania automatycznych myśli. Polega to na podważaniu dowodów potwierdzających tego rodzaju myśli oraz ustalaniu, czy możliwe są alternatywne, tym razem racjonalniejsze interpretacje sytuacji. Następnie dąży się do zmniejszenia wynikających z tych myśli konsekwencji, jeżeli takie są w istocie, i sprawdza się, co można zrobić jeśli pacjent faktycznie zmaga się z poważnymi problemami. W końcowej fazie praca terapeutyczna skupia się na utrwalaniu uzyskanych zmian i ustrzeżeniu pacjenta przed nawrotem depresji czy innych zaburzeń, a także jeszcze raz sprawdza się podstawowe przekonania.

Skuteczność terapii poznawczej. Duża efektywność psychoterapii poznawczej (kognitywnej) jest przypisywana temu, że w porównaniu z innymi rodzajami oddziaływań psychoterapeutycznych, skupia się na problemach i trudnościami „tu i teraz". Nie koncentruje się na przyczynach problemów dręczących pacjenta, ani na wcześniej pojawiających się dolegliwościach, ale poszukuje sposobów polepszenia stanu świadomości w chwili obecnej. Terapia poznawczo-behawioralna jest bardzo skuteczna w leczeniu poważnych zaburzeń depresyjnych, zaburzeń lękowych, zespołu leku napadowego, → zespołu stresu pourazowego, bulimii, problemów seksualnych oraz problemów behawioralnych u dzieci autystycznych. Natomiast dosyć skuteczna w przypadku → choroby dwubiegunowej, zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego (OCD), anoreksji, nadużywania narkotyków, zespołu hiperkinetycznego(ADHD) czy zaburzeń zachowania i bezsenności.

WS

A: CT (ang.), KT [KT] (ros.).

B: Aleksandrowicz, 2000; Czabała, 2008; Kratochvil, 2003; Reinecke, Clark, 2005; A. Śliwerski, 2016.

O: t. 3: psychoterapia, psychoterapia interpersonalna, psychoterapia kryzysowa.

S: psychoterapia kognitywna, psychoterapia poznawcza, terapia kognitywna

TK: ang. *cognitive therapy* (CT), fr. *thérapie cognitive*, hiszp. *terapia cognitiva*, niem. *kognitive Therapie*, ros. *когнитивная психотерапиия или когнитивная терапия* (KT).

Bibliografia

Aleksandrowicz J., *Psychoterapia*. Warszawa 2000.

Czabała J. Cz., *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa 2008.

Kratochvil S., *Podstawy psychoterapii*. Poznań 2003.

Reinecke M. A., Clark D. A. (red.), *Psychoterapia poznawcza w teorii i praktyce*. Gdańsk 2005.

Śliwerski A., *Trzy generacje terapii poznawczo-behawioralnych…* „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Psychologica" 2016, z. 20.

trening uważności

Termin **uważność** wywodzi się z buddyzmu – chociaż występuje także w innych tradycjach kontemplatywnych, łącznie z judeochrześcijańską – i oznacza kierowanie wytężonej uwagi na to, co zachodzi tu i teraz, z przestrzeganiem postawy akceptacji i otwarcia. To zasada → życia obecną chwilą, bycie świadomym tego, czego doświadcza się właśnie w momencie, gdy tego się doświadcza, i uznawania tego, co się widzi. Daniel Siegel – jeden z czołowych badaczy uważności – określa ją jako przeciwieństwo bezmyślności. Jego zdaniem uważność to umiejętność zatrzymania się na chwilę, zanim pojawi się nasza reakcja. Uważność daje nam miejsce w umyśle, gdzie możemy rozważyć różne warianty działania, a następnie wybrać najkorzystniejszy.

Dla neurobiologów i neuropsychologów uważność ma niewiele wspólnego z religią, duchowością bądź jakimkolwiek rodzajem medytacji. Jest to właściwość, którą w jakiejś mierze ma każdy człowiek, i co najważniejsze – jest ona możliwa do rozwijania na wiele sposobów. Jest to także stan umysłu, który można pobudzać i który staje się cechą człowieka, im częściej on go aktywuje. Uważność jest również bardzo istotna, jeśli chodzi o wydajność człowieka w pracy. Ile razy ktoś idzie za głosem podpowiadającym mu, że musi przestać zajmować się bzdurami (np. oglądaniem głupich seriali czy przeglądaniem plotkarskich portali) i lepiej skupić się na zaplanowaniu następnego dnia, jest to przejaw jego uważności. Kiedy ktoś uzmysławia sobie, że musi się skoncentrować, żeby nie pomylić drogi podczas jazdy samochodem i dojechać punktualnie na spotkanie, jest to oznaka jego uważności. W każdej takiej sytuacji kieruje się uwagę na sygnały płynące z wewnątrz. Umiejętność zauważania tego typu sygnałów to wymóg większego zaangażowania i efektywności w pracy. Wiedza o pracy mózgu to jedna kwestia, trzeba jednak być również świadomym tego, co mózg robi w danym momencie, żeby znajomość jego działania dostarczyła korzyści (Segal, Williams, Teasdale, 2009).

Uważność a → zdrowie. Kirk Brown dostrzegł, że niektórzy pacjenci w czasie rekonwalescencji lepiej wsłuchują się w wewnętrzne sygnały od pozo-

stałych. Pacjenci bardziej świadomi swoich doświadczeń wewnętrznych wyraźnie prędzej dochodzili do zdrowia po ciężkim zabiegu chirurgicznym niż pacjenci ich nieświadomi. Ta świadomość sygnałów płynących z wnętrza człowieka nazywana jest interocepcją, czyli percepcją własnego świata wewnętrznego. Dużą zasługą Browna jest stworzenie narzędzia do pomiaru uważności, a mianowicie Uważnościowej Skali Świadomości Uwagi (ang. *Mindful Awareness Attention Scale* – MAAS) – obecnie jest to powszechnie przyjmowany standard mierzenia codziennej uważności jednostki. Brown uznał, że wszyscy ludzie są zdolni do tego rodzaju świadomości, ale różnią się poziomem uważności. W trakcie prowadzonych przez niego długoletnich → badań podłużnych odnotował, że wynik na skali MAAS u poszczególnych osób ma związek z ich → zdrowiem psychicznym i fizycznym, a nawet z jakością ich relacji z innymi. Na początku myślał, że uzyskane dane są błędne, gdyż wydawało się mało prawdopodobne, żeby wynik na skali MAAS był zależny aż od tylu czynników. Jednak każde kolejne badania to potwierdzają. Badania przeprowadzone przez Jona Kabata-Zinna wykazały, że pacjenci leczący się na choroby skóry powracali do zdrowia dużo szybciej, gdy praktykowali uważność. Natomiast badania zrealizowane przez Marka Williamsa potwierdziły, że ćwiczenie uważności prowadzi do zmniejszenia o 75% ryzyka nawrotów → depresji i zaburzeń nastroju(Williams, Penaman, 2014).

Neurobiologia uważności. Człowiek przychodzi na świat ze zdolnością tworzenia w mózgu wewnętrznych reprezentacji świata zewnętrznego, nazywanych mapami lub też obwodami bądź sieciami. Mapy powstają pod wpływem tego, na co przez pewien czas skupia się uwagę. W mózgu terapeuty będą to setki różnych sesji terapeutycznych, taksówkarz będzie miał w mózgu mapy znajdowania ulic, a nauczyciel będzie miał mapy tego, jak skutecznie kształcić uczniów. Niektóre mapy tworzą się w mózgu także automatycznie, np. mapa zmysłu dotyku czy węchu. Norman Farb i współpracownicy opracowali sposób badania tego, jak człowiek doświadcza każdej następnej chwili własnego życia. Wykazali, że człowiek dysponuje dwoma różnymi sposobami tworzenia relacji ze światem, które oparte są na dwóch odmiennych zestawach map – „sieci stanu spoczynku" i „sieci doświadczenia bezpośredniego".

Sieć stanu spoczynku obejmuje przyśrodkową korę przedczołową i obszary → pamięci, takie jak hipokamp. Jest ona tak nazywana, gdyż aktywuje się, kiedy wokół człowieka dzieje się coś ważnego i gdy myśli o sobie. Odpowiada ona za przetrawianie różnych myśli, planowanie i sny na jawie. Sieć stanu spoczynku pobudza się także wtedy, gdy ktoś myśli o sobie lub o innych i tworzy „narrację". „Narracja" jest tu rozumiana jako określony ciąg zdarzeń dotyczący osób pozostających we wzajemnych kontaktach czy relacjach. Mózg człowieka przechowuje olbrzymią ilość informacji zarówno o jego własnych doświadczeniach, jak i innych osób. Gdy jego sieć spoczynku pobudza się, myśli o swojej przeszłości i przyszłości, a także o wszystkich znanych mu ludziach, łącznie z sobą, i jeszcze o tym, jak ta cała skomplikowana sieć informacji stanowi całość. Farb sieć spoczynku nazywa „obwodem narracyjnym", co zdaje się brzmieć lepiej niż „sieć stanu spoczynku", ponieważ słowo „spoczynek" nieco kłóci się z dynamicznych charakterem uważności. Obwód narracyjny jest aktywny przez większą część → czasu, kiedy człowiek znajduje się na jawie – jego działanie nie zużywa zbyt dużo energii. Obwód ten sam w sobie nie jest niczym ograniczającym czy złym. Istotne jest jednak to, by zadowalać się doświadczaniem świata nie tylko przy użyciu tego jednego obwodu ale korzystać z drugiego obwodu, pozwalającego na uaktywnianie sieci doświadczenia bezpośredniego.

Sieć doświadczenia bezpośredniego. W chwili aktywności sieci doświadczenia bezpośredniego, także inne obszary mózgu stają się bardziej aktywne, a w szczególności wyspa (*insulo*), tzn. część mózgu odpowiadająca za doznania cielesne oraz przedni fragment zakrętu obręczy, czyli rejon mający podstawowe znaczenie w przemieszczaniu uwagi i wykrywaniu pomyłek. Gdy ulega pobudzeniu sieć doświadczenia bezpośredniego, człowiek przestaje myśleć intensywnie o minionych zdarzeniach, przyszłości, o sobie i innych ludziach, i praktycznie niczego w umyśle nie rozważa. Zamiast tego doświadcza napływu informacji docierających do niego w danym momencie poprzez zmysły. Dalsze badania wykazały, że obie te sieci, stanu spoczynku i doświadczenia bezpośredniego, są wzajemnie powiązane. Gdy ktoś skupia uwagę na dochodzącej do niego informacji spada aktywność obwodu narracyjnego. To wyjaśnia, dlaczego w momencie, gdy obwód narracyjny zaczyna się niepokoić i zamartwiać jakąś nadchodzącą stresującą sytuacją, korzystne może okazać się wzięcie głębokiego oddechu i skupienie się na chwili obecnej, na czymś „tu i teraz" (Burch, Penman, 2016).

Informacja o pracy mózgu. Aktywowanie obwodu doświadczenia bezpośredniego sprzyja dostrzeganiu więcej informacji płynących od zmysłów. Te informacje dotyczą także naszego ***ja***: uczuć i myśli, emo-

cji i stanów wewnętrznych. Pobudzając tę sieć, widać dokładniej, co się dzieje w naszym wnętrzu. A jedną z najbardziej cennych informacji, do jakich mamy dzięki temu dostęp, jest informacja o tym, co się dzieje w naszym mózgu, gdy staramy się wykonać konkretne zadania: czy jest on zbyt zmęczony czy przeciążony, by funkcjonować prawidłowo, czy panuje w nim chaos, czy powinien wyłączyć określone obszary, by utorować drogę dla olśnienia. Wszystkie te komunikaty mogą docierać dużo łatwiej, jeśli potrafi się swobodnie uaktywniać sieć doświadczenia bezpośredniego, i co najważniejsze zgodnie z własną wolą.

Praktykowanie uważności. W eksperymencie przeprowadzonym przez Farba i współprac., osoby, które systematycznie ćwiczyły zwracanie uwagi na obwód narracyjny i doświadczania bezpośredniego, np. osoby praktykujące medytację, dokładniej zauważały różnice między tymi obwodami. Były świadome, na jakiej ścieżce znajdują się w danym momencie, i przechodzenie z jednej na drugą pochłaniało u nich mniej energii. Z kolei osoby, które nie doskonaliły się w rozróżnianiu obwodów, zazwyczaj bezwiednie wybierały ścieżkę narracyjną.

Z badań przeprowadzonych przez Browna wynika, że osoby lokujące się wysoko na skali uważności dysponują również większym rozeznaniem co do nieuświadomionych procesów przebiegających w mózgu. Dodatkowo mają większą kontrolę nad swoimi psychicznymi procesami poznawczymi i większą zdolność do świadomego wpływania na to, co czynią i mówią, od osób sytuujących się niżej na skali uważności. Daniel Siegel tłumaczy to tym, że z chwilą osiągnięcia stabilnej i wyostrzonej uwagi skierowanej bezpośrednio na umysł niezaangażowane do tej pory ścieżki aktywowania neuronów zaczynają być wyodrębniane i udrażniane, by później ulegać modyfikacjom. W taki właśnie sposób można wykorzystać tę uwagę do zmiany funkcjonowania mózgu i w końcu jego struktury. Siegel sugeruje tym, że jeśli ktoś umie na życzenie uaktywniać uważność, jest w stanie zdobyć w każdym momencie więcej informacji o własnym stanie wewnętrznym. A dzięki temu potrafi dokonać wyboru, by zmienić to, na czym skupiona jest jego uwaga. Mówiąc prościej, im lepiej ktoś rozumie własny mózg, tym większe ma możliwości, żeby go zmieniać. Im ktoś dokładniej czy wyraźniej zauważa to, czego doświadcza – czy będą to chwilowe problemy z pamięcią, czy wzrost poziomu dopaminy, bo w jego otoczeniu zdarzy się coś nowego, lub to, że potrzebuje czasu, by doznać olśnienia – tym większe ma szanse być kimś bardziej uważnym, zdolnym do skupienia się i obserwowania. Zamiast rozwijać samoświadomość, praktykując medytację, można to uczynić nawet podczas pracy czy codziennych zajęć (Holas, 2016).

Aktywowanie uważności to niezwykle trudne zadanie, przede wszystkim gdy wokół kogoś dużo się dzieje bądź znajduje się pod presją. Są tacy, którzy przez wiele lat, ani razu nie uaktywniają tego obwodu, tkwiąc w potrzasku pochłaniających ich życiowych zajęć. Pobudzanie uważności, gdy jest się w pracy czy w szkole lub innym środowisku, nie jest takie proste. John Teasdale tłumaczy, że uważność to przyzwyczajenie, coś takiego, że kiedy to ktoś wykonuje, zwiększa prawdopodobieństwo, że uzyska oczekiwany przez niego stan, wkładając w to coraz mniej wysiłku. Jego zdaniem tę umiejętność można opanować. To dotarcie do czegoś, co jest człowiekowi dane. Dodaje zarazem, że uważność nie jest trudna; najtrudniej pamiętać, żeby ją praktykować.

Główny problem to jak zapamiętać, by robić z łatwością określoną czynność. Niewątpliwie powinna ona być w ciągłej gotowości w mózgu, powinna być łatwo dostępna, ponieważ jest świeżym doświadczeniem. Jednym ze sprawdzonych sposobów, by móc szybko aktywować uważność, to jak najczęstsze z niej korzystanie. Z wielu badań wynika, że osoby często uaktywniające swoją uważność faktycznie dokonują zmian w strukturze własnego mózgu. Wpływają na pogrubienie pewnych obszarów kory odpowiadające za kontrolę procesu poznania i przemieszczenia uwagi. Nie ma większego znaczenia, co konkretnie wykorzystywane jest do rozwijania czy trenowania uważności. Istotne jest, aby kierować uwagę na bezpośrednim doznaniu i czynić to często. Przydatny jest duży napływ informacji. Prościej skupić uwagę na doznaniu wynikającym z dotykania czegoś całą dłonią niż tylko jednym palcem, bo gdy robimy to całą jej powierzchnią, do mózgu dopływa zdecydowanie więcej bodźców. Można ćwiczyć aktywowanie uważności podczas spożywania posiłku, rozmowy, chodzenia, robienia właściwie czegokolwiek, poza czymś jawnie szkodliwym, np. nadużywanie substancji psychoaktywnych czy picie napojów alkoholowych w upalny letni dzień, bo wówczas strategia ta sprawdza się tylko przez krótką chwilę, a potem uważność znika.

Trenowanie uważności nie wymaga nieruchomego siedzenia i kontrolowania oddechu. Można wypracować własny sposób, możliwie najbardziej zgodny z preferowanym stylem bycia. Można np. wprowadzić kilkunastosekundowy zwyczaj polegający na tym, że przed kolacją wstrzymuje się natłok myśli, koncentruje się na trzech czy pięciu oddechach, a dopiero po-

tem przystępuje się do spożywania posiłku. Uzyskana w ten sposób uważność może sprawić, że ulubione potrawy smakują jeszcze bardziej (Holas, 2016).

Zdolność do szybkiego aktywowania uważności pozwala bardziej panować nad ruchliwością neuronów. Gdy ktoś dzięki niej dostrzeże w czasie rzeczywistym („tu i teraz") jakiś „chaos" w swoim mózgu, może polepszyć własne położenie, werbalizując to doświadczenie, i w efekcie będzie w stanie szybciej identyfikować powracające wzorce swojego zachowania, ilekroć wystąpią. Ta zdolność zwiększy jego umiejętność inicjowania niewielkich zmian. Kiedy umysł wprowadza „tu i teraz" zmiany w pracy mózgu, zwiększają się jego zdolności przystosowawcze i reaguje najbardziej korzystnie na każde stające przed nim wyzwanie.

Efekty terapeutyczne. Neurobiolodzy i neuropsycholodzy twierdzą, że uważność ma niewiele wspólnego z medytacją. Jednak jej specyficzny rodzaj – zwany medytacją uważności – rozumiany jako proces prowadzący do stanu umysłu, który charakteryzuje się nieoceniającą świadomością aktualnych doświadczeń, własnych odczuć, myśli oraz środowiska – sprzyja wzmacnianiu dwóch z kilku głównych funkcji pracy mózgu – jedna dotyczy emocji, a druga uwagi. W starożytnych pracach medytację uważności opisywano jako dostępną dla każdego metodę, która sprzyja zmniejszaniu cierpienia i wspieraniu rozwoju pozytywnych jakości, zwłaszcza mądrości, współczucia i równowagi emocjonalnej. Uprawianie medytacji uważności może rzeczywiście ułatwić wyćwiczenie lepszej kontroli emocji, zwłaszcza tych pojawiających się podczas doznawania → stresu. Jej praktykowanie może także pomóc opanowaniu umiejętności skupiania uwagi, utrzymywania jej na wykonywanej czynności i niedostrzegania dystraktorów (bodźców rozpraszających). W wielu badaniach porównawczych osób uprawiających medytację uważności z osobami jej niepraktykującymi, stwierdzono, że w tej pierwszej grupie procesy dotyczące uwagi przebiegały sprawniej. Trudności w prowadzeniu większości tego typu analiz porównawczych wynikają z tego, że badani z obu grup mogą się różnić pod wieloma względami od samego początku. Efekty dostrzeżone w grupie uprawiającej medytację uważności mogą wynikać właśnie z tych odmienności.

Rezultaty bardziej kontrolowanych badań, w których osoby nie mające doświadczeń z medytacją uważności uczone są tej techniki i porównywane z grupą kontrolną składającą się z osób nie praktykujących takiej medytacji, weryfikują pozytywny wpływ tego rodzaju medytacji na kontrolę uwagi, n. w jednym z badań – przeprowadzonym przez Michaela Posnera i współprac. – losowo przypisano uczestników do grupy objętej treningiem integrującym ciało i umysł (ang. *Integrative Body-Mind Training* – IBMT) lub do grupy, dla której zaplanowano trening relaksacyjny. Te dwa programy były realizowane przez pięć dni, po 20 minut dziennie. IBMT jest techniką medytacji powstałą w Chinach w latach 90. XX wieku. Wskazuje się w niej na zrównoważony stan odprężenia w chwili skupiania uwagi. Kontrola myśli uzyskiwana jest z pomocą trenera i dzięki relaksacji, właściwej postawie, dążeniu do harmonii ciała i umysłu oraz do równowagi. Wyniki tego badania wykazały, że osoby, które odbyły trening IBMT, lepiej radziły sobie z zadaniami mierzącymi uwagę wykonawczą niż osoby z grupy odniesienia. Trening IBMT ułatwił także zmniejszyć stężenie kortyzolu, które wzrosło pod wpływem stresu psychicznego. W roku 2010 ci same badacze powtórzyli badanie, jednocześnie robiąc skany mózgów 45 osób. Trening IBTM spowodował zmiany połączeń nerwowych (synaptycznych) zlokalizowanych w przedniej części zakrętu obręczy – obszaru mózgu mającego duże znaczenie w regulacji emocji i zachowań. Trwający jedenaście godzin trening medytacji okazał się wystarczający, by doprowadzić do zmian w części mózgu odpowiadającej za samoregulację – i ten czas przebiegu ćwiczeń wpisuje się w intensywność efektywnego treningu, wynoszący minimum 10–15 godzin rozwijania określonej funkcji.

W ostatnim czasie wykazano, że program redukowania stresu przy pomocy uważności (amg. *Mindfulness Based Stress Reduction* – MBSR) również powoduje zmiany struktury mózgu. Osoby objęte programem medytowały 30 minut dziennie przez osiem tygodni. Po zakończeniu treningu w mózgach tych osób dostrzeżono zmiany nie występujące w mózgach osób nie uczestniczących w treningu. Istota szara była grubsza w kilku obszarach mózgu odpowiedzialnych za pamięć, uczenie się, empatię i regulację emocji, co dowodzi, że praktykowanie medytacji może wpływać na poprawę skuteczności tych funkcji mózgu (Burch, Penman, 2016).

Skutki treningu uważności. Z badań nad skutecznością treningu uważności wynika, że zarówno u osób zdrowych, jak i cierpiących na choroby psychiczne i psychosomatyczne dochodzi do poprawy dobrostanu psychofizycznego oraz wzrostu pozytywnego nastawienia: otwartości, współczucia, akceptacji i samoświadomości, na co wskazują też teksty psychologii buddyjskiej. Empirycznie także wykazano, że uważność ma związek z zadowoleniem z życia, poczuciem

własnej wartości, zdolnością do samowspółczucia i otwartością na doświadczenia, a więc z cechami utożsamianymi z → dobrostanem psychicznym. Ustalono również, że trening uważności przynosi wiele korzyści dla zdrowia, a w szczególności sprzyja: redukcji stresu i negatywnych stanów wynikających z odczuwania lęku i depresyjności, doznawaniu pozytywnych emocji, normalizacji regulacji zachowania (np. ograniczeniu skłonności do nadużywania substancji psychoaktywnych i nawrotów picia napojów alkoholowych) i zmniejszeniu reaktywności emocjonalnej.

Skuteczność ta potwierdzona jest dziesiątkami badań z udziałem tysięcy osób, które brały udział w trwających osiem tygodni treningach uważności typu MBSR (ang. *Mindfulness-Based Stress Reduction* – Program Redukcji Stresu Oparty na Uważności) i MBCT (ang. *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* – Terapia Poznawcza Oparta na Uważności, która została opracowana w celu przeciwdziałania nawrotom depresji). Metody te mają charakter rozwojowy i terapeutyczny. Stworzono je wspierając się na klasycznych formach medytacji, przystosowanych w dostępnej formie dla osób zapracowanych, zestresowanych i borykających się z różnymi problemami lub cierpiących na wiele dolegliwości typowych dla kultury zachodniej (Segal, Williams, Teasdale, 2009). Aktualny stan wiedzy, w tym także neurobiologicznej, dostarcza przekonujących dowodów na to, że ćwiczenie i praktykowanie uważności ma korzystny wpływa dla zdrowia, przywracania i zachowania równowagi psychicznej oraz dobrych relacji z innymi.

WS

B: Burch, Penman, 2016; Holas, 2016; Segal, Williams, Teasdale, 2009; Siegel, 2011; A. Śliwerski, 2016; Williams, Penman, 2014.

O: t. 5: terapia poznawcza.

TK: ang. *mindfulness training*, fr. *formation d'initiation à la pleine conscience*, hiszp. *entrenamiento en conciencia plena*, niem. *Training der Achtsamkeit*, ros. *тренировка осознанности*.

Bibliografia

Burch V., Penman D., *Mindfulness dla zdrowia*. Warszawa 2016.

Holas P., *Mindfulness – jak być obecnym tu i teraz*. „Newsweek Psychologia" 2016, nr 1.

Segal Z. V., Williams J. M. G., Teasdale J. D., *Terapia poznawcza depresji oparta na uważności.* Kraków 2009.

Siegel R. D., *Uważność*. Warszawa 2011.

Śliwerski A., *Trzy generacje terapii poznawczo-behawioralnych…* „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Psychologica" 2016, z. 20.

Williams M., Penman D., *Mindfulness. Trening uważności*. Warszawa 2014.

Warsztaty Terapii Zajęciowej (WTZ)

– pojawiły się w Polsce w okresie przemian ustrojowych roku 1989. W 2017 r. było w Polsce ok. 700 warsztatów, najczęściej prowadzonych przez organizacje pozarządowe. Zajmowały się → rehabilitacją ponad 26 tys. dorosłych osób. Osoby powyżej 40. r.ż. to 22% uczestniczących w WTZ, w tym 5% to osoby po 50. r.ż. (zob. *Raport Laboratorium Społeczne*, 2014 – http://www.pfron.org.pl…). Finansowaniem tej rehabilitacji zajmuje → Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON), zasilany z wpłat od pracodawców nie zatrudniających określonej liczby niepełnosprawnych. PFRON przekazuje na finansowanie warsztatów ponad 400 mln zł rocznie (dane z 2017). Około 40 mln (czyli 10%) z mocy ustawy dokładają samorządy powiatowe, na terenie których istnieją warsztaty. W przeliczeniu na jednego uczestnika finansowanie WTZ wynosi z budżetu PFRON ok. 16 tys. zł rocznie (od 1 I 2016 r.).

Zmianę ustroju Polski po roku 1989 można zobaczyć też w perspektywie dyskursu dotyczącego → niepełnosprawności. Reformy ówczesnego wicepremiera RP Leszka Balcerowicza starające się niwelować do minimum interwencję państwa musiały jednak uznać konieczność wspierania grup zagrożonych, gdyż w Europie – do której aspirowało tworzące się państwo – obowiązywał przecież dyskurs praw człowieka. Zarządzanie dużą grupą niepełnosprawnych i sporymi środkami finansowymi przeznaczanymi na ten cel wymagało rozwiązań systemowych. Podstawą była Ustawa z 9 V 1991 r. o zatrudnianiu i rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych [uchylona w 1998 – przyp. red.], która odwoływała się do zasady równości szans osób niepełnosprawnych w społeczeństwie oraz potrzeby tworzenia polityki zatrudniania tych osób, mającej na celu rehabilitację zawodową i społeczną. To powołanie się na równość szans miało inny wydźwięk, aniżeli w PRL-owskim socjalizmie, gdzie równość szans była zakładana w ideologii systemu. Obecnie prawo, polityka i związana z nimi ekonomia pokazały dorosłe osoby z niepełnosprawnością intelektualną jako grupę wymagającą interwencji państwa. Dla niepełnosprawnych tracących pracę w realiach gospodarki rynkowej (ograniczenie możliwości konkurencyjnych spółdzielni inwalidów) szansą miał być stworzony PFRON oraz wprowadzenie do systemu rehabilitacji WTZ. W ten sposób miała wyglądać realizacja polityki równych szans.

Ustawa z 9 V 1991 r. – tworząca system rehabilitacji – nosi nazwę: **o zatrudnianiu i rehabilitacji zawodowej** osób niepełnosprawnych, natomiast stworzone przez

tę ustawę warsztaty terapii zajęciowej są tworzone dla osób niepełnosprawnych **całkowicie niezdolnych do pracy zarobkowej**, dla których → terapia zajęciowa jest formą **rehabilitacji społecznej** (art. 23, pkt 2 – podkreślenia moje – przyp. aut.). Można zauważyć tu przykład bardzo dużej niespójności w polityce wobec niepełnosprawnych intelektualnie po roku 1989. Zmianę w tym zakresie można próbować dostrzec w akcie wykonawczym do Ustawy, czyli Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z 8 IX 1992 r. [uchylone w 1998 – przyp. red.]. Wskazane w nim szczegółowe warunki prowadzenia warsztatów korzystają z takiego podstawowego założenia: w warsztacie przebywają osoby z orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy, którym tę zdolność można przywrócić przez rehabilitację w warsztacie i przez to skierować na rynek pracy. Nie jest to jednak powiedziane wprost, gdyż rozporządzenie nie wymienia jako celu warsztatów użyteczności rynkowej wskazując na → integrację społeczną. Można jednak przyjąć, że znika czy też osłabia się paradoks pracy w celu podjęcia pracy z nie nadającymi się do pracy w WTZ.

Nowa Ustawa z 27 VIII 1997 r. ze zmienioną nazwą „o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych" znacznie bardziej precyzyjnie określa zasady i cele tworzenia warunków do aktywizacji niepełnosprawnych, stwierdzając, że w warsztacie terapii zajęciowej stwarza się osobom niepełnosprawnym niezdolnym do podjęcia pracy możliwość rehabilitacji społecznej i zawodowej w zakresie pozyskania lub przywracania **umiejętności niezbędnych do podjęcia zatrudnienia**. Można więc zauważyć zupełnie jednoznaczne wskazanie, że **zatrudnianie osób niepełnosprawnych jest celem**, do którego dochodzi się przez rehabilitację zawodową i społeczną. U źródeł tego → wsparcia nie leżała jako podstawowa zasada humanitaryzmu, praw podstawowych i sprawiedliwości, polegająca na potrzebie pomocy osobom z niepełnosprawnością intelektualną z uwagi na to, że są ludźmi (tak jest w Ustawie z 9 V 1991 r.), lecz rządomyślność neoliberalna (por. Foucault, 2011), której zasadą miała być **użyteczność niepełnosprawnych** wynikająca z prawdy rynku. Celem jest praca niepełnosprawnych, czyli ich użyteczność rynkowa. Potwierdza to Raport z 2004 r. dotyczący funkcjonowania warsztatów zrealizowany na zamówienie PFRON: „w zamyśle ustawodawcy warsztaty terapii zajęciowej, poprzez skuteczną rehabilitację społeczną miały się stać elementem (swoistym narzędziem) rehabilitacji zawodowej". Tak również było też to rozumiane przez władzę kilkanaście lat po tych podstawowych uregulowaniach systemowych. W 2012 r. ówczesny minister Jarosław Duda, pełnomocnik rządu ds. osób niepełnosprawnych, odpowiadając w Sejmie na interpelację poselską w sprawie zwiększenia finansowania warsztatów stwierdził: „Celem prowadzonej w warsztacie rehabilitacji jest **uzyskanie optymalnego efektu jego działania poprzez wprowadzenie uczestnika na rynek pracy**. […] Tymczasem do 2008 r. pracę podjęły 2 032 osoby. **Biorąc pod uwagę prozawodowy charakter funkcjonowania WTZ, wyniki te nie są zadowalające** (*Interpelacja*, 2012 – http://www.sejm.gov.pl…). Brak efektywności zawodowej warsztatów i wynikające z tego niezadowolenie władzy można analizować odwołując się do terminologii Paula Michela → Foucaulta stwierdzając, że władza produkuje niepełnosprawnych uczestników warsztatów po to, by nimi zarządzać w sposób dyscyplinarny. Niepełnosprawny ma się stać uczestnikiem WTZ na krótki, określony → czas – w Rozporządzeniu z 8 IX 1992 r. sugeruje się, że mają to być maksymalnie trzy lata. Ponieważ zaś warsztaty są wprowadzonym do systemu elementem realizacji rehabilitacji można sądzić, że rządomyślność tworząca warunki do powstania warsztatów interesuje się nie pojedynczym uczestnikiem, lecz populacją niepełnosprawnych, z której wyłania się uczestników mających się zachowywać w przewidywalny sposób zgodnie z oczekiwaniami władzy. Można powiedzieć, że władza tworzy uczestnika, a następnie go tłumi (por. Deleuze, 2004): ponieważ chodzi o to, by uczestnicy przestali być uczestnikami. Mielibyśmy więc do czynienia ze stworzoną zewnętrznie i zbiorowo tożsamością uczestników warsztatów, która to tożsamość ma być krótkotrwała. Mówi o tym wprost Ustawa z 27 VIII 1997 r. stwierdzając, że warsztat to placówka umożliwiająca rehabilitację społeczną i zawodową w celu zdobycia umiejętności potrzebnych uczestnikowi do podjęcia zatrudnienia (art.10a). Nie chodzi więc o skonstruowanie tożsamości uczestnika warsztatów, lecz chodzi o to, aby uczestnik przestał być tym kim jest, czyli uczestnikiem. Temu mają służyć określone w ww. ustawie działania sprawdzające postęp w drodze do opuszczenia warsztatów. Po trzech latach powinna zapaść decyzja co do dalszych losów uczestnika. Jego tożsamość jako uczestnika zostanie w pełni skonstruowana wtedy, gdy specjaliści uznają, że może przestać być uczestnikiem. A stanie się to wtedy, gdy uzna się go za zdolnego do pracy. Ogólna zasada funkcjonowania warsztatów polegałaby więc na tym, że mają one podejmować działania prowadzące do selekcji uczestników. Cel pozytywny selekcji to podjęcie pracy. Cel negatywny to opuszcze-

nie warsztatów i umieszczenie nieudanego produktu rehabilitacji w stronę pracy w ośrodku wsparcia, czyli miejscu, gdzie nie ma już szans na osiągnięcie → integracji ze społeczeństwem, która ma polegać na podejmowaniu pracy. Do ośrodka wsparcia idą ci, którzy mają złe rokowania co do możliwości pracy (art.10a, pkt 5.2). Poza warsztatami może być kontynuowana rehabilitacja w stronę uczestnictwa społecznego, które jest definiowane jako pełnienie ról społecznych, samodzielność oraz zaradność życiowa. Pełnienie tego typu uczestnictwa nie interesuje już ustawodawcy, dla którego podstawową formą i celem rehabilitacji jest praca. Patrząc po foucaultowsku, dla władzy takie uczestnictwo społeczne niepełnosprawnych poza pracą istnieje jako nie-praca. Państwo tworzy zatem system, który ma działać, są przekazywane pieniądze na wspieranie zatrudnienia osób ze specjalnymi schorzeniami, a mimo to notuje się tak słabą efektywność tych placówek. Zaplanowano, że niepełnosprawni intelektualnie mają pracować, stworzono warunki do podejmowania pracy, a uczestnicy warsztatów nie pracują. Wniosek jest prosty: system rehabilitacji w warsztatach nie działa, gdyż nie przygotowują one uczestników do pracy. Nie stają się tacy jak inni. W ocenach władzy nie ma odniesienia do uwarunkowań rynkowych, do specyfiki niepełnosprawnych, do ich kwalifikacji i kompetencji nie odpowiadających oczekiwaniom pracodawców. Jest za to wyraźne założenie, które trudno określić inaczej niż ideologiczne: niepełnosprawni mają być użyteczni społecznie poprzez podejmowanie pracy. Tego typu założenia znajdują się również w informacji Najwyższej Izby Kontroli stwierdzającej, że głównym celem WTZ jest rehabilitacja zawodowa (*Raport NIK*, 2012) a problemem jest brak jasnych procedur dotyczących oceny programu rehabilitacji w WTZ oraz konstruowanie tych indywidualnych programów niezgodnie z procedurami zawartymi w rozporządzeniach. Niedoskonałości warsztatów to jest efekt braku skutecznej kontroli ze strony instytucji nadzorczych.

Z perspektywy filozoficznej mamy do czynienia z warunkami konstruowania tożsamości zbiorowej i techniką panoptykonu, czyli narzucaniem dowolnych zachowań dowolnej liczbie indywiduów stanowiących unormowaną zbiorowość (Deleuze, 2004). Być może szokujące dla rządomyślności ustanawiającej warsztaty było to, że system skonstruowano w dużej mierze dla osób z niepełnosprawnością intelektualną, więc wyznaczona im droga w stronę użyteczności powinna być realizowana bez przeszkód. Ci, którzy mają ograniczone możliwości poznawcze powinni raczej bez problemu dać się porwać systemowi. Z ich strony nie powinno być oporu. Więc jeżeli wszystko nie działa tak, jak było zaplanowane, trzeba poszukać przeszkód wewnątrz urządzenia mającego prowadzić do użyteczności, a więc przyjrzeć się funkcjonowaniu warsztatów. Próbę nowego spojrzenia można dostrzec w realizacji rządowego programu „Za życiem" (Ustawa z 4 XI 2016 r.) oraz nowelizacji ustawy o rehabilitacji. Jej projekt z 29 IX 2017 r. mówi, że należy organizować wsparcie byłych uczestników warsztatów terapii zajęciowej w utrzymaniu samodzielności i niezależności w → życiu społecznym i zawodowym, poprzez utworzenie klubu działającego przy WTZ (zob. Projekt…, 2017 – Internet: https://www.mpips.gov.pl/bip/projekty…). Zwraca się uwagę na specyficzne trudności osób niepełnosprawnych intelektualnie na rynku pracy, mówi się o wprowadzeniu instytucji trenera pracy mającego pomagać w utrzymaniu się niepełnosprawnemu na rynku pracy, a zadaniem warsztatów ma być, obok przygotowania uczestników do podjęcia zatrudnienia, także umożliwianie im aktywnego uczestnictwa społecznego i samodzielności. Równocześnie podkreśla się konieczność standaryzowanych i planowanych działań rehabilitacyjnych w warsztacie, a także postuluje konieczność większego nadzoru zewnętrznego na systemem pracy warsztatów poprzez tworzenie list kandydatów na uczestników w nadzorujących placówki jednostkach samorządowych. Wystandaryzowanie systemu ma być panaceum na → jakość życia dorosłych osób niepełnosprawnych intelektualnie.

WA

A: OTW (ang.), WTZ (pol.).

B: Deleuze, 2004; Foucault, 2011; *Raport NIK*, 2012.

D: Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z 8 IX 1997 r.; Ustawa z 9 V 1991 r.; Ustawa z 27 VIII 1997 r.

N: *Interpelacja*, 2012 – http://www.sejm.gov.pl…; Projekt ustawy…, 2017 –

Raport Laboratorium Społeczne, 2014 – http://www.pfron.org.pl…

O: t. 2: niepełnosprawność, t. 3: rehabilitacja, t. 5: niepełnosprawność a zdolność do pracy, praca chroniona, praca osób niepełnosprawnych.

TK: ang. *Occupational Therapy Workshops* [OTW], fr. *les ateliers d'ergothérapie*, hiszp. *talleres de terapia occupational*, niem. *Ergotherapie-Werkstätten*, ros. *рабочие совещания трудовой терапии* / *рабочие совещания эрготерапии*.

Bibliografia

Deleuze G., *Foucault.* Wrocław 2004.

Foucault M., *Narodziny biopolityki*. Warszawa 2011.

Raport NIK. Działalność i finansowanie Warsztatów Terapii Zajęciowej w województwie wielkopolskim… Warszawa 2012.

Druki i/lub dokumenty urzędowe

Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z 8 IX 1997 r. w sprawie zasad tworzenia, działania i finansowania warsztatów terapii zajęciowej. Dz.U. Nr 71 z 1992 r., poz. 357.

Ustawa z 9 V 1991 r. o zatrudnianiu i rehabilitacji zawodowej osób niepełnosprawnych. Dz.U. Nr 46 z 1991 r., poz. 201.

Ustawa z 27 VIII 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Dz.U. Nr 123 z 1997 r., poz. 776.

Ustawa z 4 XI 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem". Dz.U. z 2016 r., poz. 1860.

Netografia

Interpelacja, 2012 – http://www.sejm.gov.pl/Sejm7.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=31676818

Projekt ustawy o zmianie ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz niektórych innych ustaw z 29 IX 2017 r. – Internet: https://www.mpips.gov.pl/bip/projekty-aktow-prawnych/projekty-ustaw/osoby-niepelnosprawne/projekt-ustawy-o-rehabilitacji-zawodowej-i-spolecznej-oraz-o-zatrudnianiu-osob-niepelnosprawnych-oraz-niektorych-innych-ustaw/

Raport Laboratorium Społeczne, 2014 – http://www.pfron.org.pl/pl/publikacje/badania-i-analizy-pfro/77,Badania-i-analizy-PFRON.html

wodogłowie starcze

Problem wodogłowia znany jest medycynie od czasów starożytnych. Już → Hipokrates próbował je leczyć poprzez odbarczenie komór mózgu. Do połowy XX stulecia uznawano wodogłowie za nieuleczalną → chorobę, która w konsekwencji prowadziła do ciężkiego → kalectwa, a nawet do → śmierci. Wodogłowie może występować jako wyizolowana patologia mózgu lub jako objaw w różnych chorobach ośrodkowego układu nerwowego (OUN), jednak w każdym przypadku jest → chorobą przewlekłą. Termin „wodogłowie" (łac. *hydrocephalus*) pochodzi od starogreckich słów *ὕδωρ* [hydor] – woda) i *κεφαλή* [kefale] – głowa. Oznacza nadmierne gromadzenie się płynu mózgowo-rdzeniowego (PMR) w drogach płynowych mózgu, do których zalicza się cztery komory mózgu i przestrzeń podpajęczynówkową. Produkcja płynu odbywa się w splocie naczyniówkowym komór. Przepływa on wąskimi kanałami z komór bocznych do komory III i dalej, przez wodociąg mózgu, do komory IV. W niej miesza się z płynem wytwarzanym przez splot naczyniówkowy komory IV i przepływa dalej do zbiornika móżdżkowo-rdzeniowego jamy podpajęczynówkowej rdzenia kręgowego, móżdżku i mózgu. Zadaniem PMR jest odżywienie neuronów, amortyzowanie tkanki mózgowej i rdzenia kręgowego przed urazami oraz wyrównywanie ciśnienia panującego w czaszce. Jest on produkowany w ilości ok. 0,3 ml/min (dziennie ok. 50 ml u dzieci i 130 ml u dorosłych) i w całości powinien być w tym czasie asymilowany przez krwiobieg. Istotą wodogłowia jest zaburzenie równowagi pomiędzy produkcją płynu a jego wchłanianiem lub istnieniem przeszkody blokującej odpływ PMR i jego kumulację w splotach mózgowych (łac. *oclusivus*). Utrudniony odpływ płynu może być spowodowany zrostami powstałymi w następstwie wylewów krwawych, urazami mechanicznymi, krwiakami, wadami wrodzonymi, procesami zapalnymi i nowotworowymi. Rzadszą przyczyną wodogłowia jest nadmierna produkcja PMR, która dotyczy głównie noworodków. Zjawisko to powoduje nadmierne powiększenie komór oraz nabrzmienie mózgu, co w rezultacie daje objawy neurologiczne i psychosomatyczne. W rezultacie u małych dzieci, gdzie nie doszło jeszcze do całkowitego zrośnięcia się kości czaszki, dochodzi do powiększenia obwodu głowy, a w przypadku starszych pacjentów, z całkowitym zrośnięciem kości, następuje nacisk na otaczające tkanki i ich atrofia. Ostatnim powodem wodogłowia może być niewłaściwe wchłanianie płynu do zatoki strzałkowej górnej. Przyczyną tej formy choroby są zapalenia i zarośnięcia ziarnistości pajęczynówki, przestrzeni podpajęczynówkowej, zakrzepica lub inne zmiany pojawiające się w zatoce strzałkowej górnej.

Wodogłowie można podzielić na wrodzone i nabyte. Pierwsze z nich powstaje w trakcie → życia płodowego, ujawnia do ok. 3. miesiąca życia, a jego przyczyny nie są do końca poznane. Drugie może pojawić się w każdym wieku i dotyczy głównie tzw. młodszych starszych osób (ok. 60. r.ż.) lub tych, które doznały urazu czaszki, mają stwierdzony nowotwór mózgu, krwawienie wewnątrzczaszkowe czy zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. W związku z tym wyróżnia się **wodogłowie**: 1) **starcze** – wiążące się ze starczym zanikiem tkanki mózgowej; 2) **towarzyszące nowotworom mózgu** – występuje przy guzach położonych w obrębie lub w bliskim sąsiedztwie układu komorowego; 3) **pokrwotoczne** – następstwo krwawienia do układu komorowego mózgu lub przestrzeni podpajeczynówkowej; 4) **pozapalne** – następstwo przebytego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych najczęściej o podłożu bakteryjnym.

Z uwagi na niespecyficzne objawy rozpoznanie wodogłowia u osób w → wieku podeszłym jest trudne. Jest to spowodowane występowaniem u → seniorów wielu innych chorób związanych ze → starzeniem się organizmu i mających podobne symptomy (np. → choroba Alzheiera, → choroba Parkinsona, inne odmiany → otępienia). Jednocześnie postawienie prawidłowej diagnozy jest istotne ze względu na możliwość leczenia wodogłowia i potencjalną odwracalność jego skutków przy wczesnym rozpoznaniu choroby. Często wodogłowie starcze rozpoznaje się po nienaturalnie przyśpieszonym tempie, w jakim pacjent wydaje się starzeć. Zazwyczaj pojawienie się wodogłowia jest związane ze wzrostem ciśnienia wewnątrzczaszkowego (wodogłowie niekomunikujące) i objawia się u pacjenta np. bólami i zawrotami głowy, zaburzeniami świadomości, a także → pamięci i orientacji, jak również objawami ze strony układu pokarmowego – nudności, wymioty, krwionośnego – wzrost ciśnienia tętniczego, zwolnienie akcji serca i/lub układu oddechowego – przyspieszenie oddechu. Ponieważ podstawowe funkcje życiowe są kontrolowane z pnia mózgu wysokie ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego może spowodować znaczny nacisk na ten pień i w rezultacie doprowadzić do zakłócenia, a nawet zatrzymania akcji serca czy pracy płuc. Zdarza się jednak, szczególnie w przypadku seniorów, że nadmierne nagromadzenie się płynu mózgowo-rdzeniowego nie powoduje wzrostu ciśnienia wewnątrzczaszkowego (wodogłowie komunikujące, normotensyjne lub normociśnieniowe (łac. *hydrocephalus communicans*). Ten rodzaj wodogłowia został po raz pierwszy opisany w 1965r. przez Salomóna Hakima (1922–2011) i Raymonda Delacy'ego Adamsa (1911–2008). Od nazwisk badaczy powstała jego alternatywna nazwa – zespół Hakima lub zespół Hakima-Adamsa. Wodogłowie normotensyjne jest potencjalnie odwracalną przyczyną otępienia i cechuje się charakterystyczną triadą objawów (triada Hakima). W jej skład wchodzi stopniowo narastające, zwykle o niewielkim nasileniu otępienie, zaburzenia chodu oraz nietrzymanie moczu. Przy czym w pierwszej kolejności występują zaburzenia chodu. Senior stawia drobne kroki, pociąga nogami, mogą pojawić się: ataksja, niedowład spastyczny kończyn dolnych, przymrożenie ruchu, → upadki [w podeszłym wieku], tzw. chód „magnetyczny" (niemożność odłączenia stóp od podłoża) oraz → zaburzenia równowagi, które wynikają z zaburzeń postawy i skutkują upadkami. Objawom tym towarzyszy stopniowo narastające otępienie, czasami apatia lub → depresja [i zaburzenia nastroju]. Dodatkowo senior zaczyna mieć problemy z utrzymaniem moczu, co może przybierać postać tzw. parcia naglącego lub częstomoczu. W wodogłowiu występującym u osób w podeszłym wieku, na początku, objawy ogólne są dyskretne i przebiegają pod postacią → zmęczenia, ospałości lub nadmiernej pobudliwości, omdleń, utrudnionego kontaktu z otoczeniem, podwyższonego krytycyzmu wobec siebie czy zaburzeń pamięci. Z czasem objawy się nasilają i przybierają postać: otępienia, tzw. efektu zachodzącego słońca (ang. *sunset eye sign*), objawu Parinauda – pacjent nie jest w stanie podnieść gałek ocznych ku górze, zaburzeń widzenia, aż do całkowitej utraty wzroku, spowodowanych zniszczeniem nerwu wzrokowego, zaburzeń koordynacji wzrokowo-ruchowej, zaburzeń spostrzegania przestrzennego i wyobraźni przestrzennej, poszerzonych żył na skórze głowy, objawu Macewena (opukiwanie głowy daje głośniejszy opuk jawny, związany z gromadzeniem się płynu mózgowo-rdzeniowego), → zaburzeń chodu (ataksja), zaburzeń w koordynacji ruchów, obniżonej sprawności manualnej, zaburzeń praksji, zaburzeń mowy i przełykania, oraz → inkontynencji (zaburzeń zwieraczy, głównie nietrzymanie moczu).

Podstawą postawienia diagnozy wodogłowia jest zebranie szczegółowego wywiadu od pacjenta i jego rodziny. Wykonywane są także testy pomagające określić stan psychiczny i możliwości intelektualne chorego. Najskuteczniejszą metodą diagnozowania wodogłowia jest jednak przezczaszkowa ultrasonografia [USG], która pozwala sprawdzić, czy w komorach nie gromadzi się w nadmiernych ilościach PMR. Ważnym badaniem jest pomiar ciśnienia w komorach i kanale kręgowym. Sytuacja, w której u pacjenta wartości ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego są określane jako wysokie prawidłowe (155 mmH_2O), a jednocześnie nastąpi poprawa kliniczna po upuszczeniu ≥30 ml płynu (tzw. test Fishera) przemawia za rozpoznaniem wodogłowia starczego. Rokowanie będzie korzystne jeśli u seniora przeprowadzi się zabieg z założeniem zastawki komorowo-otrzewnowej. Dodatkowym badaniem, jakie należy przeprowadzić jest tomografia komputerowa [TK] mózgu. Potwierdzeniem diagnozy wodogłowia będzie uwidocznione w badaniu poszerzenie światła komór bez oznak zaników splotu naczyniówkowego. Zmiany będą widoczne także w rezonansie magnetycznym głowy [MR], gdzie można zaobserwować poszerzenie układu komorowego i wodociągu mózgu oraz nasiąkanie wysiółki komór przez PMR. Diagnostyka może być uzupełniona przez cysternografię (ocena przepływu płynu mózgowo rdzeniowego) oraz badanie okulistyczne (dno oka).

Niektóre formy wodogłowia nie wymagają leczenia, inne mogą być tymczasowe. Jednak w większości przypadków wodogłowie powinno być leczone operacyjnie, poprzez usuniecie przeszkody blokującej przepływ lub założenie wewnętrznego/zewnętrznego drenażu płynu. Jeżeli krążenie PMR jest utrudnione (np. guz mózgu) obecnie najczęściej stosuje się endoskopową wentrikulocysternostomię, dzięki której tworzy się krótszą drogę (dodatkowy kanał) dla płynu, łącząc III komorę mózgu z podpajęczynówką. Zabieg ten umożliwia ominięcie powstałych przeszkód blokujących przepływ płynu i tym samym wywołujących wodogłowie. Inną metodą leczenia jest założenie drenażu zewnętrznego lub podskórne wszczepienie tzw. zbiornika Rickhama połączonego z układem komorowym.

Przełomem w leczeniu wodogłowia stało się skonstruowanie w latach 50. XX wieku pierwszych układów zastawkowych. Zakłada się je w trakcie zabiegu operacyjnego, który polega na uzyskaniu dostępu do opony twardej. Powstałym otworem wprowadza się dren, który ma za zadanie odebrać nadmiar płynu. Następnie pod skórą umieszcza się specjalnie skonstruowane urządzenie mechaniczne nazywane potocznie zastawką. W jej skład wchodzi system drenów i zaworów, które kontrolują szybkość odprowadzania nadmiaru płynu i zapobiegają jego cofaniu się. Górna część urządzenia jest umieszczana w komorze mózgu, a dolna w komorze serca, jamie brzusznej lub zewnętrznej wyściółce płuc, gdzie płyn asymiluje się do krwioobiegu. W większości przypadków zastawki zakłada się pacjentom na całe życie. W niektórych sytuacjach może być konieczne dokonanie ich przebudowy. Ich założenie nie leczy jednak choroby, a jedynie, poprzez odprowadzanie nadmiaru PMR i kontrolę jego ciśnienia, nie dopuszcza do pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta. Jeśli do czasu interwencji chirurgicznej nastąpiło uszkodzenie struktur mózgu to zmiany te są nieodwracalne. Powikłaniami opisywanego zabiegu mogą być infekcje (blokada drenu), uszkodzenia mechaniczne lub blokada zastawki, co wymaga natychmiastowej konsultacji z lekarzem i najczęściej wiąże się z koniecznością przeprowadzenia operacji. Opisane nieprawidłowości stwierdza się zazwyczaj po zachowaniu pacjenta, u którego mogą pojawić się takie niepokojące objawy, jak: bóle głowy, nudności, wymioty, zmiany zachowania, senność, utrata apetytu, napady padaczkowe, zaburzenia świadomości łącznie z jej całkowitą utratą, zaburzenia widzenia, problemy z utrzymaniem równowagi, niepokój, drażliwość oraz senność. Dodatkowo może wystąpić niekiedy bardzo wysoka gorączka, na skórze wzdłuż przebiegu mechanizmu zastawki i drenu obwodowego zaczerwienienie i obrzęk, a nawet wyciek płynu lub wydzieliny ropnej. Mimo wymienionych zagrożeń związanych z zabiegiem jego przeprowadzenie jest konieczne, ponieważ odstąpienie od niego może się dla seniora skończyć poważnymi, często nieodwracalnymi następstwami, łącznie z obumieraniem tkanki mózgowej, jako następstwem jej niedotlenienia. Osoba starsza z wodogłowiem, u której wykona się operację z wszczepieniem układu zastawkowego ma szansę na prawidłowe funkcjonowanie, nie zagrożone dalszym pogorszeniem stanu → zdrowia. U osób w podeszłym wieku założenie zastawki daje poprawę i stopniowe ustępowanie objawów, co jest widoczne pod postacią sprawniejszej pamięci seniora, jego lepszego chodu i wycofywania się zaburzeń neurologicznych, co może mieć miejsce nawet ok. 2 tygodni po zabiegu.

IW i ZWR

A: HCA (hiszp.).

N: http://neuropsychologia.org…

O: t. 1: choroba Alzheimera, choroba Parkinsona, choroby wieku podeszłego, t. 2: otępienie.

S: hydrocefalia starcza, wodomózgowie starcze,

TK: ang. *senile hydrocephalus*, fr. *l'hydrocéphalie chronique de la personne âgée*, hiszp. *la hidrocefalia crónica del adulto* [HCA], niem. *senile Hydrocephalus*, ros. *водянка головного мозга у пожилых людей* / *старческая гидроцефаалия*.

Netografia

http://neuropsychologia.org/zespol-hakima

Z

zaburzenia komunikacji w podeszłym wieku
→ Komunikacja, która jest jednym z podstawowych procesów społecznych, u osób w → wieku podeszłym odgrywa szczególnie istotną rolę. Buduje poczucie przynależność i wpływu na innych, umożliwia wymianę myśli i współdziałanie. Stanowi także źródło informacji o świecie i sobie samym (Szkolak, 2011). Jest warunkiem efektywnego zaspokojenia potrzeb i prawidłowej → adaptacji osoby starszej.

Błędy i trudności językowe w podeszłym wieku
Narzędziem komunikacji jest język, w obrębie którego u ludzi starszych może następować wiele zmian. W porównaniu z osobami młodymi, u ludzi starszych obserwuje się odmienne sposoby realizacji funkcji językowo-komunikacyjnych w sferze leksykalnej, syntaktycznej, fonologicznej i semantycznej (Bernardes i współprac., 2017, Pluta-Wojciechowska, 2014). Proces wyszukiwania właściwych słów i nazywania przebiega wolniej, co związane z ogólnym wydłużeniem czasów reakcji (Skalska, 2011). Podczas nazywania zaczynają pojawiać się błędy i wzrasta częstość użycia sformułowań nieokreślonych (MacKay i współprac., 2002). Osoby starsze częściej niż młode doświadczają zjawiska TOT (ang. *tip of the tongue*), czyli „mam to na końcu języka" (Shafto i współprac., 2007). Jest to stan, w którym osoba nie może przypomnieć sobie pełnego brzmienia dobrze znanego sobie słowa, chociaż wiadome są pewne jego cechy (Resnik i współprac., 2014, Salthouse, Mandell, 2013). Zamiast tego przypomina sobie słowa powiązane znaczeniowo z poszukiwanym. Największych trudności z przypominaniem, osoby starsze doświadczają w zakresie rzeczowników, imion i słów rzadziej używanych. Wystąpienie tego zjawiska powoduje przekonanie, że poszukiwane słowo jest znane, w związku z tym pojawią się silne pobudzenie emocjonalne i frustracja (Kielar-Turska, Byczewska-Konieczny, 2014, Świątek, 2007). Uważa się, że trudności w przypominaniu sobie słów mogą mieć związek ze spadkiem szybkości przetwarzania bodźców oraz osłabieniem połączeń między leksykalną a fonologiczną reprezentacją słowa (Castro-Meneses, Johnson, Sowman, 2016, Tłokiński, Olszewski, 2014). Skutkiem tego jest to, że aktywacja reprezentacji leksykalnej nie wywołuje dostatecznie silnego i wystarczająco silnego pobudzenia reprezentacji fonologicznej (Pilotti i współprac., 2011, Śniatkowski, 2014). Inna hipoteza odwołuje się do deficytu hamowania. Zgodnie z nią dostęp do szukanego słowa w danym momencie jest blokowany przez inne, które są bardziej dostępne. Neurologicznym korelatem tego zjawiska jest aktywacja przedniej części kory obręczy, przyśrodkowej części prawego płata czołowego, podstawnej części lewego płata czołowego oraz kory wyspy w lewej półkuli (Kawada i współprac. 2014; Shafto i współprac., 2007). Trudności w przypominaniu sobie słów nie tylko osłabiają zdolności komunikacyjne, ale także zmniejszają samoocenę w zakresie kompetencji językowych starszych osób (Steuden, 2011). Problemy komunikacyjne osób starszych mogą wynikać również ze zmian w warstwie syntaktycznej języka. Z wiekiem spadać może poprawność wypowiedzi, a szczególnie zwiększa się liczba błędów w zakresie posługiwania się zaimkami, występuje pomijanie przyimków, niepoprawne jest używanie czasów oraz wzrasta liczba niepoprawnie utworzonych związkach wyrazowych. Obserwować można też tendencję do posługiwania się coraz prostszym językiem. W wypowiedziach osób starszych zmniejsza się liczba zdań złożonych oraz różnorodność struktur syntaktycznych (Norman, Kemper, Kynette, 1992). Długość zdań skraca się, a → czas potrzebny do zbudowania zdania złożonego się wydłuża (Davidson, Zacks, Ferreira, 2003, Yorkston, Bourgeois, Baylor, 2011). Pojawiają się trudności w układaniu planu wypowiedzi, widoczne są zmiany w zakresie spójności, złożoności i poprawności gramatycznej wypowiedzi (Kemper, Marquis, Thompson, 2001). Wraz z wiekiem obserwuje się wzrost zjawiska OTV (ang. *off-target verbosity)*, czyli gadatliwości. Jego cechy charakterystyczne to rosnąca liczba wypowiedzi i ich rozwlekłości, współwystępująca z ubóstwem semantycznym i spadkiem spójności. Jako główną przyczynę tego zjawiska uznaje się zmniejszenie kontroli poznawczej i spadek sprawności funkcji zarządzających, których neurobiologicznym korelatem jest zanik lub pogorszenie sprawności w przedczołowych regionach mózgu i przedniej części kory obręczy (Kawada i współprac., 2014). Zauważono ponadto, że u osób starszych zmieniają się kryteria oceny wypowiedzi pod kontem ich długości, spójności i tematyczności. Niektórzy uważają, że takie zachowania komunikacyjne związane są z chę-

cią zwrócenia na siebie uwagi, oraz potrzebą wypełnienie nią pustki w kontaktach interpersonalnych (Stolarczyk-Zielonka, 2010). W wypowiedziach typu OTV obserwuje się odejście od głównego wątku, liczne dygresje, anegdoty, nadmierną ilość informacji i ciągłe zmiany tematu (Pushkar i współprac., 2000). Wypowiedzi te charakteryzuje więc nieład informacyjny, który przez osoby starsze interpretowany jest jako urozmaicenie i rozwinięcie wypowiedzi. Skłonne są one uważać, że dzięki takiemu sposobowi komunikacji zapewniają sobie dobre kontakty z otoczeniem i zjednują sobie sympatię. Ujawnia się to szczególnie w wypowiedziach dotyczących historii z własnego → życia (Arbucle i współprac., 2004). Stwierdzono także, że niektóre cechy sytuacji w której przebiega komunikacją nasilają lub zmniejszają to zjawisko (Pushkar i współprac., 2000). Osoby ze znacznym nasileniem OTV prezentują egoistyczny styl mówienia, tendencję do zdominowania rozmowy i wydłużania konwersacji (James i współprac., 1998, Gold, Arbuckle, 1995). Z tego powodu OTV uznawane jest za zjawisko nieadaptacyjne, niekorzystnie wpływające na przebieg komunikacji i budowanie relacji (Milewski, 2016, Pushkar i współprac., 2000). Trudności komunikacyjne osób starszych mogą wynikać również z deficytów rozumienia mowy. Spowodowane są one najczęściej pogorszeniem funkcjonowania procesów poznawczych (np. gorsza pamięć usłyszanych wypowiedzi), obniżeniem możliwości selekcji i percepcji bodźców związanych z mową (np. brak koncentracji uwagi, pogorszenie słuchu) oraz spowolnieniem przetwarzania informacji (np. wydłużenie czasu potrzebnego do zrozumienia wypowiedzi).

Postawy wobec osób starszych a trudności komunikacyjne

Świadomość i wiedza dotycząca rzeczywistych problemów komunikacji i przyczyn ich występowania u ludzi starszych, jest zatrważająco niska w społeczeństwie ludzi młodszych. Dodatkowo, funkcjonuje powszechnie szereg stereotypów, poprzez które młodsi mylnie interpretują komunikat wysyłany przez osobę starszą lub negatywnie oceniają jej zachowanie. Niechętnie wchodzą w relację i podejmują komunikację, gdyż są przekonani, że większość ludzi w podeszłym wieku: jest chora; niedosłyszy; nie jest w pełni sprawna intelektualnie; cierpi z powodu → otępienia (demencji); jest słaba, zależna i przygnębiona; ma niskie kompetencje komunikacyjne; ma potrzebę komunikacji emocjonalnej; ma szczególną potrzebę obrony własnych przekonań; wygłasza sądy i przekonania sprzeczne z faktami; prezentuje postawę obronną; jest agresywna i złośliwa; jest mało elastyczna, surowa i dogmatyczna (Keaton, Giles 2016, Ryan, Laurie, 1990, Tłokiński,1990).

Ważnymi czynnikiem utrudniającymi komunikację z ludźmi starszymi jest też wzajemna nieufność, podejrzliwość, chłód i obojętność. Zaobserwować można zjawisko przesadnego dostosowywania stylu komunikowania z osoba starszą do posiadanych stereotypów. Wiąże się ono z tendencją do używania prostszych i bardziej konkretnych słów, konstruowania krótszych i prostszych zdań oraz wyolbrzymianiem komunikatów niewerbalnych (Sanecka, 2014). Młodsi unikają relacji z osobami starszymi, a jeśli do nich dojdzie skracają czas jej trwania do minimum. Powszechne są także takie zjawiska jak: brak cierpliwości, przerywanie kontaktu, niepartnerski styl komunikacji (Ryan i współprac., 2004). Niepartnerski styl komunikacji z osobą starszą to przede wszystkim nieliczenie się z jej potrzebami, interesami i ograniczeniami. Jest on także źródłem wielu barier komunikacyjnych, takich jak: agresja, osądzanie, decydowanie za innych, rozkazywanie, zakazywanie, upominanie, grożenie, moralizowanie, kontrolowanie, dominowanie, manipulowanie. Jedną z barier w komunikacji z osobą starszą jest zwracanie się do niej bezosobowo (np. n*iech wstanie*) i stosowaniem w wypowiedziach formy „my", zamiast „ja" i „ty", zastępowanie imion własnych zaimkami. Gdy człowiek starszy traktowany jest bezosobowo, to najczęściej się do niego mówi, a rzadko z nim rozmawia (Zych, 2015).

Kolejną barierą jest komunikacja infantylna (*baby talk*). Ma ona miejsce wówczas, gdy osoby starsze traktowane są jak dzieci. Wypowiedzi, określane mianem *idiolalii*, cechuje tendencja do przesadnego posługiwania się zdrobnieniami, „szczebiotanie", duża liczba powtórzeń oraz pytań i zdań rozkazujących. Charakterystyczne są także prosta forma. i używanie specyficznej leksyki „dziecięcej". Tempo mówienia jest wolniejsze, ton jest głosu podniesiony, pojawia się większe zróżnicowanie intonacji, więcej wysokich dźwięków, prozodia mowy jak do dzieci oraz palatalizacja (zmiękczanie spółgłosek). Infantylizm przejawia się także w tematyce i treści prowadzonych rozmów. Niestety panuje błędne przekonanie, że taka dziecięca retoryka jest przez osoby starsze mile widziana.

→ Barierą w komunikacji z osobą starszą może być także komunikacja zdystansowana. Wynika ona najczęściej z niechęci do zbliżenia się do osoby starszej i ujawnienia tego, co osobiste. Komunikacja ta rzadko jest rozmową, wyraża się najczęściej w protekcjonal-

nym traktowaniu osoby starszej i kierowaniu do niej formalnych komunikatów (np. zwracanie się po nazwisku). Z kolei bariera w postaci komunikacji pozornej występuje wówczas gdy rozmówca prowadzi dialog z osobą starszą, ale tak naprawdę nie słucha oraz ignoruje jej oczekiwania.

Na skutek opisanych stereotypów i barier starsi w sytuacjach komunikacyjnych z młodszymi, tracą pewność i śmiałość, mają trudności z wyrażaniem siebie, bywają bierni i pozwalają się zdominować. Konsekwencją mogą być także: negatywne postrzeganie siebie, obniżona samoocena, poczucie mniejszej wartości, poczucie utraty osobistej kontroli lub zmniejszonej kontroli nad własnym → życiem, poczucie bezradności, mniejsze zaufanie do własnych kompetencji komunikacyjnych, zmniejszenie liczby relacji społecznych oraz wycofywanie się z życia społecznego (Keaton, Giles, 2017). Pełnowartościowa komunikacja interpersonalna z osobą starszą będzie miała miejsce tylko wówczas, kiedy osoby młodsze będą chciały zrozumieć problemy i ograniczenia starszych osób oraz będą ją traktowały jako równorzędnego partnera (Stewart, 2000).

Wskazówki dotyczące komunikacji z osobą w podeszłym wieku

Prawidłowa komunikacja z osobą starszą wymaga przyjęcia postawy daleko idącej wyrozumiałości i empatii. Warto także przestrzegać następujących zasad:

- Okazuj bezwarunkowy szacunek.
- Stale pokazuj jak bardzo zależy Ci na kontakcie.
- Zaplanuj czasu na rozmowę w atmosferze ciepła oraz poczucia bezpieczeństwa.
- Demonstruj uwagę, zainteresowanie i chęć niesienia pomocy.
- Słuchaj ze zrozumieniem, okazuj aprobatę i sympatię.
- W postawie prezentuj wewnętrzny spokój.
- Wyraźnie wymawiaj słowa, używaj słów zrozumiałych dla danej osoby.
- Dostosuj tempo rozmowy do stanu → zdrowia i możliwości osoby starszej.
- Od czasu do czasu rób przerwy, dzięki którym dasz szansę na to, aby starszy partner przyswoił sobie informacje.
- Nie przytłaczaj nadmiarem informacji.
- Wyeliminuj czynniki zakłócające (np. hałas, bodźce rozpraszające).
- Zachowuj kontakt wzrokowy oraz stałe obserwuj reakcje osoby starszej i jej zachowania.
- Stwarzaj możliwość wypowiadania się starszego partnera na wybrane przez niego tematy;
- Zachęcaj do opowieści o swoim życiu i do snucia wspomnień.
- Nawiązuj do osobistych i społecznych doświadczeń ludzi starszych.
- Podejmuj próby zainteresowania osoby starszej nowościami i wydarzeniami bieżącego życia.
- Komunikując się z osobą starszą z niedosłuchem uzyskaj informację o stopniu niedosłuchu. Mów powoli i wyraźnie, bez nadmiernej mimiki, z małymi przerwami, nie krzycz. Mów blisko ucha osoby niedosłyszącej lub po stronie ucha słyszącego. W czasie mówienia patrz na osobę niedosłyszącą oraz zadbaj o właściwe oświetlenie, aby mogła on czytać z ruchu warg. Korzystaj z pomocniczych środków technicznych, pomocniczo posługuj się gestykulacją lub pismem.
- Komunikując się z osobą starszą z uszkodzonym układem nerwowym, pamiętaj, że niezależnie od przyczyny pierwotnej, wiążą się one z różnym stopniem zakłóceń w nadawaniu mowy (czynność ruchowa) lub w odbiorze mowy (czynność słuchowa). Zaburzenia te mają charakter częściowej lub całkowitej utraty umiejętności posługiwania się językiem. Słuchaj, co osoba mówi, a nie jak. Nie spiesz się, daj czas na dłuższe zastanowienie się i zbudowanie wypowiedzi, stosuj właściwe zachęty do podejmowania kontaktu słownego lub pozasłownego (Humeniuk, 2014, Knapp, 2009, Milewski, 2016, Wilczek-Różyczka, 2007).
- Komunikując się z osobą starszą z → chorobą Parkinsona należy pamiętać, że zaburzenia komunikacji wynikają z zakłóceń mowy ekspresyjnej. W tym przypadku możemy spotkać się ze zbyt głośnym mówieniem, obniżeniem wysokości i natężenia głosu, spowolnieniem mowy, mowę monotonną, trudnościami artykulacyjnymi (niewyraźne mówienie), mimowolnym powtarzaniem słów, fraz, sylab. W stosunku do takich pacjentów należy zachować spokój, cierpliwość i okazać empatię.
- Komunikując się z osobą starszą z → chorobą Alzhaimera należy zapoznać się z fazą i stopniem zaawansowania → choroby. Konieczne jest dostosowanie komunikacji do możliwości pacjenta.

EH

B: Bernardes i współprac., 2017; Castro-Meneses, Johnson, Sowman, 2016; Davidson, Zacks, Ferreira, 2003; Gold, Arbuckle, 1995; Humeniuk, 2014; James i współprac., 1998; Kawada i współprac., 2014; Keaton, Giles, 2016, 2017; Kemper, Marquis,

Thompson, 2001; Kielar-Turska, Byczewska-Konieczny, 2014; Knapp, 2009; MacKay i współprac., 2002; Milewski, 2016; Norman, Kemper, Kynette, 1991, 1992; Pilotti i współprac., 2011; Pluta-Wojciechowska, 2014; Pushkar i współprac., 2000; Resnik i współprac., 2014; Ryan i współprac., 2004; Ryan, Laurie, 1990; Salthouse, Mandell, 2013; Sanecka, 2004; Shafto i współprac., 2007; Skalska, 2011; Steuden, 2011; Stewart, 2000; Stolarczyk-Zielonka, 2010; Szkolak, 2011; Śniatkowski, 2014; Świątek, 2007; Tłokiński, 1990; Tłokiński, Olszewski, 2014; Wilczek-Różyczka, 2007; Yorkston, Bourgeois, Baylor, 2011; Zych, 2015.

O: t. 1: choroba Alzheimera, choroba Parkinsona, gerontologopedia, t. 2: komunikacja, mowa starcza, otępienie, t. 5: zaburzenia mowy w podeszłym wieku.

TK: ang. *communication disorders in elderly people*, fr. *troubles de la communication au temps de la vieillesse*, hiszp. *los trastornos de la comunicación en la vejez*, niem. *Kommunikationsstörungen bei älteren Menschen* / *Kommunikationsstörungen im Alter*, ros. *коммуникативное расстройства в старости* / *коммуникативное расстройства в пожилом возрасте*.

Bibliografia

Bernardes F. R. i współprac., *Subjective memory complaints and their relation with verbal fluency in active older people*. "Codas." 2017, vol. 29 [3].

Castro-Meneses L. L., Johnson B. W., Sowman P. F., *Event-related fields evoked by vocal response inhibition…* "Experimental Brain Research" 2016, vol. 234 [6].

Davidson D. J., Zacks R. T., Ferreira F., *Age preservation of the syntactic processor in production*. "Journal of Psycholinguistic Research" 2003, vol. 32.

Gold D. P., Arbuckle T. Y., *A longitudinal study of Off-Target Verbosity*. "The Journals of Gerontology" 1995, vol. 50 [6].

Humeniuk E., *Psychologia kliniczna w geriatrii*, w: E. Poleszak, M. Drozd (red.), *Farmacja kliniczna w geriatrii*. Lublin 2014.

James L. E. i współprac., *Production and perception of 'verbosity' in younger and older adults*. "Psychology and Aging" 1998, vol. 13 [3].

Kawada M. i współprac., *Observational assessment of communication disorders in vascular dementia patients with right hemisphere damage*. "Psychogeriatrics" 2014, vol. 14.

Keaton S. A., Giles H., *Subjective health…* "International Journal of Society, Culture & Language" 2016, vol. 4 [2].

Keaton S. A., Giles H., *The role of communication perceptions in the mental health of older adults…* "Health Communication" 2017, vol. 32 [1].

Kemper S., Marquis J., Thompson M., Longitudinal change in language production. "Psychology and Aging" 2001, vol. 6.

Kielar-Turska M., Byczewska-Konieczny K., *Specyficzne właściwości posługiwania się językiem przez osoby w wieku senioralnym*, w: S. Milewski, J. Kuczkowski, K. Kaczorowska-Bray (red.), *Biomedyczne podstawy logopedii*. Gdańsk 2014.

Knapp H., *Komunikacja w terapii.* Warszawa 2009.

MacKay A. I. i współprac., *Noun and verb retrieval in healthy aging*. "Journal of the International Neuropsychological Society" 2002, vol. 8.

Milewski S., *Późna dorosłość z perspektywy logopedii.* „Pogranicze. Studia Społeczne" 2016, t. 28.

Norman S. i współprac., *Syntactic complexity and adults' running memory span*. "Journal of Gerontology" 1991, vol. 46.

Norman S., Kemper S., Kynette D., *Adults' reading comprehension: effects of syntactic complexity and working memory*. "Journal of Gerontology" 1992, vol. 47.

Pilotti M. i współprac., *Are verbal transformations sensitive to age differences and stimulus properties?* "American Journal of Psychology" 2011, vol. 124.

Pluta-Wojciechowska D., *Gerontologopedia*. „Forum Logopedyczne" 2014, nr 22.

Pushkar D. i współprac., *Social behavior and off-target verbosity in elderly people*. "Psychology and Aging" 2000, vol. 15.

Resnik K. i współprac., *Between thought and expression, a magnetoencephalography study of the 'tip-of-the-tongue' phenomenon*. "Journal of Cognitive Neuroscience" 2014, vol. 26.

Ryan E. B. i współprac., *Communication beliefs about youth and old age in Asia and Canada*. "Journal of Cross Culture Gerontology" 2004, vol. 19 [4].

Ryan E. B., Laurie S., *Evaluations of older and younger adult speakers…* "Psychology and Aging"1990, vol. 5.

Salthouse T. A., Mandell A. R., *Do age-related increases in tip-of-the-tongue experiences signify episodic memory impairments?* "Psychology Science" 2013, vol. 24.

Sanecka A., *Social barriers to effective communication in old age*. "Journal of Education Culture and Society" 2004, vol. 2.

Shafto M. A. i współprac., *On the tip-of-the-tongue: neural correlates of increased word-finding failures in normal aging*. "Journal of Cognitive Neuroscience" 2007, vol. 19.

Skalska A., *Ograniczenie sprawności funkcjonalnej osób w podeszłym wieku*. „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie"2011, vol. 1.

Steuden S., *Psychologia starzenia się i starości.* Warszawa 2011.

Stewart J., *Mosty zamiast murów*. Warszawa 2000.

Stolarczyk-Zielonka M., *Lingwistyczne aspekty komunikacji językowej osób sta*rszych, w: B.

Mikołajczyk, J. Taborek, W. Zabrocki W., *Język w poznaniu*. Poznań 2010.

Szkolak D., *Komunikacja z ludźmi starszymi w warunkach instytucjonalnych zdaniem mieszkańców i pracowników Domu Pomocy Społecznej dla osób w podeszłym wieku*, w: Z. Szarota (red). *Starość zależna – opieka i pomoc społeczna. Perspektywa gerontologii społecznej*. Kraków 2011.

Śniatkowski S., *Przetwarzanie semantyczne a zaburzenia komunikacji językowej u osób starszych*. „Nowa Logopedia" 2014, t. 5.

Świątek A., *Specyficzne zjawiska komunikacyjne w wieku senioralnym*. „Sztuka Leczenia" 2007, t. 14, nr 1–2.
Tłokiński W., *Mowa ludzi u schyłku życia*. Warszawa 1990.
Tłokiński W., Olszewski H., *Zaburzenia mowy związane z wiekiem*, w: S. Milewski, J. Kuczkowski, K. Kaczorowska-Bray (red.), *Biomedyczne podstawy logopedii*. Gdańsk 2014.
Wilczek-Różyczka E., *Komunikowanie się z chorym psychicznie.* Lublin 2007.
Yorkston K. M., Bourgeois M. S., Baylor C. R., *Communication and Aging.* "Physical Medicine & Rehabilitation Clinics of North America" 2011, vol. 21 [2].
Zych A. A., *Język, mowa i komunikacja – ważną przestrzenią geragogiki specjalnej*. „Labor et Educatio" 2015, nr 3.

zaburzenia mowy w podeszłym wieku

U ludzi w → wieku podeszłym obserwuje się obniżenie sprawności w posługiwaniu się mową, zarówno w zakresie percepcji, jak i formułowaniu wypowiedzi. Mogą być one spowodowane zmianami typowymi dla fizjologicznego → starzenia się, bądź różnego rodzaju patologiami – neurologicznymi, psychologicznymi lub psychiatrycznymi (Steuden, 2011, Straś-Romanowska, 2011). Deficyty uwagi, → pamięci, kontroli i wykonania ruchów, zaburzenia w funkcjonowaniu zmysłów, zmiany w mózgu sprawiają, że posługiwanie się mową przez ludzi w starszym wieku nabiera specyficznych właściwości, które nie są obserwowane w takim nasileniu we wcześniejszych okresach → życia (Pluta-Wojciechowska, 2014, Szeląg, 2012).

Zmiany w mózgu i narządach zmysłów a zaburzenia mowy w podeszłym wieku

Posługiwanie się mową jest możliwe tylko w przypadku prawidłowego funkcjonowania wszystkich jej mózgowych mechanizmów. Dlatego też nawet fizjologiczne zmiany w mózgu osoby starszej, mogą stać się przyczyną zaburzeń mowy. Zmiany, które mogą mieć związek z mową to przede wszystkim:
1) Redukcja masy mózgu z powodu utraty części neuronów. Wraz z wiekiem spada liczba komórek nerwowych w móżdżku i w hipokampie. W poszczególnych płatach kory mózgowej ubytki sięgają od 30 do 50% w porównaniu do mózgu 20-latka. Najsilniejszemu zmniejszeniu ulegają płaty czołowe i skroniowe, które w największym stopniu związane są z mową (Stuart-Hamilton, 2006).
2) Przerzedzenie sieci dendrytów, spowolnienie przewodzenia synaptycznego i zmniejszenie syntezy neurotransmiterów, które niekorzystnie wpływają na sprawność fizyczną, intelektualną i językową.

Przyczyną zaburzeń mowy u ludzi starszych mogą być także zmiany w narządach zmysłów, a szczególnie w obrębie narządu słuchu. Powyżej 65. r.ż. u co trzeciej osoby z tej → grupy wieku następuje poważne upośledzenie słuchu. Główne przyczyną to blokowanie kanału słuchowego woskowiną, ale także sztywnienie kości ucha środkowego oraz kurczenie się nerwu słuchowego. Skutkiem zaburzeń percepcji słuchowej są trudności z lokalizacją źródła dźwięku oraz ubytek słyszalności dźwięków o wysokiej częstotliwości, w największym stopniu odpowiedzialnych za odbiór dźwięków mowy. Dodatkowo u ludzi starszych stwierdza się zaburzenia w zakresie przetwarzania słuchowego (Bidelman i współprac., 2017). Zaburzenia w odbiorze i przetwarzaniu bodźców słuchowych prowadzą do trudności w rozumieniu mowy (Li-Korotky, 2012, Skalska, 2011). Nasilają się one szczególnie przy zbyt szybkim tempie przekazywania informacji oraz w warunkach utrudniających koncentrację (Łuczywek, 1996).
Upośledzenie słuchu jest nie tylko przyczyną zaburzeń w odbiorze i rozumieniu mowy, ale przede wszystkim poważną barierą komunikacyjną (Mick, Kawachi, Lin, 2014). Człowiek starszy świadomy swoich problemów ze słuchem staje się uległy, wycofuje się, żeby nie wzbudzić czyjejś agresji lub kpiny. Natomiast osoby dobrze słyszące niechętnie podejmują rozmowę z osobą starszą z zaburzeniami słuchu. Wymaga to bowiem zwiększenia głośności, wydłużenia czasu przekazywanych treści i cierpliwości. Taka forma przekazu werbalnego jest trudna dla obydwu stron. Osoby starsze mogą też mieć poczucie, że się na nie krzyczy, przez co czują się lekceważone i poniżane.

Zmiany w procesach poznawczych i intelektualnych a zaburzenia mowy w podeszłym wieku

Zmiany mogące mieć bezpośredni związek z mową dotyczą uwagi, pamięci i procesów intelektualnych. Uważa, że przyczyną trudności w rozumieniu mowy mogą być deficyty w zakresie uwagi, a szczególnie zmniejszenie jej selektywności i koncentracji. Konsekwencją tego są problemy w odbiorze i analizie informacji oraz wydłużenie czasu reakcji (Bernardes i współprac., 2017). W obrębie pamięci u ludzi w starszym wieku obserwuje się wyraźną tendencję spadkową. Największe deficyty dotyczą pamięci krótkotrwałej, w tym jej ważnej części czyli pamięci operacyjnej. Ponieważ pamięć operacyjna umożliwia czasowe przechowywanie i przetwarzanie informacji jest szczególnie istotna dla mowy (Szeląg, 2012). W miarę upływu lat, także wydobywanie informacji zaczyna sprawiać problemy, przez co osoby starsze mają coraz większe

trudności w przypominaniu sobie potrzebnych słów czy wyszukiwaniu słów należących do określonej kategorii. Częstym efektem tych trudności jest podawanie kilku innych słów dla zastąpienia właściwego (Humeniuk, 2014). U ludzi starszych procesy myślowe, szybkość rozwiązywania zadań, rozumienie znaczenia pojęć i zdolności twórcze, funkcjonują wolniej i są coraz mniej dokładnie. Zmniejsza to w znaczący sposób możliwości sprawnego posługiwania się mową (Łuczywek, 1996, Salthouse, Atkinson, Berish, 2003).

Zmiany układowe a zaburzenia mowy w podeszłym wieku

Mówienie jest czynnością wymagającą współdziałania mechanizmów centralnych i obwodowych. Na początku następuje budowanie wypowiedzi oraz dobór odpowiednich elementów językowych. Następnie dochodzi do przełożenia myśli na ruchy mięśni układu oddechowego, fonacyjnego i artykulacyjnego (Humeniuk, 2012). Wraz z wiekiem w układach tych zachodzą następujące zmiany: 1) Mowa jest czynnością ruchową, dlatego potrzeba pewnej siły oraz wydolności do jej realizacji. Zauważa się, że mówienie w miarę upływu czasu zaczyna sprawiać coraz więcej trudności. Im mniejsze zasoby wydolnościowe oraz im dłuższy → czas trwania wypowiedzi, ty większe będą trudności w mówieniu u ludzi w podeszłym wieku. 2) W układzie oddechowym następuje ubytek mięśni, zmniejsza się wydolność płuc i przepływ powietrza w górnych drogach oddechowych. 3) W układzie fonacyjnym obserwuje się: zmniejszone napięcie krtaniowe, zmiany w obrębie tkanki chrzęstnej i łącznej, zmniejszony dopływ krwi oraz utrudnioną ewakuację wydzieliny. 4) W układzie artykulacyjnym następuje zmiana napięcia mięśniowego, zwiększa się męczliwość, a zmniejsza precyzja wykonania ruchów artykulacyjnych.

Konsekwencją wymienionych zmian mogą być następujące problemy z głosem u ludzi starszych:

- zmniejszenie głośności oraz jej zmienności i kontroli,
- podniesienie tonacji,
- zmniejszona zdolność generowania wysokich dźwięków,
- głos zachrypnięty, szorstki, napięty, drżący,
- bezgłos sporadyczny,
- głośny oddech, zadyszka, nadmierne chrząkanie,
- zwolnione tempo mówienia i przerwy w mówieniu spowodowane zmęczeniem,
- niewyraźna artykulacja,
- zaburzona prozodia (Ma, Yiu, 2001, Mosheim 2005, Xue, Hao, 2003).

Zaburzenia mowy w starzeniu się patologicznym

Zaburzenia mowy są charakterystyczne dla chorób otępiennych, takich jak: → choroba Alzheimera, → otępienie czołowo-skroniowo, → otępienie naczyniowe oraz dla → choroby Parkinsona i dla uszkodzeń mózgu spowodowanych → udarem [cieplnym bądź → udarem mózgu] lub nowotworem. Wspólnym problemem występującym w większości chorób otępiennych jest upośledzenie płatów czołowych. Konsekwencją zaś są zaburzenia pamięci operacyjnej, rozumienia pojęć, a także planowania, przewidywania, przetwarzaniu informacji i rozumieniu kontekstu informacji. Skutki tego dla procesów językowych i mowy są oczywiste. Charakter zaburzeń mowy jest odmienny i specyficzny dla poszczególnych chorób (Krajewska, 2012, Lewicka, Stompel, Nowakowska-Kempna, 2014).

Zaburzenia w obrębie mowy mogą być jednym z pierwszych objawów (zwiastunów) toczącego się procesu otępiennego. Określane są jako afazja pierwotna postępująca (ang *primary progressive aphasia* – PPA) i mogą wyprzedzać pojawienie się innych zaburzeń nawet o kilka lat (Popławska-Domaszewicz, Kozubski, 2012). Głównym objawem PPA są trudności w odnalezieniu potrzebnego w danym momencie słowa, przez co stopniowo narastają trudności nazywania (anomia), powtarzania i płynności mowy. Skutkiem tego są liczne pauzy, omówienia i parafrazje (Ashley, Duggan, Sutcliffe, 2006, Tłokiński, Olszewski, 2014).

W otępieniu czołowo-skroniowym (ang. *frontotemporal dementia* – FTD) w zależności od topografii zmian, wyróżnia się 3 główne zespoły kliniczne: postępującą afazję niepłynną, otępienie czołowo-skroniowe z dominującymi zaburzeniami zachowania oraz otępienie semantyczne – afazja płynna (Wysokiński, Gruszczyński, 2008). Postępująca afazja niepłynna pojawia się, gdy zmiany neurodegeneracyjne są zlokalizowane w lewym płacie czołowym. Problem rozpoczyna się na ogół od trudności w znajdowaniu słów. Następuje stopniowe przejście od anomii do niepłynnej afazji oraz zubożenie słownictwa, perseweracje, neologizmy, echolalie. Mowa jest skandowana, zniekształcona, pojawia się styl telegraficzny oraz błędy syntaktyczne i fonologiczne. W tej wersji → otępienia zdolność rozumienia mowy jest stosunkowo dobrze zachowana (Jóźwiak, 2008). W wariancie czołowym (FTD) mowa i komunikacja jest utrudniona na skutek poważnych zmian w zachowaniu (impulsywność, odhamowanie, brak wglądu i krytycyzmu, wesołkowatość, brak taktu. Częste są zachowania aspołeczne, stereotypie, perseweracje i kompulsje. Chory przesta-

je przestrzegać norm społecznych, zdaje się nie rozumieć reakcji emocjonalnych i oczekiwań innych osób (Jaracz, Rybakowski, 2011).

Otępienie semantyczne (SD) związane jest ze zmianami w przednich częściach obu płatów skroniowych i prowadzi do poważnych deficytów wiedzy semantycznej, przez co zaburzeniu ulega rozumienie. W tym wariancie zachowana jest zdolność nadawania mowy (Daniluk, Szepietowska, 2005). Jednak na skutek defektu podstawowego charakterystyczna jest pusta mowa, płynna ale z niedużą zawartością informacyjną (Tłokiński, Olszewski, 2014).

W chorobie Alzheimera rodzaj i głębokość problemów z mową zależą od stadium → choroby. W początkowej fazie (łagodnej) pewne trudności chorego mogą być podobne do tych występujących w normalnym procesie starzenia się. Następnie pojawiają się widoczne trudności w nazywaniu (anomia), brak płynności w odtwarzaniu listy słów z pamięci oraz parafazje czyli używanie niewłaściwych słów (Meilán i współprac., 2014). Skutkiem anomii jest także tworzenie niekompletnych zdań lub pojawienie się długich pauz w wypowiedzi (objawy niepłynności). Rozumienie i powtarzanie najczęściej są zachowane, problemy występują jedynie w rozumieniu abstrakcyjnych form języka, takich jak np. idiomy. Zachowana jest także sprawność fonologiczna i syntaktyczna (Orange, Ryan, 2000, Jaracz, Rybakowski, 2011, Łojko, 2012). W umiarkowanej fazie choroby częstotliwość problemów z mową zwiększa się. Pojawiają się coraz większe trudności w rozumieniu, a anomia, używanie neologizmów oraz perseweracje w zakresie słów, sylab i zdań nasilają się. Narasta przez to chaos wypowiedzi i ubóstwo informacyjne. Wypowiedzi zaczynają być coraz bardziej pozbawione treści. Mowa ulega też spowolnieniu, widoczne są trudności artykulacyjne oraz brak zahamowań i wrażliwości gdzie, z kim i o czym można rozmawiać (Bidzan, 2012, Popławska-Domaszewicz, Kozubski, 2012). W ostatniej (zaawansowanej) fazie choroby następuje zniesienie możliwości komunikacji werbalnej. Mowa chorego jest albo szczątkowa albo ograniczona się do wypowiadania pojedynczych fraz lub słów. Zachowana zostaje jedynie możliwość niewerbalnego komunikowania prostych stanów emocjonalnych (Norton, Maloy, Swalloway, 2001).

W przypadku otępienia naczyniowego w mowie pacjentów dość wcześnie pojawiają się deficyty artykulacyjne i melodyczne. Wraz ze wzrostem ciężkości choroby pojawiają się trudności w rozumieniu złożonych poleceń i w generowaniu złożonych wypowiedzi (Popławska-Domaszewicz, Kozubski 2012).

Główne problemy w mówieniu osób z chorobą Parkinsona, wynikają z systematycznie narastającej niesprawności ruchowej. Ich skutkiem są takie zaburzenia mowy, jak: trudności artykulacyjne, dyzartria, spowolnienie mowy, zaburzenia prozodii, hipofonia (cicha mowa), mowa monotonna, obniżenie wysokości i natężenia głosu, obniżona płynność słowna, mimowolne powtarzanie słów, fraz, sylab (palilalia), tachyfemia (nie oddzielanie sylab, zlewanie się słów i zdań), nieadekwatnie długie okresy milczenia, obniżona ekspresja twarzy (Brabo, Minett, Ortiz, 2014, Farrell i współprac., 2005, Góral-Półrola, 2016, Humeniuk 2017).

Zaburzenia mowy są też jednym z najczęstszych następstw uszkodzenia mózgu. Określa się je terminem → afazja. Zespoły afatyczna mogą być wynikiem uszkodzenia ośrodków korowych – afazja ruchowa i czuciowa, ośrodków podkorowych – afazja podkorowa, lub połączeń pomiędzy poszczególnymi ośrodkami mowy – afazje transkorowe (Daniluk, 2017).

Klasyfikacje zespołów afatycznych są zróżnicowane, a najczęściej wyodrębnia się następujące:

1. → Afazja Broki

Ciężkość objawów waha się od niewielkiego deficytu do całkowitego zniesienia mowy. W stanie lżejszym obserwujemy: perseweracje, parafazje, opuszczenia, agramatyzmy, tzw. styl telegraficzny. W stanie cięższym występują głębokie zaburzenia płynności mówienia, powtarzaniu, nazywaniu, mowie spontanicznej. Rozumienie mowy jest stosunkowo dobrze zachowane.

2. Afazja Wernickego

Podstawowe trudności wynikają z upośledzenia rozumienia mowy słyszanej. Pacjenci mają zachowaną zdolność artykulacji, jednak mówią niegramatycznie i często w sposób niezrozumiały, gdyż nie są w stanie kontrolować własnej ekspresji werbalnej.

3. Afazja przewodzenia

Jest skutkiem uszkodzenie dróg łączących obszar Broki z okolicą Wernickego. Mowa spontaniczna jest na ogół płynna, choć występują parafazje głoskowe. Bardzo głęboko zaburzona jest czynność powtarzania, a stosunkowo dobre jest rozumienie prostych wypowiedzi.

4. Afazja anomiczna (amnestyczna)

Podstawowym deficytem są głębokie trudności w nazywaniu, a objawami wydłużony czas reakcji, omawianie, parafazje werbalne.

5. Afazja globalna (całkowita)
Pojawia się przy uszkodzeniach obejmujących cały rozległy obszar mózgu wraz z okolicami Broki i Wernickego. Objawy są bardzo głębokie lub zdolność posługiwania się mową zostaje całkowicie zniesiona.

6. Transkorowa afazja motoryczna
Jest skutkiem przerwania połączeń między okolicą Broki a dodatkowym polem ruchowym. Objawy to upośledzenie mowy spontanicznej, a w szczególności trudności z inicjacją i organizacją wypowiedzi oraz zaburzenia fluencji [płynności] mowy.

7. Transkorowa afazja sensoryczna
Powstaje w wyniku uszkodzenia tylnej części mózgu, pomiędzy środkową a tylną tętnicą. Mowa jest najczęściej płynna, ale z parafazjami słownymi, mało adekwatna i niezrozumiała. Zaburzenia w rozumienia mowy są bardzo głębokie.

8. Mieszana afazja transkorowa
Powstaje na wskutek zespołu niedokrwiennego dystalnych części tętnicy środkowej. Fluencja słowna i mowa spontaniczna są zaburzone. Ponadto stwierdza się zaburzenia w rozumieniu mowy i głęboką anomię.

9. Afazja pokorowa
Związana jest z uszkodzeniami jąder podkorowe i/lub wzgórza. Objawy zaburzeń mowy są na ogół przemijające (Pąchalska, 2011).
Omówione problemy w mowie i języku osób starszych wynikające zarówno ze zmian fizjologicznych, jak i patologicznych, mogą stać się przyczyną zaburzeń w procesie komunikowania się (Zych, 2015). W teorii komunikowania są one traktowane jako szum informacyjny, który może stać się barierą komunikacyjną. O tym, czy zaburzenie mowy stanie się taką → barierą ostatecznie zadecydują: 1) Cechy nadawcy – rodzaj i głębokość zaburzenia mowy, samoocena, gotowość do komunikowania się. 2) Cechy odbiorcy – postawa wobec osoby z zaburzeniem mowy, akceptacja odmienności i odporność na → stres komunikacyjny). 3) Cechy relacji między nadawcą i odbiorcą – stopień wzajemnej znajomości i sympatii (Tarkowski, Góral-Pórola, 2017).

EH

B: Ashley, Duggan, Sutcliffe, 2006; Bernardes i współprac., 2017; Bidelman i współprac., 2017; Bidzan, 2012; Brabo, Minett, Ortiz, 2014; Daniluk, 2017; Daniluk, Szepietowska, 2005; Farrell i współprac., 2005; Góral-Półrola, 2016; Humeniuk, 2012, 2014; Jaracz, Rybakowski, 2011; Jóźwiak, 2008; Krajewska, 2012; Lewicka, Stompel, Nowakowska-Kempna, 2014; Li-Korotky, 2012; Łojko, 2012; Łuczywek, 1996; Ma, Yiu, 2001; Meilán i współprac., 2014; Mick, Kawachi, Lin, 2014; Mosheim 2005; Norton, Maloy, Swalloway, 2001; Orange, Ryan, 2000; Pąchalska, 2011; Pluta-Wojciechowska, 2014; Popławska-Domaszewicz, Kozubski, 2012; Salthouse, Atkinson, Berish, 2003; Skalska, 2011; Steuden, 2011; Straś-Romanowska, 2011; Stuart-Hamilton, 2006; Szeląg, 2012; Tarkowski, Góral-Pórola, 2017; Tłokiński, Olszewski, 2014; Wysokiński, Gruszczyński, 2008; Xue, Hao, 2003; Zych, 2015.
O: t. 1: choroba Alzheimera, choroba Parkinsona, gerontologopedia, t. 2: komunikacja, mowa starcza, otępienie, t. 5: zaburzenia komunikacji w podeszłym wieku.
TK**:** ang. *disorders of speech in the elderly* / *speech disorders in the elderly*, fr. *troubles de la parole au temps de la vieillesse* / *troubles du langage au temps de la vieillesse*, hiszp. *trastornos del lenguaje en personas mayores*, niem. *Sprechstörungen im hohen Alter*, ros. *речевой беспорядок в пожилом возрасте* / *речевые и языковые расстройства в старости*.

Bibliografia

Ashley J., Duggan M., Sutcliffe M. S., Speech, language, and swallowing disorders in the older adult. "Clinical Geriatric Medicine" 2006, vol. 22.
Bernardes F. R. i współprac., *Subjective memory complaints and their relation with verbal fluency in active older people*. "Codas." 2017, vol. 29 [3].
Bidelman G. M. i współprac., *Mild cognitive impairment is characterized by deficient brainstem and cortical representations of speech*. "Journal of Neuroscience" 2017, vol. 37 [13].
Bidzan L., *Otępienie czołowo-skroniowe*. „Geriatria" 2012, nr 6.
Brabo N. S., Minett T. S., Ortiz K. Z., 2014: *Fluency in Parkinson's disease: disease duration, cognitive status and age*. "Arquivos de Neuro-Psiquiatria" 2014, vol. 72.
Daniluk B., *Afazja*, w: Z. Tarkowski (red.), *Patologia mowy*. Gdańsk 2017.
Daniluk B., Szepietowska E. M. (2005). *Ograniczenia i możliwości komunikacji językowej w demencji*, w: Z. Tarkowski (red.), *Neurologopedia*. Lublin 2005.
Farrell A. i współprac., *Effects of neurosurgical management of Parkinson's disease on speech characteristics and oromotor function*. "Journal of Speech Language and Hearing Research" 2005, vol. 48.
Góral-Półrola J., *Jąkanie* Wyd. 2. Kraków 2016.
Humeniuk E., *Biologiczne i psychiczne aspekty jąkania*. Lublin 2012.
Humeniuk E., *Psychologia kliniczna w geriatrii*, w: E. Poleszak, M. Drozd (red.), *Farmacja kliniczna w geriatrii*. Lublin 2014.
Jaracz J., Rybakowski J., *Objawy zespołu czołowego w schizofrenii i otępieniu czołowo-skroniowym*… „Neuropsychiatria i Neuropsychologia" 2011, t. 6, nr 1.

Jóźwiak A., *Otępienie u osób w wieku starszym*. „Geriatria" 2008, nr 2.
Krajewska M., *Ograniczenia i możliwości językowe osób z demencją a osób starzejących się fizjologicznie…*, w: M. Michalik, A. Sidak, Z. Orłowska-Popek Z. (red.), *Diagnoza różnicowa zaburzeń komunikacji językowej*. Kraków 2012.
Lewicka T., Stompel D., Nowakowska-Kempna I., *Zaburzenia językowe w chorobach neurodegeneracyjnych*. „Logopedia Silesiana" 2014, nr 3.
Li-Korotky H. S., *Age-related hearing loss: quality of care for quality of life*. "Gerontologist" 2012, vol. 52.
Łojko D., *Wybrane zagadnienia psychiatryczne w neurologopedii*, w: A. Obrębowski (red.), *Wprowadzenie do neurologopedii*. Poznań: 2012.
Łuczywek E., *Zaburzenia aktywności poznawczej osób w późnym wieku…*, w: A. Herzyk, D. Kądzielawa (red.). *Zaburzenia funkcjonowania człowieka z perspektywy neuropsychologii kliniczne*. Lublin 1996.
Ma E., Yiu E., *Voice activity and participation profile*. "Journal of Speech Language and Hearing Research" 2001, vol. 44,
Meilán J. J. i współprac., *Speech in Alzheimer's disease: can temporal and acoustic parameters discriminate dementia?* "Dementia and Geriatric Cognitive Disorders" 2014, vol. 37 [5–6].
Mick P., Kawachi I., Lin F. R., *The association between hearing loss and social isolation in older adults*. "Otolaryngology. Head and Neck Surgery" 2014,vol. 15.
Mosheim J., *Men in speech-language pathology*. "Advance for Speech-Language Pathologists and Audiologists" 2005, vol. 15.
Norton L., Maloy P. F., Swalloway S., *The impact of behavioral symptomatology on activities of daily living in patients with dementi*a. "American Journal of Geriatric Psychiatry" 2001, vol. 9.
Orange J. B., Ryan E. B., *Alzheimer's disease and other dementias*. "Clinical Geriatric Medicine" 2000, vol. 16.
Pąchalska M., *Patogeneza i neuropsychologiczna diagnostyka afazji*, w: Ł. Domańska, A.
Borkowska (red.), *Podstawy neuropsychologii klinicznej*. Lublin 2011.
Pluta-Wojciechowska D., *Gerontologopedia*. „Forum Logopedyczne" 2014, nr 22.
Popławska-Domaszewicz K., Kozubski W., *Zaburzenia mowy w chorobach neurologicznych*, w: A.
Obrębowski (red.), *Wprowadzenie do neurologopedii*. Poznań 2012.
Salthouse T. A., Atkinson T. M., Berish D. E., *Executive functioning as a potential mediator of age-related cognitive decline in normal adults*. "Journal of Experimental Psychology: General" 2003, vol. 132 [4].
Skalska A., *Ograniczenie sprawności funkcjonalnej osób w podeszłym wieku*. „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie"2011, vol. 1.
Steuden S., *Psychologia starzenia się i starości.* Warszawa 2011.
Straś-Romanowska M., *Późna dorosłość*, w: J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*. Warszawa 2011.
Stuart-Hamilton I., *Psychologia starzenia się.* Poznań 2006.
Szeląg E., *Mózgowa organizacja funkcjonowania poznawczego*, w: A. Obrębowski (red.), *Wprowadzenie do neurologopedii*. Poznań 2012.
Tarkowski Z., Góral-Pórola J., *Patologia mowy jako dyscyplina naukowa i praktyczna*, w: Z. Tarkowski (red.), *Patologia mowy*. Gdańsk 2017.
Tłokiński W., Olszewski H., *Zaburzenia mowy związane z wiekiem*, w: S. Milewski, J. Kuczkowski, K. Kaczorowska-Bray (red.), *Biomedyczne podstawy logopedii*. Gdańsk 2014.
Wysokiński A., Gruszczyński W., *Współczesne koncepcje diagnostyczne, kliniczne i terapeutyczne otępienia czołowo-skroniowego*. „Psychiatria Polska" 2008, t. 42, nr 3.
Xue S., Hao G., *Changes in the human vocal tract due to aging and the acoustic correlates of speech production*. "Journal of Speech Language and Hearing Research" 2003, vol. 46.
Zych A. A., *Język, mowa i komunikacja – ważną przestrzenią geragogiki specjalnej*. „Labor et Educatio" 2015, nr 3.

zespół Sjögrena

– to zapalna → choroba przewlekła, należąca do układowych chorób tkanki łącznej. Charakteryzuje się naciekami z limfocytów w obrębie gruczołów zewnątrzwydzielniczych, z następczym zaburzeniem ich czynności. Opisana została po raz pierwszy w roku 1892 przez Jana Mikulicza-Radeckiego (1850–1905). [Z kolei w 1953 r. W. S. Morgan i Benjamin Castleman (1906–1983) zauważyli histopatologiczne podobieństwo choroby Mikulicza i zespołu Sjögrena – przyp. red.].

Zespół Sjögrena występuje u 0,1–4,0% osób w populacji ogólnej. Około 90% chorych to kobiety. Szczyt zachorowań przypada na → wiek podeszły. Tradycyjnie jest dzielony na pierwotny i wtórny towarzyszący innym, najczęściej → chorobom autoimmunologicznym. Postać pierwotna stanowi ok. 40% wszystkich przypadków. Wtórny zespół Sjögrena występuje przede wszystkim w reumatoidalnym zapaleniu stawów (RZS), toczniu rumieniowym układowym (SLE) i twardzinie układowej (SSc). → Choroba rozwija się podstępnie i powoli. Podstawowym objawem jest suchość błon śluzowych jamy ustnej (łac. *xerostomia*) i spojówek oczu (łac. *xeroftalmia*), chociaż na początku mogą występować tylko → zmęczenie, stany podgorączkowe, powiększenie ślinianek i/lub objaw Raynauda [w postaci marznięcie nosa i małżowin usz-

nych oraz drętwienie palców rąk i stóp – przyp. red.]. Konsekwencją suchości w jamie ustnej jest potrzeba częstego picia, zaburzenia żucia i połykania. Suchość rogówki i spojówek (łac. *keratokonjunctivitis sicca*) odczuwana jest jako obecność „piasku" pod powiekami, drapanie i nadwrażliwość na światło. Występuje często przekrwienie spojówek. Chorzy skarżą się na utratę smaku, szybko postępuje zapalenie dziąseł i próchnica. Występować może uczucie suchości w jamie nosowej, zapalenie zatok obocznych nosa, przewlekły kaszel. Skóra jest sucha (łac. *xerodermia*), często z pokrzywką bądź rumieniem obrączkowym oraz zapaleniem drobnych naczyń. Mogą wystąpić bóle mięśni i zapalenie stawów (bez zmian strukturalnych), rozwinąć się śródmiąższowe włóknienie płuc, wysiękowe zapalenie opłucnej i osierdzia, refluks przełykowo-żołądkowy, zapalenie trzustki i autoimmunologiczne zapalenie wątroby. Innymi objawami są zapalenia kilku nerwów w różnych częściach ciała (łac. *mononeuritis multiplex*), zapalenie nerwów czaszkowych, neurogenna → głuchota, zmiany hematologiczne. W badaniach laboratoryjnych stwierdzić można niedokrwistość, małopłytkowość, leukopenie i hipergammaglobulinemię. Występują przeciwciała przeciwjądrowe, typowo SS-A/Ro i SS-B/La. W przebiegu procesu diagnostycznego należy wykonać badania obrazowe oceniające zajęcie gruczołów ślinowych: ultrasonografię [USG], scyntygrafię [scyntylografię] i coraz rzadziej sialografię ślinianek]wprowadzenie środka cieniującego do przewodu wyprowadzającego ślinianki przyusznej – przyp. aut.], ewentualne badanie ilości wydzielanej śliny i badanie histopatologiczne. Konieczne są też badania oceniające zajęcie gruczołów łzowych. Najprostszym jest test Schirmera, polegający na umieszczeniu w worku spojówkowym paska jałowej bibuły filtracyjnej. Po 5 minutach mierzy się jaka część bibuły została zwilżona. Wynik poniżej 5 mm świadczy o zespole Sjögrena. Nieco bardziej skomplikowane jest badanie SICCA OSS. Wykonuje się też kilka badań obrazowych: RTG kl. piersiowej i tomografię komputerową wysokiej rozdzielczości (HRCT). Konieczne jest przeprowadzenie badania echokardiograficznego serca. Do rozpoznania używa się kryteriów klasyfikacyjnych z 2012 r. przedstawionych przez American College of Rheumatology [ACR]. Pewne rozpoznanie może nastąpić przy spełnieniu 2 z 3 podstawowych warunków (czułość 93%, swoistość 95%): stwierdzenie zmian w narządzie wzroku, obecność autoprzeciwciał (anty-Ro lub anty-La lub czynnika reumatoidalnego i przeciwciał przeciwjądrowych w mianie ≥ 1:320) oraz zmian zapalnych z naciekiem limfocytarnym w badaniu histopatologicznym wycinka pobranego z gruczołu ślinowego. Należy wykluczyć wtórną postać choroby w przebiegu napromieniowania głowy i szyi, sarkoidozę, amyloidozę, zakażenie HCV i HIV oraz pamiętać o lekach mogących wywołać suchość błon śluzowych jamy ustnej [tzw. aktywność antycholinergiczna – przyp. aut.], np. lekach stosowanych w leczeniu → choroby Parkinsona czy → depresji [i zaburzeń nastroju]. Choroba przebiega powoli. Rokowanie jest niekorzystne, gdy dochodzi do rozwoju chłoniaków, krioglobulinemii i zapalenia naczyń. Ryzyko wystąpienia chłoniaków nieziarniczych ocenia się na 40-krotnie większe niż w populacji ogólnej. Pierwotny zespół Sjögrena leczy się objawowo stosując sztuczne łzy i sztuczną ślinę. W leczeniu modyfikującym można bezpiecznie włączyć chlorochinę (Arechin: dawka 250-500 mg/dobę) lub hydroksychlorochinę (Plaquenil; dawka 200-400 mg/dobę). W przypadku dużej aktywności choroby stosuje się kortykosteroidy oraz rzadko z powodu wielu działań niepożądanych leki immunosupresyjne. Jeżeli występują dolegliwości stawowe skuteczne jest włączenie metotreksatu. [23 VII – w rocznicę urodzin szwedzkiego okulisty Henrika Sjögrena (1899–1986), który w 1933 r. przedstawił opis tego zespołu – od 2014 r. obchodzony jest Światowy Dzień (Zespołu) Sjögrena.

PKR

A: SjS, SS (ang.).

B: Puszczewicz, 2011; Szczeklik, 2011' Zimmermann-Górska, 2008.

N: http://info.sjogrens.org…

O: t. 1: choroby autoimmunologiczne, choroby przewlekłe, t. 4: zespół suchego oka, t. 5: choroby reumatyczne, reumatologia.

S: choroba Mikulicza-Radeckiego, syndrom Sjögrena, zespół suchego oka, zespół suchości, zespół suchych błon śluzowych.

TK: ang. *Sjögren syndrome* [SjS, SS], fr. *syndrome de Gougerot-Sjögren* ou *syndrome de Sjögren*, hiszp. *síndrome Sjögren,* niem. *Sjögren-Syndrom*, ros. *синдроом Шегрена*.

Bibliografia

Puszczewicz M. (red.), *Reumatologia*. Wyd. 2. Warszawa 2011.
Szczeklik A. (red.), *Choroby wewnętrzne*. Kraków 2011.
Zimmermann-Górska I. (red.), *Reumatologia kliniczna*. Warszawa 2008, 2 t.

Netografia

http://info.sjogrens.org/conquering-sjogrens/world-sj%C3%B6grens-day-2017

Bibliografia

A good life in old age. Paris: OECD, European Commision, 2013.

A good life in old age. Paris: OECD, European Commision, 2013.

A Report of American College of Cardiology Fundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines… "Journal of the American College of the Cardiology" 2011, vol. 58 [19].

Abad L., *Media literacy for older people facing the digital divide: The e-Inclusion Programs Design*. "Comunicar" 2014, vol. 21 [42].

Abdelhafiz A. H., *Epidemiology of heart disease*, w: A. J. Sinclair, J. E. Morley, B. Vellas (eds), *Principles and practice of geriatric medicine*. Wyd. 5. Chichester: Wiley-Blackwell Ltd, 2012.

Abdul-Malik al-Qasim, *Kindness to parents*. Riyyad-Jeddah: Maktaba Dar-us Salam, 2004.

Abernethy D. R., Flockhart D. A., *Molecular basis of cardiovascular drug metabolism: implications for predicting clinically important drug interactions*. "Circulation" 2000, vol. 101 [14].

Abraham J. i współprac., *Proffilling care and benchmarking best practice in of hospitalized elderly.* "Nursing Clinics of North America" 1999, vol. 34 [1].

Abraham N. G., Srinivasan K., Thomas J., *Normative data for near point of convergence, accommodation, and phoria*. "Oman Journal of Ophthalmology" 2015, vol. 8 [1].

Abramowska A., *Projekcja liczby osób starszych według płci, wieku i pozycji w gospodarstwie domowym w Polsce…* Warszawa: Wyd. SGH, 2006;

Abrams J., Thadani U., *Therapy of stable angina pectoris: The uncomplicated patient*. "Circulation" 2005, vol. 112.

Abrams W. B., Beers M. H., Berkow R., *MSD podręcznik geriatrii.* Wrocław: Urban & Partner, 1999.

Achenbaum W. A., Alber D. M., *Profiles in gerontology: A biographical dictionary*. Westport, Conn.: Greenwood Press, 1995.

Achenbaum W. A., Bengtson V. L., *Re-engaging the disengagement theory of aging: On the history and assessment of theory development in gerontology*. The Gerontologist" 1994, vol. 34 [6].

Achenbaum W. A., *Can gerontology be a science?* "Journal of Aging Studies" 1987, vol. 1 [1].

Action on Elder Abuse: Action on Elder Abuse's definition of elder abuse. "Bulletin" 1995, vol. 11.

Action on Elder Abuse: Action on Elder Abuse's definition of elder abuse. "Bulletin" 1995, vol. 11.

Active ageing: A policy framework. Geneva: WHO Press, 2002.

Active ageing: A policy framework. Genewa: WHO, 2002.

Adam B. D., *The rise of a gay and lesbian movement.* Wyd. 2. New York: Twayne Publishers, 1995.

Adamczewski T. i współprac., *Ocena efektów rehabilitacji pacjentki po opóźnionej endoprotezoplastyce połowiczej stawu ramiennego – opis przypadku*. „Kwartalnik Ortopedyczny" 2012, nr 2.

Adamczyk-Tobiasz B., *Czynniki psychospołeczne warunkujące długość życia osób starszych wiekiem*. „Gerontologia Polska" 1997, vol. 5.

Adamek J. i współprac, *Stopień ograniczenia sprawności funkcjonalnej osób przyjmowanych do hospicjum*. „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie" 2012, nr 4.

Adamkiewicz M., *Oblicza śmierci. Propedeutyka tanatologii*. Toruń: Europ. Centrum Edukacyjne, 2004.

Adamowicz-Hummel A., *Posługiwanie się wzrokiem przez dzieci słabowidzące*, w: S. Jakubowski (red.), *Poradnik dydaktyczny dla nauczycieli realizujących podstawę programową w zakresie szkoły podstawowej i gimnazjum z uczniami niewidomymi i słabowidzącymi.* Warszawa: MEN, 2001.

Adams F. (ed.), *The genuine works of Hippocrates.* London: The Sydenham Society, 1849.

Adan V., Crown L. A., *Diagnosis and treatment of Sick Sinus Syndrome*. "American Family Physician Journal" 2003, vol. 67.

Adler A., *Sens życia*. Wyd. 2. Warszawa: PWN, 1986.

Adler S. S., Beckers D., Buck M., *PNF w praktyce*. Warszawa: DB Publishing, 2009.

Adorno Th. W. i współprac., *The Authoritatian Personality*. New York: Harpers,1950.

AEGON [2012[, *Zmiana oblicza emerytur. Badanie przygotowania emerytalnego AEGON Polska*, Warszawa: Aegon Retirement Readiness Survey, 2012.

Afnan S. M., *Avicenna: His life and works*. London: Uniwin Brothers Ltd., 1958, nowe Wyd. London–New York: Routledge, 2016.

Agamben G., *Homo sacer. Suwerenna władza i nagie życie*. Warszawa: Prószyński i S-ka, 2008.

Agborsangaya C. B. i współprac., *Health-related quality of life and healthcare utilization in multimorbidity: Results of a cross-sectional survey*. "Quality of Life Research" 2013, vol. 22 [4].

Ageing, housing and urban development. Paris: OECD, 2003.

Agostini J., Inouye S., *Principles of geriatric medicine and gerontology.* Wyd. 5. New York: McGraw-Hill, 2003.

Agronin M. E., *Personality disorders*, w: K. S. Markides (ed.), *Encyclopedia of Health and Aging*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publ., Inc., 2007.

Agüero-Torres H., Strauss E. von, Vitanan M., *Institutionalization in the elderly: The role of chronic diseases and dementia. Cross-sectional and longitudinal data from a population based study*. Journal of Clinical Epidemiology 2001 vol. 54 [8].

Ahnert L. (Hg.), *Charlotte Bühler und die Entwicklungspsychologie*. Vienna: V & R unipress/Vienna Univ. Press, 2015.

Aizenberg D, Weizman A, Barak Y., *Attitudes towards sexuality among nursing home residents*. "Sexuality and Disability" 2002, vol. 20].

Akima H. i współprac., *Inactivity and muscle: Effect of resistance training during bed rest on muscle size in the lower limb.* "Acta Physiologica Scandinavica" 2001, vol. 172 [4].

Alberti K. G. i współprac., *Harmonizing the metabolic syndrome…* "Circulation" 2009, vol. 120.

Alberti K. G., Zimmet P. i Shaw J., *IDF Epidemiology Task Force Consensus Group. The metabolic syndrome: A new worldwide definition.* "Lancet" 2005, vol. 366.

Alberti K. G., Zimmet P. Z., *Definition, diagnosis, and classification of diabetes mellitus and its complications…* "Diabetic Medicine" 1998, vol. 15.

Alberti M., Kohli M, Vogel C., *Intergenerational transfers of time and money in European families: Common patterns – different regimes?* "Journal of European Social Policy" 2007, vol. 17 [4].

Albin K., *Reklama – przekaz, odbiór, interpretacja*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2002.

Aleksander H., *Doświadczenie żałoby.* Poznań: Wyd. „W drodze", 2001.

Aleksander T., *Andragogika*. Radom–Kraków; Wyd. ITE, 2009.

Aleksander T., *Cele, kierunki i funkcje edukacji dorosłych*, w: T. Wujek (red.), *Wprowadzenie do andragogiki*. Warszawa: Wyd. ITE, 1996.

Aleksander T., *Edukacja ustawiczna/permanentna*, w: T. Pilch (red.), *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*. Warszawa: Wyd. Akad. „Żak", 2003, t. 1.

Aleszko Z., *Choreoterapia w psychiatrii.* „Zeszyty Naukowe AM" [Wrocław[1989, nr 48.

Alexander D. A., *The application of the Graham-Kendall Memory for Designs Test to elderly normal an psychiatric groups.* "British Journal of Social and Clinical Psychology" 1970, vol. 9 [1].

Alexander K. P. i współprac., *Acute coronary care in the elderly.* Part II: *ST-segment- elevation myocardial infarction: a scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association Council on Clinical Cardiology: In collaboration with the Society of Geriatric Cardiology. "*Circulation" 2007 a, vol. 115 [19].

Alexander K. P. i współprac., *Acute coronary care in the elderly.* Part I: *Non-ST-segment- elevation acute coronary syndromes: a scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association Council on Clinical Cardiology: In collaboration with the Society of Geriatric Cardiology.* "Circulation" 2007 b, vol. 115 [19].

Alexander K. P. i współprac., *Outcomes of cardiac surgery in patients > or = 80 years: Results from the National Cardiovascular Network.* "Journal of the American College of Cardiology" 2000, vol. 1.

Alexopoulos G. S. i współprac., *Cornell Scale for Depression in Dementia*. „Biological Psychiatry" 1988, vol. 23.

Alghwiri A.A., Whitney S.L., *Równowaga i upadki*, w: A. A. Guccione, R.A. Wong, D. Avers D. (red.), *Fizjoterapia kliniczna w geriatrii*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner, 2012.

Alichniewicz A., *Eutanazja a etyczne podstawy medycyny stanów terminalnych*, w: M. Gałuszko, K. Szewczyk (red.), *Narodziny i śmierć. Bioetyka kulturowa wobec stanów granicznych życia ludzkiego*. Warszawa: PWN, 2002.

Alley D. E. i współprac., *Grip strength cutpoints for the identification of clinically relevant weaknes*. "Journals of Gerontology – Biological Sciences" 2014, vol. 69.

Alley D., *Biomarkers of aging*, w: K. S. Markides (ed.), *Encyclopedia of Health and Aging.* Thousand Oaks, CA: SAGE Publ., Inc., 2007.

Allman J. L., O'Hair D., Stewart R. A., *Communication and aging: A study of the effect pf cohort-centrism and perceived decoding ability on communication competence and communication satisfaction*. "Communication Quarterly" 1994, vol. 42 [Issue 4].

Allport G. W., *Personality: Psychology as a science…* "Psychological Review" 1946, vol. 53.

Allport G. W., Ross J. M., *Personal religious orientation and prejudice*. „Journal of Personality and Social Psychology" 1967, vol. 5.

Allport G. W., *The use of personal documents in psychological sciences*. New York: Social Science Research Council, 1942.

Allport G. W., *The person in psychology*. Boston: Beacon, 1968

Allsopp i współprac., *Telomere length predicts replicative capacity of human fibroblasts*. "Proceedings of National Academy Sciences USA" 1992, vol. 89 [21].

Alster O., Korwek Z., *Znaczniki komórkowego starzenia*. „Postępy Biochemii" 2014, vol. 60 [2].

Alster O., Korwek Z., *Znaczniki starzenia komórkowego*. „Postępy Biochemii" 2014, vol. 60 [2].

Alter J. S., *Seminal truth: A modern science of male celibacy in north I*ndia. "Medical Anthropology Quarterly" 1997, vol. 11.

Altman J., Das G. D., *Post-natal origin of microneurones in the rat brain*. "Nature" 1965, vol. 207.

Alvarez, H. P., *Grandmother hypothesis and primate life histories*. "American Journal of Physical Anthropology" 2000, vol. 113.

Amaducci S., Camellini I., *I padri cappadoci. Basilio, Gregorio di Nazianzo, Gregorio di Nissa*, w: [a cura di] U. Mattioli, *Senectus, la vecchiaia nell'antichità ebraica e cristiana*. Bologna: Spoglio, 2007, vol. 3.

Aman J. E. i współprac., *The effectiveness of proprioceptive training for improving motor function: a systematic review.* "Frontiers in Human Neuroscience" 2015, vol. 8.

[Św.] Ambroży, *Listy.* Kraków: Wyd. M, 2012.

American Geriatrics Society Workgroup on Vitamin D Supplementation for Older Adults. *Recommendations abstracted from the American Geriatrics Society Consensus Statement on vitamin D for Prevention of Falls and Their Consequences*. "*Journal* of the *American Geriatrics Society"* 2014, vol. 62 [Issue 1].

Améry J., *O starzeniu się. Bunt i rezygnacja. Podnieść na siebie rękę. Dyskurs o dobrowolnej śmierci*. Warszawa: Czytelnik, 2007.

Amman P. i współprac., *Protein undernutrition-induced bone loss is associated with decreased IGF-I levels and estrogen deficiency*. "Journal of Bone and Mineral Research" 2000, vol. 15.

Anderson G., Kerluke J., *Distribution of prescription drug exposures in the elderly: description and implications*. "Journal of Clinical Epidemiology" 1996, vol. 49 [8].

Anderson G., Kerluke K., *Distribution of prescription drug exposures in the elderly: Description and implications*. "The Journal of Clinical Epidemiology" 1996, vol. 49 [8].

Anderson J. R., *Uczenie się i pamięć. Integracja zagadnień.* Warszawa: WSiP, 1998.

Andreoli V., *Zrozumieć cierpienie. Aby ból ustąpił radości*. Kraków: Wyd. homini, 2009.

Andres A. i współprac., *Food-cobalamin malabsorption in elderly patients: clinical manifestations and treatment.* "American Journal of Medicine" 2005, vol. 118 [10].

Andrès E., i współprac., *Anemia in elderly patients: New insight into an old disorder.* "Geriatrics & Gerontology International" 2013, vol. 13.

Andrew M., *Social Capital and Social Cohesion*. w: R. Schulz (red.), *The Encyclopedia of Aging: A Comprehensive Resource in Gerontology and Geriatrics. Fourth Edition*. New York: Springer Pub, 2006.

Andrews F. M, Withey S. B., *Social indicators of well-being: American perceptions of life quality*. New York: Plenum Press,1976.

Andro M., Coutard A., Gentric A., *Underue in elderly adults: An underestimated suboptimal prescribing.* "Journal of the American Geriatric Society" 2012, vol. 60 [8].

Andro M., i współprac., *Anaemia and cognitive performances in the elderly: a systematic review.* "European Journal of Neurology" 2013, vol. 20.

Aner K., Karl U. (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit und Alter*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2010.

Anetzberger G. J., *An update on the nature and scope of elder abuse*. "Journal of the American Society on Aging" 2012, vol. 36 [3].

Anetzberger G. J., *An update on the nature and scope of elder abuse*. "Journal of the American Society on Aging" 2012, vol. 36 [3].

Angier N., *Kobieta. Geografia intymna*. Warszawa: Wyd. Prószyński i S-ka, 2001.
Annas J., *An introduction to Plato's "Republic"*. Oxford: Oxford Clarendon Press, 1991.
Antologia literatury polskiego średniowiecza. Warszawa: PIW, 1987
Antonides G., Raaij van F., *Zachowanie konsumenta. Podręcznik akademicki*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2003.
Antonini F. M., Mannucci M., *La longevita in Italia*. "Aggiornamento Medico" 1992, vol. 16.
Antonovsky A., *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować?* Warszawa: Wyd. Fund. Instytutu Psychiatrii i Neurologii, 2005.
Antosiewicz J., *Niektóre aspekty żywienia ludzi w podeszłym wieku*, w: A. Marchewka, Z. Dąbrowski, J. A. Żołądź (red.), *Fizjologia starzenia się. Profilaktyka i rehabilitacja*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2012.
Antoszewska B., Binnebesel J., *Porozmawiajmy o śmierci*. Olsztyn: Wyd. UW-M, 2014.
Antrim D. K., *Music therapy*. "The Musical Quarterly" 2006, vol. 30 [4].
Anzenbacher A., *Wprowadzenie do etyki.* Kraków: Wyd. WAM, 2008;
Aoi W., Sakuma K., *Skeletal muscle: Novel and intriguing characteristics as a secretory organ*. "BioDiscovery" 2013, vol. 7.
Appelt K., *Współcześni dziadkowie i ich znaczenie dla rozwoju wnuków*, w: A. Brzezińska i współprac. (red.), *Szanse rozwoju w okresie późnej dorosłości*. Poznań; Wyd. Fund. Humaniora, 2007.
Appleford A., *Learning to die in London 1380–1940.* Philadelphia: Univ. of Pennsylvania Press, 2015.
Araujo A. B., Mohr B. A., McKinlay J. B., *Changes in sexual function in middle-aged and older men: Longitudinal data from the Massachusetts Male Aging Study*. "The Journal of American Geriatric Society" 2004, vol. 52.
Ardelt M., *Empirical assessment of a three-dimensional wisdom sca*le. "Research on Aging" 2003. vol. , 25 [3].
Ardelt M., *Wisdom and life satisfaction in old age.* "Journal of Gerontology – Psychological Sciences" 1997, vol. 52 B [1].
Arenson C., i współprac., *Reichel's care of the elderly: clinical aspects of aging*. Wyd. 6. Cambridge–New York: Cambridge Univ. Press, 2009.
Argyle M., *Psychologia stosunków międzyludzkich.* Warszawa: PWN, 1991.
Ariès Ph., *Człowiek i śmierć,* Warszawa: PIW, 1989.
Arking R., *Successful selection for increased longevity in Drosophila: Analysis of the survival data and presentation of a hypothesis on the genetic regulation of longevity*. "Experimental Gerontology" 1987, vol. 22.
Arnold R., Siebert H. (Hrsg.), *Konstruktivistische Erwachsenebildung. Von der Deutung zur Konstruktion der Wirklichkeit,* Baltmannsweiler: Scheider Verlag Hohenhagern*,* 2006.
Aronow W. S., *Cardiac arrhythmias*, w: H. M. Fillit, K. Rockwood, K. Woodhouse (eds.), *Brocklerhurst's textbook of geriatric medicine and gerontology*. Wyd. 7. Philadephpia:. Saunders Elsevier, 2010 a.
Aronow W. S., *Diagnosis and management of coronary artery disease*, w: H. M. Fillit, K. Rockwood, K. Woodhouse (eds.), *Brocklerhurst's textbook of geriatric medicine and gerontology*. Wyd. 7. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2010 b.
Aronson E., Wilson T. D., Akert R. M., *Psychologia społeczna. Serce i umysł.* Wyd. 2. Poznań: Zysk i S-ka Wyd. , 2007.
Artz A. S. i współprac., *Unexplained anaemia in the elderly is characterised by features of low grade inflammation.* "British Journal of Haematology" 2014, vol. 167 [2].
Artz A. S., Thirman M. J., *Unexplained anemia predominates despite an intensive evaluation in a racially diverse cohort of older adults from a referral anemia clinic*. "Journal of Gerontology Series A Biological Sciences and Medical Sciences" 2011, vol. 66A [8].
Arystoteles, *Etyka nikomachejska*. Wyd. 2. Warszawa: PWN, 1982.
Arystoteles, *Etyka nikomachejska*. Wyd. 2. Warszawa: PWN, 1982.
Arystoteles, *Etyka nikomachejska*. Wyd. 2. Warszawa: PWN, 1982.
Arystoteles, *O duszy*. Warszawa: PWN, 1972, nowe Wyd. 1988 a.
Arystoteles, *O duszy*. Warszawa: PWN, 1972, nowe Wyd. 1988 a.
Arystoteles, *O niebie*. Warszawa: PWN, 1980.
Arystoteles, *Polityka*. Warszawa: Wyd. DeAgostini, 2005.
Arystoteles, *Polityka…* Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2001, nowe Wyd. Warszawa: Wyd. DeAgostini, 2005.
Arystoteles, *Retoryka. Poetyka*. Warszawa: PWN, 1988 b.
Arystoteles, *Retoryka. Poetyka*. Warszawa: PWN, 1988 b.
Asanowicz K., *Miasto przyszłosci – miasto starych ludzi*. „Czasopismo Techniczne – Architektura" 2012, z. 1 [Kraków: Wyd. Polit. Krak.].
Aszyk P., *Terapia uporczywa – szkic historyczny*. „Medycyna Paliatywna w Praktyce" 2008, nr 3.

Atchley R. C., *A continuity theory of normal aging*. "The Gerontologist" 1989, vol. 29 (2).
Atchley R. C., *Continuity and adaptation in aging. Creating positive experiences*. Baltimore, MD: Johns Hopkins Univ. Press, 1999.
Atchley R.C., 2006, *Activity theory*, w: R. Schulz (ed.), *The encyclopedia of aging*. New York: Springer, 2006, vol. 1.
Atchley R.C., *A continuity theory of normal aging*, w: J. F. Gubrium, J.A. Holstein (eds.), *Aging and everyday life*. Oxford: Blackwell Publishing, 2005.
Atkinson D. A. i współprac., *Age-related changes in optical and biometric characteristics of emmetropic eyes*. "Journal of Vision" 2008, vol. 8 [4].
Atkinson D. W., *The English Ars Moriendi*. New York: Peter Lang, 1992.
Augusti A. G., *Systemic effects of chronic obstructive pulmonary disease*." Proceedings of the American Thoracic Society" 2005, vol. 2.
Aung K. i współprac., *Vitamin D deficiency associated with self-neglect in the elderly*. "Journal of Elder Abuse and Neglect" 2006, vol. 18 [4].
Austad S. T., *Mathusaleh's Zoo: How nature provides us with clues for extending human health span*. "Journal of Comparative Pathology" 2010, vol. 142.
Avila-Funes J. A. i współprac., *Frailty among community-dwelling elderly people in France: The Three-City Study*. "Journal of Gerontology – Medical Sciences" 2008, vol. 63 A [10].
Avin K. G. i współprac., *Management of Falls in community-dwelling older adults: A clinical guidance statement…* "Physical Therapy" 2015, Jan 5.
Awicenna [Avicenna], *Księga wiedzy*. Warszawa: PWN, 1974, nowe Wyd. 2010.
Awicenna [Avicenna], *Metafizyka*. Warszawa: Wyd. ATK, 1973.
Baars J., *The challenge of critical gerontology: The problem of social constitution*. "Journal of Aging Studies" 1987, vol. 1 [1].
Babbie E., *Badania społeczne w praktyce*. Warszawa: PWN, 2004.
Babicki J. Cz., *Jestem opiekunem*. Warszawa: Nakł. Ministerstwa Opieki Społ., 1935.
Babicki J. Cz., *Krzywda dziecka w zakładzie opiekuńczym,* w: A. Kamiński, F. Kulpiński, Z. Skalska, *Pedagogika opiekuńcza Józefa Czesława Babickiego*. Warszawa: WSiP, 1980.,
Babikian V., Ropper A. H., *Binswanger's disease: A review*. "Stroke" 1987, vol. 18.
Babiński G., *Badania panelowe*, w: M. Malikowski, M., Niezgoda (red.), Badania *empiryczne w socjologii. Wybór tekstów*. Tyczyn: WSSG, 1997, t. 2.
Bach H., *Allgemeine Sonderpädagogik*, w: H. Bach (Hrsg.), *Sonderpädagogik im Grundriß*. Wyd. 15. Berlin: Marhold, 1995.
Bach V. i współprac., *Prevalence and possible causes of anemia in the elderly: a cross- sectional analysis of a large European university hospital cohort.* "Clinical Interventions in Aging" 2014, vol. 9.
Bachelard B., *Wstęp do poetyki przestrzeni*, w: H. Makarewicz (oprac.), *Współczesna teoria badań literackich za granicą*. Kraków: Wyd. Lit., 1976, t. 2.
Bachmann W., *Biographien polnischer Sonderpädagogen…* Giessen: JLU, 1979.
Bachmann W., Geragogika jako kompleks zadań pedagogiki specjalnej. „Edukacja" 1990, nr 1.
Back K. W., *Cohort analysis: Modal logic and possible worlds in life course analysis*, w: *Interdisciplinary Topics in Gerontology*. Basel: Krager, 1983, vol. 17.
Back K. W., *Cohort analysis: Modal logic and possible worlds in life course analysis*, w: *Interdisciplinary Topics in Gerontology*. Basel: Krager, 1983, vol. 17.
Back K., *Continuity theory*, w: G. Maddox (ed.), *The encyclopedia of aging*. New York: Springer, 1987.
Bacon C. G. i współprac., *Sexual function in men older than 50 years of age: Results from the Health Professionals Follow-up Study*. "Annals of Internal Medicine" 2003, vol. 139.
Badura-Madej W., *Podstawowe pojęcia teorii kryzysu i interwencji kryzysowej*, w: W. Badura-Madej (red.), *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej*. Katowice: Wyd. Nauk. „Śląsk", 1999.
Badura-Madej W., *Podstawowe pojęcia teorii kryzysu i interwencji kryzysowej*, w: W. Badura Madej (red.),. *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej*. Warszawa: Wyd. InterArt, 1996.
Badura-Madej W., *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej: Poradnik dla pracowników Socjalnych*. Katowice: Wyd. Nauk „Śląsk", 1999.
Badurski J. E. i współprac., *Epidemiologia złamań osteoporotycznych i ocena 10-letniego ryzyka złamania w populacji kobiet regionu Białystok…* „Reumatologia" 2008, vol. 46 [2].

Badurski J. E., Marcinowska-Suchowierska E., Czerwiński E., *Wskazania do leczenia osób z wysokim ryzykiem złamania kości – logika stanowiska Światowej Organizacji Zdrowia wobec osteoporozy,* „Reumatologia" 2007, vol. 45 [5], Supl. 3.

Baier K., Winter F. (Hrsg.), *Altern in den Religionen*. Berlin: Lit Veralg, 2013.

Baillie J. K., *Oral antioxidant supplementation does not prevent acute mountain sickness: double blind, randomized placebo-controlled trial*. "QJM" 2009, vol. 102 [5].

Baj-Korpak J. i współprac., *Motywy i bariery uczestnictwa osób starszych w rekreacji ruchowej*. „Rozprawy Społeczne" 2013, t. 7, nr 1.

Baka J., *Baka odrodzony: Uwagi o śmierci niechybnej wszystkim pospolitej…* Warszawa: WAiF, 1985.

Baka J., *Józef Baka. Antologia*. Warszawa: Hachette Polska, 2012.

Baka J., *Nabożeństwo codzienne chrześciańskie…* Wilno: Druk XX. Bazylianów, 1808.

Baka J., *Poezje*. Warszawa: PIW, 1986.

Baka J., *Uwagi o śmierci niechybnej wszystkim pospolitej, wierszem wyrażone…* Wilno: Zawadzki, 1807.

Baka J., *Uwagi*. Lublin: Wyd. Tekst, 2000.

Baker D. W. i współprac., *The association between age and health literacy among elderly persons.* "Journal of Gerontology" 2000, vol. 55 B [6].

Bakhshi S., While A. E., *Older people and alcohol use.* "British Journal of Community Nursing" 2014, vol. 19.

Bakiera L. *Rodzina z perspektywy socjologicznej i psychologicznej: ciągłość i zmiana*. „Roczniki Socjologii Rodziny" 2006, t. 17.

Bal J. (red.), *Biologia molekularna w medycynie. Elementy genetyki klinicznej*. Wyd. 3. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2011.

Balcerzak-Paradowska B. (red.), *Sytuacja osób niepełnosprawnych w Polsce*. Warszawa: Inst. Pracy i Spraw Soc., 2002.

Balcerzak-Paradowska B., *Starzenie się ludności – wyzwaniem dla polityki społecznej i rodzinnej. Wybrane problemy*, w: J. Kleer (red.), *Konsekwencje ekonomiczne i społeczne starzenia się społeczeństwa*. Warszawa: PAN, 2000.

Balducci L. i współprac., *Management of cancer in the older aged patient*, w: L. Balducci i współprac. (eds.), *Comprehensive geriatric oncology*. Wyd. 2. Abingdon: Taylor & Francis Group, 2004.

Baldwin R. C., *Depression in later life*. New York: Oxford Univ. Press, 2010.

Balk D., *Children's encounters with death*, *bereavement, and coping*. New York: Springer, 2010.

Balke R., *Izrael*. Warszawa: Wyd. Cyklady, 2005.

Ball S., *Antyoksydanty w medycynie i zdrowiu człowieka…* Warszawa: „Medyk", 2001.

Ballard C. i współprac., *Neuroleptic sensitivity in dementia with Lewy bodies and Alzheimer's disease*. "Lancet" 1998,vol. 351.

Ballard C. i współprac., *Nonpharmacological treatment of Alzheimer's disease*. "Canadian Journal of Psychiatry" 2011, vol. 56 [10].

Balsa A. i współprac., *Alcohol consumption and health among elders.* "The Gerontologist" 2008, vol. 48.

Baltes M. M. (Hrsg.), *Brenpunkt Gerontopsychiatrie: Internationale Pflegekonzepte zur Langzeitbetreuung in der Altenhilfe*. Hannover: Vincentz, 1990

Baltes M. M. (Hrsg.), *Erfolgreiches Altern: Bedingungen und Variationen*. Bern–Stuttgart– Toronto: Huber, 1989

Baltes M. M. i współprac., *Everyday competence in old and very old age. Theoretical considerations and empirical findings*, w: P. B. Baltes, K. U. Mayer (eds.), *The Berlin aging study. Aging from 70 to 100*. New York: Cambridge Univ. Press, 1990.

Baltes M. M., Baltes P. B. (eds.), *Successful aging: Perpectives from the behavioral sciences*. New York: Cambridge Univ. Press, 1990, nowe Wyd. 1993.

Baltes M. M., Baltes P. B. (eds.), *Successful aging: Perpectives from the behavioral sciences*. New York: Cambridge Univ. Press, 1990, nowe Wyd. 1993.

Baltes M. M., Baltes P. B. (eds.), *The psychology of control and aging*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1986, nowe Wyd. New York: Psychology Press, 2014.

Baltes M. M., Montada L. (Hrsg.), *Produktives Leben im Alter*. Frankfurt am Main–New York: Campus-Velag, 1996.

Baltes M. M., *The many faces of dependency in old age.* Cambridge, MA: Cambridge University Press, 1996.

Baltes P. B. i współprac., *The Berlin Aging study (BASE): Overview and design*. "Ageing and Society" 1993, vol. 13 [4].

Baltes P. B. i współprac., *The Berlin Aging Study (BASE): Overview and design*. "Ageing and Society" 1993, vol. 13 [4].

Baltes P. B., Baltes M. M., *Optimierung durch Selektion und Kompensation: Ein psychologisches Modell erfolgreichen Altern*. "Zeitschrif für Pädagogik" 1989, Heft 35.

Baltes P. B., Baltes M. M., *Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation*, w: P. B. Baltes, M. M. Baltes (esd.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. New York: Cambridge Univ. Press, 1993.

