



# NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ W OKRESIE PÓŻNEJ DOROSŁOŚCI

---

pod redakcją  
Marleny Kilian i Emilii Śmiechowskiej-Petrovskij



Niepełnosprawność  
w okresie późnej dorosłości



# Niepełnosprawność w okresie późnej dorosłości

pod redakcją  
Marleny Kilian, Emilii Śmiechowskiej-Petrovskij

The logo for 'impuls' features a stylized bird or wing icon above the word 'impuls' in a lowercase serif font.

Kraków 2018

© Copyright by Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2018

Recenzenci:

*prof. dr hab. Jadwiga Kuczyńska-Kwapisz*

*prof. dr hab. Roman Ossowski*

Redakcja wydawnicza:

*Joanna Kosturek*

*Aleksandra Adamczyk*

Opracowanie typograficzne:

*Anna Bugaj-Janczarska*

Projekt okładki:

*Anna M. Damasiewicz*

Grafika wykorzystana na okładce:

© Marco Antonio Fdez | stock.adobe.com

Publikacja została dofinansowana z wkładu  
osobowego i rzeczowego Fundacji Pracownia Badań  
i Dynamizowania Rozwoju Vectis



Projekt współfinansuje m.st. Warszawa

Publikację współfinansuje miasto stołeczne Warszawa



Publikacja została dofinansowana ze środków  
Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie



ISBN 978-83-8095-557-8

Oficyna Wydawnicza „Impuls”

30-619 Kraków, ul. Turniejowa 59/5

tel./fax: (12) 422 41 80, 422 59 47, 506 624 220

www.impulsoficyna.com.pl, e-mail: impuls@impulsoficyna.com.pl

Wydanie I, Kraków 2018

# Spis treści

Wstęp ..... 7

## **CZĘŚĆ I.** Wyzwania rehabilitacyjno-opiekuńcze wobec osób w okresie późnej dorosłości

Marlena Kilian. *Geragogika specjalna w starzejącym się  
społeczeństwie – potrzeby i możliwości* ..... 19

Edyta Wolter. *Wychowanie do godnej „złotej jesieni życia”  
w stadium integralności / „bilansowania drogi życiowej” –  
pedagogiczne implikacje koncepcji cyklu życia Erika H. Eriksona* ..... 47

## **CZĘŚĆ II.** Terapie niespecyficzne

Emilia Śmiechowska-Petrovskij. *Technologie wspomagające  
dla osób starszych z niepełnosprawnością* ..... 67

Ewa Piechowska. *Wpływ fizjoterapii na sprawność fizyczną  
i psychiczną osób w podeszłym wieku* ..... 89

## **CZĘŚĆ III.** Terapie specyficzne

Ewa Cieplińska. *Zaburzenia mowy w chorobie Parkinsona* ..... 107

Olga Jauer-Niworowska. *Wsparcie seniorów  
z niepełnosprawnością – na przykładzie terapii  
logopedyczno-psychologicznej osób z chorobą Parkinsona* ..... 127

Kamila Potocka-Pirosz. *Charakterystyka mowy osób z chorobą  
Alzheimera na przykładzie opowiadania historyjki obrazkowej* ..... 151

Katarzyna Uzar-Szcześniak. <i>Metoda walidacji w opiece nad starszą osobą z demencją</i> .....	175
Ewa Bartuś. <i>Wspieranie seniora z niepełnosprawnością intelektualną w warunkach instytucjonalnych</i> .....	199
Marzena Dycht. <i>Rehabilitacja optyczna osób starszych</i> .....	223

#### **CZĘŚĆ IV. Z frontu badań i doświadczeń opiekuńczych**

Elżbieta M. Minczakiewicz. <i>Paradygmat starości w percepcji współczesnego społeczeństwa w kontekście wypowiedzi seniorów, ich postaw, planów i oczekiwań</i> .....	259
Dariusz J. Olszewski-Strzyżowski. <i>Działania w zakresie sportu, rekreacji oraz turystyki realizowane przez ośrodki pomocy społecznej w Polsce, skierowane do osób wykluczonych – seniorów</i> .....	283
Justyna Kurtyka-Chałas. <i>Percepcja czasu a doświadczanie lęku przez osoby w okresie późnej dorosłości – analiza wyników badań własnych</i> .....	313
Małgorzata Szadłowska. <i>Praca z osobami starszymi z demencją – doświadczenia praktyczne opiekuna</i> .....	335

#### **CZĘŚĆ V. Wkład seniorów do jakości życia społecznego**

Stanisław Chrobak. <i>Ludzie starzy – strażnicy pamięci i nadziei</i> .....	347
Magdalena Wałachowska. <i>Osoba starsza jako wartość w rodzinie</i> .....	369
Noty o autorach .....	393



## Wstęp

Obserwowany współcześnie proces starzenia się społeczeństw, związany ze wzrostem liczebności osób w starszym wieku, z uwagi na bliską korelację między wiekiem a zachorowalnością i niepełnosprawnością, pociąga za sobą zwiększanie się populacji seniorów z ograniczoną zdolnością do samodzielnego funkcjonowania. Z wiekiem wzrasta ryzyko występowania chorób przewlekłych, często w postaci wielochorobowości, których następstwa funkcjonalne prowadzą do ograniczeń w zakresie sprawności sensorycznej, kognitywnej, motorycznej, a w konsekwencji do obniżenia umiejętności wykonywania codziennych czynności i utrzymania życiowej niezależności. Rozrastająca się w obecnych czasach grupa osób w zaawansowanym wieku, narażonych na doświadczenie niepełnosprawności lub aktualnie borykających się ze skutkami obniżonej sprawności funkcjonalnej, wymaga wsparcia profilaktycznego i interwencyjnego w obrębie działań edukacyjnych, rehabilitacyjnych i opiekuńczych.

O skali narastających w tej dziedzinie potrzeb świadczy fakt, że w populacji osób z niepełnosprawnością większość stanowią ludzie w starszym wieku. Starzeniu się populacji towarzyszy wzrost zapotrzebowania na usługi skierowane do osób starszych doświadczających różnego rodzaju niepełnosprawności, posiadających specyficzne wymagania odnośnie do leczenia, opieki i rehabilitacji. Jednocześnie widoczny jest niedostatek profesjonalistów kompetentnych w dziedzinie łączącej zagadnienie

niepełnosprawności i starości, co wynika z nieznanomości fizycznej, psychologicznej, społecznej i funkcjonalnej specyfiki rozwoju osób starszych w jego normalnym i patologicznym przebiegu, związanym z chorobą i niepełnosprawnością. Niepełnosprawność w okresie późnej dorosłości stanowi zatem wyzwanie dla służby zdrowia i polityki społecznej, a także pedagogii instytucji opiekuńczych zajmujących się klientami geriatrycznymi.

Celem monografii *Niepełnosprawność w okresie późnej dorosłości* jest ukazanie różnych pól problemowych, które mieszczą się w interdyscyplinarnym obszarze łączącym zagadnienie starości i niepełnosprawności, w odniesieniu do stanu badań, dobrych praktyk, współczesnych narzędzi, technik i strategii edukacyjno-rehabilitacyjnych. Publikacja ma odpowiadać na narastającą potrzebę wytyczenia wspólnego forum działań o charakterze naukowym, wdrożeniowym i praktycznym w dziedzinie niepełnosprawności w starszym wieku, nabierających znaczenia w kontekście nasilającego się procesu starzenia się społeczeństw i jego konsekwencji dla zdrowia oraz sprawności w wymiarze jednostkowym i ogólnospołecznym.

W pierwszej części publikacji wskazano na wyzwania rehabilitacyjno-opiekuńcze wobec osób w okresie późnej dorosłości.

W artykule zatytułowanym *Geragogika specjalna w starzejącym się społeczeństwie – potrzeby i możliwości* Marlena Kilian podkreśliła konieczność rozwijania geragogiki specjalnej, jako subdyscypliny pedagogiki specjalnej, w odpowiedzi na wzrastające potrzeby edukacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńcze współczesnych starzejących się społeczeństw. Zwróciła uwagę na silną korelację między wiekiem i niepełnosprawnością, przedstawiła skutki niepełnosprawności w życiu seniorów i zarysowała jej specyfikę w późnym okresie życia. Wskazała na wartość samodzielności funkcjonalnej dla jakości życia seniorów, często niedocenianą w zmedyalizowanym modelu interwencyjnym, oraz na zjawisko ageizmu w dziedzinie świadczenia im usług dostosowanych do ich rzeczywistych

możliwości i potrzeb. Pozwoliło jej to na przedstawienie rekomendacji holistycznego wspierania osób starszych doświadczających ograniczonej sprawności. W drugiej części opracowania autorka zaprezentowała założenia teoretyczne i dyspozycje praktyczne geragogiki specjalnej, ukazała jej potencjał naukowy, dydaktyczny oraz możliwości rozwoju w dziedzinie praktyki zawodowej, w tym zagadnienie kształcenia kadr specjalistów do pracy z osobami starszymi z niepełnosprawnością. Tekst ten stanowi wprowadzenie do problematyki niepełnosprawności charakterystycznej dla okresu późnej dorosłości.

W kolejnym artykule, *Wychowanie do godnej „złotej jesieni życia” w stadium integralności / „bilansowania drogi życiowej” – pedagogiczne implikacje koncepcji cyklu życia Erika H. Eriksona*, Edyta Wolter omówiła psychospołeczną teorię tożsamości cyklu życia Erika H. Eriksona. Podjęła się uzasadnienia tezy, że prawidłowy rozwój psychospołeczny warunkuje satysfakcjonującą subiektywną ocenę w stadium integralności / „bilansowania własnej drogi życiowej”, co służy dezintegracji pozytywnej osobowości w doświadczaniu godnej „złotej jesieni życia” w procesie pomyślnego starzenia się. Interesującym komponentem rozważań autorki jest historyczny zarys na wybranych przykładach linii rozwojowej (ideacyjnej) rozumienia metafory „złotej jesieni życia” w kulturze polskiej.

W części drugiej podjęto temat terapii niespecyficznych w pracy z niepełnosprawnymi osobami w starszym wieku.

Tekst *Technologie wspomagające dla osób starszych z niepełnosprawnością*, którego autorką jest Emilia Śmiechowska-Petrovskij, ukierunkowany został na opis technologii stosowanych w opiece socjalnej, medycznej, w codziennym wspomaganiu funkcjonowania osób starszych i w stymulacji ich partycypacji społecznej. Ma on charakter przeglądowy i egzemplifikacyjny. Autorka przedstawiła takie systemy i narzędzia wspomagające, jak: zdalne systemy monitorowania zdrowia, e-zdrowie, m-zdrowie, teleopieka,

telemedycyna, inteligentne domy, roboty asystujące, systemy wsparcia dla osób z zaburzeniami poznawczymi, informacyjno-komunikacyjne technologie wspierające osoby z dysfunkcjami sensorycznymi i motorycznymi.

W tej samej części Ewa Piechowska przybliżyła zagadnienie rehabilitacji geriatrycznej w kontekście zmian sprawności fizycznej i psychicznej. W artykule *Wpływ fizjoterapii na sprawność fizyczną i psychiczną osób w podeszłym wieku* przedstawione zostały zagadnienia związane ze starzeniem się organizmu ludzkiego oraz znaczeniem aktywności fizycznej, fizjoterapii, masażu i kinezyterapii dla niwelowania niektórych następstw starości. Autorka omówiła kwestię doboru ćwiczeń dla seniorów, rodzaje zabiegów fizjoterapeutycznych oraz masażu. Warto zwrócić uwagę na narzędzia oceny sprawności funkcjonalnej pacjentów geriatrycznych w kontekście oddziaływań fizjoterapeutycznych. Ewa Piechowska zaprezentowała sześć testów z ich krótkim opisem, co może być użyteczne dla praktyków zajmujących się wspieraniem seniorów.

W trzeciej części opisano terapie specyficzne znajdujące zastosowanie w pracy ze starszymi osobami z niepełnosprawnością.

Zasadniczym celem tekstu autorstwa Ewy Cieplińskiej, o tytule *Zaburzenia mowy w chorobie Parkinsona*, było ukazanie możliwości terapii neurologopedycznej osób doświadczających chP. Punkt wyjścia do ich omówienia stanowiły szczegółowe deskrypcje tej jednostki chorobowej, w tym jej symptomów, takich jak: dyszartria, dysfagia, depresja.

Olga Jauer-Niworowska, autorka następnego artykułu (*Wsparcie seniorów z niepełnosprawnością – na przykładzie terapii logopedyczno-psychologicznej osób z chorobą Parkinsona*), rozwinęła problematykę podjętą we wcześniejszym opracowaniu. Opisała terapię psychologiczno-logopedyczną osób z chorobą Parkinsona. Ukazała istotne zależności między stanem psychicznym osoby starszej, cierpiącej na postępującą chorobę neurologiczną, a efektywnością i zasadami terapii mowy. Zaakcentowała także zna-

czenie wspierającej relacji terapeuty – pacjent w podtrzymaniu nadziei i motywacji do udziału w terapii.

Kwestię komunikacji osób z zaburzeniami poznawczymi podjęła również Kamila Potocka-Pirosz. W empirycznym tekście *Charakterystyka mowy osób z chorobą Alzheimera na przykładzie opowiadania historyjki obrazkowej* zaprezentowała zaburzenia mowy i języka na wczesnym etapie tej choroby. Wśród zaobserwowanych trudności osób z chorobą Alzheimera dostrzeżono między innymi: obniżoną umiejętność rozpoznawania obiektów, ujawnianie niewiedzy poprzez wykładniki leksykalne, liczne pauzy i powtórzenia, sporadyczne błędy fonetyczne i składniowe, częste błędy leksykalne (zastępowanie leksemów innymi leksemami, omówienia), a także kłopoty ze zrozumieniem humorystycznego sensu opowiadania. Autorka wskazała na użyteczność techniki historyjki obrazkowej zarówno w diagnozie, jak i terapii mowy osób z chorobą Alzheimera.

Katarzyna Uzar-Szcześniak w artykule *Metoda walidacji w opiece nad starszą osobą z demencją* w ujęciu pogładowym przedstawiła postępowanie terapeutyczne względem osób doświadczających choroby otępiennej. Walidacja to sposób komunikacji oparty na bezwarunkowym uznaniu i akceptacji emocji oraz przeżyć osoby chorej, którego celem jest obniżenie poziomu stresu, wzmacnianie poczucia godności, podwyższenie subiektywnego poczucia szczęścia. Autorka opisała podstawy teoretyczne metody, w tym główne zasady postępowania walidacyjnego, a także praktyczne zastosowania procedury walidacyjnej wraz z poszczególnymi technikami. Chociaż nie dowiedziono poprawy funkcji poznawczych osób uczestniczących w grupach walidacyjnych, wskazuje się na pozytywne obszary zmian seniorów z demencją, takie jak redukcja zaburzeń zachowania (agresji) oraz symptomów depresyjnych, a także poprawa ogólnej kondycji psychicznej.

Ewa Bartuś, autorka tekstu *Wspieranie seniora z niepełnosprawnością intelektualną w warunkach instytucjonalnych*, przedstawiła

problemy funkcjonowania osób starszych z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębszym, mieszkańców domów pomocy społecznej. Omówiła specyfikę domów pomocy społecznej w kontekście zaspokajania potrzeb podopiecznych oraz zaprezentowała wyniki pilotażu jakościowych badań terenowych na ten temat.

W opracowaniu Marzeny Dycht, zatytułowanym *Rehabilitacja optyczna osób starszych*, scharakteryzowane zostały zmiany i schorzenia wzrokowe związane z wiekiem i prowadzące do obniżenia sprawności osób ich doświadczających. Autorka omówiła założenia teoretyczne rehabilitacji wzroku oraz organizację procesu wspomaganie widzenia osób w podeszłym wieku. W swoim tekście zawarła również istotne wskazówki dla pracowników socjalnych, a także rodzin i bliskich seniorów z dysfunkcjami narządu wzroku, dotyczące właściwego wspierania przed i w trakcie podjętej rehabilitacji optycznej.

Czwartą część poświęcono relacjom z badań i doświadczeń opiekuńczych.

Elżbieta M. Minczakiewicz ukazała paradygmat starości w opytcie seniorów mieszkających w swoich rodzinach oraz osób starszych przebywających w domach opieki. W artykule *Paradygmat starości w percepcji współczesnego społeczeństwa w kontekście wypowiedzi seniorów, ich postaw, planów i oczekiwań* zaprezentowała wyniki badań empirycznych przeprowadzonych na grupie 84 seniorów w wieku 65–80 lat. Opisała, jak starość, z całym inwentarzem wynikającym z tego etapu życia, postrzegają same osoby w starszym wieku. Jest to bardzo interesujące, wnikliwe studium autopercepcji starości i relacji społeczeństwo – osoby starsze.

Zagadnienie aktywności sportowej seniorów podjął Dariusz J. Olszewski-Strzyżowski. W artykule *Działania w zakresie sportu, rekreacji oraz turystyki realizowane przez ośrodki pomocy społecznej w Polsce, skierowane do osób wykluczonych – seniorów* przedstawił wyniki badań (analiza dokumentów) dotyczące wymienionych w tytule działań, uwzględnionych w programach ośrodków

pomocy społecznej w Polsce w latach 2008–2015 (dane z 341 ośrodków). Wyniki zaprezentowanych analiz pokazują ofertę działań oraz strukturę udziału seniorów w oferowanych aktywnościach.

Tekst *Percepcja czasu a doświadczanie lęku przez osoby w okresie późnej dorosłości – analiza wyników badań własnych*, autorstwa Justyny Kurtyki-Chałas, bezpośrednio dotyczy problematyki perspektywy temporalnej u osób starszych. Analiza korelacyjna percepcji czasu i poziomu lęku (lęku stanu i lęku cechy) u osób w okresie późnej dorosłości wskazuje istotne powiązania pomiędzy prezentowaną perspektywą czasu a lękiem jako cechą.

Kolejny artykuł, poświęcony wspieraniu osób doświadczających demencji, ma charakter relacji z praktycznego doświadczenia opiekuna. Autorka, Małgorzata Szadłowska, w tekście *Praca z osobami starszymi z demencją – doświadczenia praktyczne opiekuna* zaprezentowała cztery przypadki osób chorych na demencję i na bazie obserwacji uczestniczącej opisała zasady postępowania w pracy opiekuńczej.

Opracowania zamieszczone w ostatniej części skupiają się na ukazaniu wkładu seniorów do jakości życia społecznego.

Stanisław Chrobak w artykule *Ludzie starzy – strażnicy pamięci i nadziei* zaprezentował – z perspektywy personalistycznej – chrześcijański sens starości (jako modyfikację „ogólnego sensu życia”) oraz wartości związane z tym etapem życia. Interesujące jest, że – podejmując tę problematykę – autor wskazał na wartości istotne dla całej społeczności, również dla tych, którzy nie są wyznawcami wiary katolickiej. Istota personalistycznego ujęcia starości tkwi w pozytywnym, realistycznym i pogłębionym spojrzeniu na człowieka w podeszłym wieku. Do omawianych wartości należą: pamięć i mądrość życiowa, zaufanie i powiernictwo nadziei. Walorem tych rozważań jest interesująca analiza perspektywy temporalnej osób starszych.

Magdalena Wałachowska w tekście *Osoba starsza jako wartość w rodzinie* w bardzo szerokiej perspektywie (biologicznej, historycznej, społeczno-kulturowej) omówiła zagadnienie starości oraz odniosła się do współczesnych przemian rodziny w kontekście obopólnych korzyści wynikających z zawężania relacji dzieci – wnukowie – dziadkowie i budowania relacji międzygeneracyjnych. Przybliżyła aktualne modele wsparcia rodzinnego wczesnej i późnej starości z uwzględnieniem zmian obyczajowych epoki postindustrialnej oraz wskazała możliwości budowania mostów międzypokoleniowych.

\* \* \*

Eksploracje podjęte w monografii *Niepełnosprawność w okresie późnej dorosłości* ukierunkowane zostały na ukazanie szerokiego spektrum zagadnień dotyczących starości i niepełnosprawności w starszym wieku. Autorzy poszczególnych tekstów podjęli kwestie specyfiki funkcjonowania osób starszych i niepełnosprawności w zaawansowanym wieku oraz wynikającego stąd holistycznego i zindywidualizowanego podejścia w odpowiadaniu na złożoność problemów związanych z doświadczeniem niepełnosprawności w późnym okresie życia, zakładającego adaptację działań do unikalnych potrzeb psychofizycznych tych osób. Opisy metodyki pracy edukacyjno-terapeutycznej, współczesnych metod, form, technik, narzędzi, technologii na rzecz seniorów z niepełnosprawnością odnoszą się bezpośrednio do warsztatu profesjonalnego specjalistów pracujących z osobami wymagającymi wsparcia geriatrycznego i do ich kształcenia. Wszyscy autorzy w swoich opracowaniach uwzględniali przeciwdziałanie stereotypizacji oraz dyskryminacji osób starszych i starszych z niepełnosprawnością w obszarze instytucjonalnym i usługowym. Zaprezentowano ponadto pogłębione analizy kontekstu demograficznego i ekonomicznego tych procesów. Dopełnieniem teoretycznych rozważań z zakresu geragogiki specjalnej i praktycznych zagadnień terapii,



rehabilitacji, pedagogii i wsparcia są rozważania aksjologiczne, ukazujące starość, doświadczenie starości, niepełnosprawną starość z punktu widzenia wartości samej w sobie i wartości relacyjnej (w relacji „do”).

Publikacja skierowana jest do szerokiego grona czytelników. Bezpośrednimi jej odbiorcami będą z pewnością osoby pracujące z seniorami doświadczającymi niepełnej sprawności, jak również studenci i kursanci przygotowujący się do profesjonalnej aktywności zawodowej. Celem publikacji jest zwiększenie kompetencji w zakresie wiedzy i umiejętności profesjonalnych specjalistów pracujących z seniorami o obniżonej sprawności dzięki udostępnieniu źródła informacji na temat specyfiki funkcjonowania osób starszych z niepełnosprawnością, metodyki pracy, form i metod terapeutycznych, a także pomocy i narzędzi rehabilitacyjnych, w tym technologii wspomagających. Pozycja adresowana jest również do środowiska akademickiego – zaprezentowane wyniki analiz teoretycznych i badań empirycznych, jak również doniesienia z praktyki prowokują do dalszych eksploracji naukowych. Monografia może się też okazać interesującym studium dla szerszego grona odbiorców. Rzetelna wiedza o osobach starszych z niepełnosprawnością promuje ich realny wizerunek, kreowany na bazie postaw pozbawionych ageistycznych uprzedzeń. Zwiększenie wiedzy społecznej na temat niepełnosprawności w okresie późnej dorosłości, w kontekście wspierania pozycji i praw narażonych na marginalizację społeczną niepełnosprawnych osób w starszym wieku, jest ważnym celem, który postawiły sobie redaktorki publikacji i który przyświecał autorom poszczególnych artykułów.

*Marlena Kilian  
Emilia Śmiechowska-Petrovskij*



CZĘŚĆ I

WYZWANIA  
REHABILITACYJNO-OPIEKUŃCZE  
WOBEC OSÓB W OKRESIE  
PÓŻNEJ DOROSŁOŚCI



# Geragogika specjalna w starzejącym się społeczeństwie – potrzeby i możliwości

## Streszczenie

Związana z procesem starzenia się społeczeństw konieczność świadczenia usług medycznych, rehabilitacyjnych i opiekuńczych w odniesieniu do wzrastającej populacji niepełnosprawnych osób w starszym wieku staje się jednym z najważniejszych społecznych problemów. Pedagogika specjalna posiada odpowiedni potencjał, aby go podjąć w swej działalności naukowo-badawczej, dydaktycznej i praktycznej, rozpoznając specyficzne potrzeby niepełnosprawnych osób w starszym wieku i wypracowując efektywne sposoby ich zaspokajania. W ramach specjalności – geragogiki specjalnej – może zająć się zagadnieniem skutecznej prewencji oraz usprawniania funkcjonalnych zaburzeń związanych z zaawansowanym wiekiem, tym samym przyczyniając się do redukcji ich negatywnych indywidualnych i społecznych konsekwencji. Współczesne problemy starzejących się społeczeństw wymagają, aby pedagogika specjalna objęła swym zainteresowaniem osoby niepełnosprawne w całym cyklu ich życia. Celem niniejszego artykułu jest uzasadnienie potrzeby rozwijania geragogiki specjalnej w dziedzinie nauki, edukacji i praktyki.

**Słowa kluczowe:** geragogika specjalna, starość, niepełnosprawność, niepełnosprawność w starszym wieku, starzenie się społeczeństw.

## Special geragogy in an aging society – needs and possibilities

### Summary

Due to progression of European societies' aging process the need for treatment, rehabilitation and daily care for increasing population of disabled persons in older age becomes one of the most important social problems. Special pedagogy has got the potential to respond to this issue in its scientific, didactic and vocational domain, by recognizing and meeting the specific needs of older adults with disability. Within its specialty – special geragogy – may deal with effective prevention and improvement of functional disorders in older adults and thus contribute to reducing its negative individual and social consequences. Contemporary problems of aging societies requires from special education to include within its interests the issue of disability on every stage of life. The purpose of this article is to justify the need for special geragogy development in the area of science, education and practice.

**Keywords:** special geragogy, old age, disability, age-related disability, aging societies.

### Wprowadzenie<sup>1</sup>

Obecnie nie podlega dyskusji konieczność dostosowania edukacji i rehabilitacji do potrzeb dzieci z niepełnosprawnością, specy-

---

<sup>1</sup> W zbliżonej postaci tekst w wersji anglojęzycznej ukazał się w: Kilian 2016.

ficznych na różnych etapach ich życia. Wspieraniem ich rozwoju odbiegającego od normy funkcjonalnej niemal w całości zajmuje się pedagogika specjalna. W obrębie jej zainteresowań mieszczą się również potrzeby niepełnosprawnych osób w wieku dorosłym, jednak głównie w kontekście rehabilitacji zawodowej. Wciąż jednak niewiele wiadomo na temat specyfiki potrzeb niepełnosprawnych ludzi w starszym wieku oraz sposobów ich zaspokajania, choć w populacji niepełnosprawnych osób stanowią oni większość (w Polsce blisko 60% dla wieku 55+) (GUS 2003). Pomimo zaawansowania procesu demograficznego starzenia się społeczeństwa polskiego usługi rehabilitacyjne wciąż w większym stopniu koncentrują się na potrzebach młodszych niż starszych obywateli z niepełnosprawnością.

Związana z procesem starzenia się społeczeństw konieczność świadczenia usług medycznych, rehabilitacyjnych i opiekuńczych w odniesieniu do wzrastającej populacji niepełnosprawnych osób w podeszłym wieku staje się jednym z najważniejszych społecznych problemów. Pedagogika specjalna posiada odpowiedni potencjał, aby go podjąć w swej działalności naukowo-badawczej, dydaktycznej i praktycznej, rozpoznając specyficzne potrzeby niepełnosprawnych osób w starszym wieku i wypracowując efektywne sposoby ich zaspokajania. W ramach specjalności – geragogiki specjalnej – może zająć się zagadnieniem skutecznej prewencji oraz usprawniania funkcjonalnych zaburzeń związanych z zaawansowanym wiekiem, tym samym przyczyniając się do redukcji ich negatywnych indywidualnych i społecznych konsekwencji. Współczesne problemy starzejących się społeczeństw wymagają, aby pedagogika specjalna objęła swym zainteresowaniem osoby niepełnosprawne w całym cyklu ich życia. Celem niniejszego artykułu jest uzasadnienie potrzeby rozwijania geragogiki specjalnej w dziedzinie nauki, edukacji i praktyki.

## Potrzeba rozwijania geragogiki specjalnej w starzejących się społeczeństwach

Starzenie się społeczeństw to obecnie zjawisko o globalnym zasięgu. Co dziesiąty mieszkaniec Ziemi ma co najmniej 60 lat, a szacuje się, że do 2050 roku do tej grupy wiekowej zaliczać się będzie co piąta osoba (Samoraj 2003). W ciągu niecałych 50 lat (lata 2005–2050) liczba Europejczyków w wieku 80+ powiększy się o 180%, jednocześnie liczba przedstawicieli najmłodszych kategorii wiekowych (do 24. roku życia) obniży się o 44% (Commission of the European Communities 2005). Obecnie w Polsce osoby w wieku 65+ stanowią 13% społeczeństwa, ale za 20 lat co czwarty Polak będzie w wieku 65 lat i więcej. Według Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) w okresie 2002–2025 w wartościach bezwzględnych populacja Polaków w wieku poprodukcyjnym wzrośnie o ponad 2 mln (Kowaleski, Pietruszek 2006).

## Wzrost odsetka niepełnosprawnych seniorów

Między starzeniem się a niepełnosprawnością zachodzi pozytywna korelacja (np. Fuchs i in. 1998), dlatego starzenie się społeczeństw prowadzi do wzrostu odsetka niepełnosprawnych seniorów. Wedle polskich opracowań po 75. roku życia jedynie co piąta osoba jest w stanie w pełni samodzielnie wykonywać czynności życia codziennego (Wojszel, Bień 2001), wedle brytyjskich – połowa ludności powyżej 75 lat wykazuje trudności z chodzeniem (Coni, Davison, Webster 1994). Powszechność występowania niepełnosprawności wzrasta szczególnie wśród najstarszych seniorów, co obrazują polskie dane: w przedziale wiekowym 60–69 lat niepełnosprawność dotyczy 38,8% osób, w przedziale 70–79 lat – 40,6% osób, natomiast powyżej 80 lat już 46,5% osób (Miller, Gębska-Kuczerowska 1998). Starzenie się samej populacji osób starszych



spowodowane jest szybkim wzrostem najstarszych kategorii wiekowych (80+), co uznaje się za dodatkowy czynnik dynamizujący wzrost odsetka niepełnosprawnych obywateli w starszym wieku.

Zgodnie z powyższym współczesna starość jest silnie naznaczona niepełnosprawnością, związana z ograniczeniem sprawności w wykonywaniu codziennych czynności, natomiast starość pomyślna, zdrowa staje się udziałem niewielu. Geragogika specjalna może mieć swój udział w prewencji i usprawnianiu zaburzeń zdolności samodzielnego funkcjonowania w codziennym życiu w wieku senioralnym. O ile za sukces medycyny uznaje się wydłużanie ludzkiego życia, o tyle osiągnięciem geragogiki specjalnej może być podnoszenie jego jakości.

### **Wzrost zapotrzebowania na usługi skierowane do niepełnosprawnych seniorów**

Wedle prognoz w Stanach Zjednoczonych usługi zdrowotne i opiekuńcze przeznaczone dla osób w podeszłym wieku to jeden z najszybciej rozwijających się segmentów rynku pracy (Szukałski 1998). Powstaje coraz więcej placówek, instytucji i organizacji oferujących usługi niepełnosprawnym seniorom, których kadry wymagają przeszkolenia w dziedzinie pracy z tą grupą wiekową klientów i pacjentów. Tylko fachowcy z dziedziny łączącej zagadnienie niepełnosprawności i starzenia będą dysponować odpowiednią wiedzą, umiejętnościami i narzędziami, umożliwiającymi precyzyjne rozpoznanie, a następnie efektywne zaspokajanie ich specyficznych potrzeb. W tym przypadku ogólne kształcenie gerontologiczne jest niewystarczające. Geragogika specjalna może szkolić kadry specjalizujące się w pracy z niepełnosprawnymi osobami w zaawansowanym wieku.

## Poważne skutki niepełnosprawności w starszym wieku

Konieczność zwrócenia uwagi pedagogiki specjalnej na potrzeby niepełnosprawnych seniorów w dużej mierze podyktowana jest bardzo poważnymi fizycznymi, psychicznymi i społecznymi skutkami utraty funkcjonalnej sprawności w ich wieku. Niezdolność do samodzielnego funkcjonowania może prowadzić do rozwoju niektórych chorób, np. fizyczna niepełnosprawność podwaja ryzyko choroby wieńcowej niezależnie od wpływu innych czynników ryzyka nabycia dysfunkcji pracy serca (Corti, Salive, Guralnik 1996), a także doznania upadku i odniesienia w jego wyniku obrażeń (Tinnetti, Speechley, Ginter 1988). Wobec niepełnosprawnych osób w starszym wieku istnieje zwiększone ryzyko uszkodzeń umysłowych (Ostir i in. 1999) oraz rozwoju depresji (Gurland, Wilder, Berkman 1988). Seria starannych badań wykazała, że funkcjonalna niepełnosprawność stanowi silny predyktor śmierci (Ferruci, Guralnik, Baroni 1991; Reuben i in. 1992; Bernard i in. 1997). Obliczono, że w porównaniu z osobami pełnosprawnymi ryzyko śmierci u ludzi z obniżoną sprawnością codziennego funkcjonowania jest 4–6 razy większe (Corti i in. 1994).

Niepełnosprawność dotycząca osoby starsze implikuje również poważne następstwa dla ich rodzin i ogółu społeczeństwa, w tym konsekwencje ekonomiczne. Skorelowana jest ze zwiększonymi kosztami opieki zdrowotnej, np. wskaźnik hospitalizacji jest 2–3 razy większy wśród osób starszych z poważną lub postępującą niepełnosprawnością w porównaniu z tymi, które doświadczają niewielkiej lub żadnej niepełnosprawności (Ferrucci i in. 1997). Obniżona sprawność funkcjonalna wiąże się też z nasiloną częstością wizyt lekarskich i opieki zdrowotnej (Weiner i in. 1990; Soldo, Manton 1995). Jak obliczono, koszty opieki medycznej wśród osób starszych z niepełnosprawnością są *per capita* 3 razy większe niż w przypadku pełnosprawnych osób w podobnym wieku (Pope, Tarlov 1991).

Formalna i nieformalna opieka nad osobami starszymi z zaburzoną sprawnością codziennego funkcjonowania stanowi finansowe obciążenie dla samych seniorów, członków ich rodzin, zwłaszcza dorosłych dzieci, jak również ogółu podatników. Z wiekiem wzrasta zapotrzebowanie na opiekę w zakresie wykonywania czynności życia codziennego. Polskie dane wymieniają odsetek 8,7% wymagających opieki osób w wieku 50–59 lat, który osiąga poziom 60% w wypadku osób w wieku 80+ potrzebujących stałej opieki (GUS 1997). Niepełnosprawność stanowi główny powód instytucjonalizacji osób starszych (Rubenstein i in. 1995). Szacuje się, że w 2000 roku 4,5% Amerykanów w wieku 65+ mieszkało w domach opieki, przy czym dla przedziału wiekowego 65–74 lata odsetek ten wynosił 1%, dla osób w wieku 75–84 lat – 5%, a 18% dla osób w wieku 85+ (Fields, Casper 2000). Zapotrzebowanie na kosztowne usługi medyczne i rehabilitacyjne oraz opiekę znacznie nasili się w miarę powiększania się w społeczeństwie grupy niepełnosprawnych osób w zaawansowanym wieku.

Geragogika specjalna z jednej strony pogłębia wiedzę w zakresie prewencji niepełnosprawności wieku starszego, z drugiej zaś oferuje możliwości łagodzenia skutków funkcjonalnych chorób doświadczanych w starości i usprawniania zaburzonego funkcjonowania, co pozwala na wydłużenie okresu samodzielności życiowej, a tym samym uniknięcie konieczności czerpania z systemu formalnej i nieformalnej pomocy.

## **Sprawność funkcjonalna priorytetem wśród seniorów**

Medycyna skupia się na zaburzeniach fizycznych, najczęściej pomijając ich skutki psychiczne czy funkcjonalne w sferze codziennej aktywności. Dzieje się tak, chociaż dla pacjenta liczy się nie tyle obraz kliniczny doświadczanych chorób, ile ich wpływ na jego sprawność w wykonywaniu codziennych czynności. Podobnie

w centrum zainteresowań geragogiki specjalnej leży funkcjonalna sprawność osób starszych, wykazująca silny i wielowymiarowy wpływ na jakość ich życia. Jak dowiedziono, poziom niepełnosprawności jest mocniejszym wskaźnikiem śmiertelności niż liczba powodujących niepełnosprawność chorób, na które osoba cierpi (Albert, Cattell 1994). Badania nad związkiem depresji i niepełnosprawności ujawniły, że depresję wywołuje nie tyle doświadczana choroba, co jej skutki funkcjonalne, zaburzające dotychczasową zdolność codziennego funkcjonowania. Poprawa stanu funkcjonalnej sprawności prowadzi do redukcji depresji (Von Korff i in. 1992).

## Specyfika niepełnosprawności w starszym wieku

Specyfika niepełnosprawności w starszym wieku wynika z odmiennej sytuacji fizycznej, psychicznej czy społecznej osób na tym etapie życia i wymaga odpowiedniego postępowania edukacyjno-rehabilitacyjnego, o czym w głównej mierze traktuje geragogika specjalna. Wśród starszych pacjentów rzadko zdarza się, by przyczynę niepełnosprawności stanowiło pojedyncze schorzenie. Zwykle współistnieje ono z innymi problemami zdrowotnymi – wedle polskich statystyk osoby starsze posiadają 3,5 chorób wobec 1,8 wśród ogółu ludności w kraju (GUS 1997). Właściwa dla starszego wieku wielochorobowość sprawia, że następstwa poszczególnych chorób oddziałują między sobą i pogłębiają stan funkcjonalnej niesprawności. Liczne choroby obniżają zdolności kompensacyjne, np. dodatkowe dla uszkodzenia wzroku obniżenie sprawności aparatu ruchowego, bolesność stawów nadgarstka wymusza modyfikację metodyki nauczania poruszania się z białą laską i korzystania z lupy czy adaptację samego sprzętu.

W starszym wieku powszechną przyczyną niepełnosprawności są stopniowo i często bezboleśnie postępujące chroniczne stany

chorobowe (Jette 1996), wskutek czego w subiektywnym odbiorze jest ona trudna do wychwycenia. Wynika stąd konieczność przeprowadzania wśród zaawansowanych wiekowo pacjentów obiektywnych prewencyjnych badań sprawności, umożliwiającich wykrycie pozostających jeszcze poza subiektywną świadomością ewentualnych zaburzeń oraz wdrożenia odpowiednich działań medyczno-rehabilitacyjnych. Geragogika specjalna może mieć swój znaczący udział w rozwoju systemu wczesnej prewencji funkcjonalnych zaburzeń w populacji geriatrycznej.

Inną charakterystyczną cechą niepełnosprawności w starszym wieku jest nakładanie się zmian patologicznych na naturalne dla tego wieku zmiany w sferze życia biologicznego, psychicznego i społecznego. Utrata sprawności odbierana jest w kontekście innych strat związanych z zaawansowanym wiekiem, np.: zdrowia, współmałżonka, pozycji społecznej, pracy zawodowej, i z tego powodu odczuwana jest bardziej dotkliwie. Trudności pacjentów w starszym wieku wynikające z doświadczanych chorób oraz z racji wieku mają charakter kompleksowy, wymagają całościowej i specyficznej dla starszych osób rehabilitacji, rozwijanej w ramach geragogiki specjalnej.

## **Znikomy udział niepełnosprawnych seniorów w rehabilitacji**

Impulsem dla rozwoju geragogiki specjalnej, jako dziedziny poświęconej usprawnianiu niepełnosprawnych osób w starszym wieku, powinien stać się ich znikomy udział w rehabilitacji. Dysproporcja między obiektywnym zapotrzebowaniem na rehabilitację wśród niepełnosprawnych osób w starszym wieku a ich rzeczywistym uczestnictwem w procesie usprawniania jest ogromna. Statystyki mówią o 80% starszych ludzi niewidzących wskazań i potrzeby rehabilitacji, pomimo częstego występowania wśród

nich chorób ograniczających zdolność do samodzielnego funkcjonowania (Wojszel 1997). Wedle badań własnych tylko 10% badanej populacji niewidomych i słabowidzących osób w starszym wieku wyraziło chęć udziału w rehabilitacji formalnej, pomimo obiektywnych wskazań do usprawniania dla 100% uczestników (Kilian 2007b). Dla przykładu – choć ludzie starsi stanowią najlichnieszą grupę wiekową w populacji niewidomych i słabowidzących osób (sięgającą 70%) (Carter 1994), z usług rehabilitacyjnych przeznaczonych dla osób z niepełnosprawnością wzrokową korzysta zaledwie kilka procent z nich, np. 1% w Nowym Jorku (Lighthouse Research Institute 1995) czy 5% w Radomiu (Kilian 2007b).

Starsze osoby nie zgłaszają się do specjalistycznych placówek medycznych i rehabilitacyjnych po zauważeniu niekiedy nawet znacznych zmian chorobowych, uznając je za naturalną konsekwencję starzenia się. Pokutuje stereotypowe przekonanie, wedle którego nabywane z wiekiem uszkodzenia i niepełnosprawności są nieuniknione, a zabiegi leczniczo-usprawniające nieskuteczne w tym wieku. Niepełnosprawni seniorzy często nie korzystają z rehabilitacyjnych usług również dlatego, że są nieświadomi ich istnienia i dostępności dla pacjentów w starszym wieku (Young 1996). Rozwój geragogiki specjalnej na poziomie edukacyjnym, zawodowym i praktycznym może wypełnić tę informacyjną lukę i przyczynić się do zwiększenia udziału niepełnosprawnych seniorów w rehabilitacji, a tym samym poprawy stanu ich funkcjonalnej sprawności.

## Zjawisko ageizmu

Rozwój geragogiki specjalnej jest konieczny z uwagi na silne zjawisko ageizmu i dyskryminacji osób w starszym wieku. Na polu rehabilitacji przejawem ageizmu jest brak adaptacji systemu re-

habilitacji, jej technik i metod pracy do specyfiki potrzeb i możliwości osób w podeszłym wieku, niekiedy wręcz niedostrzeganie tych potrzeb bądź świadome ich pomijanie (Kilian 2004). Ageistyczne podłoże może wykazywać pogląd, podzielany przez niektórych lekarzy, że patologiczne zmiany zachodzące z wiekiem są tożsame ze zmianami naturalnymi, czego następstwem mogą być zaniedbania na polu prewencji, diagnostyki i leczenia chorób, jak również rehabilitacji uznawanych w tym wypadku za bezcelowe. Stereotypowe przekonania wyrażane przez personel medyczny, rehabilitacyjny czy pracowników socjalnych mogą prowadzić do świadomych zachowań dyskryminacyjnych wobec tej kategorii wiekowej pacjentów, np. wykluczania ich z rehabilitacji tylko z uwagi na zaawansowany wiek (Kilian 2007a).

Postawy ageistyczne mogą być wyrażane także przez osoby starsze w stosunku do samych siebie i/lub innych seniorów, co może doprowadzić np. do obniżenia poczucia własnej wartości czy redukcji życiowych wymagań oraz oczekiwań odnośnie do jakości otrzymywanych świadczeń medycznych i rehabilitacyjnych (Kilian 2004). Niepełnosprawność w starszym wieku uznaje się za stan normalny i nieunikniony, a poszukiwanie rehabilitacyjnych usług czy dopominanie się w tej sferze o własne prawa – za nieuzasadnione.

Brak subdyscyplin naukowych związanych ze starością, w tym w dziedzinie pedagogiki specjalnej, można potraktować jako przejaw ageizmu w sferze nauki i dydaktyki. Geragogika specjalna, poprzez aktywność badawczą i oświatową, może korygować funkcjonujący w społeczeństwie stereotypowy obraz starości i ageistyczne nastawienia. Mówi o rzeczywistych zdolnościach i potrzebach najstarszego pokolenia, umożliwiając planowanie efektywnych działań w dziedzinie rehabilitacji. Z uwagi na to, że dysponuje potencjałem dydaktycznym i zawodowym, może mieć znaczący udział w likwidowaniu stereotypowych obciążeń wśród studentów, seniorów oraz pracujących z nimi specjalistów.

## Spółeczna moralność

Potrzebę rozwoju geragogiki specjalnej można uzasadniać również z perspektywy społecznej moralności. Specjaliści w pracy z osobami starszymi powinni stosować szczególne zasady etyczne, np. szanować autonomię starszej osoby oraz jej prawo do decydowania o sobie (Schwiebert, Myers, Dice 2000). Osoby w zaawansowanym wieku, zwłaszcza obciążone niepełnosprawnością, tworzą grupę niedomagającą się swych praw i usług dostosowanych do własnych możliwości i potrzeb, przez co potrzeby te w świadomości społecznej nie istnieją (Kilian 2007a). W dobie kultu młodości głosy upominające się o niepełnosprawnych seniorów są słabo słyszalne. W tej perspektywie rozwój geragogiki specjalnej staje się moralnym obowiązkiem współczesnych starzejących się społeczeństw (Zych, Kalata-Witusiak 2006).

## Możliwości rozwijania geragogiki specjalnej w starzejących się społeczeństwach

Rozwój geragogiki specjalnej może się dokonywać dzięki skoordynowanej i współzależnej działalności podejmowanej w dziedzinie nauki, kształcenia i praktyki zawodowej. Postęp nauki warunkuje kształcenie wysoko wykwalifikowanych specjalistów, dających impuls do rozwoju profesjonalnej praktyki zawodowej, która z kolei stanowi rewir dla działalności badawczej, gwarantującej rozwijanie nauki. Geragogika specjalna, powołana do wspierania sprawnego funkcjonowania starzejących się jednostek i populacji, będzie kompetentnie odpowiadać na ich potrzeby, dysponując bogatym dorobkiem naukowym, gromadzonym w ramach aktywności badawczej, przekazywanym w systemie kształcenia i wdrażanym do praktyki zawodowej.



## Geragogika specjalna jako nauka

„Gerontologia” – to pojęcie zbiorcze dla wielu dziedzin nauki podejmujących z własnej perspektywy temat starzenia się, starości i ludzi starszych. Wywodzi się z języka greckiego (*geron* – „starzec”, *logos* – „nauka”). Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) uznaje gerontologię za odrębną dyscyplinę naukową, ujmującą w sposób interdyscyplinarny wszystkie aspekty starzenia: zdrowotne, biologiczne, socjologiczne, psychologiczne, ekonomiczne i środowiskowe (WHO 2004). Stanowi ona platformę integrującą naukowy dorobek w dziedzinie starzenia się człowieka w spójną całość. Podkreśla potrzebę prowadzenia studiów nad osobami w starszym wieku jako odrębną grupą, specyficzną pod względem fizycznym, psychicznym, umysłowym, duchowym, społecznym, zawodowym czy funkcjonalnym.

Oprócz gerontologii nie istnieje żadna inna nauka usiłująca gromadzić całościową wiedzę na temat określonego etapu życia człowieka we wszelkich jego wymiarach. Pedagogika czy andragogika zajmują się tylko edukacyjnym i wychowawczym wycinkiem rzeczywistości życia dziecka czy człowieka dorosłego, inne kwestie, np. chorobowe, pozostawiając pozostałym działom nauki, w tym przypadku medycynie. W gerontologii natomiast zagadnienia edukacyjne i wychowawcze są obecne w ramach subdyscypliny – geragogiki. Zakres tematyczny gerontologii jest zatem znacznie szerszy niż pedagogiki. Różnica polega na tym, że z jednej strony różne nauki dotyczące dziecka, np. pedagogika, psychologia dziecka czy pediatria, nie noszą jednej wspólnej nazwy, jak gerontologia w przypadku osób starszych, z drugiej strony poszczególne działy gerontologii, jak geriatria, geragogika (edukacja osób w starszym wieku) czy geragogika specjalna (pedagogika specjalna osób w starszym wieku), nie są tak rozbudowane jak nauki dotyczące dziecka.

W zakresie nauk pedagogicznych wzrasta zainteresowanie zagadnieniami związanymi z życiem człowieka w starszym wieku. Od czasu Erika H. Eriksona i jego teorii rozwoju osobowości (Erikson, Erikson 1997) znacząco zwiększyła się świadomość wieloaspektowego rozwoju człowieka trwającego przez całe życie. Dostrzega się specyfikę potrzeb i możliwości człowieka na różnych etapach jego życia. Dlaczego pedagogika nie miałaby mu towarzyszyć w całym cyklu jego rozwoju? Dlaczego skupia się na etapie dzieciństwa i dorastania, życie dorosłe ogranicza głównie do aktywności zawodowej, a swych wychowanków opuszcza w okresie starości? Geragogika, wytyczona w obrębie pedagogiki, może się zajmować wspieraniem ich w rozwoju na kolejnym, zaawansowanym już etapie życia. Zdaniem Zofii Szaroty: „Jako nauka o wychowaniu człowieka pedagogika staje w obliczu problemów starzejącego się społeczeństwa” (Szarota 1999, s. 13). W opinii autorki osoby starsze wymagają wsparcia geragogicznego, a absolwenci pedagogiki powinni umieć oddziaływać wychowawczo na człowieka w każdym wieku. Z. Szarota proponuje, aby pedagogika obejmowała zagadnienia ze wszystkich etapów życia człowieka wedle podziału na: paidagogikę (dzieciństwo), hebagogikę (okres dojrzewania), andragogikę (dorosły wiek), geragogikę (starszy wiek) (Szarota 1999).

Pedagogika, która w sposób szczególny troszczy się o człowieka w okresie jego dzieciństwa, w ramach swych edukacyjno-wychowawczych kompetencji wezwana jest do odpowiadania na każdym etapie życia na jego zmieniające się możliwości funkcjonalne. Jeśli celem pedagogiki jest przygotowanie człowieka do samodzielnego życia, to w sytuacji obniżenia zdolności funkcjonalnych w starszym wieku cel ten wciąż pozostaje aktualny. Geragogika specjalna służy wspieraniu seniorów w ich efektywnej adaptacji do zmieniających się bio-psycho-społecznych możliwości i potrzeb oraz stanu funkcjonalnej sprawności. Może to czynić w wymiarze naukowym, edukacyjnym i zawodowym.

Geragogika specjalna, zajmując się niepełnosprawnymi osobami w starszym wieku, łączy tematykę starzenia się i niepełnosprawności. Wytacza wspólny obszar w wymiarze badawczym, dydaktycznym i praktycznym dla dyscyplin i specjalności naukowych odnoszących się tematycznie do procesu starzenia się oraz niepełnosprawności (Kilian 2009). Jako dziedzina interdyscyplinarna czerpie z geragogiki (edukacja osób w starszym wieku) i pedagogiki specjalnej (edukacja i rehabilitacja osób niepełnosprawnych), jak również z: geriatrui (np. obraz kliniczny chorób wieku starszego), architektury (np. projektowanie dla osób starszych, również niepełnosprawnych), technologii (np. pomoce rehabilitacyjne), pracy socjalnej (np. opieka nad osobą starszą), psychologii (np. sytuacje trudne w starszym wieku). Bez interdyscyplinarnej współpracy w dziedzinie niepełnosprawności i rehabilitacji osób starszych każda pojedyncza dyscyplina w izolacji będzie wyznaczać cele swych działań oraz samotnie brać odpowiedzialność za ich osiągnięcie. Współpraca rozwijana na polu wielu dyscyplin naukowych zapewni holistyczne podejście do leczonego i rehabilitowanego pacjenta.

Rozwój geragogiki specjalnej powinien przebiegać torem tworzenia jej teoretycznych i empirycznych podwalin równoległe do prowadzonej aktywności edukacyjnej i działalności na rzecz ich praktycznego zastosowania. Należałoby zwiększyć liczbę i zakres badań przyjmujących za cel rozpoznanie potrzeb niepełnosprawnych seniorów. Sprawą wielkiej wagi będzie inicjowanie i rozwijanie współpracy między ośrodkami rehabilitacyjnymi a centrami badawczymi na polu praktycznej aplikacji osiągnięć naukowych i ich weryfikacji, a także zwrotnie – inspirowania nauki zagadnieniami rodzącymi się na polu praktyki rehabilitacyjnej (Kilian 2009). Pozostaje mieć nadzieję, że obecnie obserwowany rozwój gerontologii w systemach kształcenia akademickiego, wymuszony przez rynkowe zapotrzebowanie na profesjonalistów przeszkolonych w dziedzinie pracy z osobami starszymi, będzie

stymulować rozwój badań naukowych również w dziedzinie niepełnosprawności w starszym wieku i kształtowanie geragogiki specjalnej jako nauki.

## Geragogika specjalna w systemie kształcenia

Ze względu na docelową grupę odbiorców edukację na temat starzenia można podzielić na:

- gerontologię edukacyjną (*education for aging*), czyli edukację seniorów (geragogika);
- edukację gerontologiczną (*education in aging*), czyli szkolenie kadr do pracy z osobami starszymi;
- edukację całego starzejącego się społeczeństwa do własnej starości (*education about aging*), czyli szkolenia w ramach profilaktyki społecznej.

Powyższy podział pokazuje, jak szeroki jest zakres edukacji na temat starzenia się, starości i osób starszych. Dotyczy edukacji ustawicznej samych seniorów, szkolenia profesjonalistów do pracy z seniorami, jak również całego społeczeństwa podlegającego procesowi starzenia się. Tak szeroko określona grupa docelowa ukazuje powszechny wymiar edukacji na temat starzenia się i wagę stojących przed nią zadań.

Edukację gerontologiczną można podzielić na:

- edukację studentów planujących pracę z seniorami,
- edukację dla profesjonalistów aktualnie pracujących z osobami starszymi, jednak bez merytorycznego przygotowania w tej dziedzinie.

Inny podział funkcjonujący w praktyce dotyczy kształcenia:

- certyfikowanego (kończącego się uzyskaniem dyplomu),
- niecertyfikowanego, przybierającego formę typowych szkoleń praktycznych.

Kształcenie profesjonalistów do pracy z osobami w starszym wieku może mieć formę kursów: wakacyjnych, weekendowych, wieczorowych, jak również edukacji realizowanej na kampusie i poza kampusem uczelnianym (np. *e-learning*). Doświadczenie zagranicznych ośrodków akademickich wskazuje na edukację prowadzoną na odległość jako znajdującą największe zastosowanie (Friedsam 1995). Tę formę kształcenia warto wdrażać zwłaszcza w ramach edukacji ustawicznej prowadzonej wśród pracowników już współpracujących z niepełnosprawnymi osobami w starszym wieku.

Znaczna część specjalistów zajmujących się zawodowo osobami w zaawansowanym wieku nie posiada gerontologicznego wykształcenia i wykazuje w tej dziedzinie poważne braki (np. Scharlach, Simon, Dal Santo 2002; Kressley, Huebschmann 2002). Na etapie planowania własnej ścieżki edukacyjnej najczęściej nie spodziewali się podjęcia w przyszłości pracy z seniorami. Obecnie zaś, dla kompetentnego wypełniania zawodowych obowiązków, potrzebują gerontologicznego szkolenia. Zainteresowanie nim może być tym większe, że – jak wykazano – starzeje się również kadra pracownicza (Friedsam 1995).

Kształcenie gerontologiczne, także w ramach geragogiki specjalnej, może się odbywać wedle przyjętego modelu:

1. Model zintegrowany – informacje gerontologiczne zawarte są w programach różnych przedmiotów, np. projektowanie otoczenia wedle potrzeb osób starszych na architekturze czy zagadnienia prawne dotyczące emerytur na przedmiotach prawniczych i ekonomicznych.
2. Model separacyjny – obecne są przedmioty ściśle gerontologiczne, skupiające się na kwestiach specyficznych dla osób w starszym wieku.
3. Model skoncentrowany – kilka przedmiotów gerontologicznych realizowanych jest na danym wydziale, np. na Wydziale Nauk Pedagogicznych Uniwersytetu Kardynała

Stefana Wyszyńskiego w Warszawie (UKSW) oferowane są przedmioty: gerontologia społeczna, metodyka pracy z osobami starszymi, podstawy rehabilitacji w starszym wieku, edukacja w starszym wieku.