Baltes P. B., Eckensberger L. (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne*. Stuttgart: Klett-Cotta, 1979.
Baltes P. B., *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne: Theoretische Leitsätze*. "Psychologische Rundschau" 1990, Jg. 41.
Baltes P. B., Mayer K. U. (eds.) *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100.* Cambridge– New York: Cambridge Univ. Press, 2001.
Baltes P. B., Mayer K. U. (eds.) *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100.* Cambridge– New York: Cambridge Univ. Press, 2001.
Baltes P. B., Mayer K. U. (Hrsg.) *Die Berliner Altersstudie.* Berlin: Akademie Verlag, 1996, Wyd. 2. 1999.
Baltes P. B., Mayer K. U. (Hrsg.) *Die Berliner Altersstudie.* Berlin: Akademie Verlag, 1996, Wyd. 2. 1999.
Baltes P. B., Mayer K. V. (eds.) *The Berlin Ageing Study.* Cambridge: Cambridge Univ. Press, 1999.
Baltes P. B., Mittelstraß J. (Hrsg.). *Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung*. Berlin: de Gruyter, 1992.
Baltes P. B., Mittelstraß J., Staudinger U. M. (Hrsg.), *Alter und Altern: Ein interdisziplinärer Studientext zur Gerontologie*. Berlin: de Gruyter, 1994.
Baltes P. B., Reese H. W., Nesselroade J. R., *Life-span developmental psychology: An introduction to research methods.* Monterey, CA: Brooks Cole, 1977, nowe Wyd. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1988.
Baltes P. B., Reuter-Lorenz P. A., Rösler F. (Eds.), *Lifespan development and the brain: The perspective of biocultural co--constructivism*. New York, Cambridge University Press, 2006.
Baltes P. B., Schaie K. W. (eds.) *Life-span developmental psychology: Personality and socialization*. New York: Akademic Press, 1973.
Baltes P. B., Smith J., *New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age*. "Gerontology" 2003, vol. 49.
Baltes P. B., Staudinger U. M., *Interactive minds: Life-span perspectives on the social foundation of cognition*. Cambridge, MA: Cambridge University Press, 1996.
Baltes P. B., *Strategies for psychological intervention in old age*. "The Gerontologist" 1973, vol. 33.
Baltes P. B., *Strategies for psychological intervention in old age*. "The Gerontologist" 1973, vol. 33.
Baltes P. B., *Strategies for psychological intervention in old age*. "The Gerontologist" 1973, vol. 33.
Baltes P. B., *Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline*. "Developmental Psychology" 1987, vol. 23 [5].
Bamford G., *Cohousing for older people: Housing innovation in the Netherlands and Denmark*. "Australasian Journal on Ageing" 2005, vol. 24, Issue 1, 2005;
Banach M., *Czas wolny osób starszych*, w: J. Matejek, E. Zdebska (red.), *Senior w rodzinie i instytucji społecznej*. Kraków: IRIS Studio, 2013,
Bancroft J., *Seksualność człowieka.* Wrocław: Elsevier, 2011.
Bandura L., *Pedagogika medialna*. „Ruch Pedagogiczny" 1983, nr 3–4.
Bandurski J. i współprac., *Osteoartrologia kliniczna*. Poznań: Termedia Wyd. Med., 2011.
Bandurski J., *Osteoporoza a złamania kości.* Warszawa: Blackhorse Publ., 2003.
Bańka A., *Zawodowstwo, doradztwo zawodowe i pośrednictwo pracy*. Poznań: Wyd. PRINT- B, 1995
Bańka J. *Eutyfronika jako krytyka rozumu cyfrowego*, w: J. Bańka, *Krytyka rozumu cyfrowego. Recentywizm i wielka metamorfoza XXI wieku*. Katowice: Wyd. Nauk. „Śląsk", 2014.
Bańka J. *Humanizacja techniki: Główne zagadnienia i kierunki eutyfroniki*. Katowice: „Śląsk", 1976.
Bańko M., *Wielki słownik wyrazów bliskoznacznych*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2005.
Barańczak S., *Etyka i poetyka*. Kraków: Znak, 2009.
Barash P. G., Cullen B. F., Stoelting R. K., *Podręcznik anestezjologii klinicznej*. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 1995.
Barber S. G., *Geriatrics: Is it a geriatric title?* "Geriatric Medicine" 1996, vol. 26.
Barcikowska M. i współprac., *Rozpoznawanie i leczenie otępień. Rekomendacje interdyscyplinarnej Grupy Ekspertów Rozpoznawania i Leczenia Otępień (GERO 2006)*. Lublin: Wyd. Czelej, 2006.
Barcikowska M., Bilikiewicz A., *Choroba Alzheimera w teorii i praktyce klinicznej*. Lublin: Wyd. Czelej, 2004.
Barcikowska M., Choroba Alzheimera, w: Barcikowska M. i współprac.,: *Rozpoznawanie i leczenie otępień. Remendacje Interdyscyplinarnej Grupy Ekspertów Rozpoznawania i Leczenia Otępień (IGERO) 2006*. Lublin: Czelej, 2006.
Barczak A., *Wykształcenie, aktywność umysłowa i socjalna jako czynniki protekcyjne otępienia*. „Aktualności Neurologiczne" 2014, vol. 14 [3].
Barczak K. i współprac., *Stan narządu żucia seniorów z ośrodków pomocy społecznej i domów rodzinnych w województwie zachodniopomorskim*. „Czasopismo Stomatologiczne" 2010, vol. 63 [10].

Barker A., Jones R., Jennison C., *A prevalence study of age-associated memory impairment*. "The British Journal of Psychiatry" 1995, vol. 167 [5].

Barker R. L., *Social work milestones: 1900 to 1949*, w: R. L. Barker, *The social work dictionary.* Wyd. 3. Washington, DC: National Association of Social Workers, NASW Press, 1995.

Barnard Ch., *Godne życie, godna śmierć*. Warszawa: Wyd. Jacek Santorski & Co, 1996.

Barnaś M. i współprac., *OBS: Problem interdyscyplinarny*. „Terapia" 2012, nr 11/12.

Barnes M. P., Ward A. B., *Podręcznik rehabilitacji medycznej*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner, 2008.

Baro E., *Terapeutyczny taniec z uwzględnieniem aktywizacji seniorów.* „Wspólne Tematy" 2002, nr 7–8.

Barr F.M., Russell, C.A., *Social capital: A potential tool for analysis of the relationship between ageing individuals and their social environment*. "Ageing International" 2006, vol. 31 [3].

Barrett P. i współprac., *The living environments of community-dwelling older people who become frail: Another look at the living standards of older New Zealanders Survey*. "Social Policy Journal of New Zealand" 2006, vol. 28.

Barrett P., Hale B., Butler M., *Family care and social capital: Transitions in informal care*. Dordrecht: Springer, 2014.

Barron M. L., *Minority group characteristics of the aged in American society*. "The Journal of Gerontology" 1953, vol. 8 [Issue 4].

Bartali R. i współprac., *Low nutrient intake is an essential component of frailty in older persons*. "Journal of Gerontology – Biological Sciences – Medical Sciences" 2006, vol. 61.

Bartel R., *Geragogische Hindwendung durch ein neues Berufsbild*, w: A. A. Zych, R. Bartel, *Zur Lebenssituation alternder Menschen in Polen und in der Bundesrepublik Deutschland – eine comparative Survey-Studie*. JLU: Giessen 1988.

Barthes R., *Mit dzisiaj*, w: R. Barthes, *Mit i znak. Eseje*. Warszawa: PIW, 1970.

Bartke A., *Minireview: role of the growth hormone/insulin-like growth factor system in mammalian aging.* "Endocrinology" 2005, vol. 146.

Bartnik Cz. S., *Ręka i myśl. Teologia pracy, odpoczynku i świętowania*. Katowice: Księg. Św. Jacka, 1982.

Bartosz G., *Druga twarz tlenu*. Wyd. 2. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2008.

Bartoszek A.[dam] i współprac., *Warunki zamieszkania seniorów – główne ustalenia badawcze*, w: M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.): *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Poznań: Termedia Wyd. Med., 2012.

Bartoszek A.[ntoni], *Człowiek w obliczu cierpienia i umierania. Moralne aspekty opieki paliatywnej*. Katowice: Księg. św. Jacka, 2000.

Bartoszewska E., *Formy pomocy dziecku nieuleczalnie choremu i jego rodzinie w hospicjum*. Kraków: Ofic. Wyd. „Impuls", 2005.

Bartoszewska Ł., *Rola wolontariusza przy łóżku umierającego*. „Gościna w Sercu" 1997, nr 12.

Bartusek M., *Opieka paliatywna jako problem społeczny*. „Magazyn Pielęgniarki i Położnej" 1998, nr 4.

Barwik M., *Księga wychodzenia za dnia. Tajemnice egipskiej Księgi Umarłych*. Warszawa: PIW, 2009.

Basaria S. i współprac., *Risk factors associated with cardiovascular events during testosterone administration in older men with mobility limitation*. "The Journals of Gerontology" [Biological Sciences & Medical Sciences] 2013, vol. 68 [2].

Basham A., *Indie od początków dziejów do podboju muzułmańskiego*. Warszawa: PIW, 1964.

Basińska M. A., *Funkcjonowanie psychologiczne pacjentów w wybranych chorobach endokrynologicznych. Uwarunkowania somatyczne i osobowościowe*. Bydgoszcz: Wyd. UKW, 2009.

Batchelor W. B. i współprac., *Contemporary outcome trends in the elderly undergoing percutaneous coronary interventions…* "Journal of the American College of Cardiology" 2000, vol. 36.

Bath P. A., Morgan K., *Differential risk factor profiles for indoor and outdoor falls in older people living at home in Nothington, UK*. "European Journal of Epidemiology" 199, vol. 15.

Batorski D., *Internet a nierówności społeczne*. „Studia Socjologiczne" 2005, nr 2.

Batorski D., Marody M., Nowak A. (red.), *Społeczna przestrzeń Internetu*. Warszawa: Wyd. SWPS „Academica", 2006.

Batorski D., *Polacy wobec technologii cyfrowych*, w: J. Czapiński, T. Panek (red.), *Diagnoza społeczna 2013. Warunki i jakość życia Polaków*. Warszawa: Min. Pracy i Polit. Społ., 2014.

Batorski D., *Technologie i media w domach i w życiu Polaków. Diagnoza Społeczna 2015, Warunki i jakość życia Polaków – Raport*. "Contemporary Economics" 2015, vol. 9 [4].

Batorski D., Zając J. M. (red.), *Między alienacją a adaptacją. Polacy w wieku 50+ wobec Internetu: Raport otwarcia Koalicji „Dojrz@łość w sieci.* warszawa: UPC, 2011.

Baudrillard J., *Społeczeństwo konsumpcyjne. Jego mity i struktury.* Warszawa: Wyd. Sic!, 2006.

Bauer A., Wiecheć M., *Przewodnik metodyczny po zabiegach fizykalnych*. Wrocław: Wyd. Markmed Rehabilitacja, 2012.
Bauman K., *Osoby w okresie późnej dorosłości jako ofiary nadużyć*. „Gerontologia Polska" 2006, nr 3.
Bauman M. K., *Characteristics of blind and visually handicapped people in professional, sales and managerial work*. Pensylvania: Office for the Blind, 1963.
Bauman T., *O możliwościach zastosowania metody panelowej w badaniach pedagogicznych. (rozważania na marginesie metodologicznej sytuacji pedagogiki)*. „Ruch Pedagogiczny" 1989, nr 1.
Bauman Z., *Ciało i przemoc w obliczu nowoczesności*. Toruń: Wyd. UMK, 1995.
Bauman Z., *Płynne czasy. Życie w epoce niepewności*. Warszawa: Sic!, 2007.
Bauman Z., *Śmierć i nieśmiertelność. O wielości strategii życia,* Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 1998.
Baumgartner R. i współprac., *Epidemiology of sarcopenia among the elderly in New Mexico*. "American Journal of Epidemiology" 1998, vol. 147.
Baza danych o osobach pozbawionych wolności. Warszawa: CZSW, 2015.
Bazo M. T., *Negligencia y malos tratos a las personas mayors en España*. "Revista espaäola de geriatría y gerontología" 2001, vol. 36 [1].
Bazo M. T., *Negligencia y malos tratos a las personas mayors en España*. "Revista espaäola de geriatría y gerontología" 2001, vol. 36 [1].
Bazyli Wielki, *Listy*. Warszawa: Inst. Wyd. PAX, 1972.
Bazyli Wielki, *O Duchu Świętym.* Warszawa: Inst. Wyd. PAX, 1999.
Bazyli Wielki, *Pisma ascetyczne*. Kraków: Wyd. Benedyktynów „Tyniec", 1994–1995, 2 t.
Bazyli Wielki, *Wybór homilij i kazań*. Kraków: Wyd. Mariackie, 1947.
Bąbel P., Baran A., *Trening pamięci. Projektowanie – realizacja – techniki i ćwiczenia.* Warszawa: Wyd. Difin, 2011.
Bąk L., *Moherowe berety jako grupa wykluczonych*, w: E. Zierkiewicz, A. Łysak (red.), *Trzeci wiek drugiej płci. Starsze kobiety jako podmiot aktywności społecznej i kulturowej*, Wrocław: Wyd. MarMar, 2006.
Beaglehole R., Bonita R., Kjellström T., *Podstawy epidemiologii.* Łódź: IMP, 2002.
Bean J. F. i współprac., *A comparison of leg power and leg strength within the InCHIANTI study: Which influences mobility more?* "Journal of Gerontology – Biological Sciences – Medical Sciences" 2003, vol. 58.
Beare S., *Dieta zapewniająca długowieczność. Sekrety najdłużej żyjących ludzi świata.* Katowice: Wyd. Videogarf II, 2006.
Beaufrere B., Morio B., *Fat and protein redistribution with aging: metabolic considerations.* "European Journal of Clinical Nutrition" 2000, vol. 54 [Suppl. 3].
Beauvoir S. de, *Druga płeć*. Warszawa: Wyd. Jacek Santorski & Co,, 2003.
Beauvoir S. de, *Listy do Nelsona Algrena. Romans transatlantycki 1947–1964,* Warszawa: Wyd. Lit. Muza SA, 2000.
Beauvoir S. de, *Siłą rzeczy*. Warszawa: Wyd. Czarna Owca, 2009.
Beauvoir S. de, *Starość*. Warszawa: Wyd. Czarna Owca, 2011.
Beauvoir S. de, *Starość*. Warszawa: Wyd. Czarna Owca, 2011.
Beauvoir S. de, *Starość*. Warszawa: Wyd. Czarna Owca, 2011.
Beauvoir S. de, *Starość*. Warszawa: Wyd. Czarna Owca, 2011.
Beauvoir S. de, *W sile wieku*. Warszawa: Wyd. Jacek Santorski & Co, 2004.
Beblavy M., Mizsei K., *Make spurious poverty statistics history*. "Development and Transition" 2006, vol. 4 [4].
[Bechterew W. M.] Бехтерев В. М., *Коллективная рефлексология* Петроград: Изд. Колос, 1921,
[Bechterew W. M.] Бехтерев В. М., *Мозг и деятельность*. Москва–Ленинград: Госуд. Изд., 1928.
[Bechterew W. M.] Бехтерев В. М., *Общая диагностика болезней нервной системы*. Санкт-Петербург: Изд. К.Л. Риккера, 1911–15, 2 cz.
[Bechterew W. M.] Бехтерев В. М., *Общие основы рефлексологии человека*. Москва– Петроград: Изд. Время, 1923, Wyd. 4. 1928.
[Bechterew W. M.] Бехтерев В. М., *Объективная психология*. Санкт-Петербург: Тип. П. П. Сойкина, 1907–10.
[Bechterew W. M.] Бехтерев В. М., *Основы учения о функциях мозга*. Санкт-Петербург: Изд. Брокгауз и Ефрон, 1903–07.
[Bechterew W. M.] Бехтерев В. М., *Психика и жизнь*. Wyd. 2. Санкт-Петербург: Изд. К. Л. Риккера, 1904.
Beck A. M., Ovesen L., *At which body mass index and degree of weight loss should hospitalized elderly patients be considered at nutritional risk?* "Clinical Nutrition" 1998, vol. 17.
Beck A. T. i współprac., *An inventory for measuring depression*. "Archives of General Psychiatry" 1961, vol. 4.

Beck A. T., *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Madison, CT: International Univ. Press, 1975.

Beck A. T., *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia, PA: Univ. of Pennsylvania Press, 1972.

Beck A. T., i współprac., *Schzofrenia w ujęciu poznawczym…* Kraków: Wyd. UJ, 2010.

Beck A. T., *Miłość nie wystarczy. Jak rozwiązywa nieporozumienia i konflikty małżeńskie*. Poznań: Wyd. Media Rodzina, 1996.

Beck A. T., *Teoria poznawcza zaburzeń osobowości.* Kraków: Wyd. UJ, 2005.

Beck A. T., *The diagnosis and management of depression*. Philadelphia, PA: Univ. of Pennsylvania Press, 1967.

Beckett C., *Podstawy teorii dla praktyków pracy socjalnej*. Warszawa: Wyd. APS, 2010.

Bednarek M. i współprac., *Ocena wpływu operacyjnego leczenia przykurczu Dupuytrena na poprawę funkcji ręki w oparciu o badania przeprowadzone z zastosowaniem kwestionariusza DASH (Disability of the Arm, Shoulder and Hand) – doświadczenia własne*. „Przegląd Lekarski" 2013, nr 11.

Bednarek M. i współprac., *Prevalence, severity and underdiagnosis of COPD in the primary care setting.* "Thorax" 2008, vol. 63.

Bee H. L., *Psychologia rozwoju człowieka*. Poznań: Zysk i S-ka Wyd. , 2004.

Bee H., *Psychologia rozwoju człowieka*. Poznań: Zysk i S-ka Wyd. , 2004.

Bee H., *Psychologia rozwoju człowieka*. Poznań: Zysk i S-ka, 2004.

Beers M. H. i współprac., *Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents*. "Archives of Internal Medicine" 1991, vol. 151.

Beers M. H., Berkow R. (eds.): *The Merck manual of geriatrics*. Wyd. 3. New York: Merck & Co, Inc. Whitehouse Station, 2000.

Beers M. H., *Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. An update*. "Archives of Internal Medicine" 1997, vol. 157.

Bejster I., *Proces starzenia się jako zjawisko biologiczne, psychiczne i socjalne*, w: E. Kędra (red.), *Seniorzy – w zgodzie z rytmem natury. Starzenie się jako zjawisko biologiczne i społeczne.* Legnica: Wyd. TPN, 2011.

Bella S. D. i współprac., *Effects of musically cued gait training in Parkinson's disease: Beyond a motor benefit*. "Annals of The New York Academy of Sciences" 2015, vol. 1337.

Bellia V. i współprac., *Aging and disability affect misdiagnosis of COPD in elderly asthmatics. The SARA study*, "Chest" 2003, vol. 123.

Benatar D., *Better never to have been. The harm of coming into existence*. New York: Oxford Univ. Press, 2006.

Bendyk E., *Pętle wykluczenia i nieobecności,* w: E. Rokicka, P. Kruczkowska (red.), *Oblicza ekskluzji. Praktyka działania instytucji kultury a przełamywanie barier dostępu.* Łódź: Wyd. UŁ, 2013.

Benedetti i współprac., *Effects of an adapted physical activity program in a group of elderly subjects with flexed posture: Clinical and instrumental assessment.* "Journal of Neuro- Engineering and Rehabilitation" 2008, vol. 5 [32].

Bengston V. L., Burgess E. O., Parrott T.M., *Theory, explanation, and a third generation of theoretical development in social gerontology*. "Journal of Gerontology" [Psychological Sciences & Social Sciences] 1997, vol. 52 [2].

Bengtson L. V., Achenbaum W. A. (eds.), *The changing contract across generations*. New York: Aldine de Gruyter, 1993.

Bengtson V. L. (ed.), *Adulthood and aging: research on continuities and discontinuities*. New York: Springer, 1996.

Bengtson V. L., Lowenstein A. (eds.), *Global aging and challenges to families*. New York: Aldine de Gruyter, 2003.

Bengtson V. L., Parrott T. M., Burgess E. O., *Progress and pitfalls in gerontological theorizing*. "The Gerontologist" 1996, *vol.* 36 [6].

Bengtson V. L., Putney N. M., Harris S. C., *Families and faith: How religion is passed down cross generations*. New York: Oxford Univ. Press, 2013.

Bengtson V. L., *The social psychology of aging*. Indianapolis: Bobbs-Merrill, 1973.

Bengtson V., Rosenthal C., Burton L., *Families and aging: Diversity and heterogeneity*, w: R. Binstock L. George (eds.)., *Handbook of aging and the social sciences*. San Diego: Academic Press, 1990.

Bent S., *Herbal medicine in the United States: Review of efficacy, safety, and regulation…* "Journal of General Internal Medicine" 2008, vol. 23 [6].

Bentler S. E. i współprac.,*The aftermath of hip fracture: discharge placement, functional status change and mortality.* American Journal of Epidemiology" 2009, vol. 170.

Benton A. K., *A Visual Retention Test for clinical use*. "Archives of Neurology and Psychiatry" 1945, vol. 54 [3].

Benton A. L., Sivan A. B., *Benton Visual Retention Test*. New York: Psychological Corporation, 1992.

Benz L. T., *Seasoned reflections on midlife transition*. [A "Quadrant" review with Aryeh Maidenbaum and Daniel Levinson]. "Quadrant" 1992, vol. 25 [1].

Benzinger P., i współprac.,*Risk of osteoporotic fractures following stroke in older persons*. "Osteoporosis International" 2015, vol. 26.

Berardelli A. i współprac., *EFNS/MDS-ES recommendations for the diagnosis of Parkinson's disease.* "European Journal of Neurology" 2013, vol. 20 [1]. Berardelli i współprac., 2013, Bogucki A. i współprac., *Leczenie zaawansowanej choroby Parkinsona*… „Polski Przegląd Neurologiczny" 2008, nr 1.

Berdes C., Dawson G. D., Zych A. A. (eds.), *Geragogics: European research in gerontological education and educational gerontology*. New York: The Haworth Press, 1992;

Berdzik-Janecka M., Dobrzyński M., Jawor-Moczulska N., *Wybrane aspekty estetyki uzębienia u osób starszych*. „Gerontologia Współczesna" 2015, vol. 3 [4].

Berdzik-Janecka M., Dobrzyński M., Jaworski A., *Stomatopatie protetyczne – interdyscyplinarny problem leczenia protetycznego pacjentów w wieku podeszłym*. „Gerontologia Współczesna" 2015, vol. 3 [3].

Berg K. i współprac., *Measuring balance in the elderly: Preliminary development of an instrument*. "Physiotherapy Canada" 1989, vol. 41.

Berg K.O. i współprac., *Measuring balance in the elderly: Validation of an instrument.* "Canadian Journal of Public Health" 1992, vol. 83 [Suppl. 2].

Berger B., *Sociology of leisure*, w: E. D. Smigel (ed.), *Work and leisure: A contemporary social problem*. New Haven, CT: College and Univ. Press, 1963.

Berger K. S., *The developing person through the life span.* New York: Worth Publisher Inc., 1998.

Berger L., Mailoux-Poiner D., *Soins gériatriques: Problèmes complexes et interventions autonomes*. Montréal: Éd. Études vivantes, 1991.

Berger R. M., *Gay and grey: The older homosexual man*. Binghamton, NY: Haworth Press, 1982.

Berger R., *English/Spanish Glossary for Berger: The developing person through the life span*. Wyd. 7. New York: Bronx Community College, 2008.

Bergmann M., Chamier-Ciemiński R., Michałek J., *Mentoring 50+. Poradnik wdrożeniowy*. Toruń: Wyd. Prac. Sztuk Plast., 2012.

Berkman N. D. i współprac., *Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review*. "Annals of Internal Medicine" 2011, vol. 155 [2].

Bernabei R. i współprac., *The comprehensive geriatric assessment: when, where, how.* "Critical Reviews in Oncology & Hematology" 2000, nr 33.

Bernabei R. i współprac., *The comprehensive geriatric assessment: when, where, how.* "Critical Reviews in Oncology & Hematology" 2000, nr 33.

Bernacki M., *Starość jako zapasy ze Śmiercią. O ostatnim wierszu Jarosława Iwaszkiewicz „Urania"*. „Przegląd Powszechny" 2006, nr 12.

Berndt A., *Sprachenlernen im Alter. Eine empirische Studie zur Fremdsprachengeragogik.* München: Iudicium Verlag GmbH, 2003;

Berr C. i współprac., *Prevalence of dementia in the elderly in Europe*. "European Neuropsychopharmacology" 2005, vol. 15 [4].

Berry J. W., *Integration and multiculturalism: Ways toward social Solidarity*. "Papers on Social Representations" 2011, vol. 20 [1].

Bertram L. i współprac., *Cohort Profile: The Berlin Aging Study II (BASE-II),* „International Journal of Epidemiology" 2013, vol. 43.

Best F., *Flexible life scheduling: Breaking the education-work-retirement lockstep*. New York: Praeger, 1980.

Bewley A. (ed.), *Tafsir al-Qurtubi. Classical commentary of the Holy Qur'an*. London: Dar al- Taqwa, 2003.

Bhardwaj V., Rajeshbhai G. P., *Axial length, anterior chamber depth: A study in different age groups and refractive errors*. "Journal of Clinical and Diagnostic Research" 2013, vol. 7 [10].

Bharucha A. E., Pemberton J. H., Locke G. R., *AGA technical review on constipation.* "American Journal of Gastroenterology." 2013, vol. 144.

Białkowska J., Moroczkowska D., *Specyfika rehabilitacji pacjentów geriatrycznych z wielochorbowością – opis przypadku 82-letniego pacjenta.* „Geriatria" 2014, vol. 8.

Białobrzeska K., Kawula S. (red.*), Człowiek w obliczu wykluczenia i marginalizacji społecznej. Wokół zagadnień teoretycznych*. Toruń: Wyd. Eduk. „Akapit", 2006.

Bidzan L., *Depresyjne zaburzenia nastroju u osób w podeszłym wieku*. „Medycyna Wieku Podeszłego" 2011, t. 1 [1].

Bidzan L., Ussorowska D., *Czynniki ryzyka w otępieniach typu Alzheimera*. „Psychiatria Polska" 1995, vol. 29 [3].

BieBień B., *An older person as a subject of comprehensive geriatric approach*." Roczniki Akademii Me Medycznej w Białymstoku" 2005, vol 50 [Suppl. 1].

Bielak M., *Badania jakościowe nad środowiskiem zamieszkania w domach opieki społecznej dla ludzi starszych. Wybrane przykłady.* Gliwice: Wyd. Polit. Śl., 2010.

Bielak M., Bogdański M., *Kształtowanie placówek pobytu stałego dla zmieniających się w czasie potrzeb i oczekiwań osób starszych*. „Badania Interdyscyplinarne w Architekturze" 2015, t. 3 [1].

Bielak M., *Optymalne środowisko życia i zamieszkania w ośrodkach pobytu stałego dla osób starszych.* Gliwice: Wyd. Polit. Śl., 2011.

Bielak M., *Research methods aiding the creation of the built environment for senior care housing facilities.* "Architecture, Civil Engineering, Environment ACEE" 2012, vol. 5 [3]

Bielak M., *Standardy życia i zamieszkania osób starszych w placówkach opiekuńczych*. „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Oeconomica" 2013, vol. 297.

Bielak-Zmijewska A., Grabowska W., Przybylska D., *Znaczenie starzenia komórkowego w starzeniu organizmu i chorobach związanych z wiekiem*. „Postępy Biochemii" 2014, vol. 60 [2].

Bielawska J, *Rola pielęgniarki w opiece długoterminowej*. „Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy" 2015, vol. 15 [2].

Bielawska-Batorowicz E. *Psychologia zdrowia a starzenie się*, w: M. Górnik-Durose, J. Mateusiak (red.), *Psychologia zdrowia: konteksty i pogranicza*. Katowice: Wyd. UŚl, 2011.

Bielawska-Batorowicz E., *Koncepcje menopauzy…* „Przegląd Menopauzalny" 2005 a, nr 4.

Bielawska-Batorowicz E., *Koncepcje menopauzy…* „Przegląd Menopauzalny" 2005 a, nr 4.

Bielawska-Batorowicz E., *Występowanie objawów uznanych za typowe dla menopauzy u kobiet i mężczyzn w wieku 45–55 lat.* „Przegląd Menopauzalny" 2005 b, nr 1.

Bielecka U., *Mity na temat zdrowej i patologicznej żałoby*. „Psychiatria i Psychologia Kliniczna" 2012, nr 12.

Bielecki K., Kaniewska A., *Wiek jako czynnik ryzyka leczenia chirurgicznego chorych w podeszłym wieku*. „Postępy Nauk Medycznych" 2008, nr 11.

Bielicki P. i współprac., *Obturacyjny bezdech podczas snu u osób młodych i w podeszłym wieku: Różnice i podobieństwa*. „Pneumonologia i Alergologia Polska" 2006, t. 74, nr 1.

Bień B. (ed.), *Family Caregiving for the Elderly in Poland*. Białystok: Wyd. Uniwersyteckie Trans Humana, 2006.

Bień B. i wspólprac., *Syncope and near-syncope as a multifactorial problem in geriatric inpatients: Systemic hypotension is an underrated predictor for syncope exclusively.* "Advances in Medical Sciences" 2011, vol. 56.

Bień B. i współprac., *Poziom niesprawności osób w starszym wieku jako wskazanie do wspierania opiekunów rodzinnych*. „Gerontologia Polska" 2008, t. 16, nr 2.

Bień B. i współprac., *Prognostic factors of long-term survival in geriatric inpatients. Should we change the recommendations for the oldest people?* "Journal of Nutrition Health and Aging" 2015, vol. 19 [4].

Bień B. i współprac., *Standardy postępowania w opiece geriatrycznej. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowane przez ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia.* „Gerontologia Polska" 2013, nr 2.

Bień B. i współprac., *Standardy postępowania w opiece geriatrycznej. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowane przez Zespół ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia*. „Gerontologia Polska" 2013, t. 21, nr 2.

Bień B. i współprac., *Standardy postępowania w opiece geriatrycznej. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowane przez ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia.* „Gerontologia Polska" 2013, nr 2.

Bień B. i współprac., *Starość pod ochroną. Opiekunowie rodzinni niesprawnych osób starych w Polsce. Porównawcze studium środowiska miejskiego i wiejskiego*. Kraków: Ofic. Wyd. TEXT, 2001.

Bień B. *Specyfika geriatrii – odrębności i zasady postępowania*, w: K. Galus (red.) *Geriatria. Wybrane zagadnienia*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner, 2007.

Bień B., *An older person as a subject of comprehensive geriatric approach*. "Rocznik Akademii Medycznej w Białymstoku" 2005, vol. 50 [Suppl. 1].

Bień B., Broczek K. (red.), *Pomocnicze materiały szkoleniowe dla uczestników szkoleń z zakresu opieki geriatrycznej…* Warszawa: b.w., 2012.

Bień B., *Geriatria – jej cele i problemy w Polsce*, w: B. Samoliński, F. Raciborski (red.), *Zdrowe starzenie się: Biała Księga*. Warszawa: Wyd. Nauk. Scholar, 2013. *zdrowe starzenie się: Biała Księga*. Warszawa: Wyd. Nauk. Scholar, 2013.

Bień B., *Kompleksowa opieka geriatryczna,* w: T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.), *Geriatria z elementami gerontologii ogólnej.* Gdańsk: Wyd. Via Medica, 2006;

Bień B., *Opieka geriatryczna w perspektywie starzenia się ludności Polski*, w: J. Hrynkiewicz (red.), *O sytuacji ludzi starszych*. Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa, 2012.

Bień B., *Opieka geriatryczna w perspektywie starzenia się ludności w Polsce*, w: J. Hrynkiewicz (red.) *O sytuacji ludzi starszych*. Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa, 2012.

Bień B., *Stan zdrowia i sprawność ludzi starszych*, w: B. Synak, (red.), *Polska starość.* Gdańsk: Wyd. UG, 2002.

Bień B., *Starzenie pomyślne versus zwyczajne.* „Gerontologia Polska" 1997, nr 4.

Bień B., *Starzenie się pomyślne „versus" zwyczajne*. „Gerontologia Polska: 1997, t. 5, nr 4.

Bień B., *Sytuacja zdrowotna osób w podeszłym wieku*, w: T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.), *Geriatria z elementami gerontologii ogólnej*. Gdańsk: Via Medica, 2006.

Bień, B., Broczek, K. (red.), *Pomocnicze materiały szkoleniowe dal uczestników szkoleń z zakresu opieki geriatrycznej…* Warszawa: b.w., 2012.

Bień, B., *Opieka geriatryczna w perspektywie starzenia się ludności w Polsce*. w: J. Hrynkiewicz (red.) *O sytuacji ludzi starszych*. Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa, 2012.

Bieńczyk M., *Melancholia. O tych, co nigdy nie odnajdą straty*. Warszawa: Wyd. Sic!, 2000.

Bieńkowski T., *Jan Amos Komeński o nauczaniu i wychowaniu.* Pułtusk: Wyd. WSH, 2000.

Bieńkowski T., *Komeński w nauce i tradycji*. Wrocław: Zakł. Nar. im. Ossolińskich, 1980.

Biercewicz M. i współprac., *Wykorzystanie badania klinometrycznego do oceny osób w starszym wieku.* „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska" 2005 vol. 60.

Biercewicz M., Kędziora-Kornatowska K., *Problemy pielęgnacyjne pacjentów geriatrycznych.* „Pielęgniarstwo Polskie" 2005, vol. 1 [19].

Biercewicz M., Szewczyk M., Ślusarz R., *Pielęgniarstwo w geriatrii. Wybrane zagadnienia z zakresu pielęgniarstwa specjalistyczneg*o. Warszawa: Borgis, 2006.

Biernat T., *Inspiracje fenomenologiczne w pracy socjalnej*, w: K. Wódz, K. Piątek (red.), *Socjologia i polityka społeczna a aktualne problemy pracy socjalnej*. Toruń: Wyd. Akapit, 2004.

Biesaga T., *Spór o normę moralności*. Kraków: Wyd. Nauk. PAT, 1998.

Bigby Ch., *Ageing with a lifelong disability. A guide to practice, program and policy issues for human services professionals*. London–Philadelphia: Jessica Kingsley Publ., 2006.

Bigger J. T. Jr., *Definition of benign versus malignant ventricular arrhythmias. Target for treatment*. „American Journal of Cardiology" 1983, vol. 52.

Biggio G.(ed.), *New caregivers for new elderly people*. Cluj–Napoka: Editura RISOPRINT, 2015.

Biggs S. (2006). *New ageism: Age imperialism, personal experience and ageing policy*, w: S. Biggs, S. Daatland (eds.), *Ageing and diversity: Multiple pathways and cultural migrations*. Bristol: Policy Press, 2006.

Bignell J., *Postmodern media culture*. Delhi: Aakar Books, 2007.

Bilder G. E., Denckla D., *Restoration of ability to reject xenografts and clear carbon after hypophysectomy of adult rats.* "Mechanisms of Aging and Development" 1977, vol. 6.

Bilezikian J. P i współprac., *Summary statement from a workshop on asymptomatic primary hyperparathyroidism: A perspective for the 21-th century*. "Journal of Bone and Mineral Research" 2002, vol. 17 [Suppl. 2].

Bilikiewicz A. (red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: PZWL, 2011 b.

Bilikiewicz A. (red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Wyd. 4. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 2007.

Bilikiewicz A. i współprac. (red.), *Psychiatria kliniczna*. Wrocław: Wyd. Urban & Partner, 2001.

Bilikiewicz A. i współprac., *Psychiatria*. Wrocław: Urban & Partner, 2002, t. 2.

Bilikiewicz A. *Psychiatria: podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 2004.

Bilikiewicz A., *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zagadnienia nazewnictwa*, w: M. Jarema, J. Rabe-Jabłońska (red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 2011 a.

Bilikiewicz A., Matkowska-Białko D., *Zaburzenia funkcji poznawczych a depresja*. „Udar Mózgu" 2004, t. 6 [1].

Bilikiewicz A., Matkowska-Białko D., *Zaburzenia funkcji poznawczych a depresja*. „Udar Mózgu" 2004, vol. 6 [1].

Bilikiewicz A., Parnowski T., *Zaburzenia psychiczne, problemy psychologiczne i społeczne związane ze starzeniem się*, W: A. Bilkiewicz i współprac. (red.) *Psychiatria.* Wrocław: Wyd. Med. Urban & Partner, 2002, t. 2.

Bilikiewicz A., *Stan świadomości (przytomności)*, w: A. Mazur (red.), *Wprowadzenie do badania neurologicznego*. Bydgoszcz: Wyd. AMG II Wydział Lekarski w Bydgoszczy, 1983.

Bilikiewicz T., *Psychopatologia, czyli symptomatologia ogólna*, w: T. Bilikiewicz (red.), *Psychiatria kliniczna*. Warszawa: PZWL, 1988, t. 1.

Bilińska B., Hejmej A., *Układ hormonalny w procesie starzenia się*, w: A. Marchewka, Z. Dąbrowski, J. A. Żołądź J. A. (red.), *Fizjologia starzenia się. Profilaktyka i rehabilitacja*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2012.

Biller K., Siegler M. L. de, *Wörterbuch der Logotherapie und Existenzanalyse von Viktor Emil Frankl. Sachbegriffe, Maetaphern, Fremdwörter*. Wien–Köln–Weimar: Böhlau Verlag, 2008.

Binetti G. i współprac., *Differences between Pick disease and Alzheimer disease in clinical appearance and rate of cognitive decline*. "Archives of Neurology" 2000, vol. 57 [2].

Binnebelsel J., *Zapomniani niepełnosprawni pacjenci*, w: J. Rottermund (red.), *Wielowymiarowość procesu rehabilitacji*. Ofic. Wyd. „Impuls", 2007 b.

Binnebesel J. i współprac. (red.), *Pozamedyczne aspekty opieki paliatywno-hospicyjnej*. Gdańsk: Fundacja Hospicyjna, 2010.

Binnebesel J. i współprac., *Ku Szkole Opieki Duszpasterskiej św. Jana Bożego*, w: Muszala A. i współprac. (red.), *Dolentium Hominum. Duchowni i świeccy wobec ludzkiego cierpienia,* Kraków: Medycyna Praktyczna, 2011.

Binnebesel J. i współprac., *Ku tanatopedagogice – krok czwarty*, w: T. Żółkowska, L. Konopska (red.), *W kręgu niepełnosprawności – teoretyczne i praktyczne aspekty poszukiwań w pedagogice specjalnej*. Szczecin: Wyd. Uniw. Szczec., 2009 a.

Binnebesel J. i współprac., *Ku tanatopedagogice – krok czwarty*, w: w: T. Żółkowska, L. Konopska (red.), *W kręgu niepełnosprawności – teoretyczne i praktyczne aspekty poszukiwań w pedagogice specjalnej*. Szczecin: Wyd. Uniw. Szczec., 2009. *tanatopedagogiki*. „Forum Oświatowe" 2010, nr 2.

Binnebesel J., Bohdan Z., *Rozwój opieki nad ciężko chorym i umierającym*, w: J. Binnebesel i współprac. (red.), *Przewlekle chore dziecko w domu*. Gdańsk: Wyd. ViaMedica, 2012.

Binnebesel J., *Ku tanatopedagogice – krok pierwszy*, w: T. Żółkowska (red.), *Konteksty pedagogiki specjalnej*. Szczecin: Wyd. Uniw. Szczec., 2007 a, t. 2.

Binnebesel J., *Ku tanatopedagogice – krok trzeci*, w: T. Żółkowska, I. Remik-Mażewska (red.), *Pedagogika specjalna – koncepcje i rzeczywistość*. Szczecin: Wyd. Uniw. Szczec., 2009 b, t. 4.

Binnebesel J., *Nowe aspekty pedagogiki specjalnej*, w: Cz. Kosakowski, A. Krause (red.), *Rehabilitacja, opieka i edukacja specjalna w perspektywie zmian*. Olsztyn: Wyd. UW-M, 2004 a.

Binnebesel J., *Opieka nad dzieckiem przewlekle i terminalnie chorym – wyzwania dla Pedagogiki specjalnej*, w: E. Górniewicz, A. Krause (red.), *Dyskursy pedagogiki specjalnej. Od tradycjonalizmu do ponowoczesności*. Olsztyn: Wyd. UW-M, 2002.

Binnebesel J., *Opieka nad dzieckiem z chorobą nowotworową – aspekt pozamedyczny*. Toruń: Wyd. UMK, 2000.

Binnebesel J., *Opieka nad dziećmi i młodzieżą z chorobą nowotworową w doświadczeniu pacjentów*. Toruń: Wyd. UMK, 2003.

Binnebesel J., *Pedagogiczne aspekty wolontariatu w hospicjum*, w: P. Krakowiak, A. Modlińska (red.), *Podręcznik wolontariusza hospicyjnego*. Gdańsk: Via Medica, 2008.

Binnebesel J., *Pedagogiczne możliwości wspierania opieki hospicyjnej i paliatywnej*, w: Z. Palak, A. Lewicka, A Bujnowska (red.), *Jakość życia a niepełnosprawność…* Lublin: Wyd. UMCS, 2006.

Binnebesel J., *Pedagogika specjalna – koncepcje i rzeczywistość*, w: T. Żółkowska, L. Konopska (red.), *Pedagogika specjalna – koncepcje i rzeczywistość*. Szczecin: Wyd. Uniw. Szczec., 2009 c, t. 4.

Binnebesel J., *Psychopedagogiczne aspekty rozmowy z dzieckiem o śmierci i umieraniu*. „Psychoonkologia" 2011, nr 1.

Binnebesel J., *Śmierć i umieranie w doświadczeniu uczniów i nauczycieli*. „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne" 2013 a, vol. 3 [1].

Binnebesel J., *Tanatopedagogika – cierpienie socjalne w śmierci dzieci z chorobą nowotworową*, w: E. Trafiałek, A. Kieszkowska, R. Stojecka-Zuber (red.), *Pomoc społeczna i praca socjalna wobec problemów współczesności…* Tarnobrzeg: Wyd. PWSZ, 2004 b.

Binnebesel J., *Tanatopedagogika w doświadczeniu wielowymiarowości człowieka i śmierć*. Toruń: Wyd. Adam Marszałek, 2013 b.

Binnebesel J., *The experience of living through a Heath in a school and an academic environment*. "Advances in Palliative Medicine" 2012, vol. 11 [2].

Binswanger O., *Abgrenzung der allgemeinen progressiven Paralyse*. "Berliner Klinische Wochenschrift" 1894, Heft 31.

Bińczycka-Anholcer M., *Zachowania suicydalne osób w starszym wieku*. „Suicydologia" 2005, nr 1.

Bińkowska M. i współprac., *Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Menopauzy i Andropauzy na temat hormonalnej terapii menopauzy…* „Przegląd Menopauzalny" 2014, nr 1.

Biographical dictionary of psychology. Wyd. 3. New York: Routledge, 2016.
Birch A., *Psychologia rozwojowa w zarysie. Od niemowlęctwa do dorosłości*. Warszawa: PWN, 1995, nowe Wyd. 2005, dodr. 2014.
Birchner-Benner M., *Diätetische Heilbehandlung Erfahrungen und Perspektiven*. Stuttgart: Hippokrates-Verlag, 1935.
Birren J. E, Sloane R. B. (eds.), *Handbook of mental health and aging*. New Jersey: Prentice- Hall, 1980.
Birren J. E. (ed.), *Encyclopedia of gerontology: Age, aging, and the aged*. San Diego: Academic Press, 1996, 2 t., Wyd. 2. 2007.
Birren J. E. (ed.), *Handbook of aging and the individual: Psychological and biological aspects*. Chicago: Univ. of Chicago Press, 1959.
Birren J. E. i współprac. (eds.), *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. San Diego: Academic Press, 1991.
Birren J. E., *A brief history of the psychology of aging*. "The Gerontologist", 1961, vol. 1 [1−2].
Birren J. E., Bengtson V. L., (eds.), *Handbook of aging and the social sciences*. New Jork: Springer, 1985.
Birren J. E., Bengtson V. L., Deutchman D. E. (eds.), *Emergent theories of aging*. New York: Springer, 1988;
Birren J. E., Cochran K. N., *Telling the stories of life through guided autobiography groups*. Baltimore: John Hopkins Univ. Press, 2001.
Birren J. E., Deutchman D. E., *Guiding autobiography groups for older adults…* Baltimore: John Hopkins Univ. Press, 1991.
Birren J. E., *Handbook of aging and the individual: Psychological and biological aspects*. Chicago: Univ. of Chicago Press, 1959.
Birren J. E., Livingston J., *Cognition, stress, and aging*. New Jersey: Prentice-Hall, 1985.
Birren J. E., Schaie K. W. (eds.), *Handbook of the psychology of aging*. New York: Van Nostrand Reinhold Comp., 1977, Wyd. 8. New York: Academic Press, 2016.
Bishop G. D., *Psychologia zdrowia*. Wrocław: Wyd. Astrum, 2000.
Biskupska M., *Sposoby polepszania losów starców*. „Opiekun Społeczny" 1948, nr 5–6.
Bitniok M., *Dysfunkcje mózgu a komunikacja językowa*. Biiieeelsko-Biała: Wyd. AT-H, 2007.
Bittles A. H. i współprac., *The influence of intellectual disability on life expectancy*. "The Journal of Gerontology" 2002, vol. 57 A [7].
Bjelakovic G., *Mortality in randomized trials of antioxidant supplements for primary and secondary prevention: systematic review and meta-analysis*. "JAMA" 2007, vol. 297 [8].
Blackburn E. H., *Structure and function of telomeres*. "Nature" 1991, vol. 350.
Blackburn E. H., Szostak J. W., *The molecular structure of centromeres and telomeres*. "Annual Review of Biochemistry" 1984, vol. 53.
Blackburn E. H., *Telomerases*. "Annual Review of Biochemistry" 1992, vol. 61
Blackburn R., Bradshaw T., *Music therapy for service users with dementia: A critical review of the literature*. "Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing" 2014, vol. 21 [Issue 10].
Blackman N., *Loss and learning disability*. London: Worth Publ., 2003.
Blagosklonny M. V., *Aging is not programmed: genetic pseudo-program is a shadow of developmental growth*. "Cell Cycle" 2013, vol. 12 [24].
Blair C., Raver C. C., *Individual development and evolution: Experiential canalization of self- regulation.* "Developmental Psychology" 2012, vol. 48.
Blanc B. i współprac., *Nutritional anaemias.* Report of a WHO Scientific Group. "WHO Technical Reports Series" 1968, vol. 405.
Blandino A. i współprac., *Long term efficacy and safety of two different rhythm control strategies in elderly patients with symptomatic persistent atrial fibrillation*. "Journal of Cardiovascular Electrophysiology" 2013, vol. 24.
Blasch B. B, LaGrow S. J., De l'Aune W. R., *Three aspects of coverage provided by the long cane: Object, surface, and foot-placement preview*."Journal of Visual Impairment & Blindness" 1996, vol. 90.
Blau P., *Exchange and power in social life*. New York: John Wiley and Sons, 1964.
Blennow K. *CSF biomarkers for mild cognitive impairment*. "Journal of Internal Medicine" 2004, vol. 256 [3].
Bliuc D i współprac., *Mortality risk associated with low-trauma osteoporotic fracture in men and women*. "JAMA" 2009, vol. 301 [5].
Block B. L., *Czy można umierać bez lęku?*, „Pedagogia Chrystiana" 2006, vol. 17 [1]
Blondell R. D., *Alcohol abuse and self-neglect in the elderly*. "Journal of Elder Abuse and Neglect" 1999, vol. 11 [2].

Bloom G. S., *Amyloid-β and tau: the trigger and bullet in Alzheimer disease pathogenesis*. "JAMA. Neurology" 2014, vol. 71 [4].

Bloom M., *Creativity in older adults*, w: T. P. Gullotta, M. Bloom (eds.), *Encyclopedia of primary prevention and health promotion*. Wyd. 2. New York: Springer, 2014.

Blum L., Korner-Bitensky N., *Usefulness of the Berg Balance Scale in stroke rehabilitation: A systematic review.* "Physical Therapy" 2008, vol. 88 [5].

Blum M. i współprac., *Femtosecond lenticule extraction (ReLEx) for correction of hyperopia – first results*. "Graefe's Archive for Clinical and Experimental Ophthalmology" 2013, vol. 251 [1]

Blümel G., *Parcelsus – Geriatrie und Gegenswartsgerontologie*. "Die Medizinische Welt" 1987, vol. 29 [47].

Blystone P. A., *Relationship between age and presbyopic addition using a sample of 3,645 examinations from a single private practi*ce. "Journal of the American Optometic Association" 1999, vol. 70 [8].

Błachnio A. *Pytania o jakość życia w kontekście rozważań nad naturą starości*, w: K. Obuchowski (red.), *Starość i osobowość*. Bydgoszcz: Wyd. Akad. Bydg., 2002.

Błachnio A., Buliński L., *Prejudices and elderly patients' personality – the problem of quality of care and quality of life in geriatric medicine*. "Medical Science Monitor" 2013, vol. 19.

Błachnio A., *Jakość życia człowieka w zdrowiu i chorobie*. „Polskie Forum Psychologiczne" 2005, vol. 10 [2].

Błachnio A., *Starość non profit. Wolontariat na Uniwersytetach Trzeciego Wieku w Polsce i na świecie.* Bydgoszcz: Wyd. UKW, 2012.

Błachnio A., *Starość non profit. Wolontariat na Uniwersytetach Trzeciego Wieku w Polsce i na świecie*. Bydgoszcz: Wyd. UKW, 2012.

Błachnio A., *Starość non profit. Wolontariat na Uniwersytetach Trzeciego Wieku w Polsce i na świecie*. Bydgoszcz: Wyd. UKW, 2012.

Błachnio A., *Telegeriatria. Innowacje technologiczne a jakość życia seniorów*, w: L. Buliński (red.), *Realność złego starzenia się. Poza polityczną i społeczną powinnością.* Toruń: Wyd. Adam Marszałek, 2015.

Błachnio J. R., *„Znak": Agora współczesnej polskiej filozofii*. Bydgoszcz: Wyd. UKW, 2006.

Błachnio J. R., *Historia filozofii państwa i prawa*. Bydgoszcz: Wyd. Akad. Bydg., 2005.

Błachnio J. R., *Starość człowieka w myśli filozoficzno-społecznej*. „Exlibris Biblioteka Gerontologii Społecznej" 2015, nr 1.

Błach-Olszewska Z. i współprac., *Fitoterapia i leki roślinne w geriatrii*. Warszawa: PZWL, 2009.

Błaszczuk-Wiślińska I., *Trauma pojedyncza i wielokrotna*. „Niebieska Linia" 2006, nr 4.

Błaszczyk J. W., *Biomechanika kliniczna. Podręcznik dla studentów medycyny fizjoterapii.* Warszawa: Wyd. Lek. PZWL 2004.

Błaszczyk J. W., Czerwosz L., *Stabilność posturalna w procesie starzenia.* „Gerontologia Polska" 2005, t. 13, nr 1.

Błaszczyk J.W., Czerwosz L., *Stabilność posturalna w procesie starzenia*. „Gerontologia Polska" 2005, vol. 13 [1].

Błeszyńska K., *Jakość edukacji a jakość życia osób niepełnosprawnych*, w: J. Pańczyk, W. Dykcik (red.), *Pedagogika specjalna wobec zagrożeń i wyzwań XXI wieku*. Poznań: Wyd. UAM, 1999 a.

Błeszyńska K., *Rehabilitacja*, w:. D. Lalak, T. Pilch (red.*), Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej i pracy socjalnej*. Warszawa: Wyd. Akad. „Żak", 1999 b.

Błeszyński J. J. (red.), *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji*. Wyd. 2. Kraków: Ofic. Wyd. „Impuls", 2008.

Błeszyński J. J., *Mowa i język dzieci z autyzmem. Wybrane zagadnienia*. Słupsk: Wyd. WSP, 1998.

Błeszyński J. J., *Mowa i myślenie osób z otępieniem typu Alzheimera: alternatywne sposoby zachowania współudziału w społeczeństwie*, w: A. Nowicka, W. Baziuk (red.), *Człowiek z chorobą Alzheimera w rodzinie i środowisku lokalnym.* Zielona Góra: Ofic. Wyd. UZ/Lubuskie Stow. Wsparcia Opiekunów i Osób Dotkniętych Chorobą Alzheimera, 2011.

Błędowski P. i współprac., *Supporting Family Carers of Older People in Europe – National Background Report for Poland*. Hamburg: LIT Verlag, 2006.

Błędowski P. *Sytuacja materialna osób starszych*, w: M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Poznań: Termedia Wyd. Med., 2012 b.

Błędowski P., *Lokalna polityka społeczna wobec ludzi starych*. Warszawa: Wyd. SGH, 2002.

Błędowski P., Maciejasz M., *Rozwój opieki długoterminowej w Polsce – stan i rekomendacje.* „Nowiny Lekarskie" 2013, vol. 82 [1].

Błędowski P., *Pomoc społeczna i opieka nad osobami starszymi w RFN*. Warszawa: Wyd. InterArt, 1996.

Błędowski P., *Starzenie się jako problem społeczny. Perspektywy demograficznego starzenia się ludności Polski do roku* 2035, w: M. Mossakowska, A. Więcek A, P. Błędowski (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi wPolsce*. Poznań: Termedia Wyd. Med., 2012 a.

Błędowski P., *Starzenie się jako problem społeczny. Perspektywy demograficznego starzenia się ludności Polski do 2015*, w: M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Poznań: Termedia. Wyd. Med., 2012.

Błędowski P., *Sytuacja ekonomiczna i potrzeby opiekuńcze osób starszych w Polsce*. „Polityka Społeczna" 2011 [nr spec.].

Bober M., Łączyk M. *Twórczy styl pracy nauczyciela jako element stymulacji ekspresji dziecka,* w: K. Krasoń (red.), *Ekspresja twórcza dziecka: konteksty – inspiracje – obszary refleksji.* Katowice: Wyd. Librus, 2004.

Boecjusz, *O pociechach filozofii. Traktaty teologiczne*. Warszawa: Wyd. DeAgostini, 2003.

Boecjusz, *O pociechach filozofii*. Warszawa: Wyd. DeAgostini, 2003.

Bögge B., *Geragogik: Wie weit kann Bildung im Alter gehen? Pädagogik mit Menschen im Vierten Lebensalter.* Hamburg: Diplomica Velrag GmbH., 2009.

Bogin B., *Pattern of human growth*. Cambrigde: Cambridge Univ. Press, 1999.

Bogucki A., Papierz W., *Podkorowa encefalopatia* miażdżycowa. „Polish Journal of Pathology" 1997, vol. 49 [1].

Bogusz R. i współprac., *Sprawność funkcjonalna osób powyżej 70. roku życia na wsi a zapotrzebowanie na opiekę*. „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu" 2013, t. 19, nr 4.

Bogusz-Dobosz A., *Choroba terminalna i metody łagodzenia jej skutków*, w: W. Falkowski, E. Lewandowska-Tarasiuk, J. Sienkiewicz (red.), *Hospicja nadziei*. Warszawa: Wyd. APS, 2004.

Bohannon R.W. *Reference values for the timed up and go test: A descriptive metaanalysis.* "Journal of Geriatric Physical Therapy" 2006, vol. 29 [6].

Bois J.-P., *Historia starości. Od Montaigne'a do pierwszych emerytur*. Warszawa–Gdańsk: Ofic. Wyd. Volumen/Wyd. Marabut. 1996.

Bois J.-P., *Historia starości. Od Montaigne'a do pierwszych emerytur*. Warszawa: „Volumen"/„Marabut", 1996.

Bois J.-P., *Historia starości. Od Montaigne'a do pierwszych emerytur*. Warszawa: „Volumen"/„Marabut", 1996.

Bois J.-P., *Historia starości. Od Montaigne'a do pierwszych emerytur*. Warszawa: „Volumen"/„Marabut", 1996.

Bojanowicz A., *Cierpienie jako niechciany aspekt życia człowieka i edukacyjna rola tanatopedagogiki*. „Forum Oświatowe" 2010, nr 2.

Bojanowska E., *Ludzie starsi w rodzinie i społeczeństwie*, w: J. Hrynkiewicz (red.), *O sytuacji ludzi starszych*. [Rządowa Polityka Ludnościowa]. Warszawa: Zakł. Wyd. Statystycznych, 2012, t. 3.

Bojańczyk J., *Wiecznie młodzi?* „Rzeczpospolita" 2015, nr 160 [dodatek „Plus Minus" 2015, nr 28].

Bolter J. D., Grusin, 2000;

Bolter J. D., *Writing space: The computer, hupertext and the history of writing*. Mahwah, NJ: L. Erlbaum Associates, 1991, Wyd. 2. New York–London: Routledge, 2001.

Bołoz W., *Cierpienie duchowe w chorobie terminalnej*. „Polska Medycyna Paliatywna" 2004, vol. 3 [1].

Bołtuć P., *Konstruktywizm w e-edukacji oraz jego krytyka*. „e-mentor" 2011, nr 4.

Boniwell I. i współprac., *A question of balance: Time perspective and well-being in British and Russian samples* "Journal of Positive Psychology" 2010, vol. 5 [1].

Boniwell I., Zimbardo P. G., *Balancing one's time perspective in pursuit of optimal functioning*, w: P. A. Linley, S. Joseph (eds.), *Positive psychology in practice*. Hoboken, NJ: Wiley, 2004.

Bootomley M. J., *Crime and violence against the elderly*. „Section on Geriatrics American Physical Therapy Association" 1996, nr 32.

Borges J. L., *Czas*. „Literatura na Świecie" 1988 a, nr 12.

Borges J. L., *Nieśmiertelność*. „Literatura na Świecie" 1988 a, nr 12.

Borkowski Ł., Krajewski R., Szymański S., *Komentarz do ustawy o pomocy społecznej*. Kutno: Wyd. „Leges", 2007.

Born D. O., Nelson B. J., *Male dentists at midlife: An exploration of the one life one career imperative*. "International Journal of Aging and Human Development" 1983–84, vol. 18.

Boros L., *Mysterium mortis. Człowiek w obliczu ostatecznej decyzji*. Warszawa: Inst. Wyd. PAX, 1977.

Borowiak E., Barylska A., *Problemy seniorów przebywających w Domu Dziennego Pobytu wyzwaniem dla pielęgniarki*. „Problemy Pielęgniarstwa" 2007, t. 15, z. 1.

Borowiak E., *Charakterystyka porównawcza oczekiwań osób starszych ze środowiska miejskiego, wiejskiego i instytucjonalnego na świadczenia opiekuńczo-pielęgnacyjne.* Łódź: Wyd. Uniw. Med., 2013.

Borowicz A. M., *Testy służące do oceny sprawności funkcjonalnej*, w: K. Wieczorowska- Tobis, T. Kostka, A. M. Borowicz (red.), *Fizjoterapia w geriatrii*. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 2011.

Borowicz R., *Recenzja dorobku naukowego i rozprawy habilitacyjnej nt. „Aspiracje życiowe młodzieży w środowisku kulturowo zróżnicowanym"…* [Niepublikowana recenzja]. Wrocław: Arch. DSW, 2013.

Borowiecki S., *Spostrzeżenia i uwagi w sprawie choroby Alzheimera i ograniczonego starczego zaniku mózgu Picka*. „Nowiny Lekarskie" 1922, z. 11 i z. 12.

Borowik J., *Rola wychowawcza dziadków w zróżnicowanych etnicznie wsiach…* „Kultura i Edukacja" 2012, nr 1.

Borowik J., *Rola wychowawcza osób w wieku emerytalnym jako jeden z aspektów zadowolenia z życia*, W: J. T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Pomyślne starzenie się w perspektywie nauk społecznych i humanistycznych*. Łódź: Wyd. UŁ, 2008.

Borowska-Beszta B. (red.), *Wanda Szuman: pedagog i andragog specjalny. Szkice do portretu.* Radom: Wyd. Nauk. ITE, 2009.

Borowska-Beszta B., *Niepełnosprawność w kontekstach kulturowych i teoretycznych*. Kraków: Ofic. Wyd. „Impuls", 2012.

Borowska-Beszta B., *Triada środowisk życia osób dorosłych z zaburzeniami rozwoju w kontekście rehabilitacji*, w: Cz. Kosakowski, A. Krause (red.), *Normalizacja środowisk życia osób niepełnosprawnych*. Olsztyn: Wyd. UW-M, 2005.

Bortliczek M., *Tabuizowanie starości w reklamach kosmetyków*. „Studia Językoznawcze. Słowo" 2012, nr 3.

Bortnowska H. (red. i oprac.), *Sens choroby. Sens śmierci. Sens życia*. Wyd. 3. Kraków: "Znak", 1993.

Bortnowska H., *O polski model hospicjum*, w: J. Bogusz (red.), *Chorzy w stanach terminalnych a etyka zawodowa w medycynie.* Bydgoszcz: BTN, 1985.

Bortz WM, Wallance DH, Wiley D., *Sexual functioning in 1.202 aging males*. "The Journals of Gerontology" [Biological Sciences & Medical Sciences] 1999, vol. 54.

Boruta-Gojny B., Popiołek K., *Intermentoring pokoleniowy w organizacji*, w: M. Sidor- Rządkowska (red.), *Mentoring. Teoria, praktyka, studia przypadków*. Warszawa: Ofic. Wolters Kluwer SA, 2014.

Borutka T., *Nauczanie społeczne Papieża Jana Pawła II*. Kraków: Wyd. Nauk. PAT, 1994.

Borys T., *Jakość życia a zrównoważony rozwój. Relacje i pomiar*, w: E. Piontek (red.), *Ekonomia a rozwój zrównoważony…* Białystok: Wyd. Ekonomia i Środowisko, 2001.

Boryś W., *Słownik etymologiczny języka polskiego*. Kraków: Wyd. Lit., 2005.

Borzucka-Sitkiewicz K., *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna. Przewodnik dla edukatorów zdrowia*. Kraków: Ofic. Wyd. „Impuls" 2006.

Borzym A., *Oddziaływania niefarmakologiczne w otępieniu*, w: T. Parnowski (red.), *Choroba Alzheimera*. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 2010.

Borzyszkowska H., *Rozważania na temat kształcenia dorosłych upośledzonych umysłowo*, w: M. Chodkowska (red.), *Pedagogika specjalna wobec potrzeb teraźniejszości i wyzwań przyszłości*. Lublin: Wyd. UMCS, 1998.

Bosacka M., Jóźwiak A., Wieczorowska-Tobis K., *Wpływ przebytych upadków na sprawność osób starszych hospitalizowanych w oddziale dziennym psychogeriatrycznym*. „Geriatria" 2010, vol. 4.

Boski P., *Kulturowe ramy zachowań społecznych*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, Academica Wyd. SWPS, 2010.

Boss P., *Kochając osobę z demencją. Jak znaleźć nadzieję, zmagając się ze stresem i żalem*. Kraków: Wyd. UJ, 2013.

Botwina R., Kowalik S., *Mentalne wspomaganie sportowców niepełnosprawnych. Teoria i praktyka*. Poznań: Wyd. Nauk. AWF, 2013.

Botwinick J., Storandt M., *Vocabulary ability in later life*. "Journal in GeneticPsychology,\" 1974, vol. 125.

Bouchard C., Blair S. N., Haskell W. L. (eds.), *Physical activity and health*. Champaign, IL: Human Kinetics, 2007.

Bouffard L., Bastin E., Lapierre S., *The personal future in old age*, w: Z. Zaleski (red.), *Psychology of future orientation*. Lublin: Wyd. Tow. Nauk. KUL, 1994.

Bouquet B., *Éthique et travail social*. Paris: Éd. Dunod, 2003.

Bourdieu P., *Dystynkcja. Społeczna krytyka władzy*. Warszawa: Wyd. Nauk. Scholar, 2000

Bourne R. S. i współprac., *Drug treatment of delirium: Past, present and future*. "Journal of Psychosomatic Research" 2008, vol. 65 [3].

Bowker J., *Sens śmierci*. Warszawa: PIW, 1996

Bowlby J., *Przywiązanie*. Warszawa: PWN, 2007.

Bowling A., *Ageing well. Quality of life in old age*. Maidenhead: Open. Univ. Press/McGraw-Hill Education, 2005.

Bowling A., Dieppe P., *What successful ageing and who define it?* "British Medical Journal" 2005, vol. 331,

Bowling C.B., Muntner P., *Epidemiol ogy of chronic kidney disease among older adults: A focus on the oldest old.* "Journal of Gerontology Series A Biological Sciences and Medical Sciences" 2012, vol. 67 [12].

Boyer J. M., *Creativity matters. The arts and aging toolkit*. New York: National Guild of Community Schools of the Arts, 2007.

Božidar V., *Pregled gerontoloških in geriatričnih aktivnosti v Sloveniji in po drugih državah Evropske unije*. "Kakovostna Starost" 2009, vol. 12 [Issue 3].

Bożek A., Kołodziejczyk K., *Epidemiologia chorób alergicznych u pacjentów starszych wyzwaniem medycyny XXI wieku*. „Alergia" 2014, nr 2.

Brandenburg H., Huneke M., *Professionelle Pflege alter Menschen*. Stuttgart: Kohlhammer, 2006.

Brandtstädter J., Wenturia D., Schmitz, U., *Age-related changes in future time perspectives: Cross-sectional and longitudinal findings*. "Zeitschrift für Psychologie mit Zeitschrift für angewandte Psychologie" 1997, vol. 205 [4].

Brańska Ż., *Aerobic sportowy*. Warszawa: Wyd. AWF, 2002.

Bratny R., *Kolumbowie. Rocznik 20*. Wyd. 2. Warszawa: PIW, 1957.

Braun-Falco O. i współprac., *Dermatology*. Berlin–Heidelberg: Springer-Verlag, 2000.

Brągiel J., Badora S. (red.), *Formy opieki, wychowania i wsparcia w zreformowanym systemie pomocy społecznej*. Opole: Wyd. Uniw. Opolskiego, 2005.

Brągiel J., *Wokół etyki zawodu pracownika* socjalnego, w: J. Brągiel, A. Kurcz (red.), *Pracownik socjalny. Wybrane problemy zawodu w okresie transformacji społecznej*. Opole: Wyd. Uniw. Opolskiego, 2002.

Brcaccia B. i współprac., *Defining of quality of life: A wild goose chase?* "Europe's Journal of Psychology" 2013, nr 1.

Bréhant J., *Thanatos: Chory i lekarz w obliczu śmierci*. Wyd. 2. Warszawa: Wyd. „Ancher", 1993.

Brennan P., Moss R., *Wzorce picia u schyłku życi. Wpływ charakterystycznych cech osobniczych, okoliczności życiowych i leczenia odwykowego*, w: *Alkohol a zdrowie. Picie alkoholu w różnych okresach życia*. Warszawa: PARPA, 2000.

Brennan S. L. i współprac.,*Sex and age-specific associations between income and incident major osteoporotic fractures in Canadian men and women: A population-based analysis.* "Osteoporosis International" 2015 b, vol. 26 [1].

Brennan S. L., i współprac., *The social gradient of fractures at any skeletal site in men and women: data from the Geelong Osteoporosis Study Fracture Grid*. "Osteoporosis International" 2015 a, vol. 26 [4].

Bretschneider J. G., McCoy N. L., *Sexual interest and behavior in healthy 80- to 102-year-olds*. "Archives of Sexual Behavior" 1988, vol. 17 [2].

Brinkmann S., *Can we save Darwin from evolutionary psychology*. "Nordic Psychology" 2011, vol. 63.

Broad C. D., *Human personality and the possibility of its survival*. Berkeley–Los Angeles: Univ. of California Press, 1955.

Broadbent E., Stafford R., MacDonald B., *Acceptance of healthcare robots for the older population: Review and future directions.* "International Journal of Social Robotics" 2009, vol. 1 [4].

Brocklehurst J. C., Allen S. C., *Zarys medycyny geriatrycznej, podręcznik dla studentów*. Warszawa: PZWL, 1991.

Broczek K. i współprac., *Występowanie objawów depresyjnych u osób starszych*, w: M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Poznań: Termedia Wyd. Med., 2012.

Broczek K. i współprac., *Występowanie objawów depresyjnych u osób starszych*, w: M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Poznań: Termedia Wyd. Med., 2012.

Broczek K., Borzym A.: *Pobudzenie u osoby starszej*. „Medycyna po Dyplomie" 2014, vol. 23 [5].

Broczek K., Kupisz-Urbańska M., Mossakowska M., *Ocena stanu zdrowia polskich stulatków*, w: M. Mossakowska, K. Broczek, M. Witt (red.), *Skazani na długowieczność. W poszukiwaniu czynników pomyślnego starzenia*. Poznań: Ośrodek Wyd. Nauk., 2007.

Broczek K., *Niezapomniane spotkania ze stulatkami. Podsumowanie programu „PoLStu2001"*, w: M. Mossakowska, K. Broczek, M. Witt (red.), *Skazani na długowieczność. W poszukiwaniu czynników pomyślnego starzenia*. Poznań: Ośrodek Wyd. Nauk., 2007.

Brodie S. E., *Aging and disorders of the eye*, w: H. M. Fillit, K. Rockwood, K. Woodhouse (eds), *Brocklerhurst's textbook of geriatric medicine and gerontology*. Wyd. 7. Philadephpia: Saunders Elsevier, 2010.

Bromley D. B. (ed.), *Gerontology: Social and behavioral perspectives*. London: Croom Helm/BSG, 1984,

Bromley D. B., *Age and adult education*. "Studies in Adult Education" 1970, vol. 2 [2].

Bromley D. B., *Behavioral gerontology: Central issues in the psychology of aging*. New York: Wiley, 1990.

Bromley D. B., *Geriatrics in relation to the social and behavioural sciences.* "Age and Ageing" 1976, vol. 5 [4].

Bromley D. B., *Mental aspects of aging*. "Triangle" 1973, vol. 12 [4].

Bromley D. B., *Psychologia starzenia się*. Warszawa: PWN, 1969,

Bromley D. B., *Psychology of human ageing*. Harmonsworth: Penguin, 1966, nowe Wyd. : *Human ageing: An introduction to gerontology*. Harmonsworth: Penguin, 1988 a.

Bromley D. B., *Research prospects in the psychology of ageing*. "The British Journal of Psychiatry" 1956, vol. 102.

Bromley D. B., *The idea of ageing: An historical and psychological analysis*. "Comprehensive Gerontology" 1988 b, vol. 2 [1].

Bron A. *O starzeniu i uczeniu się. Praca i miłość w jesieni życia*, w: M. Malec (red.), *Edukacyjne, kulturowe i społeczne konteksty starości*. Wrocław: Ofic. Wyd. ATUT, 2011.

Broniarek W., *Gdy Ci słowa zabraknie. Słownik synonimów*. Brwinów: Haroldson Press, 2005.

Brończyk-Puzoń A., Bieniek J., *Żywienie osób starszych na podstawie nowelizacji norm żywienia Instytutu Żywności i Żywienia dla populacji polskiej z 2012 roku*. „Nowa Medycyna" 2013, nr 4.

Brooks-Wilson A. R., *Genetics of healthy aging and longevity*. "Human Genetics" 2013, vol. 132 [12].

Brose R., *Lebenssituation und Sprache*, w: R. Fiehler R., C. Thimm (Hrsg.), *Sprache und Kommunikation im Alter*. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 2003.

Brown C. E., Skirbekka V., *National stereotypes of older people's competence are related to older adults' participation in paid and volunteer work*. "The Journal of Gerontology" [Series B: Psychological Sciences and Soical Sciences] 2013, vol. 68.

Brown S. i współprac., *Effect of lamotrigine on mood and cognition in patients receiving chronic exogenous corticosteroids*. "Psychosomatics" 2003, vol. 44.

Brown W. A. i współprac., *Endocrine correlates of sadness and elation*. "Psychosomatic Medicine" 1993, vol. 55 [5].

Brown, C., Lowis, M. J., *Psychosocial development in the elderly: An investigation into Erikson's ninth stage*. "Journal of Aging Studies" 2003, vol. 17.

Brückner A., *Słownik etymologiczny języka* polskiego. Kraków: Krak. Spółka Wyd. , 1927.

Brun A. i współprac., *Clinical and neuropathological criteria for frontotemporal dementia. The Lund and Manchester Groups*. "Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry" 1994, vol. 57 [4].

Brun A., *Frontal lobe degeneration of non-Alzheimer type*. "Archives of Gerontology and Geriatrics" 1987, vol. 6.

Brun A., Gustafson L., *The Lund longitudinal dementia study: A 25-year perspective on neuropathology, differential diagnosis and treatment*, w: B. Corain i współprac. (eds.), *Alzheimer's disease: Advances in clinical and basic research*. New York: Wiley,1993.

Brunelle C. L., Mulgrew J. A., *Exercise for intermittent claudication*. "Physical Therapy" 2011, vol. 91 [7].

Brunk U. i współprac., *Residual bodies and "aging in cultured human glia cells*. "Experimental Cell Research" 1973, vol. 79.

Bryant F., *A four-factor model of perceived control: Avoiding, doping, obtaining and savoring*. "Journal of Personality" 1989, vol. 4.

Brydak K., *Pomoc duchowa w opiece paliatywnej*, w: Makiełło-Jarża, Z. Gajda (red.), *Ból i cierpienie*. KTE, Ofic. Wyd. AFM, 2008

Brzezińska A. I. (red.), *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa*. Gdańsk: GWP, 2005.

Brzezińska A. I., Appelt K., Ziółkowska B., *Psychologia rozwoju człowieka*, w: J. Strelau, D. Doliński (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*. Gdańsk: GWP. 2010, t. 2.

Brzezińska A. I., Hejmanowski S., *Okres późnej dorosłości. Jak rozpoznać ryzyko i jak pomagać?*, w: A. I. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa*. Gdańsk: GWP, 2005,

Brzezińska A. I., Hejmanowski S., *Okres późnej dorosłości. Jak rozpoznać ryzyko i jak pomagać?*,w: A. I. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka*. Gdańsk: GWP, 2005.

Brzezińska A. I., Hejmanowski Sz., *Okres późnej dorosłości. Jak rozpoznać ryzyko i jak pomagać?*, w: A. I. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa*. Gdańsk: GWP, 2005.

Brzezińska A. I., *Społeczna psychologia rozwoju*. Warszawa: Wyd. Nauk. Scholar, 2000.

Brzezińska A., *Edukacyjny kontekst kultury popularnej– pozytywne oblicza starości we współczesnym polskim filmie fabularnym*, w: W. Jakubowski (red.), *Kultura jako przestrzeń edukacyjna. Współczesne obszary uczenia się osób dorosłych.* Kraków: Ofic. Wyd. „Impuls", 2012.

Brzezińska A., Rosiński D., Rucielska L., *Aktywizacja lokalnych społeczności: Miejsce dla osób z ograniczeniami sprawności*, w: *Diagnoza potrzeb i podstawy interwencji społecznej na rzecz osób z ograniczeniami sprawności*. „Polityka Społeczna" 2010, nr 1.

Brzezińska A., *Społeczna psychologia rozwoju*. Warszawa: Wyd. Nauk. Scholar, 2000.

Brzezińska A., *Społeczna psychologia rozwoju*. Warszawa: Wyd. Nauk. Scholar, 2004.

Brzezińska A.I., Wilowska J.A., *Starość w kontekście psychologii pozytywnej*, w: K. Wieczorowska-Tobis, D. Talarska (red.), *Pozytywna starość*. Poznań: Wyd. UMP, 2010.

Brzezińska M., Graczkowska M., *Zaradnik terapeutyczny. Jak pracować z seniorami w domu pomocy społecznej?* Warszawa: Wyd. Difin, 2012.

Brzezińska M., *Proaktywna starość. Strategie radzenia sobie ze stresem w okresie późnej dorosłości*, Warszawa: Wyd. Difin, 2011.
Brzeziński J., Kowalik S. (red.), *Wokół psychologii osobowości. Perspektywa kliniczna i humanistyczna. Kazimierz Obuchowski*. Poznań: PTPN, Wyd. UAM, 2015.
Brzeziński J., *Metodologia badań psychologicznych*. Warszawa: Wyd. Bauk. PWN, 1999.
Brzeziński M., *O czci i szacunku wobec ludzi starszych na kanwie „Listu do osób w podeszłym wieku"*. „Roczniki Nauk o Rodzinie" 2012, t. 4 [59].
Bubolz-Lutz E. i współprac., *Geragogik. Bildung und Lernen im Prozess des Alterns. Das Lehrbuch.* Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 2010.
Buchowski M., *Grupy* wieku, w: Z. Staszczak (red.), *Słownik etnologiczny. Terminy ogólne*. Warszawa–Poznań: PWN, 1987.
Buckingham D., *Nowe media – nowe postaci dzieciństwa? Zmieniające się środowisko kulturowe dzieci w erze technologii cyfrowej*, w: M. J. Kehilly (red.), *Wprowadzenie do badań nad dzieciństwem*. Kraków: Wyd. WAM, 2008.
Buczkowska-Radlińska J., *Gerostomatologia*, w: Z. Jańczuk, U. Kaczmarek, M. Lipski (red.), *Zarys kliniczny stomatologii zachowawczej*. Warszawa: Wyd. Nauk. PZWL, 2014.
Budaj A. i współprac., *Choroba niedokrwienna serca*, w: P. Gajewski (red.). *Interna Szczeklika: Podręcznik chorób wewnętrznych*. Kraków: Medycyna Praktyczna, 2014.
Budaj A. i współprac., *Choroba niedokrwienna serca*. w: A. Szczeklik, M. Tendera (red.), *Kardiologia*. Kraków: Medycyna Praktyczna, 2010, t. 1.
Budaj A., Bednarz B., *Ostry zespół wieńcowy bez uniesienia odcinka ST*, w: A. Szczeklik, M. Tendera (red.), *Kardiologia*. Kraków: Medycyna Praktyczna, 2010 a, t. 1.
Budaj A., Bednarz B., *Zawał serca z uniesieniem odcinka ST*, w: A. Szczeklik, M. Tendera (red.), *Kardiologia*. Kraków: Medycyna Praktyczna, 2010 b, t. 1.
Budzińska K., *Wpływ starzenia się organizmu na biologię mięśni szkieletowych*. „Gerontologia Polska" 2005, nr 1.
Bugajska B., *Dziewiąta faza w cyklu życia…* „Exlibris Biblioteka Gerontologii Społecznej" 2015, nr 1.
Bugajska B., *Dziewiąta faza życia – próba rozszerzenia teorii psychospołecznego rozwoju E. H. Eriksona*. „Exlibris Biblioteka Gerontologii Społecznej" 2015, nr 1.
Bugajska B., *Samobójstwo w starości*, w: R. Bugajska (red.), *Życie w starości*. Szczecin: ZAPOL, 2007 a.
Bugajska B., Timoszyk-Tomczak C., *Podróż w czasie. Warsztat rozwoju osobistego osób starszych*. Szczecin: Wyd. Nauk. Uniw. Szczec., 2014.
Bugajska B., Timoszyk-Tomczak C., *Przyszłość transcendentalna w starości*. „Exlibris. Biblioteka Gerontologii Społecznej" 2015, nr 1.
Bugajska B., Timoszyk-Tomczak C., *Przyszłość w życiu osób starszych.* „Gerontologia Polska" 2013, nr 2.
Bugajska B., *Tożsamość człowieka w starości. Studium socjopedagogiczne*. Szczecin: Wyd. Nauk. Uniw, Szczecińskiego, 2012.
Bugajska B., *Życie w starości*. Szczecin: Wyd. ZAPOL, 2007 b.
Bugajska J., *Pracownicy starsi – możliwości i uwarunkowania fizyczne*. Warszawa: Centr. Inst. Ochr. Pracy, 2007.
Bühler Ch. i współprac., *Kind und Familie…* Jena: Fischer, 1937.
Bühler Ch., Allen M., *Introduction to humanistic psychology*. Monterey, CA: Brooks Cole, 1972.
Bühler Ch., *Bieg życia ludzkiego*. Warszawa: PWN, 1999.
Bühler Ch., *Bieg życia ludzkiego*. Warszawa: PWN, 1999.
Bühler Ch., *Bieg życia ludzkiego*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN.1999.
Bühler Ch., *Die menschliche Lebenslauf als psychologisches Problem*. Leipzig: S. Hirzel, 1933 a,
Bühler Ch., *Dziecięctwo i młodość. Geneza świadomości*. Warszawa: „Nasza Księgarnia", 1933 b.
Bühler Ch., *Kindheit und Jugend: Genese des Bewußtseins*. Wyd. 3. Leipzig: S. Hirzel, 1931,
Bühler Ch., *Psychologie im Leben unserer Zeit*. München–Zürich: Droemersche Verlagsanstalt, 1962.
Bühler Ch.: *Bieg życia ludzkiego*. Warszawa: PWN, 1999.
Bühler Ch.: *Meaningful living in the mature years*, w: R. W. Kleemeier (ed.), *Aging and leisure: A research perspectives into the meaningful use of time*. New York: Oxford Univ. Press, 1961.
Bujnowska-Fedak M. M. i współprac., *Ocena sprawności funkcjonalnej osób starszych w praktyce lekarza rodzinnego w oparciu o wybrane skale testowe*. "Family Medicine & Primary Care Review" 2013, vol. 15.
Bukowska G., Kula G., Morawski L., *Ryzyko ubóstwa osób starszych*. Warszawa: Wyd. CeDeWu.pl, 2011.
Bulik C. M. i współprac., *Anorexia nervosa treatment: A systematic review of randomized controlled trials*. "The International Journal of Eating Disorders" 2007, vol. 40 [4].

Buliński L. (red.), *Realność złego starzenia się. Poza polityczną i społeczną powinnością*. Toruń: Wyd. Adam Marszałek, 2015.
Buliński L. (red.), *Realność złego starzenia się. Poza polityczną i społeczną powinnością*. Toruń: Wyd. Adam Marszałek, 2015.
Buliński L., *Niepełnosprawni o spójności społecznej: między życzeniem a faktem. Ujęcie politologiczne.* Toruń: Wyd. Adam Marszałek, 2009.
Buliński L., Olszewski H. (red.), *Uprzykrzony czas. Społeczne niewygody starzenia się*. Toruń: Wyd. Adam Marszałek, 2015.
Bunda M., *Nowi starzy*. „Polityka" 2008, nr 7.
Bunda M., Wasilewski P., *Starość problem młodych*. „Polityka" 20012, nr 35.
Burd H. J., Judge S. J., Flavell M. J., *Mechanics of accommodation of the human eye*. "Vision Research" 1999, vol. 39 [9].
Bürger M., *Altern und Krankheit als Problem der Biomorphose*. Leipzig: VEB Tieme, 1960.
Bürger M., *Altern und Krankheit*. Leipzig: Tieme, 1947, nowe Wyd. 1960.
Bürger M., *Biomorfoza i jej znaczenie w procesie starzenia się i stanach chorobowych*. Warszawa: PZWL, 1966.
Bürger M., *Die chemische Biomorphose des menschlichen Gehrins*. Berlin: Akademie-Verlag, 1957.
Bürger M., *Einführung in die pathologische Physiologie*. Berlin: Springer, 1936, nowe Wyd. Leipzig: Tieme, 1953.
Burgess E. W, *Preface*. "Journal of Social Issues" 1958, vol. 14 [2].
Burgess E. W. (ed.), *Aging in western societies*. Chicago: Univ. of Chicago Press, 1960.
Burgess E. W., *Aging in Western societies.* Chicago: Univ. of Chicago Press., 1960.
Burgess E. W., Holmström L. L., *Rape Trauma Syndrome*. "American Journal of Psychiatry" 1974, vo. 131 [9].
Burisch M., *Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung*. Wyd. 4. Berlin: Springer, 2010.
Burkhardt U., *Demenz: die Krankheit des Vergessen…* Radeberg: Verlag DeBehr, 2014.
Burnett J. i współprac., *Social networks: A profile of the elderly who self-neglect*. "Journal of Elder Abuse and Neglect" 2006, vol. 18 [4].
Burns L. R., D'Aunno T., Kimberly J. R., *Globalization and its many faces: The case of the health sector*, w: H. Gatignon, J. R. Kimberly, R. E. Gunther (esd.) *The INSEAD-Wharton alliance on globalizing. Strategies for building successful global businesses*. Cambridge: Cambridge Univ. Press, 2004.
Burns L. R., D'Aunno T., Kimberly J. R., *Globalization and its many faces: The case of the health sector*, w: H. Gatignon, J. R. Kimberly, R. E. Gunther (esd.) *The INSEAD-Wharton alliance on globalizing. Strategies for building successful global businesses*. Cambridge: Cambridge Univ. Press, 2004.
Burr M. L. i współprac., *Asthma in the elderly: An epidemiological survey.* "British Medical Journal" 1979, vol. 1.
Burrows B. i współprac., *Characteristics of asthma among elderly adults in a sample of the general population.* "Chest" 1991, vol. 100.
Bushardt R. L., Jones K.W., *Nine key questions to address polypharmacy in the elderly*. "JAAPA" ["Journal of the American Academy of Physican Assistants" 2005, vol. 18 [5].
Buss D. M., *Psychologia ewolucyjna. Jak wytłumaczyć społeczne zachowania człowieka? Najnowsze koncepcje*. Gdańsk: GWP, 2001.
Butler R. N., Lewis M. I.: *Aging and mental health: Positive psychosocial and biomedical approach*. Wyd. 3. St. Louis: C. V. Mosby, 1982.
Butler R. N., *The life review: An interpretation of reminiscence in the aged*. "Psychiatry" 1963, vol. 26.
Bylok F., *Konsumpcja, konsument i społeczeństwo konsumpcyjne we współczesnym świecie. Studium socjologiczne*. Katowice: Wyd. Nauk. „Śląsk", 2013.
Bytheway B., *Ageism.* Buckingham–Philadelphia: Open Univ. Press, 1995.
Cahn E. S., *No More Throw-away people: The Co-production Imperative*. Wyd. 2. Washington, DC: Essential Books, 2004.
Cairns N. J. i współprac., *Consortium for Frontotemporal Lobar Degeneration* [2007]: *Neuropathologic diagnostic and nosologic criteria for frontotemporal lobar degeneration…*, "Acta Neuropathologica" 2007, vol. 114 [1].
Callens S., *The EU legal framework on e-health*. w: E. Mossialos i współprac. (eds.) *Health Systems Governance in Europe…* Cambridge: Cambridge Univ. Press, 2010.
Calot G., Sardon J.-P., *La mesure du vieillissement démographique*. "Espace, Populations, Sociétiés" 2000, vol. 18 [3].
Calvani R. i współprac., *Current nutritional recommendations and novel dietary strategies to manage sarcopenia*. "The Journal of Frailty & Aging" 2013, vol. 2 [1].
Camic P. M., *From trashed to treasured: A grounded theory analysis of the fund object*. "Psychology of Aestetics, Creativity, and the Arts" 2010, vol. 4.
Camm A. J. i współprac., *Wytyczne dotyczące postępowania u chorych z migotaniem przedsionków.* „Kardiologia Polska" 2010, vol. 68 [Supl. 7].

Camm A.J. i współprac., *Wytyczne ESC dotyczące postępowania w migotaniu przedsionków na rok 2012.* „Kardiologia Polska" 2012, vol. 70 [Supl. IV].

Campanella, *Miasto Słońca.* Wrocław: Zakł. Nar. im. Ossolńskich, 1955.

Campbell A. J. i współprac., *Circumstances and consequences of falls experienced by a community population 70 years and over during a prospective study*. "Age &Ageing" 1990, vol. 19.

Campbell A. J., Busby W. J., Horwath C. C., *Factors associated with constipation in a community based sample of people aged 70 years and over*. "Journal of Epidemiology and Community Health" 1993, vol. 47.

Campbell R. T., O'Rand A. M., *Settings and sequences. The heuristics of aging research*, w: J. E. Birren, V. L. Bengtson, (red.), *Handbook of aging and the social sciences*. New Jork: Springer, 1985.

Campisi J., d'Adda di Fagagna F., *Cellular senescence: When bad things happen to good cells*. „Nature Review Molecular Cell Biology" 2007, vol. 8 [9].

Candore G. i współprac., *Immunogenetics, gender, and longevity*. "Annals New York Academy of Science" 2006, vol. 1089.

Cannon W. B., *The wisdom of body*. New York: W. W. Norton, 1932.

Caplan G., *Principles of preventive psychiatry.* New York: Basic Books, 1964.

Caprara G.V., *Positive orientation: Turning potential into optimal functioning.* "The European Health Psychologist" 2009, vol. 11.

Card C. (ed.), *The Cambridge companion to Simone de Beauvoir*. New York: Cambridge Univ. Press., 2003.

Cardona V. i współprac., *Allergic diseases in the elderly*. "Clinical and Translation Allegry" 2011, vol. 1 [11].

Carey I. M. i współprac., *Increased risk of acute cardiovascular events after partner bereavement: A matched cohort study*. "JAMA" 2014, vol. 174 [4].

Carlson J. E., *Perils of polypharmacy: 10 steps to prudent prescribing*. "Geriatrics" 1996; vol. 51 [7].

Carnes B. A., Olshansky S. J., *A realist view of aging, mortality, and future longevity*. "Population and Development Review" 2007, vol. 33 [2].

Carpenter Ch., *Falls and fall prevention in the elderly*, w: J. H. Kahn, B. G. Magauran Jr., J. S. Olshaker (esd.) *Geriatric emergency medicine: Principles and practice*. Cambridge: Cambridge Univ. Press, 2014.

Carr A., Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu i ludzkich silach. Poznań: Zysk i S-ka Wyd. , 2009.

Carr N., *Płytki umysł. Jak Internet wpływa na nasz mózg*. Gliwice: Wyd. Helion. 2012.

Carson R. C., Butcher J. N., Mineka S., *Psychologia zaburzeń*. Gdańsk: GWP, 2005, t. 1

Carstensen L. L. i współprac., *Emotional experience improves with age: Evidence based on over 10 years of experience sampling*. "Psychology and Aging" 2011, vol. 26 [1].

Carstensen L. L. i współprac., *Emotional experience in everyday life across the adult life span*. "Journal of Personality and Social Psychology" 2000, vol. 79.

Carstensen L. L., Fung H. H., Charles, S. T., *Socioemotional selectivity theory and the regulation of emotion in the second half of life*. "Motivation and Emotion" 2003, vol. 27 [2].

Caspari R., *Jak wydłużało się życie*. „Świat Nauki" 2011, nr 9.

Cassel C. K., Rudberg M. A., Olshansky S. J., *The price of success: health care in an aging society*. "Health Affairs" (Millwood) 1992;11 [2]:

Castro J. M., Castro E. S., *Spontaneous meal pattern of humans: Influence of the presence of other people*. "American Journal of Clinical Nutrition" 1989, vol. 50.

Cavan R. S. i współprac., *Personal adjustment in old age*. Chicago: Science Research Associates, 1949.

Cavanaugh J. C., *Starzenie się*, w: P. E. Bryant, A. M. Colman (red.), *Psychologia rozwojowa*. Poznań: Wyd. Zysk i S-ka, 1997.

Celli B. R. i współprac., *The body-mass index, airflow obstruction, dyspnea and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease*. "The New England Journal of Medicine" 2004, vol. 350.

Cendrowski Z., *Wolontariusze*. Warszawa: ZG SZS, Agencja „Promo Lider", 1998.

Center J. R., Nguyen T. V., Schneider D., *Mortality after all major types of osteoporotic fracture in men and women: an observational study*. "Lancet" 1999, vol. 13.

Cerejeira J, Lagarto L, Mukaetova-Ladinska EB. *The immunology of delirium*. "Neuroimmunomodulation. 2014, vol. 21.

Cesari M. i współprac., *A physical activity intervention to treat the frailty syndrome in older persons. Results from the LIFE-P Study*. "Journals of Gerontology – Biological Sciences – Medical Sciences" 2014, Nov. 11.

Cesari M. i współprac., *Frailty syndrome and skeletal muscle: Results from the Invecchiare InChianti study.* "American Journal of Clinical Nutrition" 2006, vol. 83.

Cesari M. i współprac., *Hemoglobin levels and skeletal muscle: Results from the InChianti study*. "Journal of Gerontology – Biological Sciences – Medical Sciences" 2004 a, vol. 59.

Cesari M. i współprac., *Inflammatory markers and physical performance in older persons: The InChianti study*. "Journal of Gerontology – Biological Sciences – Medical Sciences" 2004 b, vol. 59.

Chabior A. i współprac., *Eksploatacja projektu EduCare – odniesienia do raportu*, w: M. Stawiak-Ososińska, A. Szplit (red.), *Historyczno-społeczne aspekty starzenia się i starości*. Kielce: Wyd. Agencja Reklamowa TOP, 2014 a.

Chabior A. i współprac., *Innovations of the EduCare Project*, w: M. Stawiak-Ososińska, S. Chrost (eds.), *Situation, education and activation of elderly people in Europe.* Kielce: Wyd. Agencja Reklamowa TOP, 2014 b.

Chabior A., *Aktywizacja i aktywność ludzi w okresie późnej dorosłości*. Kielce: Wyd. Wszech. Świętokrz., 2011.

Chabior A., *Aktywność ludzi starszych odpowiedzią na ich dyskryminację*, w: A. Fabiś (red.), *Edukacja dorosłych wobec zjawiska marginalizacji*. Mysłowice: Wyd. GWSP, 2007.

Chabior A., *Diagnoza potrzeb osób starszych*, w: A. Chabior, A. Fabiś, J. K. Wawrzyniak, *Starzenie się i starość w perspektywie pracy socjalnej*. Warszawa: CRZL, 2014.

Chabior A., Fabiś A., Wawrzyniak J. K., *Starzenie się i starość w perspektywie pracy socjalnej*. Warszawa: CRZL, 2014.

Chabior A., *Integracja pokoleń – rozważania teoretyczne*, w: M. Komorska (red.), *Seniorzy dla młodości – młodość dla seniorów. Seniorzy i młodzi we wspólnej przestrzeni społecznej*. Lublin: Wyd. ROPS, UMCS, 2012

Chabior A., *Integracja pokoleń ujęcie teoretyczne*. w: M. Komorska (red.), *Seniorzy dla młodości – młodość dla seniorów: Seniorzy i młodzi we wspólnej przestrzeni społecznej*. Lublin: Reg. Ośrodek Polityki Społ./Wyd. UMCS, 2012.

Chabior A., *Marginalizacja, dyskryminacja i wykluczanie osób w okresie późnej dorosłości*, w: A. Fabiś, A. Chabior, J. K. Wawrzyniak, *Ludzka starość. Wybrane zagadnienia gerontologii społecznej*. Kraków: Ofic. Wyd. „Impuls", 2015.

Chabior A., *Pomoc socjalna wobec potrzeb ludzi starych i starzejących się*, w: E. Trafiałek (red.), *Profesjonalna praca socjalna. Warunki skuteczności, doświadczenia, kierunki przemian*. Kielce: Wyd. Wszechn. Świętokrzyska, 2008.

Chabior A., *Rola aktywności kulturalno –oświatowej w adaptacji do starości*. Radom–Kielce: ITE, 2000 a.

Chabior A., *Sytuacja rodzinna ludzi starszych…*, w: A. Jopkiewicz, E. Trafiałek (red.), *Trzeci wiek bez starości…* Kielce: Wyd. Wszechn. Świętokrz., UTW, 2000 b.

Chabior A., *Życie rodzinne i funkcjonowanie gospodarstwa domowego*, w: A. Fabiś, J. K. Wawrzyniak, A. Chabior, *Ludzka starość. Wybrane zagadnienia gerontologii społecznej*. Wyd. 2. Kraków: Ofic. Wyd. „Impuls", 2015.

Chabior, A., Fabiś A., Wawrzyniak, J. K., *Starzenie się i starość w perspektywie pracy socjalnej*. Warszawa: CRZL, 2014.

Chabior, A., Fabiś A., Wawrzyniak, J. K., *Starzenie się i starość w perspektywie pracy socjalnej*. Warszawa: CRZL, 2014.

Chang J. T. i współprac., *Interventions for the prevention of Falls in older adults: Systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials*. "British medical Journal" 2014, vol. 328.

Chapell N. L., *Social support, caregiving and aging*. "Canadian Journal on Aging" 2011, vol. 30 [3].

Chapman I. M. *The anorexia of aging*, w: A. J. Sinclair, J. E. Morley, B. Vellas (eds.), *Principles and practice of geriatric medicine*. Wyd. 5. Chichester: Wiley-Blackwell Ltd, 2012.

Charbonnier L., *Religion im Alter: Eine empirische Studie zur Erforschung religiöser Kommunikation.*Bderlin: Walter de Gruyter, 2014.

Charcot J.-M., *Leçons cliniques sur les maladies des vieillards et des maladies chroniques*. Paris: Adrien Delahaye, 1867.

Charkiewicz E., *Kobiety i ubóstwo – widzialna ręka neoliberalnego państwa*, w: *Ubóstwo i wykluczenie społeczne w Polsce.* [Raport krajowy Polskiej Koalicji Social]. Warszawa: b.w., 2010.

Chatthanawaree W., *Biomarkers of cobalamin (vitamin B_{12}) deficiency and it application*. "Journal of Nutrition Health and Aging" 2011, vol. 15 [3].

Chaves P. H. M., *Anemia*, w: J. B. Halter i współprac. (eds.), *Hazzard's geriatric medicine and gerontology*. Wyd. 6. New York: McGraw-Hill, 2009.

Chen Ch., *Aging and life satisfaction*. "Social Indicators Research" 2001, vol. 54 [Issue 1].

Chen J. i współprac., *Clinical management of arrhythmias in elderly patients: results of the European Heart Rhythm Association survey*. "Europace" 2015, vol. 17 [2].

Chen X. i współprac. *Fraility syndrome: An overview*. "Clinical Interventions in Aging", 2014, vol. 9.

Chen Y. (2002). *A study of the relations of future time-perspective and life ev*ents. "Psychological Science" 2002, vol. 25 [2].

Cheng S., Bell S. M., Zieman S. J., *Aging and atherosclerosis*, w: J. B. Halter i współprac. (eds.), *Hazzard's geriatric medicine and gerontology*. Wyd. 6. New York: McGraw-Hill, 2009.

Cherkas L. F. i współprac., *The association between phisical activity in leisure time and leukocyte telomere length*. "Archives of Internal Medicine" 2008, vol. 168 [2].

Cherniss C., *Staff burnout: Job stress in the human services*. Beverly Hills, CA: Sage, 1980.

Chertkow H. i współprac., *Definitions of dementia and predementia states in Alzheimer's disease and vascular cognitive impairment: consensus from the Canadian conference on diagnosis of dementia*. "Alzheimer's Research & Therapy" 2013, vol. 5 [Suppl. 1].

Chervinskaya A., *Halotherapy in controlled salt chamber microclimate for recovering medicine*. „Balneologia Polska" 2007, nr 2, 2007.

Chervinskaya A.V., Ziber N.A., Halotherapy for treatment of respiratory diseases. "Journal of Aerosol Medicine" 1995, vol. 8 [3].

Chesnut C. H. i współprac., *A randomized trial of nasal spray salmon calcitonin in postmenopausal women with established osteoporosis…* "The American Journal of Medicine" 2000, vol. 109.

Chesser A. K. i współprac., *Health literacy and older adults: A systematic review*. "Gerontology and Geriatric Medicine" 2016, nr 2.

Cheung S. I., Robine J. M., *Increase in common longevity and the compression of mortality: the case of Japan*. "Population Studies" (Cambridge) 2007, vol. 61.

Chipperfield J. G., *Everyday physical activity as a predictor of late life mortality.* "The Gerontologist" 2008, vol. 48.

Chiriboga D. A., *Mental health at the midpoint: Crisis, challenge, or relief?*, w: S. Hunter, M. Sundel (eds.), *Midlife myths: Issues, findings, and practical implications*. Newbury Park: Sage Publications, 1989 a.

Chiriboga D. A., *Stress and loss in middle age*, w: R. A. Kalish (ed.), *Midlife loss: Coping strategies*. Newbury Park: Sage Publications, 1989 b.

Chistiakov D. A., *Immunogenetics of Hashimoto's thyroiditis*. "Journal of Autoimmune Diseases" 2005, vol. 2 [1].

Chmieleńska I., *Z życia zakładów*. „Służba Społeczna" 1946, nr 1−4.

Chmielewska M., *Rola dziadków w procesie socjalizacji*. „Wychowanie na Co Dzień" 2000, nr 7/8.

Chmielewski P. Niklas D., *Ukryty wymiar transformacji. Dylematy opieki nad ludźmi starymi*, w: W. Morawski (red.), *Modernizacja Polski. Struktury, agencje, instytucje*, Warszawa: WAiP, 2010.

Chmielewski P., *Nowa analiza instytucjonalna. Logika i podstawowe zasady*. „Studia Socjologiczne", 1994, nr 3–4,

Chodkowska M., *Antyczne korzenie współczesnych stereotypów*, w: A. Bujnowska, J. Szadura (red.), *Stereotypy – walka z wiatrakami*? Lublin: Wyd. UMCS, 2011.

Chodzko-Zajko W., *Psychological and sociocultural aspects of physical activity for older adults*, w: C. J. Jones, D. J. Rose (eds.), *Physical activity instruction for older adults*.

Chopra D., *Dlaczego Bóg się śmieje?* Konstancin-Jeziorna: Wyd. „Medium", 2009.

Chopra D., *Zatrzymaj czas. Poznaj pierwiastek wiecznej młodości, ciała i umysłu: młodości bez granic*. Gliwice: Wyd. Helion, 2009, nowe Wyd. Warszawa: Septem, 2014.

Chopra D., *Życie bez starości: młode ciało, ponadczasowy*. Wyd. 2. Warszawa: KiW, 1998.

Chou K., Lin Y., *The effectiveness of group music therapy to improve depression and cognition status in elderly persons with dementia*. "European Psychiatry" 2012, vol. 27.

Chowdhury R. i współprac., *Vitamin D and risk of cause specific death: systematic review and meta-analysis of observational cohort and randomized intervention stu*dies. "The British Medical Journal" 2014, vol. 348.

Chrostowski W., *Alegoryczne przedstawienie starości i śmierci w Koh 12,1–7*, w: W. Chrostowski (red.), *„Duch i Oblubienica mówią: »Przyjdź«". Księga Pamiątkowa…* Warszawa: „Vocatio", 2001,

Chrostowski W., *Godność człowieka umierającego, potrzeby duchowe.* „Collectanea Theologica" 1999, vol. 69 [4].

Chrzanowska I., *Nauczanie inkluzyjne w doświadczeniach polskich – podstawy prawne i społeczne uwarunkowania.* „Studia Edukacyjne" 2014, nr 30.

Chrzanowska I., *Zaniedbane obszary edukacji – pomiędzy pedagogiką a pedagogiką specjalną. Wybrane zagadnienia*. Kraków: Ofic. Wyd. „Impuls", 2009.

Chrząstkowska M., *Hospicjum jako przykład opcji preferencyjnej na rzecz ubogich*, „Teologia Praktyczna" 2012, t. 13.

Chu H. i współprac., *The impact of group music therapy on depression and cognition in elderly persons with dementia…* "Biological Research for Nursing" 2014, vol. 16 [Issue 2].

Chu L. W. i współprac,. *Incidence and predictors of falls in the chinese elderly*, "Annales of the Academy of Medicine, Singapore" 2005, vol. 34 [7].

Chudy W., *Czas człowieczy*. „Ethos" 1999, nr 47.
Churchill F. B., *August Weismann: Development, heredity, and evolution*. Cambridge, Mass– London: Harvard Univ. Press, 2015.
Ciałkowska-Rysz A., *Sytuacja i wyzwania opieki paliatywnej w Polsce*. „Medycyna Paliatywna" 2009, t. 1, nr 1.
Cibor R., *Wartości życiowe i ich bilans u osób starszych*. „Chowanna" 2008, t. 1.
Cichalewska A., Kolarczyk E., *Aerobic: Podstawy teoretyczne i zasób ćwiczeń gimnastycznych*. Kraków: Wyd. AWF, 1986.
Cichello, M., Thomas, T., *The aged Filipinos in Australia: A case of double jeopardy?* "Australian Journal of Psychology" 2003, vol. 55.
Cichocka M. *Biopsychospołeczne uwarunkowania seksualności ludzi starych*, w: M. Beisert (red.), *Seksualność w cyklu życia człowieka*. Warszawa: PWN, 2006.
Cichocka M., *Seksualność ludzi starych: mity i rzeczywistość. Psychologiczne i medyczne aspekty starości*. „Biuletyn Sekcji Psychologii Rozwojowej PTP" 2006 a, vol. 3.
Cichocka M., *Specyfika zachowań autodestruktywnych wśród osób w podeszłym wieku*, w: A. Suchańska, J. Wycisk (red.), *Samouszkodzenia: Istota, uwarunkowania, terapia.* Poznań: Bogucki Wyd. Nauk., 2006 b.
Cichocka M., Twardowska-Rajewska J., *Psychospołeczne determinanty seksualności seniora*. „Gerontologia Polska" 2009, nr 4.
Cichowicz S., Godzimirski J. M. (red.), *Antropologia śmierci. Myśl francuska*. Warszawa: PWN, 1993.
Ciechaniewicz W., *Pielęgniarstwo – ćwiczenia. Podręcznik dla studiów medycznych).* Wyd. 3. Wyd. Lek. PZWL 2014, 2 t.
Cielecka-Piontek J., Rajska-Neumann A., Wieczorowska-Tobis K., *Wielolekowość w populacji geriatrycznej.* „Nowiny Lekarskie" 2006, vol. 75 [1].
Cieloch G., Kuczyński J., Rogoziński K., *Czas wolny – czasem konsumpcji?* Warszawa: PWE, 1992.
Cieniawa T., Skulimowski M., Żebrak J., *Inhalacje: Aerozoloterapia*. Warszawa: PZWL, 1981.
Cienki B., *Społeczne uwarunkowania biegu życia*… [Niepublikowana praca doktorska]. Rzeszów: Arch. UR, 2015.
Ciernia J. R., *Death concern and businessmen's mid-life crisis*. "Psychological Reports" 1985 a, vol. 56.
Ciernia J. R., *Myth about mid-life crises*." Psychological Reports, 1985 b, vol. 56.
Cierpiałkowska L., *Personality disorders in DSM*. "Current Issues in Personality Psychology" 2013, vol. 1.
Cierpiałkowska L., *Psychopatologia.* Warszawa: Wyd. Nauk. „Scholar", 2007 b.
Cierpiałkowska L., Sęk H., *Psychologia kliniczna i psychopatologia – wzajemne zależności*, w: H. Sęk (red.). *Psychologia kliniczna*. Warszawa: PWN, 2007 a, t. 1.
Cieślak A., *Rozwój teorii i praktyki kształcenia ustawicznego*. Warszawa: WSiP, 1981.
Cieślak R., Eliasz A., *Wsparcie społeczne a osobowość*, w: H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2012.
Cieślik M., Bogusz A., *Siła siwych*. „Wprost", 2004, nr 38.
Cieślińska B., *Bezdzietność jako styl życia. Pogranicze.* „Studia Społeczne" 2014, t. 24.
Cieślińska J., *Poczucie dobrostanu i optymizmu życiowego kadry kierowniczej placówek oświatowych*. „Studia Edukacyjne" 2013, nr 27.
Clarfield A. M., *Dr. Ignatz Nasher and the birth of geriatrics*. "Canadian Medical Association Journal" 1990, vol. 143 [9].
Clark A., Manhikar G., Gray J., *Diogenes syndrome. A clinical study of gross neglect in old age*. "Lancet" 1975, nr 7903.
Clark B. C., Manini T. M., *Sarcopenia = Dynapenia*. "Journals of Gerontology – Medical Sciences" 2008, vol. 63 A.
Clark D., Centeno C., *Historical perspectives on end-of-life care in global context: Europe*, w: M. Lazenby, R McCorkle, D. P. Sulmasy (eds.), *Safe passage: A global and spiritual sourcebook for care at the end of life.* Oxford: Oxford University Press, 2014.
Clark D., *Originating a movement: Cicely Saunders and the development of St. Christopher's Hospice, 1957–1967*. "Mortality" 1998, vol. 3 [1.
Clark D., *Religion, medicine and community in the early history of St. Christopher's Hospice*. "Journal of Palliative Medicine" 2001, vo. 4 [3].
Clarke V. i współprac., *Lesbian, gay, bisexual, trans and queer psychology: An Introduction*. Cambridge: Cambridge Univ. Press, 2010.
Clebsch W. A., Jeakle C. R., *Pastoral care in historical perspective*. Englewood Cliffs: Prentice- Hall, 1994.
Clegg A. i współprac., *Fraility in elderly* people. "Lancet" 2013, vol. 381.
Clutterbuck D., *Coaching zespołowy*. Poznań: Dom Wyd. Rebis, 2009.

Clutterbuck D., *Każdy potrzebuje mentora: jak kierować talentami*. Warszawa: Wyd. „Petit", 2002.
Cohen G. D., *The creative age: Awakening human potential in the second half of life*. New York: Avon Books, 2000.
Cohen G., *Language comprehension in old age*. "CognitivePsychology" 1979, vol. 11 [4].
Cohen U., Weisman G. D., *Holding on to home. Designing environments for people with dementia*. Baltimore–London: Johns Hopkins Univ. Press, 1991.
Colangeli J. A., *Planning for Age-Friendly Cities: Towards a new model*. [Niepublikowana praca doktorska]. Waterloo: Arch. Univ. of Waterloo [Canada], 2010.
Cole M. S. i współprac., *Job burnout and employee engagement…* "Journal o Management" 2012, vol. 38.
Cole T. R., *The prophecy of "Senescence" G. Stanley Hall and reconstruction of old age in America*. "The Gerontologist" 1984, vol. 24 [2].
Coleman J., S., *Foundation of social theory*. Cambridge, MA: Harvard Univ. Press, 1990.
Collard R. M. i współprac. *Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: A systematic review…* "Journal of the American Geriatric Society" 2012, vol. 60.
Collerton J. i współprac., *Frailty and the role of inflammation, immunosenescence and cellular ageing in the very old: Cross-sectional findings from the Newcastle 85+ Study*. "Mechanisms of Ageing and Development" 2012, vol. 132 [6].
Colman A. M., *Dictionary of psychology*. Wyd. 3. Oxford: Oxford Univ. Press, 2009.
Colman E. i współprac., *Weight loss reduces abdominal fat and improves insulin in middle- aged and older men with impaired glucose tolerance*. "Metabolism" 1995, vol. 44.
Comfort A., *A good age.* New York: Crown Publishers, 1976.
Comfort A., *Aging: The biology of senescence*. New York–Chicago–San Francisco: Holt, Rinehart & Winston, 1964 a.
Comfort A., *Alzheimer's disease or 'Alzheimerism'?* "Psychiatric Annals" 1984, vol. 14.
Comfort A., *Alzheimer's disease or "Alzheimerism"*. "Aktuelle Gerontologie" 1979, Band 9 [9].
Comfort A., *Dlaczego się starzejemy?* Warszawa: PWN, 1968.
Comfort A., *Physiology, homeostasis and ageing*. "Gerontologia" 1998, vol. 14 [4].
Comfort A., *Physiology, homeostasis and ageing*. "Gerontologia" 1998, vol. 14 [4].
Comfort A., Quillam, S., *Nowa radość seksu*. Poznań: Wyd. Zysk i S-ka, 2009.
Comfort A., *Radość seksu*. Poznań: Wyd. Zysk i S-ka, 2003.
Comfort A., *The biology of senescence*. London: Routledge & Kegan Paul, 1956.
Comfort A., *The process of aging*. New York: American Library, 1964 b.
Coni N., Davison W., Webster S., *Starzenie się*, Warszawa: PWN, 1994.
Coni N., Davison W., Webster S., *Starzenie się*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 1994.
Connolly M. J., *Age-related changes in the respiratory system*, w: H.M. Fillit, K. Rockwood, K. Woodhouse (eds), *Brocklerhurst's textbook of geriatric medicine and gerontology*. Wyd. 7. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2010.
Conroy S., Moulias S., Wassif W. S., *Primary hyperparathyroidism in the older person.* "Age & Ageing" 2003, vol. 32.
Conti Di Mauro I., *I tylko miłość…* Warszawa: PIW, 2002.
Cooper C., Selwood A., Livingston, G.,). *The prevalence of elder abuse and neglect*. "Age and Ageing" 2008, vol. 37 [2].
Cooper K. H., *The new aerobics*. New York: Bantam, 1970.
Cooper K., H., *Aerobics*. New York: Bantam, 1968, Wyd. popr. 1969.
Cooper M., Cooper K., H., *Aerobics for women*. New York: Bantam, 1973.
Corey G., Schneider Corey M., *Mamy wybór. Zgłębianie osobistego rozwoju*. Poznań: Zysk i S-ka Wyd. , 2005.
Corey G., *Teoria i praktyka poradnictwa i psychoterapii*. Poznań: Zysk i S-ka Wyd. , 2005.
Cormac A., i współprac., *Pentagon drawing and neuropsychological performance in dementia with Lewy bodies, Alzheimer's disease, Parkinson's disease with dementia*. "International Journal of Geriatric Psychiatry" 2004, vol. 19.
Corn A. L., *Model funkcjonowania wzrokowego słabowidzących*. „Materiały Tyflologiczne" [PZN] 1991, nr 7 [nr spec.: Założenia i metody rehabilitacji wzroku u słabo widzących].
Čornaničowa R., *Geragogika ako teória edukácie seniorom a edukácie vo vzťahu k séniu…* „Rocznik Andragogiczny" 2007.
Cornaro L., *The art of living long…* New York: Springer, 2005.
Costa P. T. Jr., McCrae R. R., *Osobowość człowieka dorosłego*. Kraków: WAM, 2005.
Costa P. T. Jr., McCrae R. R., *Osobowość człowieka dorosłego*. Kraków: WAM, 2005.
Costa P. T., McCrea R. R., *Personality in adulthood: A six-year longitudinal study of self- reports and spouse ratings on the NEO Personality Inventory*. "Journal of Personality and Social Psychology" 1988, vol. 54 [5].

Costa P. T., Jr, McCrae R. R., *Objective personality assessments*, w: M. Storandt, I. C. Siegler, M. F. Elias (eds.), *The clinical psychology of aging*. New York: Plenum, 1978.

Cotman C. W., Berchtold N. C., *Exercise: A behavioral intervention to enhance brain health and plasticity*. "Trends in Neuroscience" 2002, vol. 25.

Cotterell A., *Słownik mitów świata.* Katowice: Wyd. „Książnica", 2006;

Court-Brown C. M. i współprac., *The relationship between social deprivation and the incidence of adult fractures*. "The Journal of Bone and Joint Surgery. AmericanVolume" 2013, vol. 95.

Court-Brown C. M., Caesar B., *Epidemiology of adult fractures:a review*. "Injury" 2006, vol. 37 [8].

Cousins G. i współprac., *Potential for alcohol and drug interactions in older adults: evidence from the Irish longitudinal study on ageing.* "BMC Geriatrics" 2014, vol. 14.

Cowdry E. V. (ed.), *Problems of aging: Biological and medical aspects*. Wyd. 2. Balitimore: Williams & Wilkins, 1942.

Craft S. i współprac., *Cognitive changes associated with normal and pathological aging*, w: J. B. Halter i współprac. (eds.), *Hazzard's geriatric medicine and gerontology*. Wyd. 6. New York: McGraw-Hill; 2009.

Craig A., Cooper R. E., *Symptoms of acute and chronic fatigue*, w: A.P. Smith, D.M. Jones (eds.*). Handbook of human performance*. London: Academic Press, 1992, vol. 3.

Craig J. C., *Human development.* New Jersey: Prentice Hall, 1996.

Craik F. I. M., Jennings J. M., *Human memory*, w: F. I. M. Craik, T. A. Salthouse (eds.), *The handbook of aging and cognitio*n. Erlbaum, Hillsdale,NJ, 1992

Crandall C. J. i współprac., *Socioeconomic status in relation to incident fracture risk in the Study of Women's Health Across the Nation*. "Osteoporosis International" 2014, vol. 25.

Criqui M. H. i współprac., *The prevalence of peripheral arterial disease in a defined population*. "Circulation" 1985, vol. 71 [3].

Crome P., *Geriatrics in Europe*, w: H. M. Fillit, K. Rockwood, K. Woodhouse (eds.), *Brocklerhurst's textbook of geriatric medicine and gerontology*. Wyd. 7. Saunders Elsevier. Philadelphia: Sauders Elsevier, 2010.

Crook T. H. i współprac., *Age-associated memory impairment: Proposed diagnostic criteria and measures of clinical change*… "Developmental Neuropsychology" 1986, vol. 2.

Crowdry E. V. (ed.), *Problems of aging: Biological and medical aspects*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins Comp., 1939,

Crumbaugh J. Ch., *Aging and adjustment: The applicability of logotherapy and the Purpose- in-Life Test*. "The Gerontologist" 1972, vol. 12 [4].

Cruz-Jentoft A. J. i współprac., *Exclusion of older adults from ongoing clinical trials about type 2 diabetes mellitus.* "Journal of the American Geriatric Society" 2013, vol. 61.

Cruz-Jentoft A. J. i współprac., *Prevalence of and interventions for sarcopenia in ageing adults: A systematic review…* "Age & Ageing" 2014, vol. 43.

Cruz-Jentoft A. J. i współprac., *Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis. Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People.* "Age and Ageing" 2010 b, vol. 39 [4].

Cruz-Jentoft A. J. i współprac., *Understanding sarcopenia as a geriatric syndrome*. "Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care" 2010 a, vol. 13 [1].

Csíkszentmihály M.,. *Przepływ: Jak poprawić jakość życia. Psychologia optymalnego doświadczenia.* Warszawa: „Studio Emka", 1996.

Cudak H., Marzec H. (red.), *Współczesna rodzina polska – jej stan i perspektywy*. Mysłowice: Wyd. GWSP, 2005, t. 1

Cuddy A. J. C., Norton M. I., Fiske S.T., *This old stereotype: the pervasiveness and persistence of the elderly stereotype*. "Journal of Social Issues" 2005, vol. 61 [2].

Cumming E., Henry W. E., *Growing old: The process of disengagement*. New York: Basic Books, 1961;

Cummings S. R., Nevitt M. C., Kidd S., *Forgetting falls: The limited accuracy of recall of falls in the elderly*. "Journal of the American Geriatrics Society" 1988, vol. *3*6.

Cyceron [Marek Tuliusz], *Katon Starszy o starości*. Kraków: Wyd. Lit., 1995.

Cyceron [Marek Tuliusz], *O starości*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2010.

Cyceron [Marek Tuliusz], *Stoicka nauka o obowiązku*, w: Cyceron, *Wybór pism naukowych.* Warszawa: Wyd. DeAgostini, 2002.

Cytowicz-Karpiłowska W., Kazimierska B., Cytowicz A., *Postępowanie usprawniające w geriatrii.Podstawy, wskazania, przeciwwskazania.* Warszawa: Almamer WSE, 2009.

Czajkowska-Malinowska M. i współprac., *Porównanie wyników domowego leczenia tlenem u chorych leczonych sekwencyjnie za pomocą stacjonarnego i przenośnego źródła tlenu*. „Pnumuonolgia i Alergologia Polska" 2012, vol. 80 [4].

Czapiński J., Błędowski P., *Aktywność społeczna osób starszych w kontekście percepcji Polaków. Diagnoza społeczna 2013: raport tematyczny*. Warszawa: MPiPS/CRZL, 2014.

Czapiński J., Błędowski P., *Aktywność społeczne osób starszych w kontekście percepcji Polaków. Diagnoza 2013. Raport tematyczny.* Warszawa: Min. Pracy i Polityki Społ., Centrum Zasobów Ludzkich, 2014.

Czapiński J., *Ekonomiczne przesłanki i efekty dobrostanu psychicznego*, w: T. Tyszka (red.), *Psychologia ekonomiczna*. Gdańsk: GWP, 2004.

Czapiński J., *Kapitał ludzki i kapitał społeczny a dobrobyt materialny*: *Polski paradoks*, „Zarządzanie Publiczne" 2008, nr 2.

Czapiński J., Panek T. (red.), *Diagnoza Społeczna 2013 – Warunki i jakość życia Polaków*. Warszawa: Rada Monitoringu Społ., 2013.

Czapiński J., Panek T., *Diagnoza Społeczna 2015. Warunki i jakość życia Polaków.* Warszawa: Rada Monitoringu Społ., 2015.

Czapiński J., *Psychologia szczęścia.* Warszawa: Wyd. UW, 1992.

Czapiński J., *Psychologiczne teorie szczęścia*, w: *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2004.

Czapiński J., *Takie czasy, takie marzenia*. „Charaktery" 2001, nr 6.

Czapów Cz., *Rodzina a wychowanie*. Warszawa: „Nasza Księgarnia", 1968.

Czarnecki P., *Praca socjalna*. Warszawa: Wyd. Difin, 2013.

Czarnobilska E. i współprac., *Choroby alergiczne wieku podeszłego…* „Gerontologia Polska" 2009, nr 4 [cz. 1], 2010, nr 2 [cz. 2].

Czayka-Chełmińska K., *Monografia Domu Pomocy w Z.*, w: E. Tarkowska, *Życie codzienne w domach pomocy społecznej*. Warszawa: IFiS PAN, 1994.

Czech A., *Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę.* „Diabetologia Praktyczna" 2007, vol. 8 [Suppl. A].

Czekanowski P., *Osamotnienie ludzi starych i czynniki je różnicujące*. [Niepublikowana praca doktorska]. Katowice: Arch. Uniw. Śląskiego, 1993.

Czekanowski P., *Pojęcia i wskaźniki dotyczące osamotnienia osób w starszym wieku*, w: J. Staręga- Piasek, B. Synak (red.), Społeczne aspekty starzenia się i starości. Warszawa: CMKP, 1990.

Czekanowski P., *Socjologia starości jako subdyscyplina socjologiczna*, w: Rancew-Sikora D. i współprac. (red.), *O społecznym znaczeniu tożsamości, miejsca i czasu życia. Szkice socjologiczne i gerontologiczne. Księga dedykowana prof. Brunonowi Synakowi*. Gdańsk: Wyd. ZK-P, 2013.

Czekanowski P., *Społeczne aspekty starzenia się ludności w Polsce. Perspektywa socjologii starości*. Gdańsk: Wyd. UG, 2012.

Czekanowski P., *Sytuacja rodzinna ludzi starych w Gdańsku A.D. 2012. Wybrane zagadnienia*, w: A. Kotlarska-Michalska (red.), Człowiek stary w rodzinie i społeczeństwie. „Roczniki Socjologii Rodziny" [Studia socjologiczne i interdyscyplinarne] 2013, t. 23.

Czekanowski P., Załęcki J., *Aktywność starych mieszkańców Gdańska i jej społeczno- demograficzne uwarunkowania*. „Studia Socjologiczne" 2015, nr 2.

Czekanowski P., Załęcki J., *Aktywność starych mieszkańców Gdańska i jej społeczno- demograficzne uwarunkowania*. „Studia Socjologiczne" 2015, nr 2.

Czekanowski P., Załęcki J., Brosz M., *Gdańska starość. Portret socjologiczny mieszkańców Gdańska w wieku 65+*. Gdańsk: Fundacja Terytoria Książki, 2013.

Czepita D., Zejmo M., Mojsa A., *Prevalence of myopia and hyperopia in a population of Polish school children*. "Ophthalmic and Physiological Optics" 2007, vol. 27 [1].

Czerkawska A., *Poradnictwo egzystencjalne. Założenia, inspiracje, rozwiązania praktyczne*. Wrocław: Wyd. Nauk. DSW, 2013.

Czerniawska D., Fenrich W., Olcoń-Kubicka M., *Internet wzbogacił moje życie. Wpływ Internetu na życie codzienne osób 50+*. Warszawa: Wyd. Koalicja dojrzałość w sieci, 2011.

Czerniawska E., *Pamięć. Zjawiska zwykłe i niezwykłe.* Warszawa: WSiP, 2005.

Czerniawska O. (red.), *Drogi i bezdroża andragogiki i gerontologii. Szkice i rozprawy*. Łódź: Wyd. WSH-E, 2000.

Czerniawska O. (red.), *Style życia w starości*. Łódź: Wyd. WSH-E, 1998.

Czerniawska O. (red.), *Szkice z andragogiki i gerontologii.* Łódź: Wyd. WSH-E, 2007.

Czerniawska O., *Drogi i bezdroża andragogiki i gerontologii. Szkice i rozprawy*. Łódź: Wyd. WSH-E, 2000 a.
Czerniawska O., *Drogi i bezdroża andragogiki i gerontologii. Szkice i rozprawy*. Łódź: Wyd. WSH-E, 2000.
Czerniawska O., Dzięgielewska M. (red.), *Pamięć człowieka starego…* Łódź: Wyd. UŁ, 1993.
Czerniawska O., *Edukacja dorosłych we Włoszech. Wybrane problemy*. Łódź: Wyd. UŁ, 1996.
Czerniawska O., Juraś-Krawczyk B. (red.), *Podróże jako projekt edukacyjny*. Łódź: Wyd. WSH-E, 2001.
Czerniawska O., *Książka poradnikowa na temat starzenia się i starości jako forma poradnictwa*. „Acta Uniwersitatis Lodzensis – Folia Paedagogica et Psychologia" 1987, t. 16.
Czerniawska O., *Książka poradnikowa na temat starzenia się i starości jako forma poradnictwa*. „Acta Uniwersitatis Lodzensis – Folia Paedagogica et Psychologia" 1987, t. 16.
Czerniawska O., *Kształcenie dorosłych a środowisko rodzinne*. Warszawa: PWN, 1971.
Czerniawska O., *Nowe drogi w andragogiki i gerontologii*. Łódź: Wyd. AH-E, 2011 a.
Czerniawska O., *Poradnictwo dla osób* starszych, w: A. Kargulowa (red.), *Poradnictwo w okresie transformacji kulturowej*. Wrocław: Wyd. Uniw. Wrocł., 1995.
Czerniawska O., *Poradnictwo dla osób* starszych, w: A. Kargulowa (red.), *Poradnictwo w okresie transformacji kulturowej*. Wrocław: Wyd. Uniw. Wrocł., 1995.
Czerniawska O., *Poradnictwo jako wzmocnienie środowiska wychowawczego*. Warszawa: IW CRZZ, 1997 a.
Czerniawska O., *Starość wczoraj, dziś i jutro*, w: W. Wnuk (red.), *Ludzie starsi w trzecim tysiącleciu*: *szanse, nadzieje, potrzeby.* Wrocław: Wyd. Alta 2, 2002.
Czerniawska O., *Starość wczoraj, dziś i jutro*, w: W. Wnuk (red.), *Ludzie starsi w trzecim tysiącleciu*…Wrocław: Wyd. Atla 2, 2002.
Czerniawska O., *Style życia ludzi starszych*, w: O. Czerniawska (red.), *Drogi i bezdroża andragogiki i gerontologii. Szkice i rozprawy*. Łódź: Wyd. WSH-E, 2000 b.
Czerniawska O., *Swoistość wychowania dorosłych*, w: T. Wujek (red.), *Wprowadzenie do pedagogiki dorosłych*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 1992.
Czerniawska O., *Szkice z andragogiki i gerontologii*. Łódź Wyd. WSH-E, 2007.
Czerniawska O., *Środki masowego przekazu w życiu ludzi starszych*, w: *Encyklopedia seniora*. Warszawa: „Wiedza Powsz.", 1986.
Czerniawska O., *Uczenie się jako styl życia*, w: M. Dzięgielewska (red.), *Przygotowanie do starości…* Łódź: ZODUŁ, 1997 b.
Czerniawska O., *Wydarzenia globalne i osobiste starszego pokolenia Polaków w świetle badań biograficznych*. „Edukacja Dorosłych" 2006, nr 1/2.
Czerniawska O., *Wydarzenia osobiste i globalne*. Łódź: Wyd. AH-E, 2011 b.
Czerniawska O., Wypiorczyk-Przygoda K. (red.), *Andragogiczny wymiar wydarzeń osobistych w badaniach biograficznych*. Łódź: Wyd. AH-E, 2011.
Czernikiewicz A., *Znaczenie urojeń o tematyce religijnej w diagnozie i terapii osób z psychozami*.:Neuropsychiatria. Przegląd Kliniczny" 2012, vol. 4 [2].
Czerwiński I. (h. Lubicz), *Dnie Starości czyli jak i w czem stan owego wieku zdolny jest resztę Życia uprzyjemniać*, Bibl. Zakł. Nar. im. Ossolińskich we Wrocławiu, rkps ok. 1823, sygn. 850/I, k. 59–74.
Czerwiński I. (h. Lubicz), *Dnie starości czyli jak i w czym stan owego wieku zdolny jest resztę życia sobie uprzyjemniać*, w: A. Gomóła, M. Rygielska (red.), *Starość jako wyobrażenie kulturowe*. Katowice: grupakulturalna.pl, 2013.
Czeżowski T., *Aksjologiczne i deontyczne normy moralne*, w: M. Środa (red.), *O wartościach, normach i problemach moralnych*. Warszawa: PWN, 1994.
Czyżewski B., *Starość w nauczaniu św. Bazylego Wielkiego*. „Vox Patrum" 2011, t. 56 [31].
Czyżewski B., *Starość w nauczaniu św. Bazylego Wielkiego*. „Vox Patrum" 2011, z. 56.
Ćwiek A., *Śmierć i życie w starożytnym Egipcie*. Poznań: Wyd. MAP, 2005.
Ćwirlej A[gnieszka], Ćwirlej A[ndrzej], Maciejczak A., *Efekty masażu leczniczego w terapii bólów krzyża*. „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego" 2007, t. 5, z. 3.
D. J. Levinson i współprac., *Seasons of a man's life*. New York: Alfred A. Knopf, 1978.
Dahlberg L. L., Krug E. G., *Violence − a global public health problem*, w: E. G. Krug I współprac. (esd.), *World report on violence and health*. Geneva: WHO, 2002.
Dalai Lama, *The Joy of living and dying in peace*. London: Thorsons, 198l.
Dally P., *Anorexia tardive – late onset marital anorexia nervosa*. "Journal of Psychosomatic Research" 1984, vol. 28 [5].

Dam E. i współprac., *An evidence-based comparison of operational criteria for the presence of sarcopenia*. "Journals of Gerontology – Biological Sciences" 2014, vol. 69

Damps-Konstańska I., P. Krakowiak, E. Jassem, *Nierozwiązane problemy opieki nad chorymi na zaawansowaną postać POChP*. „Medycyna Paliatywna w Praktyce" 2009, t. 3 nr 3.

Danecki J., *Podstawowe wiadomości o islamie*. Wyd. 2. Warszawa: Wyd. Akad. Dialog, 2007.

Daniel C. W., Young L. J. T., *Influence of cell division on an aging process.* "Experimental Cell Research" 1971, vol. 65.

Danielewicz M., *Ignacy Lubicz Czerwiński*. W: *Polski Słownik Biograficzny*. Kraków: PAU, 1938, t. 4.

Daniels R. i współprac., *Interventions to prevent in frail community-dwelling elderly: A systematic review: A systematic review*. "BMC Health Services Research" 2008, vol. 8

Dannefer D., Kelley-Moore J. A., *Theorizing the life course. New twists in the paths*, w: V. L. Bengtson i współprac., (eds.), *Handbook of theories of aging*. New York: Springer, 2009.

Darkins A.W., *Telemedicine and telehealth.* Cambridge: Cambridge Univ. Press, 2010.

Dautenhahn K. i współprac., *What is a robot companion – friend, assistant or butler?,* w: Proc. IROS 2005, IEEE IRS/RSJ International Conference on Intelligent Robots and Systems…, Edmonton, Alberta Canada 2005.

Davidson L. E. i współprac., *Effects of exercise modality on insulin resistance and functional limitation in older adults: A randomized controlled trial*. "Archives of Internal Medicine" 2009, vol. 169.

Davidson R. J., *O emocji nastroju i innych pojęciach afektywnych*, w: P. Ekman, R. J. Davidson (red), *Natura emocji*. Gdańsk: GWP, 1998.

Davie C. A., *A review of Parkinson's disease*. "British Medical Bulletin" 2008, vol. 86 [1].

Davies G. A., Bolton C. E., *Age-related changes in the respiratory system*, w: H. M. Fillit, K. Rockwood, K. Woodhouse (eds.), *Brocklerhurst's textbook of geriatric medicine and gerontology*. Wyd. 7. Philadephpia: Saunders Elsevier, 2010.

Davies S., *Późne następstwa krzywdzenia w okresie dziecięcym*. "Current Medical Literature" – „Psychiatria" 2003, nr 3.

Davis D. H. i współprac., *Delirium is a strong risk factor for dementia in the oldest-old: a population-based cohort study*. "Brain" 2012, vol. 135.

Davison J., Marrinan S., *Falls*. "Reviews in Clinical Gerontology" 2007, vol. 17.

Dąbek T. M., *„Czas naszych dni – to lat siedemdziesiąt lub, gdy jesteśmy mocni, osiemdziesiąt" (Ps 90,10). Długość i wartość życia człowieka w służbie Bożej*, w: P. Łabuda (red.), *„Słowo jego płonęło jak pochodnia" (Syr 48,1). Księga Pamiątkowa…* Tarnów: Biblos 2011.

Dąbrowska A., Anusiewicz J. (red.), *Językowy obraz świata i kultura*. Wrocław: Wyd. Uniw. Wrocł., 2000 [„Język a Kultura", t. 13].

Dąbrowska A., Anusiewicz J. (red.)„ *Językowy obraz świata i kultura*. Wrocław: Wyd. Uniw. Wrocł., 2000 [„Język a Kultura", t. 13].

Dąbrowska A., *Zniekształcanie obrazu rzeczywistości poprzez użycie pewnych środków językowych (eufemizm i kakofemizm)*, w: Bartmiński J. (red.), *Językowy obraz świata*. Lublin: Wyd. UMCS, 2004.

Dąbrowska B., *Nowa metoda w pracy socjalnej. Podejście skoncentrowane na rozwiązaniach*. „Problemy Społeczne" 2008, nr 6.

Dąbrowska K., Tajak M., *Od działacza społecznego do profesjonalisty – przyczynek do historii zawodu pracownika socjalnego.* „Praca Socjalna" 1996, nr 2,

Dąbrowski K., *Dezintegracja pozytywna*. Warszawa: PIW, 1979.

Dąbrowski K., *Dezintegracja pozytywna.* Warszawa: PIW. 1979.

Dąbrowski K., Kawczak A., Piechowski M. M., *Mental growth through positive disintegration*. London: Gryf, 1970.

Dąbrowski K., *Pasja rozwoje*. Warszawa: PTHP, 1982, nowe Wyd. 1988.

Dąbrowski K., *Pasja rozwoju*. Warszawa: PTHP, 1982.

Dąbrowski K., *The theory of positive disintegration*. "International Journal of Psychiatry" 1966, vol. 2 [2].

Dąbrowski K., *W poszukiwaniu zdrowia psychicznego*. Warszawa: PWN, 1989.

Dąbrowski K., Zajączkowski H., *Podstawowe zagadnienia higieny psychicznej*. „Biuletyn PTHP" 1960, nr 1.

Dąbrowski S. i współprac. (red.), *Psychiatria kliniczna*. Warszawa: PZWL,1998.

Dąbrowski Z., Kulpiński F., *Pedagogika opiekuńcza: historia, teoria, terminologia*. Olsztyn: Wyd. UW-M, 2006.

Dąbrowski Z., *Opieka międzyludzka w pedagogice – wybrane zagadnienia*, w: Z. Kawczyńska-Butrym (red.), *Koncepcje opieki i zawody opiekuńcze. Pracownicy socjalni i pielęgniarki*. Olsztyn: Wyd. UW-M, 2001.

Dąbrowski Z., *Pedagogika opiekuńcza w zarysie*. Wyd. 4. Olsztyn: Wyd. UW-M, 2006, t. 1.

Dąbrowski Z., *Pedagogika opiekuńcza w zarysie*. Wyd. 4. Olsztyn: Wyd. UW-M, 2006, t. 1.
Dąbrowski Z., *Teoretyczne podstawy opieki i wychowania opiekuńczego*. Toruń: Wyd. UMK, 1980.
Dąbrowski Z., *Teoretyczne podstawy opieki i wychowania przez opiekę*. Wyd. 2. Toruń: Wyd. UMK, 1988.
Dąbrówka A., Geller E., *Słownik antonimów*. Warszawa: MCR, 1995.
Dąbrówka A., Geller E., Turczyn R., *Słownik synonimów.* Warszawa: Świat Książki, 1998.
De Bono E., *Simplicity*. London: Penguin Books, 1999.
De Grey A. D. N. J., *Escape velocity: why the prospect of extreme human life extension matters now*. "PLoS Biology" 2004, vol. 2 [6].
De Jong Gierveld J., Hagestad G. O., *Perspectives on the integration of older men and women*. "Research on Aging" 2006, vol. 28 [6].
De Luccie M. F., Scheidt R. J., Davies A. J., *The Men's Adult Life Experience Inventory: An instrument for assessing developmental concerns of middle age*. "Psychological Reports" 1989, vol. 64.
De Rooij S. E. i współprac., *Cytokines and acute phase response in delirium*. "Journal of Psychosomatic Research" 2007, vol. 62.
De Smet P. A., *Health risks of health remedies: An update*. "Clinical Oharmacology & Therapeutics" 2004, vol. 76 [1].
De Smet P. A., *Herbal remedies*. "The New England Journal of Medicine" 2002, vol. 347 [25].
De St. Aubin, E., McAdams, D. P., *The relations of generative concern and generative action to personality traits, satisfaction/ happiness with life, and ego development*. "Journal of Adult Development" 1995, vol. 2.
Decker D. L., *Social gerontology. An introduction to dynamic of aging*. Boston–Toronto: Little, Brown & Company, 1980.
Dederick J. G., Miller H. L., *Transitions in adulthood: Are they the same for women and for men?*, w: B. R. Wainrib (ed.), *Gender issues across the life cycle*. New York: Springer Publ. Co., 1992.
Deelen J. i współprac., *Identifying the genomic determinants of aging and longevity in human population studies: Progress and challenges*. "BioEssays" 2013, vol. 35 [4].
Deiner S., Silverstein J. H., *Anesthesia for geriatric patients.* "Minerva Anestesiologica" 2011, vol. 77.
Deiner S., Silverstein J. H., *Anesthesia for geriatric patients.* "Minerva Anestesiologica" 2011, vol. 77.
Deklaracja Praw Seksualnych. „Seksuologia Polska" 2003, vol. 1 [1–2].
Deksnytė A. i współprac., *Delirium: Its historical evolution and current interpretation*. "European Journal of Internal Medicine" 2012, vol. 23 [6].
Dell'Oreo R. T., Merten J. G., Kruse P. F., *Doubling potential calender time and senescence of human diploid cells in culture.* "Experimental Cell Research" 1973, vol. 77.
Dell'Oreo R. T., Mertens J.G., Kruse P. F., *Doubling potential, calendar time, and donor age of human diploid cells in culture.* "Experimental Cell Research" 1974, vol. 84 [1].
Dementia: A public health priority. Geneva: WHO, 2012.
Dementia: A public health priority. Geneva: WHO, 2012.
Demerouti E. i współprac., *The job demands-resources model of burnout*. "Journal of Applied Psychology" 2001, vol. 86 [3].
Demerouti E., Bakker A. B., *The job-resources model: Challenges for future research*. "South African Journal of Industrial Psychology" 2011, vol. 37 [2].
Demetrio D., *Autobiografia. Terapeutyczny wpływ pisania o sobie*. Kraków: Ofic. Wyd. „Impuls", 2000.
Demetrio D., *Autobiografia. Terapeutyczny wymiar pisania o sobie*. Kraków: Ofic. Wyd. „Impuls", 2000.
Demetrio D., *Edukacja dorosłych*, w: B. Śliwerski (red.), *Pedagogika*. Gdańsk: GWP, 2006, t. 3.
Demeulenaere P., *Les normes sociales*. Paris, PUF, 2003.
Demeure M. J., Fain M. J., *The elderly surgical patient and postoperative delirium*. "Journal of the American College of Surgeons" 2006, vol. 203 [5],
Deming M. B., Cutler N. E., *Demography of the Aged*, w: D. S. Woodruff, J. E. Birren (eds.), *Aging: Scientific perspectives and social issues*. Wyd. 2. Monterey, CA: Brooks-Cole, 1983.
Dempster D. W., Lindsay R., *Pathogenesis of osteoporosis*. "Lancet"1993, vol. 341.
Deniszczuk L., Sajkiewicz B., *Kategoria minimum socjalnego*, w: S. Golinowska (red.), *Polska bieda. Kryteria. Ocena. Przeciwdziałanie*. Warszawa: IPSS, 1996.
Denkler K., *Surgical complications associated with fasciectomy for Dupuytrens disease: A 20-years review of English literature*. "Eplasty" 2010, vol. 10.

Denzin N. K., *Reinterpretacja metody biograficznej w socjologii…*, w: J. Włodarek, M. Ziółkowski (red.), *Metoda biograficzna w socjologii*. Warszawa–Poznań: PWN, 1990.

Department of Health: *No secrets: Guidance on developing and implementing multi-agency policies and procedures to protect vulnerable adults from abuse*. London: Department of Health, 2000.

Derbis R., *Doświadczanie codzienności. Poczucie jakości życia. Swoboda działania. Odpowiedzialność. Wartości osób bezrobotnych*. Częstochowa: Wyd. WSP, 2000.

Derbis R., *Doświadczanie codzienności. Poczucie jakości życia. Swoboda działania. Odpowiedzialność. Wartości osób bezrobotnych*. Częstochowa: Wyd. WSP, 2000.

Derbis R., Jędrek K., *Poczucie jakości życia a osobowość sportowców dyscyplin indywidualnych i zespołowych*. „Przegląd Psychologiczny" 2010, vol. 53 [1].

Derejczyk J. i współprac, *Standardy świadczenia usług medycznych w specjalności geriatria.* „Gerontologia Polska" 2011, nr 2.

Derejczyk J. i współprac., *Gerontologia i geriatria w Polsce na tle Europy…* „Gerontologia Polska: 2008, nr 3.

Derejczyk J. i współprac., *Gerontologia i geriatria w Polsce na tle Europy – czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju?* „Gerontologia Polska" 2008, t. 16, nr 3.

Derejczyk J. i współprac., *Gerontologia i geriatria w Polsce na tle Europy – czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju?* „Gerontologia Polska" 2008, nr 3.

Derejczyk J. i współprac., *Ochrona zdrowia osób st*arszych, w: B. Imiołczyk, A. Chabiera, H. Szczeblewska (red.), *Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje*. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, 2013.

Derejczyk J., *Geriatria a reforma ochrony zdrowia w Polsce*. „Służba Zdrowia" 2000, nr 61–64.

Derejczyk J., *Służba zdrowia wobec potrzeb ludzi starszych*, w: L. Frąckiewicz (red.), *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Proces starzenia się ludności polski i jego społeczne konsekwencje.* Katowice: Wyd. Nauk. „Śląsk", 2002.

Derkacz M. i współprac., *TYM TEST – nowe narzędzie diagnostyczne w ocenie funkcji poznawczych – badanie mieszkańców domu opieki społecznej*. „Current Probems of. Psychiatry" 2011, vol. 12 [2].

Derkacz M., Mosiewicz J., Myśliński W., *Zaburzenia funkcji kognitywnych u chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc.* „Wiadomości Lekarskie" 2007, vol. 60.

Der-Staszewska B., *Chcę mówić. Pomoce do rehabilitacji afazji.* Gdańsk Wyd. Harmonia, 2015.

Descartes R., *Człowiek. Opis ciała ludzkiego*. Warszawa: PWN, 1989.

Després C., Lord S., *Growing older in postwar suburbs: the meaning and experiences of home*, w: G. D. Rowles, H. Chaudhury (eds.), *Home and identity in late life: International perspectives*. New York: Springer, 2005.

Deutz E. i współprac., *Protein intake and exercise for optima muscle function with aging: Recommendations from the ESPEN Expert Group*. "Clinical Nutrition" 2014, vol. 33.

Devinsky O., Morrell M. J., Vogt B. A., *Contributions of anterior cingulate cortex to behaviour*. "Brain" 1995, vol. 118.

Dębska U., *Jakość życia w kontekście osobowościowych uwarunkowań i poczucia koherencji. Badania osób we wczesnej i średniej dorosłości.* „Psychologia Rozwojowa" 2007, nr 4.

Dębska-Cenian A., *Asystowanie-rozważania na temat istoty silnie zindywidualizowanego wsparcia*, w: M. Szpunar (red.), *Asystentura rodziny nowatorska metoda pomocy społecznej w Polsce*. Gdańsk: MGT, 2010.

Dębski M., *Wybrane metody kinezyterapeutyczne*, w: A. Kwolek (red.), *Rehabilitacja medyczna*. Wrocław: Wyd. Med. Urban & Partner, 2013, t. 1.

Di Maria R. A., Amella E. J., *Malnutrition in the elderly*, w: G. L. Maddox (ed.), *The Encyclopedia of Aging*. Wyd. 3. New York: Springer Science & Business Media, 2001.

Di Martino V., Hoel H., Cooper C. L., *Preventing violence and harassment in the workplace*. Dublin: European Foundation for Improvement Live and Work Conditions, 2003.

Diagnostyka i leczenie otępień. Rekomendacje zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego. Otwock: Wyd. MediSfera, 2011.