4. Model interdyscyplinarny – zajęcia gerontologiczne prowadzone są w ramach różnych naukowych dyscyplin, np.: starzenie się społeczeństw – socjologia, psychologia starzenia się – psychologia. Gerontologia ze swej natury jest nauką interdyscyplinarną, co umożliwia realizację tego modelu.
5. Model specjalizacyjny – treści gerontologiczne zamknięte są w ramach specjalizacji na danym wydziale, np. geragogika specjalna na kierunku pedagogika specjalna na Wydziale Nauk Pedagogicznych UKSW.
6. Model kierunkowy – gerontologia jako kierunek studiów na danym wydziale.

Wciąż nierozstrzygnięta pozostaje kwestia, czy specjalizacje gerontologiczne, prowadzące do wyizolowania tematu starzenia się z programu kształcenia, są pożądane. Specjalizacja oferuje zaawansowane gerontologiczne studia, wybierane jednak tylko przez część studentów. Podobny zasięg oddziaływania wykazują odrębne gerontologiczne przedmioty. W efekcie w trybie specjalizacyjnym duża część studentów kończy studia z niewielką lub żadną wiedzą gerontologiczną. Z tego powodu zaleca się, aby treści gerontologiczne zawierać nie tylko w ramach przedmiotów dodatkowych (do wyboru), lecz także w zakresie kursów obowiązkowych. Skoro osoby starsze stanowią blisko połowę populacji ludzi z niepełnosprawnością (GUS 2003), to prawdopodobieństwo, że pedagog specjalny zetknie się w swoim życiu zawodowym z seniorami doświadczającymi niepełnosprawności, jest bardzo wysokie. Z tego powodu nawet studenci nieplanujący specjalizacji w pracy z seniorami potrzebują wiedzy gerontologicznej.

Gerontologia i jej subdyscypliny mogą być nauczane na studiach I, II i III stopnia, również na studiach podyplomowych.

Należy jednak ustalić pewne kwestie. Czy kształcenie gerontologiczne w wybranym modelu warto prowadzić na studiach I czy II stopnia, a może na obu, ale wtedy w jakim zakresie? Czy geragogikę specjalną, łączącą treści z pedagogiki specjalnej i gerontologii, należy wprowadzić do studiów z pedagogiki specjalnej, czy może tematy z pedagogiki specjalnej włączyć w zakres tematyczny studiów gerontologicznych? Na gruncie której z nauk należy rozwijać tę interdyscyplinarną specjalizację? Studia gerontologiczne z pewnością wymagają podstawowej wiedzy w zakresie niepełnosprawności w starszym wieku, konieczne jest jednak kształcenie pedagogów specjalnych kompetentnych w pracy z niepełnosprawnymi seniorami.

Wszelkie zmiany programowe na uczelniach wyższych mogą zostać przeprowadzone tylko za sprawą świadomej i kompetentnej kadry naukowej i dydaktycznej. Aby edukacja akademicka inicjowała i promowała edukację gerontologiczną, również tak specjalistyczną jak w przypadku geragogiki specjalnej, musi dysponować odpowiednim potencjałem naukowym i dydaktycznym. Kształcenie specjalistów do pracy z niepełnosprawnymi seniorami należałoby zatem rozpocząć od edukowania samych pracowników naukowych i dydaktycznych.

## Geragogika specjalna w praktyce

W instytucjonalnej praktyce dziedziny starzenia się i niepełnosprawności funkcjonują osobno. Sektor odpowiedzialny za działanie na rzecz osób starszych nie posiada kompetencji w obszarze pomocy osobom niepełnosprawnym, a struktury powołane do działalności w odniesieniu do osób niepełnosprawnych nie dysponują kompetencjami w dziedzinie starzenia się i starości. Oba te sektory postrzegają niepełnosprawnych seniorów jako grupę o specjalnych potrzebach, których nie są w stanie zaspokoić. Aby

niepełnosprawne osoby w zaawansowanym wieku otrzymywały całościowe, spełniające ich specyficzne potrzeby usługi, niezbędną jest współpraca systemu zajmującego się ludźmi starszymi i systemu przeznaczonego dla ludzi z niepełnosprawnością. Taki wspólny obszar działań może stanowić geragogika specjalna w ramach badań naukowych, dydaktyki i praktyki zawodowej (Kilian 2009).

Rehabilitacja osób starszych wymaga interdyscyplinarnej współpracy. Żadna pojedyncza dyscyplina nie może zaoferować usług kompleksowo realizujących złożone potrzeby starszych niepełnosprawnych pacjentów. Na gruncie praktyki geragogika specjalna może współpracować ze specjalistami z różnych dziedzin: lekarzami, psychologami, rehabilitantami, pracownikami socjalnymi, terapeutami zajęciowymi, animatorami kulturalnymi, nauczycielami itp. Może wyznaczać konkretny obszar dla interdyscyplinarnych działań zespołów specjalistów zajmujących się rehabilitacją najstarszego pokolenia niepełnosprawnych osób. Dzięki geragogice specjalnej możliwa jest synergia działań pomiędzy fachowcami z danych dziedzin a światem nauki w zakresie rozwoju nowych procedur i sprzętu rehabilitacyjnego, stworzonego z myślą o pacjentach ze specjalnymi potrzebami, budowania teorii i wdrażania jej na grunt rehabilitacyjnej praktyki (Kilian 2009).

Zakres tematyczny gerontologii odnosi się do ostatniego okresu życia człowieka i jako taki dotyczy wszystkich ludzi, bo każdy podlega procesowi starzenia się. Zakres tematyczny geragogiki specjalnej rozbudowany jest w dziedzinie rehabilitacyjno-edukacyjnych interwencji podejmowanych wobec niepełnosprawnych seniorów. W zakresie prewencji chorób i niepełnosprawności w starszym wieku geragogika specjalna może zaś działać na rzecz całego społeczeństwa. Za jej grupę docelową należałoby uznać nie tylko najstarszą wiekowo społeczną i odpowiedzialnych za nią zawodowo specjalistów, lecz także ich rodziny i opiekunów



oraz całe społeczeństwo wspierane w procesie pomyślnego starzenia się w wymiarze demograficznym i indywidualnym.

Geragogika specjalna umożliwia wczesne wykrywanie, diagnozowanie i interwencję w ograniczaniu skutków niepełnosprawności w okresie starości. Za swój cel przyjmuje poprawę szeroko rozumianego funkcjonowania osób starszych w codziennym życiu. W sferze praktyki dysponuje wiedzą umożliwiającą odpowiadanie na specyficzne potrzeby bio-psycho-społeczne i funkcjonalne niepełnosprawnych osób w starszym wieku. Jest ściśle związana z praktycznym wymiarem życia i nastawiona na rozwijanie praktyki zawodowej. Jej naukowa i edukacyjna działalność służy udoskonalaniu jakości życia osób starszych, ich bliskich i całego społeczeństwa.

Na obecnym etapie uznaje się, że gerontologia spełnia kryteria dyscypliny naukowej (Bass, Ferraro 2000). Ustalenia wymaga jeszcze kwestia, na ile gerontologia jako dyscyplina weszła już w fazę kształtowania się jako profesja. Wydaje się, że dynamiczny rozwój własnej ekspertyzy w dziedzinie szkolenia i edukacji profesjonalistów wskazuje na jej początki jako zawodu. Z drugiej strony brak łączności między prowadzoną edukacją gerontologiczną a działalnością naukową i praktyczną, jak również silne dysproporcje w rozwoju gerontologii w systemach kształcenia akademickiego różnych krajów (Derejczyk i in. 2008) pozwalają określić fazę jej profesjonalizacji jako bardzo wczesną. Nie ma jednak wątpliwości, że wzrastające w starzejących się społeczeństwach rynkowe zapotrzebowanie na profesjonalistów kompetentnych w pracy z osobami starszymi z niepełnosprawnością wymusi otwarcie się ośrodków akademickich na kształcenie w dziedzinie geragogiki specjalnej, realizowane w ramach pedagogiki specjalnej, ale również gerontologii, co z kolei przyczyni się do wzmocnienia jej potencjału badawczego i naukowego.

## Zakończenie

Potrzebę rozwijania geragogiki specjalnej nasila dynamicznie i globalnie postępujący proces starzenia się społeczeństw, związany z tym wzrost odsetka niepełnosprawnych osób w starszym wieku oraz zapotrzebowania na usługi odpowiadające na ich specyficzne bio-psycho-społeczne i funkcjonalne potrzeby i możliwości. Nie bez znaczenia pozostają również poważne jednostkowe, rodzinne i ogólnospołeczne koszty utraty sprawności w starszym wieku, zwłaszcza dotkliwe finansowo w dziedzinie leczenia i opieki. Z jednej strony stwierdza się głębokie i powszechne konsekwencje niepełnosprawności w starszym wieku, z drugiej – znikome zaangażowanie niepełnosprawnych seniorów w działania mające na celu usprawnienie zaburzonego funkcjonowania. Wobec tak silnego i rosnącego społecznego zapotrzebowania na wsparcie niepełnosprawnych osób w starszym wieku postuluje się rozwijanie geragogiki specjalnej, jako subdyscypliny pedagogiki specjalnej, w dziedzinie nauki, kształcenia i praktyki. Konieczność wytyczenia specjalności poświęconej w całości niepełnosprawnym seniorom podyktowana jest też obecnym w starzejących się społeczeństwach zjawiskiem ageizmu i dyskryminacji niepełnosprawnych obywateli. Geragogika specjalna podkreśla kwestie etyki zawodowej, sam jej rozwój zaś może być rozpatrywany w kategoriach społecznej moralności.

Gerontologia, jako młoda nauka, znajduje się w fazie intensywnego kształtowania własnych podstaw teoretycznych, edukacyjnych i zawodowych, które stanowią zaczyn dla rozwoju jej subdyscyplin, w tym poświęconej osobom starszym z niepełnosprawnością. Jako dziedzina interdyscyplinarna geragogika specjalna wyłania się w ramach pedagogiki specjalnej, coraz wyraźniej dostrzegającej liczną populację niepełnosprawnych osób w starszym wieku, których potrzeby, wskutek zachodzących zmian demograficznych, przestają być wyłącznie ich prywatną

sprawą. Geragogika specjalna, zajmując się prewencją niepełnosprawności w starszym wieku i usprawnianiem zaburzonego w tym wieku funkcjonowania, staje się obiektem coraz większego zainteresowania ze strony naukowców, profesjonalistów, nauczycieli, urzędników i polityków, a także, co istotne, samych osób starszych. Jest bliska wszystkim ludziom, którzy bez wyjątku podlegają procesowi starzenia. Jej rozwój w wymiarze naukowym, edukacyjnym i praktycznym leży zatem w interesie każdej jednostki i całego społeczeństwa.

## Bibliografia

- Albert S.M., Cattell M.G. (1994). *Old age in global perspective: Cross-cultural and cross-national views*. New York: G.K. Hall.
- Bass S.A., Ferraro K.F. (2000). Gerontology education in transition: Considering disciplinary and paradigmatic evolution. *The Gerontologist*, 40(1), 97–106.
- Bernard S.L., Kincade J.E., Konrad T.R., Arcury T.A., Rabiner D.J., Woomert A., DeFries G.H., Ory M.G. (1997). Predicting mortality from community surveys of older adults: The importance of self-rated functional ability. *The Journals of Gerontology: Series B*, 52(3), 155–163.
- Carter T.L. (1994). Age-related vision changes: A primary care guide. *Geriatrics*, 49(9), 37–45.
- Commission of the European Communities (2005). Green Paper „Confronting demographic change: A new solidarity between generations”. Brussels.
- Coni N., Davison W., Webster S. (1994). *Starzenie się*. Tłum. J. Lipka. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Corti M.C., Salive M.E., Guralnik J. (1996). Serum albumin and physical function as predictors of coronary heart disease

- mortality and incidence in older persons. *Journal of Clinical Epidemiology*, 49(5), 519–526.
- Corti M.C., Salive M.E., Guralnik J., Sorkin J.D. (1994). Serum albumin and physical disability as predictors of mortality in older persons. *JAMA*, 272(13), 1036–1042.
- Derejczyk J., Bień B., Kokoszka-Paszkot J., Szczygieł J. (2008). Gerontologia i geriatria w Polsce na tle Europy – czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju?. *Gerontologia Polska*, 16(3), 149–159.
- Erikson E.H., Erikson J.M. (1997). *The lifecycle completed, extended version*. New York: W.W. Norton.
- Ferruci L.J., Guralnik J.M., Baroni A., Tesi G., Antonini E., Marchionni N. (1991). Value of combined assessment of physical health and functional status in community-dwelling aged: A prospective study in Florence, Italy. *Journal of Gerontology: Biological Sciences and Medical Sciences*, 46(2), 52–56.
- Ferrucci L., Guralnik J.M., Pahor M., Corti M.C., Havlik R.J. (1997). Hospital diagnoses, medicare charges, and nursing home admissions in the year when older persons become severely disabled. *JAMA*, 277(9), 728–734.
- Fields J., Casper L.M. (2000). *America's families and living arrangements: Population characteristics, Current Population Reports*. P20–537. Washington, DC: U.S. Census Bureau.
- Friedsam H.J. (1995). Professional education and the invention of social gerontology. *Generations*, 19(2), 46–50.
- Fuchs Z., Blumstein T., Novikov I., Walter-Ginzburg A., Lyanders M., Gindin J., Habot B., Modan B. (1998). Morbidity, comorbidity, and their association with disability among community-dwelling oldest-old in Israel. *Journal of Gerontology: Biological Sciences and Medical Sciences*, 53(6), 447–455.
- Gurland B.J., Wilder D.E., Berkman C. (1988). Depression and disability in the elderly: Reciprocal relations and changes with age. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 3(3), 163–179.

- GUS (1997). *Potrzeba opieki w 1996 roku*. W: *Stan zdrowia i potrzeby osób niepełnosprawnych w Polsce w 1996 r.* Warszawa: Zakład Wydawnictw Statystycznych.
- GUS (2003). *Osoby niepełnosprawne oraz ich gospodarstwa domowe 2002*. Warszawa: Zakład Wydawnictw Statystycznych.
- Jan Paweł II (1999). *List do osób w podeszłym wieku*. Poznań: Palottinum.
- Jette A.M. (1996). Disability trends and transitions. W: R.H. Binstock, L.E. George (red.). *Handbook of ageing and the social sciences*. San Diego: Academic Press.
- Kilian M. (2004). Źródła ageizmu i jego przejawy we współczesnym świecie. *Gerontologia Polska*, 12(3), 125–128.
- Kilian M. (2007a). Niepełnosprawni w społeczeństwie. *Polityka Społeczna*, 404–405(11–12), 14–18.
- Kilian M. (2007b). Potrzeby rehabilitacyjne ociemniałych seniorów w zakresie wykonywania codziennych czynności – sprawozdanie z badań. W: K. Franczak (red.). *Dialog pokoleń. Studium interdyscyplinarne*. Warszawa: Wydawnictwo Salezjańskie.
- Kilian M. (2009). Geragogika specjalna w dobie starzenia się społeczeństw. W: M. Dycht, L. Marszałek (red.). *Dylematy (niepełno)sprawności – rozważania na marginesie studiów kulturowo-społecznych*. Warszawa: Wydawnictwo Salezjańskie.
- Kilian M. (2016). Special geragogy in an aging society – needs and possibilities. *Biblioteka Gerontologii Społecznej*, 2(12), 89–104.
- Kowaleski J.T., Pietruszek M. (2006). Miejsce osób w starszym wieku w strukturze demograficznej mieszkańców Polski (stan obecny i perspektywy). W: J.T. Kowaleski (red.). *Ludzie starzy w polskim społeczeństwie w pierwszych dekadach XXI wieku*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Kressley K., Huebschmann M. (2002). The 21st century campus: Gerontological perspectives. *Educational Gerontology*, 28(10), 835–851.

- Lighthouse Research Institute (1995). *The Lighthouse national survey in vision loss: The experience, attitudes and knowledge of middle-aged and older Americans*. New York: The Lighthouse.
- Miller M., Gębska-Kuczerowska A. (1998). Ocena stanu zdrowia ludzi w starszym wieku w Polsce. *Gerontologia Polska*, 6(3–4), 18–23.
- Ostir G.V., Carlson J.E., Black S.A., Rudkin L., Goodwin J.S., Markides K.S. (1999). Disability in older adults 1: Prevalence, causes, and consequences. *Behavioral Medicine*, 24(4), 147–56.
- Pope A., Tarlov A. (1991). *Disability in America: Towards a National Agenda for Prevention*. Washington: National Academy Press.
- Reuben B., Rubenstein L.V., Hirsch S.H., Hayes R.D. (1992). Value of functional status as a predictor of mortality: Results of a prospective study. *American Journal of Medicine*, 93(6), 663–669.
- Rubenstein L.Z., Josephson K.R., Harker J.O., Miller D.K., Wieland D. (1995). The Sepulveda GEU Study revisited: Long-term outcomes, use of services, and costs. *Aging*, 7(3), 212–217.
- Samoraj B. (2003). Główne cechy procesu starzenia się ludności – świat i Polska. *Praca Socjalna*, 2, kwiecień–czerwiec, 116–128.
- Scharlach A., Simon J., Dal Santo T. (2002). Who is providing social services to today's older adults? Implications of a survey of ageing services personnel. *Journal of Gerontological Social Work*, 38(4), 5–17.
- Schwiebert V.L., Myers J.E., Dice C. (2000). Ethical guidelines for counselors working with older adults. *Journal of Counseling & Development*, 78(2), 123–129.
- Soldo B.J., Manton K.G. (1995). Health status and service needs of the oldest old: Current patterns and future trends. *Milbank Memorial Fund Quarterly-Health and Society*, 63(2), 286–323.
- Szarota Z. (1999). Gerontologia w programach akademickiego kształcenia pedagogicznego. *Gerontologia Polska*, 7(3–4), 13–20.
- Szukalski P. (1998). Proces starzenia się społeczeństw Europy: spojrzenie perspektywiczne. *Gerontologia Polska*, 6(2), 51–55.

- Tinnetti M.E., Speechley M., Ginter S.E. (1988). Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *New England Journal of Medicine*, 319(26), 1701–1707.
- Von Korff M., Ormel J., Katon W., Lin E.H.B. (1992). Disability and depression among high utilizers of health care. *Archives of General Psychiatry*, 49(2), 91–100.
- Weiner J.M., Hanley R.J., Clark R., Van Nostrand J.R. (1990). Measuring the activities of daily living: Comparisons across national surveys. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*, 45(6), 229–237.
- WHO (2004). *A glossary terms for community health care and services for older persons. Aging and health technical report*. Vol. 5. Geneva: WHO.
- Wojszel Z.B. (1997). *Badania korelacji między stanem zdrowia i sprawnością psycho-fizyczną ludzi starych a ich zaangażowaniem w działalność samopomocową i pracę wolontarną*. Praca doktorska. Białystok: Archiwum Zakładu Gerontologii Klinicznej i Społecznej Akademii Medycznej w Białymstoku.
- Wojszel B., Bień B. (2001). Wielkie problemy geriatryczne jako przyczyna upośledzenia sprawności osób w późnej starości. *Gerontologia Polska*, 9(2), 32–38.
- Young J. (1996). Caring for older people: Rehabilitation and older people. *British Medical Journal*, 313(7058), 677–681.
- Zych A., Kalata-Witusiak M. (2006). Geragogika specjalna – moralnym obowiązkiem naszych czasów. W: A. Nowicka (red.). *Wybrane problemy osób starszych*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.





# Wychowanie do godnej „złotej jesieni życia” w stadium integralności / „bilansowania drogi życiowej” – pedagogiczne implikacje koncepcji cyklu życia Erika H. Eriksona

## Streszczenie

Celem artykułu jest zaprezentowanie psychospołecznej teorii tożsamości – koncepcji cyklu życia Erika H. Eriksona (1902–1994) oraz uzasadnienie/potwierdzenie następującej tezy: prawidłowy rozwój psychospołeczny warunkuje satysfakcjonującą subiektywną ocenę w stadium integralności / „bilansowania własnej drogi życiowej”, co służy dezintegracji pozytywnej osobowości w doświadczaniu godnej „złotej jesieni życia” w procesie pomyślnego starzenia się. Problem badań jest osadzony w paradygmacie interpretatywnym nauk humanistycznych, społecznych. W związku z tym zastosowano metodę badań jakościowych (jakościowa analiza tekstu / analiza jakościowa dokumentów), w której istotne są hermeneutyczne rozumienie oraz interpretacja tekstu. Podstawę analiz stanowią źródła drukowane oraz opracowania naukowe bezpośrednio i pośrednio związane z problematyką wskazaną w tytule.

**Słowa kluczowe:** E.H. Erikson (1902–1994), naturalne kryzysy rozwojowe, stadium „bilansowania drogi życiowej”, wychowanie do godnej starości, wychowanie do pomyślnego starości.

## Education for worthy „golden autumn of life” in the integral phase / „balancing the life road” – pedagogical implications of the concept of the life cycle by Erik H. Erikson

### Summary

The purpose of this article is to present a psychological and social identity, life cycle of Erik H. Erikson (1902–1994), justification/confirmation of the following thesis: appropriate psychological and social development is a condition of a satisfying subjective evaluation in the integral study / „balancing one’s own way of life”, which serves a positive disintegration of personality to experience a worthy „golden autumn of life” in the process of a successful achievement of an old age. The problem of research is set in the interpretative paradigm of humanistic, social sciences. Therefore a qualitative method of research was applied (the qualitative analysis of a text/qualitative analysis of documents), in which a hermeneutic understanding and text interpretation is relevant. The source basis is a printed text and a scientific research directly and indirectly connected with the subject issue.

**Keywords:** E.H. Erikson (1902–1994), natural developmental crises, the study of „life road balancing”, education for worthy old age, education for a successful old age.

### Wstęp

Chociaż wszystkie kraje europejskie nacechowane są starością demograficzną – począwszy od wczesnej starości (60 lat), przez starość późną (75–89 lat), aż do długowieczności (od 90. roku życia) – w kulturze postindustrialnego społeczeństwa wiedzy

przełomu XX/XXI wieku (zwłaszcza) za pomocą mass mediów promowany jest kult młodości (np. reklamy telewizyjne), w myśl którego kategoria starości staje się dezyderatem swoistej radosnej „młodości”, ma związek z promocją zdrowego stylu życia, aktywności fizycznej, uczenia się przez całe życie (nawet po zakończeniu aktywności zawodowej). W literaturze naukowej „starzenie pomyślne” oznacza wolny od chorób, pomyślny przebieg procesu, stymulowany pozytywnym wpływem środowiska i niewielkimi deficytami w sferze psychospołecznej (Trafiałek 2006). Astrid Tokaj pisze o ludzkim pragnieniu doskonałej starości, której „[...] nie ma, która jest prawie (a jeszcze lepiej w ogóle) niewidoczna” (Tokaj 2007, s. 187). Natomiast w dziełach współtworzących dziedzictwo kultury europejskiej funkcjonują różnorodne metafory stadium starości życia ludzkiego, jako np. „osądu życia” (Platon), „portu życia” (Seneka), „jesieni życia” (Komeński) (por. Ziemiński 2007).

Starość jest naturalnym stadium, wieńczy dynamiczny proces życia człowieka. W kategoriach społecznych starzenie się polega na przechodzeniu danej osoby przez kolejne stadia cyklu życiowego (Zych 2006), a zdrowie zależy nie tylko od uwarunkowań biologicznych (genetycznych), środowiskowych, oddziaływań dydaktyczno-wychowawczych, ale przede wszystkim od aktywności własnej osoby, jej stylu życia.

Celem artykułu jest uzasadnienie/potwierdzenie tezy: prawidłowy rozwój psychospołeczny warunkuje satysfakcjonującą subiektywną ocenę w stadium integralności / „bilansowania drogi życiowej” (E.H. Erikson), co służy dezintegracji pozytywnej osobowości w przeżywaniu godnej „złotej jesieni życia” w procesie pomyślnego starzenia się. Można dodać, że tak ujęty problem badań jest osadzony w paradygmacie interpretatywnym nauk humanistycznych, społecznych. W związku z tym zastosowano metodę badań jakościowych (jakościowa analiza tekstu / analiza jakościowa dokumentów), której istotę stanowią hermeneutyczne

rozumienie oraz twórcza interpretacja tekstu. Tekst ma strukturę rzeczową (w części również chronologiczną). Podstawę analiz stanowią źródła drukowane oraz opracowania naukowe bezpośrednio i pośrednio związane z tytułową problematyką.

## Teoria rozwoju psychospołecznego – koncepcja cyklu życia Erika H. Eriksona

Amerykański neopsychodanalityk i humanista E.H. Erikson żył w latach 1902–1994. Jest twórcą psychospołecznej teorii tożsamości (Witkowski 2007), czyli ontogenetycznej teorii rozwoju psychospołecznego, formowania się osobowości w kontekście zmian społecznych i cyklu życia (Erikson 1963; por. Witkowski 1989). Dominantą tej teorii stanowi rozwiązywanie kryzysów rozwojowych (trudności w sferze biologicznej, psychicznej, społecznej) w życiu człowieka. W koncepcji E.H. Eriksona każdy człowiek przeżywa osiem kryzysów rozwojowych w czasie od niemowlęstwa do późnej starości<sup>1</sup>, a sposób oraz jakość ich rozwiązania determinują konstrukcję osobowości, warunkują przejście do następnego stadium rozwojowego. Erikson zwraca uwagę na znaczenie pokonywania naturalnych kryzysów. Jeśli dany konflikt nie zostanie pozytywnie rozwiązany na danym etapie

---

<sup>1</sup> Osiem stadiów/kryzysów w rozwoju człowieka w koncepcji E.H. Eriksona to:

1. Ufność – nieufność.
2. Autonomiczność – wątpliwość.
3. Inicjatywa – wina.
4. Wczesne lata szkolne: pracowitość i niższość.
5. Młodzieńczy kryzys tożsamości: tożsamość – pomieszanie ról społecznych.
6. Konflikty wieku średniego: intymność – izolacja.
7. Stadium generatywności – zaprzątnięcia sobą.
8. Stadium oceny: integralności – rozpacz (por. Elkind 1979).

rozwoju, to niejako „powróci” w przyszłości w formie trudności w funkcjonowaniu człowieka. Można dodać, że teoria rozwoju psychospołecznego Eriksona wywodzi się z psychoanalizy humanistycznej, główną rolę przyznaje bowiem działaniom danej osoby pod wpływem środowiska. W takim ujęciu rozwój jest rozumiany jako wzajemne dostosowywanie się jednostki i środowiska (por. Elkind 1979; Wołoszyn 1998; Szacki 2002).

W koncepcji E.H. Eriksona na jakość życia w ostatnim (ósmym) stadium integralności / „bilansowania drogi życiowej” mają wpływ proces kulturalizacji i socjalizacji (nabywania kompetencji kulturowych i społecznych) w stadiach poprzedzających oraz, jak już w niniejszym artykule zaznaczono, pozytywne rozwiązanie poszczególnych konfliktów (zaufania – braku zaufania, niezależności – poczucia winy, inicjatywy – poczucia winy, zaradności – kompleksu niższości, tożsamości osobowej – pełnienia ról społecznych, potrzeby intymności – izolacji, produktywności – stagnacji). Zdaniem Eriksona jeśli procesy kulturalizacji i socjalizacji przebiegają prawidłowo oraz są satysfakcjonujące (*summa summarum*) dla człowieka (w jego subiektywnej ocenie „bilansowania drogi życiowej”) oraz pojawia się integralność, to uznaje on swoje życie za satysfakcjonujące. W tym kontekście następuje dezintegracja pozytywna osobowości, związana z harmonijnym procesem zróżnicowania się struktur osobowości, w połączeniu ze wzbogacającym osobowość procesem rozwiązywania konfliktów wewnętrznych. Szczególnie gdy jest to godna starość / „złota jesień życia” – niosąca satysfakcję z dotychczasowych dokonań i związana ze stabilizacją życiową, akceptacją otoczenia społecznego, oparta także na poszanowaniu należnych praw obywatelskich.

Erikson twierdzi, że gdy subiektywna ocena „bilansowania drogi życiowej” (*summa summarum*) nie jest satysfakcjonująca dla danej osoby, wówczas jej udziałem może być nawet rozpacz z powodu zmarnowanych możliwości (Elkind 1979). W takiej sytuacji

człowiek nierzadko doświadcza szybko postępującej dezintegracji osobowości – a więc rozkładu osobowości, zwłaszcza w zakresie obniżenia się jakości myślenia problemowego, pogarszania się (jakościowego, ilościowego) konfliktów ze środowiskiem społecznym.

Lech Witkowski, rozważając problematykę uniwersalizacji tożsamości, pisze, że w ujęciu E.H. Eriksona szczególnym wyrazem witalności okresu starości jest uniwersalizacja własnej troski o dobro innych, przykładowo już nie tylko swoich dzieci, ale dzieci jako takich (Witkowski 2007).

## **Pedagogiczne implikacje procesu dojrzewania do godnej „złotej jesieni życia” w stadium integralności / „bilansowania drogi życiowej”**

„Zdrowie” to pojęcie interdyscyplinarne. W naukach o wychowaniu zdrowie jest wartością, a edukacja zdrowotna w ujęciu Macieja Demela „materią paedagogika”. Promocja zdrowia polega na mobilizowaniu sił organizmu, sprzyjających zdrowemu stylowi życia. Przy czym zdrowie jest osadzone nie tylko w realiach miejsca, czasu, idei. Stanowi kategorię społeczną, historyczną i kulturową. Zdrowie to samosterujący układ równowagi między procesami anabolizy i katabolizy w płaszczyźnie somatycznej; integracji i dezintegracji w płaszczyźnie psychicznej; syntonii i dys-tonii w płaszczyźnie społecznej. Wszystkie te płaszczyzny spięte są mechanizmem regulacyjnym (Demel 2008).

W literaturze naukowej opisywane/wyjaśniane są następujące kategorie zdrowia: fizyczne (somatyczne), psychiczne, społeczne, duchowe. Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) pojęcie zdrowia jest tożsame z subiektywnym samopoczuciem. To dobrostan samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego (a nie tylko brak choroby). Miarą zdrowia psychicznego

jest integracja osobowości, natomiast zdrowia społecznego – syntonii (współbrzmienie interakcji zachodzących między jednostką a społeczeństwem) (Kirenko 2008). W społeczno-ekologicznym modelu zdrowia założono istnienie skomplikowanych powiązań między różnorodnymi czynnikami, wśród których znajduje się człowiek i jego zdrowie (Gaweł 2003). Determinantę tego modelu stanowi indywidualna odpowiedzialność za holistycznie ujęte zdrowie (psychiczne, fizyczne, społeczne), do której społeczeństwo należy wychować (Kowalski, Gaweł 2007), czerpiąc pozytywne wzorce, w tym osobowe, z dziedzictwa kultury ideacyjnej danego kręgu kulturowego.

Kulturę stanowi wszystko to, co człowiek do natury dodał (Topolski 1998), elementy rzeczywistości podmiotu ludzkiego wraz z zachowaniami społecznymi (Karwańska 2003). Kultura obejmuje

[...] wszelkie zjawiska empiryczne [...] wszelkie wytwory czynności ludzkich – duchowe (ideacyjne), materialne, wszelkie te czynności, których działające jednostki ludzkie uczą się od innych działających jednostek (Znaniński 1990, s. 15).

Ponieważ kultura stanowi swoisty klucz hermeneutyczny niezbędny do rozumienia sensów, znaczeń poszczególnych jej wytworów (na tle całokształtu kultury), również w zakresie pedagogicznych implikacji procesu dojrzewania do godnej „złotej jesieni życia” w stadium integralności / „bilansowania drogi życiowej”, zdaniem autorki niniejszego artykułu należy przypomnieć chociaż kilka celowo wybranych przykładów z historiografii edukacyjnej dotyczących jakościowej interpretacji metafory „złotej jesieni życia”, aby następnie skupić uwagę na aplikacyjnych aspektach procesu formowania osobowości, dojrzewania do godnej, pomyślniej „złotej jesieni życia”.

## Historyczny zarys linii rozwojowej (ideacyjnej) rozumienia metafory „złotej jesieni życia” w kulturze polskiej (egzemplifikacje)

W polskiej historiografii edukacyjnej występują liczne przykłady dezyderatów promujących życie zgodne z rytmem pór roku i zrównoważone dojrzewanie do zasobnej duchowo „złotej jesieni życia”, majestatu chwały, przestrzeni *sacrum*. W epoce średniowiecza ceniono modlitewną kontemplację w zjednoczeniu z Bogiem (choroby interpretowano w kategorii kar Bożych za niewłaściwe postępowanie, złe uczynki). W czasach nowożytnych nastąpiła jakościowa przemiana w procesie interpretowania zdrowia i życia doczesnego. W związku z tym postulowano afirmację człowieczeństwa i życia zgodnego z naturą, cyklem pór roku. W tym kontekście propagowano także gry i zabawy (*homo ludens*) oraz znaczenie dobrego odżywiania się, głoszono pochwałę życia sielskiego. Mikołaj Rej z Nagłowic (1505–1569) etapy życia człowieka porównał do przemian przyrody w poszczególnych porach roku. „Wiosną” nazwał wiek młodzieńczy (adolescencji), „latem” – wiek średni, a „jesienią” – życie człowieka dojrzałego psychicznie (porównane do „zasobnej spiżarni”), gdy oczekuje on „spokojnej zimy” i może już odpocząć po trudach życia. Rej twierdził, że kiedy „człowiek poczciwy” osiągnie wiek sędziwy, wówczas ma mądrze postępować i realizować się w życiu jako dobry chrześcijanin. Człowieka dojrzałego, zrównoważonego psychicznie, mądrego porównał do pięknego życiodajnego drzewa, na którym „[...] i ptacy się gnieźdzą, i pszczoły osiadają, i pod nim rozliczne żwirzeta chłodzą” (Rej 2003, t. 1, s. 503). M. Rej twierdził, że mądrość (*sapientia*) to duchowy dar niebios, jest trudno osiągalna i niezależna od zamożności (Rej 2003, t. 2).

Problematykę znaczenia bogatej duchowo „jesieni życia”, „okresu schyłkowego” (Komeński 1973) w życiu człowieka podjął także Jan Amos Komeński (1592–1670). Według niego człowiek



jest obrazem Boga, częścią przyrody – naturalnych praw zachodzących w przyrodzie (Komeński 1957). J.A. Komeński pisał, że każdy okres życia wydaje się odpowiedni do aktywności uczenia się i podejmowania szlachetnych działań (Komeński 1973). Skonstatował, że ludziom jest dane długie życie, lecz nie wszystkie istoty ludzkie roztropnie korzystają z sił witalnych, a nawet nie troszczą się o swoje zdrowie oraz nieprawidłowo się odżywiają (Komeński 1935). W związku z tym postulował, aby nauczyć ludzi obserwować i naśladować przyrodę. Jak

[...] potrzebuje drzewo w pewnych odstępach czasu odpoczynku  
[...] aby mogło czasem także [...] przetrwać soki, i w ten sposób  
wzmacniać własne siły (Komeński 1935, s. 101),

tak ludzie powinni się troszczyć o siły witalne swojego organizmu. Rozważając sens życia człowieka, Komeński napisał o potrzebie „zatrzymania się”, spojrzenia na dotychczas przeżyte lata, cieszenia się tym, co dobrego uczynił (Magiera 2007).

Na podstawie zaprezentowanych egzemplifikacji można stwierdzić, że w literaturze staropolskiej XVI i XVII wieku głoszono pochwałę życia sielskiego, w zgodzie z przyrodą i naturalnym rytmem pór roku, co sprzyja zrównoważonemu dorastaniu do dojrzałości psychicznej w (metaforycznie ujętej) „jesieni życia” ludzkiego. Podobnie na ten temat pisał na przełomie XVIII i XIX wieku Jędrzej Śniadecki (1768–1838), który stwierdził, że człowiek stanowi integralną część całego systemu przyrody, dlatego należy redukować antynomię natury i kultury oraz promować zdrowotne wychowanie harmonijne (fizyczne i umysłowe), co służy wzmacnianiu sił witalnych człowieka w poszczególnych stadiach jego rozwoju (Śniadecki 1990). Seweryn Goszczyński (1801–1876) określił cechy mędrca – jego zdaniem jest nim człowiek skromny i dbający o swoje zdrowie (Goszczyński 1958). Potrzebę cenięcia wartości dobrego zdrowia dla prawidłowego

rozwoju uzasadnił także profesor Uniwersytetu Jagiellońskiego Ludwik Bierkowski (1801–1860). Stwierdził, że zdrowie jest „najważniejszym majątkiem” każdego człowieka (Bierkowski 1850). Napisał także o znaczeniu gimnastyki podejmowanej w trosce o siły witalne organizmu (Bierkowski 1837).

Józef Dietl (1804–1878) z kolei poświęcił uwagę leczniczym walorom wód zdrojowych. Wyjaśnił ich znaczenie zdrowotne, prewencyjne w odnawianiu ludzkich sił witalnych (Dietl 1857, 1858). Jego twórczość i działalność społeczna w zakresie leczenia uzdrowiskowego na ziemiach polskich pod zaborami wpisały się w dziewiętnastowieczne dezyderaty powrotu do natury, ceniienia terapeutycznej, a nawet uzdrawiającej mocy przyrody.

O znaczeniu wychowania zdrowotnego w harmonii z przyrodą w procesie prawidłowego rozwoju człowieka rozprawiał także Tytus Chałubiński (1820–1889) (Chałubiński 1988). Cecylia Plater-Zyberkówna (1853–1920) zaś zaakcentowała, że podobnie jak w przyrodzie, tak i w życiu ludzkim wszystko posiada właściwą porę, np. młodość jest wiosną intensywnej pracy dojrzewania. Plater-Zyberkówna podkreśliła znaczenie wartości prawdy, na fundamencie której należy rozwijać wszystkie kategorie postaw (zwłaszcza postawy intra- oraz interpersonalne), przygotowywać młodzież do odpowiedzialnego pełnienia ról społecznych (np. żony, męża, matki, ojca) (Plater-Zyberkówna 1897), co jej zdaniem służy zrównoważonemu rozwojowi społecznemu, a w wymiarze tożsamości podmiotowej stanowi podstawę dla zdrowego dorastania do satysfakcjonującej człowieka dojrzałości psychicznej. Można dodać, że modernistyczna twórczość pierwszej połowy XX wieku obfituje w liczne przykłady wyjaśniające/uzasadniające znaczenie procesu wychowania w harmonii z przyrodą dla zrównoważonego rozwoju tożsamości podmiotowej (indywidualnej) oraz przedmiotowej (społecznej). Stanowi ona antecedencję najnowszych kierunków rozwoju edukacji w XX i XXI wieku.

## Aplikacyjne aspekty rozwijania osobowości w zakresie dojrzewania do satysfakcjonującej samorealizacji w stadium „bilansowania drogi życiowej”

Wychowanie to proces wieloaspektowy, bardzo złożony, nieograniczający się do zaplanowanych (ściśle określonych) sytuacji dydaktyczno-wychowawczych. W XX i XXI wieku jest rozumiane jako ustawiczne wspomaganie holistycznego rozwoju osobowości, zarówno intelektualno-sprawnościowego (wiedza), jak i emocjonalno-wolitywnego (dyspozycje kierunkowe). Oznacza aktualizowanie potencjalnych zdolności, osiągnięcie dobrostanu w konstruktywnym rozwijaniu możliwości i aspiracji osobniczych.

Styl życia stał się kategorią wychowawczą. W tym kontekście każdy człowiek może być kreatorem własnego zdrowia, stylu życia związanego z percepcją otaczającej rzeczywistości, dokonanymi wyborami – uwarunkowanymi uogólnionymi symbolami, normami, wzorami, sposobami postrzegania i oceniania zjawisk (Kowalski, Gawęł 2007). Agata Cudowska (cytując Abrahama H. Maslowa) pisze, że zdrowa samorealizacja stanowi istotną cechę kreatywności, jest zogniskowana wokół *sacrum* wartości: prawdy – dobra – piękna (Cudowska 2002). Samorealizacja polega na systematycznym doskonaleniu osobowości, włącznie z odkrywaniem dotychczas nieznanego potencjału duchowego danej osoby.

Wiktor J. Moś w swoich publikacjach zwraca uwagę na znaczenie edukacji do życia w starości. Przypomina historyczne postulaty w tym zakresie, m.in. Szymona Marycjusza (1515–1575) w dziele *O szkołach, czyli akademiach, ksiąg dwoje* oraz wspomnianego już w niniejszym artykule J.A. Komeńskiego w utworze *Pampaedia* (Moś 2007). Akcentuje, że przygotowanie się do starości należy rozpocząć we wcześniejszych stadiach życia. Chodzi o wykształcenie nawyków, które utrwalone w zachowaniu

jednostki mogą okazać się pomocne w okresie starości, zwłaszcza takie jak: częste obcowanie z przyrodą, poszukiwanie nowych zainteresowań, podejmowanie aktywności w różnych sferach życia społecznego (np. działalność wolontarystyczna, aktywność sportowa, rekreacja ruchowa, czytelnictwo), co po zakończeniu aktywności zawodowej może owocować satysfakcjonującą działalnością (Moś 2007) i nadal wyzwalać odwagę tworzenia siebie (Bugajska 2005).

W procesie wychowania (w szerokim ujęciu), socjalizacji do satysfakcjonującej subiektywnej oceny „bilansowania drogi życiowej” ogromne znaczenie ma zdrowie jako wartość i przedmiot postawy. Według Piotra Sztompki socjalizacja rozumiana jest jako

[...] zbiór praw i obowiązków wiążących każdego, kto zajmuje daną pozycję społeczną, bez względu na cechy osobiste (Sztompka 2002, s. 110).

W drodze socjalizacji człowiek dojrzewa do udziału w życiu społecznym, zwłaszcza dzięki wychowaniu naturalnemu (np. w rodzinie, grupie rówieśniczej), instytucjom wychowania bezpośredniego (np. szkoła) oraz pośredniego (np. mass media). Socjalizacja, jakiej poddawana jest jednostka, zmienia się przez całe życie (Szacki 2002). Bardzo ważna w rozwoju osobniczym okazuje się socjalizacja pierwotna (związana z przejmowaniem wzorów społecznych w okresie dzieciństwa). Według nowego modelu socjalizacji człowiek nie powinien stawać się „ofiara” społeczeństwa w obszarze wychowania naturalnego, bezpośredniego, pośredniego (również w stadium „bilansowania drogi życiowej”). W związku z tym należy realizować/wdrażać teoretyczny postulat edukacji holistycznej, zredukować antynomię celów indywidualnych i wspólnotowych w zakresie:

- relacji intrapersonalnej (zrównoważonej samorealizacji w życiu społecznym, poczucia własnej wartości oraz autonomii duchowej);
- relacji interpersonalnych w ramach podmiotowej komunikacji społecznej, konstruktywnego pokonywania barier kulturowych i rozwijania dialogu w wymiarze nie tylko lokalnym, lecz także regionalnym i globalnym;
- postaw ekologicznych (zdrowych, nietoksycznych), relacji ze środowiskiem przyrody/natury (przyjaznego współżycia ze wszystkimi bytami biosfery, przyrodą ożywioną i nieożywioną);
- wychowania do świadomości zagrożeń z powodu patologii społecznych, takich jak: agresja, przemoc werbalna i niewerbalna (jawna, ukryta), przestępczość, uzależnienia;
- postaw nieulegania negatywnym stereotypom społecznym, np. ze względu na pochodzenie społeczne, narodowościowe, rasowe, związane z miejscem zamieszkania, religią, płcią, wiekiem życia, niepełnosprawnością fizyczną i umysłową;
- niepodejmowania działań pozornych w różnorodnych sferach życia społecznego (np. stosunki społeczne w rodzinie, szkole, zakładzie pracy, w obszarze służby zdrowia, polityki państwa oraz w skali międzynarodowej).

Marta Komorowska-Pudło zwraca uwagę na doniosłą rolę relacji rodzinnych w procesie satysfakcjonującego przeżywania okresu starości, zwłaszcza gdy są to relacje harmonijne i osoby starsze swój potencjał, doświadczenie i miłość kierują ku ludziom, którzy mają dla nich szczególne znaczenie (małżonkowie, dzieci, wnuki) (Komorowska-Pudło 2007). Ogromne znaczenie w satysfakcjonującym przeżywaniu „jesieni życia” mają także prawidłowe relacje z przyjaciółmi oraz działalność kulturalno-oświatowa realizowana w ramach wielu instytucji społecznych, np. uniwersytety trzeciego wieku.

Słuchacze uniwersytetów trzeciego wieku uczestniczą w wykładach problemowych i konwersatoryjnych, podczas których realizowane są treści kształcenia w zakresie: kultury i sztuki, językoznawstwa, literatury, prawa, zasad postępowania administracyjnego oraz wiedzy o kraju i świecie, a także turystyki, ekonomii, polityki, nauk przyrodniczych. Oprócz tego mogą brać czynny udział w zajęciach fakultatywnych (w zależności od swoich zdolności i zamiłowań), takich jak: lektoraty języków obcych, zajęcia ruchowe (np. gimnastyka, *nordic walking*, joga, zajęcia ruchowo-taneczne) (Ogrodowicz 2007), a także plastyczne, literackie, poetyckie, komputerowe, fotograficzne, w kołach miłośników astronomii, ekologii, rękodzieła artystycznego. Poza tym w ramach uniwersytetów trzeciego wieku odbywają się wycieczki oraz spotkania integracyjne z okazji np. świąt wielkanocnych, Bożego Narodzenia oraz świąt narodowych.

Kończąc niniejszy artykuł, można dodać, że przeżywaniu godnej „złotej jesieni życia” z pewnością nie służy przemoc (jawna, ukryta) wobec ludzi starszych, zwłaszcza fizyczna, emocjonalna, związana z zaniedbywaniem osób chorych lub z powodu izolacji społecznej spowodowanej pogorszeniem się ich stanu zdrowia, złymi relacjami z najbliższymi (rodziną), a nierzadko także przemoc strukturalna w kulturze ponowoczesnej współczesnych społeczeństw (Kupiec 2007), której zwykle na pozór nie ma.

## Konkluzja

Formułując konkluzję, można skonstatować, że chociaż E.H. Eriksona krytykowano za zbyt optymistyczny pogląd na „samoleczną” siłę tkwiącą w człowieku, przedstawioną w wielu publikacjach (m.in. w książce *Childhood and society*) i dyskusjach naukowych, należy stwierdzić, iż jego koncepcja dotycząca rozwoju psychospołecznego, pokonywania/rozwiązywania naturalnych

konfliktów w ośmiu stadiach cyklu życia jest znana i ceniona na całym świecie. Zwłaszcza w zakresie różnorodnych form współdziałania społecznego, oddziaływania człowieka na samego siebie i środowisko społeczne (Elkind 1979). Z pewnością ukazuje ona także nowe obszary psychoanalizy humanistycznej oraz szeroko ujętych oddziaływań dydaktyczno-wychowawczych „społeczeństwa wychowującego”, akcentuje, że zdrowie psychiczne potrzebuje „korzeni” (Witkowski 1989), zarówno w wymiarze tożsamości podmiotowej, jak i tożsamości społecznej.

## Bibliografia

- Bierkowski L. (1837). *Kilka słów o ważności, potrzebie i użytku gimnastyki*. Kraków: W Drukarni Stanisława Gieszkowskiego.
- Bierkowski L. (1850). *Wstęp do anatomii ciała ludzkiego dla uczniów poświęcających się umiejętności lekarskiej*. Kraków: W Drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Bugajska B. (2005). *Tożsamość człowieka w starości. Studium socjopedagogiczne*. Szczecin: Wydawnictwo Uniwersytetu Szczecińskiego.
- Chałubiński T. (1988). *Sześć dni w Tatrach. Wycieczka bez programu*. Wstęp J. Kolbuszewski. Oprac. R. Hennel, W.A. Wójcik. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Cudowska A. (2002). Samorealizacja w perspektywie poszukiwań nowego ideału wychowania człowieka „globalnego”. Próba wpisywania znaczeń. W: J. Kojkoł, P.J. Przybysz (red.). *Edukacja wobec wyzwań kulturowo-cywilizacyjnych*. Gdynia: Wydawnictwo Akademii Marynarki Wojennej im. Bohaterów Westerplatte.

- Demel M. (2008). *Wybrane zdania o kulturze fizycznej, o zdrowiu i wychowaniu*. Warszawa: Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego.
- Dietl J. (1857). *Krynica w Karpatach galicyjskich położona, opisana pod względem historycznym, topograficznym, klimatycznym, botanicznym, geologicznym i lekarskim*. Tłum. M. Zieleniewski. Kraków: Nakł. C.K. Krajowej Dyrekcyi Skarbu.
- Dietl J. (1858). *Źródła lekarskie w Szczawnicy*. Kraków: b.w.
- Elkind D. (1979). Erik Erikson – osiem stadiów człowieka. *Dialogue USA*, 2, 3–12.
- Erikson E.H. (1963). *Childhood and society*. New York: Norton.
- Erikson E.H. (2000). *Dzieciństwo i społeczeństwo*. Tłum. P. Hejmej. Poznań: Dom Wydawniczy „Rebis”.
- Gaweł A. (2003). *Pedagodzy wobec wartości zdrowia*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Goszczyński S. (1958). *Dziennik podróży do Tatrów*. Oprac. J. Tutinas-Romanowska. Warszawa: Ludowa Spółdzielnia Wydawnicza.
- Karwańska A. (2003). *Przemiany środowiska kulturowego. Zagrożenia i szanse*. Kraków: Polska Akademia Nauk.
- Kirenko J. (2008). *Zdrowa szkoła – zdrowy uczeń. Wyzwania współczesności*. W: J. Kirenko (red.). *Zdrowa szkoła – zdrowy uczeń*. Lublin: Wydawnictwo NeuroCentrum.
- Komeński J.A. (1935). *Wielka dydaktyka*. Tłum. K. Remierowa. Warszawa – Lwów: Nakładem Naukowego Towarzystwa Pedagogicznego.
- Komeński J.A. (1957). O człowieku użytkowniku tego świata. *Kwartalnik Pedagogiczny*, 107, 93–137.
- Komeński J.A. (1973). *Pampaedia*. Tłum. K. Remierowa. Wstęp B. Suchodolski. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.



- Komorowska-Pudło M. (2007). *Relacje rodzinne osób starszych*. W: B. Bugajska (red.). *Życie w starości*. Szczecin: Wydawca Zapol.
- Kowalski M., Gaweł A. (2007). *Zdrowie – wartość – edukacja*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Kupiec H. (2007). *Przemoc wobec ludzi starych*. W: B. Bugajska (red.). *Życie w starości*. Szczecin: Wydawca Zapol.
- Magiera E. (2007). *Starość w poglądach Jana Amosa Komeńskiego*. W: B. Bugajska (red.). *Życie w starości*. Szczecin: Wydawca Zapol.
- Moś W.J. (2007). *Edukacja do życia w starości*. W: B. Bugajska (red.). *Życie w starości*. Szczecin: Wydawca Zapol.
- Ogrodowicz A. (2007). *Działalność Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Szczecinie*. W: B. Bugajska (red.). *Życie w starości*. Szczecin: Wydawca Zapol.
- Plater-Zyberkówna C. (1897). *Droga odrodzenia na duchu, czyli trzydniowe rekolekcyje*. Warszawa: W Drukarni Franciszka Czerwińskiego.
- Rej M. (2003). *Żywot człowieka poczciwego*. T. 1–2. Oprac. J. Krzyżanowski. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Tokaj A. (2007). *W poszukiwaniu starości doskonałej*. W: B. Bugajska (red.). *Życie w starości*. Szczecin: Wydawca Zapol.
- Topolski J. (1998). *Wprowadzenie do historii*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Trafiątek E. (2006). *Starość*. W: T. Pilch (red.). *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*. T. 5. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Szacki J. (2002). *Historia myśli socjologicznej*. Wydanie nowe. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Sztompka P. (2002). *Socjologia. Analiza społeczeństwa*. Kraków: Społeczny Instytut Wydawniczy „Znak”.
- Śniadecki J. (1990). *O fizycznym wychowaniu dzieci*. Wstęp M. Demel. Kraków: Akademia Wychowania Fizycznego im. Bronisława Czecha.
- Witkowski L. (1989). *Rozwój i tożsamość w cyklu życia. Studium koncepcji Erika H. Eriksona*. Toruń: Uniwersytet Mikołaja Kopernika.
- Witkowski L. (2007). *Edukacja wobec sporów o (po)nowoczesność*. T. 1. Wyd. 2 poprawione i zmienione. Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych.
- Wołoszyn S. (1998). *Osiem stadiów w życiu człowieka – Erik Erikson*. W: *Źródła do dziejów wychowania i myśli pedagogicznej*. Wyd. 2 zmienione. T. 3: *Myśl pedagogiczna w XX stuleciu*. Ks. 1. Wybór i oprac. S. Wołoszyn. Kielce: Dom Wydawniczy „Strzelec”.
- Ziemiński I. (2007). *Starość jako forma życia (filozoficzny sens starości)*. W: B. Bugajska (red.), *Życie w starości*. Szczecin: Wydawca Zapol.
- Znaniński F. (1990). *Współczesne narody*. Tłum. Z. Dulczewski. Wstęp J. Szacki. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Zych A.A. (2006). *Starość – starzenie się*. W: T. Pilch (red.), *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*. T. 5. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.

**CZĘŚĆ II**

**TERAPIE  
NIESPECYFICZNE**



# Technologie wspomagające dla osób starszych z niepełnosprawnością

## Streszczenie

Celem artykułu jest przedstawienie technologii, które wspomagają seniorów doświadczających niepełnej sprawności, oraz kontekstu ich użytkowania. Omówiono potencjał i bariery wykorzystania technologii przez osoby starsze, procedurę doboru sprzętu i oprogramowania, a także opisano przykłady rozwiązań technologicznych: zdalne systemy monitorowania zdrowia, e-zdrowie, m-zdrowie, teleopiekę, telemedycynę, inteligentne domy, roboty asystujące, systemy wsparcia dla osób z zaburzeniami poznawczymi, informacyjno-komunikacyjne technologie wspierające osoby z dysfunkcjami sensorycznymi i motorycznymi.

**Słowa kluczowe:** technologie wspomagające, seniorzy z niepełnosprawnością, teleopieka, telemedycyna, systemy monitorujące.

## Assistive technology for people with disability in elderly age

### Summary

The aim of the chapter is to present assistive technologies for people in elderly age the context of their use. The chapter discusses

the capability and barriers of using assistive technology by the elderly people, the procedure for the selection of equipment and software, and examples of technological solutions. There was described: health monitoring systems, e-health, m-health, telecare, telemedicine, smart homes, assisting robots, systems for people with cognitive, visual, hearing, communication and motoric impairment.