Diaz-Morales J. F., *Perspectiva temporal futura y ciclo vital*. "Anales de Psicologia" 2006, vol. 22 [1].

Diehl M., *Everyday competence in later life. Current status and future directions*, "The Gerontologist" 1998, vol. 38 [4].

Diener E. i współprac., *Subjective well-being: three decades of progress*. "Psychological Bulletin" 1999, vol. 125 [2].

Diener E. i współprac., *The Satisfaction with Life Scale.* "Journal of Personality Assessment" 1985, vol. 49 [1].

Diener E., *Subjective well-being*. "Psychological Bulletin" 1984, vol. 95 [3].
Diener E., *Subjective well-being. The science of hapiness and a proposal for a national index*. "American Psychologist" 2000, vol. 55 [1].
Diggs J., *The terror catastrophe (accumulation) theory of aging*, w: S. Louie, M. Sajatovic (eds.), *Encyclopedia of Aging and Public Health*. Berlin–Heidelberg: Springer, 2008.
Dileo C. (2010), *Nowe kierunki i badania naukowe w muzykoterapii i medycynie*. „Terapia przez Sztukę" 2010, vol. 1 [2].
Dileo C., *Music therapy*, w: A. E. Kazdin (ed.), *Encyclopedia of psychology*. Oxford: APA, 2000.
Dilger R. N., Johnson R. W., *Aging, microglial cell priming, and the discordant central inflammatory response to signals from the peripheral immune system*. "Journal of Leukocyte Biology" 2008, vol. 84 [4].
Dilman V. M., Dean W., *The neuroendocrine theory of aging and degenerative disease.* Pensacola, FL: The Center for Bio-Gerontology,1992.
Dimitrova R., *Growth in the intersection of eHealth and active and healthy ageing*, "Technology and Health Care" 2013, vol. 21.
Diogenes Laertios, *Żywoty i poglądy słynnych filozofów*. Warszawa: PWN, 1984.
Diogenes Laertios, *Żywoty i poglądy słynnych filozofów*. Warszawa: PWN, 1984.
Diogenes Laertios, *Żywoty i poglądy słynnych filozofów*. Warszawa: PWN, 1984.
Diogenes Laertios, *Żywoty i poglądy słynnych filozofów*. Warszawa: PWN, 1984.
Długołęcka A., *Seksualność seniorów*, w: A. A. Zych (red.), *Starość darem, zadaniem i wyzwaniem…* Sosnowiec–Dąbrowa Górnicza: Stow. Przyjaciół DPS, Wyd. Progres, 2014.
Długosz-Mazur E., Bojar I., Gustaw K., *Niefarmakologiczne metody postępowania u chorych z otępieniem.* „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu" 2013, vol. 19 [4].
Dłużewska-Martyniec W., *Aktywność sportowa osób z niepełnosprawnością intelektualną*, w: S. Kowalik (red.). *Kultura fizyczna osób niepełnosprawnych. Dostosowana aktywność ruchowa*. Gdańsk: GWP, 2009.
Dobáková P., *Etické otázniky umelej enterálnej výživy v paliatívnej starostlivosti*. „Paliatívna Medicína a Liečba Bolesti" 2015; rocz. 8, nr 1 e.
Dobre praktyki w zarządzaniu wiekiem i zasobami ludzkimi ze szczególnym uwzględnieniem pracowników 50+. Warszawa: IBDiPP, 2013.
Dobroszycka W., Leszek J., *Aspekty diagnostyczne i terapeutyczne neurozwyrodnienia w chorobie Alzheimer*a. Wrocław: Wyd. Continuo, 2007.
Dobrowolska D., *Przebieg życia – fazy – wydarzenia,* „Kultura i Społeczeństwo" 1992, nr 2.
Dobrzyńska E., Rymaszewska J., Kiejna A., *Depresje u osób w wieku podeszłym*. „Psychogeriatria Polska" 2007, vol. 4 [1].
Dodd K. S. i współprac., *Exclusion of older adults and women from recent trials of acute coronary syndromes*. "Journal of the American Geriatric Society 2011, vol. 59 [3].
Doerr-Zegers O., *The question of a 'nuclear depressive syndrome*', w: J. P. Machel, M. A. Crocq, J. F. Nedelec (eds.), *The bio-vlinical interface: Bio-clinical psychiatry mapping brain function*. Paris: John Libey Eurotext, 1995.
Doherty T.J., *Invited review: Aging and sarcopenia.* "Journal of Applied Physiology" 2013, vol. 95.
Dohrenwend B. P., *Inventorying stressful life events as risk factors for psychopathology: Toward resolution on the problem of intracategory variability*. "Psychological Bulletin" 2006, vol. 132.
Doka K. J., *Disenfranchised grief: New directions, challenges, and strategies for practice.* Champaign, IL: Research Press, 2002.
Dolański W., *Zagadnienia orientacji przestrzennej niewidomych…* „Zeszyty Problemowe Nauki Polskiej" 1959, z. 16.
Domagała A., *Choroba Alzheimera – komunikacja z chorym. Poradnik dla opiekunów*. Lublin: Wyd. LSA, 2007 a.
Domagała A., *Choroba Alzheimera – komunikacja z chorym: Poradnik dla opiekunów*. Wyd. 2. Wrocław: Wyd. Continuo, 2008.
Domagała A., Długosz E., *Perseweracje werbalne jako przedmiot badań nad demencją typu Alzheimera*, „Logopedia" 2002, t. 30.
Domagała A., *Narracja i jej zaburzenia w otępieniu alzheimerowskim*. Lublin: Wyd. UMCS, 2015.
Domagała A., *Narracja i jej zaburzenia w otępieniu alzheimerowskim*. Lublin: Wyd. UMCS, 2015.
Domagała A., *Sprawności narracyjne w otępieniu alzheimerowskim – postępowanie terapeutyczne*, w: S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray (red.), *Logopedia. Wybrane aspekty historii, teorii i praktyki*. Gdańsk: Wyd. Harmonia Universalis, 2012.
Domagała A., *Zachowania językowe w demencji. Struktura wypowiedzi w chorobie Alzheimera*. Lublin: Wyd. UMCS, 2007 b.

Domagała M., Ciebiada M., *Pozaszpitalne zapalenia płuc u osób w wieku podeszłym*. „Geriatria" 2011, vol. 5.
Domagała M., Ciebiada M., *Pozaszpitalne zaplenia płuc u osób w wieku podeszłym*. „Geriatria" 2011, vol. 5.
Domański Cz., *Edward Rosset – prekursor historii statystyki*, w: J. T. Kowaleski (red.), *Profesor Edward Rosset*. Łódź: ŁTN, 1997 [seria: Sylwetki Łódzkich Uczonych, z. 37].
Domański Cz., *Profesor Zofia Zarzycka – wzór nauczyciela akademickiego*, w: W. Starzyńska (red.), *Profesor Zofia Zarzycka*. Łódź: ŁTN, 1998 [seria: Sylwetki Łódzkich Uczonych, z. 47].
Domański Cz., *Sylwetka naukowa Profesor Zofii Zarzyckiej (1925–2010)*. „Przegląd Statystyczny" 2010, z. 2–3.
Domański G. i współprac., *Skaner scyntylacyjny do badań przesiewowych osteoporozy*. „Prace Naukowe Politechniki Warszawskiej" 2001, t. 130.
Domeracki P., Tyburski W. (red.), *Zrozumieć samotność. Studium interdyscyplinarne*. Toruń: Wyd. UMK, 2006, s. 7-12.
Donahue W., *Education for later maturity: A handbook.* New York: Whiteside & Morrow, 1955.
Doni R., *Święty Augustyn. Poszukiwanie prawdy. Biografia*. Kraków: Wyd. „M", 2003.
Doniec R., *Społeczno-kulturowe uwarunkowania socjalizacji w środowisku rodzinnym w kontekście przemian rodziny w Polsce*, w: T. Aleksander (red.), *Terapeutyczne i praktyczne aspekty edukacji kulturalnej oraz oświaty dorosłych*. Kraków: Wyd. UJ, 2006.
Dorfmuller M., Dietzfelbingen H., *Psychoonkologia. Diagnostyka – metody terapeutyczne*. Warszawa: Edra Urban & Partner, 2011.
Doron I., *Jurisprudential gerontology: Theorizing the relationships between law and aging*. w: V. L. Bengtson (ed.), *Handbook of theories of aging*. Wyd. 2. New York: Springer Publ., 2009.
Doroszewski W. (red.), *Słownik języka polskiego*. Warszawa: „Wiedza Powsz.", 1961, t. 3
Doroszkiewicz H., Bień B., *Pielęgniarka środowiskowa szansą naprawy systemu podstawowej opieki geriatrycznej.* „Medycyna Rodzinna" 2001, nr 3–4.
Doroszkiewicz H., *Podstawowa opieka geriatryczna w Polsce.* „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin" 2005, vol. 60 [81].
Doroszkiewicz, H., *Podstawowa opieka geriatryczna w Polsce*. „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin – Polonia" 2005, vol. 60 [Suppl. 16].
Dostosowanie środowiska fizycznego do potrzeb niewidomych i słabowidzących. „Materiały Tyflologiczne" [PZN] 2001, nr 11.
Dostosowanie środowiska fizycznego do potrzeb niewidomych i słabowidzących. „Materiały Tyflologiczne" [PZN] 2001, nr 11.
Ďoubal S., Klemera P., *Metody verifikace teorii starnuti*. „Československa Fysiologie" 1999, vol. 48.
Dowd J. J., *Aging as exchange: A preface theory*. "Journal of Gerontology" 1975, vol. 30 [5].
Dowd J. J., *Aging as exchange: A preface to theory*. "Journal of Gerontology" 1975, vol. 30 [5].
Draaisma D., *Dlaczego życie płynie szybciej, gdy się starzejemy. O pamięci autobiograficznej*. Warszawa: PIW, 2006.
Draaisma D., *Fabryka nostalgii. O fenomenie pamięci wieku dojrzałego*. Wołowiec: Wyd. Czarne, 2010.
Draaisma D., *Fabryka nostalgii. O fenomenie pamięci wieku dojrzałego*. Wołowiec: Wyd. Czarne, 2010.
Draaisma D., *Ksiąga zapominania.* Warszawa: Wyd. Aletheia, 2012.
Draaisma D., *Machina metafor: historia pamięci*. Warszawa: Wyd. Aletheia, 2009 a.
Draaisma D., *Zapętlony labirynt. Choroba Alzheimera*, w: *Rozstrojone umysły. Historie chorych i dzieje chorób*. Warszawa: PIW, 2009 b.
Drabik J., *Aktywność fizyczna w treningu zdrowotnym osób dorosłych*. Gdańsk; Wyd. AWF,1996.
Dratva J. i współprac., *Is age at menopause increasing across Europe? Results on age at menopause and determinants from two population-based studies*. "Menopause" 2009, vol. 16 [2].
Drączkowski F., *Obowiązki i przywileje ludzi starszych według Klemensa Aleksandryjskiego*. „Vox Patrum" 2011, z. 56.
Drążkiewicz J. (red.), *W stronę człowieka umierającego*. Warszawa: Wyd. UW, 1989.
Drążkiewicz J., *O ruchu hospicjów w Polsce*, w: J. Drążkiewicz (red.), *W stronę człowieka umierającego*. Warszawa: Wyd. UW, 1989.
Drążkowska E., Szeląg M. (red.), *5 zmysłów: Audiodeskrypcja.* Poznań: Stow. Edukacyjne MCA, 2011.
Drebing C. E. i współprac., *The dream in midlife women: Its impact of mental health*. "International Journal of Aging and Human Development" 1995, vol. 40.
Drebing C. E., Gooden W. E., *The impact of the dream on mental health functioning in male midlife transitio*n. "International Journal of Aging and Human Development" 1991, vol. 32.

Dreu M. J. de i współprac., *Rehabilitation, exercise therapy and music in patients with Parkinson's disease…* "Parkinsonism & Related Disorders" 2012, vol. 18 [Suppl 1].

Drobnik J. i współprac., *Medycyna uzdrowiskowa – współczesne lecznictwo uzdrowiskowe w Polsce*. "Family Medicine & Primary Care Review" 2011, vol. 13 [1].

Droit R-P., *Gdyby mi została tylko godzina życia,*. Kraków: Wyd. Lit., 2014.

Dront R., *51 zabaw (z) rzeczami. Doświadczanie rzeczywistości*. Gdańsk: GWP, 2005.

Dröscher V. B., *Rodzinne gniazdo. Jak zwierzęta rozwiązują problemy rodzinne*. Wyd. 2. Warszawa: „Cyklady", 1997.

Drozdowski R., *Solidarność pokoleń – dobrze brzmiący postulat polityki społecznej, z którym ma ona coraz więcej kłopotów*. „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny" 2012, nr 3.

Drożdż A., *Moje spotkania z mentisem*, w: E. Dubas i współprac. (red.), *Wspieranie rozwoju bezrobotnych 50+. Doświadczenia projektu ADULTS MENTORING*. Łódź: Wyd. UŁ, 2008.

Drożdż M., *Osoba i media. Personalistyczny paradygmat etyki mediów*. Tarnów: Wyd. Biblos, 2005.

Drużbicki M. i współprac., *Ocena przydatności wybranych skal i metod stosowanych w ocenie chodu i równowagi osób po udarze mózgu*. „Przegląd Medyczny" 2013, nr 1.

Drużbicki M., Pacześniak-Jost A., Kwolek A., *Metody klinometryczne stosowane w rehabilitacji neurologicznej*. „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego" 2007, nr 3.

Drwiłła R., Sadowski J., *Opieka pooperacyjna u pacjentów w wieku podeszłym*. „Kardiologia na co dzień" 2010 nr 5.

Dryżałowska G., *(Nie)konieczne zmiany – w pedagogice specjalnej*. „Kwartalnik Pedagogiczny" 2013, nr 4.

Du Boulay S., Ranikn M., *Cicely Saunders. Fundadora del Movimento 'Hospice' de Cuidador Paliativos*. Madrid: Ed. Palabra, 2011.

Du Boulay S., Rankin M., *Okno nadziei. Cicely Saunders – założycielka ruchu hospicyjnego,* Kraków: „Znak", 2009.

Dubas E., 2004, *Starość w perspektywie rozwoju, duchowości i edukacji. Geragogiczny przyczynek do refleksji nad starością i starzeniem się człowieka*, w: E. A. Wesołowska (red.), *Człowiek i edukacja*. Płock: Wyd. Nauk. „Novum:, 2004.

Dubas E., *Auksologia andragogiczna*, „Rocznik Andragogiczny" 2009.

Dubas E., *Biograficzność w oświacie dorosłych – wybrane stanowiska*. „Edukacja Dorosłych" 1998, nr 3.

Dubas E., Czerniawska O. (red.), *Drogi edukacyjne i ich biograficzny wymiar.* Radom: ITE, 2002.

Dubas E., *Dorosłość w edukacyjnym paradygmacie, czyli dorosłość jako edukacyjny okres życia człowieka*, w: M. Podgórny (red.), C*złowiek na edukacyjnej fali…* Kraków: Ofic. Wyd. „Impuls", 2005 a.

Dubas E., *Drogi rozwojowe starości*, „Zeszyty Naukowe WSHE w Łodzi" – „Gerontologia" 2002 a, nr 7.

Dubas E., *Drogi rozwojowe starości*. „Zeszyty Naukowe WSHE w Łodzi – Gerontologia" 2002 a, nr 7.

Dubas E., *Drogi rozwojowe starości*. „Zeszyty Naukowe WSHE w Łodzi – Gerontologia" 2002, nr 7.

Dubas E., E., *Starość znana i nieznana – wybrane refleksje nad współczesną starością*. „Rocznik Andragogiczny" 2013, t. 20.

Dubas E., *Edukacja dorosłych w sytuacji samotności i osamotnienia*. Łódź: Wyd. UŁ, 2000 a.

Dubas E., *Edukacyjny paradygmat badawczy w geragogice*, w: M. Kuchcińska (red.), *Edukacja do i w starości.* Bydgoszcz: Wyd. K-PSW, 2008 a.

Dubas E., *Edukacyjny paradygmat badawczy w geragogice*, w: M. Kuchcińska (red.), *Edukacja do i w starości.* Bydgoszcz: Wyd. K-PSW, 2008 a.

Dubas E., *Edukacyjny paradygmat badawczy w geragogice*, w: M. Kuchcińska (red.), *Edukacja do i*

Dubas E., *Estetyzacja starości w kontekście pomyślnego starzenia się*, w: J. T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Pomyślne starzenie się w perspektywie nauk społecznych i humanistycznych*. Łódź: Wyd. UŁ, 2008 b.

Dubas E., *Geragogika – dyscyplina pedagogiczna o edukacji w starości i do starości*, w: A. Fabiś (red.), *Seniorzy w rodzinie, instytucji i społeczeństwie*. Sosnowiec: Wyd. WSZiM, 2005 b.

Dubas E., *Geragogika − dyscyplina pedagogiczna o edukacji w starości i o starości*, w: A. Fabiś (red.), *Seniorzy w rodzinie, instytucji i społeczeństwie. Wybrane zagadnienia współczesnej gerontologii*. Sosnowiec: Wyd. WSzZiM, 2005.

Dubas E., *Istnieją dwa sposoby starzenia się: piękny i brzydki" (Stefan Szuman). Uroda życia przedmiotem badań andragogiki i gerontologii*, w: R. Konieczna-Woźniak (red.), *Dorosłość wobec starości. Oczekiwania – Radości – Dylematy*. Poznań: Wyd. Nauk. UAM, 2008 c.

Dubas E., *Istnieją dwa sposoby starzenia się: piękny i brzydki" (Stefan Szuman). Uroda życia przedmiotem badań andragogiki i gerontologii*, w: R. Konieczna-Woźniak (red.), *Dorosłość wobec starości. Oczekiwania – Radości – Dylematy*. Poznań: Wyd. Nauk. UAM, 2008 c.

Dubas E., *Podstawowa kategoria andragogiczna „dorosłość" i jej aksjologiczny kontekst*, w: J. Kostkiewicz (red.), *Aksjologia edukacji dorosłych.* Lublin: Wyd. KUL, 2004 a.

Dubas E., *Samotność i osamotnienie w świetle dyskusji grupowej…*, w:. B. Juraś-Krawczyk (red.), *Przygotowanie do życia na emeryturze*. Łódź: Wyd. WSH-E, 2000 b.

Dubas E., *Starość – darem, zadaniem i wyzwaniem. Rola aktywności i edukacji (wybrane wątki*, w: E. Dubas, M. Muszyński (red.), *Obiektywny i subiektywny wymiar starości*, Łódź: Wyd. UŁ, 2016.

Dubas E., *Starość w perspektywie rozwoju, duchowości i edukacji. Geragogiczny przyczynek do refleksji nad starością i starzeniem się*, w: E. A. Wesołowska (red.), *Człowiek i edukacja…* Płock: Wyd. Nauk. Novum, 2004 b.

Dubas E., *Starość w perspektywie rozwoju, duchowości i edukacji. Geragogiczny przyczynek do refleksji nad starością i starzeniem się*, w: E. A. Wesołowska (red.), *Człowiek i edukacja…* Płock: Wyd. Nauk. Novum, 2004 b.

Dubas E., *Starość znana i nieznana – wybrane refleksje nad współczesną starością,* „Rocznik Andragogiczny", 2013, roczn. 20 [1].

Dubas E., *Subiektywny wymiar życia w starości*, w: J. Staręga-Piasek, B. Synak (red.) *Społeczne aspekty starzenia się i starości*. Warszawa: Wyd. CMKP, 1990.

Dubas E., *Szkic do modelu edukacji duchowej w kontekście rozwoju człowieka*, „Rocznik Edukacji Alternatywnej" 2002 b, nr 1,

Dubas E., *Sztuka starzenia się – uczenie się starości. Kontekst andragogiczny*, w: E. Dubas, A. Wąsiński (red.), *Edukacyjna przestrzeń starości Wybrane konteksty refleksji i badań*. „Biblioteka Gerontologii Społecznej" 2012, nr 1.

Dubas E., *Sztuka starzenia się – uczenie się starości. Kontekst andragogiczny*, w: E. Dubas, A. Wąsiński (red.), *Edukacyjna przestrzeń starości Wybrane konteksty refleksji i badań*. „Biblioteka Gerontologii Społecznej" 2012, nr 1.

Dubas E., *Sztuka starzenia się – uczenie się starości. Kontekst andragogiczny*, w: E. Dubas, A. Wąsiński (red.), *Edukacyjna przestrzeń starości Wybrane konteksty refleksji i badań*. „Biblioteka Gerontologii Społecznej" 2012, nr 1.

Dubas E., *Świat wewnętrzny jako przestrzeń życia człowieka*, w: M. Dzięgielewska (red.), *Przestrzeń życiowa i społeczna ludzi starszych*. Radom–Łódź: Wyd. ITE, 2000.

Dubas E., *Świat wewnętrzny jako przestrzeń życia człowieka*, w: M. Dzięgielewska (red.), *Przestrzeń życiowa i społeczna ludzi starszych*. Radom–Łódź: Wyd. ITE, 2000.

Dubas E., Świtalski W. (red.), *Uczenie się z (własnej) biografii*, Łódź: Wyd. UŁ, 2011.

Dubas E., *Wokół paradygmatu uniwersalności w edukacji dorosłych*, w: E. Dubas (red.), *Uniwersalne problemy andragogiki i gerontologii*. Łódź: Wyd. UŁ 2007.

DuBeau C. E., *The continuum of urinary incontinence in an aging population*. "Geriatrics" 2002, vol. 57 [Suppl 1].

Dubiel M., Grodzicki T., *Leczenie chorób układu krążenia u osób w podeszłym wieku*, w: P. Pruszczyk, T. Hryniewicki, J. Drożdż (red.), *Wielka Interna – kardiologia z elementami angiologii*. Warszawa: Medical Tribune, 2009, t. 3.

Dubiel M., Klich-Rączka A., *Specyficzne potrzeby lecznicze osób starszych a kształcenie geriatrów. Dlaczego geriatria jest specjalizacją ważną i dlaczego ciągle brakuje geriatrów?* „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie" 2011, vol. 9 [1].

Dubos R., *Tyle człowieka co zwierzęcia*. Warszawa. PZWL, 1973.

Dubos R., *Tyle człowieka co zwierzęcia*. Warszawa: PZWL, 1973.

Duda G., Saran A., *Polskie rekomendacje dotyczące spożycia witamin i składników mineralnych przez osoby w starszym wieku*. „Farmacja Współczesna" 2008, nr 1.

Duda H., *Filozoficzne wariacje na temat: „Czym starość jest lub być może?"*, w: A. A. Zych (red.), *Starość darem, zadaniem i wyzwaniem…* Sosnowiec–Dąbrowa Górnicza, Wyd. Stow. Przyjaciół DPS, Wyd. Progres, 2014 a.

Duda H., *Kapsuła niepowrotu*. Wyd. WBP, Opole 2014 b.

Duda H., *Pasjans na rozdrożu*. Opole: Ofic. Lit. „Wers", 2000.

Duda H., *Starość nie radość – rozważania ulotne*, w: S. Rogala (red.), *Społeczna empatia a ludzie starsi…* Opole: Wyd. Inst. Śl., WSZiA, 2009.

Duda H., *Utrata i wypędzenie jako kara i krzywda (próba innego spojrzenia)*. „Indeks" 2011 nr 7–8.

Duda H., *Zapomniane słowo „przyzwoitość". 60-lecie pracy prof. Stanisława Rogali*. „Indeks" 2014 c, nr 3−4.

Duda K., *Proces starzenia się*, w:. A. Marchewka, Z. Dąbrowski, J. A. Żołądź (red.), *Fizjologia starzenia się. Profilaktyka i rehabilitacja*. Warszawa: Wyd. Naukowe PWN, 2013.

Duda M., *Bezdomny moim bratem. O polskiej bezdomności przełomu wieków w kontekście nauczania społecznego Kościoła*. Kraków: Wyd. Św. Stanisława BM, 2011.

Dudek B., *Zaburzenia po stresie traumatycznym*. Gdańsk: GWP, 2003.

Dudek D. i współprac., *Depresja*, w: T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.), *Geriatria z elementami gerontologii ogólnej*. Gdańsk: Wyd. Via Medica, 2007.

Dudek M., Krukowski J., Panas K.T. (red.), *Rzeczywistość seniora*. Warszawa: Wyd. WSM, 2014.

Dudley G. A., *Jak podwoić skuteczność uczenia się. Techniki sprawnego zapamiętywania i przywoływania informacji*. Warszawa: Wyd. Medium, 1994.

Due P. i współprac., *Socioeconomic inequality in exposure to bullying during adolescence: a comparative cross-sectional, multilevel study in 35 countries.* „American Journal of Public Health" 2009, vol. 99.

Duffy M. A., *Ocena i modyfikacja otoczenia dla osób słabowidzących*. „Zeszyty Tyflologiczne" [PZN] 2002, z. 20.

Dunaj B. (red.), *Popularny słownik języka polskiego*. Warszawa: Wyd. „Wilga", 2002.

Dunaj B. (red.), *Popularny słownik języka polskiego*. Warszawa: Wyd. „Wilga", 2002.

Dunajska A., Dunajska D., Klein B., *Asystentura w pomocy społecznej*. Warszawa: Verlag Dashofer, 2011.

Dunbar R., *Człowiek. Biografia*. Kraków: Wyd. Copernicus Center Press, 2016.

Dunstan C. R. i współprac., *Bone death in hip fracture in the elderly*. "Calcified Tissue International" 1990, vol. 47.

Duque G., Troen B. R., *Osteoporosis*, w: J. B. Halter i współprac. (eds.), *Hazzard's geriatric medicine and gerontology*. Wyd. 6. New York: McGraw-Hill, 2009.

Durkheim É., *Samobójstwo. Studium z socjologii*. Warszawa: Ofic. Nauk., 2006.

Durrant R., Ellis B. J., *Evolutionary psychology*, w: M. Gallagher, R.J. Nelson (eds.). *Handbook of psychology*. Ney Jersey: Wiley, 2003.

Durrett Ch., *The senior cohousing handbook: A community approach to independent living*. Wyd. 2. Gabriola Island: New Society Publ., 2013;

Durso S. C., Sullivan G. M. (eds.), *Geriatrics review syllabus: A core curriculum in geriatric medicine*. Wyd. 8. New York, NY: AGS, 2013;

Dutkiewicz E., *Opieka duchowa nad umierającymi*, w: M. Śpiewakowska, R. Szpakowski (red.), *Przed przejściem. Rozważania o opiece hospicyjnej*. Warszawa: Wyd. Salezjańskie, 1997.

Dutta Ch., *Significance of sarcopenia in the elderly*. "Journal of Nutrition" 1997, vol. 127.

Duursma S. i współprac., *European Union Geriatric Medicine Society: Position statement on geriatric medicine and the provision of health care services to older people*. "Journal of Nutrition, Health & Aging" 2004, vol. 8 [3].

Dyczewski L., *Antropologiczna i kulturowa wartość starości*. „Kultura i Społeczeństwo" 1981 a, nr 1–2.

Dyczewski L., *Aspiracje ludzi w wieku emerytalnym*. „Człowiek w Pracy i Osiedlu" 1975 a, nr 4.

Dyczewski L., *Gerontologia społeczna*, w: *Encyklopedia katolicka*. Lublin: Wyd. TN KUL, 1989, t. 5.

Dyczewski L., *Ludzie starzy i starość w społeczeństwie i kulturze*. Lublin: Red. Wyd. KUL, 1994.

Dyczewski L., *Ludzie starzy i starość w społeczeństwie i kulturze*. Lublin: Red. Wyd. KUL, 1994.

Dyczewski L., *Ludzie trzeciego wieku*. „W Drodze" 1982, nr 11–12.

Dyczewski L., *Potrzeby ludzi starszych – uniwersalne i specyficzne*, w: *Ku godnej, aktywnej starości. Raport o rozwoju społecznym*. Warszawa: UNDP, 1999.

Dyczewski L., *Religia w życiu starszego człowieka*, w: W. Turek, J. Mariański (red.), *Kościół w służbie człowieka*. Olsztyn: Wyd. Diecezjalne, 1990.

Dyczewski L., *Religijność pokoleń w procesie przemian*. „Roczniki Nauk Społecznych" 1981 b, t. 9.

Dyczewski L., *Rodzice jako dziadkowie*, w: F. Adamski (red.), *Miłość, małżeństwo, rodzina*. Kraków: Wyd. WAM, 1981 c.

Dyczewski L., *Sytuacja ludzi starych w Polsce*. „Studia Philosophiae Christianae" 1976, nr 2.

Dyczewski L., *Udział najstarszego pokolenia w procesie wychowania dzieci*, w: F. Adamski (red.), *Wychowanie w rodzinie chrześcijańskiej*. Warszawa: ODISS, 1973.

Dyczewski L., *Udział pokoleń starszych w procesie kształtowania pokoleń młodszych*, w: w: F. Adamski (red.), *Wychowanie w rodzinie chrześcijańskiej*. Kraków: Wyd. WAM, 1984.

Dyczewski L., *Wartości w życiu człowieka starego*, w: M. Halicka, J. Halicki (red.), *Zostawić ślad na ziemi…* Białystok: Wyd. Uniw. w Białymstoku, 2006.

Dyczewski L., *Więź międzypokoleniowa w rodzinie*. Lublin: Wyd. TN KUL, 2002.

Dyczewski L., *Więź osobowa człowieka starszego w rodzinie*, w: J. Piotrowski (red.), *Starzenie się i starość w badaniach gerontologicznych w Polsce*. Warszawa–Wrocław: PTG, 1975 b.

Dyczewski L., *Wobec ludzi starych.* „Chrześcijanin w Świecie" 1971, nr 3–4.

Dykcik W. (red.), *Pedagogika specjalna*. Wyd. 7. Poznań: Wyd. UAM, 2007.

Dykcik W., *Komplementarność i interdyscyplinarność jako paradygmaty naukowego rozwoju pedagogiki specjalnej*, w: E. Malewska, B. Śliwerski (red.), *Pedagogika i edukacja wobec nowych wspólnot i różnic w jednoczącej się Europie*. Kraków: Ofic. Wyd. „Impuls", 2002.

Dykcik W., *Przyczyny niechętnego stosunku otoczenia do domów pomocy społecznej*, w: S. Kowalik, Z. Zabor, L. Leońska (red.). *Od smutnej rzeczywistości do zaakceptowanej konieczności.* Jarogniewice: Wyd. SPiS DPS, 1997.

Dykstra B.J. i współprac., *Lung Volumes in 4,774 Patients with obstructive lung disease.* "Chest" 1999, vol. 115.

Dziamski G., *Sztuka u progu XXI wieku*. Poznań: Wyd. Fundacji Humaniora, 2002.

Dziechciaż M. i współprac., *The emotions of elderly people from the rural population.* "Polish Journal of Public Health" 2010, vol. 120 [1].

Dziechciaż M., Płaszewska-Żywko L., Guty E., *Stan emocjonalny osób starszych w populacji wiejskiej.* „Zdrowie Publiczne" 2010, vol. 120 [10].

Dziedzic J., *Usprawnianie fizyczne niewidomych na turnusach rehabilitacyjno-leczniczych*. Poznań: Wyd. WSWF, 1969.

Dziedzic J., *Wychowanie fizyczne* niewidomych. Warszawa: PZWS, 1960.

Dziedzic J., *Z zagadnień orientacji przestrzennej niewidomych*. Warszawa: ZW CRS, 1967.

Dziedzic M., *„Zuzanna i starcy". O miłości i flircie wjesieni życia*, w: Ł. Tomczyk, Š. Chudý (red.)., *Aktywna starość w perspektywie społeczno-kulturowo-edukacyjnej…* Kraków– Olomouc: Wyd. UP, 2015.

Dzierżanowski R., *Słownik chronologiczny dziejów medycyny i farmacji*. Warszawa: PZWL, 1983.

Dzięgielewska M. (red.), *Refleksje nad starością – aspekty społeczne, edukacyjne i etyczne*. Łódź: Wyd. UŁ, 1992.

Dzięgielewska M., Czerniawska O. (red.), *Aktywność ludzi starszych na przykładzie polskich i francuskich stowarzyszeń społecznych.* Łódź: Wyd. WSH-E, 2000.

Dzięgielewska M., *Czy można zapobiegać marginalizacji i dyskryminacji ludzi starszych?*, w: A. Fabiś (red.), *Edukacja dorosłych wobec zjawiska marginalizacji*. Mysłowice: Wyd. GWSP, 2007.

Dzięgielewska M., Edukacja jako sposób przygotowania do starości. „Chowanna" 2009, t. 2.

Dzięgielewska M., *Kształtowanie się kontaktów międzyludzkich pensjonariuszek domu pomocy społecznej*, w: E. Woźnicka (red.) *Gerontologia. Ludzie starsi jako jednostkowe siły społeczne*. „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi" 2007, nr 7.

Dzięgielewska M., *Teorie życia codziennego – poszukiwanie znaczeń*, w: A. Radziewicz- Winnicki, E. Bielska, (red.), *Edukacja a życie codzienne*. Katowice: Wyd. UŚl, 2002.

Dziuban A., *Społeczny obraz starości i postrzeganie własnego ciała w procesie starzenia się.* „Gerontologia Polska" 2010, nr 3.

EAPC, White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe. [part 1:] *Recommendations from the European Association for Palliative Care*. "European Journal of Palliative Care" 2009, vol. 16 [6].

Ebelt-Paprotny G., Wappelhorst U., *Techniki mobilizacyjne*, w: Ebelt-Paprotny G., Preis R. (red.), *Fizjoterapia*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner, 2012

Eberhard A., *Wpływ wysiłków fizycznych na układ odpornościowy ludzi starszych.* „Medicina Sportiva" 2004, vol. 8 [2].

Ecclestone N. A., Jones C. J., *International curriculum guidelines for preparing physical activity instructors of older adults*. "Journal of Aging and Physical Activity" 2004, vol. 12 [5].

Eckmann A., *Obraz ludzi starszych w pismach świętego Augustyna*. „Vox Patrum" 2011, z. 56.

Eekelen J. A. i współprac., *The effect of aging on stress responsiveness and central corticosteroid receptors in the brown Norway rat*. "Neurobiology of Aging" 1992, vol. 13.

Eichelberger W., Pawłowicz B., *Życie w micie, czyli jak nie trafić do raju na niby i odnaleźć harmonię ze światem*. Warszawa: Wyd. Zwierciadło, 2013.

Eigelberg M. S. i współprac., *The NIH criteria for parathyroidectomy in asymptomatic primary hyperparathyroidism: are they too limited?* "Annals of Surgery" 2004, vol. 239.

Einrasen S. i współprac., *The concept of bullying at work: the European tradition*, w: S. Einarsen i współparc. (eds.) *Bullying and emotional abuse in the workplace: International perspectives in research and practice*. London: Taylor & Francis, 2003.

Einstein B. E., *Disorders of hearing*, w: H. M. Fillit, K. Rockwood, K. Woodhouse (eds.), *Brocklerhurst's textbook of geriatric medicine and gerontology*. Wyd. 7. Philadephpia: Saunders Elsevier, 2010.

Eisenstein M., *Centenarians: Great expectations*. "Nature" 2012, vol. 492 [7427].

Eisentraut R., *Intergenerationelle Projekte. Motivationen und Wirkungen*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 2007.

Ekel J., Tomaszewski T., *Orientacja w otoczeniu*, w: T. Tomaszewski (red.), *Psychologia*. Warszawa: PWN, 1979.

Ekerdt D. J. (ed.), *Encyclopedia of Aging*. New York: Macmillan, 2002, 4 t.
Elder G. H. Jr., *Age differentiation and the life course*. "Annual Review of Sociology" 1975, vol. 1
Elder G. H. Jr., *Children of the great depression. Social change in life experience.* Boulder, CO: Westview Press, 1974.
Elder G. H. Jr., O'Rand A., *Adult lives in a changing society*, w: K. S. Cook, G. A. Fine, J. S. House (eds.), *Sociological perspectives on social psychology*. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon, 1995.
Elder G. H. Jr., *Time, human agency and social change. Perspectives on the life course*. "Social Psychology Quarterly" 1994, vol. nr 57 [1].
Eliade M., *Historia wierzeń i idei religijnych*. Warszawa: Inst. Wyd. Pax, 2007.
Eliade M., *Historia wierzeń i idei religijnych*. Warszawa: Inst. Wyd. PAX, 1988, t. 1.
Elias J., Ryan A., *A review and commentary on the factors that influence expressions of sexuality by older people in care homes*. "Journal of Clinical Nursing" 2011, vol. 20.
Eliasen M. i współprac., *The relationship between age at drinking onset and subsequent binge drinking among women.* "European Journal of Public Health" 2009, vol. 19.
Eliot T. S., *Gerontion*, w: Cz. Miłosz, *Przekłady poetyckie.* Kraków: Wyd. Znak, 2005.
Eliot T. S., *Gerontion*. „Współczesność" 1956, nr 3.
Elliott B. A., Gessert Ch. E., Peden-McAlpine C., *Family decision-making in advanced dementia: narrative and ethics.* "Scandinavian Journal of Caring Sciences" 2009, vol. 23.
Elsawy B., Higgins K. E., *Physical activity guidelines for older adults*. "American Family Physician" 2010, vol. 81 [1].
[Siostra] Emanuelle, *Mam sto lat i chciałabym wam powiedzieć…* Kraków: Wyd. Esprit, 2009.
Emergy C. F., Blumenthal., J.A., *Perceived change among participants in an exercise program for older adults. "*The Gerontologist" 1990, vol. 30.
Emerson R. M., *Social exchange theory*. "Annual Review of Sociology" 1976, vol. 2.
Emre i współprac., *Clinical diagnostic criteria for dementia associated with Parkinson's disease*. "Movement Disorders" 2007, vol. 22 [12].
Enciu A. M. i współprac., *Neurobiology of vascular dementia*. "Journal of Aging Research" 2011, vol. 2011.
Encyklopedia seniora. *Profilaktyka, leczenie, aktywność, prawo*. Warszawa: Wyd. SBM, 2014.
Encyklopedia seniora. Warszawa: „Wiedza Powsz.", 1986.
Encyklopedia seniora. Warszawa: „Wiedza Powsz.", 1986.
Encyklopedia zdrowia. Wyd. 2. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 1995, 2 t.
Encyklopedia zdrowia. Wyd. 2. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 1995, 2 t.
Endres W., Bambach W., Flosser F., *Voisspectrograms as a function of age, voisdisquise and voisimitatio*n. "The Journal of the Accoustical Society of America" 1971, vol. 49.
Enright P. L. i współprac., *Underdiagnosis and undertreatment of asthma in the elderly.* "Chest" 1999, vol. 116.
Ensrud K. E. i współprac., *A comparison of frailty indexes for the prediction of falls, disability, fractures and mortality in older men.* "Journal of the American Geriatric Society" 2009, vol. 57 [3].
Ensrud K. E. i współprac., *Frailty and risk of falls, fracture, and mortality in older women: The study of osteoporotic fractures*. "Journal of Gerontology – Medical Sciences "2007, vol. 62 A.
Erazm z Rotterdamu, *Pisma moralne. Wybór.* Warszawa: Inst. Wyd. PAX, 1970.
Erazm z Rotterdamu, *Pochwała* głupoty. Warszawa: Wyd. De Agostini, 2001.
Erikson E. H., *Childhood and society*. New York: W. W. Norton, 1950, Wyd. 2. 1963.
Erikson E. H., *Childhood and society*. New York: W. W. Norton, 1950.
Erikson E. H., *Dopełniony cykl życia.* Poznań: Dom Wyd. Rebis, 2002, nowe Wyd. Gliwice: Wyd. Helion, 2012.
Erikson E. H., *Dopełniony cykl życia.* Poznań: Dom Wyd. Rebis, 2002.
Erikson E. H., *Dzieciństwo i społeczeństwo*. Poznań: Dom Wyd. Rebis, 2000.
Erikson E. H., Erikson J. M., *The life cycle completed*. New York–London: W. W. Norton, 1998.
Erikson E. H., Erikson J. M., *The life cycle completed*. New York–London: W. W. Norton, 1998.
Erikson E. H., *Identity and the life cycle*. New York: W. W. Norton, 1980.
Erikson E. H., *Identity: Youth and crisis*. New York: W. W. Norton, 1994.
Erikson E. H., *The life cycle completed*. New York: W. W. Norton, 1982.
Erikson E. H., *Tożsamość a cykl życia*. Poznań: Zysk i S-ka Wyd. , 2004.
Erikson E. H., *Tożsamość a styl życia*. Poznań: Zysk i S-ka Wyd. , 2004;

Erikson, E. H., Erikson, J. M., Kivnick, H. Q., *Vital involvement in old age. The experience of old age in our time*. New York: W. W. Norton, 1986.

Ernst S., *Ethik und Soziale Arbeit. Was soll ich tun als Sozialpädagoge/Soziarbeiter?* München: GRIN, 2008.

Ershler W. B., Keller E. T., *Age-associated increased interleukin-6 gene expression, late-life diseases, and frailty*. "Annual Review of Medicine" 2000, vol. 51.

Esmaill S., Esmaill Y., Munro B., *Sexuality and disability: the role of health care professionals in providing options and alternatives for couples*. "Sexuality and Disability" 2001, vol. 19.

Eson M. E., Greenfield N., *Life space: It's content and temporal dimensions*. "The Journal of Genetic Psychology" 1962, vol. 100 [1].

Esping-Andersen G., *Społeczne podstawy gospodarki postindustrialnej*. Warszawa: Dom Wyd. ELIPSA, 2010.

Espino D. V. i współprac., *Diagnostic approach to the confused elderly patient*. "American Family Physician" 1998, vol. 57 [6].

Espinola H. G., *Caídas en el adulto mayor*. "Boletin de la Escuela de Medicina" 2000, vol. 29 [1–2].

Estes C. L., Binney E. A., *The biomedicalization of aging: Dangers and di*lemmas. „The Gerontologist" 1989, vol. 29 [5].

Etnier J., Berry M., *Fluid intelligence in an older COPD sample after short-or long-term exercise.* "Medicine and Science in Sports and Exercise" 2001, vol. 33.

Ettinger B. i współprac., *Reduction of vertebral fracture risk in postmenopausal women with osteoporosis treated with raloxifene. Results from a 3-year randomized clinical trial*. "JAMA" 1999, vol. 282.

Etyczny i pastoralny wymiar przemian demograficznych. Warszawa: Wyd. KAI, 1994.

EU Physical Activity Guidelines: Recommended Policy Actions in Support of Health – Enhancing Physical Activity… Brussels: EU, 2008.

Europejski Rok Aktywności Osób Starszych i Solidarności Międzypokoleniowej 2012 w Polsce. Raport ewaluacyjny. Warszawa: b.w., 2013.

EvaEvans J. G.,. *Principles of care*, w: J. G. Evans i współprac. (eds.), *Oxford textbook of geriatric medicine*. Wyd. 2. Oxford–New York: Oxford University Press, 2000.

Evans G. J., *Clinical geratology*. "Journal of the Royal College of Physicians of London," 1993, vol. 27.

Evans W. J., *Effects of exercise on senescent muscle*. "Clinical Orthopaedics and Related Research" 2002, vol. 403 [suppl.].

Evans W., *Functional and metabolic consequences of sarcopenia*. "Journal of Nutrition" 1997, vol. 127.

Everly G. S., Rosenfeld R., *Stres. Przyczyny, terapia i autoterapia*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 1992.

Ewles L., Simnett O., *{romoting health: A practical guide*. New York: Baillière Tindall, 2003.

Extermann M., *Geriatric oncology: An overview of progresses and challenges*, "Cancer Research and Treatment" 2010, vol. 42 [2].

Extermann M., *Integrating a geriatric evaluation in the clinical setting.* "Seminars in Radiation Oncology" 2012, vol. 22 [4].

Fabiś A., *Człowiek dojrzały wobec trosk egzystencjalnych*. „Edukacja Dorosłych" 2013, nr 2.

Fabiś A., *Człowiek stary wobec trosk egzystencjalnych,* „Edukacja Dorosłych" 2013, nr 2.

Fabiś A., *Edukacja seniorów – odpowiedź na wymagania współczesności*. „Edukacja Dorosłych" 2006, nr 1–2.

Fabiś A., Kędziora S., *Wolontariat hospicyjny seniorów*, w: A. Fabiś (red.), *Aktywnosć społeczna, kulturowa i oświatowa seniorów,*. Bielsko-Biała: Wyd. WSA, 2008.

Fabiś A., *Opieka nad osobami starszymi*, w: A. Chabior, A. Fabiś, J. K. Wawrzyniak, *Starzenie się i starość w perspektywie pracy socjalnej*. Warszawa: CRZL, 2014.

Fabiś A., *Rozwój osobowy jako atrybut dojrzałości w starości*. „Exlibris Biblioteka Gerontologii Społecznej" 2015, nr 1.

Fabiś A., *Śmierć w całożyciowym procesie uczenia się*. „Rocznik Andragogiczny" 2011 a, roczn. 18.

Fabiś A., *Teoria Opanowania Trwogi i jej implikacje dla opieki i wsparcia w starości*, w: A. Fabiś, M. Muszyński (red.), *Społeczne wymiary starzenia się*. Bielsko-Biała: Wyd. WSA, 2011 b [Bibl. Gerontologii Społ., t. 4].

Fabiś A., Wawrzyniak J. K., Chabior A., *Ludzka starość. Wybrane zagadnienia gerontologii społecznej*. Kraków: Ofic. Wyd. „Impuls", 2015.

Fabiś A., Wawrzyniak J. K., Chabior A., *Ludzka starość. Wybrane zagadnienia gerontologii społecznej*. Kraków: Ofic. Wyd. „Impuls", 2015.

Fabiś A., Wawrzyniak K. J., Chabior A., *Ludzka starość. Wybrane zagadnienia gerontologii społecznej*. Wyd. 2. Kraków: Ofic. Wyd. „Impuls", 2015.

Facchini F. S. i współparc., *Insulin resistance as a predictor of age-related diseases*. "The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism" 2001, vol. 86.

Falicki Z., *Psychiatria społeczna*. Warszawa: PZWL, 1985.
Falimierz S., *O ziołach i o mocy ich*. Kraków: Druk. F. Ungler, 1534.
Falkowska M. (red.), *O stylach życia Polaków*. Warszawa: Wyd. CBOS 1997.
Fallon M., O'Neill B. (ed.), *ABC of palliative care*. London: BMJ Books, 1998.
Fann J. R., *The epidemiology of delirium: a review of studies and methodological issues*. "Seminar of Clinical Neuropsychiary" 2000, vol. 5.
Farber B. A., *Crisis in education. Stress and burnout in the American teacher.* San Francisco: Jossey Bass, 1991.
Farrell M. P., Rosenberg S. D., *Men at midlife*. Boston: Auburn House, 1981.
Feifel H. (ed.), *The meaning of death*. New York: Blakiston Division, McGraw-Hill, 1959.
Feinberg T., Goodman, B., *Affective illness, dementia and pseudodementia*. "Journal of Clinical Psychiatry" 1984, vol. 45.
Feinberg W. M. i współprac., *Prevalence, age distribution, and gender of patients with atrial fibrillation: Analysis and implications.* "Archives of Internal Medicine"1995, vol. 155.
Felber M., *Jak sobie poradzić ze śmiercią współmałżonka*. Kraków: Wyd. WAM, 2004.
Feldman F., *Confrontations with the reaper: A philosophical study of the nature and value of death*. New York–Oxford: Oxford Univ. Press, 1992.
Feldstein R. C., Tepper R. E., Katz S., *Geriatric gastroenterology: Overview*, w: H. M. Fillit, K. Rockwood, K. Woodhouse (eds.), *Brocklerhurst's textbook of geriatric medicine and gerontology*. Wyd. 7. Philadephpia: Saunders Elsevier, 2010.
Felstein I, *Gerontoseksuologia*. Warszawa: PWN, 1970.
Fenigsen R., *Eutanazja. Śmierć z wyboru*. Wyd. 3. Poznań: Wyd. „W Drodze", 2002.
Fenigsen R., *Eutanazja. Śmierć z wyboru?* Poznań: Wyd. „W drodze", 2002.
Fennell G., Philipson C., Evers H., *The sociology of old age*. Philadelphia: Open University Press, Milton Keynes, 1988.
Fennell G., Phillipson Ch., Evers H., *The sociology of old age*. Milton Keynes–Philadelphia: Open Univ. Press, 1993.
Fernández-Montaño P., *Elder abuse in Spain: Diagnosis and intervention*, w: K. Jagielska, J. M. Łukasik, N. G. Pikuła (eds.), *Violence against the elderly: Challenge – research – action*. Toronto: Nova Printing Inc., 2015.
Ferrell B. R., Ferrell B., *The older patient*, w: J. Holland (ed.), *Psycho-oncology*. Oxford: Oxford Univ. Press, 1998.
Ferrer A. i współprac., *Octabaix Study Group. Risk of falls in 85-year-old is associated with functional and cognitive status…* "Archives of *Gerontology* and Geriatrics" 2012, vol. 54.
Ferrer M. I., *The sick sinus syndrome in atrial disease*. "JAMA" 1968, vol. 206.
Ferri C. P. i współprac., *Global prevalence of dementia: A Delphi consensus study*. "Lancet" 2005, vol. 366 [9503].
Fheed A., *Czynniki sprzyjające wypaleniu zawodowemu kadry pedagogicznej placówek resocjalizacyjnych*. [Niepublikowana praca doktorska]. Wrocław: Arch. DSW, 2016.
Fiatarone M. A. i współprac., *High-intensity strength training in nonagenarians: Effects on skeletal muscle*. "JAMA" 1990, vol. 263.
Fiatarone M. i współprac., *Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people*. "The New England Journal of Medicine" 1994, vol. 330 [25].
Fick D. M. i współprac., *Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts*. "Archives of Internal Medicine" 2003, vol. 163.
Fick D. M. i współprac., *Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: Results of a US consensus panel of experts.* "Archives of Internal Medicine" 2003, vol. 163 [22].
Fick D. M., Semla T. P., *2012 American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults*. "Journal of the American Geriatric Society" 2012, vol. 60.
Fidecki W. i współprac., *Elementy kompleksowej oceny geriatrycznej w praktyce pielęgniarskiej.* „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego" 2011, t. 2, nr 9.
Fidecki W. i współprac., *Jakość życia osób starszych ze środowiska wiejskiego objętych opieką długoterminową.* „Problemy Higieny i Epidemiologii" 2011 a, vol. 92 [2].
Fidecki W. i współprac., *Niesprawność osób starszych wyzwaniem dla opieki pielęgniarskiej*. „Problemy Pielęgniarstwa" 2011 b, vol. 19 [1].
Fidler R. F., *Mediamorphosis: Understanding new media*. Thousand Oaks, CA–London: Pine Forge Press, 1997.
Fiehler R., *Kommunikation im Alter und ihre sprachwissenschaftliche Analyse: Gibt es einen Kommunikationsstil des Alters?*, w: M. Selting, B. Sandig B. (Hrsg.), *Sprech- und Gesprächsstile*. Berlin–New York: Verlag de Gruyter, 1997.

Field R. H., i współprac., *Prior pathology in the basal forebrain cholinergic system predisposes to inflammation-induced working memory deficits: Reconciling inflammatory and cholinergic hypotheses of delirium*. "Journal of Neuroscience" 2012, vol. 32 [18].

Figiel J., *Sentencje o starości. Wybór*. „Vox Patrum" 2011, z. 56.

Figler H. R., *Overcoming executive mid-life crisis*. New York: J. Wiley & Sons, 1978.

Fijałkowski W., *Higiena wieku przekwitania*. Wyd. 3. Warszawa: PZWL, 1959,.

Fijałkowski W., *Klimakterium* oraz *Profilaktyka chorób kobiecych w okresie przed i po utsaniu miesiączkowania*, w: *Encyklopedia seniora*. Warszawa: „Wiedza Powsz.", 1986.

Filip R., Huk J., *Starzenie się układu pokarmowego*. Cz. II: *Zaburzenia funkcji wydzielniczych, trawienia i wchłaniania*. „Geriatria" 2008, vol. 2 [3].

Filipp S.-H., Aymanns P., *Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen. Vom Umgang mir den Schattenseiten des Lebens*. Stuttgart: Kohlhammer-Verlag, 2009.

Filipp S.-H., *Kritische Lebensereignisse*. Wyd. 3. Weinheim: Psychologie Verlag Union, 1995.

Finch C. E., *Longevity, senescence, and the genome*. Chicago–London: Univ. of Chicago Press, 1990.

Finch C. E., *Update on slow aging and negligible senescence – a mini-review.* "Gerontology" 2009, vol. 55 [3].

Finger S., *Origins of neuroscience: A history of explorations into brain function*. New York: Oxford Univ. Press, 1994, nowe Wyd. 2001.

Fingerman, K.L., Perlmutter, M., Future time perspective and life events across adulthood. "The Journal of General Psychology, 1995, vol. 122 [1].

Finkelkraut A., *Zagubione człowieczeństwo*. Warszawa: PIW, 1999.

Finogenow M., *Psychologiczne uwarunkowania zadowolenia z życia w wieku emerytalnym – wyniki modelowania równań strukturalnych*. „Polskie Forum Psychologiczne" 2008, vol. 13 [2].

Firlit-Fesnak G., Szatur-Jaworska B., *Leksykon pojęć socjologicznych*. Warszawa: Wyd. UW, 1995.

Firlit-Fesnak G., Szylko-Skoczny M. (red.), *Polityka społeczna. Podręcznik akademicki*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2011.

Fischer A., *Ignacy Lubicz Czerwiński*. „Ruś" 1911, z. 2.

Fish J., *Social work and lesbian, gay, bisexual and trans people*. Bristol: The Policy Press, 2012.

Fisher B. J., Specht D. K., *Successful aging and creativity in later life*. "Journal of Aging Studies" 1999, vol. 13 [4].

Fishkind A. B., Cuyler R. N., *The role of telepsychiatry*, w: L. S. Zun i współprac. (eds.) *Behavioral emergencies for the emergency physician*. Cambridge: Cambridge Univ. Press, 2013.

Flacker J. M. i współprac., *The association of serum anticholinergic activity with delirium in elderly medical patients*. "The American Journal of Geriatric Psychiatry" 1998, vol. 6.

Flakus J., *Hospicjum jako instytucjonalna forma pomocy i wsparcia społecznego w chorobie terminalnej*. [Niepublikowana praca doktorska]. Katowice: Arch. Uniw. Śląskiego, 2008.

Flavell J. H., *Cognitive development. Past, present and future*. "Developmental Psychology" 1992, vol. 28.

Fleg J. L., *Badania diagnostyczne*, w: W. B. Abrams, M. H. Beers, R. Berkow (red.), *MSD – podręcznik geriatrii*. Wrocław: Urban & Partner, 1999.

Fleming K. C., *Acute and chronic care of the elderly: Minimizing iatrogenic illness*, w: J. J. Gallo, W. Reichel (eds.), *Reichel's care of the elderly: clinical aspects of aging*. New York: Lippincott Williams & Wilkins, 1999.

Florkis V. V., Bezrukov V. V., Kulchicky O. K., *The aging cardiovascular system: Physiology and pathology*. New York: Springer Publishing Comp., 1996.

Flynn M. A. i współprac., *Total body potassium in aging humans: a longitudinal study.* "American Journal of Clinical Nutrition" 1989, vol. 50.

Folstein M. F., Folstein S. E., *Badanie stanu umysłowego*, w: W. B. Abrams, M. H. Beers, R. Berkow (red.), *MSD – podręcznik geriatrii*. Wrocław: Urban & Partner, 1999.

Folstein M. F., Folstein S. E., McHugh P.R., *'Mini-Mental State': A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician.* "Journal of Psychiatric Research" 1975, vol. 12 [3].

Fong T. G. i współprac., *Delirium in elderly adults: Diagnosis, prevention and treatment*. "Nature Reviews. Neurology" 2009, vol. 5 [4].

Fons T., Hampden-Turner Ch., *Siedem wymiarów kultury*. Kraków: Ofic. Ekonomiczna, 2002.

Fontaine R., Kim M., Kieny R., *Die chirugische Behandlung der peripheren Durchblutungsstörungen*. "Helvetica Chirurgica Acta" 1954, vol. 21 [5, 6].

Fopka-Kowalczyk M., Łącka T., *Edukacja terapeutyczna w hospicjum*. Toruń: Stow. Hospicjum „Światło", 2013;
Ford C. S., *Ego-adaptive mechanisms of older persons*. "Social Casework" 1965, vol. 46 [1].
Ford E. S., Giles W. H., Dietz W. H., *Prevalence of the metabolic syndrome among US adults. Findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey*. "JAMA" 2002, vol. 287.
Ford E. S., *Risk for all-cause mortality, cardiovascular disease, and diabetes associated with the metabolic syndrome. A summary of the evidence*. "Diabetes Care" 2005, vol. 28.
Formosa M., *Ageing policy in Malta: Issues, policies and future trends*. Malta: Book Distributors Ltd, 2015.
Formosa M., *Critical educational gerontology: A third statement of first principles*. "International Journal of Education and Ageing" 2011, vol. 2 [1].
Formosa M., *Population trends and ageing policy in Malta*. "Social Sciences" 2013, vol. 2 [2].
Formosa M., Scerri C. (eds.), *Population ageing in Malta: Multidisciplinary perspectives*. Malta: Malta Univ. Press, 2015.
Fornalik I., *Trzy historie. Trzy oblicza starości i osób z niepełnosprawnością intelektualną*,w: A. Nowicka (red.), *Wybrane problemy osób starszych*. Wyd. 3. Kraków: Ofic. Wyd. „Impuls", 2010.
Forsaa E. B. i współprac., *A 12-year population-based study of psychosis in Parkinson disease*. "Archives of Neurology" 2010, vol. 67 [8].
Forstner D., *Świat symboliki chrześcijańskiej*. Warszawa: Inst. Wyd. PAX, 1990.
Fórmankiewicz B., Jawień A., *Rola badań przesiewowych we wczesnym wykrywaniu tętniaka aorty brzusznej*. „Acta Angiologica" 2012, vol. 18 [1].
Franceschi i współprac., *Inflammaging and anti-inflammaging: a systemic perspective on aging and longevity emerged from studies in humans*. "Mechanisms of Ageing and Development" 2007, vol. 128 [1].
Franceschi i współprac., *Inflamm-aging: an evolutionary perspective on immunosenescence*. "Annals of the New York Academy of Sciences" 2000 vol. 908 [1].
Franek E., Kokot F., *Postępy w badaniach nad gospodarką wapniowo-fosforanową…* „Postępy Nauk Medycznych" 2007, vol. 5.
Franik M., Pierzchała W.: *Ocena zaburzeń procesów pamięciowych u chorych na obturacyjny bezdech senny.* „Pneumonologia i Alergologia Polska" 2007, vol. 75.
Frankl V. E., *Człowiek w poszukiwaniu sensu*. Warszawa: Wyd. Czarna Owca, 2009, nowe Wyd. 2014.
Frankl V. E., *Homo patiens*. Wyd. 4. Warszawa: Inst. Wyd. PAX, 1984.
Frankl V. E., *Homo patiens*. Wyd. 4. Warszawa: Inst. Wyd. PAX, 1984.
Frankl V. E., *Nieuświadomiony Bóg*. Warszawa: Inst. Wyd. PAX, 1978.
Frankl V. E., *Psychotherapy and existentialism*. New York: Touchstone, 1968.
Frankl V. E., *Siła do życia*. „Więź" 1967, nr 151.
Fraser I., *Steinach operation*. "BMJ" 1984, vol. 288.
Frauwallner E., *Historia filozofii indyjskiej*. Warszawa: PWN, 1990 t. 2.
Frąckiewicz L. (red.), *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Procesy starzenia się ludności Polski i jego społeczne konsekwencje*. Katowice: Wyd. AE, 2002 b.
Frąckiewicz L. (red.), *Przeszłość dla przyszłości*. Katowice: Wyd. Nauk. „Śląsk", 2001.
Frąckiewicz L. (red.), *W obliczu starości*. Katowice: ROPS, 2007.
Frąckiewicz L.**,** *Bariery uczestnictwa ludzi starszych w integracji społecznej*, w: M. Dzięgielewska (red.), *Przestrzeń życiowa i społeczna ludzi starszych.* Radom: Wyd. ITE, 2000.
Frąckiewicz L., *Karta praw człowieka starego*. Warszawa: Inst. Wyd. Związków Zaw., 1985.
Frąckiewicz L., *Polityka społeczna. Zarys wykładu wybranych problemów*. Katowice: Wyd. Nauk. „Śląsk", 2002 a.
Frąckiewicz L., *Polityka społeczna. Zarys wykładu wybranych problemów*. Katowice: Wyd. Nauk. „Śląsk", 2002.
Frąckiewicz L., *Polityka społeczna. Zarys wykładu*. Katowice: Wyd. Nauk. „Śląsk", 1998.
Frąckiewicz L., *Starzenie się ludności Polski i jego konsekwencje*. „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny" 1999, z. 1.
Frąckiewicz L., *Starzy robotnicy na Śląsku*. Warszawa: Inst. Wyd. CRZZ, 1974.
Frąckiewicz L., *Warunki i potrzeby mieszkaniowe ludzi starych w miastach województwa katowickiego*. Warszawa: Inst. Gosp. Mieszk., 1972.
Frąckiewicz L., Żakowska-Wachelko B., *300 wiadomości o starości*. Katowice: Śląski Inst. Nauk., 1987.
Frąckiewicz L., Żakowska-Wachelko B., *300 wiadomości o starości*. Katowice: Wyd. Śląskiego Inst. Nauk. 1987.
Frąckowiak A. i współprac. (red.), *Elżbieta Zawacka 1909–2009. Praca zbiorowa*. Radom: Wyd. Nauk. ITE, 2009.

Frąckowiak A. i współprac. (red.), *Kształcenie ustawiczne – idee i doświadczenia*. Płock: Wyd. Nauk. Novum, 2010.
Frąckowiak A., Półturzycki J., *Kształcenie ustawiczne podstawą nowoczesnej edukacji*. Radom: Wyd. Nauk. ITE, 2011.
Frąckowiak T., *Poczucie jakości życia osób długowiecznych*. „Psychologia Rozwojowa" 2012, tom 17, nr 1,
Frątczak E., *Droga życiowa – biografia rodzinna zawodowa i migracyjna.* Warszawa: GUS, SGPiS, Warszawa 1989.
Fredro A., *Zapisku starucha*. Warszawa: Wyd. Gebethner i Wolff, 1880.
Freedman D. A. i współprac., *Public health literacy defined.* "American Journal of Preventive Medicine" 2009, vol. 36 [5].
Frenet C. i współprac., *Predicting individual changes in teacher burnout: The role of perceived school environment and motivational factors*. "Teaching and Teacher Education" 2012, vol. 28.
Freud S., *Psychologia nieświadomości*. Warszawa: Wyd. KR, 2007.
Freud S., *Wykłady*, Warszawa: Wyd. KR, 2010.
Freud Z., *Dwie nerwice dziecięce*. Warszawa: Wyd. KR, 2000.
Freund Ż., Michniewicz D., *Prawo do godnej starości a zakład karny*, w: A. Jaworska (red.), *Senior w obliczu izolacji penitencjarnej. Konteksty teoretyczne*. Bydgoszcz: Ofic. Wyd. Edward Mitek, 2013.
Fried L. P. i współprac., Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. *Frailty in older adults: Evidence for a phenotype.* "Journal of Gerontology – Biological Sciences – Medical Sciences" 2001, vol. 56 [3].
Friedman A. *Epidemiologia, rozpoznawanie i leczenie choroby Parkinsona*, w: T. Sobów, J. Sławek (red.), *Zaburzenia poznawcze i psychiczne w chorobie Parkinsona i innych zespołach parkinsonowskich*. Wrocław: Wyd. Continuo, 2006.
Friedman D. A, *Jewish visions for aging: A professional guide to fostering wholeness*. Woodstock-Vermont: Jewish Light Publishing, 2008.
Friedman H. S., Martin L. R., *The Longevity Project…* New York: House Street Press, 2011.
Friedman I. A., *Self-efficacy and burnout in teaching: The importance of interpersonal-relations efficiency*. "Social Psychology of Education" 2003, vol. 6 [3].
Fries W., Liebenstund I., *Rehabilitacja w chorobie Parkinsona*. Kraków: Wyd. ELIPSA- JAIM, 2007.
Frieske K. W. (red.), *Marginalność i procesy marginalizacji*. Warszawa: Wyd. IPiSS, 1999 b.
Frieske K.W., Poławski P., *Opieka i kontrola. Instytucje wobec problemów społecznych*. Warszawa: „InterArt", 1996.
Frieskie K., *Marginalność społeczna*, w: *Encyklopedia socjologiczna*. Warszawa: IPiSS, 1999 a.
Frisch M. B., *Quality of life therapy. Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy.* Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, 2006.
Frolkis V. V. [Фролькис В. В., ред.], *Биология старения.* Ленинград: Изд. Наука, 1982 b.
Frolkis V. V. [Фролькис В. В.], Muradian Ch. K. [Мурадян Х.К.], *Старение. Эволюция и продление жизни*. Киев: Изд. Наукова думка, 1992.
Frolkis V. V. [Фролькис В. В.], Muradian Ch. K. [Мурадян Х.К.], *Экспериментальные пути продления жизни.* Ленинград: Изд. Наука, 1988.
Frolkis V. V. [Фролькис В. В.], *Старость и старение*, w: *Основы геронтологии*. Москва: Изд. Медицина, 1969.
Frolkis V. V. [Фролькис В. В.],, *Старение. Нейрогуморальные механизмы*. Киев: Изд. Наукова думка, 1981.
Frolkis V. V., [Фролькис В. В.], Bezrukov V. V. [Бзруков В. В], Kulchicky O. K. [Кульчицкий О.К] *Старение и экспериментальная возрастная патология сердечнососудистой системы*. Киев: Изд. Наукова думка, 1994,
Frolkis V. V., *Aging and Life-Prolonging Processes*. Wien–NewYork: Springer-Verlag, 1982 a, nowe Wyd. 2012.
Frolkis V. V., Bezrukov V. V., *Aging of the central nervous system*. Basel: Karger 1979,
Frolkis V. V., Muradian Ch. K., *Life span prolongation*. Boca Raton–Ann Arbor–Boston–London: 1991.
Frolkis V. V., *Physiology of cell aging*. Basel: Karger, 1984.
Frolkis V. V., Stress-age syndrome. „Mechanisms of Ageing and Development" 1993, vol. 69 [1–2].
Frolkis W. W., *Mechanizmen des Alterns*. Berlin: Akademie-Verlag, 1975.
Frolow M., Bodzoń W., *Niedokrwienie kończyn dolnych*, w: A. Szczeklik, P. Grajewski (red.), *Interna Szczeklika. Podręcznik chorób wewnętrznych*. Wyd. 6. Kraków: Wyd. Medycyna Praktyczna, 2014.
Фролова Е. В., Корыстина Е. М., *Комплексная оценка состояния здоровья пожилого человека и возможности ее осуществления в общей врачебной практике*. "Российский Семейный Врач" 2010, t. 14, nr 1.
Фролова Е. В., Корыстина Е. М., *Комплексная оценка состояния здоровья пожилого человека и возможности ее осуществления в общей врачебной практике*. "Российский Семейный Врач" 2010, t. 14, nr 1.
From S., Lewandowski K., Pacholska-Pytlakowska M., *Współczesne wskazania do domowego leczenia tlenem*. „Polski Merkuriusz Lekarski" 2011, t. 31, nr 186.

Fromm E., *Mieć czy być*, Poznań: Rebis, 2003.
Früboes B. (red.), *Problemy ludzi starych w Polsce*. Warszawa: PWE, 1974.
Frysztacki K., *Praca socjalna*, w: W. Kwaśniewicz (red.), *Encyklopedia socjologii*. Warszawa: Ofic. Nauk., 2000, t. 3.
Fuchs W. i współprac. (Hrsg.), *Lexikon zur Soziologie*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1973.
Fukuyama F., *Zaufanie. Kapitał społeczny a droga do dobrobytu*. Warszawa–Wrocław: Wyd. Nauk. PWN, 1997.
Fukuyama F., *Zaufanie. Kapitał społeczny a droga do dobrobytu*. Warszawa–Wrocław: Wyd. Nauk. PWN, 1997.
Fulmer T.T., Foreman M., Common geriatric problems, w: M. D. Foreman, T. T. Fulmer, K. Milisen (eds.), *Critical care nursing of older adults: Best practices*. Wyd. 3. New York: Springer Publishing Company, 2009.
Fulton M. M., Allen E. R., *Polypharmacy in the elderly: a literature review*. "Journal of the American Academy of Nurse Practitioners" 2005, vol. 17 [4].
Fuster M., *The Prefrontal Cortex – An update: Time is of essence*. "Neuron" 2001, vol. 30.
Futterman A. D. i współprac., *Immunological and physiological chan ges associated with induced positive and negative mood.* "Psychosomatic Medicine" 1994, vol. 56 [6].
Gabryelewicz T. (1999): *Rozpowszechnienie zespołów otępiennych wśród mieszkańców warszawskiej dzielnicy Mokotów w wieku 65–84 lat*. „Psychiatria Polska" 1999, nr 3.
Gabryelewicz T. i współprac., *Charakterystyka polskiej populacji osób z chorobą Alzheimera i ich opiekunów: Raport z badania obserwacyjnego EX-ON*. „Psychogeriatria Polska" 2006, vol. 3 [2].
Gadamer H.-G., *O skrytości zdrowia*. Poznań: Harbor Point/Media Rodzina, 2011.
Gadamer H.-G., *Prawda i metoda*. Kraków: Wyd. „inter esse", 1993.
Gajdzica Z., *Kształcenie ustawiczne – szansa pełniejszej integracji społecznej osób dorosłych z lekkim upośledzeniem umysłowym*, w: J. Stochmiałek (red.), *Rozwój pracy socjalno- opiekuńczej*. Cieszyn: Wyd. UŚl, Filia w Cieszynie 2000
Gajewska G., *Problemy – dylematy wynikające z teorii potrzeb dla teorii i praktyki opieki nad dzieckiem*. Zielona Góra: Wyd. WSP, 1997.
Galińska E., *Muzykoterapia*, w: L. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia. Teoria. Podręcznik akademicki*. Warszawa: Wyd. Eneteia, 2005, t. 1.
Gall F. J., *Neue Entdeckungen in der Gehirn-, Schedel- und Organenlehre…* Carlsruhe: C.F. Müller, 1807.
Gallagher P. F., O'Mahony D., *Constipation in old age*. "Best Practice Research Clinical Gastroenterology" 2009, vol. 23 [6].
Gallino L., *Dictionario de sociología*. Wyd. 3. Turin: Siglo Veituno Editores, 2005.
Galluzzi L. i współprac. (eds.), *Cell senescence. Methods and protocols. Methods in molecular biology*. New York: Springer, 2013.
Galus K. (red.), *Geriatria – wybrane zagadnienia*. Wrocław: Wyd. Elsevier, Urban & Partner, 2007.
Galus K. (red.), *Geriatria wybrane zagadnienia.* Wrocław: Elsevier Urban & Partner, 2007.
Galvin J. E., *Mental status and neurological examination in older adults*, w: J. B. Halter i współprac. (eds.), *Hazzard's geriatric medicine and gerontology*. Wyd. 6. New York: McGraw-Hill, 2009.
Gałdowa A., *Powszechność i wyjątek Rozwój osobowości człowieka dorosłego*. Kraków: Wyd. UJ, 2000.
Gałdowa A., *Powszechność i wyjątek. Rozwój osobowości człowieka dorosłego*, Kraków: Wyd. UJ, 2000.
Gannep A. van, *Obrzędy przejścia: Systematyczne studium ceremonii…* Warszawa: PIW, 2006. \
Ganzer C. A., Insel K. C., Ritter L. S., *Associations between working memory, health literacy, and recall of the signs of stroke among older adults*. "Journal of Neuroscience Nursing" 2012, nr 44.
Gao Y.-I., *Time perspective and life satisfaction among young adults in Taiwan.* "Social Behavior and Personality" 2011, vol. 39 [6].
Garewicz J.: *Pokolenie jako kategoria socjofilozoficzna.* „Studia Socjologiczne" 1983, nr 1.
Garstka J., *Znieczulenie przewodowe*, w: B. Kamiński, A. Kubler (red.), *Anestezjologia i intensywna terapia dla studentów medycyny*. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 2000.
Gasiul H., *Psychologia osobowości. Nurty, teorie, koncepcje*. Warszawa: Wyd. Difin, 2006.
Gaskell H. i współprac., *Prevalence of anaemia in older persons: systematic review.* "BMC Geriatrics" 2008, vol. 8.
Gaskin K., *The economics of hospice volunteering*. London: Inst. for Volunteering Research/Help for Hospice, 2003.
Gaston, E. T., *Music in therapy*. New York: Macmillan, 1968.
Gaszyński W., Machała W., *Znieczulenie ogólne*, w: L. Wołowicka, D. Dyk (red.), *Anestezja i intensywna opieka. Klinika i pielęgniarstwo*. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 2007.

Gaś Z. B., *Kwestionariusz SWZN jako narzędzie analizy funkcjonowania zawodowego nauczycieli*, w: Z. B. Gaś (red.), *Badanie zapotrzebowani na profilaktykę w szkole…* Lublin: Fundacja,,Masz Szansę", 2004.

Gatz M. i współprac., *Heritability for Alzheimer's disease: The study of dementia in Swedish twins*. "The Journal of Gerontology" [Series A: Biological Sciences and Medical Sciences] 1997, vol. 52.

Gaudreau J. G., Gagnon P., *Psychotogenic drugs and delirium pathogenesis: The central role of thalamus*. "Medical Hypotheses" 2005, vol. 64.

Gauthier A. i współprac., *Epidemiological burden of postmenopausal osteoporosis in the UK from 2010 to 2021: Estimations from a disease model*. "Archives of Osteoporosis" 2011, vol. 6 [1–2].

Gauthier S., *Clinical diagnosis and management of Alzheimer's Disease.* London: Martin Dunitz, 1996, Wyd. 3, 2007.

Gavrilov L. A., Gavrilova N. S., *Evolutionary theories of aging and longevity*. "The ScientificWorld Journal" 2002, vol. 2.

Gawlik M., Kurpas D., *Ocena poziomu wypalenia członków rodzin w opiece nad pacjentem z chorobą nowotworową objętych domową opieką paliatywną*. "Family Medicine & Primary Care Review" 2014, vol. 16 [4].

Gaworska M., Kozdroń E., *Formy rekreacji ruchowej bezpieczne dla seniorów – inspiracja dla instruktora kinezygerontoprofilaktyki.* „Medyczne Forum Opieki Długoterminowej" 2007, nr 4.

Gawroński J., Pietrzak H., *Uwagi o modelowaniu przestrzeni medialnej (rozpoznanie zagadnienia)*. „Polityka i Społeczeństwo" 20011, nr 5.

Gaździk T. (red.), *Ortopedia i traumatologia.* PZWL. Warszawa 2009.

Gąsiennica-Szostak A., *Muzykoterapia w rehabilitacji i profilaktyce*. Warszawa: PZWL, 2014.

Gąsior K., *Specyfika problemów alkoholowych kobiet*, w: K. Gąsior, T. Sakowicz (red.), *Pedagogika społeczna w służbie rodziny. Aspekt marginalizacyjny, resocjalizacyjny i psychologiczny*. Kielce: ŚCPiE, 2005, t. 2.

Gehdoo R., Kothekar A., *Geriatric patients*, w: A. P. Kulkarn i współprac. (eds.), *Objective anaesthesia review: A comprehensive textbook for the examineers*. New Delhi: Jaypee Brothers Meedical Publishers, 2013.

Geiger A., *Stary król na wygnaniu*. Warszawa: Wyd. Świat Książki, 2013.

Gelles R. J., *Through a sociological lens: Social structure and family violence*, w: R.J. Gelles, D. R. Loseke (esd.), *Current controversies in family violence*. Newbury Park, CA: SAGE, 1994.

Gennep A. van, *Obrzędy przejścia. Systematyczne studium ceremonii* … Warszawa: PIW, 2006.

Genova L., *Motyl*. Poznań. Wyd. Filia, 2014.

Gerschlager W., Baumgart G., *Alzheimer: die Krankheit des Vergessen*. Wien: Maudrich, 2007.

Gębka D., Kędziora-Kornatowska K., *Korzyści z treningu zdrowotnego u osób w starszym wieku.* „Problemy Higieny i Epidemiologii" 2012, vol. 93 [2].

Gibbons R. J. i współprac., *ACC/AHA 2002 guideline update for exercise testing: Summary article: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines*. "Circulation" 2002, vol. 106 [14].

Gibson M. J. S., Nusberg Ch. (eds.), *International glossary of social gerontology*. New York: Van Nostrand Reinhold Company, 1985.

Gibson M. J. S., Nusberg Ch. (eds.), *International glossary of social gerontology*. New York: Van Nostrand Reinhold, 1985.

Gibson P.G., McDonald V. M., Marks G. B. *Asthma in older adults*. "Lancet" 2010, vol. 376 [9743].

Giddens A., *Nowoczesnośc i tożsamość. „Ja" i społeczeństwo w epoce późne nowoczesności*. Warszawa: PWN, 2001.

Giddens A., *Socjologia*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2006.

Giddens A., *Stanowienie społeczeństwa. Zarys teorii strukturacji*. Poznań: Zysk i S-ka Wyd. , 2005.

Gielas J., *Uczenie (się) starości jako jedno z zadań geragogiki – wsparcie psychosocjalne jako stabilizator emocji seniora*. „Wspólne Tematy" 2004, nr 5.

Giele J. Z., Elder G. H. Jr, *Methods of life course research…* Thousand Oaks, CA: SAGE, 1998.

Gierat T. W., *Organizacja i formy turystyki osób starszych*, w: N. Pikuła (red.), *Starość może być atrakcyjna*. Kraków: Wyd. „Scriptum", 2012.

Gieremek K. i współprac., *Ograniczenia, utrudnienia i wymagania stawiane fizjoterapii u osób starszych.* „Fizjoterapia Polska" 2007, vol. 7 [2].

Gierszowski D., *Aktywność seniorów formą obrony przed zagrożeniem wykluczeniem społecznym.* „Biblioteka Gerontologii Społecznej" 2011, t. 4.

Gierus J. i współprac., *Montrealska Skala Oceny Funkcji Poznawczych MoCA 7.2 – polska adaptacja metody i badania nad równoważnością*. „Psychiatria Polska" 2015, nr 1.

Gilgamesz. Epos starożytnego dwurzecza. Warszawa: PIW, 1980.

Gill T. M. i współprac., *A program to prevent functional decline in physically frail, elderly persons who live at home*. "The New England Journal of Medicine" 2002, vol. 347 [14].

Gill T. M. i współprac., *The dynamic nature of mobility disability in older persons.* "Journal of the American Geriatric Society" 2006, vol. 54 [2].

Gillespie L. D. i współprac.,*Interventions for preventing Falls in older people living in the community*. "The Cohrane Datebase of Systematic Reviews" [CDSR] 2012, Sept. 12 [9].

Gillies A., *Opiekunka. Życie z Nancy. Podróż w świat alzheimera*. Wołowiec: Wyd. Czarne, 2012.

Ginaldi K, Sternberg H., *The immune system*, w: P. S. Timiras (ed.), *Physiological basis of ageing and geriatrics*. Wyd. 4. California: Informa Healthcare, 2007.

Gine-Garriga M. i współprac., *Physical exercise interventions for improving performance- based measures of physical function in community-dwelling, frail older adults: a systematic review and meta-analysis*. "Archives of Physical Medicine and Rehabilitation" 2014, vol. 95 [4].

Girard R., *Kozioł ofiarny*. Łódź: WŁ, 1987.

Girard T. D., Ely E. W., *Delirium and confusional states*, w: K. S. Markides (ed.), *Encyclopedia of Health and Aging.*Thousand Oaks, CA: SAGE Publ., Inc., 2007.

Girard T. D., Ely E. W., *Delirium in the critically ill patient*. "Handbook of Clinical Neurology" 2008, vol. 90.

Glaser B. G., Straus A. L., *Status passage*. Chicago Aldine, 1971.

Glass TA., *Successful aging*, w: R. C. Tallis, H. M. Fillit (eds.), *Geriatric medicine and gerontology*. Wyd. 6. London: Harcourt Health Sciences, 2003.

Gleń A., Jokiel I., Szladowski M. (red.), *Egzystencjalne doświadczenie starości w literaturze*. Opole: Wyd. Uniw. Opolski, 2008.

Gleń A., Jokiel I., Szladowski M. (red.), *Egzystencjalne doświadczenie starości w literaturze*. Opole: Wyd. Uniw. Opolski, 2008.

Gliński W., Rudzki E., *Alergologia dla lekarzy dermatologów*. Lublin: Wyd. Czelej, 2002.

Global Age-Friendly Cities: A Guide. Geneva: WHO, 2007.

[WHO] *Global and regional estimates of violence against women*. Geneva: WHO, 2013.

Global strategy for asthma management and prevention (GINA). Bethesda: National Institutes of Health/National Heart, Lung and Blood Institute, 2009.

Global strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD. B.m.: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), 2011.

Glynn L. G. i współprac., *The prevalence of multimorbidity in primary care and its effect on health care utilization and cos*t. "Family Practice" 2011, vol. 28 [5].

Gładkowska M. i współprac., *Opieka społeczna w Warszawie 1923–1947*, Warszawa: Wyd. InterArt, 1995.

Gładysz J., *Obraz starości w filmie Doroty Kędzierzawskiej „Pora umierać"* (2007), w: M. Guzewicz, S. Steuden, P. Brudek (red.), *Oblicza starości we współczesnym świecie. Perspektywa społeczno-kulturowa*. Lublin; Wyd. KUL, 2015, t. 2.

Głębocka A., Szarzyńska M., *Stereotypy dotyczące osób otyłych a jakość życia ludzi w starszym wieku*. Gerontologia Polsk 2005, nr 4.

Głębocka A., Szarzyńska M., *Wsparcie społeczne, a jakość życia osób starszych*. „Gerontologia Polska" 2005, nr 4.

Głodowska A., *Platońska wizja starości. Przedstawienie osób w podeszłym wieku w „Politei" i „Prawach" Platona*. „Symbolae Philologorum Posnaniensium Graecae et Latinae" 2014, t. 24 [2].

Głowacka A., Miśkowiak B., *Badania przesiewowe wzroku – przegląd piśmiennictwa*. „Problemy Higieny i Epidemiologii" 2012, vol. 93 [4].

Goban-Klas T., *Cywilizacja medialna*. Warszawa: WSiP, 2005.

Goban-Klas T., *Ontologia Internetu*, w: L. H. Haber, *Społeczeństwo informacyjne wizja czy rzeczywistość*. Kraków: Wyd. AGH, 2004, t. 1.

Gobbens R. J. i współprac., *The Tilburg Frailty Indicator: psychometric properties*. "Journal of the American Directors Association" 2010, vol. 11 [5].

Godlewski J., *Miłość i seks w życiu ludzi starszych*, w: *Encyklopedia seniora*. Warszawa: „Wiedza Powsz.", 1986.

Godycki-Ćwirko M., Błaszczyk H., Kosiek K., *Teorie żalu*. „Problemy Medycyny Rodzinnej" 2010, vol. 12 [1].

Goffman E., *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Garden City, N.Y.: Anchor Books, 1961.

Goffman E., C*harakterystyka instytucji totalnych*, w: A. Jasińska-Kania i współprac. (red.), Szacki (red.), *Współczesne teorie socjologiczne*. Warszawa: Wyd. Nauk. Scholar, 2006.

Goffman E., C*harakterystyka instytucji totalnych*, w: W. Derczyński, A. Jasińska-Kania, J. Szacki (red.), *Elementy teorii socjologicznych*. Warszawa: PWN, 1975.

Goffman E., *Instytucje totalne. O pacjentach szpitali psychiatrycznych i mieszkańcach innych instytucji totalnych.* Sopot: GWP, 2011.

Golc J., *Zaproszenie do tańca*. „Wychowawca" 2014, nr 12.

Goldberg E., *Jak umysł rośnie w siłę gdy mózg się starzeje.* Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2014.

Goldberg R. J. i współprac., *Age-related trends in short- and long-term survival after acute myocardial infarction: A 20-year population-based perspective (1975-1995).* "American Journal of Cardiology" 1998, vol. 82 [11].

Goldman W. P., Morris J. C., *Evidence that age-associated memory impairment is not a normal variant of aging*. "Alzheimer Disease and Associated Disorders" 2001, vol. 15 [1].

Goldsmith J. C., *The healthcare information technology sector*, w: L. R. Burns (ed.), *The business of healthcare innovation*. Cambridge: Cambridge Univ. Press, 2005.

Goldwater D. S., *Geriatric cardiology. A fellow's perspective.* "Journal of the American Collegium of Cardiology" 2014, vol. 64 [13].

Golembiewski R. T., Munzenrieder R. F., *Phases of burnout: Developments in concepts and applications*. New York: Praeger, 1988.

Golinowska S. (red.), *Popyt na pracę cudzoziemców. Polska i sąsiedzi*. Warszawa: Inst. Pracy i Spraw Socjalncyh, 2004.

Golinowska S., *Linie ubóstwa w praktyce społecznej krajów transformacji.* „Polityka Społeczna" 1995, nr 8.

Goliowska S., Sowa A., *The development of long term care in Post Socialist Member States of the EU.* "Case Network. Studies and Analysis" 2013, nr 451.

Gołaszewska M., *Estetyka rzeczywistości.* Inst. Wyd. PAX, 1983.

Gołaszewska M., *Estetyka rzeczywistości.* Inst. Wyd. PAX, 1983.

Gołębiowski M., Walecki J., *Ośrodkowy układ nerwowy*, w: B. Pruszyński (red.), *Radiologia. Diagnostyka obrazowa Rtg, TK, USG, MR i medycyna nuklearna*. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 2005.

Gomóła A., Rygielska M. (red,), *Starość jako wyobrażenie kulturowe*. Katowice: Wyd. Uniw. Śląski/grupa kulturalna.pl, 2013.

Gomóła A., Rygielska M. (red,), *Starość jako wyobrażenie kulturowe*. Katowice: Wyd. Uniw. Śląski/grupa kulturalna.pl, 2013.

Gomuła A., *Deficyt androgenów a starzenie się mężczyzn*. „Urologia Polska" 2002, vol. 55 [4].

Gondek A., *O starości jako czasie nacechowanym mądrością*. „Cywilizacja" 2012, nr 42.

Gonzalvo R. i współprac. *Bench-to-bedside review: Brain-lung interaction in the critically ill- a pending issue revisited*. "Critical Care" 2007, vol. 11.

Goodnough L. T., Schrier S. L., *Evaluation and management of anemia in the elderly.* "American Journal of Hematology" 2014, vol. 89 [1].

Goraj B., Kiwerski J., *Wybrane zagadnienia dotyczące stosowania zabiegów fizykoterapeutycznych w rehabilitacji*. „Nowa Medycyna" 1996, nr 3.

Gorelick P. B. i współprac., *Clinical-neuropathologic findings in multi-infarct dementia: a report of six autopsied cases*. "Neurology" 1997, vol. 48.

Gorelick P. B. *Risk factors for vascular dementia and Alzheimer disease*. "Stroke" 2004, vol. 35 [Suppl. 1].

Gorini A., *Jak odkryć tajniki pamięci? Poradnik.* Kraków: Wyd. OO. Franciszkanów „Bratni Zew", 2008.

Gormly A., *Lifespan human development*. Fort Worth: Hartcourt Brace College Publ., 1997.

Gosling S. D., Graybeal A., *Tree thinking: A new paradigm for integrating comparative data in psychology*. "The Journal of General Psychology" 2007, vol. 134.

Gould E. i współprac., *Neurogenesis in the neocortex of adult primates*. "Science" 1999, vol. 286.

Gould R. L., *Transformations: Growth and change in adult life*. New York: Simon and Schuster, 1978.

Gould S. J., *Drabiny i stożki: jak kanoniczne przedstawienia narzucają wizję ewolucji*, w: R. B. Slivers (red.), *Ukryte teorie nauki*. Kraków: Wyd. „Znak", 1996.

Gowin E., Horst-Sikorska W., *Żelazne zapasy – komu w XXI wieku grozi niedobór żelaza?* „Farmacja Współczesna" 2010, vol. 3.

Góra W. A., *Tradycje opieki i pomocy społecznej w Polsce*. „Praca Socjalna" 1989, nr 2.

Górecka D. i współprac., *Zalecenia Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc dotyczące rozpoznawania i leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)*. „Pulmonologia i Alergologia Polska" 2012, vol. 80 [3].

Górecki M., *Hospicjum w służbie umierających*. Warszawa: Wyd. Akad. „Żak", 2000.

Górecki M., *Hospicjum*, w: T. Pilch (red.), *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*. Warszawa: Wyd. Akad. „Żak", 2003, t. 2.

Górecki M., *Zasady pracy hospitacyjnej*. „Zarządzanie i Edukacja" 1999, nr 1.

Górna K., Jaracz K., Rybakowski J. (red.), *Pielęgniarstwo psychiatryczne. Podręcznik dla studiów medycznych*. Warszawa: PZWL, 2012.

Górnicz M., *Terminologizacja*, w: J. Lukszyn (red.), *Języki specjalistyczne: Słownik terminologii przedmiotowej*. Wyd. 2. Warszawa: Wyd. UW, 2005.

Górnikowska-Zwolak E., *Aktywizacja, aktywność*, w: D. Lalak, T. Pilch (red.), *Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej i pracy socjalnej*. Warszawa: Wyd. Akad. „Żak", 1999.

Górska-Ciebiada M. i współprac., *Cukrzyca w wieku podeszłym*. „Geriatria" 2009, vol. 3.

Górski J., *Fizjologia wysiłku i treningu fizycznego*. Warszawa; Wyd. Lek. PZWL, 2011

Górski J., *Fizjologiczne podstawy wysiłku i fizycznego*. Warszawa; Wyd. Lek. PZWL, 2002.

Graban W., Kobylecka M., Królicki L., *Medycyna nuklearna*, w: B. Pruszyński (red.), *Radiologia. Diagnostyka obrazowa Rtg, TK, USG, MR i medycyna nuklearna*. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 2005.

Grabiec U., *Depresja w starszym wieku – podstawy rozpoznania*, w: A. Panek, Z. Szarota (red.), *Zrozumieć starość*. Kraków: Ofic. Wyd. Text, 2000.

Grabowska J., *Niedotykany umiera szybciej* [dodatek]. „Gazeta Wyborcza" 2007, nr 182.

Grabowska M. *Seksualność we wczesnej, średniej i późnej dorosłości. Wybrane uwarunkowania*. Bydgoszcz: Wyd. UKW, 2012.

Grabowska M., *Seksualność we wczesnej, średniej i późnej dorosłości. Wybrane uwarunkowania*. Bydgoszcz: Wyd. UKW, 2011.

Grabowski K. i współprac., *Czy istnieją różnice w postępowaniu z pacjentem chirurgicznym w starszym wieku?* Wrocław: Uniw. Med., b.r.

Grabusińska Z., *Domy pomocy społecznej w Polsce,* Warszawa: CRZL, 2013.

Grabusińska Z., *Domy pomocy społecznej w Polsce*. Warszawa: CRZL, 2013.

Grabusińska Z., *Domy Pomocy Społecznej w Polsce*. Warszawa: CRZL. 2013.

Grabusińska Z., *Domy pomocy społecznej w Polsce*. Warszawa: Wyd. IRSS, 2013.

Graf C., *The Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale.* "American Journal of Nursing" 2008, vol. 108 [4].

Graf C., *The Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale.* "American Journal of Nursing" 2008, vol. 108 [4].

Graf C., *The Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale.* "American Journal of Nursing" 2008, vol. 108 [4].

Graham E. G. i współprac., *Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: Meta-analysis of randomised controlled tri*als. "British Medical Journal" 2011, vol. 343.

Graham J. E. i współprac., *Prevalence and severity of cognitive impairment with and without dementia in an elderly population*. "Lancet" 1997, vol. 349.

Granek L., *Grief as pathology: The evolution of grief theory in psychology from Freud to the present.* "History of Psychology" 2010, vol. 13 [1].

Granet M., *Cywilizacja chińska*. Warszawa: PIW, 1995.

Graniewska D. (red.), *Kapitał ludzki jako cel strategiczny polityki społecznej*. Warszawa: IPiPS, 1999.

Gräsel E., Wiltfang J., Kornhuber J., *Non-drug therapies for dementia: An overview of the current situation with regard to proof of effectiveness*. "Dementia and Geriatrics Cognitive Disorders" 2003, nr 15.

Graves R., *Mity greckie*. Kraków: Wyd. Vis-a-vis/Etiuda, 2009.

Graves R., *Mity hebrajskie: Księga* Rodzaju. Warzawa: Wyd. Cyklady, 2002.

Gray M., Webb S. A., *Praca socjalna. Teorie i metody. Podręcznik akademicki*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2012.

Green L., *Understanding the life course: Sociological and psychological perspectives*. Cambridge: Polity Press, 2010.

Greenberg J., Pyszczynski T., Solomon S., *The causes and consequence sofa need for self- esteem: A Terror Managenent Theory*, w: R. E. Baumeister (ed.), *Public self and Private self*. New York: Springer, 1986.

Greenstone J. L., Leviton S. C., *Interwencja kryzysowa*. Gdańsk: GWP, 2004.

Greer D. S., *Hospice: From social movement to health care industry*. "Transactions of the American Clinical and Climatological Association" 1986, vol. 97.

Gregoire A., Pryor J. P., *Impotencja. Wszechstronny poradnik dla lekarzy*. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 1994.
Gregson C. L., *Bone and joint aging*, w: H. M. Fillit, K. Rockwood, K. Woodhouse (eds.), *Brocklerhurst's textbook of geriatric medicine and gerontology*. Wyd. 7. Philadephpia: Saunders Elsevier, 2010.
Greider C.W., Blackburn E., *A telomeric sequence in the RNA of Tetrahymena telomerase required for telomere repeat synthesis*."Nature"1989, vol. 337.
Gretkowski A., *Jesień życia: ABC pomocy psychogerontologicznej*. Płock: Wyd. Nauk. Novum, 2013.
Gretkowski A., *Komunikacja w opiece paliatywnej*, w: Gretkowski A., *Nowotwór to jeszcze nie wyrok. Wybrane zagadnienia z psychoonkologii*. Stalowa Wola: b.w, 2010.
Gretkowski A., Kruszewski T., *Senior w społeczeństwie rodzinie i kościele*. Płock: Wyd. Novum 2014;
Gretkowski A., *Trudne pytania – trudne odpowiedzi. Wybrane zagadnienia z poradnictwa psychoonkologii i opieki paliatywnej*. Płock: Wyd. Nauk. Novum, 2015.
Gretkowski A., *Trudne pytania – trudne odpowiedzi. Zagadnienia wybrane z poradnictwa psychoonkologii i opieki paliatywno-hospicyjnej*. Płock: Wyd. Nauk. Novum, 2015.
Grewiński M., Krzyszkowski J., *Współczesne tendencje w pomocy społecznej i pracy socjalnej*. Warszawa: Wyd. Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, 2011.
Grewiński M., Zasada-Chorab A., *System pomocy społecznej w Polsce – wyzwania i kierunki*. Toruń: Wyd. ROPS, 2012.
Grębowski R., *Promocja zdrowia ludzi starych w środowisku naturalnym*. „Zdrowie Publiczne" 1992, vol. 103.
Griep M. I. i współprac., *Risk of malnutrition in retirement homes elderly persons measured by the "mini-nutritional assessment"*. "The Journal of Gerontology" [Series A: Biological Scinces and Medical Sciences] 2000, vol. 55 [2].
Griese H. M.: *Socjologiczne teorie młodzieży*. Kraków: Ofic. Wyd. „Impuls", 1996.
Griffiths R. D., *Muscle mass, survival, and the elderly ICU patient*. "Nutrition" 1996, vol. 12 [5].
Grochmal S., *Współczesne kierunki fizjoterapii*. „Postępy Rehabilitacji" 1989, nr 1.
Grochmal-Bach B., *Cierpienie osób z otępieniem typu Alzheimera. Podejście terapeutyczne*. Kraków: WAM, 2007;
Grodzicki T., Kocemba J. (red.), *Nadcisnienie tętnicze u osób w wieku podeszłym*. Gdańsk: Via Medica, 2000.
Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (red.), *Geriatria z elementami gerontologii ogólnej*. Gdańsk: Via Medica, 2006.
Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A., *Geriatria z elementami gerontologii ogólnej…* Gdańsk: Via Medica, 2007.
Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A., *Geriatrias z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów.* Gdańsk: Via Medica, 2006.
Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A., *Geriatrias z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów.* Gdańsk: Via Medica, 2006.
Grodzka-Kubiak E., *Aerobik czy fitness*. Poznań: DDK Edition, 2002.
Grosholz E. R. (ed.), *The legacy of Simone de Beauvoir*. Oxford: Clarendon Press, 2006.
Gross C. G., *Neurogenesis in the adult brain: death of a dogma*. "Nature Reviews. Neuroscience" 2000, vol. 1.
Grossman A. H., D'Augelli A. R., Hershberger S. L., *Social support networks of lesbian, gay, and bisexual adults 60 years of age and older.* "Journals of Gerontology" – Series B: "Psychological Sciences & Social Sciences" 2000, vol. 55 B.
Groth J. i współprac., *Czynniki ryzyka rozwoju Zespołu Stresu Pourazowego u żołnierzy uczestniczących w misjach wojskowych*. „Studia Edukacyjne" 2013, nr 26.
Grotowska S., *Seniorzy w przestrzeni publicznej. Kapitał społeczny uczestników wspólnot, ruchów i stowarzyszeń katolickich*. Kraków: Wyd. NOMOS, 2011.
Grotowska S., *Stary człowiek i jego rodzina w niestabilnych czasach. Uwagi na marginesie rozważań o usługach społecznych wobec rodziny*. „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu" 2011, nr 239.
Grudziński A., *Organizacja opieki nad osobami starszymi w Polsce w wybranych instytucjach pomocy społecznej*, w: M. Banach, J. Matejek (red.), *Z teorii i praktyki pracy socjalnej*. Levoča: Wyd. MTM, 2012.
Gruenewald D. A., Matsumoto A. M., *Aging of the endocrine system and selected endocrine disorders*, w: J. B. Halter i współprac. (eds.), *Hazzard's geriatric medicine and gerontology*. Wyd. 6. New York:. McGraw-Hill, 2009.
Grulkowski B., *Postawy „być" i „mieć" a odczucie sensu życia*. Gdańsk: [Wyd. Szymon Kujawski], 1998.
Grundman M. i współprac., *Mild cognitive impairment can be distinguished from Alzheimer disease and normal aging for clinical tri*als. "Archives of Neurology" 2004, vol. 61 [1].
Grundy S. M. i współprac., *Clinical management of metabolic syndrome…* "Circulation" 2004, vol. 109.
Grundy S. M., *Does a diagnosis of metabolic syndrome have value in clinical practice?* "The American Journal of Clinical Nutrition" 2006, vol. 83.

Gruszczyński W., *Epidemiologia otępienia, depresji, upadków oraz niedokrwiennego udaru mózgu u osób w podeszłym wieku*. Kraków: Wyd. UJ, 2010.

Grygiel-Górniak B., Puszczewicz M., *Witamina D − nowe spojrzenie w medycynie i reumatologii.* „Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej" 2014, vol. 68.

Gryglewska B. i współprac., *Polipragmazja i politerapia w starszym wieku – czy można ją ograniczyć?* „Medycyna po Dyplomie" 2014, vol. 23 [4].

Gryglewska B., *Farmakoterapia geriatryczna*, w: T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.), *Geriatria z elementami gerontologii ogólnej: Podręcznik dla lekarzy i studentów*. Gdańsk: Via Medica, 2007 a.

Gryglewska B., Gryglewski A., *Nietrzymanie moczu. Nietrzymanie stolca*, w: T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.), *Geriatria z elementami gerontologii ogólnej*. Gdańsk: Via Medica, 2006.

Gryglewska B., *Prewencja gerontologiczna*, w: T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.), *Geriatria z elementami gerontologii ogólnej*. Gdańsk: Via Medica, 2007 b.

[Św.] Grzegorz Wielki, *Dialogi*. Warszawa: Wyd. ATK, 1969 [Pisma Starochrześcijańskich Pisarzy, t. 2].

Grzegorzewska M., *Głuchociemni*. „Szkoła Specjalna" 1927, nr 1, 1928, nr 3.

Grzela R., *Obecność. Rozmowy*. Warszawa: Wyd. Drzewo Babel, 2015.

Grzesiak H., *Rozważania o starości osób z niepełnosprawnością intelektualną*. „Niepełnosparwność i Rehabilitacja" 2012, nr 2.

Grzesiak H., *Starość w świetle judaizmu*, w: S. Steuden, M. Stanowska, K. Janowski (red.), *Starzenie się z godnością*. Lublin: Wyd. KUL, 2011.

Grzesiak S., *Człowiek starszy w placówce penitencjarnej*, w: A. Jaworska (red.), *Resocjalizacja. Zagadnienia prawne, społeczne i metodyczne*. Kraków: Ofic. Wyd. „Impuls", 2009.

Grzesiak S., *Egzystencjalny wymiar starości w zakładzie karnym – doświadczanie czasu i samotności przez więźniów senio*rów, w: A. Jaworska (red.), *Senior w obliczu izolacji penitencjarnej. Konteksty teoretyczne*. Bydgoszcz: Ofic. Wyd. Edward Mitek, 2013.

Grzesiak S., *Starość i starzenie się w izolacji penitencjarnej*, w: A. A. Zych (red.), *Starość darem, zadaniem i wyzwaniem…* Sosnowiec–Dąbrowa Górnicza: Stow. Przyjaciół DPS, Wyd. Progres, 2014.

Grzybowski P. P., *Edukacja międzykulturowa – konteksty*. Kraków: Ofic. Wyd. „Impuls", 2011.

Grzybowski P. P., Praktyczne cele i aspekty kształcenia tanatologicznego pedagogów i *nauczycieli*, w: J. Binnebesel i współprac. (red.), *Jak rozmawiać z uczniami o końcu życia i wolontariacie hospicyjnym*. Gdańsk: Fundacja Hospicyjna, 2009.

Grzybowski P., *Praktyczne cele i aspekty kształcenia tanatologicznego pedagogów o nauczycieli*, w: J. Binnebesel, A. Janowicz, P. Krakowiak (red.), *Jak rozmawiać z uczniami o końcu życia i wolontariacie hospicyjnym*. Gdańsk: Via Medica, 2009.

Guarente L. P., Partridge L., Wallace D. C. (eds.), *Molecular biology of aging*. Cold Spring Harbor, NY: Cold Spring Harbor Laboratory Press, 2008.

Gubrium J. F., Holstein J. A., Buckholdt D. R., *Constructing the life course*. New York: General Hall Inc., 1994.

Guccione A. A., Wong R. A., Avers D., *Fizjoterapia kliniczna w geriatrii*. Wrocław: Elsevier/Urban & Partner, 2012.

Guccione A. A., Wong R. A., Avers D., *Fizjoterapia kliniczna w geriatrii.* Wrocław: Wyd. Med. Elsevier Urban & Partner, 2014.

Guccione A. A., Wong R. A., Avers D., *Fizjoterapia kliniczna w geriatrii.* Wrocław: Wyd. Med. Elsevier Urban & Partner, 2014.

Guccione A.A., Wong R.A., Avers D.; *Fizjoterapia kliniczna w geriatrii.* Wyd. Elsevier Urban & Partner, Wrocław, 2014.

Guerin E., Fortier M. S., Williams T., *I just NEED to move…examining women's passion for physical activity and its relationship with daily affect and vitality*. "Psychology of Well- Being. Theory, Research and Practice" 2013 [3/4].

Guigoz Y., Vellas B., Garry P. J., *Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients.* "Facts and Research in Gerontology" 1994, vol. 2.

GuiGuigoz, Y., Vellas, B., Garry, P. J., *Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients*. "Facts and Research in Gerontology" 1994, vol. 4 [Suppl. 2].

Gulin W., *Stereotyp starego człowieka w społeczeństwie a jakość relacji między młodymi a starszymi osobami*, w: A. Baranowska, E. Kościńska, M. M. Wasilewska-Ostrowska (red.), *Społeczny wymiar życia i aktywności osób starszych*. Toruń: Wyd. Akapit, 2013.

Gundolf K., *Alzheimer Alois*, w: J. Harasimowicz (red.), *Encyklopedia Wrocławia*. Wyd. 3. Wrocław: Wyd. Dolnośląskie, 2006.

Gunter T. D., *Maximizing treatment of substance abuse in the elderly*. "Behavioral Health Management" 2004, vol. 24.
Guralnik J. M. i współprac., *Lower-extremity function in persons over the age of 70 years as a predictor of subsequent disability.* "The New England Journal of Medicine" 1995, vol. 332.
Guralnik J. M. i współprac., *Prevalence of anemia in persons 65 years and older in the United States: Evidence for a high rate of unexplained anemia*. "Blood" 2004, vol. 104 [8].
Guralnik J. M., Kaplan G. A., *Predictors of healthy aging: Prospective evidence from the Alameda County Study*. "American Journal of Public Health" 1989, vol. 79 [6].
Gurbiel R., Gola B.: *Seniorzy – rynek niewykorzystanych możliwości*. „Harvard Business Review Polska" 2005, nr 11.
Gurrado A., i współprac.,., *Hypercalcemic crisis due to primary hyperparathyroidism – a systematic literature review and case report*. „Endokrynologia Polska" 2012, vol. 63 [6].
Gurwitz J. H., Arvon J., *The ambiguous relation between aging and adverse drug relations*. Ánnals of Internal Medicine" 1991, vol. 114 [11].
Gustafson L, Brun A., *Alzheimer sjukdom: En snart hundraårig historia*. "Läkartidningen" 2004, vol. 101 [50].
Gustafson L, Brun A., *Alzheimer sjukdom: En snart hundraårig historia*. "Läkartidningen" 2004, vol. 101 [50].
Gustafson L, Brun A., *Fokal beginnende Hirnatorphie, „Morbus Pick"*, w: H. Förstl (Hrsg.): *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag, 1997.
Gustafson L, Brun A., Ingvar D. H., *Presenile dementia: Clinical symptoms, pathoanatomical findings and cerebral blood flow*, w: J. S. Meyer i współprac. (eds.), *Cerebral vascular diseaese*. Amsterdam: Excerpta Medica, 1977.
Gustafson L, Elfgren C., Passant U., *Fronto-temporal dementia: Differentation from Alzheimer's disease*. "Polish Journal of Geriatric Psychiatry" 2004, vol. 1 [4].
Gustafson L., *Frontal degeneration of non-Alzheimer type*…, "Arcives of Gerontology and Geriatrics" 1987, vol. 6.
Guthrie R. D., *Senescence as an adaptive trait*. "Perspectives in Biology and Medicine" 1969, vol. 12 [2].
Gutiérrez M. i współprac., *Predicting life satisfaction of the Angolan elderly: A structural model.* "Aging and Mental Health" 2013, vol. 17 [1].
Gutowska A., *(Nie)pełnosprawna starość – przyczyny, uwarunkowania, wsparcie*. „Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej" 2015, vol. 8.
Habib J., Tamir Y., *Jewish aged in Israel: Sociodemographic and socioeconomic status*, w: Z. Harel, D. E. Biegel, D. Guttmann (eds.), *Jewish aged in the United States and Israel. Diversity, programs and services*. New York: Springer Publ. Comp., 1994.
Habrat B., *Problemy związane z piciem alkoholu przez osoby starsze*. „Postępy Nauk Medycznych" 2011, nr 8.
Hachinski V. i współprac., *Optimizing the Hachinski Ischemic Scale*. "Archives of Neurology" 2012, vol. 69 [2].
Hadden J. W. i współprac., *Thymic involution in aging. Prospects for correction*. "Annals New York Academy of Science" 1992, vol. 673.
Hadziabdic E., Lundin Ch., Hjelm K., *Boundaries and conditions of interpretations in multilingual and multicultural elderly healthcare*. "BMC Health Services Research" 2015, vol. 15.
Haentjens P. i współprac., *Evidence from data searches and life-table analyses for gender- related differences in absolute risk of hip fracture after Colles' or spine fracture…* "Journal of Bone and Mineral Research" 2004, vol. 19.
Häfner H., *Die existentielle Depression*. "Archiv fur Psychiatrie und Nervenkrankheiten " 1954, nr 191.
Hail K. E. *Effect of aging on gastrointestinal function*, w: J. B. Halter i współprac. (eds.), *Hazzard's geriatric medicine and gerontology*. Wyd. 6. New York:. McGraw-Hill, 2009.
Hairi N. N. i współprac., *Loss of muscle strength, mass (sarcopenia), and quality (specific force) and its relationship with functional limitation and physical disability…*"Journal of the American Geriatric Society" 2010, vol. 58.
Hajduk B., *Socjalizacja studentów. Badania panelowe…* Warszawa: Wyd. Akad. „Żak", 2003.
Hajduk E. (red.), *Metoda panelu.* Zielona Góra: Wyd. WSP, 1993.
Hajduk E., *Kulturowe wyznaczniki biegu życia*. Warszawa: Wyd. Akad. „Żak", 2001.
Hajduk E., *Kulturowe wyznaczniki biegu życia*. Warszawa: Wyd. Akad. „Żak", 2001.
Halamandaris J. V., *Tribute to Dame Cicely Saunders, First Lady of the modern hospice movement*. "Caring" 1998, vol. 17 [11].
Halbert R. J. i współprac., *Global burden of COPD: Systematic review and meta-analysis*. "European Respiratory Journal" 2006, vol. 28: 523–532.
Halicka M, *Satysfakcja życiowa ludzi starych,* Białystok: Wyd. AM w Białymstoku, 2004.
Halicka M. Halicki J. (red.), *Przemoc wobec ludzi starych…* Białystok: Wyd. Temida 2, 2010.

Halicka M. Halicki J., *Przemoc wobec osób starszych jako przedmiot* badań, w: M. Halicka, J. Halicki (red.), *Przemoc wobec ludzi starych*… Białystok: Wyd. Temida 2, 2010.

Halicka M. i współprac., Law enforcement: *The judicary and intimate partner violence against the elderly in Court Files*. „Studia Socjologiczne" 2015, nr 2.

Halicka M. i współprac., *Nigdy nie jest za późno… Informator dla policji i służb społecznych*, Białystok: Wyd. Temida 2, 2013.

Halicka M. i współprac., *Nigdy nie jest za późno… Informator dla policji i służb społecznych*, Białystok: Wyd. Temida 2, 2013.

Halicka M. i współprac., *Przemoc wobec ludzi starych w opinii studentów i w doświadczeniu zawodowym policjantów, pracowników socjalnych i pielęgniarek*, w: M. Halicka, J. Halicki, A. Sidorczuk (red.), Człowiek dorosły i starszy w sytuacji przemocy. Białystok: Wyd. Uniw. w Białymstoku., 2009.

Halicka M., *Człowiek stary w instytucji opiekuńczej*…, w: J. T. Kowaleski, P. Szukalski (red.) *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości lu*dzkich. Łódź: Wyd. UŁ, 2006.

Halicka M., Halicki J. (red.), *Zostawić ślad na ziemi: Księga pamiątkowa*… Białystok: Wyd. Uniw. w Białymstoku, 2006.

Halicka M., Halicki J., (red.), *Zostawić ślad na ziemi. Księga pamiątkowa dedykowana Profesorowi Wojciechowi Pędichowi*… Białystok: Wyd. Uniw. w Białymstoku, 2006.

Halicka M., Halicki J., *Gerontologia społeczna a socjologia starzenia się i starości – poznawcza tożsamość, trendy, perspektywy*, w: M. Skrzypek (red.), *Podstawy interdyscyplinarności w naukach o zdrowiu*… Lublin: Wyd. KUL, 2014.

Halicka M., Halicki J., *Opinie polskich seniorów na temat starości i przygotowania się do niej*. „Polityka Społeczna" 2011 [nr spec.].

Halicka M., Halicki J., *Praca zawodowa i jej znaczenie w życiu człowieka starszego*, w: B. Synak (red.), *Polska starość*. Gdańsk: Wyd. UG, 2002;

Halicka M., Halicki J., Ślusarczyk P., *Przemoc w stosunku do osób starszych*, w: M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.): *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Poznań: Termedia Wyd. Med., 2012.

Halicka M., Halicki J. *Integracja społeczna i aktywność ludzi starszych*, w: B. Synak (red.), *Polska starość*. Gdańsk: Wyd. UG, 2002.

Halicka M., Pędich W., *Działania samopomocowe ludzi starszych*. Białystok: AM, 1997.

Halicka M., Pędich W., *Działania samopomocowe ludzi starszych: badania panelowe w Białymstoku*. Białystok: Wyd. AM, 1997.

Halicka M., *Satysfakcja życiowa i jej uwarunkowania*, w: A. Panek, Z. Szarota (red.), *Zrozumieć starość*. Kraków: Wyd. Text, 2000.

Halicka M., *Satysfakcja życiowa ludzi starych: Studium teoretyczno-empiryczne*. Białystok: Wyd. AM, 2004.

Halicka M., Wojtecka J., *Starość i jej jakość w warunkach instytucji opiekuńczej*, w: J. T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia*. Łódź: Wyd. UŁ, 2004.

Halicki A., *Starzenie się społeczeństw jako wyzwanie dla andragogiki*. „Gerontologia Społeczna" 2007, nr 1.

Halicki J., *Edukacja osób starszych w Polsce – jej wymiar teoretyczny i praktyczny*. „Edukacja Dorosłych" 2013, nr 2.

Halicki J., *Edukacja seniorów w aspekcie teorii kompetencyjnej. Studium historyczno- porównawcze*. Białystok–Łódź: b.w., 1998 [maszyn].

Halicki J., *Edukacja seniorów w aspekcie teorii kompetencyjnej. Studium historyczno- porównawcze.* Białystok: Wyd. Uniw. Trans Humana, 2000.

Halicki J., *Geragogika*, w: T. Pilch (red.), *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*. Warszawa: Wyd. Akad. „Żak", 2003, t. 2.

Halicki J., *Obrazy starości rysowane przeżyciami seniorów*. Białystok: Wyd. Uniw. w Białymstoku, 2010.

Halicki J., *Obrazy starości rysowane przeżyciami seniorów.* Białystok: Wyd. Uniw. w Białymstoku, 2010.

Halicki J., *Pomyślne starzenie się jako jedna z kluczowych kategorii późnej dorosłości*, w: E. Dubas (red.), *Człowiek dorosły – istota /nie/znana?* Łódź–Płock: Wyd. Nauk. Novum, 2005.

Halicki J., *Postrzeganie starości przez seniorów*, w: Z. Wiatrowski, I. Mandrzejewska-Smól, A. Aftański, (red.), *Pedagogika pracy i andragogika. Z myślą o dorastaniu, dorosłości i starości człowieka w XXI wieku*. Włocławek: Ofic. Wyd. Włocł. Tow. Nauk., 2008, t. 2.

Halicki J., *Spoeczne teorie starzenai się*, w: Halicka M., Halicki J., (red.), *Zostawić ślad na ziemi*… Białystok: Wyd. Uniw. w Białymstoku, 2006.

Halicki J., *Społeczne teorie starzenia się*, w: M. Halicka, J. Halicki (red.), *Zostawić ślad na ziemi*… Białystok: Wyd. Uniw. w Białymstoku, 2006.

Halicki J., *Starość: Między socjalizacją a samoświadomością*, w: E. Dubas (red.), *Uniwersalne problemy andragogiki i gerontologii*. Łódź: Wyd. UŁ, 2007.
Halicki J., *Wyłączanie się jako czynnik ryzyka niepomyślnego starzenia*. „Edukacja Dorosłych" 2004, nr 3.
Halicki J.: *Społeczne teorie starzenia się*, w: M. Halicka, J. Halicki (red.), *Zostawić ślad na ziemi. Księga pamiątkowa…* Białystok: Wyd. Uniw. w Białymstoku, 2006.
Halicki, J., *Społeczne teorie starzenia się*, w: M. Halicka, J. Halicki (red.), *Zostawić ślad na ziemi…* Białystok: Wyd. Uniw. w Białymstoku, 2006.
Halik J. (red.), *Starzy ludzie w Polsce. Społeczne i zdrowotne skutki starzenia się społeczeństwa*. Warszawa: Inst. Spraw Publ., 2002.
Hall E., *Ukryty wymiar*. Warszawa: Wyd. Muza, 1997.
Hall G. S., *Senescence: The last half of life*. New York London: D. Appleton and Company, 1922
Hall G. S., *Senescence: The last half of life*. New York: D. Appleton and Comp., 1922.
Hallgren M., Hogberg P., Andreasson S., *Alcohol consumption among elderly European Union citizens: health effects, consumption trends and related issues. Ostersund.* Stockholm: Swedish National Institute of Public Health, 2009.
Hałas E., *Interakcjonizm symboliczny*, w: W. Kwaśniewicz (red.), *Encyklopedia socjologii*. Warszawa: Ofic. Nauk., 1998, t. 1.
Hałoń M., Tomczak H., Lass P., 2008; *Kształcenie fizjoterapeutów w krajach Unii Europejskiej.* „Balneologia Polska" 2008, nr 4.
Hamel P. M., *Przez muzykę do samego siebie*. Wrocław: Wyd. Sartorius, 1995.
Hamilton H. E. (ed.), *Language and communication in old age: Multidisciplinary perspectives*. New York: Garland, 1999, nowe Wyd. 2013.
Hamilton M., *A rating scale for depression*. „Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry" 1960, vol. 23 [1].
Hammen C. L., *Depresja*. Gdańsk: GWP, 2004.
Hammen C., *Depresja. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne.* Gdańsk: GWP, 2004.
Hammer S., *Pathophysiology of selected genetic diseases*, w: S. J. McPhee, G. D.Hammer (eds), *Pathophysiology of disease: An introduction to clinical medicine*. Wyd. 6. New York: McGraw-Hill Medical, 2010.
Hammond W. A., *Sexual impotence in the male*. New York: Bermingham & Co., 1883, nowe Wyd. : *Sexual impotence in the male and female*. Detroit: G. S. Davis, 1887.
Hanawalt P. C., *DNA repair: The bases for Cockayne syndrome.* "Nature" 2000, vol. 405.
Handford O., Karolak W., *Bajka w twórczym rozwoju i arteterapii*. Wyd. 2. Łódź: Wyd. WSH-E, 2009.
Handford O., Karolak W., *ZABAWA (z) PRZEDMIOTAMI*. Łódź: WSH-E, 2008.
Han-Ilgiewicz N., *Potrzeby psychiczne dziecka: Refleksja charakterologiczna*. Warszawa: PZWS, 1961.
Hanna G. P., Perlstein S., *Creativity matters: Arts and aging in America*. "Monograph" [September] 2008.
Harada T. i współprac., *Causes of death in patients with asthma and asthma-chronic obstructive pulmonary disease overlap syndrome*. "International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disesas" 2015, vol. 10.
Harding D. J., Winship Ch., *A mechanism-based approach to the identification of age- period-cohort models*. "Sociological Methods and Research" 2008, vol. 36 [3].
Hardy M. A., Waite L., *Doing time. Reconciling biography with history in the study of social change*, w: M. A. Hardy (ed.), *Studying aging and social change. Conceptual and methodological issues*. Thousand Oaks, CA: Sage, 1997.
Harężga S., *Biblijne vademecum starości*. „Życie Duchowe" 2011, nr 68.
Harley C. B. i współprac., *The telomere hypothesis of cellular aging*. "Experimental Gerontology" 1992, vol. 27.
Harman D., *Aging: A theory based on free radical and radiation chemistry*. Berkeley: Univ. of California, Radiation Laboratory, 1955 [pierwodruk].
Harman D., *Aging: A theory based on free radical and radiation chemistry*. "Journal of Gerontology" 1956, vol. 11 [3].
Harman D., *Aging: A theory based on free radical and radiation chemistry*. "Journal of Gerontology" 1956, vol. 2.
Harman D., *Free radical theory of aging: Consequences of mitochondrial aging*. "Age" 1983, vol. 6 [Issue 3].
Harman D., *The biologic clock: The mitochondria?* "Journal of the American Geriatrics Society" 1972, vol. 20 [4].
Harmon K., *Jak dożyć setki*. „Świat Nauki" 2012, nr 10.
Harris D. K., Cole W. E., *Sociology of aging*. Boston: Houghton Mifflin, 1980.
Harris J. R., *Każdy inny. O naturze ludzi i niepowtarzalności człowieka*. Sopot: Wyd. „smak słowa", 2010.
Hartigan I., *A comparative review of the Katz ADL and the Barthel Index in assessing the activities of daily living of older people*. "International Journal of Older People Nursing" 2007, vol. 2 [3].

Hartikainen S., Lonnroos E., Louhivuori K., *Medication as a risk factor for falls: Critical systematic review*. "The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences" 2007, vol. 62.
Harwas-Napierała B. (red.), *Rodzina a rozwój człowieka dorosłego*. Poznań: Wyd. UAM, 2003.
Harwas-Napierała B., Trempała J. (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN 2008, t. 2.
Hasiec A., Szumowski Ł., Walczak F., *Obturacyjny bezdech – senny zabójca*. „Forum Medycyny Rodzinnej" 2012, t. 6, nr 3.
Hasworth S. B., Cannon M. L., *Social theories of aging: A review*. "Disease-a-Month" 2015, vol. 61 [11].
Haśkovcova H., *Między życiem a śmiercią*, Warszawa: PWN, 1978.
Hatami H., *The principles of geriatrics in Avicenna's Canon*. "Modares Journal of Medical Sciences – Pathobiology" 2001, vol. 3 [2].
Havighurst R. J., *Developmental tasks and education*. Chicago: The Univ. of Chicago Press, 1948.
Havighurst R.J., *Developmental task and education*. New York: Longmans, Green, 1981.
Havinghurst R. I., *Successful aging*, w: R. Williams, C. Tibbits, W. Donahue (eds.), *Process of aging*. New York: Atherton Press, 1963.
Hawes C., *Katz, Sidney*, w: R. M. Mullner (ed.), *Encyclopedia of Health Services Research*. Thousand Oaks, CA–London: SAGE Publications Inc., 2009, vol. 1.
Hawkes K., *Grandmothers and the evolution of human longevity.* "American Journal of Human Biology" 2003, vol. 15.
Hayflick L. i współprac., *A potential decline in life expectancy in the United States in the 21st century*. "New England Journal of Medicine" 2005, vol. 352 [11].
Hayflick L. i współprac., *Złudne eliksiry młodości*. „Świat Nauki" 2002, nr 8.
Hayflick L. i współprac., *Złudne eliksiry*. „Świat Nauki" 2004, nr [spec.[2.
Hayflick L. *The not-so-close relationship between biological aging and age-associated pathologies in humans.* "The Journals of Gerontology" [Biological Sciences & Medical Sciences] 2004, vol. 59 [6].
Hayflick L., *Aging, longevity and immortality in vitro*. "Experimental Gerontology " 1992, vol. 27.
Hayflick L., Finch C. E., *Handbook of the biology of aging*. New York: Vannn Nostrand Reinhold Comp., 1977.
Hayflick L., *Jak i dlaczego się starzejemy*. Warszawa: KiW, 1998.
Hayflick L., *Jak i dlaczego się starzejemy*. Warszawa: KiW, 1998.
Hayflick L., Moorhead P. S., *The serial cultivation of human diploid cell strains*. "Experimental Cell Research" 1961, vol. 25.
Hayflick L., Moorhead P. S., *The serial cultivation of human diploid cell strains*. "Experimental Cell Research" 1961, vol. 25.
Hayflick L., *The future of ageing*. "Nature" 2000, vol. 408 [6809].
Hayflick L., *The limited in vitro lifetime of human diploid cell strains*. "Experimental Cell Research" 1965, vol. 37 [3].
Hays N. P., Roberts S. B., *The anorexia of aging in humans*. "Physiology and Behaviour" 2006, vol. 88.
Hazelzet K., *De levenstrap*. Zwolle: Catena, 1994.
Hazzard W. R., *Introduction: The practice of geriatric medicine*, w: W. R. Hazzard i współprac. (eds.), *Principles of geriatric medicine and gerontology*. Wyd. 3. New York: McGraw-Hill, Inc. 1994.
Health Quality Ontario. *Prevention of falls and fall-related injuries in community-dwelling seniors: An evidence-based analysis*. "Ontario Health Technology Assessment Series" 2008. vol. 8 [2].
Heaphy B., Yip A. K. T., Thompson D., *The social and policy implications of non- heterosexual ageing: Selective findings.* "Quality in Ageing" 2003, vol. 4 [3].
Hebanowski M., Walden-Gałuszko K. de, Żylicz Z. (red.), *Podstawy opieki paliatywnej w chorobach nowotworowych*. Warszawa: PZWL, 1998.
Heckhausen J., *Adaptation and resilience in midlife*, w: M. E. Lachman (ed.), *Handbook of midlife development* (s. 345-394). New York: John Wiley & Sons, Inc., 2001.
Heerink i współprac., *Studying the acceptance of a robotic agent by elderly users*. "International Journal of ARM" 2006, vol. 7 [3].
Hegui L., *40 rokov Slovenskej gerontologickej a geriatrickej spoločnosti*. "Geriatria" 2010, nr 2.
Heideken W. von i współprac., *Falls in very old people: The population-based Umeá 85+ Study in Sweden.* "Atchives of Gerontology and Geriatrics" 2009, vol. 49 [3].
Heikkinen E., Waters W. E., Brzeziński Z. J., *The elderly in eleven countries: A sociomedical survey*. Copehnagen: WHO, 1983.
Heine S. J., Proulox T., Vohs K. D., *The Meaning Maintenance Model: On the coherence of the social motivation*. "Personality of Social Psychology Review" 2006, vol. 10 [2].
Heise L. L., *Violence against women: An integrated ecological framework*. "Violence Against Women" 1998, vol. 4.

Heitzman J. (red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: PZWL, 2011.
Hejnicka-Bezwińska T., *Pedagogika ogólna*. Warszawa: WAiP, 2009.
Helbin J., Kolarzyk E., *Czynniki fizykalne wykorzystywane w metodach lecznictwa uzdrowiskowego*. „Problemy Higieny i Epidemiologii" 2006, vol. 87 [3].
Hen J., *Ja, Michał z Montaigne*. Wyd. 5. Warszawa: Wyd. W.A.B., 2009.
Hendry M., *Near field communications technology and applications*. Cambridge: Cambridge Univ. Press, 2014.
Hennekam R. C., *Hutchinson-Gilford progeria syndrome: Review of the phenotype.* "American Journal of Medical Genetics" 2006, vol. 140.
Hensley M., *Rehabilitaion in daily living skills: Effects on anxiety and self-worth in elderly blind persons*. "Impairment and Blindness" 1987, vol. 81.
Herbert M., *Żałoba w rodzinie. Jak pomóc cierpiącym dzieciom i ich rodzinom*. Gdańsk: GWP, 2005.
Herbst M., *Wprowadzenie. O czym jest ta książka?* w: M. Herbst (red.), *Kapitał ludzki i kapitał społeczny a rozwój regionalny*. Warszawa: Wyd. Nauk. Scholar, 2007.
Herling-Grudziski G., *Wiek biblijny i śmierć. Czekając na czarny obłok*. Kraków: Wyd. Lit., 2007.
Herm A., Cheung S. L. K., Poulain M., *Emergence of oldest old and centenarians: Demographic analysis.* "Asian Journal of Gerontology & Geriatrics" 2012, vol. 7 [1].
Herman J. L., *Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi*. Gdańsk. GWP, 1998.
Hermanussen M. (ed.), *Studying human growth and development*. Stuttgart: Schweizerbart Science Publ., 2013.
Hernandez de Tubert R., *Social trauma: The pathogenic effects of untoward social conditions*. "International Forum of Psychoanalysis" 2006, vol. 15.
Hershenov D., *Do dead bodies pose a problem for biological approaches to personal identity?* "Mind" 2005, vol. 114.
Heszen I., Sęk H., *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2012.
Hezjod [Hesiodus], *Prace i dnie*. Wrocław: Zakł. Nar. im. Ossolińskich, 1952.
Hick J., *Death and Eternal Life*. London–Basingstoke: The Macmillan Press Ltd., 1985.
Higgs P. i współprac., *Researching quality of life in early old age: The importance of the sociological dimension*. "Social Policy & Administration" 2003, vol. 37 [Issue 3].
Hill D. R., *Pozytywne starzenie się. Młodzi duchem w jesieni życia.* Warszawa: Wyd. Laurum, 2009.
Hill E., Ponder P., *Orientacja i techniki poruszania się…* „Zeszyty Tyflologiczne" 1983, nr 2.
Hill K., Hurtado A. M., *The evolution of reproductive senescence and menopause in human females*. "Human Nature" 1991, vol. 2.
Hill R. D., *Pozytywne starzenie się: Młodzi duchem w jesieni życia*. Warszawa: MT Biznes/Wyd. Laurum, 2009,, nowe Wyd. 2010.
Hill R., Haslett, C., Kumar S., *Anorexia nervosa in an elderly woman.* "Australian and New Zealand Journal of Psychiatry" 2001, vol. 35.
Hipokratesa Aforyzmy i Rokowania oraz Przysięga… Warszawa: Nakł. Wiedzy Edukacyjnej Król. Pol., 1864, reprint Warszawa: Wyd. 69/Agencja Wyd. „Cinderella Books", 2000.
Hippius H., Neundörfer G., *The discovery of Alzheimer's disease.* "Dialogues in Clinical Neuroscience" 2003, vol. 5 [1].
Hirth V.,Wieland D., Dever-Bumba M., *Case-based geriatrics*. New York: McGraw-Hill. 2011.
Hobbs N., Perrin J. M., Ireys H. T., *Chronically ill children and their families*. San Francisco: Jossey-Bass Publ., 1985.
Hobot-Marcinek J., *Stara baba i Goethe. Doświadczenie i transgresja starości: Tadeusz Różewicz, Czesław Miłosz, Jarosław Iwaszkiewicz*. Kraków: Wyd. UJ, 2012.
Hobot-Marcinek J., *Stara baba i Goethe. Doświadczenie i transgresja starości: Tadeusz Różewicz, Czesław Miłosz, Jarosław Iwaszkiewicz*. Kraków: Wyd. UJ, 2012.
Hodge G., *The geography of aging: Preparing communities for the surge in seniors*. Montreal: McGill-Queen's Univ. Press, 2008.
Hodkinson H. M., *Evaluation of a mental test score for assessment of mental impairment in the elderly*. "Age and Ageing" 1972, vol. 1 [4].
Hoel H., Cooper C. L., *Destructive Conflict and Bullying at Work*, Manchester: UMIST, 2000.
Hoff W., *Planowanie przestrzenne a potrzeby seniorów*, w: *Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje.* Warszawa: Biuro RPO, 2012.

Hoffman S. J., Harris J. C., *Introduction to kinesiology and physical activity*, w: S. J. Hoffman (ed.) *Introduction to kinesiology*. Champaign IL; Human Kinetics, 2006.

Hogan D. B., *Geriatrics in North America*, w: H. M. Fillit, K. Rockwood, K. Woodhouse (eds.), *Brocklerhurst's textbook of geriatric medicine and gerontology*. Wyd. 7. Saunders Elsevier. Philadelphia: Sauders Elsevier, 2010.

Hogan S., *Healing arts: The history of art therapy*. London: Jessica Kingsley, 2001.

Holdorff B., *Friedrich Heinrich Lewy (1885–1950) and his work*. "Journal of the History of the Neurosciences"2002, vol. 11 [1].

Holick M. F., *Vitamin D deficiency*. "The New England Journal of Medicine" 2007, vol. 357.

Holland G. i współprac., *Flexibility and physical functions of older adults: A review*. "Journal of Aging and Physical Activity" 2002, vol. 10.

Holland Jones J., *The force of selection on the human life cycle*. "Evolution and Human Behavior" 2009, vol. 30.

Hollien H., Shipp T., *Speaking fundamental frequency and chronologicalage in males*. "Journal of Speech, Language and Hearing Research" 1972, vol. 15.

Hollingworth H. L., *Mental growth and decline: A survey of developmental psychology*, New York: D. Appleton & Co., 1927.

Hollis J., *Odnaleźć sens w drugiej połowie życia…* Białystok: Wyd. „Laurum", 2008.

Holmes J., *John Bowlby*. Gdańsk: Wydaw. GWP, 2007.

Holmes T. H., Rahe R. H., *The social readjustment rating scale*. "Journal of Psychosomatic Research" 1967, vol. 14.

Holstein M. B., Minkler M., *Self, socjety, and the „New Gerontology"*. "The Gerontologist" 2003, vol. 43 [6].

Holzer J. Z., *Demografia.* Warszawa: PWE, 1999.

Holzer J. Z., *Demografia*. Wyd. 6. Warszawa: PWE, 1994.

Hołda M., *Ludzie starzy w świecie wirtualnym*, w: B. Szmigielska (red.), *Całe życie w sieci*. Kraków: Wyd. UJ, 2008.

Hołubicki M., *Opieka paliatywna i hospicyjna w Polsce*, w: B. L. Block, W. Otrębski (red.), *Człowiek nieuleczalnie chory*. Lublin: Wyd. KUL, 1997.

Homans G. C., *Social behavior as exchange*. "American Journal of Sociology" 1958, vol. 63

Homik J. E. i współprac., *A metaanalysis on the use of bisphosphonates in corticosteroid induced osteoporosis.* "Journal of Rheumatology" 1999, vol. 26 [5].

Honczarenko J., *Roboty przemysłowe. Budowa i zastosowanie*. Warszawa: WNT, 2010.

Hong I. S., Choi M. J., *Songwriting oriented activities improve the cognitive functions of the aged with dementia*. "Arts in Psychotherapy" 2011, vol. 38 [Issue 4].

Hooper J. O. i współprac., *Cognition, memory, and personality in elderly students*. "Educational Gerontology" 1986, vol. 12.

Horbulewicz-Morzycka H., *Pozafarmakologiczne metody terapeutyczne w chorobie Alzheimera*, w: J. Leszek (red.), *Choroba Alzheimera*. Wrocław: Volumed, 1998.

Horney K., *Neurotyczna osobowość naszych czasów*, Poznań: Rebis, 1993,

Hosia-Randell H. i współprac., *Use of laxatives among older nursing home residents in Helsinki, Finland.* "Drugs Aging" 2007, vol. 24.

Hospicjum to przedsionek do nieba. [Z ks. Piotrem Krakowiakiem – krajowym duszpasterzem hospicjów – rozmawia Anna Arytmiak]. „Niedziela" 2008, nr 46.

Hourdin G., *Le vieil homme et l'Église*. Paris: Éd. Desclée de Brouwer, 1998.

Howell T. H., *Avicenna and his regimen of old age*. "Age and Ageing" 1987, vol. 16 [1].

Howell T. H., *Avicenna and the care of the aged*. "The Gerontologist" 1972, vol. 12 [4].

Howieson D. B., Lezak M. D., *Badanie neuropsychologiczne*, w: S. C. Yodofsky, R. E. Hales (red), *Neuropsychiatri*a. Wrocław: Elsevier Urban & Partner, 2012.

Hrapkiewicz H., *Potrzeby osób w wieku starszym i próba ich realizacji*, w: A. Fabiś (red.), *Seniorzy w rodzinie, instytucji i społeczeństwie. Wybrane zagadnienia współczesnej gerontologii*. Sosnowiec: Wyd. WSZiM, 2005.

Hrast M. F., Hlebec V., Kavčič M., *The social exclusion of the elderly: A mixed-methods study in Slovenia*. "Sociologicky časopis/Czech Sociological Review" 2012, vol. 48 [6].

Hrynkiewicz J. (red), *O sytuacji ludzi w starszym wieku*. Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa, Zakł. Wyd. Statyst., 2012.

Hrynkiewicz J., *Los starca zależy od kontekstu społecznego – wprowadzenie*, w: J. Hrynkiewicz (red.), *O sytuacji ludzi starszych*. [Rządowa Polityka Ludnościowa]. Warszawa: Zakł. Wyd. Statystycznych, 2012, t. 3.

Hrynkiewicz J., *Zakres i kierunki zmian w pomocy społecznej*, w: M. Rymsza (red.), *Reformy społeczne. Bilans dekady*. Warszawa: Inst. Spraw Publ., 2004.

Hshieh T. T. i współprac.,. *Cholinergic deficiency hypothesis in delirium: a synthesis of current evidence*. "The Journals of Gerontology" [Biological Sciences & Medical Sciences] 2008, vol. 63.

Hsu L. K. G., Zimmer B., *Eating disorders in old* age. "International Journal of Eating Disorders" 1988, vol. 7 [Issue 1].

Hu H. i współprac., *Olanzapine and haloperidol for senile delirium: a randomized controlled observation*. "Chinese Journal of Clinical Rehabilitation" 2006, vol. 10.

Hubbard R. E. I współprac., *Assessing balance and mobili ty to track illness and recovery in older inpatients*. "Journal of General Internal Medicine" 2011, vol. 26 [12].

Hufschmidt A., Shabarin V., *Diagnostic field of cerebral imaging in patients with acute confusion*. "Acta Neurologica Scandinavica" 2008, vol. 118.

Hugman R., *Ageing, occupation and social engagemant: towards a lively later life*. "Journal of Occupational Science" 1999, vol. 6 [2].

Huidobro C., Fernandez A. F., Fraga M. F., *Aging epigenetics: Causes and consequences*. "Molecular Aspects of Medicine" 2013, vol. 34 [4].

Huizinga J., *Homo ludens. Zabawa jako źródło kultury*. Wyd. 2. Warszawa: Czytelnik, 1985, nowe Wyd. Warszawa: Wyd. Aletheia, 2007.

Hulek A., *Rehabilitacja inwalidów i innych osób z naruszoną sprawnością, zamieszkałych w okręgach wiejskich*, w: A. Hulek (red.), *Problemy inwalidów i innych niepełnosprawnych osób ze wsi*. Warszawa: PWN, 1976.

Hultsch D. F., Deutsch F., *Adult development and aging. A life-span perspective*. New York: McGraw-Hill Inc., 1981.

Hułas M. *'Public sociology' jako nowa subdyscyplina naukowa według Michaela Burawoya*. „Roczniki Nauk Społecznych" 2011, t. 3 [39].

Humańska M. A., i współprac., *Jakość życia a sprawność funkcjonalna chorych na stwardnienie rozsiane*. „Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne" 2013, vol. 2 [5].

Hummon D. M., *Community attachment: Local sentiment and sense of place*, w: I. Altman, S. M. Low (eds.), *Place attachment*. New York–London: Plenum Press, 1992.

Hunter S., Sundel M., *Introduction: An examination of key issues concerning midlife*, w: S. Hunter, M. Sundel (eds.), *Midlife myths: Issues, findings, and practice implications*. Newbury Park: Sage Publications, 1989.

Hurrelmann K., *Struktura społeczna a rozwój osobowości*. Warszawa: PWN, 1994.

Hussain R. N., Shahid F., Woodruff G., *Axial length in apparently normal pediatric eye*s. "European Journal of Ophthalmology" 2014, vol. 24 [1].

Hutzler Y., Sherrill C., *Defining adapted physical activity: International* perspectives. "Adapted Physical Activity Quarterly" 2007, vol. 24 [1].

Hwang U., Platts-Mills T., *Pain management in the elderly*, w: J. H. Kahn, B. G. Magauran, J. S. Olshaker (eds.), *Geriatric emergency medicine. Principles and practice*. Cambridge: Cambridge Univ. Press, 2014.

Hyde J. S., *Understanding human sexuality*. New York: McGraw-Hill Inc., 1979.

Hyman B. T. i współprac., *National institute on aging-Alzheimer's association guidelines for the neuropathologic assessment of Alzheimer's disease: A practical approach*. "Acta Neuropathologica" 2012, vol. 123 [1].

Ignatowicz A. i współprac., *Powstańcze epizody*. Warszawa: Wyd. Bellona, 2014.

Illeris K., *Trzy wymiary uczenia się*. Wrocław: Wyd. Nauk. DSWE TWP, 2006.

Imieliński K. (red.), *Seksuologia. Zarys encyklopedyczny*. Warszawa: PWN, 1985.

Imieliński K., *Człowiek i seks*. Warszawa: IWZZ, 1985.

Ince H. i współprac., *Deaths of the elderly exposed to violence in Turkey*. "Collegium Antropologicum, 2008, vol. 32 [2].

Indulski, Z. Jethon, L. T. Dawydzik (red.), *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*. Łódź: Ofic. Wyd. Inst. Med. Pracy, 2000.

Inglot-Brzęk E., *Brak dostępu do Internetu jako wskaźnik wykluczenia społecznego*. „Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy" 2011, nr 19.

Inouye S. i współprac., *Clarifying confusion: The confusion assessment method*. "Annals of Internal Medicine" 1990, vol. 113.

Inouye S. K. i współprac., *Clarifying confusion: The confusion assessment method. A new method for detection of delirium*. „Annals of Internal Medicine" 1990, vol. 113 [12].

Insegnamenti di Giovanni Paolo II, 5, 2. [Watykan:] Liberia Editrice Vaticana, 1982.

Institute of Medicine. *Health literacy: A prescription to end confusion*. Washington DC: The National Academies, 2004.

Inui T. S., *The need for an integrated biopsychosocial approach to research on successful aging*. "Annals of Internal Medicine 2003, vol 139 [5].

Inukai S., Slack F., *MicroRNAs and the genetic network in aging*. "The Journal of Molecular Biology" 2013, vol. 425 [19].

Irzmański R., Barylski M., *Wpływ rehabilitacji kardiologicznej na zachowanie się ciśnienia tętniczego u chorych z pierwotnym nadciśnieniem tętniczym*. "Clinical and Experimental Medical Letters" 2006, vol. 47 [2].

Isakiewicz E., *Domy społecznej niemocy*. „Tygodnik Powszechny" 2010, nr 43.

Israël L., *Eutanazja czy życie aż do końca*. Kraków: Wyd. WAM, 2003.

Iung B. i współprac., *Decision-making in elderly patients with severe aortic stenosis: why are so many denied surgery?* "European Heart Journal' 2005, vol. 26.

Iván L., *A korszerű gerontopszichiátria igényei*. "Orvosképzés" 1979, vol. 54.

Iván L., *Aktivitás és geromentalhigiéné*. "Egészségnevelés" 1991, vol. 276.

Iván L., *Az Alzheimer kórról*. "Tudomány" 1985, nr. 1.

Iván L., *Az osteoporosis rendszerszemlélete újabb megközelítésben*. Budapest: Osteofit, 2000.

Iván L., *Climacteriális elmebántalmak*, w: G. Nyírő (szerk.), *Psychiátria*. Budapest: Mecdicina, 1967 a.

Iván L., *Geriátria*. "Orvostovábbképző Szemle" 1997, t. IV.

Iván L., *Gerontológia a gyógyszertárban*. Budapest: Dictum Kiadó, 2002.

Iván L., Kiss T., *A humán-gero-ökológia fogalmáról és feladatairól*. Szombathely: Martineum Kiadó, 1991.

Iván L., *Praesenilis elmebántalmak*, w: G. Nyírő (szerk.), *Psychiátria*. Budapest: Mecdicina, 1967 b.

Iván L., *Rehabilitáció a pszichogeriátriában*. "Rehabilitáció" 1993, nr 4.

Iwachnienko D. S. [Ивахненко Д. С.], *Гериатрическая травма: Влияние преморбидного состояния на течение травматической болезни*. „Український нейрохірургічний журнал" 2012,№ 1.

Iwanowicz E., *Promocja zdrowia ludzi starszych*. „Annales Universitatis Maria Curie- Skłodowska Lublin – Polonia" 2005, vol. 60 [16].

Izaks G. J., Westendorp R. G., Knook D. L., *The definition of anemia in older persons*. "JAMA" 1999, vol. 281 [18].

Izdebski Z., *Raport „Badanie seksualności osób po pięćdziesiątym roku życia"*. Zielona Góra– Warszawa; b.w., 2007.

Izdebski Z., *Seksualność Polaków na początku XX wieku. Studium badawcze*. Kraków: Wyd. UJ, 2012.

Izdebski Z., *Seksualność Polaków na początku XXI wieku. Studium badawcze*. Kraków: Wyd. UJ, 2011.

Jabłońska M. K., *Immunostarzenie – wpływ procesu starzenia na komponenty układu immunologicznego*. „Gerontologia Polska" 2013, nr 4.

Jabłońska M. K., *Podprogowy przewlekły stan zapalny – przyczyna czy skutek występowania chorób i starzenia się organizmu*. „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne" 2015, vol. 5.

Jabłoński E., Kaźmierczak U., *Odżywianie się osób w podeszłym wieku*. „Gerontologia Polska" 2005, nr 1.

Jacek A., Sarnacka E., Miaskowska-Daszkiewicz K., *Domy pomocy społecznej. Organizacja i funkcjonowanie*. Warszawa: Wyd. Difin, 2014.

Jacher W., *Starość jako fakt społeczny*, w: Z. Wiatrowski, K. Ciżkowicz (red.), *Pedagogika pracy i andragogika. Z myślą o dorastaniu, dorosłości i starości człowieka w XXI wieku*. Włocławek: Ofic. Wyd. Włocł. Tow. Nauk., 2007, t. 1.

Jachimczak J., *W służbie życiu*. Kraków: Wyd. Ks. Misjonarzy, 2003.

Jack C. R. i współprac., *Prediction of AD with MRI-based hippocampal volume in mild cognitive impairment*. "Neurology" 1999, vol. 52.

Jackson W. A., *The Political Economy of Population Ageing*. Cheltenham–Northampton: Edward Elgar Publishing Ltd., 1998.

Jacobs T.P., Bilzekian J. P., *Clinical review: Rare causes of hypercalcemia*. "The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism" 2005, vol. 90.

Jacobsen B., *Invitation to existential psychology*. London: John Wiley & Sons, Ltd, 2007.

Jaeger W., *Paideia. Formowanie człowieka greckiego*. Warszawa: Fundacja Aletheia, 2001.

Jaeger W., *Paideia. Formowanie człowieka greckiego*. Warszawa: Fundacja Aletheia, 2001.

Jaeger W., *Paideia*. Warszawa: Fundacja Aletheia, 1999.

Jäger W., *Tu i teraz. Myśli na każdy dzień*. W warszawa: Wyd. Jacek Santorski & Co, 2003, nowe Wyd. Warszawa: Wyd. Czarna Owca, 2014.

Jagodzińska M., *Psychologia pamięci. Badania, teorie, zastosowania*, Gliwice: Wyd. Helion, 2008.

Jajor J. i współprac., *Specyfika rehabilitacji ruchowej osób starszych.* „Nowiny Lekarskie" 2013, vol. 82 [1].

Jak się żyje osobom starszym w Polsce? [Raport z badań]. Warszawa: GUS, 2012.

Jak żyć długo i szczęśliwie?… „Charaktery" 2011, nr 11.
Jakóbisiak M. i współprac., *Immunologia*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2005;
Jakubaszek W., *Uniwersytet trzeciego wieku w edukacji całożyciowej*. „Edukacja Ustawiczna Dorosłych" 2014, nr 1.
Jakubczyk T., Trypens P., *Zaburzenia erekcji*. w: Borkowski A. (red.), *Urologia. Podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2006, s.241-252.
Jakubowska H., *Socjologia ciała*. Poznań: Wyd. UAM, 2009.
Jakubowska-Winecka A., Włodarczyk D., *Psychologia w praktyce medycznej*. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 2007.
Jakubowski S. (red.), *Poradnik dydaktyczny dla nauczycieli realizujących podstawę programową w zakresie szkoły podstawowej i gimnazjum z uczniami niewidomymi i słabowidzącymi*. Warszawa: MEN, 2001.
Jałowiecki S., *Przejście na emeryturę jako proces zmian aktywności społecznej*. Wrocław− Kraków: Zakł. Nar. im. Ossolińskich, 1973.
James R. K., Gilliand B. E., *Crisis intervention strategies*. Wyd. 7. Belmont, CA: Brooks/Cole, 2013.
James R. K., Gilliand B. E., *Strategie interwencji kryzysowej. Pomoc psychologiczna poprzedzająca terapię*. Wyd. 2. Warszawa: PARPA, Wyd. Eduk. Parpamedia, 2008.
James R. K., Gilliland B. E., *Crisis intervention strategies*. Wyd. 7. Belmont, CA: BrooksCole, 2013.
James W., *Psychologia. Kurs skrócony*. Warszawa: PWN, 2002.
Jamieson A., Victor Ch. R., *Researching ageing and later life. The practice of social gerontology*. Buckingham: Open. Univ. Press, 2002.
Jan Paweł II, *Bez sprawiedliwości nie ma miłości*, w: Jan Paweł II, *Nauczanie społeczne 1978–1979*. Warszawa: Pallottinum, 1982, t. 2.
Jan Paweł II, *Chorzy w sercu Kościoła*. „L'Osservatore Romano" 1994, nr 9–10.
Jan Paweł II, *Człowiek wobec swojej śmierci*. „L'Osservatore Romano" [Wyd. pol.] 1992, nr 7.
Jan Paweł II, *Ewangelia cierpienia*. Poznań: Dom. Wyd. „Rebis", 2002, nowe Wyd. 2005.
Jan Paweł II, *Familiaris consortio – Posynodalna adhortacja apostolska o zadaniach rodziny chrześcijańskiej w świecie współczesnym*. Rzym: b.w., 1981.
Jan Paweł II, *List do osób w podeszłym wieku*. Poznań: Pallottinum, 1999.
Jan Paweł II, *Nauczanie papieskie*. Poznań–Warszawa: Pallottinum 1986.
Jan Paweł II, *O cierpieniu*. Niepokalanów: Wyd. Ojców Franciszkanów, 1988, cz. 2.
Jan Paweł II, *Salvifici doloris – o chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia. List apostolski*. Rzym: b.w.,1984.
Jan Paweł II, *Także i wy nas* obdarzacie. *Przemówienie do osób chorych, starych i ułomnych w Austrii*. Rzym: b.w., 1983.
Jan Paweł II, *Towarzyszyć choremu do końca*. „L'Osservatore Romano" [Wyd. pol.] 2005, nr 2.
Janion E. *Wpływ choroby Alzheimera na życie rodziny*, w: A. Nowicka, W. Baziuk (red.), *Człowiek z chorobą Alzheimera w rodzinie i środowisku lokalnym*. Zielona Góra: Ofic. Wyd. UZ, Lubuskie Stow. Wsparcia Opiekunów i Osób z Chorobą Alzheimera, 2011.
Janion M., *Żyjąc, tracimy życie. Niepokojące tematy egzystencji*. Warszawa: Wyd. W.A.B., 2001.
Janiszewska-Rain J., *Okres późnej dorosłości. Jak rozpoznać potencjał ludzi w wieku podeszłym?*, w: A. I. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka*. Gdańsk: GWP, 2005.
Janiszewski M., Kunicki H., *Metody intensyfikacji wypoczynku*. Łódź: Wyd. UŁ, 1996.
Janiszewski M., *Muzykoterapia aktywna*. Warszawa–Łódź: Wyd. nauk. PWN, 1993.
Janiszewski M., Polak A., *Ocena skuteczności kinezyterapii w skojarzeniu z terapią wysokotonową u pacjentów geriatrycznych*. „Medycyna Manualna" 2002, vol. 6 [9/4].
Janiszewski M., *Zastosowanie wybranych technik muzykoterapii aktywnej jako formy kinezyterapii u pacjentów z nadciśnieniem pierwotnym*. Łódź: Wyd. UŁ, 1987.
Janke A. W., *Rodzina jako źródło wsparcia społecznego*, w: E. Kantowicz (red.), *Wsparcie społeczne w różnych układach życia ludzkiego życia*. Olsztyn: Glob, 1997.
Jankélévitch V., *La mort*. Paris: Flammarion,1966.
Jankélévitch V., *To, co nieuchronne: Rozmowy o śmierci*. Warszawa: PIW, 2005.
Jankowiak J., *Fizykoterapia*. Warszawa: PZWL, 1954.
Jankowska A., Szarkowska A. (red.), *Audiodeskrypcja*. „Przekładaniec" 2014, nr 28.
Jannou V. i współprac., *Stroke with atrial fibrillation or atrial flutter: a descriptive population-based study from the Brest stroke registry*. „BMC Geriatrics" 2015, vol. 15 [63].

Janowicz A. i współprac., *Zdrowa rozmowa. Sztuka komunikacji z osobami u kresu życia*. Gdańsk: Fundacja Hospicyjna, 2014.

Janowicz A., Krakowiak P., Stolarczyk A. (eds.), *In Solidarity. Hospice-palliative care in Poland*. Gdańsk: The Hospice Foundation, 2015 a.

Janowicz A., Krakowiak P., Stolarczyk A. (red.) *Solidarni. Dzieje opieki paliatywno- hospicyjnej w Polsce*. Gdańsk: Fundacja Hospicyjna, 2015 b.

Janowicz A., Krakowiak P., Stolarczyk A. (red.), *Solidarni. Opieka paliatywno-hospicyjna w Polsce*. Gdańsk: Fundacja Hospicyjna, 2015 c.

Janowicz A., *Rola opiekunów nieformalnych w opiece u kresu życia…* „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne" 2014, vol. 4 [2].

Janowska A. A., *Ewolucja konsumpcji muzyki – tendencja antropotropiczna*. „Studia i Prace. Zeszyty Naukowe Kolegium Ekonomiczno-Społecznego" 2008, nr 15.

Janowska, J., *Poradnik asystenta rodziny*. Kraków: MOPS, 2013.

Janssen I. i współprac., *Muscle mass (sarcopenia) in older persons is associated with Functional impairment and physical disability*. "Journal of the American Geriatric Society" 2002, vol. 50.

Janssen I. i współprac., *Skeletal muscle cutpoints with elevated physical disability risk in older men and women*. " American Journal of Epidemiology" 2004, vol. 159.

Janssen I., *Influence of sarcopenia on the development of physical disability: Cardiovascular health study…* "Journal of the American Geriatric Society" 2006, vol. 54.

Janusz B., *Jakościowa analiza procesu biegu życia człowieka w kontekście antropologicznych teorii rytuału*. [Niepublikowana praca doktorska]. Kraków: Arch. UJ, 2009.

Jaques E., *Death and the mid-life crisis*. "The Journal of Psychoanalysis" 1965, vol. 46 [4].

Jaracz J., Robakowski J., *Objawy zespołu czołowego w schizofrenii i otępieniu czołowo- skroniowym, Implikacje diagnostyczne i terapeutyczne*. „Neuropsychiatria i Neuropsychologia" 2011, vol. 6 [1].

Jaracz K., *Sposoby ujmowania i pomiaru jakości życia. Próba kategoryzacji*. „Pielęgniarstwo Polskie" 2001, nr 2.

Jarczyński Z., *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Wyd. PTP, 2001.

Jarosz J., *Leksykon pojęć i definicji – medycyna paliatywna i leczenie bólów nowotworowych*. „Nowotwory. Journal of Oncology" 2007, vol. 57 [1].

Jarosz M. (red.), *Normy żywienia dla populacji polskiej – nowelizacja*. Warszawa: Inst. Żywności i Żywienia, 2012.

Jarosz M. (red.), *Osteoporoza*. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 2010.

Jarosz M., Bilikiewicz A., *Podstawy psychiatrii. Podręcznik dla studentów*. Warszawa: PZWL,1988.

Jarosz M., *Żywienie osób w wieku starszym*. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 2011.

Jarosz M., *Żywienie osób w wieku starszym*. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 2011.

Jaroszewska A., *Nauczanie języków obcych seniorów w Polsce. Analiza potrzeb i możliwości w aspekcie międzykulturowym*. Kraków: Ofic. Wyd. „Impuls", 2013.

Jaroszewski Z., *Zaburzenia psychiczne w wieku starszym*, w: J. Rutkiewicz (red.), *Geriatria*. Warszawa: PZWL, 1979,

Jaroszyński J., Jaroszewski Z., Leder S., *Choroby psychiczne i opieka psychiatryczna. Podręcznik dla średnich szkół medycznych* Wyd. 6. Warszawa: PZWL, 1976;

Jaroszyński T., *Cel i zadania higieny społecznej.* „Zdrowie" 1909, rocz. 25, z. 9.

Jarvis H., Saving space, sharing time: Integreted infrastructures of daily life in cohousing. "Environment and Planning" 2011, vol. A 43 [3].

Jarvis P., *Learning to be a person in society*. London–New York: Routledge, 2009.

Jasińska-Kania A., *Neoinstytucjonalizm*, w: A. Jasińska-Kania i współprac. (red.), *Współczesne teorie socjologiczne*. Warszawa: Wyd. Nauk. Scholar, 2006.

Jasiński Z., *Stanisław Rogala (1932–2015) – nauczyciel, organizator i badacz problemów edukacji*, w: Z. M. Nowak, T. Olewicz (red.), *Samowychowanie do dojrzałej dorosłości*. Opole: Wyd. Inst. Śl., 2015.

Jaskot A., Przybylska E. (red.), *Kształcenie ustawiczne jako współczesna strategia edukacyjna. Nowe tendencje w andragogice*. Szczecin: Wyd. Arch. Państw., 1996.

Jasper B. M., *Gerontologie*. Hannover: Vincentz Verlag, 2002.

Jassem J. *Nowotwory płuca i opłucnej*, w: A. Szczeklik (red.), *Choroby wewnętrzne*. Kraków: Wyd. Medycyna Praktyczna, 2014. 2014, vol. 82.

Jaszczak-Kuźmińska D., Michalska K. (red.), *Przemoc w rodzinie wobec osób starszych i niepełnosprawnych. Poradnik dla pracowników pierwszego kontaktu*. Warszawa: Wyd. MPiPS, 2010.

Jaśko M., *Psychologiczne podstawy orientacji przestrzennej niewidomych*. Lublin: Wyd. UMCS, 1987.

Jaworska A. (red.), *Senior w obliczu izolacji penitencjarnej. Konteksty teoretyczne*. Bydgoszcz: Ofic. Wyd. Edward Mitek, 2013.

Jaworska A. (red.), *Senior w obliczu izolacji penitencjarnej. Konteksty teoretyczne*. Bydgoszcz: Ofic. Wyd. Edward Mitek, 2013

Jaworska A., *Aktywność twórcza więźniów a ich cechy osobowości i styl adaptacji do warunków więziennych*. [Niepublikowana praca doktorska]. Gdańsk: UG, 2005.

Jaworski M., Płudowski P., Lorenc R., *Standardy jakościowe w pracowni densytometrycznej*. „Terapia" 2008, vol. 16 [5].

Jaxa-Bykowski L., *Antropologiczne podstawy wychowania*. Warszawa: „Nasza Księgarnia", 1933.

Jazłowiecka E., *Miejsca ludzi starych i miejsca dla ludzi starych*, w: A. A. Zych (red.), *Poznać, zrozumieć i zaakceptować starość…* Łask: Over Group, 2012.

Jaźwiński P., *Rola wedyjskich obrzędów rodzinnych (samskar) w życiu dziecka*. „Miscellanea Antropologica et Socilogica" 1997, nr 5.

Jedliński K., *Jak rozmawiać z tymi, co stracili nadzieję*. Warszawa: Wyd. INTRA, 1992.

Jefferson M., *James Parkinson 1755–1824*. "British Medical Journal" 1973, vol. 2.

Jellinger K. A. *How close are we to revealing the etiology of Parkinson's disease?* "Expert Review of Neurotherapeutics" 2015, vol. 15 [10].

Jelonek T., *Starość w Biblii*. „Polonia Sacra" 2002, nr 11.

Jenkins H., *Kultura konwergencji. Zderzenie starych i nowych mediów*. Warszawa: WAiP, 2007.

Jervis L. L., *Native elder mistreatment*, w: R. M. Taylor (ed.), *Elder abuse and its prevention…* Washington, DC: The National Academies Press, 2014.

Jethon Z. (red.), *Zmęczenie jako problem współczesnej cywilizacji*. Warszawa: PZWL, 1977.

Jeznach M., Jordan P., Akoulitchev A., *Rak piersi – rozwój wczesnej diagnostyki nieinwazyjnej w celu ograniczenia umieralności i złagodzenia konsekwencji psychologicznych choroby*. „Psychoonkologia" 2013, vol. 2.

Jędrychowski W., *Epidemiologia w medycynie klinicznej i zdrowiu publicznym*. Kraków: Wyd. UJ, 2010.

Jędrzejewska B., *Badania przesiewowe*, w: L. Jabłoński (red.), *Epidemiologia. Podręcznik dla lekarzy i studentów*. Lublin: Wyd. Folium, 1999.

Jędrzejewski S., *Atrybuty starości w świetle Biblii*, w: K. Wójtowicz (red.), *Życie konsekrowane w trzecim wieku*. Kraków: „Alleluja", 2000.

Jiang T. i współprac., *Epidemiology and etiology of Alzheimer's disease: From genetic to non- genetic factors.* "Current Alzheimer Research" 2013, vol. 10 [8].

Jodko A., *Aktywność seksualna w podeszłym wieku. Przeszkody i ograniczenia oraz możliwości instytucjonalnej pomocy*, w: A. Fabiś (red.), *Instytucjonalne wsparcie seniorów – rozwiązania polskie i zagraniczne*, Bielsko-Biała: Wyd. WSA, 2007,

Johnson E., *Mapping the field of the whole human: Toward a form psychology*. "New Ideas in Psychology" 2013, vol. 31.

Johnson II T. M., Ouslander J. G., *Incontinence*, w: J. B. Halter i współprac. (eds.), *Hazzard's geriatric medicine and gerontology*. Wyd. 6. New York:. McGraw-Hill, 2009.

Johnson P. B., Hung-En S., *Substance abuse among aging baby boomers: Health and treatment implications.* "Journal of Addictions Nursing" 2009, vol. 20.

Jonda B., *Motywy i warunki powstawania oraz społeczne znaczenie projektów międzypokoleniowych w Niemczech*, w: J. T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Pomyślne starzenie się w perspektywie nauk o pracy i polityce społecznej*. Łódź: Wyd. UŁ, 2008.

Jones C. J., Rikli R. E., *Measuring functional fitness of older adults.* "The Journal of Active Aging" 2002, vol. 3 [4].

Jones C. J., Rose D. J. (eds.), *Physical activity instruction of older adults*. Champaign IL, Human Kinetics, 2005.

Jones I. R. i współprac., *Ageing in a consumer society: From passive to active consumption in Britain*. Bristol: Polity Press, 2008.

Jopp D., Rott C., *Adaptation in very old age: exploring the role of resources, beliefs, and attitudes for centenarians' happiness*. "Psychology of Aging" 2006, vol. 21.

Jordan J. E., Buchbinder R., Osborne R. H., *Conceptualising health literacy from the patient perspective*. "Patient Education and Counseling" 2010, nr 79.

Jorm A. F., Jolley D. *The incidence of dementia: a meta-analysis*. "Neurology" 1998, vol. 51 [3].

Joshi S., Morley J. E., *Vitamins and minerals*, w: A. J. Sinclair, J. E. Morley, B. Vellas (eds). *Principles and practice of geriatric medicine*. Wyd. 5. Oxford: Wiley-Blackwell Ltd, 2012.

Józefczyk J., *Szanse i zagrożenia dla asystentury – refleksje praktyka*, w: M. Szpunar (red.), *Asystentura rodziny nowatorska metoda pomocy społecznej w Polsce*. Gdańsk: MGT, 2010.

Jóźwiak A. *Otępienie u osób w wieku starszym*. „Geriatria" 2008, nr 2.

Jóźwiak A. *Otępienie u osób w wieku starszym*. „Geriatria" 2008, vol. 2.

Jóźwik-Plebanek K. i współprac., *Obturacyjny bezdech senny a powikłania w układzie sercowo-naczyniowym*. „Kardiologia Polska" 2012, t. 70, nr 7.

Juhász, G., *Exporting or pulling down? The European Social Model and Eastern Enlargement in the EU*. "European Journal of Social Quality" 2006, vol. 6 [1].

Jung C. G., *Archetypy i nieświadomość zbiorowa*. Warszawa: Wyd. KR, 2011.

Jung C. G., *O naturze kobiety.* Poznań; Wyd. Brama, 1992.

Jung C. G. *Archetypy i symbole. Pisma wybrane*. Wyd. 3. Warszawa: „Czytelnik", 1993.

Junge M. B., Wadeson H., *Architechts of art therapy: Memoirs and life stories*. Springfield, IL: Charles and Thomas, 2007.

Jurek Ł., *O jakości usług świadczonych w domach pomocy społecznej.* „Polityka Społeczna" 2011, nr 3.

Juros A., *Rola i sposoby animowania grup samopomocowych jako warunek integracji osób niepełnosprawnych w społeczności lokalnej*, w: A. Juros, W. Otrębski (red.). *Integracja osób niepełnosprawnych w społeczności lokalnej*. Lublin: Fundacja Środkowoeuropejskie Centrum Ekonomii Działania Społecznego, 1997.

Juszczyk S., *Badania ilościowe w naukach społecznych. Szkice metodologiczne*. Katowice: Wyd. Śl. Wyż. Szk. Zarządzania, 2005.

Juszczyk S., *Komunikacja człowieka z mediami*. Katowice: Wyd. Nauk. „Śląsk", 1998.

Kübler-Ross E.: *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. Warszawa: Inst. Wyd. PAX, 1979, nowe Wyd. Poznań: Wyd. Media Rodzina, 2007.

Kabat-Zinn J., *Gdziekolwiek jesteś, bądź.* Wyd. 3. Warszawa: Wyd. Czarna Owca, 2014 a.

Kabat-Zinn J., *Praktyka uważności dla początkujących.* Warszawa: Wyd. Czarna Owca, 2014 b.

Kabat-Zinn J., *Życie piękna katastrofa…* Wyd. 2. Warszawa: Wyd. Czarna Owca, 2013.

Kachaniuk H., *Całościowa ocena geriatryczna*, w: *Daj nadzieję i wsparcie w jesieni życia…*, Warszawa: b.w., 2013.

Kaczmarczyk M., *Brunon Synak. Kaszub – socjolog – działacz społeczny*. „Studia Socjologiczne" 2014, nr 1.

Kaczmarek L. *Nasze dziecko uczy się mowy*. Lublin: Wyd. Lubelskie, 1982.

Kaczmarek M., *Koncepcja menopauzy w ujęciu ewolucyjnym*. „Poznańskie Studia z Filozofii Nauki" 2014, nr 2.

Kaczmarek M., *Koncepcja menopauzy w ujęciu ewolucyjnym*. „Poznańskie Studia z Filozofii Nauki" 2014, nr 2.

Kaczmarek M., *Określenie wieku menopauzy naturalnej wśród polskich kobiet…* „Przegląd Menopauzalny" 2008, nr 2.

Kaczmarek M., *Stały choć stary. Czy człowiekowi z wiekiem psuje się charakter?* „Ja My Oni" 2012, nr 2.

Kaczmarek, M., *Menopauza w ujęciu biokulturowym*, w: D. Penkala-Gawęcka, I. Main, A. Witeska-Młynarczyk (red.)., *W zdrowiu i w chorobie… Z badań antropologii medycznej i dyscyplin pokrewnych*. Poznań: Wyd. Komitet Nauk Etnologicznych PAN, 2012.

Kadela K., Kowalczyk J., *Standardy pracy socjalnej. Rekomendacje metodyczne i organizacyjne*. Warszawa: WRZOS, 2014.

Kahn R. L., *Unilateral "spatial agnosia" ("inattention") in patients with cortical lesions*. "Brain" 1956, vol. 79 [1].

Kahn R., Antonucci T.,., *Convoys over the life course: Attachments, roles, and social support*, w: P. Baltes, O. Brim (esd*.). Life-span, development and behaviour*. New York: Academic Press, 1980, vol. 3.

Kaja B. (red.), *Wspomaganie rozwoju. Psychostymulacja i psychokorekcja*. Bydgoszcz: Wyd. Akad. Bydgoskiej, 2000.

Kaja B. M., *Psychologia wspomagania rozwoju. Zrozumieć świat człowieka*. Gdańsk: GWP, 2011.

Kaja H. (red.), *Poradnictwo życiowe*. „Studia Psychologiczne" [Bydgoszcz: Wyda. Nauk. WSP] 1979, z. 1.

Kaja H., *Założenia teoretyczne poradnictwa życia*, w: A. Kargulowa, M Jędrzejczak (red.), *Rola poradnictwa i doradztwa w optymalizowaniu rozwoju osobowości i podnoszeniu kultury pedagogicznej społeczeństw*. Wrocław: Wyd. Uniw. Wrocł., 1980.

Kaleta A., *E-learning jako dyfuzja innowacji na obszarach wiejskich Unii Europejskiej*, „Kultura i Edukacja" 2014, nr 2.

Kalinowski M, *Duszpasterstwo hospicyjne. Studium pastoralne na podstawie wybranych ośrodków hospicyjnych w Polsce*. Wyd. 2. Lublin: „Polihymnia", 2001.

Kalinowski M., *Duszpasterstwo hospicyjne.* Lublin: Wyd. KUL, 2001.

Kalinowski M., *Chorzy terminalnie – wsparcie duchowe,* w: M. Kalinowski (red.), *Wzrastanie człowieka w godności, miłości i miłosierdziu*. Lublin: Wyd. KUL, 2005.

Kaliszewska K., *Stulatkowie*. „Medi. Forum Opieki Długoterminowej" 2008, nr 2.

Kalvach i współprac., *Geriatrie a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, 2004;

Kałka D., Sobieszczańska M., Marciniak W., *Aktywność fizyczna jako element prewencji chorób sercowo-naczyniowych u osób w podeszłym wieku*. „Polski Merkuriusz Lekarski" 2007, vol. 22 [127].

Kałużna-Wielobób A., *Marzenia kobiet w wieku średnim*. Kraków: Wyd. UP, 2010.

Kałużna-Wielobób A., *Marzenia kobiet w wieku średnim*. Kraków: Wyd. Nauk. Uniw. Pedag., 2010.

Kamieniecka E., *Filozofia wsparcia i troski w pielęgniarstwie pediatrycznym w odniesieniu do dziecka umierającego*, w: K. Piskorz, E. Darowna, E. Kamieniecka (red.), *Dziecko w zdrowiu i w chorobie…* Olsztyn: Woj. Specjalistyczny Szpital Dziecięcy, 1998.

Kamińska M. S., Brodowski J., *Ocena zagrożenia niedożywieniem pacjentów w wieku podeszłym objętych podstawową opieką zdrowotną w kontekście ryzyka upadku*. „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu" 2013, vol. 19 [4].

Kamiński A., *Aktywność jako wzmacnianie żywotności osób starszych*, w: *Encyklopedia seniora*. Warszawa: „Wiedza Powsz.", 1986 a.

Kamiński A., *Funkcje pedagogiki społecznej. Praca socjalna i kulturalna*. Warszawa: PWN, 1982.

Kamiński A., *Funkcje pedagogiki społecznej*. Warszawa: PWN, 1972.

Kamiński A., *Funkcje pedagogiki społecznej*. Warszawa: PWN, 1975.

Kamiński A., *Pedagogika w służbie starości*, w: *Encyklopedia seniora*. Warszawa: „Wiedza Powsz.", 1986 b.

Kamiński A., *Podstawowe pojęcie pedagogiki społecznej w pracy socjalnej*. Warszawa: Inst. Wyd. CRZZ, 1976.

Kamiński A., *Studia i szkice pedagogiczne*. Warszawa: PWN, 1978.

Kamiński A., *Studia i szkice pedagogiczne*. Warszawa: PWN, 1978.

Kamiński A., *Wychowanie dla starości*. „Zdrowie Psychiczne" 1971, nr 1.

Kamiński A., *Wychowanie do starości jako czynnik adaptacji ludzi starszych do nowoczesnego społeczeństwa*. „Praca i Zabezpieczenia Społeczne" 1974, nr 6.

Kamiński R., *Duszpasterstwo zwyczajne*, w: *Leksykon teologii pastoralnej*. Lublin: TN KUL, 2006.

Kamm F. M., *Morality, mortality.* New York–Oxford: Oxford Univ. Press, 1993, vol. 1: *Death and whom to save from it*.

Kamusińska E., Słopiecka A., *Funkcjonowanie społeczne starszych osób niepełnosprawnych na przykładzie pacjentów hospitalizowanych w oddziale rehabilitacji*. „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu" 2012, vol. 18 [3].

Kandler A., Perreault C., *Cultural evolution in spatially structured populations: A review of alternative modelling frameworks*. "Advances in Complex Systems" 2012, vol. 15.

Kane R. L., Kane R. A., (eds.), *Assessing older persons: Measures, meaning, and practical applicatio*n. New York: Oxford Univ. Press, 2000.

Kane R.A., Kane R.L. (eds.), *Assessing older persons. Measures, meaning and practical applications*. Oxford: Oxford Univ. Press, 2000.

Kanherkar R. R., Bhatia-Dey N., Csoka A. B., *Epigenetics across the human lifespan*. "Frontiers in Cell and Development Biology" 2014, vol. 2 [49].

Kaniasty K., Norris F. H., *Social support dynamics in adjustment to disasters*, w: S. Duck (eds.), *Handbook of personal relationships*. New York: Wiley, 1997.

Kanios A., *Wykluczenie społeczne*, w: A. Weissbrot-Koziarska, I. Dąbrowska-Jabłońska (red.) *Słownik metod, technik i form pracy socjalnej, opiekuńczej i terapeutycznej*. Opole: Wyd. Uniw. Opolskiego, 2014.

Kanis J. A. i współprac., *A reference standard for the description of osteoporosis.* "Bone" 2008, vol. 42.

Kanis J. A. i współprac., *Long-term risk of osteoporotic fracture in Malmö*. "Osteoporosis International" 2000, vol. 11 [8].

Kanis J. A. i współprac., *The perspective of the International Osteoporosis Foundation on the official positions of the International Society for Clinical Densitometry.* "Journal of Clinical Densitometry" 2005, vol. 8, Issue 2.

Kanis J. A., Burlet N., Cooper C., *European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO). European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women.*, "Osteoporosis International" 2008, vol. 19 [3].

Kanonidou Z., Karystianou G., Anesthesia for the elderly. "Hippokratia" 2007, vol. 11.
Kanonidou Z., Karystianou G., *Anesthesia for the elderly*. "Hippokratia" 2007, vol. 11 [4].
Kant I., *Uzasadnienie metafizyki moralności*. Warszawa: Wyd. DeAgostini, 2002.
Kantowicz E. (red.), *Wsparcie społeczne w różnych układach ludzkiego życia*. Olsztyn: SKU „Glob", 1997.
Kantowicz E., *Elementy teorii i praktyki pracy socjalnej*. Olsztyn: Wyd. UW-M, 2010.
Kantowicz E., *Elementy teorii i praktyki pracy socjalnej*. Olsztyn: Wyd. UW-M, 2001.
Kantowicz E., *Elementy teorii i praktyki pracy socjalnej*. Olsztyn: Wyd. UW-M, 2001.
Kantowicz E., *Elementy teorii i praktyki pracy socjalnej*. Olsztyn: Wyd. UW-M, 2001.
Kański J., *Przewodnik operowy*. Wyd. 11. Kraków: PWM SA, 2014.
Kaolak W. *„Upcykling" („recykling art.") w twórczym samorozwoju i arteterapii*, w: A. A. Zych (red.), *Starość darem, zadaniem i wyzwaniem…* Sosnowiec–Dąbrowa Górnicza: Stow. Przyjaciół DPS, Wyd. Progres, 2014 b.
Kaplan A. G. i Sedney M. A., *Psychology and sex roles. An androgynous perspective*. Boston– Toronto: Little, Brown & Co., 1980.
Kaptacz A., *Organizacja i zarządzanie w opiece paliatywnej*, w: K. de Walden-Gałuszko, A. Kaptacz (red.), *Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej*. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 2005.
Kaptacz A., *Problemy społeczno-socjalne*, w: K. de Walden-Gałuszko, A. Kaptacz (red.), *Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej*. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 2005.
Karabanowicz A. i współprac., *Evaluation of functional efficiency in people with nervous system deseases*. "Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska" 2005, vol. 60 [190].
Karaś D., Kłym M., Cieciuch J., *Eudajmonistyczny dobrostan psychiczny a kształtowanie poczucia tożsamości w sferze edukacyjnej i zawodowej*. „Psychologia Rozwojowa" 2013, vol. 18 [1].
Karczewska B. i współprac., *Opiekunowie rpdzinni osób starszych z otępieniem lub zaburzeniami poznawczymi w Polsce – czynniki ryzyka obciążenia opieką*. „Gerontologia Polska" 2012, t. 20, nr 2.
Karczewski M., *Opieka społeczna*, w: A. Rajkiewicz (red.), *Polityka społeczna.* Warszawa: PWE, 1973.
Karg H. H., *Gerontopädagogik.* Frankfurt am Main: Haag und Herchen 1987.
Kargul J., *O zmianach w kształceniu dorosłych*, w: A. Fabiś, B. Cyboran (red.), *Dorosły w procesie kształcenia*. Bielsko-Biała: Wyd. WSA, ATA, 2009.
Kargul J., *Obszary pozaformalnej i nieformalnej edukacji dorosłych*. Wrocław: Wyd. DSWE TWP, 2001.
Kargul J., *Obszary pozaformalnej i nieformalnej edukacji dorosłych. Przesłanki do budowy teorii edukacji całożyciowej*. Wyd. 2. Wrocław: Wyd. Nauk. DSWE, 2005.
Kargul J., *Od upowszechniania kultury do animacji kulturalnej*. Toruń: Wyd. Adam Marszałek, 1996.
Kargulowa A. (red.), *Poradoznawstwo – kontynuacja dyskursu*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2009.
Kargulowa A., *O teorii i praktyce poradnictwa. Odmiany porado znawczego dyskursu*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2004.
Kargulowa A., *O teorii i praktyce poradnictwa.* Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2004.
Kargulowa A., *Poradnictwo jako wiedza i system działań. Wstęp do poradoznawstwa*. Wrocław: Wyd. Uniw. Wrocł., 1986.
Karolak W., *Arteterapie. Język wizualny w terapiach, twórczości i sztuce*. Warszawa: Difin, 2014.
Karolak W., *Arteterapie. Język wizualny w terapiach, twórczości i sztuce*. Warszawa: Wyd. „Difin", 2014 a.
Karolak W., *Arteterapie. Terapie za pomocą sztuk* wizualnych. Warszawa: Wyd. APS, 2010,
Karolak W., Kaczorowska B. (red.), *Arteterapia w medycyni i edukacji*. Łódź: Wyd. WSH-E, 2008.
Karolak W., Kaczorowska B. (red.), *Arteterapia w medycyni i edukacji*. Łódź: Wyd. WSH-E, 2008.
Karolak W., Kaczorowska B. (red.), *Arteterapia: Od rozważan nad teorią do zastosowań praktycznych*. Łódź: Wyd. WSH-E, 2011.
Karolak W., Kaczorowska B. (red.), *Arteterapia: Od rozważan nad teorią do zastosowań praktycznych*. Łódź: Wyd. WSH-E, 2011.
Karolak W., *Rysunek w arteterapiach i twórczym rozwoju*. Warszawa: Difin, 2015.
Karsak M. i współprac., *Cannabinoid receptor type 2 gene is associated with human osteoporosis*. „Human Molecular Genetics" 2006, vol. 14 [22].
Karski J. B., *Praktyka i teoria promocji zdrowia*. Warszawa: Wyd. CeDeWu, 2007.
Karta Praw Seksualnych i Reprodukcyjnych Międzynarodowej Federacji Planowanego Rodzicielstwa… „Biuletyn Federacji na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny" 2001, vol. 1 [18].

Karwala S., *Mentoring jako strategia wspierająca wszechstronny rozwój osobisty*. Nowy Sącz: Wyd. WSB – National Louis Univ., 2009.

Karwat I.D., Skwarcz A., *Rehabilitacja medyczna – jej cele, założenia i znaczenie praktyczne.* „Postępy Nauk Medycznych" 2000, vol. 3.

Kaschack E., *Nowa psychologia kobiety. Podejście feministyczne*. Gdańsk: GWP, 2001.

Kasicz-Stępień G., *Doradztwo osobiste…* Opole: Wyd. Inst. Śl., 2014.

Kasiukiewicz A., i współprac.,., *Zespół słabości w przebiegu pierwotnej nadczynności przytarczyc – opis przypadku.* „Gerontologia Polska" 2013, t. 21, nr 4.

Kasperczyk T., *Aktywność fizyczna seniorów warunkiem zdrowia i dobrej jakości życia*. "Journal of Clinical Healthcare" 2014, No. 1.

Kasperczyk T., Krawczyk D., *Homeostaza jako zasadniczy paradygmat zdrowia*, w: D. Mucha, H. R. Zięba (red.), *Promocja zdrowia wobec zagrożeń cywilizacyjnych*. Nowy targ: PPWSZ, 2007.

Kasprzak M., Ciałkowska-Kuźmińska M., *Zaburzenia osobowości w wieku podeszłym – tendencje we współczesnych badaniach.* „Psychogeriatria Polska" 2012, vol. 9 [3].

Kasprzak W. (red.), *Fizjoterapia kliniczna.* Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 2011.

Kasprzak W., Mańkowska A.,. *Fizykoterapia, medycyna uzdrowiskowa i SPA*. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 2008.

Kastenbaum R., *Psychology of death*. New York: Springer Publ. Comp, 1972, Wyd. 3. 2000.

Kastenbaum, R., Aisenberg R., *Psychology of death*. New York: Springer, 1972.

Kaszkur-Niechiwej B., *Kursy komputerowe dla seniorów – poradnik*. Kraków: Wyd. Stow. Akademia Pełni Życia, 2005.

Katafias S., *Eutanazja*, w: R. Wiśniewski (red.), *Wybrane pojęcia i problemy etyki*. Toruń: Wyd. UMK, 1984.

Kato M., Slack F. J., *Ageing and the small, non-coding RNA world*. "Ageing Research Reviews" 2013, vol. 12 [1].

Katz S. i współprac., *Active life expectancy*. "The New England Journal of Medicien" 1983, vol. 309.

Katz S. i współprac., *Chance for change: Implications of a chronic disease module study.* East Lansing, MI: Michigan State Univ., 1979.

Katz S. i współprac., *Progress in the development of the index of ADL*. "The Gerontologist" 1970, vol. 10 [1].

Katz S. i współprac., *Studies of illness in the aged. The index of ADL a standardized measure of biological and psychological function*. "JAMA" 1963, vol. 185 [12].

Katz S. i współprac., *Studies of illness in the aged. The Index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function*. "JAMA" 1963, vol. 185.

Katz S. i współprac., *Studies of illness in the aged. The Index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function*. "JAMA" 1963, vol. 185.

Katz S. i współprac., *Studies of illness in the aged. The Index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function*. "JAMA" 1963, vol. 185. Lawton M. P., Brody E. M. *Assessment of elderly people: self maintaining and instrumental activities of daily living.* "The Gerontologist " 1969, vol. 9. Maguire G, H. (ed.), *Care of the elderly: A health team approach*. Boston–Toronto: Little, Brown and Company, 1985. Mahoney F., Barthel D. *Functional evaluation: The Barthel index*. "Maryland State Medical Journal" 1965, vol. 14. Norton D., McLaren R., Exton-Smith A.N., *An investigation of geriatric problems in hospital*. Wyd. 3. London: Churchill Livingstone, 1979. Rubenstein L. Z., *An overview of comprehensive geriatric assessment*, w: L. Z. Rubenstein, D. Wieland R. Bernabei R (eds.), *Geriatric assessment technology. The state of the art*. Milan: Editrice Kurtis, 1995. Stuck A. E. i wspólprac., *Effects of comprehensive geriatric assessment on survival, residence, and function: A meta-analysis of controlled trials*. "Lancet "1993, vol. 342.

Katz S., *Assessing self-maintenance: Activities of daily living, mobility and instrumental activities of daily living*. "Journal of the American Geriatrics Society" 1983, vol. 31.

Katz S., Stroud M. W., *Functional assessment i geriatrics: A review of progress and directions*. "Journal of the American Geriatrics Society" 1989, vol. 37.

Katz S., *The science of quality life*. "Journal of Chronic Diseases" 1987, vol. 40.

Katzung B. G., *Special aspects of geriatric pharmacology*, w: B. G. Katzung, S. B. Masters, A. J., Trevor (eds.) *Basic and clinical pharmacology.* Wyd. 12. Nowy York: McGrawHill/Lange, 2012.

Kausler D. H., Kausler B. C., Krupsaw J. A., *Aging in the Twenty-First Century: An everyday guide to health, mind and behavior*. Wyd. 3. Columbia–London: Univ. of Missouri Press, 2007.

Kausler F. H., Kausler B. C., *The Graying of America: An Encyclopedia of Aging, Health, Mind and Behavior*. Wyd. 2. Champaigne, IL: Univ. of Illinois Press, 2001.

Kawa M., Orlikowska A., *Wpływ systematycznych ćwiczeń ogólnousprawniających na aktywność psychofizyczną osób w podeszłym wieku*. „Fizjoterapia" 2001, vol. 9 [3].

Kawachi I., Subramanian, S. V., *Social capital and health*. w: N. B. Anderson (red.), *Encyclopedia of health & behavior*. Thousand Oaks Calif.: Sage Publ., 2004.

Kawczyńska-Butrym Z., (red.), *Wsparcie społeczne w zdrowiu i w chorobie*. Warszawa: CMDN ŚSM, 1994.

Kawczyńska-Butrym Z., *Niepełnosprawność – specyfika pomocy społecznej*. Warszawa: Wyd. Interart, 1996.

Kawczyńska-Butrym Z., *Praca socjalna*. Lublin: Wyd. UMCS, 1999.

Kawczyńska-Butrym Z., *Wyzwania rodziny. Zdrowie, choroba, niepełnosprawność, starość*. Lublin: Makmed, 2008.

Kawczyńska-Butrym Z., *Wyzwania rodziny: zdrowie, choroba, niepełnosprawność, starość*. Lublin: Wyd. MakMed.

Kawula S., *Pedagogika społeczna wobec problemów człowieka starego*, w: S. Kawula, (red.), *Pedagogika społeczna: dokonania – aktualność – perspektywy. Podręcznik akademicki dla pedagogów*. Toruń: Wyd. Adam Marszałek, 2002.

Kawula S., *pomocniczość i wsparcie. Kategorie pedagogiki społecznej*. Olsztyn: Ofic. Wyd. „Kastalia" 2002.

Kawula S., *Wsparcie* społeczne, w: D.:Lalak, T. Pilch (red.), *Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej i pracy socjalnej*. Warszawa: Wyd. Akad. „Żak" 1999.

Kaźmierczak T. i współprac., *Charakterystyka zawodu pracownika socjalnego dla potrzeb opracowania programu szkół (wydziałów) pracowników socjal*nych. „Praca Socjalna" 1994, nr 2.

Kaźmierczak T., *Czy praca socjalna we współczesnej Polsce jest nowoczesna?*, w: W. Szymczak (red.), *Współczesne wyzwania i metody pracy socjalnej*. Lublin: Wyd. TN KUL, 2009.

Keating W. P., *Peripatology in practice*. "New Outlook for the Blind" 1965, vol. 59.

Keenan C., *Working with the Life-Space*, w: J. Lishman (ed.), *Handbook of theory for practice teachers in social work*. Wyd. 10. London–Philadelphia, Jessica Kingsley Publishers, 2005.

Kehayias J. J. i współprac., *Total body potassium and body fat: relevance to aging.* "American Journal of Clinical Nutrition" 1997, vol. 66.

Kehlet H., Wilmore D. W., *Evidence based surgical care ant the evolution of fast-track surgery.* "Annals of Surgery" 2008, vol. 248 [2].

Keith-Lukas A., *Ethics in social work*, w: *The Encyclopedia of Social Work*. Wyd. 17. Washington: NASW Press, 1997.

Keller H., *Historia mojego życia*. Wyd. 2. Warszawa: „Czytelnik", 1978.

Keller H., *The story of my life*. New York: Penguin Books, 1905.

Kelm A., *Węzłowe problemy pedagogika opiekuńczej*. Warszawa: Wyd. Akad. „Żak", 2000.

Kelm A., *Węzłowe problemy pedagogiki opiekuńczej*. Warszawa: Wyd. Akad. „Żak", 2000.

Kelsey J. L. i współprac., *Indoor and outdoor Falls in older adults and different: The maintenance of balance, independent living, intellect, and Zest in the Elderly Boston Study*. "*Journal* of the *American Geriatrics Society*" 2010, vol. 58.

Kelvin K. F. i współprac., *Cognitive tests to detect dementia. A systematic review and metaanalysis*. "JAMA Internal Medicine" 2015, vol. 175 [9].

Kemper S., *Elderspeak: Speech accommodations to older adults*. "Aging and Cognition" 1994, vol. 1.

Kempny M., Szmatka J. (red.), *Współczesne teorie wymiany społecznej*. Warszawa: PWN, 1992.

Kempny M., *Wymiana i społeczeństwo. Obraz rzeczywistości społecznej w ujęciu współczesnych socjologicznych i antropologicznych teorii wymiany*. Wrocław–Warszawa– Kraków–Gdańsk–Łódź: Zakł. Nar. im. Ossolińskich, Wyd. PAN, 1988.

Kennedy B. J., *Aging and cancer*, w: L. Balducci i współprac. (eds.), *Comprehensive geriatric oncology*. Wyd. 2. Abingdon: Taylor & Francis Group, 2004.

Kennedy E., Charles S.C., *Jak pomagać dobrą radą*. Kraków: WAM, 2004.

Kennedy G. J., *Depression and other mood disorders*, w: K. S. Markides (ed.), *Encyclopedia of Health and Aging.*Thousand Oaks, CA: SAGE Publ., Inc., 2007.

Kenny R. A., *Syncope in elderly: Diagnosis, evaluation and treatment*. "Journal of Cardiovascular Elektrophysiology" 2003, vol. 9.

Kent M, *The Oxford Dictionary of Sport Science and Medicine*. Ocford: Oxford. Univ. Press, 1994.

Kenyon C., *The genetics of ageing*. "Nature" 2010, vol. 464.

Kerényi K., *Mitologia Greków*. Warszawa: „KR", 2002.

Kertesz A., Kalvach P. *Arnold Pick and German Neuropsychiatry in Prague.* "Archives of
Kertesz A., Munoz D. G. (eds.), *Pick's disease and Pick complex*. New York: Wiley-Liss, Inc. 1998.
Kertesz A., *Pick complex: Historical introduction*. "Alzheimer Disease and Associated Disorders 2007, vol. 21 [4].
Kessel M., *Sexuality in the older person*. "Age and Ageing" 2001, vol. 30.
Kessel Schneider S. i współprac., *Cyberbullying, school bullying, and psychological distress: A regional census of high school students*. „American Journal of Public Health" 2012, vol. 102.
Kevorkian R. T, Morley J. E., *The physiology of ageing*, w: A. J. Sinclair, J. E. Morley, B. Vellas (eds.), *Principles and practice of geriatric medicine*. Wyd. 5. Chicester: Wiley- Blackwell Ltd, 2012.
Key indicators of the labour market. Geneva: ILO, 2014.
Kędzierska J., *Kształcenie*, w: T. Pilch (red.), *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku.* Warszawa: Wyd. Akad. „Żak", 2004, t. 2.
Kędziora-Kornatowska K. i współprac. (red.), *Repetytoprium z pielęgniarstwa. Podręcznik dla studiów medycznych*. Warszawa: Wyd. lek. PZWL, 2010, dodr. 2014.
Kędziora-Kornatowska K., *Aging of erythrocyte system and anemia in the elderly.* „Postępy Biologii Komórki" 2005, vol. 32 [1].
Kędziora-Kornatowska K., Muszalik M. (red.), *Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunku pielęgniarstwa*. Lublin: Wyd. Czelej, 2007.
Kędziora-Kornatowska K., Muszalik M. (red.), *Kompendium pielęgnowania pacjentów w \ starszym wieku. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunku pielęgniarstwa*. Lublin: Wyd. Czelej, 2007.
Kędziora-Kornatowska K., Muszalik M., Skolimowaka E. (red.), *Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej. Podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 2010, dodr. 2015.
Kępiński A., *Człowiek stary i lekarz*. „Przegląd Lekarski" 1971 a, vol. 27 [1].
Kępiński A., *Czy kryzys stosunku lekarza do chorego*. „Polski Tygodnik Lekarski" 1962, nr 17.
Kępiński A., *KZ-syndrome*. "Archives of Psychiatry and Psychotherapy" 2008, vol. 10 [4].
Kępiński A., *Lęk*. Warszawa: PZWL, 1977, nowe Wyd. Kraków: Wyd. Lit., 2012.
Kępiński A., *Lęk*. Warszawa: PZWL, 1977, nowe Wyd. Kraków: Wyd. Lit., 2012.
Kępiński A., *Melancholia*. Warszawa: PZWL,1974, nowe Wyd. Kraków: Wyd. Lit., 2014.
Kępiński A., *O starości − uwagi psychiatry*. „Przegląd Lekarski" 1970, vol. 26 [1].
Kępiński A., *Poradnik według Antoniego Kępińskiego. Poznaj siebie*, Kraków: WL, 2004.
Kępiński A., *Poznanie chorego*. Warszawa: PZWL,1978, nowe Wyd. Kraków: Wyd. Lit., 2013.
Kępiński A., *Psychopatologia nerwic*. Warszawa: PZWL, 1986.
Kępiński A., *Psychoterapia w geriatrii*. „Przegląd Lekarski" 1971 b, vol. 27 [2].
Kępiński A., *Refleksje oświęcimskie*. Kraków: Wyd. Lit., 2005.
Kępiński A., *Rytm życia.* Kraków: Wyd. Lit., 1972, nowe Wyd. 2015.
Khavkin J, Ellis D., *Aging skin: histology, physiology and pathology*. "Facial Plastic Surgery Clinics of North America" 2011, vol. 19 [2].
Khoury F. i współprac., *The effect of fall prevention exercise programmes on fall induced injures in community dwelling older adults…* "British Medical Journal" [BMJ] 2013, vol. 347 [6234].
Kic-Drgas J., *Fremdsprachenlernen im Seniorenalter. Entwicklung und Evaluation von Lehr- und Lernmaterialien für Senioren.* Wrocław–Dresden: Qaestio/Neisse Verlag, 2013.
Kiciński J., *Powołanie w jesieni życia według św. Jana Pawła II*. „Polonia Sacra" 2014, t. 18 [3].
Kiecolt-Glaser i współprac., *Acute psychological stresor and short-term immune changes*. "Psychosomatic Medicine" 1992, vol. 54 [6].1992;
Kiejna A. i współprac., *Czy można zmniejszyć obciążenia ekonomiczne związane z chorobą Alzheimera?* „Psychogeriatria Polska" 2004, vol. 38 [1].
Kiejna A. i współprac., *Standardy leczenia otępień.* „Psychogeriatria Polska" 2008, vol. 5.
Kiejna A., *Alois Alzheimer – zarys biografii*, w: J. Leszek (red.), *Choroby otępienne. Teoria i praktyka*. Wrocław: Wyd. Continuo, 2011.
Kiejna A., Misiak B., *Psychogeriatria: zagadnienie epidemiologiczne*. „Psychiatria po Dyplomie" 2012, vol. 9 [4].
Kiejna A., Rymaszewska J., Adamowski T., *Czy można zmniejszyć obciążenie ekonomiczne związane z chorobą Alzheimera?* „Psychogeriatria Polska" 2004, vol. 1 [2].
Kielanowski T., *Medyczne i moralne problemy śmierci i umierania*. „Etyka" 1975, t. 14.

Kielar M., Fil K., *Jak oceniać technologie telemedyczne w placówce?* „Ogólnopolski Przegląd Medyczny" 2014, vol. 6.
Kierył M., *Muzyczna apteczka, czyli profilaktyka i terapia muzyczna na co dzień*. Warszawa: PSSiJO, 1996.
Kieślowski K., *Autobiografia* [oprac. D. Stok]. Kraków: „Znak", 2012;
Kijak R. J, Szarota Z., *Starość. Między diagnozą a działaniem*. Warszawa: CRZL, 2013.
Kijak R. J, Szarota Z., *Starość. Między diagnozą a działaniem*. Warszawa: CRZL, 2013.
Kijak R. J. *Społeczne doświadczanie starości – postawy wobec ludzi starych i ich jakość życia*, w: R. J. Kijak, Z. Szarota, *Starość. Między diagnozą a działaniem*. Warszawa: Wyd. CRZL, 2013.
Kijak R. J., Szarota Z., *Starość. Między diagnozą a działaniem*. Warszawa: CRZL, 2013.
Kijak R. J., *Życie intymne ludzi starych,* w: A. A. Zych (red.), *Starość darem, zadaniem i wyzwaniem…* Sosnowiec–Dąbrowa Górnicza: Stow. Przyjaciół DPS, Wyd. Progres, 2014.
Kijak R.J., Szarota Z., *Starość. Między diagnozą a działaniem*. Warszawa: CRZL, 2013.
Kikcbusch I., Maag D., *Health literacy*, w: *International encyclopedia of public health*. San Diego: Academic Press, 2008.
Kilarski W. M., *Strukturalne podstawy biologii komórki*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2003.
Kilian M., Czech J., *Rodzinne Domy Pomocy dla osób starszych w krajach zachodnich i w Polsce*. „Praca Socjalna" 2012, nr 4.
Kilian M., *Edukacja międzypokoleniowa wobec wyzwań współczesności*. „Forum Pedagogiczne" 2011 a, nr 1.
Kilian M., *Geragogika specjalna w dobie starzenia się społeczeństw*, w: M. Dycht, L. Marszałek (red.), *Dylematy (niepełno) sprawności – rozważania na marginesie studiów kulturowo-społecznych*. Warszawa: Wyd. Salezjańskie, 2009.
Kilian M., *Rehabilitacja wobec potrzeb osób w starszym wieku*, w: S. Steuden, M. Stanowska, K. Janowski (red.), *Starzenie się z godnością*. Lublin Wyd. KUL, 2011 b.
Kilian M., Źródła ageizmu i jego przejawy we współczesnym świecie. „Gerontologia Polska" 2004, nr 3.
Killin A., *The arts and human nature: Evolutionary aestetics and the evolutionary status of art*. "Behaviours. Biology and Philosophy" 2013, vol. 28.
Kimble M. A. (ed.), *Viktor Frankl's contribution to spirituality and aging*. "Journal of Religious Psychology" 2000 a, vol. 11 [3/4].
Kimble M. A. (ed.), *Viktor Frankl's contribution to spirituality and aging*. New York: Haworth Pastoral Press, 2000 b, nowe Wyd. New York: Routledge, 2013.
Kimmel D. C., *Issues to consider in studies of midlife and older sexual minorities*, w: B. de Vries, G. H. Herdt (eds.), *Gay and lesbian aging: Research and future directions.* New York: Springer, 2004.
Kingsberg S., *The impact of aging on sexual function in women and their partners.* "Archives of Sexual Behavior" 2002, vol. 31 [5].
Kipps C. M, Hodges J. R., *Cognitive assessment for clinicians.* "Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry" 2005, vol. 76 [Suppl. 1].
Kirenko J., Byra S, *Zasoby osobiste w chorobach psychosomatycznych*. Lublin: Wyd. UMCS, 2008.
Kirenko J., *Indywidualna i społeczna percepcja niepełnosprawności*. Lublin: Wyd. UMCS, 2007.
Kirenko J., Korczyński M., *Wobec niepełnosprawności*. Lublin: Wyd. Akad. WSSP, 2008.
Kirenko J., *Oblicza niepełnosprawności.* Lublin: Wyd. Akad. WSSP, 2006.
Kirenko J., Zubrzycka-Maciąg T., *Współczesny nauczyciel. Studium wypalenia zawodowego*. Lublin: Wyd. UMCS, 2011.
Kirkwood T. [B. L.], *Czas naszego życia. Co wiemy o starzeniu się człowieka*. Kielce: Wyd. Charaktery, 2005.
Kirkwood T. [B. L.], *Dlaczego nie możemy żyć wiecznie*? „Świat Nauki", 2010 b, nr 10.
Kirkwood T. [B.], *Czas naszego życia. Co wiemy o starzeniu się człowieka*. Kielce: Wyd. Charaktery, 2005.
Kirkwood T. [B]., *Lokata w banku czasu.* [Rozmowę przeprowadziła Agnieszka Chrzanowska. „Charaktery" 2010, nr 2.
Kirkwood T. [B]., *Lokata w banku czasu.* [Rozmowę przeprowadziła Agnieszka Chrzanowska. „Charaktery" 2010, nr 2.
Kirkwood T. B. [L.], Austad S. N., *Why do we age?* "Nature" 2000, vol. 408 [6809].
Kirkwood T. B. [L.], *Evolution of ageing.* "Mechanisms of Ageing and Development" 2002, vol. 123 [7].
Kirkwood T. B. L., Cremer T., *Cytogerontology since 1881: A reappraisal of August Weismann.* "Human Genetics" 1982, vol. 60.
Kirkwood T. B. L., *Evolution of ageing*. "Nature" 1977, vol. 270.
Kirkwood T. B., Melov S., *On the programmed/non-programmed nature of ageing within the life history.* "Current Biology" 2011, vol. 21 [18].
Kirkwood, T. [B. L.], *Czas naszego życia. Co wiemy o starzeniu się człowieka*. Kielce: Wyd. Charaktery, 2005.

Kirkwood, T. [B. L.], *Dlaczego kobiety żyją dłużej*. „Świat Nauki" 2010 a, nr 12.
Kirkwood, T. [B. L.], *Dlaczego nie możemy żyć wiecznie?* „Świat Nauki" 2010 b, nr 10.
Kirkwood, T. B. L. *Comparative and evolutionary aspects of longevity*, w: C. E. Finch, E. L. Schneider (eds.), *Handbook of the biology of aging*. Wyd. 2. New York: Van Nostrand Reinhold, 1985.
Kirkwood, T. B. L., *Evolution of ageing*. "Nature"[270].
Kirkwood, T. B. L., Holliday, R., *Ageing as a consequence of natural selection*, w: A. J. Collins, A. H. Bittles (eds.), *The biology of human ageing*. Cambridge: Cambridge Univ. Press, 1986.
Kirkwood, T. B. L., *Repair and its evolution: survival versus reproduction*, w: C. R. Townsend, P. Calow (ed.), *Physiological ecology: An evolutionary approach to resource use*. Oxford: Blackwell Scientific Publ., 1981.
Kirkwood, T. B. L., Rose M. R., *Evolution of senescence: Late survival sacrificed for reproduction*. "Philosophical Transactions: Biological Sciences" 1991, vol. 332 [1262].
Kirkwood, T. B. L., Rosenberger, R. F., Galas, D. J., *Accuracy in molecular processes: its control and relevance to living systems*. London: Chapman & Hall, 1986.
Kirkwood, T. B. L., *Time of our lives: The science of human aging*. Oxford: Oxford Univ. Press, 1999.
Kirshnan N. R., Kasthuri A. S., *Iatrogenic disorders.* "Medical Journal Armed Forced India" 2005, vol. 61 [1]
Kitzman D. W., Taffet G., *Effects of aging on cardiovascular structure*, w: J. B. Halter i współprac. (eds.), *Hazzard's geriatric medicine and gerontology*. Wyd. 6. New York:. McGraw-Hill, 2009.
Kiwerski J., Górski W., *Wspomnienie o profesorze Marianie Weissie*. „Postępy Rehabilitacji" 1989, vol. 3 [2].
Kiwerski J., *Historia rehabilitacji w Polsce*, w: J. Kiwerski i in. (red.). *Rehabilitacja Polska 1945–2009*. Wrocław: Zakł. Nar. im. Ossolińskich, 2009.
Kiwerski J., *Rehabilitacja medyczna*. Warszawa: PZWL, 2005.
Klatz R., Goldman R., *The new anti-aging resolution*. Laguna Beach, CA: Basic Health Publ., 2003.
Klein C., Weserberger A. *Genetics of Parkinson's disease*. "Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine" 2012, vol. 2 [1].
Klibansky R., Panofsky E., Saxl F., *Saturn i Melancholia. Studia z historii, filozofii, przyrody, medycyny, religii oraz sztuki*. Kraków: Universitas, 2009.
Klich-Rączka A. i współprac., *Zaburzenia funkcji poznawczych u osób w starszym wieku*, w: M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.): *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Poznań: Termedia Wyd. Med., 2012.
Klich-Rączka A., Życzkowska J., *Stan układu krążenia*, w: M. Mossakowska, K. Broczek, M. Witt (red.), *Skazani na długowieczność. W poszukiwaniu czynników pomyślnego starzenia*. Poznań: Ośrodek Wyd. Nauk., 2007.
Klich-Rączka i współprac., *Zabuzrenia funkcji poznawczych u osób w starszym wieku*, w: M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.): *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Poznań: Termedia Wyd. Med., 2012.
Klimaszewska H., *Formy opieki hospicyjnej w Polsce*, w: C. Opalach (red.), *Wolontariusze Hospicjum „Małego Księcia" w Lublinie*. Lublin: Lub. Hospicjum dla Dzieci im. Małego Księcia, 2004.
Klimczuk A., *Bariery i perspektywy integracji międzypokoleniowej we współczesnej Polsce*. w: D. Kałuża, P. Szukalski (red.), *Jakość życia seniorów w XXI wieku z perspektywy polityki społecznej*. Łódź: Wyd. Biblioteka, 2010.
Klimczuk A., *Economic foundations for creative aging policy. vol.* I: *Context and considerations*. New York: Palgrave/ Macmillan, 2015.
Klimczuk A., *Kapitał społeczny ludzi starych na przykładzie mieszkańców miasta Białystok*. Lublin: Wiedza i Edukacja, 2012.
Klimczuk A., *Kierunki rozwoju uniwersytetów trzeciego wieku w Polsce*. „E-mentor" 2013 a, nr 4.
Klimczuk A., *Kreatywne starzenie się. Przykłady zagranicznych i polskich zaleceń i praktyk*, w: A. Zawada, Ł. Tomczyk (red.), *Seniorzy w środowisku lokalnym*. Katowice: Wyd. UŚl, 2013 b.
Klimiuk K. i współprac., *Problemy diagnostyczne i terapeutyczne wybranych chorób układu oddechowego u osób w podeszłym wieku*. „Gerontologia Polska" 2011, vol. 19 [1].
Klimkiewicz A., *Społeczne konsekwencje podwyższenia wieku emerytalnego kobiet*. „Annales. Etyka w Życiu Gospodarczym" 2013, rocz. 16.
Klimowicz E., *Wartość śmierci. Ewolucja postaw moralnych wobec śmierci*. „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska" 1994, vol. 19 [8].
Klimowicz G., *Przeciwko bezradnej samotności*. Warszawa: IW „Nasza Księgarnia", 1988.

Klonowicz S., *Z historii badań fizjologicznych problemu zmęczenia*, w: Z. Jethon (red.). *Zmęczenie jako problem współczesnej cywilizacji*. Warszawa: PZWL, 1977.

Klunk W. i współprac., *Imaging brain amyloid in Alzheimer's disease with Pittsburgh Compound-B.* "Annals of Neurology" 2004, vol. 5.

Kluska E. i współprac., *Kwestionariusz Przełomu Połowy Życia – konstrukcja i charakterystyka psychometryczna*. „Psychologia Społeczna" 2016 [w druku].

Klus-Stańska D., *Samotność osób w starszym wieku*. „Zdrowie Psychiczne" 1987, nr 4.

Kluzowa K., *Demograficzne drogowskazy dla gerontologicznej pracy socjalnej*. „Zeszyty Pracy Socjalnej" 2013, nr 2.

Kluzowa K., *Długoterminowa opieka domowa nad niesamodzielnymi seniorami w starzejącej się Europie*. „Studia Sociologica" 2014, vol. 2.

Kłosowski M., *Fizjologiczne aspekty wysiłku aerobowego i jego implikacje*. w: Z. Szot (red.), *Aerobik. Teoria, technika wykonania, metodyka nauczania, przepisy sędziowania*. Gdańsk: AWFiS, 2002.

Kłoszewska I., *Niefarmakologiczne postępowanie w otępieniu*, w: *Diagnostyka i leczenie otępień. Rekomendacje zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego*. Otwock: Medisfera, 2012.

Kmiecik M., *Subterraneoterapia w Kopalni Soli „Wieliczka"*. „Balneologia Polska" 2006, nr 1.

Kmiecik-Baran K., *Poczucie osamotnienia – charakterystyka zjawiska*. „Przegląd Psychologiczny" 1998, nr 4.

Knauer N. J., *Gay and lesbian elders: History, law and identity politics in the United States.* Burlington: Ashgate Publ. Comp., 2011.

Knoll N., Schwarzer R.„*Prawdziwych przyjaciół…" Wsparcie społeczne, stres, choroba i śmierć*, w: H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2012.

Knopman D. i współprac., *Alzheimer's disease*, w: N. Qizilbash (ed.), *Evidence-based dementia practice*. Oxford: Blackwell Science, 2002.

Knopman D. S. i współprac., *Dementia lacking distinctive histologic features: A common non- Alzheimer degenerative dementia*. "Neurology" 1990, vol. 40.

Knott M., Voss D. E., *Proprioceptive Neuromuscular Facilitation: Patterns and techniques*. New York: Hoeber, 1956.

Knowles M. S., Holton III E.F., Swanson R. A., *Edukacja dorosłych. Podręcznik akademicki*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2009.

Knychalska-Karwan Z., *Gerostomatologia*. Kraków: Wyd. AM, 1992.

Knychalska-Karwan Z., *Stomatologia geriatryczna*. Kraków: Wyd. UJ, 1995.

Knypl K., *Profilaktyka osteoporozy – wybrane zagadnienia*. „Geriatria Polska" 2005, nr 1.

Kobayashi L. i współprac., *Cognitive function and health literacy decline in a cohort of aging English adults*. "Journal of General Internal Medicine" 2015, vol. 30 [7].

Kocemba J., *Biologiczne wyznaczniki starości*, w: A. Panek, Z. Szarota (red.), *Zrozumieć starość*, Kraków: Ofic. Wyd. TEXT, 2000.

Kocemba J., *Chorowanie w okresie starości*, w: T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.), *Geriatria z elementami gerontologii ogólnej*. Gdańsk: Via Medica, 2006.

Kocemba J., Kołomyjska G., *Gerontologia…* Kraków: Wyd. AWF, 1989.

Kocemba J., *Ogólna charakterystyka geriatrii*, w: T. Grodzicki, J. Kocemba J., A. Skalska, *Geriatrias z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów.* Gdańsk: Via Medica, 2006.

Kocemba W., *Społeczne zróżnicowanie uczestnictwa w kulturze fizycznej*, w: Z. Dziubiński, Z. Krawczyk (red.), *Socjologia kultury fizycznej*. Warszawa: Wyd. AWF, 2011.

Koch S., *Home telehealth: Current states and future trends*. "International Journal of Medical Informatics" 2005, vol. 79 [6].

Kochan I., *Obraz starości w Piśmie Świętym*, „Rocznik Teologiczny" 2008, z. 1–2.

Kochański W., *Historia powstania i rozwoju polskiego towarzystwa balneologii bioklimatologii i medycyny fizykalnej*. „Balneologia Polska" 2006, nr 1.

Kociuba J., *Jakość czy sens starości?,* w: A. A. Zych (red.), *Starość darem, zadaniem i wyzwaniem…* Sosnowiec–Dąbrowa Górnicza: Stow. Przyjaciół DPS, Wyd. Progres, 2014.

Kocka J., Brauer K., *Civil society and the elderly*, w: H. K. Anheier, S. Toepler, R. List (eds.), *International Encyclopedia of Civil Society*. New York: Springer, 2010.

Kocowski T., *Potrzeby człowieka. Koncepcja systemowa*. Wrocław: Zakł. Nar. im. Ossolińskich, 1982.

Koczorowski R., *Nowoczesne metody rekonstrukcji uzębienia u pacjentów w wieku podeszłym z bezzębiem żuchwy i szczęki*. „Pielęgniarstwo Polskie" 2015, nr 3.

Koczur W., Rączaszek A., *Księga pamiątkowa dedykowana Profesor Lucynie Frąckiewicz*. „Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach" 2012, nr 87.

Kojder A., *Brunon Synak. Socjolog spełniony*. „Studia Socjologiczne" 2014, nr 1.

Kokot F. (red.), *Choroby wewnętrzne. Podręcznik dla studentów*. Wyd. 4. Warszawa: PZWL, 1988.

Kokot F. (red.), *Choroby wewnętrzne*. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 2001, t. 1.

Kokot F. (red.), *Ostre stany zagrożenia życia w chorobach wewnętrznych*. Wyd. 3. Warszawa: PZWL, 2003.

Kokot F., Franek E., *Choroby przytarczyc*, w: P. Gajewski (red.). *Interna Szczeklika: Podręcznik chorób wewnętrznych*. Kraków: Medycyna Praktyczna, 2014 a.

Kokot F., Franek E., *Postępy w badaniach nad gospodarką wapniowo-fosforanową…* „Postępy Nauk Medycznych" 2007, vol. 5.

Kokot F., Franek E., *Zaburzenia gospodarki wapniowo-fosforanowej*, w: P. Gajewski (red.). *Interna Szczeklika: Podręcznik chorób wewnętrznych*. Kraków: Medycyna Praktyczna, 2014 b.

Kokurewicz D., *Biologia – słownik encyklopedyczny*. Wrocław: „Europa", 1998.

Kolb P. J., *Theories of aging and social work practice with sensitivity to diversity: Are there useful theories?* "Journal of Human Behavior in the Social Environment" 2004, vol. 9 [4].

Kolek B., *Sens życia i umierania. Antropologiczno-tanatologiczne aspekty myśli Antoniego Kępińskiego*. Kraków: Ofic. Wyd. „Impuls", 2009.

Koller W. C.,, Glatt S. L., Fox J. H., *Senile gait: A distinct neurologic entity*. "Clinics in Geriatric Medicine" 1985, vol. 1 [3].

Kołakowski L., *Mała etyka,* w: M. Środa (red.), *O wartościach, normach i problemach moralnych.* Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 1994.

Kołodziej W., *Godność człowieka a proces starzenia się*, w: S. Steuden, M. Marczuk (red.), *Starzenie się a satysfakcja z życia.* Lublin: Wyd. KUL,2006.

Kołodziej W., *Stereotypy dotyczące starzenia się i ludzi w podeszłym wieku*, w: S. Steuden, M. Marczuk, (red.), *Starzenie się i satysfakcja z życia*. Lublin: Wydawnictwo KUL, 2006.

Kołodziejczyk I., *Neuropsychologia starzenia poznawczego*.:Kosmos" 2007, nr 1–2.

Komańda M., *Etyka badań jakościowych prowadzonych w Internecie*. „Przegląd Organizacji" 2011, nr 5.

KomarovskyO., *Élie Metchnikoff et ses travaux sur la vieillesse*. Paris: M. Vigné, 1932.

Komender J. i współprac. (red.), *Wielki słownik medyczny*. Warszawa: PZWL, 1996.

Komeński J. A., *Pampaedia.* Wrocław: Zakł. Nar. im. Ossolińskich, Wyd. PAN, 1973.

Komeński J. A., *Pampaedia.* Wrocław: Zakł. Nar. im. Ossolińskich, Wyd. PAN, 1973.

Komeński J. A., *Unum necessarium czyli Jedyne konieczne.* Wrocław: Wyd. „Borgis", 1999.

Komeński J. A., *Wielka dydaktyka*. Wrocław: Zakł. Nar. im. Ossolińskich, Wyd. PAN, 1956.

Komeński J. M., *Pampaedia.* Wrocław: Zakł. Nar. im. Ossolińskich, 1973.

Komeński J. M., *Pampaedia.* Wrocław: Zakł. Nar. im. Ossolińskich, 1973.

Komeński J.A., *Pisma wybrane.* Wrocław–Warszawa–Kraków: Zakł. Nar. im. Ossolińskich, Wyd. PAN, 1964.

Kondo N. i współprac., *Prescription of potentially inappropriate medications to elderly hemodialysis patients: Prevalence and predictors*. "Nephrology Dialysis Transplantation" 2015, vol. 30 [3].

Kong M. H. i współprac., *Zastosowanie wszczepialnych kardiowerterów – defibrylatorów w profilaktyce pierwotnej u pacjentów w podeszłym wieku. Systematyczny przegląd piśmiennictwa i metaanaliza.* „Folia Cardiologica Excerpta" 2012, vol. 7 [1].

Kong T.-K., *Packing geriatrics*. "Journal of the Hong-Kong Geriatrics Society" 1996, vol. 7 [1].

Konieczna E., *Kino trzeciego wieku – filmy o jesieni życia w procesie przygotowania do starości*. „Dyskursy Młodych Andragogów" 2015, nr 16.

Konieczna E., *Seniorzy i film. Aktywizacja i integracja społeczna osób starszych przez uczestnictwo w kulturze filmowej*. Toruń: Wyd. Adam Marszałek, 2016.

Konieczna R., *Wpływ Uniwersytetu Trzeciego Wieku na życie codzienne słuchaczy…*, w: M. Dzięgielewska (red.), *Przestrzeń życiowa i społeczna ludzi starszych*. Łódź: ITE, 2000.

Konieczna-Nowak L., *Możliwości stosowania muzykoterapii w leczeniu osób z zaburzeniami psychicznymi – praktyka i stan badań*. „Psychiatria i Psychoterapia" 2013, nr 2.

Konieczna-Woźniak R., *Uniwersytety Trzeciego Wieku w Polsce. Profilaktyczne aspekty edukacji seniorów*. Poznań: Wyd. UAM, 2001.

Konno R., Kang H. S., Makimoto K., *A best-evidence review of intervention studies for minimizing resistance-to-care behaviours for older adults with dementia in nursing homes*. "Journal of Advanced Nursing" 2014, vol. 70 [Issue 10].

Konopczyński M., *Pedagogika resocjalizacyjna. W stronę działań kreujących*. Kraków: Ofic. Wyd. „Impuls", 2014.

Konorski J., *Integracyjna działalność mózgu*. Warszawa: PWN, 1969.

Kopaliński W., *Słownik mitów i tradycji kultury.* Warszawa: Ofic. Wyd. Rytm/Bellona, 2006.

Kopaliński W., *Słownik symboli.* Warszawa: „Wiedza Powsz." 1990.

Kopaliński W., *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych z almanachem*. Wyd. 22. Warszawa: „Wiedza Powsz." 1994.

Kopaliński W., *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych*. Wyd. 22. Warszawa: „Wiedza Powsz.", 1994.

Koper M., Tasiemski T., *Miejsce sportu w procesie rehabilitacji osób niepełnosprawnych fizycznie*. „Niepełnosprawność – Zgadanienia, Problemy, Rozwiązania" 2013, vol. 8 [3].

Kopp M.S., Rethelyi J., *Where psychology meets physiology: Chronic stress and premature mortality – The Central-Eastern European health paradox*. "Brain Research Bulletin" 2004, vol. 62.

Koran. Warszawa: PIW, 1986.

Kordowicz M., *Starość w Biblii i Talmudzie*, „Midrasz" 2009, z. 9.

Kornacka M., Kornacka, *Próg terminologizacji*, oraz *Termin*, w: J. Lukszyn (red.), *Języki specjalistyczne: Słownik terminologii przedmiotowej*. Wyd. 2. Warszawa: Wyd. UW, 2005.

Kornfeld A. D., Marshall E. E., *SAT and TAT scores and measures of time perspective in institutionalised and community-based senior adults*. "International Journal of Psychosomatics" 1987, vol. 34.

Kornobis J., *Kodeks Etyki Lekarskiej: komentarz, myśli, aforyzmy.* Wyd. 2. Wrocław: Wyd. „PoliFot", 2001.

Korwek Z., Alster O., *Rola odpowiedzi na uszkodzenia DNA w apoptozie i starzeniu komórkowym*. „Postępy Biochemii" 2014, vol. 60 [2].

Korzec R., *A feminist view of American elder law*. "University of Toledo Law Review" 1997, vol. 28 [3].

Korzeńska Z. (wybór i oprac.), *U brzegów jesieni. Antologia poezji polskiej o schyłku życia*. Kielce: Wyd. „Jedność", 2000, t. 1.

Korzon-Burakowska A. (tłum.), *Cukrzyca i wysiłek fizyczny. Zalecenia Amerykańskiego Towarzystwa Diabetologicznego.* „Diabetologiaa Praktyczna" 2001, t. 2, nr 3.

Kosakowski Cz., *Węzłowe problemy pedagogiki specjalnej*. Toruń: Wyd. Akapit, 2003

Kosakowski Cz., Zaorska M., *Edukacja i rehabilitacja osób głuchoniewidomych (modelowe rozwiązania)*. Olsztyn: Wyd. UW-M, 2002;

Koseła K., *Pokolenia młodzieży polskiej w badaniach ilościowych – tropy i rozczarowania socjologa*, w: K. Szafraniec (red.), *Młodość i oświata za burtą przemian,* Toruń: Wyd. Adam Marszałek, 2008.

Koseła K., Sułek A., (2005), *Badania wzdłuż czasu*, w: *Encyklopedia socjologii*. Warszawa: Ofic. Nauk., 2005 [Suplement].

Koseła K., Sułek A., *Metody badania procesów społecznych*, w: A. Sułek (oprac.), *Metody analizy socjologicznej. Wybór tekstów*. Warszawa: Wyd. UW, 1986.

Koski K. i współprac.,*Risk factors for major injurious falls among the home-dwelling elderly by functional abilities: A prospective population-based study.* "Gerontology" 1998, vol. 44.

Kosnarewicz E., Rzepa T., Stachowski R. (red.), *Słownik psychologów polskich*. Poznań: Wyd. UAM, 1992.

Kostek M., *Wolontariat w hospicjum impulsem do zmiany w człowieku?*. Lublin: Wyd. TN KUL, 2010.

Kostka J., Borowiak E., Kostka T., *Nutritional status and quality of life in different populations of older people in Poland.* "European Journal of Clinical Nutrition" 2014, vol. 68 [11].

Kostka J., Kostka T., *Problem unieruchomienia*, w: Wieczorowska-Tobis K., Kostka T., Borowicz A. M. (red.) *Fizjoterapia w geriatrii*. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL 2011.

Kostka J., Kostka T., *Specyfika usprawniania starszych pacjentów*, w: K. Wieczorowska-Tobis, T. Kostka, A. M. Borowicz (red), *Fizjoterapia w geriatrii*. Warszawa: PZWL, 2011.

Kostka T., Borowiak E., Kołomecka M.,*Całościowa ocena geriatryczna*. „Lekarz Rodzinny" 2007, nr 3 [Dodatek].

Kostka T., Borowiak E., Kołomecka M.,*Całościowa ocena geriatryczna*. „Lekarz Rodzinny" 2007, nr 3 [Dodatek].

Kostka T., *Czynniki determinujące sprawność funkcjonalną i jakość życia osób starszych*, w: A. Dąbrowski, R. Rowiński R.(red.), *Sprawna starość*. Warszawa: AWF 2007.

Kostka T., Kostka J., *Trening zdrowotny osób starszych*, w: K. Wieczorowska-Tobis, T. Kostka, A. M. Borowicz AM (red.), *Fizjoterapia w geriatrii*. Warszawa: PZWL, 2011.

Kostka T., Kostka J., *Trening zdrowotny osób starszych*, w: K. Wieczorowska-Tobis, T. Kostka, A. M. Borowicz (red.), *Fizjoterapia w geriatrii*. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 2011.

Kostka T., *Odżywianie osób starszych*, w: T. Kostka, M. Koziarska-Rościszewska (red.), *Choroby wieku podeszłego*. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 2009.

Kostka T., *Upadki*, w: T. Kostka, M. Koziarska-Rościszewska (red.), *Choroby wieku podeszłego. Praktyka lekarza rodzinnego*. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 2009.

Kostowski W. *Zaburzenia procesów neuroprzekaźnictwa w chorobie Parkinsona*, w: A. Friedman (red.), *Choroba Parkinsona*. Bielsko-Biała: Wyd. α-Medica Press, 1999.

Kostrzewski P., Ziółkowski J. (red.), *Mała encyklopedia medycyny PWN*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 1999.

Kościńska E., *Edukacja zdrowotna seniorów i osób przewlekle chorych*. Bydgoszcz: Wyd. UKW, 2010.

Kościńska E., *Edukacja zdrowotna seniorów i osób przewlekłych*. Bydgoszcz: Wyd. UKW, 2010.

Kot D., *Podmiotowość i utrata*. Kraków: Inst. Myśli Józefa Tischnera, 2009.

Kotapka-Minc S., *Znaczenie badania neuropsychologicznego w diagnostyce otępienia*. „Polski Przegląd Neurologiczny" 2007, t. 3, nr 2.

Kotapka-Minc S., *Znaczenie badania neuropsychologicznego w diagnostyce otępienia*. „Polski Przegląd Neurologiczny" 2007, t. 3, nr 2.

Kotarba A., Czajkowski J., Borowiak E., *Zespół interdyscyplinarny w opiece okulistycznej nad seniorem.* „Okulistyka" 2015, nr 2.

Котельников Г. П., Яковлев О. Г. (ред.), *Популярная энциклопедия пожилого человека*. Wyd. 2. Самара: Изд. СГМУ, 1997.

Kotlarska-Michalska A., *Poczucie osamotnienia u osób w podeszłym wieku jako rodzaj doświadczania starości*, w: *Refleksje nad starością – aspekty społeczne, edukacyjne i etyczne*, Łódź: Wyd. PTG Oddz. w Łodzi, UŁ, 1992.

Kotlarska-Michalska A., *Starość w aspekcie socjologicznym*. „Roczniki Socjologii Rodziny" 2000, rocz. 12.

Kotowska I. E., Wójcicka I. (red.), *Sprawowanie opieki oraz inne uwarunkowania podnoszenia aktywności zawodowej osób w starszym wieku produkcyjnym…* Warszawa: MPiPS, 2008.

Kott T., *Zajęcia pozalekcyjne i terapia zajęciowa z osobami o obniżonej sprawności umysłowej*. Warszawa: Wyd. APS, 2005.

Kouimtsidis C. i współprac., *Substance use in the general hospital*. "Addictive Behaviors" 2003, vol. 28.

Kowalczyk A., *Specyfika problemów osób starszych w zakładzie karnym*, w: Jaworska (red.), *Senior w obliczu izolacji penitencjarnej. Konteksty teoretyczne*. Bydgoszcz: Ofic. Wyd. Edward Mitek, 2013

Kowalczyk B., Gąsior H., H, *Zespół interdyscyplinarny jako technika prowadzenia pracy z indywidualnym przypadkiem*. „Praca Socjalna"2003, nr 1.

Kowalczyk B., *Modele pracy asystenta rodziny i współpracy z pracownikiem socjalnym*. „Praca Socjalna" 2012, nr 4.

Kowalczyk M., *Choroba jako cierpienie wszechogarniające*, w: J. Binnebesel i współprac. (red.), *Pozamedyczne aspekty opieki paliatywno-hospicyjnej*. Gdańsk: Fundacja Hospicyjna, 2010.

Kowalczyk O., Kamiński S. (red.), *Wymiary polityki społecznej,* Wrocław: Wyd. UE, 2009.

Kowalczyk O., Kamiński S. (red.), *Wymiary polityki społecznej*. Wrocław: Wyd. UE, 2009.

Kowaleski J. T., Obraniak W., *Profesor Edward Rosset. Życiorys naukowy*, w: J. T. Kowaleski (red.), *Profesor Edward Rosset*. Łódź: ŁTN, 1997 [seria: Sylwetki Łódzkich Uczonych, z. 37].

Kowaleski J. T., *Profesor Zofia Zarzycka (1925–2010)*. „Studia Demograficzne" 2010, nr 1–2.

Kowaleski J. T., *Struktura demograficzna starszego odłamu ludności (rozważania metodologiczne i elementy obrazu sytuacji w województwach i powiatach na przełomie stuleci)*, w: J. T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starzenie się ludności Polski. Między demografią a gerontologią społeczną*. Łódź: Wyd. UŁ, 2008.

Kowalewska A., Jaczewski A., Komosińska K., *Problemy wieku starczego*, w: A. Fabiś (red.), *Seniorzy w rodzinie, instytucji i społeczeństwie. Wybrane zagadnienia współczesnej gerontologii.* Sosnowiec: Wyd. WSZiM, 2005.

Kowalik K. i współprac., *Farmakoekonomiczna ocena terapii reumatoidalnego zapalenia stawów wybranymi lekami biologicznymi*. „Reumatologia" 2012, vol. 50 [6].

Kowalik S. (red.), *Kultura fizyczna osób niepełnosprawnych. Dostosowana aktywność ruchowa*. Gdańsk: GWP, 2009.

Kowalik S. *Uśpione społeczeństwo. Szkice z psychologii globalizacji*. Poznań. Wyd. Nauk. AWF, 2015.

Kowalik S., *„Och, jaka(i) jestem zmęczona(y)" mówi dziecko po zajęciach rehabilitacyjnych*, w: B. Kaja (red.). *Wspomaganie rozwoju. Psychostymulacja – psychokorekcja*. Bydgoszcz: Wyd. Akad. Bydg., 2004.

Kowalik S., Bańka H., *Perspektywy rehabilitacji osób głuchoniewidomych*. Poznań: Wyd. Stow. Psychologia i Architektura, 1998;

Kowalik S., *Czy jest jeszcze sens spierania się o cokolwiek w psychologii?* „Czasopismo Psychologiczne" 2013, vol. 19.

Kowalik S., *Dorosłość osób niepełnosprawnych w świetle koncepcji strefy utraconego rozwoju*, w: K. D. Rzedzicka, A. Kobylańska (red.), *Dorosłość, niepełnosprawność, czas współczesny. Na pograniczach pedagogiki specjalnej.* Kraków: Ofic. Wyd. „Impuls", 2003.

Kowalik S., *Dorosłość osób niepełnosprawnych w świetle koncepcji strefy utraconego rozwoju*, w: K. D. Rzędzicka, A. Kobylańska (red.), *Dorosłość, niepełnosprawność, czas współczesny. Na pograniczach pedagogiki specjalnej.* Kraków: Ofic. Wyd. „Impuls", 2003.

Kowalik S., *Jakość życia pacjentów w procesie leczenia*, w: W. Waligóra (red.), *Elementy psychologii klinicznej*. Poznań: Wyd. UAM, 1995, t. 4.

Kowalik S., *Kontury poezji w poświacie współczesnej psychologii*, w: Z.Jaskulska-Kaczmarek (red.), *Między złotem a bielą*. Poznań: Libra, 2008.

Kowalik S., *Mechanizmy oddziaływania na osobę niepełnosprawną poprzez dostosowaną aktywność ruchową*, w: S. Kowalik (red.). *Kultura fizyczna dla osób niepełnosprawnych*. Poznań: Wyd. AWF, 2012.

Kowalik S., *Potrzeba promocji rehabilitacji wśród mieszkańców domu pomocy społecznej*, w: H. Bartkowiak (red.). *Jest taki dom…* Psarskie: Bedmor; 2009.

Kowalik S., *Psychologia rehabilitacji*. Warszawa: WAiP, 2007.

Kowalik S., *Rehabilitacja w domach pomocy społecznej*, w: S. Kowalik, Z. Zabor, L. Leońska (red.). *Od smutnej rzeczywistości do zaakceptowanej konieczności.* Jarogniewice: Wyd. SPiS DPS, 1997.

Kowalik S., *Rozwój społeczny*, w: B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*. Warszawa, PWN, 2002, t. 3.

Kowalik S., *Uśpione społeczeństwo. Szkice z psychologii globalizacji.* Warszawa: Sedno Wyd. Akad., 2015.

Kowalik S., *Wspomaganie rozwoju w procesie starzenia się*. w: B. Kaja (red.). *Wspomaganie rozwoju. Psychostymulacja – psychokorekcja*. Bydgoszcz: Wydawnictwo WSP, 2000 b.

Kowalik, S., *Jakość życia psychicznego*, w: R. Derbis (red.). *Jakość rozwoju a jakość życia*. Częstochowa: Wyd. WSP, 2000 a.

Kowalska A. *Genetyka zespołów otępiennych.* Cz.1: *Podłoże molekularne otępienia czołowo- skroniowego i parkinsonizmu…* „Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej" 2009, t. 63.

Kowalski H., *Spokój czy smutek? Koncepcja starości w pismach Marka Tuliusza Cycerona*. „Vox Patrum" 2011, z. 56.

Kowalski H., *Spokój czy smutek? Koncepcja starości w pismach Marka Tulliusza Cycerona*. „Vox Patrum" 2011, t. 56 [31].

Kowalski J. K., Kapiszewski J., *Jedziemy ekspresem do starości. Polska wkrótce będzie krajem emerytów*. „Dziennik Gazeta Prawna" 2014, nr 5.

Kowalski K., *Mieszkanie dostępne dla osób z dysfunkcją wzroku*. Warszawa: Stow. Przyjaciół Integracji, b.r.

Kowalski P., *Leksykon Znaki świata. Omen, przesąd, znaczenie*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 1998.

Kozaczuk L., *Terapia zajęciowa w domu pomocy społecznej*. Katowice: Wyd. Nauk. „Śląsk", 1999.

Kozak-Szkopek E., *Ocena kliniczna chorego w podeszłym wieku z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc*. "Gerontologia Polska" 2007, vol. 15 [3].

Kozdroń E., *Aktywność ruchowa w wychowaniu ku starości – luksus czy koneiczność?*, w: A. A. Zych (red.), *Starość darem, zadaniem i wyzwaniem…* Sosnowiec–Dąbrowa Górnicza: Stow. Przyjaciół DPS, Wyd. Progres, 2014.

Kozdroń E., *Kinezyprofilaktyka geriatryczna w relacji lekarz–instruktor rekreacji*, w: K. Kulkowski (red.), *Medycyna sportowa.* Warszawa: Wyd Medical Trybune Polska, 2011.

Kozdroń E., *Kultura fizyczna – sport dla wszystkich*, w: *Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje*. Warszawa,: Wyd. RPO, 2012.

Kozdroń E., *Program rekreacji ruchowej osób starszych*. Warszawa: Wyd. AWF, 2004.

Kozdroń E., *Zorganizowana rekreacja ruchowa kobiet w starszym wieku w środowisku miejskim. Propozycja programu i analiza efektów prozdrowotnych.* „Studia i Monografie" [AWF Warszawa] 2006, nr 112.

Kozdroń E., *Zorganizowana rekreacja ruchowa kobiet w starszym wieku w środowisku miejskim. Propozycja programu i analiza efektów prozdrowotnych.* Studia i Monografie" [AWF Warszawa]" 2006, t. 112.

Kozielecki J., *O człowieku wielowymiarowym*. Warszawa: PWN, 1988.

Koziełło D., *Terapia tańcem*. „Kultura Fizyczna" 1997, nr 1.
Kozińska D., *Problemy mieszkaniowe osób w starszym wieku*. Warszawa: Inst. Gosp. Mieszk., 1973.
Kozłowska B., Pawłowski L., *Prawa i obowiązki w wolontariacie hospicyjnym*, w: P. Krakowiak, A. Modlińska, *Podręcznik wolontariusza hospicyjnego*. Gdańsk: Via Medica, 2008.
Kozłowski S., *Ekologiczne problemy przyszłości świata i Polski*. Warszawa" „Elipsa", 1998.
Kozłowski S., *Granice przystosowania*. Warszawa: „Wiedza Powsz.", 1986.
Kozubski W., *Badania laboratoryjne wykonywane w przypadku niedokrwiennego udaru mózgu*, w: W. Kozubski, P. Liberski, *Neurologia*. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 2013.
Koźluk E., Opolski G., *Migotanie przedsionków*, w: P. Pruszczyk, T. Hryniewicki, J. Drożdż (red.) *Wielka Interna – kardiologia z elementami angiologii*. Warszawa: Medical Tribune Polska, 2009, t. 3.
Kracauer S., *Od Caligariego do Hitlera. Z psychologii filmu niemieckiego*. Gdańsk: Wyd. słowo/obraz terytoria, 2009
Kraiński W., *Józefa i Teodor oraz wiersze różne i fraszki ucinkowe*. Wrocław: Schletter,1856.
Krajewski-Siuda K., *Odpowiedzialne i Nowoczesne Samoleczenie w Systemie Ochrony Zdrowi*a Warszawa: Wyd. Fundacja Obywatele Zdrowo Zaangażowani, 2016.
Krajewski-Siuda K., *Samoleczenie*. Warszawa: Wyd. Inst. Sobieskiego, 2012.
Krajnik M., Rogiewicz M., *Opieka paliatywna*. Bydgoszcz: Wyd. AM w Bydgoszczy, 1998.
Krakowiak Cz, *Przygotowanie do śmierci według odnowionej liturgii*. „Studia Liturgiczne" 2012, t. 8.
Krakowiak Cz, *Zadania duszpasterskie wynikające z nowego Rytuału „Sakramenty Chorych"*. „Homo Dei" 1980, vol. 49.
Krakowiak Cz., *Eklezjalny charakter troski o chorego.* „Homo Dei" 1979, vol. 48.
Krakowiak Cz., *Namaszczenie chorych. Sakrament uzdrowienia*. Sandomierz: Wyd. Diecezjalne, 2005.
Krakowiak Cz., *Odwiedziny i Komunia święta chorych.* „Collectanea Theologica" 1980, vol. 50, [2].
Krakowiak Cz., *Posługa Kościoła wobec umierającego człowieka.* „Ateneum Kapłańskie" 1980, t. 95.
Krakowiak P., *Duchowo-religijna troska o ciężko i przewlekle chorą osobę,* w: P. Krakowiak, D. Krzyżanowski, A. Modlinska (red.), *Przewlekle chory w domu*. Gdańsk: Fundacja Hospicyjna, 2011.
Krakowiak P., *Duchowo-religijna troska o ciężko i przewlekle chorą osobę,* w: P. Krakowiak, D. Krzyżanowski, A. Modlinska (red.), *Przewlekle chory w domu*. Gdańsk: Fundacja Hospicyjna, 2011.
Krakowiak P., *Duchowo-religijne aspekty opieki paliatywno-hospicyjnej*, w: J. Binnebesel i współprac. (red.), *Pozamedyczne aspekty opieki paliatywno-hospicyjnej*. Gdańsk: Fundacja Hospicyjna, 2010 a.
Krakowiak P., Dutkiewicz E., (red.), *Duszpasterstwo służby zdrowia w Polsce: osiągnięcia i wyzwania*. Gdańsk: Wyd. MakMed., 1999.
Krakowiak P., Janowicz A., *Historia i współczesność wolontariatu hospicyjnego*, w: P. Krakowiak, A. Modlińska (red.), *Podręcznik wolontariusza hospicyjnego*. Gdańsk: Via Medica, 2008.
Krakowiak P., Janowicz A., *Historia i współczesność wolontariatu hospicyjnego*, w: P. Krakowiak, A. Modlińska (red.), *Podręcznik wolontariusza hospicyjnego*. Gdańsk: Via Medica, 2008.
Krakowiak P., Janowicz A., *Parafie jako centra aktywności społecznej dla seniorów i wsparcia osób u kresu życia w środowisku domowym – dobre praktyki i przykłady prowadzonych działań*, w: D. Becker-Pestka, E. Kowalik (red.), *Wyzwania współczesnej pedagogiki*. Gdańsk: Wyd. Cedewu, 2015.
Krakowiak P., Modlińska A. (red.), *Podręcznik wolontariusza hospicyjnego*. Wyd. 2. Gdańsk: Via Medica, 2008.
Krakowiak P., Paczkowska A., Stachowska B., *Wolontariat jako integralna część zespołu hospicyjnego*, w: P. Krakowiak, A. Modlińska (red.), *Podręcznik wolontariusza hospicyjnego*. Gdańsk: Via Medica, 2008.
Krakowiak P., *Pomoc po starcie i towarzyszenie w żałobie jako zadanie duszpasterskie*. „Legnickie Studia Teologiczno-Historyczne" 2010 b, nr 2
Krakowiak P., *Społeczne i edukacyjne funkcje opieki paliatywno-hospicyjnej. Badanie w działaniu 2002–2010*. Gdańsk: Fundacja Hospicyjna, 2012 a.
Krakowiak P., Stolarczyk A. (red.), *Ksiądz Eugeniusz Dutkiewicz SAC. Ojciec ruchu hospicyjnego w Polsce*. Gdańsk: Via Medica, 2008.
Krakowiak P., *Strata, osierocenie i żałoba. Poradnik dla pomagających i dla osób w żałobie*. Gdańsk: Fundacja Hospicyjna, 2007.
Krakowiak P., *Wolonariat w opiece u kresu życia. Geneza, rozwój, funkcjonowanie, możliwości optymalizacji i integracji. Ku syntezie socjopedagogicznej*. Toruń: Wyd. Nauk. UMK, 2012 b;

Krakowiak P., *Wolontariat osób starszych (wolontariat 50+)*, w: P. Krakowiak, A. Modlińska, J. Binnebesel, *Podręcznik koordynatora wolontariatu hospicyjnego*. Gdańsk: Wyd. Fundacji Hospicyjnej, 2008.

Krakowiak P., *Wolontariat w opiece u kresu życia. Geneza, rozwój, funkcjonowanie, możliwości optymalizacji i integracji. Ku syntezie socjopedagogicznej*. Toruń: Wyd. Nauk. UMK, 2012 b.

Krakowiak P., *Współpraca hospicjów ze szkołami – wolontariat*, [w:] J. Binnebesel, A. Janowicz, P. Krakowiak (red.), *Jak rozmawiać z uczniami o końcu życia i wolontariacie hospicyjnym*. Gdańsk: Fundacja Hospicyjna,Via Medica, 2009.

Kramer A. i współprac., *Research strategies for geriatric evaluation and management: conference summary and recommendations*. "Journal of the American Geriatrics Society" 1991, vol. 39.

Kramkowska E., Szafranek A., Żuk C., *Przemoc wobec starszych kobiet – sondaż w instytucjach.* „Praca Socjalna" 2012, nr 5.

Krańska A. i współprac., *Etiopatogeneza, objawy i leczenie choroby Alzheimera*. „Gerontologia Współczesna" 2016, nr. 1.

Krasiejko I, *Metodyka działania asystenta rodziny. Podejście Skoncentrowane na Rozwiązaniach w pracy socjalnej*. Katowice: Wyd. Nauk. „Śląsk", 2010.

Krause A., *Integracja upośledzonych dorosłych poprzez normalizację ich środowiska (wybrane aspekty sytuacji w Niemczech).* „Auxilium Sociale – Wsparcie Społeczne" 1998, nr 2.

Krause A., *Teoretyczne inspiracje pedagogiki specjalnej – pedagogika emancypacyjna*. „Studia Edukacyjne" 2013, nr 28.

Krause A., *Współczesne paradygmaty pedagogiki specjalnej*. Kraków: Ofic. Wyd. „Impuls", 2010.

Krawański A., *Projektowanie treningu zdrowotnego – metodyka postępowania.* „Medicina Sportiva" 2001, vol. 5 [Suppl. 2].

Krawański A., *Projektowanie treningu zdrowotnego – metodyka postępowania*. "Medicina Sportiva" vol. 5 [Supl.2].

Krawczyk R., *Biblijne podstawy gerontologii*, „Studia Elbląskie" 2011, t. 12.

Krawczyk Z., *Tadeusz Łobożewicz (1935–2002). Znawca i popularyzator rekreacji i turystyki*. „Kultura Fizyczna" 2002, nr 7–8.

Krawczyk-Blicharska M., *Rola i znacznie poradnictwa 60+*, w: M. Stawiak-Ososińska, A. Szplit (red.), *Historyczno-społeczne aspekty starzenia się i starości*. Kielce: Wyd. Agencja Reklamowa TOP, 2014.

Kreitzer A. C., Malenka R. C., *Striatal plasticity and basal ganglia circuit function*. "Neuron" 2008, vol. 60 [4].

Kreutz M., *Changes in memory in old age*. "Polish Psychological Bulletin" 1972, nr 1.

Kreutz M., *Zmiany pamięci u ludzi starych*. „Studia Psychologiczne" 1970, nr 10.

Krętowski A. i współprac., *Współwystępowanie cukrzycy insulino zależnej z innymi endokrynopatiami o podłożu autoimmunizacyjnym*. „Terapia" 2000, nr 6–7.

Kristensen S. D. i współprac., *Guidelines on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management…* "European Heart Journal" 2014, vol 35 [35].

Kristjansson S. R., Wyller T. B., *Introduction*, w: D. Schrijvers i współprac. (eds.), *ESMO Handbook of cancer in the senior patient*. New York–London: Informa Healthcare, 2010.

Kroemeke A., *Skala Postrzeganej Autonomii: Struktura czynnikowa i właściwości psychometryczne polskiej adaptacji.* „Psychiatria Polska" 2015, vol. 49 [1].

Kroger J., Haslett S. J., *A comparison of ego identity status transition pathways and change rates across five identity domains*. "International Journal of Aging and Human Development" 1991, vol. 32.

Krok za krokiem. Podręcznik czynności życia codziennego. „Zeszyty Tyflologiczne" [PZN] 1979.

Krokiewicz A., *Zarys filozofii greckiej*. Warszawa: Wyd. Aletheia, 1995.

Kromolicka B., *Wolontariusz w służbie człowiekowi umierającemu*. Szczecin: Wyd. WSH, 2000.

Kropińska S., Wieczorowska-Tobis K., *Wielkie zespoły geriatryczne jako przyczyna niesprawności w starości*, w: K. Wieczorowska-Tobis, D. Talarska (red.), *Różne oblicza starości*. Poznań: Wyd. Nauk. Uniw. Med., 2011.

Królak A., Strumiłło P. (2010: 222-230), *Eye-Blink Detection System for Human-Computer Interaction*, *International Conference on Universal Technologies, Oslo, Norway*.

Królak A., Strumiłło P., *Eye-blink controlled Human-Computer Interface for the disabled*. "Human-Computer Systems Interaction: Background and Applications" 2009, vol. 60.

Królak A., Strumiłło P., *Eye-blink detection system for human-computer interaction*,. "Universal Access in the Information Society" 2011, vol. 10.

Krótki przegląd prac dokonanych w okresie 10-lecia na terenie samorządowym w dziedzinie opieki nad dzieckiem. „Opieka nad Dzieckiem" 1929, nr 7.

Krueger M.W., *Artificial reality II*. London: Addison Wesley, 1991.

Krug E. G. i współprac. (eds.), *World Report on Violence and Health*. Geneva: WHO, 2002.

Kruger A., *The midlife transition: Crisis or chimera*. "Psychological Reports" 1994, vol. 75.
Kruk S., Flis-Czerniak E., *Dojrzewanie do pełni. Starość w literaturze polskiej i obcej*. Lublin: Wyd. UMCS, 2006.
Kruk S., Flis-Czerniak E., *Dojrzewanie do pełni. Starość w literaturze polskiej i obcej*. Lublin: Wyd. UMCS, 2006.
Krumboltz J. D., Levin A. S., *Szczęście to nie przypadek. Do odważnych świat należy! Nie bój się działać*. Gdańsk: GWP, 2014.
Krumholz H.M. i współprac., *National use and effectiveness of β-blockers for the treatment of* elderly patients after acute myocardial infarction. "JAMA" 1998, vol. 280.
Kruse A. (Hrsg.), *Kreativität im Alter.* Heidelberg: Universitätsverlag Winter, 2011.
Kruse A. (Hrsg.), *Kreativität und Medien im Alter.* Heidelberg: Universitätsverlag Winter, 2012.
Kruse A., Martin M. (Hrsg.), *Enzyklopädie der Gerontologie: Altenprozesse in Multidisziplinärer Sicht*. Bern: Huber, 2004.
Kryk B., *Jakość życia – odczuwać czy mierzyć?*, w: Z. Wyszkowska, M. Gotowska (red.) *Poziom i jakość życia w dobie kryzysu*. Bydgoszcz: Wyd. Uczelniane UTP, 2013.
Krzakowski M. i współprac., *Nowotwory płuca i opłucnej oraz śródpiersia*, w: M. Krzakowski, K. Warzoch (red.), *Zalecenia postępowania diaagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych 2013 rok*. Gdańsk: Via Media 2013, t. 1.
Krzanowski M., *Chromanie przestankowe wg Management of peripheral arterial disease (PAD)…* „Medycyna Praktyczna" 2002, nr 5.
Krzeczkowski K., *Polityka społeczna. Wybór pism*. Łódź: Pol. Inst. Służby Społ., 1947.
Krzemieniecki K. *Rozpoznawanie nowotworów płuc po hospitalizacji z powodu zapalenia płuc*. „Gerontologia Polska" 2010 b, vol. 18 [1].
Krzemieniecki K., *Całościowa ocena geriatryczna i jej znaczenie kliniczne w onkologii — systematyczny przegląd piśmiennictwa*. „Gerontologia Polska" 2009, nr 1.
Krzemieniecki K., *Całościowa ocena geriatryczna i jej znaczenie kliniczne w onkologii – systematyczny przegląd piśmiennictwa*. „Onkologia w Praktyce Klinicznej" 2010 a, t. 6, nr 3.
Krzemieniecki K., Kowalski D. M., Meder J., *Leczenie systemowe chorych w podeszłym wieku*, w: M. Krzakowski, K. Warzocha (red.), *Zalecenia postępowania diagnostyczno- terapeutycznego w nowotworach złośliwych 2013 rok*. Gdańsk: Wyd. Via Medica, 2013, t. 1.
Krzemiński S., *Test rysowania zegara*. „Postępy Psychiatrii i Neurologii" 1995, nr 4.
Krzymiński S. (red.), *Zaburzenia psychiczne wieku podeszłego.* Warszawa: Wyd. Lek. PZWL,1993.
Krzymiński S., *Test rysowania zegara*. „Postępy Psychiatrii i Neurologii" 1995, nr 4.
Krzyżanowski D. i współprac., *Osierocenie osób dorosłych po stracie bliskiej osoby*. „Onkologia Polska" 2005, vol. 8.
Krzyżowski J., *Psychogeriatria*. Wyd. 2. Warszawa: „Medyk", 2004.
Ksiądzyna D., Szeląg A., *Specyfika farmakoterapii pacjentów w podeszłym wieku*. „Psychogeriatria Polska" 2013, t. 10, z. 3.
Ksiądzyna D., Szeląg A., *Specyfika farmakoterapii pacjentów w podeszłym wieku*. „Psychogeriatria Polska" 2013, vol. 10 [3].
Książek K., Bartosz G., *Ewolucyjne teorie starzenia się*, w: E. Sikora, G. Bartosz, J. Witkowski (red.), *Biogerontologia.* Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2009.
Księżnopolska-Orłowska K., Żuk B., *Uzupełniające metody profilaktyki i terapii chorób reumatycznych*, w: K. Księżnopolska-Orłowska (red.), *Fizjoterapia w reumatologii*. Warszawa: PZWL, 2013.
Księżopolska-Pietrzak K., *Miejsce rehabilitacji w zapobieganiu i leczeniu osteoporozy.* „Fizjoterapia" 1999, nr 7.
Księżopolski M. (2007), Polityka społeczna w różnych krajach i modele polityki społecznej, (w:) G. Firlit-Fesnak, M. Szylko-Skoczny (red.), *Polityka społeczna. Podręcznik akademicki*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2007.
Księżopolski M., *Co dalej z polityką społeczną w Polsce? Od socjalistycznych gwarancji do paternalistyczno-rynkowej hybrydy*, w: M. Rymsza (red.) *Reformy społeczne. Bilans dekady*. Warszawa: Wyd. ISP, 2004.
Księżopolski M., *Polityka społeczna w różnych krajach i modele polityki społecznej*, w: G. Firlit-Fesnak, M. Szylko-Skoczny (red.), *Polityka społeczna. Podręcznik akademicki*. Warszawa: PWN, 2008.
Księżopolski M., *Polityka społeczna. Wybrane problemy porównań międzynarodowych*. Katowice: Wyd. Nauk. „Śląsk", 1999.
Kto jest kim w Polsce. Informator biograficzny. Wyd. 2. Warszawa: Wyd. Interpress, 1989.
Kto jest kim w polskiej medycynie. Informator biograficzny. Warszawa: Wyd. Interpress, 1987.
Kubacka-Jasiecka D., *Interwencja kryzysowa z perspektywy psychosocjokulturowego paradygmatu kryzysu*, w: D. Kubacka-Jasiecka, K. Mudyń (red.), *Kryzys. Interwencja i pomoc psychologiczna. Nowe ujęcia i możliwości*. Toruń: Wyd. Adam Marszałek, 2004.
Kubacka-Jasiecka D., *Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach psychologicznych*. Warszawa: WAiP, 2010.
Kubacka-Jasiecka D., *Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach psychologicznych*. Warszawa: WAiP, 2010.

Kubacka-Jasiecka D., Mudyń K. (red.), *Kryzys, interwencja i pomoc psychologiczna. Nowe ujęcia i możliwości*. Toruń, Wyd. Adam Marszałek, 2003.

Kubiak A., *Mechanizm radzenia sobie z napięciem u osób podejmujących nawykowe samouszkodzenia*. [Niepublikowana praca doktorska]. Poznań: Arch. UAM, 2013.

Kubiak S., *Pułapki długowieczności*. „Dziś. Przegląd Społeczny" 2007, nr 2.

Kubiak Z., *Mitologia Greków i Rzymian*. Kraków: „Znak", 2013.

Kubicki P., Ruzik A., *Społeczne uwarunkowania aktywności ekonomicznej osób w wieku 50+*. [Niepublikowany raport]. Warszawa: Arch. SGH, 2009.

Kubicki P., *Ubóstwo i wykluczenie społeczne osób starszych*. [Ekspertyza…]. Warszawa: b.w.r.

Kubista-Wróbel M., Wyglądała E. (oprac.), *Bibliografia prac prof. zw. dr hab. Lucyny Frąckiewicz 1957–2001*. Wyd. 2. Warszawa: GBPiZS, 2001.

Kübler-Ross E., *Dzieci i śmierć,* Poznań: Wyd. Media Rodzina, 2007.

Kübler-Ross E., Kessler D., *Lekcje życia*. Poznań: Media Rodzina, 2014.

Kübler-Ross E., *Pytania i odpowiedzi na temat śmierci i umierania*. Warszawa: Laurum, 2010.

Kübler-Ross E., *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. Warszawa: Inst. Wyd. „Pax", 1979, nowe Wyd. *Poznań:* Media Rodzina, 2002.

Kübler-Ross E., *Śmierć. Ostatni etap rozwoju*. Warszawa: Laurum, 2008.

Kübler-Ross E., *Życiodajna śmierć*. Poznań: Księg. Św. Wojciecha, 1996, nowe Wyd. 2005.

Kübler-Ross E., *Życiodajna śmierć*. Poznań: Księg. Św. Wojciecha, 1996, nowe Wyd. 2005.

Kübler-Ross, E. *On death and dying*. New York: Macmillan, 1969.

Kübler-Ross, E., Kessler, D., *On grief and grieving: Finding the meaning of grief through the five stages of loss*. New York: Scribner, 2005.

Kuchcińska M., *Edukacja przeciw marginalizacji seniorów*. „Chowanna" 2009, nr 2.

Kuchcińska M., *Edukacja przeciw marginalizacji seniorów*. "Chowanna" 2009, t. 2.

Kuchel G. A., *Aging and homeostatic regulation*, w: *Hazzard's geriatric medicine and gerontology*. Wyd. 6. New York: McGraw-Hill, 2009.

Kucia K. A., Wójcik M., *Otępienie – przyczyny, rozpoznanie, postępowanie*, w: A. A. Zych (red.), *Poznać, zrozumieć i zaakceptować starość. Wybór materiałów konferencyjnych*. Łask: Wyd. Over Group: 2012.

Kuczok W., *Śmierć. Umierając w kinie*, w: T. Lubelski (red.), *Odwieczne od nowa. Wielkie tematy w kinie przełomu wieków*. Kraków: Rabid, 2004.

Kuczyńska-Kwapisz J., *Efektywność kształcenia młodzieży niewidomej i słabo widzącej w zakresie orientacji przestrzennej i poruszania się*. Warszawa: Wyd. WSPS, 1994.

Kuczyńska-Kwapisz J., *Nauka orientacji przestrzennej i samodzielnego poruszania się niewidomych*, w: E. Bendych (red.), *Rewalidacja dzieci i młodzieży z uszkodzonym wzrokiem*. Warszawa: Wyd. WSPS, 1984,

Kuczyńska-Kwapisz J., *Orientacja przestrzenna w usamodzielnianiu osób niewidomych*. Warszawa: Wyd. APS/CMPPP, 2001.

Kuczyńska-Kwapisz J., *Rehabilitacja niewidomych i słabowidzących. Tendencje współczesne*. Warszawa: MEN, 1996.

Kudasiewicz J., *Sens starości w świetle Pisma Świętego*, w: J. Charytański, A. Spławski (red.), *Ludzie chorzy i starsi w Kościele*. Warszawa: Wyd. ATK, 1981.

Kudasiewicz J., *Starość i ludzie starzy w świetle Pisma Świętego*. „Ateneum Kapłańskie" 1979, z. 2.

Kukołowicz T., *Pomagamy w samowychowaniu*. Warszawa: „Nasza Księgarnia:, 1978.

Kukwa A. i współprac., *Pulsoksymetria jako metoda badań przesiewowych zaburzeń oddychania podczas snu*. „Sen" 2002, t. 2, nr 2.

Kulczycka i współprac., *Toczeń indukowany lekami a układowy toczeń rumieniowaty – różnice i podobieństwa.* „Przegląd Lekarski" 2007, nr 64.

Kulczycki M., *Rozważania wokół zagadnień psychologicznego poradnictwa życiowego*. Wrocław: Wyd. Uniw. Wrocł., 1998.

Kuliński W., *Fizykoterapia*, w: A. Kwolek (red.). *Rehabilitacja medyczna*. Wrocław: Wyd. Med. Urban & Partner, 2013.

Kumaniecki K., *Cyceron i jego współcześni*. Warszawa: Czytelnik 1989.

Kumar A., i współprac., *Anatomic, metabolic, neuropsychological, and molecular genetic studies of three pairs of identical twins discordant for dementia of the Alzheimer's type*. "Archives of Neurology" 1991, vol. 48 [2].

Kumar V. i współprac., *Patologia Robbinsa*. Wyd. 2. Wrocław: Wyd. Med. Urban & Partnter, 2014.

Kummer P., *Nie ma rzeczy niemożliwych. Praktyka pozytywnego myślenia*. Warszawa: Wyd. „Sokrates", 1994, nowe Wyd. Warszawa: Wyd. „Amber", 2002.

Kunachowicz H., Wojtasik A., *Błonnik pokarmowy (włókno pokarmowe)*, w: M. Jarosz (red.), *Normy żywienia dla populacji polskiej – nowelizacja*. Warszawa: Inst. Żywności i Żywienia, 2012.

Kunce A., *To, co puste*, w: J. Kurek, K. Maliszewski (red.), *Utrata. Wobec braku i ubywania*. Chorzów: MDK „Batory", 2013.

Kunczik M., Zipfel A., *Wprowadzenie do nauki o dziennikarstwie i komunikowaniu.* Warszawa: Wyd. Nauk. „Scholar", 2000.

Kunowski S., *Podstawy współczesnej pedagogiki*. Warszawa: Wyd. Salezjańskie, 2004.

Kunowski S., *Podstawy współczesnej pedagogiki*. Warszawa: Wyd. Salezjańskie, 1993.

Kunzmann U., *Różne podejścia do dobrego życia: emocjonalno-motywacyjny wymiar mądrości*, w: P.A. Linley, S. Joseph (red.), *Psychologia pozytywna w praktyce*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2007.

Kuński H., Jegier A., *Ruch doskonali i uzdrawia serce. Kompendium prewencji pier*wotnej. Warszawa: Wyd. ZG TKKF, 1999.

Kuński H., *Poradnik lekarski aktywności ruchowej osób w wieku średnim.* Warszawa: PZWL, 1985.

Kuński H., *Słownik biograficzny medycyny sportowej. Halina Szwarc (1923–2002)*. „Medycyna Sportowa" 2006, nr 4.

Kuński H., *Trening zdrowotny*. Warszawa: Medsportpress, 2002.

Kupisiewicz Cz., Kupisiewicz M., *Słownik pedagogiczny*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2009.

Kupryś-Lipińsk I., Kuna P., *Zmiany najnowszych wytycznych leczenia i prewencji astmy – GINA 2014. Na co powinniśmy zwrócić uwagę?* „Pneumonologia i Alergologia Polska"

Kuratowska Z. (red.), *Podstawy hematologii klinicznej*. Warszawa: Wyd. AM, 1997.

Kuratowska Z. (red.), *Postęp w rozpoznawaniu i leczeniu chorób rozrostowych układu krwiotwórczego i limfatycznego*. Warszawa: CMKP, 1983.

Kurcz A., *Poczucie osamotnienia podopiecznych domu pomocy społecznej*, w: K. Marzec- Holka (red.), *Pomoc społeczna – praca socjalna. Teoria i praktyka*. Bydgoszcz: Wyd. Akad. Bydg., 2003, t. 2.

Kurek J., Maliszewski K. (red.), *Utrata. Wobec braku i ubywania*. Chorzów: MDK „Batory", 2013.

Kurek S., *Typologia starzenia się ludności Polski w ujęciu przestrzennym*. Kraków: Wyd. Nauk. AP, 2008.

Kurkowski Z. M., *Specjalizacje logopedyczne*. „Biuletyn Logopedyczny" 2010, nr 1.

Kurosu H. i współprac., *Suppression of aging in mice by the hormone Klotho.* "Science" 2005, vol. 309.

Kurowska K., Bąk I., *Poczucie koherencji (SOC) a funkcjonowanie w codziennym życiu mieszkańców domów pomocy społecznej dla przewlekle i somatycznie chorych*. „Psychogeriatria Polska" 2010, vol. 7 [2].

Kurpas D., *Paradygmat opieki nad chorymi przewlekle w ramach podstawowej opieki zdrowotnej*. Wrocław: Wyd. Uniw. Med., 2013.

Kurpas D., *Paradygmat opieki nad chorymi przewlekle w ramach podstawowej opieki zdrowotnej*. Wrocław: Wyd. Uniw. Med., 2013.

Kurpas D., *Paradygmat opieki nad chorymi przewlekle w ramach podstawowej opieki zdrowotnej*. Wrocław: Wyd. Uniw. Med., 2013.

Kurtyka-Chałas J., *Starość i jej oblicza. Wybrane psychologiczne aspekty funkcjonowania osób starszych*. Lublin: Tow. Wyd. Nauk. Libropolis, 2014.

Kurz T., *Stretching. Trening gibkości.* Warszawa: COS, 1997.

Kurzynowski A., *Osoby starsze w strukturach prorozwojowych*. „Gerontologia Polska" 2009, nr 4.

Kusińska A., *Warunki życia ludzi starszych i ich zachowania na rynku*. Warszawa: Inst. Rynku Wewn. i Konsumpcji, 2002.

Kuskowski M, *Spojrzenie praktyka na terapię w domach pomocy społecznej*. „Praca Socjalna" 2009, nr 5.

Kustra Cz., *Powściągliwość i praca w wychowaniu człowieka. Współczesne odczytanie koncepcji opiekuńczo-wychowawczej ks. Bronisława Markiewicza (1842–1912)*. Toruń: Wyd. UMK, 2002.

Kuypers J. A., Bengtson V. L, *Social breakdown and competence. A model of normal aging* „Human Development", 1973, vol. 16 [3].

Kuypers J. A., Bengtson V. L., *Social breakdown and competence: A model of normal aging*. "Human Development" 1973, vol. 16 [3].

Kuźmińska M., *Obturacyjny bezdech senny – czy jest problemem ludzi starszych?* „Postępy Nauk Medycznych" 2011, t. 24, nr 5.

Kuźmińska O., *Zarys historii aerobiku.* w: Z. Szot (red.), *Aerobik. Teoria, technika wykonania, metodyka nauczania, przepisy sędziowania.* Gdańsk: AWFiS, 2002.

Kwapisz U., *Stan funkcjonalny pacjentów geriatrycznych w subiektywnej ocenie zdrowia*. „Pielęgniarstwo Polskie" 2005, vol. 1 [19].

Kwapiszowie J. J., *Orientacja przestrzenna i poruszanie się niewidomych oraz słabowidzących…* Warszawa: WSiP, 1990;

Kwaśniewicz W.: *Przemiany społeczne młodzieży akademickiej Uniwersytetu Jagiellońskiego w dwudziestoleciu Polski Ludowej*. Kraków: Wyd. UJ, 1968.

Kwiatkowska B., Borysławski K., *Starość w średniowieczu i dziś*. „Kwartalnik Historii Kultury Materialnej" 2010, nr 1.

Kwiatkowska B., Borysławski K., *Starość w średniowieczu i dziś*. „Kwartalnik Historii Kultury Materialnej" 2010, nr 1.

Kwilecki K.; *Formy gimnastyki rekreacyjnej kobiet*. w: W. Siwiński, R.D. Tauber, E. Mucha- Szajek (red.), *Czas wolny, rekreacja, turystyka, hotelarstwo, żywienie (wyniki badań naukowych)*. Poznań: WSHiG, 2003.

Kwolek A. (red.), *Rehabilitacja medyczna*. Wyd. 2. rocław: Elsevier/Wyd. Med. Urban & Partner, 2013, 2 t.

Kwolek A., *Rehabilitacja medyczna i fizjoterapia*, w: A. Kwolek (red.). *Rehabilitacja medyczna*. Wyd. 2. Wrocław: Elsevier/ Wyd. Med. Urban & Partner, 2013, t. I.

Kyomen H. H., Whitfield T. H.: Psychozy wieku starczego. „Medycyna Praktyczna – Psychiatria" 2010, vol. 3.

Kyrcziw R.F., *Etnohraficzne doslidżenia Bojkiwszczyzny*. Naukowa Dumka: Lwów 1978. [Кырчив Р.Ф., *Етнографічне дослідження Бойківщини*. Наукова думка: Львів 1978].

La Rosa J. C., He J., Vupputuri S., *Effect of statins on risk of coronary disease: A meta- analysis of randomized controlled trials*. "JAMA" 1999, vol. 282.

Labit A., *Self-managed co-housing in the context of an ageing population in Europe*. "Urban Research & Practice" 2015, vol. 8 [1].

Labouvie-Vief G. współprac., *Representations of self and Barents cross the life-span*. "Journal of Adult Development" 1995, vol. 32.

Labouvie-Vief G., *Emotional and self-regulation: A life span view*. "Human Development" 1989, vol. 32.

Labus A., *Domy międzypokoleniowe odpowiedzią na starzenie się społeczeństwa w XXI wieku*. „Acta Universitatis Lodziensis, Folia Oeconomica" 2015, z. 1

Labus A., *Miasto XXI w. w obliczu starzenia się społeczeństwa*, w: A. A. Zych (red.), *Poznać, zrozumieć i zaakceptować starość…* Łask: Spółka Over Group, 2012.

Labus A., *Miasto XXI wieku w obliczu starzenia się społeczeństwa*, w: A. A. Zych (red.), *Poznać, zrozumieć i zaakceptować starość…* Łask: Over Group, 2012 a.

Labus A., *Starzejące się społeczeństwa europejskie XXI wieku w koncepcjach odnowy miejskiej*. Gliwice: Wyd. Polit. Śl., 2014.

Labus A., *Starzejące się społeczeństwa europejskie XXI wieku w koncepcjach odnowy miejskiej*. Gliwice: Wyd. Polit. Śl., 2014.

Labus A., *Teleopieka – niezbędne narzędzie we współczesnych placówkach medycznych*. „Ogólnopolski Przegląd Medyczny" 2012 b, nr 7.

Labus A., *Teleopieka – niezbędne narzędzie we współczesnych placówkach medycznych*. „Ogólnopolski Przegląd Medyczny" 2012, nr 7.

Lachman M. E., Bertrand R. M., *Personality and the self in midlife*, w: M. E. Lachman (ed.), *Handbook of midlife development*. New York: John Wiley & Sons, Inc., 2001.

Lafont, C. i współprac., *Reducing "iatrogenic disability" in the hospitalized frail elderly*. "The Journal of Nutrition, Health and Aging" 2011, vol. 15 [8].

Lai D. W. L., Tong H., *Effect of social exclusion on attitude toward ageing in older adults living alone in Shanghai*. "Asian Journal of Gerontology and Geriatrics" 2012, vol. 7.

Lakatta E. G., *Typical changes in elderly*, w: W. B. Abrams, M. H. Beers, R. Berkow (red.), *MSD – podręcznik geriatrii*. Wrocław: Urban & Partner, 1999.

Lake T., *Samotność. Jak sobie z nią radzić*. Warszawa: KiW, 1993.

Lalak D., Pilch T. (red.), *Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej i pracy socjalnej*. Warszawa: Wyd. Akad. „Żak", 1999.

Lalak D., Pilch T. (red.), *Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej i pracy socjalnej*. Warszawa: Wyd. Akad. „Żak", 1999.

Lalak D., *Teoretyczny i praktyczny sens metody indywidualnych przypadków*, w: T. Pilch, I. Lepalczyk (red.), *Pedagogika społeczna*. Warszawa: Wyd. Akad. „Żak", 1995.

Lalak D., *Życie jako biografia. Podejście biograficzne w perspektywie pedagogicznej*. Warszawa: Wyd. Akad. „Żak", 2010.

Lamb S. E. i współprac., *Prevention of Falls Network Europe and Outcomes Consensu Group…*"Journal of the American Geriatrics Society" 2005, vol. 53 [3].

Lamm M., *The Jewish way in death and mourning*. New York: Yonatan David Publ., 2000.

Lampinen P. i współprac., *Activity as a predictor of mental well-being among older adults.* "Aging & Mental Health" 2006, vol. 10 [5].

Lamura G., Döhner H., Kofahl Ch., *Family Carers of Older People in Europe. A Six-Country Comparative Study*. Berlin–Münster–Wien–Zürich–London: LIT Verlag, 2008;

Landi F. i współprac., *Sarcopenia and mortality risk in frail older persons aged 80 years and older: Results from ilSIRENTE study*. "Age and Ageing" 2013, vol. 42.

Landi F. i współprac., *Sarcopenia as a risk factor for falls in elderly individuals: Results from the ilSIRENTE study*. "Clinical Nutrition" 2012, vol. 31.

Landowski J., *Neurobiologia reakcji stresowej*. „Neuropsychiatria i Neuropsychologia" 2007, vol. 2 [1].

Landsberg M., *Mentoring*, w: *Biznes*, t. 6: *Planowanie kariery*, Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2007.

Lang F. R., *Loneliness, tenderness and subjective future orientation in late life: An examination of socioemotional selectivity theory*. Zeitschrift für klinische Psychologie 1998, vol. 27 [2].

Lang P. O., Michel J. P., Zekry D., *Frailty syndrome: A transitional state in a dynamic process*. "Gerontology" 2009, vol. 55.

Langdridge D., *Existential counselling and psychotherapy*. London: SAGE Publ. Inc., 2012.

Lange R., *O istocie tańca i jego przejawach w kulturze. Perspektywa antropologiczna*. Kraków: PWM, 1986, Wyd. 2. Poznań: Rhytmos, 2009.

Larrabee G. J., Crook T. H., *Estimated prevalence of age-associated memory impairment derived from standardized tests of memory function*. "International Psychogeriatrics" 1994, vol. 6 [1].

Larrieu S. i współprac., *Incidence and outcome of mild cognitive impairment in a population- based prospective cohort*. "Neurology" 2002, vol. 59.

Larsen R. J., *Toward a science of mood regulation*. "Psychological Inquiry" 2000, vol. 11.

Larsen R., *Anestezjologia*. Wrocław: Elsevier & Partner, 1996, nowe Wyd. 2013, 2 t.

Larsen R., *Anestezjologia*. Wrocław: Wyd. Urban & Partner, 2003.

Larue G. A., *Geroethics: A new vision of growing old in America*. Amherst, NY: Prometheus Books, 1992.

Lasch Ch. *The culture of narcissism: American life in an age of diminishing expectations.* New York, Norton, 1979.

Lasch Ch., *Kultura narcyzmu. Amerykańskie życie w czasach malejących oczekiwań*. Warszawa: Wyd. Akad. Sedno, 2015.

Laskowska E., *Wartościowanie w języku potocznym*, Bydgoszcz: Wyd. WSP, 1992,

Laskowska I. i współprac., *Diagnostyczna wartość testów neuropsychologicznych w łagodnych zaburzeniach poznawczych towarzyszących chorobie Parkinsona*. „Psychiatria Polska" 2014, nr 2.

Laskowska K., *Prawna ochrona ludzi starych – wybrane aspekty*, w: M. Halicka, J. Halicki, A. Sidorczuk (red.), *Człowiek dorosły i starszy w sytuacji przemocy*. Białystok: Wyd. Uniw. w Białymstoku, 2009.

Lasocińska K., *Twórcze aspekty działań autobiograficznych*, w: K. Lasocińska, J. K. Wawrzyniak, *Autobiografia jako twórcze wyzwanie*. Warszawa: Wyd. Akad. „Żak", 2013.

Lasota Z., *Biologia molekularna, informacja genetyczna*. Warszawa: PWN, 1980.

Lau L. de, Breteler, M., *Epidemiology of Parkinson's disease.* "The Lancet Neurology" 2006, vol. 5 [6].

Laumann E. O. i współprac., *Sexual problems among women and men aged 40-80: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors*. "International Journal of Impotence Research" 2005, vol. 17.

Laumann E. O., Paik A., Rosen R. C., *Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors*. "JAMA" 1999, vol. 281.

Launonen A. P., Lepola V., Saranko A., *Epidemiology of proximal humerus fractures.* "Archives of Osteoporosis" 2015, vol. 10.

Lausch-Żuk J., *Sytuacja osób niepełnosprawnych w domach pomocy społecznej*, w: J. Stochmiałek (red.), *Pedagogika wobec kryzysów życiowych*. Warszawa–Radom: Wyd. ITE, 1998;

Lawton M. P. i współprac., *Motivation in later life: Personal projects and well-being*. "Psychology and Aging" 2002, vol. 17 [4].

Lawton M. P., Brody E. M., *Assessment of older people. Self-maintaining and instrumental activities of daily living,* "The Gerontologist", 1969, vol. 9 [3].

Lawton M. P., Brody E. M., *Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living.* "The Gerontologist" 1969, vol. 9 [3].

Lawton M. P., Herzog A. R., *Special research methods for gerontology*. New York: Baywood Publ. Comp., 1989.

Lawton M., Brody E., *Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale: Orginal observer-rated version.* "Psychopharmacology Bulletin" 1988, vol. 24.

Lazarsfeld P. F., Rosenberg M. (eds.), *The language of social research…* New York: Free Press, 1955.

Lazarsfeld P. F., *Use of panels in social research*. "Proceedings of the American Philosophical Society" 1948, vol. 92 [5].
Lazenbatt A., Devaney J., Gildea A., *Older women living and coping with domestic violence*. "Community Practitioner" 2013, vol. 86 [2].
Le Bourg É., *Introduction à la biogérontologie: Approche critique*. Paris: Éd. Tec & Doc, 2012.
Leal M. A., Field M. E., Page R. L., *Ventricular arrhythmias in the elderly: evaluation and medical management.* "Clinics In Geriatric Medicine" 2012, vol. 28 [4].
Ledwoch M., *Egzystencjalne aspekty depresji: Badania empiryczne*. Lublin: Wyd. Tow. Nauk. KUL, 2005.
Lee A., *Signposts of aging: The transitions to later life of a sample of older gay men*. "Ageing International" 2004, vol. 29 [4].
Lee H. Y., *Creativity in old age*. "Journal of the Korean Neuropsychiatric Association" 2002, vol. 41 [5].
Lee P. Y. i współprac., *Representation of elderly persons and women in publisher randomized trias of acute coronary syndrome*. "JAMA" 2001, vol. 286.
Lee R. D., P*olypharmacy: A case report and new protocol for management*. "Journal of the American Board of Family Practice" 1998, vol. 11 [2].
Legeżyńska A., *Poezja jako hermeneutyki „trzeciego" wieku*. „Pogranicza" 2011, nr. 2.
Lehman H. C., *Age and achievement*. Princeton: Princeton Univ. Press, 1953.
Lehr U. (Hrsg), *Interventionsgerontologie*. Darmstadt: Steinkopff Verlag, 1979.
Lehr U. (Hrsg), *Interventionsgerontologie*. Darmstadt: Steinkopff Verlag, 1979.
Lehr U., *Oblicza starości*. „Etnografia Polska" 2003, t. 47, z. 1–2.
Leib E. S. i współprac., *International Society for Clinical Densitometry. Official positions of the International Society for Clinical Densytometry.* "Journal of Clinical Densitometry" 2004, vol. 7 [1].
Leiblum S. R. i współprac., *Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women…* "Menopause" 2006, vol. 13.
Leiblum S. R., Rosen R. C., *Terapia zaburzeń seksualnych*. Gdańsk: GWP, 2005.
Leksykon terminów: psychiatria i zdrowie psychiczne. Warszawa: IPiN, 2001.
Leng S. X., *Serum levels of insulin-like growth factor-I (IGF-I) and dehydroepiandrosterone sulfate (DHEA-S), and their relationships with serum interleukin-6, in the geriatric syndrome of frailty*. "Aging Clinical and Experimental Research" 2004, vol. 16 [2].
Lenor R., *Les exclus – Un Français sur dix*. Paris: Éd. du Seuil, 1974.
Lens W. (1994). *Odraczanie nagrody, samokontrola a przyszłościowa perspektywa czasowa*, w: A. Januszewski, P. Oleś, T. Witkowski (red.), *Wykłady z psychologii KUL*. Lublin: Red. Wyd. KUL, 1994, t. 7.
Lens W., *Future time perspective: A cognitive-motivational concept*, w: D. Brown, J.Veroff (eds.), *Frontiers of motivational psychology: Essays in honour of John W. Atkinson*. New York: Springier, 1986.
Lens W., *Future time perspective: A psychological approach*, w: Z. Uchnast (red.)., *Psychology of time: Theoretical and empirical approaches*. Lublin: Wyd. KUL, 2006.
Lens W., Moreas M. A., *Future time perspective: An individual and a societal approach*, w: Z. Zaleski (red.), *Psychology of future orientation*. Lublin: Wyd. Tow. Nauk. KUL, 1994.
Lerner A. J., Riley D.: *Neuropsychiatryczne aspekty otępień związanych z zaburzeniami ruchu*, w: S. C. Yodofsky, R. E. Hales (red), *Neuropsychiatri*a. Wrocław: Elsevier Urban & Partner, 2012.
Leroi A. M. i współprac., *What evidence is there for the existence of individual genes with antagonistic pleiotropic effects?* "Mechanisms of Ageing and Development" 2005, vol. 126 [3].
Leszczyńska A., *Sport to zdrowie! Refleksje o aktywności fizycznej Polaków*. „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Sociologica" 2013, t. 45.
Leszczyńska-Rejchert A., *Cele, zadania i zasady pracy socjalnej z seniorami*, w: E. Kantowicz (red.), *Koncepcje i praktyka działania społecznego w pracy socjalnej*. Olsztyn: Wyd. UW-M, 2011.
Leszczyńska-Rejchert A., *Cele, zadania i zasady pracy socjalnej z seniorami*, w: E. Kantowicz (red.), *Koncepcje i praktyka działania społecznego w pracy socjalnej*. Olsztyn: Wyd. UW-M, 2011.
Leszczyńska-Rejchert A., *Człowiek starszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości*. Olsztyn: Wyd. UW-M, 2005, dodr. 2010.
Leszczyńska-Rejchert A., *Człowiek starszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości*. Olsztyn: Wyd. UW-M, 2005, dodr. 2010.
Leszczyńska-Rejchert A., *Człowiek starszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości*. Olsztyn: Wyd. UW-M, 2005, dodr. 2010.

Leszczyńska-Rejchert A., *Działania społeczne na rzecz ludzi starszych w kontekście funkcjonowania stacjonarnych domów pomocy społecznej*, w: E. Kantowicz, A. Olubiński (red.), *Działanie społeczne w pracy socjalnej na progu XXI wieku*. Toruń: Wyd. Eduk. „Akapit", 2003.

Leszczyńska-Rejchert A., *Edukacja międzypokoleniowa oraz integracja międzypokoleniowa jako wyzwania współczesnej gerontologii*. „Gerontologia Polska" 2014 a, nr 2.

Leszczyńska-Rejchert A., *Geragogiczne aspekty w kształceniu asystentów osób starszych*, w: L. Frąckiewicz, E. Górnikowska-Zwolak (red.), *Współczesne wyzwania edukacji dorosłych. Obszary współpracy gerontologii i andragogiki*. Mysłowice: Wyd. Górnośl. WSP, 2008.

Leszczyńska-Rejchert A., *Geragogika jako subdyscyplina pedagogiczna – założenia i formy realizacji*. „Chowanna" 2009, t. 2.

Leszczyńska-Rejchert A., *Wspomaganie osób starszych w domach pomocy społecznej*. Toruń: Wyd. Adam Marszałek, 2008.

Leszczyńska-Rejchert A.,, *Starość jako dar losu z perspektywy twórczych i kreatywnych seniorów*, w: A. A. Zych (red.), *Starość darem, zadaniem i wyzwaniem…* Sosnowiec– Dąbrowa Górnicza: Wyd. Progres/Stow. Przyjaciół DPS „Pod Dębem", 2014 b.

Leszczyński P., *Diagnostyka densytometryczna w osteoporozie*, w: W. Pluskiewicz W (red.), *Osteoporoza. Praktyczne zasady opieki lekarskiej nad chorym z osteoporozą*. Warszawa: Medical Tribune Polska, 2010.

Leszek J. (red.), *Choroby otępienie. Teoria i praktyka*. Wrocław: Wyd. Continuo, 2003.

Leś E., *Zarys historii dobroczynności i filantropii w Polsce*. Warszawa: Prószyński i S-ka, 2001.

Leśniewska J., *Program rozwoju wolontariatu hospicyjnego „Lubię pomagać" – cele, zadania i ich realizacja*, w: P. Krakowiak, A. Janowicz, O. Woźniak (red.), *Lubię pomagać. Program rozwoju wolontariatu hospicyjnego 2007–2010*. Gdańsk: Fund. Hospicyjna Hospicjum to też Życie, 2010.

Levant S., Chari K., DeFrances C. J., *Hospitalizations for patients aged 85 and over in the United States, 2000–2010*. "NCHS Data Brief" 2015, vol. 182.

Levenson M. R., Crumpler C. A.,*Three models of adults development.* "Human Development" 1996, vol. 39.

Levinson D. J., *A conception of adult development*. "American Psychologist" 1986, vol. 41 [1].

Levinson D. J., *A conception of adult development*. "American Psychologist" 1986, vol. 41 [1].

Levinson D. J., Levinson J. D., *Seasons of a woman's life*. New York: Alfred A. Knopf, 1996.

Levinson D. J., *Te seasons of a man's life*. New York: Knopf, 1978.

Levinson D. J., *Yhe mid-life transition: A period in adult psychosocial development.* "Journal for the Study of Interpersonal Processes" 1977, vol. 40.

Levinson D. J., Levinson J., *The seasons of women's life*. New York: Knopf, 1996.

Levinson D., *The season`s of a man`s life*. New York: A.A. Knopf, 1978.

Levinson P., *Miękkie ostrze, czyli Historia i przyszłość rewolucji informacyjnej*. Warszawa: Wyd. Lit. Muza, 2006.

Levinson P., *Nowe media*. Kraków: Wyd. WAM, 2010.

Levinson, D. J. i współprac., *The seasons of men's life*. New York: Knopf, 1978.

Levitan U., *Aging: The Kibbutz experience*, w: U. Leviatan, H. Oliver, J. Quarter J., *Crisis in the Israeli Kibbutz*…Westport, Conn. –London: Praeger, 1998.

Levy B., Langer E., *Aging*, w: M. A. Runco, S. R. Pritzker (eds.), *Encyclopedia of creativity.* San Diego, CA: Academic Press, 1999, vol. 1.

Levy J., *Entreyiens Alec Hélène Reboul; au bout de mon âge… cmprendre le vieillissement, apprivoiser le mort*. Paris: Éd. Liber, 2005.

Lévy P., *Drugi potop*. „Magazyn Sztuki" 1997, nr 1–2.

Levy R., *Aging-associated cognitive decline*. "International Psychogeriatrics" 1994, vol. 6 [1].

Lewandowski A., Śmiglewska M., Smeja B. J. *Właściwości indywidualne fizjoterapeuty w Pomyślnej realizacji zawodu – na przykładzie wyników badań studentek kierunku fizjoterapii*. „Postępy Rehabilitacji 2010, nr 1.

Lewandowski B. i współprac., *Osteoporoza – część 2: Badanie gęstości mineralnej kosci oraz badanie pbrazowqe w diagnostyce osteoporozy*. „Nowa Medycyna – Osteoporoza" 2006, nr 3.

Lewens T., *Seven types of adaptationism*. "Biological Philosophy" 2009, vol. 24.

Lewicki A., *Procesy poznawcze i orientacja w otoczeniu*. Warszawa. PWN, 1960.

Lewiecki E. M. i współprac., *Special report on the official positions of the International Society for Clinical Densitometry*. "Osteoporosis International" 2004, vol. 15.

Lewińska A., Pytasz U., *Zasady żywienia w podeszłym wieku*, w: M. Karasek (red.), *Aspekty medyczne starzenia się człowieka*. Łódź: ŁTN, 2008.

Lewis J. R., *Encyklopedia snu*. Warszawa: Wyd. CIBET, 1998.

Lewis P. A., *James Parkinson: The Man Behind the Shaking Palsy*. "Journal of Parkinson's Disease" 2012, vol. 2 [3].

Lewis P. A., *James Parkinson: The Man Behind the Shaking Palsy*. "Journal of Parkinson's Disease" 2012, vol. 2 [3].

Lew-Starowicz Z. *Seksuologia psychospołeczna*, w: Z. Lew-Starowicz, R. Skrzypulec (red.) *Podstawy seksuologii*. Warszawa: PZWL, 2010.

Lew-Starowicz Z., *Encyklopedia erotyki*. Warszawa: Muza S.A., 2004.

Lew-Starowicz Z., *Seks dojrzały.* Warszawa: PZWL, 1988.

Lew-Starowicz Z., *Słownik encyklopedyczny „Miłość i seks"*. Warszawa: Wyd. . Europa, 1999.

Lew-Starowicz Z., *Słownik encyklopedyczny. Miłość i seks.* Wrocław: Europa, 1999.