**Keywords:** assistive technology, seniors with disability, telecare, telemedicine, health monitoring system.

## Wprowadzenie – technologie wspomagające seniorów doświadczających ograniczonej sprawności

W dzisiejszym, wysoce technicyzowanym świecie namysł nad tym, w jakim zakresie technologie mogą wspierać osoby starsze (zwłaszcza te z niepełnosprawnością), zwiększając ich samodzielność i bezpieczeństwo, poprawiając komfort życia i podnosząc efektywność wykonywania codziennych czynności, jest istotnym obszarem refleksji naukowej, działań wdrożeniowych i strategii praktycznego wsparcia. Celem tego artykułu o charakterze przeglądowym i egzemplifikacyjnym jest omówienie technologii stosowanych w opiece socjalnej i medycznej, jak również w codziennym wspomaganiu funkcjonowania osób starszych i w stymulacji ich partycypacji społecznej. Przedstawiony zostanie także kontekst ich użytkowania. W wielu dokumentach ponadnarodowych, ogólnonarodowych i lokalnych podkreśla się, jak istotne jest włączenie cyfrowe seniorów oraz podnoszenie ich kompetencji w zakresie stosowania nowych technologii i mediów.

Technologie wspomagające definiowane są jako ogół urządzeń i systemów kompensujących ograniczenia czynnościowe,

czyli służących do zwiększania, utrzymywania lub poprawy poziomu funkcjonowania ludzi o niepełnej sprawności – dzięki nim poszczególne osoby mogą wykonywać zadania, które w innym przypadku nie byłyby możliwe do zrealizowania, lub zwiększa się łatwość i bezpieczeństwo wykonania tych czynności (Assistive Products for Persons with Disability ISO 9999 2007; Individuals with Disabilities Education Improvement Act 2004; Duplaga 2011; Śmiechowska-Petrovskij 2017; Wiazowski 2015).

W odniesieniu do osób starszych zagadnienie technologii wspomagających bywa włączane w zakres gerontechnologii. Obejmuje ona problematykę technologii i zaawansowanego wieku – w ujęciu interdyscyplinarnym. W optyce gerontechnologicznej technologia ma służyć zachowaniu zdrowia, zapewnieniu pełnego udziału w życiu społecznym i niezależnego bytu seniorów, czemu służą procedury badawcze, a także projektowanie, rozwijanie, wdrażanie produktów i usług ukierunkowanych na aspiracje i możliwości osób starszych (Rzeczyński 2009; Zapędowska-Kling 2015).

W inwentarzu technologii wspomagających oraz innych urządzeń i mediów służących seniorom znajdują się między innymi: alarmy osobiste, ekrany, urządzenia monitorujące stan zdrowia (np. opaski monitorujące), detektory upadków, ochroniacze stawów biodrowych, detektory ruchu, oświetlenie specjalne, czujniki dymu, alarmy przeciwpożarowe, inteligentne kuchnie (m.in. systemy kontroli piekarnika/kuchenki), systemy monitorowania zużycia energii, elektroniczne terminarze i kalendarze, systemy telemonitorowania, systemy teleopieki, roboty towarzyszące, inteligentne domy, systemy e-zdrowia, m-zdrowia (Gamberini i in. 2006; Miskelly 2001; Duplaga 2011; Majumder i in. 2017).

Wojciech Kowalik i Maria Adamowicz (b.r., s. 24–25) kategoryzują urządzenia i usługi wspomagające seniorów następująco:

1. **wsparcie systemu opieki nad seniorami oraz jego personelu w codziennej pracy** (np. poprzez zachęcanie seniorów do regularnej troski o własne zdrowie);
2. **bezpieczeństwo osób starszych żyjących samodzielnie** (w tym cierpiących na zaniki pamięci lub przechodzących rekonwalescencję po dłuższym pobycie w szpitalu);
3. **technologie cyfrowe towarzyszące seniorom w życiu codziennym:**
  - a. dostarczające rozrywki i propozycji na zagospodarowanie wolnego czasu, w tym również stymulujące do interakcji z rodziną i/lub rówieśnikami,
  - b. wspierające seniorów/osoby o szczególnych potrzebach w życiu codziennym, np. osoby z zaburzeniami mowy, wzroku, słuchu;
4. **trening umysłu/wspomaganie procesów poznawczych** (pamięć, uwaga, percepcja, myślenie, język):
  - a. w postaci usługi/urządzenia adresowanego stricte do seniorów, którego jedną z funkcji jest trening umysłu,
  - b. w postaci aplikacji on-line lub mobilnej, której jedyną i główną funkcją jest codzienny trening umysłowy: polega on na udziale w minigrach trenujących pamięć, uwagę, koncentrację itp.; gry są adresowane do szerokiego grona użytkowników, nie tylko seniorów;
5. **technologie, których podstawowym celem jest monitorowanie zdrowia** użytkownika, adresowane zarówno do seniorów, jak i ich opiekunów oraz bliskich osób.

## Potencjał i bariery użytkowania technologii przez osoby starsze

Perspektywa ekonomiczna oferuje szacunki, według których rynek sprzętu i oprogramowania wspomagającego osoby starsze i z nie-



pełnosprawnością w 2016 roku wyceniany był na 22,466 mln dolarów, zaś w 2023 roku może osiągnąć 37,610 mln dolarów (*Disabled & Elderly Assistive Technologies Market – Global Opportunity Analysis and Industry Forecast, 2017–2023* 2017). Wzrostowy trend wskazuje na potencjał tego rynku w odniesieniu do podaży (udziału seniorów wśród klientów). Technologie, współcześnie uznawane za jedną z opcji pomocy dla seniorów wykazujących ograniczenia funkcjonowania sensorycznego, ruchowego czy poznawczego (Duplaga 2011), są postrzegane jako jeden z istotnych filarów rehabilitacji i opieki nad pacjentami geriatrycznymi w przyszłości (Mikołajewska 2014; Besdine i in. 2005). Łukasz Koperski (2017) wskazuje, że wirtualizacja otoczenia seniora to obecnie optymalna strategia wsparcia w zakresie samoobsługi i samodzielności. Funkcjonalność wykorzystania technologii w służbie osób starszych ma wymiar nie tylko jednostkowy, ale również – co istotne – ekonomiczny, gdyż umożliwia obniżenie kosztów związanych z hospitalizacją i opieką instytucjonalną (Zapędowska-Kling 2015).

W wymiarze jednostkowym potencjał użytkowania technologii wspomagających przez osoby starsze, które mierzą się z ograniczeniem sprawności, wiązany jest z poprawą licznych parametrów składających się na ich dobrostan fizyczny i psychiczny. Ioana Iancu i Bogdan Iancu (2017) podkreślają, że technologie wspomagające mogą pomóc osobom starszym w powrocie do naturalnego procesu życiowego funkcjonowania – dzięki poprawie jakości życia. Autorzy wymieniają w tym obszarze: ułatwienie opieki medycznej – monitorowanie parametrów medycznych, zwiększanie poczucia własnej wartości dzięki większej niezależności od innych, np. za sprawą bezpiecznego środowiska w domu. Ponadto wskazują na integrację z ludźmi, zwiększanie poziomu społecznych interakcji – pozostawanie w kontakcie z rodziną i przyjaciółmi dzięki mediom komunikacyjnym, co może wpłynąć na redukcję poczucia osamotnienia oraz zwiększyć poczucie

bycia aktywnym. Oprócz tego należy wymienić: dostęp do usług publicznych i prywatnych (codzienne zakupy, podróżowanie, bankowość), korzyści płynące z używania systemów przypominających oraz szerszy dostęp do informacji (Gamberini i in. 2006).

Równocześnie jednak badania prowadzone w środowisku seniorów obrazują, że zaspokojenie ich potrzeb w zakresie technologii wspomagających nie jest – z różnych przyczyn – wystarczające (Mikołajewska 2014; Löfqvist i in. 2014; Casado, Vulpen, Davis 2011).

W obszarze użytkowania technologii przez seniorów z ograniczoną sprawnością Kaja A. Zapędowska-Kling (2015) wymienia następujące bariery:

- brak wiedzy na temat nowych technologii, niezrozumienie koncepcji, niezajomość słownictwa, niechęć wobec tego, co nowe;
- brak lub niewielkie kompetencje w zakresie TIK (obsługa smartfona, tabletu, komputera);
- brak akceptacji urządzeń monitorujących, jako naruszających prywatność i godność;
- ograniczone zaufanie do wiarygodności danych, niezawodności urządzeń elektronicznych;
- przekonanie o braku zasobów finansowych, skomplikowaniu nabycia sprzętu i oprogramowania;
- mała liczba użytkowników internetu w populacji – z badań CBOS (2018) wynika, że tylko 25% Polaków w grupie wiekowej 65 lat i więcej korzysta z internetu.

Ponadto motywacja osób starszych do pracy z nowymi urządzeniami może być ograniczona. Starzenie się powoduje spadek zdolności sensorycznych i poznawczych, prawdopodobnie zatem starsi ludzie uznają konieczność nabywania nowych umiejętności za barierę w procesie korzystania z nowych technologii, takich jak bankomaty, komputery i nawigacja online (Iancu, Iancu 2017; Melenhorst, Bouwhuis 2004).

Istotną kwestią jest także dostosowanie urządzeń i systemów do możliwości sensorycznych, kognitywnych i motorycznych osób starszych, które to możliwości warunkują skuteczną obsługę techniczną i zwiększają motywację do korzystania. W tym obszarze szczególnego znaczenia nabiera projektowanie urządzeń i systemów z udziałem seniorów o niepełnej sprawności.

Christoph Nedopil, Cornelia Schaubert, Sebastian Glende (2015) opracowali ramowe wskazówki do adaptacji interfejsów dla seniorów (tabela 1).

**Tabela 1. Wskazówki do adaptacji interfejsów dla seniorów**

Obszar wsparcia	Rekomendacje
Widzenie	Dostosowywanie parametrów wyświetlania, minimalna czcionka 12–14 p. <sup>1</sup> Wysoki kontrast pomiędzy tłem a tekstem i przyciskami. Rozmiar, objętość, tekstura powinny różnicować – zamiast koloru. Unikanie obrazów w tle, by uniknąć bałaganu wzrokowego.
Słyszenie	Od niskiej do średniej częstotliwości dźwięku i drgań. Unikanie głosów generowanych komputerowo. Naturalny rytm mowy, akcent i intonacja.
Mobilność	Wystarczający czas na wprowadzenie danych wyjściowych. Mechaniczne działania wstępne dla osób z utrudnieniami kontroli motorycznej ograniczone do minimum. Ograniczona liczba przycisków, zwiększony rozmiar i odpowiednio duże odległości pomiędzy nimi. Menu statyczne zamiast rozwijanego.

<sup>1</sup> Inne źródła podają, że czcionka nie powinna być mniejsza niż 16 p.

**Tabela 1. Wskazówki do adaptacji interfejsów... cd.**

Obszar wsparcia	Rekomendacje
Funkcje poznawcze	Informacje tylko istotne dla wykonywanych zadań. Informacje prezentowane w małych obszarach. Informacje prezentowane w jednej modalności równocześnie (np. tylko tekst – zamiast video i tekstu). Ikony intuicyjne, nawiązujące do obiektów rzeczywistych.

Źródło: Nedopil, Schaubert, Glende (2015).

Rozbudowane rekomendacje dotyczące projektowania rozwiązań z obszaru technologii cyfrowych, przeznaczonych dla osób starszych, zostały opracowane w publikacji *Analiza produktów i usług związanych z pamięcią przeznaczonych dla seniorów. Projekt MEMO*. Autorzy odnoszą się w nim do następujących obszarów: zmysłu wzroku, zmysłu słuchu, pamięci, uwagi, podejmowania decyzji, motoryki osoby starszej, relacji i potrzeb seniorów.

## Dobór technologii wspomagających

W niwelowaniu trudności w satysfakcjonującym korzystaniu z technologii wspomagających istotne są procedura doboru technologii oraz instruktaż. Dobór technologii wspomagających jest uzależniony od szeregu czynników – m.in.:

- stanu zdrowia oraz stanu funkcjonalnego (obszarów i poziomu deficytów) osoby starszej,
- aktywności seniora (role życiowe, zadania),
- środowiska, w którym osoba funkcjonuje (dom, szkoła, praca, kontekst),
- celów rehabilitacji, w tym celów seniora i jego rodziny/opiekunów,

- budżetu, sposobu organizacji opieki zdrowotnej, czynników kulturowych, uwarunkowań lokalnych itp. (Mikołajewska 2014, s. 91).

Najważniejszą kwestią jest to, by dobór technologii wspomagających ogniskowany był wokół celu, któremu technologia ma służyć (rodzaju zadania). W procedurze selekcji narzędzi, systemów, stosuje się różne modele – m.in.:

- HAAT – Human Activity Assistive Technology Model,
- MPT – Matching Person and Technology Model (proces dopasowania osoby i technologii).

Przykładowo MPT polega na uwzględnieniu w doborze sprzętu i oprogramowania następujących czynników:

- środowiska, w którym dana osoba korzysta z technologii,
- indywidualnych cech i preferencji,
- pożądaných funkcji technologii.

Nie należy zapominać, że jedną z barier w pozyskaniu technologii przez seniorów z ograniczoną sprawnością jest odczucie skomplikowania tego procesu, jego formalizacja, obciążenie. Emilia Mikołajewska (2014) proponuje etapowy proces wsparcia seniorów w zakresie pozyskania technologii wspomagających, na który składa się:

- wielospecjalistyczna, funkcjonalna ocena potrzeb i możliwości seniora przez zespół specjalistów,
- realizacja formalności przez pracownika socjalnego,
- instruktaż i zaimplementowanie technologii w warunkach domowych seniora.

## Urządzenia i usługi wspomagające seniorów z ograniczoną sprawnością – egzemplifikacja

W celu ukazania zakresu funkcjonalności zróżnicowanych technologii wspomagających osoby starsze z niepełnosprawnością poniżej wymieniono i opisano wybrane narzędzia i systemy.

### Technologie zdalnego monitorowania stanu zdrowia użytkownika

Do technologii zdalnego monitorowania stanu zdrowia użytkownika zalicza się sensory biomedyczne monitorujące na odległość funkcje fizjologiczne organizmu, parametry medyczne i aktywność użytkownika. Zaawansowanie zminiaturyzowanych i niedrogich czujników, wbudowanych urządzeń komputerowych i technologii sieci bezprzewodowych utworowało drogę do wdrożenia zdalnych systemów monitorowania zdrowia. Umożliwiło to nieprzeszkadzające, wszechobecne i dokonujące się w czasie rzeczywistym kontrolowanie fizjologicznych parametrów jednostki bez przerywania jej codziennych czynności. Osoby potrzebujące mogą pozostać w rodzinnym środowisku i cieszyć się normalnym życiem z rodziną i przyjaciółmi, podczas gdy ich zdrowie jest monitorowane i analizowane w odległym ośrodku na podstawie danych fizjologicznych zebranych przez różne czujniki umieszczone na ciele. System może przeprowadzać długoterminową analizę tendencji zdrowotnych, wykrywać anomalie i wysyłać sygnały alarmowe w przypadku zagrożenia (Majumder i in. 2017). Technologie zdalnego monitorowania stanu zdrowia wykorzystywane są w telemedycynie, teleopiece oraz systemach inteligentnych domów.

Przykładem urządzenia służącego do monitorowania parametrów medycznych pacjenta jest opaska telemedyczna. Do podstawowego zakresu monitorowania zalicza się pomiar tętna i temperatury oraz wysyłanie informacji o upadku czy utracie przytomności. Ponadto urządzenie umożliwia geolokalizację oraz

ma przycisk SOS, czujnik zdjęcia opaski, funkcję przypominającą o konieczności zażycia leków, krokomierz i barometr.

Współcześnie rozwija się także informatyka afektywna, która oferuje urządzenia monitorujące stan emocjonalny pacjenta (Picard 2002, za: Zapędowska-Kling 2015).

## **E-zdrowie, m-zdrowie**

E-zdrowie to system wykorzystujący technologie informacyjne i komunikacyjne do digitalizacji oraz automatyzacji procesów i zadań w zakresie opieki zdrowotnej, umożliwiając tym samym korzystanie z takich usług jak e-recepta, e-zaopatrzenie i e-dokumenty dla pacjentów. Na przykład elektroniczne rejestry medyczne lub elektroniczne karty zdrowia umożliwiają przechowywanie i dostarczanie kompletnych, dokładnych informacji na temat historii medycznej pacjenta, a zdalny dostęp do nich pozwala wykorzystywać ją przez upoważniony personel medyczny do podejmowania decyzji dotyczących pacjentów. Z kolei rozwój urządzeń przenośnych (smartfonów, tabletek) prowadzi do ewoluowania systemu e-zdrowia w system m-zdrowia. Oprogramowanie m-medyczne oferuje szybki i płynny transfer danych w dowolnym miejscu i momencie, co pozwala pozostać w kontakcie z centralnym systemem m-zdrowia (Majumder i in. 2017).

W usłudze e-zdrowia/m-zdrowia wykorzystywane mogą być też omówione wcześniej systemy zdalnego monitorowania parametrów zdrowotnych pacjentów. Ciągłe kontrolowanie i rejestrowanie sygnałów fizjologicznych, przechowywanych w postaci zbiorów danych w centralnej, zabezpieczonej bazie, umożliwia korzystanie z nich w razie potrzeby przez upoważniony personel, np. opiekunów, pracowników socjalnych, służby ratownictwa medycznego i lekarzy rodzinnych. Sumit Majumder i in. (2017) wskazują, że w pełni funkcjonalny system e-zdrowia/m-zdrowia

może prowadzić do wydajnej, wysokiej jakości usługi opieki zdrowotnej przy wydatkowaniu niższych kosztów.

## Telemedycyna

Telemedycyna, czyli medycyna na odległość, jest zaawansowaną formą usługi e-zdrowia, która zapewnia zdalne wsparcie opieki zdrowotnej dzięki wymianie specjalistycznych informacji, co w niektórych sytuacjach pozwala lekarzom stawiać diagnozy na odległość. Narzędzia teleinformacyjne umożliwiają śledzenie parametrów medycznych i aktywności pacjentów (np. chorych na cukrzycę, astmę czy na serce), analizowanie tendencji w korzystaniu z leków, a także zapisywanie badań i udostępnienie informacji upoważnionym pracownikom, pozwalając na szybsze i mniej kosztowne interwencje medyczne (np. dyżurujący lekarz ma możliwość odczytania i zinterpretowania zapisu EKG w czasie rzeczywistym, a w przypadku koniecznej interwencji – może wezwać karetkę pogotowia do pacjenta, którego badanie odczytuje na monitorze). Wśród zalet telemedycyny wymienia się: ułatwienie dostępu do specjalistycznej opieki medycznej mieszkańcom małych miast i wsi oraz odizolowanych obszarów; zredukowanie konieczności hospitalizacji i dojazdów pacjentów do placówek zdrowia; zmniejszone koszty służby zdrowia; większy komfort pacjentów, którzy mogą przebywać w domu podczas niektórych konsultacji. Niektóre firmy technologiczne oferują obecnie usługi telemedyczne za pośrednictwem platformy internetowej. Usługi obejmują bezpieczną komunikację video między lekarzem i pacjentami, zdalne monitorowanie stanu zdrowia oraz pomoc w nagłych wypadkach (Majumder i in. 2017).

W badaniach Mao-huan Lin i in. (2017), które dotyczyły skuteczności telemedycyny, stwierdzono, że wpłynęła ona na zmniejszenie śmiertelności z różnych przyczyn. Telemedycyna skutecznie zminimalizowała także liczbę hospitalizacji, długość



pobytu w szpitalu oraz śmiertelność z powodu niewydolności serca.

## Teleopieka

Teleopieka polega na oferowaniu stałej opieki nad seniorami doświadczającymi chorób przewlekłych czy ograniczonej sprawności, którzy potrzebują kontroli stanu zdrowia codziennie. Jest to opieka na odległość, świadczona przy użyciu technologii zdalnego monitorowania stanu zdrowia (np. z wykorzystaniem opaski telemedycznej, detektorów upadków, geolokalizacji itd.) oraz rozmaitych komunikatorów (Zapędowska-Kling 2015). Sygnały transmitowane przez urządzenia powiadamiają opiekuna lub konsultanta telecentrum o sytuacji alarmowej (załamaniu stanu zdrowia) oraz podają lokalizację (np. w przypadku upadku, utraty przytomności poza domem). System teleopieki służący monitorowaniu czynności życiowych w domu działa w ten sposób, że czujniki parametrów medycznych komunikują się ze smartfonem, np. za pomocą technologii Bluetooth – z kolei smartfon działa jako brama do sieci komunikacyjnej dalekiego zasięgu, takiej jak sieć komórkowa lub bezprzewodowa sieć lokalna (WLAN).

## Inteligentne domy

Inteligentny dom (inteligentny system automatyki domowej) to system umożliwiający sterowanie funkcjami budynku i komunikowanie się z domownikami. Ponadto dzięki czujnikom medycznym (umieszczonym w przestrzeni oraz noszonym przez seniora) daje sposobność stałego i zdalnego monitorowania stanu zdrowia i samopoczucia osób starszych oraz wysyłania sygnałów alarmowych lub uruchamiania odpowiednich funkcji w domu (Majumder i in. 2017). A zatem inteligentny dom to tradycyjny dom wyposażony w inteligentne urządzenia i nowoczesne technologie

informacyjno-komunikacyjne, które mogą ułatwić zdalne i automatyczne monitorowanie środowiska domowego, bezpieczeństwa i ogólnego stanu zdrowia mieszkańców; to połączenie wielu urządzeń i systemów – monitoringu stanu zdrowia, teleopieki, automatyki domowej oraz interaktywnych, inteligentnych urządzeń codziennego użytku (Zapędowska-Kling 2015).

W skład systemu inteligentnego domu mogą wchodzić m.in.: automatyka w budynku, w tym bramy wejściowe i garażowe; zdalnie sterowane oświetlenie; zdalnie sterowane gniazdko; automatycznie otwierane okna; zdalnie sterowane rolety; czujniki wilgotności, temperatury itp.; kamery bezpieczeństwa; inteligentne liczniki energii; wielofunkcyjne systemy monitorujące i wspomagające samodzielność w domu, zaopatrzone np. w ekran dotykowy z czytelnym interfejsem, portal do kontaktu, system kompleksowego monitoringu (czujniki temperatury, ruchu, światła, ciśnienia, bezpieczeństwa – umieszczone w całym budynku), czujniki stanu zdrowia, w tym np. inteligentne meble (inteligentne krzesła i łóżka wykorzystywane do pomiaru danych fizjologicznych w domu, np. inteligentne łóżko może monitorować stan zdrowia i wzorce snu danej osoby lub służyć do wykrywania zawału serca u pacjentów podczas leżenia czy snu), systemy alarmowe, alarmy osobiste z czujnikami upadku (Majumder i in. 2017).

W inteligentnym domu czujniki i elementy wykonawcze są połączone za pośrednictwem sieci lub sieci czujników bezprzewodowych. Sygnały z czujników biomedycznych, takich jak EKG, EMG, EEG, czujniki temperatury ciała i saturacji, mogą być połączone w sieci w celu uzyskania zautomatyzowanego, ciągłego i odbywającego się w czasie rzeczywistym pomiaru sygnałów fizjologicznych. Centralny węzeł zbiera wszystkie dane fizjologiczne i przetwarza je, a scentralizowany system komputerowy przechowuje informacje o środowisku, fizjologii i aktywności, analizuje je i może wysyłać komunikaty zwrotne do użytkownika lub uruchamiać w domu funkcje sterowania urządzeniami takimi

jak nawilżacz powietrza, generator tlenu, piekarnik czy klimatyzator. Działa również jako centralna brama, która przesyła zebrane dane do personelu medycznego / usługodawców za pośrednictwem Internetu czy sieci komórkowej lub może automatycznie wezwać jednostkę ratownictwa medycznego w przypadku zagrożenia życia (Majumder i in. 2017).

## Roboty towarzyszące/asystujące

W literaturze branżowej wymienia się dwa rodzaje robotów: serwisowe oraz towarzyszące. Roboty serwisowe wspierają podstawowe aktywności osób starszych (jedzenie, kąpiel, korzystanie z toalety, ubieranie), wzmacniają ich mobilność dzięki nawigacji, jak również monitorują stan osób wymagających stałej opieki. Roboty towarzyszące służą przede wszystkim do poprawy dobrego samopoczucia użytkownika. Tworzone są także roboty, które łączą te dwa rodzaje funkcji. Badania preferencji pokazują, że osoby starsze czerpią korzyści z użytkowania przede wszystkim w zakresie polepszania samopoczucia, zmniejszania osamotnienia i odczucia społecznej więzi (Hoenig, Taylor, Sloan 2009). Jordan Abdi, Ahmed Al-Hindawi i Marcel Vizcaychipi (2017) przeanalizowali 51 publikacji poświęconych wykorzystaniu robotów towarzyszących (Socially Assistive Robots – SAR), w których opisano 27 procedur badawczych, uwzględniających łącznie 908 uczestników i 9 robotów. Autorzy wyodrębnili pięć kluczowych ról robotów w odniesieniu do potrzeb użytkowników<sup>2</sup>:

---

<sup>2</sup> Analizowane wyniki mają charakter poglądowy, jednak ich użyteczność jest ograniczona ze względu na niedostatki metodologiczne zastosowanych procedur.

1. Terapię afektywną, rozumianą jako podnoszenie ogólnego poziomu samopoczucia oraz dobrostanu, a także przewyższanie okresowych zaburzeń nastroju.
2. Terapię poznawczą – poprawianie funkcji poznawczych i pamięci.
3. Rolę społeczną – wykorzystanie robota jako środka zwiększającego towarzyskość badanych.
4. Rolę towarzyszącą – interwencje mające na celu przewyższanie samotności i izolacji społecznej.
5. Rolę kardiologiczną – wpływ na krótkotrwałe obniżenie ciśnienia krwi.

## Technologie na rzecz osób z zaburzeniami funkcji poznawczych

Zabezpieczenie potrzeb i ochrona zdrowia oraz życia osób starszych z zaburzeniami funkcji poznawczych możliwe jest dzięki użyciu takich technologii jak detektory dymu, gazu, czujniki kontrolujące zawory wody, automatyczne włączniki i wyłączniki światła, systemy przypominające (o zażyciu leków, wyłączeniu piekarnika, wyjęciu żywności z zamrażarki) (Zapędowska-Kling 2015).

W tym obszarze szczególną rolę odgrywają również urządzenia i aplikacje stymulujące zmysły oraz funkcje poznawcze. Przegląd badań wskazuje, że seniorzy nie muszą mieć kompetencji w obszarze wykorzystywania technologii cyfrowych, aby móc skutecznie użytkować oprogramowanie do ćwiczenia zdolności poznawczych (Kueider i in. 2012). Przykładem aplikacji tego typu jest MEMO – urządzenie przeznaczone dla seniorów powyżej 65. roku życia, wykorzystujące różne techniki audiowizualne w celu ćwiczenia pamięci.

## Informacyjno-komunikacyjne technologie wspomagające, wspierające seniorów z zaburzeniami mowy, wzroku, słuchu

Wśród technologii wspierających seniorów z zaburzeniami mowy, wzroku i słuchu oraz z ograniczeniami motorycznymi należy wymienić m.in.:

- urządzenia do sterowania wzrokiem,
- interfejsy haptyczne,
- klawiatury specjalistyczne,
- urządzenia zastępujące mysz komputerową,
- przyciski,
- syntezytory mowy, urządzenia lektorskie,
- notatniki i terminale brajlowskie,
- programy udźwiękawiające i powiększające,
- lupy elektroniczne,
- powiększalniki,
- komputerowe systemy terapii, np. afazji.

### Zakończenie

Zaprezentowane przykłady technologii wspomagających seniorów o ograniczonej sprawności są jedynie częścią szerokiej oferty narzędzi i systemów. Niektóre z opisanych technologii nie mają szerokiego zastosowania ze względu na koszty (np. inteligentne domy, roboty asystujące) – aczkolwiek modele tych rozwiązań są stosowane w systemie wspierania osób starszych, np. w postaci wzorcowych domów. Inne z nich zyskują coraz większą popularność, jak oprogramowanie terapeutyczne, zdalny monitoring stanu zdrowia, teleopieka, telemedycyna, e-zdrowie czy technologie wspomagające widzenie, słyszenie, mowę.

Potencjał użytkowania technologii wspomagających przez seniorów z ograniczoną sprawnością nie może jednak wiązać się ze zredukowaniem relacji człowiek – człowiek. Ryzyko dehumanizacji opieki uznawane jest za jeden z najmniejbezpieczniejszych skutków stosowania technologii w służbie osób starszych. Sprawozdanie opieki do technik monitorująco-kontrolnych niesie ryzyko uprzedmiotowienia osób starszych. Nie ulega jednak wątpliwości, że technologie będą odgrywać znaczącą rolę we wspieraniu seniorów doświadczających niepełnej sprawności. Dlatego ważne jest postrzeganie urządzeń i aplikacji jako elementów systemu wsparcia seniorów (Dupłaga 2011), a nie jego ekwiwalentu. Istotnym wyzwaniem stojącym współcześnie przed projektantami technologii wspomagającej oraz osobami wdrażającymi technologię jest także dążenie do uzyskania równowagi między technologią o charakterze reaktywnym a technologią o charakterze prewencyjnym (profilaktyka i diagnostyka zdrowia) (Sixsmith 2013; Zapędowska-Kling 2015).

## Bibliografia

- Abdi J., Al-Hindawi A., Vizcaychipi M. (2017). 52 use of socially assistive robot technology in elderly care. *Age and Ageing*, 46(1), i1–i22. Pobrano z: <https://doi.org/10.1093/ageing/afx055.52> (dostęp: 9.08.2018).
- Assistive Products for Persons with Disability ISO 9999 2007.
- Besdine R., Boulton C., Brangman S., Coleman E.A., Fried L.P., Geirey M., Johnson J.C., Katz P.R., Potter J.F., Reuben D.B., Sloane P.D., Studenski S., Warshaw G. (2005). Caring for older

- Americans: The future of geriatric medicine. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(6 Suppl), 245–256.
- Casado B.L., van Vulpen K.S., Davis S.L. (2011). Unmet needs for home and community-based services among frail older Americans and their caregivers. *Journal of Aging and Health*, 23(3), 529–553.
- CBOS (2018). Korzystanie z internetu. Komunikat z badań. Pobrano z: [https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2018/K\\_062\\_18.PDF](https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2018/K_062_18.PDF) (dostęp: 7.08.2018).
- Disabled & Elderly Assistive Technologies Market – Global Opportunity Analysis and Industry Forecast, 2017–2023* (2017). Allied Analytics LLP.
- Duplaga M. (2011). Znaczenie technologii wspomagających w życiu osób w starszym wieku. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 1, 144–155.
- Gamberini L., Raya M.A., Barresi G., Fabregat M., Ibanez F., Prontu L. (2006). Cognition, technology and games for the elderly: An introduction to ELDERGAMES Project. *PsychNology Journal*, 4(3), 285–308.
- Hoening H., Taylor D.H. Jr., Sloan F.A. (2009). Assistive social robots in elderly care: A review. *Gerontechnology*, 8, 94–103.
- Iancu I., Iancu B. (2017). Elderly in the digital era. Theoretical perspectives on assistive technologies. *Technologies*, 5(60), 2–13.
- Koperski Ł. (2017). Zmiana społeczna a technologie w procesie wspomagania osób starszych – wybrane rozwiązania europejskie. *Gerontologia Polska*, 25, 128–133.
- Kowalik T., Adamowicz M. (b.r.). *Analiza produktów i usług związanych z pamięcią przeznaczonych dla seniorów. Projekt MEMO*. Pobrano z: <https://www.projektmemo.pl> (dostęp: 20.09.2018).

- Kueider A.M., Parisi J.M., Gross A.L., Rebok G.W. (2012). Computerized cognitive training with older adults: A systematic review. *PLoS ONE*, 7(7), e40588.
- Lin M.-H., Yuan W.-L., Huang T.-C., Zhang H.-F., Mai J.-T., Wang J.-F. (2017). Clinical effectiveness of telemedicine for chronic heart failure: A systematic review and metaanalysis. *Journal of Investigative Medicine*, 65, 899–911.
- Löfqvist C., Slaug B., Ekström H., Kylberg M., Haak M. (2014). Use, non-use and perceived unmet needs of assistive technology among Swedish people in the third age. *Disability and Rehabilitation Assistive Technology*, 19, 1–7.
- Majumder S., Aghayi E., Noferesti M., Memarzadeh-Tehran H., Mondal T., Pang Z., Deen M.J. (2017). Smart homes for elderly healthcare – recent advances and research challenges. *Sensors (Basel)*, 17(11), 2496.
- Melenhorst A.S., Bouwhuis D.G. (2004). When do older adults consider the internet? An exploratory study of benefit perception. *Gerontechnology*, 3(2), 89–101.
- Mikołajewska E. (2014). Technologia wspomagająca w rehabilitacji domowej pacjentów w podeszłym wieku – studium przypadków. *Psychogeriatrya Polska*, 11(3), 89–96.
- Miskelly F.G. (2001). Assistive technology in elderly care. *Age Ageing*, 30(6), 455–458.
- Nedopil C., Schaubert C., Glende S. (2015). *A Collection of characteristics and requirements of primary, secondary, and tertiary users of AAL solutions, and a guideline for user-friendly AAL design*. Pobrano z: [http://www.aal-europe.eu/wp-content/uploads/2015/02/AALA\\_Knowledge-Base\\_YOUSE\\_online.pdf](http://www.aal-europe.eu/wp-content/uploads/2015/02/AALA_Knowledge-Base_YOUSE_online.pdf) (dostęp: 9.08.2018).
- Rzeczyński B. (2009). Gerontechnologia w przestrzeni komunalnej. *Przegląd Komunalny*, 3, 86–87.



- Sixsmith A. (2013). Technology and the challenge of aging. W: A. Sixsmith, G. Gutman (red.). *Technologies for active aging*. New York: Springer.
- Śmiechowska-Petrovskij E. (2017). Preferencje osób z dysfunkcją wzroku w zakresie korzystania z informacyjno-komunikacyjnych technologii wspomagających. *Forum Pedagogiczne*, 1, 186–196.
- Wiazowski J. (2015). Proces efektywnego doboru technologii wspierających edukację osób niewidomych i słabowidzących. W: K. Czerwińska, M. Paplińska, M. Walkiewicz-Krutak (red.). *Tyflopedagogika wobec współczesnej przestrzeni edukacyjno-rehabilitacyjnej*. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.
- Zapędowska-Kling K.A. (2015). Nowe technologie w służbie seniorom. *Acta Universitatis Lodzensis. Folia Oeconomica*, 4(315), 203–215.



# Wpływ fizjoterapii na sprawność fizyczną i psychiczną osób w podeszłym wieku

## Streszczenie

Obniżanie się sprawności i wydolności fizycznej z wiekiem to zjawisko fizjologiczne i nieuchronne. W konsekwencji pogarsza się jakość życia osób starszych, dlatego bardzo ważna jest ich rehabilitacja. Rehabilitacja geriatryczna zajmuje się leczeniem pacjentów w podeszłym wieku i utrzymaniem ich w dobrej kondycji, pomagając uniknąć niektórych dolegliwości związanych ze starością. W pracy przedstawiono aktualne poglądy na temat rehabilitacji osób starszych na podstawie współczesnej literatury i własnej praktyki. U pacjentów, którzy zostali objęci procesem usprawniania rehabilitacyjnego, można zastosować kinezyterapię, fizykoterapię oraz masaż. Stosowane metody i środki z zakresu masażu, fizykoterapii i kinezyterapii korzystnie wpływają na poprawę sprawności i wydolności fizycznej osób starszych.

**Słowa kluczowe:** starzenie się, fizjoterapia, masaż, fizykoterapia, rehabilitacja ruchowa.

## The physiotherapy impact on physical and psychical activity of people in elderly age

### Summary

Age-related degradation of the physical fitness and endurance is an unavoidable physiological process. As a result, the quality of life of older people is going down, therefore their rehabilitation is very important. Geriatric rehabilitation is concerned with treating elderly patients and keeping them fit, helping them to avoid some of the symptoms of chronic old age ailments. This study reviews current opinions on physiotherapy elderly people based on recent literature and own practice. Kinesitherapy, physiotherapy and massage may be used to rehabilitate elderly patients. Currently employed massage, physiotherapeutic and kinesitherapeutic methods positively influences the improvement of fitness and physical efficiency of elderly people.

**Keywords:** ageing, physiotherapy, massage, physical rehabilitation.

### Wstęp

Zmniejszenie się liczby urodzeń, migracja zarobkowa oraz poprawa opieki zdrowotnej wpływają na zwiększanie się liczby osób starszych w Polsce. W wyniku tego zjawiska wzrasta zainteresowanie procesem starzenia się. Intensywny przyrost odsetka osób starszych powoduje zwiększenie zapotrzebowania na opiekę nad

nimi, sprawniejsze leczenie oraz rehabilitację i fizjoterapię (Wieczorowska-Tobis, Kostka 2010).

Zmiany fizjologiczne i fizjopatologiczne zachodzące w starzejącym się organizmie mogą stać się przyczynami obniżenia jakości życia tych osób. Podstawowa wiedza z zakresu fizjologii starzenia się pomaga w przygotowaniu odpowiedniego toku rehabilitacji pacjenta. Dzięki rehabilitacji można opóźnić zachodzące zmiany lub przywrócić sprawność fizyczną osób starszych. Starość nie musi być przepełniona bólem, uzależnieniem od innych osób czy zmaganiem się z wieloma chorobami. Może stać się czasem radosnym i pełnym nowych doświadczeń. Starość to naturalny etap życia każdego człowieka, proces, który obejmuje cały ustrój – od najmniejszej komórki, przez narządy, po układy. Radość z przeżywania podeszłego wieku powinna być taka sama jak we wcześniejszych okresach życia. Przedstawienie procesu starzenia się przez specjalistów jest elementem pomocnym w akceptacji zmian zachodzących w organizmie wraz z wiekiem.

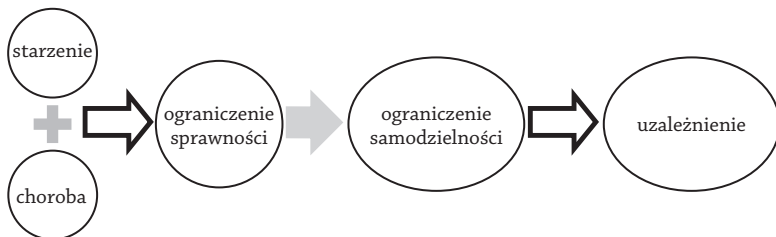
Celem niniejszego opracowania jest ukazanie wpływu fizjoterapii na sprawność fizyczną i psychiczną osób w podeszłym wieku.

## Starzenie się organizmu

Proces starzenia się u człowieka przebiega na trzech poziomach: biologicznym, psychologicznym oraz społeczno-socjalnym. Fizjologicznemu starzeniu się organizmu nie towarzyszą procesy chorobowe. Do charakterystycznych zmian zachodzących wraz z wiekiem zalicza się: zmniejszenie siły mięśniowej oraz wytrzymałości fizycznej, pogorszenie pamięci krótkotrwałej, upośledzenie wzroku i słuchu, łysienie, zmniejszenie elastyczności skóry. Zmiany te nie dokonują się z jednakowym nasileniem u całego społeczeństwa oraz nie są bezpośrednią przyczyną śmierci organizmu. Starzenie się może zostać przyspieszone przez procesy

chorobowe. Mowa wtedy o tzw. starzeniu patologicznym, prowadzącym bardzo często do uzależnienia osób starszych od innych (Grodzicki, Kocemba, Skalska 2006).

### Schemat 1. Proces uzależniania się osoby starszej od innych



Źródło: Grodzicki, Kocemba, Skalska 2006.

U osób starszych wraz z wiekiem dochodzi do zmian w poszczególnych narządach i układach. Dla fizjoterapeuty znaczące są zmiany zachodzące w układach: kostnym, mięśniowym, nerwowym i krwionośnym. Fizjoterapia osób starszych znacząco różni się od fizjoterapii młodszych ludzi. W starzejącym się organizmie o wiele trudniej osiągnąć zadowalające efekty terapii. Dzieje się tak ze względu na choroby współistniejące. Istotną cechą fizjoterapii jest zapobieganie lub powstrzymanie niekorzystnych zmian zachodzących wraz ze starzeniem patologicznym. Dzięki temu osoby korzystające z zabiegów fizykoterapii, kinezyterapii oraz masażu leczniczego mają możliwość utrzymania swojej niezależności fizycznej.

Organizm człowieka cechuje indywidualne tempo zachodzenia procesów starzenia się. Można je spowolnić dzięki systematycznym ćwiczeniom fizycznym. Regularny trening korzystnie wpływa na układy: mięśniowy, krwionośny, nerwowy, oddechowy oraz kostno-stawowy. Siedzący tryb życia, wiążący się z małą aktywnością fizyczną, przyczynia się do powstawania zmian zwyrodnieniowych,

które prowadzą do obniżenia autonomii i niezależności fizycznej oraz pogorszenia jakości życia.

Dbanie o zdrowie i smukłą sylwetkę jest bardzo popularne wśród ludzi młodych. Media, portale społecznościowe, czasopisma narzucają trendy w wyglądzie zewnętrznym, pokazując perfekcyjne ciała. Z jednej strony niesie to pozytywne efekty wśród osób młodych, które czerpią motywację z prezentowanych wzorców. Z drugiej strony jednak starsza część społeczeństwa uważa, że jest to komunikat wyłącznie dla młodszych pokoleń. Nie zdaje sobie sprawy, że aktywność fizyczna jest jednym z czynników zapewniających poprawę zdrowia i podniesienie jakości życia.

Proces starzenia wiąże się z zachodzącymi zmianami inwolucyjnymi w całym organizmie. Może on zostać spowolniony dzięki właściwie dobranej aktywności fizycznej, odpowiedniej diecie oraz zabiegom fizykoterapeutycznym.

## **Aktywność fizyczna lekarstwem na proces starzenia się**

Najważniejszą metodą fizjoterapeutyczną w walce ze zmianami inwolucyjnymi w organizmie jest aktywność fizyczna. Osoby, które podejmowały ją od najmłodszych lat, nie mają problemów z kontynuacją takiego trybu życia lub chętnie do niej wracają. Natomiast przekonanie o skuteczności aktywności fizycznej ludzi, którzy we wcześniejszych latach nie wiązali swojego stylu życia z wysiłkiem fizycznym, jest niezwykle trudne.

Pierwszym krokiem, jaki terapeuta podejmuje, aby uzyskać zamierzony cel, jest wdrożenie w życie seniora aktywności fizycznej i zmiana stereotypu starego człowieka, powszechnie uznawanego za osobę niedołązną, wymagającą nieustannej pomocy, słabą i niezdolną do podjęcia aktywności fizycznej. Uświadomienie pacjentowi pozytywnych skutków aktywności fizycznej oraz porównanie go do innych osób w jego wieku, które prowadzą aktywny

tryb życia, umożliwia fizjoterapeucie osiągnięcie celu rehabilitacji, jaki sobie założył.

Pacjenci powinni świadomie i dobrowolnie uczestniczyć w aktywnościach fizycznych, utrzymując jak najdłużej swoje zdrowie fizyczne i psychiczne na najwyższym poziomie. Aby mogli tego dokonać, należy przedstawić im pozytywne skutki, jakie niesie aktywność fizyczna. Regularnie wykonywany trening fizyczny poprawia funkcjonowanie całego organizmu, w szczególności układów: mięśniowego, kostnego, krążenia, nerwowego, odpornościowego, oddechowego. Jak trafnie określiła Anna Marchewka, trening fizyczny to lekarstwo uniwersalne i niedrogie. Nie powoduje żadnych skutków ubocznych i jest dostosowany do budżetu finansowego każdego seniora (Marchewka, Jungiewicz 2008).

W przeprowadzonych na terenie województwa małopolskiego badaniach Anna Marchewka i Magdalena Jungiewicz (2008) określiły zależność pomiędzy aktywnością fizyczną przed 35. rokiem życia a obecnym stanem zdrowia i aktywnością fizyczną uczestników badania. Po analizie wyników wskazano, że osoby, które przed 35. rokiem życia podejmowały aktywność fizyczną, są na późniejszych etapach życia bardziej aktywne niż ich rówieśnicy, którzy w młodości nie ćwiczyli. Cieszą się również lepszym stanem zdrowia oraz większą sprawnością fizyczną. Powyższe wyniki badań ukazują, jak ważna jest aktywność fizyczna nie tylko na późniejszych etapach życia, lecz także w młodości.

Ćwiczenia fizyczne są dobrym lekarstwem na fizyczne i psychiczne zdrowie osób w podeszłym wieku. Stanowią ważny czynnik zapobiegający samotności oraz izolacji seniorów. Pozytywny wpływ rehabilitacji ruchowej na sprawność psychiczną starszych osób wykazali w swoich badaniach Elżbieta Kozak-Szkopek oraz Krzysztof Galus (2009). Do określenia poprawy nastroju badanych wykorzystano GDS – Geriatryczną Skalę Depresji. Po zastosowaniu treningu fizycznego zaobserwowano u badanych poprawę nastroju, wyrażającą się zmniejszeniem liczby punktów w skali GDS.



Podobne spostrzeżenia dotyczące pozytywnego wpływu ćwiczeń fizycznych na stan emocjonalny badanych odnotowały Monika Guskowska i Anna Kozdroń (2009). Badaniami objęto kobiety uczestniczące w dwutygodniowym obozie rekreacyjnym UTW. Program obozu obejmował dziennie pięć godzin aktywności ruchowych, dostosowanych do możliwości ćwiczących. Po zakończonych badaniach stwierdzono znaczną poprawę we wszystkich siedmiu stanach nastroju: obniżył się poziom gniewu, zakłopotania, przygnębienia, znużenia, napięcia oraz wzrósł poziom życzliwości oraz wigoru badanych kobiet.

Wyniki powyższych badań wskazują, jak ważne są ćwiczenia fizyczne w życiu osób starszych. Nie tylko zwiększają ich sprawność fizyczną, lecz stanowią także istotny czynnik poprawy nastroju oraz wpływają na jakość życia. Odnotowano, że aktywność fizyczna i właściwa dieta są najistotniejszymi czynnikami „pomyślnego starzenia” (Vogel i in. 2009).

Przed podjęciem systematycznego treningu fizycznego osoby starsze zmagające się z chorobami przewlekłymi powinny skonsultować się z lekarzem lub rehabilitantem w celu dobrania odpowiednich ćwiczeń. Należy pamiętać o rozsądnym dawkowaniu wysiłku. Osoby, które prowadzą mało aktywny tryb życia, rozpoczynają ćwiczenia kinezyterapeutyczne od krótkich serii ćwiczeń, stopniowo zwiększając ich natężenie oraz stopień trudności (Jajor i in. 2013).

Dobór ćwiczeń jest uzależniony od stanu pacjenta i jego wydolności fizycznej. W wypadku osób starszych aktywność fizyczna powinna się skupiać na następujących obszarach działań: wytrzymałości, sile, równowadze i gibkości (Gębka, Kędziora-Kornatowska 2012). Dlatego stosuje się:

1. Ćwiczenia wytrzymałościowe – popularne wśród starszych osób są: pływanie, *nordic walking*, jazda na rowerze czy ćwiczenia grupowe. Ich celem jest poprawa wydolności aerobowej.

2. Ćwiczenia siłowe – rozpoczynają się od ćwiczeń z małym oporem, który stopniowo się zwiększa. Mają na celu zwiększenie siły mięśniowej u seniorów. Dzięki temu poprawia się także wydolność organizmu.
3. Ćwiczenia równoważne – ograniczają liczbę upadków dzięki wzmocnieniu mięśni górnej i dolnej partii ciała. Początkowo ćwiczenia te wykonuje się przy drabinkach z asekuracją. Na kolejnych etapach można zrezygnować z asekuracji oraz utrudnić ćwiczenia przez zamknięcie oczu, zmianę podłoża na niestabilne, wytrącanie z równowagi czy dodatkowe zadania.
4. Ćwiczenia rozciągające – zmniejszają napięcie mięśniowe oraz zwiększają zakres ruchu w stawach.
5. Ćwiczenia koordynacyjne oraz ćwiczenia oddechowe – wraz z wiekiem koordynacja staje się utrudniona. Ćwiczenia koordynacyjne ułatwiają seniorom wykonywanie złożonych aktów ruchowych. Ćwiczenia oddechowe zapewniają pogłębienie wdechu, który wraz z wiekiem staje się płytki. Wdech wykonywany jest przez nos, a wydech przez usta. Ćwiczenia oddechowe dodatkowo można połączyć z ruchami kończyn górnych.

Osoby starsze zmagające się z zaawansowanymi stadiami chorób układu mięśniowego, nerwowego, krwionośnego czy oddechowego poddawane są całościowej ocenie geriatrycznej oraz kompleksowej rehabilitacji w celu utrzymania jak najdłużej niezależności fizycznej. Wielostronna ocena pozwala na opracowanie realnego programu terapeutycznego, który poprawi jakość życia. Aby prawidłowo określić stan pacjenta, trzeba przetestować jego sprawność funkcjonalną, która zapewnia niezależność w czynnościach życiowych. Należy pamiętać, że program fizjoterapeutyczny nie zawsze przynosi poprawę sprawności. W takim wypadku głównym celem fizjoterapeuty jest zwolnienie tempa

zachodzących zmian degeneracyjnych u pacjentów geriatrycznych oraz utrzymanie samodzielności pacjenta jak najdłużej.

Do oceny sprawności funkcjonalnej podopiecznego mogą posłużyć następujące testy:

1. Skala ADL – skala służąca do oceny podstawowych czynności życiowych. Badane są następujące czynności: kąpiel, ubieranie się, toaleta, kontrolowanie zwieraczy, spożywanie posiłków i poruszanie się. Każdą czynność ocenia się w skali od 1 do 3. Z punktu widzenia terapeuty w skali ADL istotna jest czynność poruszania się.
2. Skala Barthel – ocenia podstawowe czynności życia codziennego. Im wyższy wynik, tym pacjent jest lepiej funkcjonujący. Dzięki niej terapeuta może zwrócić szczególną uwagę na czynność, która sprawia seniorowi największą trudność.
3. IADL – skala służy do oceny czynności złożonych, np.: użycie telefonu, przygotowanie posiłków, sprzątanie, przyjmowanie leków, posługiwanie się pieniędzmi. Z pomocą tej skali terapeuta kieruje działania rehabilitacyjne na czynności sprawiające największą trudności.
4. FIM – pomiar niezależności funkcjonalnej. Najbardziej pomocna skala w pracy fizjoterapeuty. Określa ona stopień samodzielności pacjenta w czynnościach: samoobsługi, kontroli zwieraczy, lokomocji, komunikacji oraz świadomości społecznej.
5. Skala Tinetti – do oceny chodu i równowagi. Pozwala ona określić dokładnie problemy w zakresie poruszania się i wprowadzić odpowiednie ćwiczenia. Niska punktacja uzyskana podczas testu sugeruje możliwość wystąpienia upadków u pacjenta. Dzięki diagnozie pacjenta przy użyciu skali Tinetti terapeuta może zastosować ćwiczenia, które uchronią go przed niekorzystnymi skutkami upadków.

Wykorzystywane skale są niezbędne w pracy terapeuty. Umożliwiają ocenę pacjenta przed terapią oraz postępy rehabilitacyjne.

## Oddziaływanie masażu na osoby w podeszłym wieku

Kolejną metodę w walce ze zmianami inwolucyjnymi stanowi masaż, technika akceptowana przez osoby starsze. Wiek nie jest przeciwwskazaniem do wykonania tego rodzaju zabiegu. Trzeba jednak zwracać uwagę na choroby współistniejące, aby nie doprowadzić do pogorszenia stanu zdrowia seniora oraz nie stracić jego zaufania, zadając mu zbyt duży ból. Zmiany zachodzące z upływem lat w skórze oraz w naczyniach krwionośnych uniemożliwiają wykonywanie zbyt mocnego masażu. W zależności od rodzaju technik masaż ma działanie przeciwbólowe, relaksacyjne, przeciwobrzękowe i rozluźniające. Do każdego pacjenta podchodzi się indywidualnie. Siła masażu powinna jednak wzrastać wraz z liczbą zabiegów. Zazwyczaj nie stosuje się oklepywania. W trakcie terapii należy pytać o samopoczucie pacjenta, aby mieć pod kontrolą jego stan. Działanie masażu leczniczego wiąże się z uwalnianiem dużych ilości histaminy, serotoniny, dopaminy i innych związków biologicznie czynnych wpływających na nastrój pacjenta. Dolegliwościom bólowym często towarzyszą zaburzenia depresyjne (Chochowska, Rąglewska, Marcinkowski 2010). W badaniach przeprowadzonych przez Małgorzatę Chochowską i in. (2011) ukazano pozytywny wpływ masażu klasycznego oraz masażu wibracyjnego punktów spustowych w obniżaniu dolegliwości bólowych oraz poprawie nastroju pacjentów. Do podobnych wniosków doszli Waldemar Andrzejewski i in. (2007) oraz Krzysztof Kassolik i in. (2005). Wykazali, że masaż leczniczy skutecznie wpływa na dolegliwości bólowe, pozytywnie oddziałuje na stan psychofizyczny pacjenta i w związku z tym na poprawę

jakości jego życia. Masaż zwiększa zadowolenie oraz polepsza samopoczucie osób poddających się temu zabiegowi.

## **Oddziaływanie zabiegów fizykoterapeutycznych na organizm osoby starszej**

Zabiegi fizykoterapeutyczne są bardzo dobrze tolerowane i lubiane przez pacjentów. Ich działanie przeciwbólowe świetnie zastępuje niektóre leki, dzięki czemu seniorzy nie muszą zażywać tak wielu tabletek. Pomimo że wiek nie stanowi przeciwwskazania do wykonywania różnych zabiegów fizykalnych, trzeba jednak zwracać uwagę na choroby współistniejące, które są niekiedy przeciwwskazaniami bezwzględными do wykonania terapii. Celem zabiegów fizykoterapeutycznych u osób starszych jest poprawa ogólnej sprawności fizycznej związanej z procesem starzenia.

Zabiegi elektroterapii są bardzo często wykonywane u pacjentów po 60. roku życia. Mają działanie przeciwbólowe i przeciwzapalne. U osób starszych należy zachować szczególną ostrożność przy dawkowaniu prądów, zwłaszcza jednokierunkowych. Skóra tych osób nie jest dobrze nawodniona, w wyniku czego bardzo często nie odczuwają działania prądu. Podkłady, jakich używa się do elektroterapii, powinny być grube i dobrze namoczone, aby poprawnie wykonać zabieg.

Zabiegi laseroterapii są wykorzystywane w terapii zespołów bólowych, w przewlekłych i podostrych stanach zapalnych, w leczeniu ran, chorób skóry, obrzękach.