Leymann H., *The content and development of mobbing at work*. „European Journal of Work and Organizational Psychology" 1996, vol. 5 [2].

Liang J., Olsen R. W. *Alcohol use disorders and current pharmacological therapies: the role of GABA(A) receptors*. " Acta Pharmacologica Sinica" 2014, vol. 35.

Liang-Yu G. i współprac., *In vivo alteration of the telomere sequences and senescence caused by mutated Tetrachymena telomerase RNAs*. "Nature" 1990, vol. 344.

Liban-Gałka B., Barylski M., *Korzystna rola rehabilitacji kardiologicznej u chorego z zaawansowaną niewydolnością serca i po zabiegu chirurgicznej rewaskularyzacji mięśnia sercowego.* „Geriatria" 2008, nr 2.

Liberska H., *Perspektywy temporalne młodzieży. Wybrane uwarunkowania*. Poznań: Wyd. Nauk. UAM, 2004.

Libin, A., *Therapeutic robocat for nursing home residents with dementia: Preliminary inquiry.* "American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias" 2004, vol. 19 [2].

Libungan B. i współprac., *Elderly patients with myocardial infarction selected for conservative or invasive treatment strategy.* "Clinical Interventions in Aging" 2015, vol. 10.

Licastro F, Caldarrera C. M., *Biomarkers of aging: expression and regulation*, w: *Proceedings of the First International Congress on Biomarkers of Aging: Expression and Regulation*. Bologna: b.w., 1992.

Liebert R., Poulos R., Strauss G., *Developmental psychology*. New York: McGraw Hill, 1974.

Lim S. Y., Bolster M. B., *Current approaches to osteoporosis treatment*. "Current Opinion in Rheumatology" 2015, vol. 27 [3].

Lim W. S. i współprac., *BTS guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults: Update 2009*. "Thorax" 2009, vol. 64.

Lim W. S. i współprac., *Defining community acquired pneumonia severity on presentation to hospital: An international derivation and validation study*. "Thorax" 2003, vol. 58.

Lin C. H. i współprac. *Associated factors for falls among the community-dwelling older people assessed by annual geriatric health examinations*. "PLoS One" 2011, vol. 6 [4].

Lin G. A. i współprac., *Frequency of stress testing to document ischemia prior to elective percutaneous coronary intervention*. "JAMA" 2008, vol. 300.

Lindau S. T. i współprac. *A Study of Sexuality and Health among Older Adults in the United States.* "The New England Journal of Medicine" 2007, vol. 357.

Lindau S. T., Gavrilova N., *Sex, health, and years of sexually active life gained due to good health: Evidence from two US population based cross sectional surveys of ageing*. "BMJ" 2010, vol. 340.

Lindauer M. S., *Old age style*, w: *Encyclopedia of creativity*. San Diego, CA–London: Academic Press, 1999.

Lindauer M. S., Orwoll L. M., Kelley M. C., *Aging artists on the creativity of their old age*. "Creativity Research Journal" 1997, vol. 10 [Issue 2–3].

Lindeboom J., Weinstein H., *Neuropsychology of cognitive ageing, minimal cognitive impairment, Alzheimer's disease, and vascular cognitive impairment*. "European Journal of Pharmacology" 2004, vol. 490 [Issues 1–3].

Lindemann E., *Symptomatology and management of acute grief.* "American Journal of Psychiatry" 1944, vol. 101.

Lipowicz E., *Funkcje i zadania ośrodków pomocy społecznej*, w: Z. Wołk (red.), *Instytucje pomocy w służbie ludziom*. Zielona Góra: Wyd. Uniw. Zielonogórski, 2003.

Lipowicz I., *Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje*. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich 2012.

Lipowski Z. J., *Delirium: Acute brain failure in manc*. Springfield, IL: Charles C. Thomas, 1980.

Lipowski Z. J., *Delirium: Acute confusional states*. New York: Oxford Univ. Press, 1990.
Lipowski Z. J., *Transient cognitive disorders (delirium, acute confusional states) in the elderly*. "American Journal of Psychiatry" 1983, vol. 140.
Lipp A., Shaw C., Glavind K., *Mechanical devices for urinary incontinence in women*. "Cochrane Database of Systematic Reviews" 2014 [Issue 12].
Lips H. M., *Sex and gender: An introduction*. Boston: McGraw Hill, 2005.
Lis J., Jarząb A., Witkowska D., *Rola mimikry molekularnej w etiologii schorzeń o charakterze autoimmunizacyjnym*. „Postępy Higieny i medycyny Doświadczalnej", 2012, vol. 66.
Lis M., *Day of Judgment*, w: H.-J. Klauck i współprac. (eds.), *Encyclopedia of the Bible and its Reception. Dabbesheth – Dreams and Dream Interpretation*. Berlin–Boston: De Gruyter, 2013 a, vol. 6.
Lis M., *Film i przemijanie*. „Studia Filmoznawcze" 2013 b, nr 34.
Lis M., *Krzysztof Zanussi. Przewodnik teologiczny*. Opole: Wyd. Uniw. Opolskiego, 2015.
Lisowska B., *Odmienność znieczulenia regionalnego u pacjentów w podeszłym wieku*. „Geriatria" 2008, vol. 2.
Lisowska E., *Diagnostyka pedagogiczna w pracy z dzieckiem i rodziną*. Kielce: Wyd. Wszechn. Świętokrz., 2008
Lister M., *Nowe media. Wprowadzenie*. Kraków: Wyd. UJ, 2009.
Lis-Turlejska M., *Stres traumatyczny. Występowanie, następstwa, terapia*. Warszawa: Wyd. Akad. „Żak", 2002.
Liszewska M., *Życie uczuciowe i intymne seniorów. Stary-nowy problem w domach pomocy społecznej?* „Wspólne Tematy", 2009, nr 3,
Litawa A., Szarota M.(Małgorzata) (2011), *Zajęcia ruchowe dla seniorów (na przykładzie Miejskiego Dziennego Domu Pomocy Społecznej nr 4 w Krakowie)*, w: Starość zależna – opieka i pomoc społeczna. Perspektywa gerontologii społecznej, (red.) Z. Szarota, Biblioteka Gerontologii Społecznej, tom III, Krakowskie Towarzystwo Edukacyjne sp. z o.o. – Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2011, s. 69-80
Litawa A., Szarota Z. (2008), *Wychowanie w starości jako zadanie Miejskiego Dziennego Domu Pomocy Społecznej (na przykładzie Centrum Kultury i Rekreacji Seniorów w Krakowie),* w: Aktywność społeczna, kulturalna i oświatowa seniorów, (red.) A. Fabiś, Biblioteka Gerontologii Społecznej, Bielsko-Biała, s. 115-128.
Liu C. K. i współprac., *The Impact of sarcopenia on a physical activity intervention: The Lifestyle Intervention and Independence for Elders Pilot Study (LIFE-P).* "The Journal of Nutrition Health and Aging" 2014, vol. 18.
Liu J. J., Extermann M., *Comprehensive geriatric assessment and its clinical impact in oncology.* "Clinics in Geriatric Medicine" 2012, vol. 28 [1].
Liu J., Mori A., *Stress, aging, and brain oxidative damage*. "Neurochemical Research" 1987, vol. 24.
Liu X.-K., Jahangir A., Shen W. K., *Cardiac arrhythmias*, w: J. B. Halter i współprac. (eds.), *Hazzard's geriatric medicine and gerontology*. Wyd. 6. New York: The McGraw-Hill, 2009.
Livečka E., *Problémy výchovy dospělých ve stáři*. „Psychologie v Ekonomické Praxi" 1978, nr 3–4.
Lizak A., *Proprioceptywna stymulacja receptorów*, w: A. Kwolek (red.), *Rehabilitacja medyczna*. Wrocław: Wyd. Med. Urban & Partner, 2003, t. 1.
Ljubuncic P., Reznick A. Z., *The evolutionary theories of aging revisited – a mini-review*. "Gerontology" 2009, vol. 55 [2].
Lock M., Kaufert P., *Menopause, local biologies and cultures of aging*. "American Journal of Human Biology" 2001, vol. 13 [4].
Lockhart T. E., Shi W., *Effects of age on dynamic accommoda*tion. "Ergonomics" 2010, vol. 53 [7].
Loeser R. F., Delbono O., *Aging of the muscles and joints*, w: J. B. Halter i współprac. (eds.), *Hazzard's geriatric medicine and gerontology*. Wyd. 6. New York: McGraw-Hill, 2009.
Long S., Vincent C., *Patient safety*, w: A. J. Sinclair, J. E. Morley, B. Vellas (eds), *Pathy's principles and practice of geriatric medicine*. Wyd. 5. New York: Wiley-Blackwell Ltd, 2012.
Longo V. D., Mitteldorf J., Skulachev V. P., *Programmed and altruistic ageing*. "Nature Reviews Genetics" 2005, vol. 6 [11].
Longosz S., *Ksenodochium. Hospicjum wczesnochrześcijańskie. (Nazwa, geneza, rozwój regionalny, struktura i organizacja).* „Vox Patrum" 1996, vol. 16, t. 30–31.
Longosz S., *Rodzina wczesnochrześcijańska i jej zadania w nauczaniu św. Bazylego Wielkiego*. „*Roczniki* Teologiczno-Kanoniczne" 1981, t. 28 [4].
Long-term care policies for older people. Paris: OECD, 2005.
Long-term care policies for older people. Paris: OECD, 2005.

Lopez-Otin C. i współprac., *The hallmarks of aging*. "Cell" 2013 vol. 153 [6]. Kurpesa M., Krzemińska-Pakuła M., *Badanie podmiotowe*, w: P. Pruszczyk, T. Hryniewicki, J. Drożdż (red.), *Wielka Interna. Kardiologia z elementami angiologii*. Warszawa: Medical Tribune, 2009, t. 2.

Lorenc R. i współprac.,*Zalecenia postepowania diagnostycznego i leczniczego w osteoporozie. Aktualizacja 2013.* „Medycyna Praktyczna" 2013, Wyd. spec. „Reumatologia" 2013, nr 1.

Lorenc R. S. (red), *Diagnostyka osteoporozy 2000*. Warszawa: Osteoforum. 2000.

Lorenc R. S. i współprac., *Zalecenia postępowania diagnostycznego i leczniczego w osteoporozie…* „Terapia" 2007, nr 9, s. 10

Lorenc R., Misiorowski W., *Osteoporoza.* „Medycyna Praktyczna" 2010, nr 3.

Lott I. T., Head E., *Down syndrome and Alzheimer's disease: a link between development and aging.* "Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews" 2001, vol. 7 [3].

Louis E. D., i współprac., *Parkinsonian features of eight pathologically diagnosed cases of diffuse Lewy body disease*. "Movement Disorders" 1995, vol. 10.

Lubecki M., *Polski model rehabilitacji medycznej zaakceptowany i zalecany przez WHO*. „Hygeia Public Health" 2011, vol. 46 [4].

Lubkin I. M., Larsen P. D., *Chronic illness: Impact and interventions*. Wyd. 6. Boston: Jones and Bartlett Publ., 2006.

Lubryczyńska K., *Uniwersytety trzeciego wieku w Warszawie*, Warszawa: Wyd. ITE, 2005.

Luca A., Luca M., Calandra C., *Eating disorders in late*-life. "Aging and Disease" 2015, vol. 6 [1].

Lukian [Lucianus Samosatensis], *Dialog o tańcu*. Warszawa: b.w., 1951.

Lunenfeld P. (ed.), *The digital dialectic: New essays on new media*. London: MIT Press, 1999.

Lunenfeld P., *The secret war between downloading and uploading: Tales of the computer as culture machine*. London: MIT Press, 2011.

Luper S., *The Philosophy of Death*, Cambridge: Cambridge University Press, 2009.

Lüscher K. i współprac., *Generationen, Generationenbeziehungen, Generationenpolitik. Ein mehrsprachiges Kompendium/ Pokolenia, relacje międzypokoleniowe, polityka relacji międzypokoleniowych. Wielojęzyczne kompendium*. Konstanz: Universität Konstanz/Generationes International Network for the Study of Intergenerational Issues, 2015.

Lutomski J., *Ziołolecznictow chorób wieku podeszłego*. „Postępy Fitoterapii" 2000, t. 1, nr 3.

Luybomirsky S., Layous K., *How do simple positive activities increase well-being?* "Current Directions in Psychological Science" 2013, vol. 22 [1].

Lydyard P. M., Whelan A., Fger M. W., *Immunologia*. WarszawaL Wyd. PWN, 2005.

Lyles K. W, *Hyperparathyroidism an Paget's disease of bone*, w: J.B. Halter i współprac. (eds), *Hazzard's geriatric medicine and gerontology*. Wyd. 6. San Francisco: McGraw Hill Medical, 2009.

Łacko A., *Specyfika leczenia chorych na nowotwory w podeszłym wieku*. „Medycyna Wieku Podeszłego" 2010, vol. 2 [1].

Łaguna M., *Szkolenia*. Gdańsk: GWP, 2004.

Ławniczak A., Kmieć Z., *Zmiany mięśni szkieletowych w trakcie starzenia: fizjologia, patologia i regeneracja*. „Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej" 2012, t. 66.

Łącka K., *Choroby tarczycy*. Warszawa: Wyd. lek. PZWL, 2001.

Łobocki M., *Metody i techniki badań pedagogicznych*. Kraków: Ofic. Wyd. „Impuls", 2003.

Łopatkowa M., *Samotność dziecka*. Warszawa: WSiP, 1989.

Łotocki Ł., *Barwy jesieni życia. O społeczno-kulturowym obrazie starości.* „Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje" 2012, t. 17.

Łoza B., Parnowski T., *Nowa depresja. Nowe leczenie*. Warszawa: Medical Education, 2012;

Łuczak J., *Cierpienie. Charakterystyka, rozpoznawanie, wspomaganie cierpiących, Powinności leczących, skuteczność pomocy cierpiącym chorym*, w: B. Block, W. Ostrowski (red.), *Człowiek nieuleczalnie chory*. Lublin: Wyd. KUL, 1997.

Łuczak J., Lemieszek-Kotlińska A., *Opieka paliatywna/hospicyjna/medycyna paliatywna,* Nowiny Lekarskie 2011, vol. 80, 1.

Łuczak J., *List otwarty dotyczący roli opieki paliatywnej i hospicyjnej*. „Przegląd Tygodniowy" 1996, nr z 17.07.1996.

Łuczyńska M., *Dylematy etyczne – różne spojrzenie. O relacji pomagania w pracy socjalne*, w: M. Sokołowska (red.), *Dylematy etyczne pracowników socjalnych.* Warszawa: Wyd. CRZL, 2013 a.

Łuczyńska M., *O odpowiedzialności etycznej pracownika socjalnego,* w: T. Kaźmierczak, M. Łuczyńska (red.), *Wprowadzenie do pomocy społecznej: wybrane zagadnienia*. Katowice: Wyd. Nauk. „Śląsk", 1998.

Łuczyńska M., *Pracownicy socjalni w procesie profesjonalizacji.* Warszawa: Wyd. Inst. Spraw Publicznych, 2013 b.

Łukasik A., Barylski M., Irzmański R., *Rehabilitacja osób w wieku podeszłym – terapia z wyboru dla starzejącego się społeczeństwa*. „Geriatria" 2011, nr 5.

Łukasik A., Barylski m., Irzmański R., *Rehabilitacja osób w wieku podeszłym – terapia z wyboru dla starzejącego się społeczeństwa*. „Geriatria" 2011, nr 5.

Łukasik A., Barylski m., Irzmański R., *Rehabilitacja osób w wieku podeszłym – terapia z wyboru dla starzejącego się społeczeństwa*. „Geriatria" 2011, nr 5.

Łukaszewski W., Boguszewska J., *Strategie obrony przed lękiem egzystencjalnym*. „Nauka" 2008, nr 4.

Łukaszewski W., *Udręka życia. Jak ludzie radzą sobie z lekiem przed śmiercią?* Sopot: Smak Słowa, 2010.

Łukaszewski W., *Udręka życia. Jak ludzie radzą sobie z lekiem przed śmiercią?* Sopot: Smak Słowa, 2010.

Łukaszewski W., *Udręka życia. Jak ludzie radzą sobie z lękiem przed śmiercią*. Sopot: Wyd. Smak Słowa, 2010.

Łuszczyńska M., *Praca socjalna wobec śmierci i umierania*, w: M. Nóżka, M. Smagacz-Poziemska (red.), *Starzenie się. Problemat społeczno-socjalny i praktyka działań*. Kraków: Wyd. UJ, 2014

Łyskawa W., *Ocena wybranych funkcji poznawczych i percepcji czasu u osób dorosłych.* [Niepublikowana praca doktorska]. Pleszew–Poznań: Arch. Uniw. Med. im. K. Marcinkiewicza, 2013.

MacCann J. F., *Geriatrics… going, going, gone*. "Geriatric Medicine" 1996, vol. 26 [1].

Mace N. L., Rabins P. V., *36 godzin na dobę. Poradnik dla opiekunów osób z chorobą Alzheimera i innymi chorobami otępiennymi oraz zaburzeniami pamięci w późnym okresie życia.* Warszawa: Wyd. MediPage, 2005.

Machiavelli N., *Książę…* Warszawa: Unia Wyd. „Verum", 2008 a.

Machiavelli N., *O sztuce wojny*. Warszawa: Wyd. Aletheia, 2008 b.

Machinek M., *Śmierć w dyspozycji człowieka. Wybrane problemy etyczne u kresu ludzkiego życia*. Olsztyn: Wyd. „Hosianum", Olsztyn 2004.

Machover T., *Media Medium, musical score*. Milan–Paris; Ricord, 1994.

Maciantowicz E., Mazur A., *Zapobieganie wykluczeniu społecznemu osób starszych na przykładzie działań klubów seniora w Kielcach*, w: W. Janocha (red.), *Niepełnosprawność. Wybrane aspekty osób niepełnosprawnych i ich rodzin*. Kielce: Wyd. „ Jedność", 2000.

Maciaszkowa J., *Z teorii i praktyki opiekuńczej. Opieka rodzinna nad dzieckiem i kompensacja jej niedostatków*. Warszawa: WSiP, 1991.

Maciążek-Chyra B., Wiland P., *Osoby starsze a choroby układu mięśniowo-szkieletowego*, w: B. Samoliński, F. Raciborski (red.), *Zdrowe starzenie się: Biała Księga*. Warszawa: Wyd. Nauk. Scholar, 2013.

Maciejewska B., *Tropiciel zapomnienia*. „Tygodnik Wrocławski"/„Gazeta Wyborcza" 2015, nr 295.

Maciura Ł., Lasek P., Iwanicka-Maciura A., *Koncepcja systemu telemedycznego z komunikacją głosową służącego do przypominania i zdalnej kontroli zażywania leków przez pacjentów geriatrycznych i psychiatrycznych*. „Przegląd Elektrotechniczny" 2014, nr 5.

Maciuszek, (1995), *Jakość życia a nieuniknioność ludzkiego cierpienia*, (w:) A. Bańka, R. Derbis (red.), *Pomiar i poczucie jakości życia u aktywnych zawodowo oraz bezrobotnych*. Poznań– Częstochowa: Środkowoeuropejskie Centrum Edukacyjne Działania Społecznego. 1995.

Mackall C. L., Gress R. E., *Thymic aging and T-cell regeneration*. Immunological Reviews. "Immunological Review" 1997, vol. 160.

MacKenzie D. M. i współprac., *Brief cognitive screening of the elderly: A comparison of the Mini-Mental State Examination (MMSE), Abbreviated Mental Test (AMT) and Mental Status Questionnaire (MSQ)*. "Psychological Medicine" 1996; 26 [2].

Mackiewicz S., Wiktorowicz K., *Immunologia w zarysie*. Warszawa: PZWL, 1990.

MacMahon B., Pugh T. F., *Suicide in the widowed*. "American Journal of Epiodemiology" 1965, vol. 81.

Maćkiewicz J., *Kategoryzacja a językowy obraz świata…*, w: Kochman S. (red.), *W kręgu semazjologii leksykologii i terminologii…* Opole: Wyd. WSP, 1988.

Maćkiewicz J., *Potoczne w naukowym – niebezpieczeństwa i korzyści*, w: A. Dąbrowska, J. Anusiewicz (red.), *Językowy obraz świata i kultura*. Wrocław: Wyd. Uniw. Wrocł., 2000 [„Język a Kultura", t. 13].

Maćkowicz J., Majerek B., *Combating domestic violence – Polish systemic solutions*. "European Scientific Journal" 2013, vol. 2.

Maćkowicz J., *Osoby starsze jako ofiary przemocy domowej. Ujęcie wiktymologiczne*. Kraków: Ofic. Wyd. "Impuls", 2015.

Maćkowicz J., *Osoby starsze jako ofiary przemocy domowej. Ujęcie wiktymologiczne*. Kraków: Ofic. Wyd. "Impuls", 2015.

Maćkowicz J., *Osoby starsze jako ofiary przemocy domowej. Ujęcie wiktymologiczne*. Kraków: Ofic. Wyd. „Impuls", 2015.

Madeira S. i współprac., *The diseases we cause: Iatrogenic illness in a department of internal medicine.* "European Journal of Internal Medicine" 2007, vol. 18.

Madsen T., *Nursing home caregivers' attitudes regarding sexual behavior of nursing home residents: A cross sectional survey*. "Master of Social Work Clinical Research Papers" 2012.

Magierowski R., Sobów T., *Ból i depresja w wieku podeszłym*, w: D. Dudek (red.), *Ból i depresja*. Poznań: Termedia Wyd. Med., 2011.

Magierski R., Kłoszewska I., Sobów T., *Otępienie z ciałkami Lewy'ego – nowe kryteria diagnostyczne i postępowanie terapeutyczne*. „Aktualności Neurologiczne" 2006, vol, 6.

Magnus B., *The age of ageing: How demographics are changing the global economy and our world.* Hoboken, NJ: Wiley, 2008.

Mahoney F. I., Barthel D.W., *Functional evaluation: The Barthel Index*. "Maryland State Medical Journal 1965, vol. 14.

Maier H. (ed.), *Supercentinarians. On the age validation of supercentinarians*. [Demographic Research Monographs]. Berlin–Heidelberg: Springer Verlag, 2010.

Maier S. F., Watkins L. R., Fleshner M., *Psychoneuroimmunologia. O współzależnościach pomiędzy zachowaniem, mózgiem i odpornością*. "Nowiny Psychologiczne" 1997, nr 1.

Mainland B. J., Shulman K. I, *Clock Drawing Test*, w: A. J. Lerner (ed.), *Cognitive Screening Instruments: A Practical Approach*. London: Sprinder-Verlag, 2013.

Majchrowska A., *Poczucie bezpieczeństwa mieszkańców Domu Pomocy Społecznej*, w: W. Wiczkowski (red.), *Bezpieczeństwo człowieka w środowisku lokalnym*. Olsztyn: Wyd. WSP, 1999.

Majer J., *Fizyologija układu nerwowego*. Kraków–Warszawa: Nakł. D. E. Fiedleina, 1854.

Majer J., *Fizyologija zmysłów*. Kraków–Warszawa: Nakł. D. E. Fiedleina, 1857.

Majer J., *O stuletnim życiu w krajach polskich w porównaniu z trwaniem życia prawidłowym*. „Rocznik Zarządu Akademii Umiejstności w Krakowie" [Kraków: Druk. UJ,] 1880.

Majer J., *O trwaniu zycia ludzkiego*. „Tygodnik Naukowy i Literacki" 1866, vol. 9–11.

Majeran R., *Arystoteles o starości*. „Vox Patrum" 2011, t. 56 [31].

Majeran R., *Arystoteles o starości*. „Vox Patrum" 2011, z. 56.

Majewska-Kafarowska A., *Marzenia w przestrzeni życiowej seniorów – konteksty, znaczenia*. „Edukacja Dorosłych" 2012, nr 1.

Majewski T., *Edukacja i rehabilitacja osób głuchoniewidomych*. Warszawa: TPG, PZN, 1995.

Majewski T., *Poradnik metodyczny dla nauczycieli pracujących z dziećmi z uszkodzonym wzrokiem w systemie integracyjnym*. Warszawa: MEN, 1997.

Majewski T., *Psychologia niewidomych i niedowidzących*. Warszawa: PWN, 1983.

Majewski T., *Rehabilitacja zawodowa osób niepełnosprawnych*. Warszawa: Wyd. Centrum Badawczo-Rozwojowe Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, 1995.

Majewski T., *Zagadnienia rehabilitacji głuchoniewidomych*. Warszawa: PZWL, 1979.

Majewski T., *Zagadnienia rehabilitacji niewidomych*. Warszawa: ZW CRS, 1971.

Majkrzak H., *Starość człowieka jako problem filozoficzny w myśli klasycznej*. „Człowiek w Kulturze" 2002, nr 14.

Majkrzak H., *Starość człowieka jako problem filozoficzny w myśli klasycznej*. „Człowiek w Kulturze" 2002, nr 14.

Majkusiak W. i współprac., *Quality of life assessment in women after cervicosacropexy with polypropylene mesh for pelvic organ prolapse: a preliminary study*. „Przegląd Menopauzalny" 2015, vol. 14 [2].

Majnert P., Machul R., Batorski D., *Internet dla użytkowników 50+: Najpopularniejsze w Polsce serwisy internetowe a dobre praktyki projektowania dla użytkowników 50+*. Warszawa: UPC, 2011.

Makara-Studzińska M. i współprac., *Zespół stresu pourazowego – rys historyczny, terminologia, metody pomiaru*. "Current Problems of Psychiatry" 2012, vol. 13 [2].

Makarewicz R., *Fraszki frasujące*. Londyn: OPiM,1988.

Makary M. A. i współprac., *Frailty as a predictor of surgical outcomes in older patients*. "Journal of the American College of Surgeons"2010, vol. 210.

Makselon J. (red.), *Człowiek wobec śmierci. Aspekty psychologiczno-pastoralne*. Kraków: Wyd. Nauk. PAT, 2005.

Makselon J., *Lęk wobec śmierci*. Kraków: Wydaw. PTT, 1988.

Makselon J., *Podstawy tanatologii*, w: J. Binnebesel, A. Janowicz, P. Krakowiak (red.), *Jak rozmawiać z uczniami o końcu życia i wolontariacie hospicyjnym*. Gdańsk: Via Medica, 2009.

Makselon J., *Psychologia postaw wobec śmierci*. „Ateneum Kapłańskie" 1980, vol. 95.

Makselon J., *Rola kapelana w budowaniu nadziei chorego.* „Ateneum Kapłańskie" 1987, vol. 109.
Makselon J., *Struktura wartości a postawa wobec śmierci. Studium z tanatopsychologii*. Lublin: Wyd. KUL, 1983.
Makselon J., *Z psychologii cierpienia*. „Homo Dei" 1987, nr 1.
Malani P. N., Vaitkevicius P. V., Orringer M. B., *Perioperative evaluation and management*, w: J. B. Halter i współprac. (eds.), *Hazzard's geriatric medicine and gerontology*. Wyd. 6. New York: McGraw-Hill, 2009.
Malec M. (red.), *Edukacyjne, kulturowe i społeczne konteksty starości*. Wrocław: Ofic. Wyd. ATUT, 2011.
Malec M., *Gerotranscendencja − teoria pozytywnego satrzenia się. Założenia i znaczenie*. „Dyskursy Młodych Andragogów" 2012, nr 3.
Malec M., *Poradnictwo gerontologiczne*. „Edukacja Dorosłych" 2002, nr 4.
Malec M., Wnuk W., *University of the Third Age as a place of lifelong learning practice*, w: A. Dwojak-Matras, E. Kurantowicz (eds.), *Strategy of lifelong learning: Access implementation in practice*. Wrocław: Wyd. Nauk. DSWE TWP, 2006.
Malec M., *Wolontariat jako przestrzeń uczenia się seniorów*. „Dyskursy Młodych Andragogów" 2013, nr 14.
Malec-Rawiński M., *Znaczenie krytycznej gerontologii edukacyjnej dla badań i praktyki*. „Rocznik Andragogiczny" 2013, nr 20.
Malewski M., *Od nauczania do uczenia się. O paradygmatycznej zmianie w andragogice*, Wrocław: Wyd. Nauk. DSW, 2010.
Malewski M., *Od nauczania do uczenia się. O paradygmatycznej zmianie w andragogice*.Wrocław: Wyd. Nauk. DSW, 2010
Malewski M., *Poradnictwo wobec zmieniających się wzorów ludzkiego życia*, w: B. Wojtasik, A. Kargulowa (red.), *Doradca – profesja, pasja, powołanie?* Warszawa: Stow. Doradców Szkol. i Zaw. RP, 2003.
Malewski M., *Teorie andragogiczne. Metodologia teoretyczności dyscypliny naukowej.* Wrocław: Wyd. Uniw. Wrocł., 1998.
Malewski M., *Teorie andragogiczne. Metodologia teoretyczności dyscypliny naukowej*. Wrocław: Wyd. Uniw. Wrocł., 1998.
Malewski M., *Teorie andragogiczne. Metodologia teoretyczności dyscypliny na*ukowej. Wrocław: Wyd. Uniw. Wrocł., 1998.
Malewski M., *Wprowadzenie do metodologii pedagogiki dorosłych,* w: T. Wujek (red.), *Wprowadzenie do pedagogiki dorosłych*. Wa rszawa: Wyd. Nauk. PWN, 1992.
Malhotra A., Dawkins S,, Pendergast B. D., *Valvular herst disease and infective endocarditis*, w: A. J. Sinclair, J. E. Morley, B. Vellas (eds.), *Pathy's principles and practice of geriatric medicine*. Wyd. 5. New York: Wiley-Blackwell Ltd, 2012.
Malinowska B. i współprac., *Otępienie korowo-podkorowe (cortico-basal dementia – CBD) – studium jednego przypadku*. „Borgis – Medycyna Rodzinna" 2003, nr 6.
Malinowski A., *Auksologia. Rozwój osobniczy człowieka w ujęciu biomedycznym*. Wyd. 3. Zielona Góra: Ofic. Wyd. Uniw. Zielonogórskiego, 2009;
Malinowski J., *Role, funkcje i zadania asystenta rodzinnego*, w: Żukiewicz A. (red.), *Asystent rodzinny. Nowy zawód i usługa w systemie wspierania rodzin. Od opieki do wsparcia*. Kraków: Ofic. Wyd. „Impuls", 2011.
Maliszewski K., *Ciemne iskry. Problem aktualizacji pedagogiki kultury*. Toruń: Wyd. Adam Marszałek, 2013 a.
Maliszewski K., *Wszystkie komety świata. Szkic z topografii i pedagogii utraty*, w: J. Kurek, K. Maliszewski (red.), *Utrata. Wobec braku i ubywania*. Chorzów: MDK „Batory", 2013 b.
Malone L., *Abstract: Reviews the book "Geroethics: A New Vision of Growing Old in America," by Gerald A. Larue.* "Library Journal" 1992, vol. 117 [13].
Mała encyklopedia powszechna PWN. Warszawa: PWN, 1959.
Małecka B. Z., *Elementy gerontologii dla pedagogów*. Gdańsk: Wyd. UG, 1985.
Małunowiczówna L., *Konsolacyjne listy św. Bazylego Wielkiego*. „*Roczniki* Humanistyczne" 1976, t. 24 [3].
Małunowiczówna, *Problem cierpienia u św. Bazylego Wielkiego*. „*Roczniki* Teologiczno- Kanoniczne" 1981, t. 28 [4].
Mały Rocznik Statystyczny Polski. Londyn: Ministerstwo Informacji Polski, 1941
Mały Rocznik Statystyczny. Warszawa: GUS, 2010.
Mały Rocznik Statystyczny. Warszawa: GUS, 2012.
Mały Rocznik Statystyczny. Warszawa: GUS, 2014.
Mały Rocznik Statystyczny. Warszawa: GUS, 2015.
Mały Rocznik Statystyczny. Warszawa: Nakł. GUS, 1931.
Mały Rocznik Statystyczny. Warszawa: Nakł. GUS, 1932.
Mandal A., Latusek A., *Przywiązanie do miejsca zamieszkania w biegu życia*. „Psychologia Rozwojowa" 2015, nr. 2.
Mandawat A. i współprac., *Safety of pacemaker implantation In nonagenarians: an analysis of the health care cost and utilization Project- nationwide inpatient sample.* "Circulation" 2013, vol. 127 [14].

Manganello J. A., *Health literacy and adolescents: A framework and agenda for future research*. "Health Education Research" 2008, vol. 23 [5].
Mannheim K., *Das Problem der Generationen*. „Kölner Vierteljahreshefte für Soziologie 1928, H. 7.
Manteuffel E., *Dobroczynność a opieka społeczna*. „Opiekun Społeczny" 1936, nr 1.
Manteuffel E., *Podstawy organizacyjne opieki społecznej w Polsce*. Warszawa: Pol. Komitet Opieki nad Dzieckiem, 1928.
Manteufflowa E., *Praca społeczna wśród rodzin*. „Opiekun Społeczny" 1946, nr 1–2.
Manthorpe J., Iliffe D., *Depresja wieku podeszłego*. Warszawa: PZWL, 2010.
Manton K., Stallard E., Tolley H., *Limits to human life expectancy: Evidence, prospects, and implications*. "Population and Development Review" 1991, vol. 17 [4].
Manu V., Joyner M. J., Booth F.W. *An obligation for primary care physicians to prescribe physical activity to sedentary patients to reduce the risk of chronic health conditions*. „Rehabilitacja Medyczna" 2002, vol. 6 [4].
Marchewka A. (red.), *Fizjologia starzenia się. Profilaktyka i rehabilitacja.* Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2012.
Marchewka A., Dąbrowski Z., Żołądź J. A. (red.), *Fizjologia starzenia się.* Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2013.
Marchioli R. i współprac., *Antioxidant vitamins and prevention of cardiovascular disease: epidemiological and clinical trial data*. "Lipids" 2001, vol. 36.
Marchwicki P., *Teoria przywiązania J. Bowly'ego*. „Seminare" 2006, nr 23.
Marcinek P., *Funkcjonowanie intelektualne w okresie starości*. „Gerontologia Polska" 2007, nr 3.
Marciniak G., *Kształcenie dorosłych*. Warszawa: GUS, 2009.
Marciniak K., *Mitologia grecka i rzymska…* Warszawa–Bielsko-Biała, Wyd. Szk. PWN., 2010.
Marciniak W., Szulc A., *Wiktora Degi ortopedia i rehabilitacja*. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 2003.
Marcinkowska-Suchowierska E., Sawicka A., *Calcium and Vitamin D in prevention of osteoporotic fractures.* „Postępy Nauk Medycznych" 2012, nr 3.
Marcinkowska-Suchowierska E., Tałałaj M., *Osteomalacja*, w: J. E. Badurski (red.), *Choroby metaboliczne kości.* Warszawa: Wyd. Med. Borgis, 2005.
Marcinowicz L. i współprac., *Involvement of family nurses in home visits during an 8-year period encompassing primary healthcare reforms in Poland.* "Health Social Care Community" 2009, nr 17.
Marcjanik M., *Językowy obraz osoby starszej*, w: B. Szatur-Jaworska (red.), *O sposobach mówienia o starości…* Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, 2014.
Marco R. de i współprac., *The coexistence of asthma and chronic obstructive pulmonary disease (COPD): Prevalence and risk factors in young, middle-aged and elderly people from the general population.* "PLOS One" 2013, vol. 8 [5].
Marczak J., *Osiągnięcia życiowe w świadomości ludzi starych*, w: M. Dzięgielewska (red.), *Refleksje nad starością – aspekty społeczne, edukacyjne i etyczne*. Łódź: Wyd. UŁ, 1992 a.
Marczak J., *Wątki filozofii życia człowieka starego*, w: M. Dzięgielewska (red.), *Refleksje nad starością – aspekty społeczne, edukacyjne i etyczne*. Łódź: Wyd. UŁ, 1992 b.
Marczak M., *Niepokój i tęsknota. Kino wobec wartości. o filmach Krzysztofa Zanussiego*. Olsztyn: Wyd. UW-M, 2011.
Marek A., *Starość okresem traumy?* „Innowacje Psychologiczne" 2015, nr 1.
Marek Aureliusz, *Rozmyślania*. Warszawa: PWN, 1984.
Marek T., *Pojęcie zmęczenia psychicznego w świetle koncepcji optymalnego poziomu aktywacji*. „Przegląd Psychologiczny" 1984, nr 4.
Marek Z., Walulik A., *Sytuacje graniczne i wychowanie*. „Paedagogia Christiana" 2012, t. 30 [2].
Markides K. S. (ed.), *Encyclopedia of Health and Aging*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publ. Inc., 2007.
Markowska M., *Pobudzenie, agresja, psychoza. Ludzie na huśtawce*. „Wysokie Obcasy" 2012, nr 20.
Markowski M.P., *Czarny nurt. Gombrowicz, świat, literatura*. Kraków: WL, 2005.
Marody M., Giza-Poleszczuk A., *Przemiany więzi społecznych. Zarys teorii zmiany społecznej*. Warszawa: Wyd. Nauk. Scholar, 2004.
Marris P., *Widows and their families*. London: Routledge & Kegan Paul, 1958;
Marshall B. L., *Science, medicine, and virility surveillance: „sexy seniors" in the pharmaceutical imagination*, w: K. Joyce, M. Loe, *Technogenarians. Studying health and illness through an ageing, science, and technology lens*. Malaysia: Wiley-Blackwell Publ., 2010.
Marshall B. L., *Science, medicine, and virility surveillance…*, w: K. Joyce, M. Loe (eds.), *Technogenarians. Studying health and illness through an ageing, science, and technology lens*. Malaysia: Wiley-Blackwell, 2010.

Marshall G. (red.), *Słownik socjologii i nauk społecznych*, Warszawa: PWN, 2004, nowe Wyd. 2006.
Marshall G. (red.), *Słownik socjologii i nauk społecznych.* Warszawa: PWN, 2004.
Marshall G. (red.), *Słownik socjologii i nauk społecznych*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2005.
Marshall G. (red.), *Słownik socjologii i nauk społecznych*. Warszawa: Wyd. nauk. PWN, 2004.
Marsiske M., Willis, S. L., *Dimensionality of everyday problem solving in older adults*. "Psychology and Aging", 1995, vol. 10 [2].
Marteinsson H., *Alzheimer tilbrigðin*. Reykavík: Ljód Tunglid Forlag, 2014.
Marti P., Stienstra J. T., *Exploring empathy in interaction: Scenarios of respectful robotics*. "The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry" 2013, vol 26 [2].
Martin J. D., *Power, dependence, and the complaints of the elderly: A social change perspective*. "Aging and Human Development" 1971, vol. 2.
Martin J., Sugarman J., *Psychology's reality debate: A "levels of reality" approach*. "Journal of Theoretical and Philosophical Psychology" 1999, vol. 19.
Martin T., Doka K. J., *Men don't cry, women do: Transcending gender stereotypes of grief*. Phildelphia: Taylor & Francis, 2000.
Martinez Madrid N., Seepold R. E. D. (eds.), *Intelligent Technical Systems*. "Lecture Notes in Electrical Engineering" 2009, vol. 38.
Martinsson I., Edberg A. K., Janlöv A. Ch., *Growing old in a foreign context – older immigrants' experience of everyday life in residential care facilities.* "Nordic Journal of Nursing Research" 2013, vol. 33 [3].
Martone A. M. i współprac., *Anorexia of aging: A modifiable risk factor for frailty*. "Nutrients" 2013, vol. 5 [10].
Maruszewski T., *Pamięć autobiograficzna*. Gdańsk: GWP, 2005.
Marycjusz S., *O szkołach czyli akademiach ksiąg dwoje*. Wrocław: Wyd. PAN, 1955.
Marynowicz-Hetka E. (red.), *Pedagogika społeczna podręcznik akademicki*. Warszawa: PWN, 2006, t. 1.
Marynowicz-Hetka E. (red.), *Profesor Olga Czerniawska*. Łódź: ŁTN, 2010 [seria: Sylwetki Łódzkich Uczonych, z. 97].
Marynowicz-Hetka E., *Pedagogika społeczna. Podręcznik akademicki*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2006.
Marynowicz-Hetka E., *Pedagogika społeczna*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2006, t. 1.
Marynowicz-Hetka E., *Praca socjalno-wychowawcza z rodzina niepełną*. Warszawa: IWZZ, 1980.
Maslach Ch., Jackson S., Leiter M. P., *The Maslach Burnout Inventory*. Wyd. 3. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press,1996.
Maslach Ch., Jackson S., *The Maslach Burnout Inventory*. Wyd. 2. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1986.
Maslach Ch., Leiter M. P., *Early predictors of job burnout and engagement*. "Journal of Applied Psychology" 2008, vol. 93.
Maslach Ch., Leiter M. P., *Prawda o wypaleniu zawodowym. Co robić ze stresem w organizacji*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2011.
Maslach Ch., *Wypalenie w perspektywie wielowymiarowej*, w: H. Sęk (red.) *Wypalenie zawodowe. Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN 2000.
Maslow A. H., *Motivation and personality*. New York: Harper, 1954, Wyd. 3. New York: Addison-Wesley, 1987.
Maslow A. H., *Motywacja i osobowość*. Warszawa: PWN, 2006.
Maslow A. H., *Motywacja i osobowość.* Wyd. 2. Warszawa, PWN, 2006.
Masłowska D., *Między nami dobrze jest*. Warszawa: Wyd. Lampa i Iskra Boża, 2008.
Mastalski J., *Dialog edukacyjny w służvue zdrowia globalnego nastolatka*, w: H. Wrona- Polańska (red.), *Psychologia zdrowia w służbie człowieka*. Kraków: Wyd. Nauk. UP, 2012.
Mastalski J., *Hospicjum w służbie człowiekowi…* „Zeszyty Naukowe WSH – Pedagogika" 2007, z. 2.
Matcha D. A., *The sociology of aging: An international perspective.* Cornwall-on-Hudson–New York: Sloan Publishing, 2007.
Matejczuk J., *Zaangażowanie w działalność społeczności lokalnej jako szansa rozwoju dla seniorów*, w: A. I. Brzezińska i współaut. (red.), *Szanse rozwoju w okresie późnej dorosłości.* Poznań: Wyd. Fundacji Humanitoria, 2007.
Mathers C., Loncar D., *Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030*. "PLoS Medicine" 2006, vol. 3 [11].
Matlakiewicz A., Stolarczyk-Szwec H., *Dorośli uczą się inaczej. Andragogiczne podstawy kształcenia ustawicznego*. Toruń: Wyd. CKU, 2009.
Matlin M. W. *The psychology of women*. Fort Worth: Harcourt Brace College Publ., 1996.

Matos M., Pinto-Gouveia J., *Shame as a traumatic memory*. "Clinical Psychology and Psychotherapy" 2010, vol. 17.
Mattison J. A. i współprac., *Impact of caloric restriction on health and survival in rhesus monkeys from the NIA study*. "Nature" 2012, vol. 489.
Mattson M. P. *Cellular and neurochemical aspects of the aging human brain*, w: J. B. Halter i współprac. (eds.), *Hazzard's geriatric medicine and gerontology*. Wyd. 6. New York:. McGraw-Hill, 2009.
Maturana H. R., Varela F. J., *The tree of knowledge. The biological roots of human understanding.* Boston: Shambhala Publications, 1992.
Matuszewska A., Wiland P., *Rozpoznawanie osteoporozy w XXI wieku*. „Przegląd Reumatologiczny" 2009, vol. 29, nr 6.
Matuszewski A., *Poziom noetyczności a postawa wobec śmierci*. Pelplin: „Bernardinum", 2002.
Matuszewski T., *Pamięć autobiograficzna*. Gdańsk: GWP, 2005.
Matuszkiewicz-Rowińska J., *Choroby układu moczowego u osób w wieku podeszłym*, w: K. Galus (red.), *Geriatria: Wybrane zagadnienia*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner, 2007.
Matysiakiewicz J., Pudło R., *Mechanizmy łączące depresję i zdarzenia sercowe*. „Lęk i Depresja" 2006, t. 11, nr 4.
Matzinger P., *Tolerance, danger, and the extender family*. "Annaual Review of Immunology"1994, vol. 12.
Mausch K., Ryś E., *Starość jako piętno*, w: B. Bugajska (red.) *Życie w starości.* Szczecin: ZAPOL, 2007.
Mauss M., *Socjologia i antropologia*. Warszawa: PWN, 1973.
Mawlawi F., *Prosty wykład głównych praktyk religijnych islamu*. Białystok; Muzułmańskie Stow. Kształtowania Kulturalnego, 2003.
May R., *Odwaga tworzenia,* Poznań: Wyd. Rebis, 1994.
Mayntz R., Holm K., Hübner P., *Wprowadzenie do metod socjologii empirycznej*. Warszawa: PWN, 1985.
Maywald C., *Der pädagogische Umgang mit Sterben, Tod und Trauer…* Hamburg: disserta Verlag, 2014.
Maziarz Cz., *Teoretyczna fizjonomia andragogiki*, w: M. Marczuk (red.), *Problemy i dylematy andragogiki*. Lublin–Radom: Wyd. TWWP, 1994.
Mazur I., Chmiel A., *Odzwierciedlenie percepcji osób widzących w opisie dla osób niewidomych. Badania nad audiodeskrypcją*. „ Lingwistyka Stosowana" 2011, nr 4.
Mazurek J., *Fizjoterapia holistyczna, czyli psycho-fizjo-terapia*, cz. III: *Człowiek w fizjoterapii, czyli od modelu biomedycznego, przez humanistyczny, do holistycznego*. „Fizjoterapia" 2009, vol. 17 [4].
Mądzik L., *Rzecz*. „Charaktery" 2011, nr 1.
Mąka-Malatyńska K., *Widok z tej strony. Przedstawienia Holocaustu w polskim filmie.* Poznań: Wyd. Nauk. UAM, 2012.
McAdams D. P., Josselson R., Lieblich A. (eds.), *Turns in the road. Narrative studies of lives in trnasition*. Washington, D.C.: APA, 2001.
McAdams D. P., de St. Aubin E., *A theory of generativity and its assessment through self-report, behavioral acts, and narrative themes in autobiography*. "Journal of Personality and Social Psychology" 1992, vol. 62.
McBride P. K., *Internet po pięćdziesiątce*. Poznań Wyd. Nakom, 2009 a.
McBride P. K., *Komputer po pięćdziesiątce*. Poznań Wyd. Nakom, 2009 b.
McCall W. V., *Proxy validation of patient self-reports of ADL and IADL function before and after electroconvulsive therapy.* "The Journal OF ECT" 2002, vol. 18 [2].
McCauley B. S., Dang W., *Histone methylation and aging: lessons learned from model systems*. "Biochimca et Biophysica Acta" [BBA] 2014, vol. 1839 [12].
McCrae R. R., Costa P. T., *Osobowość dorosłego człowieka*. Kraków: Wyd. WAM, 2005.
McCrae R. R., Costa P. T., *Osobowość dorosłego człowieka. Perspektywa teorii pięcioczynnikowej*. Kraków: Wyd. WAM, 2005.
McCrae R., Costa P., *Osobowość dorosłego człowieka*. Kraków: Wyd. Wam, 2005.
McCrae R. R., Costa P. T., *Personality in adulthood*. New York: Guilford, 1990.
McDonald A., *Social work with older people*. Cambridge: Polity Press, 2010.
McDonald R. B., *Biology of aging*. New York: Garland Science, Taylor & Francis Group, LLC, 2014.
McDonough W., Braungart M., *Cradle to Cradle: Remaking the Way We Make Things.* New York: North Point Press, 2010.
McDougal G. J. *Therapeutic issues with gay and lesbian elders,* w: T. L. Brink (ed.), *The forgotten aged: Ethnic, psychiatric, and societal* minorities. New York: Haworth Press, 1993.
McGill M. E., *The 40 to 60 year old male*. New York: Simon, Schuster, 1980.
McKee P., Barber C. E., *Plato's theory of aging*. "Journal of Aging and Identity" 2001, vol. 6 [2].
McKeith I. G., *Dementia with Lewy bodies*. "The British Journal of Psychiatry" 2002, vol. 180.

McKeith I. G., i współprac., *Consortium on DLB. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: Third report on the DLB Consortium*. "Neurology" 2005, vol. 65.

McKhann G. M. i współprac., *Work Group on Frontotemporal Dementia and Pick's Disease*. [2001]: *Clinical and pathological diagnosis of frontotemporal dementia*…, "Archives of Neurology" 2001, vol. 58 [11].

McMurray J. V i współprac., *ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012* … "Reference European Heart Journal" 2012, vol. 33.

McMurry J., *Chemia organiczna.* Wyd. 3. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2005, 5 t.

McQuail D., *Teoria komunikowania masowego*. Warszawa: PWN, 2007.

Mead M., *Kultura i tożsamość. Studium dystansu międzypokoleniowego*. Warszawa: PWN, 1978, Wyd. 2. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2000.

Meadows D. H. i współprac. (red.), *Granice wzrostu*. Warszawa: PWE, 1974.

Meagher D. J., Norton J. W., Trzepacz P. T., *Delirium in the elderly*, w: M. E. Agronin, G. J. Maletta (eds.), *Principles and practice of geriatric psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006.

Means K.M. *The Obstale Course:A tool for the assessment of functional balance and mobility in the elderly.* "Journal of Rehabilitation Research and Development" 1996, vol. 33 [4].

Medawar P. B., *An unsolved problem of biology.* London: H.K. Lewis, 1952.

Medvedev Z. A., *An attempt at a rational classification of theories of ageing*. "Biological reviews of the Cambridge Philosophical Society" 1990, vol. 65 [3].

Megginson D., *Mentoring w działaniu*. Poznań: Dom Wyd. Rebis, 2008.

Meir S., Stutzer A., *Is volunteering rewarding in itself?* "Economica" 2008, t. 75.

Meisami E. i współprac., *Sensory systems: Normal aging, disorders, and treatments of vision and hearing in humans*, w: P. S. Timiras (ed.), *Physiological basis of ageing and geriatrics*. Wyd. 4. California: Informa Healthcare, 2007.

Mellibruda J, Durda R, Sasal H. D., *O przemocy domowej. Poradnik dla lekarza pediatry*. Warszawa: PARPA, 1998.

Mellibruda J., *Psycho-bio-społeczny model uzależnienia od alkoholu*. „Alkoholizm i Narkomania" 1997, nr 3.

Melov S. i współprac., *Resistance Exercise Reverses Aging in Human Skeletal Muscle*. "PLoS ONE" 2007, vol. 2 [5].

Melton L. J. i współprac.,., *Cross-sectional versus longitudinal evaluation of bone loss in men and women*. „Osteoporosis International" 2000, vol. 11 [7].

Menezes A. M. i współprac., *Increased risk of exacerbation and hospitalization in subjects with an overlap phenotype: COPD-asthma*. "Chest" 2014, vol. 145 [2].

Merton R. K., *Teoria socjologiczna i struktura społeczna*. Warszawa: PWN, 2002.

Merton R. K., *Teoria socjologiczna i struktura społeczna.* Warszawa: PWN, 2002.

Mesjasz J., *Klątwa czy dar przemijania? Studium z tanatopsychologii*. Warszawa: Difin, 2010.

Mesjasz J., *Klątwa czy dar przemijania? Studium z tanatopsychologii.* Warszawa: Diffin, 2010.

Messer B., *Pflegeplanung für Menschen mit Demenz…* Wyd. 2. Hannover: Schlütersche Verlag, 2009.

Metchnikoff É. [Miecznikow I. I.], *Etudes biologiques sur la* vieillesse. "Annales de l'Institut Pasteur" 1901 a, vol. 15.

Metchnikoff É. [Miecznikow I. I.], *La vieillesse*. „Revue Scientoifique" 1904.

Metchnikoff É. [Miecznikow I. I.], *Sur l'état actuelle de l'atrophie dans le vieillissement*. "Archives Russes de Pathologie, Médicine Clinique et Bactériologie" 1899.

Metchnikoff É. [Miecznikow], *L'Immunité dans les maladies infectieuses*. Paris: Masson & Cie, 1901 b.

Meyne J., Ratliff R. L., Moyzis R. K., *Conservation of the human telomere sequence (TTAGGG)n among vertebrates.* "Proceedings of National Academy Sciences USA" 1989, vol. 86 [18].

Mędraś M., Bablok L. (red.), *Andropauza.* Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 2002.

Mędraś M., Karasek M., *Późno występujący hipogonadyzm (andropauza)*, w: M. Karasek (red.), *Aspekty medyczne starzenia się człowieka*. Łódź: ŁTN, 2008.

Mętel S., *Wpływ Tai Chi oraz ćwiczeń sensomotorycznych na poprawę równowagi u osób w wieku geriatrycznym.* „Rehabilitacja Medyczna" 2003, t. 7, nr 3.

Michalik E., *Przedoperacyjna ocena i postępowanie okołooperacyjne u chorych w wieku podeszłym.* „Postępy Nauk Medycznych" 2008, nr 11.

Michalik M. (red.), *Diagnoza i terapia logopedyczna osób dorosłych i starszych.* Kraków: Wyd. Collegium Columbinum, 2014.

Michalos, A. C., *Multiple discrepancy theory*. „Social Indicators Research" 1985, vol. 16.

Michałkiewicz H., Wróbel J., *Całościowa ocena geriatryczna – narzędzie ważne również dla fizjoterapeutów.* „Zamojskie Studia i Materiały" 2012, nr 1.

Michałowska-Wieczorek I., *Rola wsparcia w zmaganiu się z chorobą nowotworową*. „Psychoonkologia" 2006, t.10, nr 2.

Michałowski S., *Pedagogia wartości*, Bielsko-Biała: Wyd. „Debit", 1993.

Michel J.-P., *Żywienie, starzenie się i długowieczność*, w: K. Sawiński (red.), *Wyzwania współczesnej geriatrii i gerontologii*. Poznań: Wyd. Wielkopolskie Stow. Wolontariuszy Opieki Paliatywnej „Hospicjum Domowe", 2014.

Micher M, Chęciński P, Synowiec T, *Postępowanie w przewlekłym niedokrwieniu kończyn dolnych.* „Przewodnik Lekarza" 2006, nr 5.

Miczyńska-Kowalska M., *Konsument i jego tożsamość w społeczeństwie ponowoczesnym*, w: W. Muszyński (red.), *„Nowy wspaniały świat?" Moda, konsumpcja i rozrywka jako nowe style życia*, Toruń: Wyd. Adam Marszalek, 2009.

Midelfart A. i współprac., *Prevalence of refractive errors in young and middle-aged adults in Norway*. "Acta Ophthalmologica Scandinavica" 2002, vol. 80 [5].

Mielczarek A., *Człowiek stary w domu pomocy społecznej. Z perspektywy polityki społecznej i pracy socjalnej.* Toruń: Wyd. „Akapit", 2010.

Mielczarek A., *Człowiek stary w domu pomocy społecznej. Z perspektywy polityki społecznej i pracy socjalnej*. Toruń: Wyd. Eduk. „Akapit", 2010,

Mielczarek A., *Człowiek stary w domu pomocy społecznej. Z perspektywy polityki społecznej i pracy socjalnej*. Toruń: Wyd. Eduk. „Akapit", 2010 a.

Mielczarek A., *Determinanty jakości życia mieszkańców domu pomocy społecznej dla seniorów*, w: D. Kałuża, P. Szukalski (red.), *Jakość życia seniorów w XXI wieku z perspektywy polityki społecznej*. Łódź: Wyd. UŁ, 2010 b.

Mielczarek A., *Determinanty jakości życia seniorów w domu pomocy społecznej*, w: A. A. Zych (red.), *Poznać, zrozumieć i zaakceptować starość…* Łask: Over Group, 2012.

Mielczarek A., *Jak opracować plan indywidualnego wsparcia seniora?* „Praca Socjalna" 2007, nr 1.

Mielczarek A., *O standaryzacji domów pomocy społecznej*. „Praca Socjalna" 2012, nr 2.

Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF). Warszawa: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, 2009.

Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Kraków–Warszawa: Uniw. Wyd. Med. „Vesalius", IPiN, 1998.

Mika T., Kasprzak W., *Fizykoterapia*. Wyd. 4. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 2013;

Mikołajewska E., *Fizjoterapia a rehabilitacja medyczna – problemy semantyczne z nazewnictwem w fizjoterapii.* „Fizjoterapia" 2011 a, vol. 19 [4].

Mikołajewska E., *Kinesiotaping. Rozwiązania wybranych problemów funkcjonalnych*. Warszawa: PZWL, 2011 b.

Mikołajewska E., *Klinimetria w fizjoterapii pacjentów po udarze mózgu*. „Sztuka Leczenia" 2011 c, nr 3–4.

Mikołajewska E., *Metoda NDT-Bobath w neurorehabilitacji osób dorosłych*. Warszawa: PZWL, 2011 c, dodr. 2012.

Mikołajewska E., Mikołajewski D., *Możliwości wykorzystania robotów pomocniczych i obsługowych w opiece domowej*. „Gerontologia Polska" 2011, nr 3–4.

Mikołajewska E., Mikołajewski D., *Wykorzystanie robotów rehabilitacyjnych do usprawniania*. „Niepełnosprawność – Zagadnienia, Problemy, Rozwiązania" 2013, nr IV [9].

Mikołajewska E., *Wózki dla osób niepełnosprawnych. Budowa, akcesoria, dobór i użytkowanie*. Bydgoszcz: Wyd. Margrafsen, 2012.

Miksza M., *Wartości ważne w moim życiu. Model zajęć z seniorami w oparciu o zasady pedagogiczne Marii Montessori*, w: *Edukacja w systemie Marii Montessori. Wychowanie do wartości*. Łódź: Wyd. Palatum, 2014 a,

Miksza M., *Zrozumieć Montessori, czyli Maria Montessori o wychowaniu dziecka*, Kraków: Ofic. Wyd. „Impuls", 2014 b.

Mikulski J., *Służby socjalne – stan, potrzeby, kształcenie*. Warszawa: Inst. Wyd. CRZZ, 1974.

Mikułowski-Pomorski J., *Pokolenie jako pojęcie socjologiczne.* „Studia Socjologiczne" 1968, nr 3–4.

Milanowska K., *Kinezyterapia*. Wyd. 6. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 2001.

Milat A. i współprac., *Prevelence, circumstances and consequences of falls among community-dwelling older people…* "NSW Public Health Bulletin" 2011, vol. 22.

Miles S. H., Parker K., Sexuality in the nursing home: Iatrogenic loneliness. "Generations" 1999. vol. 23 [1].

Milewski J., *La vieillesse dans le judaïsme: Un défi d'humanité*. Paris: Hermann, 2015.

Milewski S., Kaczorowska-Bray K., *Czy potrzebna jest „gerontologopedia"? Późna dorosłość z perspektywy logopedycznej*, w: M. Michalik (red.), *Diagnoza i terapia osób dorosłych i starszych*. Kraków: Collegium Columbinum, 2014.

Milewski S., Kaczorowska-Bray K., *Czy potrzebna jest „gerontologopedia"? Późna dorosłość z perspektywy logopedycznej*, w: M. Michalik (red.), *Diagnoza i terapia osób dorosłych i starszych*. Kraków: Collegium Columbinum, 2014.

Milio N., *Promoting health through public policy.* Ottawa: Canadian Public Health Association, 1986.

Millard P. H., *A case for development of departments of gerocomy in all district general hospitals: Discussion paper*. "Journal of the Royal Society of Medicine" 1991, vol. 84.

Millard P. H., *British Geriatrics Society Annual Report 95/96*. "British Geriatrics Society" 1996, vol. 4.

Miller D. A., *The 'sandwich' generation: Adult children of the aging*. "Social Work" 1981, vol. 26 [5].

Miller E. *Ocena funkcjonowania skuteczności wczesnej rehabilitacji po udarze mózgu – obserwacja półroczna.* „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego" 2007, nr 3.

Miller M. *Water & electrolyte disorders*, w: W. B. Abrams, M. H. Beers, R. Berkhow (eds.), *The Merck Manual of Geriatrics*. Wyd. 2. New Jersey: Merck&o, 1999.

Miluska J., *Tożsamość kobiet i mężczyzn w cyklu życia*. Poznań: Wyd. Nauk. UAM, 1996.

Minassian V. A., Drutz H. P., Al-Badr A., *Urinary incontinence as a worldwide problem.* "Journal of Gynecology & Obstetrics" 2003, vol. 82.

Minczakiewicz E., *Logopedia. Mowa – Rozwój – Zaburzenia – Terapia*. Kraków Wyd. WSP, 1996.

Minda E., Galus K., Kozak-Szkopek E., *Ocena wpływu leczenia psychoterapeutycznego i farmakologicznego na stan umysłowy i funkcjonalny osób z zaawansowanym otępieniem leczonych w szpitalu psychiatrycznym*. „Psychogeriatria Polska" 2012, vol. 9 [1].

Minichiello V. i współprac. (eds.), *Sociology of aging: International perspectives.* B.m.: ISA, Research Committee on Aging, 1996.

Minois G., *Historia starości. Od antyku do renesansu*. Warszawa: „Volumen"/„Marabut", 1995.

Minois G., *Historia starości. Od antyku do renesansu*. Warszawa: „Volumen"/„Marabut", 1995.

Minois G., *Historia starości. Od antyku do renesansu*. Warszawa: „Volumen"/„Marabut", 1995.

Minois G., *Historia starości. Od antyku do renesansu*. Warszawa: „Volumen"/„Marabut", 1995.

Minois G., *Historia starości. Od antyku do renesansu*. Warszawa: „Volumen"/„Marabut", 1995.

Minois G., *Historia starości. Od antyku do renesansu*. Warszawa: „Volumen"/„Marabut", 1995.

Minois G., *Historia starości. Od antyku do renesansu*. Warszawa–Gdańsk: Wyd. „Volumen"/„Marabut", 1995.

Minois G., *Historia starości. Od antyku do renesansu*. Warszawa–Gdańsk: Ofic. Wyd. Volumen/Wyd. Marabut,1995.

Minois G., *Historia starości*. Warszawa: „Verum", 1996.

Mirczak A., Pikuła N., *Satysfakcja z życia starszych osób mieszkających w wybranych miejscowościach wiejskich województwa małopolskiego.* „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne" 2014, vol. 4 [4].

Mirewska E., *Rodzinny dom pomocy jako alternatywa dla domu pomocy spoecznejaj,* w: Z. Szarota (red.), *Starość zależna – opieka i pomoc społeczna. Perspektywa gerontologii społecznej.* Kraków: Krak. Tow. Edukacyjne/Ofic. Wyd. AFM, 2011 [Bibl. Gerontologii Społ., t. 3].

Mirewska I, *Sylwetka zawodowa asystenta rodzinnego w perspektywie „Założeń ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej nad dzieckiem"*, w: A. Żukiewicz (red.), *Rodzicielstwo zastępcze w perspektywie teoretycznej i praktycznej*. Toruń: Wyd. Akapit, 2011.

Misiołek H. i współprac., *Zalecenia postępowania w bólu pooperacyjnym – 2014.* „Anestezjologia i Intensywna Terapia" 2014, vol. 46 [4].

Miszczak E., *Czy w Polsce występuje gerontofobia*, w: J. T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Pomyślne starzenie się w perspektywie nauk społecznych i humanistycznych*. Łódź: Wyd. UŁ, 2008.

Miś L. *Ery i fazy w życiu człowieka dorosłego w ujęciu Daniela J. Levinsona*, w: P. Socha (red.), *Duchowy rozwój człowieka*. Kraków: Wyd. UJ, 2000.

Miś L., *Ery i fazy rozwoju człowieka dorosłego w ujęciu Daniela J. Levinsona*, w: P. Socha (red.), *Duchowy rozwój człowieka. Fazy życia, osobowość, wiara, religijność*. Kraków: Wyd. UJ, 2000.

Mitologia. Mity i legendy świata. Warszawa: PWN, 2009.

Mitty E., *Iatrogenesis, frailty, and geriatric syndromes*. "Geriatric Nursing" 2010, vol. 31 [5].

Młodkowski J., *Aktywność wizualna człowieka*. Warszawa–Łódź: PWN, 1978.

Mocchegiani E., *Editorial: Cellular senescence and inflammation: advances and therapeutic targets in aging and major age-related diseases*. "Current Pharmaceutical Design".2013, vol. 19.

Modrak M., Trzeci poziom dojrzałości. Szczęśliwe życie po sześćdziesiątce. Katowice: Wyd. Helion (Sensus), 2013.

Modrzewski J., *Prizonizacja przestrzeni społecznej. Między praktyką zniewalania a mirażem bezpieczeństwa osobistego*. „Pedagogika Społeczna" 2014, nr 3.

Mogilewski B., *Miecznikow*. Warszawa: „Nasza Księgarnia", 1950.

Monks C. P. i współprac., *Bullying in different contexts: commonalities, differences and the role of theory*. "Aggression and Violent Behavior" 2009, vol. 14.

Montaigne M., *Próby*. Warszawa: Wyd. DeAgostini, 2002.

Montaigne M., *Próby*. Warszawa: Wyd. DeAgostini, 2002.

Montaigne M., *Próby*. Warszawa: Wyd. DeAgostini, 2002.

Monte S. i współprac., *Antithrombotic treatment is strongly underused despite reducing overall mortality among high-risk elderly patients hospitalized with atrial fibrillation*. "European Heart Journal" 2006, vol. 27.

Montero I. i współprac., *Intimate partner violence in older women in Spain: Prevalence, health consequences, and service utilization*. "Journal of Women & Aging „2013, vol. 25 [4].

Montero-Marin J., Garcia-Compayo J., *A newer and Bronder definition of burnout: Validation of the Burnout Clinical Subtype Questionnaire (BCSQ-36)*. "BMC Public Health" 2009, vol. 10.

Montesanto A., i współprac., *Epidemiological, genetic and epigenetic aspects of the research on healthy ageing and longevity*. "Immunity & Ageing" 2012, vol. 9 [1].

Monteskiusz, *O duchu praw*. Warszawa: Wyd. DeAgostini, 2002.

Monthorpe J., Iliffe S., *Depresja wieku podeszłego*. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 2010.

Moody H. R., Sasser J. R., *Aging: Concepts and controversies*. Wyd. 7. Thousand Oaks, CA: Sage Publ., 2012.

Moody R. A., *Życie po życiu. Badania zjawiska przeżycia po śmierci klinicznej*. Poznań: Wyd. Zysk i S-ka, 2002, nowe Wyd. 2016.

Moonie i współprac., *The relationship between school absence academic performance, and asthma status*. "Journal of School Health" 2008, vol. 78.

Moore A. R., O'Keeffe S. T., *Drug-induced cognitive impairment in the elderly*. "Drug Aging" 1999, vol. 15 [1].

Moore A. R., O'Keeffe S. T., *Drug-induced cognitive impairment in the elderly*. "Drugs and Aging" 1999, vol. 15 [1].

Moore D. S., *Individuals and population: How biology's theory and data have interfered with the integration of development and evolution*. "New Ideas in Psychology" 2008, vol. 26.

Moos R. H., Lemke S., *Multiphasic Environmental Assessment Procedure (MEAP)*. Stanford, CA: Univ. Medical Center, 1984.

Morandi A. i współprac. *Understanding international differences in terminology for delirium and other types of acute brain dysfunction in critically ill patients*. "Intensive Care Medicine" 2008, vol. 34 [10].

Morandi A. i współprac., *Delirium superimposed on dementia strongly predicts worse outcomes in older rehabilitation inpatients*. "Journal of the American Medical Directors Association" 2014, vol. 15.

Morawska A., *Twarze depresji*. Warszawa: Wyd. „Świat Książki", 2015.

Morbitzer J., *Edukacja wspierana komputerowo a humanistyczne wartości pedagogiki*. Kraków: Wyd. Nauk. AP, 2007.

More [Morus] T., *Utopia*. Warszawa: Inst. Wyd. PAX, 1954.

More T., Utopia. Warszawa: Wyd. DeAgostini, 2001.

Morecki A., *Robotyka – kierunki prac badawczych i zastosowań na świecie i w Polsce*. „Robotyka" 1986, nr 1.

Moretti, A. Gorini A., Villa R. F., *Pharmacotherapy and prevention of vascular dementia.* "CNS & Neurological Disorders Drug Targets" 2011, vol. 10 [3].

Morgan L. A., Kunkel S. R., *Aging, society and the life course*. Wyd. 5. New York: Springer, 2016.

Morgan L., Kunkel S., *Aging: The social context*. Thousand Oaks, CA–London–New Delhi: Pine Forge Press, 1998.

Morgan R. E., Mason B. J., *Special Report. Crime Against the Elderly 2003–2013*. Washington, DC: U.S. Department of Justice, 2014.

Morgenthal A.P.: *The age-related challenges of posture and balance*, w:.D. Bougie, A.P. Morgenthal (eds.), *The aging body: Conservative management of common neuromusculoskeletal conditions*. New York: McGraw-Hill, 2001.

Morgulec-Adamowicz N., Molik B., Kosmol A. (red.), *Adaptowana aktywność fizyczna dla fizjoterapeutów*. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 2014.

Morin E., *Zagubiony paradygmat – natura ludzka*, Warszawa: PIW, 1997.

Moritz M., *Trening umysłu jako forma utrzymania aktywności intelektualnej ludzi starych*, w: K. Obuchowski (red.), *Starość i osobowość*. Bydgoszcz: Wyd. Akad. Bydg., 2002.

Morley J. E. *Nutrition*, w: W. B. Abrams, M. H. Beers, R. Berkhow (eds.), *The Merck Manual of Geriatrics*. Wyd. 2. New Jersey: Merck&o, 1999.

Morley J. E., *Anorexia in older persons: Epidemiology and optima treatment*. "Drugs Aging" 1996, vol. 8 [2[.

Morley J. E., *Anorexia of aging: Ohysiologic and pathologic*. "The American Journal of Clinical Nutrition" 1997, vol. 66 [4].

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

Morley J. E., *Successful aging or aging successfully*. "Journal of the American Medical Directors" 2009, vol. 10.

Morris A. D., *James Parkinson: His life and times.* Boston–Basel–Berlin: Birkhäuser, 1989.

Morrison C. J., Morrison R. S., *Palliative care and pain management*. "Medical Clinics of North America" 2006, vol. 90 [5].

Mosieniak G., Strzeszewska A., *Rola starzenia komórkowego w kancenogenezie i terapii przeciwnowotworowej*. „Postępy Biochemii" 2014, vol. 60 [2].

Moskalev AA, i współprac., *Genetics and epigenetics of aging and longevity*. "Cell Cycle" 2014, vol. 13 [7].

Mossakowska M., Więcek A., Błędowski B. (red.): *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Poznań: Termedia Wyd. Med., 2012.

Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Poznań: Termedia Wyd. Med., 2012.

Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Poznań: Termedia Wyd. Med., 2012.

Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Poznań: Termedia. Wyd. Med., 2012.

Mossakowska, M., Więcek, A., Błędowski, P. (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce.* Poznań: Termedia Wyd. Med., 2012.

Most D., Ferguson L., Harris R. A., *Molecular basis of alcoholism*. " Handbook of Clinical Neurology" 2014, vol. 125.

Mostowicz K. (red.), *Wybrane zagadnienia z orientacji przestrzennej niewidomych*. Warszawa: PZN, 1974, 2 t.

Motyl R., *Otępienie − kryteria diagnostyczne*. "Polski Przegląd Neurologiczny" 2007, nr 2.

Motyl R., *Otępienie – kryteria diagnostyczne*. „Polski Przegląd Neurologiczny" 2007, t. 3, nr 2.

Mötzing G., Schwarz S. (red.), *Pielęgniarstwo geriatryczne*. Wrocław: Elsevier, 2012.

Moxley T.R., *Diseases of muscles*, w: M. H. Beers, R. Berkow (eds.), *The Merck manual of geriatrics*. Wyd. 3. Whitehouse Station: Merck Research Laboratories, 2000.

Moyer V. A., *Menopausal hormone therapy for the primary prevention of chronic conditions: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement*. "Annals of Internal Medicine" 2013, vol. 158 [1].

Mroczek B. i współprac., *Psychosexual needs and sexual behaviors of nursing care home residents*. "Archives of Gerontology and Geriatriatrics" 2013, vol. 57 [1].

Mroczkowska D., Białkowska J., *Ocena jakości życia pacjentów z zespołem bólowym kręgosłupa*. „Niepełnosprawność i Rehabilitacja" 2014, nr 3.

Mrożek-Gąsiorowska M.A., *Rehabilitacja medyczna osób starszych. Zasadność, potrzeby i możliwości*. „Zdrowie Publiczne i Zarzadzanie" 2011, vol. 9 [1].

Mrugalska K., *Ludzie z upośledzeniem umysłowym. Od zamknięcia i filantropii do praw*. „Praca Socjalna" 1995, nr 1.

Mruk J., *Zmkiany nadnerczy w wieku starczym*. Kraków: PAU, 1946.

Mucha J., Krzyżowski Ł. (red.), *Ku socjologii starości. Starzenie się w biegu życia jednostki*. Kraków: Wyd. AGH, 2011.

Muchnicka-Djakow I., Czas wolny w klubie seniora. Warszawa: IWZZ, 1984.

Muchnicka-Djakow I., *Kluby seniora*, w: *Encyklopedia seniora*. Warszawa: „Wiedza Powsz.", 1986.

Mühlmann M., *Über die Ursache des Alters*. Wiesbaden: J. F. Bergmann, 1900.

Mühlpachr P., *Integral andragogy as a social assistance*. „Kultura-Społeczeństwo-Edukacja" 2012, nr 2.

Muir S. W. i współprac., *Use of the Berg Balance Scale for predicting multiple falls in community-dwelling elderly people: A prospective study*. "Physical Therapy" 2008, vol. 88 [4].

Müller Ch., Zwißler B., *Der geriatrische* Patient, w: R. Rossaint, Ch. Werner, B. Zwißler (Hrsg.), *Die Anästhesiologie. Allgemeine und spezielle Anästhesiologie, Schmerztherapie und Intensivmedizin*. Berlin–Heidelberg: Springer Verlag, 2012.

Müller-Lissner S., *General geriatrics and gastroenterology: constipation and faecal incontinence*. "Best Practice & Research Clinical Gastroenterology" 2002, vol. 16 [1].

Mulsant B. H. i współprac., *Serum anticholinergic activity in a community-based sample of older adults: Relationship with cognitive performance.* "Archives of General Psychiatry" 2003, vol. 60 [2].

Mumenthaler M., Mattle H., *Neurologia*. Wyd. 3. Wrocław: Elsevier Urban & Partner, 2001.

Muñoz-Najar U., Sedivy J. M., *Epigenetic control of aging*. "Antioxidants & Redox Signaling [ARS] 2011, vol. 14 [2].

Murawski K., *Jaźń i sumienie. Filozoficzne zagadnienia rozwoju dychowego człowieka w pracach Carla Gustawa Junga i Antoniego Kępińskiego*. Wrocław: Zakł. Nar. im. Ossolińskich, 1987.

Murphy K. i współprac., *The quality of life of older people with disability in Ireland.* Dublin: NCAOP, 2007.

Murray C. J. L., Lopez A. D., *Alternative projections of mortality and disability by cause 1990– 2020: Global Burden of Disease Study*. "Lancet" 1997, vol. 349.

Murray H.A., *Components of an evolving personological system*, w: D. Stills (ed.), *International Encyclopedia of the Social Sciences*. New York: Macmillan&Free Press, 1968, vol. 12.

Musiej-Nowakowska E., Mączyńska-Rusiniak B., *HLA klasy I i II u chorych na młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów o uogólnionym początku choroby.* „Reumatologia" 2008, vol. 46 [5].

Muszala A. i współprac. (red.), *Dolentium Hominum. Duchowni i świeccy wobec ludzkiego cierpienia,* Kraków: Medycyna Praktyczna, 2011.

Muszala A., *Kodeks Etyki Lekarskiej…* „Medycyna Praktyczna" 2015, nr 9.

Muszalik M. i współprac., *Funkcjonowanie pacjentów w starszym wieku z zaburzeniami psychicznymi w aspekcie jakości życia (QOL).* „Psychogeriatria Polska" 2011, vol. 8 [2].

Muszalik M. i współprac., *Ocena funkcjonalna pacjentów w starszym wieku w odniesieniu do jakości życia w świetle kwestionariusza Oceny Funkcjonalnej Przewlekle Chorych*. „Problemy Higieny i Epidemiologii" 2009, vol. 90 [4].

Muszalik M. i współprac., *Potrzeby osób starszych na przykładzie zastosowania kwestionariusza Care Dependency Scale (CDS) u pacjentów z zaburzeniami psychicznymi*. „Psychogeriatria Polska" 2012, vol. 9 [1].

Muszyński M., *Aktywność osób starszych w przestrzeni badawczej gerontologii społecznej – ujęcie andragogiczne*. [Niepublikowana praca doktorska]. Łódź: Arch. UŁ, 2012.

Mutschler E. i współprac., *Farmakologia i toksykologia. Podręcznik*. Wyd. 3. Wrocław: MedPharm Polska, 2013.

Mutti D.O. i współprac., *Axial growth and changes in lenticular and corneal power during emmetropization in infants*. "Investigative Ophthalmology & Visual Science" 2005, vol. 46 [9].

Myer R. A., *Assessment for crisis intervention: A triage assessment model.* Belmont, CA: Brooks/Cole, 2001.

Myer R. A., i współprac., *A three-dimensional model for triage*. "Journal of Mental Health Counseling" 1992, nr 14.

Myers D. G., *The funds, friends, and faith of happy people*. "American Psychologist" 2000, vol. 55 [1].

Myśliwiec M., Bień B., Więcek A., *Nauczanie geriatrii na uniwersytetach medycznych w Polsce*, w: J. Majkowski i współprac. (red.) *Wyzwania XXI wieku. Ochrona zdrowia i kształcenie medyczne*. Warszawa: Federacja Pol. Tow. Med., 2014, t. 2.

Nagel T., *Death*. "Nous" 1970, vol. 4.

Nagórny J., *Wartość życia ludzkiego*. Lublin: Wyd. KUL, 2009.

Nagy M., *The child's theories concerning death*. "Journal of Genetic Psychology" 1948,vol. 73 [1].

Nalaskowski A., *Dzikość i zdziczenie jako kontekst edukacji*. Kraków: Ofic. Wyd. „Impuls", 2006.

Namysłowska I., *Żałoba*. „Psychiatria Polska" 1976, nr 2.

Nannan M. T. i współprac., *Effect of dietary protein on bone loss in elderly men and woman: the Framingham Osteoporosis Study*. "Journal of Bone and Mineral Research" 2000, vol. 15.

Narkiewicz-Niedbalec E. (red.), *Badania panelowe – przykłady realizacji*. Zielona Góra: Wyd. Uniw. Zielonogórski, 2011;

Nascher I. L., *Geriatrics.* "New York Medical Journal" 1909, vol. 90.

Nascher I. L., *Geriatrics: The diseases of old age and their treatment.* Philadelphia: P. Blakiston & Sons, 1914.

Nasierowski T., *Historia zaburzeń nastroju*. „Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej" 2007, t. 7, nr 2.

National Cholesterol Education Program (NCEP). "JAMA" 2001, vol. 285 [19].

Naumiuk A. *O śmierci w procesie wychowania*, w: M. Górecki (red.) *Prawda umierania i tajemnica śmierci*. Warszawa: Wyd. Akad. „Żak", 2012.

Naumowicz J., *Okresy życia ludzkiego według Ojców Kościoła*. „Vox Patrum" 2011, z. 56.

Naumowicz J., *Wstęp*, w: [Św.] Ambroży, *Listy.* Kraków: Wyd. M, 2012.

Navarrete C. D., *Mortality concerns and other adaptive challenges*… "Group Processes & Intergroup Relations" 2005, vol. 8 [4].

Navarrete, C.D. i współprac., *Anxiety and intergroup bias: Terror-management or coalitional psychology?* "Group Processes & Intergroup Relations" 2004, vol. 7 [4].

Nawarecki A., Dziadek A. (red.), *Starość. Wybór materiałów…* Katowice: Górnośląska Macierz Kultury, 1995.

Nawrocka J., *Społeczne doświadczenie starości. Stereotypy, postawy, wybory.* Kraków: Ofic. Wyd. „Impuls", 2013.

Neary D. i współprac., *Frontotemporal lobar degeneration: A consensus on clinical diagnostic criteria*. "Neurology" 1998, vol. 51.

Nee L. E., Lippa C. F., *Alzheimer's disease in 22 twin pairs 13 years follow-up: Hormonal, infectious and traumatic factors*. "Dementia and Geriatric Cognitive Disorders" 1999, vol. 10 [2].

Nelson T., *Psychologia uprzedzeń*. Gdańsk: GWP, 2003.

Nerenberg L., *Elder abuse prevention: Emerging trends and promising strategies*. New York: Springer, 2008.

Nerło M., *Mądrość w okresie późnej dorosłości jako efekt indywidualizacji rozwoju*, w: A. I. Brzezińska, K. Ober-Łopatka (red.), *Szanse rozwoju w okresie późnej dorosłości,* Poznań: Wyd, Fundacji Humaniora, 2007.

Neugarten B. L. (ed.), *Middle age and* aging. Chicago–London: The Univ. of Chicago Press, 1968.

Neugarten B. L. (ed.), *Middle age and* aging. Chicago–London: The Univ. of Chicago Press, 1968.

Neugarten B. L., Havighurst, R. J., Tobin S. S., *Personality and patterns of aging*, w: B. L. Neugarten (ed.), *Middle age and aging*. Chicago: Chicago Univ. Press, 1968.

Neugarten B. L., Havinghurst R. J., Tobin S. S,, *The measurement of life satisfaction*. "Journal of Gerontology" 1961, vol. 16 [2].

Neugarten B. L., Neugarten D. A., *Age in the aging society*. "Daedalus" 1986, vol. 115 [Winter].

Neugarten B. L., Neugarten D. A., *The changing meanings of age*. "Psychology Today" 1987, vol. 21 [5].

Neugarten B. L., *Personality and aging*, w: J. E. Briren, K. W. Schaie (eds.), *handbook of the psychology of aging*. New York: Reinhold, 1977.

Neugarten B. L., *Personality change in later life: A developmental perspective*, w: C. Eisdorfer, M. P. Lawton (eds.), *The psychology of adult development and aging*. Washington, DC: APA, 1973.

Neugarten B., Havighurst R., Tobin S, *Personality and patterns of Aging*, w: B.L. Neugharten (ed.), *Middle age and aging: A reader in social psychology*. Chicago: Univ. of Chicago Press, 1968;

Neugarten D. A. (ed.), *The meaning of age: Selected papers of Berenice L. Neugarten*. Chicago–London: The Univ. of Chicago Press, 1996.

Neuman M. D. i współprac., *Survival and functional outcomes after hip fracture among nursing home residents.* "JAMA – Internal Medicine 2014", vol. 174.

Neumann-Podczaska A., *Fakmakoterapia ludzi starszych – tak samo czy inaczej?* „Gabiiinet Prywatny" 2012, nr 9–10.

Neurology" 1996, vol. 53.

Nevile A., *Amartya K. Sen and social exclusion*. "Development in Practice" 2007, vol. 17 [2].

Newman A. B. i współprac., *"Successful aging": Effect of subclinical cardiovascular disease*. "Archices of Internal Medicine" 2003, vol. 163 [19].

Nęcka E., *Parametry funkcjonowania uwagi jako niepsychometryczne wskaźniki inteligencji.* „Kolokwia Psychologiczne" 1995, t. 3.

Niedoszytko B., *Genetically determined syndromes associated with premature aging.* „Postępy Dermatologii i Alergologii" 2010, vol. 27 [4].

Niedźwiedzki T., *Kość – procesy starzenia*, w: A. Marchewka, Z. Dąbrowski, J. A. Żołądź (red.), *Fizjologia starzenia się*. Warszawa: PWN, 2013.

Niedźwiedzki T., Kuryszko J. J., *Biologia kości.* Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2007.

Nielsen K., Peters A., *The effects of aging on the frequency of nerve fibers in rhesus monkey striate cortex*. "Neurobiology of Aging" 2000, vol. 21.

Nieroba E., Zawłocki I., Niewiadomski K., *Tanatopedagogika w procesie kształcenia nauczycieli*. „Edukacja – Technika – Informatyka. Rocznik Naukowy" 2010, roczn. 1.

Niewiara A., *Badania etymologii a odtwarzanie językowego obrazu świata*, w: A. Dąbrowska, J. Anusiewicz (red.), *Językowy obraz świata i kultura*. Wrocław: Wyd. Uniw. Wrocł., 2000 [„Język a Kultura", t. 13].

Niewiedział D., *Poczucie jakości życia ludzi starych mieszkających w domach pomocy społecznej*, w: A. Nowicka (red.). *Wybrane problemy osób starszych*. Wyd. 3. Kraków: Ofic. Wyd. „Impuls", 2010.

Niezabitowska E. i współprac.,., *Środowisko zamieszkania polskich seniorów w badaniach interdyscyplinarnych: Studia przypadków na wybranych przykładach*. Katowice: Wyd. Nauk. „Śląsk", 2013.

Niezabitowski M. *Procesy biograficzne w analizie adaptacji księży do środowiska zamieszkania na emeryturze. Wybrane aspekty psychospołeczne*. „Przegląd Socjologii Jakościowej" 2014 a, nr 4.

Niezabitowski M., *Adaptacja osób starszych do środowiska domu pomocy społecznej – przyczynek do analizy wybranych aspektów psychospołecznych*. „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej" 2015, z. 85.

Niezabitowski M., *Ludzie starsi w perspektywie socjologicznej. Problemy uczestnictwa społecznego*. Katowice: Wyd. Nauk. „Śląsk", 2007.

Niezabitowski M., *Ludzie starsi w perspektywie socjologicznej. Problemy uczestnictwa społecznego*. Katowice: Wyd. Nauk. „Śląsk", 2007.

Niezabitowski M., *Znaczenie miejsca zamieszkania w życiu ludzi starszych. Aspekty teoretyczne i empiryczne.* „Problemy Polityki Społecznej" 2014 b, nr 1.

Nilsson L.-G., Memory function in normal aging. "Acta Neurologica Scandinavica and Supplementum" 2003, vol. 179 [7].

Nilsson L.-G., *Memory function in normal aging.* "Acta Neurolpgica Scandinavica" 2003, vol. 107 [Suppl. 179].

Nittner-Marszalaska M., *Astma wieku podeszłego*. „Alergia" 2008, nr 2.

Niżankowska-Mogilnicka E., *Choroby układu oddechowego*, w: T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.), *Geriatria z elementami gerontologii ogólnej*. Gdańsk: Via Medica, 2006.

Niżankowska-Mogilnicka, E., *Choroby układu oddechowego*, w: T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.), *Geriatria z elementami gerontologii ogólnej*. Gdańsk: Via Medica,

NKPP, 1969–78 – *Nowa księga przysłów i wyrażeń przysłowiowych polskich*, w oparciu o dzieło Samuela Adalberga opracował Zespół Redakcyjny pod kierunkiem J. Krzyżanowskiego, t. 1, A–J, Warszawa: PIW 1969, t. 2, K–P, Warszawa: PIW, 1970, t. 3, R–Ż, Warszawa: PIW, 1972, t. 4, [oprac. S. Świrko przy współudziale D. Świerczyńskiej i S. Świrko]. Warszawa: PIW, 1978.

Noble B. J., Robertson R. J., *Perceived exertion*. Champaigne, IL: Human Kinetics, 1996.

Noelker L. S., Browdie R., *Sidney Katz, MD: A new paradigm for chronic illness and long- term care*. "The Gerontologist" 2014, vol. 54 [1].

Noelker L. S., Browdie R., *Sidney Katz, MD: A new paradigm for chronic illness and long-term care*. "The Gerontologist" 2013, vol. 54 [1].

Nordenfelt L., *Quality of life, health and happiness.* Avebury: Aldershot, 1993.

North D. C., *Efektywność gospodarcza w czasie*, w: A. Jasińska i współprac., (red.), *Współczesne teorie socjologiczne.* Warszawa: Wyd. Nauk. Scholar, 2006.

Nosal C. S., Bajcar B., *Czas psychologiczny: wymiary, struktura, konsekwencje.* Warszawa: Wyd. Inst. Psychologii PAN, 2004.

Noverre J. G., *Teoria i praktyka tańca*. Wrocław: Zakł. Nar. im. Ossolińskich, 1959.

Novotney A., *Music as medicine*. "Monitor on Psychology" 2013, vol. 44 [10].

Nowacki P., Nowik M., *Neuropatologia otępienia naczyniowego*. „Udar Mózgu" 2004, t. 6, nr 1.

Nowak F. V., Mooradian A. D., *Endocrine function and dysfunction*, w: J. E. Birren (ed.). *Encyclopedia of gerontology*. New York: Academic Press, 1996.

Nowak P. F., *Biegi uliczne nośnikiem wartości prozdrowotnych we współczesnej kulturze fizycznej*, w: Z. Dziubiński, P. Rymarczyk (red.), *Kultura fizyczna a globalizacja.* Warszawa: Salezjańska Org. Sport. RP, 2010.

Nowak S., (red.), *Metody badań socjologicznych*. Warszawa: PWN, 1965.

Nowak S., *Metodologia badań społecznych*. Warszawa: PWN, 2007.

Nowakowska B., Zarzycka Z., *Przestrzenne zróżnicowanie procesu starzenia się ludności w Polsce*. „Folia Oeconomica" 1988, nr 74.

Nowakowska M., *Psychologiczne aspekty chorób przewlekłych, trwałego upośledzenia zdrowia oraz chorób zagrażających życiu*, w: M. Jarosz (red.), *Psychologia lekarska*. Wyd. 5. Warszawa: PZWL, 1988.

Nowicka A., *„Zespół opiekuna" jako konsekwencja sprawowania długotrwałej opieki nad osobą z otępieniem typu Alzheimera*, w: A. Nowicka, W. Baziuk (red.), *Człowiek z chorobą Alzheimera w rodzinie i środowisku lokalnym.* Zielona Góra: Ofic. Wyd. UZ, 2011.

Nowicka A., Baziuk W., *Niefarmakologiczne formy terapii w DDP „Nestoria" w Zielonej Górze*, w: A. Nowicka, W. Baziuk (red.), *Człowiek z chorobą Alzheimera w rodzinie i środowisku lokalnym*. Zielona Góra: Wyd. Uniw. Zielonogórskiego, 2011.

Nowicka A., *Niepełnosprawność osób starszych na przykładzie choroby Alzheimera*, w: J. Bąbka (red.), *Człowiek niepełnosprawny w różnych fazach życia.* Warszawa: Wyd. Akad. „Żak", 2004.

Nowicka A., *Opieka i wsparcie osób z chorobą Alzheimera i ich opiekunów rodzinnych w Polsce*. Zielona Góra: Ofic. Wyd. UZ, 2015.

Nowicka A., *Starość jako faza życia człowieka*, w: A. Nowicka (red.), *Wybrane problemy osób starszych*. Wyd. 3. Kraków: Ofic. Wyd. „Impuls", 2010.

Nowicka A., *Starość jako faza życia człowieka,* w: A. Nowicka (red.), *Wybrane problemy osób starszych*. Wyd. 3. Kraków: Ofic. Wyd. „Impuls", 2010.

Nowicki R., Żelazny I., *Jak zapobiegać starzeniu się skóry?*, w: R. Nowicki (red.). *Współczesna terapia dermatoz alergicznych*. Łódź–Gdańsk: Wyd. Firma AS Consulting, 2008.

Noworol Cz., Marek T., *Typology of burnout: Methodology modeling of the syndrome*. "Polish Psychological Bulletin" 1993, vol. 24 [4].

Nowotny J. (red.), *Podstawy fizjoterapii. Podstawy metodyczne i technika wykonywania niektórych zabiegów.* Kraków: Wyd. Kasper 2004, cz. II.

Nowotny J. (red.), *Podstawy kliniczne fizjoterapii w dysfunkcjach narządu ruchu.* Wyd. 2. Warszawa: Medipage, 2006.

Nowotny J., *Praktyczne i naukowe aspekty fizjoterapii – dychotomia czy synergia?* „Fizjoterapia Polska" 2001, nr 1.

Nurmi J.-E., *Socialization and self-development: Channelling, selection, adjustment, and reflection*, w: R. Lerner i L. Steinberg (eds.), *Handbook of adolescent psychology*. New York: Wiley, 2004.

Nutbeam D., *Health literacy as a public goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century*. "Health Promotion International" 2000, vol. 15 [3].

Nutbeam D., *Health promotion gl*ossary. "Health Promotion International" 1998, nr 3.

Nuttin J., *Future time perspective and motivation*. Leuven–Hillsdale: Leuven Univ. Press/Erlbaum., 1985;

Nyqvist F., Forsman A. K. (eds.), *Social capital as a health resource in later life: The relevance of Context*. Dordrecht: Springer Netherlands, 2015.

O pokoleniach, które są i których nie ma. Z prof. Hanną Świdą-Ziembą rozmawia Piotr Morawski. „Nowe Książki" 2010, nr 11.

O'Connell A. N., Russo N. F., *Women in psychology…* Westport, Conn: Greenwood Press, 1990.

O'Connor D. J., Wolfe D. M., *From crisis to growth at midlife: Changes in personal paradigm*. "Journal of Organizational Behavior" 1991, vol. 12.

O'Connor D. J., Wolfe D. M., *On meaning midlife transitions in career and family*. "Human Relations" 1987, vol. 40.

O'Mahony D. i współprac., *STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: Version 2*. "Age and Ageing" 2015, vol. 44 [2].

O'Neill P. A., *Aging homeostasis*. "Reviews in Clinical Gerontology" 1997, vol. 7 [3].

O'Neill P. A., *Aging homeostasis*. "Reviews in Clinical Gerontology" 1997, vol. 7 [3].

Obler L. K., *Narrative discourse style in the elderly*, w: L. K. Obler, M. L. Albert (eds.): *Language and communication in the elderly: Clinical, therapeutic and experimental aspects.* Lexington, MA: Heath, 1980.

Obuchowska I., *Adolescencj*a, w: B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.). *Psychologia rozwoju człowieka.* Warszawa: PWN, 2000, t. 2.

Obuchowska I., *O procesie wyboru metod rehabilitacji*, w: W. Dykcik i B. Szychowiak (red.), *Nowatorskie i alternatywne metody w teorii i praktyce pedagogiki specjalnej. Przewodnik metodyczny*. Poznań: Wyd. Nauk. UAM, 2001.

Obuchowski K. (red.), *Starość i osobowość*. Bydgoszcz: Wyd. Akad. Bydg., 2002.

Obuchowski K. *Człowiek jako podmiot postępowania lekarskiego*. Poznań: AM, 1982.

Obuchowski K., *Adaptacja twórcza*. Warszawa: KiW, 1985.

Obuchowski K., *Człowiek intencjonalny, czyli o tym jak być sobą*. Poznań: Dom Wyd. „Rebis", 2000 a.

Obuchowski K., *Człowiek intencjonalny*. Warszawa: PWN, 1993, nowe Wyd. *Człowiek intencjonalny, czyli o tym jak być sobą*. Poznań: Dom Wyd. Rebis, 2000 a.

Obuchowski K., *Człowiek, dążenia, sens: myśli wybrane*. Bydgoszcz: Wyd. Akad. Bydg., 2001 a.

Obuchowski K., *Duchowy wymiar istnienia*. Łódź: Wyd. WSH-E, 2010.

Obuchowski K., *Galaktyka potrzeb* Poznań: Wyd. Zysk i S-ka, 2006.
Obuchowski K., *Galaktyka potrzeb– psychologia dążeń ludzkich*. Poznań: Wyd. Zysk i S-ka, 2000 b, nowe Wyd. 2006.
Obuchowski K., *Galaktyka potrzeb. Psychologia dążeń ludzkich*. Poznań: Wyd. Zysk i S-ka, 2000.
Obuchowski K., *Kody orientacji i struktura procesów emocjonalnych*. Warszawa: PWN, 1970.
Obuchowski K., *Od przedmiotu do podmiotu*. Bydgoszcz: Wyd. Akad. Bydg., 2000 c.
Obuchowski K., *Przez galaktykę ppotzreb. Psychologia dążeń ludzkich*. Poznań: Zysk i S-ka Wyd. , 1995.
Obuchowski K., *Psychologia dążeń ludzkich*, Warszawa, PWN 1964.
Obuchowski K., *Psychologia dążeń ludzkich*. Warszawa: PWN, 1966, Wyd. 4. 1983.
Obuchowski K., *Refleksje autobiograficzne psychologa*. Łódź: Wyd. WSH-E, 2009.
Obuchowski K., *The revolution of subjects*. Łódź: Wyd. WSH-E, 2006.
Obuchowski K., *Uwagi psychologa o zsyłce w Majkanie*, w: S. Ciesielski, A. Kuczyński (red.), *Polacy w Kazachstanie. Historia i współczesność*. Wrocław: Wyd. Uniw. Wrocł., 1996.
Obuchowski K., *W poszukiwaniu właściwości człowieka*. Warszawa: KiW, 1989.
Obuchowski K., *W poszukiwaniu właściwości człowieka*. Wyd. 2. Poznań: Wyd. „Garmond", 2001 b.
Obuchowski L., *Galaktyka potrzeb.* Poznań: Wyd. Zysk i S-ka, 2000.
Ochmański W., *Eutanazja nie jest alternatywą*. Kraków: Wyd. Salwator, 2007.
Oczachowski M., *Pomoc społeczna w ocenie opiekunów społecznych*. „Polityka Społeczna" 1982, nr 9.
Oeppen J., Vaupel J. W., *Demography. Broken limits to life expectancy*. "Science" 2002, vol. 296 [5570].
Ogburn W. F., *Social change with respect to culture and original nature*. New York: B. W. Huebsch, Inc., 1922.
Ogburn W., *Hipoteza opóźnienia kulturowego*. w: W. Derczyński, A. Jasińska-Kania, J. Szacki (red.), *Elementy teorii socjologicznych. Materiały do dziejów współczesnej socjologii zachodniej*. Warszawa: PWN, 1975.
Ogunniyi A. i współprac. *Epidemiology of dementia in Nigeria: Results from the Indianapolis- Ibadan study.* "European Journal of Neurology" 2000, vol. 7 [5].
Okła W., *Psychospołeczne uwarunkowania jakości życia osób starszych w rodzinach własnych i w domach opieki społecznej*, w: S. Steuden, M. Marczuk (red.). *Starzenie się a satysfakcja z życia*. Lublin: Wyd. KUL, 2006.
Okoń W., *Nowy słownik pedagogiczny*. Wyd. 10. Warszawa: Wyd. Akad. „ Żak", 2007.
Okoń W., *Nowy słownik pedagogiczny*. Wyd. 10. Warszawa: Wyd. Akad. „Żak", 2007.
Olczykowska K., *Związek pomiędzy jakością życia a orientacją temporalną oraz postrzeganiem czasu u osób starszych*, w: P. Brudek i współprac. (red.), *Oblicza starości we współczesnym świecie. Perspektywa psychologiczno-medyczna*. Lublin: Wyd. KUL, 2015, t. 1.
Olearczyk T., *Cisza w teorii i praktyce pedagogicznej. Obraz interdyscyplinarny*, w: T. Olearczyk (red.), *Cisza w teorii i praktyce. Obraz interdyscyplinarny*. Kraków: Ofic. Wyd. AFM, 2014.
Olech A., Sobiesiak-Penszko P., *Partycypacja publiczna w Polsce. Diagnoza i rekomendacje*. „Analizy i Opinie" 2012, nr 3.
Olech A., *Źródła i rodzaje dylematów etycznych w pracy socjalnej oraz możliwości ich rozwiązywania*, w: M. Sokołowska (red.), *Dylematy etyczne pracowników socjalnych.* Warszawa: Wyd. CRZL, 2013.
Olechnicki K., Załęcki P., *Słownik socjologiczny*. Wyd. 2. Toruń: Wyd. Graffiti BC, 1998.
Olejniczak D., *Praktyczne wykorzystanie health literacy – alfabetyzmu zdrowotnego, jako narzędzia osiągania celów zdrowotnych*. "Journal of Education, Health and Sport" 2016, vol. 6 [2].
Olejnik M. *Średnia dorosłość. Wiek średni*, w: B. Harwas-Napierała i J. Trempała (red.). *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2002.
Olejnik M., *Średnia dorosłość. Wiek średni,* w: B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka, Charakterystyka okresów życia człowieka*, Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2001, t. 2.
Oleszczyńska A., *Pracownik socjalny (rozważania z okazji jubileuszu)*, „Opiekun Społeczny" 1976, nr 1.
Oleś P. K., *Ile jest wymiarów osobowości: trzy czy pięć?*, w: P. K. Oleś, *Wprowadzenie do psychologii osobowości*. Warszawa: Wyd. Nauk. Scholar, 2005.
Oleś P. K., *Psychologia człowieka dorosłego. Ciągłość – zmiana – integracja*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2011.
Oleś P. K., *Psychologia przełomu połowy życia*. Wyd. 2. Lublin: Wyd. TN KUL, 2013.
Oleś P., Baranowska, M., *Przełom połowy życia u kobiet*, w: J. Meder (red.), *Problemy zdrowia psychicznego kobiet*. Warszawa: Wyd. Pol. Tow. Psychiatrycznego, 2003.
Oleś P., *Konstrukcja Kwestionariusza do badania Kryzysu Połowy Życia. Założenia a fakty empiryczne*. "Przegląd Psychologiczny" 1994, vol. 37.

Oleś P., *Kryzys „połowy życia" u mężczyzn. Psychologiczne badania empiryczne*. Lublin: RW KUL, 1995.
Oleś P., *Psychologia człowieka dorosłego*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2011.
Oleś P., *Psychologia przełomu połowy życia*, Lublin: Wyd. TN KUL, 2000.
Olichney J. M. i współprac., *Cognitive decline is faster in Lewy body variant than in Alzheimer's disease.* "Neurology" 1998, vol. 51 [2].
Olovnikov A. M., *A theory of marginotomy. The incomplete copying of template margin in enzymic synthesis of polynucleotides and biological significance of the phenomenon.* "Journal of Theoretical Biology" 1973, vol. 41 [1].
Olshansky S. J. i współprac., *A Possible decline in life expectancy in the United States in the 21st Century*. "New England Journal of Medicine" 2005, vol. 352.
Olshansky S. J. i współprac., *In pursuit of the Longevity Dividend*. "The Scientist" 2006, vol. 20 [3].
Olshansky S. J., Carnes B. A., Cassel C., *In search of Methuselah: estimating the upper limits to human longevity*. "Scoence" 1990, vol. 250.
Olshansky S. J., Martin G. M., Kirkland J. L. (eds.), *Aging: The Longevity Dividend*. Cold Spring– New York: Cold Spring Harbor Laboratory Press, 2016.
Olshansky S. J., Rattan S. I. S., *What determines longevity: Metabolic rate or stability?* "Discovery Medicine" 2005, vol. 5 [28].
Olson C. B., *A review of why and how we age: A defense of multifactorial aging*. "Mechanisms of Ageing and Development" 1987, vol. 41.
Olszanecka-Gliniarowicz i współprac., *Stan odżywienia i uzębienia u osób w wieku podeszłym w Polsce*, w: M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Poznań: Termedia. Wyd. Med., 2012.
Olszewski H., *Osoby starsze z otępieniem w polityce zdrowia publicznego*, w: L. Buliński (red.), *Realność złego starzenia się. Poza polityczną i społeczną powinnością.* Toruń: Wyd. Adam Marszałek, 2015.
Olszewski H., *Otępienie czołowo-skroniowe. Ujęcie neuropsychologiczne*. Kraków: Ofic. Wyd. „Impuls", 2008.
Olszewski H., *Otępienie czołowo-skroniowe. Ujęcie neuropsychologiczne*. Kraków: Ofic. Wyd. „Impuls", 2008.
Olszewski H., *Otępienie czołowo-skroniowe. Ujęcie neuropsychologiczne*. Kraków: Ofic. Wyd. „Impuls", 2008.
Olszewski H., *Starość i starzenie się*, w: W. Szewczuk (red.), *Encyklopedia psychologii*. Warszawa: Wyd. Fundacja Innowacja, 1998.
Olszewski H., *Starość i starzenie się*, w: W. Szewczuk (red.), *Encyklopedia psychologii*. Warszawa: Wyd. Fundacja Innowacja, 1998.
Olszewski H., *Starość i starzenie się*, w: W. Szewczuk (red.), *Encyklopedia psychologii*. Warszawa: Wyd. Fundacja Innowacja, 1998.
Olszewski H., *Starość i witaukt psychologiczny: Atrybucja rozwoju*. Gdańsk: Wyd. UG, 2003.
Olszewski H., *Starość i witaukt psychologiczny: Atrybucja rozwoju.* Gdańsk: Wyd. UG, 2003.
Olszewski J., *Subcortical arteriscleroticencephalopathy…*"World Neurology" 1962, vol. 3.
Olubiński A., *Praca socjalna. Aspekty humanistyczne i pedagogiczne. Teoria i praktyka*. Toruń: Wyd. Edukacyjne Akapit, 2004.
Olubiński A., *Praca socjalna. Aspekty humanistyczne i pedagogiczne. Teoria i praktyka*. Toruń: Wyd. Edukacyjne Akapit, 2004.
Opala G. M., *Epidemiologia otępień w perspektywie prognoz demograficznych*, w: J. Leszek (red.), *Choroby otępienie. Teoria i praktyka*. Wrocław: Wyd. Continuo, 2003.
Opala G., Ochudło S., *Obraz kliniczny i różnicowanie otępienia naczyniowego*. „Udar Mózgu" 2004, nr 1.
Opala G., Ryglewicz D., *Zapobieganie chorobom mózgu i chorobom neurodegeneracyjnym, w tym chorobie Alzheimera*, w: B. Samoliński, F. Raciborski (red.), *Zdrowe starzenie się: Biała Księga*. Warszawa: Wyd. Nauk. Scholar, 2013.
Opolska A., *Zastosowanie Solution Focused Approach (SFA) – Podejścia Skoncentrowanego na Rozwiązaniach w pracy z indywidualnym przypadkiem w ośrodkach pomocy społecznej*, w: L. Miś (red.), *Praca socjalna skoncentrowana na rozwiązaniach*. Kraków: Wyd. UJ, 2008.
Opolski G., Filipiak K., Poloński L. (red.), *Ostre zespoły wieńcowe*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner, 2002.
Orchowicz R., *Opatrzność Boża wobec człowieka w ujęciu św. Bazylego Wielkiego*. Gniezno: Prymasowskie Wyd. Gaudentinum, 2010.
Orford J., *Community psychology. Theory and practice*. Chichester: Wiley, 1994.

Orgel L. E., *The maintenance of the accuracy of protein synthesis and its relevance to aging*. „Proceedings of the National Academy of Sciences" [USA] 1963, vol. 49.

Orientacja przestrzenna i poruszanie się słabowidzących oraz osób niewidomych z dodatkowo ograniczoną sprawnością. „Materiały Tyflologiczne" [PZN] 1986, nr 4.

Orive M. i współprac.,., *Changes in health-related quality of life and activities of daily living after hip fracture because of a fall in elderly patients: a prospective cohort study*. "International Journal of Clinical Practice" 2015, vol. 69 [4].

Orłowski T. (red.), *Nauka o chorobach wewnętrznych*. Warszawa: PZWL, 1989.

Orzechowska G., *Aktualne problemy gerontologii społecznej*. Olsztyn, Wyd. WSP, 1999, nowe Wyd. Olsztyn: Wyd. UW-M, 2001.

Orzechowska G., *Aktualne problemy gerontologii społecznej*. Olsztyn: Wyd. WSP, 1999.

Orzechowska G., *Seniorzy w rodzinie. O potrzebie wspierania funkcji opiekuńczej rodziny*, w: M. Ciczkowska-Giedzium, E. Kantowicz (red.), *Pedagogika społeczna wobec problemów współczesnej rodziny. Polska pedagogika społeczna na początku XXI wieku*. Toruń: Wyd. Eduk. „Akapit", 2010.

Orzechowska G., *Seniorzy wobec marginalności i marginalizacji społecznej*, w: K. Białobrzeska, S. Kawula (red.), *Człowiek w obliczu wykluczenia i marginalizacji społecznej. Wokół zagadnień teoretycznych*. Toruń: Wyd. Eduk. „Akapit", 2006.

Orzechowska S., *Zapobieganie podrzucaniu dzieci przez roztoczenie opieki nad matką*. „Opiekun Społeczny" 1937, nr 15.

Orzechowska-Juzwenko K., *Farmakologia kliniczna – znaczenie w praktyce medycznej*. Wrocław: Górnicki Wyd. Med., 2006.

Osborne R. H. i współprac., *The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ)*. "BMC Public Health" 2013, nr 13.

Osek E., *Starzec w polityce. Zmienne poglądy Plutarcha z Cheronei*. „Vox Patrum" 2011, z. 56.

Osińska K., *Refleksja nad etyką lekarską. Lekarz a życie religijne chorego.* Warszawa: Wyd. Archidiecezji Warsz., 1992.

Osiński W., *Gerokinezjologia. Nauka i praktyka aktywności fizycznej w wieku starszym*. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 2013.

Osiński W., *Gerokinezjologia. Nauka i praktyka aktywności fizycznej w wieku starszym*. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 2013.

Osiński W., *Motoryczność człowieka – jej struktura, zmienność i uwarunkowania.* Poznań: Wyd. AWF, 1993.

Osiński W., Szeklicki R., *Rozwój gerokinezjologii: Jedno z najpilniejszych wyzwań dla nauk o kulturze fizycznej*, w: J. Maciaszek, R. Szeklicki, W. Osiński (red): *Aktywność fizyczna w wieku starszym w wieku starszym w badaniach naukowych (potrzeby i korzyści)*. Poznań: Wyd. Nauk. Bogucki, 2012.

Osmańczyk E. J., Encyklopedia spraw międzynarodowych i ONZ. Warszawa: PWN, 1974.

Ossowska M., *Koncepcja pokolenia*. „Studia Socjologiczne" 1963, nr 2.

Ossowska M., *Socjologia moralności. Zarys zagadnień*. Warszawa: PWN, 1986.

Ossowski S., *O strukturze społecznej,* Wyd. 2. Warszawa: PWN, 1986.

Ostański P., *Biblijna perspektywa starości*, w: R. Konieczna-Woźniak (red.), *Dorosłość wobec starości: oczekiwania, radości, dylematy*. Poznań: Wyd. Nauk. UAM, 2008.

Ostański P., *Historiozbawcza wizja starości w Piśmie Świętym. Studium egzegetyczno- -teologiczne*. Poznań: Wyd. UAM, 2007.

Osteoporosis prevention, diagnosis and therapy NIH consensus development panel on Osteoporosis Prevention, Diagnosis and Therapy. "JAMA", 2001, vol. 856.

Ostoja-Zawadzka K., *Cykl życia rodzinnego*, w: B. de Barbado (red.), *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*. Kraków: Wyd. UJ, 1999.

Ostrowska A. (red.), *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*. Wyd. 3. Warszawa: Wyd. IFiS PAN, 2005.

Ostrowska A., *Seksualność osób niepełnosprawnych*, w: A. Ostrowska (red.), *O seksualności osób niepełnosprawnych*,. Warszawa: Wyd. Ex Libris, IRSS, 2007.

Ostrowska A., Sikorska J., *Syndrom niepełnosprawności w Polsce. Bariery integracji*. Warszawa: Wyd. PAN, 1996.

Ostrowska A., *Zróżnicowania społeczne i nierówności w zdrowiu*, w: W. Piątkowski (red.), *Socjologia z medycyną. W kręgu myśli naukowej Magdaleny Sokołowskiej*. Warszawa: IFiS PAN, 2010.

Ostrowski T. M., *Test pamięci figure geometrycncyh Frances K. Graham i Barbary S. Kendall:Podręcznik*. Kraków: SP Psychologów, 1986 a.

Ostrowski T. M., *Test pamięci wzrokowej Arthura L. Bentona: Podręcznik*. Kraków: SP Psychologów, 1986 b.

Ostrowski T. M., *Wzrokowo-mototyczny test postaciowania Lauretty Bender*. Kraków: SP Psychologów Praktyków, 1986 c.

Oswald W. D. i współprac. (Hrsg.), *Gerontologie: Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe*. Wyd. 3. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, 2006.

Oświecenie: Hasła ogólne, rzeczowe i osobowe A-H. Warszawa: PIW, 1966.

Otrębska-Popiołek K., *Człowiek w sytuacji pomocy. Psychologiczna problematyka przyjmowania i udzielania pomocy*. Katowice: Wyd. UŚl, 1991.

Owczuk R., *Wytyczne znieczulenia ogónego osób w wieku podeszłym…* „Anestezjologia i Intensywna Terapia" 2011, vol. 43.

Oyama S., *Evolution's eye: A systems view on biology-culture divide*. Durham: Duke University Press, 2000.

Oyanadell C., Buela-Casal G., *The perception of time: Influences on physical and mental health*. "Universitas Psychologica" 2010, vol. 10 [1].

Ozorowski M., *Starość w Biblii*. „Zeszyty Odnowy w Duchu Świętym" 2010, z. 5.

Ożóg M., *Starość w „Listach" św. Hieronima*. „Vox Patrum" 2011, z. 56.

Pacchetti C. i współprac., *Active music therapy in Parkinson's disease: An integrative method for motor and emotional rehabilitation*. "Psychosomatic Medicine" 2000, vol. 62 [3].

Pacholczyk M., Ferenc T., Kowalski J., *Zespół metaboliczny.* Część I: *Definicje i kryteria rozpoznawania zespołu metabolicznego. Epidemiologia oraz związek z ryzykiem chorób sercowo naczyniowych i cukrzycy typu 2*. „Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej" 2008 a, vol. 62.

Pacholczyk M., Ferenc T., Kowalski J., *Zespół metaboliczny.* Część III: *Postępowanie prewencyjne i terapeutyczne w zespole metabolicznym.* „Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej" 2008 b, vol. 62.

Pagel W., *Paracelsus: An introduction to philosophical medicine in era of the Renaissance*. Wyd. 2. Basel: Karger, 1982.

Pahor M. i współprac., *The LIFE study investigators. Effect of structured physical activity on prevention of major mobility disability in older adults…* "JAMA" 2014, vol. 311.

Pająk A. i współprac., *Zaburzenia funkcji poznawczych a czynniki ryzyka chorób układu krążenia…*, „Przegląd Lekarski" 1998, nr 12.

Pakuła M., *Postawy osób starszych wobec edukacji. Studium teoretyczno-diagnostyczne*. Lublin: Wyd. UMCS, 2010.

Palacz M., Rogala S., *Przymus w procesie wychowania i jego postrzeganie przez młodzież w okresie jej dorastania*. „Prace Naukowe Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Częstochowie. Psychologia" 1998, z. 7.

Palak Z., Bartkowicz Z. (red.), *Wsparcie społeczne w rehabilitacji i resocjalizacji*. Lublin: Wyd. UMCS, 2004.

Palmer D. K., *On the organism: Environment distinction in psychology*. "Behaviour and Philosophy" 2004, vol. 32.

Palmore E., *Ageism*. Wyd. 2. New York: Springer, 1999.

Palvanen M., i współprac., *Hospital-treated minimal-trauma rib fractures in elderly Finns: Long-term trends and projections for the future*. "Osteoporosis International" 2004, vol. 15 [8].

Pałosz P., *Przegląd badań na uwarunkowaniami preferencji muzycznych*. „Przegląd Psychologiczny" 2009, nr 2.

Panek T., *Ubóstwo, wykluczenie społeczne, nierówności. Teoria i praktyka pomiaru*. Warszawa: Ofic. Wyd. SGH, 2014;

Panel on prevention of falls in older persons… "Journal of the *American Geriatrics Society"* 2011, vol. 59.

Pankowska K., *Pedagogika dramy*. Warszawa: Wyd. Akad. „Żak", 2000.

Pańkowska M., *Inwalidztwo w województwie katowickim*, w: L. Frąckiewicz (red.), *Inwalidztwo jako problem polityki społecznej*. Katowice: Śląski Inst. Nauk., 1988.

Papadopoulos P. A., Papadopoulos A. P., *Current management of presbyopia*. "Middle East African Journal of Ophthalmology" 2014, vol. 21 [1].

Papież J., *Przemiany warunków socjalizacyjno-edukacyjnych na wsi. Badania panelowe*. Kraków: Ofic. Wyd. „Impuls", 2006

Papuziński A., *Przyczyny współczesnego kryzysu ekologicznego jako problem filozoficzny*. „Studia Philosopchiae Christianae" 1998, vol. 34 [1].

Paracelsus, *Księga o długim życiu* [polski przekład J. Jankowski], rkp., ok. 1935.

Paracelsus, *O nimfach, sylfach, pigmejach, salamandrach etc.* Wrocław: Ofic. Wyd. Atut, 2013.

Paracelsus, *Sztuka ognia. Filozofia hermetyczna*. Wrocław: Wyd. Patra, 2003.

Paradowski B., *Otępienie o różnej etiologii – różnicowanie*, w: J. Leszek (red.), *Choroby otępienie. Teoria i praktyka*. Wrocław: Wyd. Continuo, 2003.

Parker K., Patten E., *The sandwich generation. Rising financial burdens for middle-aged Americans*. Washington, DC: Pew Research Center, 2013.

Parkinson J., *An essay on the shaking palsy* [1817] – reprint: "The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences" 2002, vol. 14 [2].

Parkinson's disease: National clinical guideline for diagnosis and management in primary and secondary care. London: Royal College of Physicians, 2006.

Parnicka U., Szyszka M., *Activation of seniors at the day care centre*. "Polish Journal of Sport and Tourism/Sport i Turystyka" 2011, vol. 18 [1]

Parnowski T. (red.), *Choroba Alzheimera.* Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 2010.

Parnowski T., Jernajczyk W., *Inwentarz depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne (ocena pilotażowa*). „Psychiatria Polska" 1977, t. 11, nr 4.

Parnowski T., *Psychogeriatria w Polsce nie istnieje.* „Psychiatria po Dyplomie" 2012, vol. 9 [4].

Parnowski T., *Standardy leczenia depresji współwystępującej z otępieniem*. „Psychogeriatria Polska" 2002, vol. 4 [4].

Parry M., *G. Stanley Hall: Psychologist and early gerontologist*. "American Journal of Public Health" 2006, vol. 96 [7].

Parsek C. M., Laugani P., Young B. (red.), *Obyczaje żałobne, pocieszenie i wsparcie*. Wrocław: Wyd. Astrum, 2001.

Parsons T., *Struktura społeczna a osobowość*. Warszawa: PWE, 1969.

Parsons T., *The social system*. New York: Free Press, 1951.

Paruch J., *Słownik skrótów*. Warszawa: „Wiedza Powsz.", 1970, Wyd. 2. 1992.

Pascal B., *Myśli*. Warszawa: Wyd. DeAgostini, 2001.

Pasek T. i współprac., *Leczenie ruchem (kinezyterapia) pacjentów w podeszłym wieku*. „Gerontologia Polska" 2011, t 19, nr 2.

Pasek T. i współprac., *Leczenie ruchem (kinezyterapia) pacjentów w podeszłym wieku.* „Gerontologia Polska" 2011, nr 2.

Pasierski T.: *Dławica piersiowa stabilna*, w: A. Szczeklik, M. Tendera (red.), *Kardiologia*. Kraków: Medycyna Praktyczna, 2010, t.1.

Pasina L. i współprac., *Prevalence of potentially inappropriate medications and risk of adverse clinical outcome in a cohort of hospitalized elderly patients: Results from the REPSOLI Study*. "Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics" 2014, vol. 39 [5].

Passuth P. M., Bengtson V. L., *Sociological theories of aging: Current perspectives and future directions*, w: J. E. Birren, V. L. Bengtson (eds.), *Emergent theories of aging*. New York: Springer Publ. Comp., 1988.

Passuth P., Bengtson V., *Sociological theories of aging: Current perspectives and future directions*, w: J. Quadagno, D. Street (eds.), *Aging for the twenty-first century*. New York: St Martin's Press, 1996.

Paszkiewicz-Mes E., *Muzykoterapia jako metoda wspomagająca leczenie*. „Hygeia Public Health" 2013, nr 2.

Patai R., *Sex and family in the Bible and the Middle East*. Garden City–New York: Doubleday & Comp., 1959.

Patrick D. L. i współprac., *Measuring and improving the quality of dying and death*. "Archices of Internal Medicine" 2003, vol. 163 [19].

Pattison E. M., *The Experience of dying*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc. Englewood Cliffs, 1977.

Paul S., *Elders*, w: (red.). R. J. Zwi Werblowsky, G. Wigoder (eds.), *The Oxford Dictionary of the Jewish Religion*. New York–Oxford: Oxford Univ. Press, 1997.

Pavalko E., *Life course*, w: D. J. Ekerdt (ed.), *The Macmillan Encyclopedia of aging*, New York: Macmillan, 2002, vol. 3.

Pavlů J., *Idee Jana Amosa Komeńskiego jako inspiracje dla andragogów*. „Rocznik Andragogiczny" 2013, vol. 13.

Pawlik J. J., *Miejsce zmarłych w życiu codziennym. Pedagogia obcowania ze śmiercią*, w: Z. Rudnicki (red.), *Ars moriendi, ars vivendi, ars educandi*. Poznań: Wyd. Nauk. UAM, 2012.

Pawlina A., *SposoM.by prezentowania osób starszych w reklamie. Analiza wybranych zagadnień*. „Zeszyty Naukowe" [WSE w Bochni] 2010, nr 8.

Pawłowska R., Jundziłł E., *Pedagogika człowieka samotnego*. Gdańsk: Wyd. GWSH, 2006.

Pawłowski Z., *Starość według Biblii*. „Pastores" 2007, z. 4.

Payne B. K., *Crime and elder abuse: An integrated perspective*. Wyd. 2. Springfield, IL: Charles C. Thomas, 2006.

Payne M., *Modern social work theory.* London: MacMillan, 1997.

Payne S. i współprac., *White Paper on improving support for family carers in palliative care…* "European Journal of Palliative Care" 2010, vol. 17 [5], vol. 17 [6] 2 cz.

Pąchalska M. i współprac., *Dynamika zmian zaburzeń zachowania w otępieniu typu Alzheimera*. „Psychogeriatria Polska" 2009, vol. 6 [2]

Pąchalska M. i współprac., *Otępienie semantyczne: Studium przypadku.* „Medical Sciences Monitor" vol. 13 [9].

Pąchalska M., *Afazjologia*. Warszawa: Wyd. nauk. PWN,1999, nowe Wyd. 2012.

Pąchalska M., *Neuropsychologia kliniczna: Urazy mózgu*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2007.

Pearce J. M., *Pick's disease.* "The Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry" 2003, vol. 74 [2].

Peccei J. S., *A critique of the grandmother hypothesis: old and new*. "American Journal of Human Biology" 2001, vol. 13 [4].
Pedhazur E. J., Schmelkin, L. P, 1991, *Measurement, design, and analysis. An integrated approach*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erbaum, 1991.
Penninx B. W. i współprac., *Anemia is associated with disability and decreased physical performance and muscle strength in the elderly.* "Journal of the American Geriatric Society" 2004 a, vol. 52.
Penninx B. W. i współprac., *Inflammatory markers and incident mobility limitation in the elderly.* "Journal of the American Geriatric Society" 2004 b, vol. 52.
Perek-Białas J. (red.), *Aktywne starzenie. Aktywna starość*. Kraków. Wyd. Aureus, 2005.
Perek-Białas J., Hoff A. (eds.), *Developing the "Sociology of ageing" to tackle the challenge of ageing societies in Central and Eastern Europe*. Kraków: Wyd. UJ, 2012.
Perek-Białas J., Mysińska E., *Indeks aktywnego starzenia w ujęciu regionalnym*. [Ekspertyza wykonana na zlecenie Departamentu Polityki Senioralnej. Arch. Min. Pracy i Polityki Społ.]. Warszawa: MPiPS, 2013.
Perek-Białas J., *Opiekunowie rodzinni osób starszych - problemy, potrzeby, wyzwania dla polityki społecznej. Raport z badania*. Kraków: Wyd. ROPS, 2015.
Perek-Białas J., Ruzik A., Vidovićová L., *Active ageing in the Czech Republic and Poland*. "International Social Science Journal" 2006 [Special issue, No 190].
Perek-Białas J., Turek K., *Organisation-level Policy toward older workers in Poland*. "International Journal of Social Welfare" 2012 a, vol. 21.
Perek-Białas J., Turek K., *Socjologiczne podejście do procesów starzenia się społeczeństw*. „Nomos" 2012 b, t. 2.
Perek-Białas J., Turek K., *Starszy pracownik z punktu widzenia pracodawcy*, w: J. Mucha, Ł. Krzyżowski (red.), *Ku socjologii starości*. Kraków: Wyd. AGH, 2011.
Perek-Białas J., Zwierzchowski J. K., *Wskaźnik aktywnego starzenia w ujęciu regionalnym – edycja 2014*. [Opracowanie dla Departamentu Polityki Senioralnej. Arch. Min. Pracy i Polityki Społ.]. Warszawa: MPiPS, 2014.
Peret R., *Geneza starości*. „Polski Tygodnik Lekarski" 1958, nr 13
Peret R., Wydzyński L., *Badania nad patogenezą i leczeniem starości w Instytucie im. C. I. Parhona*. „Polski Tygodnik Lekarski" 1961, nr 40.
Perlmutter M., Hall E., *Adult development and aging*. Toronto: Wiley & Sons Inc., 1992.
Perls T., Riesman N. R., Olshansky S. J., *Provision or distribution of growth hormone for 'anti-aging': Clinical and legal issues*. "JAMA" 2005, vol. 294 [16].
Persky H., Smith K. D., Basu G. K., *Relation of psychological measures of aggression and hostility to testosterone production in man*. "Psychosomatic Medicine" 1971, vol. 33.
Pertyński T., Stachowiak G., *Menopauza*. w: M. Karasek (red.), *Aspekty medyczne starzenia się człowieka*. Łódź: Łódzkie Tow. Naukowe, 2008.
Pertyński T., Stachowiak G., *Menopauza*. w: M. Karasek (red.), *Aspekty medyczne starzenia się człowieka*. Łódź: Łódzkie Tow. Naukowe, 2008.
Pervin L.A., *Psychologia osobowości*. Sopot: GWP, 2002.
Peszke J. *Dr Józef Filpecki*, w: *Album biograficzne zasłużonych Polaków i Polek wieku XIX*. Warszawa: Wyd. Maryla Chełmońska, 1901, t. 1.
Petersen R. C. (ed.), *Mild Cognitive Impairment. Aging to Alzheimer's disease*. Oxford–New York: Oxford Univ. Press, 2003.
Petersen R. C. i współprac., *Apolipoprotein E status as a predictor of the development of Alzheimer's disease in memory-impaired individuals*. "JAMA" 1995, vol. 273.
Petersen R. C. i współprac., *Memory function in normal aging*. "Neurology" 1992, vol. 42.
Petersen R. C. i współprac., *Mild cognitive impairment: Clinical characterization and outcome*. "Archives of Neurology"1999, vol. 56 [3].
Petersen R. C. i współprac., *Mild cognitive impairment: Clinical characterization and outcome*. Archives of Neurology" 1999, vol. 56.
Petersen R. C. i współprac., *Practice parameter: Early detection of dementia: Mild cognitive impairment (an evidence-based review)*. "Neurology" 2001, vol. 56.
Petersen R. C., *Mild cognitive impairment as a diagnostic entity*. "Journal of Internal Medicine" 2004, vol. 256 [3].
Petersen R. C., *Mild cognitive impairment as a diagnostic entity*. "Journal of Internal Medicine" 2004, vol. 2562.

Peterson M. J. i współprac., Aging and Body Composition Study Research Group. *Physical activity as a preventative factor for frailty: The health, aging, and body composition study.* "Journal of Gerontology – Biological Sciences – Medical Sciences" 2009, vol. 64.

Petry Mroczkowska J., *Znak Jonasza i wytrawne wino*. „Więź" 2005, nr 10.

Pędich W. (red.), *Badania nad stanem zdrowia i warunkami życiowymi ludzi strychy miasta Opola*. Opole: Opolskie Tow. Przyjaciół Nauk/PWN, 1965.

Pędich W. (red.), *Seniorzy w społeczeństwach Europy XXI wieku – współtworzenie i współodpowiedzialność*. Białystok: Wyd. Stow. Wolontariatu Międzypokoleniowego, 2001

Pędich W., *Gerontologia i geriatria*, w: T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.), *Geriatria z elementami gerontologii ogólnej*. Gdańsk: Via Medica, 2006.

Pędich W., Jakubowska D., Kunda T., *Pielęgniarstwo geriatryczne*. Wyd. 3. Warszawa: PZWL, 1983.

Pędich W., *Ludzie starzy*. Warszawa: Wyd. CRSS, 1996.

Pędich W., *Nauki medyczne a problemy ludzi starych. Przegląd badań w Polsce*. Warszawa: SGPiS, 1970.

Pędich W., *Przedmowa*, w: Synak B. (red.), *Polska starość. Praca zbiorowa*. Gdańsk: Wyd. UG, 2002.

Pędich W., *State of the art of the literature on support services for family carers of older people in Poland*, w: B. Bień (ed.), *Family Caregiving for the Elderly in Poland*. Białystok: Wyd. Uniwersyteckie Trans Humana, 2006.

Pędich W., Szreniawski Z. (red.), *Farmakologia geriatryczna*. Wyd. 3. Warszawa: PZWL, 1998.

Pędich W., Wojszel Z. B., *Zagrożenia późnego wieku rozwojowego (gerontologiczne)*, w: J.

Pędich W., *Zaspokajanie potrzeb zdrowotnych jako determinanta aktywnego starzenia się*, w: P. Szukalski, B. Szatur-Jaworska (red.), *Aktywne starzenie się. Przeciwdziałanie barierom*. Łódź: Wyd. UŁ, 2014.

Pędich W., Żakowska-Wachelko B., *Podręcznik geriatrii dla lekarzy*. Warszawa: PZWL, 1988.

Phelan E. A. i współprac., *Older adults' views of "successful aging" – how do they compare with researchers' definitions?* "Journal of American Geriatriatrics Society" 2004, vol. 52.

Philibert M., *L'échelle des âges*. Paris: Éd. du Seuil, 1968.

Phillips C. i współprac., *Assessment of constipation management in long-term care patients*. "Journal of the American Medical Directors Association" 2001, vol. 2.

Phillips J., Ajrouch K.J., Hillcoat-Nalletamby S., *Key concepts in social gerontology*. Los Angeles: Sage Publ., 2010.

Phillipson C. (2006). *Aging and globalization: issues for critical gerontology and political economy*, w: J. Baars i współprac. (eds.), Globalization and inequality. Amityville, NY: Baywood Publishing, 2006.

Phillipson C., Ahmed N. (2006). *Transnational communities, migration and changing identities in later life: A new research agenda*, w:. S.O. Daatland, S. Biggs (eds.), *Ageing and diversity: Multiple path ways and cultural migrations*. Bristol: Policy Press, 2006.

Phillipson C., Baars J., *Social theory and social ageing*, w: J. Bond i współprac. (eds.), *Ageing in society. European perspectives in gerontology*. London: SAGE Publ., 2008.

Phillipson C., Baars J., *Social theory and social ageing*, w: J. Bond i współprac. (eds.), *Ageing in society. European perspectives on gerontology*. London: Sage, 2008.

Phillipson C., Smith A., *Extending working life: A review of the research literature*… London: Department for Work and Pensions, 2005.

Piasecka A., *Poradnictwo wolontariackie*. Toruń: Wyd. Adam Marszałek, 2014.

Piasecka A., *Poradnictwo wolontariackie*. Toruń: Wyd. Adam Marszałek, 2014.

Piau A., Nourhashemi F., *Drug misuse and the older person: a contradiction in terms?*, w: A. J. Sinclair, J. E. Morley, B. Vellas (eds.), *Pathy's principles and practice of geriatric medicine*. Wyd. 5. New York: Wiley-Blackwell Ltd, 2012.

Piątkowska M., *Wiek jako czynnik różnicujący poziom aktywności fizycznej polskiej populacji.* „Antropomotoryka" 2012, vol. 22 [59].

Piątkowski W., *Choroba jako zjawisko socjologiczne. Wprowadzenie do wybranych koncepcji badawczych*, w: J. Barański, W. Piątkowski (red.), *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny.* Wrocław: Ofic. Wyd. ATUT, 2002 a.

Piątkowski W., *Zdrowie jako zjawisko społeczne*, w: J. Barański, W. Piątkowski (red.), *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*. Wrocław: Ofic. Wyd. ATUT, 2002 b.

Pickenhain L., Ries W. (Hrsg), *Das Alter. Kleine Enzyklopädie*. Leipzig: VEB Bibliographische Institut, 1988.

Pickenhain L., Ries W. (Hrsg.), *Das Alter. Kleine Enzyklopädie*. Lepizig: VEB Bibliographisches Institut, 1988.

Piechota M., Sunderland P., *Starzenie neuronów*. „Postępy Biochemii" 2014, vol. 60 [2].
Pieri M, Diamantinir D., *Young people, elderly and ICT*. "Procedia Social and Behavioral Sciences" 2010, vol. 2.
Pierret C.R., *The sandwich generation: Women Caring for Parents and Children*. "Monthly Lab. Rev." 129, nr 9/2006, s. 3–9.
Pierzchała W., *Następstwa nieleczonego bezdechu we śnie*. „Polski Merkuriusz Lekarski" 2008, vol. 24 [Supl. 2].
Pierzchała W., Niżankowska-Mogilnicka E., Mejza F., *POCHP*, w: A. Szczeklik (red.), *Choroby wewnętrzne*. Kraków: Wyd. Medycyna Praktyczna, 2014.
Pietras T., Ciebiada M., Górski P., *Otępienie i łagodne zaburzenia funkcji poznawczych w przebiegu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc.* „Postępy Psychiatrii i Neurologii" 2004, vol. 13.
Pietrasiński Z., *Mądrość, czyli świetne wyposażenie umysłu*. Warszawa: Wyd. Nauk. Scholar, 2001.
Pietrasiński Z., *Rozwój człowieka dorosłego.* Warszawa: „Wiedza Powsz.", 1990.
Pietrasiński Z., *Rozwój człowieka dorosłego.* Warszawa: „Wiedza Powsz.", 1990.
Pietrasiński Z., *Rozwój dorosłych*, w: T. Wujek (red.), *Wprowadzenie do andragogiki*, Warszawa–Radom: Wyd. IRE, 1996.
Pietraszek E., *Lud prosty w całym sposobie życia swego. O pionierskiej monografii wsi I. L. Czerwińskiego*, „Lud" 1995, t. 78.
Pietrusik K., *Czynniki determinujące podejmowanie aktywności fizycznej w środowisku wodnym przez kobiety w wieku seniora*. Poznań: Wyd. WSEiT, 2009.
Pietrusik K., *Pływanie, nauczanie i doskonalenie oraz wybrane elementy aqua fitness*. Warszawa: TKKF, 2005.
Pietryga E., *Ze sceny zejść niepokonanym*. „Rzeczpospolita" 2015, nr 160 [dodatek „Plus Minus" 2015, nr 28].
Pietrzak H., Hałaj J. B., *Psychologia społeczna w praktyce*. Rzeszów: Wyd. WSP, 2000.
Pike K. L., *Language in relation to a unified theory of the structure of human behaviour*. Hague: Mouton, 1967.
Pike K. L., *Language in relation to a unified theory of the structure of human behaviour*. Hague: Mouton, 1967.
Pikuła N., Białożyt K., *Pracownik socjalny jako animator działań społecznych w Klubie Seniora*, w: M. Banach, J. Matejek (red.), *Z teorii i praktyki pracy socjalnej*. Levoča: Wyd. MTM, 2012.
Pikuła N., *Etos starości w aspekcie społecznym. Gerontologia dla pracowników socjalnych*, Kraków: WAM, 2011.
Pikuła N., *Etos starości w aspekcie społecznym. Gerontologia dla pracowników socjalnych*. Kraków: Wyd. WAM, 2011.
Pilarska A., *Ja i tożsamość a dobrostan psychiczny*. Poznań: Wyd. Nauk. UAM, 2012.
Pilch I., *Machiawelizm a oceny jakości życia*, w: A. Bańka (red.), *Psychologia jakości życia,* Poznań: Wyd. SPA, 2005.
Pilch T., Bauman T., *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*. Wyd. 2. Warszawa: Wyd. Akad. „Żak", 2010.
Pilecka B., *Kryzys psychologiczny*. Kraków: Wyd. UJ, 2004.
Piłkowski S., Mamcarz A., *Krdiologiczny zepsół X – istotny i ciągle tajemniczy problem kliniczny*. „Kardiologia Polska" 2007, vol. 65 [3].
Pindel R., *Gdy umiera ktoś bliski. Poradnik*. Kraków: Dom Wyd. Rafael, 2004.
Pineau G., *Produire sa vie: Autoformation et autobiographie*. Montréal: Ed. Albert Saint- Martin, 1983.
Pines A., *Wypalenie w perspektywie egzystencjalnej*, w: H. Sęk (red.) *Wypalenie zawodowe. Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN 2000.
Piorunek M. (red.), *Dymensje poradnictwa i wsparcia społecznego w perspektywie interdyscyplinarnej.* Poznań: Wyd. UAM, 2015.
Piorunek M. (red.), *Poradnictwo. Kolejne przybliżenia*. Toruń: Wyd. Adam Marszałek, 2011.
Piotrowicz K. i współprac., *Choroby układu oddechowego u osób w wieku podeszłym*, w: M. Mossakowska, A. Więcek A, P. Błędowski (red.): *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Poznań: Termedia Wyd. Med., 2012.
Piotrowicz K., Gąsowski J., *Całościowa Ocena Geriatryczna a kierunki edukacji seniorów*. „Labor et Educatio" 2014, nr 2.
Piotrowicz K., *Zaburzenia neurotransmisji jako klucz do poznania patofizjologii i patomechanizmu majaczenia*. „Gerontologia Polska" 2010, nr 4.
Piotrowska A., Bartnik E., *Rola aktywnych form tlenu i mitochondriów w starzeniu*. „Postępy Biochemii" 2014, vol. 60 [2].
Piotrowski J. (red.), *Starzenie się i starość w badaniach gerontologicznych w Polsce…* Warszawa: PTG, 1975 [rok. Wyd. 1976].
Piotrowski J. (red.), *Starzenie się i starość w badaniach gerontologicznych w Polsce*. Warszawa: PTG, 1975.
Piotrowski J. (red.), *Starzenie się i starość w badaniach gerontologicznych w Polsce*. Warszawa: PTG, 1975.
Piotrowski J. (red.),, *Starzenie się i starość w badaniach gerontologicznych w Polsce…* Warszawa: PTG, 1975 [rok. Wyd. 1976].
Piotrowski J., *Gerontologia i geriatria*, oraz *Stosunki rodzinne osób satrszych*, w: *Encyklopedia seniora*. Warszawa: „Wiedza Powsz.", 1986.

Piotrowski J., *Miejsce człowiek starego w rodzinie i społeczeństwie*. Warszawa: PWN, 1973.
Piotrowski J., *Miejsce człowiek starego w rodzinie i społeczeństwie*. Warszawa: PWN, 1973.
Piotrowski J., *Miejsce człowiek starego w rodzinie i społeczeństwie*. Warszawa: PWN, 1973.
Piotrowski J., *Miejsce człowieka starego w rodzinie i społeczeństwie*. Warszawa: PWN, 1973.
Piotrowski J., *Miejsce człowieka starego w rodzinie i społeczeństwie*. Warszawa: PWN, 1973.
Piotrowski J., *Od ubezpieczenia chorobowego do powszechnej służby zdrowia.* Łódź: Pol. Inst. Służby Społ.,1948,
Piotrowski J., *Poradnik rencisty i emeryta. O zaopatrzeniu emerytalnym*. Warszawa: Wyd. Związkowe, 1957.
Piotrowski J., *Społeczne aspekty starości*, w: J. Rutkiewicz (red.), *Geriatria w aspekcie klinicznym i społecznym*. Warszawa: PZWL, 1970.
Piotrowski J., *Społeczne aspekty starości*, w: J. Rutkiewicz (red.), *Geriatria w aspekcie klinicznym i społecznym*. Warszawa: PZWL, 1970.
Piotrowski J., *Społeczne aspekty starości*, w: J. Rutkiewicz (red.), *Geriatria w aspekcie klinicznym i społecznym*. Warszawa: PZWL, 1970.
Piotrowski J., *Społeczne aspekty starości*, w: J. Rutkiewicz (red.), *Geriatria w aspekcie klinicznym i społecznym*. Warszawa: PZWL, 1970.
Piotrowski J., *Zabezpieczenie społeczne. Problematyka i metody*. Warszawa: KiW, 1966.
Piotrowski J., Żemojtel-Piotrowska M., *Postawa wobec śmierci a podstawowa struktura osobowości*. „Psychologia Jakości Życia" 2004, t. 3, nr 2.
Piotrowski J.[erzy], *Miejsce człowieka starego w rodzinie i społeczeństwie*. Warszawa: PWN, 1973.
Piotrowski J.[erzy], *Zabezpieczenie społeczne. Problematyka i metody. Z prac Instytutu Gospodarstwa Społecznego*. Warszawa: KiW, 1966.
Piotrowski W., Klar A., *Udział i znaczenie chorób wewnętrznych w procesie starzenia*, w: E. Kędra (red.), *Seniorzy – w zgodzie z rytmem natury. Starzenie się jako zjawisko biologiczne i społeczne.* Legnica: Wyd. TPN, 2011.
Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu. Wyd. 5. Poznań: „Pallottinum", 2013.
Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu. Wyd. 5. Poznań: „Pallottinum", 2013.
Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu. Wyd. 5. Poznań: „Pallottinum", 2013.
Platon, *Charmides. Lyzis*.Warszawa: Wyd. Recto, 1991.
Platon, *Fedon*. Warszawa: PWN, 1958.
Platon, *Państwo*. Warszawa: PWN, 1958, nowe Wyd. 2010.
Platon, *Prawa*. Warszawa: PWN, 1960, nowe Wyd. Warszawa: Wyd. Alfa, 1997.
Platon, *Prawa*. Warszawa: PWN, 1960.
Platon, *Timajos*, w: Platon, *Dialogi*. Kęty: Wyd. Antyk, 1999, t. 2
Platon, *Uczta*. *Eutyfron. Obrona Sokratesa. Kriton. Fedon*. Warszawa: PWN, 1982.
Pless I. B., Pinkerton Ph., *Chronic childhood disorder: Promoting patterns and adjustmen*t. London: Henry Kimpton Publ., 1975.
Plopa M., *Więzi w małżeństwie i rodzinie. Metody badań*. Kraków: Ofic. Wyd. „Impuls", 2008.
Pluskiewicz W. (red.), *Osteoporoza. Praktyczne zasady opieki lekarskiej nad chorym z osteoporozą.* Warszawa: Medical Tribune Polska, 2010.
Pluskiewicz W., *Osteoporoza starcza – jako problem współczesnego społeczeństwa*, w: A. A. Zych (red.) *Starość darem, zadaniem i wyzwaniem. Wybór materiałów konferencyjnych*. Sosnowiec–Dąbrowa Górnicza: Stow. Przyjaciół DPS, Wyd. Progres, 2014.
Pluskiewicz W., *Osteoporoza starcza – jako problem współczesnego społeczeństwa*, w: A. A. Zych (red.), *Starość darem, zadaniem i wyzwaniem…* Sosnowiec–Dąbrowa Górnicza: Stow. Przyjaciół DPS, Wyd. Progres, 2014.
Plutarch, *Moralia. Wybór pism filozoficzno-moralnych*. Wrocław: Zakł. Nar. im. Ossolińskich, 1954.
Pluta-Wojciechowska D., *Gerontologopedia*. „Forum Logopedyczne" 2014, nr 22.
Płaszewska-Żywko L. i współprac., *Sprawność funkcjonalna u osób w wieku podeszłym w domach pomocy społecznej*. „Problemy Higieny i Epidemiologii" 2008, vol. 89 [1].
Płaszewska-Żywko L. i współprac., *Sprawność funkcjonalna u osób w wieku podeszłym w domach pomocy społecznej*. „Problemy Higieny i Epidemiologii 2008, vol. 89 [1].
Płonka-Syroka B. (red.), *Moralny wymiar choroby, cierpienia i śmierci*. Wrocław: „Arboretum", 1999.
Płotnicka H., *Opieka społeczna*. „Opiekun Społeczny" 1947, nr 5–6,

Płudowski P. i współprac., *Practical guidelines for the supplementation of vitamin D and the treatment of deficit in Central Europe…* „Endokrynologia Polska" 2013, vol. 64 [4].