Pola magnetycznego nie należy stosować u pacjentów z elektronicznymi implantami, nadczynnością tarczycy i nadciśnieniem tętniczym. Ma działanie przeciwbólowe, przeciwzapalne oraz proregeneracyjne. W badaniach przeprowadzonych przez Aleksandrę Sieroń i in. (2004) wykazano, że terapia zmiennym

połem magnetycznym (magnetostymulacja) przynosi pozytywne efekty w leczeniu depresji u osób starszych.

Ultradźwięki działają przeciwbólowo i przeciwzapalnie poprzez działanie termiczne, mechaniczne i fizykochemiczne. Można łączyć je z lekami, dzięki czemu środki te lepiej przedostają się przez barierę skórną.

Ciepłolecznictwo i zimnolecznictwo mają działanie przeciwbólowe i rozluźniające. Zabiegi są dobrze tolerowane przez seniorów. Wykorzystuje się je u osób zmagających się ze zmianami zwyrodnieniowymi stawów.

Kinesiotaping to uzupełnienie stosowanych form terapii. Dzięki naklejeniu na skórę taśmy następuje jej uniesienie, co powoduje natychmiastowe zmniejszenie ciśnienia i uwolnienie zastoju limfatycznego. Skóra jest nie tylko unoszona, ale w połączeniu z ruchem ciała również rozciągana. Powoduje to rozluźnienie tkanki łącznej oraz poprawę drenażu limfatycznego i funkcji mięśni. Taping medyczny stanowi pomocny dodatek w terapii. Cel to nie tylko poprawa przepływu płynów w tkankach, lecz także wpływ na napięcie mięśnia.

Główną cechą fali uderzeniowej jest gwałtowny wzrost ciśnienia powodujący szereg efektów w tkankach. Efekty biologiczne fali to przede wszystkim: zmniejszenie napięcia mięśni i hamowanie skurczów, niszczenie receptorów bólowych, miejscowa poprawa ukrwienia, poprawa metabolizmu i mikrokrążenia, zwiększenie produkcji kolagenu, rozpuszczanie zwapniałych fibroblastów, wspomaganie usuwania drażniących substancji o odczynie kwaśnym, histaminy i kwasu mlekowego. Stwierdzenie zaawansowanej osteoporozy oraz wszczępione urządzenia elektryczne stanowią przeciwwskazanie do przeprowadzenia zabiegów. U pozostałych osób po 60. roku życia istnieje możliwość wykonywania terapii falą uderzeniową w schorzeniach mięśniowych oraz stawowych.

## Zakończenie

Starzenie się jest procesem nieuniknionym i dotyczy każdego człowieka. Istnieje możliwość spowolnienia go dzięki zastosowaniu odpowiedniego programu rehabilitacji. Cel fizjoterapii osób w podeszłym wieku to wykrywanie i eliminowanie czynników biologicznych zachodzących w starzejącym się organizmie. Dzięki zabiegom fizykoterapeutycznym, masażom oraz ćwiczeniom kinezyterapeutycznym dochodzi do spowolnienia procesów degeneracyjnych zachodzących w organizmie. Ważną rolę w utrzymaniu zdrowia u osób starszych odgrywa aktywność fizyczna. Systematyczny trening poprawia sprawność nie tylko fizyczną, lecz także psychiczną. Zmniejsza się również poziom lęku, napięcia oraz złości. Jakość życia ulega znacznej poprawie i chroni seniorów przed wycofaniem społecznym. Tym samym nie muszą rezygnować ze swoich marzeń oraz nie ulegają stanom depresyjnym. Ćwiczenia kinezyterapeutyczne zwiększają poczucie własnej wartości, zmniejszają odczucie lęku i przyczyniają się do wzrostu motywacji w podejmowaniu nowych działań.

Fizjoterapia osób starszych wymaga podejmowania przemyślanych działań, które mają na celu poprawę stanu zdrowia seniora lub niedopuszczenie do jego pogorszenia. Jeśli istnieje taka konieczność, to fizjoterapeuta musi przekonać osobę starszą do podjęcia terapii, a także uzyskać jej zaufanie w celu przeprowadzenia wcześniej ustalonego planu leczenia.

Podsumowując, zastosowanie zabiegów fizykoterapeutycznych, masażu oraz ćwiczeń kinezyterapeutycznych w rehabilitacji seniorów ma istotny wpływ na poprawę ich zdrowia fizycznego i psychicznego oraz poprawę jakości życia tych osób.

## Bibliografia

- Andrzejewski W., Kassolik K., Kamiński P., Kiljański M. (2007). Wpływ masażu medycznego na dolegliwości bólowe i jakość życia kobiet ze zmianami zwyrodnieniowymi odcinka szyjnego kręgosłupa. *Medycyna Sportowa*, 1(6), 28–34.
- Chochowska M., Marcinkowski J.T., Rąglewska P., Babiak J. (2011). Masaż klasyczny i masaż wibracyjny punktów spustowych bólu w leczeniu zespołu bólowego kręgosłupa z towarzyszącym mu obniżeniem nastroju – u osób starszych. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 92(3), 428–435.
- Chochowska M., Rąglewska P., Marcinkowski J.T. (2010). Skuteczność stosowania masażu klasycznego i wibracyjnego masażu punktów spustowych u osób starszych z zespołem bólowym kręgosłupa i towarzyszącym mu obniżeniem nastroju. W: J. Huber, M. Wytrążek, A. Kabsch (red.). *Kierunki rozwoju neurofizjologii klinicznej, fizjoterapii i terapii manualnej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego.
- Dąbrowski Z., Marchewka A., Żołądź J.A. (red.) (2012). *Fizjologia starzenia się. Profilaktyka i rehabilitacja*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Gębka D., Kędziora-Kornatowska K. (2012). Korzyści z treningu zdrowotnego osób w starszym wieku. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 93(2), 256–259.
- Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (red.) (2006). *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów*. Gdańsk: Wydawnictwo Medyczne „Via Medica”.
- Guszkowska M., Kozdroń A. (2009). Wpływ ćwiczeń fizycznych na stany emocjonalne kobiet w starszym wieku. *Gerontologia Polska*, 17(2), 71–78.



- Jajor J., Nonn-Wasztan S., Rostkowska E., Samborski W. (2013). Specyfika rehabilitacji ruchowej osób starszych. *Nowiny Lekarskie*, 82(1), 89–96.
- Kassolik K., Andrzejewski W., Kaczmarski T., Trzęsicka E. (2005). Masaż leczniczy w zmianach zwyrodnieniowych szyjnego odcinka kręgosłupa. *Kwartalnik Fizjoterapia*, 13(4), 53–60.
- Kozak-Szkopek E., Galus K. (2009). Wpływ rehabilitacji ruchowej na sprawność psychofizyczną osób w podeszłym wieku. *Gerontologia Polska*, 17(2), 79–84.
- Marchewka A., Jungiewicz M. (2008). Aktywność fizyczna w młodości a jakość życia w starszym wieku. *Gerontologia Polska*, 16(2), 127–130.
- Mazurek J., Rymaszewska J., Lurbiecki J. (2012). Specyfika i czynniki warunkujące skuteczność fizjoterapii osób starszych w świetle najnowszych doniesień. *Nowiny Lekarskie*, 81(1), 70–74.
- Sieroń A., Hese T.R., Sobis J., Cieślar G. (2004). Ocena skuteczności terapeutycznej słabych zmiennych pól magnetycznych o niskiej wartości indukcji u chorych z zaburzeniami depresyjnymi. *Psychologia Polska*, 38(2), 217–225.
- Vogel T., Brechat P.H., Leprêtre P.M., Kaltenbach G., Berthel M., Lonsdorfer J. (2009). Health benefits of physical activity in older patients: A review. *International Journal of Clinical Practice*, 63(2), 303–320.
- Wieczorowska-Tobis K., Kostka T. (2010). *Fizjoterapia w geriatrici*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.



## CZĘŚĆ III

# TERAPIE SPECYFICZNE



# Zaburzenia mowy w chorobie Parkinsona

## Streszczenie

Choroba Parkinsona jest wieloobjawowa. Człowiek starszy z tą jednostką chorobową może cierpieć na dyzartrię i dysfagię. Postępy terapii uzależnione są od pojawienia się i stopnia nasilenia współwystępujących objawów, takich jak otępienie, depresja czy zaburzenia poruszania się. W celu prowadzenia skutecznej terapii na samym początku należy przeprowadzić dokładną, interdyscyplinarną diagnozę. Diagnoza neurologopedyczna powinna obejmować ocenę budowy i sprawności narządów artykulacyjnych, rozumienie i nadawanie mowy. Bardzo istotne są także ocena funkcji słuchowych oraz poznawczych.

**Słowa kluczowe:** choroba Parkinsona, diagnoza neurologopedyczna, dyzartria, dysfagia, terapia neurologopedyczna.

## Speech disorders in Parkinson's disease

### Summary

Parkinson's disease is polysymptomatic. An old person with this medical condition can suffer from dysarthria and dysphagia. Advances of therapy depend on the appearance and the

severity of co-symptoms such as dementia, depression or mobility disorders. At the beginning, for effective therapy, an exact, interdisciplinary diagnosis should be made. Neurologopedic diagnosis should include the evaluation of the structure and efficiency of speech organs, understanding and producing speech. The assessment of auditory and cognitive functions are very important.

**Keywords:** Parkinson's disease, neurologopedic diagnosis, dysarthria, dysphagia, neurologopedic therapy.

## Choroba Parkinsona

W pierwszej części artykułu omówiono patogenezę choroby Parkinsona (chP). Przeanalizowano sposób rozpoznawania tej choroby oraz jej charakterystyczne objawy. Przedstawione zostały także diagnoza neurologopedyczna oraz ogólne zalecenia terapeutyczne.

### Patogeneza i rozpoznawanie

Drżączka porażna to choroba ośrodkowego układu nerwowego, dla której charakterystyczny jest zanik istoty czarnej śródmózgowia. W 1817 roku opisał ją angielski lekarz – James Parkinson. *Paralysis agitans* najczęściej pojawia się między 55. a 65. rokiem życia. Mniejszą liczbę ludzi z tą chorobą odnotowuje się w Chinach i Japonii. W Polsce na parkinsonizm idiopatyczny cierpi od 60 do 80 tysięcy osób; jedynie połowa z nich jest leczona (Gawęda, Łazewski 2012). Wynika z tego, że 30, a nawet 40 tysięcy osób z chP nie zostało objętych

leczeniem. Należy pamiętać, że chP to choroba postępująca (Gawęda, Łazewski 2012). Częściej chorują na nią mężczyźni – ryzyko zachorowania w ich przypadku jest 1,5 razy większe niż odnotowane w odniesieniu do kobiet (Ackermann-Szulgit 2013). Choroba Parkinsona to częsta choroba neurozwyrodnieniowa, której mechanizm powstawania w większości nie jest znany.

W procesie neurozwyrodnieniowym w chP odgrywają rolę autonomiczne i nieautonomiczne procesy komórkowe (Hirsch, Jenner, Przedborski 2013, s. 51).

Do autonomicznych mechanizmów zalicza się nieprawidłową regulację homeostazy wapnia, upośledzenie procesów degeneracji mitochondriów oraz zaburzenia bioenergetyki mitochondriów. Natomiast do mechanizmów nieautonomicznych wlicza się procesy zapalne ośrodkowego układu nerwowego

[...] oraz przypominające działanie prionów zachowanie nieprawidłowo sfałdowanych białek. Przyczyną obumierania komórek w chP jest zatem najprawdopodobniej wieloczynnikowa kaskada zdarzeń patogennych, co sugeruje, że skuteczne neuroprotektoryjne leczenie chP może wymagać licznych interwencji lekowych (Hirsch, Jenner, Przedborski 2013, s. 51).

Zmiany patologiczne w chP obejmują nie tylko neurony dopaminergiczne istoty czarnej. Zajmowane są także inne populacje neuronów. Należy dodać, że w tym procesie pośredniczą nieneuronalne komórki (Hirsch, Jenner, Przedborski 2013). *Paralysis agitans* rozpoczyna się zwykle jednostronnie. Analizując etiologię chP, należy zwrócić uwagę na fakt, że istotne w tej chorobie są czynniki genetyczne i środowiskowe (Opala 2008). W idiopatycznej chorobie Parkinsona występuje zespół pozapiramidowy – zespół hipertoniczno-hipokinetyczny. Objawami tego zespołu jest

sztynność mięśni, bradykinezja, czyli spowolnienie ruchowe. Występuje hipomimia, która charakteryzuje się tym, że twarz jest „maskowata” (uboga mimika). Dodatkowo w chP pojawiają się drżenie spoczynkowe, mikrografia – zaburzenia pisania, zaburzenia mowy. Mowa powoli staje się cicha, monotonna, pogarsza się artykulacja. Czasami występuje akatyzya, która polega na odczuwaniu przymusu „nagłej zmiany pozycji ciała” (Podemski, Budrewicz 2008, s. 137–138). W parkinsonizmie idiopatycznym upośledzone są odruchy postawne, chory traci stabilność postawy i chodu (Podemski, Budrewicz 2008). Oprócz drżenia spoczynkowego, które jest obserwowane w momencie, gdy pacjent nie wykonuje żadnych ruchów, występują bardziej zauważalne drżenia po jednej stronie ciała chorego. Wyróżnia się też drżenie samostne, najczęściej symetryczne, nasilające się w przypadku wykonywania ruchów rękami, które są obciążone ciężarem (Gawęda, Łazewski 2012). W chP mamy do czynienia także z zaburzeniami mowy w postaci dyzartrii oraz trudności w połykaniu – dysfagii. W drżączce porażnej występują również zaburzenia pozamotoryczne. Zalicza się do nich zaburzenia wegetatywne oraz nieprawidłowe funkcjonowanie termoregulacji. Zaburzone są żołądkowo-jelitowe czynności, potencja oraz proces oddawania moczu. Wyróżnia się też zaburzenia psychiczne, głównie depresję i bradyfrenię – spowolnienie psychiczne. U człowieka z idiopatyczną chP może występować otępienie. Pacjent ma trudności ze snem oraz prawidłowym czuciem. Pojawiają się bóle i czucie opaczne. Chory ma zaburzenia w sferze węchu – cechuje go zmniejszona zdolność do wyczuwania zapachów lub nawet całkowity brak funkcji węchu (Ackermann-Szulgit 2013).

Choroba Parkinsona powoduje znaczne ograniczenie aktywności życia codziennego. W przypadku *paralysis agitans* pojawia się wzmożone napięcie mięśniowe. Może być ono niejednakowe po obu stronach ciała pacjenta. Mięśnie tułowia i kończyn sztywnieją. Chory ma problem, aby usiąść i wstać z krzesła. Drżeniu



ulegają także stopy. Pacjent porusza się drobnymi kroczkami. Osoba z idiopatyczną chP ma trudności ze zrobieniem pierwszego kroku. Poruszaniu może towarzyszyć także „szuranie podszwami” – chory nie może oderwać stóp od podłogi, występuje powłóczenie nogami. W czasie chodzenia nie obserwuje się ruchu rąk. Głowa jest pochylona do przodu, tułów sztywny, przechylony także do przodu bądź pochylony do tyłu. Chory przypomina wyglądem osobę pod wpływem alkoholu. Kolana, łokcie i dłonie są w położeniu zgięciowym. W czasie chodzenia obserwuje się, że łokcie są lekko zgięte i odsunięte od tułowia. Palce rąk mają ułożenie daszkowate (Gawęda, Łazewski 2012). Choroba Parkinsona, gdy postępuje, może dodatkowo powodować, że chory przy siadaniu bezwładnie opada na krzesło. Pojawiają się bóle, które przypominają bóle gośćcowe. Występują także napady pocenia się, ślinotok oraz zaburzenia czynności krążenia. Obserwuje się również zawroty głowy po wstaniu albo po zmianie pozycji podczas snu. Charakterystyczne są także zgagi, nudności, zaparcia oraz bóle nadbrzusza. Może pojawić się upośledzenie smaku (Gawęda, Łazewski 2012).

W celu rozpoznania chP należy przejść przez trzy etapy diagnostyczne. Takie zalecenia zostały wprowadzone przez Queen Square Brain Bank. Wyróżniono etap rozpoznawania zespołu parkinsonowskiego, na drugim etapie wyklucza się chorobę Parkinsona, a ostatni etap dotyczy dodatnich prospektywnych kryteriów wspierających rozpoznanie chP. Na pierwszym etapie należy stwierdzić bradykinezę oraz co najmniej jeden z podanych poniżej objawów. Należą do nich:

[...] sztywność mięśni, drżenie spoczynkowe o częstotliwości 4–6 herców, niestabilność postawy niezwiązana z pierwotnymi zaburzeniami czynności wzroku, przedsionka, mózdzku lub czucia położenia (Berardelli i in. 2013, s. 9).

Do kryteriów wykluczających chP zalicza się narażenie na 1-metylo-4-fenyl-1,2,3,6-tetrahydropirydynę (MPTP) oraz stwierdzenie braku odpowiedzi klinicznej na duże dawki lewodopy (po wykluczeniu zaburzeń wchłaniania). Innym kryterium wykluczającym chP jest występowanie objawu Babińskiego, objawów mózdkowych oraz guza mózgu lub wodogłowia komunikującego na obrazie tomografii komputerowej. Należy wykluczyć także wczesne i ciężkie zaburzenia czynności wegetatywnych oraz wczesne i ciężkie otępienie z zaburzeniami pamięci, mowy i zdolności wykonywania złożonych ruchów celowych. ChP nie występuje w przypadku nadjądrowego porażenia spojrzenia, trwałej remisji objawów. Nie można stwierdzić idiopatycznej chP w przypadku wyłącznie jednostronnych objawów, które występują powyżej trzech lat od początku choroby. Kryteria wykluczające chP to również leczenie neuroleptykami w chwili wystąpienia objawów oraz napady wejrzeniowe. Wykluczają chP także informacje z wywiadu, dotyczące powtarzających się urazów głowy, jednoznacznie potwierdzonego zapalenia mózgu oraz nawracających udarów mózgu ze skokowym nasilaniem się objawów parkinsonowskich. Istnieje też kryterium wymagające weryfikacji w przyszłości. Dotyczy ono sytuacji, gdy podobne objawy występowały u więcej niż jednego krewnego osoby chorej. Ważne są dodatnie prospektywne kryteria wspierające rozpoznanie chP.

W celu ustalenia pewnego rozpoznania należy potwierdzić co najmniej trzy cechy kliniczne z podanych: jednostronny początek objawów, drżenie spoczynkowe, postępujący przebieg zaburzeń oraz bardzo dobra odpowiedź na leczenie lewodopą. Odpowiedź ta powinna być w granicach między 70% a 100%. Do innych kryteriów można zaliczyć nasilone ruchy płasawicze wywołane lewodopą, pogorszenie węchu oraz omamy wzrokowe. Do kryteriów, które wymagają weryfikacji w przyszłości, należy utrzymywanie się objawów przez co najmniej 10 lat, utrzymywanie się odpowiedzi na lewodopę przez co najmniej 5 lat oraz utrzymywanie się

asymetrii objawów bardziej nasilonej po stronie, która była zajęta jako pierwsza (Berardelli i in. 2013).

Parkinsonizm idiopatyczny może występować w różnych stopniach zaawansowania. Według Skali Hoehna–Yahra wyróżnia się 6 stopni. Otrzymująca 0 punktów osoba nie ma żadnych objawów chP. U chorego z 1 punktem pojawiają się objawy jednostronne. Pacjent z 2 punktami ma objawy obustronne, ale bez zaburzeń postawy. Stwierdzając 3 punkty, potwierdza się objawy obustronne, które mogą być łagodne lub umiarkowane. W tym przypadku występują zaburzenia postawy. Chory w dalszym ciągu pozostaje samodzielny. Chory z 4 punktami nadal może chodzić i stać bez pomocy, stwierdza się jednak ciężką niesprawność pacjenta. Chory, który otrzyma 5 punktów, porusza się na wózku inwalidzkim lub leży; wymaga on pomocy drugiej osoby (Opala 2008).

W celu rozpoznania chP należy przeprowadzić kompleksową diagnostykę. Powinny to być badania laboratoryjne, rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa oraz badania izotopowe. Badania muszą być bardzo dokładne. Należy wykluczyć inne schorzenia, które dają podobne objawy. Do takich schorzeń należy guz mózgu czy udar mózgu. Obecnie

[...] nie mamy do dyspozycji tzw. markera biologicznego, czyli badania, które pozwoliłoby w sposób jednoznaczny potwierdzić chorobę Parkinsona – tłumaczy prof. Opala. – Opiaramy się na obserwacji objawów klinicznych (Markłowska 2003, s. 5).

## Dyzartria

Dyzartria oznacza

[...] zaburzenia oddechowo-fonacyjno-artykulacyjno-prozodyczne spowodowane uszkodzeniem ośrodków i dróg unerwiających aparat mówienia (Lewandowski, Tarkowski 1989, s. 8).

Cechą deficytową dyzartrii oraz jej kryterium diagnostyczno-różnicowym względem innych jednostek patologii mowy jest zaburzenie realizacji wypowiedzi. Trudności dotyczą wyłącznie aktu wykonawczego. Badanie logopedyczne powinno obejmować takie sfery, jak: artykulacja, prozodia, fonacja, oddychanie i motoryka narządów mowy (Panasiuk 2012, s. 312).

W celu poprawnego zdiagnozowania dyzartrii należy wykonać badanie neurologiczne oraz foniatryczne. Ocena neurologiczna dotyczy stanu układu nerwowego oraz schorzeń neurologicznych. Natomiast badanie foniatryczne ma na celu ocenę stanu i funkcjonowania więzadeł głosowych oraz mięśni pierścienia zwierającego gardło.

Problem dyzartrii sporadycznie pojawia się w opisach zaburzeń afatycznych; zwykle związany jest z kwestią odróżniania objawów dyzartrii i afazji motorycznej – dotychczas nie wypracowano jednak koniecznych do tego wyraźnych kryteriów (Panasiuk 2012, s. 312–313).

Różnicując zaburzenia afatyczne i dyzartrię, należy zwrócić uwagę na dynamikę zmian.

Rodzaj zniekształceń w dyzartrii jest względnie stały, niezależnie od rodzaju wykonywanych czynności językowych. [...] zaburzenia realizacji głosek w dyzartrii nie znajdują analogii w piśmie, podczas gdy trudności motoryczne w wymowie osób z afazją ujawniają się także w tekstach pisanych (Panasiuk 2012, s. 314).

W przypadku różnicowania objawy afazji wycofują się, a w dyzartrii są względnie stałe. Wyjątek stanowi afazja pierwotna postępująca. W jej przypadku objawy nasilają się wraz z postępem

neurodegeneracyjnej choroby (Panasiuk 2012). U osób z dyzartrią częstość oddechów jest zwiększona. Dyzartryk na jednym wydechu może wypowiedzieć jedynie parę słów. Może to być krótkie zdanie lub tylko jedna sylaba. Twarz osób z dyzartrią jest pozbawiona ruchów mimicznych. Jednocześnie pojawiają się na niej skurcze mimowolne, np. uśmiech. W przypadku łagodnej postaci dyzartrii występuje wadliwa artykulacja. Trudności dotyczą przede wszystkim głosek dentalizowanych (Styczek 1983). Dyzartryk lepiej wypowiada samogłoski niż spółgłoski. Charakterystyczne dla wypowiedzi osób z dyzartrią są elizje, substytucje oraz deformacje głosek. Znamiennej cechą jest także niewyraźna, powolna oraz afoniczna mowa. Nierzadko mowa jest nosowa. Wynika to z opadnięcia podniebienia miękkiego (Tłokiński 2005). Oprócz dyzartrii można stwierdzić anartrię. U osób ze zdiagnozowaną anartrią zrozumienie wypowiedzianych słów jest niemożliwie (Podemski, Słotwiński 2008b).

Istnieje kilka podziałów dyzartrii – ze względu na: występujące objawy; lokalizację uszkodzenia; główny patomechanizm uszkodzenia, który powoduje motoryczne dysfunkcje narządu mowy; typ uszkodzenia. Poniżej opisano klasyfikację ze względu na typ uszkodzenia. Jej autorką jest Maria Pąchalska. Klasyfikacja ta wyróżnia sześć rodzajów dyzartrii. Pierwszy to dyzartria korowa. Uszkodzona zostaje kora mózgowa w miejscu pól odpowiedzialnych za wydawanie głosu – stanowiących korową reprezentację mięśni narządów mowy. Następstwem tej dyzartrii staje się często jednostronne zwiększone napięcie mięśniowe. Współwystępuje ona z afazją. Zaburzona są artykulacja, fonacja, oddech. Widoczne są „zmiany w tempie mowy, w melodii i akcentowaniu” (Tłokiński 2005, s. 915–918). Kłopoty pojawiają się w przypadku bardziej skomplikowanych wyrazów. Drugi rodzaj dyzartrii nazywany został piramidową. Dyzartria nadjądrowa obejmuje drogi piramidowe, poczynając od okolicy ruchowej, aż do jąder nerwów czaszkowych, które są zlokalizowane w pniu mózgu. Ważne jest,

że unerwiają one narządy mowy. Występuje tu spastyczność narządów mowy, która jednak zmniejsza się przy powtarzaniu ruchów. Mogą się pojawić problemy z prawidłowym połykaniem. Mowa jest „bełkotliwa, niepełna, spowolniona, szczególne trudności w wymowie spółgłosek, zwłaszcza wargowych i zębowych” (Tłokiński 2005, s. 918). Kolejny rodzaj dyzartrii to pozapiramidowa (podkorowa). Występuje ona często w przebiegu choroby Parkinsona. Mięśnie są sztywne. Zmniejsza się ruchliwość warg i języka. Miejscem uszkodzenia jest układ pozapiramidowy, dokładnie zaś jądro podkorowe – ciało prążkowane i gałka błada. Uszkodzeniu ulegają również jądro czerwienne oraz drogi nerwowe, które prowadzą do jąder podkorowych. Mowa w tym przypadku staje się spowolniona, bełkotliwa. Z drugiej strony – może być przyspieszona. Zmienia się brzmienie głosu. Wypowiedzi w przypadku dyzartrii pozapiramidowej mogą być całkowicie niezrozumiałe. Czwarty rodzaj to dyzartria ataktyczna. Spowodowana jest ona uszkodzeniem mózdzku. Mowa staje się skandowana i bełkotliwa. Występują trudności w szybkim powtarzaniu słów. Czasami wypowiedzi są wybuchowe, towarzyszą im grymasy twarzy. W przypadku dyzartrii mózdkowej napięcie mięśniowe jest obniżone. Pojawiają się

[...] zaburzenia koordynacji pracy mięśni artykulacyjnych; niemożność zwolnienia przyspieszonych ruchów artykulacyjnych; niemożność szybkiej zmiany położenia języka; współwystępuje z ataksją (Tłokiński 2005, s. 918).

Kolejny rodzaj dyzartrii to postać opuszkowa. Uszkodzenie obejmuje jądra nerwów czaszkowych, które znajdują się w opuszcce. Uszkodzenie może dotyczyć także nerwów z nich wychodzących i unerwiających narząd artykulacyjny. Mowa jest cicha i niewyraźna. Obserwuje się trudności w wymawianiu głosek wargowych, następnie zębowych i gardłowych. W przypadku tej dyzar-

trii odnotowuje się nosowanie. Ruchy artykulacyjne są nieskoordynowane oraz nieuporządkowane. Dyzartria opuszkowa charakteryzuje się wiotkim niedowładem mięśni artykulacyjnych. Obserwuje się trudności w połykaniu i żuciu. Upośledzona zostaje również fonacja. Ostatni rodzaj dyzartrii – obwodowa – dotyczy nieprawidłowej pracy efektorów. Miejsce uszkodzenia to obwodowe nerwy, które unerwiają mięśnie narządów mowy. W tym przypadku występują różne zaburzenia artykulacji – wszystko zależy od tego, który nerw jest uszkodzony (Tłokiński 2005).

## Dysfagia

Dysfagia oznacza trudności w prawidłowym połykaniu. Znaczącą rolę odgrywają tu nerwy czaszkowe – IX, X (błądny), XI oraz XII. Nerw IX – językowo-gardłowy – odpowiada za sam proces połykania oraz za wydzielanie śliny. Decyduje on również o przewodzeniu bodźców smakowych. Nerw X – błądny – odpowiada za proces przełykania, mówienie oraz smak. Reguluje także pracę narządów wewnętrznych. Symptodem uszkodzenia tego nerwu jest dysfagia. Nerw XI – dodatkowy – odpowiada za proces połykania, kąsanie, gryzienie oraz fonację. Bierze również udział w unoszeniu ramion, obracaniu głowy. Nerw XII – podjęzykowy – uczestniczy w ruchach języka oraz koordynacji przy procesie ssania. Należy pamiętać, że dysfagia obejmuje także problemy z czuciem smaku. Bardzo ważne w przypadku trudności w połykaniu jest zwrócenie uwagi na cały łańcuch neuromięśniowy. Chodzi o jeden z łańcuchów przednio-tylnych – o łańcuch językowy, który zaczyna się na wysokości szczytynki. Następnie przechodzi w okolicach błony bębenkowej, a jego zakończenie znajduje się na kciukach oraz dużych palcach u nóg. „Taki przebieg neuromięśniowy buduje pierwszy obwód ręka – usta i ma związek z funkcją ssania i połykania” (Regner 2015, s. 85–86).

## Depresja

Depresja jest zaburzeniem psychicznym charakteryzującym się znacznym obniżeniem nastroju, poczuciem smutku, przygnębienia, połączonym ze spadkiem tempa procesów psychicznych i ruchu, zaburzeniami apetytu, rytmu snu i czuwania (Osiejuk-Łojek 1997, s. 201).

Dla depresji w parkinsonizmie idiopatycznym charakterystyczny jest podwyższony poziom dysforii. Pojawiają się również: pesymistyczna wizja przyszłości, irytacja, smutek oraz myśli samobójcze. Nie występuje jednak samooskarżenie, poczucie winy, porażki czy bycia karanym.

Cechą wyróżniającą depresję w parkinsonizmie jest także niska liczba rzeczywistych prób samobójczych, mimo częstych fantazji na temat samobójstwa (Osiejuk-Łojek 1997, s. 201).

Warto pamiętać, że zaburzenia nastroju pojawiają się częściej, gdy dana osoba ma wyraźne zaburzenia postawy ciała, chodu. Zaobserwowano również ścisły związek między cechami introwertycznym, a pojawieniem się symptomów depresji (Osiejuk-Łojek 1997). Należy uwzględnić, że

[...] pogorszenie choroby, oceniane przez neurologa jako niewielkie, może wywołać u pacjenta diametralną zmianę stanu psychicznego, prowadzącą niekiedy do depresji (Osiejuk-Łojek 1997, s. 204).

## Pozostałe objawy w chorobie Parkinsona

U osób z chP „pojawia się „zastyganie” w czasie ruchu, określane jako „przymrożenie” (*freezing*) (Opala 2008, s. 326). Ludzie z pa-



*ralysis agitans* mają także zespół niespokojnych nóg. U osób z parkinsonizmem idiopatycznym występują również zaburzenia snu, którym towarzyszą szybkie ruchy gałek ocznych (Opala 2008). Osoby z drżączką porażną mają zaburzenia sublingwistyczne pod postacią hypofonii. Występuje również powtarzanie słów, fraz czy sylab – palilalia. Zaburzenia nasilają się podczas napięcia psychicznego, wyczerpania. Zmniejszają się natomiast w czasie relaksu (Kądziaława 1997).

W chorobie Parkinsona możemy mieć również do czynienia z otępieniem pierwotnym. Związane jest ono z postępującymi, pierwotnie zwyrodnieniowymi procesami ośrodkowego układu nerwowego (Podemski, Słotwiński 2008a).

## Praca neurologopedyczna

Poniżej omówiono elementy, które powinna zawierać dokładna diagnoza neurologopedyczna pacjenta z chP.

### Diagnoza neurologopedyczna

Pierwszym istotnym krokiem w pracy logopedy jest przeprowadzenie dokładnego wywiadu z pacjentem. Informacje uzyskane podczas wywiadu powinny obejmować dane osobowe pacjenta, dane o jego środowisku domowym, warunkach socjalnych i materialnych. Istotne jest również przeanalizowanie chorób występujących w rodzinie oraz chorób badanego (wraz z dokładnym zapoznaniem się z dokumentacją medyczną). Podczas prowadzenia wywiadu należy obserwować zachowanie pacjenta. Dane z obserwacji mogą dostarczyć wielu niezbędnych informacji o chorym.

Kolejną ważną składową odpowiedniej diagnozy neurologopedycznej jest przeprowadzenie badania przez logopedę. Należy ocenić budowę i sprawność narządów artykulacyjnych. Podczas

wykonywania poszczególnych prób przez pacjenta zwraca się uwagę na ewentualne drżenia w obrębie narządów mowy.

Na analizę nadawania i rozumienia mowy przez pacjenta składa się ocena jego zasobu słownictwa, umiejętności budowania wypowiedzi, artykulacji poszczególnych głosek, głosu, sposobu oddychania oraz tempa mówienia.

Istotna jest ocena funkcji poznawczych, do której można wykorzystać MMSE – Mini-Mental State Examination. Diagnozując dysfagię, można użyć Skali Nasilenia Dysfagii. Służy ona do opisu głębokości zaburzeń połykania. Skala ta została opracowana przez American Speech-Language-Hearing Association. Za jej pomocą klasyfikuje się zaburzenia połykania w ośmiu podgrupach – przyznając odpowiednią liczbę punktów. Badany, który otrzyma 0 punktów, nie może być poddany testom ze względu na np. ciężki stan ogólny. Zaburzenie u pacjenta z 1 punktem określone zostaje jako połykanie niefunkcjonalne. Natomiast u chorego z 2 punktami stwierdza się połykanie możliwe. Jest ono jednak zdezorganizowane i opóźnione. Ze względu na te zaburzenia połykanie nie zapewnia zaspokojenia potrzeb pokarmowych człowieka. U niepełnosprawnego z 3 punktami pojawia się połykanie zaburzone. Zaspokojenie potrzeb pokarmowych przez chorego jest niemożliwe. W takim przypadku potrzebna staje się pomoc w trakcie jedzenia. U osoby, która otrzymuje w skali 4 punkty, stwierdza się zaburzenia połykania. Chory może jednak zaspokoić swoje potrzeby żywieniowe – wymaga to kontroli i wykorzystania technik wspomagających. Badany z 5 punktami połyka funkcjonalnie. Może zaspokoić potrzeby żywieniowe. Musi jednak używać technik samokontroli, postępować zgodnie ze wskazówkami. Ważne, aby stosował także odpowiednie techniki podczas połykania. Pacjent, który otrzyma 6 punktów, połyka przez większość czasu funkcjonalnie. Sporadycznie występują nieprawidłowości, czynność jedzenia jest wydłużona. Chory, któremu przyznano

7 punktów, ma połykanie w normie. Taka osoba połyka prawidłowo w każdej sytuacji.

Ważna jest także ocena funkcji słuchowych. Przydatne w tym przypadku jest wykonanie orientacyjnego badania słuchu. Podczas całego badania neurologopedycznego istotne jest obserwowanie pacjenta.

## Leczenie neurologopedyczne

W chP, aby zmniejszyć nadmierne napięcie mięśni aparatu mowy, należy wykonywać ćwiczenia oddechowe, głosowe oraz artykulatoryjne. W idiopatycznej chP mówienie utrudnia m.in. ograniczenie ruchliwości żuchwy. W tym przypadku można zastosować masaż stawu skroniowo-żuchwowego. Staw należy masować codziennie. Zastosowanie technik rozcierania ułatwi wykonywanie ruchów obniżania i unoszenia żuchwy. Dzięki rozcieraniu można uzyskać rozluźnienie mięśni oraz złagodzić ból. Należy pamiętać, że podczas masażów w obrębie twarzy ręce osoby masującej muszą być czyste. Natomiast twarz pacjenta powinna być umyta. Zmiany ułożenia żuchwy na początku muszą dokonywać się tylko w wyobraźni pacjenta. Powoduje to skupienie chorego na tej czynności, dzięki czemu uzyskuje się pewne rozluźnienie mięśni. To natomiast pozwala na automasaż, po którym należy – obserwując własną twarz w lusterku – przejść do wybranych ćwiczeń usprawniających pracę żuchwy (Gawęda, Łazewski 2012). Automasaż stosuje się także w przypadku warg, języka, policzków, brwi, czoła oraz szyi (Gawęda, Łazewski 2012).

Jeśli występują trudności w obszarze ustno-twarzowym, można korzystać także z masażu obszarów neuromotorycznych. Metoda ta jest stosowana m.in. w przypadku nieprawidłowego napięcia mięśniowego, neuralgii oraz asymetrii twarzy.

Obszary neuromotoryczne na twarzy są strefami reaktywnymi, przez które można uzyskać określone odpowiedzi ruchowe jednego mięśnia lub łańcuchów mięśniowych po zastosowaniu tam bodźców proprioceptywnych i/lub dotykowych (Regner 2015, s. 79).

Jako jeden z pierwszych stymulację neuromotoryczną twarzy zaproponował Rodolfo Castillo Morales. Praca w obrębie tych obszarów skutkuje uaktywnieniem mięśni mimicznych. Powoduje również wyzwalanie odruchów i wzmacnianie ruchów dowolnych związanych z odpowiednim ssaniem, żuciem, gryzieniem, połykaniem oraz artykulacją. Obszary neuromotoryczne powinny być stymulowane w odpowiedniej kolejności: jako pierwszy – obszar górny nosa, potem stymuluje się obszar kątów zewnętrznych oczu, kolejno przechodzi się do obszaru wargi górnej, następnie pracuje się nad obszarem skrzydeł nosa, później zaś stymuluje się obszar kątów warg, a jako przedostatni – obszar bródkowy. Na samym końcu pracuje się nad obszarem dna jamy ustnej (Regner 2015).

Następnie można rozpocząć ćwiczenia oddechowe. Mają one na celu przedłużenie fazy wydechowej. Wskazane jest oddychanie dolnożebrowe, brzuszno-przeponowe. Istnieje także sposób opierający się na podparciu oddechowym. Nie powinien on być jednak stosowany w przypadku osób z chP.

Nieumiejętne dozowanie napięcia mięśni wdechowych i wydechowych działających równocześnie może wpływać na pogorszenie stanu chorobowego (Gawęda, Łazewski 2012, s. 49–50).

Ćwiczenia warg są bardzo ważne – ich sprawność decyduje o wyrazistości mówienia. Ćwiczenia takie wpływają również na muskulaturę policzków oraz mimikę twarzy (Gawęda, Łazewski 2012). Należy także dbać o sprawność języka. Jest on potrzeby m.in. do wypowiedzania wielu głosek w sposób prawidłowy.

Artykulacja głosek jest bardzo istotna u osób z chP. U pacjentów z parkinsonizmem idiopatycznym zaburzenia w zakresie prawidłowej artykulacji głosek mogą być spowodowane przez zaburzenia w zakresie czynności warg. Mamy wówczas do czynienia z nieprawidłową artykulacją samogłosek. Samogłoski [e] i [i] są nieprawidłowo realizowane ze względu na trudności z cofnięciem kącika warg. Trudności z artykulacją głoski [o] i [u] wynikają z niemożności wyciągnięcia warg do przodu oraz ich zaokrąglenia. Trudności z głoską [i] oraz [y] występują ze względu na małą ruchliwość warg. Dochodzi tu do zacierania się różnic artykulacyjnych między głoską [i] i [y].

W pewnym stadium choroby na skutek wzmożonego napięcia mięśni i potęgującego się bólu może wystąpić jednoczesne ograniczenie ruchliwości warg i języka. Z tych przyczyn nieprawidłowo wymawiane bywają spółgłoski (Gawęda, Łazewski 2012, s. 64).

Na skutek wzmożonego napięcia mięśni warg i języka w postaci patologicznej spółgłoski mogą być bardzo zniekształcone. Nieprawidłowo najczęściej realizowane są spółgłoski wargowo-zębowe [f], [w] oraz dwuwargowe [p], [b], [m]. Aby głoski [f] i [w] były prawidłowo wymawiane, musi powstać szczelina między górnymi siekaczami a dolną wargą. W chP szczelina tworzy się między obiema wargami. Zamiast głosek wargowo-zębowych powstają głoski dwuwargowe. Mimo że nie jest to prawidłowa realizacja tych głosek, ułatwia to rozumienie słów wymawianych przez chorego. Nieprawidłowo mogą być realizowane również spółgłoski wargowe. Głoska [b] jest słyszana jako [w] dwuwargowe, [p] jak [f] dwuwargowe, a [m] jak [n]. Do wad, które mogą powstać na skutek nieprawidłowej pracy warg i języka, zalicza się zniekształcenia głosek [sz], [ż], [cz], [dż].

Przy wymawianiu spółgłosek szczelinowych sz, ż i zwarto-szczelinowych cz, dż zwarcia lub zbliżenia narządów mowy ulegają różnorodnym zaburzeniom (Gawęda, Łazewski 2012, s. 65, 68–70).

Jeśli mamy do czynienia z nieprawidłowym funkcjonowaniem podniebienia miękkiego, samogłoski ustne mogą być unosowione. Najbardziej widać to w przypadku samogłosek [u] i [i]. Dzieje się tak dlatego, że przy ich wymowie powinno nastąpić najdokładniejsze zwarcie tylnej ściany gardła z podniebieniem miękkim.

## Zakończenie

Praca neurologopedyczna jest niezwykle ważna w przypadku osób doświadczających następstw choroby Parkinsona. Jej skuteczność zależy od wielu czynników. U podstaw efektywnych oddziaływań leży dobra znajomość komponentów jednostki chorobowej oraz właściwa diagnostyka i programowanie pracy logopedycznej.

## Bibliografia

- Ackermann-Szulgit D. (2013). Wykonanie testu Stroopa u kobiet i mężczyzn z chorobą Parkinsona po talamotomii prawo- i lewostronnej oraz u osób zdrowych. W: J.J. Błeszyński (red.). *Medycyna w logopedii. Terapia – wspomaganie – wsparcie. Trzy drogi – jeden cel*. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- Berardelli A., Wenning G.K., Antonini A., Berg D., Bloem B.R., Bonifati V., Brooks D., Burn D.J., Colosimo C., Fanciulli A., Ferreira J., Gasser T., Grandas F., Kanovsky P., Kostic V., Kulisevsky J., Oertel W., Poewe W., Reese J.P., Relja M., Ruzicka E., Schrag A., Seppi K., Taba P., Vidailhet M. (2013). Zalecenia

- EFNS/MDS-ES dotyczące rozpoznawania choroby Parkinsona. *Medycyna Praktyczna. Neurologia*, 4, 7–36.
- Gawęda K., Łazewski J. (2012). *Rehabilitacja mowy w chorobie Parkinsona*. Warszawa: Wydawnictwo RM.
- Hirsch E.C., Jenner P., Przedborski S. (2013). Patogeneza choroby Parkinsona. *Medycyna Praktyczna. Neurologia*, 2, 51–59.
- Kądziaława D. (1997). Zaburzenia językowe po uszkodzeniach struktur podkorowych mózgu. W: A. Herzyk, D. Kądziaława (red.). *Związek mózg – zachowanie w ujęciu neuropsychologii klinicznej*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Lewandowski A., Tarkowski Z. (1989). *Dyzartria. Wybrane problemy etiologii, diagnozy i terapii*. Warszawa: Wydawnictwo ZSL.
- Markłowska M. (2003). Poprawa zdrowia Ojca Świętego mobilizuje chorych do walki. Choroba drżących rąk. Przykład papieża Jana Pawła II dowodzi, że medycyna nie jest bezradna wobec Parkinsona. *Dziennik Zachodni*, 92, 5.
- Opala G. (2008). Choroby układu pozapiramidowego. W: R. Podemski (red.). *Kompendium neurologii*. Gdańsk: Wydawnictwo Medyczne „Via Medica”.
- Osiejuk-Łojek E. (1997). Deficyty neuropsychologiczne w chorobie Parkinsona. W: A. Herzyk, D. Kądziaława (red.). *Związek mózg – zachowanie w ujęciu neuropsychologii klinicznej*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Panasiuk J. (2012). Diagnoza logopedyczna w przebiegu chorób neurologicznych u osób dorosłych. W: E. Czaplewska, S. Milewski (red.). *Diagnoza logopedyczna. Podręcznik akademicki*. Sopot: Wydawnictwo GWP.
- Podemski R., Budrewicz S. (2008). Podstawowe zespoły neurologiczne. W: R. Podemski (red.). *Kompendium neurologii*. Gdańsk: Wydawnictwo Medyczne „Via Medica”.

- Podemski R., Słotwiński K. (2008a). Zespoły zaburzeń poznawczych. W: R. Podemski (red.). *Kompendium neurologii*. Gdańsk: Wydawnictwo Medyczne „Via Medica”.
- Podemski R., Słotwiński K. (2008b). Zespoły zaburzeń wyższych czynności nerwowych oraz czynności wykonawczych mowy. W: R. Podemski (red.). *Kompendium neurologii*. Gdańsk: Wydawnictwo Medyczne „Via Medica”.
- Regner A. (2015). *Poradnik terapii ustno-twarzowej*. Bytom: Wydawnictwo Ergo-Sum.
- Styczek I. (1983). *Logopedia*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Tłokiński W. (2005). Zaburzenia mowy o typie dysartrii. W: T. Gałkowski, E. Szela, G. Jastrzębowska (red.). *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.



# Wsparcie seniorów z niepełnosprawnością – na przykładzie terapii logopedyczno-psychologicznej osób z chorobą Parkinsona

## Streszczenie

Artykuł dotyczy problematyki kompleksowego wsparcia seniorów z niepełnosprawnością. Autorka opisuje zasady zindywidualizowanego, podmiotowego podejścia do seniorów ze złożonymi trudnościami językowo-komunikacyjnymi – na przykładzie logopedyczno-psychologicznej terapii osób z chorobą Parkinsona. Ukazuje istotne zależności między stanem psychicznym osoby starszej, cierpiącej na postępującą chorobę neurologiczną, a efektywnością i zasadami terapii mowy. Akcentuje znaczenie wspierającej relacji terapeuta – pacjent w podtrzymaniu nadziei i motywacji do udziału w terapii.

**Słowa kluczowe:** osoby starsze, zaburzenia mowy, choroby neurologiczne, logopedia, psychologia.

## Support for elderly persons with disability – exemplified by speech-language and psychological therapy of patients with Parkinson’s Disease

### Summary

The chapter deals with the issue of comprehensive support for seniors with disabilities. It describes the principles of individualized, subjective approach to seniors with complex speech-language disorders – on the example of speech therapy and psychological therapy of people with Parkinson’s disease. There are shown the important relationships between the mental state of an elderly person suffering from progressive neurological disease and the effectiveness and principles of speech therapy. The chapter emphasizes the importance of the therapist’s supportive relationship – the patient in enhancing the hope and motivation to participate in the therapy.

**Keywords:** elderly persons, speech-language disorders, neurologic diseases, speech-language therapy, psychology.

### Wprowadzenie

Tekst skierowany jest do osób zainteresowanych problematyką wsparcia dla seniorów z niepełnosprawnością, ujmowanego interdyscyplinarnie i uwzględniającego zróżnicowane potrzeby osób w wieku późnej dorosłości – na przykładzie wsparcia logopedyczno-psychologicznego udzielanego osobom z chorobą

Parkinsona, korzystającym z terapii w Centrum Logopedycznym Uniwersytetu Warszawskiego<sup>1</sup>.

Wybór choroby Parkinsona jako przykładu schorzenia obrazującego sposoby i metody wsparcia terapeutycznego wynika ze złożoności obrazu tego schorzenia. Różnorodność objawów patologicznych jest wyzwaniem dla logopedy, implikując jednocześnie zastosowanie różnych sposobów terapii. Daje to możliwość zawarcia w artykule opisu wieloaspektowych oddziaływań terapeutycznych.

Rolą terapeuty mowy w kontakcie z osobami w wieku starszym jest dążenie do optymalizacji ich możliwości językowo-komunikacyjnych w takim zakresie, w jakim pozwalają na to ich predyspozycje biopsychiczne. W przypadku osób z chorobą Parkinsona znaczące jest także odpowiednie wspieranie tych chorych, których możliwości komunikacyjne pogarszają się wskutek progresji choroby.

Starość stanowi ostatni okres życia ludzkiego, nieunikniony i jednocześnie wciąż słabo zdefiniowany – zarówno w naukach biologicznych, jak i społecznych. Istnieje wiele periodyzacji tego etapu życia, a jego początek bywa określany bardzo różnie. Stefan Klonowicz (1979) wyodrębnia cztery okresy starości: 60–69 lat – wiek początkowej starości; 70–74 lata – wiek przejściowy między początkową starością a wiekiem ograniczonej sprawności fizycznej i umysłowej; 75–84 lata – wiek zaawansowanej starości;

---

<sup>1</sup> W centrum tym prowadzona jest terapia logopedyczna osób z różnymi zaburzeniami mowy. Znaczącą grupę podopiecznych centrum stanowią osoby dorosłe z nabytymi neurogennymi zaburzeniami mowy (m.in. z chorobą Parkinsona, ataksją rdzeniowo-mózdkową). Zajęcia logopedyczne odbywają się z udziałem studentów kierunku logopedia ogólna i kliniczna. Studenci mają możliwość nawiązania terapeutycznego kontaktu z pacjentem, pod kierunkiem nauczyciela akademickiego, zaś pacjent korzysta z nieodpłatnej terapii wspierającej jego możliwości komunikacji werbalnej.

85 lat i więcej – niedołączna starość. O ile możliwe jest przyjęcie za Światową Organizacją Zdrowia, iż wiek starszy rozpoczyna się po ukończeniu 60. roku życia, to dalsza periodyzacja może budzić kontrowersje. Wiek metrykalny, jakkolwiek stanowi wskaźnik wkroczenia w kolejny etap życia, nie wiąże się jednoznacznie z wiekiem biologicznym i subiektywnym odczuciem „bycia starym lub młodym”. Proces starzenia się ma przebieg wysoce zindywidualizowany w aspekcie zarówno neurobiologicznym, jak i psychologicznym, a na jego zróżnicowanie wpływają czynniki biopsychiczne (genetyczne i epigenetyczne) oraz środowiskowo-kulturowe (m.in. Sosnowska 2012; Gawron, Łojek 2014; Sikora 2014). Definicja i kryteria starości zależą także w znacznej mierze od ustosunkowania się społeczeństwa do tego okresu życia<sup>2</sup>.

W swojej pracy terapeutycznej z osobami starszymi przyjąłam założenie o biopsychicznej jedności człowieka. Założenie to nawiązuje do współczesnych ujęć w psychologii zdrowia, neuropsychologii (Heszen 2014; Pąchalska, Kaczmarek, Kropotov 2014), a korzeniami sięga do nurtu psychologii postaci. W myśl przyjętych założeń wyposażenie biologiczno-genetyczne traktuję jako potencjał możliwy do modyfikacji dzięki aktywności własnej podmiotu i szeroko rozumianemu wsparciu (także wsparciu terapeutycznemu skierowanemu do osób z różnymi formami niepełnosprawności)<sup>3</sup>.

Zaburzenia mowy o etiologii neurogennej stanowią w pracy ze wspomnianą grupą chorych jeden z objawów złożonej niepełnosprawności, szczególnie w sytuacji gdy nasilenie objawów znacząco utrudnia komunikowanie się z otoczeniem.

---

<sup>2</sup> Rolę uwarunkowań społeczno-kulturowych w kształtowaniu postaw wobec osób starszych podkreślała Kinga Wiśniewska-Roszkowska (1989).

<sup>3</sup> Mózg stanowi substrat wszelkiej aktywności biopsychicznej, a jednocześnie pod wpływem tej aktywności następują zmiany neuroplastyczne w strukturze i funkcjach sieci neuronalnych.

Terapia logopedyczna osób z chorobą Parkinsona stanowi długoterminowy proces, wymagający dużego wysiłku i zaangażowania pacjenta. W umiejętnie prowadzonej terapii mowy wsparcie ugruntowane jest na pełnej zaufania relacji terapeuta – pacjent i jednocześnie na elastycznej realizacji takiego programu terapii, który uwzględnia zmieniające się możliwości i potrzeby komunikacyjne każdej osoby korzystającej z terapii. Wybór sposobu wsparcia powinien uwzględniać predyspozycje biopsychiczne pacjenta (somatyczno-emocjonalno-poznawcze) oraz uwarunkowania środowiskowo-kulturowe, np. sieć wsparcia społecznego, z którego pacjent może korzystać, czynniki społeczno-ekonomiczne rzutujące na dostępność terapii.

Jakość życia osób w wieku podeszłym, ujmowana jako subiektywne odczucie satysfakcji z różnych aspektów życiowej aktywności, ma wielorakie uwarunkowania. Czynniki mogące wpływać na poziom jakości życia seniorów są przedmiotem zainteresowania badaczy z różnych dziedzin, wśród których wymienić można m.in. medycynę (szczególnie w nurcie neuropsychiatrii i medycyny humanistycznej), psychologię zdrowia, neuropsychologię, psychologię społeczną, pedagogikę czy socjologię (m.in. Terelak 1995; Nowakowski 2004; Pasik 2005; Dobrzyńska, Rymaszewska, Kiejna 2007; Mossakowska, Więcek, Błędowski 2012; Pąchalska, Kaczmarek, Kropotov 2014).

Proces starzenia się wiąże się z naturalnym ubytkiem sił fizycznych i większą podatnością na choroby somatyczne, co skutkuje tzw. wielochorobowością. Wśród chorób wieku starszego wymienia się m.in.: choroby i dysfunkcje narządów zmysłów (głównie wzroku i słuchu), choroby układu ruchu prowadzące do upośledzenia sprawności funkcjonalnej, choroby układu krążenia (np. nadciśnienie tętnicze, miażdżycę, udar mózgu) czy choroby neurologiczne skutkujące obniżeniem funkcji poznawczych [np. choroba Alzheimera, choroba Parkinsona (Mossakowska, Więcek, Błędowski 2012)].

Zgodnie z przyjętymi założeniami sytuacja uwarunkowanego chorobą spadku sprawności psychofizycznej ujmowana jest jako wieloaspektowy stresor, którego oddziaływanie jest modyfikowane przez przenikające się czynniki biopsychiczne i środowiskowe.

Tabela 1 obrazuje wielość czynników mogących kształtować subiektywną jakość życia seniorów (ze szczególnym uwzględnieniem osób z niepełnosprawnością). Dane zawarte w tabeli należy czytać jako swoisty „przydział zadań” polegających na próbie usuwania lub łagodzenia skutków tych uwarunkowań, które zwiększają ryzyko obniżenia się jakości życia seniorów, jak również na kreowaniu warunków sprzyjających optymalizacji jakości ich życia.

**Tabela 1. Czynniki kształtujące jakość życia seniorów z niepełnosprawnością**

Czynniki ryzyka niskiej jakości życia		Czynniki istotne dla utrzymania wysokiej jakości życia	
uwarunkowania biopsychiczne	uwarunkowania społeczno-kulturowe	uwarunkowania biopsychiczne	uwarunkowania społeczno-kulturowe
Czynniki temperamentalne: wysoka reaktywność emocjonalna, niska odporność na stres	Najczęściej wymieniane zmiany mogące obniżyć jakość życia – stresory: zakończenie pracy zawodowej, śmierć małżonka i przyjaciół	Czynniki temperamentalne: zrównoważona reaktywność emocjonalna, wyższa odporność na stres	Umożliwienie adekwatnego do potrzeb dysponowania czasem: możliwość spokojnego odpoczynku lub bardziej aktywnych form spędzania czasu (np. kluby seniora, kluby taneczne). W przypadku osób starszych z niepełnosprawnością językowo-komunikacyjną spotkania takie są również okazją do terapii mowy – dzięki korzystnym wpływom pozytywnie nacechowanych kontaktów interperso-

			nalnych. Udział w spotkaniach obniża lęk przed negatywną oceną otoczenia (lękowe wycofanie się z kontaktów stanowi częstą reakcję na obniżanie się możliwości funkcjonalnego użycia mowy), zaś ruch fizyczny usprawnia motorykę dużą, dając ogólnoruchowe podstawy do ćwiczeń motoryki precyzyjnej aparatu mowy
Czynniki osobowościowe i emocjonalne: neurotyczność, wysoki poziom emocji negatywnych, brak asertywności, nadmierne tłumienie emocji	Negatywne, stereotypowe postrzeganie osób starszych jako niewydolnych intelektualnie, niesamodzielnych – „skazanych na opiekę”	Czynniki osobowościowe i emocjonalne: umiejętność podtrzymania i wzmacniania emocji pozytywnych oraz eliminowania emocji negatywnych, nastawienie zadaniowe w sytuacjach trudnych	Podmiotowe, nacechowane szacunkiem i chęcią zrozumienia drugiej osoby otwarcie na kontakt – jako kluczowy czynnik warunkujący skuteczne porozumiewanie się. Przełamywanie stereotypów dotyczących wieku i stanu zdrowia seniorów
Poczucie niezrozumienia, osamotnienia i izolacji	Unikanie kontaktu z osobami starszymi lub postawy pseudo-pozytywne – nacechowane pobłażliwością lub lekceważeniem	Poczucie bycia ważnym członkiem bliższej i dalszej społeczności	Szeroka sieć wsparcia społecznego (podtrzymująca motywację do kontaktów werbalnych). Szczególna rola wsparcia ze strony bliskich przyjaciół i rodziny w podtrzymaniu motywacji do komunikowania się. Znacząca rola wsparcia nie tylko dla samych chorych, lecz także dla ich bliskich

Tabela 1. Czynniki kształtujące jakość życia... cd.

Czynniki ryzyka niskiej jakości życia		Czynniki istotne dla utrzymania wysokiej jakości życia	
uwarunkowania biopsychiczne	uwarunkowania społeczno-kulturowe	uwarunkowania biopsychiczne	uwarunkowania społeczno-kulturowe
Negatywna refleksja nad własnym życiem, depresja wieku starszego (często tzw. depresja maskowana, objawiająca się dolegliwościami somatycznymi)	Negatywne postawy wobec osób starszych, przybierające w skrajnych przypadkach postać wykorzystania lub przemocy	Pozytywny bilans dotychczasowego życia, zachowane poczucie własnej wartości, zindywidualizowana aktywność, zgodna z uwarunkowaniami biopsychicznymi	Inicjatywy oparte na pozytywnym nastawieniu do osób w wieku starszym, kontakty interpersonalne z osobami z bliższego i dalszego otoczenia, stosownie do indywidualnych preferencji, np. wolontariat z udziałem uczestników w różnym wieku
Spadek wydolności psychofizycznej, wielochorobowość (w tym depresja uwarunkowana organicznie) <sup>4</sup>	Bariery społeczne związane z niepełnosprawnością, np. niedostosowanie architektoniczne budynków użyteczności publicznej, bariery mentalne	Aktywność prozdrowotna seniorów, np. uczestnictwo w wyjazdach sanatoryjnych, korzystanie z opieki wielospecjalistycznej i badań profilaktycznych, higiena codziennego życia	Tworzenie miejsc przystosowanych do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Wspieranie grup samopomocowych, np. klubów pacjenta, grup wsparcia dla seniorów z określoną niepełnosprawnością
Lęk przed korzystaniem z pomocy osób trzecich, dążenie do utrzymania niezależności za	Ograniczenia ekonomiczne uniemożliwiające realizację wielu istotnych potrzeb i celów, prowa-	Otwartość na pomoc i umiejętność korzystania z niezbędnej pomocy bez poczucia winy,	Dostarczenie niezbędnych środków finansowych lub wsparcia rzeczowego (np. w postaci sprzętu rehabilitacyjnego) dla

<sup>4</sup> Znaczący odsetek chorób wieku starszego wiąże się z występowaniem depresji. Należy do nich m.in. choroba Parkinsona (m.in. Dobrzyńska, Rymaszewska, Kiejna 2007).



wszelką cenę lub postawy nadmiernej zależności	dążące do poczucia marginalizacji społecznej	z zachowaniem poczucia kontroli nad własnym życiem	utrzymania możliwie największej samodzielności oraz zaspokojenia ważnych potrzeb życiowych niepełnosprawnych seniorów
--	--	--	---

Źródło: opracowanie własne – na podstawie badań własnych, obserwacji klinicznych oraz danych bibliograficznych.

Wbrew uproszczonym sądom potocznym nie istnieją jednoznaczne powiązania między obiektywnym nasileniem objawów choroby somatycznej a subiektywnie odczuwanym nasileniem dolegliwości i ich wpływem na jakość życia osoby chorej.

Sposób przeżywania choroby zależy od wpływu objawów chorobowych na możliwości realizacji przez osobę chorą istotnych dla niej celów życiowych i zaspokajania zindywidualizowanych potrzeb. To, jak osoba w podeszłym wieku ocenia swoją sytuację zdrowotną, zależy od tego, kim jest – jakie są jej poglądy, nastawienia, potrzeby i doświadczenia, jakimi zasobami poznawczymi dysponuje, kim była przed zachorowaniem oraz jakie znaczenie ma w jej życiu choroba, na którą cierpi – co w jej odczuciu choroba utrudniła lub odebrała, a także czy coś istotnego wniosła.

Człowiek jest istotą społeczną, co oznacza, że na każdym etapie życia możliwości realizacji celów życiowych i zaspokajanie ważnych potrzeb są oparte na relacjach z otoczeniem. Podtrzymanie możliwości komunikacji werbalnej stanowi zatem jeden z najważniejszych warunków zapewnienia odpowiedniej jakości życia, gdyż umożliwia podtrzymywanie istotnych relacji interpersonalnych, w tym również uzyskiwanie wsparcia w sytuacjach trudnych.

Wśród osób starszych korzystających z pomocy logopedy wymienić można pacjentów z afazją lub zaburzeniami językowymi wynikającymi z procesów otępiennych (np. z demencją

alzheimerowską lub otępieniem w chorobie Parkinsona)<sup>5</sup>, a także osoby o złożonych zaburzeniach językowo-motorycznych utrudniających komunikację z otoczeniem (wśród nich także – z chorobą Parkinsona)<sup>6</sup>.

Informacje ujęte w formę językową stanowią ważną składową pojęciowego obrazu świata zewnętrznego i wewnętrznego. Język jako tworzywo procesów myślenia werbalnego umożliwia wieloaspektowe, abstrakcyjne ujmowanie rzeczywistości zewnętrznej, jako narzędzie komunikacji werbalnej – stanowi środek ekspresji emocji i uczuć, dzielenia się poglądami i wiedzą, budowania i przekształcania otoczenia w relacjach z innymi. Terapeuta mowy, dbając o podtrzymanie sprawności językowo-komunikacyjnych osoby ze schorzeniem postępującym, wspiera zatem zarówno poznawcze, jak i społeczno-emocjonalne funkcjonowanie pacjenta.

---

<sup>5</sup> Zaburzenia otępienne rozwijają się u około 40% osób z chorobą Parkinsona (Sobów 2006).

<sup>6</sup> Na problematykę zaburzeń językowych wynikających z afazji lub demencji zwracali w swoich publikacjach uwagę zarówno neuropsycholodzy, jak i logopedzi (m.in. Domagała 2007; Pąchalska 2011; Panasiuk 2013; Gawron, Łojek 2014; Wolańska 2015, 2016; Siudak, Pawłowska-Jaroń 2016). W Centrum Logopedii UW prowadzi się obecnie terapię logopedyczną osób dorosłych z nabytymi neurogennymi zaburzeniami mowy. Zajęcia odbywają się z udziałem studentów kierunku logopedia ogólna i kliniczna. Studenci mają możliwość nawiązania kontaktu z pacjentem, a pacjent korzysta z nieodpłatnej terapii wspierającej jego możliwości komunikacji werbalnej.

## Choroba Parkinsona – wybrane informacje z literatury medycznej i logopedycznej

Choroba Parkinsona jest jedną z częstych chorób neurodegeneracyjnych wieku podeszłego. Jej etiologia do dziś nie została do końca poznana. Wśród możliwych przyczyn obumierania komórek nerwowych bierze się pod uwagę: czynniki genetyczne, wpływ substancji toksycznych, procesy zapalne i zakażenia wirusowe, a także zaburzenia metabolizmu białek wewnątrzkomórkowych (patologiczna agregacja białka o nazwie alfa-synukleina). Uważa się, że na powstanie choroby wpływać może wiele czynników. Trwają badania nad wykryciem podłoża tego postępującego schorzenia i jego biomarkerów, czyli zmian organicznych poprzedzających wystąpienie objawów klinicznych. Nie wyklucza się także, że zaburzenia rozpoznawane dziś jako choroba Parkinsona mogą stanowić odrębne jednostki chorobowe o różnej etiologii (Friedman 2005b).

Nie istnieje obecnie jednoznaczny test wskazujący obecność choroby Parkinsona. Diagnoza wstępna stawiana jest na podstawie badań klinicznych potwierdzających występowanie tzw. triady parkinsonowskiej: spowolnienia ruchów (bradykinezji), sztywności mięśniowej i drżenia. Potwierdzeniem wstępnej diagnozy klinicznej jest pozytywna reakcja chorego na leki przeciwparkinsonowskie. Wśród objawów ruchowych charakterystycznych dla choroby Parkinsona wymienia się: pochyloną postawę ciała, chód drobnymi krokami, brak balansu rękoma podczas chodzenia, trudności w utrzymaniu równowagi (Friedman 2006). Podłożem patologicznym wystąpienia tych objawów jest zwyrodnienie i zanik komórek nerwowych w podkorowych strukturach układu nerwowego, m.in. w jądrze sinawym, jądrze grzbietowym nerwu błędnego, istocie czarnej (Dziewulska 2005). Skutkiem degeneracji istoty czarnej jest spadek poziomu neuroprzekaźnika – dopaminy. Dopamina, jako substancja indukująca przepływ impulsów

nerwowych, uczestniczy w regulacji funkcji emocjonalnych, poznawczych oraz motorycznych. U osób z chorobą Parkinsona, wskutek zaniku neuronów dopaminergicznych łączących jądra podstawy mózgu z płåtami czołowymi, dochodzi do wieloukładowych zaburzeń obejmujących funkcje: wegetatywne (np. wahania ciśnienia krwi, zaparcia, ślinotok), poznawcze (fluktuacje uwagi, zaburzenia funkcji wykonawczych, u części chorych zaburzenia otępienne), emocjonalne (np. depresja, labilność emocjonalna, drażliwość) oraz ruchowe (sztywność, bradykinezja lub bolesne, mimowolne skurcze mięśni – dystonie, ujawniające się w zaawansowanych stadiach choroby jako skutek uboczny leków przeciwparkinsonowskich, a także zaburzenia celowych i odruchowych reakcji motorycznych gałek ocznych, tzw. sakad ocznych). Badania Małgorzaty Dec-Ćwiek (2012) wykazały, że zaburzenia okulomotoryczne dotyczą aż 70% chorych.

Badania interdyscyplinarne tej grupy chorych (Jauer-Niworowska 2016) wykazały również, że występują u nich trudności w dostrzeżeniu oraz identyfikacji elementów wizualnych. Wyniki te wydają się potwierdzać możliwość wpływu zaburzeń motoryki gałek ocznych na pojawienie się nieprawidłowości w werbalnym opisie percypowanych wzrokowo treści<sup>7</sup>.

U osób z chorobą Parkinsona bez objawów otępiennych zaburzeniu ulegają głównie procesy uwagi oraz funkcje wykonawcze, czyli procesy odpowiadające za prawidłowe, elastyczne zaplanowanie celowych zachowań oraz kontrolę ich przebiegu. Dysfunkcje stanowią skutek opisanej powyżej patologii neurozwyrodnieniowej. Prowadzone w czasie ostatnich kilkunastu lat

---

<sup>7</sup> Wspomniane badania wykazały różnice między grupą osób chorych i grupą zdrowych seniorów w dokładności, jasności przekazu oraz bogactwie treściowym tworzonych opisów materiału wizualnego. Szczegółowy opis przebiegu i wyników badania (w tym prezentację analiz jakościowych i ilościowych) zawarto w monografii habilitacyjnej (Jauer-Niworowska 2016).

badania genetyczne pozwoliły oprócz najczęstszej postaci choroby, tzw. idiopatycznej, wyróżnić także jej rzadsze postacie uwarunkowane genetycznie, różniące się od postaci idiopatycznej wiekiem, w którym pojawia się choroba, i szybkością progresji objawów (Kalinderi, Bostantjopoulou, Fidani 2016).

Nie wszystkie spośród wspomnianych objawów patologicznych muszą wystąpić u każdego z chorych. Symptomy pojawiające się u konkretnej osoby z chorobą Parkinsona zależą od stopnia zaawansowania procesu neurodegeneracji, indywidualnej reakcji na leki oraz od zmieniającego się stanu biopsychicznego.

Sytuacja choroby przewlekłej o postępującym przebiegu jest bez wątpienia trudna zarówno dla samego pacjenta, jak i jego rodziny. Chorzy bezpośrednio po postawieniu diagnozy często reagują gniewem, rozpaczą, zaprzeczeniem obecności choroby<sup>8</sup>. W przypadku choroby postępującej procesy adaptacyjne nie kończą się, gdyż chory nieustająco musi przystosowywać się do zmian w swoim stanie zdrowia. W tej sytuacji szczególnie ważne jest wsparcie osób bliskich, a także psychologa lub lekarza psychiatry, jeśli pacjent ma ciężką depresję i potrzebuje farmakologicznego leczenia.

Podjęcie psychologiczno-logopedyczne opisane w niniejszym artykule opiera się na indywidualnej i wieloaspektowej analizie zachowania oraz kontakcie terapeutycznym z pacjentem. W tym kontekście istotna jest odpowiednia forma rozmowy z chorym. Nie chodzi o przekazywanie informacji nieprawdziwych, lecz o powiedzenie prawdy w możliwej do przyjęcia formie – ważne, by udzielić pacjentowi tyle i takich informacji, żeby był w stanie

---

<sup>8</sup> W piśmiennictwie psychologicznym sytuacja utraty zdrowia wiąże się z procesem „żałoby” po stracie istotnej wartości życiowej, jaką jest zdrowie fizyczne i pełna sprawność, co indukuje silne emocje negatywne. Siła i dynamika przeżyć związanych z procesem żałoby w sytuacji utraty zdrowia są zależne od możliwości adaptacyjnych jednostki (Byra 2013).

je przyjąć, nie tracąc nadziei i poczucia sensowności podejmowanych działań.

W rozmowie z pacjentem terapeuta nie powinien wybiegać zbyt daleko w przyszłość, by nie przygnębiać chorego perspektywą stałego pogarszania się stanu zdrowia. Ważne, by wsłuchał się w potrzeby pacjenta i prowadził rozmowę o ważnych dla niego tematach, wspierając nastawienie zadaniowe. Nastawieniu temu sprzyja koncentracja na sposobach redukcji aktualnych trudności i dolegliwości oraz podkreślanie zachowanych umiejętności pacjenta przy jednoczesnym akcentowaniu faktu, że niezależnie od aktualnie przeżywanych trudności wnosi on do relacji terapeutycznej własną, niepowtarzalną wartość, która stanowi o jakości tworzonej relacji. Taka forma rozmowy wspiera wewnętrzne zasoby chorego i motywuje go do walki z chorobą.

## Terapia zaburzeń językowych i komunikacyjnych u osób z chorobą Parkinsona

W klasycznym piśmiennictwie logopedycznym choroba Parkinsona kojarzona była z zaburzeniami motoryki i dyzartrią<sup>9</sup> – zaburzeniem mowy wynikającym z porażenia mięśni spowodowanego uszkodzeniem części ruchowej układu nerwowego (m.in. Darley, Aronson, Brown 1975; Duffy 2005; Tłokiński 2005; Jauer-Niworowska 2009; Gatkowska 2012). Pierwotnym skutkiem dysfunkcji ruchowych u osób z chorobą Parkinsona jest wzrost napięcia mięśni i redukcja ich ruchomości.

Obserwacje kliniczne poczynione w toku terapii oraz przytaczane już badania własne wskazują, że w początkowych stadiach choroby wyrazistość artykulacji nie pogarsza się znacząco,

---

<sup>9</sup> W artykule tym, z uwagi na ograniczenia w objętości tekstu, pominięto zagadnienia związane z procesem szczegółowej diagnozy logopedycznej i typologią zaburzeń mowy, skupiając się na opisie terapii.

natomiast można zauważyć zmiany siły głosu i intonacji wypowiedzi. Wzmoczone napięcie mięśni twarzy i redukcja ich ruchomości powodują ubóstwo mimiki (tzw. hipomimie).

W dyzartrii spowodowanej chorobą Parkinsona odnotowuje się także niekontrolowane przyspieszenia tempa mowy. Objaw ten odróżnia dyzartrię spowodowaną tym schorzeniem od dyzartrii o innej etiologii. W dyzartriach wywołanych innymi schorzeniami lub uszkodzeniami neurologicznymi tempo mowy zazwyczaj jest wolniejsze niż w przypadku normy. Chorzy skarżą się również na trudności w kontrolowaniu poziomu głośności mowy – głos cichnie pod koniec fraz. W zaawansowanych stadiach choroby Parkinsona oprócz objawów wzmoczonego napięcia można zaobserwować u części chorych pojawianie się skurczów dystonicznych mięśni szyi, które utrudniają emisję głosu i realizację mowy.

Terapia motoryki aparatu mowy u osób z dyzartrią opiera się na świadomym powtarzaniu ćwiczonych układów ruchowych. Polega ona na systematycznym powtarzaniu ruchów niewerbalnych (np. rytmiczne, powolne oddychanie, ćwiczenia głosu, naprzemienne rozciąganie i zaokrąglanie warg lub unoszenie i opuszczanie języka) oraz werbalnych, z zastosowaniem dobranego przez logopedę materiału językowego – głosek, sylab, wyrazów, zdań lub dłuższych tekstów. Materiał językowy powinien być opracowany w taki sposób, by realizowane głoski, sylaby i słowa służyły usprawnianiu porażonych mięśni<sup>10</sup>. Powinien być również modyfikowany stosownie do zmieniających się możliwości ruchowych i językowych pacjenta.

---

<sup>10</sup> W pracy z chorymi usprawnia się mięśnie oddechowe (tłocznicy brzusznej, przepony i klatki piersiowej), mięśnie krtani uczestniczące w emisji głosu oraz mięśnie artykulatorów (języka, warg, podniebienia miękkiego), jak również mięśnie mimiczne twarzy. Skoordynowane ruchy tych mięśni są podstawą poprawnej realizacji głosek i kontroli wyrazu twarzy podczas mówienia.

Ponieważ w chorobie Parkinsona dochodzi do zaburzeń funkcji układów umożliwiających automatyczną, nieświadomą realizację ruchów mownych, chory zmuszony jest do świadomego sterowania ruchami aparatu mowy podczas realizacji głosek. Celowe ćwiczenia siły głosu<sup>11</sup> opierają się na świadomym sterowaniu przez pacjenta napięciem mięśni podczas realizacji samogłosek<sup>12</sup>. W pracy terapeutycznej nad poprawą możliwości głosowych oraz regulacji emocji ważne jest niejednokrotnie wykorzystanie technik dramy (w pracy z pacjentką z objawami depresji i zanikami głosu właśnie techniki dramy pozwoliły na ekspresję emocji i wzmocnienie głosu).

Odpowiedni program terapii logopedycznej może spowolnić progresję objawów chorobowych, a nawet spowodować okresową poprawę możliwości komunikacyjnych u niektórych chorych – pod wpływem terapii ich mowa staje się bardziej zrozumiała dla otoczenia, wzrasta także siła głosu. Warunkiem efektywności jest świadome zaangażowanie pacjenta w ćwiczenia i ich systematyczne powtarzanie (mechanizm działania ćwiczeń przeznaczonych dla osób z dyzartrią jest analogiczny jak w rehabilitacji ruchowej innych partii mięśni).

W przypadku osób z chorobą Parkinsona czynnikiem wspierającym poprawność realizacji ruchów może być rytm muzyczny. Część chorych pozytywnie reaguje na stosowanie podkładu muzycznego lub wystukiwanie rytmu podczas ćwiczeń językowych.

---

<sup>11</sup> Celowe ćwiczenia głosu u osób z chorobą Parkinsona wprowadził do logopedii Lee Silverman, a w polskim piśmiennictwie fachowym metodę tę upowszechniły Ilona Kamińska i in. (2007).

<sup>12</sup> Ważne jest, by pacjent podczas wykonywania ćwiczeń głosowych czuł wysiłek, ale nie zbyt duże napięcie mięśni krtani. Istotne jest też utrzymanie odpowiedniej postawy ciała i pozycji głowy. Pacjent powinien kontrolować pozycję ciała w lustrze, aby móc korygować nieprawidłowości postawy. Pomoże to zoptymalizować napięcie mięśniowe i poprawić ruchomość narządów mowy.



Prowadzi się także ćwiczenia spowalniania mowy w śpiewie lub na dobranym celowo materiale językowym – z wykorzystaniem przedłużania samogłosek. Ponieważ powtarzalne, proste ćwiczenia oddechowo-fonacyjne oraz ruchowe języka i warg mogą być w dłuższej perspektywie męczące lub nużące dla pacjenta, znaczenie zyskuje praca z tekstem, którego treść powinna być ciekawa – najlepiej jeśli jest indywidualnie dobrana do zainteresowań chorego.

W planowaniu zajęć zawsze należy wziąć pod uwagę indywidualną dyspozycję pacjenta w danym dniu. Istotne jest także uwzględnienie nasilenia dolegliwości podczas planowania terapii (pierwszoplanowość redukcji objawów najbardziej dolegliwych dla chorego) i uzgodnienie z pacjentem kolejności działań terapeutycznych<sup>13</sup>.

Dbłość o stan emocjonalny pacjenta w pracy z osobami z chorobą Parkinsona zyskuje dodatkowe uzasadnienie lecznicze w kontekście zjawiska tzw. kinezji paradoksalnej, polegającej na uruchomieniu znieruchomiałych i usztywnionych mięśni pod wpływem emocjonalnego pobudzenia lub odpowiednio dobrego bodźca zewnętrznego. W pracy terapeutycznej z chorymi obserwowano wielokrotnie czasową (niekiedy kilkugodzinną) poprawę możliwości ruchowych pod wpływem emocjonalnego rozluźnienia, wynikającego z relaksacji lub z odpowiednio zastosowanych sposobów wsparcia psychicznego. Odpowiedni dobór tekstu relaksacji, zmiana tonu głosu lub dostosowanie sposobu ćwiczeń do zmieniającej się dyspozycji pacjenta stanowią w tej sytuacji czynniki warunkujące efektywność terapii. Pomocne mogą być też formy zajęć służące bezpośrednio poprawie nastroju,

---

<sup>13</sup> Subiektywna ocena nasilenia trudności w mówieniu przez osoby chore wydaje się w znacznym stopniu zależeć od ich stanu emocjonalnego. Osoby z depresją często wyolbrzymiają nasilenie tych trudności, zaś osoby bez depresji nie dostrzegają ich nasilenia.

np. celowe wykorzystanie tekstów humorystycznych o rytmicznej budowie, wspólne śpiewanie lubianych przez pacjenta piosenek.

Czas spędzony na rozmowie z pacjentem, pogłębiającej empatyczny kontakt, nie jest więc czasem straconym – może służyć podtrzymaniu motywacji do walki z chorobą, daje wytchnienie od dolegliwości bólowych i poprawia stan motoryczny.

Jak wskazują obserwacje kliniczne i przytaczane badania własne, osoby cierpiące na chorobę Parkinsona bez objawów otępiennych również mogą doświadczać trudności w poprawnym konstruowaniu wypowiedzi językowych. Prawdopodobnym patomechanizmem zaobserwowanych problemów są fluktuacje uwagi i zaburzenia funkcji kontrolno-programujących. Zaburzenia te nie muszą być widoczne w sytuacji, gdy wypowiedź dotyczy tematyki bliskiej emocjonalnie lub dobrze znanej choremu. Ujawniają się one podczas rozmowy na narzucone tematy oraz gdy zachodzi konieczność szybkiego zrozumienia i przetworzenia materiału abstrakcyjnego, np. przerośni. W sytuacjach komunikacyjnych u osób z chorobą Parkinsona ujawniają się także trudności z szybką aktualizacją słów. Mogą one skutkować spowolnieniem tempa wypowiedzi, powtórzeniami lub dodatkowymi pauzami.

Podczas ćwiczeń językowych z osobami z chorobą Parkinsona można wykorzystać wspierającą rolę kontekstu w procesie aktualizacji leksykalnej – przydatne może być rozwiązywanie quizów, krzyżówek, zagadek, wykreślanek o treści dobranej do zainteresowań pacjenta. Trudność zadań można stopniować, modyfikując zarówno treść materiału językowego, jak i liczbę wskazówek kontekstowych. W adekwatnym rozumieniu złożonych przekazów pomoc mogą rozmowy wyjaśniające znaczenie określeń przenośnych oraz zadania językowe prowokujące do ich użycia, np. zadania podsumowania tekstu odpowiednią metaforą.

Jak wspomniano wcześniej, u osób z chorobą Parkinsona pojawiają się też trudności w relacjonowaniu treści wizualnych, związane prawdopodobnie z dysfunkcjami okulomotorycznymi.

W percepcji materiału wzrokowego pomoc może celowe nakierowywanie uwagi pacjenta na kolejne elementy analizowanej ilustracji, a także skojarzenie prezentowanych treści wizualnych z osobistym doświadczeniem, np. opisywanie zdjęć z podróży wakacyjnych czy ulubionych reprodukcji. Gdy trudności językowe i ruchowe pogłębiają się, terapeuta staje przed koniecznością uproszczenia treściowego i realizacyjnego proponowanych zadań językowych tak, aby były one wciąż możliwe do wykonania przez chorego i zapewniły mu poczucie skuteczności w działaniu oraz satysfakcję z sukcesu w ćwiczeniach.

W sytuacji nasilonych zaburzeń językowo-motorycznych wzrasta rola pozawerbalnych form komunikacji, w tym komunikacji zastępczej (w formie ilustracji, gestu, a także z użyciem specjalnych urządzeń komputerowych). W przypadku chorych, których stan się pogarsza, znaczące jest podkreślenie, że mimo rosnących trudności w ekspresji i rozumieniu wypowiedzi nadal są dla nas osobami – w pełnym znaczeniu tego słowa. Liczy się wówczas życzliwość okazana dotknięciem ręki, uśmiechem, tonem głosu. Pozajęzykowe i parajęzykowe (intonacyjno-rytmiczne) elementy przekazu mogą budować atmosferę terapeutycznej więzi nawet z chorymi ze znaczącym nasileniem zaburzeń neuropoznawczych, w zaawansowanych stadiach choroby.

Artykuł nie wyczerpuje oczywiście wszystkich zagadnień związanych z kompleksową terapią zaburzeń u osób z chorobą Parkinsona. Wydaje się jednak, że dowodzi on zarówno złożoności problematyki związanej z terapią zaburzeń językowo-motorycznych, jak i konieczności indywidualnego, całościowego oraz podmiotowego podejścia do każdego z pacjentów.

## Bibliografia

- Bonelli R.M., Cummings J.L. (2007). Frontal-subcortical circuitry and behavior, *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 9(2), 141–151.
- Burzyńska M., Maniecka-Bryła I. (2013). Występowanie depresji u osób starszych korzystających z pomocy społecznej – wstępne wyniki badania. *Acta Universitatis Lodziensis. Folia Oeconomica*, 297, 211–223.
- Byra S. (2013). Procesy radzenia sobie i/a przystosowanie do życia z nabytą niepełnosprawnością ruchową. W: E. Zasepa (red.). *Doświadczenie choroby i niepełnosprawności*. Warszawa: Wydawnictwo APS.
- Darley F.L., Aronson A.E., Brown J.R. (1975). *Motor speech disorders*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Dec-Ćwiek M. (2012). *Zaburzenia ruchów szybkich gałek ocznych w chorobie Parkinsona i ich zmiana pod wpływem leczenia lewodopą oraz pod wpływem głębokiej stymulacji mózgu*. Rozprawa doktorska powstała pod kierunkiem prof. dr. hab. n. med. A. Szczudlika. Kraków: Katedra i Klinika Neurologii Collegium Medicum UJ.
- Dobrzyńska E., Rymaszewska J., Kiejna A. (2007). Depresje u osób w wieku podeszłym. *Psychogeriatrya Polska*, 4(1), 51–60.
- Domagała A. (2007). *Zachowania językowe w demencji. Struktura wypowiedzi w chorobie Alzheimerera*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Duffy J.R. (2005). *Motor speech disorders: Substrates, differential diagnosis, and management*. St. Louis, Missouri: Elsevier.
- Dziewulska D. (2005). Obraz zmian morfologicznych w układzie nerwowym w chorobie Parkinsona i innych parkinsonizmach. W: A. Friedman (red.). *Choroba Parkinsona – mechanizmy, rozpoznawanie, leczenie*. Lublin: Wydawnictwo Czelej.

- Friedman A. (2005a). Leczenie choroby Parkinsona. W: A. Friedman (red.). *Choroba Parkinsona. Mechanizmy, rozpoznawanie, leczenie*. Lublin: Wydawnictwo Czelej.
- Friedman A. (2005b). Mechanizmy neurodegeneracji w chorobie Parkinsona. W: A. Friedman (red.). *Choroba Parkinsona. Mechanizmy, rozpoznawanie, leczenie*. Lublin: Wydawnictwo Czelej.
- Friedman A. (2006). Epidemiologia, rozpoznawanie i leczenie choroby Parkinsona. W: T. Sobów, J. Sławek (red.). *Zaburzenia poznawcze i psychiczne w chorobie Parkinsona i w innych zespołach parkinsonowskich*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo.
- Gatkowska I. (2012). *Diagnoza dyzartrii u dorosłych w neurologii klinicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Gawron N., Łojek E. (2014). *Różne oblicza starości. Badania neuropsychologiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Heszen I. (2014). *Psychologia stresu*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Jauer-Niworowska O. (2009). *Dyzartria nabyta. Diagnoza logopedyczna i terapia osób dorosłych*. Warszawa: Wydawnictwo APS.
- Jauer-Niworowska O. (2015). Kompleksowa, interdyscyplinarna diagnoza i terapia osób z dyzartriami – uzasadnienie podejścia holistycznego. W: M. Kurowska, E. Wolańska (red.). *Metody i narzędzia diagnostyczne w logopedii*. Warszawa: Dom Wydawniczy Elipsa.
- Jauer-Niworowska O. (2016). *Zaburzenia mowy u osób z chorobą Parkinsona – nie tylko dyzartria. Złożoność uwarunkowań trudności w komunikacji werbalnej*. Warszawa: Wydział Polonistyki Uniwersytetu Warszawskiego.
- Kalinderi K., Bostantjopoulou S., Fidani L. (2016). The genetic background of Parkinson's disease: Current progress and future prospect. *Acta Neurologica Scandinavica*, 134(5), 314–326.

- Kamińska I., Żebryk-Stopa A., Pruszewicz A., Dziubalska-Kończak K., Połczyńska-Fischer M., Pietrala D., Przedpelska-Ober E. (2007). Postępy rehabilitacji dyzartrii w chorobie Parkinsona z wykorzystaniem LSVT (Lee Silverman Voice Treatment®). *Otolaryngologia Polska*, 61(5), 713–718.
- Klonowicz S. (1979). *Oblicza starości. Wybrane zagadnienia gerontologii społecznej*. Warszawa: Wydawnictwo Wiedza Powszechna.
- Mossakowska M., Więcek A., Błędowski P. (red.) (2012). *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Poznań: Wydawnictwo Termedia.
- Nowakowski M. (2004). Pojęcie wsparcia społecznego i problemy jego pomiaru ze szczególnym uwzględnieniem populacji seniorów. W: J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.). *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Panasiuk J. (2013). *Afazja a interakcja. TEKST – metaTEKST – konTEKST*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Pasik M. (2005). Wyznaczniki jakości życia u osób w wieku emerytalnym. *Acta Universitatis Lodziensis. Folia Psychologica*, 9, 65–79.
- Pąchalska M. (2011). *Afazjologia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Pąchalska M., Kaczmarek B.L.J., Kropotov J.D. (2014). *Neuropsychologia kliniczna. Od teorii do praktyki*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sikora E. (2014). Starzenie i długowieczność. *Postępy Biochemii*, 2, 125–137.
- Siudak A., Pawłowska-Jaroń H. (2016). Neurobiologiczne problemy osób starszych – emploi logopedy. W: F.A. Marek, U. Strzelczyk-Raduli, K. Błońska (red.). *Wspieranie rozwoju dzieci i dorosłych*. Opole: Wydawnictwo WSZiA.

- Sobów T. (2006). Zaburzenia poznawcze w chorobie Parkinsona: postępowanie. W: T. Sobów, J. Sławek (red.). *Zaburzenia poznawcze i psychiczne w chorobie Parkinsona i w innych zespołach parkinsonowskich*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo.
- Sosnowska K. (2012). Jakości życia seniorów w perspektywie psychologicznej. W: E. Drop, M. Maćkiewicz (red.). *Młoda psychologia*. T. 1. *Debiuty*. Warszawa: Wydawnictwo Liberi Libri.
- Szukalski P. (2015). Dyskryminacja ze względu na wiek jako bariera jakości życia seniorów. W: A. Janiszewska (red.). *Jakość życia ludzi starych. Wybrane problemy*. Łódź: Wydział Nauk Geograficznych Uniwersytetu Łódzkiego, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Terelak J.F. (1995). *Stres psychologiczny*. Bydgoszcz: Oficyna Wydawnicza Branta.
- Tłokiński W. (2005). Zaburzenia mowy o typie dysartrii. W: T. Gałkowski, E. Szelaąg, G. Jastrzębowska (red.). *Podstawy neurologopedii*. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- Vetulani J. (2005). Motory i hamulce. W: A. Friedman (red.). *Choroba Parkinsona. Mechanizmy, rozpoznawanie, leczenie*. Lublin: Wydawnictwo Czelej.
- Wiśniewska-Roszkowska K. (1989). *Starość jako zadanie*. Warszawa: Instytut Wydawniczy Pax.
- Wolańska E. (2015). Zaburzenia funkcji językowych w chorobach i zespołach otępiennych. Rola i cele logopedii wieku podeszłego. *Poradnik Językowy*, 5, 67–82.
- Wolańska E. (2016). Nowe formy rehabilitacji neurologopedycznej jako odpowiedź na nowe formy farmakoterapii w chorobie Alzheimerera. *Poradnik Językowy*, 6, 39–52.





# Charakterystyka mowy osób z chorobą Alzheimera na przykładzie opowiadania historyjki obrazkowej

## Streszczenie

Obecnie na chorobę Alzheimera cierpi w Polsce około 470 tysięcy osób. Do przedstawienia zaburzeń mowy i języka we wczesnym etapie tej choroby wybrano opowiadanie historyjki obrazkowej, która angażuje jednocześnie wiele funkcji poznawczych – w tym mowę. Wśród zaobserwowanych problemów dostrzeżono m.in.: trudności w rozpoznawaniu obiektów, ujawnianie niewiedzy przez używane wykładniki leksykalne, liczne pauzy i powtórzenia, sporadyczne błędy fonetyczne i składniowe, częste błędy leksykalne (zastępowanie leksemów innymi leksemami, omówienia), kłopoty ze zrozumieniem humorystycznego sensu opowiadania.

**Słowa kluczowe:** choroba Alzheimera, zaburzenia mowy, narracja, historyjka obrazkowa, diagnoza logopedyczna, terapia logopedyczna.

## The characteristics of speech in patients with Alzheimer's disease in example of storytelling

### Summary

Currently, around 470 000 people suffer from Alzheimer's disease in Poland. To present the speech and language disorders at an early stage of this disease, the choice of a picture story has been selected because of involving many cognitive functions – including speech. Difficulties in recognizing objects, revealing ignorance through lexical exponents, numerous pauses and repetitions, sporadic phonetic and syntax errors, frequent lexical errors (substituting lexemes with other lexemes, discussions), problems with understanding the humoristic sense of the story were noticed among the observed difficulties.

**Keywords:** Alzheimer's disease, speech disorders, storytelling, picture story, diagnosis of speech, speech therapy.

### Wstęp

Jerzy Trzebiński stwierdza:

Narracja jest sposobem rozumienia świata przez ludzi [...]. Psychologowie sądzą, że to struktura ludzkiej wiedzy o świecie determinuje ten narracyjny sposób widzenia rzeczywistości (Trzebiński 2001, s. 87).

Badanie narracji<sup>1</sup> – zarówno u zdrowych osób, jak i tych z zaburzeniami mowy – stanowi interesujące pole badawcze. W wyni-

---

<sup>1</sup> Pojęcia „narracja” i „opowiadanie” stosuję tutaj wymiennie. Opowiadanie (narrację) traktuję jako „werbalną reprezentację tego, co zdarzyło się

ku rosnącej liczby chorych na Alzheimera (chA) w Polsce<sup>2</sup> w ostatnich latach pojawiło się wiele publikacji dotyczących zaburzeń mowy u osób z tym schorzeniem (por. Szepietowska, Daniluk 2000; Podemski, Słotwiński 2003; Domagała 2003, 2005, 2007, 2010, 2012, 2013, 2014/2015, 2015a, 2015b; Lewicka 2010; Błęszyński 2011; Makara-Studzińska, Gustaw, Kryś 2012; Wasielewski 2013; Wolańska 2015; Martyniuk-Gęca i in. 2016). Opis deficytów funkcji językowych w chA jest w nich dokonywany z różnych perspektyw: medycznej, neuropsychologicznej, neurolingwistycznej czy logopedycznej.

Jak dotąd możliwe jest jedynie objawowe leczenie chA. Terapia polega przede wszystkim na farmakologicznym łagodzeniu objawów – zarówno postępujących zaburzeń funkcji poznawczych, jak i zaburzeń zachowania oraz osobowości<sup>3</sup>. Terapia lekowa powinna być uzupełniona działaniami pozafarmakologicznymi<sup>4</sup>. Mimo różnych form terapii choroby rzadko są objęci terapią logopedyczną. Celem artykułu jest zwrócenie uwagi na możliwość wykorzystania historyjek obrazkowych do oceny mowy osób z chorobą Alzheimera, a także do ich terapii.

---

komuś, kiedyś, gdzieś” (Bokus 2001, s. 63). Wśród prototypowych cech opowiadania (narracji) Bożena Witosz wyróżnia dynamikę wydarzeń, chronologiczne uporządkowanie i czas przeszły. Tak ujęte opowiadanie przeciwstawia opisowi/deskrypcji (Witosz, 2001).

<sup>2</sup> Około 60–70% przypadków otępienia wynika z choroby Alzheimera. Obecnie cierpi na nią w Polsce około 470 tysięcy osób. Według danych z raportu Najwyższej Izby Kontroli liczba chorych na chA podwaja się co 5 lat, co oznacza, że w grupie wiekowej 65–69 lat jest 3% chorych, 70–74 lata – 6%, 75–79 lat – 9%, 80–84 lata – 23%, 85–89 lat – 40%, powyżej 90 lat – 69% (NIK, s. 15).

<sup>3</sup> Z raportu Rzecznika Praw Obywatelskich pt. *Sytuacja osób chorych na chorobę Alzheimera w Polsce* wynika, że jedynie 15–20% osób z chorobą Alzheimera otrzymało diagnozę i podjęło leczenie (Szczudlik 2016, s. 12).

<sup>4</sup> Różne formy terapii nefarmakologicznej w otępieniu przedstawiają m.in. Bożena Grochmal-Bach (2007), Tomasz Sobów (2007), Ewa Wolańska (2015).

## Badania nad narracją

Opowiadanie (narracja) jest zjawiskiem uniwersalnym (Barthes 1968), stanowi dla człowieka naturalną formę rozumienia świata (Trzebiński 2001), bowiem ludzie mają wrodzoną skłonność do ujmowania swoich doświadczeń w formę opowiadania (Kordys 2001). Od połowy lat sześćdziesiątych XX wieku badano narrację z perspektywy strukturalistycznej (Barthes 1968). Z czasem to ujęcie stało się niewystarczające i zaczęto analizować opowiadania z perspektywy semiotycznej i kognitywnej. To drugie spojrzenie było wykorzystywane przede wszystkim w psychologii i lingwistyce (Owczarek 2001). Na ten interdyscyplinarny charakter narracji zwraca uwagę Dorota Filar (2014), a liczne publikacje świadczą o tym, że badanie struktury opowiadania nadal cieszy się dużym zainteresowaniem przedstawicieli różnych dziedzin naukowych (Owczarek, Mitosek, Grajewski 2001; Marzec 2002; Dryll, Cierpka 2004; Mitosek 2004; Straś-Romanowska, Bartosz, Żurko 2010; Filar, Piekarczyk 2014).

Jan Kordys wskazuje, że

[...] współczesne badania świadomej aktywności podmiotu (w normie lub **patologii**) coraz częściej skupiają się na analizie reguł konstrukcji dyskursu, szczególnie ujętego w formę narracji (Kordys 2001, s. 127, podkr. – K. P.-P.).

Polscy badacze opisywali umiejętności narracyjne osób zdrowych – głównie dzieci (por. Bokus 1991, 2000), ale także osób cierpiących na różnego rodzaju zaburzenia – schizofrenię (Woźniak 2005) czy choroby otępienne (Marczewska 1994; Domagała 2015a).

W literaturze anglojęzycznej badaniami nad narracją w chorobie Alzheimera zajmowały się m.in. Danielle Ripich i Brenda Terrell (1998). Porównały wypowiedzi sześciu zdrowych

starszych osób i sześciu osób z otępieniem alzheimerowskim. W drugiej grupie zaobserwowano zaburzenia spójności tekstu i przerwanie zgodności – przede wszystkim przez brak odniesienia i opuszczanie istotnych elementów. Natomiast naprzemiennosc ról nadawca/odbiorca była dość długo zachowana, choć częściej niż u zdrowych osób występowała zmiana tych ról. Mowa osób z chA została scharakteryzowana jako chaotyczna i zawierająca mało informacji.

Badania nad narracją z wykorzystaniem polskiego materiału językowego prowadziła Aneta Domagała (2015a). Przeanalizowała sprawności narracyjne pod względem sprawności systemowych (leksyka i fleksja), makrostruktury i superstruktury<sup>5</sup>. Zaobserwowane zaburzenia w warstwie leksykalnej<sup>6</sup> to:

- zmiany dotyczące znaczenia jednostek leksykalnych (87,5%),
- quasi-nominacje (53,33%),
- nazwy błędne pod względem strukturalnym (49,17%),
- brak nazwy (49,17%),
- przejściowe przewyższanie trudności (20,83%).

Badanie fleksji ujawniło niewielkie zaburzenia – pojawiały się one u 21% badanych, ale u ponad 70% były to najwyżej dwa błędy. Dotyczyły nieprawidłowych form rzeczownika w liczbie mnogiej, form przypadku, form osobowych czasownika i imiesłowowych oraz użycia czasowników z zaimkiem „się”.

---

<sup>5</sup> Autorka przebadła 120 osób w równych grupach pod względem płci i stopnia otępienia (łagodne i umiarkowane). Badani mieli za zadanie opisać przedstawione na fotografii osoby, miejsce, sytuację i zdarzenie.

<sup>6</sup> Podział stanowi kontynuację schematu analizy zaburzeń leksykalnych z pracy *Zachowania językowe w demencji. Struktura wypowiedzi w chorobie Alzheimera* (Domagała 2007).

Podczas analizy makrostruktury wypowiedzi A. Domagała opisywała zachowania normatywne<sup>7</sup> i niepożądane<sup>8</sup> oraz trzy możliwe realizacje superstruktury: wypowiedź z zachowaną formalną strukturą, wypowiedź zdeorganizowaną w aspekcie formalnym i wypowiedź namiastkową. Każdorazowo badaczka tworzyła rangę dla zaobserwowanych zjawisk i porównywała realizację zadania między grupami kobiet i mężczyzn oraz między grupami w fazie łagodnej i w fazie umiarkowanej otępienia. Większe trudności ujawniły się na poziomie superstrukturalnym, a najtrudniejszą formą wypowiedzi okazało się właśnie opowiadanie.

Narracja to złożony proces, angażujący poza językiem także inne funkcje poznawcze, jak pamięć, uwaga, myślenie i percepcja wzrokowa. Zaburzenia narracji w chA wynikają z postępującego procesu neurodegeneracyjnego, który obejmuje w pierwszej kolejności zanik struktur hipokampu oraz kory w płatach skroniowych i czołowych. W tych miejscach (najczęściej w lewej półkuli) zlokalizowane są tzw. ośrodki mowy: ośrodek Broki (w płacie czołowym) i ośrodek Wernickiego (w płacie skroniowym). Według neurosieciorowej teorii narracji właśnie w tych obszarach dochodzi do przetwarzania informacji na temat obrazów narracyjnych, sekwencji narracyjnych, tworzenia scen narracyjnych oraz świata

---

<sup>7</sup> Na przykład wśród normatywnych zachowań przy opisie osób pojawiły się: prawidłowe określanie obiektów dostępnych percepcyjnie, prawidłowe określanie cech fizycznych wyglądu obiektów dostępnych percepcyjnie, podawanie cech ewaluentnych obiektów, odwoływanie się do wiedzy o rzeczywistości, wskazywanie wyobrażanych przeszłych lub przyszłych działań osób przedstawionych na zdjęciu.

<sup>8</sup> Na przykład wśród zachowań niepożądanych przy opisie osób pojawiły się: nieprawidłowości w określaniu obiektów, wskazywanie na własną niekompetencję, ponowne bezzasadne określanie tych samych obiektów, podawanie informacji sprzecznych z ogólną wiedzą, wskazywanie bezzasadnych wyobrażanych przeszłych lub przyszłych działań osób przedstawionych na zdjęciu, rozbudowane wypowiedzi odbiegające od tematu, nieprawidłowości w określaniu cech psychicznych.

narracyjnego, które wraz z pamięcią umożliwiają realizację dyskursu narracyjnego (Woźniak 2005, 2014).

## Analiza materiału językowego<sup>9</sup>

Do badania narracji wybrałam dwie historyjki obrazkowe. Są one dobrym narzędziem badawczym, ponieważ z jednej strony pozwalają osobie badanej na dość dużą swobodę wypowiedzi (ona decyduje, które elementy przedstawi, a które pominie). Z drugiej strony nie jest to wypowiedź całkowicie dowolna, ponieważ badany ma przed sobą obrazki powiązane ciągiem przyczynowo-skutkowym, który musi w swoim opowiadaniu uwzględnić. Kolejną zaletą wykorzystania historyjki obrazkowej właśnie w tej grupie chorych jest możliwość weryfikacji przedstawianych wydarzeń, ponieważ nadawca i odbiorca obserwują te same obrazki. Inaczej wygląda to w przypadku swobodnych wypowiedzi osób z chA, ponieważ z powodu deficytów pamięci czasem inaczej przedstawiają

---

<sup>9</sup> Przedstawiona analiza stanowi część przygotowywanej przeze mnie rozprawy doktorskiej pt. *Charakterystyka mowy osób we wczesnej fazie choroby Alzheimera*. W badaniach wzięło udział 12 chorych z Centrum Alzheimera w Warszawie. W momencie badania wszyscy uczestniczyli w zajęciach w grupie osób najlepiej funkcjonujących poznawczo. Przebadalam ich, wykorzystując Skalę Funkcjonowania Poznawczego (MMSE 1972), Bostoński Test do Badania Afazji (BDAE 2000) zadania z publikacji *Zestaw prób do badania procesów poznawczych u pacjentów z uszkodzeniami mózgu* Włodzimierza Łuckiego (1995). Zadania opowiedzenia historyjki obrazkowej stanowiły część analizy ekspresji (obok rozumienia, czytania i pisania). Na potrzeby artykułu wybrałam te wypowiedzi badanych, które pozwoliły mi pokazać maksymalne zróżnicowanie badanych ze względu na wiek, płeć, wykształcenie, wykonywany zawód, czas ujawnienia się choroby Alzheimera i wynik w skali MMSE. Szczegółowe dane dotyczące tych osób znajdują się w przypisach poniżej. Poza osobami z chA badaniu za pomocą tych samych testów poddałam zdrowe osoby od 65. roku życia. W artykule będę się odwoływała do wyników uzyskanych w tej grupie kontrolnej.

one zaistniałe wydarzenia, czego badający nie jest w stanie zweryfikować. Ponadto taka sama historyjka przedstawiona wszystkim badanym daje możliwość prowadzenia badań porównawczych. W badaniach własnych przy ocenie narracji skoncentrowałam się na zaburzeniach suprasegmentalnych i w podsystemach fonetycznym, morfologicznym, leksykalno-semantycznym i składniowym, jak również na realizacji linii<sup>10</sup> i pola narracji. W tabeli 1 przedstawiam wyniki uzyskane przez badanych<sup>11</sup> w Skali Funkcjonowania Poznawczego (MMSE) – mimo dysproporcji w końcowych wynikach chorzy uzyskali podobną liczbę punktów w zadaniach oceniających funkcje językowe (6–8 p.).

**Tabela 1. Wyniki badania Skalą Funkcjonowania Poznawczego (MMSE)**

Obszary badane w MMSE	M1-67	K1-65	K2-78	M2-80
Orientacja w czasie i miejscu (max. 10)	4	6	8	8
Zapamiętywanie (max. 3)	3	3	3	3
Uwaga i liczenie (max. 5)	1	1	4	5
Przypominanie (max. 3)	0	1	2	3
Funkcje językowe: nazywanie, czytanie, powtarzanie, rozumienie, pisanie (max. 8)	6	6	7	8
Praksja konstrukcyjna (max. 1)	1	0	0	1
<b>Suma</b>	<b>15</b>	<b>17</b>	<b>24</b>	<b>28</b>

**M1-67** – mężczyzna w wieku 67 lat, urodzony w mieście powyżej 500 tysięcy mieszkańców. Studiował fizykę i matematykę, ale nie uzyskał

<sup>10</sup> Oba pojęcia przyjmuję za Barbarą Bokus (2001): linia narracji to uporządkowany przez narratora ciąg zamian rzeczywistości mającej odniesienie w czasie; pole narracji tworzą sytuacje odniesienia, które dzieją się w danym czasie w przestrzeni kontrolowanej przez narratora.

<sup>11</sup> Dane chorych zostały zakodowane. K oznacza kobietę, M oznacza mężczyznę, 1 lub 2 to numer porządkowy badanej osoby, liczba po łączniku określa wiek badanego.



dypłomu. Pracował jako nauczyciel, obecnie jest na emeryturze. Przed zachorowaniem oglądał telewizję, czytał, rozwiązywał krzyżówki, podróżował. Obecnie chodzi na spacer, czyta, gra w warcaby, ale też dużo czasu spędza, leżąc w łóżku. Mieszka z żoną, potrzebuje pomocy przy myciu i ubieraniu. Do Centrum Alzheimera przychodził od trzech do pięciu razy w tygodniu, ale w marcu 2017 roku zrezygnował ze względu na nasilające się zaburzenia nastroju. Żona opisała go jako osobę flegmatyczną. Pierwsze objawy choroby – zaburzenia pamięci – pojawiły się w latach 2012–2013, poprzedziła je depresja. Zaburzenia mowy dołączyły w 2014 roku (zapominanie słów, tworzenie krótkich zdań, wycofywanie się z rozmowy, tworzenie nielogicznych wypowiedzi). Badany przeszedł w dzieciństwie zapalenie opon mózgowych, a jego ojciec prawdopodobnie chorował na chA.

**K1-65** – kobieta w wieku 65 lat, urodzona w mieście powyżej 500 tysięcy mieszkańców. Ma wyższe wykształcenie (kartografia i pedagogika), pracowała jako rzeczoznawca majątkowy, obecnie jest na emeryturze. Przed zachorowaniem chętnie oglądała telewizję, czytała, zajmowała się ogrodem. Obecnie ogląda telewizję, chodzi z opiekunem na spacer, uczęszcza na zajęcia jogi i języka angielskiego. Mieszka z mężem, wymaga pomocy przy niektórych czynnościach. Do Centrum Alzheimera przychodzi codziennie. Mąż opisał ją jako osobę energiczną. W 2014 roku pojawiły się problemy z pamięcią i koncentracją uwagi, później dołączyły zaburzenia mowy (zapominanie słów, niezrozumienie znaczenia wyrazów, unikanie mówienia) i zachwiania nastroju. W rodzinie badanej nie było przypadków chA. Badana choruje na nadciśnienie, ma problemy z tarczycą i nerkami.

**K2-78** – kobieta w wieku 78 lat, urodzona w mieście powyżej 500 tysięcy mieszkańców. Ma średnie wykształcenie, pracowała jako fryzjerka. Ukończyła także szkołę muzyczną II stopnia. Przed zachorowaniem chętnie oglądała telewizję, czytała, chodziła na spacer, zajmowała się ogrodem. Obecnie ogląda telewizję i chodzi na spacer. Mieszka z mężem i na co dzień potrzebuje tylko niewielkiej pomocy. Do Centrum Alzheimera przychodzi trzy razy w tygodniu. Mąż określił ją jako osobę towarzyską i niezorganizowaną. Pierwsze objawy choroby pojawiły się w 2016 roku i dotyczyły: zapominania nazwisk, zaburzeń płynności mówienia, przekładania przedmiotów, zapominania o różnych czynnościach. Matka badanej chorowała na chA.

**M2-80** – mężczyzna w wieku 80 lat, urodzony w mieście powyżej 500 tysięcy mieszkańców. Ma średnie wykształcenie, był właścicielem sklepu

z galanterią. Przed zachorowaniem chętnie pracował w ogrodzie, obecnie ogląda telewizję i chodzi na spacer. Mieszka z córką, ale jest samodzielny. Do Centrum Alzheimera przychodzi trzy razy w tygodniu. Osoba wypełniająca ankietę opisała go jako człowieka pogodnego i flegmatycznego. Pierwsze objawy choroby dotyczyły problemów z mową (zapominania słów). Badany jest samodzielny, choć czasami potrzebuje niewielkiej pomocy. Mężczyzna choruje na nadciśnienie, a w 2016 roku przeszedł dwa udary. Źródło: opracowanie własne.