Płudowski P. i współprac., *Practical guidelines for the supplementation of vitamin D and the treatment of deficits in Central Europe…*, „Endokrynologia Polska" 2013, vol. 64 [4].

Płudowski P. i współprac.,*Witamina D: Rekomendacje dawkowania w populacji osób zdrowych oraz w grupach ryzyka deficytów – wytyczne dla Europy Środkowej 2013*. „Standardy Medyczne – Pediatria" 2013, vol. 10.

Płusa T.(red.), *Zapalenie płuc. Aktualne problemy kliniczne*. Warszawa: Wyd. Medpress, 1998.

Płużek Z., *Kryzysy psychologiczne*, w: Z. Płużek, *Psychologia pastoralna*. Kraków: Inst. Teol. Księży Misjonarzy, 1991.

Pływaczewski R. i współprac. (oprac.), *Zelecenia Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc dotyczące rozpoznawania i leczenia zaburzeń oddychania w czasie snu (ZOCS) u dorosłych*. „Pneumonologia i Alergologia Polska" 2013, t. 81, nr 3.

Pochwała starości. Od antyku do renesansu. Warszawa: „Volumen"/„Marabut", 1995.

Podemski R., *Kompendium neurologii*. Gdańsk: Via Medica, 2008.

Podgórecki J., *Osobowość pracownika socjalnego*, w: J. Brągiel, I. Mudrecka (red.), *Problemy kształcenia i doskonalenia zawodowego pracowników socjalny*ch. Opole: Wyd. Uniw. Opolskiego, 1998.

Podgórska-Jachnik D., *Głusi: Emancypacje*. Łódź: Wyd. Nauk. WSP, 2013.

Podhorecka M., Kędziora-Kornatowska K., Sielski G., *Zmiany inwolucyjne w układzie ruchu oraz ich konsekwencje wpływające na zmniejszenie aktywności fizycznej osób starszych*. „Pielęgniarstwo XXI wieku" 2011, nr 1.

Podolak-Dawidziak M., *Niedokrwistości*, w: A. Szczeklik, P. Gajewski (red.). *Choroby wewnętrzne*. Wyd. 6. Kraków: Medycyna Praktyczna, 2014.

Podstawowe fakty o organizacjach pozarządowych. [Raport z badania 2012]. Warszawa: Stow. Klon/Jawor, 2013.

Pohjasvaara T., i współprac., *Comparison of different clinical criteria (DSM-III, ADDTC, ICD- 10, NINDS-AIREN, DSM-IV) for the diagnosis of vascular dementia. National Institute of Neurological Disorders and Stroke*. "Stroke" 2000, vol. 31 [12[.

Pohoski M., *Uwagi na temat starzenia się ludności Polski*. „Eurostat. Statistics in Focus" 2008, nr 72.

Polacy wobec ludzi starszych i własnej starości. Komunikat z badań (BS/157/2009). Warszawa: CBOS, 2009.

Polacy wobec ludzi starych i własnej starości. Komunikat z badań (BS/172/2000). Warszawa: CBOS, 2000.

Polak A. i współprac., *Poznawczy i praktyczny wymiar gerontologii – interdyscyplinarnej nauki o starzeniu i starości.* „Gerontologia Polska" 2007, t. 15, nr 3.

Polak A. i współprac., *Poznawczy i praktyczny wymiar gerontologii*. „Gerontologia Polska" 2007, t. 15, nr 3.

Polański E. (red.), *Wielki słownik ortograficzny PWN*. Warszawa: Wyd. PWN, 2016.

Policies to support family carers, w: *Providing and paying for long-term care*. Paris: OECD, 2011.

Pollak O., Heathers G., *Social adjustment in old age: A research planning report*. New York: Social Science Research Council, 1948.

Polska w obliczu starzenia się społeczeństwa. Diagnoza i program działania. Warszawa: Wyd. PAN, 2008.

Polska w obliczu starzenia się społeczeństwa… Warszawa: Komitet „Prognoz Polska 2000 Plus", 2008.

Ponikowska I., Ferson D., *Nowoczesna medycyna uzdrowiskowa.* Warszawa: Wyd. Medi Press, 2009.

Ponikowska I., *Lecznictwo uzdrowiskowe*. Bydgoszcz: Ofic. Wyd. Branta, 1996.

Poole P. J. i współprac., *Influenza vaccine for patients with chronic obstructive pulmonary disease*. New York: John Wiley & Sons, Ltd, 2009.

Popek S., *Człowiek jako jednostka twórcza*. Lublin: Wyd. UMCS, 2001.

Popek S., *Psychologia twórczości plastycznej*. Kraków: Ofic. Wyd. "Impuls", 2010.

Popek S., *Twórczość dzieci,* w: W. Szewczuk (red.), *Encyklopedia psychologii*. Warszawa: Wyd. Fundacja Innowacja, 1998.

Popek S., *Twórczość plastyczna dzieci i* młodzieży, w: S. Popek (red.), *Aktywność twórcza dzieci i młodzieży.* Warszawa: WSiP, 1988.

Popielarska A, *Psychiatria wieku rozwojowego*. Warszawa: PZWL, 1989.

Popielski K., *Analiza poczucia sensu życia. Test Noo-Dynamiki*. Lublin: Wyd. KUL, 1991.

Popielski K., *Logoteoria i logoterapia w kontekście psychologii współczesnej*, w: K. Popielski (red.), *Człowiek – pytanie otwarte. Studia z logoteorii i logoterapii*. Lublin: Wyd. KUL, 1987.

Popielski K., *Noetyczny wymiar osobowości. Psychologiczna analiza poczucia sensu życia*. Lublin: Wyd. KUL, 1994.

Popielski K., *Noetyczny wymiar osobowości. Psychologiczna analiza poczucia sensu życia*. Lublin: Wyd. KUL, 1993.

Popova S. i współprac., *Comparing alcohol consumption in Central and Eastern Europe to other European countries*. "Alcohol & Alcoholism" 2007, vol. 42.

Pöpping C., *Logotherapie nach Viktor Emil Frankl im Kontex der Heilpädagogik und Sinnsuche im Jugendalter*. Hamburg: Diplomica Verlag, 2014.

Porczak A., *Instalacje interaktywne*, w: A. Chmielowski (red.), *Estetyka sensu largo*. Kraków: Wyd. UJ, 1998.

Pospiech A., Kuczkowska-Jeske J., Fuławka., *Czy istnieją skuteczne metody profilaktyki astmy oskrzelowej wieku dziecięcego?* „Problemy Higieny i Epidemiologii" 2011, vol. 92 [1].

Pospiech, W. (red.), *Muzykoterapia służbą człowieka*. Toruń: Wyd. Nauk. UMK, 2009.

Pospiszyl I., *Przemoc w rodzinie*. Warszawa: WSiP, 1994.

Potent-Ambroziewicz M., *Starość w języku młodzieży współczesnej*. Lublin: Wyd. UMCS, 2013.

Poythress E. L. i współprac., *Severe self-neglect: An epidemiological and historical perspective*. "Journal of Elder Abuse and Neglect" 2006, vol. 18 [4].

Poznańska S., Płaszewska-Żywko L., *Wybrane modele pielęgniarstwa*. Kraków: Wyd. UJ, 2001.

Półtawska W., *Lęk czy nadzieja?*, w: M. Renkielska (red), *Medycyna i teologia o życiu i śmierci.* Kraków: Wyd. Nauk. PAT, 1997.

Półturzycki J., *Aktualność problemów edukacji ustawicznej*. „Chowanna" 2005, t. 2.

Półturzycki J., *Halina Szwarc – twórczyni uniwersytetów trzeciego wieku w Polsce*, w: M. Stawiak-Ososińska, A. Szplit (red.), *Historyczno-społeczne aspekty starzenia się i starości*. Kielce: Wyd. Agencja Reklamowa TOP, 2014.

Półturzycki J., *W 90. rocznicę urodzin Profesor Halina Szwarc – twórczyni uniwersytetów trzeciego wieku w Polsce*. „Rocznik Andragogiczny" 2013, t. 20 [1].

Praktyczny słownik współczesnej polszczyzny. Poznań: Wyd. Kurpisz, 1994.

Prensky M., *Digital natives, digital immigrants* "On the Horizon, MCB University Press" 2001, vol. 9 [5].

Prentice D. A., Carranza E., *What women and men should be, shouldn't be, are allowed to be, and don't have to be: The contents of prescriptive gender stereotypes*. "Psychology of Women Quarterly", 2002, vol. 26.

Preskorn S., Werder S., *Detrimental antidepressant drug-drug interactions: Are they clinically relevant?* "Neuropsychopharmacology" 2006, vol. 31 [8].

[WHO] *Preventing intimate partner and sexual violence against women: Taking action and generating evidence*. Geneva: WHO, 2010.

Price C. A., *Sandwich generation*. w: D. Levinson (ed.), *Encyclopedia of marriage and the family*. New York, London: Macmillan Library Reference USA; Simon & Schuster and Prentice Hall International, 1995.

Price D. L., *Aging of the brain and dementia of the Alzheimer's type*, w: E. R. Kandel, J. H. Schwartz, T. M. Jessel (eds.) *Principles of neural science*. Wyd. 4. New York: McGraw-Hill; 2000.

Principi A. i współprac., *Volunteering in older age: An organizational perspective*. "International Journal of Manpower" 2012, vol. 33 [6].

Principi A., Perek-Białas J., *Voluntary organizations' policies towards older volunteers across European countries*, w: A. Principi, P. Jensen, G. Lamura (eds.), *Active ageing: Voluntary work by older people in Europe*. Bristol: The Policy Press, 2014.

Pringle K. E. i współprac., *The role of medication use and health on the decision to quit drinking among older adults.* "Journal of Aging and Health" 2006, vol. 18.

Proceedings of the ATS workshop on refractory asthma. "American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine" 2000, vol. 162.

Prognoza ludności na lata 2008–2035. Warszawa: GUS, 2009.

Prognoza ludności na lata 2014–2050. Warszawa: GUS, 2014.

Program rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej w Polsce, Warszawa: Wyd. MZiOS, 1998.

Prusik B., *Problems of the cardiac infarctions in the aged*. "Gerontologia Clinica" 1959, vol. 1[1].

Prusik B., *Propedeutika vnitřních nemocí*. Praha: Státní pegagogické nakl., 1956.

Prusiński A. i współprac. (red.), *Interna Harrisona*. Lublin: Wyd. CZelej, 2000.

Pruszyńska M. i współprac., *Wpływ siły mięśniowej na sprawność funkcjonalną pacjentów po przebytym udarze mózgu.* „Kwartalnik Ortopedyczny" 2013, vol. 3.

Pruszyński B. (red.), *Radiologia. Diagnostyka obrazowa Rtg, TK, USG, MR i medycyna nuklearna*, Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 2005.

Pruszyński J. J., Cicha-Mikołajczyk A., Gębska-Kuczerowska A., *Ocena wydolności czynnościowej i sprawności motorycznej osób przyjmowanych do pielęgniarskiego domu opieki w Polsce*. „Przegląd Epidemiologiczny" 2006, nr 60.

Pruszyński J., Pruszyński J., *Wybrane wielkie zespoły geriatryczne*…, w: *Materiały dydaktyczne*… Warszawa: b.w., 2013.

Przemoc wobec kobiet. Badanie na poziomie Unii Europejskiej. Luksemburg: Agencja Praw Podstawowych UE, 2014.

Przetacznik-Gierowska M., *Kształtowanie się psychologii rozwojowej jako nauki*, w: M. Przetacznik-Gierowska, M. Tyszkowa (red.), *Psychologia rozwoju człowieka. Zagadnienia ogólne*. Wyd. 2. Warszawa: PWN, 2001 a.

Przetacznik-Gierowska M., *Metodologiczne problemy badania procesów rozwoju*, w: M. Przetacznik-Gierowska, M. Tyszkowa (red.), *Psychologia rozwoju człowieka. Zagadnienia ogólne*. Wyd. 2. Warszawa: PWN, 2001 b.

Przetacznik-Gierowska M., Tyszkowa M., *Psychologia rozwoju człowieka.* Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 1996.

Przetacznik-Gierowska M., Tyszkowa M., *Psychologia rozwoju człowieka. Zagadnienia ogólne.* Warszawa: PWN, 2000.

Przewoźnik L., *Udział nauk o zachowaniu w zdrowiu publicznym*, w: A. Czupryna i współprac., (red.), *Zdrowie publiczne wybrane zagadnienia*. Kraków: Uniw. Wyd. Med. „Vesalius", 2000, t. 1.

Przybylski R., *Baśń zimowa. Esej o starości*. Warszawa: Wyd. Sic!, 1998, Wyd. 2. 2008.

Przybylski R., *Baśń zimowa. Esej o starości*. Warszawa: Wyd. Sic!, 1998, Wyd. 2. 2008.

Przybylski R., *Eros i Tanatos. Proza Jarosława Iwaszkiewicza*. Warszawa: Czytelnik, 1970.

Przybylski R., *Mityczna przestrzeń naszych uczuć*. Warszawa: Wyd. Sic!, 2002.

Przybylski R., *Odrobina zła i odrobina dobra*. Warszawa: Wyd. Sic!, 2006.

Przybylski R., *Uśmiech Demokryta*. Warszawa: Wyd. Sic!, 2009.

Przybyła K., *Aktywność fizyczna ludzi starszych szansą na pomyślne starzenie się*, w: E. Kędra (red.), *Seniorzy – w zgodzie z rytmem natury. Starzenie się jako zjawisko biologiczne i społeczne*. Legnica: Wyd. TPN, 2011.

Przybyłowski T., *Zaburzenia oddychania w czasie snu: problem interdyscyplinarny: problem edukacyjny: choroby płuc.* „Medycyna po Dyplomie" 2005, vol. 14 [8].

Przychodni A., *Menopauza w ujęciu biologicznym i społecznym*. Kielce: Wyd. Uniw. Humanist.-Przyr., 2010.

Przygoda A., *Społeczne role dziadków w procesie socjalizacji wnuków*. Toruń: Wyd. Adam Marszałek, 2015.

Przyszychowska M., *Grzegorz z Nyssy: czy Bóg stworzył starość?* „Vox Patrum" 2011, z. 56.

Psaty B. M. i współprac., *Traditional risk factors and subclinical disease measures as predictors of first myocardial infarction in older adults: The Cardiovascular Health Study.* "Archives of Internal Medicine" 1999, vol. 159.

Pszenna E., *Szpiczak mnogi*, w: J. E. Badurski (red.), *Choroby metaboliczne kości.* Warszawa: Wyd. Med. Borgis, 2005.

Pujol-Lereis L. M. i współprac., *Interrelation between oxidative stress and complement activation in models of Age-Related Macular Degeneration*. "Advances in Experimental Medicine and Biology" 2016, vol. 854.

Purchla J. i współprac. (red.), *Mit Galicji*. Kraków: MCK, 2015.

Purjo T., *Die Logotheorie von Viktor Frankl. Der Weg zum wertvollen und sinnhaften Leben*. Norderstedt: BoD, 2014.

Putney N. M, Alley D. E., Bengtson V. L., *Social gerontology as a public sociology in action*, w: L. T. Nichols (ed.), *Public sociology. The contemporary debate*. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers, 2007.

Puts M. T. E. i współprac., *Endocrine and inflammatory markers as predictor of frailty*. "Clinical Endocrinology" 2005 a, vol. 63 [4].

Puts M. T. E. i współprac., *Static and dynamic measures of frailty predicted decline in performance-based and self-reported physical functioning*. "Journal of Clinical Epidemiology" 2005 b, vol. 58.

Pużyński S., *Depresje i zaburzenia afektywne*. Wyd. 5. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 2009.

Pużyński S., Wciórka J., *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD -10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Wyd. 2. Kraków–Warszawa: Wyd. Vesalius, 2000.

Pużyński S., Wciórka J., *Narzędzia oceny stanu psychicznego*, w: A. Bilikiewicz i współprac. (red.), *Psychiatria. Podstawy psychiatrii*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner, 2002, t. 1.

Pyszczynski T., Greenber J., Solomon S., *A Dual-Process Model of Defense Against Conscious and Unconsious Death-related Thoughts: An extension of Terror Management Theory*, "Psychological Review" 1999, vol. 106 [4].

Pyszczynski T., Greenber J., Solomon S., *Why do we need what we need? A terror management theory perspective on the roots of human motivation*. "Psychological Inquiry" 1997, nr 8.

Pyszkowska J., *Organizacja opieki paliatywnej*, w: K. de Walden-Gałuszko (red.), *Podstawy opieki paliatywnej*. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 2004.

Pyza E., *Biologiczne aspekty starzenia się ciała*, w: M. Banaś, K. Warmińska (red.), *Kulturowe emanacje ciała*. Kraków: Wyd. UJ, 2011.

Pyżalski J. *Agresja elektroniczna i cyberbullying jako nowe ryzykowne zachowania młodzieży*. Kraków: Ofic. Wyd. „Impuls", 2012.

Pyżalski J., *The digital generation gap revisited: Constructive and dysfunctional patterns of social media usage*, w: A. Costabile, B. Spears (eds.) *The impact of technology on relationships in educational settings*. New York: Routledge., 2012.

Qiu C., Kivipelto M., Strauss E. von, *Epidemiology of Alzheimer's disease: Occurrence, determinants, and strategies toward intervention*. "Dialogues in Clinical Neuroscience" 2009, vol. 11 [2].

Quach i współprac., *The non-linear relationship between gait speed and falls…"Journal* of the *American Geriatrics Society"* 2011, vol. 59.

Rabinowitz T., *Delirium: An important (but often unrecognized) clinical syndrome*. "Current Psychiatry Reports" 2002, vol. 4 [3].

Rachel W. i współprac., *Obciążenie opiekunów pacjentów z otępieniem w chorobie Alzheimera*. „Gerontologia Polska" 2014, nr 1.

Racław M. (red.), *Publiczna troska, prywatna opieka. Społeczności lokalne wobec osób starszych*. Warszawa: Inst. Spraw Publicznych, 2011.

Racław M. (red.), *Publiczna troska, prywatna opieka. Społeczności lokalne wobec osób starszych*. Warszawa: ISP ZUS, 2011.

Racław M., *Opiekunowie nieformalni. Krótkookresowa funkcjonalność nieopłacalnej* pracy, w: J. Hrynkiewicz (red.), *O sytuacji ludzi* starszych. Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa, 2012.

Racław M., Rosochacka-Gmitrzak M., Tokarz-Kamińska B., *Aktywność społeczna i kulturalna osób starszych*, w: B. Szatur-Jaworska (red.), *Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje*. „Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich" 2013, nr 5.

Raczkowska J., *Instytucje opieki całkowitej w dwudziestoleciu międzywojennym*. „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze" 1978, nr 7.

Raczkowska M., *Ekskluzja społeczna na obszarach wiejskich w Polsce*.,,Roczniki Ekonomii Rolnictwa i Rozwoju Obszarów Wiejskich" 2012, nr 99 [4].

Radlińska H., *Istota i zakres służby społecznej*. „Opiekun Społeczny" 1947, nr 5–6.

Radlińska H., *Oświata dorosłych. Zagadnienia, dzieje, formy, pracownicy, organizacja*. Warszawa: Ludowy Inst. Ośw. I Kultury, 1947.

Radlińska H., *Pedagogika opiekuńcza*. Wrocław: Zakł. Nar. im. Ossolińskich, 1961.

Radlińska H., *Pomoc, ratownictwo, opieka,* w: „Służba Społeczna", 1946, Nr 1–4.

Radomski D., *Sexual impairment factors in physically disabled people*. „Seksuologia Polska" 2005, vol. 3 [1].

Radwan-Pragłowski J., Frysztacki K., *Społeczne dzieje pomocy człowiekowi. Od filantropii greckiej do pracy socjalnej*. Katowice, Wyd. Nauk. „Śląsk", 2008.

Radwan-Pragłowski J., Frysztacki K., *Społeczne dzieje pomocy człowiekowi. Od filantropii greckiej do pracy socjalnej.* Warszawa: Wyd. InterArt, 1996.

Radwan-Pragłowski J., Frysztacki K., *Społeczne dzieje pomocy człowiekowi. Od filantropii greckiej do pracy socjalnej.* Warszawa: Wyd. InterArt, 1996, nowe Wyd. Katowice: Wyd. Nauk „Śląsk", 1998.

Radziewicz-Winnicki A., *Emeryci i renciści wobec sytuacji społecznego ubóstwa…* Katowice: Wyd. „Śląsk", 1997.

Radziszewski S., Ks. Baka: Reaktywacja! „Kieleckie Studia Teologiczne: 2010, nr 9.

Radziwoń-Zaleska M., *Depresja u starszych osób*, w: K. Galus (red), *Geriatria. Wybrane zagadnienia*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner, 2007.

Rafałowska J., *Czynniki chorobotwórcze a reakcja tkanek ludzi starych*, w: B. Strosznarder, M. Mossakowski (red.), *Mózg a starzenie*. Warszawa: Centrum Upowszechniania Nauki PAN, 2001.

Rahner K., *Vom Sinn des Tanzens, Geist und Leben*. "Zeitschrift für Aszese und Mystik" 1965, Heft 38.

Raine S., Meadow L., Lynch-Ellerington M., *Bobath concept: Theory and clinical practice in neurological rehabilitation*. New York: Wiley, 2013.

Rajewska-Rager A., Rybakowski J., *Rola stresujących wydarzeń życiowych w patogenezie depresji*. „Neuropsychatria i Neuropsychologia" 2008, vol. 8 [3–4].

Rajkiewicz A., Księżopolski M., Supińska J. (red.), *Polityka społeczna. Materiały do studiowania*. Warszawa: Wyd. Interart, 1996.

Rajska-Neumann A., *Leczenie farmakologiczne osób starszych – badania ankietowe*. [Niepublikowana praca doktorska]. Poznań: Arch. Akad. Med, 2004.

Rajska-Neumann A., *Stanowisko kolegium lekarzy specjalistów geriatrii w Polsce w sprawie dyskryminacji osób starszych w sektorze ochrony zdrowia w Polsce*, w: *Stop dyskryminacji ze względu na wiek*. Warszawa: Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce, 2005.

Rakhonen T. i współprac. *Delirium episode as a sign of undetected dementia among community dwelling elderly subjects: a 2 year follow-up study*. "Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry" 2000, vol. 69.

Ralls V. A., Boyer A. P., Wilkins C. H., *Vitamin D in aging and chronic illness*. "Vitamins & Minerals" 2014, vol. 3.

Ramsey-Klawsnick H., *Elder sexual abuse: Preliminary findings*. "Journal of Elder Abuse and Neglect" 1991, vol. 3 [3.

Rancew-Sikora D. i współprac. (red.), *O społecznym znaczeniu tożsamości, miejsca i czasu życia. Szkice socjologiczne i gerontologiczne. Księga dedykowana prof. Brunonowi Synakowi*. Gdańsk: Wyd. ZK-P, 2013.

Rando T., *Prognostic value of telomere length: The long and short of it.* "Annals of Neurology" 2006, vol. 60.

Rao A. V. i współprac., *Geriatric oncology: Past, present, future*, "Journal of Oncology Practice" 2008, vol. 4 [4].

Rapp Ch, Saleebey D, Sullivan P, *Przyszłość pracy socjalnej opartej na potencjałach*, w: J. G. Daley (red.), *Postępy pracy socjalnej: łącząc badania, edukację i praktykę*. Warszawa: Dom Wyd. Elipsa, 2010.

Rashleigh R., Smith S. M., Roberts N. J., *A review of halotherapy for chronic obstructive pulmonary disease*. "International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease" 2014, vol. 21 [9].

Raszeja-Ossowska I., Ageizm. *Dyskryminacja ze względu na wiek*. „Poradnik Witryny Wiejskiej" 2015.

Ratcliffe M., *Experiences of depression: A study in phenomenology*. Oxford: Oxford Univ. Press, 2015.

Ratyński W., *Problemy i dylematy polityki społecznej w Polsce*. Warszawa: Difin, 2003.

Ray M., Phillips J., *Praca socjalna ze starszymi ludźmi*. Warszawa: IRSS, 2014.

Rayner C., *The incidence of workplace bullying*. "Journal of Community and Applied Social Psychology", 1997, vol. 7 [3].

Rączaszek A., *Sześćdziesiąt lat polityki społecznej w Polsce. Księga pamiątkowa na jubileusz osiemdziesięciolecia prof. zw. dr hab. Lucyny Frąckiewicz*. Katowice: Wyd. AE, 2006.

Reaven G., *Banting lecture 1988: role of insulin resistance in human disease*. "Diabetes" 1988, vol. 37.

Reber A. S., *Słownik psychologii*. Warszawa: Wyd. Nauk. Scholar, 2000.

Reber A. S., *Słownik psychologii*. Wyd. 3. Warszawa: Wyd. Scholar, 2005.

Reboul H., *Le Temps et la vie: les dynamismes du vieillissement*. Lyon: Éd. "Chronique sociale", 1982.

Reboul H., *Pamięć serca jako wartość społeczna*, w: O. Czerniawska, M. Dzięgielewska (red.), *Pamięć człowieka starego…* Łódź: Wyd. UŁ, 1993.

Reboul H., *Vieillir projet de vie. Essai psycho-sociologique*. Wyd. 2. Paris: Chalet, 1992.

Redl F., Weinmann D., *Children who hat*e. New York: Free Press, 1951.

Reed D. M. i współprac., *Predictors of healthy aging in men with high life expectancies*. "American Journal of Public Health" 1998, vol. 88 [10].

Regan P. K., Bengtson L. V., *Aging among Blacks, Mexican-Americans, and Whites: Development, procedures and results of the community survey*. Washington, DC: Report NSF, 1997.

Rehabilitacja podstawowa i orientacja przestrzenna niewidomych i słabowidzących. „Materiały Tyflologiczne" {PZN] 1995, nr 8.

Rehabilitacja podstawowa i orientacja przestrzenna niewidomych i słabowidzących. „Materiały Tyflologiczne" [PZN] 1995, nr 8.

Rehn G., *Towards a society of free choice*. w: J. J. Wiatr, R. Rose (red.), *Comparing public policies*. Wrocław: Zakł. Nar. im. Ossolińskich, 1977.

Reichmann W, *Psychosocjalna aktywizacja seniora*, w: A. A. Zych (red.), *Poznać, zrozumieć i zaakceptować starość*. Łask: Over Group, 2012.

Reimann F., *Oblicza lęku*. Kwak: Wyd. WAM, 2005.

Reingold D., Burros N., *Sexuality in the nursing home*. "Journal of Gerontological Social Work" 2004, vol. 43 [2/3].

Reinis A., *Reforming the Art of Dying: The Ars Moriendi in the German Reformation (1519–1528)*. Hampshire: Ashgate, 2007.

Reisberg B. i współprac., *The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia.* "American Journal of Psychiatry" 1982, vol. 139 [9].

Reisberg B. i współprac., *The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia*. "American Journal of Psychiatry" 1982, vol. 139 [9].

Rekowski M., *Wprowadzenie do mikroekonomii*. Poznań: Polsoft, 2002.

Relph E., *Place and placelessness*. London: Pion,1976.
Rembowski J., *Dynamika zmian psychicznych, psychomotorycznych i społecznych w starości*, w: B. Kaja (red.), *Wspomaganie rozwoju, psychostymulacja i psychokorekcja*. Bydgoszcz: Wyd. Uczeln. WSP, 1988, t. 2.
Rembowski J., *Empatia. Studium psychologiczne*. Warszawa PWN, 1989.
Rembowski J., *Jedynactwo dzieci w domu i w szkole*. Wrocław: Zakł. Nar. im. Ossolińskich, 1975.
Rembowski J., *Metoda projekcyjna w psychologii dzieci i młodzieży. Zarys technik badawczych*. Wyd. 2. Warszawa: PWN, 1986 a.
Rembowski J., *Poczucie osamotnienia w świetle teorii i niektórych technik pomiaru*. „Kwartalnik Pedagogiczny" 1989, nr 4.
Rembowski J., *Psychologia starzenia się człowieka. Wybrane zagadnienia*. Gdańsk: UG, 1982.
Rembowski J., *Psychologiczne problemy starzenia się człowieka*. Warszawa−Poznań, PWN, 1984.
Rembowski J., *Rodzina w świetle psychologii*. Warszawa: WSiP, 1986 b.
Rembowski J., *Samotność*. Gdańsk: Wyd. UG, 1992.
Rembowski J., *Samotność*. Gdańsk: Wyd. UG, 1992.
Rembowski J., *Więzi uczuciowe w rodzinie. Studium psychologiczne*. Warszawa PWN, 1972.
Rennie M. J., *Anabolic resistance: The effects of aging, sexual dimorphism, and immobilization on human muscle protein turnover.* "Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism" 2009, vol. 34 [3].
Revaglia G. i współprac., *Mild cognitive impairment: Epidemiology and dementia risk in an elderly Italian population*. "Journal of the American Geriatrics Society" 2008, vol. 56 [1].
Reveillé-Parise J.-H., *Starość. Popularny wykład fizjologji, psychologji, medycyny i higjeny względnie do wieku starego*. Lwów: Księg. Polska, 1877.
Rey [Reimoser] J., *Taniec. Jego rozwój i formy*. Warszawa: PIW, 1958,
Reykowski J., *Osobowość jako centralny system regulacji i integracji czynności*, w: T. Tomaszewski (red.), *Psychologia*. Warszawa: PWN, 1979.
Reynolds J. L. (ed.), *ElderSpeak. A thesaurus or compendium of words related to old age*. Bloomington, IN: iUniverse LLC, 2014.
Reznitskaya A., Sternberg R. J., *Jak nauczyć podopiecznych mądrego myślenia. Program „Edukacja dla mądrości"*, w: P.A. Linley, S. Joseph (red.), *Psychologia pozytywna w praktyce*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2007.
Rębała M., Dominik I., *Cyfrowi tubylcy z demencją. Co Internet robi z mózgiem?* „Gazeta Wyborcza" nr z 25.10.2014 [dodatek „Na Pamięć" 2014, nr 10].
Rheaume C, Mitty E., *Sexuality and intimacy in older adults*. "Geriatric Nursing" 2008, vol. 29 [5].
Rhia C. C. S., *The impact of health literacy on a patient's decision to adopt a personal health record*. "Perspectives in Health Information Management" 2012, nr 1.
Rhodes S. M., Sanders A. B., *General approach to the geriatric patient*, w: J. H. Kahn, B. G. Magauran, J. S. Olshaker (eds.), *Geriatric emergency medicine. Principles and practice*. Cambridge: Cambridge Univ. Press, 2014.
Ricci D. N., *What's in a name? NHO becomes NHPCO and the end-of-life debate goes mainstream*. "American Journal of Hospice and Palliative Care" 2000, vol. 17 [3].
Rice F. P., *Human development. A life-span approach.* Upper Saddle River: Prentice Hall Inc., 1998.
Richardson S. i współprac. *Delirium superimposed on dementia: A survey of delirium specialists shows a lack of consensus in clinical practice and research studies*. "International Psychogeriatrics" 2015, vol. 14.
Richmonds R., *Malnutrition*, w: S. J. D. Loue, M. Sajatovic (eds.), *Encyclopedia of Aging and Public Healt*h. New York: Springer Science & Business Media, 2008.
Riegel K., *Adult life-crises: A dialectic interpretation of development*, w: N. Datan, L. Ginsberg (eds.), *Life-span developmental psychology: Narrative life crises*. New York: Academic Press, 1975.
Riemann G., Schütze F., *„Trajektoria" jako podstawowa koncepcja teoretyczna w analizach cierpienia i bezładnych procesów społecznych*, „Kultura i Społeczeństwo" 1992, nr 2.
Ries J. D., *Przemieszczanie się*, w: A. A. Guccione, R. A. Wong, D. Avers (red.), *Fizjoterapia kliniczna w geriatrii*. Wrocław: Wyd, Elsevier Urban & Partner 2014.
Rijcken B. i współprac., *The relationship of nonspecific bronchial responsiveness to respiratory symptoms in a random population sample*. "The American Review of Respiratory Disease" 1987, vol. 136.
Rikli R. E., Jones C. J., *Assessing physical performance in independent older adults: Issues and guidelines*. "Journal of Aging and Physical Activity" 1997, vol. 5 [3].

Rikli R. E., Jones C. J., *Senior Fitness Test Manual.* Wyd. 2. Champaign, IL: Human Kinetics, 2013.
Rikli R. E., Jones J. C., *Senior Fitness Test Manual*. Champaign IL, Human Kinetics, 2001.
Riley M. W., *Changing lives and changing social structures: Common concerns of social sciences and public health*. "American Journal of Public Health" 1994, vol. 84 [8].
Riley M. W., Johnson M., Foner A., *A sociology of age stratification*, w: M. W. Riley i współprac. (eds.), *Aging and society*. New York: Russell Sage Foundation, 1972, vol. 3.
Riley M. W., *On the significance of age in sociology*. "American Sociological Review" 1987, vol. 52.
Riley M. W., *On the significance of age in sociology*. "American Sociological Review" 1987, vol. 52.
Riley M. W., *On the significance of age in sociology*. „American Sociological Review" 1987, vol. 52.
Riley M. W., Riley J. W., *Age integration and the lives of older people*, "The Gerontologist" 1994 a, vol. 34 [1].
Riley M. W., Riley J. W., *Age integration: Conceptual and historical background*. "The Gerontologist" 2000, vol. 40 [3].
Riley M. W., Riley J. W., *Structural lag: Past and future*, w: M.W. Riley, R.L. Kahn, A. Foner (eds.), *Age and structural lag…* New York: Wiley, 1994.
Riley M. W., Riley J. W., *Structural lag: Past and future*. w: M. W. Riley, R. L. Kahn, A. Foner (eds.), *Age and structural lag: Society's failure to provide meaningful opportunities in work, family, and leisure*. New York: J. Wiley, 1994 b.
Riley M. W., *Successful aging*. "The Gerontologist" 1998, vol. 38 [2].
Riley M. W., *The aging society: Problems and prospects*. "Proceedings of the American Philosophical Society" 1988 [132].
Riley M.W., *Age strata in social system,* w: R. H. Binstock, E. Shanas (eds.), *Handbook of aging and the social sciences*. New York: Van Nostrand Reinhold, 1976.
Rimkus A., Melinchok M. D. (eds.), *Thesaurus of Aging Terminology*. Wyd. 8. Washington, DC: AARP, 2005.
Robert J. S., *The comparative biology of human nature*. "Philosophical Psychology" 2008, vol. 21.
Roberto K. A., *Abusive relationships in later life*, w: L. K. George, K. F. Ferraro (eds.), *Handbook of ageing and the social sciences*. London: Academic Press, 2016.
Roberto K. A., *Equity theory and friendship in later life.* [Niepublikowana praca doktorska]. Lubbock, Tex.: Arch. Texas Tech Univ., 1984.
Roberto K.A., Scott J. P., *Friendship patterns among older women*. "International Journal of Aging and Human Development" 1984–85, vol. 19.
Robertson D. A., Savva G. M., Kenny R.A., *Frailty and cognitive impairment – a review of the evidence and causal mechanisms*. "Ageing Research Review" 2013, vol. 12 [4].
Robinson G., *Essential Judaism. A complete guide to beliefs, customs, and rituals*. New York– London–Toronto–Sydney: Pocket Books, 2001.
Robinson J. G., Molzahn A. E., *Sexuality andquality of life*. "Journal of Gerontological Nursing" 2007, vol. 33.
Robinson P., *The influence of ageism on relations between old and young gay men*", w: Y. Smaal, G. Willett (eds.), *Out here: Gay and lesbian perspectives VI*. Clayton: Monash Univ. Publ., 2011.
Rochat P., *The self as phenotype*. "Consciousness and Cognition" 2011, vol. 20.
Rochberg-Halton E., *Object relations, role models and cultivation of the self*. "Environment and Behavior" 1984, nr 16.
Rockwood K. i współprac., *A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people.* "Canadian Medical Association Journal" 2005, vol. 173 [5].
Rockwood K. i współprac., *Prevalence, attributes, and outcomes of fitness and frailty in community-dwelling older adults: Report from the Canadian study of health and aging*. "Journal of Gerontology – Biological Sciences – Medical Sciences" 2004, vol. 59.
Rockwood K. Mitnitski A., *Frailty in relation to the accumulation of deficits*. "Journal of Gerontology – Medical Sciences" 2007, vol. 62 A [7].
Rockwood K., Lindesay J., *The concept of delirium: historical antecedents and present meanings*, w: J. Lindesay, K. Rockwood, A. Macdonald (eds.), *Delirium in old age*. Oxford: Oxford Univ. Press, 2002.
Rocznik Demograficzny 2010. Warszawa: GUS, 2010.
Rocznik Demograficzny 2011. Warszawa: Zakł. Wyd. Statystycznych, 2011.
Rocznik Demograficzny 2011. Warszawa: Zakł. Wyd. Statystycznych, 2011.
Rocznik Demograficzny 2011. Warszawa: Zakł. Wyd. Statystycznych, 2011.
Rocznik Demograficzny 2014. Warszawa: Zakł. Wyd. Statystycznych, 2014.
Rocznik Demograficzny 2014. Warszawa: Zakł. Wyd. Statystycznych, 2014.

Rocznik Demograficzny 2015. Warszawa: Zakł. Wyd. Statystycznych, 2015.
Rocznik Demograficzny 2015. Warszawa: Zakł. Wyd. Statystycznych, 2015.
Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej. Warszawa: GUS, 2013.
Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej. Warszawa: GUS, 2014.
Rocznik Statystyczny. Warszawa: Nakł. GUS, 1948.
Rodier F., Campisi J., *Four faces of cellular senescence*. "The Journal of Cell Biology" 2011, vol. 192 [4].
Rogala S. (red.), *Kobieta i czas.* Opole: Wyd. Inst. Śl., 2013.
Rogala S. (red.), *Pamiętaj o swojej starości.* Opole: Wyd. Inst. Śl., 2011 b.
Rogala S. (red.), *Praca a długowieczność.* Opole: Wyd. Inst. Śl., 2012.
Rogala S. (red.), *Społeczna empatia a ludzie starsi.* Opole: Wyd. Inst. Śl., 2009.
Rogala S. (red.), *Starość i jej konsekwencje społeczno-rodzinne.* Opole: Wyd. Inst. Śl., 2010.
Rogala S. (red.), *Wybrane problemy procesu starzenia się człowieka.* Opole: Wyd. Inst. Śl., 2007.
Rogala S. (red.), *Wybrane problemy wspierania ludzi starszych*. Opole: Wyd. Inst. Śl., 2008 b.
Rogala S. *Niektóre problemy starczego osamotnienia*, w: K. Łangowska-Marcinkowska, Z. Markiewicz (red.), *Rozumienie w starości*. Opole: Wyd. WSZiA, 2014.
Rogala S., *Partnerstwo rodziców i nauczycieli*. Warszawa–Wrocław: PWN, 1989.
Rogala S., *Pieniądze w procesie wychowania dzieci*. Opole: Wyd. Uniw. Opolskiego, 1996.
Rogala S., *Problemy wychowania dzieci i młodzieży w procesie eurointegracji*, w: Z. Jasiński, S. Kaczor (red.), *Wybrane problemy edukacji i euro integracji*. Opole: Wyd. Inst. Śl., 2005.
Rogala S., *Przymus w świadomości młodzieży. Rodzina i szkoła wobec przymusu i swobody*. Opole: Wyd. Uniw. Opolskiego, 2000.
Rogala S., *Przymus w wychowaniu* młodzieży, w: J. Szemporuch, M. J. Szymański (red.), *W trosce o nauki pedagogiczne i rozwój polskiej edukacji. Księga jubileuszowa…* Kraków− Lublin: Innovatio Press, 2011 a.
Rogala S., *Psychologiczne determinanty współdziałania rodziców i nauczycieli*. Opole: Wyd. Inst. Śl., 1983.
Rogala S., *Psychologiczno-społeczne uwarunkowania procesu starzenia się społeczeństwa*, w: *Polska w obliczu starzenia się społeczeństwa. Diagnoza i program działania*. Warszawa: PAN, 2008 a.
Rogala S., *Rozumienie znaczenia konotacyjnego pojęć przez uczniów szkół średnich. Na podstawie badań metodą dyferencjału semantycznego C. E. Osgooda i G. J. Suci*. Wrocław: Zakł. Nar. im. Ossolińskich, 1979.
Rogiewicz M., Buczkowski K., *Dorosły pacjent w żałobie po śmierci bliskiej osoby – rola lekarza rodzinnego*. „Polska Medycyna Paliatywna" 2006, vol. 5 [1].
Rola R., *Zaburzenia oddychania podczas snu (ZOPS) u pacjentów z udarem niedokrwiennym mózgu*. Warszawa: Inst. Psychiatrii i Neurologii, 2010.
Rolfson D. B. i współprac., *Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale*. "Age & Ageing" 2006, vol. 35.
Rolland Y. i współprac., *Sarcopenia: Its assessment, etiology, pathogenesis, consequences and future perspectives*. "The Journal of Nutrition, Health & Aging" 2008, vol. 12 [7].
Rollason V., Vogt N., *Reduction of polypharmacy in the elderly: A systematic review of the role of the pharmacist*. "Drugs Aging" 2003 vol. 20 [11].
Romaniuk K., *Lata podeszłe i starość według Biblii*. Warszawa: Wyd. Sióstr Loretanek, 1993.
Romanowska E., *Profesor Wojciech Pędich…* „Gerontologia Polska" 2007, nr 1–2.
Romero B., Wenz M., *Self-maintenance therapy in Alzheimer's disease*. "Neuropsychological Rehabilitation" 2001, vol. 11 [3/4].
Romero-Ortuno R., *The Frailty Instrument for primary care of the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. "Geriatrics & Gerontology International" 2013, vol. 13 [2].
Romunde S. H. M. i współprac., *Is hyperopia an important risk factor for PACG in the Dutch population? A case control study*. "Journal of Ophthalmology" 2013.
Roncaglia S., *Dziadek jest chory*. Kraków: Wyd. WAM, 2009.
Rongies W., *Ocena metabolizmu tkanki kostnej z wykorzystaniem densytometrii kości…* Warszawa; Wyd. WUM, 2012.
Roose S. P., Sackeim H. A. (eds.), *Late-life depression*. New York: Oxford Univ. Press, 2004.
Ropper A. H., Samuels M. A., Klein J. P., *Adams and Victor's Principles of neurology*. Wyd. 10. New York: McGraw Hill Education, 2014.
Rosalska M., *Empowerment w kształceniu ustawicznym.* „E-mentor" 2006, nr 3.

Rose A. M., The subculture of the aging: A framework for research in social gerontology, w: W. A. Peterson, A. M. Rose (eds.), Elder people and their social world. Philadelphia: F. A. Davis, 1965.
Rose A. M., *The subculture of the* aging*: A topic for sociological research*. "The Gerontologist" 1962, vol. 2.
Rose D. J. *Balance and mobility training*, w: J. Jones, D. J. Rose (eds.), *Physical activity instruction*. Champaign, IL: Human Kinetics, 2005.
Rose D. J. *Fall proof? A comprehensive balance and mobility program.* Champaign, IL: Human Kinetics, 2003.
Rosenberg I. H., *Summary comments*. "The American Journal of Clinical Nutrition" 1989, vol. 50 [5].
Rosenberg J., *Thinking clearly about aeath*. Englewood Cliffs: Prentice Hall,1983.
Rosenfeld D., *Lesbian, gay, bisexual, and transgender ageing: Shattering myths, capturing lives,* w: D. Dannefer, C. Phillipson (red.), *The Sage handbook of social gerontology*. London: Sage Publications, 2010.
Rosenthal T. C., *Przewlekłe zaburzenia pamięci*, w: T. C. Rosenthal, B. Naughton, M. Williams (red.), *Geriatria*. Lublin: Wyd. Czelej, 2009.
Rosenthal Th., Naughton B., Williams M., *Geriatria*. Lublin: Wyd. Czelej 2009.
Rosenthal, T. C., Williams, M. E., Naughton, B. J., *Geriatria.* Lublin: Wyd. Czelej, 2009.
Rosik M., Rapoport I., *Wprowadzenie do literatury i egzegezy żydowskiej okresu biblijnego i rabinicznego*. Wrocław: Wyd. TUM, 2009.
Rosik M., *Starość pobłogosławiona przez Boga. Studium postaci w Łk 1–2*, „Verbum Vitae" 2013, nr 24.
Rosławski A., *Wybrane zagadnienia z geriatrii*. Wrocław: Wyd. AWF, 2001.
Rosłon J. W., *Starość w Nowym Testamencie*. „Collectanea Theologica"1975 b, nr 4.
Rosłon J. W.,., *Starość według ksiąg Starego Testamentu*. „Collectanea Theologica"1975 a, nr 4.
Rosochacka-Gmitrzak M., *Wsparcie opiekunów nieformalnych – w stronę równowagi społecznych oczekiwań i opiekuńczych możliwości rodzin*, w: M. Racław (red.), *Publiczna troska, prywatna opieka*. Warszawa: Fundacja Inst. Spraw Publ., 2011.
Rosow I., *Status and role change through the life cycle*, w: R. H. Binstock, E. Shanas (eds.), *Handbook of aging and the social sciences*. New York: Van Nostrand Reinhold Comp., 1985.
Ross C. A. i współprac., *Delirium: phenomenologic and etiologic subtypes*. "International Psychogeriatrics" 1991, vol. 3.
Rossa A., *Rola organizacji zrzeszających rodziny chorych* [w:] *Sytuacja osób chorych na chorobę Alzheimera. Raport RPO.* Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, 2014.
Rossa G. (1997). Rozpowszechnienie otępienia typu Alzheimera i otępienia naczyniowego na terenie miasta i gminy Świebodzin. *Psychiatr. Pol. 31:121-134.*
Rosset E. (red.), *Wielojęzyczny słownik demograficzny: wersja polska*. Warszawa: PWE, 1966.
Rosset E., *Aging process of population*. Warszawa: PWE, 1964
Rosset E., *Człowiek stary a społeczeństwo*. „Demografia Polska" 1971 a, z. 25.
Rosset E., *Demografia Polski współczesnej*. Warszawa: CODKK, 1971 b.
Rosset E., *Demografia Polski*. Warszawa: PWN, 1975, 2 t.
Rosset E., *Démographie de la vieillesse*. Wrocław: Zakł. Nar. im. Ossolińskich, 1978 a.
Rosset E., *Doktryna ludności optymalnej w rozwoju historycznym.* Warszawa: PWE, 1983.
Rosset E., *Eksplozja demograficzna*. Warszawa: KiW, 1978 b.
Rosset E., *Le vieillissement de la population en Pologne*. Łódź: ŁTN, 1963.
Rosset E., *Ludzie starzy. Studium demograficzne*. Warszawa: PWE, 1967.
Rosset E., *Ludzie starzy. Studium demograficzne*. Warszawa: PWE, 1967.
Rosset E., *Miejsce człowieka starego w społeczeństwie*, w: *Encyklopedia seniora*. Warszawa: „Wiedza Powsz.", 1986.
Rosset E., *Oblicze demograficzne Polski Ludowej*. Warszawa: PWE,1965.
Rosset E., *Perspektywy demograficzne Polski*. Warszawa: PWE, 1962.
Rosset E., *Prawa demograficzne wojny.* Łódź: b.w., 1933.
Rosset E., *Proces starzenia się ludności. Studium demograficzne*. Warszawa PWG, 1959.
Rosset E., *Starzenie się ludności produkcyjnej w Polsce i na świecie.* „Kultura i Społeczeństwo" 1961, nr 1.
Rosset E., *Starzenie się społeczeństw – problem demograficzny XX wieku*, w: *Problemy ludzi starych w Polsce*. Warszawa: PWE, 1974.
Rosset E., *Trwanie życia ludzkiego*. Wrocław: Zakł. Nar. im. Ossolińskich, 1979.

Rostowski J., Rostowska T., *Neuropsychologia anoreksji*, w: L. Buliski (red.), *Zdrowie i choroba. W poszukiwaniu wiedzy i pomocy*. Toruń: Wyd. Adam Marszałek, 2014.
Roth G. S. i współprac., *Biomarkers of caloric restriction may predict longevity in humans*. "Science" 2002, vol. 297.
Roth Ph., *Konające zwierzę*. Wyd. 3. Warszawa: „Czytelnik", 2010.
Rowe J. W., Kahn R. L., *Human aging: Usual and successful*. "Science" 1987, nr 237.
Rowe J. W., Kahn R. L., *Successful aging,*. New York: Pantheon, 1997.
Rowe J. W., Kahn R. L., *Successful aging*. New York: Pantheon Books, 1998.
Rowe, J. W., Kahn, R. L., *Successful aging*, w: K. Dychtwald (ed.). *Healthy aging: Challenges and solutions*. Garithersburg, MD: Aspen Publishers, 1999.
Rowe, J. W., Kahn, R. L., *Successful aging*, w: K. Dychtwald (ed.). *Healthy aging: Challenges and solutions*. Garithersburg, MD: Aspen Publishers, 1999.
Rowland L. P., Pedley T. A., *Neurologia Merrita*. Wyd. 3. Wrocław: Wyd. Urban & Partner, 2011.
Rowntree S., *Poverty: A study of town life.* London: Longman, 1901.
Royakkers L., Est R. van, A literature review on new robotics: Automation from love to war. "International Journal of Social Robotics" 2015, vol. 9 [4].
Rozpoznawanie problemów alkoholowych i krótkie interwencje. Warszawa: PARPA, 2009,
Różańska-Kirschke A. i współprac., *Test Fullerton jako miernik sprawności fizycznej osób starszych.* „Rehabilitacja Medyczna" 2006, vol. 10 [2].
Różańska-Kirschke A. i współprac., *The Fullerton Fitness Test as an index of fitness In the elderly.* "Medical Rehabilitation" 2008, vol. 10 [2].
Różycka J., *Elementy psychologii*. Wyd. 2. Wrocław: Wyd. Akad. Roln., 1972.
Różycka J., *Psychologia zachowania się kobiet w wieku starszym*. Wrocław: Zakł. Nar. im. Ossolińskich, 1971.
Rubenstein L. Z., *An overview of comprehensive geriatric assessment: Rationale, history, program models, basic components*, w: L. Z. Rubenstein, D. Wieland, R. Bernabei (eds.), *Geriatric assessment technology: The state of the art*. New York: Springer; 1995.
Rubenstein L. Z., *An overview of comprehensive geriatric assessment: Rationale, history, program models, basic components*, w: L. Z. Rubenstein, D. Wieland, R. Bernabei (eds.), *Geriatric assessment technology: The state of the art*. New York: Springer; 1995.
Rubenstein L. Z., *Falls in older people: Epidemiology, risk factors and strategie for prevention*. "Age and Ageing" 2006, vol. 35 [Series 2].
Rubin J., *Introduction to art therapy*. New Yourk: Routledge, 2010.
Rubinstein R. L., Parmelee P. A., *Attachment to place and the representation of the life course by the elderly*, w: I. Altman, S. M. Low (eds.), *Place attachment*. New York– London: Plenum Press, 1992.
Rubinstein R. L., *The significance of personal objects to older people*. "Journal of Aging Studies" 1987, nr 1.
Rudnicki Z. (red.), *Ars moriendi, ars vivendi, ars educandi*. Poznań: Wyd. Nauk. UAM, 2012.
Rudnicki Z. (red.), *Ars moriendi, ars vivendi, ars educandi*. Poznań: Wyd. Nauk. UAM, 2012.
Rudnik M., *Asystentura rodzin realizowana w ośrodkach pomocy społecznej w Polsce*, w: M. Szpunar (red.), *Asystentura rodzin*. Gdynia: MOPS/Wyd. UG, 2010.
Rudzka Z., *Zimny bufet*. „Dialog" 2012, nr 1.
Rueger Ch., *Muzyczna apteczka. Na każdy nastrój od A do Z*. Warszawa: Bartelsmann Media/Diogenes Verlag, 2000.
Rueger Ch., *Muzyczna apteczka: Na każdy nastrój od A do Z*. Warszawa: Wyd. Diogenes, 2000.
Ruiz-Mirazo K., Pereto J., Moreno A., *A universal definition of life: Autonomy and open- ended evolution*. "Origins of Life and Evolution of the Biosphere" 2004, vol. 4.
Ruiz-Torres A., Beier W., *On maximum human life span: interdisciplinary approach about its limits*. "Advances in Gerontology" 2005, vol. 16.
Rusaczyk M. (red.), *Teoria opanowania trwogi. Dyskurs w literaturze amerykańskiej*. Warszawa: Wyd. Nauk. Scholar, 2008.
Rusaczyk M. (red.), *Teoria opanowania trwogi. Dyskurs w literaturze amerykańskiej*. Warszawa: Wyd. Scholar, 2008.
Rusaczyk M. *Teoria opanowywania trwogi: wprowadzenie do elementów aktualnego dyskursu i prezentowanych tekstów*, w: M. Rusaczyk (red.), *Teoria opanowywania trwogi. Dyskurs w literaturze amerykańskiej*. Warszawa: Wyd. Nauk. Scholar, 2008.

Rusiecki M., *Etyczno-religijne aspekty starszego wieku*, w: A.A. Zych (red.), *Demograficzne i indywidualne starzenie się – wyzwania edukacyjne*. Kielce: Wyd. AŚ, 2001.

Rusiecki M., *Wsatęp: Wychowanie do starości*, w: Z Korzeńska (wybór i oprac.), *U brzegów jesieni. Antologia poezji polskiej o schyłku życia*. Kielce: Wyd. „Jedność", 2000, t. 1.

Russell D., *The measurement of loneliness*, w: L. A. Peplau, D. Perlman (eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: J. Wiley & Sons, 1982.

Ruszkiewicz D., *Samopoczucie mieszkańców domu pomocy społecznej*, w: B. Kromolicka, B. Bugajska, K. Seredyńska (red.), *Pomoc i opieka w starości*. Szczecin: Wyd. Zapol, 2007.

Ruszkowska J., *Hospicjum*. „Communio" 1989, nr 2.

Ruta D., Camfield L., Donaldson C., *Sen and the art of quality of life maintenance: Towards a general theory of quality of life and its causation*. "The Journal of Socio-Economics" 2007, vol. 36 [3].

Rutkowski J., *Badania jakości życia*. „Biblioteka Wiadomości Statystycznych" 1991, t. 40.

Rutkowski M., *Wartość własnej śmierci*. „Analiza i Egzystencja" 2014, vol. 28.

Ryan A. S., Elahi D. *Body: Composition, weight, height and build*, w: J. E. Birren (ed.). *Encyclopedia of gerontology*. New York: Academic Press, 1996.

Ryan M. L., *Narrative as virtual reality: Immersion and interactivity in literature and electronic media*. Baltimore: John Hopkins Univ. Press, 2001.

Ryan W., Burk K., *Perceptual and acoustic correlates of aging in the speech of males*. "Journal of Communication Disorders"1974, vol. 7.

Rybakowski J. i współprac., (red.), *Podstawy psychiatrii*. Wrocław: Wyd. Urban & Partner, 2010.

Rybakowski J., Pużyński S., Wciórka J., *Psychiatria*. Wrocław: Wyd. 2. Elsevier Urban & Partner, 2010.

Rybczyńska D. A., Olszak-Krzyżanowska B., *Aksjologia pracy socjalnej – wybrane zagadnienia. Pracownik socjalny wobec problemów i kwestii społecznych*. Warszawa: „Scholar", 1995.

Rybczyńska I. *Jak być (kochaną) babcią?* Warszawa: Wyd. Watra, 1977.

Rybczyńska-Holland I., *Jak być kochaną babcią?* Wyd. 3. Warszawa: Jacek Santorski & Co. Agencja Wyd. , 1994.

Rybicki J., *O spółdzielniach inwalidów*, w: J. Mikulski (red.), *Rehabilitacja osób niepełnosprawnych jako służba społeczna TWK*. Warszawa: Wyd. PTWK, 2004.

Rybnikow N. A. [Рыбников Н. А.], *Автобиографии как психологические документы*. „Психология" 1930, т. 3 [4].

Rybnikow N. A. [Рыбников Н. А.], *Биографии и их изучение*. Москва: Изд. РГБ, 1920.

Rybnikow N. A. [Рыбников Н. А.], *Биографический институт*. Москва: b.w., 1918.

Rybnikow N. A. [Рыбников Н. А.], *Биографический метод в психологии*. „Психология и дети" 1917, № 6–7.

Rybnikow N. A. [Рыбников Н. А.], *К вопросу о психологии старости*. „Психология" 1929, т. 2 [4].

Ryder N. B., *The cohort as a concept in the study of social change*. "American Sociological Review" 1965, vol. 30 [6].

Ryff C. D., Singer B., *Ironies of the human condition: well-being and health on the way to mortality*, w: L. G. Aspinwall, U. M. Staudinger (eds.) *A psychology of human strengths: Fundamental questions and future directions for a positive psychology*. Washington, DC: APA, 2002.

Rygielska M., *O dniach starości… – zapomnianym rękopisie polskiego etnografa*, w: A. Gomóła, M. Rygielska (red.), *Starość jako wyobrażenie kulturowe*. Katowice: grupakulturalna.pl, 2013.

Ryglewicz D., Milewska D., *Zaburzenia przytomności w udarze mózgu. Dane epidemiologiczne*. „Udar Mózgu" 2006, vol. 8 [2].

Rysz-Kowalczyk B. (red.), 2001; *Leksykon polityki społecznej*. Warszawa: Ofic. Wyd. Aspra- Jr, 2001.

Rysz-Kowalczyk B. (red.), *Leksykon polityki społecznej.* Warszawa: Ofic. Wyd. Aspra-Jr, 2001.

Rysz-Kowalczyk B., *(Nie)Dostosowanie instytucji polityki społecznej do zmian w cyklu życia współczesnych pokoleń Polaków*, w: *Polityka Społeczna. Kontynuacja i zmiana*. Warszawa: KNoPiPS, 2012.

Rysz-Kowalczyk B., *Metafora cyklu życia człowieka w projektowaniu polityki społecznej*, w: B. Kaczmarek (red.), *Metafory polityki 4*. Warszawa: Dom Wyd. „Elipsa", 2013.

Rzedzicka K. D., Kobylańska A. (red.), *Dorosłość, niepełnosprawność, czas współczesny. Na pograniczach pedagogiki specjalnej.* Kraków: Ofic. Wyd. „Impuls", 2003.

Rzymkowska A., Suchańska B., Suchańska M., *Problemy edukacyjne kobiet w okresie późnej dorosłości*, w: A. I. Brzezińska i współprac. (red.), *Szanse rozwoju w okresie późnej dorosłości*, Poznań: Wyd. Fundacja Humaniora, 2007.

Sacau A., Laarni J., Hartmann T., *Influence of individual factors on presence*. "Computers in Human Behavior" 2008, vol. 24.

Sachdev P. i współprac., *Diagnostic criteria for vascular cognitive disorders: a VASCOG statement*. "Alzheimer Disease and Associated Disorders" 2014, vol. 28 [3].

Sadowska A. (red.), *Jak radzić sobie z chorobą Alzheimera*. Wyd. 3. Warszawa: Pol. Stow. Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera, 1998, nowe Wyd. 2007.

Sadowska A. i współprac., *Alzheimer's disease in real life – the dementi carer's survey*. "International Journal of Geriatric Psychiatry" 2008, vol. 23 [5].

Sadowska A. *Organizacja pomocy w opiece nad chorym z chorobą Alzheimera*, w: J. Leszek (red.), *Choroby otępienne. Teoria i praktyka*. Wrocław: Wyd. Continuo, 2011 b.

Sadowska A., *Choroba Alzheimera źródłem obciążeń dla opiekunów rodzinnych*, w: A. Nowicka, W. Baziuk (red.), *Człowiek z chorobą Alzheimera w rodzinie i środowisku lokalnym*. Zielona Góra: Wyd. Uniw. Zielonogórskiego, 2011 a.

Sadowska A., *Organizacja opieki nad chorym w Polsce*, w: A. Szczudlik (red.), *Sytuacja chorych na chorobę Alzheimera. Raport RPO*. Warszawa: Biuro RPO, 2014.

Sadowska A., Wojciechowska -Szepczyńska M., *Zrozumieć chorobę. Poradnik dla opiekunów osób z chorobą* Alzheimera. Warszawa: „Med Media", 2003.

Sady S. P., Wortman M., Blanke D., *Flexibility training: Ballistic, static, or proprioceptive neuromuscular facilitation?* "Archives of Physical Medicine and Rehabilitation" 1982, vol. 63 [6].

Sahaj T. (red.), *Śmierć. Antologia tekstów filozoficznych*, Toruń: Wyd. Adam Marszałek, 2008.

Sahaj T., *Czym jest eutanatologia i eutanatopedagogika?* „Problemy Współczesnej Tanatologii" 2004, t. 8.

Sajjan S. G. i współprac., *Rib fracture as a predictor of future fractures in young and older postmenopausal women: National Osteoporosis Risk Assessment (NORA)*. "Osteoporosis International" 2012, vol. 23 [3].

Saldana S., *Performance of health literacy tests among older adults with diabetes*. "Journal of General Internal Medicine" 2012, nr 27.

Salmivalli Ch., Voeten M., Poskiparta E., *Bystanders matter: Associations between reinforcing, defending, and the frequency of bullying behavior in classrooms*. "Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology" 2011, vol. 40.

Saltzman L. E. i współprac., *Intimate partner violence surveillance…* Atlanta: CDCP, NCIPC, 2002.

Salujha S. K. i współprac., *Allelic variants of ADH, ALDH and the five factor model of personality in alcohol dependence syndrome*. "Industrial Psychiatry Journal" 2014, vol. 23.

Sałustowicz P., *Kilka uwag krytycznych dotyczących dyskursu nad przedmiotem i funkcją pracy socjalnej – na przykładzie koncepcji Mertona*, w: J. Krzyszkowski, W. Warzywoda- Kruszyńska (red.), *Kształcenie pracowników socjalnych w przeddzień rozszerzenia Unii Europejskiej*. Łódź: Wyd. UŁ, 1999.

Samoliński B., Raciborski F. (red.), *Zdrowe starzenie się: Biała Księga*. Warszawa: Wyd. Nauk. Scholar, 2013.

Samoliński B., Raciborski F. (red.). *Zdrowe starzenie się: Biała Księga*. Warszawa: Wyd. Nauk. Scholar., 2013.

Samuelsson E. i współprac., *Effect of pharmacological treatment for urinary incontinence in the elderly and frail elderly: A systematic review.* "Geriatrics & Gerontology International" 2015, vol. 15 [5].

Sanders C., *Jak przeżyć stratę dziecka. Powrót nadziei.* Gdańsk: GWP, 2001.

Sanders M. (ed.), *Evistential depression: How to recognize and cure life related sadness in gifted people*. [New York:] Createspace, 2013.

Saniewska-Kilim A., Deptała A., Błoch, Ł., *Wykluczenie społeczne osób starszych.* „Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje" 2010, nr 13/14.

Santangeli P. i współprac.,., *Atrial fibrillation and the risk of incident dementia: A meta- analysis.* "Heart Rhythm" 2012, vol. 9 [11].

Santesso N., Carrasco-Labra A., Brignardello-Petersen R., *Hip protectors for preventing hip fractures in older people*. "The Cohrane Datebase of Systematic Reviews" [CDSR] 2014, Mar. 31 [3].

Sapolsky R. i współprac., *Stress and glucocorticoids in aging*. "Endocrinolpgy and Metabolism Clinics of North America" 1987, vol. 16.

Şar A. i współprac., *Is the Internet use an effective method to cope with elderly loneliness and decrease loneliness symptom?* "Procedia Social and Behavioral Sciences" 2012, vol. 4.

Saran J., *Edukacja ustawiczna w okresie transformacji systemowej.* Wyd. 2. Lublin: WSEiI, 2012.

Sarno M. T. (1984): *Communication disorders in the elderly*, w: T. F. Williams (ed.): *Rehabilitation in the aging,* New York: Raven Press, 1984.

Sarzała K., *Czym jest interwencja kryzysowa…* „Świat Problemów" 2008, nr 5.

Sas-Badowska A., Graca T., *Prakseologiczne uwarunkowania dyferencjacji w naukach pedagogicznych*, w: Z. Szarota, F. Szlosek (red.), *Interdyscyplinarność pedagogiki i jej subdyscypliny*. Radom: Wyd. Nauk. ITE/PIB, 2013.

Sasser-Coen J. R., *Qualitative changes in creativity in the second half of life*. "Journal of Creative Behavior" 1993, vol. 27 [1].

Sastre J, Ramón R, Pamplona R. (eds), *Biogerontología médica*. Madrid: J. R. Ergon, 2009.

Satir V., *Terapia rodziny*. Gdańsk: GWP, 2000.

Satsvarupa dasa Gosvami, *Czym są Wedy? Zarys myśli staroindyjskiej*. Wrocław: ZSP, 1986.

Saunders C., *Care of the dying*. London: Macmillan, 1960.

Saunders C., *Ludzie są cenni*. „Znak" 2001, nr 7.

Saunders C., *Nature and management of terminal pain*, w: E. F. Shotter (ed.), *Matters of life and death*. London: Dartman, Longman and Todd, 1970.

Saunders C., *Selected writings 1958–2004.* Oxford–New York: Oxford Univ. Press, 2006.

Saunders C., *The moment of truth: Care of the dying person*, w: L. Pearson (ed.), *Death and dying: Current issues in the treatment of the dying person*. Cleveland, OH: Case Western Reserve Univ. Press, 1969.

Saunders C., *Trwałe zasady hospicjum/Enduring principles of hospice*, w: W. Falkowski, E. Lewandowska-Tarasiuk, J. W. Sienkiewicz (red. /eds.), *Hospicja nadziei/Hospices of hope*. Warszawa–London: Wyd. APS/The Polish Univ. Abroad, 2004.

Saundsers C., *Care of patients suffering from terminal illness at St. Joseph's Hospice*. "Nursing Mirror" 1964, vol. 14.

Sauvy A., *Éléments de démographie*. Paris: PUF, 1976.

Sauvy A., *Granice życia ludzkiego*. Warszawa: PWN, 1963.

Sauvy A., *La population, ses lois, ses équilibres*. Paris: PUF, 1944.

Sauvy A., *La révolte des jeunes*. Paris: Calmann-Lévy, 1970.

Sauvy A., *Les limites de la vie humaine*. Paris: Hachette, 1961.

Sauvy A., *Mythologie de notre temps*. Paris: Payot, 1965.

Sauvy A., *Richesse et population*. Paris: Payot, 1943.

Sauvy A., *Théorie générale de la population*. Paris: PUF 1952–54, 2 t.

Saxena D. P., *Sociology of aging*. New Delhi: Concept Publishing Company, 2006.

Scanlon K., Fernández Arrigoitia M., *Development of new cohousing: Lessons from a London scheme for the over-50s*. "Urban Research & Practice" 2015, vol. 8 [1].

Schachar R. A. i współprac., *Experimental support for Schachar's hypothesis of accommodation*. "Annals of Ophthalmology" 1993 a, vol. 25 [11].

Schachar R. A. i współprac., *Mathematic proof of Schachar's hypothesis of accommodation*. "Annala of Ophthalmology" 1993 b, vol. 25 [1].

Schäfer D., *Old age and disease in early modern medicine.* London–New York: Routledge Taylor & Francis Goroup, 2016.

Schäfer D., *Old age and disease in early modern medicine.* London–New York: Routledge Taylor & Francis Group, 2016.

Schaff A., *Stereotypy a działanie ludzkie*. Warszawa: KiW, 1981.

Schaff A., *Stereotypy a działanie ludzkie.* Warszawa: KiW, 1981.

Schaie K. W., Boron J. B., Willis S. L., 2005, *Everyday competence in older adults*, w: M. L. Johnson i współprac. (eds.), *The Cambridge handbook of age and ageing*, Cambridge: Cambridge Univ. Press, 2005.

Schaie K. W., *Methodological problems in descriptive development research on adulthood and aging*, w: J. R. Nesselroade (ed.), *Life-span development psychology: Methodological issues*. New York: Academic Press, 1973.

Schaie K. W., Willis S. L., *Adult development and aging*. New Jersey: Pine Tree Composition, Inc., 2002.

Schaie K. W., Willis S. L., *Theories of everyday competence and aging*, w: V. L. Bengtson, K. W. Schaie (eds.), *Handbook of theories of aging*, New York: Springer, 1999.

Schalock R. L., *Three decades of quality of life*. "Focus on Autism and Other Developmental Disabilities" 2000, vol. 15 [2].

Schauer M., Mauritz K. H., *Musical motor feedback (MMF) in walking hemiparetic stroke patients: randomized trials of gait improvement*. "Clinical Rehabilitation" 2003, vol. 17 [7].

Schaufeli W. B., Enzmann D., *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. London: Taylor & Francis, 1998.

Scheidt R., Windley P., *Environmental gerontology: Progress in the Post-Lawton Era*, w: J. E. Birren., K. W. Schaie (eds.), *The psychology of aging*. Wyd. 8. New York: Academic Press, 2016.

Scherer G., *Filozofia śmierci od Anaksymandra do Adorno*. Kraków: Wyd. WAM, 2008.

Schiamberg L. B, Gans D., *An ecological framework for contextual risk factors in elder abuse by adult children*. "Journal of Elder Abuse and Neglect" 1999, vol. 10.

Schiefele J. i współprac., *Pielęgniarstwo geriatryczne*. Wrocław: Wyd. Medyczne Urban & Partner, 1998, dodr. 2004.

Schiefele J. i współprac., *Pielęgniarstwo geriatryczne*. Wrocław: Wyd. Medyczne Urban & Partner, 1998, dodr. 2004.

Schimanek, Kotzian, Arczewska, 2015;

Schindler C. i współprac., *Improvements in PM1O exposure and reduced rates of respiratory symptoms in a cohort of Swiss adults (SAPALDIA)*. "American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine" 2009, vol. 179.

Schmidt D. F., Boland S. M., *Structure of perceptron of older adults: Evidence for multiple stereotypes.* "Psychology and Aging" 1986, nr 3.

Schmidtke A., Schaller S., *Suizidalität*, w: *Gerontologie. Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe*. Stuttgart: Kohlhammer, 2006.

Schnell R., Hill P.B., Esser E., *Methoden der empirischen Sozialforchung*. Wyd. 9. Oldenbourg: Wissenschaftsverlag, 2011.

Schoene D. i współprac., *The effect of interactive cognitive-motor training in reducing fall risk in older people: A systematic review*. "BMC Geriatrics" 2014, vol. 14.

Schonfeld L., *Elder abuse and neglect*, w: K. S. Markides (ed.), *Encyclopedia of Health and Aging.*Thousand Oaks, CA: SAGE Publ., Inc., 2007.

Schonfeld L., *Elder abuse and neglect*, w: K. S. Markides (ed.), *Encyclopedia of Health and Aging.*Thousand Oaks, CA: SAGE Publ., Inc., 2007.

Schope R. D., *Who's afraid of growing old? Gay and lesbian perceptions of aging*. "Journal of Gerontological Social Work" 2005, vol. 45 [4].

Schopenhauer A., *W poszukiwaniu mądrości życia. Parerga i paralipomena*. Warszawa: PWN, 2002, t. 1.

Schreiner, M. (1970). On the future-oriented time perspective of elderly people. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 2(1), 28-46.

Schroots J. J., *Theoretical development in the psychology of aging*. "The Gerontologist" 1996, *vol.* 36 [6].

Schulz R., Ewen R., *Adult development and aging: Myths and emerging realities*. New York: Macmillan Publishing Co., 1993.

Schutte H., Herman J. R., *Eugen Steinach, 1861–1944*. "Investigative Urology" 1975, vol. 12.

Schuurmans H. i współprac., *Old or frail: What tells us more?* "Journal of Gerontology – Biological Sciences – Medical Sciences" 2004, vol. 59 A.

Schuurmans M. J. i współprac., *The Delirium Observation Screening Scale: A screening instrument for delirium*. "Research and Theory for Nursing Practice" 2003, vol. 17 [1].

Schuurmans M. J., Shortridge-Baggett L. M., Duursma S. A., *The Delirium Observation Screening Scale: A screening instrument for delirium.* „Research and Theory for Nursing Practice" 2003, vol. 17 [1].

Schwabe Ch., *Leczenie muzyką chorych z nerwicami i zaburzeniami czynnościowymi*. Warszawa: PZWL, 1972.

Schwarz J., *Atlas rozwoju fizycznego i psychicznego…* Wyd. 2. Poznań: b.w., 1937;

Schwendimann R. i współprac., *Characteristics of hospital impatient falls across clinical departments*. "Gerontology" 2008, vol. 54.

Scott K. R., Barrett A. M., *Dementia syndromes: Evaluation and treatment*. "Expert Review of Neurotherapeutics" 2007, vol. 7 [4].

Seely J. F., Scott J. F., Mount B., *The need for specialized training programs in palliative medicine*. "Canadian Medical Association Journal" 1997, vol. 157 [10].

Seema R., Sircova A., Baltin A., *Transcendental future – is it a healthy belief or a time perspective? The transcendental future time perspective inventory (TTPI) in Estonian*. "Trames" 2014, vol. 18 [1].

Seidler R. D. i współprac., *Motor control and aging: Links to age-related brain structural, functional, and biochemical effects*. "Neuroscience & Biobehavioral Review" 2010, vol. 34 [5].

Seiler L. H., *What are we? The social construction of the human biological self*. "Journal Compilation" 2007, vol. 1.

Sekułowicz M., Kwiatkowski P., *Wypalanie się sił u rodziców dzieci z niepełnosprawnością.* Konstrukcja nowego narzędzia badawczego. „Studia Edukacyjne" 2013, nr 25.

Sekułowicz M., *Nauczyciele szkolnictwa specjalnego wobec zagrożenia wypaleniem zawodowym…* Wrocław: Wyd. Nauk. DSWE TWP, 2005.

Sekułowicz M., *Wypalanie się sił u rodziców dzieci z niepełnosprawnością.* Wrocław: Wyd. Nauk. DSW, 2013.

Sekułowicz M., *Wypalenie zawodowe nauczycieli pracujących z osobami z niepełnosprawnością intelektualną…* Wrocław: Wyd. Uniw. Wrocł., 2002.

Seligman M. E. P., *Prawdziwe szczęście. Psychologia pozytywna a urzeczywistnienie naszych możliwości trwałego spełnienia*. Poznań: Media Rodzina, 2005.

Seligman M. E. P., *Prawdziwe szczęście. Psychologia pozytywna a urzeczywistnienie naszych możliwości trwałego spełnienia*. Poznań: Media Rodzina, 2005.

Seligman M. E. P., *Prawdziwe szczęście. Psychologia pozytywna a urzeczywistnienie naszych możliwości trwałego spełnienia*. Poznań: Media Rodzina, 2005.

Selnes O. A., Vinters H. V., *Vascular cognitive impairment.* "Nature Clinical Practice. Neurology" 2006, vol. 2 [10].

Selvini-Palazzoli M., *Self-starvation: From individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa*. New York: Jason Aronson, 1978

Semba R. D. i współprac., *Low serum micronutrient concentrations predict frailty among older women living in the community*. "Journal of Gerontology – Biological Sciences – Medical Sciences" 2006, vol. 61.

Semczuk M., Kurpisz M. (red.), *Andrologia.* Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 2006.

Semczuk M., Kurpisz M. (red.), *Andrologia.* Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 2006.

Semków J., *Andragogiczne uniwersalia – mit czy rzeczywistość?*, w: E. Dubas (red.), *Uniwersalne problemy andragogiki i gerontologii*. Łódź: Wyd. UŁ, 2007.

Semków J., *Późna dorosłość wobec perspektywy trwania w świecie oraz nowych wyzwań*, w: M. Malec (red.), *Edukacyjne, kulturowe i społeczne konteksty starości*. Wrocław: Ofic. Wyd. ATUT, 2011.

Semple D. I współprac., *Oksfordzki podręcznik psychiatrii*. Lublin: Wyd. Zelej, 2007.

Sen A., *A Sociological Approach to the Measurement of Poverty…* "Oxford Economic Papers" 1985, vol. 37 [4].

Sen A., *Poor, relatively speaking*. "Oxford Economic Papers" 1983, vol. 35]2].

Sen A., *Social exclusion: concept, application, and scrutiny*. Manila: Asian Development Bank, 2000.

Sen, A., *Conceptualizing and measuring poverty*, w: D. B. Grusky, R. Kanbur (eds.), *Poverty and inequality*. Stanford: Stanford Univ. Press, 2006.

Sendlerowa I., *Dzieje rozwoju nowoczesnej opieki społecznej*. „Opiekun Społeczny" 1947, nr 2.

Seneka, *Listy moralne do Lucyliusza*. Warszawa: Wyd. Alfa, 1998.

Seneka, *O krótkości życia*, w: Seneka, *Dialogi*. Warszawa: Wyd. DeAgostini, 2001.

Seredocha I., *Znaczenie aktywności społecznej i edukacyjnej osób starszych…* „Zarządzanie Publiczne" 2010, nr 3.

Seredyńska D. (red.), *Uczestnictwo społeczne w średniej i późnej dorosłości.* Bydgoszcz: Wyd. UKW, 2012.

Seredyńska D., *„Życie jest…". Międzypokoleniowe różnice w rozumieniu pojęć.* Bydgoszcz: Wyd. UKW, 2011.

Seredyńska D., *Dyskursy edukacyjne o starości w naukach humanistycznych i społecznych. Analiza konferencji ogólnopolskich.* Bydgoszcz: Wyd. UKW, 2013 a**.**

Seredyńska D., *Orientacje zdrowotne dorosłych*. Bydgoszcz: Wyd. UKW, 2009.

Seredyńska D., *Źródła smutku i radości w opinii seniorów*. „Biblioteka Gerontologii Społecznej" 2013 b, nr 3.

Setterstern R. A., Angel J.L. (eds.), Handbook *of sociology of aging*. New York: Springer. 2011.

Seung-Kwon M. i współprac., *Efficacy of vitamin and antioxidant supplements in prevention of cardiovascular disease: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials*. "BMJ" 2013, vol. 346.

Sęk H. (red.), *Wypalenie zawodowe. Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie.* Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2000.

Sęk H., Cieślak R., *Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne*, w: H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2006, dodr. 2013.

Sęk H., *Jakość życia a zdrowie*. „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny" 1993, nr 2.

Sęk H., *Podstawy psychoprofilaktyki. Wybrane zagadnienia teoretyczne*. „Przegląd Psychologiczny" 1985, vol. 28 [1].

Sęk H., *Pomoc psychologiczna w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych*, w: H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2014, t. 1.

Sęk H., *Poznawcze i kompetencyjne uwarunkowania wypalenia w pracy z chorymi*. „Postępy Psychiatrii i Neurologii" 2005, vol. 14 [2].

Sęk H., *Uwarunkowania i mechanizmy wypalenia zawodowego w modelu społecznej psychologii poznawczej*, w: H. Sęk (red.) *Wypalenie zawodowe. Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN 2000.

Sęk H., *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*. Warszawa: Wyd. Nauk. Scholar, 2001.

Sęk H., *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*. Warszawa: Wyd. Nauk. „Scholar", 2005.
Sęk H., *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*. Warszawa: Wyd. Nauk. Scholar, 2001.
Sęk H., *Wypalenie zawodowe. Psychologiczne mechanizmy i uwarunkowania.* Poznań: Zakł. Wyd. K. Domke, 1996.
Sęk H. *Kryzys wieku średniego a funkcjonowanie w społecznych rolach rodzinnych*, w: M. Tyszkowa (red.), *Rodzina a rozwój jednostki* (s. 89-112). Poznań: CPBP, 1990.
Sękowska M., *Neopsychoanalityczna koncepcja rozwoju psychospołecznego Erika H. Eriksona*, w: P. Socha (red.), *Duchowy rozwój człowieka. Fazy życia, osobowość, wiara, religijność*. Kraków: Wyd. UJ, 2000.
Sękowska Z., *Tyflopedagogika*. Warszawa: PWN, 1981.
Sękowska Z., *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*. Warszawa: Wyd. APS, 2001.
Sgoutas-Emch S. A. i współprac., *The effects of an acute psychological stressor on cardiovascular, endocrine and cellular immune response…* "Psychophysiology" 1994, vol. 31 [3].
Shah K., Villareal D. T., *Obesity*, w: H. M. Fillit, K. Rockwood, K. Woodhouse (eds.), *Brocklerhurst's textbook of geriatric medicine and gerontology*. Wyd. 7. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2010.
Shah M. N. i współprac., *Potential of telemedicine to provide acute medical care for adults in senior living communities*. "Academic Emergency Medicine" 2013, vol. 20.
Shakespeare [Szekspir] W., *Król Henryk IV*. Warszawa: Dom Wyd. tCHu, 2004.
Shakespeare [Szekspir] W., *Król Lear*. Warszawa: Wyd. Elipsa, 2007.
Shanahan M. J., Mortimer J. T., Johnson M. K. (eds.), *Handbook of the life course*. New York: Springer, 2016, vol. 2.
Shanas E. i współprac., *Old people in three industrial societies*. London: Routledge and Kegan Paul, 1968.
Shanas E. i współprac., *Old people in three industrial societies*. London: Routledge and Kegan Paul, 1968.
Shankarananda S., *How to live in old age.* Langhore, PA: Central Chinmaya Mission Trust, 2004.
Sharman M., Cresswell A., Riek S., *Proprioceptive neuromuscular facilitation stretching: Mechanisms and clinical implications*. "Sports Medicine" 2006, vol. 36 [11].
Sharpless N. E., DePinho R. A., *Telomeres, stem cells, senescence, and cancer*. "Clinical Investigations" 2004, vol. 13.
Shay J., Wright W. *Hallmarks of telomeres in ageing research*. "The Journal of Pathology". 2007, vol. 211.
Shea S. i współprac., *e-Health challenges and opportunities*, w: D.E. Detmer, E.B. Steen (eds.), *The Academic Health Center. Leadership and performance*. Cambridge: Cambridge Univ. Press, 2005.
Shea S. i współprac., *e-Health challenges and opportunities*, w: D. E. Detmer, E. B. Steen (red.), *The Academic Health Center. Leadership and Performance*. Cambridge: Cambridge Univ. Press, 2005.
Shea S. i współprac., *e-Health challenges and opportunities*, w: D.E. Detmer, E.B. Steen (eds.), *The Academic Health Center. Leadership and performance*. Cambridge: Cambridge Univ. Press, 2005.
Shek D. T. L., *A scale for the assessment of midlife crisis in Chinese people*. "Psychologia" 1995, vol. 38.
Sheldon K.M., Lyubomirsky S., *Trwały wzrost poziomu szczęścia: perspektywy, praktyki i zalecenia*, w: P. A. Linley, S. Joseph (red.), *Psychologia pozytywna w praktyce*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2007.
Sheng X., Simpson P., *Seniors, health information, and the Internet: motivation, ability, and Internet knowledge*. "CyberPsychology & Behavior" 2013, vol. 16 [10].
Shephard R. J., *Aging: Physical activity*. Champaign. IL Human Kinetics, 1997.
Shephard R. J., *Relative versus absolute intensity of exercise in a dose response context*. "Medicine and Science in Sports and Exercise" 2001, vol. 33 [Suppl. 6].
Shephard R. J., *Response of brain liver, kidney, and other organs and tissues to regular physical activity*, w: C. Bouchard, S. N. Blair, W. L. Haskell (eds.), *Physical activity and health*. Champaign, IL: Human Kinetics, 2007.
Sheridan C., Radmacher S. A., *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. Warszawa: Inst. Psychologii Zdrowia, 1998
Sherrill C., *Adapted physical activity, recreation and sport. Cross-disciplinary and life span*. Boston: McGraw-Hill, 1998.
Sherrill C., DePauw K. P., *Adapted physical activity and education*, w: J. D. Massengale, R. A. Swanson (eds.), *The history od exercise and sport* science. Champaign, IL: HKP, 1997.
Shibata T. i współprac., *Statistical analysis and comparison of questionnaire results of Subjective evaluations of Seal Robot in Japan and U.K.*, w: Proceedings of the 2003 International Conference on Robotics & Automation. B.m.w., 2003.
Shilling Ch., *Socjologia ciała*. Warszawa: PWN, 2010.
Shippen-Lentz D., Blackburn E., *Functional evidence for an RNA template in telomerase.* "Science" 1990, vol. 247.

Shmotkin D., *Happiness in the face of adversity: Reformulating the dynamic and modular bases of subjective well-being*. "Review of General" 2005, vol. 9 [4].

Shoback D., Funk J. L., *Humoralne oznaki nowotworów złośliwych*, w: A. Lewiński (red.) *Endokrynologia ogólna i kliniczna Greenspana*. Wyd. 2. Lublin: Czelej, 2011.

Shock N. W. i współprac., *Normal human aging: The Baltimore Longitudinal Study of Aging*. Washington, D.C.: NIH Publ., 1984.

Shulman i współprac., *The challenge of time: Clock-drawing and cognitive function in the elderly*. „International Journal of Geriatric Psychiatry" 1986, vol. 1 [2].

Shumway-Cook A., Brauer S., Woollacott M. *Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the Timed "Up & Go" Test.* "Physical Therapy" 2000, vol. 80 [9].

Siarkiewicz E., *Przesłonięte obszary poradnictwa. Realia – iluzje – ambiwalencje.* Zielona Góra: Wyd. Uniw. Zielonogórskiego, 2010.

Siarkiewicz E., Wojtasik B. (red.), *Być doradcą! Doświadczenia i refleksje*. Wrocław: Wyd. Nauk. DSW, 2008.

Siciński A., *Badania 'rozumiejące' stylu życia – narzędzia*. Warszawa: PAN, 1988.

Siciński A., *Problemy teoretyczne i metodologiczne badań stylu życia*. Warszawa: Wyd. IFiS PAN, 1980.

Sidor-Rządkowska M., *Pojęcie i istota mentoringu*, w: M. Sidor-Rządkowska (red.), *Mentoring. Teoria, praktyka, studia przypadków*. Warszawa: Ofic. Wolters Kluwer SA, 2014.

Sieber F., Pauldine R., *Geriatric anesthesia*, w: R. D. Miller i współprac. (eds.), *Miller's anaesthesia*. Wyd. 8. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2015.

Siegler E. L, Capezuti E., Mezey M., *The encyclopedia of elder care: the comprehensive resource on geriatric and social care*. New York: Springer Publishing Company, 2007.

Sielicka E., *Edukacja tanatologiczna – współczesne wyzwania*. „Pedagogika Społeczna" 2015, nr 2.

Siemianowska A., *Śmierć i perspektywa nadziei. Esej filozoficzny o ostatecznych sprawach człowieka*. Gniezno: Druk. Scriptor,1993;

Siemieniecki B. (red.), *Pedagogika medialna*. Warszawa: PWN, 2007, t. 1.

Sienkiewicz J. *Poradnik dla osób z chorobą Parkinsona*. Warszawa: Wyd. „Roche", 2007.

Sieradzki J., *Cukrzyca*, w: A. Szczeklik (red.), *Choroby wewnętrzne*. Kraków: Wyd. Medycyna Praktyczna, 2013.

Sieradzki J., *Zespół metaboliczny – pojęcie, patofizjologia, diagnostyka i leczenie*. „Diabetologia Praktyczna" 2002, vol. 3 [4].

Sierecka A. M., *Wolontariat hospicyjny. Posłannictwo – pomaganie – profesjonalne działanie?* [Niepublikowana praca doktorska]. Wrocław: Arch. DSW, 2014.

Sierosławski J., *Starszy wiek a konsumpcja napojów alkoholowych*. „Świat Problemów" 2000, nr 3.

Sierpowska I., *Prawo pomocy spo*łecznej. Wyd. 4. Warszawa: Wolters Kluwer Polska, 2011.

Sierpowska I., *Prawo pomocy spo*łecznej. Wyd. 4. Warszawa: Wolters Kluwer Polska, 2011.

Sierpowska I., *Prawo pomocy społecznej.* Zakamycze, Kantor Wyd. Zakamycze, 2006, nowe Wyd. Kraków: Wolters Kluwer Polska, 2007.

Sikora E, *Związek ścieżki insulina/IGF-1 ze starzeniem i długowiecznością*, w: E. Sikora, G. Bartosz, J. Witkowski (red.), *Biogerontologia*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2009 b.

Sikora E. *Genetyka starzenia i długowieczności człowieka*, w: E. Sikora, G. Bartosz, J. Witkowski (red.), *Biogerontologia*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2009 a.

Sikora E. i współprac., *Impact of cellular senescence signature on ageing research.* "Ageing Research Review" 2011, vol. 10 [1].

Sikora E. *Rejuvenation of senescent cells-the road to postponing human aging and age- related disease?* "Experimental Gerontology" 2013, vol. 48 [7].

Sikora E., Bartosz G., Witkowski J. (red.), *Biogerontologia.* Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2009.

Sikora E., Bartosz G., Witkowski J. (red.), *Biogerontologia*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2009.

Sikora E., Bielak-Zmijewska A., Mosieniak G., *Cellular senescence in ageing, age-related disease and longevity*. "Current Vascular Pharmacology" 2014, vol. 12 [5].

Sikora E., *Starzenie i długowieczność*. „Postępy Biochemii" 2014, vol. 60 [2].

Sikora P., *Domy pomocy społecznej*, w: J. Brągiel, S. Badora (red.), *Formy opieki, wychowania i wsparcia w zreformowanym systemie pomocy społecznej*. Opole: Wyd. Uniw. Opolskiego, 2005.

Sikora P., *Ośrodek pomocy społecznej*, w: J. Brągiel, S. Badora (red.), *Formy opieki, wychowania i wsparcia w zreformowanym systemie pomocy społecznej*. Opole: Wyd. Uniw. Opolski, 2005.

Sikora P., *Ośrodki wsparcia dziennego*, w: J. Brągiel, S. Badora (red.), *Formy opieki, wychowania i wsparcia w zreformowanym systemie pomocy Społecznej*. Opole: Wyd. Uniw. Opolskiego, 2005.

Sikorski T., *Zaparcie w wieku podeszłym – odrębności diagnostyczne i terapeutyczne*. „Postępy Nauk Medycznych" 2011, vol. 24 [5].

Silbernagl S., Despopoulos A., *Ilustrowana fizjologia człowieka*. Warszawa: Wyd. PZWL, 2010.

Sillamy N., *Słownik psychologiczny*. Wyd. 3. Katowice: Wyd. Książnica, 2002.

Sillamy N., *Słownik psychologii*. Wyd. 3. Katowice: Wyd. Książnica, 2002.

Silveira E. T., Ebrahim S., *Social determinants of psychiatric morbidity and well-being in immigrant elders and whites in East London*. "International Journal of Geriatric Psychiatry" 1998, vol. 13 [11].

Silver H. *Social exclusion*, w: G. Ritzer (ed.), *Blackwell Encyclopaedia of Sociology*. New York: Wiley-Blackwell Publ., 2007.

Silverstein J.H, Rolke G.A., *Anesthesia*, w: J. B. Halter i współprac. (eds.), *Hazzard's geriatric medicine and gerontology*. Wyd. 6. New York: McGraw-Hill, 2009.

Simard N., *Dilemmes éthiques des soins aux personnes âgées.* "Revue d'Intervention Sociale et Communautaire" 1996, vol. 2 [2].

Sin B. A. i współprac., *Differences between asthma and COPD in the elderly.* "Journal of Investigational Allergology and Clinical Immunology" 2006, vol. 16.

Sinclair D. A., *Toward a unified theory of caloric restriction and longevity regulation*. "Mechanisms of Aging and Development" 2005, vol. 126 [9].

Singer J. L., *Marzenia dzienne*. Warszawa: PWN, 1980.

Sivan B. A., *Test pamięci wzrokowej Bentona: Podręcznik*. Wyd. 5. Warszawa: Prac. Testów Psychologicznych PTP, 1996, nowe Wyd. 2007.

Sivanathan N. i współprac., *Jak być dobrym liderem: Przywództwo transformacyjne a dobrostan*, w: P. A. Linley, S. Joseph (red.), *Psychologia pozytywna w praktyce*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2007.

Siwicka M., *Starość – szansa czy zagrożenie dla rozwoju moralnego człowieka w ocenie stoików*. „Vox Patrum" 2011, z. 56.

Skalska A. i współprac., *The prevalence of falls and their relation to visual and heating impairments among a nation-wide cohort of folder Poles*. "Experimental Gerontology" 2013, vol. 48 [2].

Skalska A. i współprac., *Upadki i ich następstwa w populacji osób starszych w Polsce*…, w: M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Poznań: Wyd. Med. Termedia, 2012.

Skalska A. i współprac., *Upadki i ich następstwa w populacji osób starszych w Polsce*…, w: M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.): *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Poznań: Termedia Wyd. Med., 2012.

Skalska A. i współprac., *Upadki i ich następstwa w populacji osób starszych w Polsce*…, w: M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.): *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Poznań: Termedia Wyd. Med., 2012.

Skalska A., *Kompleksowa ocena geriatryczna*, w: T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.), *Geriatria z elementami gerontologii ogólnej*. Gdańsk: Via Medica, 2006.

Skalska A., *Kompleksowa ocena geriatryczna*, w: T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.), *Geriatria z elementami gerontologii ogólnej*. Gdańsk: Via Medica, 2006.

Skalska A., *Kompleksowa ocena geriatryczna*, w: T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red), *Geriatria z elementami gerontologii ogólnej*. Gdańsk: Via Medica, 2007.

Skalska A., *Kompleksowa ocena geriatryczna,* w: T. Grodzki, J. Kocemba, A. Skalska (red.), *Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów*. Gdańsk: Via Medica, 2007.

Skalska A., *Niesprawność ruchowa. Upadki i zaburzenia chodu*, w: T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska (red.), *Geriatria z elementami gerontologii ogólnej*. Gdańsk: Via Medica, 2006.

Skalska A., *Ograniczenia sprawności funkcjonalnej osób w podeszłym wieku*. „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie" 2011, vol. 9 [1].

Skalska A., *Ograniczenie sprawności funkcjonalnej osób w podeszłym wie*ku. „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie" 2011, t. 9 [1].

Skibińska E., *Mikroświaty kobiet. Relacje autobiograficzne.* Warszawa: Wyd. ITE, 2006.

Skinner B. F., *Poza wolnością i godnością*. Warszawa: PIW, 1978.

Skłodowski H. (red.), *Psychologiczne problemy doradztwa zawodowego*. Łódź: Wyd. UŁ, 1990.
Skolimowski H., *Nadzieja matką mądrych*. Łódź: „Akapit Press", 1993.
Skovronsky D. M. i współprac., *Protein kinase C-dependent alpha-secretase competes with beta- secretase for cleavage of amyloid-beta precursor protein in the trans-golgi network*." The Journal of Biological Chemistry" 2000, vol. 275.
Skowrońska K., *Starość w poglądach młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną, w:* A. A. Zych (red.), *Starość darem, zadaniem i wyzwaniem…* Sosnowiec–Dąbrowa Górnicza: Stow. Przyjaciół DPS, Wyd. Progres, 2014.
Skowroński D., *Preferencje seksualne Polaków*. Poznań: Interfund, 2003.
Skórka G., Prawne aspekty funkcjonowania domów pomocy społecznej. „Praca Socjalna" 2008, nr 5.
Skrzek A. i współprac., *Fine motor skills of the hands In Polish and Czech female senior citizens from different backgrounds.* "Aging Clinical and Experimental Research" 2014 [Dec. 18].
Skrzek A., Koziel S., Ignasiak Z., *The optimal value of BMI for the lowest risk of osteoporosis in postmenopausal women aged 40-88*. "HOMO – Journal of Comparative Human Biology" 2014, vol. 65.
Skrzek A., Stefańska M., *Analysis of muscle force-velocity parameter changes in elderly women resulting from physical activity – in continuous examinations.* "Educational Gerontology" 2012, vol 38 [12].
Skrzypczak J. (red.), *Popularna encyklopedia mass mediów*. Poznań: Wyd. Kurpisz, 1999.
Skrzypczak J., *Przestrzeń jako kategoria oświaty dorosłych*, w: E. Adamczuk i L. Adamowska (red.), *Problemy oświaty i kultury dorosłych*. Red., Wyd. UMCS, Lublin 1992, s. 65-71.
Slade P., *Iatrogenesis*, w: A. Baum (ed.): *Cambridge handbook of psychology, health, and medicine*. Cambridge–New York: Cambridge Univ. Press, 1997.
Slater S., *The lesbian family life cycle*. New York: The Free Press, 1995.
Slattery P., Morris M., *Simone de Beauvoir's ethics and postmodern ambiguity: The Assertion of freedom in the face of the absurd*, "Educational Theory" 1999, vol. 49.
Sławek J. *Choroba Parkinsona – jak właściwie rozpoznawać, skutecznie i bezpiecznie leczyć?* „Forum Medycyny Rodzinnej" 2014, vol. 8 [6].
Sławek J. *Późne powikłania ruchowe w chorobie Parkinsona.* „Polski Przegląd Neurologiczny" 2008, nr 3.
Sławek J., Jasińska-Myga B., Wieczorek D. *Zaburzenia poznawcze w chorobie Parkinsona*. „Polski Przegląd Neurologiczny" 2006, nr 4.
Sławek J., Wieczorek D., *Zaburzenia poznawcze w chorobie Parkinsona. Rozpowszechnienie, patogeneza i obraz kliniczny*, w: T. Sobów, J. Sławek (red.), *Zaburzenia poznawcze i psychiczne w chorobie Parkinsona i innych zespołach parkinsonowskich*. Wrocław: Wyd. Continuo, 2006.
Sławek T., *NICowanie świata. Zdania z Szekspira*. Katowice: Wyd. Uniw. Śląskiego, 2012.
Sławek T., *U-bywać. Człowiek, świat, przyjaźń w twórczości Williama Blake'a*. Katowice: Wyd. Uniw. Śląskiego, 2001.
Sławek T., *Ujmować. Henry David Thoreau i wspólnota świata*. Katowice: Wyd. Uniw. Śląskiego, 2009.
Słońska Z., *Nowe oblicze medykalizacji: Redefinicja i marginalizacja promocji zdrowia*, w: W. Piątkowski, B. Płonka-Syroka (red.), *Socjologia i antropologia medycyny w działaniu*. Wrocław: Ofic, Wyd. Arboretum, 2008.
Словарь-справочник по социальной геронтологии. Самара: Изд. „Самарский унив.", 2003.
Słownik języka polskiego. Warszawa: PWN, 1978.
Słownik języka polskiego. Warszawa: PWN, 1983, 3 t.
Słownik języka polskiego. Warszawa: PWN, 1996.
Słownik języka polskiego. Warszawa: PWN, 2015.
Słownik języka polskiego. Wyd. 3. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2015.
Słownik języka polskiego. Wyd. 3. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN; 2015.
Słownińska S., *Uczenie się dorosłych w niemieckiej refleksji systemowo-konstruktywistycznej.* „Rocznik Andragogiczny" 2011, t. 18.
Smith E. L., Hung L. F., *The role of optical defocus in regulating refractive development in infant monkeys*. "Vision Research" 1999, vol. 39 [8].
Smith G. D., Frankel S., Yarnell J., *Sex and death: are they related? Findings from the Caerphilly cohort study*. "BMJ" 1997, vol. 315.
Smith J. i współprac., *Sressors and mood measured on a moment ary basis are associated with salivary cortisol secretion*. "Psychoneuroendocrinology" 1998, vol. 23 [4].

Smith J. R. i współprac., *Why are transformed cells immortal? Its process reversible?* "American Journal of Clinical Nutrition" 1992, vol. 55.

Smith P. P., Kuchel G. A., *Aging of the urinary tract*, w: H. M. Fillit, K. Rockwood, K. Woodhouse (eds.), *Brocklerhurst's textbook of geriatric medicine and gerontology*. Wyd. 7. Philadephpia: Saunders Elsevier, 2010.

Smolak L., *Adult development*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall Inc., 1993.

Smuts A., *The good cause account of the meaning of life*. "The Southern Journal of Philosophy" 2013, vol. 51.

Smyj K., Góra E., Kozak A., *Specyfika rehabilitacji pacjentów geriatrycznych.* „Kwartalnik Ortopedyczny" 2013, vol. 3.

Smykowska D., *Instytucje wsparcia społecznego*… Łódź: Wyd. WSI, 2007.

Smykowski B., *Wczesna dorosłość – szanse rozwoju*. „Remedium" 2010, nr 2.

Snarski B. (red.), *Pamiętnik Dnia Geriatrycznego…*Warszawa: PZWL, 1960.

Snarski B. (red.), *Pamiętnik II Dnia Geriatrycznego w Inowrocławiu…*Warszawa: PZWL, 1962.

Snarski B., *Gimnastyka dla osób starszych*. Warszawa: PZWL, 1976.

Snarski B., *Leczenie uzdrowiskowe*, oraz *Ćwiczenia gimnastyczne*, w: *Encyklopedia seniora*. Warszawa: „Wiedza Powsz.", 1986.

Snarski B., red.), *Pamiętnik III Dnia Geriatrycznego w Inowrocławiu…*Warszawa: PZWL, 1966.

Snell B., *Odkrycie ducha. Studia o greckich korzeniach europejskiego* myślenia. Wraszawa: Fundacja Aletheia, 2009.

Snowden D. A. i współprac., *Brain infarction and clinical expression of Alzheimer's disease. The Nun Study.* "JAMA" 1997, vol. 277 [10].

Snowden J. S., Neary D., Mann D. M. *Frontotemporal dementia*. "The British Journal of Psychiatry", 2002, vol. 180.

Soares J. J. F. i współprac., *Abuse and health among elderly in Europe*. Kaunas: Lithuanian Univ. of Health Sciences Press, 2010.

Sobiecka J., *Sport osób niepełnosprawnych*, w: S. Kowalik (red.). *Kultura fizyczna osób niepełnosprawnych. Dostosowana aktywność ruchowa.* Gdańsk: GWP, 2009.

Sobiesiak P., *Ukryty potencjał? Sektor pozarządowy w starzejącej się Polsce*, w: M. Racław (red.), *Publiczna troska, prywatna opieka. Społeczności lokalne wobec osób starszych*. Warszawa: Wyd. ISP, 2011.

Sobol E. (red.), *Słownik języka polskiego.* Warszawa: PWN, 2000.

Sobol-Kwapińska M., *Orientacja pozytywna – koncepcje teoretyczne i przegląd badań.* „Studia Psychologiczne" 2014, vol. 52 [1].

Sobol-Kwapińska M., *Żyć chwilą? Postawy wobec czasu a poczucie szczęścia*, Lublin: Wyd. KUL, 2007.

Sobotka L. i współprac., *Podstawy żywienia klinicznego*. Kraków: Krak. Wyd. Scientifica, 2013.

Sobów T. i współprac., *Choroba Alzheimera*, w: A. Szczudlik, P. P. Liberski, M. Barcikowska (red.), *Otępienie*. Kraków: Wyd. UJ, 2004.

Sobów T., *Definicja otępienia*, w: A. Szczudlik, P. P. Liberski, M. Barcikowska (red.), *Otępienie*. Kraków: Wyd. UJ, 2004.

Sobów T., *Definicja otępienia*, w: A. Szczudlik, P. P. Liberski, M. Barcikowska (red.), *Otępienie*. Kraków: Wyd. UJ, 2004.

Sobów T., *Praktyczna psychogeriatria. Rozpoznawanie i postępowanie w zaburzeniach psychicznych u chorych w wieku podeszłym*. Wrocław: Wyd. Continuo, 2010.

Sobów T., *Praktyczna psychogeriatria. Rozpoznawanie i postępowanie w zaburzeniach psychicznych u chorych w wieku podeszłym.* Wrocław: Wyd. Continuo, 2010.

Sobów T., *Psychogeriatria: zagadnienie patogenetyczne*. „Psychiatria po Dyplomie" 2012, vol. 9 [4].

Socha P. (red.) 2000, *Duchowy rozwój człowieka. Fazy życia, osobowość, wiara, religijność*. Kraków: Wyd. UJ, 2000.

Soejono, C. H., *The impact of 'comprehensive geriatric assessment (CGA)' implementation on the effectiveness and cost (CEA) of healthcare in an acute geriatric ward*. "Acta medica Indonesiana" 2008, vol. 40 [1].

Soejono, C. H., *The impact of 'comprehensive geriatric assessment (CGA)' implementation on the effectiveness and cost (CEA) of healthcare in an acute geriatric ward*. "Acta medica Indonesiana" 2008, vol. 40 [1].

Sokołowska M., *Szpitale i pacjenci*, w: A. Ostrowska (red.), *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy*, Warszawa: IFiS, PAN, 2009.

Sokołowski R. i współprac., *Patogeneza zespołu kruchości*. "Journal of Health Sciences" 2014, vol. 4 [9].

Solarczyk-Ambrozik E., *Kształcenie ustawiczne w perspektywie globalnej i lokalnej. Między wymogami rynku a indywidualnymi strategiami edukacyjnymi*. Poznań: Wyd. Nauk. UAM, 2009.

Solecka-Florek E., *Reorganizacja Domów Pomocy Społecznej w oparciu o model duński. Poradnik dla kadry zarządzającej placówkami opieki całodobowej*. Kraków: ROPS, 2009.

Solecki R., *Cisza w dobie hipertekstualnej samotności*, w: T. Olearczyk (red.), *Cisza w teorii i praktyce. Obraz interdyscyplinarny*. Kraków: Ofic. Wyd. AFM, 2014.
Sołyga-Żurek A., *Mitochondrialna teoria starzenia*. „Biologia w Szkole" 2011, nr 6.
Sontag S., *The double standard of aging*. "The Saturday Review", 1972 [Sept. 23].
Sontag S., *The double standard of aging*. New York: Farrar, Straus and Giroux, 1979.
Sood A. i współprac., *Treatment of Dupuytren disease with injectable collagenase in a veteran population: A case series at the Department of Veterans Affairs New Jersey Health Care System*. "Eplasty" 2014, vol. 14.
Sørensen K. i współprac., *Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models*. "BMC Public Health" 2012, vol. 12 [80].
Sosnowski M., Chmara-Pawlińska R., *Czynnościowa ocena pacjentów skala ADL w różnych typach otępienia*. „Medycyna Rodzinna" 2002, nr 5.
Sotwin W., *Ile odpowiedzialności za jednostkę? Opieka czy pomoc*. „Praca Socjalna" 1992, nr 4.
Sowa J., *„Pieśniarz Dionizosa" i „Śpiewak Apollina" – dwie wizje idealnej starości w dialogach Platona*. „Collectanea Philologica" 2011, t. 14.
Sowa J., *„Pieśniarze Dionizosa" i „śpiewak Apollona" – dwie wizje idealnej starości w dialogach Platona*, „Collectanea Philologica" 2011, t. 14.
Sowa J., Wojciechowski F., *Proces rehabilitacji w kontekście edukacyjnym*. Rzeszów: Wyd. Fosze 2001.
Špatenková N., Smékalová L., *Edukace seniorů. Geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada Publ., 2015.
*Specyfika pierwszego kon*taktu. „Wspólne Tematy" 2000, nr 1.
Spencer A., *Psychologia współczesna*. Gdańsk: GWP, 2004.
Spencer H., *Wybór pism*, w: L. Kasprzyk, *Spencer*. Warszawa: „Wiedza. Powsz.", 1967.
Spirduso W. W., Francis K. L., MacRea P. G., *Physical dimensions of aging*. Champaign IL, Human Kinetics, 2005.
Spiriduso W., Francis K., MacRae P., *Physical dimensions of* aging. Wyd. 2. Champaign, IL: Human Kinetics, 2005.
Spiro A., Brady C.B., *Integrating health into cognitive aging: toward a preventive cognitive neuroscience of aging*. "The Journals of Gerontology. Series B. Psychological Sciences and the Journal of Gerontology: Social Sciences" 2011, vol. 66.
Spitzer M., *Cyfrowa demencja: W jaki sposób pozbawiamy rozumu siebie i swoje dzieci*. Słupsk: Wyd. Dobra Literatura, 2013.
Sprawność ruchowa niewidomego w pracy i podstawowych czynnościach życiowych. Poznań: WSWF, 1967.
Stachyra K. (red.), *Modele, metody i podejścia w muzykoterapii*. Lublin: Wyd. UMCS, 2012.
Stadtman E. R., *Protein oxidation in aging and age-related diseases*. "Annals of the New York Academy of Sciences" 2001, vol. 928.
Staff L., *Poezje wybrane*. Warszawa: PIW, 1967.
Stake R. E., *Jakościowe studium przypadku*, w: N. K. Denzin, Y. S. Lincoln (red.), *Metody badań jakościowych*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2000, t. 1.
Standardy postępowania w opiece geriatrycznej. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowane przez ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia. „Gerontologia Polska" 2013, t. 21, nr 2.
Stankiewicz L., *Zrozumieć bezdomność*. Olsztyn: Wyd. UW-M, 2002.
Stanley B. i współprac., *The functional competency of elderly at risk*. "The Gerontologist", 1988, vol. 28 [Suppl].
Starczewski J., *Pierwszy rok działalności opiekunów społecznych w Stolicy*. „Opiekun Społeczny" 1936, nr 1.
Starczewski J., *Rzut oka na działalność Wydziału Opieki i Zdrowia Zarządu Miejskiego w m. st. Warszawie w okresie ostatniego pięciolecia (1934/5–1938/9)*. „Opiekun Społeczny" 1939, nr 5.
Staręga-Piasek J., *Niematerialne potrzeby ludzi starszych*, w: J. Piotrowski (red.), *Starzenie się i starość w badaniach gerontologicznych w Polsce. Pamiętnik I Zjazdu Naukowego…* Warszawa: PTG, 1975, rok Wyd. 1976.
Staręga-Piasek J., *Sytuacja życiowa osób starszych*. Warszawa: IRSS, 1982.
Starfield B., Kinder K., *Multimorbidity and its measurement*. "Health Policy" 2011, vol. 103.
Старость: популярный справочник. Москва: „Большая Российская Энциклопедия", 1996.
Starzomska M., *Anorexia nervosa w starszym wieku*. „Psychogeriatria Polska" 2008, vol. 5 [4].
Staudinger U., Häfner H., *Was ist Alter(n)?* Heidelberg: Springer, 2008;
Staveren van W. A., Groot de L., *Epidemiology of nutrition and ageing*, w: A. J. Sinclair, J. E. Morley, B. Vellas (eds.), *Pathy's principles and practice of geriatric medicine*. Wyd. 5. Chichester: John Wiley and Sons Ltd., 2012.
Stawecka A., *Obraz siebie. Projekcja twórcza w wytworach artystycznych dzieci przewlekle chorych*. Kraków: Wyd. UJ, 2014.
Stawecka A., *Obraz siebie. Projekcja twórcza w wytworach artystycznych dzieci przewlekle chorych*. Kraków: Wyd. UJ, 2014.

Stawiak-Ososoińska M., Wilczak A., *„Władaj sobą. Bo jak przypilnujesz organizm, będziesz żył długo" – profilaktyka starzenia się i starości według Apolinarego Tarnawskiego*, w: M. Stawiak-Ososoińska, A. Szplit (red.), *Historyczno-społeczne aspekty starzenia się i starości*. Kielce: Wyd. Agencja Reklamowa TOP, 2014.

Stawnicka E., *Filozofia człowieka Antoniego Kępińskiego*. Zielona Góra: WSP, 1999,

Stax T. E. i współprac., *Aging and developmental disability*. "Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America". 2010, vol. 21 [2].

Stec R., *Badania przesiewowe w raku jelita grubego*. „Współczesna Onkologia" 2006, vol 10 [3].

Stec R., *Późna dorosłość jako szansa rozwoju z perspektywy teorii przywiązania*, w: A. Brzezińska i współprac. (red.) *Szanse rozwoju w okresie późnej dorosłości*, Poznań: Wyd. Fund. Humaniora, 2007.

Steciwko A., *Fizjoterapia w chorobach układu moczowo-płciowego*. Wrocław: Wyd; AWF, 2004.

Steele F., *The sense of place*. Boston: CBI Publ., 1981.

Stefaniak-Hrycko A., *Starość jako piętno. O aspektach wykluczenia ludzi starych*. „Gerontologia Polska" 2009, nr 4.

Stefaniuk T., *Starość w ujęciu islamu – stanowisko tekstów źródłowych: Koranu i hadisów.* „Theologica Wratislaviensia" 2015, t. 10.

Stefańska A., Szabelska-Holeksa M., *Gerontologia kreatywna − terapeutyczny wymiar aktywności twórczej w kolejnej fazie ludzkiego życia. Praca poglądowa,* w: A. Stogowski, S. Dzięgielewska-Gęsiak (red.), *Indywidualne aspekty starzenia się. Między możliwościami a ograniczeniami*. Poznań: Wyd. WSNHiD, 2013.

Stefański J., *Sakrament chorych*. Poznań: Wyd. Gaudentinum, 2000.

Steffen T. M., Hacker T. A., Mollinger L., *Age- and gender-related test performance in community-dwelling elderly people: Six-Minute Walk Test, Berg Balance Scale, Timed Up & Go Test, and Gait Speeds.* "Journal of Physical Therapy" 2002, vol. 82 [2].

Steinberg B. A. i współprac., *Use of antiarrhythmic drug therapy and clinical outcomes in older patients with concomitant atrial fibrillation and coronary artery disease.* "Europace" 2014, vol. 16 [9].

Steiner G., *Dziesięć (możliwych) przyczyn smutku myśli*. Gdańsk: Wyd. słowo/obraz terytoria, 2007.

Stelcer B., *Sukces starości – w poszukiwaniu wyznaczników zadowolenia z życia wśród osób w starszym wieku.* Poznań: Wyd. Nauk. Uniw. Med., 2013.

Stelcer B., *Zdrowie i starość w Azji – wybrane aspekty*. „Sztuka Leczenia" 2010, nr 1–2.

Stenbacka M. i współprac., *Association between use of sedatives or hypnotics, alcohol consumption, or other risk factors and a single injurious fall or multiple injurious falls: A longitudinal general population study.* "Alcohol" 2002, vol. 28.

Stenhagen M., Ekström H., Nordell E., *Elmstähl. Falls in the general elderly population…* "BMC Geriatrics" 2013, vol. 13.

Stern M. P. i współprac., *Does the metabolic syndrome improve identifi cation of individuals at risk of type 2 diabetes and/or cardiovascular disease?* "Diabetes Care" 2004, vol. 27.

Sternberg R. J., *Beyond IQ. A triarchic theory of human intelligence*. New York: Cambridge Univ. Press., 1985.

Sternberg R., *A triangular theory of love.* "Psychological Review" 1986, vol. 93 [2].

Steuden S., Marczuk M. (red.), *Starzenie się a satysfakcja z życia*. Lublin: Wyd. KUL, 2006.

Steuden S., *Mądrość jako pozytywny aspekt starzenia się*, w: S. Steuden, M. Stankowska, K. Janowski (red.), *Starzenie się z godnością*. Lublin: Wyd. KUL, 2011 a.

Steuden S., *Psychologia starzenia się i starości*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2011 b, Wyd. 2. 2014.

Steuden S., *Psychologia starzenia się i starości.* Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2011, nowe Wyd. 2014.

Steuden S., *Psychologia starzenia się i starości.* Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2011 b.

Steuden S., *Psychologia starzenia się i starości.* Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2011.

Steuden S., *Psychologia starzenia się i starości.* Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2011.

Steuden S., Tucholska S. (red.), *Psychologiczne aspekty doświadczenia żałoby*. Lublin: Wyd. KUL, 2009.

Steuden S., Tucholska S. (red.), *Psychologiczne aspekty doświadczania żałoby*. Lublin: Wyd. KUL, 2009.

Steurenthaler J., *Dementagogik. Dementiell erkrankten Menschen neu und ganzheitlich begegen*. Wiesbaden: Springer, 2013.

Stienstra D., Chochinov H. M., *Vulnerability, Disability, and Palliative End-of-Life Care*. "Journal of Palliative Care" 2006, vol. 22 [3].

Stiller R., *Wstęp*, w: *Gilgamesz. Epos starożytnego dwurzecza*. Warszawa: PIW, 1980.

Stochmiałek J., *Andragogika specjalna – zarys tematyki*. „Szkoła Specjalna" 1996, nr 4.

Stochmiałek J., *Andragogika specjalna*, w: W. Dykcik (red.), *Pedagogika specjalna*. Wyd. 7. Poznań: Wyd. Nauk. UAM, 2007.

Stochmiałek J., *Koncepcje edukacji studentów niepełnosprawnych,* „Szkoła Specjalna" 2001, nr 5.

Stochmiałek J., *Przezwyciężanie kryzysów życiowych przez osoby dorosłe*. Warszawa: Wyd. UKSW, 2009.
Stokłosa T., *Czy stres pogarsza naszą odporność? O wpływie psychiki na nasz układ odpornościowy*, w: W. Fleszko i współprac. (red.), *Odkrycia medycyny. Fascynująca immunologia*. Warszawa: Wyd. Bart, 1998.
Stokols D., Shumaker S. A., *The place of old age: the meaning of housing for old people*, w: J. S. Duncan (ed.), *Housing and identity*. London: Croom Helm, 1981.
Stomma L., *Antologia poezji głupich i mądrych Polaków*. Warszawa: Polska Ofic. Wyd. , 1995.
Stop dyskryminacji ze względu na wiek. Warszawa: Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce, 2005.
Stopford C. L. i współprac., *Variability in cognitive presentation of Alzheimer's disease*. "Cortex" 2008, vol. 44 [2].
Straburzyński G., Straburzyńska-Lupa A., *Fizjoterapia*. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 2001.
Straś-Romanowska M, *Rozwój osobowy: Próba konceptualizacji problemu w nawiązaniu do psychologii „life-span"*. „Forum Psychologiczne" 1999, nr 2.
Straś-Romanowska M., *I Konferencja Psychologów Life-Span.* „Przegląd Psychologiczny" 2001 a, t. 44 [1].
Straś-Romanowska M., *Jakość życia a jakość rozwoju człowieka w późnej dorosłości*. „Biuletyn Sekcji Psychologii Rozwojowej PTP", 2006, nr 3.
Straś-Romanowska M., *Jakość życia w świetle założeń psychologii zorientowanej na osobie*. „Kolokwia Psychologiczne" 2005, t. 13.
Straś-Romanowska M., *Los człowieka jako problem psychologiczny.* Wrocław: Wyd. Uniw. Wrocł.,1992.
Straś-Romanowska M., *Mądrość człowieka starego – nawiązanie do teorii C. G. Junga*, w: R. Saciuk (red.), *Psyche w sidłach iluzji*. Wrocław: Wyd. Uniw. Wrocł., 2002.
Straś-Romanowska M., *O mądrości, która dojrzewa w ciszy,* w: G. Dąbrowski i A. Paluch (red.), *Tematy z Szewskiej. Cisza/ Silence.* Wrocław: Wyd. UWr, 2007.
Straś-Romanowska M., *Od samooceny do poczucia własnej godności. Spojrzenie na problem ustosunkowań do własnej osoby z perspektywy psychologii biegu życia,* w: A. Kolańczyk, B.Wojciszke (red.), *Motywacje umysłu.* Sopot: Wyd. „Smak Słowa", 2010.
Straś-Romanowska M., *Późna dorosłość*, w: J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2011.
Straś-Romanowska M., *Późna dorosłość*, w: J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2011.
Straś-Romanowska M., *Późna dorosłość*, w: J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2011.
Straś-Romanowska M., *Późna dorosłość. Wiek starzenia się*, w: B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka, Charakterystyka okresów życia człowieka*, Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2001 b, t. 2.
Straś-Romanowska M., *Rola doświadczeń granicznych w rozwoju człowieka: wyzwanie dla poradnictwa,* w: A. Kargulowa (red.), *Poradoznawstwo – Kontynuacja dyskursu.* Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2009.
Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje. Warszawa: BRPO, 2012.
Strauser D. R. i współprac., *Trauma symptoms: Relationship with career thoughts, vocational identity, and developmental work personality*. "The Career Development Quarterly" 2006, vol. 54.
Strauss S. E., Tinetti M. E., *Evaluation, management, and decision making with the older patient*, w: *Hazzard's geriatric medicine and gerontology*. Wyd. 6. New York: McGraw-Hill, 2009.
Strauss SE, Tinetti ME. Chapter 10. Evaluation, Management, and Decision Making with the
Strawbridge W. J. i współprac., *Successful aging: predictors and associated activities*. "American Journal of Epidemiology" 1996, vol. 144 [2].
Strawbridge W. J., Wallhagen M. I., Cohen R. D., *Successful aging and well-being. Self-rated compared with Rowe and Kahn*. "The Gerontologist 2002, vol. 42.
Streadman-Pare i współprac., *Factors associated with perceived quality of life many years after traumatic brain injury.* "Journal of the Head Trauma Rehabilitation" 2000, vol. 16.
Strehler B. L., *Time, cells, and aging*. Larnaca: Demetriades Brothers, 1999.
Strelau J. (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*. Gdańsk: GWP, 2000, t. 1.
Strenger C., *Paring down life to the essentials. An Epicurean psychodynamics of midlife change*. "Psychoanalytic Psychology" 2009, vol. 26.

Stroebe M. S., Schut H., *Models of coping with bereavement: A review*, w: Stroebe M. S. I współprac., *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care*. Washington, DC: APA, 2001.

Stroebe M. S., Schut M. S., *The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description*. "Death Studies" 1999, nr 23.

Strońska A., *Sennik galicyjski.* Warszawa: KAW „Reporter", 1993.

Stroud M. W., Katz S., Gooding B. A., *Rehabilitation of the elderly: A tale of two hospitals*. East Lansing, MI: Michigan State Univ., 1985.

Strugała M., Wieczorowska-Tobis K., *Analiza związku pomiędzy stanem odżywienia a sprawnością funkcjonalną w wybranej populacji osób starszych*, w: K. Wieczorowska- Tobis, D. Talarska (red.), *Różne oblicza starości*, Poznań: Wyd. Nauk. Uniw. Med., 2011 a.

Strugała M., Wieczorowska-Tobis K., *Ocena stanu odżywienia pacjentów Oddziału Geriatrycznego w kontekście ich sprawności funkcjonalnej.* „Geriatria" 2011 b, vol. 5.

Strugała M., Wieczorowska-Tobis K., *Ocena stanu odżywienia pacjentów Oddziału Geriatrycznego w kontekście ich sprawności funkcjonalnej*. „Geriatri" 2011, nr 5.

Strugała M., *Wpływ stanu odżywienia na sprawność funkcjonalną osób w wieku podeszłym.* [Niepublikowana praca doktorska]. Poznań: Arch. Uniw. Med. im. K. Marcinkowskiego, 2011.

Stryer L., *Biochemia*. Wyd. 2. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2003.

Stryjeński W., *Stany przygnębienia wieku podeszłego*. „Polska Gazeta Lekarska" [Lwów] 1938, nr 43.

Strykowski W.(red.), *Media a edukacja*. Poznań: Wyd. eMPi^2 [Mariana Pietraszewskiego], 1997.

Strykowski W., *Pedagogika medialna*, w: T. Pilch (red.), *Encyklopedia pedagogiczna* XXI wieku, Warszawa: Wyd. Akad. „Żak", 2005, t. 4.

Strzelecki A., Ciechanowicz R., Zdrojewski Z., *Sarkopenia wieku podeszłego.* „Gerontologia Polska" 2011, nr 3–4.

Strzelecki A., Ciechanowicz R., Zdrojewski Z., *Sarkopenia wieku podeszłego.* „Gerontologia Polska" 2011, nr 3–4.

Strzyżewski K., Pioruńska-Stolzmann M., *Historia wolnorodnikowej teorii starzenia się.* „Nowiny Lekarskie" 2007, vol. 76 [2].

Stuart-Hamilton I., *Psychologia starzenia się*. Poznań: Wyd. Zysk i S-ka, 2006.

Stuart-Hamilton I., *Psychologia starzenia się*. Poznań: Zysk i i S-ka Wyd. , 2006.

Stuart-Hamilton I., *Psychologia starzenia się*. Poznań: Zysk i S-ka Wyd. , 2006.

Stuart-Hamilton I., *Psychologia starzenia się*. Poznań: Zysk i S-ka Wyd. , 2006.

Stuart-Hamilton I., *Psychologia starzenia się*. Poznań: Zysk i S-ka Wyd. , 2006.

Stuck A. E. i współprac., *Comprehensive geriatric assessment: A meta-analysis of controlled trials.* "Lancet" 1993, vol. 342.

Stuckelberger A., *Anti-ageing medicine*: *Myths and chances*. Zürich: Hochschulverlag AG an der ETH. 2008.

Stull D. E., *A dyadic approach to predicting well-being in later life*. "Research on Aging" 1988, vol. 10 [1].

Stull D. E., *Conceptualization and measurement of well-being. Implications for policy evaluation*, w: E. F. Borgatta, R. J. V. Montgomery (eds.), *Critical issues in aging policy – linking research and values*. Newbury Park: Sage Publications,1987.

Stypińska J., Perek-Białas J *Łączenie pracy i opieki nad osobą starszą – wpływ na jakość życia opiekuna*, w: D. Kałuża, P. Szukalski (red.), *Jakość życia seniorów w XXI wieku. Ku aktywności.* Łódź: Wyd. UŁ, 2010

Stypińska J., Perek-Białas J., *Working Carers in Poland – Successful Strategies of Reconciliation of Work and Care of an Older Adult*. "Antropological Notebook" 2014, vol. 20 [1].

Styszyński A., *Niedokrwistość stanu zapalnego u osób starszych…* „Geriatria" 2013, vol. 7.

Suchanowski A., *Aerobik, praca aerobowa w gimnastyce – podstawy fizjologiczne*, w: *Gimnastyka – taniec w teorii oraz praktyce wychowania fizycznego i sportu*. Gdańsk: WJ, 1998.

Suchocka L., *Psychologia bólu*. Warszawa: Difin, 2008.

Suchodolski B., *Edukacja permanentna – rozdroża i nadzieje.* Warszawa: Tow. Wolnej Wszechn. Pol., 2003.

Suchodolski B., *Kim jest człowiek?* Warszawa: „Wiedza Powsz.", 1985.

Suchodolski B., *Komeński.* Warszawa: Warszawa: „Wiedza Powsz.", 1979.

Suchodolski B., *Rozwój nowożytnej filozofii człowieka*, Warszawa: PWN, 1967.

Suetens P., *Fundamentals of medical imaging.* Cambridge: Cambridge Univ. Press, 2009.

Suijker J. J. i współprac., *Comprehensive geriatric assessment, multifactorial interventions and nurse-led care coordination to prevent functional decline in community-dwelling older persons: Protocol of a cluster randomized trial.* "BMC Health Services Research" 2012, vol. 12 [85].

Suijker J. J. i współprac., *Comprehensive geriatric assessment, multifactorial interventions and nurse-led care coordination to prevent functional decline in community-dwelling older persons: Protocol of a cluster randomized trial.* "BMC Health Services Research" 2012, vol. 12 [85].

Suliborska J., Kuśnierek J., *Czynniki żywieniowe i pozażywieniowe w rozwoju insulinooporności.* „Forum Zaburzeń Metabolicznych" 2010, vol. 1 [3].

Sułek A., *Ile socjologii – jedna, czy wiele?*, w: D. Rancew-Sikora i współprac. (red.), *O społecznym znaczeniu tożsamości, miejsca i czasu życia*. Gdańsk: Zrzeszenie Kaszubsko- Pomorskie, 2013.

Sułkowski B., *Przemoc i pornografia śmierci jako przynęty medialne*. Łódź: Wyd. UŁ, 2006.

Sum S. i współprac., *Internet use and loneliness in older adults* "CyberPsychology & Behavior" 2008, vol. 11 [2].

Sun F., Norman I. J., While A. E., *Physical activity in older people: A systematic review*. "BMC Public Health" 2013, vol. 13.

Sunderland T. i współprac., *Clock drawing in Alzheimer disease: A novel measure of dementia severity*. "Journal of the American Geriatric Society" 1989, nr 8.

Surdacki M., *Opieka społeczna w Wielkopolsce Zachodniej w XVII i XVIII wieku.* Lublin: TN KUL, 1992.

Susułowska M., *Bilans życiowy ludzi starych*, w: *Encyklopedia seniora*. Warszawa: „Wiedza Powsz.", 1986.

Susułowska M., *Czynniki determinujące przeżycia kobiet związane z procesem starzenia się*. „Zdrowie Psychiczne" 1971, nr 1–2.

Susułowska M., *Niektóre aspekty pracy zawodowej ludzi w starszym wieku*, w: *Encyklopedia seniora*. Warszawa: „Wiedza Powsz.", 1986.

Susułowska M., *Problematyka i osiągnięcia psychologii gerontologicznej*, w: J. Piotrowski (red.), *Starzenie się i starość w badaniach gerontologicznych w Polsce*. Warszawa– Wrocław: PTG, 1975

Susułowska M., *Psychologia starzenia się i starości*. Warszawa: PWN, 1989.

Susułowska M., *Psychologia starzenia się i starości*. Warszawa: PWN, 1989.

Susułowska M., *Psychologiczne problemy człowieka starego*, w: *Encyklopedia seniora*. Warszawa: „Wiedza Powsz.", 1986.

Swierłow W., *Orientacja niewidomych w przestrzeni…* Warszawa: PZWS, 1957.

Swift C. G., Iliffe S., *Falls: Assessment and prevention of falls in older people: Concise guidance*. "Clinical Medicine" 2014, vol. 14 [6].

Swift J., *Podróże do wielu odległych narodów świata*. Kraków: Wyd. Lit., 1978.

Sygit E., *Dlaczego dyskryminujemy osoby starsze?* „Psychogeriatria Polska" 2008, t. 5, nr 4.

Syme S. L., *Psychosocial interventions to improve successful aging*. "Annals of Internal Medicine 2003, vol 139 [5].

Synak B. (red.), *Polska starość. Praca zbiorowa*. Gdańsk: Wyd. UG, 2002.

Synak B. (red.), *Polska starość. Praca zbiorowa*. Gdańsk: Wyd. UG, 2002 a.

Synak B. (red.), *Polska starość. Praca zbiorowa*. Gdańsk: Wyd. UG, 2002.

Synak B., *Bezsens i sens nieodwracalnej choroby*. Gdańsk: Wyd. ZK-P, 2014.

Synak B., *Kaszubska tożsamość, ciągłość i zmiana. Studium socjologiczne*. Gdańsk: Wyd. UG, 1998.

Synak B., *Kierunki badań i stan gerontologii społecznej w Polsce*, w: B. Synak, T. Wróblewski (red.), *Postępy gerontologii*. Warszawa: PZWL, 1988.

Synak B., *Ludzie starzy*, w: W. Kwaśniewicz (red.), *Encyklopedia socjologii*. Warszawa: Ofic. Nauk., 1999, t. 2.

Synak B., *Ludzie starzy*, w: W. Kwaśniewicz (red.), *Encyklopedia socjologii*. Warszawa: Ofic. Nauk., 1999, t. 2.

Synak B., *Ludzie starzy*, w: W. Kwaśniewicz (red.), *Encyklopedia socjologii*. Warszawa: Ofic. Nauk., 1999, t. 2.

Synak B., *Ludzie starzy*, w: W. Kwaśniewicz (red.), *Encyklopedia socjologii*. Warszawa: Ofic. Nauk., 1999, t. 2.

Synak B., *Migracja i adaptacja ludzi starszych do środowiska miejskiego*. Gdańsk: Wyd. UG, 1982.

Synak B., *Młodzi emeryci*. Warszawa: Inst. Wyd. Związków Zaw., 1987.

Synak B., *Moja kaszubska stegna*. Pelplin: Bernardinum, 2010.

Synak B., *Problematyka badawcza i charakterystyka badań*, w: Synak B. (red.), *Polska starość. Praca zbiorowa*. Gdańsk: Wyd. UG, 2002 b.

Synak B., *Problemy starych rolników…* Warszawa: LSW, 1976.

Synak B., *Sampling and representativeness of the national survey in Poland*, w: B. Bień (ed.), *Family Caregiving for the Elderly in Poland*. Białystok: Wyd. Uniwersyteckie Trans Humana, 2006.

Synak B., Staręga-Piasek B. (red.), *Społeczne aspekty starzenia się i starości*. Warszawa: CMKP, 1990.
Synak B., Wróblewski T. (red.), *Postępy gerontologii.* Warszawa: PZWL, 1988.
Synak B., *Zmiany transformacyjne i ogólnocywilizacyjne*, w: B. Synak (red.), *Polska starość*. Gdańsk: Wyd. UG, 2002.
Synoradzka I., *Pomoc społeczna dla niepełnosprawnych seniorów*, w: J. Twardowska-Rajewska (red.), *Senior w domu. Opieka długoterminowa nad niesprawnym seniorem*, Poznań: Wyd. Nauk. UAM, 2007.
Syrek E., Borzucka-Sitkiewicz K., *Edukacja zdrowotna.* Warszawa: WAiP, 2009.
Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014–2050. Warszawa: GUS, 2014.
Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014–2050. Warszawa: GUS, 2014.
Sytuacja demograficzna Polski 2007−2008. Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa, 2008.
Sytuacja demograficzna Polski/ Raport 2002. Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa, 2003
Sytuacja gospodarstw domowych w 2014 roku… Warszawa: GUS, 2014.
Szabowska-Walaszczyk A., Zawadzka A. M., Wojtaś M., *Zaangażowanie w pracę i jego korelaty; adaptacja skali UWES autorstwa Bakkera i Schaufeliego.* „Psychologia Jakości Życia" 2011, t. 10 [1]
Szacka B., *Wprowadzenie do socjologii*. Warszawa: Ofic. Nauk., 2003.
Szacka B., *Wprowadzenie do socjologii.* Warszawa: Ofic. Nauk., 2003.
Szacki J., *Historia myśli socjologicznej*. Warszawa: PWN, 2002.
Szafranek A., *Czynniki sprzyjające przemocy z udziałem osób starszych w domach pomocy społecznej w województwie podlaskim,* [w:] P. Błędowski, A. Stogowski, K. Wieczorowska-Tobis (red.), *Wyzwania współczesnej gerontologii*, Wyższa Szkoła Nauk Humanistycznych i Dziennikarstwa, Poznań 2013.
Szafranek A., *Retired elderly in a care institution: The process of adaptation to life in a social care home*. „Studia Humanistyczne AGH" 2014, vol. 13 [4].
Szafrański T., Kostyk T., Leszczyński P., *Interpretacja badań densytometrycznych i morfometrycznych metodą DXA*. „Przegląd Menopauzalny" 2012, vol. 5.
Szałtynis D., Kochańczyk T., *Aktywność fizyczna w promocji zdrowego starzenia.* Warszawa: Wyd. ZG TKKF, 1997.
Szaniawski T., *Typy postaw wobec śmierci a osobowość.* Kraków: Wyd. Nauk. PAT, 1999.
Szarota Z. (red.), *Starość zależna – opieka i pomoc społeczna. Perspektywa gerontologii społecznej.* Kraków: Krak. Tow. Edukacyjne/Ofic. Wyd. AFM, 2011 [Bibl. Gerontologii Społ., t. 3].
Szarota Z., *Dom pomocy społecznej jako przestrzeń życiowa osób w podeszłym wieku*, w: M. Dzięgielewska (red.), *Przestrzeń życiowa i społeczna ludzi starszych*. Łódź: Bibl. Edukacji Dorosłych, 2000.
Szarota Z., *Edukacja dorosłych w Polsce – wyzwania i możliwości*. „Edukacja Dorosłych" 2003, nr 4.
Szarota Z., *Era trzeciego wieku implikacje edukacyjne*. „Edukacja Ustawiczna Dorosłych" 2014, nr 1.
Szarota Z., *Gerontologia opiekuńcza – główne zadania instytucji pomocy społecznej*, w: E. Woźnicka (red.), *Oświata dorosłych. Inspiracje i wyzwania*. Warszawa–Łódź: Wyd. ATA, AH-E, 2015 [Bibl. Edukacji Dorosłych, t. 46].
Szarota Z., *Gerontologia społeczna i oświatowa. Zarys problematyki*. Kraków: Wyd. Nauk. Akad. Pedag., 2004.
Szarota Z., *Kierunki i cele polityki (pro)senioralnej*, w: M. Dudek, T, Panas, J. Krukowski (red.), *Rzeczywistość seniora*. Warszawa: Wyd. Wyż. Szk. Menedżerskiej, 2014.
Szarota Z., *Najstarsi beneficjenci pomocy społecznej,* w: Z. Szarota (red.), *Starość zależna – opieka i pomoc społeczna. Perspektywa gerontologii społecznej*. Kraków: KTE, Ofic. Wyd. AFM, 2011 [Bibl. Gerontologii Społecznej, t. 3].
Szarota Z., *Projekt kształcenia gerontologicznego*. „Edukacja Dorosłych" 1998, nr 3.
Szarota Z., *Społeczno-demograficzne aspekty starzenia się społeczeństwa*, w: R. J. Kijak, Z. Szarota, *Starość. Między diagnozą a działaniem.* Warszawa: Wyd. CRZL, 2013.
Szarota Z., *Społeczno-demograficzne aspekty starzenia się społeczeństwa*, w: R. J. Kijak, Z. Szarota, *Starość. Między diagnozą a działaniem*. Warszawa: CRZL, 2013.
Szarota Z., *Starzenie i starość w wymiarze instytucjonalnego wsparcia…* Kraków: Wyd. Uniw. Pedagog., 2010.
Szarota Z., *Starzenie się i starość w wymiarze instytucjonalnego wsparcia…* Kraków: Wyd. Nauk. Uniw. Pedag., 2010.
Szarota Z., *Starzenie się i starość w wymiarze instytucjonalnego wsparcia…* Kraków: Wyd. Nauk. UP, 2010.
Szarota Z., *W poszukiwaniu tożsamości andragogiki – próba organizacji wiodących pojęć oświaty dorosłych,* w: T. Aleksander, D. Barwińska, (red.), *Stan i perspektywy rozwoju refleksji nad edukacją dorosłych*. Kraków–Radom: Wyd. UJ, ITE, 2007.

Szarota Z., *Wielofunkcyjna działalność domów pomocy społecznej dla osób starszych,* Kraków: Wyd. Nauk. WSP, 1998 b.
Szarota Z., *Wielofunkcyjna działalność domów pomocy społecznej dla osób starszych*. Kraków: Wyd. AP, 1998.
Szarota Z., *Wielofunkcyjna działalność domów pomocy społecznej dla osób st*arszych. Kraków: Wyd. Nauk. WSP, 1998.
Szarota Z., *Wsparcie społeczne i polityka społeczna wobec późnej dorosłości i starości*, w: R. J. Kijak, Z. Szarota, *Starość. Między diagnozą a działaniem*. Warszawa: CRZL, 2013.
Szatur-Jaworska B. (red.), *O sposobach mówienia o starości. Debata, analiza, przykłady.* Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, 2014.
Szatur-Jaworska B. (red.), *Stan przestrzegania praw osób starszych w Polsce. Analiza i rekomendacje działań*. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, 2008.
Szatur-Jaworska B., (red.), *Stan przestrzegania praw osób starszych w Polsce. Analiza i rekomendacje działań*. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, 2008.
Szatur-Jaworska B., *Bezpieczeństwo socjalne osób starszych - wybrane pieniężne świadczenia społeczne*, w: P. Szukalski, B. Szatur-Jaworska (red.), *Aktywne starzenie się Przeciwdziałanie barierom*. Łódź: Wyd. UŁ, 2014 a.
Szatur-Jaworska B., Błędowski P, Dzięgielewska M., *Podstawy gerontologii społecznej*, Warszawa: ASPRA-JR, 2006.
Szatur-Jaworska B., Błędowski P., *Diagnozowanie potrzeb ludzi starych*, w: *Instytucje wobec potrzeb osób starszych*. Warszawa: IRSS, 2010.
Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dzięgielewska M., *Podstawy gerontologii społecznej*, Warszawa: Aspra-Jr, 2006.
Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dzięgielewska M., *Podstawy gerontologii społecznej*, Warszawa: Aspra-Jr, 2006.
Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dzięgielewska M., *Podstawy gerontologii społecznej*, Warszawa: Aspra-Jr, 2006.
Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dzięgielewska M., *Podstawy gerontologii społecznej*, Warszawa: Aspra-Jr, 2006.
Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dzięgielewska M., *Podstawy gerontologii społecznej*. Warszawa: Ofic. Wyd. Aspra-Jr, 2006.
Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dzięgielewska M., *Podstawy gerontologii społecznej*. Warszawa: Aspra-Jr, 2006.
Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dzięgielewska M., *Podstawy gerontologii społecznej*. Warszawa: Aspra-Jr, 2006.
Szatur-Jaworska B., *Diagnozowanie w polityce społecznej. Metody i problemy*. Warszawa: Dom Wyd. ELIPSA, 2014 b.
Szatur-Jaworska B., *Dyskryminacja ludzi starszych ze względu na wiek w obszarze pomocy społecznej*, w: *Stop dyskryminacji ze względu na wiek*. Warszawa: Akad. Rozwoju Filantropii, 2005.
Szatur-Jaworska B., *Faza starości w cyklu życia człowieka – ogólna charakterystyka*, w: B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, M. Dzięgielewska (red.), *Podstawy gerontologii społecznej*, Warszawa: Ofic. Wyd. Apra-Jr, 2006.
Szatur-Jaworska B., *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*. Warszawa: Wyd. ISP UW, 2000.
Szatur-Jaworska B., *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*. Warszawa: Aspra-Jr, 200o.
Szatur-Jaworska B., *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*. Warszawa: IPS, 2000.
Szatur-Jaworska B., *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*. Warszawa: IPS, 2000.
Szatur-Jaworska B., *Praca dla osób starszych*, w: *W trosce o pracę. Raport o Rozwoju Społecznym − Polska 2004*. Warszawa, UNDP, 2004.
Szatur-Jaworska B., *Stan przestrzegania praw osób starszych w Polsce*. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, 2008.
Szatur-Jaworska B., *Sytuacja rodzinna i potrzeby opiekuńcze ludzi starych w Polsce*. „Studia BAS" 2012, nr 2.
Szatur-Jaworska B., *Teoretyczne podstawy pracy socjalnej*, w: T. Pilch, I. Lepalczyk (red), *Człowiek w zmieniającym się świecie*. Warszawa: Wyd. Akad. „Żak", 1995.
Szatur-Jaworska B., *Ubóstwo i wykluczenie społeczne seniorów*, w: R. Szarfenberg, C. Żołędowski, M. Theiss (red.), *Ubóstwo i wykluczenie społeczne – perspektywa poznawcza.* Warszawa: Dom Wyd. „Elipsa", 2010.
Szczebyło A., *W olimpijskiej formie*. „Głos Seniora" 2014, nr 13.
Szczeklik A. (red.), *Choroby wewnętrzne. Podręcznik multimedialny…* Kraków: Medycyna Praktyczna, 2006.
Szczeklik A. (red.), *Choroby wewnętrzne. Przyczyny, rozpoznanie i leczenie*. Kraków: Wyd. Medycyna Praktyczna, 2005, t. 1.
Szczeklik W., *Badania diagnostyczne*, w: A. Szczeklik, M. Tendera (red.), *Kardiologia*. Kraków: Medycyna Praktyczna, 2010, t. 1.
Szczepaniak P., *Kara pozbawienia wolności a wychowanie*. Kalisz–Warszawa: Wyd. KTPN, 2003.
Szczepańczyk E., Dłużniewski M. *Choroba niedokrwienna serca u ludzi w podeszłym wieku*, w: M. Dłużniewski, A. Mamcarz, P. Krzyżak (red.), *Kardiologia w praktyce – wybrane zagadnienia*. Lublin: Wyd. Czelej, 2007, t. 1.