Osoby badane miały za zadanie opowiedzieć dwie historyjki<sup>12</sup> – obie zaczerpnięte z *Zestawu prób do badania procesów poznawczych u pacjentów z uszkodzeniami mózgu* W. Łuckiego (1995). Pierwsza historyjka obrazkowa była czteroelementowa i przedstawiała myśliwego, który razem z psem wybrał się na polowanie. Myśliwemu udało się ustrzelić kaczkę, która wpadła do stawu, skąd przyniósł mu ją pies. Polecenie brzmiało: „Proszę opowiedzieć, co tu się wydarzyło”.

**Tabela 2. Opowiedzenie pierwszej historyjki**

M1-67	Zaobserwowane zjawiska
M1-6: <i>Na pewno będzie do strzelawki. To już jest z trzech pierwszych, znaczy jest na tym, tylko nie wiem, czy to jest ten sam, ale raczej będzie ten sam, prawda? Na pewno, drzewko trochę słabe, bo tutaj jest w każdym razie ta roślina.</i> Z: <i>A jak pan myśli, na co poluje ten pan?</i>	pominięcie leksemu, neologizm pominięcie leksemu, ujawnianie niewiedzy, dygresja
M1-67: <i>Na samoloty to chyba nie.</i> Z: <i>Miejmy nadzieję, że nie.</i>	zastąpienie leksemu ujawnianie niewiedzy

<sup>12</sup> W tabeli przytaczam wypowiedzi badanych osób. Podkreśliłam zaobserwowane zjawiska, które opatrzyłam komentarzami w prawej kolumnie. Symbolem Z oznaczyłam swoje wypowiedzi.

<p>M1-67: <u>Na, na, na te może tak być.</u>  Z: A udało mu się coś upolować?  M1-67: Nie, bo nie zdążyłby się wyprostować i jego by <u>strzelił</u>. Musi być jakoś pokazane, że albo się tak nabiło, strzeliło, albo tak, żeby można było z czegoś strzelić.  Z: Chociaż tutaj on mierzy.  M1-67: A tutaj to mierzy tak. Tutaj powiesił sobie jeszcze <u>jakiś</u>, nie zwróciłem uwagi.  Z: Może coś mu się jednak upolować udało.  M1-67: <u>Może, może tu dwa są, prawda? To być może to są dwa. I tu tego trafili. A ten tu w dodatku miał...</u></p>	<p>powtórzenie, zastąpienie leksemu, ujawnianie niewiedzy</p> <p>pominięcie leksemu</p> <p>zastąpienie leksemu</p> <p>powtórzenie, ujawnianie niewiedzy, pominięcie leksemu, przerwanie wypowiedzi</p>
<b>K1-65</b>	<b>Zaobserwowane zjawiska</b>
<p>K1-65: <u>Tu jest pies z panem. A tu jest strzelba.</u>  Z: Tak.  K1-65: <u>A tu jest strzela do wiatrówki. A tu pies łowi ryby.</u></p>	<p>powtórzenia</p> <p>powtórzenia, błąd składniowy, nierozpoznanie sytuacji</p>
<p>Z: Tak, pan wybrał się ze swoim psem na...  K1-65: <u>Ryby.</u>  Z: ...na polowanie.</p>	<p>nierozpoznanie obiektu</p>
<b>K2-78</b>	<b>Zaobserwowane zjawiska</b>
<p>K2-78: <u>Myśliwi z pieskiem idzie na polowanie.</u>  Z: Tak.  K2-78: Tutaj <u>wypatruje</u>, pies czeka na rozkaz, no i tutaj strzela do biednej kaczki.  Z: Jak pani myśli, udało mu się?  K2-78: No <u>chyba</u> się udało, bo widzę, że pies przyniósł kaczkę.</p>	<p>substytucja głoski</p> <p>brak leksemu</p> <p>ujawnienie wątpliwości</p>

Tabela 2. Opowiadanie pierwszej historyjki, cd.

M2-80	Zaobserwowane zjawiska
M2-80: <i>Leśniczy wyprawia się na polowanie, wyprawia się na polowanie. Zauważył... na niebie przelatujące ptaki. Mierzy do nich i strzela, a przynosi mnie mu strzelony-ego ptaka. Wszystko dobrze?</i>	zastąpienie leksemu, powtórzenie, pominięcie leksemu zastąpienie leksemu, ujawnienie wątpliwości

Źródło: opracowanie własne.

Druga historyjka obrazkowa była dziewięcioelementowa. Przedstawiała mężczyznę, który kupił w aptece płyn na porost włosów i po zaaplikowaniu środka zasnął. Kiedy się obudził, jego włosy ciągle rosły, chociaż starał się je obciąć. W końcu bohater przebudził się i okazało się, że to był tylko senny koszmar. Polecenie brzmiało: „Proszę opowiedzieć, co tu się wydarzyło”. Zadanie było trudniejsze niż historyjka o myśliwym – nie tylko ze względu na większą liczbę obrazków, ale przede wszystkim przez konieczność zrozumienia, że większość przedstawionych zdarzeń to sen bohatera.

Tabela 3. Opowiadanie drugiej historyjki

M1-67	Zaobserwowane zjawiska
M1-67: <i>Może przyjechał ktoś coś kupić. Zadawolony był, no i może dać mu spokój. Dlaczego mam wymyślić, co tu ma być?</i> Z: <i>A jak pan myśli, co on kupił?</i> M1-67: <i>No coś tam widzę, albo to jest bardzo gruby ołówek, albo jakaś lu-netka czy coś takiego.</i> Z: <i>On coś wylewa sobie z tego na głowę, jak widać...</i> M1-67: <i>Mył się...</i>	ujawnianie wątpliwości, zastąpienie leksemu  nierozpoznanie przedmiotu  nierozpoznanie sytuacji

<p>Z: <i>Uhm, zadowolony sobie śpi i co się dzieje dalej?</i>  M1-67: <i>No... <u>nie</u> wiem, jest <u>chłopak</u>.</i>  Z: <i>Jest łysy. A tutaj?... Kładł się spać zupełnie łysy, a tu jak pan spojrzy...</i>  M1-67: <i>No tak.</i>  Z: <i>No to coś tam zaczyna już...</i>  M1-67: <i><u>Włoski</u>.</i>  Z: <i>Tutaj dalej widać, że...</i>  M1-67: <i><u>Ciesz się</u>.</i>  Z: <i>Tak, a tutaj?</i>  M1-67: <i>(śmiech) Teraz to ma już <u>ta- kie takie</u>, że mu się zawija, ojej!</i>  Z: <i>A tutaj co się stało?</i>  M1-67: <i>Że się obudził.</i></p>	<p>ujawnianie niewiedzy, zastąpienie leksemu</p> <p>zastąpienie leksemu</p> <p>substytucja głosek</p> <p>zastąpienie leksemu, powtórzenie</p>
<b>K1-65</b>	<b>Zaobserwowane zjawiska</b>
<p>K1-65: <i><u>Tu</u> jest apteka... <u>Tutaj</u> facet czyta książkę. <u>Tutaj</u> facet śpi. <u>Tutaj</u> się przeciąga. <u>Tu</u> się czesze. A <u>tuuu</u> <u>nie</u> <u>wiem</u>, co robi.</i>  Z: <i>On trzyma nożyczki.</i>  K1-65: <i><u>Trzyma nożyczki</u> i strzyże się.</i>  Z: <i>Tak.</i>  K1-65: <i>A <u>tuuu</u> <u>nie</u> <u>wiem</u>, co jest.</i>  Z: <i>Tu się strzygł, a tu? Czy jego włosy są krótsze?</i>  K1-65: <i>Są krótsze zdecydowanie. <u>A tuuu</u>...</i>  Z: <i>Dalej ten sam pan, proszę zobaczyć, jak długie ma włosy.</i>  K1-65: <i>A! Dobrze.</i>  Z: <i>Czyli nic mu to strzyżenie nie...</i>  K1-65: <i>Tak, nie dało.</i>  Z: <i>...pomaga. A tutaj?</i>  K1-65: <i><u>Facet</u> czyta.</i>  Z: <i>On chyba się właśnie przebudził.</i>  K1-65: <i>A! <u>Przebudził się</u>.</i></p>	<p>powtórzenia, nierozpoznanie zdarzenia,  wydłużenie głoski, ujawnianie niewiedzy</p> <p>powtórzenie</p> <p>wydłużenie głoski, ujawnianie niewiedzy</p> <p>wydłużenie głoski, urwanie zdania</p> <p>nierozpoznanie zdarzenia</p> <p>powtórzenie</p>

Tabela 3. Opowiedzenie drugiej historyjki, cd.

K2-78	Zaobserwowane zjawiska
<p>K2-78: <i>Pan z samego rana po zakupy <u>chyba</u> przyszedł, bo ma zdaje się <u>kartkę</u> jakąś w rękę, <u>pewnie ma wypisane, co ma kupić</u>. Tutaj w łazience już się szykuje na całego, <u>perfumy</u> leją się na głowę (śmiejch). Ale tutaj <u>chyba</u> idzie spać, bo zegar nastawiony... a tutaj mu się trudno wstaje, <u>tak mi się wy-daje</u>, tu już toaleta. Grzebień w rękę, więc się czesze... <u>Co on tutaj wyprawa?... Nogi moczy?</u></i></p> <p>Z: <i>Chyba bardziej chodzi o to, co się tu na górze dzieje.</i></p> <p>K2-78: <i>...<u>chyba</u> włosy czesze, no bo co?</i></p> <p>Z: <i>Tak – i tutaj?</i></p> <p>K2-78: <i>Z noży, z nożycami <u>chciałby pewnie... To kobieta czy...</u></i></p> <p>Z: <i>Nie, nie.</i></p> <p>K2-78: <i>...<u>mężczyzna? To mężczyzna?</u></i></p> <p>Z: <i>Uhm.</i></p> <p>K2-78: <i><u>Chciał się ostrzyć, ale tragicznie mu to wyszło, ale w końcu <u>chyba</u> poszedł do fryzjera, bo tu jest ładnie ostrzyżony, ogolony. To już wszystko?</u></i></p>	<p>ujawnianie wątpliwości, dygresja</p> <p>ujawnianie wątpliwości</p> <p>nerozpoznanie obiektu, ujawnianie wątpliwości</p> <p>ujawnianie niewiedzy</p> <p>nerozpoznanie zdarzenia</p> <p>ujawnianie wątpliwości</p> <p>ujawnianie wątpliwości, urwanie zdania, nieuznanie osoby</p> <p>ujawnianie wątpliwości</p> <p>ujawnianie wątpliwości, nieuznanie zdarzenia</p>
M2-80	Zaobserwowane zjawiska
<p>M2-80: <i>...<u>pan</u> kupuje <u>napój</u> w sklepie. <u>Pan</u> polewa sobie głowę... specyfikiem. <u>Pan</u> śpi. <u>Pan</u> wstał i boli go głowa. <u>Boli go głowa czy czesze się, nie wiem</u>. Skrapia sobie głowę, będzie się czesał. <u>Pan</u> sobie obetnie włosy... <u>obciął</u> sobie włosy, ale są nadal długie.</i></p> <p>Z: <i>Uhm.</i></p> <p>M2-80: <i><u>I są jeszcze dłuższe. <u>Aż</u> w końcu <u>pozbył się ich i jest łysy</u>.</u></i></p>	<p>nerozpoznanie obiektu, powtórzenie struktury składniowej, nieuznanie zdarzenia, ujawnianie niewiedzy</p> <p>nerozpoznanie zdarzenia</p>

Źródło: opracowanie własne.

Zadanie uwidoczniało trudności w samodzielnym opisanu obu historyjek przez M1-67 oraz drugiej historyjki przez K1-65 i K2-78. W tych przypadkach opowiadanie było zastępowane przez dialog. Tylko M2-80 samodzielnie opowiedział obie historyjki – mimo że był najstarszy i kilka miesięcy wcześniej przeszedł dwa udary, funkcjonował pod względem poznawczym najlepiej ze wszystkich badanych (12 osób). W grupie kontrolnej zdrowych ludzi starszych jedynie osoby po 80. roku życia potrzebowały pewnego naprowadzenia ze strony badającego, zaś wszyscy zdrowi badani przed 80. rokiem życia samodzielnie opowiedzieli obie historyjki. Żaden z opisanych badanych nie zrozumiał humorystycznego sensu dziewięcioelementowej historyjki – faktu, że duża część przedstawionych wydarzeń to sen głównego bohatera, chociaż osoby M1-67 i K1-65 spostrzegły, że na ostatnim obrazku bohater się budzi<sup>13</sup>. Z całej grupy badawczej (12 osób) tylko 2 odczytały humorystyczne przesłanie, zaś w grupie kontrolnej starszej nie odczytały go jedynie 2 osoby – obie po 80. roku życia.

U badanych nie pojawiły się wykładniki leksykalne typowe dla narracji („później”, „potem”, „następnie”), zamiast tego opisywali oni każdy z obrazków osobno albo używając zaimków wskazujących („tu”, „tutaj”): *Tu jest pies z panem. A tu jest strzelba; Tutaj w łazience już się szykuje na całego, perfumy leją się na głowę (śmiech). Ale tutaj chyba idzie spać, bo zegar nastawiony... a tutaj mu się trudno wstaje;* albo powtarzając strukturę składniową: *Tutaj facet czyta książkę. Tutaj facet śpi; Pan kupuje napój w sklepie. Pan polewa sobie głowę... specyfikiem. Pan śpi. Pan wstał i boli go głowa.* Osoby z grupy kontrolnej także używały zaimków „tu”, „tutaj”,

<sup>13</sup> Jerzy Trzebiński (2001) wskazuje, że zwłaszcza przy interpretowaniu rzeczy nieoczywistych daje o sobie znać charakterystyczny sposób interpretowania zdarzenia przez daną jednostkę. Ostatni obrazek dziewięcioelementowej historyjki K2-78 interpretuje następująco: *Ale w końcu chyba poszedł do fryzjera, bo tu jest ładnie ostrzyżony, ogolony;* zaś M2-80: *I są jeszcze dłuższe [włosy]. Aż w końcu pozbył się ich i jest łysy.*

ale zdecydowanie rzadziej i głównie dotyczyło to osób po 80. roku życia. Co warte podkreślenia, przedstawieni badani zachowywali linię narracji. W polu narracji zaś pojawiały się sporadycznie wypowiedzi o elementach niezwiązanych z głównym biegiem wydarzeń (...*drzewko trochę słabe, bo tutaj jest w każdym razie ta roślina; ...bo ma zdaje się kartkę jakąś w rękę, pewnie ma wypisane, co ma kupić*). Wypowiedzi badanych (w porównaniu z grupą kontrolną) – nawet jeśli były względnie poprawne pod względem językowym i spójności narracji – były bardzo lakoniczne, ubogie w szczegóły<sup>14</sup>.

Badane osoby często ujawniały za pomocą wykładników leksykalnych swoją niewiedzę (*nie wiem, nie mam pojęcia*) lub wątpliwości (*chyba, może, może tak być, raczej, pewnie, wszystko dobrze?*). Najwięcej niewiedzy i niepewności w opowiadaniu historyjki zaobserwowałam u M1-67, nieco mniej u K2-78 i K1-65, najmniej zaś u M2-80 (po jednym przypadku podczas opowiadania każdej historyjki). Duża część użytych wykładników niewiedzy i wątpliwości wynikała z trudności w rozpoznaniu na obrazkach przedmiotów (butelka: *bardzo gruby ołówek, jakaś lunetka*), osób/zwierząt (mężczyzna: *kobieta*, kaczki: *ryby*) czy sytuacji (pies wyciąga

<sup>14</sup> Dla porównania przytoczę, jak obie historyjki przedstawiła słowami osoba z grupy kontrolnej (kobieta, 73 lata, wyższe wykształcenie). Historie zostały opowiedziane samodzielnie i są bogate w szczegóły:

1. *No więc idzie na polowanie tutaj jakiś myśliwy, idzie ze swoim psem. Dochodzi do jeziora. Widzi nadlatujące ptaki, szczela [zapis zgodny z wymową badanej]. Uszczelił jednego. No i ten pies, który towarzyszy, wskoczył do wody i mu w psyku przyniósł tą zestrzelone... ptaka.*

2. *No więc tak, przychodzi facet do jakiegoś sklepu kosmetycznego albo apteki, prosi o jakiś środek na porost włosów, bo jest łysy. No pokroił sobie wieczorem... tą łysinę, położył się spać, uśmiechnięty, zadowolony. Rano rzeczywiście sprawdza, no, włosy odrosły. No cieszy się, dalej polewa tą głowę, czesze grzebyczkiem. Włosy są coraz dłuższe, wreszcie włosy już są grubo po... do połowy pleców prawie zarośnięty. Jest niezadowolony. Obudził się szczęśliwy, dotyka głowy, a to był tylko sen.*



z wody ustrzeloną kaczkę: *pies łowi ryby*; mężczyzna polewa głowę płynem z butelki: *czyta książkę*; mężczyzna czesze się: *nogi moczy, boli go głowa czy czesze się*; mężczyzna obcina sobie włosy: *facet czyta, chyba poszedł do fryzjera*).

W warstwie językowej przede wszystkim zwracały uwagę problemy z aktualizacją nazwy – pożądana nazwa była albo zastępowana innym wyrazem (*roślina* zamiast „drzewo”, *leśniczy* – „myśliwy”, *strzelonego* – „zastrzelonego”/„ustrzelonego”, *chłopak* – „mężczyzna”), często zaimkiem nieokreślonym lub wskazującym (*jakiś, te, tego, takie*), neologizmem (*strzelawka* – „polowanie”) lub pominięciem leksemu (*Na pewno będzie do strzelawki* – pominięte wyrazy, np. „szykował się” oraz „myśliwy”; *może tu dwa są* – pominięty wyraz „ptaki”; *przynosi mnie mu strzelony-ego ptaka* – pominięty wyraz „pies”; *Tutaj wypatruje* – pominięty wyrazy „myśliwy” oraz „ptaków”/„kaczek”).

Zanotowałam niewiele błędów fonetycznych i gramatycznych: substytucje lub dodanie głosek (*myśliwi* – „myśliwy”, *czeszy się* – „czesze się”), pomijanie podmiotu (*Na pewno będzie do strzelawki; przynosi mnie mu strzelony-ego ptaka; tutaj wypatruje*) i dopełnienia (*tutaj wypatruje*), kontaminacje składniowe (*strzela do wiatrówki*: „strzela z wiatrówki” / „strzela do kaczek”) oraz powtórzenie struktury składniowej (*Tu jest apteka... Tutaj facet czyta książkę. Tutaj facet śpi. Tutaj się przeciąga. Tu się czesze. A tuuu nie wiem, co robi; Pan kupuje napój w sklepie. Pan polewa sobie głowę... specyfikiem. Pan śpi. Pan wstał i boli go głowa*).

W trakcie wykonywania zadania przez badanych zaobserwowałam pewne zakłócenia na poziomie suprasegmentalnym. Były to przede wszystkim pauzy, ale także urywane zdania (*A ten tu w dodatku miał...; A tuuu...*), wydłużanie głosek (u K1-65: *tuuu*) i powtórzenia (pojedynczych wyrazów: *na, na, na; może, może*; całych zdań: *wyprawia się na polowanie, wyprawia się na polowanie*; oraz powtarzanie po badającym: Z: *Trzyma nożyczki*, K1-65: *Trzyma nożyczki*; Z: *Przebudził się*, K1-65: *Przebudził się*).

## Podsumowanie

Badani mieli trudności w opowiedzeniu historyjki obrazkowej. Czasem trzeba było im pomóc w narracji, co powodowało, że zamieniała się ona w dialog. Nawet wypowiedzi zrealizowane samodzielnie okazywały się dość ubogie. Humorystyczny sens drugiej historyjki nie został przez badanych odczytany. Podczas opowiadania charakterystyczne było nagromadzenie w wypowiedziach osób z chA wykładników leksykalnych niewiedzy lub wątpliwości, w dużej mierze wynikających z trudności w rozpoznaniu przedmiotów, zwierząt, osób czy sytuacji na obrazkach. Zaobserwowane trudności leksykalne dotyczyły zastępowania poszukiwanego leksemu innym leksemem, zaimkiem nieokreślonym lub wskazującym, neologizmem, omówieniem, pominięciem leksemu. Wśród trudności suprasegmentalnych zanotowałam pauzy, wydłużanie głosek w wyrazach, powtórzenia słów i zdań. Czasami zdania były urywane. Błędy fonetyczne i gramatyczne (fleksyjne i składniowe) zdarzały się sporadycznie.

Badanie ujawniło, że największych trudności doświadczyły osoby by K1-65 i M1-67, które miały niższe wyniki w skali MMSE, a tym samym większe zaburzenia różnych funkcji poznawczych. Choć były to osoby młodsze i lepiej wykształcone niż badani K2-78 i M2-80, cierpiały na typ choroby Alzheimera o wczesnym początku, w którym proces neurodegeneracyjny jest bardziej dynamiczny. Można by oczekiwać, że wyższe wyniki osiągną ludzie młodszy, z wyższym wykształceniem i aktywni umysłowo. Natomiast wśród opisanych osób najlepiej wypadł osiemdziesięcioletni mężczyzna ze średnim wykształceniem (M2-80), bowiem mimo choroby miał jeszcze relatywnie dobrze zachowane wszystkie funkcje poznawcze. Wynika stąd, że w przypadku realizacji zadania sprawdzającego narrację kluczowy jest stopień otępienia badanego<sup>15</sup>.

<sup>15</sup> Trzeba jednak pamiętać, że nie jest to regułą. Jedna z badanych kobiet – mimo dość niskiego wyniku w skali MMSE: 20 p. – okazała się jedną

Ponieważ narracja angażuje jednocześnie wiele funkcji poznawczych, to nawet na wczesnym etapie choroby Alzheimera można spodziewać się deficytów w tym obszarze ekspresji językowej. Zatem historyjka obrazkowa może być przydatnym narzędziem zarówno do diagnozy logopedycznej osób z chorobą Alzheimera, jak i w ich późniejszej terapii. Wybranie historyjki z zaskakującym zakończeniem (takim jak w historyjce z płynem na porost włosów) może pozwolić na zaobserwowanie zakłóceń nawet u osób pozornie bardzo dobrze funkcjonujących (jak M2-80).

## Bibliografia

- Barthes R. (1968). Wstęp do strukturalnej analizy opowiadań. Tłum. W. Błońska. *Pamiętnik Literacki*, 4, 327–359.
- Błęszyński J. (2011). Mowa i myślenie osób z otępieniem typu Alzheimera. W: A. Nowicka, W. Baziuk (red.). *Człowiek z chorobą Alzheimera w rodzinie i środowisku lokalnym*. Zielona Góra: Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego.
- Bokus B. (1991). *Tworzenie opowiadań przez dzieci. O linii i polu narracji*. Kielce: Wydawnictwo Energeia.
- Bokus B. (2000). *Świat fabuły w narracji dziecięcej*. Warszawa: Wydawnictwo Energeia.
- Bokus B. (2001). Z analiz linii i pola narracji. W: B. Owczarek, Z. Mitosek, W. Gajewski (red.). *Praktyki opowiadania*. Kraków: Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych Universitas.

---

z dwóch osób, którym udało się zrozumieć humorystyczny sens opowiadania i samodzielnie przedstawić słowami obie historie. Być może istotną rolę odegrały tu wyższe wykształcenie badanej i wykonywany przez nią zawód – do czasu ujawnienia się choroby była aktorką.

- Domagała A. (2003). Mowa we wczesnej fazie demencji typu Alzheimera. *Logopedia*, 32, 105–126.
- Domagała A. (2005). Leksyka w demencji typu Alzheimera. *Logopedia*, 34, 209–234.
- Domagała A. (2007). *Zachowania językowe w demencji. Struktura wypowiedzi w chorobie Alzheimera*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Domagała A. (2010). Metoda zanikających podpowiedzi w diagnozie i terapii logopedycznej osób z otępieniem. *Logopedia*, 39, 207–218.
- Domagała A. (2012). Ćwiczenia w zakresie narracji w otępieniu alzheimerowskim. Problem zaburzeń pisania. *Logopedia*, 41, 169–182.
- Domagała A. (2013). Rejestr trudności leksykalnych u osób w łagodnej oraz umiarkowanej fazie choroby Alzheimera. *Logopedia*, 42, 179–191.
- Domagała A. (2014/2015). Powtórzenia w wypowiedziach determinowanych gatunkowo u pacjentów z otępieniem alzheimerowskim. *Logopedia*, 43/44, 335–345.
- Domagała A. (2015a). *Narracja i jej zaburzenia w otępieniu alzheimerowskim*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Domagała A. (2015b). Standard postępowania logopedycznego w przypadku zaburzeń mowy w otępieniu alzheimerowskim. W: S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak (red.). *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego. Podręcznik akademicki*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Domagała A. (2016). Interakcja: logopeda – pacjent z chorobą Alzheimera w fazie umiarkowanej w sytuacji badania diagnostycznego. *Logopedia*, 45, 189–202.

- Dryll E., Cierpka A. (red.) (2004). *Narracja. Koncepcje i badania psychologiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
- Filar D. (2014). Narracyjność w badaniach interdyscyplinarnych a kategorie narracyjne w semantyce. W: D. Filar, D. Piekarczyk (red.). *Narracyjność języka i kultury*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Filar D., Piekarczyk D. (red.) (2014). *Narracyjność języka i kultury*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Folstein M., Folstein S., Fanjiang G. (1975). *Minimal. Krótka Skala Oceny Stanu Umysłowego (MMSE)*. Tłum. J. Stańczak. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Grochmal-Bach B. (2007). *Cierpienie osób z otępieniem typu Alzheimera. Podejście terapeutyczne*. Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Kordys J. (2001). Pamięć i opowiadanie. W: B. Owczarek, Z. Mitošek, W. Gajewski (red.). *Praktyki opowiadania*. Kraków: Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych Universitas.
- Lewicka T. (2010). O komunikowaniu się w chorobie Alzheimera. *Biuletyn Śląskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego*, 2, 9–10.
- Łucki W. (1995). *Zestaw prób do badania procesów poznawczych u pacjentów z uszkodzeniami mózgu*. Warszawa: Wydawnictwo Pracowni Testów Psychologicznych.
- Makara-Studzińska M., Gustaw K., Kryś K. (2012). Trudności w komunikacji z pacjentem z chorobą Alzheimera. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 12(1), 18–25.
- Marczewska H. (1994). Zaburzenia językowe w demencji typu Alzheimera i demencji wielozawałowej. W: E. Osiejuk, H. Marczewska (red.). *Nie tylko afazja. O zaburzeniach językowych w demencji Alzheimera, demencji wielozawałowej i przy uszkodzeniach prawej półkuli mózgu*. Warszawa: Wydawnictwo Energeia.

- Martyniuk-Gęca A., Papuć E., Tynecka-Turowska M., Rejda K. (2016). Choroba Alzheimerera i jej rzadkie warianty oraz implikacje dla jakości życia. W: J. Tatarczuk, M. Markowska (red.). *Dobrostan a stan zdrowia*. Lublin: Wydawnictwo Naukowe NeuroCentrum.
- Marzec J. (red.) (2002). *Dyskurs, tekst i narracja. Szkice o kulturze ponowoczesnej*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Mitosek Z. (2004). *Opowiadanie w perspektywie badań porównawczych*. Kraków: Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych Universitas.
- NIK. *Opieka nad osobami chorymi na chorobę Alzheimerera oraz wsparcie dla ich rodzin. Informacja o wynikach kontroli*. Pobrano z: [https://www.nik.gov.pl/plik/id,13694,v,artykul\\_14549.pdf](https://www.nik.gov.pl/plik/id,13694,v,artykul_14549.pdf) (dostęp: 5.07.2017).
- Owczarek B. (2001). Od poetyki do antropologii opowiadania. W: B. Owczarek, Z. Mitosek, W. Gajewski (red.). *Praktyki opowiadania*. Kraków: Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych Universitas.
- Owczarek B., Mitosek Z., Grajewski W. (red.) (2001). *Praktyki opowiadania*. Kraków: Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych Universitas.
- Podemski R., Słotwiński K. (2003). Zaburzenia mowy w procesach otępiennych. W: J. Leszek (red.). *Choroby otępienne. Teoria i praktyka*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo.
- Rippich D., Terrell B. (1998). Patterns of discourse cohesion and coherence in Alzheimer's disease. *The Journal of Speech and Hearing Disorders*, 53(1), 8–15.
- Sobów T. (2007). Zasady postępowania terapeutycznego w zespołach otępiennych. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 3(2), 97–104.
- Straś-Romanowska M., Bartosz B., Żurko M. (red.) (2010). *Badania narracyjne w psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo Eneteia.

- Szczudlik (red.) (2016). *Sytuacja osób chorych na chorobę Alzheimera w Polsce. Raport RPO*. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich. Pobrano z: [https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Sytuacja%20os%C3%B3b%20chorych%20na%20chorob%C4%99%20Alzheimera%20wyd.II\\_.pdf](https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Sytuacja%20os%C3%B3b%20chorych%20na%20chorob%C4%99%20Alzheimera%20wyd.II_.pdf) (dostęp: 22.06.2018).
- Szepietowska E., Daniluk B. (2000). Zaburzenia językowe w demencji w ujęciu neuropsychologicznym. *Audiofonologia*, 16, 117–135.
- Trzebiński J. (2001). Narracja jako sposób rozumienia świata. W: B. Owczarek, Z. Mitosek, W. Gajewski (red.). *Praktyki opowiadania*. Kraków: Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych Universitas.
- Wasielewski T. (2013). Podejmowanie terapii zaburzeń mowy wobec pacjenta z chorobą Alzheimera. *Zdrowie i Dobrostan*, 2, 155–165.
- Witosz B. (2001). Między opowiadaniem a opisem. W: B. Owczarek, Z. Mitosek, W. Gajewski (red.). *Praktyki opowiadania*. Kraków: Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych Universitas.
- Wolańska E. (2015). Zaburzenia funkcji językowych w chorobach i zespołach otępiennych. Rola i cele logopedii wieku podeszłego. *Poradnik Językowy*, 5, 67–82.
- Woźniak T. (2005). *Narracja w schizofrenii*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Woźniak T. (2014). Narracja a czynność mózgu. W: D. Filar, D. Piekarczyk (red.). *Narracyjność języka i kultury*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.





# Metoda walidacji w opiece nad starszą osobą z demencją

## Streszczenie

Artykuł prezentuje problematykę walidacji, jednej z głównych metod oddziaływań niefarmakologicznych w demencji. Przedstawione zostały w nim podstawy teoretyczne metody, jej główne założenia i cele, a także praktyczne techniki walidacyjne możliwe do zastosowania przez profesjonalistów i opiekunów domowych. Tekst podejmuje również kwestie dotyczące efektywności i rozwoju walidacji. Jest ona sposobem komunikacji opartym na uznaniu i zrozumieniu potrzeb, emocji oraz przeżyć zdezorientowanego seniora. Służy jak najdłuższemu podtrzymaniu kontaktu z otoczeniem oraz poprawie jakości życia chorego i opiekuna. Stanowi ważną alternatywę terapeutyczną dla starszych osób z zaawansowanym stopniem demencji.

**Słowa kluczowe:** walidacja gerontologiczna, demencja, niefarmakologiczne metody terapii w demencji.

## The validation method in care for older person with dementia

### Summary

The paper presents issues of validation, one of main nonpharmacological interventions in dementia. Theoretical foundations of method, main principles and aims as well as practical validation techniques, possible to use for professionals and home caregivers, have been presented. The article includes also the problem of effectiveness and development of the method. Validation is the way of communication, based on the acknowledgment and understanding of needs, emotions and experiences of old disoriented person. Its aim is to maintain the contact with environment as long as possible and to improve the quality of life of ill person and caregiver. Validation is an important therapeutic alternative for old persons with severe dementia.

**Keywords:** gerontological validation, dementia, nonpharmacological interventions in dementia.

### Wprowadzenie

Choroby otępienne coraz częściej określają codzienność osób w podeszłym wieku, również w naszym kraju. Wzrasta liczba ludzi chorych (Klich-Rączka i in. 2012, s. 119–120). Mimo że prowadzone są intensywne badania nad skutecznymi metodami leczenia, perspektywy terapeutyczne sprowadzają się w głównej mierze do hamowania postępujących objawów oraz poprawy jakości życia pacjentów i ich opiekunów. Celom tym sprzyjają oddziaływania o charakterze psychospołecznym, zaliczane do grupy

niefarmakologicznych metod terapii demencji, do których należy wskazana w tytule tekstu walidacja. Jest ona metodą komunikacji opartą na bezwarunkowym uznaniu i akceptacji emocji oraz przeżyć osoby cierpiącej na otępienie. Celem podejścia walidacyjnego jest redukcja stresu, budowanie poczucia godności, zwiększenie subiektywnego poczucia szczęścia przez wsparcie seniora w jego zmaganiach z niedokończonymi wydarzeniami z przeszłości, co stanowi istotne zadanie rozwojowe ostatniego etapu życia (Feil 1993, s. 204).

Zarysowana w ten sposób idea walidacji stanowić będzie przedmiot analiz niniejszego artykułu o charakterze przeglądowym. Jego podstawę stanowią publikacje twórczyni metody – Naomi Feil – a także opracowania popularne i naukowe dotyczące możliwości wdrażania oraz efektywności terapii walidacyjnej w praktyce. Temat ten wydaje się ważny w polskim kontekście opieki i wsparcia dla osób z demencją. Pierwsze publikacje polskojęzyczne dotyczące walidacji pojawiły się w 2001 roku i zawierały opis metody, jak również sposobów jej zastosowania w praktyce opiekuńczej środowisk instytucjonalnych, głównie w kontekście amerykańskim (Gielas 2001a, 2002). Niemniej jednak w potocznym rozumieniu walidację utożsamia się często ze stosowaniem „terapeutycznego kłamstwa” jako sposobu radzenia sobie z problemowymi zachowaniami zdezorientowanego seniora. Obraz walidacji funkcjonujący w świadomości „statystycznego” opiekuna wydaje się niepełny, a w polskich badaniach naukowych jest zasadniczo nieobecny. Warto zatem wypełnić swoistego rodzaju lukę w wiedzy na temat walidacyjnego kontaktu z osobami starszymi cierpiącymi na demencję. Może być to przyczynek do pozytywnych zmian w praktyce opiekuńczej, jak również początek szerszej refleksji o charakterze naukowym, dotyczącej tej popularnej, stosowanej w wielu krajach, metody terapeutycznej.

## Walidacja – podstawy teoretyczne

Każdy pracujący z osobami cierpiącymi na demencję dostrzega w miarę postępu choroby brak skuteczności prób usilnego przywracania chorego do rzeczywistości. Zaprzeczanie obecności osób, które już dawno odeszły, przypominanie o nieaktualności wydarzeń z przeszłości, które dla chorego dzieją się tu i teraz, nie przynosi poprawy, wręcz przeciwnie – nasila „trudne zachowania” (np. niepokój, agresję) seniora. Alternatywą wydaje się więc uznanie doświadczeń, do których odwołuje się osoba starsza, wejście w rolę najbliższych, nieobecnych już osób i umiejętne przekierowanie uwagi chorego – często z wykorzystaniem „niewinnego kłamstwa” – na inne, bardziej związane z rzeczywistością cele. Tak w potocznym ujęciu przedstawiać się może stosowanie walidacji w praktyce. Wspólny dla takiego podejścia oraz rzeczywistych podstaw terapii walidacyjnej jest jedynie moment sprzeciwu wobec koniecznego ukierunkowania chorego ku rzeczywistości [walidacja wyrosła z doświadczenia braku skuteczności treningu orientacji w rzeczywistości i w opozycji do niego (Scanland, Emershaw 1993, s. 9–10)], które poniekąd wydaje się naturalną reakcją na trudności związane z ograniczeniami poznawczymi. Jednak to nie doraźna i powierzchowna skuteczność winna być podstawowym motywem stosowania terapii walidacyjnej – chodzi bowiem o głębsze zrozumienie specyfiki funkcjonowania starszej zdezorientowanej osoby.

Naomi Feil, na podstawie wieloletniego doświadczenia pracy terapeutycznej i opiekuńczej w placówkach dla osób starszych oraz w odniesieniu do teoretycznych podstaw psychologicznych koncepcji Abrahama Masłowa, Zygmunta Freuda, Carla Gustava Junga, przede wszystkim zaś Carla Rogersa i Erika H. Eriksona (Peoples 1982, s. 9–11, za: Feil 1985), wysuwa tezę, że zasadniczym zadaniem rozwojowym dla osób starszych jest rozwiązanie, ostateczne rozstrzygnięcie niedokończonych spraw życiowych

w perspektywie coraz bliższej śmierci. Trudne doświadczenia z wcześniejszych etapów życia, jak również te związane ze stopniową utratą sprawności i samodzielności, gromadzą się często w postaci nieprzepracowanych emocji, które próbują się uzewewnętrznić w sposób specyficzny dla określonego stadium rozwoju demencji. Twórczyni metody wyróżnia tzw. cztery fazy rezolucji – rozstrzygnięcia, korespondujące ze stopniem dezorientacji seniora. Są to fazy:

- niepełnej orientacji,
- utraty perspektywy czasowej,
- powtarzających się ruchów,
- wegetacji (Benjamin 1999, s. 111–117).

Senior mierzący się z własnymi trudnymi doświadczeniami życiowymi próbuje je wyrażać w formie:

- „odreagowania” na najbliższym otoczeniu, przyjmującego często postać niesłusznych oskarżeń o kradzież, obwiniania za doznane krzywdy (faza pierwsza);
- odwoływania się do przeszłości, traktowania przedmiotów i osób jako jej symboli w obliczu coraz bardziej ograniczonego kontaktu z teraźniejszością (faza druga);
- powtarzających się ruchów, zastępujących słowa służące uzewnętrznieniu emocji oraz podtrzymaniu tożsamości (faza trzecia).

Zadaniem walidacji jest uchwycenie – dostrzeżenie, uznanie i dowartościowanie – wyrażanych przez osobę starszą przeżyć na jak najwcześniejszym etapie, co pozwala nie tyle zatrzymać rozwój choroby, ile poprawić jakość funkcjonowania chorego w codziennym życiu dzięki procesowi komunikacji. Ostatnia, czwarta faza – wegetacji – jest przejawem rezygnacji seniora z walki o wyrażanie siebie i przepracowanie wewnętrznych konfliktów, co skutkuje całkowitym wycofaniem i utratą kontaktu z otoczeniem (rozwiązanie konfliktów przeszłości vs wegetacja jako ostatni

kryzys rozwojowy dopełniający teorię E.H. Eriksona (Scrutton 1999, s. 196).

Wszystkie fazy, ujęte wyżej przez pryzmat przemian psychicznych zachodzących w funkcjonowaniu osób chorych, charakteryzują się również zmianami w zakresie innych sfer, które sytuują się między: autonomią a całkowitą zależnością od innych; zdolnością do słownej komunikacji a całkowitym jej brakiem (z pośrednimi sposobami wyrazu za pomocą ruchu); kontaktem z terażniejszością a utratą orientacji czasowej (przez stopniowe wycofywanie się w przeszłość); sprawnością fizyczną, sensoryczną i poznawczą a stopniową lub całkowitą ich utratą. Ostatecznie, sposób funkcjonowania osoby chorej warunkowany jest wieloma czynnikami natury indywidualnej i środowiskowej, somatycznej i psychicznej, które dotyczą zarówno terażniejszości, jak i przeszłości. Fazy dezorientacji są również rzeczywistością dynamiczną, chory może reagować zmiennie, np. w zależności od pory dnia czy od samopoczucia – nawiązując intensywny kontakt z rzeczywistością lub całkowicie go tracąc (Feil 1993, s. 96).

Główne zasady postępowania walidacyjnego, obejmującego towarzyszenie osobie starszej i wsparcie jej na wszystkich etapach choroby, dotyczą następujących zagadnień. Pierwszym i kluczowym założeniem jest teza o godności i niepowtarzalności każdego człowieka, niezależnie od stopnia dysfunkcji poznawczych, jakie mogą mu towarzyszyć, co implikuje konieczność indywidualnego podejścia do osoby chorej, jak również respektowania jej autonomii w zakresie działań terapeutycznych i będących ich rezultatem zmian (Feil 2016a). Istotne jest również twierdzenie o ścisłym związku między zachowaniami seniora a wyrażanymi w ten sposób przeżyciami i emocjami, krótko mówiąc – każde zachowanie ma swoją przyczynę. Często jest to potrzeba bycia kochanym i poczucia bezpieczeństwa, bycia użytecznym i aktywnym, wyrażania siebie oraz bycia słuchanym czy też redukcji dyskomfortu i bólu. Sygnalizowane potrzeby warunkowane są nie

tylko zmianami funkcjonalnymi mózgu, ale także odzwierciedlają fizyczne, społeczne i psychiczne przemiany zachodzące w całym życiu konkretnej osoby (Gielas 2003a, s. 17). Każdy etap życiowy ma swoje istotne zadania rozwojowe, a zaniechanie ich realizacji może prowadzić do trudności natury psychicznej (Woods 1996, s. 589). Zaburzenia pamięci świeżej, ograniczenia w funkcjonowaniu zmysłów sprawiają, że sposobem zachowania wewnętrznej równowagi jest odwołanie się od wspomnień – stąd ich znacząca rola w życiu osób starszych, jak również w działaniach wspierających i opiekuńczych. Adekwatną i właściwą postawą wobec wyrażanych przez seniora emocji i przeżyć, niezależnie od tego, czy dotyczą przeszłości, czy teraźniejszości, jest akceptacja bez oceniania. Trudne doświadczenia – wyrażone, uznane i walidowane – mają mniejszą „siłę rażenia”, natomiast ich ignorowanie bądź tłumienie powoduje eskalację negatywnych konsekwencji w codziennym funkcjonowaniu osoby starszej. Okazana choremu empatia i zrozumienie budują wzajemne zaufanie, redukują lęk i przywracają godność (Feil, de Klerk-Rubin 2012, s. 49).

Po schematycznym zarysowaniu źródeł i zasadniczych założeń walidacji warto podać jej opisową definicję. W ujęciu twórczyni walidacja jest

[...] metodą komunikacji z bardzo starymi ludźmi ze zdiagnozowaną chorobą Alzheimera lub innym rodzajem demencji [...] bazującą na postawie szacunku i empatii dla osób starszych [...] zmagających się z rozwiązaniem niedokończonych spraw życiowych przed śmiercią. Walidacja proponuje sposób klasyfikowania zachowań tych zdezorientowanych ludzi i oferuje proste, praktyczne techniki, które pomagają przywrócić im godność i uniknąć pogorszenia się ich stanu do wegetacji (Feil, de Klerk-Rubin 2012, s. 45; tłum. fragmentu – K.U.-S.).

Na uwagę zasługuje określenie walidacji jako metody nie terapii, ale komunikacji, wiążące ją raczej z dziedziną działań ukierunkowanych na poprawę jakości życia osób starszych, przywracanie poczucia własnej wartości i godności w relacji z innymi, niż z obszarem oddziaływań służących niwelowaniu określonych dysfunkcji, np. poznawczych. Chodzi zatem o sposób bycia z osobami starszymi, wejście w ich świat i odczuwanie tego, co czują, odnajdywanie i zrozumienie motywów ich zachowania (Feil 2016a).

Takie ukierunkowanie walidacji sytuuje ją w grupie metod psychospołecznych zorientowanych na emocje – w odróżnieniu od metod behawioralnych, kognitywnych czy stymulacyjnych (Finnema i in. 2000, s. 142). Walidacja ma swoją ugruntowaną specyfikę wskazującą na jej odrębność od pozostałych rozwiązań terapeutycznych. Zasadniczo przeznaczona jest dla osób od umiarkowanego do zaawansowanego stadium rozwoju demencji, przede wszystkim zaś dla tych z dużym stopniem dezorientacji na skutek dysfunkcji poznawczych, ograniczającym ich kontakt z rzeczywistością (Siberski 2014, s. 200). Wiele metod terapeutycznych, jak chociażby reminiscencja, bilans życia, trening orientacji w rzeczywistości, zakłada minimalny świadomy i ukierunkowany udział uczestników, który już w przypadku osób z zaburzoną orientacją czasową (faza 2) jest ograniczony. Według teorii walidacji jedynie osoby znajdujące się w pierwszym stadium niepełnej orientacji będą w stanie częściowo uczestniczyć w tego typu interakcjach. Ich sprawność poznawcza umożliwia jeszcze, przynajmniej czasową, koncentrację na zadaniu terapeutycznym, zrozumienie wskazówek dotyczących jego wykonania, rozmowę indywidualną bądź grupową na określony temat. Metoda walidacji nie zakłada takiego rodzaju warunków. Proces komunikacji, stanowiącej w niej zasadniczą oś relacji terapeutycznej, budowany jest w oparciu na reakcjach, często spontanicznych i niewerbalnych, osoby chorej. Staje się ona swoistego rodzaju



przewodnikiem po świecie własnych doświadczeń i emocji dla opiekuna, który próbuje je odkryć i uznać, odczytując gesty i zachowania seniora (Feil, de Klerk-Rubin 2012, s. 119–130).

Sposób reakcji opiekuna jest bardzo istotny i zawsze powinien być próbą dotarcia do przyczyn – emocji, doświadczeń, potrzeb – leżących u podstaw zachowania chorego. Wyklucza to walidacyjny charakter wspomnianego we wprowadzeniu kłamstwa terapeutycznego, jak również odwracania i przekierowywania uwagi seniora na inne, bardziej adekwatne dla opiekuna i otoczenia cele. Obydwie te formy służą doraźnemu rozwiązaniu kłopotliwej sytuacji i oparte są w rzeczywistości na rozminięciu się z sygnalizowanymi przez chorego emocjami/przeżyciami. „Opanowanie” wędrującej osoby zaserwowaniem filiżanki herbaty czy propozycją lektury gazety nie zminimalizuje ostatecznie nawyku wędrowania, a zapewnianie seniora pytającego o swe dawne, nieistniejące już miejsce zamieszkania, że wciąż mieści się ono w tej samej lokalizacji i przynależy do niego, nie zmniejszy częstotliwości powtarzających się pytań o nie. Dopiero próba odzwierciedlenia przeżyć seniora: „To musiało być dla Pani/Pana ważne miejsce” lub dotarcia do przyczyn jego zachowania: „Dokąd Pani/Pan dzisiaj zmierza?” czy odgadnięcia towarzyszącego mu nastroju: „Czy czuje się Pani/Pan znudzona/znudzony?” stać się może początkiem walidującego kontaktu, stopniowo pozwalającego na wyrażenie ukrytych emocji i odzyskanie wewnętrznej równowagi (Feil, de Klerk-Rubin 2012, s. 125). Rzeczywisty wymiar walidacji zakłada każdorazowe dążenie do poznania i uznania przeżyć komunikowanych przez osobę chorą, nie implikuje jednak psychicznego nacisku ze strony opiekuna w celu skonfrontowania seniora z nimi. Walidacja jest raczej wspierającym towarzyszeniem, opartym na przyjęciu seniora „tu i teraz” wraz ze wszystkimi doświadczeniami, emocjami, przeżyciami. Nie polega również na stosowaniu pozytywnych czy negatywnych wzmocnień w celu zmiany zachowania seniora – jest szanującą

jego autonomię i samostanowienie obecnością opiekuna (Feil, de Klerk-Rubin 2012, s. 119). Metoda walidacji przekłada się na szereg praktycznych technik możliwych do zastosowania w zróżnicowanych kontekstach opiekuńczych i terapeutycznych z uwzględnieniem podmiotowych uwarunkowań funkcjonowania starszej osoby, w szczególności stopnia dezorientacji.

## Walidacja w praktyce

Spróbujmy zatem określić podstawowe warunki stosowania metody walidacyjnej. Jak wspomniano wyżej, przeznaczona jest ona przede wszystkim dla osób w zaawansowanej starości (powyżej 80. roku życia) z dużym stopniem dezorientacji i utratą funkcji poznawczych, niezależnie od zachowanej zdolności komunikacji słownej (także dla osób komunikujących się jedynie drogą niewerbalną, jak również dla tych, które utraciły zdolność wyrażania siebie w jakiegokolwiek formie). Szczególnie przydatna jest w pracy z osobami zmagającymi się z nieprzepracowanymi kryzysami życiowymi lub mającymi trudności z akceptacją zmian psychofizycznych i społecznych charakterystycznych dla starości (Gielas 2001a, s. 19). Korzystne jest stosowanie walidacji również w przypadku ludzi z ograniczoną mobilnością i osłabioną sprawnością sensoryczną (ubytki wzroku, słuchu). To metoda o szerokim spektrum zastosowania, jednak jej autorka zaznacza, że nie jest przeznaczona dla osób w zaawansowanym wieku z historią choroby psychicznej, niepełnosprawnością intelektualną ani dla uzależnionych od alkoholu (Feil, de Klerk-Rubin 2012, s. 113). Walidatorem może być każda osoba pozostająca w relacji z chorym (Validation Training Institute 2016b) – członek rodziny, opiekun, pracownik placówki opiekuńczej, terapeuta zajęciowy. Wymaga to jednak odpowiedniego przygotowania, mimo intuicyjnej nieraz wiedzy i umiejętności stosowania technik wali-

dacyjnych. Walidacja jest bowiem teorią – wiedzą dotyczącą rozwiązywania wewnętrznych konfliktów na ostatnim etapie życia, metodą komunikacji opierającą się na prostych technikach interakcji z osobą chorą, jak również, a nawet przede wszystkim, postawą szacunku wobec godności starego zdezorientowanego człowieka. Wszystkie te elementy powinny tworzyć całość w prawidłowo realizowanej praktyce walidacyjnej (Feil, de Klerk-Rubin 2012, s. 207).

Walidacja może być realizowana w formach indywidualnej i grupowej. Pierwsza z nich jest podstawowym sposobem codziennej komunikacji z chorym seniorem. W zasadzie każdy akt komunikacji powinien mieć charakter walidacyjny, nie zawsze możliwe jest jednak pełne rozpoznanie i uznanie przeżyć seniora, chociażby ze względu na ramy czasowe i organizacyjne, jak również możliwości psychofizyczne chorego. Zaleca się zatem, aby kontakt *stricte* ukierunkowany na cele walidacyjne trwał około 5–15 min i był powtarzany kilka razy w ciągu dnia (Gielas 2003a, s. 14). Minimalnym wymiarem jest przeprowadzanie takiej krótkiej sesji walidacyjnej raz w tygodniu z każdym seniorem. Dużą wartość mają również grupy walidacyjne, które mogą być tworzone w nieformalnych (jak dom rodzinny, społeczność lokalna) i formalnych (jak domy dziennego pobytu, domy opieki) środowiskach opieki i wsparcia. Praktyka walidacji grupowej ma swoją ugruntowaną historię (pierwsze grupy walidacyjne stworzone zostały w 1963 roku), podstawy teoretyczne i organizacyjne (warunki, dobór grupy, przebieg sesji), a jej efektywność została zweryfikowana w badaniach naukowych (Bleathman, Morton 1992; Toseland i in. 1997; Deponte, Missan 2007).

Szczegółowa prezentacja tych zagadnień wykracza poza ramy niniejszego tekstu. Wspomnieć można tylko, iż zasadniczymi celami grup walidacyjnych są: stymulacja interakcji; zachęcanie uczestników do podejmowania określonych ról, stałych w czasie istnienia grupy; poprawa ich samopoczucia; wzmacnianie

mechanizmów społecznej kontroli, a poprzez to niwelowanie trudnych zachowań; jak również stymulacja komunikacji werbalnej (Feil, de Klerk-Rubin 2012, s. 210). Skład grupy powinien być starannie dobrany (minimalnie sześć osób) i poprzedzony diagnozą funkcjonowania fizycznego, emocjonalnego, społecznego, kognitywnego potencjalnych członków. Walidacja grupowa nie jest wskazana w przypadku osób znajdujących się w stadium wegetacji. Sesje grupowe trwają zazwyczaj około godziny i powinny być systematycznie powtarzane, np. raz w tygodniu. Spotkania mają określoną strukturę. Składają się na nie swobodne aktywności muzyczne, ruchowe, plastyczne oraz rozmowa inicjowana (ale nie ograniczona) zagadnieniem odwołującym się do emocji uczestników, płynnie włączona w przebieg spotkania i trwająca około 5–10 min. Kluczem do przygotowania, a zarazem „udanego” spotkania walidacyjnego jest znajomość biografii, potrzeb i możliwości uczestników grupy, którzy w pewien sposób sami ukierunkowują jego przebieg. Powinno mieć ono jednak koordynatora stymulującego interakcje i dbającego o ich jakość. Pożądana jest również obecność drugiego współpracownika, dbającego o stronę organizacyjno-techniczną spotkania, jak również obserwującego jego przebieg, co daje podstawę do wymiany informacji zwrotnych z prowadzącym po zakończeniu zajęć. Pomiędzy cotygodniowymi sesjami uczestnicy powinni być walidowani w sposób indywidualny w celu wzmocnienia efektywności pracy grup walidacyjnych (Gielas 2003b, s. 29–34).

Niezależnie od formy każde działanie walidacyjne zakłada posiadanie tzw. informacji bazowych o seniorze: stopniu dezorientacji, przeżywanych emocjach, niewyrażonych potrzebach, nierozwiązanych konfliktach, sposobach reakcji na sytuacje kryzysowe, relacjach rodzinnych i społecznych, życiu religijnym, zainteresowaniach i pełnionych rolach zawodowych, stosunku do własnego procesu starzenia się, zdrowiu i funkcjonowaniu w aspekcie psychofizycznym (Gielas 2001b, s. 41). Szczegółowa

diagnoza początkowa, jak również pogłębianie jej podczas systematycznego kontaktu z seniorem i jego rodziną pozwalają na właściwe i efektywne stosowanie technik walidacyjnych.

Pierwszą podstawową techniką, poprzedzającą zastosowanie pozostałych, jest centracja. Dotyczy ona opiekuna i polega na zdystansowaniu się wobec własnych, często negatywnych emocji (agresja, frustracja), które towarzyszą kontaktowi z osobą chorą. W praktyce to dosłownie kilka głębokich oddechów połączonych z wyciszeniem wewnętrznego dialogu, co pozwala na otwarcie się i empatyczne słuchanie seniora. Następnie, w zależności od konkretnych potrzeb, użyć można zróżnicowanych technik ułatwiających komunikację i uzewnętrznienie emocji oraz przeżyć przez seniora. Niektóre z nich dotyczą samej postawy walidującego opiekuna, jak utrzymywanie bliskiego, szczerego kontaktu wzrokowego z chorym, używanie czystego, niskiego, opiekuńczego tonu głosu (wyjątkiem są sytuacje silnej agresji chorego), co przywołuje poczucie obecności bliskich, ważnych osób z przeszłości, a to z kolei może sprzyjać poczuciu bezpieczeństwa i zredukowaniu stresu. Ważne jest również rozpoznanie, jaki kanał zmysłowy preferuje senior (obrazy, dźwięki, dotyk, słowa), i wykorzystanie go w codziennej komunikacji. Istotną, ale mającą pewne ograniczenia techniką jest stosowanie dotyku, zwłaszcza w przypadku osób o zaawansowanym stopniu dezorientacji, jak również ze znacznym obniżeniem lub utratą sprawności sensorycznej. Delikatny, stosowany za przyzwoleniem seniora dotyk przywołać może pierwotne poczucie bezpieczeństwa i bliskości (często utożsamiane z rodzicem, przyjacielem). Ważne jest jednak zachowanie osobistej przestrzeni i autonomii chorego oraz wcześniejsze wyuczucie, w jakim stopniu gotowy jest na bezpośredni kontakt. Osoby w pierwszej fazie niepełnej orientacji mogą reagować agresją lub wycofaniem na próby komunikacji za pomocą dotyku. Głównym zadaniem będzie więc uważna obserwacja chorego – mowy jego ciała, pozycji, postawy, gestów, jak również próba odczytania

stanu emocjonalnego, w jakim się znajduje. Pamiętać przy tym trzeba o naczelnej zasadzie walidacji, że za każdym zachowaniem seniora kryje się określona przyczyna, a przywoływane osoby czy obdarzane szczególnym zainteresowaniem przedmioty stanowić mogą symbole ważnych wydarzeń i przeżyć z przeszłości. Sposobem ich zrozumienia i uznania może być również tzw. odzwierciedlanie, czyli reagowanie i dostosowanie sposobu komunikacji do zachowania seniora – zrównanie oddechu, tempa wypowiedzi, upodobnienie tonu głosu, wykonywanie podobnych gestów (Feil 2001, s. 1–2). Technika ta jest przydatna zwłaszcza w przypadku osób w zaawansowanym stadium choroby, budzić może jednak poczucie zażenowania, niezręczności u opiekuna, który ma niejako stanąć w pozycji seniora.

Istnieje również szereg technik użytecznych w komunikacji werbalnej z osobą chorą. Zaliczyć można do nich m.in. parafrazowanie wypowiedzi seniora z zastosowaniem kluczowych słów, dynamiki mowy i gestów, używanie tzw. niezagrażających zwrotów, nieingerujących bezpośrednio w sferę emocji (pytania typu: „kto?”, „co?”, „gdzie?”, „kiedy?”, „jak?”, nigdy zaś o przyczynę – „dlaczego?”), co szczególnie istotne jest w przypadku osób znajdujących się w pierwszym stadium dezorientacji, unikających konfrontacji z własnymi trudnymi przeżyciami czy też projektujących je na otoczenie zewnętrzne. W sytuacji artykułowanych przez seniora i powtarzających się skarg, np. na opiekę czy jedzenie, zastosować można technikę polaryzacji – zadawanie pytań o ekstremum doświadczanej sytuacji, np. „Czy to najgorszy obiad, jaki zdarzyło się Pani/Panu jeść?”. Stwarza to szansę wyrażenia frustracji, złości – i być może określenia, czy rzeczywiście ich podstawową przyczyną jest np. jedzenie. Pomocne bywa również odwołanie się do wyobrażeń o przeciwieństwach dotyczących problemów artykułowanych przez osobę chorą. W przypadku trudności w zasypianiu czy nocnej bezsenności zapytać można np. o sytuacje, w których senior czuł się bezpiecznie i w pełni wy-

poczywał w trakcie nocy. Być może pozwoli mu to odkryć sposoby radzenia sobie z daną trudnością, jakie zwykł stosować w przeszłości. Technika ta jest bezpośrednio związana ze wspomnianiem („Czy zawsze miała Pani/ miał Pan problemy ze snem?”) i może być z nim stosowana łącznie. Odwołanie do przeszłości często automatycznie prowadzi może do wspomniania osób (np. bliskości współmałżonka) oraz wydarzeń, które miały i wciąż mogą mieć moc leczniczą, a przynajmniej wspierającą w radzeniu sobie z aktualnymi trudnościami. W przypadku osób w drugim (utrata perspektywy czasowej) i trzecim (powtarzające się ruchy) stadium dezorientacji użyteczne może być również wykorzystywanie dwuznaczności w kontekście niezrozumiałych słów pojawiających się w ich wypowiedziach. Na przykład reakcją opiekuna na wypowiedź seniora: „Lotomy latają w pokoju”, zgodną z tego rodzaju techniką, będą pytania: „Gdzie one są?”, „Ile ich jest?”, abstrahujące od obecności niezidentyfikowanych przedmiotów w pomieszczeniu, a raczej próbujące dotrzeć do znaczenia, jakie przypisuje im osoba chora. Zasadniczo technika dwuznaczności polega na zastępowaniu niezrozumiałych słów zaimkami typu „oni”, „one”, „to”, „coś” i podtrzymywaniu komunikacji z seniorem. Niezwykle przydatną techniką w pracy z osobami z demencją – niezależnie od stadium rozwoju choroby – jest muzyka, która zastępować może słowa. Znane, lubiane i zachowane w pamięci długotrwałej melodie, odtworzone czy zaśpiewane, przywracać mogą choćby na chwilę świadomość samego siebie i orientację w rzeczywistości. Zdarza się, że osoby niekomunikujące się werbalnie po sesji muzycznej wypowiadają kilka słów i reagują na próby dialogu podejmowane przez opiekuna (Feil, de Klerk-Rubin 2012, s. 52–53).

Przedstawione techniki walidacyjne stosowane mogą być w zróżnicowanych środowiskach i sytuacjach komunikacyjnych, w których uczestniczą osoby chore. Stanowią one narzędzia, którymi posługiwać się może opiekun wspierający seniora w jego

drodze do rozwiązania ważnych życiowych spraw na ostatnim etapie egzystencji. Kluczem ich stosowania jest uznanie prymatu świata przeżyć osoby chorej nad światem rzeczywistym, do którego nie jest ona w stanie w pełni powrócić. Potrzebne jest zatem wypracowanie pewnej harmonii między nimi, opartej na zachowaniu zdolności do komunikacji, która pozwala – niekiedy w bardzo trudnej codzienności – żyć w zgodzie z własną przeszłością i teraźniejszością.

## **Efektywność i perspektywy rozwoju walidacji gerontologicznej**

Zasadniczym celem stosowania technik walidacyjnych jest poprawa jakości życia chorego dzięki jak najdłuższemu zachowaniu możliwości komunikacji oraz ekspresji jego emocji i przeżyć. Ich dostrzeżenie i uznanie przez opiekuna wzmacnia poczucie godności seniora. Realizacja tych zadań sprzyja pozytywnym zmianom w jego codziennym funkcjonowaniu, na które składają się: wzrost zaufania i poczucia bezpieczeństwa we wzajemnych interakcjach opiekuna i chorego, wzrost poczucia własnej wartości i redukcja poziomu stresu, podtrzymywanie komunikacji z seniorem mimo częstego zaniku zdolności wyrażania siebie w sposób werbalny, większa aktywność i poprawa sprawności motorycznej osoby chorej, redukcja konieczności stosowania farmaceutyków w przypadku trudnych zachowań. Początkowo techniki walidacyjne były przeznaczone dla personelu w instytucjach opiekuńczych, stopniowo zaczynają być również z powodzeniem stosowane przez opiekunów rodzinnych (Retinger i in. 2015), stanowiąc dla nich przede wszystkim sposób komunikacji z najbliższymi (Touzinsky 1998, s. 99).

Te wpływające z teorii i praktyki walidacyjnej korzyści stały się przedmiotem badań naukowych. Większość z nich dotyczy



grup walidacyjnych prowadzonych w dziennych lub całodobowych ośrodkach dla osób starszych i ma charakter wycinkowy [niewielkie liczby uczestników, ograniczenia metodologiczne (Day 1997, s. 33)]. Mimo że ich rezultaty nie dostarczają jednoznacznego potwierdzenia skuteczności metody (Clarkson i in. 2017, s. 2857), dają one pewien wgląd w ocenę efektywności stosowania technik walidacyjnych w praktyce opiekuńczej. Głównymi obszarami pozytywnych zmian dokonujących się dzięki uczestnictwu seniorów z demencją w grupach walidacyjnych są redukcja zaburzeń zachowania (agresji) oraz poprawa kondycji psychicznej i zmniejszenie symptomów depresyjnych (Finnema i in. 2000, s. 144–145; Mi Ra, Don Young 2016, s. 22). Uznanie emocji i dostrzeżenie potrzeb pozwala na odzyskanie lub choćby częściowe przywrócenie równowagi psychicznej, w znaczący sposób warunkującej dobrostan codziennego funkcjonowania. Grupowe sesje walidacyjne sprzyjają również poprawie swobodnej komunikacji i wyrażania siebie, także u osób ze znacznym spadkiem sprawności funkcji poznawczych (Bleathman, Morton 1992, s. 666). Interakcje nawiązywane przez chorych z innymi ludźmi są dłuższe i częstsze, zwłaszcza w trakcie spotkań walidacyjnych.

Mimo że brak wyników badań potwierdzających poprawę funkcji kognitywnych u uczestników grup walidacyjnych (zazwyczaj pozostawali oni na tym samym poziomie w stosunku do stanu początkowego lub nie wykazywali znaczącej poprawy w stosunku do eksperymentalnych grup kontrolnych, prowadzonych inną metodą, np. reminiscencji), to jednak istnieją studia wskazujące, iż ogólne wskaźniki symptomów choroby, mierzone testami neuropsychiatrycznymi i diagnozującymi stan pacjenta w zaawansowanym stadium choroby Alzheimerera, ulegały zmniejszeniu w rezultacie kilkumiesięcznego stosowania indywidualnych i grupowych technik walidacyjnych (Tondi i in. 2007, s. 409–411). Zasadniczym walorem walidacji jest oddziaływanie na najbardziej podstawowe, a zarazem często sprawiające trudności wymiary

codziennego funkcjonowania seniora: komunikację, sferę emocjonalną, która w znacznym stopniu – z powodu coraz większych dysfunkcji poznawczych – warunkuje jego zachowania. Wyrażenie i uporządkowanie wewnętrznych przeżyć seniora – dzięki dostrzeżeniu i dowartościowaniu ich przez opiekuna – przyczynia się do niwelowania trudnych zachowań, m.in. ciągłego narzekania lub oskarżania innych, agresji, nadmiernego pobudzenia, bezsenności, wędrowania.

Stosowanie technik walidacyjnych przekłada się również na korzyści dla opiekuna –wymienić tu można zmniejszenie ciężaru opieki, większą satysfakcję z relacji z chorym oraz zapobieganie wypaleniu (Feil 2014, s. 1). Techniki te przyczyniają się do wzrostu zaufania i poczucia bezpieczeństwa w kontaktach z podopiecznymi, a także zwiększają pewność opiekuna, że dzięki znajomości i umiejętności walidacyjnego komunikowania się z chorym będzie umiał radzić sobie z trudnymi sytuacjami (Tondi i in. 2007, s. 411). W celu uzyskania takiego efektu ważne jest łączenie teoretycznego i praktycznego przygotowania opiekunów do stosowania walidacji. Intuicja w opiece jest ważna, ale nie zastąpi refleksyjnego wykorzystania wiedzy na temat walidacji w określonym kontekście opiekuńczym. Wielu opiekunów stosuje elementy działań walidacyjnych w codziennej praktyce opiekuńczej (Pokorná, Supková 2014, s. 75), często jednak nie jest to świadome – a przez to właściwe i pełne – wykorzystanie możliwości z nimi związanych. Nie wystarczy także sama znajomość teorii walidacji. Większość profesjonalnych treningów w tym zakresie opiera się na rozłożonym w czasie kontakcie z osobami chorymi, co służy wykorzystaniu nabywanej wiedzy w praktyce (Validation Training Institute, 2016a). Stosowanie walidacji – zarówno w nieformalnym, jak i profesjonalnym kontekście opiekuńczym – poprzedzone powinno być nabyciem odpowiednich kwalifikacji i kompetencji.

Stworzona przez N. Feil w latach 1963–1980 metoda walidacji jest dziś powszechnie stosowana w instytucjonalnych oraz domowych środowiskach opieki i wsparcia dla osób z demencją (m.in. w USA, Kanadzie, Australii, Niemczech, Austrii, Wielkiej Brytanii, Włoszech, Francji). Jej propagowaniem oraz szkoleniem opiekunów i trenerów zajmuje się powstały w 1983 roku w Stanach Zjednoczonych Validation Training Institute. Dynamicznym okresem w rozwoju metody i jej rozprzestrzeniania się w USA i Europie były lata osiemdziesiąte i dziewięćdziesiąte ubiegłego wieku, z tego też okresu pochodzi większość publikacji naukowych dotyczących podstaw teoretycznych walidacji i weryfikacji jej efektywności w praktyce. Aktualnie metoda rozwijana jest w kolejnych modelach interwencji terapeutycznych, np. w:

- Integratywnej Terapii Walidacyjnej Nicole Richard, bazującej na nieco odmiennych założeniach teoretycznych, które odwołują się przede wszystkim do medycznych aspektów choroby Alzheimera, i wykorzystującej inne techniki walidacyjne (m.in. dostrzeganie uczuć i motywacji chorego, odnoszenie się do nich za pomocą krótkich zdań typu: „Každy obawiałby się w Pana/Pani sytuacji”, wykorzystywanie powieźdeń i przysłów do uogólniania przeżyć chorego) (Erdmann, Schnepf 2016, s. 1158);
- metodzie Rozwojowych Transformacji Davida Johnsona opartej na dramie, polegającej na wyrażaniu przez seniora blokujących przeżyć psychicznych w formie spontanicznej improwizacji z wykorzystaniem muzyki, ruchu, gestu (Parkinson 2008, s. 211–212).

Metoda walidacji upowszechniana jest też w Japonii i Czechach. Korzystna byłaby również profesjonalizacja jej stosowania w naszym kraju. W zasadzie jedynymi publikacjami w sposób całościowy charakteryzującymi teorię i praktykę walidacyjną są wspomniane artykuły pod redakcją Jana Gielasa, które ukazały się na łamach miesięcznika „Wspólne Tematy” w latach 2001–2003.

Pojawiają się również opisy doświadczeń praktycznych związane ze stosowaniem metody w środowiskach instytucjonalnych (Walidacja gerontologiczna... 2006). Pozostałe opracowania mają jednak charakter skrótowy, ograniczający się do ogólnej charakterystyki metody (Długosz-Mazur, Bojar, Gustaw 2013; Kłoszewska 2012). Brakuje również profesjonalnych szkoleń i kursów w zakresie walidacji, przeznaczonych dla specjalistów pracujących w zawodach opiekuńczych i opiekunów domowych osób z demencją. Elementy technik walidacyjnych pojawiają się w programach kształcenia opiekunów osób starszych, jednak w ograniczonym zakresie. Wydaje się więc, że metoda walidacji stanowi w Polsce swoistego rodzaju wyzwanie, a zarazem potrzebę edukacyjną w dziedzinie wsparcia dla osób cierpiących na chorobę Alzheimera. Proponowane w niej proste techniki komunikacji oraz podstawy zrozumienia sytuacji chorego seniora w znacznym stopniu ułatwić mogą wzajemne interakcje opiekuńcze w środowisku domowym i instytucjonalnym.

## Bibliografia

- Benjamin J. (1999). Validation: A communication alternative. W: L. Volicer, L. Bloom-Charette (red.). *Enhancing the quality of life in advanced dementia*. Philadelphia: Brunner-Mazel.
- Bleathman Ch., Morton I. (1992). Validation therapy: Extracts from 20 groups with dementia sufferers. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 658–666.
- Clarkson P., Hughes J., Xie Ch., Larbey M., Roe B., Giebel C.M., Jolley D., Challis D. (2017). Overview of systematic reviews: Effective home support in dementia care, components and

- impact – Stage 1, psychosocial interventions for dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 73, 2845–2863.
- Day C.R. (1997). Validation therapy: A review of the literature. *Journal of Gerontological Nursing*, 23(4), 29–34.
- Deponte A., Missan R. (2007). Effectiveness of validation therapy (VT) in group: Preliminary results. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 44, 113–117.
- Długosz-Mazur E., Bojar I., Gustaw K. (2013). Niefarmakologiczne metody postępowania u chorych z otępieniem. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 4, 458–462.
- Erdmann A., Schnepf W. (2016). Conditions, components and outcomes of Integrative Validation Therapy in a long-term care facility for people with dementia: A qualitative evaluation study. *Dementia*, 5(15), 1184–1204.
- Feil E. (2014). *Summary of validation research*. Pobrano z: [https://vfvalidation.org/wp-content/uploads/2015/07/SummaryValidationResearch\\_April\\_-2016-1.pdf](https://vfvalidation.org/wp-content/uploads/2015/07/SummaryValidationResearch_April_-2016-1.pdf) (dostęp: 14.07.2018).
- Feil N. (1985). Resolution: The final life task. *Journal of Humanistic Psychology*, 25(2), 45–52.
- Feil N. (1992). Validation therapy. *Geriatric Nursing*, 13(3), 129–133.
- Feil N. (1993). Validation therapy with late-onset dementia populations. W: G. Jones, B.M.L. Miesen (red.). *Care-giving in dementia. Vol. 1. Research and application*. East Sussex: Routledge.
- Feil N. (2001). *Validation therapy*. Pobrano z: <http://archives.evergreen.edu/webpages/curricular/2000-2001/hhd2000/Mukti's%20Notes/VALIDATION%20THERAPY.htm> (dostęp: 14.07.2018).
- Feil N. (2016a). *What is validation*. Pobrano z: <https://www.youtube.com/watch?v=NPsTZUTqUFw> (dostęp: 14.07.2018).

- Feil N. (2016b). *What is validation*. Pobrano z: <https://vfvalidation.org/what-is-validation> (dostęp: 14.07.2018).
- Feil N., de Klerk-Rubin V. (2012). *The validation breakthrough: Simple techniques for communicating with people with Alzheimer's and other dementias*. Baltimore – London – Sydney: Health Professions Press.
- Finnema E., Dröes R., Ribbe M., van Tilburg W. (2000). The effects of emotion-oriented approaches in the care for persons suffering from dementia: A review of the literature. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 141–161.
- Gielas J. (2001a). Walidacja gerontologiczna według Naomi Feil. Cz. I. Wprowadzenie do metody. *Wspólne Tematy*, 2, 15–21.
- Gielas J. (2001b). Walidacja gerontologiczna według Naomi Feil. Cz. IV. Cztery stadia dezorientacji. *Wspólne Tematy*, 3, 36–44.
- Gielas J. (2002). Walidacja gerontologiczna według Naomi Feil. Cz. II. Przykłady z życia wzięte. *Wspólne Tematy*, 2, 33–39.
- Gielas J. (2003a). Walidacja gerontologiczna według Naomi Feil. Cz. II. Szczególny przypadek: senior nieszczęśliwy – dokonczenie. Szczególny przypadek – senior zdezorientowany czasowo. *Wspólne Tematy*, 3, 11–18.
- Gielas J. (2003b). Walidacja gerontologiczna według Naomi Feil. Cz. III. Praca z grupą – lepszy wariant walidacji?. *Wspólne Tematy*, 4, 29–33.
- Klich-Rączka A., Siuda J., Piotrowicz K., Boczarska-Jedynak B., Skalska A., Krzystanek E., Wizner B., Maciej Świat, Skrzypek M., Opala G., Grodzicki T. (2012). Zaburzenia funkcji poznawczych u osób w podeszłym wieku. W: M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błędowski (red.). *Aspekty medyczne, psychologiczne, społeczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Poznań: Termedia.

- Kłoszewska I. (2012). Niefarmakologiczne postępowanie w otępieniu. W: A. Szczudlik (red.). *Diagnostyka i leczenie otępień. Rekomendacje zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Alzheimerskiego*. Otwock: Medisfera.
- Mi Ra S., Don Young L. (2016). Effects of community based group validation therapy on depression, quality of life, behavioral problems, and cognitive function in patients with dementia. *Journal of Korean Gerontological Nursing*, 18(1), 22–31.
- Parkinson E. (2008). Developmental transformations with Alzheimer's patients in a residential care facility. *The Arts in Psychotherapy*, 35, 209–216.
- Pokorná A., Supková M. (2014). Naomi Feil validation® in geriatric care. *Kontakt*, 16, e71–e78.
- Retinger E., Heimerl K., Fercher P., Hoppe M., Wappelshammer E., Lahner S. (2015). *Empowerment of family caregivers living with people with dementia*. Poster presented at the EAPC Congress for Palliative Care, Copenhagen. Pobrano z: [http://www.uni-klu.ac.at/pallorg/downloads/EAPC\\_poster\\_empadem\\_04\\_05\\_2015.pdf](http://www.uni-klu.ac.at/pallorg/downloads/EAPC_poster_empadem_04_05_2015.pdf) (dostęp: 14.07.2018).
- Scanland S., Emershaw L. (1993). Reality orientation and validation therapy: Dementia, depression, and functional status. *Journal of Gerontological Nursing*, 19(6), 7–11.
- Scrutton S. (1999). *Counselling older people*. London: Arnold.
- Siberski J. (2014) Neurocognitive disorders. W: T.L. Kauffman, R. Scott, J.O. Barr, M.L. Moran (red.). *A comprehensive guide to geriatric rehabilitation*. London: Elsevier.
- Tondi L., Libani R., Botazzi M., Viscomi G., Vulcano V. (2007). Validation therapy (VT) in nursing home: A case-control study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 44(1), 407–411.
- Toseland R., Diehl M., Freeman K., Naleppa M., McCallion P. (1997). The impact of validation group therapy on nursing

- home residents with dementia. *The Journal of Applied Gerontology*, 16(1), 31–51.
- Touzinsky L. (1998). Validation therapy: Restoring communication between persons with Alzheimer's disease and their families. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*®, 13(2), 96–101.
- Validation Training Institute (2016a). *Courses*. Pobrano z: <https://vfvalidation.org/new-internet-supported-course> (dostęp: 14.07.2018).
- Validation Training Institute (2016b). *Practice validation: Who can practice validation?*. Pobrano z: <https://vfvalidation.org/practice-validation> (dostęp: 14.07.2018).
- Walidacja gerontologiczna według Naomi Feil (2006). *MEDI. Forum Opieki Długoterminowej*, 1. Pobrano z: <http://www.dps.pl/domy/index.php?rob=radar&dzial=12&art=632> (dostęp: 14.07.2018).
- Woods T. (1996). Psychological „therapies” in dementia. W: T. Woods, L. Clare (red.). *Handbook of the clinical psychology of ageing*. Chichester: John Wiley & Sons.



# Wspieranie seniora z niepełnosprawnością intelektualną w warunkach instytucjonalnych

## Streszczenie

Starość staje się coraz częstszym doświadczeniem życiowym osób z niepełnosprawnością intelektualną. Ograniczenia bio-psychofizyczne i bariery tkwiące w stereotypach stanowią przeszkodę w efektywnym udzielaniu wsparcia instytucjonalnego seniorom z tym rodzajem niepełnosprawności. Rozpoznawanie i poszukiwanie barier oraz sposobów ich przełamywania jest jednym z istotniejszych zadań współczesnej geragogiki specjalnej, w kontekście organizowania efektywnego i odpowiadającego na autentyczne potrzeby wsparcia seniora w domu pomocy społecznej.

**Słowa kluczowe:** starość, senior, niepełnosprawność intelektualna, potrzeby, dom pomocy społecznej, wsparcie.

## Supporting seniors with intellectual disability in nursing home

### Summary

Old age is becoming an increasingly common life experience of persons with intellectual disabilities. Biopsychophysical limitations and barriers inherent in stereotypes constitute a limitation in the effective provision of institutional support to seniors with

this type of disability. Recognizing and searching for barriers and ways to overcome them is one of the most important tasks of contemporary special geragogy, in the context of organizing effective and targeted at authentic needs of a citizen in nursing home.

**Keywords:** old age, senior, intellectual disability, needs, nursing home, support.

## Wprowadzenie

Starość jest ostatnim etapem życia człowieka, zdeterminowanym nieuchronnością śmierci. Budzi różnorodne emocje i uczucia: lęk, szacunek, refleksję. Próbuje ją zdefiniować, określić w ramach czasowych, poznać, doczekać jej, nadać jej sens. Szukamy jej jasnych stron, próbujemy oswoić mroczne (Straś-Romanowska 2016). Obserwujemy, opisujemy, badamy jej zróżnicowany obraz. Podejmujemy próby poprawy jakości życia w tym okresie. Jednak nadal jest to część życia, która wymaga rozpoznawania i opisywania na nowo.

Starość jest zjawiskiem wielowymiarowym, niejednoznacznym i płynnym. W licznych dokumentach międzynarodowych nie ma zgody co do tego, w jakim wieku rozpoczyna się ten etap życia. Najczęściej wskazuje się na 60 lub 65 lat i więcej (Abramowska-Kmon 2011; Leszczyńska-Rejchert 2012). Ponadto należy zauważyć różnorodność kategorii wieku: kalendarzowego, socjoekonomicznego i psychologicznego (Straś-Romanowska 2016). Ta niejednoznaczność starości wynika m.in. z tego, że zmieniają się ludzie, którzy jej doświadczają, warunki, w jakich przebiega, oraz długość jej doświadczania.

W toku przemian na przestrzeni wieków zmieniał się i nadal ulega przeobrażeniom obraz ludzkiej starości. Wydłużyła się długość życia i w związku z rozwojem medycyny oraz poprawą jakości życia ta tendencja ma charakter rosnący. Nastąpiło także opóźnienie degeneracyjnych zmian w procesie starzenia się ludzi (Abramowska-Kmon 2011). Według danych Głównego Urzędu Statystycznego (2014) zmieniła się struktura społeczna poszczególnych grup wiekowych. Ludzie starsi tworzą coraz liczniejszą część społeczeństwa także w Polsce. Szacuje się, że w 2050 roku osoby w wieku 65 lat i więcej będą stanowiły nieomal jedną trzecią populacji. Jak wskazuje Anita Abramowska-Kmon (2011, s. 19):

Starzenie się ludności jest procesem globalnym i nieodwracalnym, silnie zróżnicowanym regionalnie. Generalnie można przyjąć, że im wyższy jest stopień rozwoju społeczno-ekonomicznego kraju, tym wyższe zaawansowanie starzenia się ludności [...]. Oznacza to, że dożywanie starości nie jest już „zarezerwowane” dla niewielu osób, ale dotyczy ono rosnącej części populacji, co przekłada się również na coraz większą heterogeniczność zbiorowości osób starszych.

Ta prawidłowość dotyczy także osób z niepełnosprawnością intelektualną, zwłaszcza w stopniu głębszym. Osoby z tym rodzajem niepełnosprawności, często uwarunkowanym genetycznie i wiążącym się z wielorakością dodatkowych schorzeń somatycznych, nie dożywały wieku senioralnego. Ostatnie lata wskazują jednak, że także w tej grupie społecznej wydłużył się wiek życia. W Stanach Zjednoczonych jest on porównywalny do średniej długości życia całej populacji (Heller 2010, s. 2–3). Na ten stan rzeczy mają wpływ te same czynniki, które oddziałują na ogólną kondycję społeczeństwa.

Bogactwo opracowań wskazuje, że autorzy są w trakcie mierzenia się z tematem dorosłości osób z niepełnosprawnością

intelektualną. Badania prowadzone są głównie w instytucjach i placówkach, w których przebywają, jednak problematyka dotycząca wieku senioralnego tych osób pozostaje nadal otwarta i wciąż jeszcze mało rozpoznana. Odnosi się to zwłaszcza do rozpoznania potrzeb starszych osób z niepełnosprawnością intelektualną, które prowadzą inny tryb życia, są mniej aktywne ruchowo i mają mniejsze możliwości decydowania o sobie oraz dokonywania życiowych wyborów (Heller 2010; Żyta 2011; Kijak 2017). Z reguły czynnikiem zwiększającym zakres poznania w danym obszarze jest dostęp do takich osób. W przypadku seniorów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębszym istotne są instytucjonalne formy pomocy społecznej. To miejsca, w których osoby te znajdują swą przystań.

Tradycja i popularność wspomnianych form opieki ulegały zmianom na przestrzeni ostatnich lat. Początkowo, gdy w okresie powojennym powstawały domy pomocy społecznej, trafiały tam osoby w młodszym wieku. Ta sytuacja wynikała głównie ze wzrostu świadomości rodziców, coraz lepszej oferty edukacyjno-rehabilitacyjnej i opiekuńczej przeznaczonej dla dzieci i młodzieży. Wpływała na to również polityka państwa, które wskazywało tę formę opieki jako najbardziej odpowiednią dla osób znacząco niespełniających kryteriów normy (Grabusińska 2013). Jednak na początku XXI wieku nastąpił stopniowy spadek zapotrzebowania na miejsca dla dzieci, a wzrost zapotrzebowania na placówki dla dorosłych. Wynikało to z wielu czynników, m.in. z rozwoju działań na rzecz normalizacji życia i integracji społecznej, a także ze zwiększenia nakładów na różnorodne formy wsparcia osób z niepełnosprawnością w środowisku ich życia. Zmiany w zakresie polityki społecznej, zwiększanie środków przeznaczonych na opiekę środowiskową, a także obciążenie samorządów kosztami dofinansowania pobytu mieszkańców domów społecznych wpłynęły na zmianę kryteriów przyjęć do placówek instytucjonalnych.

## Starość w niepełnosprawności intelektualnej

Liczne opracowania poświęcone problemom podnoszenia jakości życia osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz problematyce ich aktywizacji w życiu społecznym i zawodowym wskazują nie tylko na zmiany sposobów postrzegania samej niepełnosprawności intelektualnej w stopniu głębszym, ale także na konieczność rozwoju sektorów odpowiedzialnych za wspieranie takich osób na etapie dorosłości i późnej dorosłości (Heller 2010). Praktyka wskazuje, że coraz więcej ludzi z niepełnosprawnością intelektualną przekracza granice 60. roku życia i wchodzi w umownie przyjęty wiek senioralny. Najstarszą osobą, którą poznałam, jest 76-letni mężczyzna, mieszkaniec domu pomocy społecznej dla osób z niepełnosprawnością intelektualną w województwie mazowieckim.

Seniorzy z niepełnosprawnością intelektualną stanowią jedną z grup szczególnie zagrożonych wykluczeniem społecznym. Wynika to m.in. z następujących czynników:

1. Niskiej aktywności osób z niepełnosprawnością (szczególnie w głębszym stopniu) na rynku pracy, co uniemożliwia im uzyskanie środków na samodzielne zabezpieczenie wszystkich potrzeb ekonomicznych.
2. Niewystarczającej pomocy państwa, szczególnie finansowej, skierowanej do samorządów, które realizują swoje działania m.in. przez dofinansowywanie realizatorów różnorodnych programów i zadań, jakim są organizacje pozarządowe. Niestety „są to działania jedynie pozorowane i chaotyczne, często nawet bardzo oderwane od rzeczywistości” (Trela 2016, s. 590).
3. Braku wymiany międzypokoleniowej, gdyż w Polsce osoby z głębszą niepełnosprawnością intelektualną z reguły nie zakładają rodzin i nie mają dzieci (Trela 2016; Kijak 2017).

4. Postrzegania społecznego przez pryzmat ograniczeń autonomii i samostanowienia. Nadal w Polsce brak systemowych rozwiązań w zakresie tworzenia udogodnień i systemu wsparcia, który umożliwiłby wspieraną, ale jednak samodzielną egzystencję (Żyta 2011; Kijak 2017).

W tym kontekście niepełnosprawni intelektualnie seniorzy są grupą szczególnie zagrożoną wykluczeniem społecznym. Mierzą się z ograniczeniami w nawiązywaniu normalnych relacji, starzeniem się w samotności, bez przyjaciół i rodziny (Treła 2016). Jeden z lęków rodziców dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębszym dotyczy przyszłości podopiecznych, kiedy już ich zabraknie (Obuchowska 1999). Niektórzy podejmują heroiczne działania zmierzające do zabezpieczenia swoich potomków na przyszłość. Decydują się na urodzenie kolejnego dziecka i wychowanie go na opiekuna niepełnosprawnego rodzeństwa, gromadzą środki finansowe lub dobra materialne, które przekazują dalszej lub bliższej rodzinie, aby stanowiły swoiste zabezpieczenie dla potencjalnych opiekunów ich dziecka. Zdarza się jednak, że ostatecznie dorosła osoba z niepełnosprawnością trafia do domu pomocy społecznej.

## Domy pomocy społecznej we wspieraniu seniora z niepełnosprawnością intelektualną

Instytucjonalne formy pomocy społecznej można podzielić ze względu na czas przebywania w nich osób z niepełnosprawnością na instytucje pobytu dziennego i całodobowego. Wśród tych pierwszych można wymienić:

- dzienne domy pomocy (środowiskowe domy pomocy),
- wielofunkcyjne centra usług socjalnych,
- dzienne domy i kluby „Senior-Wigor” czy „Senior +”.

Natomiast całodobowe instytucje to przede wszystkim:

- domy pomocy społecznej,
- rodzinne domy pomocy,
- zakłady opiekuńczo-lecznicze i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze.

Szczególną formą, budzącą najwięcej kontrowersji, ale również najbardziej popularną, są domy pomocy społecznej (Niedbalski 2013; Trela 2016). Ich rolę i zadania określono w Ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej z 2004 r. z późniejszymi zmianami (Dz.U. 2004 Nr 64, poz. 593) oraz w przepisach wykonawczych, głównie w rozporządzeniu dotyczącym standardów opieki w domach pomocy społecznej. Przepisy wykonawcze określają zakres wsparcia gwarantowany przez placówki opieki całodobowej. Wsparcie realizowane jest głównie w postaci usług bytowych, opiekuńczych, medycznych i rehabilitacyjnych<sup>1</sup>.

Środowisko domu pomocy społecznej stanowi specyficzne miejsce, które oparte jest na systemie kontroli, choć w dużym stopniu dąży się w nim do dostrzegania indywidualności mieszkańców. Niestety system ten nadal nie jest doskonały. Pojawia się wciąż wiele ważkich pytań o stopień i jakość realizacji zadań z uwzględnieniem humanistycznych wartości, postrzegania człowieka przez pryzmat jego indywidualności i praw do realizacji swojego człowieczeństwa. Mieszkańcy domów pomocy społecznej, zwłaszcza z ograniczeniami w sferze poznawczej, nadal są pozbawiani podstawowego prawa do decydowania w sprawach dotyczących swojego codziennego życia (Bartuś 2016). Wiele tych sytuacji warunkowanych jest przez system wsparcia, którego organizatorami są osoby pracujące w placówce (Grabusińska 2013; Niedbalski 2013; Bartuś 2016). Działania wspierające i pomocowe powinny głównie skupiać się na ochronie przed frustracją

---

<sup>1</sup> W przypadku domów pomocy społecznej dla dzieci i młodzieży – także usług edukacyjnych.

potrzeb podstawowych i wzmacnianiu środków służących do ich zaspokajania.

Jak określa Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz.U. 2018, poz. 734), w ramach zaspokajania potrzeb bytowych mieszkańców może liczyć na miejsce zamieszkania, wyżywienie, odzież i obuwie oraz utrzymanie czystości. Ustawodawca precyzuje również, jakie jest to wyżywienie, z ilu posiłków dziennie powinno się składać, określa także minimalną ilość i rodzaj podstawowej garderoby oraz liczbę butów przysługujących mieszkańcowi w ciągu roku. Dość rygorystycznie opisane zostają również oczekiwania co do warunków mieszkaniowych, np. metraż przypadający na jednego mieszkańca, liczba sanitariatów itp. Określono także minimalne przydziały środków higienicznych. Usługi opiekuńcze mają polegać na udzielaniu pomocy w podstawowych czynnościach życiowych, pielęgnacji i niezbędnej pomocy w załatwianiu spraw osobistych. W treści rozporządzenia otrzymujemy także informacje dotyczące sposobów realizacji tych zadań, głównie w obszarze działalności personelu oraz specjalistów (zwłaszcza pracowników socjalnych), oraz opis różnorodnie interpretowanej w praktyce roli pracownika pierwszego kontaktu. Najpełniejsza i najbardziej zróżnicowana jest natomiast lista zadań, które mają być realizowane w ramach usług wspomagających. W przywołanym już wcześniej rozporządzeniu w sprawie domów pomocy społecznej czytamy o:

[...]

- a) umożliwieniu udziału w terapii zajęciowej,
- b) podnoszeniu sprawności i aktywizowaniu mieszkańców domu,
- c) umożliwieniu zaspokojenia potrzeb religijnych i kulturalnych,



- d) zapewnieniu warunków do rozwoju samorządności mieszkańców domu,
- e) stymulowaniu nawiązywania, utrzymywania i rozwijania kontaktu z rodziną i społecznością lokalną,
- f) działaniu zmierzającym do usamodzielnienia mieszkańca domu, w miarę jego możliwości,
- g) pomocy usamodzielniającemu się mieszkańcowi domu w podjęciu pracy, szczególnie mającej charakter terapeutyczny, jeżeli mieszkaniec spełnia warunki do takiego usamodzielnienia,
- h) zapewnieniu bezpiecznego przechowywania środków pieniężnych i przedmiotów wartościowych,
- i) finansowaniu mieszkańcowi domu nieposiadającemu własnego dochodu wydatków na niezbędne przedmioty osobistego użytku, w kwocie nieprzekraczającej 30% zasiłku stałego, o którym mowa w art. 37 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, zwanej dalej „ustawą”,
- j) zapewnieniu przestrzegania praw mieszkańców domu oraz zapewnieniu mieszkańcom dostępności do informacji o tych prawach,
- k) sprawnym wnoszeniu i załatwianiu skarg i wniosków mieszkańców domu (Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej, Dz.U. 2018, poz. 734).

Zaspokajanie potrzeb mieszkańców odbywa się na podstawie standaryzowanego zakresu usług. Powstaje w tym miejscu pytanie o to, czy rzeczywiście kategorie wskazane w standardach obejmują wszystkie potrzeby mieszkańców domów pomocy społecznej. Jeśli zestawimy te potrzeby z kategoriami wskazanymi w piramidzie potrzeb Abrahama Masłowa, dostrzeżemy pewne luki. W żadnym miejscu nie ma mowy o zaspokajaniu potrzeb wynikających z seksualności człowieka. Właściwie można by uznać, że mieszkańcy domów pomocy społecznej są pozbawieni własnej seksualności.

Można przyjąć założenie, że seksualność jako intymna sfera życia powinna stanowić ich osobisty problem. Nie jest to dobry sposób myślenia, choć dość powszechny, zwłaszcza o osobach z niepełnosprawnością intelektualną (Kumaniecka-Wisniewska 2006; Niedbalski 2013; Kijak 2017). Niestety w przypadku rozmów o seksualności ludzi z niepełnosprawnością jest wiele obszarów wymagających zwiększania świadomości społecznej, także u osób dostarczających fachowej pomocy. Istotna wydaje się próba głębszego zbadania odczuć mieszkańców w zakresie zaspokajania potrzeb, które powszechnie uznaje się za podstawowe. Tym samym jest to obszar warty pogłębionych badań, choć w licznych opracowaniach znajdujemy fragmentaryczne wnioski, że środowisko instytucji niekoniecznie dobrze radzi sobie z tą dziedziną swojej działalności. Dotyczy to również zaspokojenia potrzeby bezpieczeństwa, afiliacji czy wolności – dobrze ujęła to Dorota Prysak (2013, s. 289), nawiązując do koncepcji rezerwatów: „upośledzony umysł stał się pretekstem konstruowania upośledzonego Ja i tworzenia swoistego rezerwatu upośledzonego życia”.

Kolejnym ważnym pytaniem jest to, na ile udaje się rozpoznawać indywidualne potrzeby mieszkańców oraz oceniać poziom ich zaspokojenia. Zgodnie z przepisami legislacyjnymi na domy pomocy społecznej został nałożony obowiązek opracowywania Indywidualnych Planów Wsparcia Mieszkańca (IPWM). Mają one uwzględniać indywidualne preferencje i możliwości mieszkańców domów pomocy społecznej. Są próbą humanizacji standardów usług w zakresie dostosowywania ich do indywidualnych potrzeb.

Indywidualne plany są opracowywane przez zespoły terapeutyczno-opiekuńcze, w skład których wchodzi pracownicy i specjaliści pracujący w domu pomocy społecznej. Na spotkaniach zespołów ustala się, jaki będzie profil realizacji usług, głównie w zakresie usług wspierających. Niestety w przepisach wykonawczych znajdujemy tylko dość ogólne zapisy dotyczące sposobów działania zespołów. Praktyczna realizacja jest zaś nierzadko

uwarunkowana wytycznymi przekazywanymi przez organy prowadzące lub wynika z praktyki, która jest efektem uczenia się działania na podstawie informacji zdobywanych podczas szkoleń lub od pracowników innych instytucji i polega często na wykonywaniu zaleceń pokontrolnych.

Jedną z osób, która została wskazana w przepisach wykonawczych jako członek zespołu, jest pracownik pierwszego kontaktu. Wprowadzenie tej funkcji było bardzo interesującą, a jednocześnie ważną zmianą na drodze do podnoszenia standardu usług oraz humanizacji postrzegania mieszkańca domu pomocy społecznej. Pracownik pierwszego kontaktu to osoba, która jest wybierana przez mieszkańca, jeśli może on takiego wyboru dokonać, i uczestniczy w pracach zespołów terapeutyczno-opiekuńczych, których celem jest opracowywanie Indywidualnych Planów Wsparcia Mieszkańca. Niestety w rozporządzeniu nie znajdujemy wielu informacji na temat jego roli i zadań. W praktyce jest to najczęściej pracownik domu pomocy społecznej, którego mieszkaniec wskazuje lub który jest wyznaczany do tej roli w przypadku, gdy mieszkaniec – z uwagi na stopień i rodzaj zaburzeń lub niepełnosprawności – nie może tego wyboru dokonać samodzielnie. Polityka domów pomocy społecznej w zakresie zadań przydzielanych pracownikom pierwszego kontaktu jest bardzo zróżnicowana. Zadania te mogą polegać tylko na formalnym spełnianiu wymogów określonych w przepisach bądź zostać rozszerzone do działań związanych ze wspieraniem mieszkańca w rozwiązywaniu jego osobistych problemów, wsparcia lub wyręczenia go w gospodarowaniu własnymi środkami finansowymi (np. pomocy w pobieraniu pieniędzy z konta, zakupu odzieży), a nawet obejmować swoisty nadzór nad realizacją standardu usług w zakresie działań wspierających. Niestety w licznych placówkach wspomniana rola pozostaje jedynie funkcją, która jest przypisywana pracownikowi bez dodatkowych gratyfikacji i jest odbierana jako dodatkowe obciążenie pracą.

Jak wynika z powyższych rozważań, zmiany legislacyjne, poprawa warunków, szereg działań zmierzających do podnoszenia jakości świadczonych usług w domach pomocy nie do końca zapewniają zaspokojenie wielorakich potrzeb życiowych ich mieszkańców. Mogą o tym także świadczyć liczne raporty pokontrolne. Dotyczy to zwłaszcza obszarów związanych z diagnozą autentycznych potrzeb, uwzględniania w procesie projektowania programów terapeutycznych i aktywizacyjnych głosu mieszkańców oraz niejednokrotnie braku oceny efektywności ich realizacji (Lubuski Urząd Wojewódzki 2016). Niepokojąca wydaje się także praktyka związana z powstawaniem prywatnych ośrodków wsparcia, które działają bez stosownych zezwoleń i uprawnień. W licznych opracowaniach znajdujemy krytykę instytucjonalnych form opieki (Tarkowska 1994; Zakrzewska-Manterys 2010; Prysak 2013; Niedbalski 2013 i inni). Domy pomocy społecznej są postrzegane jako instytucja totalna (Tarkowska 1994), swoisty rezerwat (Prysak 2013) czy – najmniej naznaczająco – jako środowisko życia mające własne wady i zalety (Niedbalski 2013; Bartuś 2016).

## **Dom pomocy społecznej wobec potrzeb starszych osób z niepełnosprawnością intelektualną – badanie terenowe**

Próbując odpowiedzieć na pytanie, jak dom pomocy społecznej może wspierać mieszkańców z niepełnosprawnością intelektualną w wieku senioralnym, podjęłam próbę rozpatrzenia sytuacji trzech osób. Troje ludzi, trzy osobowości, trzy biografie i różnorodne potrzeby. Wszyscy są mieszkańcami domu pomocy społecznej przeznaczonego dla osób z niepełnosprawnością intelektualną, położonego na terenie województwa mazowieckiego. Przeprowadzone badania mają jedynie charakter pilotażowy i są wstępem do podjęcia szerszej aktywności poznawczej

z wykorzystaniem metod jakościowych. Gromadząc materiał do analizy, posiłkowałam się technikami obserwacji i rozmów kierowanych z niepełnosprawnymi intelektualnie seniorami. Materiał badawczy uzupełniłam o treści pochodzące z wywiadów przeprowadzonych z wieloletnimi pracownikami placówki (trzech opiekunów, dwóch pracowników administracji pomocy społecznej i dwóch pracowników socjalnych). Staż pracy rozmówców z domu pomocy wynosił od 20 do 30 lat. Z pracownikami placówki przeprowadziłam wywiady niestandardyzowane, których tematyka dotyczyła zmian zaobserwowanych w funkcjonowaniu osób w wieku senioralnym na przykładzie wybranych mieszkańców. W celu zachowania anonimowości respondentów zmieniałam ich imiona oraz nie podałam informacji, które mogłyby mieć charakter danych wrażliwych umożliwiających identyfikację badanych. Bohaterami wywiadów były osoby powyżej 60. roku życia: pani Zofia, pan Jan oraz pan Piotr. Wszyscy przebywają w domu pomocy od późnego dzieciństwa lub wczesnej młodości. Zdiagnozowano u nich niepełnosprawność intelektualną w stopniu umiarkowanym. Nie są ubezwłasnowolnieni, nie uczestniczą ani nie uczestniczyli w żadnej zorganizowanej formie aktywizacji zawodowej. Wszyscy badani poruszają się swobodnie po placówce, korzystają z oferowanych form rehabilitacji i terapii zajęciowej, a także mają samodzielne pokoje.

Pani Zofia nie ma rodziny. Jest osobą sprawną fizycznie, komunikuje się werbalnie w sposób zrozumiały. Aktywnie uczestniczy w różnych formach rehabilitacji. Bierze udział w zajęciach teatralno-wokalnych. Jednak nie pilnuje terminów i godzin zajęć jak inni uczestnicy. Preferuje przebywanie w jednej z grup, gdzie od lat pomaga w pracach porządkowych i pielęgnacyjnych służących mniej sprawnym mieszkańcom. Od kilkunastu lat wykonuje te same czynności rutynowo i z zaangażowaniem. Ulubionymi zajęciami są rozmowy z pracownikami i osobami odwiedzającymi placówkę. Tematem rozmów jest najczęściej rodzina własna

i rodzina pochodzenia adwersarzy. Pani Zofia chętnie ogląda telewizję lub – siedząc przy oknie – obserwuje aktywność na terenie placówki. Jak sama mówi, lubi muzykę i taniec. Ma ulubione maskotki, które spersonalizowała, nadając im imiona i traktując jak członków swojej rodziny.

Kolejna osoba to pan Jan. Mężczyzna ma rodzinę, z którą utrzymuje regularne kontakty. W ciągu roku kilkakrotnie wyjeżdża, by pomóc jej przy pracach gospodarskich i polowych. Porusza się samodzielnie, jednak z powodu uszkodzeń CUN występuje niezborność ruchowa. Pan Jan nie komunikuje się werbalnie. Aby się porozumieć, posługuje się bogatą mową ciała, wykorzystuje naturalne gesty oraz wzbogaca komunikaty o elementy parajęzyka. Jego ekspresyjność i jednoczesna stałość oraz regularność używanych gestów i znaków pozwalają na dobre rozumienie przekazywanych treści, jeśli rozmówca umiejscowi temat dialogu w czasie i przestrzeni, nakierowując rozmowę właściwymi pytaniami. Pan Jan niechętnie korzysta z oferty rehabilitacji społecznej. Wymaga mobilizacji do uczestnictwa w grupie teatralnej. Jego ulubionym zajęciem jest gromadzenie garderoby i elementów dekoracyjnych służących do komponowania strojów, które może być odbierane jako niekonwencjonalne czy wręcz noszące znamiona ekscentryczności. Pan Jan lubi słuchać muzyki i zbiera płyty. Nie kieruje się przy tym konkretnymi preferencjami muzycznymi, przyjemność sprawia mu sam fakt gromadzenia zbiorów. Jest osobą bardzo zaangażowaną w pomoc przy czynnościach porządkowych. Od kilkudziesięciu lat wykonuje te same rutynowe czynności.

Ostatnią osobą jest pan Piotr, najmłodszy z moich rozmówców i krócej niż oni przebywający w placówce. Mężczyzna jest sprawny fizycznie. Komunikacja werbalna jest zaburzona. Pan Piotr porozumiewa się przy użyciu pojedynczych słów wzbogaconych bogatą gestykulacją. Ma rodzinę, z którą utrzymuje okazjonalne kontakty. Sprowadzają się one zazwyczaj do jednorazowego wyjazdu w okresie letnim w celu pomocy w pracach polowych.

Mężczyzna uczestniczy w różnorodnych formach rehabilitacji społecznej. Jego ulubione zajęcia mają charakter manualny i wiążą się z zainteresowaniami w obszarze budownictwa. Pan Piotr jest bardzo zaangażowany w pracę na rzecz placówki, chętnie uczestniczy w zajęciach porządkowych i pomocniczych w ramach grup ze względu na swą siłę fizyczną.

## **Wnioski z analizy wywiadów oraz obserwacji uczestniczącej w obszarze wsparcia seniora**

Zgodnie z formułą organizacji pracy domów pomocy społecznej usługi realizowane są zgodnie ze standardem. Sytuacja instytucji gwarantuje stałość i regularność oraz dostępność w zakresie realizacji podstawowych usług bytowych i opiekuńczych. Posiłki są monotonne, wydawane w tym samym czasie i najczęściej w od lat niezmiennym miejscu. Jednak rozmówcy zwrócili uwagę, że każda wprowadzona zmiana wiązała się z zaniepokojeniem i nie była akceptowana przez mieszkańców. Jednak z reguły akty oporu trwały krótko i kończyły się adaptacją do nowych warunków.

Dla każdej z osób opracowano Indywidualny Plan Wsparcia Mieszkańca domu pomocy społecznej. Propozycje form rehabilitacji społecznej i medycznej oraz terapii zajęciowej zależą od warunków, jakie stwarza placówka (teren, pomieszczenia, sprzęt otoczenie fizyczne) oraz struktury zatrudnienia specjalistów. Niestety, jak wskazali rozmówcy, plan ten nie zawsze uwzględnia wiek i specyfikę funkcjonowania osób w wieku senioralnym. W ofercie aktywizacyjnej niekoniecznie bierze się pod uwagę większą męczliwość seniorów czy potrzebę drzemki między aktywnościami. W toku planowania i realizowania planów aktywności nie uwzględnia się często działań mających na celu przygotowywanie dorosłych mieszkańców do zmian w zakresie aktualnych możliwości i sprawności, a tym samym spadku sprawności fizycznej, co

wynika z naturalnych procesów starzenia się. Ograniczone możliwości poznawcze w zakresie myślenia przyczynowo-skutkowego, schematyzm i sztywność myślenia (Zasępa 2017) powodują, że osoby z niepełnosprawnością intelektualną nie rozumieją, iż wykonywanie niektórych czynności wraz z wiekiem może stać się znacznie utrudnione bądź niemożliwe. Słabsza precyzja ruchów, osłabiony wzrok i słuch, osłabiony chwyt czy wzrost niezborności ruchowej mogą być przyczyną wypadków i uszkodzeń ciała u seniora. Z drugiej strony, chociaż czynności wykonywane są w sposób niezadowolający, stanowią aktywność samą w sobie, bez funkcji użytecznych i wspierających (niedomyte naczynia odstawiane do szafek, odzież gubiona podczas przenoszenia itp.).

Dyskusyjną kwestią zdaniem respondentów jest oferta dotycząca realizacji usług wspierających przez uczestnictwo w różnorodnych formach aktywności artystyczno-rekreacyjno-sportowej. Niejednokrotnie starsi mieszkańcy domów pomocy biorą udział w imprezach sportowych, które mogą przekraczać ich możliwości wydolnościowe (np. rozgrywki w piłce nożnej czy zawody pływackie). Niewystarczająca jest oferta aktywności rekreacyjnych pozabawionych elementów rywalizacji (chodzenie z kijkami, spacerowanie czy formy terapii polegające na kontakcie z naturą). Dużą popularnością cieszą się aktywności związane z uczestnictwem w życiu kulturalnym realizowane w formie wizyt w teatrze, kinie czy na koncertach. Ta oferta jest bardziej pożądana i adekwatna do potrzeb seniora z niepełnosprawnością intelektualną. Jednak, jak wskazują respondenci, starsze osoby z niepełnosprawnością każdą taką aktywność traktują bardziej w kategoriach atrakcji urozmaicającej monotonię życia w placówce (por. Bartuś 2013). Doskonałym sposobem rehabilitacji seniorów są małe formy teatralne i muzyczne oferowane w placówkach oraz poza nimi. Stanowią one także dodatkową inspirację do rozwijania relacji interpersonalnych. Jednak zarówno z wypowiedzi respondentów, jak i z obserwacji można wysnuć wnioski, iż osoby z niepełnosprawnością



intelektualną w stopniu głębszym są zdecydowanie bardziej zainteresowane osobami pełnosprawnymi jako partnerami dialogu.

Z analiz wywiadów przeprowadzonych z pracownikami placówek, które dotyczyły obserwowanych przez nich zmian zachodzących w ciągu życia podopiecznych, wynika, że:

1. Pojawiają się zmiany charakterystyczne dla wieku podeszłego, zwłaszcza w zakresie sprawności fizycznej: większa powolność, zmniejszona dokładność i precyzja wykonywanych czynności. Jednak zdaniem pracowników domów pomocy społecznej starsi mieszkańcy domów mają dość dobrą ogólną kondycję fizyczną.
2. Nie zaobserwowano znaczących zmian w zakresie funkcji poznawczych i intelektualnych. Zdaniem respondentów nie uległy znacząco zmianie sposób postrzegania rzeczywistości przez podopiecznych ani sposób i zakres komunikacji. Może to wynikać z faktu, że pracownicy są przyzwyczajeni do poziomu funkcjonowania orientacyjno-poznawczego i intelektualnego podopiecznych.
3. Zaobserwować można przywiązanie do stałych, rutynowych czynności i wzmocnienie nawyków. Seniorzy podejmują próby utrzymania dotychczasowego rytmu życia. Podopieczni trwają przy swoich przyzwyczajeniach związanych z dotychczasowymi aktywnościami z dużym uporem, choć niejednokrotnie można zauważyć zmniejszoną ogólną sprawność fizyczną i osłabienie sił witalnych potrzebnych do realizowania określanych działań. Starsze osoby mieszkające długi czas w placówkach próbują kontynuować wykonywanie prac, które dotychczas wypełniały im dni. Sprzątają wcześniej wyznaczone odcinki, pielęgnują roślinność, pomagają w drobnych czynnościach gospodarczych. Nieraz podczas wykonywania niektórych działań mieszkańcy stwierdzają: „Jestem stara/stary, nie mam już sił”, jednak jest to często swoista kalka językowa z zasłyszanych

wypowiedzi na ich temat, opinii innych ludzi, gdyż nie skutkuje to zmianą nastawienia wobec podejmowania się określonych prac. Dla wielu mieszkańców możliwość wykonywania prac w placówce, choć nieodpłatna, stanowiła źródło samozadowolenia, podnosiła ich hierarchię w grupie, bo często wiązała się z otrzymywaniem większej uwagi oraz drobnymi przywilejami ze strony personelu (Bartuś 2013). Szkoda, że w niektórych opracowaniach wykonywanie prac w domu pomocy społecznej, który dla wielu mieszkańców jest jedynym „domem”, bywa traktowane jako forma przymusu i z tego powodu krytykowane (RPO 2017).