Szczepańska Ł, Madej J., Groszek B., *Psychologiczna analiza wyników badań pacjentów w wieku powyżej sześćdziesiątego roku życia hospitalizowanych w Klinice Toksykologii CM UJ po próbach samobójczych*. „Przegląd Lekarski" 2002, vol. 59 [4/5.

Szczepańska-Gieracha J., Kowalska J., Rymaszewska J., *Problemy długoterminowej hospitalizacji i rehabilitacji osób starszych z zaburzeniami poznawczymi*. „Psychogeriatria Polska" 2011, vol. 8 [1].

Szczepański J., *Elementarne pojęcia socjologii*. Warszawa 1970: PWN,

Szczepański J., *Konsumpcja a rozwój człowieka. Wstęp do antropologicznej teorii konsumpcji*. Warszawa: PWE, 1981.

Szczepański J., *Konsumpcja a rozwój człowieka…* Warszawa: PWE,1981.

Szczepański J., *Zagadnienia konstruowania i realizacji modelu i wzorów konsumpcji socjalistycznej*, w: J. Szczepański (red.), *Badania nad wzorami konsumpcji.* Wrocław– Warszawa–Kraków–Gdańsk: Zakł. Nar. im. Ossolińskich, Wyd. PAN, 1977

Szczepański M. S., Ślęzak-Tazbir W., *Między lękiem a podziwem: Getta społeczne w starym regionie przemysłowym*, w: B. Jałowiecki, W. Łukowski (red.), *Gettoizacja polskiej przestrzeni miejskiej*. Warszawa: Wyd. SWPS „Academica"/ Wyd. Nauk. Scholar, 2007.

Szczepański T., *Zwierciadło Bergmana.* Gdańsk: Wyd. słowo/obraz terytoria, 2002.

Szczepkowski J, *Praca socjalna – podejście skoncentrowane na rozwiązaniach*. Toruń: Wyd. Akapit, 2010.

Szczerbińska K., Pietryka A., *Rozwój geriatrii w krajach europejskich – historia i zasoby*. „Gerontologia Polska" 2008, nr 2.

Szczerbińska K., *Starzenie się jako proces fizjologiczny*, w: K. Szczerbińska, E. Wilczek- Rużyczka (red.), *Jak promować zdrowy styl życia i zmieniać zachowania zdrowotne osób starszych.* Kraków: Wyd. Zdrowie i Zarządzanie, 2010.

Szczudlik A. (red.), *Sytuacja osób chorych na chorobę Alzheimera w Polsce. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich*. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, 2014.

Szczudlik A., Barcikowska-Kotowicz M, Sadowska A., *Polski Plan Alzheimerowski – prezentacja założeń*, w: *Sytuacja osób chorych na chorobę Alzheimera. Raport RPO.* Warszawa: Biuro RPO, 2014.

Szczudlik A., Barcikowska-Kotowicz M., Sadowska A., *Polski Plan Alzheimerowski – prezentacja założeń*, w: Szczudlik A. (red.), *Sytuacja osób chorych na chorobę Alzheimera w Polsce. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich*. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, 2014;

Szczur P., *Wady ludzi starych w ocenie Jana Chryzostoma*. „Vox Patrum" 2011, z. 56.

Szczygieł B., Pertkiewicz M., Majewska K., *Niedożywienie i jego następstwa*, w: B. Szczygieł, J. Socha (red.), Żywienie pozajelitowe i dojelitowe w chirurgii. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 1994.

Szczygieł-Szumielewicz D., *Starość w Biblii hebrajskiej*, w: A. Gomóła, M. Rygielska (red.), *Starość jako wyobrażenie kulturowe*. Katowice: Wyd. Uniw. Śląski /grupakulturalna.pl, 2013.

Szewczyk M.T., Jawień A., Leczenie ran przewlekłych. Warszawa: Wyd. Lek, PZWL 2012.

Szlendak T., *Socjologia rodziny. Ewolucja, historia, zróżnicowanie*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2012.

Szlęzak-Kawa E., *Uwięziona starość.* „Forum Penitencjarne" 2014, nr 4.

Szmagalski J. (1994), *Teoria pracy socjalnej a ideologia i polityka społeczna. Przykład amerykański*. Warszawa: Wyd. UW, 1994.

Szmagalski J. *Deinstytucjonalizacja w pomocy społecznej – zadania dla pracy socjalnej*, w: K. Marzec-Holka (red.). *Społeczeństwo, demokracja, edukacja. Nowe wyzwania w pracy socjalnej*. Bydgoszcz: Wyd. Akad. Bydgoska, 2000.

Szmagalski J. *Stres i wypalenie zawodowe pracowników socjalnych*, Warszawa: IRSS, 2004.

Szmagalski J., *Siły ludzkie*, w: D. Lalak, T. Pilch (red.), *Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej i pracy socjalnej*. Warszawa:Wyd. Akad. „Żak", 1999.

Szmatka J., Kempny M., *Teorie wymiany społecznej*, w: W. Kwaśniewicz (red.), *Encyklopedia socjologii*. Warszawa: Ofic. Nauk., 2002, t. 4.

Szmidt K. J., *Pedagogika twórczości*. Gdańsk: GWP, 2013.

Szmigielska B., Bąk A., Hołda M., *Seniorzy jako użytkownicy Internetu*. „Nauka" 2012, nr 2.

Szmigielska B., *Marzeniem wszystko się zaczyna*. „Charaktery" 2001, nr 6.

Szmigielska, B., Bąk, A., Hołda, M., *Seniorzy jako użytkownicy Internetu*. „Nauka" 2012, nr 2.

Szmyd J., *Cisza i hałas w środowisku życia ludzkiego – wymiar cywilizacyjny, społeczny i egzystencjalny*, w: T. Olearczyk (red.), *Cisza w teorii i praktyce. Obraz interdyscyplinarny*. Kraków: Ofic. Wyd. AFM, 2014.

Szmyt M., *Pełen wigoru chiński portret starości. O sile oddziaływania „Ojca" Luo Zhongli*. „Autoportret" 2006, nr 1.

Szopa B., Ślęzak E., *Globalne procesy starzenia się. Implikacje dla społeczeństw i gospodarek*. „Przegląd Zachodniopomorski" 2013, vol. 2 [3].

Szopa M., Skupień J., *Omentyna – nowa adiponektyna w kontekście założeń nowej definicji zespołu metabolicznego (IDF 2005).* „Diabetologia Praktyczna" 2007, vol. 8 [1].

Szot Z. (red.) *Aerobik. Teoria, technika wykonania, metodyka nauczania, przepisy sędziowania.* Gdańsk: Wyd. AWF, 2002.

Szponar L. i współprac., *Tłuszcze*, w: M. Jarosz (red.), *Normy żywienia dla populacji polskiej – nowelizacja*. Warszawa: Inst. Żywności i Żywienia, 2012

Szpunar M. *Czy prowadzenie badań sondażowych drogą online ma sens? Elektroniczne narzędzia*

Szpunar M. *Internet w procesie realizacji badań*. Toruń: Wyd. Adam Marszałek, 2010.

Szpunar M. *Jak zwiększać odsetek wypełnień w badaniu internetowym-fakty i mity na temat kwestionariuszy on-line*. „Studia Medioznawcze: 2008 b, vol. 32 [1].

Szpunar M. *Od narcyzmu jednostki do kultury narcyzmu.* „Kultura – Media – Teologia" 2014, nr 18.

Szpunar M. *Realizowanie badań drogą on-line na przykładzie Systemu Zarządzania Badaniami eBadania.pl*, w: A. Szewczyk (red.), *Problemy społeczeństwa informacyjnego*. Szczecin: Wyd. Nauk. Uniw. Szczec., 2007. *do badań online – casus eBadań*, w: J. Morbitzer (red.), *Komputer w edukacji*. Kraków: Wyd. Nauk. Akad. Pedag., 2008 a.

Szpunar M., *Digital divide, a nowe formy stratyfikacji społecznej w społeczeństwie informacyjnym – próba typologizacji*, w: K. Wódz, T. Wieczorek (red.), *Społeczeństwo informacyjne*. Dąbrowa Górnicza: Wyd. WSB, 2007.

Szpunar M., *Konektywizm – (r)ewolucja kształcenia w technologicznym świecie*, w: „Horyzonty Wychowania" 2015, nr 30.

Szpunar M., *Nowe-stare medium. Internet między tworzeniem nowych modeli komunikacyjnych a reprodukowaniem schematów komunikowania masowego.* Warszawa: IFiS PAN, 2012 a.

Szpunar M., *Otwartość, partnerstwo i wspólnota zasobów jako podstawowe wartości w świecie wikinomii*, w: M. Uliński (red.), *Wartości podstawowe w kontekstach współczesnych*. Kraków: Wyd. Aureus, 2010.

Szpunar M., *Pokolenie Ctrl+C Ctrl+V*, w: J. Morbitzer, E. Musiał (red.), Człowiek – Media – Edukacja. Kraków. Wyd. Nauk. UP, 2012 b.

Szpunar M., *Seniorzy w środowisku nowych mediów*. „Biblioteka Gerontologii Społecznej" 2013, nr 1–2.

Szpunar M., *Społeczne konteksty nowych mediów*, Toruń: Wyd. Adam Marszałek, 2011.

Szpunar M., *Technofobia versus technofilia – technologia i jej miejsce we współczesnym świecie*, w: J. Królikowska (red.), *Problemy społeczne w grze politycznej*. Warszawa, UW, 2006.

Szram M., *Starość i starcy w aleksandryjskiej egzegezie Księgi Rodzaju. Stanowisko Orygenesa i Dydyma Ślepego*. „Vox Patrum" 2011, z. 56.

Szram M., *Starość i starcy w aleksandryjskiej egzegezie Księgi Rodzaju. Stanowisko Orygenesa i Dydyma Ślepego*. „Vox Patrum" 2011, z. 56.

Szram M., *Starość i starcy w aleksandryjskiej egzegezie Księgi Rodzaju. Stanowisko Orygenesa i Dydyma Ślepego*. „Vox Patrum" 2011, z. 56.

Szreter T., *Aparatura anestezjologiczna*, w: B. Kamiński, A. Kubler (red.), *Anestezjologia i intensywna terapia dla studentów medycyny*. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 2000 a.

Szreter T., *Cele znieczulenia i możliwości współczesnej anestezjologii*, w: B. Kamiński, A. Kubler (red.), *Anestezjologia i intensywna terapia dla studentów medycyny*. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 2000 b.

Sztaudynger J., *Piórka prawie wszystkie*. Kraków: Wyd. Lit., 2007.

Sztompka P., Bogunia-Borowska M. (red.), *Socjologia codzienności*. Kraków: Wyd. Znak, 2008.

Sztompka P., *Socjologia. Analiza społeczeństwa*. Kraków: Wyd. Znak, 2003.

Sztompka P., *Socjologia. Analiza społeczeństwa.* Kraków: Wyd. Znak, 2005.

Sztompka P., *Socjologia. Analiza społeczeństwa*. Kraków: Znak, 2009.

Sztompka P., *Socjologia*. Kraków: Wyd. Znak. 2004.

Sztompka P., *Teoria stawania się społeczeństwem, Szkic koncepcji.* „Kultura i Społeczeństwo" 1991, nr 1.

Sztompka P., *Zaufanie*. Kraków: Wyd. Znak, 2007.

Sztuka K., *Psychologia dla artystów…* Częstochowa: Wyd. WSP, 2001, cz. 1.

Sztuka K., *Twórcza ekspresja w dialogu terapeutycznym*. Częstochowa: Wyd. WSP, 2003.

Sztuka starzenia się. Warszawa: PTG/Wyd. „Thaurus", 1993.

Szukalski P. (red.), *Przygotowanie do starości. Polacy wobec starzenia się*. Warszawa: ISP, 2009.

Szukalski P. (red.), *Przygotowanie do starości. Polacy wobec starzenia się*. Warszawa: ISP, 2009;

Szukalski P., *Czym jest solidarność międzypokoleniowa?*, w: D. Kałuża, P. Szukalski (red.), *Jakość życia seniorów w XXI wieku z perspektywy polityki społecznej*. Łódź: Wyd. Biblioteka, 2010.

Szukalski P., *Małżeństwa zawierane w starszym wieku – szkic demograficzny*, w: A. A. Zych (red.), *Starość darem, zadaniem i wyzwaniem…* Sosnowiec–Dąbrowa Górnicza: Stow. Przyjaciół DPS, Wyd. Progres, 2014.

Szukalski P., *Plany związane z przechodzeniem na emeryturę osób na przedpolu starości.* „Ubezpieczenia Społeczne. Teoria i Praktyka" 2009 a, nr 2.

Szukalski P., *Poczucie samotności i osamotnienia wśród sędziwych seniorów a ich sytuacja rodzinna*. „Auxilium Sociale – Wsparcie Społeczne" 2005, nr 2.

Szukalski P., *Poczucie samotności i osamotnienia wśród sędziwych seniorów a ich sytuacja rodzinna*. „Auxilium Sociale" 2005, nr 2.

Szukalski P., *Przejawy dyskryminacji ze względu na wiek na polskim rynku pracy – poziom mezo*, w: B. Szatur-Jaworska (red.), *Stan przestrzegania praw osób starszych w Polsce. Analiza i rekomendacje działań*. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, 2008 a.

Szukalski P., *Solidarność pokoleń. Dylematy relacji międzypokoleniowych*. Łódź: Wyd. UŁ, 2012.

Szukalski P., *Solidarność pokoleń. Dylematy relacji międzypokoleniowych*. Łódź: Wyd. UŁ, 2012.

Szukalski P., *Starzenie się ludności – wyzwanie XXI wieku*, w: P. Szukalski (red.), *Przygotowanie do starości. Polacy wobec starzenia się*, Warszawa: Wyd. Fund. Inst. Spraw Publ., 2009 b.

Szukalski P., *Stulatkowie w Polsce i na świecie*. „Wiadomości Statystyczne" 2001, nr 6.

Szukalski P., Szatur-Jaworska B. (red.), *Aktywne starzenie się. Przeciwdziałanie barierom*. Łódź: Wyd. UŁ, 2014.

Szukalski P., *Uprzedzenia i dyskryminacja ze względu na wiek (ageism) – przyczyny, przejawy, konsekwencje*. „Polityka Społeczna" 2004, nr 2.

Szukalski P., *Zagrożenia praw osób starszych na rynku pracy w Polsce*, w: B. Szatur- Jaworska (red.), *Stan przestrzegania praw osób starszych w Polsce. Analiza i rekomendacje działań*. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich RP, 2008 b.

Szulakiewicz M., *Czas i to, co ludzkie. Szkice z chronozofii i kultury*. Toru: Wyd Nauk. UMK, 2011.

Szulakiewicz M., *Czas i to, co ludzkie. Szkice z chronozofii i kultury*. Toruń; Wyd. nauk. UMK, 2011.

Szulc B., *Tadeusz Łobożewicz – twórca kierunku turystyka i rekreacja w Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie*. „Turystyka i Rekreacja" 2005, t. 1.

Szulc W., *Muzykoterapia na progu i u kresu ludzkiego życia: Ból narodzin i lęki starości: z doświadczeń muzykoterapeutów amerykańskich*. „Muzykoterapia Polska" 2002, nr 3/4.

Szulc W., Wolfram I., *Terapeutyczne walory bajki „Muzykanci z Bremy" w interpretacji niemieckiej i polskiej,* w: A. Szerląg (red.), *Wielokulturowość-międzykulturowość obszarami edukacyjnych odniesień*. Kraków: Ofic. Wyd. „Impuls", 2005.

Szuman S., *O urodzie*, w: S. Szuman (red.), *O sztuce i wychowaniu estetycznym*. Warszawa: WSiP, 1975.

Szuman S., *The definition of the concepts 'disease' and health.* „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny" 1924, t. 1.

Szuman S., Wyobrażenia taneczne sugerowane przez walce Chopina. „Kwartalnik Muzyczny" 1950, nr 29–30.

Szumowski W., *Historia medycyny filozoficznie ujęta*. Wyd. 3. Warszawa: „Sanmedia" 1994, nowe Wyd. Kęty: Wyd. Marek Derewiecki, 2008.

Szumowski W., *Historia medycyny*. Warszawa: PZWL, 1961.

Szuta W. (red.), *Cierpienie, starość, śmierć i rola sumienia w pracy pielęgniarki*. Katowice– Sosnowiec: Wyd. Nauk „Śląsk", Wyd. WSM, 2012.

Szuwarzynski A., *Wpływ polityki zdrowotnej na jakość życia seniorów*, w: L. Buliński (red.), *Realność złego starzenia się. Poza polityczną i społeczną powinnością.* Toruń: Wyd. Adam Marszałek, 2015.

Szwałkiewicz E., *Opiekun medyczny w praktyce*. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 2013.

Szwałkiewicz R., *Niesamodzielni: Niezbędny zakres pomocy, personel i funkcjonowanie*, w: *Niesamodzielni: Kto się nimi zaopiekuje, kto za to zapłaci?* Warszawa: Inst. Obywatelski, 2010.

Szwarc H. (ed.), *Education and health. Papers of the Congress International Association of the Universities of the Third Age…* Warszawa: CMKP, 1988 a.

Szwarc H. (red.), *Medyczne aspekty profilaktyki gerontologicznej*. Warszawa: CMKP, 1979 b.

Szwarc H. (red.), *Uniwersytet Trzeciego Wieku w Warszawie*. Warszawa: UTW, 1995.

Szwarc H., *Aktivität, soziale Lage und Selbsteinschätzung des Gesundheitzustandes im höheren Alter*. „Zeitschrift Alternforschung" 1980, vol. 33 [1].

Szwarc H., *Edukacja i promocja zdrowia na Uniwersytetach Trzeciego Wieku*, w: M. Dzięgielewska (red.), *Przygotowanie do starości*,. Łódź: Wyd. UŁ, 1997.

Szwarc H., *Fizjologia starzenia się a aktywność ruchowa*. „Zeszyty Poblemowe Gerontologii" 1994 a, nr 3.

Szwarc H., *Higiena psychiczna ludzi starych*, w: K. Dąbrowski (red.), *Zdrowie psychiczne*. Warszawa: PWN, 1979 a, Wyd. 3 1985.

Szwarc H., *Polish Third Age Universities: Their aims and activities*, w: C. Berdes, A. A. Zych, G. D. Dawson (eds.), *Geragogics: European research in gerontological education and educational gerontology*. New York: The Haworth Press, 1992.

Szwarc H., *Refleksje na XX-lecie Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Warszawie*, w: H. Szwarc (red.), *Uniwersytet Trzeciego Wieku w Warszawie*. Warszawa: Wyd. CMKP, 1995.

Szwarc H., *Rekreacja ruchowa i inne formy spędzania czasu wolnego przez ludzi starych na tle ich sytuacji zdrowotnej i społecznej*, 1989.

Szwarc H., *Rola aktywizacji ruchowej w zapobieganiu procesom starzenia się*. „Zdrowie Psychiczne" 1971, nr 3–4.

Szwarc H., *Sytuacja psychospołeczna osób starszych pozbawionych oparcia w rodzinie*. „Zeszyty Poblemowe Gerontologii" 1994 b, nr 4.

Szwarc H., *Uniwersytety Trzeciego Wieku a potrzeby osób starszych*, w: B. Synak, T. Wróblewski (red.), *Postępy gerontologii*. Warszawa: PZWL, 1988 b.

Szwarc H., Wolańska T., Łobożewicz T., *Rekreacja i turystyka ludzi w starszym wieku*. Warszawa: IWZZ, 1988.

Szwarc H., *Wpływ ruchu i rekreacji fizycznej na somatyczne i psychiczne zdrowie człowieka*, w: K. Dąbrowski (red.), *Zdrowie psychiczne*. Warszawa: PWN, 1979 c, Wyd. 3 1985.

Szweda-Lewandowska Z., *Domy pomocy społecznej i sieci wsparcia seniorów*. „Polityka Społeczna" 009, nr 7.

Szweda-Lewandowska Z., *Opieka nad wnukami versus opieka nad seniorami*. „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu" 2013, nr 292.

Szweda-Lewandowska Z., *Popyt na miejsca w domach pomocy społecznej wśród seniorów w Polsce w perspektywie 2035 roku,* „Acta Universitatis Lodziensis Folia Oeconomica" 2009, vol. 231.

Szweda-Lewandowska Z., *Prognoza zapotrzebowania na miejsca w domach pomocy społecznej dla osób w wieku 75 lat i więcej*, w: J. T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Starzenie się ludności Polski. Między demografią a gerontologią społeczną*, Łódź: Wyd. UŁ, 2008.

Szweda-Lewandowska Z., *Modele opieki nad osobami niesamodzielnymi*. „Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach" 2014, z. 179.

Szweda-Lewandowska, Z., *Domy pomocy społecznej. Projekcja zapotrzebowania*. „Polityka Społeczna" 2007, nr 5–6.

Szymanek V, Pieniek M. (red.), *Społeczeństwo informacyjne w liczbach*. Warszawa: Min. Administr. i Cyfryzacji, 2014.

Szymanowska A., *Więzienie i co dalej*. Warszawa: Wyd. Akad. „Żak", 2003.

Szymanowski K., *Wychowawcza rola kultury muzycznej*. Warszawa: PWN 1984.

Szymańczak J., *Starzenie się polskiego społeczeństwa. Wybrane aspekty demograficzne*. „Studia BAS" 2012, nr 2.

Szymańska B., Strzemiński T., *Standardy tworzenia audio deskrypcji do produkcji audiowizualnych*. Białystok: b.w., 2010.

Szymańska H., *Zadania opieki społecznej na obecnym etapie*. „Opiekun Społeczny" 1948, nr 9–10.

Szymańska J., Sienkiewicz E., *Wsparcie społeczne*. LublinL Wyd. Uniw. Med., 2011.

Szymańska-Pomorska G., Biedrzycka B., Florkowska N., *Choroba Parkinsona – praktyczne aspekty opieki*. „Alter Ego Seniora" 2013, vol. 1[3].

Szymczak M. (red), *Słownik języka polskiego*. Warszawa: PWN 1981, t. 3.

Szymczak M. (red.), *Słownik języka polskiego PWN*. Warszawa: PWN, 1984, t. 3.

Szymczak M. (red.), *Słownik języka polskiego*. Warszawa: PWN, 1978.

Szyperska U., *Srebrne tsunami*. „Polityka", 2015, nr 5,

Szyszkowska M. (red.), *Samotność i osamotnienie*. Warszawa: IWZZ, 1988.

Ściepurko J., *Kinezyprofilaktyka gerontologiczna.* Gdańsk: Wyd. Sport, 2002, cz. I.

Ściupider-Młodkowska M., *Relacje partnerskie w ponowoczesności…* „Roczniki Socjologii Rodziny, 2012, t. 22.

Śledzianowski J., *Towarzystwo Pomocy im. św. Brata Alberta a bezdomność.* Wrocław: Wyd. Tow. Pomocy im. św. Brata Alberta, 1995.

Ślipko T., *Etyczny problem samobójstwa*. Kraków: Wyd. Petrus, 2008.

Śliwa K. i współprac., *Epidemiologia pierwotnej nadczynności przytarczyc w populacji osób w wieku 55 lat i więcej.* „Problemy Higieny i Epidemiologii" 2010, vol. 9.

Śliwerski B., *Edukacja*, w: T. Pilch (red.), *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*. Warszawa: Wyd. Akad. „Żak", 2003, t. 1.
Śliwińska-Kowalska M. (red.), *Audiologia kliniczna*. Łódź: Wyd. Mediton, 2005.
Śniadek J., *Konsumpcja turystyczna polskich seniorów na tle globalnych tendencji w turystyce*. „Gerontologia Polska" 3007, nr 1–2.
Śrimad-Bhagavatam. Warszawa: BBT, 2000.
Światowiec A., Krzyżak P., Mamcarz A., *Epidemiologia choroby niedokrwiennej serca*, w: M. Dłużniewski, A. Mamcarz, P. Krzyżak (red.), *Kardiologia w praktyce – wybrane zagadnienia*. Lublin: Wyd. Czelej, 2007, t. 1.
Światowy G., *Zachowania konsumentów*. Warszawa: PWE, 2006.
Świątek A., *Specyficzne zjawiska komunikacyjne w wieku senioralnym*. „Sztuka i Leczenie" 2007, nr 1–2.
Świątek J., Urodow W., *Profilaktyka upadków u ludzi w podeszłym wieku*. „Pielęgniatrstwo i Zdrowie Publiczne" 2013, vol. 3 [2].
Świątkiewicz-Mośny M., *Wolontariat jako cnota i instytucja obywatelska*, w: M. S. Szczepański, A. Śliz (red.), *Obywatel w lokalnej społeczności. Studia i szkice socjologiczne*. Tychy–Opole: WSZINS, Uniw. Opolski, 2011.
Świderkówna A., *Biblijne błogosławieństwo starości*. „Znak" 2000, nr 6.
Święcicki Ł. (red.), *Depresja*. Warszawa: Medical Tribune Polska, 2011.
Święcicki Ł. (red.), *Depresja*. Warszawa: Medical Tribune Polska, 2011.
Święcicki Ł., *Choroba afektywna sezonowa (depresja zimowa). Monografia z uwzględnieniem badań własnych*. Warszawa: Inst. Psychiatrii i Neurologii, 2006.
Święcicki Ł., *Depresja zimowa – epidemiologia, etiopatogeneza, objawy i metody leczenia*. „Forum Medycyny Rodzinnej" 2007, t. 4, nr 3.
Świrko S., *Na wszystko jest przysłowie. Popularny wybór przysłów w układzie tematyczno-hasłowym*, wybrał, opracował i opatrzył wstępem S. Świrko, Poznań: Wyd. Pozn., 1975, Wyd. 2. 1985.
Świtała M., *Zachowania konsumpcyjne ludzi w wieku starszym.* Katowice: Wyd. UE, 2011.
Tabert M. H. i współprac., *Neuropsychological prediction of conversion to Alzheimer disease in patients with mild cognitive impairment*. "Archives of General Psychiatry" 2006, vol. 63 [8].
Takahashi T., Matsushita H., *Long-term effects of music therapy on elderly with moderate/severe dementia*. "Journal of Music Therapy" 2006, vol. 43 [4].
Takkinen, S., Ruoppila, I., *Meaning in life in three samples of elderly persons with high cognitive functioning*. "International Journal of Aging and Human Development" 2001, vol. 53.
Talarowska M. i współprac., *Skala MOCA oraz MMSE w diagnozie łagodnych zaburzeń funkcji poznawczych*. „Psychiatria i Psychoterapia" 2011, t 7, nr 1.
Talarska D. (red.), *Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. Podręcznik dla studiów medycznych*. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 2008, dodr. 2014.
Talarska D., Wieczorowska-Tobis K., Szwałkiewicz E., *Opieka nad osobami przewlekle chorymi, w wieku podeszłym i niesamodzielnymi*. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 2009, nowe Wyd. 2011.
Talley N. i współprac., *Constipation in an elderly community: a study of prevalence and potential risk factors*. "American Journal of Gastroenterology" 1996, vol. 91.
Tallis R. C., Fillit H. M. (eds.), *The respiratory system*, w: *Brocklehurst's textbook of geriatric medicine and gerontology*.Wyd. 6. London: Churchill Livingstone, 2003.
Tamir L. M., *Men in their forties: The transition to middle age*. New York: Springer, 1982.
Tamir L. M., *Modern myths about men in midlife: An assessment*, w: S. Hunter, M. Sundel (eds.), *Midlife myths: Issues, findings, and practical implications*. Newbury Park: Sage Publications, 1989.
Tanalski D., *Profesora Józefa Bańki podróż do źródeł czasu*. „Res Humana" 2014, nr 5.
Tanimoto Y. i współprac., *Sarcopenia and falls in community-dwelling elderly subjects in Japan: Defining sarcopenia according to criteria of the European Working Group on Sarcopenia in Older People*. "Archives of Gerontology and Geriatrics" 2014, vol. 59.
Tannahill, A., *Health education and health promotion: Planning for the 1990s.* "Health Education Journal" 1990, vol. 49 [4].
Tanner C. M. i współprac., *Parkinson disease in twins: An etiologic study*. "JAMA" 1999, vol. 281.
Tanski M. E., Pines J. M., *Alternative geriatric care and quality metrics*, w: J. H. Kahn, B. G. Magauran Jr., J. S. Olshaker (esd.) *Geriatric emergency medicine: Principles and practice*. Cambridge: Cambridge Univ. Press, 2014.
Tapscott D., *Cyfrowa dorosłość. Jak pokolenie sieci zmienia nasz świat*. Warszawa: WAiP, 2010.

Tapscott D., *Cyfrowa dorosłość. Jak pokolenie sieci zmienia nasz świat*. Warszawa: WAiP, 2010.
Taradaj J., Sieroń A., Jarzębski M, *Fizykoterapia w praktyce*. Katowice: Wyd. Elamed, 2010.
Targowski T., *Rozpoznawanie i leczenie zapaleń płuc.* "Polski Merkuriusz Lekarski" 2011, vol. 179.
Tarkowska E. (red.), *Dyskursy ubóstwa i wykluczenia społecznego*. Warszawa: Wyd. IFiS PAN, 2013.
Tarkowska E., *Ludzie w instytucji totalnej: przypadek domów pomocy społecznej w Polsce*, w: A. Gustavsson, E. Zakrzewska-Manterys (red.), *Upośledzenie w społecznym zwierciadle*. Warszawa: Wyd. Akad. „Żak,", 1997.
Tarkowska E., *Życie codzienne w domach pomocy społecznej*. Warszawa: IFiS PAN, 1994.
Tarkowski Z., *Zarządzanie i kierowanie domem pomocy społecznej. Teoria, badania, praktyka, ćwiczenia*. Lublin: PFZM, 1998.
Tarnawska-Busza C., *Higiena życia codziennego. Według zasad stosowanych w lecznicy dr. A. Tarnawskiego w Kosowie*. Wyd. 3. Londyn: Vertas Foundation Publication Centre, 1984.
Tarnawski A., *Higiena starości i starzenia się*. Londyn: Polska Fundacja Kulturalna, 1980, Wyd. 2. 1990.
Tarnawski A., *O wartościach klimatu kosowskiego dla produkcji szlachetnych owoców oraz znaczenie Kosowa jako uzdrowiska*. Warszawa: M. Arct, 1937.
Tarnawski A., *Objaśnienie sposobu leczenia w lecznicy d-ra A. Tarnawskiego w Kosowie w Galicji*. Kosów: b.w., 1909.
Tarnawski W., *Mój ojciec*. Londyn: Polska Fundacja Kulturalna, 1966.
TASC. *TransAtlantic Inter-Society Consensus: Management of peripheral arterial disease (PAD)*. "European Journal of Vascular and Endovascular Surgery" 2000, vol. 19.
Tasiemski T., Koper M., *Dostosowana aktywność ruchowa dla osób z uszkodzeniem narządu ruchu*, w: S. Kowalik (red.), *Kultura fizyczna osób niepełnosprawnych. Dostosowana aktywność ruchowa*. Gdańsk: GWP, 2009.
Tatarkiewicz W., *Dzieje sześciu pojęć*. Wyd. 3. Warszawa: PWN, 1982.
Tatarkiewicz W., *O szczęściu.* Warszawa: PWN, 1962.
Tatarkiewicz, W., *O szczęściu*. Wyd. 5. Warszawa: PWN, 1970.
Tatoń J., Bernas M., *Zespół metaboliczny – kontrowersje wokół akademickiej debaty i realiów praktyki klinicznej*. „Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii" 2008, vol. 5 [1].
Tatoń J., *Hipotonia ortostatyczna u pacjentów w podeszłym wieku*. „Medycyna Metaboliczna" 2000, nr 4.
Taylor A. W., Johnson M. J., *Physiology and exercise and healthy aging*. Champaign IL, Human Kinetics, 2008.
Teakeshima N. i współprac., *Effects of nordic walking compared to conventional walking and band-based resistance exercise on fitness in older adults*. "Journal of Sports Science and Medicine" 2013, vol. 12.
Techniczek D., *Badania z dziedziny gerontologii społecznej w Wielkiej Brytanii*. „Studia Socjologiczne" 1963, nr 4.
Techniczek D., *O kierunkach badań w dziedzinie socjologii i psychologii społecznej wieku starszego*. „Studia Socjologiczne" 1968, nr 2.
Techniczek D., *O potrzebie badań w dziedzinie gerontologii społecznej w Polsce*. "Studia Socjologiczne" 1965, nr 1.
Terada Y., *Rozwój społeczeństwa konsumpcyjnego i różne koncepcje wolności*, w: M. Golka (red.), *W cywilizacji konsumpcyjnej*. Poznań: Wyd. Nauk. UAM, 2004.
Terelak J. F., Izwantowska A., *Adaptacja kwestionariusza Obszary Życia Zawodowego…* „Studia Psychologia" 2009, vol. 9.
Teret S. P. i współprac. (eds.), *Report of the National Conference on Injury Control. US Public Health Service*. Atlanta: CDC, 1981.
Terret C., Zulian G., Droz J. P., *Statements on the independence between the oncologist and the geriatrician in geriatric oncology*, "Critical Reviews in Oncology & Hematology" 2004, vol. 52 [2].
Tetterton S., Farnsworthm E., *Older women and intimate partner violence: Effective interventions*. "Journal of Interpersonal Violence" 2011, vol. 26 [14].
Tetzchner S. von, Martinsen H., *Wprowadzenie do wspomagających i alternatywnych sposobów porozumiewania się…* Warszawa: Wyd. Stow. „Mówić bez słów", 2002
Tews H. P., *Sozologie des Alterns*. Heidelberg: Quelle und Meyer, 1971.
The 2012 Ageing Report, Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010– 2060). "European Economy" 2012, nr 2.
The 2012 Ageing Report, Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010–2060). "European Economy" 2012, nr 2.
The ICD-10 Classification of mental and behavioral disorders. Geneva: WHO, 2014.
The Talmud of Babylon. [Hebrew-English edition]. London: b.w., 1965.

*The Toronto Declaration of the Global Prevention of Elder Ab*use. Geneva: WHO, 2002;

Theiss M., *Władza i wykluczenie. Polityka społeczna wobec nierówności w partycypacji obywatelskiej*, w: R. Szarfenberg, C. Żołędowski, M. Theiss (red.), *Ubóstwo i wykluczenie społeczne – perspektywa poznawcza.* Warszawa: Dom Wyd. „Elipsa", 2010;.

Theou O. i współprac., *Operationalization of frailty using eight commonly used scales and comparison of their ability to predict all-cause mortality*. "Journal of the American Geriatric Society" 2013, vol. 61 [9].

Thibault J. M., O'Brien J. G., Turner L. C., *Indirect life-threatening behavior in elderly patients*. "Journal of Elder Abuse and Neglect" 1999, vol. 11 [2].

Thielke S., Reid M. C., *Management of pain in geriatric patients*, w: M. H. Ebert, R. D. Kerns (esd.), *Behavioral and psychopharmacologic pain management*. Cambridge: Cambridge Univ. Press, 2011.

Thomése P. F., *Cień mojego dziecka*. Wołowiec Wyd. Czarne, 2011.

Thornby M.A. *Balance and falls in the frail older person: A review of the literature.* "Topics in Geriatrics Rehabilitation" 1995, vol. 11 [2].

Thygesen K. i współprac. [Task Force for the Universal Definition of Myocardial Infarction]. *Third universal definition of myocardial infarction.* "European Heart Journal" 2012, vol. 33.

Thygesen K. i współprac., *Trzecia uniwersalna definicja zawału serca*. "Kardiologia Polska" 2012, vol. 70 [Supl. V].

Tibbitts C. (ed.), *Handbook of social gerontology: Social aspects of aging*. Chicago: Univ. of Chicago Press., 1960.

Tibbitts C., *Handbook of social gerontology: Social aspects of aging*. Chicago: Univ. of Chicago Press., 1960

Tibbitts C., *Social gerontology: Origin, scope, and trends*. "International Social Science Journal" 1963, vol. 15 [3].

Tierney M. T., *The Hayflick Limit*. Toronto: Coach House, 2005.

Tillich P., *Męstwo bycia*. Paris: Éditions du Dialogue, 1983.

Tillich P., *Męstwo bycia*. Poznań: Dom Wyd. „Rebis", 1994.

Timiras M. L., *The skin*, w: P. S. Timiras (ed.), *Physiological basis of ageing and geriatrics*. Wyd. 4. California: Informa Healthcare, 2007.

Timiras P. S., *Cardiovascular alterations with aging: Atherosclerosis and coronary heart disease*, w: P. S. Timiras (ed.), *Physiological basis of ageing and geriatrics*. Wyd. 4. California: Informa Healthcare, 2007 a.

Timiras P. S., Maletta G. J., *The nervous system: Functional changes with aging*, w: P. S. Timiras (ed.), *Physiological basis of ageing and geriatrics*. Wyd. 4. California: Informa Healthcare, 2007.

Timiras P. S., Navazio F. M., *The skeleton, joints, and skeletal and cardiac muscles*, w: P. S. Timiras (ed.), *Physiological basis of ageing and geriatrics*. Wyd. 4. California: Informa Healthcare, 2007.

Timiras P. S., *The thyroid, parathyroid, and pineal glands*, w: P. S. Timiras (ed.): *Physiological basis of ageing and geriatrics*. Wyd. 4. Boca Raton, FL: CRC Press, 2007 b.

Timoszyk-Tomczak C., Bugajska B., *Przyszłościowa perspektywa czasowa w starości.* Szczecin: Wyd. Nauk. Uniw. Szczec., 2012.

Timoszyk-Tomczak C., Bugajska B., *Satysfakcja z życia a perspektywa przyszłościowa w starości*. „Opuscula Sociologica" 2013, vol. 2.

Tinetti M. E., *Performance;oriented assessment of mobility problems in elderly patients.* "Journal of the American Geriatric Society" 1986, vol. 34.

Tinetti M. E., *Preventing falls in elderly persons*. "New England Journal of Medicine" 2003, vol. 348 [1].

Tinetti M. E., Speechley M., Ginter S. F., *Risk factor for falls among elderly persons living in the community*. "The *New* England Journal of Medicine" 1988, vol. 319.

Tinetti M. E., Williams Ch. S., *Falls, injures due to falls, and the risk of admission to a nursing home.* "The *New* England Journal of Medicine" 1997, vol. 337 [18].

Tinetti M. E., Williams T. F., Mayewski R., *Fall Risk Index for elderly patients based on number of chronic disabilities.* "American Journal of Medicine" 1986, vol. 80 [3].

Tischner J., *Etyka wartości i nadziei*, w: J. A. Kłoczowski, *Wobec wartości*. Wyd. 3. Poznań: Wyd. „W Drodze", 2001.

Tischner J., *Myślenie według wartości*. Kraków: „Znak", 1994.

Tischner J., *Świat ludzkiej nadziei*. Kraków: „Znak, 2000.

Titmuss R. M., *Social Policy: An Introduction*. London: George Allen and Unwin, 1974.

Tkachuk G., Martin G., *Exercise therapy for patients with psychiatric disorders*. "Professional Psychology: Research and Practice 1999, vol. 30 [3].

Tłokiński W., *Funkcja pragmatyczna stereotypu a działanie słowne ludzi późnej starości*. „Gdańskie Zeszyty Humanistyczne" 1986, z. 28.

Tłokiński W., *Mowa ludzi u schyłku życia*. Warszawa: PWN, 1990

Tłokiński W., Olszewski H., *Praktyczna ocena mowy osób w wieku senioralnym: Aspekty metodologiczne*, w: S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray (red.): *Metodologia badań logopedycznych z perspektywy teorii i praktyki*. Gdańsk: Harmonia Universalis, 2015.

Tłokiński W., Olszewski H., *Zaburzenia mowy związane z wiekiem* w: S. Milewski, J. Kuczkowski., K. Kaczorowska-Bray (red.), *Biomedyczne podstawy logopedii*. Gdańsk: Wyd. Harmonia Uniwersalis, 2014.

Tłokiński W., Olszewski H., *Zaburzenia mowy związane z wiekiem* w: S. Milewski, J. Kuczkowski., K. Kaczorowska-Bray (red.), *Biomedyczne podstawy logopedii*. Gdańsk: Wyd. Harmonia Uniwersalis, 2014.

Tobiasz Tobiasz-Adamczyk B., *Spoleczne aspekty starzenia się i starości,* w: T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska A., *Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów*. Gdańsk: Via Medica, 2006.

Tobiasz-Adamczyk B. (red.), *Przemoc wobec osób starszych*. Kraków: Wyd. UJ, 2009.

Tobiasz-Adamczyk B. (red.), *Przemoc wobec osób starszych*. Kraków: Wyd. UJ, 2009.

Tobiasz-Adamczyk B. i współprac., *Społeczne uwarunkowania jakości życia kobiet u progu wieku starszego. Badania porównawcze*. Kraków: Wyd. UJ, 2003.

Tobiasz-Adamczyk B. i współprac., *Zaniedbywanie i samozaniedbywanie wśród osób starszych w opinii pracowników socjalnych i medycznych*. „Gerontologia Polska" 2008, nr 3.

Tobiasz-Adamczyk B., Brzyski P., *Czynniki warunkujące zmiany w stanie funkcjonalnym w wieku starszym na podstawie 12-letniej obserwacji*. „Gerontologia Polska" 2002, t. 10, nr 1.

Tobiasz-Adamczyk B., *Jakość życia w starości – definicja pojęcia* w: A. Panek, Z. Szarota (red.), *Zrozumieć starość*. Kraków: Wyd. Text, 2000.

Tobiasz-Adamczyk B., *Przemoc w rodzinie wobec osób starszych*, w: D. Jaszczak- Kuźmińska, K. Michalska (red.), *Przemoc w rodzinie wobec osób starszych i niepełnosprawnych. Poradnik dla pracowników pierwszego kontaktu*. Warszawa: MPiPS, 2010,

Tobiasz-Adamczyk B., *Przemoc w rodzinie wobec osób starszych*, w: D. Jaszczak- Kuźmińska, K. Michalska (red.), *Przemoc w rodzinie wobec osób starszych i niepełnosprawnych. Poradnik dla pracowników pierwszego kontaktu*. Warszawa: MPiPS, 2010,

Tokaj A., Krzysztofiak D., *O potrzebie niecodziennych spotkań*, w: I. Kubiaczyk i współprac. (red.), *Wartości, symbole i znaki dobra w pedagogice społecznej*. Poznań–Środa Wielkopolska: Wyd. Nauk. UAM, 2012.

Tokaj A., *U progu starości. Studium socjopedagogiczne*. Poznań: Wyd. UAM, 2000.

Tokarczyk R., *Prawa narodzin, życia i śmierci*. Lublin: Wyd. Lub., 1984.

Tokarczyk R., *Prawa narodzin, życia i śmierci*. Lublin: Wyd. Lub., 1984.

Tokarz B., *Postawy wobec starości i ludzi starszych*, w: *Stop dyskryminacji ze względu na wiek*. Warszawa: Akad. Rozwoju Filantropii, 2005.

Tokarz J., *Aktywność zawodowa starszych pracowników w Unii Europejskiej* (w:) *Stop dyskryminacji ze względu na wiek*. Warszawa: Akad. Rozwoju Filantropii, 2005.

Tolle E., *Potęga teraźniejszości*. Łódź: Galaktyka, 2013.

Tollefsbol T. O. (ed.), *Epigenetics of aging*. New York: Springer-Verlag, 2010.

Tom S. E. i współprac., *Frailty and fracture, disability, and falls: A multiple country study from the Global Longitudinal Study of Osteoporosis in Women*. "Journal of the American Geriatric Society" 2013, vol. 61.

Tomaszewski K. i współprac., *Walidacja polskiej wersji językowej Patient Health Questionnaire-9 w populacji hospitalizowanych osób starszych*. „Psychiatria Polska" 2011, t. 45 [2].

Tomaszewski W., *Człowiek tańczący*. Warszawa: WSiP, 1991.

Tomczyk Ł. Chudý Š. (red.), *Aktywna starość w perspektywie społeczno-kulturowo- edukacyjnej…* Kraków–Olomouc: Wyd. UP, 2015.

Tomczyk Ł., *Edukacja osób starszych. Seniorzy w przestrzeni nowych mediów*, Warszawa: Wyd. „Difin", 2015.

Tomczyk Ł., *Edukacja osób starszych. Seniorzy w przestrzeni nowych mediów*. Warszawa: Wyd. „Difin", 2015 a.

Tomczyk Ł., *E-edukacja seniorów jako element budowy społeczeństwa informacyjnego*. „E-mentor" 2009, nr 30.

Tomczyk Ł., *Latarnicy Cyfrowej Polski – charakterystyka nauczania osób starszych w obszarze obsługi nowych mediów w ramach działalności wolontariackiej*, w: K. Walotek- Ściańska i współprac. (red.), *Starzenie się i starość w dynamicznie zmieniającym się świecie*. Sosnowiec–Praga: Wyd. Humanitas, 2013.

Tomczyk Ł., *Vzdělávání seniorů v oblasti nových médií.* Praha: Wyd. Aivd, 2015.

Tomczyk Ł., *Vzdělávání seniorů v oblasti nových médií.* Praha: Wyd. Aivd, 2015 b.

Tomczyk Ł., Wąsiński A. (red.): *Seniorzy w świecie nowych technologii. Implikacje dla praktyki edukacyjnej oraz rozwoju społeczeństwa informacyjnego*. „Biblioteka Gerontologii Społecznej" 2013, nr 3.

Tomczyk Ł., *Zostań E-obywatelem.* Bielsko-Biała: Augustana, 2012.

Tondi L. i współprac., *Validation therapy (VT) in nursing home: A case-control study.* "Archives of Gerontology and Geriatrics" 2007, nr 44.

Tones, K., Green J., *Health promotion: Planning and strategies.* London: SAGE Publ., 2004.

Tornstam L., *Åldrandets socialpsykologi*. Stockholm: Rabén & Sjögren, 1978, nowe Wyd. 2011.

Tornstam L., *Gerotranscendence and the functions of reminiscence*. "Journal of Ageing and Identity" 1999, vol. 4.

Tornstam L., *Gerotranscendence: A developmental theory of positive aging*. New York: Springer Publishing Comp., Inc., 2005.

Tornstam L., *Gero-transcendence: A Meta-theoretical reformulation of disengagement theory*. "Aging" 1989, vol. 1 [1].

Tornstam L., *Life crisisand geotranscendence*. "Journal of Aging and Identity" 1997, vol. 2.

Tornstam L., *The quo vadis of gerontology: On the scientific paradigm of gerontology*. "The Gerontologist" 1992, vol. 32.

Toti G., *Czas wolny*. Warszawa: KiW, 1963.

Traczyk I., Jarosz M., *Węglowodany,* w: M. Jarosz (red.), *Normy żywienia dla populacji polskiej – nowelizacja*. Warszawa: Inst. Żywności i Żywienia, 2012

Trafiałek E., *Czas wolny i wypoczynek ludzi starszych w dobie polskich przemian systemowych*. „Kieleckie Studia Pedagogiczne i Psychologiczne" 1999, t. 12.

Trafiałek E., *Człowiek stary*, w: T. Pilch (red.), *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*. Warszawa: Wyd. Akad. „Żak", 2003 a, t. 1.

Trafiałek E., *Ludzie starzy jako kapitał społeczny*, w: L. Frąckiewicz, A. Rączaszek (red.), *Kapitał społeczny. Praca zbiorowa*. Katowice: Wyd. AE, 2004.

Trafiałek E., *Polityka społeczna w redukowaniu ryzyka dyskryminacji*, w: M. Komorska (red.), *Seniorzy dla młodości. Młodość dla seniorów*. Lublin: Wyd. UMCS, 2012.

Trafiałek E., *Polska starość w dobie przemian*. Katowice: Wyd. Nauk „Śląsk", 2003 b.

Trafiałek E., *Rodzina jako obszar aktywności i źródło wsparcia w aktywnym starzeniu się*, w: P. Szukalski, B. Szatur-Jaworska (red.), *Aktywne starzenie się. Przeciwdziałanie barierom.* Łódź: Wyd. UŁ, 2014.

Trafiałek E., *Starzenie się i starość. Wybór tekstów z gerontologii społecznej*. Kielce: Wyd. Wszechn. Świętokrz., 2006.

Trafiałek E., *Starzenie się i starość. Wybór tekstów z gerontologii społecznej*. Kielce: Wszechnica Świętokrzyska, 2006.

Trafiałek E., *Starzenie się i starość. Wybór tekstów z gerontologii społecznej*. Kielce: Wyd. Wszechn. Świętokrz., 2006.

Trawkowska D., *Działania pozorne w ośrodkach pomocy społecznej – przejawy i skutki*. „Praca Socjalna" 2009, nr 1.

Trejtowicz M., *Dynamika dobrostanu psychicznego*… „Psychologia Społeczna" 2007, vol. 2 [3].

Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN 2002, t. 2.

Trempała J. (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2011.

Trempała J., *Dwa przełomy w badaniach nad rozwojem psychicznym człowieka*. „Przegląd Psychologiczny" 2001, nr. 1

Trempała J., *Koncepcje rozwoju psychicznego. Wiele czy jedna psychologia rozwoju?* „Forum Psychologiczne", 1997, vol. 2 [1].

Trempała J., *Modele rozwoju psychicznego. Czas i zmiana*. Bydgoszcz: Wyd. Uczelniane Akad. Bydgoskiej, 2000.

Trempała J., *Zmiany w funkcjonowaniu poznawczym ludzi starzejących się*. „Przegląd Psychologiczny" 1989, t. 32 [2].

Tress B., Desmond P., *Computed tomography: Magnetic resonance imaging,* w: D. Ames, E. Chiu (eds.), *Neuroimaging and the psychiatry of late life*. Cambridge: Cambridge Univ. Press, 1998.

Trétiakoff C., *Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique du locus niger de Soemmering avec quelque deductions relatives à la pathologie des troubles de tonus musculaire et de la maladie de Parkinson*. [Niepublikowana praca doktorska nr 293]. Paris: Arch. Univ. de Paris, 1919.

Triandis H. C., *Culture and social behavior*, w: W. J. Lonner, R. Malpass (eds.), *Psychology and culture*. Boston: Allyn & Bacon, 1994.

Tripplin T., *Higiena polska, czyli sztuka zachowania zdrowia, przedłużenia życia i uchronienia się od chorób, zastosowana do użytku publicznego ze szczególnym poglądem na okoliczności w naszym kraju i klimacie wpłynąć mające na tworzenie się słabości, cierpień i chorób*. Warszawa: Nakł. S. Orgelbranda, 1857, 2 t.

Tripplin T., *Kalotechnika, czyli stuka zachowania piękności*. Warszawa: Nakł. S. Orgelbranda, 1856 a.

Tripplin T., *O długowiecznosci ludzkiej*. Warszawa: b.w., 1856 b [„Bibl. Warszawska"].

Trnka J., Szleszkowski Ł., Szatny H., *Samobójstwa osób starszych*, w: J. T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia.* Łódź: Wyd. UŁ, 2004.

Tronina A., *Biblia o ludziach starszych.* „Vox Patrum" 2011, z. 56.

Tronina A., *Biblia o ludziach starszych.* „Vox Patrum" 2011, z. 56.

Trusz-Gluza M. i współprac., *Zaburzenia rytmu serca i przewodzenia*, w: A. Szczeklik, M. Tendera (red.), *Kardiologia*. Kraków: Medycyna Praktyczna, 2010, t. 1.

Trwanie życia w 2010 roku. Warszawa: GUS, 2011.

Tryfan B., Deenen B. van, Okuniewski J., *Ubezpieczenia społeczne w rolnictwie Niemiec i Polski*. Warszawa: PAN IRWiR, 1997.

Tryfan B., *Dylematy emancypacji*. Warszawa: IWZZ, 1989.

Tryfan B., *Dylematy zabezpieczenia rolników na starość: Polska i Europa*. Warszawa: PAN IRWiR, 2004.

Tryfan B., *Ludzie starzy w rodzinie*. Warszawa: Wyd. TWP, 1980.

Tryfan B., *O równy start*. Warszawa: LSW, 1974.

Tryfan B., *Problemy ludzi starych na wsi. Studium porównawcze sytuacji w Polsce i we Francji*. Warszawa: PWN, 1971.

Tryfan B., *Społeczne aspekty wiejskiej starości*. Warszawa: Wyd. PAN, 1982.

Tryfan B., *Starość na wsi*. Warszawa: Zakł. Wyd. CZSR, 1979.

Tryfan B., *Sytuacja ludzi starych na wsi*. Warszawa: IRWiR PAN, 1977.

Tryfan B., *Szczególne problemy ludzi starych na wsi*, w: *Encyklopedia seniora*. Warszawa: „Wiedza Powsz.", 1986.

Tryfan B., *Wiejska starość w Europie*. Warszawa: PAN IRWiR, 1993.

Tryfan B., *Zabezpieczenia społeczne rolników w Europie*. Warszawa: FAPA, 2000.

Trzebińska E., *Psychologia jakości życia*. „Psychologia Jakości Życia" 2002, nr 1.

Trzeciakiewicz M. (red.), *Audiodeskrypcja w teorii i praktyce, czyli jak mówić o tym, czego nie można zobaczyć. Podręcznik do nauki audio deskrypcji*. Wrocław: Fundacja Katarynka, 2014.

Trzepacz P. T., Mast R. van der, *The neuropathophysiology of delirium*. Oxford: Oxford Univ. Press, 2002.

Tucholska S., *Ryzyko zachowań samobójczych osób starszych*, w:, S. Steuden, M. Marczuk (red.), *Starzenie się a satysfakcja z życia*. Lublin: Wyd. KUL, 2006.

Tucholska S., *Wypalenie zawodowe u nauczycieli. Psychologiczna analiza zjawiska i jego osobowościowych uwarunkowań*. Lublin: KUL, 2009.

Tulving E., Kim A., *The evolution of foresight: what is mental time travel, and is it unique to humans?* "Behavioral and Brain Sciences" 2007, vol. 30.

Tummala M. K., Taub D. D., Ershler W. B., *Clinical immunology: immune senescence and the acquired immune deficiency of aging*, w: H. M. Fillit, K. Rockwood, K. Woodhouse (eds.), *Brocklerhurst's textbook of geriatric medicine and gerontology*. Wyd. 7. Philadephpia: Saunders Elsevier, 2010.

Tummers L., Understanding co-housing from a planning perspective: why and how?, "Urban Research & Practice" 2005, vol. 8 [1].

Turek K., *Aktywność społeczna osób starszych w Polsce. Trzeci sektor seniorów*, w: J. Mucha, Ł. Krzyżowski (red.), *Ku socjologii starości*. Kraków: Wyd. AGH, 2011.

Turek K., Perek-Białas J., *Older volunteers in Poland: The heritage of the socialistic regime*, w: A. Principi, P. Jensen, G. Lamura (eds.), *Active ageing: Voluntary work by older people in Europe*. Bristol: The Policy Press, 2014.

Turek K., Perek-Białas J., *The role of employers opinions about skills and productivity of older workers: Example of Poland*. "Employment Relations" 2013, vol. 35 [6].

Turkiel J., *„Starość" według Księgi Rodzaju (LXX)*, w: E. Kościńska (red.), *Wybrane formy opieki i pomocy dla seniorów*. Bydgoszcz: Wyd. UKW, 2013.

Turner J. H., *Socjologia. Koncepcje i ich zastosowanie*. Poznań: Wyd. Zysk i S-ka, 1998.

Turner J. H., *Socjologia. Koncepcje i ich zastosowanie*. Poznań: Zysk i S-ka Wyd. , 1998.

Turner J. H., *Struktura teorii socjologicznej.* Warszawa: PWN, 1985, dodr. 2008.

Turner J. H., *Struktura teorii socjologicznej.* Warszawa: PWN, 2004.
Turner J. S., Helms B. D., *Contemporary Adulthood*. Fort Worth: Harcourt Brace College Publ., 1994.
Turner J. S., Helms B. D., *Rozwój człowieka.* Warszawa: WSiP, 1999.
Turner J. S., Helms D. B.: *Rozwój człowieka*. Warszawa: WSiP, 1999.
Turos L., *Andragogika ogólna.* Wyd. 2. Warszawa. Wyd. Akad. „Żak", 1999.
Turska D. *Dynamika postawy twórczej a typ kształcenia szkolnego młodzieży*, Lublin: UMCS, 1994.
Turton J., Stone M., Cole D. E., *Disorders of the parathyroid glands*, w: H.M. Fillit, K. Rockwood, K. Woodhouse (eds), *Brocklerhurst's textbook of geriatric medicine and gerontology*. Wyd. 7. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2010.
Twardoch A., *Problem dostępnego budownictwa mieszkaniowego na wybranych przykładach*. [Niepublikowana praca doktorska]. Gliwice: Arch. Polit. Śl., 2010.
Twardowska-Rajewska J. (red.), *Przeciw samotności*. Poznań: Wyd. UAM, 2005.
Twardowska-Rajewska J., *Senior w domu. Opieka długoterminowa nad niesprawnym seniorem*. Poznań: Wyd. Nauk. UAM, 2007.
Twycross R. G., Lack S.A., *Leczenie terminalnej fazy choroby nowotworowej*. Warszawa: PZWL, 1991.
Tybetańska Księga Umarłych. Kraków: Wyd. A, 2005.
Tybur J. M., Bryan A. D., Caldwell Hopper A. E., *An evolutionary perspective on health psychology: New approaches and applications*. "Evolutionary Psychology" 2012, vol. 10.
Tyszka A., *Uczestnictwo w kulturze. O różnorodności stylów życia*. Warszawa: PWN, 1971.
Tyszkowa M., *Doświadczenie, kultura i rozwój psychiczny jednostki*. Poznań: Wyd. UAM, 1987.
Tyszkowa M., *Rozwój psychiczny jednostki jako proces strukturacji i restrukturacji doświadczenia,* w: M. Tyszkowa (red.), *Rozwój psychiczny człowieka w ciągu życia.* Warszawa: PWN, 1988.
Tyszkowa M., *Społeczne role dziadków i babć w rodzinie*. „Problemy Rodziny" 1991, nr 1.
Tytus Liwiusz, *Dzieje Rzymu od założenia miasta*. Wrocław–Warszawa–Kraków: Zakł. Nar. im. Ossolińskich, 1968.
Ubermanowicz S., *Synergiczne formowanie kompetencji infotechnicznych*, w: Dylak, S., Ubermanowicz (red.), *Strategia nauczania-uczenia się infotechniki*. Poznań: Fundacja Wolnego i Otwartego Oprogramowania, 2014.
Ubóstwo w Polsce w 2014 roku… Warszawa: GUS, 2014.
Uchmanowicz E., *Biologiczne aspekty starzenia się człowieka*, w: E. Kędra (red.), *Seniorzy – w zgodzie z rytmem natury. Starzenie się jako zjawisko biologiczne i społeczne.* Legnica: Wyd. TPN, 2011.
Uchmanowicz E., *Potrzeby duchowe i wsparcie psychologiczne ludzi będących u kresu życia w kontekście opieki hospicyjnej*. „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne" 2012, vol. 2 [1].
Uchnast Z., *Mądrość: inteligencja praktyczna- kompetencja osobowa*, w: Cz. Czabała, E. Zasępa (red.), *Psychologia kliniczna okresu dzieciństwa i adolescencji*. Warszawa: Wyd. APS, 2006.
Ułaszewska-Żuk M., Żuk M., *Starość jako etap rozwoju człowieka*, w: U. Dębska (red.), *Bliżej człowieka. Konteksty interdyscyplinarne*. Wrocław: Wyd. Uniw. Wrocł., 2006.
Umiastowska D., *Aktywność ruchowa ludzi w różnym wieku*. Szczecin: PTNKF, 1997.
Unamuno M. de, *O poczuciu tragiczności życia wśród ludzi i wśród narodów*. Kraków– Wrocław: Wyd. Lit., 1984.
Unterman A., *Żydzi. Wiara i życie*. Warszawa: KiW, 2002.
Unützer J., *Late-Life Depression*. "The New England Journal of Medicine" 2007, vol. 357 [2].
Uramowska-Żyto B., *Socjologiczne koncepcje zdrowia i choroby*, w: A. Ostrowska (red.), *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie, analizy*, Warszawa: IFiS PAN, 2009.
Urban B. (red.), *Społeczne konteksty zaburzeń w zachowaniu*. Kraków: Wyd. UJ, 2001.
Urbaniak B., Kuciński J, *Prof. zw. dr hab. Zofia Zarzycka…* „Gerontologia Polska" 2010, nr 3.
Urbanowicz I. i współprac., *Starzenie się limfocytów i jego wpływ na rozwój przewlekłej białaczki limfocytowej*. „Diagnostyka Laboratoryjna" 2013, vol. 49.
Urbańczyk F., *Problemy oświaty dorosłych*. Warszawa, PZWS, 1973.
Urbańczyk S., *Słownik staropolski*. Wrocław: Zakł. Nar. im. Ossolińskich, Wyd. PAN, 1977– 1981, t. 8.
Urbański K., *Cybernetyczny los seniorów*. „Rzeczpospolita" 2015, nr 160 [dodatek „Plus Minus" 2015, nr 28].
Urso D. L., *Asthma in the elderly.* "Current Gerontology and Geriatric Research" 2009.
Uszyńska-Jarmoc J., *Twórcza aktywność dziecka, teoria – rzeczywistość – perspektywy rozwoju.* Białystok: Trans Humana, 2003.
Uzar K., *Starość – aspekt pedagogiczny*. w: *Encyklopedia katolicka*. Lublin: TN KUL, 2013, t. 18.

Uzar K., *Wychowanie w perspektywie starości. Personalistyczne podstawy geragogiki.* Lublin: Wyd. KUL, 2011.

Ужегов Г. Н., *Энциклопедия старости: народный лечебник.* Ростов-на-Дону: Феникс, 1999.

Valkovitcs E., *Rola Profesora Edwarda Rosseta w rozwoju demografii na Węgrzech*, w: J. T. Kowaleski (red.), *Profesor Edward Rosset*. Łódź: ŁTN, 1997 [seria: Sylwetki Łódzkich Uczonych, z. 37].

Van Norman K., *Exercise and wellness for older adults*. Wyd. 2. Champaign, IL: Human Kinetics, 2010.

Vaneechoutte M., *Experience, awareness and consciousness: Suggestions for definition as offered by an evolutionary approach.* "Fundations of Science" 2000, vol. 5.

Vane-Wright R. I., *What is life? And what might be said of the role of behaviour in the evolution*. "Biological Journal of the Linnean Society" 2014, vol. 112.

Vardejo I. C., Calvo C. B., *Analysis of violence against elderly woman*. "Procesia – Social and Behavioral Sciences" 2014, vol. 161 [19].

Vartia, M., *Workplace bullying – a study on the work environment, well-being and health*. [Niepublikowana praca doktorska]. Helsinki: Arch. Finnish Institute of Occupational Health, 2003.

Vassallo, S., Sanson, A., Olsson, C.A., *30 years on: Some key insights from the Australian Temperament Project*. „Family Matters" 2014, vol. 94.

Vauclair C. M. i współprac., *Subjective social status of older people across countries: The role of modernization and employment.* "The Journal of Gerontology" [Series B: Psychological Sciences and Social Sciences] 2015, vol. 70 [4].

Vaux R. de, *Instytucje Starego Testamentu*. Poznań: „Pallottinum", 2005.

Veelken L., *Geragogik: Das sozialgerontologische Konzept,* w: S. Becker, L. Veelken, K. P. Wallraven (Hrsg.). *Handbuch Altenbildung, Theorien und Konzepte für Gegenwart und Zukunft*. Opladen: Leske et Budrich, 2000.

Veelken L., *Geragogik: Das Sozialgerontologische Konzept*, w: S. Becker, L. Veelken, K.P. Wallraven (Hrsg.), *Handbuch Altenbildung: Theorien und Konzepte für Gegenwart und Zukunft*. Opladen: Leske + Budrich, 2000.

Veit-Wilson J., *Dignity not poverty. A minimum income standard from the UK.* London: Inst. for Public Policy Research, 1994.

Veit-Wilson J., *Poverty and the adequacy of social security*, w: J. Ditch (ed.), *Introduction to Social Security. Policies, benefit and poverty*. London: Routledge, 1999.

Velzel J. i współprac., *A nationwide survey concerning practices in pessary use for pelvic organ prolapse in the Netherlands: Identifying needs for further research.* " The *International* Urogynecology Journal" 2015, vol. 26 [10].

Verghese J. i współprac., *Leisure activities and the risk of dementi in the elderly*. "The New England Journal of Medicine" 2003, vol. 348 [25].

Vetulani J., *Jak usprawnić pamięć. Przewodnik po najnowszych teoriach pamięci i osiągnięciach farmakologii na polu walki z niedostatkami naszych czynności intelektualnych.* Liszki: Wyd. Platan, 1998.

Vetulani J., *Starość okiem przyrodnika.* „Psychogeriatria Polska" 2007, nr 3.

Victor C., *The social context of ageing. A textbook of gerontology*. London−New York: Routledge, 2005.

Victor Ch. R. *Ageing, health and care*. Bristol: Policy Press, 2010.

Victor Ch. R., *The social context of ageing. A textbook of gerontology*. London: Routledge, 2005.

Vigen R. i współprac., *Association of testosterone therapy with mortality, myocardial infarction, and stroke in men with low testosterone levels*. "JAMA" 2013, vol. 310 [17].

Vinci L. da, *Pisma* wybrane. Warszawa: Wyd. De Agostini, 2002.

VinksT. H. i współprac., *Pharmacist-based medication review reduces potential drug-related problems in the elderly: The SMOG controlled trial*. "Drugs Aging" 2009, vol. 26 [2]

Viorst J., *To, co musimy* utracić. Poznań: Wyd. Zysk i S-ka,1996.

Viorst J., *To, co musimy* utracić. Poznań: Wyd. Zysk i S-ka,1996.

Visser M. i współprac., *Muscle mass, muscle strength, and muscle fat infiltration as predictors of incident mobility limitations in well-functioning older persons.* "Journals of Gerontology – Biological Sciences – Medical Sciences" 2015, vol. 60 A.

Visser M. i współprac., *Reexamining the sarcopenia hypothesis. Muscle mass versus muscle strength…*"Annals of the New York Academy of Sciences" 2000, vol. 904.

Visser M., Deeg D. J., Lips P., *Low vitamin D and high parathyroid hormone levels as determinants of loss of muscle strength and muscle mass (sarcopenia): The Longitudinal Aging Study Amsterdam*. "The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism" 2003, vol. 88 [12].

Vog S. T. i współprac., *Prospective association of Vitamin D with frailty status and all-cause mortality in older adults: Results from the KORA-Age Study*. "Preventive Medicine" 2015, vol. 73 C.

Vogel T. i współprac., *Vitamin B_6, B_{12}, and folic acid supplementation and cognitive function. A systematic review of the literature*. "International Journal of Clinical Practice" 2009, vol. 63.

Vu N. Q., Aizenstein H. J., *Depression in the elderly: Bran correlates, neuropsychological finding, and role of vascular lesion load*. "Current Opinion in Neurology" 2013, vol. 26 [6].

Výchova a vzdelávanie dospelých. Andragogika. Terminologická a výkladový slovník. Bratislava: SPN, 2000.

w starości. Bydgoszcz: Wyd. K-PSW, 2008 a.

Wachholz L., *Szpitale krakowskie 1220–1920*. Kraków: Druk. W. L. Anczyca i S-ki, 1921.

Wachowski E., *Sport końca dwudziestego wieku*, w: S. Kowalik, V. Karaskova (red.). *Sport dla osób niepełnosprawnych – osoby niepełnosprawne dla sportu*. Poznań: Wyd. Univ. Palackeho v Olomuci, 1999.

Wada K. i współprac., *Effects of robot assisted activity to elderly people who stay at a Health Service Facility for the Aged*, w: Proceedings of the 2003 IEEE/RSJ Intl. Conference on Intelligent Robots and Systems, Las Vegas, Nevada, 2003.

Wahl H.-W., Heyl V., *Gerontologie – Einführung und Geschichte*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, 2004.

Wahl H.-W., *Zur Veränderung des Alterns heute und morgen – Beiträge der Interventionsgerontologie*. "Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie" 2000, vol. 33 [1].

Wahl H.-W., *Zur Veränderung des Alterns heute und morgen – Beiträge der Interventionsgerontologie*. "Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie" 2000, vol. 33 [1].

Walden-Galuszko K. de, *Wybrane zagadnienia psychoonkologii i pychotanatologii…* Gdańsk: Wyd. UG, 1992.

Walden-Gałuszko de., Kaptacz K., *Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej*. Warszawa: PZWL, 1996.

Walden-Gałuszko K. de, (red.), *Psychoonkologia*. Kraków: Wyd. Bibl. Psychiatrii Pol., 2000.

Walden-Gałuszko K. de, Kaptacz A. (red.), *Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej*. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 2005.

Walden-Gałuszko K. de, Majkowicz M., *Modele opieki paliatywnej realizowanej w warunkach stacjonarnych.* Gdańsk: Wyd. AM, 2001.

Walden-Gałuszko K. de, *Problemy jakości życia chorych w stanie terminalnym*, w: J. Dobrogowski, J. Wordliczek (red.), *Ból przewlekły*. Kraków: Wyd. UJ, 2002.

Walden-Gałuszko K. de, *Psychoonkologia dzisiaj: gdzie jesteśmy, dokąd zmierzamy?* „Psychoonlologia" 2006. T. 10, nr 1.

Walden-Gałuszko K. de, *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 2011, dodr. 2015.

Walden-Gałuszko K. de, *U kresu. Opieka paliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi.* Gdańsk: Wyd. Med. MAKmed, 2000.

Walewski P., *Recepta na zimne nóżki*, „Polityka", 2014, nr 9,

Walker A., Foster L. (eds.), *The political economy of ageing and later life: Critical perspectives*. Cheltenham: Edward Elgar Publ., 2014

Walker R. i współprac., *Age-dependency in hunting ability among the Ache of eastern Paraguay*. "Journal of Human Evolution" 2002, vol. 42.

Wall M., Duffy A., *The effects of music therapy for older people with dementia*. "British Journal of Nursing" 2010, vol. 19 [2].

Wallace R. J., Bonnie R. B., *Elder mistreatment: Abuse, neglect and exploitation in aging America*. Washington, DC: The National Academic Press, 2003.

Waller D., *Becomin a profession: The history of art therapy in Britain 1940−1982*. London: Routledge, 1991.

Walsh K. W., Darby D., *Neuropsychologia kliniczna*. Sopot: GWP, 2014.

Walsh K. W., *Jak rozumieć uszkodzenie mózgu. Podstawy diagnozy neuropsychologicznej*. Warszawa: Wyd. Inst. Psychiatrii i Neurologii. 2001.

Walter S. i współprac., *Genetic, physiological, and lifestyle predictors of mortality in the general population*. "American Journal of Public Health" 2012, vol. 102 [4].

Waltson J. i współprac., *Cardiovascular Health Study. Frailty and activation of the inflammation and coagulation systems with and without clinical comorbidities: results from the Cardiovascular Health Study.* "Archives of Internal Medicine" 2002, vol. 162.

Waluk J., Staniszewska E., *Pracownik socjalny w wydziale zatrudnienia i spraw socjalnych*. Warszawa: Inst. Wyd. CRZZ, 1978.

Wałachowska M., *Dydaktyka specjalna – dział pedagogiki specjalnej i dydaktyki ogólnej*, w: J. Głodkowska (red.), *Dydaktyka specjalna w przygotowaniu do kształcenia uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi*. Warszawa: Wyd. APS, 2010.

Wandrasz M., *Religijność, a postawa wobec śmierci u osób przewlekle chorych*, w: J. Makselon (red.), *Człowiek wobec śmierci. Aspekty psychologiczno-pastoralne*, Kraków: Wyd. Nauk. PAT, 2005.

Wang S. S., Zakian V.A., *Telomere telomere recombination provides an express pathway for telomere acquisition*."Nature" 1990, vol. 345.

Wannamethee S.G., *Exercise really is good for you*. "Heart" 2006, vol. 92 [9].

Wantuch W., *Oda do wspólnoty – interpretacja porównawcza*. „Polonistyka, Innowacje" 2015, nr 2.

Wantuła T., *Spóźnieni…*[Kędzierzyn-Koźle: b.w., 2014].

Wańczowski A., *Księga żałoby i śmierci*. Opole: Marian Wańczowski, 1993.

Wańkowicz-Kalińska A., *Zjawiska autoimmunizacyjne*, w: J. Gołąb, M. Jakóbisiak, W. Lasek (red.), *Immunologia*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2002.

Warburton D. E. R., Nicol C. W., Bredin S. S. D., *Health benefits of physical activity: The evidence.* "Canadian Medical Association Journal" 2006, vol. 174 [6].

Warming L., Hassager C., Christiansen C., *Changes in bone mineral density with age in men and women: a longitudinal study.* „Osteoporosis International" 2002, vol. 13 [2].

Warszewska-Makuch M., *Mobbing w pracy – przyczyny i konsekwencje*. „Bezpieczeństwo Pracy" 2005, nr 3.

Wasiewicz J., *Nihilizm – w labiryncie znaczeń*, w: E. Partyga, M. Januszkiewicz (red.), *Nihilizm i nowoczesność*. Warszawa: IS PAN, 2012.

Wasiliew L., *Kulty, religie i tradycje Chin*. Warszawa: PIW, 1974.

Waskel S. A., Coleman J., *Correlations of temperament types, intensity of crisis at midlife with scores on a death scale*. "Psychological Reports" 1991, vol. 68.

Waskel S. A., *Intensity of midlife crisis on resposes to the Death Concern Scale*. "Journal of Psychology" 1992, vol. 126.

Waskel S. A., *Temperament types: Midlife death concerns, demographics, and intensity of crisis*. "Journal of Psychology" 1995, vol. 129.

Wasylewski R., *Lokalna polityka społeczna*, w: G. Firlit-Fesnak, M. Szylko-Skoczny (red.), *Polityka społeczna. Podręcznik akademicki*. Warszawa: PWN, 2008.

Waterer G. W., Kessler L., Wunderink R. G., *Delayed administration of antibiotics and atypical presentation in community-acquired pneumonia.* "Chest" 2006, vol. 130.

Watson D., *Mood and temperament*. New York: Guilford Press, 2000.

Wawrzyniak J. K., *Człowiek stary i jego wsparcie w środowisku*, w: A. Chabior, A. Fabiś, J. K. Wawrzyniak, *Starzenie i starość w perspektywie pracy socjalnej*. Warszawa: CRZL, 2014 a.

Wawrzyniak J. K., *Instytucje pomocowe i organizacje pozarządowe w pracy na zrecz osób starszych*, w: Chabior A., Fabiś A., Wawrzyniak J. K., *Starzenie się i starość w perspektywie pracy socjalnej*. Warszawa: CRZL, 2014 b.

Wawrzyniak J. K., *Opiekuńczo-wychowawcza rola dzidka w rodzinie*. „Pedagogika Rodziny" 2011, nr 2.

Wawrzyniak J. K., *Seksualność osób „50 plus". Wybrane konteksty analizy zjawiska*. „Edukacja Dorosłych" 2011, nr. 1.

Wawrzyniak J. K., *Starość i starzenie się*, w: A. Chabior, A. Fabiś, J. K. Wawrzyniak, *Starzenie i starość w perspektywie pracy socjalnej*. Warszawa: CRZL, 2014 c.

Wawrzyniak J.K., *Opiekuńczo-wychowawcza rola dziadków w rodzinie*. „Pedagogika Rodziny" 2011, nr 1.

Wądołowska K., *Obraz typowego Polaka w starszym wieku.* [Komunikat z badań CBOS, nr BS/2/2010]. Warszawa: CBOS, 2010.

Wciórka B., *Czy zmienia się stosunek Polaków do starości?* [Komunikat z badań CBOS nr BS/33/07]. Warszawa: CBOS, 2007.

Wciórka J., *Psychopatologia*, w: A. Bilikiewicz i współprac. (red.), *Psychiatria*. Wrocław: Wyd. Med. Urban & Partner, 2002, t. 1.

Wciórka J., Pużyński S., *Narzędzia oceny stanu psychicznego*, w: J. Rybakowski, S. Pużyński, J. Wciórka (red.): *Psychiatria*, t. 1: *Podstawy psychiatrii*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner, 2010.

Wczesne rozpoznawanie i leczenie otępienia typu Alzheimera. Stanowisko Interdyscyplinarnej Grupy Ekspertów Rozpoznawania (i Leczenia) Otępień [IGERO]. Gdańsk: MAKmed, 1999.

Wdowiak L., Budzyńska-Kapczuk A., *Wielkie problemy geriatryczne – zaburzenia mobilności, równowagi i upadki*. „Pielęgniarka i Położna" 2004, vol. 46 [8].

Wdowiak L., *Opieka psychiatryczna nad człowiekiem starym*. „Szpitalnictwo Polskie" 1967, nr 6.
Webb W., *Understanding weightless technology, equipment, and network deployment for M2M communications in white space*. Cambridge: Cambridge Univ. Press, 2012.
Webb W., *Understanding weightless technology, equipment, and network deployment for M2M communications in white space*. Cambridge: Cambridge Univ. Press, 2012.
Weber I., Streib G. F., *The sociology of aging and the aged*. Michigan: Univ. of Michigan, Inst. of Social Gerontology, 1959.
Weber M. A., i współprac., *Local oestrogen for pelvic floor disorders: A systematic review*. "PLoS One" 2015, vol. 10 [9].
Webster J. D., *A new measure of time perspective: initial psychometric findings for the balanced time perspective scale* (BTPS). "Canadian Journal of Behavioural Science", 2011, vol. 43 [2].
Wecker L. i współprac., *Brody's Human Pharmacology*. Philadelphia Mosby Elsevier, 2010.
Wehling M. (Hrsg.), *Drug therapy for the elderly*. Wien: Springer, 2013.
Wehling M., Burkhardt H., *Arzneitherapie für Ältere*. 2. Aufl. Heidelberg: Springer-Verlag, 2011.
Wehling M., *Multimorbidity and polypharmacy: how to reduce the harmful drug load and yet add needed drugs in the elderly? Proposal of a new drug classification: fit for the aged*. "Journal of the American Geriatric Society" 2009, vol. 57.
Weibel P., *Ars electronica*… „Art & Designe" 1994, vol. 9 [11–12].
Weihrauch B., *Hospizarbeit und Ehrenamt*. "Public Health Forum" 2013, vol. 21 [3].
Weinberg M. S., *The aging male homosexual*. "Medical Aspects of Human Sexuality" 1969, vol. 3 [12].
Weinberger B. i współprac., *Immunology and aging*, w: *Hazzard's geriatric medicine and gerontology*. Wyd. 6. New York: McGraw-Hill, 2009.
Weinert B. T., Timiras P. S., *Invited review: Theories of aging*. "Journal of Applied Physiology" 2003, vol. 95 [4].
Weintraub D., Ruskin P. E., *Posttraumatic stress disorder in the elderly: A review*. "Harvard Review of Psychiatry" 1999, vol. 7 [3].
Weismann A., *Essays upon heredity and kindred biological problems* [1889]. Wyd. 2. Ocford: Clarendon Press., 1891.
Weismann A., *Studies in the theory of descen*t. London: S. Low, Marston, Searle, & Rivington, 1882, 2 t.
Weismann A., *Über Leben und Tod.* Jena: Verlag von Gustav Fisher, 1892.
Weiss C., Leff B., *Ambulatory and outpatient care*, w: R. Schultz i współprac. (eds.), *The Encyclopedia of Ageing*. New York: Springer, 2006.
Weiss D., Lang F. R.,*Thinking about my generation: Adaptive effects of a dual age identity in later adulthood*. "Psychology and Aging" 2009, vol. 24 [3].
Weiss P. L. i współprac., *Virtual reality applications in neurorehabilitation*, w: M. Selzer i współprac. (eds.), *Textbook of neural repair and rehabilitation*. Cambridge: Cambridge Univ. Press, 2014.
Weissbrot-Koziarska A., *Poradnictwo socjalne dla rodzin ubogich*, w: M. Czechowska- Bieluga, A, Kanios, L. Adamowska (red.), *Nowe przestrzenie działania w pracy socjalnej w wymiarze etyczno-prakseologicznym*. Kraków: Ofic. Wyd. „Impuls", 2010.
Weissbrot-Koziarska A., *Poradnictwo socjalne dla rodzin. Podręcznik akademicki.* Opole: Wyd. Uniw. Opolskiego, 2014 a.
Weissbrot-Koziarska A., *Pracownik socjalny w sytuacji konfliktu wartości – walczyć czy dać sobie spokój?*, w: A. Stefańska, A. Knocińska, E. Kwiatkowska (red.), *Konflikt – negocjacje – kultura – komunikacja. Psychospołeczne uwarunkowania i aplikacje.* Toruń: Wyd. Adam Marszałek, 2014 b.
Weissbrot-Koziarska A., *Współczesne problemy społeczne jako wyzwanie dla etyki zawodowej pracowników socjalnych*, w: M. Czechowska-Bieluga, A. Kanios (red.), *Współczesne oblicza pomocy społecznej i pracy socjalnej*. Lublin: Wyd. UMCS, 2014 c.
Weng W., *Respiratory system*, w: F. E. Sieber (ed.), *Geriatric anesthesia*. New York: McGraw-Hill Inc., 2007.
Wengler L. i współprac. (red.), *Nauki o zdrowiu. Architektonika dziedziny. Medyczne konotacje*. Gdańsk: Pol. Tow. Programów Zdrowotnych, 2102, t. 4.
Wengler L. i współprac. (red.), *Nauki o Zdrowiu. Architektonika Dziedziny. Medyczne Konotacje.* Gdańsk: Wyd. PTPZ, 2012, t. 4.
Wensauer M., Grossmann K. E., *Attachment theoretical considerations as to research on life \\\ satisfaction and individual future orientation in old age*. "Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie" 1998, vol. 31 [5].
Wernher I., Lipsky M. S., *Psychological theories of aging*. "Disease-a-Month" 2015, vol. 61 [11].
Weron E. (red.), *O godną starość. Refleksje człowieka wierzącego*. Poznań: Pallottinum, 2000.
Wesołowski S., *Astma*, w: A. Szczeklik (red.), *Choroby wewnętrzne*. Kraków: Wyd. Medycyna Praktyczna, 2014.

Westendorp R., *Growing older without growing old*. Melbourne–London: Scribe Publ., 2014.
Wetterling T., Kanitz R. D, Borgis K. J., *The ICD-10 criteria for vascular dementia*. "Dementia", 1994, vol. 5 [3–4]
Wharton R. N., *Zaburzenia nastroju*, w: L. P. Rowland, T. A. Pedley (red.), *Neurologia Merritta*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner, 2012, t. 3.
Wheeler B. L., *Psychoterapeutyczna klasyfikacja praktyk muzykoterapeutycznych…* „Terapia przez Sztukę" 2010, vol. 1 [2].
Whelan C. T., Maître B. (2009). Europeanization of inequality and European reference groups. *Journal of European Social Policy, 19*(2), 117-130.
Whitbourne S. K., *The me I know: A study of adult identity*. New York: Springer-Verlag. 1986.
White S. L., *Empirical psychology, transcendental phenomenology, and the self*, w: M. Maraffa, M. De Caro, F. Ferretti (eds.), *Cartographies of the mind*. New York. Springer; 2007.
Whitebird R. R. i współprac., *Diagnostyka i leczenie depresji*, w: T. Rosenthal, B. Naughton, M. Williams M. (red), *Geriatria*. Lublin: Wyd. Czelej, 2009.
Whorf B. L., *Język, myśl i rzeczywistość*. Warszawa: PIW, 1982.
Wiatrowska L., *Moderacja i aksjologiczne/edukacyjne preferencje*, w: M. Wnuk-Olenicz (red.), *Problemy i szanse rozwoju osób starszych w społeczeństwie polskim*. Toruń: Wyd. Adam Marszałek, 2015.
Wiącek M. i współprac., *The changes of bone mineral density in relation to Body Mass Index and aging among Polish and different ethnic women in the United States: Cross-sectional studies.* "Journal of Clinical Densitometry". 2010, vol. 13 [3].
Widak A. (red.), *Srebrna gospodarka szansą dla Małopolski*. Kraków: Urząd Marszałkowski, 2015.
Widera-Wysoczańska A., *Rozmowy o przemijaniu: hermeneutyczna analiza psychologiczna doświadczeń człowieka*. Wrocław: Wyd. Uniw. Wrocł., 2000.
Wider-Wysoczańska A., *Spojrzenie dziecka na zagadnienia śmierci i umierania*. "Przegląd psychologiczny" 1990, nr 3.
Widłak-Piernikowa T. (red.), *Wielki słownik medyczny*. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 1996.
Widok N., *Refleksje o sobie samym w korespondencji starego Grzegorza z Nazjanzu*. „Vox Patrum" 2011, z. 56.
Wieczorkiewicz A., *Antropologiczne sensy drogi*. „Kultura i Społeczeństwo", 1996, nr 4.
Wieczorkowska M., *Reklama wobec starości*, w: P. Szukalski, J. Kowaleski (red.), *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*. Łódź: Wyd. UŁ, 2006.
Wieczorkowska-Tobis K., Grześkowiak E., *Farmakoterapia geriatryczna*. „Czasopismo Aptekarskie" 2008, vol. 15 [2].
Wieczorkowska-Tobis K., *Zmiany narządowe w procesie starzenia.* „Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej" 2008 b, vol. 118.
Wieczorowska Tobis K., Rajska-Neumann A., Grześkowiak E., *Metody unikania jatrogenii na przykładzie leków stosowanych w chorobach układu sercowo-naczyniowego*. „Geriatria" 2009, vol. 3.
Wieczorowska-Tobis K. i współprac., *Kompleksowa ocena geriatryczna jako narzędzie do analizy stanu funkcjonalnego pacjenta starszego*. „Geriatria Polska" 2006, vol. 2.
Wieczorowska-Tobis K. i współprac., *Występowanie niedokrwistości w populacji starszych Polaków*, w: Mossakowska M, Więcek A, Błędowski P. (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Poznań: Wyd. Termedia, 2012.
Wieczorowska-Tobis K., Grodecka-Gazdecka S., *Pacjent onkologiczny – geriatryczny punkt widzenia*. „Geriatria" 2010, nr 4.
Wieczorowska-Tobis K., Grześkowiak E., *Farmakoterapia geriatryczna*. „Czasopismo Aptekarskie" 2008, nr 2.
Wieczorowska-Tobis K., Grześkowiak E., Jóźwiak A., *Farmakoterapia geriatryczna.* Warszawa: Wyd. AM, 2008.
Wieczorowska-Tobis K., Jóźwiak A., Kropińska S., *Analiza potencjalnych błędów farmakoterapii geriatrycznej w oparciu o kryteria Beersa u chorych wypisywanych do domu po hospitalizacjach z przyczyn internistycznych.* „Geriatria" 2008, vol. 2.
Wieczorowska-Tobis K., Kostka, T., Borowicz A. M. (red.), *Fizjoterapia w geriatrii.* Warszawa: PZWL, 2011.
Wieczorowska-Tobis K., *Obraz kliniczny zapalenia płuc u osób w podeszłym wieku*. „Gerontologia Polska" 2008 a, vol. 16 [2].
Wieczorowska-Tobis K., *Podstawowe pojęcia geriatrii i gerontologii*, w: K. Wieczorowska-Tobis, T. Kostka, A. Borowicz (red): *Fizjoterapia w geriatrii*. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 2011.
Wieczorowska-Tobis K., Rajska-Neumann A. *Hipotonia ortostatyczna u starszych pacjentów.* „Geriatria Polska" 2006, nr 2.
Wieczorowska-Tobis K., Rajska-Neumann A., Grześkowiak E., *Metody unikania jatropatogenii na przykładzie leków stosowanych w chorobach układu sercowo-naczyniowego*. „Geriatria" 2009, vol. 3.
Wieczorowska-Tobis K., Rajska-Neumann A., *Pułapki farmakoterapii geriatrycznej*. „Terapia" 2010, nr 10.

Wieczorowska-Tobis K., *Specyfika pacjenta starszego*, w: K. Wieczorowska-Tobis, T. Kostka (red.), *Fizjoterapia w geriatrii*. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 2010.

Wieczorowska-Tobis K., Specyfika pacjenta starszego, w: K. Wieczorowska-Tobis, T. Kostka, A. M. Borowicz (red.), *Fizjoterapia w geriatrii*. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 2010.

Wieczorowska-Tobis K., Stogowski A., *Związek starzenia z niepełnosprawnością*. „Gerontologia Polska" 2014, nr. 3

Wieczorowska-Tobis K., Talarska D. (red.), *Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne*. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 2008, dodr. 2015.

Wieczorowska-Tobis K., Talarska D., *Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne.* Warszawa: PZWL, 2008.

Wieczorowska-Tobis K., *Zmiany narządowe w procesie starzenia się*. „Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej" 2008, vol. 118 [Suppl.].

Wieland i współprac., *The interdisciplinary team in geriatrics*. "American Behavioral Sciences" 1996, vol. 39.

Wielojęzyczny słownik demograficzny. Wersja polska. Warszawa: PWE, 1966.

Wierszyłowski J., *Psychologia muzyki*. Wyd. 2. Warszawa: PWN, 1981;

Wiesmann W. P., Draghic M. N., Pranger L. A., *Telemedicine in evolution: Implications for expeditionary medicin*, w: G. H. Bledsoe, M. J. Manyak, D. A. Townes (eds.), *Expedition and wilderness medicine*. Cambridge: Cambridge Univ. Press, 2008.

Wiesmann W. P., Draghic M. N., Pranger L. A., *Telemedicine in evolution: Implications for expeditionary medicin*, w: G. H. Bledsoe, M. J. Manyak, D. A. Townes (eds.), *Expedition and wilderness medicine*. Cambridge: Cambridge Univ. Press, 2008.

Więckowska B., *Ubezpieczenia pielęgnacyjne*. Warszawa: Ofic. Wyd. SGH, 2008.

Więckowska E., *Umieranie i śmierć w instytucjach medycznych – instytucjonalizacja śmierci*, w: J. Barański, W. Piątkowski (red.), *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*. Wrocław: „Atut" Wrocł. Wyd. Oświatowe, 2002.

Wiggins J., Patel S. R., *Changes in kidney function*, w: J. B. Halter i współprac. (eds.), *Hazzard's geriatric medicine and gerontology*. Wyd. 6. New York:. McGraw-Hill, 2009.

Wight R. G. I współprac., *Stress and mental health among midlife and older gay-identified men.* "American Journal of Public Health" 2012, vol. 102 [3].

Wiktor K. i współprac., *Wybrane metody oceny czynnościowej (funkcjonalnej) w praktyce lekarskiej*. „Annales Academiae Medicae Silesiensis" 2010, vol. 64 [5–6].

Wilcock A. A., *Active ageing: dream or reality?* "New Zealand Journal of Occupational Therapy" 2007, vol. 54 [1]

Wilczyńska W., Michońska-Stadnik A., *Metodologia badań w glottodydaktyce. Wprowadzenie.* Kraków: Wyd. Avalon, 2010.

Wiley D., Bortz W. M., *Sexuality and aging – usual and successful*. "The Journals of Gerontology" [Biological Sciences & Medical Sciences] 1996, vol. 51.

Wilken J. i współprac., *Decrements in vigilance and cognitive functioning associated with ragweed-induced allergic rhinitis*. "Annals of Allergy, Asthma and Immunology" 2002, vol. 89.

Willert Ch. i współprac., *Frühmanifestation einer frontotemporalen Demenz*. "Nervenarzt" 2000, vol. 71 [4].

Williams A., *QALYs and ethics: A health economist's perspective.* "Social Science and Medicine" 1996, vol. 43 [12].

Williams B., *Sprawa Makropulos: Refleksje nad nudą nieśmiertelności*, w: B. Williams, *Ile wolności powinna mieć wola i inne eseje z filozofii moralnej*. Warszawa: Fundacja Aletheia, 1999.

Williams D. A., Clauw D. J., *Directions in pain research: Contemporary questions and methods*, w: M. H. Ebert, R. D. Kerns (eds.), *Behavioral and psychopharmacologic pain management,* 446-458. Cambridge: Cambridge Univ. Press, 2011.

Williams G. C., *Pleiotropy, natural selection, and the evolution of senescence*. "Evolution" 1957, vol. 11.

Williams G. Ch., *Adaptation and natural selection: A critique of some current evolutionary thought*. Proncenton, NJ: Princeteon Univ. Press, 1966.

Williams L. M. i współprac., *The mellow years?: Neural basis of improving emotional stability over age*. "Journal of Neuroscience" 2006, vol. 26.

Williams M. E., *Kontakt z pacjentem w starszym wieku*, w: Th. Rosenthal, B. Naughton, M. E. Williams (red.), *Geriatria.* Lublin: Wyd. Czelej, 2009.

Williams M. i współprac., *Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease: A study of patients with hypertension and diabetes*. "Archives of Internal Medicine" 1998, vol. 158 [2].

Willis S. L., *Competence*, w: R. Schulz, (ed.), *The encyclopedia of aging*. New York: Springer, 2006, vol. 1.

Willis S. L., Schaie K. W., 1986, *Practical intelligence in later adulthood* [w:] R. Sternberg, R. Wagner, (red.), *Practical intelligence. Nature and Origins of Competence in the Everyday World*, Cambridge University Press, Cambridge.

Wilmowska-Pieruszyńska A. *Niepełnosprawność i niezdolność do samodzielnej egzystencji*, w: J. Hrynkiewicz (red.) *O sytuacji ludzi starszych*. Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa, 2012.

Wilmowska-Pietruszyńska A., Bilski D., *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia.* „Niepełnosprawność – Zagadnienia, Problemy, Rozwiązania" 2013, nr 2.

Wilowski A., *Weź, pokochaj smoka. Rzecz o umieraniu dzieci*. Warszawa: Wyd. Księży Marianów, 2004.

Wilson E. O., *O naturze ludzkiej*. Warszawa: PIW, 1988

Winbald B. i współprac., *Mild cognitive impairment – beyond controversies, towards a consensus: Report of the International Working Group on Mild Cognitive Impairment*. "Journal of Internal Medicine" 2004, vol. 256.

Winch B., *Główne problemy wsparcia psychicznego rodziny chorego onkologicznie*. [Niepublikowany referat IX Ogólnopolskiej Konferencji Onkologicznej]. Gdańsk 2007.

Windak A. i współprac. (red.), *Medycyna w praktyce*. Wyd. 3. Warszawa: Wyd. Bonnier Business Polska, 2015.

Wink P., Helson R., *Personality change in women and their partners*. "Journal of Personality and Social Psychology" 1993.

Winkler B., *Ból nowotworowy jako zjawisko somatopsychiczne*, w: B. Siwek, J. Peszyński (red.), *Problemy medycyny paliatywnej w onkologii. Praca zbiorowa*. Lublin: LWP, 1996.

Winnick J. P. (ed.), *Adapted physical education and sport*. Champaign, IL: HKP, 2011.

Wino, głodówka i seks. Rozmowa z Jerzym Vetulanim. Rozmowę przeprowadziła Martyna Harland. „Gazeta Wyborcza – Magazyn Świąteczny" nr z 9.05.2015 r.

Wirdefeldt K. i współprac., *Epidemiology and etiology of Parkinson's disease: A review of the evidence.* "European Journal of Epidemiology" 2011, vol. 26 [1].

Wiszniakowa N., *Akmeologia kreatywna. Psychologia rozwoju ludzkich możliwości twórczych*. Łódź: Inst. Postępowania Twórczego, 2003.

Wiśniewska-Roszkowska K, *Pochwała starości.* [Struga:] „Michalineum", 1994.

Wiśniewska-Roszkowska K. (red.), *Geriatria*. Warszawa: PZWL, 1971.

Wiśniewska-Roszkowska K. (red.), *Geriontologoa dla pracowników socjalnych*. Wyd. 2. Warszawa: PZWL, 1987.

Wiśniewska-Roszkowska K., *Asceza, moralność, zdrowie*. Warszawa: Inst. Wyd. PAX, 1980, Wyd. 2. 1983.

Wiśniewska-Roszkowska K., *Druga i trzecia miłość kobiety*. Wyd. 6. Warszawa: PZWL, 1990, nowe Wyd. Warszawa: „Interspar", 1998.

Wiśniewska-Roszkowska K., Jedynecki A., Ziółkowski W., *Bądź sprawny przez całe życie. Gimanstyka dla osób starszych o różnym stopniu sprawności*. Wyd. 2. Warszawa: PZWL, 1983.

Wiśniewska-Roszkowska K., *Medycyna w walce ze starością.* Warszawa: PZWL, 1972.

Wiśniewska-Roszkowska K., *Nowe życie po* sześćdziesiątce. Warszawa: IWZZ, 1986, Wyd. 2. Wrocław: „Tum". 1994.

Wiśniewska-Roszkowska K., *Problemy pomocy lekarskiej dla ludzi starych*. Warszawa: SGPiS, 1970.

Wiśniewska-Roszkowska K., *Rewitalizacja i długowieczność czyli odmłodzenie*. Poznań: Wyd. CUW „Różdżkarz", 1990.

Wiśniewska-Roszkowska K., *Starość jako* zadanie. Warszawa: Inst. Wyd. PAX,1989,

Wiśniewska-Roszkowska K., *Stary człowiek w rodzinie*. Warszawa: PZWL, 1975.

Wiśniewska-Roszkowska K., *Wiek, płeć, zdrowie*. Warszawa: PZWL, 1969.

Wiśniewska-Roszkowska K., *Zagadnienia geriatryczne w klinice chorób wewnętrznych*. Warszawa: PZWL, 1964.

Wiśniewska-Roszkowska K., Zgirski A. *Starość, metabolizm, rewitalizacja*. Warszawa: PZWL, 1973.

Wiśniewski B., *Człowiek stary poza edukacją*, w: L. Buliński (red.), *Realność złego starzenia się. Poza polityczną i społeczną powinnością*. Toruń: Wyd. Adam Marszałek, 2015.

Wit Z., *Ars moriendi dawniej i dziś.* „Studia Liturgiczne" 2012, t. 8.

Witczyk H., *Patriarcha – świadek Boga i źródło mądrości życia*, w: S. Kruk, E. Flis-Czerniak (red.), *Dojrzewanie do pełni życia. Starość w literaturze polskiej i obcej*. Lublin: Wyd. UMCS, 2006.

Withnall A., Field J., Leicester M., *Lifelong learning: Learning across the lifespan…* London: Psychology Press, 2003.

Witiuk-Misztalska A., Misztalski T., *Pozagenetyczne czynniki kształtujące proces korzystnego starzenia — spojrzenie geriatry*. „Chowanna" 2009, t. 2.

Witkowski G., Ryglewicz D., *CT perfuzyjne w ostrym okresie udaru niedokrwiennego mózgu – czy może zastąpić ocenę penumbry za pomocą MRI?* „Polski Przegląd Neurologiczny" 2008, vol. 4 [Supl. A].

Witkowski J. M., *Mechanizmy starzenia się układu odpornościowego a niektóre choroby wieku podeszłego.* „Postępy Biochemii" 2014, vol. 60 [2].

Witkowski J. M., *Mechanizmy starzenia się układu odpornościowego a niektóre choroby wieku podeszłego*. „Postępy Biochemii" 2014, vol. 60 [2].

Witkowski L., *Niewidzialne środowisko. Pedagogika kompletna Heleny Radlińskiej jako krytyczna ekologia idei, umysłu i wychowania. O miejscu pedagogiki w przełomie dwoistości w humanistyce*. Kraków: Ofic. Wyd. „Impuls", 2014.

Witkowski L., *Wyzwania autorytetu w praktyce społecznej i kulturze symbolicznej (przechadzki krytyczne w poszukiwaniu dyskursu dla teorii)*. Kraków: Ofic. Wyd. „Impuls", 2009.

Wizner B. i współprac., *Ocena stanu funkcjonalnego u osób w starszym wieku*, w: M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.), *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Poznań: Termedia Wyd. Med., 2012.

Wkład UE w propagowanie aktywnego starzenia się i solidarności między pokoleniami. Luksemburg: Urząd Publikacji UE, 2012.

Włodarczyk J., Strabel W., *Specjalne formy budownictwa mieszkaniowego*. Katowice: Wyd. Arch-Urbs, 1991.

Wnuk M. i współprac., *Przegląd koncepcji jakości życia w naukach społecznych*. „Hygeia Public Health" 2013, vol. 48 [1].

Wnuk W., *Poradnictwo dla osób starszych wyzwaniem dla andragogiki*, w: J. Maciejewski, W. Horyń (red.), *Nauczyciel andragog u progu XXI wieku*. Wrocław: Wyd. Uniw. Wrocł., 2002.

Wnuk W., *Potencjał osób starszych*. „Alter Ego Seniora: 2013, vol. 1 [4].

Wnuk W., *Różne obszary opieki nad ludźmi starszymi. Implikacje edukacyjne*, w: W. Horyń, J. Maciejewski (red.), *Nauczyciel andragog w społeczeństwie wiedzy*. Wrocław: Wyd. Uniw. Wrocł., 2007.

Wodzik J., *Czy kobieta istnieje? Spór o pojęcie kobiecości …* Warszawa: IW KiP, 2016.

Wojciechowska K., Steuden S., *Mądrość życiowa a jakość życia w okresie późnej dorosłości*, w: P. Brudek i współprac. (red.), *Oblicza starości we współczesnym świecie. Perspektywa psychologiczno-medyczna*. Lublin: Wyd. KUL, 2015, t. 1.

Wojciechowska L., *Dobrostan psychiczny adolescenta w obliczu realizacji rozwojowych zadań społecznych*, w: D. Borecka-Biernat (red.), *Zaburzenia w zachowaniu dzieci i młodzieży w kontekście trudnych sytuacji szkolnych i pozaszkolnych*. Kraków: Ofic. Wyd. „Impuls", 2011.

Wojciechowska M., Sadowska A. (oprac.), *Doskonalenie umiejętności i jakości opieki nad osobami z chorobą Alzheimera*. Warszawa: Pol. Stow. Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera, 2001.

Wojciechowski F., *Przestrzeń życiowa w niepełnosprawności człowieka*, w: K. D. Rzedzicka, A. Kobylańska (red.), *Dorosłość, niepełnosprawność, czas współczesny. Na pograniczach pedagogiki specjalnej.* Kraków: Ofic. Wyd. „Impuls", 2003.

Wojciechowski K., *Andragogika,* w: K. Wojciechowski (red.), *Encyklopedia oświaty i kultury dorosłych*. Wrocław: Zakł. Nar. im. Ossolińskich, 1986.

Wojciechowski K., *Oświata ludowa 1863–1905 w Królestwie Polskim i Galicji*. Warszawa: „Czytelnik", 1954.

Wojciszke B., *Człowiek wśród ludzi. Zarys psychologii społecznej,* Warszawa: Wyd. Scholar, 2006.

Wojnar I., *Teoria wychowania estetycznego. Zarys problematyki*. Wyd. 4. Warszawa: Wyd. Akad. „Żak", 1995.

Wojszel Z. B. *Niedożywienie jako problem geriatryczny*, w: K. Wieczorowska-Tobis, D. Talarska (red.), *Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. Podręcznik dla studiów medycznych*. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 2008.

Wojszel Z. B., Bień B., Przydatek M., *Wielkie problemy geriatryczne: III. Zespoły otępienne.* „Borgis – Medycyna Rodzinna" 2001, vol. 3 [2].

Wojszel Z. B., *Geriatryczne zespoły niesprawności i usługi opiekuńcze w późnej starości. Analiza wielowymiarowa na przykładzie wybranych środowisk województwa podlaskiego.* Białystok: Wyd. Trans Humana, 2009.

Wojszel Z. B., *Niedożywienie i dylematy leczenia żywieniowego w geriatrii.* „Postępy Nauk Medycznych" 2011, vol. 24 [8].

Wojszel Z. B., *Postępowanie w niedożywieniu kaloryczno-białkowym w wieku starszym.* „Nowa Klinika" 2013, vol. 20.

Wojszel Z. B., *Research instruments and scales applied*, w: B. Bień (ed.), *Family caregiving for the elderly in Poland*. Białystok: Wyd. Uniwersyteckie Trans Humana, 2006.

Wojszel Z., Bień B., *Falls amongst older people living in the community*. "Roczniki Akademii Medycznej w Białymstoku" 2004, vol. 49.

Wojtasik B. Kargulowa A., (red.), *Doradca – profesja, pasja, powołanie?* Warszawa: Stow. Doradców Szkol. i Zaw. RP, 2003.

Wojtasik B., Refleksje na temat stanu polskiego poradnictwa. „Studia Poradoznawcze" 2012, nr 1.

Wojtasik B., *Warsztat doradcy zawodu. Aspekty pedagogiczno-psychologiczne*. Warszawa, Wyd. Szk. PWN, 1997.

Wojtasik i współprac., *Składniki* mineralne, w: M. Jarosz (red.), *Normy żywienia dla populacji polskiej – nowelizacja*. Warszawa: Inst. Żywności i Żywienia, 2012.

Wojtowicz A., *Stomatologia geriatryczna*., „Puls. Miesięcznik Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie" 2007, nr 1.

Wojtulewicz T., *Rola psychologa przy umierających*, w: A. Biela i współprac. (red.), *Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne*. Lublin" KUL, 1996.

Wolańska E., *Zaburzenia funkcji językowych w chorobach i zespołach otępiennych. Rola i cele logopedii wieku podeszłe*go. „Poradnik Językowy" 2015, nr 5.

Wolańska E., *Zaburzenia funkcji językowych w chorobach i zespołach otępiennych. Rola i cele logopedii wieku podeszłe*go. „Poradnik Językowy" 2015, nr 5.

Wolańska E., *Zaburzenia funkcji językowych w chorobach i zespołach otępiennych. Rola i cele logopedii wieku podeszłe*go. „Poradnik Językowy" 2015, nr 5.

Wolański N., *Rozwój biologiczny człowieka. Podstawy auksologii, gerontologii i promocji zdrowia*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2012.

Wolański N., *Rozwój biologiczny człowieka. Podstawy auksologii, gerontologii i promocji zdrowia*. Wyd. 8. Warszawa: PWN; 2012.

Wolański N., *Rozwój biologiczny człowieka*. Warszawa: PWN, 2006.

Wolf A. S., *Altern und Hormone*, w: T. Rebe, T. Strowitzki (Hrsg.), *Lifestyle un Anti-Aging- Medicine*. Baden-Baden: Randezvous Verlag, 2002.

Wolf D., *Pokonać samotność*. Warszawa: Czytelnik, 1995.

Wolf R., *Elder abuse and neglect: History and concepts*, w: R. J. Bonnie and R. B. Wallace (eds.), *Elder mistreatment*… Washington. DC: National Academies Press, 2003.

Wolfe D. M., O'Connor D. J., Crary M.,*Transformations of life structure and personal paradigm during the midlife transition*. "Human Relations" 1990, vol. 43.

Wolinsky F. D. i współprac., *Measurement of the global and functional dimensions of health status in the elderly*, "Journal of Gerontology" 1984, vol. 39 [1].

Wolnicka K., Rychlik E., *Praktyczne wskazówki do realizacji zaleceń żywieniowych dla osób w wieku starszym*, w: *Żywienie osób w wieku starszym*. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 2011.

Wolny M., *Językowy obraz starości ludzi i zwierząt w polszczyźnie*, w: Dąbrowska A. (red.), *Opozycja homo-animal w języku i kulturze* Wrocław: Wyd. Uniw. Wrocł., 2003 [Seria: „Język a Kultura", t. 15].

Wolny M., *Językowy obraz starości ludzi i zwierząt w* polszczyźnie. „Język a Kultura" 2003, t. 15.

Wolontariat w organizacjach i inne formy pracy niezarobkowej poza gospodarstwem domowym. Warszawa: GUS, 2011.

Wolska D. (red.), *Osoby niepełnosprawne w drodze ku dorosłości*. Kraków: Wyd. nauk. UP, 2014.

Wolska O. i współpr., *Rehabilitacja seniorów – aspekty kliniczne i planowanie terapii.* „Polish Annals of Medicine" 2009, vol. 16 [1].

Wolski Z. i współprac., *Samocewnikowanie w leczeniu pacjentów z dysfunkcją neurogenną pęcherza moczowego*. „Przegląd Urologiczny" 2013, nr 4.

Wolter [Voltaire], *Powiastki filozoficzne*. Warszawa: PIW, 1985.

Wołk Z., *Seniorzy wobec instytucji pomocy*, w: M. Dzięgielewska (red.), *Przestrzeń życiowa i społeczna ludzi starszych*. Łódź: ITE, 2000.

Wołowicka L, Trojanowska L. (red.), *Anestezja geriatryczna*. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 2010.

Wołowicka L., *Znieczulenie ogóle w wieku podeszłym*, w: L. Wołowicka, L. Trojanowska (red.), *Anestezja geriatryczna*. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 2010 a.

Wołowicka L., *Znieczulenie przewodowe w wieku podeszłym*, w: L. Wołowicka, L. Trojanowska (red.), *Anestezja geriatryczna*. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 2010 b.

Wong Y. Y. i współprac., *Low Vitamin D status is an independent predictor of increased frailty and all-cause mortality in older men: The Health Men Study*. "The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism" 2013, vol. 98 [9].

Woodhead M., *Pneumonia in the elderly*. "Journal of Antimicrobial Chemotherapy" 1994, vol. 34 [Suppl. 34].

Woodruff D. S., Birren J. E. (eds.), *Aging: Scientific perspectives and social issues*. Wyd. 2. Monterey, CA: Brooks-Cole, 1983.

Woods N. F., Mitchell E. S. i Smith-Di J, K., *Sexual desire during the menopausal transition and early postmenopause: Observations from the Seattle Midlife Women's Health Study*. "Journal of Women's Health" 2010, vol. 19 [2].

Woodward K., *Against wisdom: The social politics of anger and* aging. "Journal of Aging Studies" 2003, vol. 17 [1].

Worach-Kardas H. *Fazy życia zawodowego i rodzinnego*. Warszawa: IWZZ, 1988.

Worach-Kardas H., *Edward Rosset (1897–1989)*, w: L. Frąckiewicz (red.),Przeszłość dla przyszłości: Katowice; Wyd. Nauk. „Śląsk", 2001.

Worach-Kardas H., *Jerzy Piotrowski (20 VII 1907–1 XII 1983)*. „Studia Socjologiczne" 1984, nr 1.

Worach-Kardas H., *Metoda biograficzna a badanie postaw wobec czasu*, w: J. Włodarek, M. Ziółkowski (red.), *Metoda biograficzna w socjologii*. Warszawa-Poznań: PWN, 1990.

Worach-Kardas H., *Metoda biograficzna a badanie postaw wobec czasu*, w: J. Włodarek, M. Ziółkowski (red.), *Metoda biograficzna w socjologii*. Warszawa–Poznań: PWN, 1990.

Worach-Kardas H., *Praca w cyklu życia a system emerytalny*, w: D. Kotlorz (red.), *Współczesny rynek pracy. Wybrane prob*lemy. Katowice: Wyd. AE, 2011.

Worach-Kardas H., *Starość w cyklu życia. Społeczne i zdrowotne oblicza późnej dorosłości.* Katowice: Wyd. Nauk. „Śląsk", 2015.

Worach-Kardas H., *Starość w cyklu życia. Społeczne i zdrowotne oblicza późnej dorosłości*. Katowice: Wyd. Nauk. „Śląsk", 2015.

Worach-Kardas H., *Starość w cyklu życia. Społeczne i zdrowotne oblicza późnej dorosłości*. Katowice: Wyd. Nauk. „Śląsk", 2015.

Worach-Kardas H., *Wiek a pełnienie ról społecznych*. Warszawa−Łódź: PWN, 1983.

Worach-Kardas H., *Wielosektorowość w polityce społecznej jej implikacje dla pracy socjalnej*, w: M. Czechowska-Bieluga (red.), *Praca socjalna. Kształcenie – działanie – konteksty,* Kraków: Ofic. Wyd. Impuls, 2010.

Worden J. W., *Grief counseling and grief therapy*. New York: Springer, 1991.

World Health Organization. *Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis.* Geneva: WHO, 1994.

World Health Organization: *Rehabilitation of patients with cardiovascular disease. Report of a WHO expert committee.* "WHO Technical Report Series" 1964, nr 270.

Woynarowska B. (red.), *Zdrowie i szkoła*, Warszawa, 2000, PZWL,

Woynarowska B., *Edukacja zdrowotna,* Warszawa 2007, PZWL.

Woynarowska B., *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki.* Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2012.

Woynarowska B., *Zasady programowania i wykonywania testów przesiewowych u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym*, w: M. Jodkowska, B. Woynarowska (red.), *Testy przesiewowe u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym…* Warszawa: Instytut Matki i Dziecka, 2002.

Woźniak B., Tobiasz-Adamczyk B., Brzyska M., *Promocja zdrowia wśród osób starszych Polsce w świetle badań przeprowadzonych w projekcie healthPROelderly…* „Problemy Higieny i Epidemiologii" 2009, vol. 90 [4].

Woźniak Z., *Problemy starzenia się i starości wyzwaniem dla polityki społecznej na progu III tysiąclecia.* „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny, 1999, t. 61 [1].

Woźniak Z., *Solidarność międzypokoleniowa w starzejącym się świecie – perspektywy i zagrożenia*. „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny" 2012, z. 3

Woźniak-Krakowian A., *Problemy wieku senioralnego na przykładzie syndromu opuszczonego gniazda – refleksje psychologiczno-socjologiczne*, w: A. Horbowski, J. Potoczny (red.), *Edukacja i animacja społeczno-kulturalna dorosłych…* Rezszów: Wyd. Uniw. Rzesz., 2007.

Woźnicka E., *Życiorys naukowy Profesor Olgi Czerniawskiej*. „Rocznik Andragogiczny" 2010.

Woźniewski M., *Kinezyterapia*, w: A. Kwolek (red.), *Rehabilitacja medyczna*. Wrocław: Wyd. Med. Urban & Partner, 2003, t. 1.

Woźniewski Z., *Polski Almanach Medyczny*. Warszawa: PZWL, 1957.

Wódz K., Czekaj K., Niesporek A., *Ludzie starzy w społeczności lokalnej. Zintegrowany system pomocy społecznej dla osób starszych*, w: J. Krzyszkowski, R. Majer (red.), *Problemy społeczne, pomoc społeczna, praca socjalna. Wymiar polski i europejski*. Częstochowa: Wyd. AV, 2004.

Wódz K., Czekaj K., Niesporek A., *Praca socjalna i pomoc społeczna wobec potrzeb ludzi starszych*, w: K. Wódz, K. Piątek (red.), *Socjologia i polityka społeczna a aktualne problemy pracy socjalnej.* Toruń: Wyd. Edukacyjne Akapit, 2004.

Wódz K., *Praca socjalna w środowisku zamieszkania*. Katowice: Wyd. Nauk. „Śląsk", 1998.

Wódz K., *Praca socjalna w środowisku zamieszkania*. Katowice: Wyd. Nauk. „Śląsk", 1995.

Wójcik, S., Brzezińska, A. I., Wilowska-Sienkiewicz, J. A., *Wizerunek życia osób starszych w oczach ich opiekunów*. „Studia Edukacyjne" 2012, nr 19.

Wrona-Polańska H., *Psychologia zdrowia w służbie człowieka – rola zasobów podmiotowych*, w: H. Wrona-Polańska (red.), *Psychologia zdrowia w służbie człowieka*. Kraków: Wyd. Nauk. UP, 2012.

Wronkowski Z., Chmielarczyk W., *Podstawy badań przesiewowych (skryningowych).* „Medycyna 2000" 1994, vol. 5 [45/46].

Wrońska M., *Kultura medialna adolescentów. Studium dostępu i zastosowań*. Rzeszów: Wyd. Uniw. Rzesz., 2012.

Wrońska M., *Kultura medialna adolescentów. Studium dostępu i zastosowań*. Rzeszów: Wyd. Uniw. Rzesz., 2012.

Wrońska M., *Od edukacji komputerowej do kultury medialnej seniorów – „komfortowe starzenie się" w społeczeństwie informacyjnym*, w: A. A. Zych (red.), *Starość darem, zadaniem i wyzwaniem. Wybór materiałów konferencyjnych*. Sosnowiec–Dąbrowa Górnicza: Stow. Przyj. DPS, Wyd. Progres, 2014.

Wroński S., *Mądrość*. Kraków: Wyd. PLUS Monika Gilbert, 2010.

Wróbel M., Zagadnienie *starości w literaturze międzytestamentalnej*. „Vox Patrum" 2011, z. 56.

Wróblewski M., *Choroba jako hybryda. ADHD w świetle teorii aktora-sieci i socjologii.* „Studia Socjologiczne" 2011, nr 4.

Wróblewski T., Miechowiecka N., *Patologia.* Warszawa: PZWL, 1993.

Wróblewski W., *Arystokratyzm Platona.* Warszawa–Poznań: PWN, 1972.

Wrzosek K., Kuch M., *Powikłania ostrego zawału mięśnia sercowego*, w: M. Dłużniewski, A. Mamcarz, P. Krzyżak (red.), *Kardiologia w praktyce – wybrane zagadnienia*. Lublin: Wyd. Czelej, 2007, t. 1.

Wu L. i współprac., *Early-onset familial Alzheimer's disease (EOFAD).* "The Canadian Journal of Neurological Sciences" 2012, vol. 39 [4].

Wujek T., *Andragogika – jej działy i związki z innymi dyscyplinami nauki*, w: M. Marczuk (red.), *Problemy i dylematy andragogiki*. Lublin–Radom: Wyd. TWWP, 1994.

Wujek T., *Andragogika i jej związki interdyscyplinarne*, w: T. Wujek (red.), *Wprowadzenie do andragogiki*. Warszawa: Wyd. ITE, 1996.

Wujek T., *Pedagogika dorosłych i nauki z nią współdziałające*, w: T. Wujek (red.), *Wprowadzenie do pedagogiki dorosłych*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 1992.

Wujtewicz M., *Znieczulenie chorych w podeszłym wieku*, w: L. Wołowicka, D. Dyk (red.), *Anestezja i intensywna opieka. Klinika i pielęgniarstwo*. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 2007.

Wybrane zagadnienia z orientacji przestrzennej niewidomych. Warszawa: PZN, 1974.

Wygnański J., *Organizacje pozarządowe w polityce społecznej i rozwoju społeczeństwa obywatelskiego – próba podsumowania i wyzwania,* w: S. Golinowska, M. Boni (red.), *Nowe dylematy polityki społecznej*. Warszawa: CASE, 2006.

Wypych-Ślusarska, Kasznia-Kocot, Słowiński, 2011;

Wysocka E., Jarosz E., *Diagnoza psychopedagogiczna. Podstawowe problemy i rozwiązania*, Wyd. Akad. „Żak", 2006.

Wysocki M., *Ambroży o starości w swoich listach*. „Vox Patrum" 2011, z. 56.

Wysokiński A., Gruszczyński W., *Współczesne koncepcje diagnostyczne, kliniczne i terapeutyczne otępienia czołowo-skroniowego*. „Psychiatria i Psychoterapia" 2008, nr 3.

Wysokiński M., Fidecki W., Gębala S., *Ocena samodzielności osób starszych hospitalizowanych na oddziałach internistycznych*. „Gerontologia Polska" 2013, nr 3.

Wysokiński M., *Zasady żywienia osób starszych*, w: *Daj nadzieję i wsparcie w jesieni życia…* Warszawa: b.w., 2013.

Wytyczne dotyczące diagnostyki i leczenia ostrych zespołów wieńcowych bez przetrwałego uniesienia odcinka ST. „Kardiologia Polska" 2011, vol. 69 [Supl.V].

Wytyczne ESC dotyczące postępowania w ostrym zawale serca z przetrwałym uniesieniem odcinka ST. „Kardiologia Polska" 2012, vol. 70 [Supl.VI].

Wytyczne ESC dotyczące postępowania w stabilnej chorobie wieńcowej w 2013 roku. „Kardiologia Polska" 2013, vol. 71 [Supl. X].

Wytyczne ESC dotyczące stymulacji serca i terapii resynchronizującej w 2013 roku. „Kardiologia Polska" 2013, vol. 71 [Supl. 5].

Xiang W. i współprac., *Antithrombotic therapy in elderly patients with non-valvular atrial fibratrial fibrillation: A pilot study.* "Clinical Interventions in Aging" 2015, vol. 10.

Yalom Y. D., *Patrząc w słońce. Jak przezwyciężyć grozę śmierci*. Warszawa: Wyd. Inst. Psychologii Zdrowia, 2008 b.

Yalom Y. D., *Psychoterapia egzystencjalna*. Warszawa: Inst. Psychologii Zdrowia, 2008 a.

Yalom, I. D., *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books, 1980.
Yan E., Tang, C. S. K., *Prevalence and psychological impact of Chinese elder abuse*. "Journal of Interpersonal Violence" 2001, vol. 16 [11].
Yancik R. i współprac. (red.), *Perspectives on prevention and treatment of cancer in the elderly*. New York: Raven Press, 1983.
Yarasheski K. E. I współaut., *Resistance exercise training increases mixed muscle protein synthesis rate in frail women and men ≥ 76 yr old.* " American Journal of Physiology" 1999, vol. 277.
Yates L. B. i wspólprac., *Exceptional longevity in men: modifiable factors associated with survival and function to age 90 years*. "Archives of Internal Medicine 2008 vol. 168 [3].
Yates P. J. i współprac., *An epidemiological study of head injuries in a UK population attending an emergency department*. "Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry" 2006, vol. 77 [5].
Yeolekar M. E., Sukumaran S., *Frailty syndrome: A review*. "Journal of the Association of Physicians of India" 2014, vol. 62.
Yesavage J. A., Brink T., Lom O., *Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report.* "Journal of Psychiatric Research" 1983, vol. 17.
Yesavage J.A. *Geriatric Depression Scale*. "Psychopharmacological Bulletin" 1988, vol. 24.
Yoshiuchi K. i współprac., *Stressful life events and smoking were associated with Graves' disease in women, but not in men*. "Psychosomatic Medicine" 1998, vol. 60 [2].
Young Y. i współprac., *Can succesful aging and chronic illness coexist in the same individual? A multidimensional concept of successful aging.* "Journal of the American Directors Association" 2009, vol. 10 [2].
Youngson R. M., *Jak nie chorować i nie starzeć się: jak walczyć z wolnymi rodnikami*. Warszawa: KiW, 1996.
Zabieglik S., *Cyceron o starości*. „Człowiek i Światopogląd" 1989, nr 10.
Zabłocki K., *Wprowadzenie do rewalidacji*. Toruń: Wyd. Adam Marszałek, 1996.
Zabrocka J., Wojszel Z. B., *Niedobór witaminy B_{12} w wieku podeszłym – przyczyny, następstwa, podejście terapeutyczne*. „Geriatria" 2013, vol. 7.
Zadoorian M., *Powrót na Route 66*. Bielsko-Biała: Wyd. Pascal, 2011.
Zadrożyńska A., *Powtarzać czas początku. O polskiej tradycji obrzędów ludzkiego życia*. Warszawa: Wyd. Spółdzielcze, 1989, cz. 2.
Zadura B., *Wiersze*. „Chimera. Magazyn literacko-kulturalny" 2014, nr 5.
Zaidi A. i współprac., *Active Ageing Index 2012: Concept, methodology and final results.* Geneva: UNECE, 2012.
Zaidi A., Stanton D., *Active Ageing Index 2014: Analytical report.* Southampton: Univ. of Southampton, 2015.
Zając L., *Psychologiczna sytuacja człowieka starszego oraz jej determinanty*, w: K. Obuchowski (red.), *Starość i osobowość*. Bydgoszcz: Wyd. Akad. Bydg., 2002.
Zając-Lamparska L., *Wspomaganie funkcjonowania ludzi starzejących się*, w: J. Trempała (red.). *Psychologia rozwoju człowieka. Podręcznik akademicki*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2011.
Zając-Lamparska, *Wspomaganie funkcjonowania ludzi starzejących się*, w: J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka.* Warszawa: WN PWN, 2011.
Zajączkowski H., *Nowoczesne leczenie alkoholików*. Warszawa: PZWL, 1956.
Zajączkowski H., *Psychoterapeutyczne związanie uczuciowe*. „Zdrowie Psychiczne" 1961, nr 1.
Zajączkowski H., *Psychoterapia grupowa alkoholików*. „Zdrowie Psychiczne" 1949, nr 1–2,
Zakai N. A. i współprac., *Hemoglobin decline, function, and mortality in the elderly: The Cardiovascular Health Study*. "American Journal of Hematology" 2013, vol. 88.
Zakowski S., Hall M. H., Baum A., *Stress, stress management, and the immune system*. "Applied and Preventive Psychology" 1992, vol. 1 [1].
Zaleski Z., *Future horizon: A challenging concept for psychology*, w: J. Trempała, L. E. Malmberg (red.), *Adolescents' future orientation. Theory and research*. Frankfurt am Main: Peter Lang, 2002.
Zaleski Z., *Psychologia zachowań celowych*. Warszawa: PWN, 1991.
Zaleski Z., *Transpersonalne „Ja": osobowość w trzech wymiarach czasowych*. „Przegląd Psychologiczny" 1988, t. 31.
Zaleśkiewicz T., *Psychologia ekonomiczna*. Warszawa: PWN, 2012.
Zalewska A., *Dwa światy. Emocjonalne i poznawcze oceny jakości życia…* Warszawa: Wyd. SWPS, 2003.
Zalewska J., *Stary człowiek w kulturze młodości…* [Niepublikowana praca doktorska]. Warszawa: Arch. Szk. Nauk Społ., Inst. Filozofii PAN, 2009.
Zalewski D., *Opieka i pomoc społeczna. Dynamika instytucji*. Warszawa: Wyd. UW, 2005.

Zambon A., La Vecchia C., *A metaanalysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases.* "Preventive Medicine" 2004, vol. 38.

Zamboni M. i współprac., *Sarcopenic obesity: A new category of obesity in the elderly*. "Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases" 2008, vol. 18.

Zamorzanka A. Z., *Platon o starości i ludziach starych*. „Vox Patrum" 2011, z. 56.

Zaniewska H. (red.), *Mieszkania starszych ludzi w Polsce. Sytuacja i perspektywy zmian*. Warszawa: Inst. Gosp. Mieszkaniowej, 2001.

Zaniewska H., *Mieszkania ludzi starszych*, w: L. Frąckiewicz (red.), *Przeszłość i przyszłość polskiej polityki mieszkaniowej*. Warszawa: Inst. Pracy i Spraw Socjalnych, 2005.

Zaorska B., *Podróż na krańce życia*. Warszawa: Wyd. Archidiecezji Warsz., 1995.

Zaorska M., *Komunikacja alternatywna osób głuchoniewidomych*. Toruń: Wyd. „Akapit", 2008.

Zaorska Z., *Dodać życia do lat. Materiały metodyczne ułatwiające organizację różnych form aktywności osób starszych i grup wielopokoleniowych*. Lublin: KLANZA, 2012.

Zapędowska-Kling K. *Polityka społeczna wobec osób starszych w krajach skandynawskich – przykłady dobrych praktyk.* „Acta Universitatis Lodziensis Folia Oeconomica" 2013, vol. 291.

Zaprir O., *Life course*, w: V. N. Parrillo (ed.), *Encyclopedia of social problems*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2008.

Zarcadoolas C., Pleasant A., Greer D. E., *Elaborating a definition of health literacy: A commentary*. "Journal of Health Communication" 2003, vol. 8 [3].

Zarcadoolas C., Pleasant A., Greer D. E., *Understanding health literacy: An expanded model.* "Journal of Health Communication" 2005, vol. 20 [2].

Zarzycka Z. (red.), *Z badań nad terytorialnym zróżnicowaniem procesu starzenia się ludności w Polsce i Czechosłowacji*. Łódź: Wyd. UŁ, 1990.

Zarzycka Z. i współprac., *Terytorialne zróżnicowanie procesu starzenia się ludności Polski*. „Monografie i Opracowania/ Szkoła Główna Handlowa" 1991, nr 333.

Zarzycka Z., *Czynniki demograficzne i społeczne w konsumpcji*. Łódź: Wyd. UŁ, 1992.

Zarzycka Z., *Dochody ludności w starszym wieku na podstawie budżetów gospodarstw domowych*. „Monografie i Opracowania Spis" 1987, z. 223.

Zarzycka Z., Kaźmierczak W., *Zapotrzebowanie na usługi bytowe w Łodzi na tle innych wielkiich miast w Polsce*. Łódź: UŁ, 1976.

Zarzycka Z., *Praca zawodowa kobiet a budżet rodzinny. Zarys problemów i metod badawczych.* Łódź: UŁ, 1982.

Zarzycka Z., *Zmienne syntetyczne w analizie stanu zdrowia ludności.* „Informatyka i Ekonometria" 1997, nr 2.

Zasadzka E. i współprac., *Wpływ rehabilitacji w warunkach szpitalnych na zmniejszenie ryzyka upadku u osób starszych*, w: P. Błędowski, A. Stogowski, K. Wieczorowska-Tobis (red.), *Wyzwania współczesnej gerontologii*. Poznań: Wyd. WSNHiD, 2013.

Zasadzka E., Wieczorowska-Tobis K., *Zmiany w układzie ruchu w procesie starzenia się*. „Gerontologia Polska" 2014, nr 3.

Zautra i współprac., *Immune activation and depression in women with rheumatoid arthritis*. "Journal of Rheumatology" 2004, vol. 31 [3].

Zawada A., *Ekskluzja społeczna seniorów wyzwaniem dla lokalnej polityki społecznej i pracy socjalnej*, w: D. Kałuża, P. Szukalski (red.), *Jakość życia seniorów w XXI wieku z perspektywy polityki społecznej*. Łódź: Wyd. Biblioteka, 2010.

Zawada A., *Estetyka starości i estetyka starzenia się w okresie ponowoczesności*, w: A. Fabiś, M. Muszyński (red.), *Społeczne wymiary starzenia się*. Bielsko-Biała: Wyd. ***, 2011.

Zawada A.: *Aspiracje życiowe młodzieży w środowisku kulturowo zróżnicowanym,* Kraków: Ofic. Wyd. „Impuls" 2013.

Zawadka M., Krajewski S., *Muzykoterapia jako forma wspomagania leczenia choroby Parkinsona*. „Valetudinaria. Postępy Medycyny Klinicznej i Wosjkowej" 2009, vol. 14 [1].

Zawadzka D., Stalmach M., *Problemy psychologiczne osób w okresie starości*. „Hygeia Public Health" 2015, vol. 50 [2].

Zawadzka J., Murawski Sz., *Niech przemówią Twoje oczy*. Toruń: Wyd. Fundacja Światło, 2015.

Zawadzki B., Strelau J., *Zaburzenia pourazowe jako następstwo kataklizmu*. „Nauka" 2008, nr 2.

Zawadzki J., *Wizerunki i roztrząsania naukowe…* Wilno: Własnym nakł.,1841.

Zawadzki J., *Zasady opieki społecznej. Wykłady w Szkole Nauk Politycznych w Warszawie w 1934 r.* Warszawa: Wyd. „Samorządu Miejskiego", 1935,

Zazzo R., *Przywiązanie*. Warszawa: PWN, 1978.

Zborowski A., *Masaż klasyczny*. Kraków: Wyd. AZ, 2000.

Zborowski A., Soja M., *Demograficzne uwarunkowania rewitalizacji w miastach polskich*, w: A. Zborowski (red.), *Demograficzne i społeczne uwarunkowania rewitalizacji miast w Polsce*. Kraków: IRM, 2009, t. 5.

Zbróg Z., *Identyfikowanie i zaspokajanie potrzeb społecznych w niepublicznych szkołach podstawowych*. Kraków: Ofic. Wyd. „Impuls", 2011.

Zbyrad T., *Dom Pomocy Społecznej. Funkcje założone i realizowane na podstawie badań DPS w Tarnobrzegu*, Tarnobrzeg: PWSZ, 2010 a.

Zbyrad T., *Domy pomocy społecznej dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych umysłowo*, Sandomierz: Wyd. Diecezjalne, 2004.

Zbyrad T., *Instytucje opieki totalnej jako forma zniewolenia i kontroli nad człowiekiem potrzebującym pomocy. Na przykładzie domów pomocy społecznej*. „Roczniki Nauk Społecznych" 2012, t. 4, nr 2.

Zbyrad T., *O nieplanowanej przez seniorów przyszłości w zaplanowanych przez państwo instytucjach, jakimi są domy pomocy społecznej*, w: K. Walotek-Ściańska i współprac. (red.), *Starzenie się i starość w dynamicznie zmieniającym się świecie*. Sosnowiec–Praha: Ofic. Wyd. „Humanitas" 2013.

Zbyrad T., *O potrzebie badań w zakresie socjologii medycyny*. „Zeszyty Naukowe" Instytutu Socjologii PWSZ w Tarnobrzegu] 2010 b, nr 2.

Zbyrad T., *Od instytucji totalnej ko demokratycznej? Domy pomocy społecznej w Polsce*. Kraków: Wyd. Nauk. Uniw. Pedagog., 2014.

Zbyrad T., *Od instytucji totalnej ku demokratycznej? Domy pomocy społecznej w Polsce*. Kraków: Wyd. Uniw. Pedag., 2014 a.

Zbyrad T., *Pracownicy socjalni. Od służby człowiekowi ku wypaleniu zawodowemu*, Kraków: Wyd. Uniw. Pedag., 2014 b.

Zbyrad T., *Życie seksualne mieszkańców domów pomocy społecznej…* „Praca Socjalna" 2011, nr 5.

Zdanowicz R., *Podstawy robotyki*. Gliwice: Wyd. Polit. Gliwickiej, 2011.

Zdrodowska A. i współprac., *Sprawność fizyczna kobiet po 60. roku życia uczestniczących w zajęciach Uniwersytetu Trzeciego Wieku*. „Postępy Rehabilitacji" 2012, vol. 3.

Zdrojewicz Z. i współprac., *Rola stresu w problemach i zaburzeniach preferencji* seksualnych. „Seksuologia Polska" 2006, vol. 4 [2].

Zebrowitz L.A., Montepare J.M., *„Za młody, za stary" – stygmatyzowanie osób dorastających i ludzi starszych*, w: T. F. Heatherton i współprac. (red.), *Społeczna psychologia piętna*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2008.

Zegg M. i współprac., *Multidisciplinary approach to lifesaving measures in the elderly individuals with flail chest injury with ORIF of rib fractures…* "Geriatric Orthopaedic Surgery and Rehabilitation" 2012, vol. 3 [4].

Zeidler W., *Zadowolenie z życia: inspiracje i próby konceptualizacji*. „Przegląd Psychologiczny" 2011, t. 54, nr 4.

Zeisel J., Raia P., *Non-phrmacological treatment for Alzheimer's disease: A mind-brain approach.* "American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias" 2000, vol. 15 [6].

Zeiss A. M., Kasl-Godley J., *Sexuality in older adults' relationships*. "Generations" 2001, vol. 25 [2].

Zejda J. E., *Efekt kohorty*. „Epinarium" 2008, nr 1.

Zejda J. E., *Efekt kohorty*. „Medycyna Środowiskowa" 2004, vol. 7 [1].

Zejda J.E., *Populacyjne badania przesiewowe – potrzeby badawcze i działania praktyczne*. „Problemy Higieny i Epidemiologii" 2009, vol. 90 [4].

Zelenka P., *Skutki uboczne*. „Dialog" 2013, nr 7–8.

Zembaty A. (red.), *Kinezyterapia. Ćwiczenia kinezyterapeutyczne i metody kinezyterapeutyczne*. Kraków: Wyd. Kasper 2003, t. II

Zembaty A. (red.), *Kinezyterapia. Zarys podstaw teoretycznych i diagnostyki kinezyterapii.* Kraków: Wyd. Kasper 2002, t. 1.

Zerbi G., *Gerontocomia: On the care of the aged…* Philadelphia, PA: Diane Publ. Co., 1988.

ZhuW., Chodzko-Zajko W. (eds.), *Measurement issues in aging and physical activity: Proceedings of the 10th Measurement and Evaluation Symposium*. Champaign, IL: Human Kinetics Publ., Univ. of Illinois, 2006.

Zia A., Kamaruzzman S. B., Tan M. P., *Polypharmacy and falls in older people: Balancing evidence-based medicine against falls risk*. "Postgraduate Medicine" 2015, vol. 127 [3].

Zielińska M., *Wyznaczniki karier zawodowych absolwentów uczelni pedagogicznej*, w:) E. Hajduk (red.), *Metoda panelu.* Zielona Góra: Wyd. WSP, 1993.

Zielińska-Pękał D., *Poradnictwo a świat mediów, czyli o poradnictwie zapośredniczonym*, w: A. Kargulowa (red.), *Poradoznawstwo – kontynuacja dyskursu.* Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2009

Zielińska-Więczkowska H., Kędziora-Kornatowska K., Kornatowski T., S*tarość jako wyzwanie*. „Gerontologia Polska" 2008, nr 3.

Zieliński A., *Najczęściej spotykane błędy w badaniach przesiewowych*. „Przegląd Epidemiologiczny" 2002, vol. 56.

Zieliński J., Pływaczewski R., Bednarek M., *Zaburzenia oddychania w czasie snu*. Wyd. 2. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 2006.

Ziemiński I., *Filozofia jako „preparatio mortis"*, w: A. A. Zych (red.), *Starość darem, zadaniem i wyzwaniem…* Sosnowiec–Dąbrowa Górnicza: Stow. Przyjaciół DPS, Wyd. Progres, 2014.

Ziemiński I., *Metafizyka śmierci*. Kraków: Wyd. WAM, 2010,

Ziemiński I., *Starość jako forma życia (filozoficzny sens starości)*, w: B. Bugajska (red.), *Życie w starości*. Szczecin: Wyd. Zapol, 2007.

Ziemiński I., *Zagadnienie śmierci w filozofii analitycznej*, Lublin: TN KUL, 1999.

Zierkiewicz E. (2004), *Poradnik – oferta wirtualnej pomocy*? Kraków: Ofic. Wyd. „Impuls", 2004.

Zierkiewicz E., Łysak A., *Menopauza – grzech, konieczność, zrządzenie losu…? Krytyczna analiza wybranych tekstów z prasy kobiecej*, w: E. Zierkiewicz, A. Łysak (red.), *Trzeci wiek drugiej płci. Starsze kobiety jako podmiot aktywności społecznej i kulturowej*. Wrocław: Wyd. MarMar, 2006.

Ziębińska B., *Opieka nad człowiekiem starym. Doświadczenia Szwecji i Wielkiej Brytanii*. w: E. Trafiałek (red.), *Innowacje w polityce Społecznej XXI wieku*. Katowice: Wyd. Nauk „Śląsk", 2014 a.

Ziębińska B., *Rola i zadania osób w środowisku lokalnym*. „Polityka Społeczna" 2004, nr 7.

Ziębińska B., *Uniwersytety trzeciego wieku – wybrane aspekty funkcjonowania organizacji*. „Polityka Społeczna" 2009, nr 3.

Ziębińska B., *Uniwersytety Trzeciego Wieku jako instytucje przeciwdziałające marginalizacji osób starszych*, Katowice: Wyd. Nauk. „Śląsk", 2011.

Ziębińska B., *Wybrane aspekty polityki społecznej wobec ludzi starszych w Wielkiej Brytanii*, w: M. Dudek, J. Krukowski, K. Panas (red.), *Rzeczywistość seniora*. Warszawa: Wyd. WSM, 2014 b.

Zilka N., Novak M., *The tangled story of Alois Alzheimer*. "Bratislavské lekárske listy" 2006, vol. 107 [9–10].

Zimbardo P. G., Boyd J. N., *Paradoks czasu*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2009.

Zimbardo P. G., Boyd J. N., *Putting time in perspective: A valid, reliable individual differences metric*. "Journal of Personality and Social Psychology" 1999, vol. 17 [6].

Zimbardo P. G., Boyd J. N., *Putting time in perspective: A valid, reliable individual differences metric*. "Journal of Personality and Social Psychology" 1999, vol. 17 [6].

Zimbardo P. G., Johnson R. L., McCann V., *Psychologia: kluczowe koncepcje*. [3] *Struktura i funkcje świadomości*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2010.

Zimbardo P. G., Ruch F. L., *Psychologia i życie*. Warszawa: PWN, 2001.

Zimbardo P. G., Zimbardo, P. G., *Constructing time after death: The transcendental-future time perspective*, w: L. Storm, M. Thalbourne (eds.), *The survival of human consciousness: Essays on the possibility of life after death*. Jefferson, NC, US: McFarland & Co., 2006.

Zimbardo Ph. G., Boyd J., *Paradoks czasu*. Wyd. 2. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2011.

Zimbardo Ph. G., Johnson R. L., McCann V., *Psychologia: kluczowe koncepcje*. Wyd. 2. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2012.

Zimbardo P. Sword R., *Siła czasu*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2013.

Zimbardo P., Boyd J., *Paradoks czasu*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN, 2009.

Zimniak P., *What is the Proximal Cause of Aging?* "Frontiers in Genetics" 2012, vol. 3 [189].

Zimny R., *Gatunkowy kształt prasowej sylwetki osoby stuletniej*, w: M. Święcicka (red.), *Polszczyzna bydgoszczan 4*. Bydgoszcz: Wyd. UKW, 2009.

Zimny R., *Językowy obraz osób stuletnich w doniesieniach prasowych – kilka uwag*, w: B. Szatur- Jaworska (red.), *O sposobach mówienia o starości…* Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, 2014.

Zimny R., *Medialna sytuacja komunikacyjna a obraz świata*…, w: G. Sawicka (red.), *Sytuacja komunikacyjna i jej parametry*. Bydgoszcz: Wyd. UKW, 2010.

Zimny R., *Portret osoby stuletniej w doniesieniach prasowych*…, w: B. Brehmer, V. Ždanova, R. Zimny (Hrsg.), *Beiträge der Europäischen Slavistischen Linguistik*. München: Verlag Otto Sagner, 2007, Bd. 10.

Zimny R., *Recepta na długowieczność, czyli jak dożyć stu lat*…, w: W. Żarski, B. Staniów (red.), *Miłość niejedno ma imię. Studium monograficzne*. Koszalin: Wyd. PWSZ, 2011,

Ziółkowska-Kochan M., *Aspekty neurologiczne chorób otępiennych*. „Pomorski Magazyn Lekarski" 2003, nr 1.

Ziółkowska-Rudowicz A., Kładna A., *Empatia w medycynie*. Szczecin: Wyd. PUM, 2014.
Złota Księga Nauk Humanistycznych. Gliwice: Wyd. Helion, 2004.
Złota Księga Nauki Polskie. Naukowcy Zjednoczonej Europy. Gliwice: Wyd. Helion, 2006.
Zmorzanka A. A., *Platon o starości i ludziach starych*. „Vox Patrum" 2011, t. 56 [31].
Zmorzanka A. Z., *Platon o starości i ludziach starych*. „Vox Patrum" 2011, z. 56.
Zrałek M., *Zaspokojenie potrzeb mieszkaniowych ludzi starszych. Dylematy i kierunki zmian*, w: J. Hrynkiewicz (red.), *O sytuacji ludzi starszych*. Warszawa: Wyd. Rządowa Rada Ludnościowa, 2012.
Zwierzchowska A., Krużyńska A., *Deaflympics – alienacja czy integracja?*, w: M. Wilski, J. Gabryelski (red.). *Idee olimpijskie a kierunki rozwoju sportu osób niepełnosprawnych*. Poznań: Wyd. AWF, 2013.
Zwolińska J., *Fizykoterapia jako składowa fizjoterapii*. „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie" 2011, nr 3.
Zych (red.), *Demograficzne i indywidualne starzenie się – wyzwania edukacyjne*. Kielce: Wyd. AŚ, 2001.
Zych A. A. (red.), *Starość darem, zadaniem i wyzwaniem…* Sosnowiec–Dąbrowa Górnicza: Stow. Przyjaciół DPS, Wyd. Progres, 2014 d.
Zych A. A. (red.), *Starość darem, zadaniem i wyzwaniem…* Sosnowiec–Dąbrowa Górnicza: Stow. Przyjaciół DPS, Wyd. Progres, 2014.
Zych A. A., *Aktywność versus niezaangażowanie a osobista korzyść w starości*, w: A. A. Zych, A. Nowicka (red.), *„By człowiek nie musiał cierpieć…". Księga jubileuszowa…* Wrocław: Wyd. Nauk. DSW, 2007
Zych A. A., *Arystoteles*, w: T. Pilch (red.), *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*. Warszawa: Wyd. Akad. „Żak", 2003 a, t. 1.
Zych A. A., Bartel R., *Zur Lebenssituation alternder Menschen in Polen und in der Bundesrepublik Deutschland – eine komparative Survey-Studie…* Giessen: JLU, 1988, Wyd. 2. Kielce: WSP, 1990.
Zych A. A., *Bühler Charlotte,* w: T. Pilch (red.), *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*. Warszawa: Wyd. Akad. „Żak", 2003 b, t. 1.
Zych A. A., *Comenius*, w: T. Pilch (red.), *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku.* Warszawa: Wyd. Akad. „Żak", 2003 c, t. 1.
Zych A. A., *Człowiek wobec starości, Szkice z gerontologii społecznej*, Katowice: Wyd. Nauk. „Śląsk", 1999 a.
Zych A. A., *Człowiek wobec starości. Szkice z gerontologii społecznej*. Wyd. 2. Katowice: Wyd. Nauk. „Śląsk", 1999
Zych A. A., *Dekalog opieki nad człowiekiem cierpiącym i umierającym*, w: A. A. Zych (red.), *Starość darem, zadaniem i wyzwaniem…* Sosnowiec–Dąbrowa Górnicza: Stow. Przyjaciół DPS, Wyd. Progres, 2014.
Zych A. A., *Dezintegracja negatywna i rozpad osobowości w chorobie Alzheimera a możliwości przystosowania do życia w trudnej codzienności*, w: A. A. Zych (red.), *Poznać, zrozumieć i zaakceptować starość…* Łask: Over Group, 2012.
Zych A. A., *Dom pomocy społecznej*, w: D. Lalak, T. Pilch (red.), *Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej i pracy socjalnej.* Warszawa: Wyd. Akad. 'Żak", 1999 b.
Zych A. A., *Dziecko z przedwczesnym starzeniem się*, w: B. Cytowska, B. Winczura, A. Stawarski (red.), *Dzieci chore, niepełnosprawne i z utrudnieniami w rozwoju*. Wyd. 2. Kraków: Ofic. Wyd. „Impuls", 2013 a.
Zych A. A., *Egzystencjalne niepokoje i zagrożenia w starości*, w: S. Rogala (red.), *Społeczna empatia a ludzie starsi…* Opole: Wyd. WSZiA/Wyd. Inst. Śl., 2009.
Zych A. A., *Fantomy zachodzącego słońca, czyli o zjawiskach, syndromach zespołach drugiej połowy życia*, w: S. Rogala (red.), *Pamiętaj o swojej starości.* Opole: Wyd. Inst. Śl., 2011.
Zych A. A., *Geragogika koniecznością nadchodzących czasów*. „Edukacja" 1990, nr 1.
Zych A. A., *Geragogika pomiędzy Scyllą a Charybdą*, w: J. Góral-Półrola, M. Wojciechowska, B. Walasek-Jarosz (red.), *Trwałość i zmiana. Pytania o edukację*. Kielce: Ofic. Wyd. SSW, 2014 a.
Zych A. A., *Geragogika specjalna – konieczność, potrzeba czy moralny obowiązek?,* w: K. Gąsior, T. Sakowicz (red.), *Pedagogika społeczna w służbie rodziny (aspekt marginalizacyjny, resocjalizacyjny i psychologiczny).* Kielce: Wyd. ŚCPiE, 2005, t. 2.
Zych A. A., *Globalne starzenie się oraz potrzeby społeczne, kulturalne i edukacyjne ludzi starych – wyzwanie dla uniwersytetów trzeciego wieku*. „Teraźniejszość, Człowiek, Edukacja" 2012 a, nr 2.
Zych A. A., *Higiena psychiczna w Polsce. Słownik biograficzny*. Wrocław: Wyd. Nauk. DSW, 2013 b.
Zych A. A., *Jak być starym?* „Człowiek i Światopogląd" 1989, nr 10.
Zych A. A., *Język, mowa i komunikacja – ważną przestrzenią geragogiki specjalnej*. „Labor et Educatio" 2015 a, nr 3.
Zych A. A., Kaleta-Witusiak M., *Geragogika specjalna – moralnym obowiązkiem naszych czasów*, w: A. Nowicka (red.), *Wybrane problemy osób starszych*. Wyd. 3. Kraków: Ofic. Wyd. „Impuls", 2010.

Zych A. A., *Leksykon gerontologii*. Kraków: Ofic. Wyd. „Impuls", 2007, Wyd. 2. 2010.
Zych A. A., *Leksykon gerontologii.* Wyd. 2. Kraków: Ofic. Wyd. „Impuls", 2010.
Zych A. A., *Model solution for counteracting violence against the elderly*, w: K. Jagielska, J. M. Łukasik, M. G. Pikuła (eds.), *Violence against the elderly: Challenge – research – action*. Toronto: Nova Printing Inc., 2015 b.
Zych A. A., *Modelowe rozwiązania przeciwdziałania przemocy wobec osób starszych.* „Gerontologia Współczesna" 2016, nr 2.
Zych A. A., *Moderacja rozwoju – wyzwaniem dla gerontologii edukacyjnej*. „Gerontologia Polska" 2004, nr 3.
Zych A. A., *Pedagogika osób z otępieniem jako nowy obszar geragogiki specjalnej*. „Labor et Educatio" 2014 b, nr 2.
Zych A. A., *Piękni osiemdziesięcioletni, czyli paradygmat „starzenia się z wdziękiem" a realia życia*, w: L. Buliński (red.), *Realność złego satzrenai się. Poza polityczną i społeczną powinnością*. Toruń: Wyd. Adam Marszałek, 2015 c.
Zych A. A., *Piękni osiemdziesięcioletni, czyli paradygmat „starzenia się z wdziękiem" a realia życia*, w: L. Buliński (red.), *Realność złego starzenia się. Poza polityczną i społeczną powinnością.* Toruń: Wyd. Adam Marszałek, 2015.
Zych A. A., *Pomiędzy wiarą a zwątpieniem. Wprowadzenie do psychologii religii*. Kraków: Ofic. Wyd. „Impuls", 2012 a.
Zych A. A., *Prawa człowieka prawami ludzi starszych*, w: A. A. Zych (red.), *Starość darem, zadaniem i wyzwaniem. Wybór materiałów konferencyjnych*. Sosnowiec–Dąbrowa Górnicza: Stow. Przyjaciół DPS, Wyd. Progres, 2014.
Zych A. A., *Profilaktyka gerontologiczna a normalne i optymalne starzenie się*, w: A. A. Zych (red.), *Poznać, zrozumieć i zaakceptować starość*. Łask: Over Group, 2012 b.
Zych A. A., *Przekraczając „smugę cienia". Szkice z gerontologii i tanatologii*. Wyd. 2. Katowice: Wyd. Nauk. „Śląsk", 2013 c.
Зых А. А., *Развитие и главные идеи педагогики старения и старости*, w: Н. А. Лобанов, В. Н. Скворцов (ред.), *Непрерывное образование как социальный факт. Монография.* Санкт-Петербург: ЛГУ, 2011 a.
Zych A. A., *Słownik gerontologii społecznej*. Warszawa: Wyd. Akad. „Żak", 2001.
Zych A. A., *Słownik gerontologii społecznej*. Warszawa: Wyd. Akad. „Żak", 2001.
Zych A. A., *Starość darem losu, życiowym zadaniem i wyzwaniem dla przyszłości*, w: A. A. Zych (red.), *Starość darem, zadaniem i wyzwaniem. Wybór materiałów konferencyjnych*. Sosnowiec–Dąbrowa Górnicza: Stow. Przyjaciół DPS, Wyd. Progres, 2014 c.
Zych A. A., *Starość darem losu, życiowym zadaniem i wyzwaniem dla przyszłości*, w: A. A. Zych (red.), *Starość darem, zadaniem i wyzwaniem…* Sosnowiec–Dąbrowa Górnicza: Stow. Przyjaciół DPS, Wyd. Progres, 2014.
Zych A. A., *Śmierć w cyklu życiowym a religia i religijność człowieka*, w: Z. Rudnicki (red.), *Ars moriendi, ars vivendi, ars educandi*. Poznań: Wyd. Nauk. UAM, 2012 c.
Zych A. A., *The development and main ideas of the pedagogy of ageing and old age*, w: N. A. Lobanov, V. N. Skvortsov (eds.), *Continous education as a social fact. Monograph*. Saint-Petersburg: Leningrad State Univ., 2011 b.
Zych A. A., *W poszukiwaniu nowej perspektywy rozwoju – moderacja czy retardacja „trzeciego poziomu dojrzałości"?*, w: Z. M. Nowak, T. Olewicz (red.), *Samowychowanie do dojrzałej dorosłości*. Opole: Wyd. Inst. Śl., 2015 d.
Zych A. A., Zych B. M., *Przemoc wobec osób starzejących się i starych*, w: A. A. Zych, *Przekraczając „smugę cienia". Szkice z gerontologii i tanatologii*. Wyd. 2. Katowice: Wyd. Nauk. „Śląsk", 2013.
Zych A., *Psychologowie radzieccy i ich prace 1917−1977. Słownik biograficzny*. Kielce: Wyd. WSP, 1980.
Zych A., Zych B., *Przeciwstawność dnia i nocy według Karla Jaspera*. „Zdrowie Psychiczne" 1980, nr 2.
Zych A.A., Kaleta-Witusiak M., *Geragogika specjalna – moralnym obowiązkiem naszych czasów*, w: A. Nowicka (red.), *Wybrane problemy osób starszych*. Wyd. 3. Kraków: Ofic. Wyd. „Impuls", 2010.
Zych A.A., *Profilaktyka gerontologiczna a normalne i optymalne starzenie się*, w: A.A. Zych, (red.), *Poznać, zrozumieć i zaakceptować starość…* Łask: Over Group, 2012 b.
Żak M., *Determinanty powtarzalności upadków u osób po 75. roku życia.* Kraków: Wyd. AWF, 2009.
Żak M., Dudek J., *Fizykoterapia w trzecim okresie życia*, w: Z. Śliwiński, A. Sieroń (red.), *Wielka fizjoterapia*. Wrocław: Wyd. Elsevier Urban & Partner, 2014, t. 1.
Żak M., Grodzicki T., *Falls of female patients suffering from cardiovascular diseases – assessment of potential risk factors and individual ability to cope after an accidental fall.* "New Medicine" 2003, vol. 6 [3].
Żak M., *Rehabilitacja w procesie leczenia osób starszych.* „Gerontologia Polska" 2000, t. 8, nr 1.
Żak M., *Rehabilitacja w procesie leczenia osób starszych*. „Gerontologia Polska" 2006, nr 2.
Żak M., Śliwiński Z. (red), *Fizjoterapia kliniczna w geriatrii.* Wrocław: Urban & Partner, 2014.
Żakowska-Wachelko B. i współprac., *Opiekun osób starszych*. Katowice: Stow. Ad Vitam Dignam, 2010.

Żakowska-Wachelko B. i współprac., *Stanowisko ekspertów w sprawie zasad diagnozowania i leczenia otępienia w Polsce (IGERO)*. „Rocznik Psychogeriatryczny" 1999 a, t. 2, nr 1.

Żakowska-Wachelko B. i współprac., *Wczesne rozpoznawanie i leczenie otępienia typu Alzheimera. Stanowisko Interdyscyplinarnej Grupy Ekspertów Rozpoznawania (i leczenia) Otępień (IGERO)*. Gdańsk: MAKmed, 1999 b.

Żakowska-Wachelko B., *Biologiczne granice życia*. „Przegląd Lekarski" 1979, nr 2.

Żakowska-Wachelko B., *Ewolucja współczesnych teorii starzenia*. „Gerontologia Polska" 1995, nr 1/2.

Żakowska-Wachelko B., *Hiponatremia ADH-zależna u osób w starszym wieku*. „Gerontologia Polska" 1996, nr 1.

Żakowska-Wachelko B., *Nadciśnienie tętnicze w starszym wieku*. „Polski Tygodnik Lekarski" 1986, nr 41.

Żakowska-Wachelko B., *Odrębność symptomatologii wieku starszego – niebezpieczeństwo błędów diagnostycznych*. „Nowa Klinika" 1998, vol. 5 [12].

Żakowska-Wachelko B., *Patofizjologia wieku podeszłego*, w: B. Zahorska-Markiewicz, E. Małecka-Tendera (red.), *Patofizjologia* kliniczna. Wrocław: Volumed, 2001.

Żakowska-Wachelko B., Pędich W., *Pacjenci w starszym wieku*. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 1995.

Żakowska-Wachelko B., Pędich W., *Podręcznik geriatrii dla lekarzy*. Warszawa: PZWL, 1988.

Żakowska-Wachelko B., *Z pogranicza geriatrii i gerontologii*, w: L. Frąckiewicz (red.), *Ochrona zdrowia w Polsce*. Katowice: Wyd. AE, 1991.

Żakowska-Wachelko B., *Zadania i perspektywy gerontologii,* w: L. Frąckiewicz (red.), *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Procesy starzenia się ludności Polski i jego społeczne konsekwencje*. Katowice: Wyd. AE, 2002.

Żakowska-Wachelko B., *Zarys medycyny geriatrycznej*. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 2000.

Żebrowski J., *Zawód i osobowość animatorów kultury*. Gdańsk: Wyd. WOK, 1987.

Żemis S., *Skoordynujmy akcję opieki nad dzieckiem*. „Opiekun Społeczny" 1946, nr 5−6.

Żerko J., *Wspomnienie o prof. Józefie Rembowskim…* „Studia i Badania Naukowe/Ateneum − Szkoła Wyższa w Gdańsku" 2010, roczn. 4, nr 2.

Żołądź J., Majerczak J., Duda K., *Starzenie się a wydolność fizyczna człowieka*, w: J. Górski (red.), *Fizjologia wysiłku i treningu fizycznego*. Warszawa: PZWL, 2011.

Żołędowski C., *Starzenie się ludności – Polska na tle Unii Europejskiej*. „Problemy Polityki Społecznej" 2012 nr 17.

Żołnowska A., *Przygotowanie chorego do znieczulenia*, w: B. Kamiński, A. Kubler (red.), *Anestezjologia i intensywna terapia dla studentów medycyny*. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 2000.

Żórawska A. i współprac., *Audiodeskrypcja – zasady tworzenia.* Warszawa: Fundacja Kultury bez Barier, 2012.

Żuk A., *Filozofia walki*. Lublin: UMCS, 1996.

Żukiewicz A., *Reintegracja społeczna i zawodowa podopiecznych systemu pomocy społecznej…* Kraków: Ofic. Wyd. „Impuls", 2009.

Żukiewicz A., *Role zawodowe pracownika socjalnego*. „Praca Socjalna" 2001, nr 4.

Żulewska J., Nowis-Zalewska M.,*Ćwiczenia dla osób z afazją. Formy gramatyczne.* Gdańsk: Wyd. Harmonia, Gdańsk, 2015, z. 1 i 2.

Żurek A., *Wprowadzenie do Ojców Kościoła*. Wyd. 2. Tarnów: Wyd. „Biblos", 1998.

Żurko A., Dębska U., *Rozwój człowieka u kresu życia*, w: U. Dębska (red.), *Bliżej człowieka. Konteksty interdyscyplinarne*. Wrocław: Ofic. Wys. ATUT, 2006.

Żurner-Szymańska M., Pawełczyk A., Rabe-Jabłońska N., *Trudności językowe i komunikacyjne w zaburzeniach psychotycznych i zaburzeniach nastroju – przegląd badań*. „Psychiatria i Psychologii Kliniczna" 2013, vol. 13 [3].

Druki i/lub dokumenty urzędowe

Benedykt XVI, *Orędzie na Światowy Dzień Chorego*, 2011 – Internet: www.ekai.pl.

Dekret o pasterskich zadaniach biskupów Kościele „Christus Dominus", w: *Sobór Watykański II. Konstytucje. Dekrety. Deklaracje*. Nowe tłum. Poznań: Pallottinum, 2002.

[*Drugi*] *II Polski Synod Plenarny (1991–1999)*. Poznań: „Pallottinum", 2001.

Encyklika Centesimus annus Ojca Świętego Jana Pawła II. Wrocław: „Tum", 1995 a.

Encyklika Evangelium vitae Ojca Świętego Jana Pawła II [ ] *o wartości i nienaruszalności życia ludzkiego.* Poznań: „Pallottinum", 1995 b.

Encyklika Humane vitae papieża Pawła VI o zasadach moralnych w dziedzinie przekazywania życia ludzkiego. Wrocław: Tum, 1994 a.

Encyklika Laborem exercens [*O pracy ludzkiej*] *Ojca Świętego Jana Pawła II.* Wrocław: „Tum", 1995 c.

Encyklika Mater et Magistra [*Matka i mistrzyni*] *Ojca Świętego Jana XXIII.* Rzym: b.w., 1961.

Encyklika Pacem in terris Ojca Świętego Jana XXIII o pokoju między wszystkimi narodami Paris: Société d'Éditions Internationales, 1963.

Encyklika Redemptor hominis Ojca Świętego Jana Pawła II. Wrocław: „Tum", 1994 b.

Encyklika Sollicitudo rei socialis Ojca Świętego Jana Pawła II. Wrocław: „Tum", 1997.

Instrukcji nr 25/71 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 7 VIII 1971 r. w sprawie kierowania oraz kwalifikowania pod względem zdrowotnym kandydatów do domów pomocy społecznej. Dz. Urz. MZiOS Nr 17 z 1971 r., poz. 88.

International Classification of Impairments and Handicaps: A Manual of Classification Relation to the Consequences of Disease. Geneva: WHO, 1980.

Katechizm Kościoła katolickiego. Wyd. 2. Poznań: „Pallottinum", 2012.

Kodeks prawa kanonicznego [1983]. Nowe wyd. Warszawa: Wyd. C. H. Beck, 2014.

Komisja Generalna ds. Duszpasterstwa, *Duszpasterstwo w stylu św. Jana Bożego*. Rzym: Prowincja Polska Zakonu Szpitalnego Św. Jana Bożego, 2012.

Konkluzje Rady – Zdrowe starzenie się w ciągu całego cyklu życia, 2012. Dz. Urz. UE 2012/C 396/02.

Konstytucja dogmatyczna o Kościele. Kraków: Wydz. Spraw Zakonnych, 1965.

Konstytucja dogmatyczna o Kościele „Lumen Gentium", w: *Sobór Watykański II. Konstytucje. Dekrety. Deklaracje.* Nowe tłum. Poznań: Pallottinum, 2002.

Konstytucja duszpasterska o Kościele w świecie współczesnym „Gaudium et spes", w: *Sobór Watykański II. Konstytucje. Dekrety. Deklaracje.* Nowe tłum. Poznań: Pallottinum, 2002.

Konstytucja o liturgii świętej „Sacrosanctum Concilium", w: *Sobór Watykański II. Konstytucje. Dekrety. Deklaracje.* Nowe tłum. Poznań: Pallottinum, 2002.

Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r. Dz.U. Nr 61 z 1948 r., poz. 477.

List Ojca Świętego Jana Pawła II do osób w podeszłym wieku. Tarnów: Wyd. BIBLOS, 1999.

Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015. [Załącznik do Uchwały Rady Ministrów Nr 90/2007 z 15 V 2007 r.]. Warszawa: Min. Zdrowia, 2007.

Obwieszczenie Marszałka Sejmu RP z 18 I 2008 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Dz.U. Nr 14 z 2008 r., poz. 92.

Obwieszczenie Marszałka Sejmu RP z 24 IV 2012 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych. Dz.U. z 2012 r., poz. 651.

Obwieszczenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 26 II 1998 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o pomocy społecznej. Dz.U. Nr 64 z 1998 r., poz. 414.

Obwieszczenie Ministra Zdrowia z 28 X 2015 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania podmiotów leczniczych wykonujących inwazyjne procedury zabiegowe i operacyjne. Dz. Urz. Min. Zdr. z 2015 r., poz. 67.

Powołanie do życia w małżeństwie i rodzinie, w: *Sobór Watykański II. Konstytucje. Dekrety. Deklaracje.* Nowe tłum. Poznań: Pallottinum, 2002.

Raport NIK: Informatyzacja szpitali. Warszawa: NIK, 2013.

Rekomendacje nr 1/2013 z 11 IX 2013 r. Rady ds. e-zdrowia w pielęgniarstwie i Akredytowanego przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek Centrum Badania i Rozwoju ICNP przy Uniwersytecie Medycznym w Łodzi w sprawie projektu elektronicznej dokumentacji medycznej w pielęgniarstwie. Warszawa: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, 2013.

Rerum novarum. Encyklika o kwestii robotniczej [1891]. Warszawa: „Augustinum", 1991.

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 7 II 2012 r. w sprawie podstawy programowej kształcenia w zawodach. Dz.U. z 2012 r., poz. 184.

Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z 15 VII 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności. Dz. U Nr 139 z 2003 r., poz. 1328.

Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z 12 IV 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie. Dz.U. Nr 75 z 2002 r., poz. 690.

Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z 28 VII 2005 r. w sprawie rodzinnych domów pomocy. Dz.U. Nr 153 z 2005 r., poz. 1276.

Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z 19 X 2005 r. w sprawie domów pomocy społecznej. Dz.U. Nr 217 z 2005 r., poz. 1837, nowelizacja Dz.U. z 2012 r., poz. 964.

Rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej z 10 X 1927 r. o kwalifikacjach kierowników zakładów opiekuńczych. Dz.U. Nr 100 z 1927 r., poz. 866.

Rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej z 12 X 1927 r. o regulaminach zakładów opiekuńczych. Dz.U. Nr 100 z 1927 r., poz. 867.,

Rozporządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej z 11 IV 1929 r. wydane w porozumieniu z Ministrem Spraw Wewnętrznych w sprawie ustanowienia opiekunów społecznych i sposobu wykonywania przez nich obowiązków. Dz.U. Nr 30 z 1929 r., poz. 291.

Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 23 IV 1997 r. w sprawie domów pomocy społecznej. Dz.U. Nr 44 z 1997 r., poz. 277.

Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 31 V 2012 r. w sprawie rodzinnych domów pomocy. Dz.U. z 2012 r., poz. 719.

Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 23 VIII 2012 r. w sprawie domów\ pomocy społecznej. Dz.U. z 2012 r., poz. 964.

Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 17 X 2001 r. w sprawie rodzinnych domów pomocy. Dz.U. Nr 127 z 2001 r., poz. 1399.

Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społevznej z 25 VI 2002 r. w sprawie określenia rodzajów zadań powiatu, które mogą być finansowane ze środków PFRON. Dz.U. Nr 96 z 2002 r., poz. 861.

Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 18 XII 2007 r. w sprawie wykonywania badań specjalistycznych na potrzeby orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności. Dz.U. Nr 250 z 2007 r., poz. 1875.

Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 9 XII 2011 r. w sprawie szkoleń na asystenta rodziny. Dz.U. Nr 272 z 2011 r., poz. 1608.

Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 31 V 2012 r. w sprawie rodzinnych domów pomocy. Dz.U. z 2012 r., poz. 719.

Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 7 VIII 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania. Dz.U. z 2014 r., poz. 1145.

Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 16 VII 2004 r. w sprawie systemów resorowych kodów identyfikujących dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania. Dz.U. Nr 170 z 2004 r., poz. 1797.

Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 23 XII 2010 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Dz.U. Nr 225 z 2010 r., poz. 1719.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 20 VII 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami. Dz.U. Nr 151 z 2011 r., poz. 896.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 25 VI 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych. Dz.U. z 2012 r., poz. 731.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 20 XII 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Dz.U. z 2013, poz. 15.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 24 IX 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Dz.U. z 2013, poz. 1248.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 29 X 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Dz.U. z 2013 r. poz. 1347.

Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 XI 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych. Dz.U. z 2013 r., poz. 1505

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 22 XI 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. Dz.U. z 2013 r., poz. 1520.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 22 XI 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.. Dz.U. z 2013 r., poz. 1480.

Rozporządzenie Prezydenta RP z 6 III 1928 r. o opiekunach społecznych i o komisjach opieki społecznej. Dz.U. Nr 29 z 1928 r., poz. 267.

Rozporządzenie Rady Ministrów z 30 VI 2009 r. w sprawie chorób zawodowych. Dz.U. Nr 105 z 2009 r., poz. 869.

Sakramenty chorych. Obrzędy i duszpasterstwo. Katowice: Księg. św. Jacka, 1979, nowe wyd. 1998.

Sobór Watykański II. Konstytucje. Dekrety. Deklaracje. Nowe tłum. Poznań: Pallottinum, 2002.

Sprawozdania Komisji Rewizyjnej m. st. Warszawy. Wydział Opieki Społecznej i Zdrowia Publicznego; Warszawa: Druk. Miejska, 1936.

Stępiński M. (red.), *Prawo budowlane 2006*. Warszawa: Wyd. „Wiedza i Praktyka", [2006].

Uchwała Międzynarodowej Konferencji Naukowej "Aging and Physical Activity: Appilcation for Fitness, Sport and Health, Rydzyna 15-17 September 2006. „Antropomotoryka" 2006, vol. 16 [35].

Uchwała nr 92 Rady Ministrów z 5 III 1959 r. w sprawie powołania opiekunów społecznych. Mon. Pol. Nr 32 z 1959 r., poz. 145.

Uchwała Nr 137 Rady Ministrów z 24 VII 2012 r. w sprawie ustanowienia Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2012–2013. Mon. Pol. z 2012 r., poz. 642.

Uchwała Nr 237 Rady Ministrów z 24 XII 2013 r. w sprawie ustanowienia Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2014–2020. Mon. Pol. z 2014 r., poz. 52.

Uchwała Nr 238 Rady Ministrów z 24 XII 2013 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014–2020. Mon. Pol. z 2014 r., poz. 118.

Uchwała Nr 239 Rady Ministrów z 24 XII 2013 r. w sprawie ustanowienia Programu Solidarność pokoleń. Działania dla zwiększenia aktywności zawodowej osób w wieku 50+. Mon. Pol. z 2014 r., poz. 115.

Uchwała nr 95/2014 Rady Ministrów z 28 V 2014 r. w sprawie harmonogramów zadań wykonywanych w ramach programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych" w roku 2014 i 2015 – Internet: www.mz.gov.pl/_data/assets/ pdf_file/ 0007/.../RM-111-94-14.pdf.

Uchwała Rady Ministrów z 17 IV 1950 r. Instrukcja nr 3 w sprawie tworzenia wydziałów i referatów rad narodowych. Dz.U. Nr 57 z 1950 r., poz. 655.

Ustawa z 18 III 1921 r. o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i ich rodzin oraz o zaopatrzeniu rodzin po poległych i zmarłych, których śmierć znajduje się w związku przyczynowym ze służbą wojskową. Dz.U. Nr 32 z 1921 r., poz. 195.

Ustawa z 16 VIII 1923 r. o opiece społecznej. Dz.U. Nr 92 z 1923 r., poz. 726.

Ustawa z 13 IV 1960 r. o utworzeniu Komitetu Pracy i Płac oraz o zmianach właściwości w dziedzinie ubezpieczeń społecznych, rent, zaopatrzeń i opieki społecznej. Dz.U. Nr 20 z 1960 r., poz. 119.

Ustawa z 23 IV 1964 r. Kodeks cywilny. Dz.U. Nr 16 z 1964 r., poz. 93 z późn. zm.

Ustawa z 17 XI 1964 r. Kodeks postępowanie cywilnego. Dz.U. Nr 43 z 1964 r., poz. 296 z późn. zm.
Ustawa z 28 VI 1974 r. Kodeks pracy. Dz.U. Nr 24 z 1974 r., poz. 141, tekst jednolity: Dz.U. Nr 21 z 1998, poz. 94. i Dz.U.z 2014 r., poz. 1502 i 1662.
Ustawa z 26 X 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Dz.U. Nr 35 z 1982 r., poz. 230.
Ustawa z 7 IV 1989 r. Prawo o stowarzyszeniach. Dz.U. Nr 20 z 1989 r., poz. 104.
Ustawa z 8 III 1990 r. o samorządzie terytorialnym. Dz.U. Nr 16 z 1990 r., poz. 95.
Ustawa z 29 XI 1990 r. o pomocy społecznej. Dz.U. Nr 87 z 1990 r., poz. 506.
Ustawa z 20 XII 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników. Dz.U. Nr 7 z 1991 r., poz. 24.
Ustawa z 30 VIII 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej. Dz.U. Nr 91 z 1991 r., poz. 408.
Ustawa z 7 IX 1991 r. o systemie oświaty. Dz.U. Nr 95 z 1991 r., poz. 425.
Ustawa z 19 VIII 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. Dz.U. Nr 111 z 1994 r., poz. 535.
Ustawa z 14 XII 1982 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników indywidualnych i członków ich rodzin. Dz.U. Nr 40 z 1982 r., poz. 268.
Ustawa z 14 VI 1996 r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz ustawy o zatrudnieniu i przeciwdziałaniu bezrobociu. Dz.U. Nr 100 z 1996 r., poz. 459.
Ustawa z 28 VI 1996 r. o zmianie niektórych ustaw o zaopatrzeniu emerytalnym i o ubezpieczeniu społecznym. Dz.U. Nr 100 z 1996 r., poz. 461.
Ustawa z 5 VII 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. Dz.U. Nr 91 z 1996 r., poz. 410.
Ustawa z 5 XII 1996 r. o zawodzie lekarza. Dz.U. Nr 28 z 1997 r., poz. 152, tekst jedn. Dz.U. Nr 464 z 2015 r.
Ustawa z 5 XII 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, tekst jedn. Dz.U. Nr 277 z 2011 r., poz. 1634.
Ustawa z 2 IV 1997 r. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Dz.U. Nr 78 z 1997 r., poz. 483.
Ustawa z 6 VI 1997 r. Kodeks karny. Dz.U. Nr 88 z 1997 r., poz. 553 z późn. zm.
Ustawa z 6 VI 1997 r. Kodeks karny wykonawczy. Dz.U. Nr 90 z 1997 r., poz. 557.
Ustawa z 20 VI 1997 r. Prawo o ruchu drogowym. Dz.U. Nr 108 z 2005 r., poz. 908.
Ustawa z 27 VIII 1997 r o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Dz. U Nr 122 z 1997 r., poz. 776, zmiana: Ustawa z 28 VI 2012 r. Dz.U. z 2012 r., poz. 986.
Ustawa z 13 X 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych. Dz.U. Nr 137 z 1998 r., poz. 887.
Ustawa z 17 XII 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Dz.U. Nr 162 z 1998 r., poz. 1118 z późn. zm., tekst jednolity: Dz.U. Nr 39 z 2004 r., poz. 353, Dz.U. Nr 153 z 2009 r., poz. 1227; nowelizacja: Dz.U. Nr 167 z 2005 r., poz. 1397, Dz.U. Nr 169 z 2005 r., poz. 1412 oraz Dz.U. z 2015 r., poz. 748, 1240, 1302 i 1311.
Ustawa z 25 VI 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. Dz.U. Nr 60 z 1999 r., poz. 636.
Ustawa z 27 IV 2001 r. o odpadach. Dz.U. Nr 62 z 2001 r., poz. 628.
Ustawa z 8 VI 2001 r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej oraz niektórych ustaw. Dz.U. Nr 72 z 2001 r., poz. 748.
Ustawa z 27 III 2003 r. o planowaniu i zagospodarowaniu przestrzennym. Dz.U. Nr 80 z 2003 r., poz. 717.
Ustawa z 24 IV 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie. Dz.U. Nr 96 z 2003 r., poz. 873.
Ustawa z 27 VI 2003 r. o rencie socjalnej. Dz.U. Nr 135 z 2003 r., poz. 1268.
Ustawa z 13 VI 2003 r. o cudzoziemcach. Dz.U. Nr 128 z 2003 r., poz. 1175.
Ustawa z 28 XI 2003 r. o świadczeniach rodzinnych. Dz.U. Nr 228 z 2003 r., poz. 2255.
Ustawa z 12 III 2004 r. o pomocy społecznej. Dz.U. Nr 64 z 2004 r., poz. 593, tekst jednolity Dz.U. Nr 175 z 2009 r., poz. 1362.
Ustawa z 20 IV 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy. Dz.U. Nr 99 z 2004 r., poz. 1001.
Ustawa z 27 VIII 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków Publicznych, tekst jedn. Dz.U. Nr 164 z 2008 r., poz. 1027.
Ustawa z 1 VII 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Dz.U. Nr 169 z 2005 r., poz. 1411.
Ustawa z 1 VII 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „„Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych". Dz.U. Nr 143 z 2005 r., poz. 1200.
Ustawa z 29 VII 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie. Dz.U. Nr 180 z 2005 r., poz. 1493.
Ustawa z 8 IX 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Dz.U. Nr 191, poz. 1410.
Ustawa z 6 XI 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Dz.U. Nr 52 z 2009 r., poz. 417

Ustawa z 5 XII 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi Dz.U. Nr 234 z 2008 r., poz. 1570.

Ustawa z 24 IV 2009 r. Przepisy wprowadzające ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawę o akredytacji w ochronie zdrowia oraz ustawę o konsultantach w ochronie zdrowia. Dz.U. Nr 76 z 2009 r., poz. 641.

Ustawa z 10 VI 2010 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz niektórych innych ustaw. Dz.U. Nr 125 z 2010 r., poz. 842.

Ustawa z 25 VI 2010 r. o sporcie. Dz.U. Nr 127 z 2010 r., poz. 857.

Ustawa z 4 II 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3. Dz.U. Nr 45 z 2011 r., poz. 235.

Ustawa z 15 IV 2011 r. o działalności leczniczej. Dz.U. Nr 112 z 2011r., poz. 654.

Ustawa z 28 IV 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia. Dz.U. Nr 113 z 2011 r. poz. 657.

Ustawa z 9 VI 2011 r o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej. Dz. U Nr 149 z 2011 r., poz. 887.

Ustawa z 10 VI 2010 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz niektórych innych ustaw. Dz.U. Nr 125 z 2010 r., poz. 842.

Ustawa z 15 VII 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. Dz.U. Nr 174 z 2011 r., poz. 1039.

Ustawa z 11 V 2012 r. o zmianie ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz niektórych innych ustaw. Dz.U. z 2012 r., poz. 637.

Ustawa z 10 V 2013 r. o zmianie ustawy o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 oraz niektórych innych ustaw. Dz.U. z 2013 r., poz. 747.

Ustawa z 5 III 2015 r. o zmianie ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Dz.U. z 2015 r., poz. 552.

Ustawa z 5 VIII 2015 r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej Dz.U. z 2015 r. poz. 163.

World Health Organization. *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva: WHO, 2010.

Założenia długofalowej polityki senioralnej w Polsce na lata 2014–2020. Warszawa: Rada ds. Polityki Senioralnej 2013.

Zarządzenie Ministra Pracy i Opieki Społecznej z 27 X 1959 r. o zakresie i trybie działania opiekunów społecznych. Mon. Pol. Nr 93 z 1959 r., poz. 496.

Zarządzenie nr 96/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 23 X 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz opieka paliatywna i hospicyjna.

Netografia

Abu Daud (zbiór hadisów), księga 36, hadis 4925 – Internet: http://www.hadithcollection.com

Abaya C., *Welcome to the sandwich generation*. 1995 – Internet: www. sandwichgeneration.com

Active ageing: A policy framework Madrid: WHO, 2012 – Internet: http://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/

Active ageing and solidarity between generation. European Union 2011 – Internet: www.aepumayores.org/sites/default/files/KS-EP-11-001-EN.pdf

Ageing and health technical report: A glossary of terms for community health care and services for older persons, 2004 – Internet: http://whqlibdoc.who.int/wkc/2004/WHO_WKC_Tech.Ser._04.2.pdf

Alkoholizm w domach pomocy społecznej. Raport z badania jakościowego przeprowadzonego w woj. opolskim. OIS.4011-5-3/11, 2011 – Internet: http://ois.rops-opole.pl/download/ALKOHOLIZM%20w%20DPS-ach.pdf

Alois Alzheimer – kamień węgielny współczesnej medycyny, 1999 – Internet: http://www. polskieradio.pl/39/156/Artykul/1151382,Alois-Alzheimer-%E2%80%93-kamien-wegielny-wspolczesnej-medycyny

Alzheimer's Association: *Alzheimer's disease fact and figures*, 2015 – Internet: http://doi.org/10. 1016/j.jalz.2015.02.003

An-Nasa'i (zbiór hadisów), księga 25, hadis 3104 – Internet: http://sunnah. com/nasai/25

Anderson H. S., Chawla J., *Mild Cognitive Impairment*…, 2014 – Internet: http://emedicine. medscape.com/article/1136393-overview

Asystent Seniora – Internet: http://www.centrumis.pl/asystent-seniora.html

Atkinson A. B. i współprac., *Income poverty and income inequality*, 2010 – Internet: http://ftp.infoeuropa.eurocid.pt/database/000046001-000047000/000046795.pdf#page=103

Babuchowski Sz., *Starość poetów*, 2013 – Internet: http://gosc.pl/doc/1417229.Starosc-poetow/4

Baruzi P., Roman-Liu D., *Ocena obciążenia mięśniowo-szkieletowego w aspekcie wieku pracownika*. „Ergonomia" 2012, nr 6 − Internet: archiwum.ciop.pl/57753

Batorski D., *Relacja wykluczenia społecznego z wykluczeniem informacyjnym*, 2008 – Internet: http://biblioteka.mwi.pl/index.php?option=com_k2&view=item&id=32:relacja-wykluczenia-spo%C5%82ecznego-z-wykluczeniem-informacyjnym&Itemid=3

beksinski.dmochowskigallery.net/download.php

Bergoffen D., *Simone de Beauvoir*, w: E. N. Zalta (ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, 2015 – Internet: http://plato.stanford.edu/archives/fall2015/entries/beauvoir/

Biała Księga na temat sportu. Bruksela: Komisja Wspólnot Europejskich, 2007 – Internet: http://ec.europa.eu/sport/documents/wp_on_sport_pl.pdf

Biała Księga Strategia dla Europy w sprawie zagadnień zdrowotnych związanych z odżywianiem, nadwagą i otyłością. Bruksela: Komisja Wspólnot Europejskich, 2007 – Internet: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0279:FIN: PL:PDF

Błędowski P. i współprac., *Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce*. Warszawa: Inst. Pracy i Spraw Socjalnych, 2012 Internet – senior.gov.pl/source/raport/PDF

Błońska A., *Zooterapia za pomocą robota*, 2011 – Internet: http://kopalniawiedzy.pl/robot-Paro-dom-spokojnej-starosci-zooterapia-trzesienie-ziemi-tsunami-Suisyoen-foka-grenlandzka,13595

Boeckenhoff A. i współprac., *The Socio-Economic Module of the Berlin Aging Study-II (SOEP-BASE)*…, 2013 – Internet: http://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_ 01.c.424996.de/diw_sp0568.pdf

Bogolea K., *The sandwich generation*, 1995– Internet: www.caregiver.com/channels/rural/articles/sandwich_generation.htm

Bonifas R., Frankel M., *Senior bullying*, 2012 – Internet: http://www.mybetternursinghome. com/senior-bullying-part-3-what-is-the-impact-of-bullying

Busquin P. i współprac., *Final Evaluation of the Ambient Assisted Living Joint Programme European Union*, 2013 – Internet: https://ec.europa.eu

Caruana J., *Laws to halt elderly abuse*, 2014 – Internet: http://www.timesofmalta.com/articles/view/20140610/opinion/Laws-to-halt-elder-abuse.522710

Checklist of essentials features of Age-Friendly Cities. 2014 – Internet: http://www.who.int/ageing/publications/Age_friendly_cities_checklist.pdf

Chiappini P., Miccoli G., *Innovation in learning practice: The Edu.Care Project*. "Journal of e-Learning and Knowledge Society" 2014, vol. 10 [3]. – Internet: http://www.jelks.org/ojs/index.php/Je-LKS_EN/article/view/924/912

Cichońska-Marczak M., *Kompleksowa ocena geriatryczna KOG Przegląd testów i skal*, 2011 – Internet: http://www.nursing.com.pl/Prawo_Kompleksowa_ocena_geriatryczna_KOG_ Przegld_testw_i_skal_33.html

Conference Report: Stop Aging Disease! ICAD 2014 – Internet: www.aginganddisease.org

Core operational guidelines or Telehealth Services Involving Propvoder – Patient Interactions, 2014 – Internet: http://www.americantelemed.org

Czapiński J., Panek T., (red.), *Diagnoza społeczna 2015. Warunki i jakość życia Polaków*, 2015 – Internet: www.diagnoza.com

Daszykowska J., *Subiektywny dobrostan a zdrowie*, b.r., – Internet: http://www.kul.pl/files/326/326/aktualny/biblioteczka_cyfrowa/daszykowska02.pdf

De Klerk M., *The effects different socio-economic factors, language environments*…, 2010 – Internet: http://rozenbergquarterly.com/2011/03/page/98/

Decyzja Rady z 27 XI 2000 r. ustanawiająca wspólnotowy program działań w zakresie zwalczania dyskryminacji na lata 2001–06 – Internet: ec.europa.eu/enlargement/ccvista/pl/32000d0750-pl.doc

Derejczyk J., *Geriatryczny zespół jatrogenny*, 2011 – Internet: http://www.derejczyk.com

Doward J., *Gay people 'at risk of a lonelier old age*, 2011 – Internet: http://www.guardian.co. uk/society/2011/sep/11/gay-people-risk-old-age

Effect of telehealth on use of secondary care and mortality: Findings from the Whole System Demonstrator cluser randomized trial, BMJ, 2012 – Internet: http://www.bmj.com/content/344/bmj.e3874

End-of-life care. Promoting high quality care for all adults at the end of life. London 2008 – Internet: www.gov.uk/government/publications/end-of-life-care-strategy-promoting-high-quality-care-for-adults-at-the-end-of-their-life

Eurobarometr 72.3 Sport and physical activity: Results for Poland, 2009 – Internet: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_334_fact_pl_en.pdf

European Social Survey Data, 2015 – Internet: http://nesstar.ess.nsd.uib.no/webview/

European Statistical System, b.r. – http://stat.gov.pl/en/metainformations/glossary/terms-used-in-official-Statistics/

Europejska Deklaracja Standardów w Fizjoterapii – Agencja Zapewniania Jakości w Szkolnictwie Wyższym, 2007 – Internet: http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_ struktura/docs/barcelona_03082007.pdf.pdf

Eurosta:. Statistic in Focus, 2008 – Internet: www.eurosat.europa.eu

Falls: Assessment and prevention of falls in older people, 2013 – Internet: www.nice.org.uk/guidance/CG161

Faulkner A., Sweeney A., *Prevention in adult safeguarding: A review of the literature*, 2011 – Internet: http://www.scie.org.uk/publications/reports/report41/files/report41.pdf

Ferris F. D. i współprac., *A model to guide hospice palliative care*…, 2002. Internet: http://www.chpca.net/media/7422/a-model-to-guide-hospice-palliative-care-2002 urlupdateaugust2005.pdf

Fit for Frailty: Consensus best practice guidance for the care of older people living in community and outpatient settings …, 2014 – Internet: http://www.bgs.org.uk/campaigns/fff/fff_full.pdf

Food and nutrition guidelines for healthy older people, b.r. – Internet: http://www.health. govt.nz/

Fortmann S. P. i współprac., *Vitamin, mineral, and multivitamin supplements for the primary prevention of cardiovascular disease and cancer*…, 2013 – Internet: http://annals.org/article. aspx?articleid=1767855

Frąckiewicz L., *Potrzeby społeczne starzejącego się społeczeństwa*, 2008 – Internet: http:///www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/bip/BIP_rrl_biuletyn53.pdf/

Garrett M. D., *Geography and the elderly*, 2013 – Internet: http://dx.doi.org/10.1093/obo/9780199874002-0062

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

Gawriłowa T. A. [Гаврилова Т. А.], *Этические и методические проблемы исследования отношения человека к смерти*. „Теория и Практика Современной Науки" 2015, № 6 – Internet: http://modern-j.ru/domains_data/files/6/Gavrilova%20T.A.(obrazovanie%20i %20 pedagogika).pdf

gerontology.esrea.ru

Gierowski J. K., Szymusik A., *Maria Einhorn-Susułowska – twórczyni polskiej psychologii klinicznej*. [Kraków:] b.r. – Internet: http://p-ntzp.com/dok/11Gierowski-p.pdf

Gindrich P. A., *Od ekskluzji do inkluzji osób z niepełnosprawnościami – edukacja włączająca szansą na lepsze jutro?*, 2015 – Internet: http://pedagogikaspecjalna.tripod.com/notes/fromexclusiontoinclusion.html

Glinkowski W., *Telemedycyna i eZdrowie – rozważania wstępne*, 2014 – Internet: http://medycyna24.pl//uruchomienie-sieci-telezdrowie-w-usa-coraz-blizej

Global health and ageing, 2011 – Internet: http://www.who.int/ageing/publications/global_ health/en/

Global recommendations on physical activity for health, 2010 – Internet: http://whqlibdoc. who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf

Globalna strategia dotycząca diety, *aktywności fizycznej i* zdrowia. Bruksela: ŚOZ, 2004 – Internet: http://d1dmfej9n5lgmh.cloudfront.net/msport/article_attachments/attachments/9610/original/globalna_strategia_nt_zdrowia_zalacznik.pdf?1334718870

glosseniora.com.glos-seniora

Graeber M. B., *Alois Alzheimer (1864–1915)* 2003 – Internet: http://ibro.info/wp-content/uploads/2012/12/Alzheimer-Alois-2003.pdf

Grill M., Rossall P., *Age UK Digital Inclusion Evidence Report 2013*, 2013 – Internet: http://www.ageuk.org.uk/Documents/EN-GB/Forprofessionals/Research/Age%20UK%20 Digital%20Inclusion%20Evidence%20Review%202013.pdf?dtrk=true

Grodecka J. i współprac., *Standard interwencji kryzysowej*. 2011. Internet: http://www.wrzos. org.pl/projekt1.18/download/SIK_2601.pdf

Grotjahn R., Schlak T., Berndt A., *Der Faktor Alter beim Spracherwerb: Einführung in den Themenschwerpunkt*. "Zeitschrift für Interkulturellen Fremdsprachenunterricht. Didaktik und Methodik im Bereich Deutsch als Fremdsprache" 2010 [1] – Internet: http://zif.spz.tu-darmstadt.de/jg-15-1/beitrag/Einleitung.pdf

GUS: *Uczestnictwo Polaków w sporcie i rekreacji ruchowej w 2008 r.* Warszawa: GUS, 2008 – Internet: http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/kts_Uczestnictwo_pol_w_sporcie_w_2008r.pdf

Gusztyn A. [Гуштын А.], *Отцы и дети. Почему от насилия страдают пожилые люди*, 2016 – Internet: http://naviny.by/rubrics/society/2014/08/28/ic_articles_116_186441/

Gutman G. M., *Senior bullying…*, 2013 – Internet: http://www.sfu.ca/uploads/page/09/INPEA2013_ Gutman_2.pdf

Hammer L., Margaret N., *Sandwiched generation*, 2002 – Internet: wfnetwork.bc.edu/encyclopedia _entry.php?id=256

Harman S. M. i współprac., *Endocrine changes with aging*, 2014 – Internet: http://www.update.com/contents/endocrine-changes-with-aging

Health Board Research. Annual Report 2012 – Internet: www:hrb.ie/publications/hrb-publication/publications//627/

Health Service Executive: Open your eyes…., 2012 – Internet: http://www.hse.ie/eng/services/Publications/services/olderpeople/Elder%20Abuse%20Report%202011.pdf

healthnet.umassmed.edu/health/HAMD.pdf

Help wanted? Providing and paying for long term care, 2011 – Internet: www.oecd.org/health/longtermcare

Historia i motywy powstania protokołu ERAS, który zmienił opiekę okołooperacyjną, br. – http://www.mp.pl

Historia to nauczycielka, której nie słuchamy. Rozmowa z Aleksandrem Krawczukiem

Rozmowę przeprowadził Tomasz Borejsza, 2016 – Internet: http://wiadomosci.onet.pl/tylko- w-onecie/prof-krawczuk-historia-to-nauczycielka-ktorej-nie-sluchamy/v5eblz

History of the Chartered Society of Physiotherapy. Chartered Society of Physiotherapy – Internet: http://www.csp.org.uk/director/about/thecsp/history.cfm

http://anatomiazycia.pl/cwiczenia-czynne-w-odciazeniu

http://apafss.eu/

http://archiwum.rp.pl/artykul/1038194-Po-zdrowie-w-Karpaty.html

http://archiwum.ustron.pl/media/gazeta/2016/08.pdf

http://ariadna.uji.es/

http://aribut.ru/forum/24-175-1
http://assets.aarp.org/rgcenter/general/thesaurus.pdf [2005, AgeLine Database]
http://astar.pl/produkty/elektroterapia/aries-s/
http://bambino.donnamoderna.com/piu-vicini-alla-natura/grotte-di-sale-ovvero-haloterapia/2/
http://bdemauge.free.fr/mythes/hermesintegral.pdf
http://benrose.org/MythBusters/mb_sidneykatz.cfm
http://bettercitiesnow.com/design/preparing-cities-for-an-ageing-world
http://bip.ms.gov.pl/pl/prawa-czlowieka/europejski-trybunal-praw-czlowieka/tekst-europejskiej-konwencji-praw-czlowieka-i-podstawowych-wolnosci-wraz-z-protokolami-dodatkowymi/
http://biznes.onet.pl/wiadomosci/kraj/kosiniak-kamysz-centra-senior-wigor-w-kazdej-gminie-i-dzielnicy/qlmk6 [2014]
http://centrumseniora.bialystok.pl/dancing-dla-seniorow/
http://cit.uniba.sk/vzdelavanie/jak/jak6f.html
http://clinicalcenter.nih.gov/wecare/materials.html
http://cme.baptisthealth.net/patientsafety/pages/index.aspx
http://culture.pl/pl/tworca/karina-marusinska
http://culture.pl/pl/tworca/ks-jozef-baka
http://culture.pl/pl/tworca/stanislaw-drozdz
http://culture.pl/pl/tworca/zbylut-grzywacz
http://de.wikipedia.org/wiki/Pflanzenheilkunde#/media/File:Valeriana_officinalis_-_K%C3%B6hler%E2%80%93s_Medizinal-Pflanzen-143_clean.jpg
http://dementcia.ru/zabolevaniya/lobno-visochnaya-frontalno-temporalnaya-dementsiya
http://dspace.uni.lodz.pl:8080/xmlui/handle/11089/254
http://dojrzaloscwsieci.pl/tl_files/pliki/Raport_Otwarcia.pdf
http://dolnyslask.org.pl/503861,Edmund_Halley_statystyki_zycia_i_smierci_w_miescie_ Breslau.html
http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&pcode=tsdph 240&language=de
http://edustat.home.pl/com/statystycy.html?indeks=31
http://en.prothom-alo.com/photo/gallery/80021/Respect-for-the-Aged-Day-image-70323
http://en.wikipedia.org/wiki/Drug_interaction#mediaviewer/File:Drug_ampoule_JPN.jpg
http://en.wikipedia.org/wiki/Federation_of_International_Sports,_Aerobics_and_Fitness
http://en.wikipedia.org/wiki/Geriatric_anesthesia
http://en.wikipedia.org/wiki/Hearing_loss
http://en.wikipedia.org/wiki/Telecare
http://en.wikipedia.org/wiki/Telehealth
http://www.encyclopedia.com/article-1G2-3401600123/comfort-alex-ander.html
http://encyclopedias.families.com/encyclopedia-of-aging [b.r.]
http://eo.wikipedia.org/wiki/Universitato_de_la_tria_a%C4%9Do
http://es.wikipedia.org/wiki/Residencia_de_personas_mayores#mediaviewer/File:Nursing_ home.JPG
http://fabrykamemow.pl/memy/6246
http://fineartamerica.com/featured/ageing-bill-sanderson,html
http://fozp.org.pl/pdf/9_3/02_pgp_9_3_kasprzak.pdf
http://fr.wikipedia.org/wiki/Handicap
http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k815038
http://gebrueder-schmid-zentrum.de/blog/
http://gerontechnology.info/index.php/journal/pages/view/isghome
http://gorzow.gazeta.pl/gorzow/1,36844,15158417,Nie_bojmy_sie_innosci__badzmy_ tolerancyjni.html
http://gosc/pl/doc/1839199.Swiat-po-drugiej-stronie [2014]
http://hospicecare.com/newsletter2005/aug05/cicely-saunders.html
http://httz
http://ihm.nlm.nih.gov/images/B13583
http://inspirehappy.com/articles/balance-exercises-elderly/
http://irss.pl/wp-content/uploads/2013/12/domy_pomocy_spo%C5%82ecznej_w_polsce.pdf

http://jcrowcoaching.com/2012/05/02/elevators-as-metaphors-for-life/
http://januszczyk.eu/aby-moc-sie-wypalic-trzeba-najpierw-plonac
http://jaskrabadania.pl/?page_id=13
http://konkurssybilla.nimoz.pl/2011/1yniki-2011
http://krasuski.com/o_rehabilitacji.html
http://kuracjusz24.pl/krioterapia-miejscowa/
http://laurenhargrave.com/port folio/senior-cohousing/
http://lodz.wyborcza.pl/lodz/51,35153,14308253.html?i=5
http://loveforfrance.majakka.pl/wszystkich-swietych-na-paryskim-pere-lachaise/
http://m.trojmiasto.pl/news/Czy-senior-za-kolkiem-jest-zagrozeniem-na-drodze-n87354.html
http://minookalasertherapy.com/
http://mmnc.org.au/wp-content/uploads/2012/06/LOGO-pallcare.jpg
http://natemat.pl/142993,cala-europa-podnosi-wiek-emerytalny-czy-jest-o-co-robic-afere
http://natemat.pl/17561,czyja-tecza-nasza-i-wasza-przez-trzy-miesiace-widoczna-nad-warszawskim-placem-zbawiciela
http://natemat.pl/23243,wpolityce-pl-sugeruje-ze-gw-chce-wykonczyc-starszych-ludzi-bieganiem-maratonczyk-to-zdrowe-i-integruje-rodziny
http://memy.pl/tag/staro%C5%9B%C4%87
http://muzeumliteratury.pl/lustra-ciszy-malarstwo-i-poezja-grzegorza-morycinskiego/
http://muzykoterapiapolska.home.pl
http://my3miasto.pl/magiel/robot-w-ksztalcie-dziecka-foki-pomoze-sopocianom-chorym-na-alzheimera/
http://newoldage.blogs.nytimes.com/2010/04/12/the-aging-drinker/?_r=0
http://newyorker.com/culture-comment/what-old-age-is-really-like
http://nfm.wroclaw.pl/index.php/component/nfmcalendar/event/2053
http://nowezerniki.pl/
http://ocw.unican. es/ciencias-de-la-salud/enfermeria-en-el-envejecimiento/materiales/unidad-2/tema-2.-cambios-fisicos-asociados-al-proceso-de
http://oczymlekarze.pl/raporty/1701-demencja/1705-demencja-starcza
http://old.klubgorliczan.pl/index.php?go=historia&b=znane_postacie
http://omvblog.com/blog/2013/07/03/the-truth-about-technophobia/
http://onkologia.org.pl/nowotwory-zlosliwe-ogolem-2/†
http://orthodoxwiki.org/File:Osios_David_of_Thessaloniki.jpg
http://otworzksiazke.pl/ksiazka/starosc_jako_wyobrazenie_kulturowe/strona/52/
http://panoramafirm.pl/rehabilitacja/ma%C5%82opolskie
http://pl.wikipedia.org/wiki/B%C3%B3l_w_klatce_piersiowej
https://pl.wikipedia.org/wiki/Bank_czasu
http://pl.wikipedia.org/wiki/Biogerontologia
http://pl.wikipedia.org/wiki/Fizjoterapia
http://pl.wikipedia.org/wiki/Nordic_walking
http://pl.wikipedia.org/wiki/Przewlek%C5%82a_obturacyjna_choroba_p%C5%82uc
https://pl.wikipedia.org/wiki/Telemedycyna
http://pl.wikipedia.org/wiki/Wska%C5%BAnik_masy_cia%C5%82a
http://polscyniepelnosprawni.agh.edu.pl/wp-content/uploads/Instrukcja_uzytkownika_ programu_b-Link.pdf
http://portalwiedzy.onet.pl/124526,,,,traktat_amsterdamski,haslo.html
http://prawapacjentow.eu/
http://prawoslawnikatolicy.pl/o-zachowaniu-tradycji-sw-bazyli/
http://projectm-online.com/demographics/outliving-our-bodies-warranty/
http://psychiatra.bydgoszcz.eu/publikacje-dla-pacjenta/depresja/skala-depresji-becka/.http://psychiatria.mp.pl/zaburzenia_osobowosci/show.html?id=69913
http://psychology.okstate.edu/museum/women/page2.html
http://ptnaaf.pl
http://pulmonologia.mp.pl/choroby/74636,obturacyjny-bezdech-senny

http://radiopik.pl/6,0,kultura&idx=27069&dtx=&szukaj=&go=morelist&s=3
http://register.consilium.europa.eu/doc/srv?l=PL&f=ST%2014552%202011%20INIT
http://register.consilium.europa.eu/pdf/pl/11/st14/st14552.pl11.pdf
http://rehabilitacja.wieszjak.polki.pl/rehabilitacja-konczyny-dolnej/258972,galeria, Rehabilitacja-po-zlamaniu-szyjki-kosci-udowej.html
http://religionnews.com/2013/11/22/aging-expert-vern-bengtson-boomers-will-return-church/
http://senior-i-zdrowie.wieszjak.polki.pl/aktywny-senior/309437,galeria,Aktywnosc-fizyczna-osob-starszych.html
http://seniorpodteleopieka. blox.pl/html
http://seniorzy.uml.lodz.pl/w-1791.html
http://seniorzy.wroclaw.pl/galeria/dniseniora2014
http://sjp.pwn.pl/doroszewski/gerontologia;5430038.html
http://sjp.pwn.pl/doroszewski/logopedia;5447241.html
http://sjp.pwn.pl/sjp/gerontologia;2559168.html
http://sjp.pwn.pl/sjp/gerontologia-spoleczna;2461447.html
http://sjp.pwn.pl/sjp/logopedia;2566296.html
http://sjp.pwn.pl/sjp/nastroj;2487334.html
http://sjp.pwn.pl/sjp/opieka;2495531
http://skierniewice.naszemiasto.pl/artykul/aktywny-senior-60,2318006,art,t,id,tm.html
http://sliwerski-pedagog.blogspot.com/
http://slownik.mesh.pl/szczegoly.php?ui=D005853
http://sofijon.pl/module/article/one/740
http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/RS_maly_rocznik_statystyczny_2013.pdf
http://stat.gov.pl/Klasyfikacje/doc/icd10/pdf/ICD10TomI.pdf)
http://szkolnictwo.pl/szukaj,Kryzys_psychiczny
http://teatrdlawas.pl/aktualnosci/473-warszawa-premiera-efektu-w-studio-6-marca [2015]
http://thebeautifulbuildingok.blogspot.com/2012/20/the-unusual-kiss-of-death-statue-at-el.html
http://thetelecareblog.blogspot.com/2009/11/tsa-conference-2009-report-of.html
http://tworzenienazw.pl/prawdziwe-piekno-wedlug-dove/
http://wawalove.pl/Przy-Al-Wilanowskiej-powstal-falszywy-przystanek-Uratuje-pacjentow-przed-ucieczka-a23189
http://weissklinik.pl/okulistyka/wzrok-i-jego-wady/
http://wiadomosci.ox.pl/wiadomosc,25783,o-sercu-w-ustroniu.html
http://wikieyes.ru/presbiopiya-starcheskoe-zrenie/
http://wolontariat.wroclaw.pl/instytucja/381-wroclawskie-centrum-seniora
http://world-architects.com/en/projects/26115_Retirement-home
http://wroclaw.tvp.pl/1631561/telewizyjny-klub-seniora
http://wroclaw.wyborcza.pl/wroclaw/1,35751,8139452,Panorama_Raclawicka_malowana_ slowami_dla_niewidomych.html#ixzz4AILsoTCl
http://wu.wikipedia.org/wiki/Бронхиальная астма
http://www.admr13.com/aide+a+domicile-pour+personne+agee-arles-z64
http://www.age-platform.eu/images/stories/Publications/AGE_EMIN_publication_Dec2014_ EN.pdf
http://www.aktywizacja.org.pl/biblioteka/technologie/1389-teleopieka-nowoczesna-forma-wsparcia
http://www.aleahchapin.com/2012-13/bmiv3vea4ggt0kgwg16uuffjg90ugi
http://www.alteucostat.org/musicoterapia-en-la-tercera-edad/
http://www.alz.co.uk/alois-alzheimer
http://www.alz.co.uk/news/g8-policy-brief-reveals-135-million-people-with-dementia-by- 2050
http://www.alz.org/research/diagnostic_criteria/
http://www.alzheimer-porozumienie.org/tresc-porozumienia-1/
http://www.alzheimer-waw.pl
http://www.alzheimer-waw.pl/images/Statut_Stowarzyszenia.pdf
http://www.alzheimer-waw.pl/kampania-spoleczna
http://www.alzheimerpolska.pl/downloadable_contents/statut_PTA

http://www.alzheimersatoz.com/public.html.alzheimersatoz.com/Welcome.html
http://www.americantelemed.org/home
http://www.andropause.com
http://www.apotheken-umschau.de/nachtblindheit
http://www.arnsberg.de/zukunft-alter/sicht.pdf
http://www.arttherapy.org
http://www.asimo.pl/modele/apripoko-robot.php
http://www.asimo.pl/modele/robotasimo.php
http://www.bambrzy.poznan.pl/node/77
http://www.bankczasu.mops.tczew.pl
http://www.bgs.org.uk/index.php/geriatricmedicinearchive/203-biographies/2437-marjory-warren?jjj=1438508319663
http://www.bgs.up.krakow.pl/
http://www.biason-cardonne-tran-dournon-masseurs-kinesitherapeutes.com/kine-senior-toulouse.php
http://www.bieganie.pl/?show=1&cat=24&id=7244
http://www.biogerontologia.pl/
http://www.biomedical.pl/zdrowie/wiekowy-problem-4488.html
http://www.bobaththerapy.org.uk/therapy/what-is-bobath-therapy
http://www.brat-siostra.org
http://www.carersatwork.tu-dortmund.de/en/
http://www.ccgp.org/content/geriatric-journals
http://www.cfr.org/service-robots/
http://www.cicelysaundersfoundation.org/
http://www.cirs.wroclaw.pl
http://www.citomed.pl/rezonans-magnetyczny.424.0.html
http://www.cityofchicago.org/city/en/depts/fss/provdrs/senior/svcs/regional_senior_centers. html
http://www.cliparthut.com/blind-pld-man-clip-art-clipart-DpFgDl.html
http://www.combattezlosteoporose.ca/a-propos.osteoporose
http://www.cooperaerobics.com
http://www.deltorosartgallery.com/anatomyofselfhealing.html
http://www.dementia-assessment.com.au/global/gds_scale.pdf
http://www.dementiatoday.com/sandwich-generation/
http://www.derbyshire.gov.uk/social_health/adult_care_and_wellbeing/caring_for_someone/default.asp
http://www.dggg-online.de/wir/preise.php
http://www.domseniora.kalina.pl/
http://www.durchblick-siegen.de/
http://www.egospodarka.pl/art/galeria/88534,Ubostwo-w-Polsce-2012,1,39,1.html
http://www.egospodarka.pl/art/galeria/90411.Piramida-wieku-ludnosci-stan-w-dniu-30-06-2012-r.15,39.html
http://www.eksperciwoswiacie.pl/dla-pedagogow-i-psychologow/art,13,smierc-i-przezywanie-zaloby.html#.VudVweIrK00
http://www.eleven.co.il/article/13940
http://www.equilibriarte.net/images/upload/valentinaurriani/chapin-aleah-thetempestx.jpg
http://www.euro.who.int/en/what-we-do
http://www.europeana.eu/portal/record/2021664/search_identifier_uba_items_b5a2f911311f 60af46777efdbb4b5444.html
http://www.fakt.pl/tak-wygladaja-maszyny-do-eutanazji.galeria.423072,1.html
http://www.fit.pl/
http://www.50plus.ch/
http://www.55plus-magazin.net
http://www.fotografuj.pl/News/Milczace_piekno/id/9677
http://www.fragmenthealth.com/eyes/photophobia-what-is-definition-symptoms-treatment.html
http://www.gabinetedanae.com/2016/01/13/el-bienestar-psicologico/

http://www.garnek.pl/grochal/9397026/nec-temere-nec-timide-bez
http://www.gdansk.pl/urzad/seniorzy,1398,25788.html
http://www.gedanopedia.pl/gdansk?title=SYNAL_BRUNON
http://www.geomaza.com/aerobics-for-seniors.html
http://www.geriatrictimes.com
http://www.german-architects.com/de/projects/44146_Generationenhaus_Heslach
http://www.gerontologia.org.pl/
http://www.gerontologia.org.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=2&Itemid =4
http://www.golocalprov.com/real_estate/real-estate-market-consumers-age-old-question-buy-or-sell-first
http://www.grupoa.com.br/blogA/?tag=/alzheimer
http://www.health.uab.edu/show.asp?durki=1870
http://www.health-literacy.eu
http://www.healthyageing.eu/
http://www.helpage.org
http://www.helpage.org/global-agewatch/reports/global-agewatch-index-2013-insight-report-summary-and-methodology/
http://www.homehelpandcare.com/
http://www.ifapa
http://www.impotenceworld.org
http://www.imsociety.org/
http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/infografias/caidas
http://www.info4seniors.org/glossary.htm
http://www.intropsych.com/ch11_personality/erikson.html
http://www.ioaging.org/osubs/glossary.html
http://www.jeanne-garnier.org
http://www.jewishjournal.com/lifecycles/article/americanstyle_retirement_for_israels _seniors_20061222
http://www.journal-news.net/page/category.detail/nav/5200/Senior-Living.html
http://www.komudzwonia.pl/printview.php?t=367&start=0
http://www.ksm.katowice.pl/wspolne-sprawy/index.php?id=195
http://www.lazienki-krolewskie.pl/pl/edukacja/muzeum-dostepne
http://www.lebens-zeit.org/
http://www.leni-riefenstahl.de
http://www.magazyn-seniora.com/
http://www.magazynseniora.pl/
http://www.magnesphoto.pl/inspired/sylwetki,1,47
http://www.marcprensky.com/writing/Prensky%20%20Digital%20Natives,%20Digital%20 Immigrants%20-%20Part1.pdf
http://www.marnaclarke.com/time-as-we-know-it/ms9jeed47frhhoe456s1htcoushtm9
http://www.martincatesinc.com/services/active-adult-tc
http://www.masazysci.org.pl/historia-masazu.html
http://www.mcoa.org/national-institute-of-senior-centers/
http://www.medme.pl/artykuly/jak-opiekowac-sie-osobami-przykutymi-do-lozka, 2832,1.html
http://www.mehrgenerationenhaeuser.de/
http://www.mejorencasa.es/funciones-logopeda-personas-mayores//
http://www.menopauza.pl/jestem_babcia/grozne_upadki_osob_starszych_1.html
http://www.merriam-webster.com/medical/geriatric
http://www.mhinnovation.net/innovations/dementia-home-care-project#.VpW08vkrK00
http://www.modern-senior.com/wp-content/uploads/2014/01/ageism.jpg
http://www.monreseauplus/com/en/
http://www.movinginwithdementia.com/2012/05/our-first-montessori-based-activities.html
http://www.mpips.gov.pl/userfiles/File/mps/standardyps.pdf
http://www.musictherapy.org/about/history

http://www.myjapanesehanga.com/home/artists/yoshitoshi-tsukioka-1839---1892
http://www.mymodernmet.com/profiles/blogs/tattooed-seniors-photographs
http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/choroby-cywilizacyjne
http://www.nacc.org/
http://www.nature.com/nature/outlook/ageing/images/cover_large.jpg
http://www.nature.com/news/chemical-clock-tracks-ageing-more-precisely-than-ever-before-1.13981
http://www.ncea.aoa.gov/Get_Involved/Awareness/WEAAD/index.aspx
http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/9609
http://www.niepelnosprawni.pl/ledge/x/15933
http://www.niepelnosprawni.gov.pl/rehabilitacja-spoleczna/likwidacja-barier//
http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf
http://www.nj.com/independentpress/index.ssf/2014/11/participants_at_sage_eldercare.htm
http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/2014
http://www.okulista-dratwinska.pl/test-amslera/
http://www.okulista.pl/oferta-amd-zwyrodnienie-plamki-zwiazane-z-wiekiem-36.html
http://www.pantomima.wroc.pl/zuzanna-i-starcy/
http://www.petsandpoetry.com/uncategorized/volunteering-for-senior-citizens/
http://www.pielegniarki.info.pl/article/view/id/1534
http://www.pleinevie.fr
https://www.pogoe.org/sites/default/files/images/UMMS_Homeostenosis.JPG
http://www.press.uillinois.edu/epub/books/kausler/a.html [2001]
http://www.projectaiko.com/
http://www.prozdor.ru/2014-11-09/3197-rozhdennye-v-sssr-k-starosti-oshushajut-sebja-vse-neschastnee.html
http://www.psychologia.edu.pl/galeria-mistrzow/1066-beck-aaron.html
http://www.ptpa.org.pl/public/files/akty_prawne/2000.78.WE.pdf
http://www.ptpg.org.pl/
http://www.ptpo.org.pl/index/index.php?option=com_content&task=view&id=224&Itemid=1 30
http://www.ptreh.com/upload/file/ksiega.pdf
https://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/2013-14_rcp_census_exec_summary.pdf
http://www.restassurednursing.com/best-caregivers-in-los-angeles-ca-music-therapy-for-alzheimers/
http://www.reuters.com/article/2013/04/12/us-pool-exercise-may-build-strength-redu-idUSBRE93B14620130412
http://www.robocup.org
http://www.robocupathome.org/rules/2015_rulebook.pdf
http://www.roboticstoday.com/projects/accompany.
http://www.rynekseniora.pl/inwestycje/107/inwestuja_w_dom_seniora_luksusowe_apartamenty_za_15_tys_zl_miesiecznie,587.html
http://www.saintbonaventureparish.org/get-involved/community-life/
http://www.salubre.pl/galwanizacja.php
http://www.sanatoria.org/pl
http://www.asanet.org/sections/aging.cfm
http://www.schmid-stiftung.de/die-stiftung/fuer-jung-und-alt.php
http://www.schmid-stiftung.de/generationenhaus-heslach/index.php
http://www.scimagojr.com/journalrank.php?category=2717
http://www.scribd.com/doc/231917341/Krytyka-Literacka-7-8-2014
http://www.sejm.gov.pl/sejm7.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=54631411
http://www.senescence.info/glossary.html
http://www.senioren-zeitschrift-frankfurt.de/
http://www.seniorliving.net/categories/senior-health/music-exercise-reduce-risk-of-falls
http//www.seremet.org/who_zdrowie.html
http://www.shef.ac.uk/FRAX/tool.aspx?country=40
http://www.sony-aibo.com

http://www.spektrum.de/magazin/die-krankheit-des-vergessens/1148404
http://www.spidersweb.pl/2013/12/cyfrowe-wykluczenie.html
http://www.springer.com/life+sciences/cell+biology/journal/10522
http://www.ssa.gov/agency/glossary/english-spanish-glossary.html
http://www.stat.gov
http://www.stronaparkinsona.pl/tag/leczenie-choroby-parkinsona/
http://www.swiatproblemow.pl/2013_12_2.html
http://www.synonimy.proffnet.com/depresja.html
http://www.takepart.com/article/2013/10/09/homeless-people-face-arrest-asking-help-some-places
http://www.taringa.net/posts/salud-bienestar/15594694/Como-cuidar-los-ojos-de-la- computadora.html
http://www.teatrkubus.pl/spektakle-dla-dzieci/dziadki-dziatki
http://www.telehealthcode.eu/images/stories/telehealth/pdf
http://www.thearttribune.com/spip.php?page=docbig&id_document=828
http://www.theguardian.com/society/2013/feb/24/britain-ageing-population-lords-inquiry
http://www.themalaymailonline.com/print/features/a-creative-path-to-healthy-ageing
http://www.thewca.com/blog/201402/breath-fresh-air-innovation-hyperbaric-oxygen-therapy
http://www.torun.pl/pl/dorota-swidzinska
http://www.tvn24.pl/pomorze,42/muzeum-narodowe-w-gdansku-kupilo-obraz-philippa-sauerlanda,522333.htmpl
http://www.ub.uni-heidelberg.de/ausstellungen/625 jahre2011/exponate/sektion2/15_03.html
http://www.uemsgeriatricmedicine.org/uems1/germany1.asp#
http://www.ujk.edu.pl/educare/
http://www.uke.de/extern/eurofamcare/
http://www.uke.de/extern/eurofamcare/index.php
http://www.unesco.pl/fileadmin/user_upload/pdf/Powszechna_Deklaracja_Praw_Czlowieka. PDF
http://www.uninet.edu/neurocon/congreso-1/comunicaciones/c-61.html
http://www.uni.wroc.pl/o-nas/ciekawostki-14
http://www.unless-women.eu/biography-details/items/Wiśniewska-roszkowska.html
http://www.uroda.krakow.pl/kursy/instruktor-nordic-walking-z-elementami-gymstick-2/
http://www.uwgb.edu/gerontology-glossary.htm
http://www.uwm.edu.pl/ump/
http://www.violencepreventionworks.org/public/olweus_bullying_prevention_program.page
http://www.visitbydgoszcz.pl/pl/poznaj/ciekawostki/2496-legenda-o-wegliszku
http://www.webconsultas.com/ejercicio-y-deporte/medicina-deportiva/para-que-sirve-el-kinesiotaping-o-vendaje-neuromuscular-9898
http://www.who.int/classifications/icd/en
http://www.who.int/genomics/public/patientrights/en/#
http://www.who.int/topics/ageing/en/
http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/
http://www.wnstamps.post.en/stamps/LT023.11
http://www.wolnyrower.com.pl/2013/02/10-najczestszych-wymowek-dla-roweru-na.html
http://www.worldhealth.net/p/anti-aging-glossary.htm
http://www.wykluczeniopiekunowie.fora.pl/deinstytucjonalizacja
http://www.wysokieobcasy.pl/wysokie-obcasy/51,96856,12704512.html?i=5
http://www.wysokieobcasy.pl/wysokieobcasy/1,96856,12781423,Nietrzymanie_moczu_wstydliwy_problem__ktory_da_sie.html
http://www.wysokieobcasy.pl/wysokie-obcasy/1,96856,12391605,Odmladzanie_po-szescdziesiatce.html#TrreISST
http://www.wysokieobcasy.pl/wysokie-obcasy/51,127763,18036420.html?i=1
http://www.wysokieobcasy.pl/wysokieobcasy/56,109835,17158320,Ryczaca_czterdziestka. html
http://www.zdrowie.com.pl/corega-nic-nie-trzyma-lepiej/
http://www.zeitlupe.ch/magazin.html
http://www.zielonagora.pl/PL/971/5630/XXIII_Inauguracja_Roku_Akademickiego_UTW/

http://www.zumi.pl/1999534,Centrum_Medyczne_Endo_-_Med,Wroclaw,firma.html
http://www1.unece.org/stat/platform/display/AAI/Active+Ageing+Index+Home (2013)
http://wyborcza.pl/duzy_kadr/5,97904,18297082.html?i=12#ixzz3f21JOPF5
http://wyborcza.pl/1,76842,8049293,Futbolowe_Babcie_z_Poludniowej_Afryki.html
http://wydarzenia.o.pl/2012/drogi-tworcze-galeria-sztuki-legnica#
http://zdrowie.dziennik.pl/alergie/artykuly/373670,alergiczne-testy-skorne-i-badania-krwi-sa-niewiarygodne.html
http://zdrowie.gazeta.pl/Zdrowie/1,101580,7045012,Krotkowzrocznosc__Myopia_.html
http://zdrowie.med.pl/oczy/badania/visus.html
https://a1churchbuckden.files.wordpress.com/2011/04/all-age-group-colour.jpg
https://archive.org/details/senescencelastha00halliala
https://archive.org/details/sexualimpotencei00hamm
https://archive.org/stream/essayonshakingpa00parkuoft#page/n3/mode/2up
https://beckcbtonline.org/
https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Elderly_Woman_,_B%26W_image_by_Chalmers_ Butterfield.jpg
https://dailypoliticalview.wordpress.com/2015/01/20/is-britain-equipped-to-deal-with-an-ageing-population/
https://de.wikipedia.org/wiki/Biografie
https://de.wikipedia.org/wiki/Friedrich_H._Lewy
https://today.duke.edu/2014/10/creativity-conference
https://de.wikipedia.org/wiki/Gro%C3%9Fmutter-Hypothese
https://de.wikipedia.org/wiki/HA_Schult
https://en.wikipedia.org/wiki/Amour_(2012_film)
https://en.wikipedia.org/wiki/Balance_%28ability%29#/media/File:Plank_on_a_pair_of_ medicine_balls.jpg
https://en.wikipedia.org/wiki/CT_scan#/media/File:UPMCEast_CTscan.jpg
https://en.wikipedia.org/wiki/Flexibility_(anatomy)
https://en.wikipedia.org/wiki/Gerontological_nursing#/media/File:Nurse_in_geriatry.jpg
https://en.wikipedia.org/wiki/Hyperopia
https://en.wikipedia.org/wiki/Hypertensive_retinopathy
https://en.wikipedia.org/wiki/Julius_Kronberg
https://en.wikipedia.org/wiki/Margaret_Ann_Neve
https://en.wikipedia.org/wiki/Mentorship#media/File:Age_Teaching_Youth.jpg
https://en.wikipedia.org/wiki/Pressure_ulcer#/media/File:Schema_stades_escarres.svg
https://en.wikipedia.org/wiki/Sikhism
https://es.wikipedia.org/wiki/Cardiopat%C3%ADa_isqu%C3%A9mica#/media/File:Heart_ _coronary_territories.jpg/
https://es.wikipedia.org/wiki/Demencia
https://es.wikipedia.org/wiki/Salud
https://es.wikipedia.org/wiki/Tercera_edad#media/File:Instalaciones_para_la_tercera_edad_ parque_juan_carlos.jpg
https://fr.wikipedia.org/wiki/Sant%C3%A9
https://fpc.rcsed.ac.uk/
https://gerontolodzy.wordpress.com/seria
https://millennials.today/7914/calico-going-help-us-live-150
https://orelavokes.files.wordpress.com/2013/01/woman2.jpg
https://pl.pinterest.com/esztie/anorexia-obesity-art-board/
https://pl.wikipedia.org/wiki/Choroba_przewlek%C5%82a
https://pl.wikipedia.org/wiki/Cukrzyca
https://pl.wikipedia.org/wiki/Inclus%C3%A3o_social#media/File:Diversity-none-01.jpg
https://pl.wikipedia.org/wiki/Jeanne_Calment
https://pl.wikipedia.org/wiki/Ksi%C4%99ga_umar%C5%82ych
https://pl.wikipedia.org/wiki/Parathormon#media/File:Calcium_regulation_pl.svg
https://pl.wikipedia.org/wiki/Priap
https://pl.wikipedia.org/wiki/Sati_(ceremonia)
https://pl.wikipedia.org/wiki/Wska%C5%BAnik_zadowolenia_z_%C5%Cycia#media/File: World_happiness.png

https://pl.wikipedia.org/wiki/Zawa%C5%82_mi%C4%99%C5%9Bnia_sercowego#/media/File:AMI_scheme.png
https://ru.wikipedia.org/wiki/Ars_Moriendi
https://sportsmarketingchannel.wordpress.com/2014/06/22/review-active-ageing-in-queensland-challenge-accepted/
https://wikipedia.org/wiki/Muzeum_Wsp%C3%B3%C5%82czesne_Wroc%C5%82aw
http://wikipedia.org.wiki/Zumba
http://www.pinakoteka.zascianek.pl/Zmurko/Images/Widzenie_Fausta.jpg
http://www.tricycle.com/blog/accepting-unacceptable
http://zrozumiecmojeja.blogspot.com/2014_11_01_archive.html
https://aging.osu.edu/intergenerational_center
https://pl.wikipedia.org/wiki/Osteoporoza
https://raquelmaiapedroso.worldpress.com/design-studio/social-integration
https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BE%D0%BA%D0%BE%D0%BB%D0% B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5#/media/File:Baby_Mother_Grandmother_and_Great_ Grandmother.jpg
https://ru.wikipedia.org/wiki/Социальная_норма
https://support.google.com/adwords/answer/2580383?hl=pl
https://www.base-berlin.mpg.de/en
https://www.base2.mpg.de/de
https://www.dr-gumpert.de/html/gleichgewicht.html
https://www.healthcare.uiowa.edu/igec/tools/cognitive/clockDrawing.pdf
http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/a-good-life-in-old-age_9789264194564-en#page1
https://www.mpips.gov.pl/aktualnosci-wszystkie/seniorzy
https://www.museodelprado.es/coleccion/galeria-on-line/galeria-on-line/obra/aun-aprendo-album-g-54/?no_cache=1
https://www.nik.gov.pl/plik/id,8319,vp,10379.pdf
https://www.pfron.org.pl/pl/komunikaty/1484,Opublikowanie-ustawy-z-dnia-28-czerwca-2012-r-o-zmianie-ustawy-o-rehabilitacji-z.html
https://www.polish.org/en/home/our-history
https://www.psychologytoday.com/blog/fulfillment-any-age/201008/medicalizatio-the-mind-the-changing-alzheimers-guidelines
https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/13575657740_0.pdf
https://www.wpclipart.com/medical/medical_problems/medical_conditions/blind_woman. png.html
https://www.youtube.com/watch?v=z2k05XNBOqg
https://zencoblog.wordpress.com/
Huitt W., *Maslow's hierarch of needs*, 2004 – Internet: http://chiron.valdosta.edu/whuitt/col/regsys/maslow.html
Instrukcja Świętej Kongregacji Obrzędów „Eucharisticum Mysterium" z 25 V 1967 r. o kulcie tajemnicy eucharystycznej, 1967. Internet: http://www.kkbids.episkopat.pl/?id=295
International Classification of Impariments Disabilities and Handicaps. Geneva: WHO, 1980 – Internet: http://whqlibdoc.who.int/publications/1980/9241541261_eng.pdf
3 International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH). Geneva: WHO, 1997 – Internet: http://www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id =6442455478
Jankowska J., *Umiejętności interpersonalne niezbędne przy interwencji kryzysowej*, 2012 – Internet: http://www.kpss.lublin.pl/upload/modul_ogolny.pdf
Japanmovingtowardnursingrobotsforelderly,2013–Internethttp://asq.org/qualitynews/qnt/execute/displaySetup?newsID=16207
Jasińska M, Orszulak-Michalak D., *Optymalizacja farmakoterapii w przebiegu opieki farmaceutycznej*. „Aptekarz Polski" 2009 nr 39/17. – Internet: http://www.aptekarzpolski.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=508&Utem. id=102
Jeran A., *ABC mentoring…*, w: A. Jeran (red.), *Nic o nas bez nas, Przewodnik po mentoringu*, 2013 – Internet: http://www.nicbeznas.byd.pl/userfiles/files/nobz_cala-1_popr3.pdf
Jones B. F., Reedy E. J., Weinberg B. A., *Age and scientific genius*, 2014 – Internet: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781118367377.ch20/summary

Kahn R. L., *Successful aging: Myth and reality*, 2004 –Internet: http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/49494/2004?sequence=3

Kałduńska, 2013 – Internet: http://www.wiecjestem.us.edu.pl/farmakologizacja-spoleczenstwa

Karpinska K., Dykstra P., *Der Index Aktives Altern und seine Erweiterung auf regionaler Ebene Synthesebereicht*, 2014 – Internet: www1.unece.org/.../Summary%20in%20 German.pdf

Keller, I. i współprac., *Global Survey on Geriatrics in the Medical Curriculum*. Geneva: WHO, 2002 – Internet: http://www.who.int/ageing/projects/en/alc_global_survey_ tegeme.pdf?ua=1

Kern D., *Vieillissement et formation des adultes*. "Savoirs" 2011, vol 2 [26] – Internet: https://www.cairn.info/revue-savoirs-2011-2-page-11.htm

Knox B. *History of the School of Physiotherapy. School of Physiotherapy Centre for Physiotherapy Research* – Internet: http://physio.otago.ac.nz/about/history.asp

Kchanowski J., *Fraszki. Księgi Pierwsze*. Kraków: Wyd. K. Bartoszewicz, 1883 – Internet: https: //pl.wikisource.org/wiki/Fraszki/Ksi%C4%99gi_Pierwsze_(ca%C5%82o%C5%9B %C4%87)

Kołomecka, b.r., *Całościowa Ocena Geriatryczna*, b.r. – Internet: http://www.umed.pl/ geriatria/pdf/calosciowa_ocena_ger.pdf

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

Komunikat z badań BS/130/2009, *Polak zadbany – troska o sylwetkę i własne ciało*. Warszawa: CBOS, 2009 – Internet: http://cbos.pl/SPISKOM.POL/2009/K_130_09.PDF

Komunikat z badań BS/110/2012. Polacy o swoim zdrowiu oraz prozdrowotnych Zachowaniach i aktywnościach. Warszawa: CBOS, 2012 – Internet: http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2012/K_110_12.PDF

Komunikat z badań CBOS. BS/129/2013: Aktywność fizyczna Polaków, 2013 – Internet: http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2013/K_129_13.PDF

Kostka T., *Aktywność fizyczna u osób w podeszłym wieku*, 2010 – Internet: http://dieta.mp.pl/sport/show.html?id=73803

Kowaleski J. T., Obraniak W., *Edward Rosset (1897 1989)*. Warszawa: GUS, PTS, 2012 – Internet: http://stat.gov.pl/gfx/portalinformacyjny/userfiles/_shared/redaktor_pe/statystycy _polscy.pdf

Kraemer K.H., DiGiovanna J.J., *Xeroderma Pigmentosum*, 2003 – Internet: http://www.ncbi. nlm.nih.gov/books/NBK1397

Krzyszkowski J., *Usługi opiekuńcze dla ludzi starych w miejscu zamieszkania w krajach UE i w Polsce*, b.r. – Internet: dspace.uni.lodz.pl/xmlui/bitstream/handle/.../Krzyszkowski.pdf

Kubicki P., *Ubóstwo i wykluczenie społeczne osób starszych*, 2010 – Internet: http://www. eapn.org.pl/wp-content/uploads/2013/07/Ubostwo-i-wykluczenie-oso%C5%82b-starszych.pdf

Kujawska-Tenner J., Łuczak J., *Medycyna paliatywna – nowa specjalność medyczna*. „Onkologia Polska" 1998, nr 2 – Internet: www.almamedia.com.pl/pliki/OP/1982/2/OP_ 1998_2_87.pdf

Lanoux V., *Dawno temu, dziś*, 2010 – Internet: http://www.dziennikteatralny.pl/artykuly/taktownie-wyreżyserowane-z-wyczuciem-zagrane.html

Laugel V., *Cockayne Syndrome*, 2000 – Internet: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1342/

Lichtenstein A. H. i współprac., *Modyfied MyPyramid for older adults*. "The Journal of Nutrition" 2008, vol. 138 [1] – Internet: www.nutrition.tufts.edu/research/modified-mypyramid-older-adults

Lifetime Homes, Lifetime Neighbourhoods, A National Strategy for Housing in an Ageing Society − Internet: http://www.cpa.org.uk/cpa/lifetimehomes.pdf

Lis K. i współprac. (eds.), , *Evidence-based guidelines on health promotion for older people*, 2008 – Internet: http://www.healthproelderly. com/pdf/HPE-Guidelines_Online.pdf

Long-term Senior Policy in Poland for the years 2014-2020 in outline, Warszawa 2013 – Internet: www.elzbietaachinger.pl/3265r3tcmzrme9os8.file.pdf

longevity-science.org/orgel.html

Lorek M., Wollman L., *Nasz elementarz…* Warszawa: MEN, 2014 – Internet: http://bi.gazeta. pl/im/9/15818/m15818159,Pierwsza-czesc--Naszego-Elementarza--do-sciagniecia.pdf

Ludność. Stan i struktura demograficzno-społeczna. Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011. Warszawa: GUS, 2013 – Internet: http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/lud_raport_z_wynikow_NSP2011.pdf

Luken P. C., *Aspects of the aging stigma*. Washington. D.C.: ERIC Clearinghose, 1983 – Internet: files.eric.ed.gov/fulltext/ED244192.pdf

Łuszczyńska M., *Praca socjalna wobec śmierci i umierania*. „Zeszyty Pracy Socjalnej" 2013, nr 2 – Internet: http://www.ejournals.eu/sj/index.php/ZPS/article/view/4044

MacReady N., *The difference between palliative and hospice care*… "Medscape Medical News" 2012 – Internet: http://www.medscape.com/viewarticle/723058

Mallenius, S., Rossi, M., Tuunainen, V. K., *Factors affecting the adoption and use of mobile devices and services by elderly people–results from a pilot study*, 2007 – Internet: http://classic.marshall.usc.edu/assets/025/7535.pdf

McCall B., *Dr James Parkinson 1755–1824*. Parkinson's Disease Society, 2003 – Internet: http://www.parkinsons.org.uk

Miasta Przyjazne Starzeniu: Przewodnik. Warszawa: Fund. Res Publica, 2014 – Internet: http://publica.pl/teksty/miasta-przyjazne-starzeniu-przewodnik-48784.html

Miasta przyszłości. Wyzwania, wizje, perspektywy, 2011 – Internet: http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/studies/pdf/citiesoftomorrow/citiesoftomorrow_final_pl. pdf

Michalak-Widera I., Węsierska K., b.r., – Internet: *www.logopeda.info/*

Miccoli i współprac., *EDU.CARE: An Innovative Model of Training for The Elderly Caregivers*. "The Online Journal of Distance Education and e-Learning" 2014, vol. 2 [1]. – Internet: http://www.tojdel.net/pdf/v02i01/v02i01-02.pdf

Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF). Warszawa: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, 2012 – Internet: http://www.pfon.org/dokumenty-i-publikacje/klasyfikacja-icf/496-miedzynarodowa-klasyfikacja-funkcjonowania-niepelnosprawnosci-i-zdrowia-icf-polskie-tlumaczenie

Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF), 2001 – Internet: http://www.csioz.gov.pl/src/files/klasyfikacje/ICF_Polish_version.pdf

Młody, bogaty, wykształcony, religijny – mit polskiego wolontariusza, 2011 – Internet: http://erw2011.gov.pl/static/upload/komunikat-2.pdf

Mrzygłocka-Chojnacka J., *Przyczyny wykluczenia społecznego*, 2011 – Internet: http://obserwatorium.cmsiko.pl/sites/default/files/2011-07-28-091127.pdf

Muhammad Mus'ad Yaqut, *The Prophet's mercy towards the rlderly* – Internet: http://www. onislam.net/english/shariah/muhammad/manners/442090-the-prophets-mercy-towards-the-elderly.htm

Muszyński M., *Próg ubóstwa rośnie mino deflacji*, 2014 – Internet: http:/www.forbes.pl/minimum-socjalne-prog-ubostwa-rosnie-mimo-deflacji,artykuly,184697,1,1.html

Myer R. A. i współprac., *Triage Assessment Form: Crisis Intervention*. [b.r.] – Internet: http://wctcca.com/upload/1/1/2/3/11232275/triage_assessment_form_crisis_intervention.pdf

Narodowa Strategia Integracji Społecznej, 2004 – Internet: http://www.mpips.gov.pl/aktualnosci-wszystkie/art,5537,4540,narodowa-strategia-integracji-spolecznej.html

Narodowy Program Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym. Moduł 1. *Program Zapobiegania nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym*. Warszawa: Min. Zdrowia, 2012 – Internet: http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/mod1progrnadwaga_201210301212.pdf

Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015. Uchwała Nr 90/2007 Rady Ministrów z 15 V 2007 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007–2015. Warszawa: Min. Zdrowia, 2007 – Internet: http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura.docs/zal_urm_ npz_90_15052007p.pdf

National Social Life, Health and Aging Project, b.r. – Internet: http://www.icpsr.umich.edu/icpsrweb/ICPSR/studies/20541/documentation

naszsenior.pl

NCPC, The end of life care strategy: new ambitions, 2014 – Internet: http://www.ncpc.org.uk/publication/end-life-care-strategy-new-ambitions

Nestorowicz, b.r., – Internet: http://www.gazetalekarska.pl/?p=8570

NFZ. *Zasady świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej*, 2015 – Internet: www.nfz=lodz.pl/index.php/dlapacjentow/jak-sie-leczyc/1451-opieka-paliatywna-i-hospicyjna

NHS (*National Health Service*) – Internet: www.endoflifecareforadults.nhs.uk

NHS England, *Actions for End of Life Care: 2014– 16*, Leeds 2014 – Internet: www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/11/actions-eolc.pdf

NHS, Gold Standards Framework, 2012 – Internet: www.goldstandardsframework.nhs.uk

NIK o informatyzacji służby zdrowia, 2013 – Internet: https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-informatyzacji-sluzby-zdrowia.html

nkjp.pl

Nocoń P., *Zaburzenie komunikacji w zespołach otępiennych*, b.r. – Internet: http://seni.pl/seni _profesjonalnie/czytelnia/komunikacja_w_otepieniu.pdf

O'Connor S.J., *End-of-life care definitions and triggers to assessment: A summary and discussion of the literature*, 2008 – Internet: www.endoflifecareforadults.nhs.uk/assets/downleads/EOLC_Literature_Review_Oct2008.pdf

Okraska R., „*Homo Eutyfronicus*" – *Jozefa Bańki koncepcja człowieka ery technologicznej*. „Dzikie Życie" 2000, nr 7–8 – Internet: http://pracownia.org.pl/dzikie-zycie-numery-archiwalne,2178,article,3336

Omyłka-Rudzka M., *Polacy wobec własnej starosci. Komunikat badań*. CBOS, 2012 – Internet: http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2012/K_094_12.PDF

Opieka nad chorymi terminalnie. Towarzyszenie w godnym umieraniu…, 2009. Internet: http://www.umed.pl/pl/icnp/doc/INCP_katalog_paliatywna.pdf

Opioła D., *Promocja osób niepełnosprawnych na rynku pracy*, 2010 – Internet: http: forestap.republika.pl/niepelnosprawnosc.htm

Oszajca W., *Stary Kościół ludzi starych*. „Kontakt" 2013, nr 16 – Internet: http://magazynkontakt .pl/waclaw-oszajca-sj-stary-kosciol-ludzi-starych.html

Overcoming the barriers and seizing the opportunities for active policies in Europe, 2008 – Internet: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-2451.2008.00659.x/abstract

Paradiso J. A., Gershenfeld N., *Musical applications of electric field sensing*, 1996 – Internet: http://resenv.media.mit.edu/pubs/papers/96_04_cmj.pdf

Patient Safety in the UE: 2014, 2014 – Internet: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/ps 2014_infograph_en.pdf

Pisarska M., *Protokół ERAS – współczesna kompleksowa formuła opieki okołooperacyjnej dla poprawy wyników leczenia* b.r., – Internet: www.mp.pl,

Podstawowa Opieka Zdrowotna, 2010 – Internet: POZ_info-ptmr.edu.pl

Podstawowe fakty o organizacjach pozarządowych. Raport 2012. Warszawa: Stow. Klon/Jawor, 2013 – Internet: http://www.ngo.pl/PodstawoweFakty_2012_raport/ebook/content/PodstawoweFaktyNGO_2012_KlonJawor_raport.pdf

Policies for ageing well with ICT, 2015 – Internet: http://ec.europa.eu/digital-agenda/en/policies-ageing-well.ict

Policy paper. Government Digital Inclusion Strategy, b.r. – Internet: https://www.gov.uk/government/publications/government-digital-inclusion-strategy/government-digital-inclusion-strategy

Pomiankiewicz Ł. *Starość w obliczu ponowoczesności, czyli dlaczego odeszliśmy od kultury postfiguratywnej?*, w: H. Grzesiak, M. Fryza, K. Ratajczak (red.) *Wykluczenie społeczne wczoraj i dziś*. Poznań, 2012 – Internet: https://repozytorium.amu.edu.pl/jspui/handle/10593/2883

[Popowicz L. D.]Попович Л. Д,. *Новые формы оказания медицинской помощи населению старших возрастных групп и инвалидам в зарубежных странах*…, b.r. – Internet: http://ni-s-in.ru/d/90807/d/pomosch_pozhilym_i_invalidam.pdf

PopulationAgeingandDevelopment,2012–Internet:http://www.un.org/esa/population/publications/2012WorldPopAgeingDev_Chart/2012PopAgeingandDev_WallChart.pdf

Principi A., Perek-Białas J. (eds.), *The reconciliation of employment and eldercare: A secondary data analysis*, 2010 – Internet: http://www.carersatwork.tu-dortmund.de/en/publikationen.php

Probablistic population projections based on the Worls Population Prospects…, 2012 – Internet: http://esa.un.org/unpd/ppp/]

Program Senior-Vigor na lata 2015–2020, 2015 – Internet: http://stacja-konsultacja.pl/konsultacja/72/program-senior-vigor-na-lata-2015-2020.html

Prezentacje projektów – Roboty-opiekunowie w służbie osób starszych, b.r. – Internet: http://cordis.europa.eu/result/ren/93066_pl.html.

Prognoza ludności Polski na lata 2008–2035, 2008 – Internet: http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/L_prognoza_ludnosci_Pl_2008-2035.pdf

Prognoza ludności na lata 2008–2035, 2008 – Internet: http://demografia.stat.gov.pl/Baza/Demografia/Prognoza.aspx

Public consultation on patient safety and quality of care, 2016 – Internet: http://ec.europa.eu/health/patient _ safety/consultations...)

Quero S. i współprac., *EduCare Project: An innovative training program for the elderly carer*, 2014. – Internet: library.iated.org/view/QUERO2014EDU

Raport ARIA, 2002 – Internet: http://www.mp.pl/artykuly/12827,alergiczny-niezyt-nosa-i-jego-wplyw-na-astme-raport-aria

Raport CBOS: Zagrożenia w Internecie, 2009 – Internet: http://www. cbos.pl/SPISKOM.POL/2009/K_106_09.PDF, 2009

Raport CBOS: Szykany w miejscu pracy, 2014 – Internet: http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2014/K_109_14.PDF, 2014

Raport: Osteoporoza – cicha epidemia w Polsce, 2015 – Internet: dabrowa-bial.pl/raport_ osteoporoza.pdf

RCGP-RCN, Matters of Life and Death. Helping people to live well until they die, 2012 – Internet: www.goldstandardsframework.org.uk/Resources/Gold%20Standards%20 Framework/General/RCGP_MattersofLifeDeath_Oct12.pdf

Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force. The Guide to Clinical Preventive Services, 2014 – Internet: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Announcements/News/Index/announcements

Reed College Mission and History. About Reed. Reed College. – Internet: http://www.reed.edu/about_reed/history.html

Rekomendacje. Wersja 6.1. EACS European AIDS Clinical Society, 2012 – Internet: www. eacsociety.org/files/2012_eacsguidelines-v6.1-polish.pdf

Renta socjalna – Internet: http//www.zus.pl

Rola wolontariatu, 2011 – Internet: http://register.consilium.europa.eu/pdf/pl/11/st14/st 14552.pl11.pdf

Safeguarding Vulnerable Persons at Risk of Abuse National Policy & Procedures. Incorporating Services for Elder Abuse and for Persons with a Disability. [Social Care Division, Ireland], 2014 – Internet: http://www.hse.ie

Samela K., *Choreoterapia. Praktyczne wykorzystanie artystycznych walorów tańca w rehabilitacji ludzi starszych*, b.r. 1996 – Internet: www.artefakt.info.pl/doc/Choreoterapia

Sanz M. M., German J., *Bloom's syndrome*, 2006 – Internet: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK 1398

Savage A., *Dyskeratosis congentia*, 2013 – Internet: http://www.ncbi.nlm. nih.gov/books/NBK22301

Schaufeli W. B., Bakker A. B., UWES – *Utrecht Work Engagnent Scale. Preliminary Manual*, 2003 – Internet: www.beanmanaged.com/doc/pdf/arnoldbakker/articels/articels_ arnold

Scientific opinion on the substantiation of health claims… European Food Safety Authority, 2006 – Internet: http://www.efes.europa.eu

Senior Task Force – Internet: www.wrzos.org.pl/

Seniorzy w Akcji – Internet: http://www.seniorzywakcji.pl

seniorjournal.com

Seniorzy w polskim społeczeństwie, 2000 – Internet: http://biurose.sejm.gov.pl/teksty_pdf_ 00/kis-32.pdf

seniorzynaczasie.pl

Słownik języka polskiego, b.r. – Internet: sjp.pl/retardacja

Słownik języka polskiego, b.r. – Internet: http://sjp.pwn.pl/slowniki/Grupa-wiekowa.html

Słownik języka polskiego PWN, b.r. – Internet: http://sjp.pwn.pl/szukaj/ekskluzja-.html

Słuch polskich seniorów 2014. Wyniki badania TNS Polska, 2014 – Internet: http://www.medicus.com.pl/en/system/files/pressroom/S%C5%82uch%20polskich% 20senior%C3%B3w%202014%20-%20wyniki%20badania%2018.09.2014.pdf

Sprawozdanie MPiPS-03-R z 1 XII 2014 r. Zestawienie wg województw – Internet: http:www.mpips.gov.pl/pomoc-spoleczna/raporty-i-statystyki/statystyki-pomocy-spolecznej/

S*prawozdanie MPiPS-05*, 2014 – Internet: www.mpips.gov.pl/pomoc-spoleczna/raporty-i-statystyki/statystyki-pomocy-spolecznej/staystyka-za-2013

Sprawozdanie z Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie za rok 2013, 2013 – Internet: http://www.mpips.gov.pl/download/gfx/mpips/pl/defaultopisy/9032/1/1/Sprawozdanie%20z%20Krajowego%20Programu%20Przeciwdzialania%20Przemocy %20w%20Rodzinie%20za%202013%20r..pdf

Sprawozdanie z realizacji krajowego programu przeciwdziałania przemocy w rodzinie, 2011 – Internet: http://www.mpips.gov.pl/przeciwdzialanie-przemocy-w-rodzinie-nowa/ogolne/

*Sprawozdanie z realizacji krajowego programu przeciwdziałania przemocy w rodz*inie, 2013 – Internet: http://www.mpips.gov.pl/przeciwdzialanie-przemocy-w-rodzinie-nowa/ogolne/

Staręga-Piasek B. i współprac., *Standard pracy socjalnej z osobami starszymi*, 2011 – Internet:http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/2.1.STANDARD%20PRACY%20 SOCJALNEJ%20Z%20OS.pdf

Staręga-Piasek B. i współprac., *Standard usług opiekuńczych świadczonych dla osób starszych w miejscu zamieszkania*, 2011 – Internet: http://wrzos.org.pl/download/Zalacznik_9.pdf

stat.gov.pl

Status of older people: Modernization theory and the study of ageing…, b.r. – Internet: http://medicine.jrank.org/pages/1641/Status-Older-People-Modernization-Modernization-theory-study-aging.html#ixzz3vewxYlMz

Statystyka ludności na poziomie regionalnym. Eurostat, 2014 – Internet: http://ec.europa.eu/eustat./statistics-explained/index.php/Population_statistics_at_regional_level/pl

Stawicki R., *Zarys problematyki prawa kombatanckiego i organizacji kombatanckich w II Rzeczypospolitej.* Warszawa: Kancelaria Senatu, 2010 – Internet: www.senat,gov.pl/gfx/senat/pl/senatopracowania/98/plik/ot-586.pdf

Strategia Rozwoju Sportu w Polsce do 2015 roku. Warszawa: Min. Sportu, 2007 – Internet: https://d1dmfej9n5lgmh.cloudfront.net/msport/files/Downloads/20130103151557/815 Finalna_strategia-_12_01.doc_2.pdf?1357226158

Strobel G., *What is early onset Familiar Alzheimer Disease (eFAD)?*, 2016 – Internet: http://www.alzforum.org/early-onset-familial-ad/overview/what-early-onset-familialalzheimer-disease-efad

Sustainable…, 2014 – Internet: http://www.ssfindex.com/ssi2014/wp-content/uploads/pdf/SSI2014.pdf

Sylvestre G., *The geography of aging: A geographical contribution to gerontology*, 1999 – Internet: http://pcag.uwinnipeg.ca/Prairie-Perspectives/PP-Vol02/sylvestre.pdf

Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014–2050. Warszawa: GUS, 2014 – Internet: http://www.stat.gov.pl

Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014–2050, 2014 – Internet: http://www.opzz.org.pl/documents/1137115/0/ludnosc_w_starszym_wieku.pdf

Szczygieł B., *Leczenie żywieniowe – postępy 2011*, 2011 – Internet: http://www.mp.pl/gastrologia/wytyczne/show.html?id=75534

Szkoła Super Babci i SuperDziadka, 2015 – Internet: http://www.superbabcia.org.pl/

Szukalski P., *Ageizm – dyskryminacja ze względu na wiek*, b.r. – Internet: http://dspace.uni. lodz. pl/xmlui/bitstream/handle/11089/3607/7.%20Szukalski.pdf?sequence=1&isAllowed =y.

Švancara J., *The emergence of life span developmental psychology – Approaches, theorie, models, methods, implementation*. "Psychologie" 2012, vol. 6 [1] – Internet: e-psycholog.eu/pdf/Svancara.pdf

Takechi H. i współprac., *Relative preservation of advanced activities in daily living among patients with mild-to-moderate dementia in the community and overview of support provided by family caregivers*. "International Journal of Alzheimer's Disease" 2012 – Internet: http://www.hindawi.com/journals/ijad/2012/418289/

The 2012 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010–2060), 2012 – Internet: https://ec.europa.eu/digital-agenda/en/news/2012-ageing-report-economic-and-budgetary-projections-27-eu-member-states-2010-2060

The World Bank, b.r., – Internet: http://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.DPND

The World Factbook, 2016 – Internet: https://pl.wikipedia.org/wiki/Lista_pa%C5%84stw_%C 5%9Bwiata_wed%C5%82ug_oczekiwanej_d%C5%82ugo%C5%9Bci_%C5%BCycia

Tissot S., *"French Suburbs": A new problem or a new approach to social exclusion?*, 2008 – Internet: aei.pitt.edu/11792/1/CES_160.pdf

Triantafillou J. i współprac., *Informal care in the long-term care system. European Overview Paper*, 2010 – Internet: http://www.euro.centre.org/data/1278594816_84909.pdf

Vitelli R., *Can robots help care for the elderly?*, 2013 – Internet: https//

Volunteering explained, b.r. – Internet: http://www.worldvolunteerweb.org/resources/how-to-guides/volunteer/doc/volunteering-explained.html

Walden-Galuszko de, *Psychologia dla zespołu hospicjum. Opieka hospicyjno-paliatywna – historia, wyjaśnienie pojęć, filozofia postępowania*, 2005 – Internet: http://hospicja.pl/opieka_psych/article/274/94.html

Wang L. L., Plon S. E., *Rothmund-Thomson syndrome*, 2013 – Internet: http://www.ncbi.nlm. nih.gov/books/NBK1237

We love eating! Rozsmakuj się w zdrowiu – Internet: http://www.we-love-eating.eu/pl

When and how to taper antipsychotics for nursing home residents…, 2015 – Internet: http://musicandmemory.org/blog/2015/07/06/when-and-how-to-taper-antipsychotics-for-nursing-home-residents-lessons-from-wisconsin/

WHO. Strategy and action plan for healthy ageing in Europe, 2012–2020. Malta: WHO, 2012 – Internet: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/175544/RC62wd10Rev1-Eng.pdf

Widera A., *Rak jak ośmiornica*, b.r. – Internet: http://www.blekitnawstazka.pimr.pl/
Wielosz M., *Polipragmazja*. „Służba Zdrowia" 2008, nr 88–91 – Internet: http://www.sluzbazdrowia.com.pl
Więckowska B. , *Inwalidztwo w ujęciu medycznym i ubezpieczeniowym,* b.r. – Internet: www.rzu.gov.pl/publikacje/artykuly-pracownikow-i-wspolpracownikow/Barbara_ Wieckowska_--Inwalidztwo _w_ujeciu_medycznym_i_ubezpieczeniowym
Wilkes D., *Healthcare trend favour self-medication*, 2014 – Internet: http://www.otctoolbox. com/news/archive-2014/healthcare-trends-favour-self-medication.aspx
Wolontariat długoterminowy. Internet: http://cobybylo.nazwa.pl/jedenswiat/index.php?aid= 73
Wolontariat europejski. Internet: http://www.wikipedia.org/wiki/Wolontariat_Europejski
Wolontariat seniorów, 2011 – Internet: http://erw2011.gov.pl/pl/strony/seniorzy
Wong T. Y., McIntosh R,, *Hypertensive_retinopathy signs as risk indicators of cardiovascular morbidity and mortality*, 2005 − Internet: http://bmb.oxfordjournals.org/content/73-74/1/57.full
World Health Assembly resolution WHA65.3…, 2012 – Internet: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_R3-en.pdf
Woźniak-Jasik Z., *Problem dyskryminacji ze względu na wiek*, 2007 – Internet: http://bezuprzedzen.org/doc/problem_dyskryminacji_ze_wzgledu_na_wiek2007.pdf
Wronkowski Z, Zwierko M, Nowacki MP. *Program modelowego skryningu raka piersi i raka szyjki macicy w Polsce, 1999-2000*. [Raport Końcowy Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie], b.r. – Internet: www.bpz.gov.pl/old/file/skryning%20 raport%20koncowy.pdf
www.aiihpc.org
www.arteterapiahumanista.com
www.asimo.pl/modele/bloodbot.php
www.ata.edu.pl
www.bas.sejm.gov.pl
www.bpp.gov.pl
www.caregiver.com
www.copozawale.pl
www.dhsspsni.gov.uk/8555_palliative_final.pdf
www.dpschodziez.pl/zespol.php
www.dr.pan.pl
www.e-lfh.org.uk/projects/e-elca/index.html
www.epworthsleepcentre.com.au
www.euro.who.int/
www.federacjautw.pl
www.gazetasenior.pl
www.geriatria.sk
www.geriatrickarevue.cz
www.gerpntolog.info/docpdf/enc.pdf
www.gerontologyjournals.com
www.grandtimes.com
www.grg.org/resources/glossary.html
www.healthfulmd.hubpages.com/hub/caregiver-syndrome
www.hospicja.pl
www.instytutbenjamenta.blogspot.com
www.kivaprogram.ne
www.Medicine.jrank.org/pages/186/Biomarkers-Aging.htm
www.metalocus.es/content/en/blog/residential-care-home-elderly-azc
www.notretemps.com
www.nowoczesnysenior.pl
www.nutrition.tufts.edu/research/modified-mypyramid-older-adults
www.opieka.senior.pl/84,0,Rolaopiekuna-to-cos-wiecej-niz-czynosci-pielegnacyjne,17432. html

www.opiekunmedyczny.com.pl
www.polskieradio.pl/7/1691/Artykul/1146414,Sportowi-mistrzowie-ktorzy-wszystkich-bija-na-glowe-
www.psychologytoday.com/blog/media-spotlight/201306/can-robots-help-care-the-elderly
www.publisher.ssu.samara.ru/archive/2003/files/20030308.pdf [2003]
www.rpo.gov.pl/pl/content/kto-i-kiedy-moze-starac-sir-o-swiadczenia-opiekuncze
www.seniorcitizenjournal.com
www.SeniorConnectionNewspaper.com
www.senior.gov.pl
www.seniormag.com
www.senior-magazine.com
www.seniorplus.fr
www.siwydym.org.pl
www.soprano-ip.org
www.stat.gov.pl/en/international-statistics/
www.stat.gov.pl/en/links/statistical-institutions-1783/
www.statistik.at/web_en/
www.supercentenarians.org
www.who.int/hpr/ageing
www.wolontariat.org.pl

Wybrane informacje o pondgminnych domach pomocy społecznej według stanu na dzień 31.12.2012 – Internet: http://www.mpips.gov.pl/pomoc-spoleczna/raporty-i-statystyki/statystyki-pomocy-spolecznej/statystyka-za-2012/

Wybrane informacje o ponadgminnych oraz gminnych domach pomocy społecznej, środowiskowych domach samopomocy, mieszkaniach chronionych i placówkach całodobowej opieki prowadzonych w ramach działalności gospodarczej i statutowej wg stanu na dzień 31 XII 2014 r., 2015 – Internet: www.mpips.gov.pl

Wyniki Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2011…, 2012 – Internet:. http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/lu_nps2011_wyniki_nsp2011_22032012.pdf

Wytyczne UE dotyczące aktywności fizycznej. Zalecane działania polityczne wspierające aktywność fizyczną wpływającą pozytywnie na zdrowie. Bruksela 2008 – Internet: http://ec.europa.eu/sport/documents/pa_guidelines_4th_consolidated_draft_pl.pdf

Załącznik nr 1 do Uchwały nr 175/2004 Zarządu NFZ. Szczegółowe Materiały Informacyjne o przedmiocie postępowania w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych ubezpieczonych w Narodowym Funduszu Zdrowia w 2004 roku… – Internet: ftp://ftp.nfz-poznan.pl/nfz/pliki/zal_nr_1_uchw_175.pdf

Zarządzenie Nr 86/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zrowia z 17 XII 2014 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna – Internet: http://www.nfz.gov.pl/new/?katnr=3&dzialnr=12&artnr=6435

Zasady pomocy społecznej, b.r. – Internet: www.mpips.gov.pl/pomoc-spoleczna/system-pomocy-spolecznej-w-polsce/zasady-pomocy-spolecznej

Zawodniak A., Dębska G., *Problemy religijno-duchowe w* opiece paliatywnej, 2013 – Internet: https://repozytorium.ka.edu.pl/bitstream/handle/11315/709/Zwodniak_Debska_ Problemy_religijno-duchowe_w_opiece_paliatywnej_2013.pdf?sequence=1

Zgliczyński W., *Aktywność społeczna osób starszych w Polsce w ramach wolontariatu i uniwersytetów trzeciego wieku*. „Studia BAS" 2012, nr 2– Internet:www.bas.sejm.gov.pl

ZOOM na rady seniorów. Diagnoza funkcjonowania. Warszawa 2014 – Internet: http://www. zoomnaradyseniorow.pl

ZOOM na UTW. Raport z badania, 2012 – Internet: Zoom_na_UTW_RAPORT_ całościowy_www. pdf

ZOOM na UTW, 2012 – Internet: http://zoomnautw.pl

ZOOM na UTW. Raport z badania, 2012 – Internet: Zoom_na_UTW_RAPORT_ calosciowy_www.pdf

Żak i współprac., *Combined effects of functionally-oriented exercise regimens and nutritional supplementation on both the institutionalized and free-living frail elderly…* "BMC Public Health" 2009, vol. 9 – Internet: http://www.biomedcentral.com./1471-2458/9/39

Życie to pasja, b.r., – Internet: http://www.rops.poznan.pl/

Filmografia

2012. Film fabularny. Reżyseria: Roland Emmerich. Dystrybucja: Columbia, UIP. Stany Zjednoczone, Kanada, 2009.

33 sceny z życia. Film fabularny. Reżyseria: Małgorzata Szumowska. Produkcja: Pandora Film, Studio Filmowe STI. Polska, Niemcy, 2008.

A czego tu się bać? Film dokumentalny. Reżyseria: Małgorzata Szumowska. Produkcja: SHOT Szumowski. Polska, 2006.

A.I. Sztuczna inteligencja (tytuł oryginalny: *Atrificial Intelligence: A.I.*). Film fabularny. Reżyseria: Steven Spielberg. Dystrybucja: Warner Bros. Stany Zjednoczone, 2001.

Alzheimer: Dziadku to ja! (tyt. oryginalny: *The Alzheimer's Project 02: Grandpa, do you know who I am?*). Film dokumentalny. Reżyseria: John Watkin, Eamon Harrington. Dystrybutor: Home Box Office, Inc. Stany Zjednoczone, 2009.

Alzheimer: Opiekunowie (tyt. oryginalny: *The Alzheimer's Project: Caregivers*). Film dokumentalny. Dystrybutor: Home Box Office, Inc. Stany Zjednoczone, 2009.

Alzheimer: Poszukiwania (tyt. oryginalny: *The Alzheimer's Project: Momentum in science*). Film dokumentalny. Producenci: John Hoffman, Susan Froemke. Dystrybutor: Home Box Office, Inc. Stany Zjednoczone, 2009.

Alzheimer: Taśmy zapomnianych zdarzeń (tyt. oryginalny: *The Alzheimer's Project: The memory loss tapes*). Film dokumentalny. Reżyseria: Shan Cookson, Nick Doob. Dystrybutor: Home Box Office, Inc. Stany Zjednoczone, 2009.

An execution by hanging [*Egzekucja przez powieszenie*] Film dokumentalny. Produkcja: American Mutoscope Company. Stany Zjednoczone, 1898.

Aurora Borealis (tyt. oryginalny: *Aurora Borealis*). Film fabularny. Reżyseria: James C. E. Burke. Dystrybutor: Regent Releasing. Stany Zjednoczone, Kanada, 2006.

Austeria. Film fabularny. Reżyseria: Jerzy Kawalerowicz. Produkcja: Zespół Filmowy Kadr. Polska, 1983.

Babunia (tyt. oryginalny: *Бабуся*). Film fabularny. Reżyseria: Lidija Bobrowa. Produkcja: Лефильм. Francja, Rosja, 2003.

Barany. Islandzka opowieść (tyt. oryginalny: *Hrútar*. Film fabularny. Reżyseria: Grímur Hákonarson. Produkcja: Aeroplan Films, Film Farms, Netop Films, Profile Pictures. Dania, Islaandia, Norwegia, Polska, 2015.

Bez końca. Film fabularny. Reżyseria: Krzysztof Kieślowski. Produkcja: Studio Filmowe TOR. Polska, 1984.

Błękitny anioł (tyt. oryginalny: *Der blaue Engel*). Film fabularny. Reżyseria: Josef von Sternberg. Dystrybucja: UFA, Paramount. Niemcy, 1930.

Butelki zwrotne (tyt. oryginalny: *Vratné lahve*). Film fabularny. Reżyseria: Jan Svěrák. Produkcja: Biograf Jan Sverak, Phoenix Film Investments, Portobello Pictures. Czechy, Dania, Wielka Brytania, 2008.

Ciekawy przypadek Benjamina Buttona (tyt. oryginalny: *The curious case of Benjamin Button*). Film fabularny. Reżyseria: David Fincher. Dystrybucja: Paramount Pictures, Warner Bros. Stany Zjednoczone, 2008.

Constans. Film fabularny. Reżyseria: Krzysztof Zanussi. Produkcja: Studio Filmowe TOR. Polska, 1980.

Człowiek przyszłości (tyt. oryginalny: *The bicentennial man*). Film fabularny. Reżyseria: Chris Columbus. Dystrybucja: Buena Vista Pictures. Stany Zjednoczone, Niemcy, 1999.

Czy pamiętasz miłość? (tyt. oryginalny: *Do you remember love*). Film telewizyjny. Reżyseria: Jeff Bleckner. Dystrybutor: CBS Television. Stany Zjednoczone, 1985.

Dama w vanie (tyt. oryginalny: *The Lady in the Van*). Film fabularny. Reżyseria: Nicholas Hytner. Produkcja: BBC Film. Wielka Brytania, 2015.

Dekalog I. Film telewizyjny, psychologiczny. Reżyseria: Krzysztof Kieślowski. Produkcja: Zespół Filmowy Tor, Sender Freies. Polska, 1984.

Drugi Hotel Marigold (tyt. oryginalny: *The second best exotic Marigold Hotel*). Film fabularny. Reżyseria: John Madden. Produkcja: Blueprint Pictures, Participant Media. Stany Zjednoczone, Wielka Brytania, 2015.

Dziadek (tyt. oryginalny: *Vovô*). Film krótkometrażowy, animowany. Reżyseria: Luiz Lafayette Stockler. Produkcja: Screen Academy Wales, Univ. of Wales Newport. Wielka Brytania, 2010.

Dziadek i ja (tyt. oryginalny: *Wide awake*), reż. M. Night Shyamalan. Dystrybucja: Miramax Films. Stany Zjednoczone, 1998

Dzień świstaka (tyt. oryginalny: *Groundhog Day*). Film fabularny. Reżyseria: Harold Ramis. Dystrybucja: Columbia Pictures. Stany Zjednoczone, 1993.

Dzień, w którym Bóg odszedł (tyt. oryginalny: *Le Jour ou Dieu est parti en voyage*). Film fabularny. Reżyseria: Philippe Van Leuw. Produkcja: Les Films du Mogho, Artemis Production. Francja, Belgia, 2009;

Dzień zagłady (tyt. oryginalny: *Deep impact*). Film Fabularny. Reżyseria: Mimi Leder. Dystrybucja: Paramount Pictures. Stany Zjednoczone, 1998

Elegia (tyt. oryg. *The dying animal*). Film fabularny. Reżyseria: Isabel Cixet. Dystrybucja: The Samuel Goldwyn Company. Stany Zjednoczone, 2008.

Flore (tyt. oryginalny: *Flore*). Film fabularny. Reżyseria: Jean Albert Lièvre. Produkcja: WLP / Pimendatin Cinema. Francja, 2013.

Gerontofilia (tyt. oryg. *Gerontophilia*). Film fabularny. Reżyseria: Bruce LaBruce. Produkcja: Filmoption International. Dystrybucja: New Real Films. Francja, Kanada, 2013.

Hanami kwiat wiśni (tyt. oryginalny: *Kirchbluten Hanami*). Film fabularny. Reżyseria: Doris Dörrie. Produkcja: ARD Degeto Film, Bayerischer Rundfunk (BR), Olga Film GmbH. Francja, Niemcy, 2008.

Hipoteza. Film fabularny. Reżyseria: Krzysztof Zanussi. Produkcja: Studio Filmowe TOR. Polska, 1972.

Hotel Marigold (tyt. oryginalny: *The best exotic Marigold Hotel*). Film fabularny. Reżyseria: John Madden. Produkcja: Blueprint Pictures. Wielka Brytania, Stany Zjednoczone, Zjednoczone Emiraty Arabskie, 2012.

Iluminacja. Film fabularno-dokumentalny. Reżyseria: Krzysztof Zanussi. Produkcja: Studio Filmowe TOR. Polska, 1973.

Imagine. Film fabularny. Reżyseria: Andrzej Jakimowski. Produkcja: Zjednoczenie Artystów i Rzemieślników, Filmes do Tejo II Multimédia, Film and Music Entertainment Ltd, KMBO Production. Francja, Polska, Portugalia, Wielka Brytania 2012.

Inny świat. Film dokumentalny. Reżyseria: Dorota Kędzierzawska. Produkcja: Narodowy Instytut Audiowizualny, Telewizja Polska (TVP Kultura), Kid Film. Polska, 2012.

Iris (tyt. oryginalny: *Iris: A memoir of Iris Murdoch*). Film fabularny. Reżyseria: Richard Eyre. Dystrybutor: Miramax Films. Wielka Brytania, Stany Zjednoczone, 2001.

Jeszcze nie wieczór. Film fabularny. Reżyseria: Jacek Bławut. Produkcja: Anna Bławut- Mazurkiewicz, Studio Filmowe Rabarbar, TVP – Agencja Filmowa, Toya Studios. Polska, 2008.

Jezus z Montrealu (tyt. oryginalny: *Jésus de Montréal*). Film fabularny. Reżyseria: Denys Produkcja: Roger Frappier, Pierre Gendron, Monique Létourneau. Arcand, Kanada, Francja, 1989.

Joanna. Film dokumentalny. Reżyseria: Aneta Kopacz. Produkcja: Wajda Studio. Polska, 2013.

Joe Black (tyt. oryginalny: *Meet Joe Black*). Film fabularny. Reżyseria: Martin Brest. Produkcja: Martin Brest. Stany Zjednoczone, 1998.

Katyń. Film fabularny. Reżyseria: Andrzej Wajda. Dystrybucja: ITI Cinema. Polska 2007.

Kiedy umieram (tyt. oryginalny: *As I lay dying*). Film fabularny. Reżyseria: James Franco. Dystrybucja: Stow. Nowe Horyzonty. Stany Zjednoczone, 2013

Kolory raju (tyt. oryginalny: *Rang-e khoda*). Film fabularny. Reżyseria: Majid Majidi. Dystrybutor: Gutek Film. Iran, 1999

Koń turyński (tyt. oryginalny: *A torinói ló*). Film fabularny. Reżyseria: Béla Tarr. Produkcja: Gábor Téni. Węgry, Francja, Niemcy, Szwajcaria, 2011

Krótki film o zabijaniu (tyt. ang.: *A short film about killing*). Film fabularny. Reżyseria: Krzysztof Kieślowski. Produkcja: Studio Filmowe „Tor". Polska, 1987.

Kurczak ze śliwkami (tyt. oryginalny: *Poulet aux prunes*). Film fabularny. Reżyseria: Marjane Satrapi. Produkcja: Celluloïd Dreams, The Manipulators. Francja, Niemcy, Belgia, 2011

Kwartet (tyt. oryginalny: *Quartet*). Film fabularny. Reżyseria: Dustin Hoffman. Produkcja: BBC Films, DCM Productions, Finola Dwyer Productions USA. Wielka Brytania, 2012.

Last Vegas (tyt. oryginalny: *Last Vegas).* Film fabularny. Reżyseria: Jon Turteltaub. Produkcja: CBS Film, Good Universe, Gidden Media USA. Stany Zjednoczone, 2013.

Lista Schindlera (tyt. ang.: *Schindler's List*). Film fabularny. Reżyseria: Steven Spielberg. Dystrybucja: ITI Cinema. Stany Zjednoczone, Polska, 1993

Maksimum przyjemności. Film dokumentalny. Reżyseria: Katarzyna Trzaska. Produkcja: ZygiZaga Films, Fundacja Tumult, Aurora Film Productions, TVP. Polska, 2013.

Mama (tyt. oryginalny: *Mum*). Film dokumentalny. Reżyseria: Adelheid Roosen. Dystrybutor: Female Economy, Holandia, 2009.

Mamma Gógó (tyt. oryginalny: *Mamma Gógó*). Film fabularny. Reżyseria: Fridrik Thór Fridriksson. Dystrybutor: Icelandic Film & TV, Bavaria Films. Islandia, Wielka Brytania, Norwegia, Niemcy, Szwecja, 2010.

Marzenia emerytów (tyt. oryginalny: *My retirement dreams*). Film dokumentalny. Reżyseria: Marian Marzyński. Produkcja: BBS Video. Stany Zjednoczone, 1998.

Marzenia świetlika (tyt. oryginalny: *Firefly dreams*). Film fabularny. Reżyseria: John Williams. Dystrybutor: Orfeo Films International. Japonia, 2001.

Melancholia (tyt. oryginalny: *Melancholia*). Film fabularny. Reżyseria: Lars von Trier. Dystrybucja: Magnolia Pictures, Gutek Film. Dania, Szwecja, Francja, Niemcy, 2011.

Melodia Alzheimera (tyt. oryginalny: *La mélodie d'Alzheimer*). Film dokumentalny. Reżyseria: Anne Bramard-Blagny i Julie Blagny. Produkcja: ABC Reportages. Francja, 2014.

Między piekłem a niebem (tyt. oryginalny: *What dreams may come*). Film fabularny. Reżyseria: Vincent Ward. Produkcja: Polygram Filmed Entertainment, Interscope Communications, Metafilmics. Stany Zjednoczone, 1998.

Miłość (tyt. oryginalny: *Amour*). Film fabularny. Reżyseria: Michael Haneke. Produkcja: Les Films du dosauge, Wega Film, X-Filme Creative Pool. Austria Francja, Niemcy, 2012.

Młodość (tyt. oryginalny: *Youth*). Film fabularny. Reżyseria: Paolo Sorrentino. Dystrybucja: Medusa Film / Gutek Film. Włochy, Francja, Szwajcaria, Wielka Brytania, 2015.

Motyl (tyt. oryginalny: *Still Alice*). Film fabularny. Reżyseria: Richard Glatzer i Wash Westmoreland. Dystrybutor: Sony Pictures Classics, Stany Zjednoczone, 2014

Mówienie sercem (tyt. oryginalny: *Marie Heurtin*). Film biograficzny. Reżyseria: Jean-Pierre Améris. Dystrybucja: Diaphane Films. Francja, 2014.

Nad złotym stawem (tyt. oryginalny: *On Golden Pond*). Film fabularny. Reżyseria: Mark Rydell. Produkcja: Incorporated Television Company (ITC), IPC Film. Stany Zjednoczone, 1981.

Nie zapomnij mnie (tyt. oryginalny: *Vergiss mein nicht*). Film fabularny. Reżyseria: David Sieveking. Produkcja: Martin Heisler i Carl-Ludwig Rettinger. Niemcy, 2012.

Niezawodny system. Film fabularny. Reżyseria: Izabela Szylko. Produkcja: Wytwórnia Filmów Dokumentalnych i Fabularnych. Polska, 2008.

Odgłosy robaków – zapiski mumii (tyt. oryginalny: *The sound of insects: Record of a mummy*). Film paradokumentalny. Reżyseria: Peter Liechti. Dystrybucja: Against Gravity. Szwajcaria, 2009.

Obce ciało. Film fabularny. Reżyseria: Krzysztof Zanussi. Produkcja: Studio Filmowe „Tor". Polska, Rosja, Włochy, 2014.

Olimpiada (tyt. oryginalny: *Olympia*). Film dokumentalny. Reżyseria: Leni Riefenstahl. Wytwórnia: Olympia-Film. Niemcy, 1938.

Opiekun (tyt. oryginalny: *Chronic*). Film fabularny. Reżyseria: Michel Franco. Produkcja: Stromboli Films, Vamonos Films. Meksyk, Francja, Stany Zjednoczone, Polska, 2015.

Optymistki (tyt. oryginalny: *Optimistene*). Film dokumentalny. Reżyseria: Gunhild Magnor. Produkcja: Skofteland Film. Szwecja, Norwegia 2013.

Orada (tyt. ang.: *There*). Film fabularny. Reżyseria: Hakkı Kurtuluş, Melik Saraçoğlu. Produkcja: Iki Film. Turcja, 2009.

Oskar i pani Róża (tyt. oryginalny: *Oscar et la Dame Rose*). Film fabularny. Reżyseria: Éric- Emmanuel Schmitt. Produkcja: *Pan-Européene,* TF1 Films, Studio Canal, Oscar Films, RTBF, Cinémaginaire. Belgia, Francja, Kanada, 2009.

Ostatnia miłość na Ziemi (tyt. ang.: *Perfect sense* / *The last word*). Film fabularny. Reżyseria David Mackenzie. Produkcja: Senator Film Verleih, IFC Films. Wielka Brytania, Dania, Szwecja, Irlandia, 2011

Pamiętnik (tyt. oryginalny: *The notebook*). Film fabularny. Reżyseria: Nick Cassavetes. Dystrybutor: New Line Cinema. Stany Zjednoczone, 2004.

Papusza. Film fabularny. Reżyseria: Joanna Kos-Krauze i Krzysztof Krauze. Produkcja: Argomedia, TVP – Agencja Filmowa, Canal+ Polska, Studio Filmowe „Kadr". Polska, 2013.

Persona non grata. Film fabularny. Reżyseria: Krzysztof Zanussi. Produkcja: Studio Filmowe „Tor", Three T Productios, Sintra. Polska, Rosja, Włochy, 2005.

Pianista (tyt. ang.: *The Pianist*). Film fabularny. Reżyseria: Roman Polański. Dystrybucja: Syrena EG. Francja, Niemcy, Polska, Wielka Brytania, 2002.

Piętno śmierci (tyt. oryginalny: *Ikiru*). Film fabularny. Reżyseria: Akira Kuroswa. Produkcja: Sōjirō Motoki. Japonia, 1952.

Pociąg życia (tyt. ang.: *Train of life*, tyt. fr.: *Train de vie*). Film fabularny. Reżyseria: Radu Mihăileanu. Dystrybucja: Paramount Pictures, Arthaus, Downtown Pictures. Belgia, Francja, Holandia, Izrael, Rumunia, 1998;

Pora umierać. Film fabularny. Reżyseria: Dorota Kędzierzawska. Dystrybutor: Best Film. Polska, 2007.

Pożegnania (tyt. oryginalny: *Okuribito*). Film fabularny. Reżyseria: Yôjirô Takita. Produkcja: Shōchiku. Japonia, 2008.

Portier z hotelu Atlantic (tyt. oryginalny: *Der letzte Man*). Film fabularny. Reżyseria: Fridrich Wilhelm Murnau. Produkcja: Universum Film (UFA). Niemcy, 1924.

Portret artysty z czasów starości. Film dokumentalny. Reżyseria: Grzegorz Królikiewicz. Produkcja: Studio Filmowe N. Polska, 1993.

Praktykant (tyt. oryginalny: *The intern*). Film fabularny. Reżyseria: Nancy Meyers. Dystrybutor: Warner Bross. Stany Zjednoczone, 2015.

Prawo do śmierci? (tyt. oryginalny: *Right to die?*). Film dokumentalny. Reżyseria: John Zaritsky. Produkcja: BBC. Kanada, 2008.

Prosta historia (tyt. oryginalny: *The straight story*) Film fabularny. Reżyseria: David Lynch. Produkcja: Walt Disney Pictures, Asymmetrical Productions, Canal+, Francja, Stany Zjednoczone, Wielka Brytania 1999.

Przypadek Harolda Cricka (tyt. oryginalny: *Stranger than fiction*). Film fabularny. Reżyseria: Marc Forster. Dystrybucja: Columbia Pictures. Stany Zjednoczone, 2006

Przyszłość bez starości (tyt. oryginalny: *The end of ageing*). Film dokumentalny. Reżyseria: Ruán Magan. Produkcja: Tile Films, RTE. Irlandia, 2010.

Raj: miłość (tyt. oryginalny: *Paradies: Liebe*). Film fabularny. Reżyseria: Ulrich Seidl. Produkcja: Ulrich Seidl Film. Austria, Francja, Niemcy, 2012.

Rower, łyżka, jabłko (tyt. oryginalny: *Bicicleta, cuchara, manzana*). Film dokumentalny. Reżyseria: Carles Bosch. Dystrybutor: Televisió de Catalunya, TVE, XTVL. Hiszpania, 2010.

Rzecz o mych smutnych dziwkach (tyt. oryginalny: *Memoria de mis putas tristes*). Film fabularny. Reżyseria: Henning Carlsen. Produkcja: México-España-Dinamarca, Zip Films / Memorias del Sabio Producciones, Mercer Films, Crone Films, GC Corp. Dania, Hiszpania, Meksyk, Stany Zjednoczone, 2011.

Serce na dłoni. Film fabularny. Reżyseria: Krzysztof Zanussi. Dystrybucja: Monolith Films. Polska, Ukraina, 2008.

Siedem dusz (tyt. oryginalny: *Seven pounds*). Film fabularny. Reżyseria: Gabriele Muccino. Dystrybucja: Columbia Pictures. Stany Zjednoczone, 2008.

Siódma pieczęć (tyt. oryginalny: *Det sjunde inseglet*). Film fabularny. Reżyseria: Ingmar Bergman. Produkcja: Allan Ekelund. Szwecja, 1957.

Skrzypce Joego (tyt. oryginalny: *Joe's violin*). Film dokumentalny. Reżyseria: Kahane Cooperman. Produkcja: Raphaela Neihausen. Stany Zjednoczone, 2016.

Słońce i cień. Film dokumentalny. Reżyseria: Jan Holoubek. Produkcja: Tandem Taren-To. Polska, 2007.

Spirala. Film fabularny. Reżyseria: Krzysztof Zanussi. Produkcja: Studio Filmowe „Tor". Polska, 1978.

Stary człowiek i morze (tyt. oryginalny: The old man and the sea). Film fabularny. Reżyseria: Henry King i współprac. Dystrybutor: Warner Bross. Stany Zjednoczone, 1958.

Starzy przyjaciele (tyt. oryginalny: Age old friends). Film telewizyjny. Reżyseria: Allan Kroeker. Dystrybutor: Warner Home Video. Stany Zjednoczone, 1989.

Statyści. Film fabularny. Reżyseria: Michał Kwieciński. Produkcja: Akson Studio. Polska 2006.

Strzelając do psów (tyt. oryginalny: *Shooting Dogs*). Reżyseria: Michael Caton-Jones. Dystrybucja: Vivarto. Niemcy, Wielka Brytania, 2005.

Stulatek, który wyskoczył przez okno i zniknął (tyt. oryginalny: *Hundraåringen som klev ut genom fönstret och försvann*). Film fabularny. Reżyseria: Felix Herngren. Produkcja: Buena Vista International (Sweden), Embassy Films, Film i Väst. Szwecja 2014

Śmierć prowincjała. Filmowa etiuda fabularna. Reżyseria: Krzysztof Zanussi. Produkcja: PWSTiF. Polska, 1965.

Śmierć z ludzką twarzą. Film dokumentalny. Reżyseria: Marcin Koszałek. Produkcja: HBO Polska, 2007.

Śpiewanie z alzheimerem (tyt. oryginalny: *Alzheimer's the Musical*). Film dokumentalny. Dystrybutor: British Broadcasting Corporation. Wielka Brytania, 2010.

Tam, gdzie rosną poziomki (tyt. oryginalny: *Smultronstället*). Film fabularny. Reżyseria: Ingmar Bergman. Produkcja: Svensk Filmindustri (SF). Szwecja, 1957.

Tatarak. Film fabularny. Reżyseria: Andrzej Wajda. Produkcja: Akson Studio. Polska, 2009.

Terry Pratchett: Wybierając śmierć (tyt. oryginalny: *Terry Pratchett: Choosing to die*). Film dokumentalny. Reżyseria: Charlie Russell. Dystrybutor: KEO North. Wielka Brytania, 2011.

Timbuktu. Film fabularny. Reżyseria: Abderrahmane Sissako. Mauretania, Francja, Mali, 2014.

Tokijska opowieść (tyt. oryginalny: *Tôkyô monogatari*). Film fabularny. Reżyseria: Yasujiro Ozu. Produkcja: Takeshi Yamamoto. Japonia, 1953.

Trzy pogrzeby Melquiadesa Estrady (tyt. Oryginalny: *The three burials of Melquiades Estrada*). Film fabularny. Reżyseria: Tommy Lee Jones. Dystrybucja: Sony Pictures Classics. Stany Zjednoczone, 2005.

Uroczystość żałobna (tyt. oryginalny: *Smuteční slavnost*). Film fabularny. Reżyseria. Zdenek Sirový. Czechosłowacja, 1969.

Wewnętrzne życie (tyt. oryginalny: *Alive inside: A story of music and memory*). Film dokumentalny. Reżyseria: Michael Rossato-Bennett. Dystrybucja: Projector Media, BOND/360, City Drive Films. Stany Zjednoczone, 2014.

*Wszystko może się przytrafić***.** Film dokumentalny. Reżyseria: Marcel Łoziński. Produkcja: Studio Filmowe Kalejdoskop, TVP – I Program Dział Filmu Dokumentalnego. Polska, 1995.

Wyspa (tyt. oryginalny: *Остров*). Film fabularny. Reżyseria: Paweł Łungin. Dystrubucja: Studio Pawła Łungina. Rosja, 2006.

Zamieszkajmy razem (tyt. oryginalny: *Et si on vivait tous ensemble?*). Film fabularny. Reżyseria: Stéphane Robelin Produkcja: Les Films de la Butte, Rommel Film, Manny Films, Studio 37, Home Run Pictures. Francja, 2011.

Zapominanie. Portret alzheimera (tyt. oryginalny: *The Forgetting: A Portrait of Alzheimer's*). Film telewizyjny, dokumentalny. Reżyseria: Elizabeth Arledge. Dystrybutor: PBS, Stany Zjednoczone, 2004.

Zapowiedź (tyt. oryginalny: *Knowing*). Film fabularny. Reżyseria: Alex Proyas. Dystrybucja: Summit Entertainment, Monolith Films. Stany Zjednoczone, Wielka Brytania, 2009.

Zerowy wzrost populacji (tyt. oryginalny: *Z.P.G.* / *Zero Population Growth*). Film fabularny. Reżyseria: Michael Campus. Dystrybucja: Scotia-Barber. Dania, Stany Zjednoczone, 1972.

Zielona mila (tyt. oryginalny: *The green mile*). Film fabularny. Reżyseria: Frank Darabont. Dystrybucja: Castle Rock Entertainment. Stany Zjednoczone, 1998.

Żelazna Dama (tyt. oryginalny: *The Iron Lady*). Film fabularny. Reżyseria: Phyllida Lloyd. Dystrybutor: The Weinstein Company, 20th Century Fox, Pathé. Wielka Brytania, Francja, 2011.

Życie jako śmiertelna choroba przenoszona drogą płciową. Film fabularny. Reżyseria: Krzysztof Zanussi. Produkcja: Studio Filmowe „Tor". Polska, 2000.