4. W domach pomocy społecznej – jak w każdej organizacji czy instytucji – zachodzą jednak różnorodne zmiany. Mogą one mieć charakter organizacyjny czy personalny. Obserwacje i relacje pochodzące z wywiadów wskazują, że starsi mieszkańcy łatwiej adaptują się do tych zmian, np. dotyczących rotacji pracowników. Zaobserwowano także większą zgodę na modyfikację organizacji pracy domu pomocy społecznej. Jako przykład podano sytuację, w której niezbędne było przeniesienie miejsca spożywania posiłków przez mieszkańców. Mimo początkowego sprzeciwu seniorów dość szybko uzyskano ich akceptację koniecznych zmian.
5. Wskazano natomiast, że podopieczni mają niski poziom świadomości swojej sytuacji w związku z upływającym czasem. Z ust jednego z respondentów padło wręcz stwierdzenie o „zawieszeniu się w czasie”. Charakterystyczne jest także skupienie na „tu i teraz”, bez niepokoju związanego z perspektywą przemijania i śmierci. Zdaniem uczestników wywiadów tematy poruszane przez mieszkańców dotyczą bieżących spraw życiowych, zdarzeń, które mają miejsce w domu pomocy, czy wydarzeń, jakich oczekuje się z racji ich atrakcyjności czy wyjątkowości, bo wiąże się

z doznawaniem przyjemności (por. Bartuś 2013). Komunikacja odbywa się w obszarach dotyczących bezpośrednich doświadczeń i toczy się wokół bieżących spraw życiowych mieszkańców domów pomocy społecznej (Krzemińska 2012).

## Podsumowanie

Seniorzy mieszkający w domach pomocy społecznej dla osób z niepełnosprawnością intelektualną ujawniają silną potrzebę obecności drugiego człowieka. I nie chodzi tu jedynie o obecność w sensie fizycznym, ale o aktywną obecność wyrażającą się rozmową i uwagą nakierowaną na drugiego człowieka. Ta uwaga to także dostrzeganie zmian fizycznych, a tym samym możliwości w zakresie podejmowania aktywności. Ważne, aby propozycja wsparcia uwzględniała zmiany wydolności starszych osób. Jednak instytucjonalność placówek utrudnia uwzględnienie w rytmie dnia np. „drzemek” czy uszanowanie potrzeby „chwili samotności z wyboru”, wynikających ze zmęczenia hałasem bądź nadmiarem bodźców pochodzących ze wzmożonej aktywności młodszych mieszkańców. Niemniej jednak starsi mieszkańcy domów pomocy społecznej mają ogromną potrzebę przynależności i bycia użytecznymi, dlatego im to zapewnić, jednocześnie uwzględniając w Indywidualnych Planach Wspierania Mieszkańca przygotowanie do alternatywnych form aktywności i rehabilitacji i zwracając uwagę na stopniowe proponowanie działań angażujących fizyczne siły. Ważne jest także proponowanie form rehabilitacji społecznej uwzględniających możliwości wydolnościowe seniorów. Trzeba zwracać większą uwagę na rekreację i impresyjne formy artystyczne.

Wiele miejsca poświęca się negatywnym aspektom przebywania w domach pomocy społecznej. Współcześnie krytyka nie

jest jednak aż tak silna, ponieważ jakość oferowanych usług poprawiła się. Pojawia się coraz liczniejsza grupa przygotowanych do pracy osób, zarówno opiekunów, jak i terapeutów. Domy pomocy społecznej ulegają przeobrażeniom, zwiększa się poziom świadczonych usług, poprawiają się warunki materialne, bytowe, oferta w zakresie rehabilitacji społecznej i medycznej. Jest nadal wiele obszarów zaniedbanych, które wymagają naprawy. Wśród nich wskazać można niedostateczne rozpoznawanie faktycznych potrzeb osób z niepełnosprawnością intelektualną w kontekście zmian biologicznych i dotychczasowych doświadczeń oraz przyzwyczajęń. Niestety drugą zaobserwowaną i zasygnalizowaną w wywiadach kwestią jest profesjonalizm personelu opiekuńczego i terapeutycznego zubożony o kulturę i standard etyczny w kontakcie z seniorem.

Mimo wielu obszarów, które wymagają niezaprzeczalnie poprawy, w ofercie domów pomocy społecznej znajdują się liczne rozwiązania, które mogą poprawić jakość życia seniorów z niepełnosprawnością intelektualną. Dom pomocy społecznej bowiem:

1. Oferuje stabilność i zabezpieczenie w zakresie podstawowych (biologicznych, zdrowotnych) potrzeb. Wśród czynników mających wpływ na długość życia wymienia się przestrzeganie diety, zmniejszenie ilości spożywanych używek, zwłaszcza alkoholu i nikotyny, większą aktywność ruchową, a także częstsze korzystanie z usług medycznych i opieki lekarskiej (GUS 2014). W przypadku mieszkańców domów pomocy społecznej zabezpieczenie tych potrzeb wynika z instytucjonalnego charakteru placówek, obowiązujących w nich standardów, które są poddawane regularnej kontroli.
2. Oferuje – większą niż w przypadku opieki środowiskowej – dostępność do zróżnicowanych, atrakcyjnych form rehabilitacji społecznej (wizyty w teatrze, kinie, wycieczki, imprezy integracyjne).

3. Umożliwia przebywanie z drugim człowiekiem jako odpowiedź na samotność. Osoby z niepełnosprawnością intelektualną tworzą niekiedy związki partnerskie czy wchodzą w formalną rolę małżonka, jednak borykają się z licznymi problemami, głównie natury egzystencjalnej. Wymagają przy tym wsparcia osób pełnosprawnych lub wsparcia instytucjonalnego (Kijak 2017, s. 286). Dlatego życie w społeczności instytucji stanowi alternatywę dla samotności tych ludzi w życiu dorosłym i w wieku starszym. Zwraca na to również uwagę Remigiusz Kijak (2017, s. 287), postulując większe otwarcie się domów pomocy na „możliwość tworzenia partnerstwa osób niepełnosprawnych”.
4. Daje poczucie przynależności do wspólnoty. Można zaryzykować stwierdzenie, że placówki instytucjonalne, jakimi są domy pomocy społecznej, tworzą środowisko akceptujące i dają poczucie tworzenia małej wspólnoty. Jest to swoista inkluzja w ekskluzji.

## Bibliografia

- Abramowska-Kmon A. (2011). O nowych miarach zaawansowania procesu starzenia się ludności. *Studia Demograficzne*, 1(159), 3–22.
- Bartuś E. (2013). *Potencjał życiowy osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną*. Płock: Wydawnictwo Naukowe PWSZ.
- Bartuś E. (2016). Człowiek w przestrzeni życiowej domu pomocy społecznej. W: E. Chojnacka, J. Michalski (red.). *Człowiek wobec współczesnych wyzwań kulturowych*. Płock: Wydawnictwo Naukowe PWSZ.

- Grabusińska Z. (2013). *Domy pomocy społecznej w Polsce*. Warszawa: Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich.
- GUS (2014). *Prognoza ludności na lata 2014–2015*. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- Heller T. (2010). People with intellectual and developmental disabilities growing old: An overview. W: T. Heller, P. Stafford, L.A. Davis, L. Sedlezky, V. Gaylord (red.). *Impact: Feature issue on aging and people with intellectual and developmental disabilities*. Minneapolis: University of Minnesota, Institute on Community Integration.
- Kijak R. (2017). *Dorośli z głębszą niepełnosprawnością intelektualną jako partnerzy, małżonkowie i rodzice*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Krzemińska D. (2012). *Język i dyskurs codzienny osób z niepełnosprawnością intelektualną*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Kumaniecka-Wiśniewska A. (2006). *Kim jestem? Tożsamość kobiet upośledzonych umysłowo*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Leszczyńska-Rejchert A. (2012). Stereotypy starości w perspektywie społeczno-pedagogicznej. W: A. Leszczyńska-Rejchert, E. Kantonowicz (red.). *Stereotypy a starość i niepełnosprawność*. Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit”.
- Lubuski Urząd Wojewódzki (2016). *Postępowanie związane z procesem planowania indywidualnego wspierania mieszkańca. Przykład zagadnienia poddawanego analizie w toku kontroli w domach pomocy społecznej w woj. lubuskim*. Pobrano z: <https://www.lubuskie.uw.gov.pl/download/3941.pdf> (dostęp: 5.10.2018).
- Niezbalski J. (2013). *żyć i pracować w domu pomocy społecznej*. Łódź: Uniwersytet Łódzki.

- Obuchowska I. (red.) (1999). *Rodzina dziecka z niepełnosprawnościami*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Prysak D. (2013). Założone a rzeczywiste funkcje terapii zajęciowej w domach pomocy społecznej dla osób z niepełnosprawnością intelektualną. W: Z. Gajdzica (red.). *Człowiek z niepełnosprawnością w rezerwacie przestrzeni publicznej*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Raport Rzecznika Praw Obywatelskich (RPO) (2017). *Prawa mieszkańców domów pomocy społecznej*. Pobrano z: <https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/KMPT%20raport%20o%20domach%20pomocy%20spolecznej.pdf> (dostęp: 12.08.2018).
- Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej. Dz.U. 2018, poz. 734.
- Straś-Romanowska M. (2016). Starość: kres rozwoju czy kontynuacja? Czas utrapień czy dar losu?. W: M. Kielar-Turska (red.). *Starość. Jak ją widzi psychologia*. Kraków: Akademia Ignatianum, Wydawnictwo WAM.
- Tarkowska E. (1994). *Życie codzienne w domach pomocy społecznej*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN.
- Trela A. (2016). Senioralność osób starszych z niepełnosprawnością intelektualną – możliwości i ograniczenia. W: M. Kielar-Turska (red.). *Starość. Jak ją widzi psychologia*. Kraków: Akademia Ignatianum, Wydawnictwo WAM.
- Zakrzewska-Manterys E. (2010). *Upośledzeni umysłowo, poza granicami człowieczeństwa*. Warszawa: Uniwersytet Warszawski.
- Zasępa E. (2017). *Osoba z niepełnosprawnością intelektualną. Procesy poznawcze*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Żyta A. (2011). *Życie z zespołem Downa. Narracje biograficzne rodziców, rodzeństwa i dorosłych osób z zespołem Downa*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.





# Rehabilitacja optyczna osób starszych

## Streszczenie

Artykuł obejmuje zagadnienia podstawowych założeń teoretycznych i organizacji rehabilitacji wzroku osób słabowidzących w podeszłym wieku. Charakteryzuje również najczęściej występujące choroby oczu u osób starszych w kontekście przyczynowym i funkcjonalnym.

**Słowa kluczowe:** rehabilitacja optyczna, osoba starsza, choroby oczu wieku podeszłego.

## Vision rehabilitation people in elderly age

### Summary

The study covers the basic theoretical assumptions and the organization of visual rehabilitation for visually impaired people in old age. It also characterizes the most frequent eye diseases in older people in a causal and functional context.

**Keywords:** vision rehabilitation, person in elderly age, old-age eyes diseases.

## Wprowadzenie

Zainteresowanie tematyką rehabilitacji wzroku osób starszych zostało zainspirowane zjawiskiem gwałtownie przyspieszonego tempa demograficznego procesu starzenia się ludności. Wydłużanie się życia człowieka stawia przed środowiskiem nowe wyzwania rehabilitacyjne. Polski stereotyp starości często utożsamiana ten etap życia z klęską – brak w edukacji wychowania do starości powoduje, że na nieuniknioną starość patrzy się z lękiem, zaś negatywne nastawienie do procesu starzenia powoduje, że utożsamia się ją ze zniedołężnieniem, schorowaniem, uzależnieniem od innych osób (Ziomek-Michalak 2012). Rzutuje to niekorzystnie na kształtowanie społecznych postaw wobec starości oraz na samopoczucie samych seniorów.

Wsparcie rehabilitacyjne osób starszych stwarza szansę na zmianę tego rodzaju nastawienia oraz przeciwdziałania rozwojowi ageizmu (zachowań dyskryminujących ze względu na wiek) i gerontofobii – wrogiego uczucia wobec osób starszych, obojętności, braku zrozumienia dla ludzi wymagających opieki i pomocy. Aktywne uczestnictwo seniorów w procesie własnej rehabilitacji – w tym także rehabilitacji wzroku – zwiększa ich poziom poczucia koherencji. Seniorzy coraz częściej kształcą poczucie własnej skuteczności w radzeniu sobie z trudnościami oraz umiejętności wewnętrznego umiejscowienia poczucia kontroli zdrowia i podejmowania zachowań zdrowotnych. Stawiają sobie motywujące cele, mają wysokie aspiracje, silnie angażują się w realizację dążeń, a do trudnych zadań podchodzą jak do wyzwań, którym należy sprostać. Poczucie kontroli zdrowia to przekonanie o możliwości wpływu na sposób swojego postępowania oraz o posiadaniu umiejętności odpowiedniego zachowania się, które poprawia stan zdrowia lub sprzyja jego zachowaniu. Im bardziej kontrola umiejscowiona jest wewnątrz, tym większa świadomość odpowiedzialności za własne zdrowie (Bishop 2000). Jednostki

z silniejszym poczuciem koherencji częściej preferują działania służące zdrowiu, angażują się w aktywność promującą zdrowie i starają się je podtrzymywać. Są to umiejętności niezbędne do skutecznego radzenia sobie ze zmianami, jakie niosą ze sobą wiek oraz modyfikacje w pełnieniu ról społecznych. Zdobywanie wiedzy na temat jakości swojego osłabionego czy pogarszającego się widzenia sprzyja zwiększaniu świadomości stanu zdrowia bio-psycho-społecznego.

W zachowaniu zdrowia i ochronie przed chorobą, jak również w procesach zdrowienia znaczącą rolę odgrywa dostępne wspierające zabezpieczenie – budowana sieć wsparcia społecznego – które obok poczucia koherencji należy do najważniejszych zasobów, istotnych dla zachowania zdrowia. Popularyzacja ochrony wzroku człowieka i świadczenia rehabilitacyjne, mające na celu wspomaganie seniorów w optymalizacji działań zmierzających do wykorzystania przez nich możliwości wzrokowych, służą rozwijaniu u osób w podeszłym wieku pożądaných oczekiwań i praktyk zdrowotnych dotyczących widzenia.

Dynamiczny wzrost odsetka osób w podeszłym wieku doświadczających poważnych trudności w widzeniu skłania do zwrócenia uwagi na tę grupę ludzi i dostosowania wsparcia rehabilitacyjnego do specyfiki ich potrzeb oraz możliwości psychofizycznych i społecznych.

Sens podjętej problematyki (tj. kształtowania oczekiwań zdrowotnych na skutek podejmowanej przez seniorów tyfloedukacji i upowszechniania wiedzy na temat wspierającej roli i znaczenia rehabilitacji wzroku) ma uzasadnienie w kontekście przemian demograficznych i specyfiki życia w podeszłym wieku.

## Choroby oczu u osób starszych – ujęcie statystyczne i etiologiczne oraz następstwa funkcjonalne

Współcześnie szacuje się, że ponad bilion osób na świecie – około 15% populacji – ma jakiś typ niepełnosprawności. Od 110 do 190 milionów ludzi doświadcza znaczących utrudnień w funkcjonowaniu. Doświadczenie niepełnosprawności zwiększa się ze względu na globalny proces starzenia się społeczeństw oraz występowanie chorób przewlekłych. W populacji osób niepełnosprawnych obecnie większość stanowią seniorzy – około 60% tej grupy to osoby powyżej 55. roku życia (Kilian 2009a).

Na świecie żyje 161 mln ludzi (2,6% populacji) z problemami wzroku, w tym około 39 mln osób niewidomych (WHO 2011): 1,4 mln (0,8%) – to dzieci poniżej 15. roku życia; 27,6 mln (17,2%) – osoby w wieku 15–50 lat, 132 mln (82%) – osoby powyżej 50. roku życia. Blisko 90% osób z niepełnosprawnością narządu wzroku zamieszkuje kraje rozwijające się. W Stanach Zjednoczonych prawie 4% populacji powyżej 40. roku życia cierpi z powodu pogorszenia lub utraty widzenia. W związku z wydłużaniem się średniej długości życia przewiduje się, że w ciągu najbliższych 40 lat nastąpi prawie trzykrotny wzrost populacji osób powyżej 60. roku życia (Wierzbowska, Stankiewicz 2011). W Unii Europejskiej na każdy 1000 mieszkańców 4 osoby to niewidomi lub słabowidzący. Szacuje się, że w 2030 roku co czwarty Europejczyk będzie w wieku emerytalnym, a wśród osób starszych liczba niepełnosprawnych wzrokowo potraja się z każdym dziesięcioleciem ich życia. Wyniki ankiet przeprowadzonych wśród mieszkańców Unii Europejskiej pokazują, że 76% respondentów uważa osoby niewidome za grupę społeczną mającą największe trudności w dostępie do infrastruktury miasta i usług. W następnej kolejności ankietowani wskazali na osoby niepełnosprawne ruchowo i osoby niesłyszące (Wapiennik, Piotrowicz 2002).

Co roku kolejne 1–2 mln ludzi traci wzrok. O ile najbliższe lata nie będą skutkować właściwym postępowaniem profilaktycznym, szacuje się prognostycznie, że w 2020 roku liczba osób niewidomych wzrośnie do 75 mln. Jak wynika z danych raportu Alliance International (Raport Access Economics 2010), światowe obciążenia finansowe w 2010 roku na leczenie okulistyczne dla 733 mln ludzi z częściową lub pełną utratą wzroku wyniosły 3 biliony dolarów (2 954 mld dolarów, 2 189 mld euro). Oszacowano, że na całym świecie ludzie z wadami wzroku z powodu niesprawności oraz przedwczesnej śmierci w 2010 roku utracili łącznie 118 mln lat życia w zdrowiu (DALY<sup>1</sup>). Przy stałym utrzymywaniu obecnych tendencji obciążenia zdrowotne wzrosną do 150 mln DALY w 2020 roku (Dycht 2012).

W Polsce obserwuje się wzrost problemów ze wzrokiem zarówno u dzieci, jak i u osób starszych. Z danych Głównego Urzędu Statystycznego na 2004 rok wynika, że w kraju jest 1 820 300 osób niepełnosprawnych z powodu uszkodzeń i chorób narządu wzroku we wszystkich grupach wiekowych (GUS 2007). W miarę upływu kolejnych lat zmniejsza się sprawność narządów zmysłów oraz ruchu. Najszybciej destrukcji ulega wzrok. W 2014 roku co drugi dorosły mieszkaniec Polski używał okularów czy szkieł kontaktowych, gdyż źle widział z bliska lub z daleka. Pomimo korzystania z tych urządzeń pomocniczych co czwarta dorosła osoba miała problemy z widzeniem.

Osoby starsze stanowią najliczniejszą grupę wiekową w populacji ludzi z niepełnosprawnością wzroku. Kłopoty z widzeniem najczęściej miały osoby 70-letnie i starsze, tj. blisko co drugi 70-latek i dwie trzecie osób sędziwych (80-letnich lub starszych) – z tym że prawie co piąty człowiek z najstarszej grupy miał duże trudności z widzeniem lub w ogóle nie widział (GUS 2016).

---

<sup>1</sup> Wskaźnik DALY (jednostka miary WHO) to Disability Adjusted Life-Years – lata życia skorygowane niesprawnością.

Szacuje się, że w Polsce żyje 941 tys. osób z bardzo poważnymi ograniczeniami widzenia: 494,7 tys. Polaków nie jest w stanie przeczytać gazety nawet w okularach, 300,4 tysiąca to osoby, które nie są w stanie przeczytać gazety, gdyż nie mają odpowiednich okularów. Z kolei 145,9 tys. to osoby niewidome lub słabowidzące w głębokim stopniu (GUS 2004). Przewiduje się, że do 2020 roku liczba ludzi po 85. roku życia wzrośnie dwukrotnie, przez co również problematyka wad wzroku będzie dotyczyć coraz większej grupy społeczeństwa. Przedstawione dane statystyczne wyraźnie wskazują na związek między wiekiem a występowaniem schorzeń prowadzących do poważnego uszkodzenia lub utraty wzroku.

Tematykę uszkodzeń wzroku można ująć w dwojaki sposób: jako starzenie się osób z uszkodzonym wzrokiem lub jako utratę wzroku wynikającą z zaawansowanego wieku. W pierwszym przypadku seniorzy doświadczają konsekwencji różnych schorzeń. Problemy mające swe źródło w uszkodzeniu/utracie wzroku nakładają się na istniejące skutki starzenia się, na problemy wieku starszego, choroby i okoliczności społeczne. W drugim przypadku mogą wynikać z naturalnego procesu starzenia się narządu wzroku.

Można wyróżnić:

1. **Nadwzroczność starczą** – w miarę starzenia się współczynnik załamania światła przez rogówkę i ciało szkliste zmniejsza się typowo o 1,5 dioptrii w 70. roku życia i o 2,5 dioptrii w 80. roku życia. Jednak osoba z krótkowzrocznością akurat na tym zyskuje – może nawet dojść do naturalnej kompensacji tej wady (przy refrakcji – odpowiednio – minus 1,5 i minus 2,5 dioptrii).
2. **Nadwzroczność utajoną** – u osób po 40. roku życia amplituda akomodacji spada do 2,5–3 dioptrii i można nią najwyżej skompensować do dali nadwzroczność o takiej właśnie liczbie dioptrii, ale wtedy brakuje już dodatkowej mocy optycznej, aby prawidłowo widzieć „do bliży”. Jednak

u dzieci elastyczność soczewek jest tak wielka, że przekłada się na amplitudę akomodacji powyżej 14 dioptrii. Można nią skompensować nadwzroczność rzędu 11 dioptrii oraz 3 dodatkowe dioptrie, żeby precyzyjnie widzieć z bliska, a więc w całym zakresie.

W populacji osób dorosłych schorzenia najczęściej powodujące słabowzroczność to zwyrodnienie plamki związane z wiekiem, jaskra, zaćma, retinopatia cukrzycowa, barwnikowe zwyrodnienie siatkówki (Figurska, Brzostek 2008; Schwartz 2010). Choroby te niekiedy współistnieją i prowadzą do zaburzenia, a w ostatecznej konsekwencji nawet do utraty funkcji wzrokowych. Główną przyczyną praktycznej ślepoty wśród osób rasy białej jest zwyrodnienie plamki związane z wiekiem (54,4%), zaś wśród rasy czarnej – zaćma i jaskra (łącznie ponad 60%). Najczęstszą przyczyną pogorszonego widzenia (ostrość wzroku poniżej 0,5 w lepiej widzącym oku) na świecie, niezależnie od rasy, jest zaćma (Congdon i in. 2004).

**Zwyrodnienie plamki żółtej związane z wiekiem** (*age-related macular degeneration* – AMD) to postępująca zwyrodnieniowa choroba plamki żółtej. Stanowi ona najczęstszą przyczynę pogorszenia widzenia u osób po 50. roku życia oraz najczęstszą przyczynę utraty wzroku u osób rasy białej powyżej 65. roku życia. Głównym czynnikiem ryzyka rozwoju AMD jest wiek – choroba dotyka prawie 40% populacji w wieku powyżej 75 lat i prawie 50% populacji w wieku 80 lat i więcej. Początkowo obejmuje jedno oko, ale u 42% chorych w ciągu 5 lat rozwija się także w drugim (Wierzbowska, Stankiewicz 2011). Obecnie na świecie na AMD choruje ponad 30 mln ludzi [zwłaszcza w starzejącej się populacji krajów wysoko rozwiniętych: w społeczeństwie szwedzkim – 350 tys. ludzi ma drastycznie obniżoną ostrość wzroku z powodu AMD; w Anglii jest to około 40% grupy wiekowej 65–75 lat; w USA, podobnie jak w Europie, 50% populacji powyżej 90. roku życia widzi źle z powodu wspomnianych zmian, a chorobą dotkniętych

jest blisko 6 mln obywateli (Edbom-Kolarz, Marcinkowski, Wojtyła 2011)]. Rocznie notuje się około 500 tys. nowych zachorowań. W Polsce liczba chorych jest szacowana na ok. 1,2–1,5 mln osób i co roku zwiększa się o około 120 tys. (Stankiewicz 2010). Wśród modyfikowalnych czynników ryzyka wymienia się: palenie tytoniu, choroby sercowo-naczyniowe, cukrzycę, otyłość oraz nadmierną ekspozycję na światło słoneczne (Figurska, Brzostek 2008). Także nieprawidłowa dieta – uboga w antyoksydanty, a bogata w nasycone kwasy tłuszczowe i cholesterol – oraz nadmierne spożywanie alkoholu sprzyjają rozwojowi tej choroby (Friedman i in. 2004). Początkowymi objawami AMD są zniekształcenie lub zmiana wielkości liter albo oglądanych przedmiotów, pogorszenie ostrości wzroku, obniżenie poczucia kontrastu, zblednięcie barw. Osoba ma trudności z czytaniem i pisanem, rozpoznawaniem twarzy, prowadzeniem samochodu czy wykonywaniem codziennych czynności. W zaawansowanym stadium – wskutek trwałych zmian w siatkówce i naczyniówce – dochodzi do nieodwracalnej utraty widzenia centralnego, tym samym następuje obniżenie ostrości widzenia, utrata pola widzenia w plamce żółtej, zaburzenie percepcji barw i wrażliwości na kontrast, co może prowadzić do praktycznej ślepoty.

Jak podaje Maria Niżankowska (2008), chorobą, która w krajach rozwiniętych stanowi jedną z głównych przyczyn osłabienia i utraty wzroku, jest **jaskra** (*glaucoma*). Należy ona do grupy groźnych, przewlekłych, postępujących chorób, prowadzących do neuropatii nerwu wzrokowego. Stanowi drugą pod względem częstości przyczynę ślepoty na świecie. Spośród schorzeń nerwu wzrokowego i siatkówki jest chorobą o największym wzroście zapadalności wraz z wiekiem. Dotyka 3% populacji powyżej 40. roku życia i 17% powyżej 85. W 2000 roku chorowało na nią blisko 67 mln ludzi, z tego prawie 7 mln utraciło obustronnie widzenie. Wielu chorych na jaskrę (prawdopodobnie 50%) z powodu pogorszenia widzenia obwodowego (nieodczuwalnego przez człowieka)



nie jest świadomych swojej choroby (Wierzbowska, Stankiewicz 2011). Na skutek wzrostu ciśnienia wewnątrzgałkowego w przebiegu jaskry dochodzi do selektywnego zaniku włókien nerwowych siatkówki oraz do postępujących ubytków w polu widzenia i obniżenia ostrości wzroku w tym obszarze. Choroba zajmuje najpierw peryferyjne części pola widzenia, a nieleczona – skutkuje zajęciem także plamki żółtej, a więc grozi całkowitą utratą wzroku. Powstanie i postęp neuropatii jaskrowej są następstwem oddziaływania wielu czynników ryzyka, takich jak: podwyższone ciśnienie wewnątrzgałkowe, wiek, rasa czarna, obciążenia rodzinne, zaburzenia układu naczyniowego, krótkowzroczność powyżej 4 dioptrii, inne towarzyszące choroby gałki ocznej (cukrzyca, zaćma, procesy zapalne, nowotwory). Jaskra bywa również skutkiem urazów narządu wzroku. Wśród konsekwencji funkcjonalnych wymienia się także zaburzenie wrażliwości na kontrast i światło. Cel terapii jaskry, która jest chorobą nieuleczalną, stanowi utrzymanie użytecznej funkcji widzenia do końca życia. Współczesne koncepcje leczenia tej choroby, biorące pod uwagę ochronę widzenia przy zachowaniu jakości życia pacjenta, podążają w kierunku intensywnej monoterapii, zaś w przypadku jej niepowodzenia – zwracają się do wczesnego wdrażania nowoczesnych technik operacyjnych.

**Zaćma** (*cataracta*), związana z postępującą wraz z wiekiem utratą przejrzystości soczewki, prowadzi do znaczącego obniżenia ostrości widzenia i do częściowej utraty zdolności percypowania kontrastu, światła i barw (z powodu żółknięcia soczewki). Zaćma, według danych WHO, stanowi najczęstszą (48%) przyczynę ślepoty na świecie. Częstość jej występowania wzrasta wraz z wiekiem – według danych amerykańskich z mniej niż 5% u osób poniżej 65. roku życia, do około 50% u osób powyżej 75. roku życia (Kański, Bowling 2013). Nabyta utrata przezroczystości soczewki powstaje najczęściej w wyniku procesu starzenia (tzw. zaćma starcza), rzadziej na skutek działania innych czynników endogennych (miejscowych

lub ogólnych, takich jak nadciśnienie tętnicze, cukrzyca) lub egzogennych (np. zwiększona ekspozycja na promieniowanie UVB).

Odczuwalne subiektywne objawy spowodowane zaćmą są różne i zależą od lokalizacji zmętnień. W przypadku zaćmy korowej zaburzenia widzenia (takie jak obniżenie ostrości wzroku i często podwójne widzenie jednooczne, spowodowane różnicami współczynnika załamania zmętniałej soczewki) pojawiają się wraz z powstaniem zmian w części centralnej. Zaćma jądrowa z reguły postępuje wolno i często indukuje tzw. pseudokrótkowzroczność refrakcyjną (spowodowaną wzrostem współczynnika załamania twardniejącego jądra soczewki), umożliwiającą choremu pracę z bliska (czytanie) bez stosowanych wcześniej okularów korekcyjnych. Najszybciej upośledza wzrok i pogarsza komfort życia zaćma podtorebkowa tylna, gdyż zmętnienia zlokalizowane są w pobliżu punktu węzłowego układu optycznego oka. Zaburzenia widzenia występują zarówno w ciągu słonecznego dnia (przy wąskiej źrenicy), jak i w nocy, przeszkadzając np. w prowadzeniu samochodu. Większość zaćm starczych należy do postaci mieszanych, ich rozwój jest zwykle powolny (stopniowa utrata wzroku w ciągu miesięcy lub lat), a objawy subiektywne są różne (Wierzbowska, Stankiewicz 2011).

Najczęstszą przyczynę prawnej ślepoty u osób w wieku 20–65 lat stanowi **retinopatia cukrzycowa** (*diabetic retinopathy* – DR). Najważniejszym czynnikiem ryzyka jest czas trwania choroby. W przypadku cukrzycy typu 1 po 2 latach retinopatię cukrzycową stwierdza się tylko u 2% chorych, podczas gdy po 15 latach – prawie u wszystkich (98%). Rozwój retinopatii cukrzycowej wiąże się ściśle także ze złą kontrolą metaboliczną – DR jest konsekwencją długo trwającej cukrzycy, nieskutecznej kontroli poziomu cukru, nadciśnienia tętniczego, palenia papierosów, nefropatii, hiperlipidemii (Kański, Bowling 2013). Schorzenie to prowadzi do ubytków w polu widzenia, obniżenia ostrości wzroku, przejściowych zaburzeń widzenia spowodowanych wahaniami poziomu cukru

we krwi, zaburzenia wrażliwości na kontrast (Walkiewicz-Krutak 2015). Podstawową metodą leczenia retinopatii cukrzycowej jest fotokoagulacja siatkówki, która zmniejsza ryzyko utraty wzroku o 50%. W przypadku gdy doszło do powstania zaawansowanej retinopatii proliferacyjnej z nawracającymi wylewami do ciała szklistego, wskazane jest leczenie chirurgiczne: witrektomia z usunięciem błony granicznej przedniej ciała szklistego, często połączona z operacją współistniejącej zaćmy (Kański, Bowling 2013).

**Barwnikowe zwyrodnienie siatkówki** (*retinitis pigmentosa* – RP) to obustronna dystrofia siatkówki na obszarze fotoreceptorów (pręcików) o genetycznej etiologii. Ma charakter postępujący, o niekorzystnym rokowaniu, jest nieuleczalna. W pierwszej kolejności prowadzi do utraty zdolności widzenia obwodowego, co rodzi problemy w trakcie poruszania się, głównie po zmierzchu, i skutkuje trudnościami adaptacji do zmiennych warunków oświetleniowych oraz światłowstrętem. W dalszym przebiegu choroby następuje stopniowa utrata lub upośledzenie centralnego pola widzenia.

Z wiekiem maleje funkcjonalna sprawność soczewki ludzkiej, która traci elastyczność, a tym samym zdolność do ostrego skupiania obrazu (osłabienie możliwości akomodacji), a jej skład chemiczny zmienia się, powodując obniżenie ostrości wzroku. Źrenice ulegają zmniejszeniu, co skutkuje pogorszeniem zdolności adaptacji światła i podatnością na olśnienia. Poszczególne ośrodki optyczne (rogówka, soczewka, ciało szkliste) oka tracą przezierność. Pogarsza się wrażliwość na kontrast, uwaga wzrokowa i sprawności wzrokowe (Kilian 2012).

Często występującą wspólną cechą u osób słabowidzących jest zmienne widzenie – będące skutkiem zmian w ogólnym stanie zdrowia fizycznego i emocjonalnego. Może ono wynikać również ze zmian warunków oświetleniowych, niestabilnego przebiegu procesów chorobowych, problemów rodzinnych, społecznych czy emocjonalnych. Jednego dnia osoba starsza nie jest w stanie

rozpoznać twarzy bliskich osób lub kształtów przedmiotów, a następnego dnia lub w innym oświetleniu – przychodzi jej to z łatwością; jednego dnia wpada na przeszkody i sprawia wrażenie niezgrabnej, innego dnia porusza się w przestrzeni bezpiecznie i bez większych problemów. Zmianie może ulegać także zdolność do korzystania z oddziaływań rehabilitacyjnych.

Uszkodzenie narządu wzroku lub znaczna utrata sprawności widzenia ma swoje konsekwencje dla wszystkich sfer życia człowieka, który traci możliwość poznawania rzeczywistości za pomocą wiodącego zmysłu lub doświadcza istotnych ograniczeń. Niemal każda sytuacja życia codziennego nabiera znamion sytuacji trudnej.

Postępujące ograniczenie widzenia [...] powoduje konieczność inwestowania zasobów przeznaczonych na dalszy bieg życia w bieżące radzenie sobie z wymogami codzienności obciążonej skutkami choroby, co może poszerzać tzw. sferę utraconego rozwoju. [...] Osobiste zasoby wykorzystywane są na zapobieganie możliwym regresom rozwojowym, ale przez to poważnie ograniczają osobisty potencjał (Bilewicz, Kisielewska 2017, s. 196–197).

Znaczące osłabienie sprawności wzroku jest czynnikiem najbardziej utrudniającym funkcjonowanie psychospołeczne osób starszych (Steuken 2011). Prowadzi do szeregu trudności i ograniczeń codziennej aktywności życiowej oraz skutkuje zmniejszeniem poziomu jakości życia (Oleś, Steuden, Toczółowski 2002).

Starzenie się jest nierozzerwalnie związane ze spontaniczną kaskadą przemian molekularnych, biochemicznych i hemodynamicznych obejmujących wszystkie struktury narządu wzroku i stanowi wspólny mianownik patogenetyczny takich schorzeń, jak zaćma, zwyrodnienie plamki czy jaskra. Tylko właściwa

profilaktyka w postaci regularnych badań okulistycznych umożliwia wczesne wykrycie tych chorób (oraz objawów ich progresji) i włączenie odpowiedniego leczenia (Wierzbowska, Stankiewicz 2011, s. 51).

Większość chorób oczu związanych z wiekiem ma charakter nieuleczalny, jednak odpowiednio wczesne zastosowanie strategii terapeutycznych pozwala w wielu przypadkach skutecznie kontrolować ich przebieg.

Wiedza na temat różnych funkcjonalnych następstw schorzeń i zaburzeń w obrębie narządu wzroku jest podstawą rozumienia funkcjonowania wzrokowego seniorów w starszym wieku. Stanowi punkt wyjścia dla prawidłowo zdiagnozowanych oddziaływań rehabilitacyjnych. Okuliści, rehabilitanci wzroku i inni specjaliści wspierający osoby starsze w ich staraniach o poprawę widzenia wpływają przez swoje działania i postawę na umiejętność seniorów i ich rodzin do przystosowania się do osłabionych zdolności widzenia. Szczególnie te środowiska zawodowe mają wyjątkową możliwość takiego pokierowania osobą słabowidzącą, aby w sposób adekwatny do rzeczywistości pogodziła się z utratą lub osłabieniem widzenia i konstruktywnie przystosowała do zmienionych warunków widzenia, aktywnie wykorzystując wszelkie możliwości, jakie daje usprawnianie wzroku.

Powaga i złożoność problemów związanych ze słabowzrocznością w podeszłym wieku wymagają współpracy wielu specjalistów o wysokich kwalifikacjach i dużym poziomie empatii, wyspecjalizowanych w zindywidualizowanej opiece nad seniorami i ich rodzinami. Niezbędne stają się działania medyczne ukierunkowane na prewencję i leczenie schorzeń typowych dla wieku senioralnego (w tym także zaburzeń sensorycznych), jak również wsparcie rehabilitacyjne, umożliwiające łagodzenie następstw tych chorób w zakresie codziennego funkcjonowania, przywracanie maksymalnej funkcjonalnej sprawności i poprawę jakości życia.

## Rehabilitacja wzroku – założenia teoretyczne

Rehabilitacja wzroku (*low vision* lub *vision rehabilitation*) – rozumiana inaczej jako **ćwiczenie wzroku, usprawnianie widzenia, rozwijanie umiejętności posługiwania się wzrokiem** – polega na podjęciu odpowiednich działań z wykorzystaniem znajomości tematyki uszkodzeń wzroku, ich przyczyn i skutków, przedstawieniu osobom słabowidzącym propozycji rozwoju i optymalnego wykorzystania przez nie narządu wzroku. Oznacza wspomaganie możliwości widzenia, jaką dysponuje osoba słabowidząca, za pomocą ćwiczeń, środków pomocniczych i tworzenia powiązań pedagogiczno-rehabilitacyjnych w taki sposób, aby widzenie było możliwe i nie sprawiało większych trudności. Zadaniem rehabilitacji wzroku jest takie kształtowanie pomocy i otoczenia, aby istniejący poziom widzenia mógł być wykorzystywany w optymalny sposób. Ponadto w podeszłym wieku ważne jest jak najdłuższe zachowanie zdolności widzenia – dzięki leczeniu, zabiegom operacyjnym oraz wsparciu farmakologicznemu (Walthes 2007). Dziedzina *vision rehabilitation* to duże i interdyscyplinarne pole działania, mieszczące się pomiędzy medycyną, rehabilitacją i pedagogiką, w tym andragogiką i gerontopedagogiką.

Od czasu badań przeprowadzonych w 1964 roku przez pionierkę rehabilitacji wzroku, Natalię Barragę, wiadomo, że osłabione możliwości wzrokowe nie tylko można, ale wręcz należy efektywnie rozwijać. Wykorzystanie potencjału wzrokowego osób słabowidzących stało się priorytetowym celem głównych założeń rehabilitacji wzroku, wśród których za najistotniejsze uznano następujące fakty (Barraga 1964):

1. Zdolność widzenia nie jest wrodzona i jej rozwój nie przebiega automatycznie.
2. Zdolność widzenia nie jest wyznaczana wyłącznie przez ostrość wzroku i nie może być oceniana jedynie na tej podstawie.

3. Zdolność widzenia i funkcjonowanie wzrokowe nie są wyznaczane wyłącznie przez rodzaj i stopień schorzenia lub uszkodzenia układu wzrokowego.
4. Umiejętności widzenia i sprawności w posługiwaniu się wzrokiem można się nauczyć przez wykonywanie odpowiednio zaprogramowanych ćwiczeń wymagających użycie wzroku.

Warunkiem właściwego widzenia jest prawidłowo zbudowany i funkcjonujący (sprawny) układ wzrokowy (oko – odbierające bodźce, nerw wzrokowy i droga wzrokowa – przewodzące bodźce oraz mózg – przetwarzający i interpretujący informacje wzrokowe), odpowiednie światło oraz obecność bodźców wzrokowych lub obiektów obserwacji.

Zdolność widzenia nie jest człowiekowi dana – kształtuje się ją przez całe życie, ale najważniejszy jest okres do szóstego do siódmego roku życia (rozwijają się w tym czasie wszystkie podstawowe sprawności wzrokowe i układ wzrokowy). Rozwój widzenia u osób słabowidzących przebiega w podobny sposób jak u widzących prawidłowo. Różnice dotyczą głównie tempa i poziomu opóźnienia sprawności wzrokowych, właściwych kolejnym etapom rozwojowym. Osoba słabowidząca uczy się nadawać znaczenie temu, co widzi, i wykorzystywać na co dzień informacje uzyskiwane drogą wzrokową. Jeśli zaburzenia w układzie wzrokowym nastąpiły przed szóstym rokiem życia, może ona nauczyć się patrzeć i korzystać z informacji napływających drogą wzrokową mimo swoich ograniczeń. Można jej pomóc w osiągnięciu kolejnych etapów rozwoju widzenia na drodze intensywnych ćwiczeń, takich jak (Walkiewicz-Krutak 2009):

- stymulowanie do patrzenia (otwieranie oczu, zwracanie głowy lub ciała w kierunku obiektu, stymulowanie widzenia, wykorzystywanie jaskrawych, poruszających się obiektów),

- rozwijanie podstawowych sprawności wzrokowych, związanych z kontrolowaniem ruchów gałek ocznych (fiksacja, przenoszenie spojrzenia, przeszukiwanie, lokalizowanie, śledzenie itp.),
- rozwijanie pojęć i pamięci wzrokowej oraz wyższych sprawności wzrokowych (np. dopełnianie wzrokowe).

Jeśli osoba słabowidząca utraciła sprawność wzrokową po szóstym roku życia, to do tego czasu widzenie rozwinęło się prawidłowo, wykształciła się pamięć wzrokowa i odpowiednie sprawności wzrokowe – oddziaływanie rehabilitacyjne ma tu na celu przywrócenie maksymalnej sprawności w życiu codziennym. Człowiek uczy się patrzeć i widzieć inaczej niż dotychczas, tzn. dostarczać do oka więcej danych, wykorzystując do tego kontrast, właściwe oświetlenie, odpowiednie ustawienie gałki ocznej, pomoce optyczne, oraz odpowiednio interpretować niewielkie, często śladowe i zniekształcone informacje, które docierają do kory mózgowej. Aby to robić, musi sobie uświadomić, co i kiedy rzeczywiście widzi, a czego nie widzi – czyli jak funkcjonuje wzrokowo. Powinien także nauczyć się, jak łączyć techniki wzrokowe z innymi technikami (głównie dotykowymi i słuchowymi), aby zachować maksymalne bezpieczeństwo i sprawność w wykonywaniu danej czynności.

Wzrok pełni najważniejszą rolę w procesie poznawania rzeczywistości. Utrudnienia percepcji wzrokowej znacząco zmniejszają dopływ tych danych do mózgu, a zmniejszenie bodźców optycznych, zaburzone doświadczenie bezpośrednie, utrudnienia w dostępie do informacji, które docierają do człowieka za pośrednictwem wzroku, grożą opóźnieniem rozwoju umysłowego osoby słabowidzącej, a ponadto opóźnieniem rozwoju jej motoryki i uspołecznienia. Sfery najbardziej narażone na zakłócenia z powodu zaburzeń widzenia to: orientacja i poruszanie się w przestrzeni, samoobsługa, czynności życia codziennego, techniki porozumiewania się z otoczeniem (czytanie, pisanie), czynności



związane z nauką, pracą, rekreacją. Osoby tracące wzrok lub słabowidzące dotyka wiele zmian w życiu: izolacja społeczna (w obawie przed reakcją otoczenia na utratę lub osłabienie wzroku), trudności w dbaniu o własny wygląd, pogorszenie umiejętności czytania i pisania, niemożność prowadzenia samochodu, większy niepokój, depresja, frustracja, przejście obowiązków w domu przez współmałżonka (odwrócenie ról), napięcia w związkach małżeńskich, mniejsza prywatność niż przed uszkodzeniem wzroku, trudność w dostosowaniu się do grupy, której członkowie są w stanie lepiej wykorzystywać zmysł wzroku. Dodatkowo potrzeby rehabilitacyjne osób słabowidzących są zróżnicowane, zależne od wieku, płci, czasu wystąpienia osłabienia wzroku, rokowania medycznego, umiejętności wykorzystywania własnych możliwości wzrokowych i motywacji do ich rozwijania, obecności dodatkowych niesprawności lub ich braku.

Rehabilitacja może obejmować każdą dziedzinę życia osoby słabowidzącej. Praktyczne czynności życia codziennego – nabywane i doskonalone w procesie usprawniania widzenia – pozwalają na możliwie samodzielny i niezależny tryb życia oraz obejmują (Walthes 2007):

- sytuacje mieszkaniowe i spożywanie posiłków;
- prowadzenie gospodarstwa domowego, sprząatanie;
- ubiór i higienę osobistą;
- gotowanie;
- komunikację (kontakt z urzędami, środki płatnicze, formularze, bankowość itp.);
- media (specjalne pomoce, przyrządy do czytania, telekomunikacja);
- formy towarzyskie, współżycie społeczne i jego organizację.

Dziedziny te wymagają dużych umiejętności adaptacyjnych. Mimo że zwiększyła się znacząco liczba publicznych budynków, przejść dla pieszych, filmów z audiodeskrypcją, dotykowych pomocy orientacyjnych przystosowanych do potrzeb osób

z niepełnosprawnością wzroku, nadal istnieje wiele obszarów życia społecznego, w których ludziom z uszkodzonym wzrokiem okazuje się niewiele tolerancji (higiena osobista, prowadzenie domu, formy towarzyskie). Dlatego trening czynności życia codziennego wykonywanych pod kontrolą wzroku powinien polegać nie tylko na rozwoju właściwych metod ich opanowania z wykorzystaniem uszkodzonego widzenia (lub w sytuacji braku wzroku), ale także na uświadamianiu i przygotowaniu otoczenia.

Rehabilitacja wzroku prowadzona w zakresie wykonywania codziennych czynności przez osoby w późnym wieku musi uwzględniać wiele szczególnych aspektów, które nadają jej wielomiarowy i bardzo złożony charakter (Kilian 2009b):

- wielość dodatkowych schorzeń i obecność innych niepełnosprawności (towarzyszące utracie wzroku schorzenia dodatkowo osłabiają działanie mechanizmów kompensacyjnych, a tym samym rzutują na efektywność rehabilitacji);
- efekt nakładania się skutków dozanego uszkodzenia na naturalne i/lub chorobowe zmiany, będące rezultatem procesu starzenia się;
- czas doznania uszkodzenia (słabowidzący seniorzy z niepełnosprawnością powstałą we wcześniejszym okresie życia, mający wypracowane strategie adaptacyjne, oraz seniorzy, u których niepełnosprawność pojawiła się w wieku późnym);
- zróżnicowanie populacji osób starszych pod względem potrzeb rehabilitacyjnych (pogłębiające się wraz z wiekiem indywidualne potrzeby w zakresie rehabilitacji);
- zróżnicowanie sytuacji psychospołecznej słabowidzących seniorów – utrata sprawności towarzyszy innym stratom doświadczanym w starszym wieku (dotyczącym zdrowia, pracy, poziomu dotychczasowych dochodów, zaangażowania w życie społeczne), co pogłębia zakres i złożoność jej skutków fizycznych, psychicznych i społecznych;

- obecność krzywdzących stereotypów na temat starości, niestety nadal obecnych w życiu społecznym, przyczyniających się do dyskryminacji osób niepełnosprawnych, której przejawem jest – jednej strony – ograniczenie dostępu do właściwie dostosowanej rehabilitacji z powodu utrudnień systemowych i personalnych, z drugiej zaś – niechęć samych seniorów do podjęcia wysiłku usprawniania, uznanie przez nich niepełnosprawności za stan normalny i właściwy ostatniemu etapowi życia.

## Organizacja procesu wspomagania widzenia osób w podeszłym wieku

Tendencje światowe domagające się zainteresowania rehabilitacją osób słabowidzących, usprawnianiem ich użytecznego widzenia (tzn. poprawą zdolności posługiwania się wzrokiem), znalazły swoje odzwierciedlenie na gruncie polskim dopiero w latach osiemdziesiątych XX wieku. Opracowano polski model świadczeń rehabilitacyjnych dla osób słabowidzących. Za najważniejsze zadania uznano:

1. Doskonalenie posiadanych i poszukiwanie nowych programów rehabilitacji wzroku.
2. Zapewnienie osobom słabowidzącym dostatecznej ilości zróżnicowanego sprzętu rehabilitacyjnego, ze szczególnym uwzględnieniem pomocy optycznych.
3. Przygotowanie odpowiedniej kadry specjalistów (okuliistów, optyków, pedagogów specjalnych, psychologów), zwłaszcza instruktorów rehabilitacji wzroku, którzy będą pomagać osobom słabowidzącym w rozwijaniu umiejętności posługiwania się uszkodzonym narządem wzroku w nauce, pracy, czynnościach życia codziennego, w orientacji przestrzennej i poruszaniu się czy podczas rekreacji.

Instruktor powinien być także przygotowany do pełnienia ról organizatora świadczeń dla osób słabowidzących i rzecznika ich interesów.

4. Stworzenie na terenie kraju sieci ośrodków rehabilitacyjnych w postaci pracowni usprawniania widzenia i wielospecjalistycznych poradni.

Planowany zakres wsparcia rehabilitacyjnego dla osób słabowidzących jest różnorodny i obejmuje:

1. Świadczenia medyczne oraz dobranie pomocy optycznych.
2. Informowanie na temat schorzenia i jego następstw funkcjonalnych.
3. Stymulowanie widzenia.
4. Ćwiczenia z wykorzystaniem wskazówek wzrokowych w otoczeniu i dostosowanie go do własnych potrzeb.
5. Ćwiczenia sprawności wzrokowych bez pomocy optycznych.
6. Ćwiczenia z pomocami: optycznymi (lupy, lunety), nieoptycznymi (lampy, filtry regulujące dopływ światła, regulowane pulpity do czytania itp.), elektronicznymi, optoelektronicznymi (powiększalniki telewizyjne, komputery z odpowiednim oprogramowaniem, lupy elektroniczne).

Antonina Adamowicz-Hummel (2001) dokonuje rozróżnienia świadczeń w zakresie rehabilitacji widzenia pod względem:

- informacyjnym (wyjaśnianie istoty schorzenia i jego funkcjonalnych następstw),
- medycznym (w połączeniu z doбором odpowiednich pomocy optycznych i sposobów ich montowania – na podstawie, w oprawkach okularowych z uwagi na drżenie dłoni, problem z trzymaniem drobnych przedmiotów, szybszą męczliwość),
- zorientowania na stymulowanie widzenia (u osób uznawanych za niewidome, a posiadających pewne możliwości widzenia),

- skoncentrowania na ćwiczeniu wykorzystywania informacji wzrokowych znajdujących się w otoczeniu oraz dostosowania otoczenia do własnych potrzeb,
- zorientowania na ćwiczenie sprawności wzrokowych bez pomocy optycznych oraz z pomocami optycznymi, nieoptycznymi i optoelektronicznymi.

Świadczenia rehabilitacyjne obejmują ocenę diagnostyczną oraz cykl zajęć szkoleniowych, które mają pomóc osobom słabowidzącym w pokonaniu upośledzających skutków ich niepełnosprawności oraz osiągnięciu optymalnego poziomu funkcjonowania i prowadzenia wygodnego trybu życia. Świadczenia te związane są z nauką, pracą, wypoczynkiem, życiem towarzyskim. Muszą uwzględniać wszystkie potrzeby danej osoby (psychiczne, finansowe, okulistyczne, medyczne). Polegają na współdziałaniu wszystkich specjalistów na rzecz wykorzystywania zdolności widzenia. Przyjmując za główny skandynawski model świadczeń rehabilitacyjnych, należy wyróżnić trzy etapy. Dwa pierwsze to: **faza I – diagnoza wstępna** (ocena funkcjonalna) oraz **faza II – ocena kliniczna** (ostrość wzroku, pole widzenia, wady refrakcji, potrzeby stosowania pomocy powiększających).

Zróżnicowana i dokładna diagnoza powinna stanowić punkt wyjścia w koncepcji *low vision*. Główne elementy diagnozy funkcjonalnej uwzględniają (Adamowicz-Hummel 2010):

- określenie stopnia wykorzystania wzroku i stopnia samodzielności osoby słabowidzącej;
- określenie sfery, w której pacjent napotyka największe trudności;
- określenie celu zabiegów rehabilitacyjnych zarówno w zakresie wzroku, jak i szeroko pojętej rehabilitacji osoby słabowidzącej.

Diagnoza powinna być wieloaspektowa (holistyczna, całościowa) – obejmować nie tylko ocenę widzenia. Diagnoza akcentuje możliwości osoby słabowidzącej, a nie jej ograniczenia. Badanie

odbywa się w terenie znanym i nieznanym, także w warunkach niekorzystnych (jak niekorzystne warunki atmosferyczne, oświetleniowe, nieznaną teren). Dotyczy również otoczenia (społecznego, rodzinnego), w którym funkcjonuje osoba słabowidząca – z doświadczeń i badań wynika bowiem, że to od postaw otoczenia w dużej mierze zależy obraz siebie osoby z zaburzonym widzeniem. Badanie okulistyczne pozwala określić maksymalne możliwości pacjenta słabiej widzącego (co ma się różnie w stosunku do jego funkcjonowania w życiu codziennym). Diagnoza ma także wymiar edukacyjny dla osoby słabowidzącej (poznaje ona swoje ograniczenia), a zadaniem tego typu postępowania jest znalezienie sfer sprawiających jej największe trudności.

Cele oceny funkcjonalnej są dobierane w porozumieniu z osobą słabowidzącą. Muszą być:

- istotne i znaczące dla niej (kogoś, kto nie czyta książek, a tylko przepisy kulinarne, nie uczy się czytania publikacji pod kontrolą wzroku),
- osiągalne na danym etapie (należy wytyczać cel, który można osiągnąć),
- mierzalne (niezbędne są kryteria oceny pozwalające stwierdzić, że dany cel został osiągnięty, by móc ewentualnie dokonywać weryfikacji) – im czynność bardziej rozłożona na drobne etapy, tym łatwiej wychwycić, w którym miejscu jej wykonywania pojawia się trudność.

Ważne są kończące proces rehabilitacyjny analiza i ocena praktycznych umiejętności osoby słabowidzącej, dokonane przy jej aktywnym udziale. Rehabilitowany powinien sam móc określić, czy opanował daną umiejętność (oznacza to realizację celu ostatecznego *low vision*).

Zaletą oceny funkcjonalnej jest określenie aktualnego stopnia wykorzystania zachowanych możliwości widzenia w warunkach naturalnych, wypracowanie zaleceń dotyczących rozwiązań praktycznych (powiększony druk czy brajl, zalecane pomoce itd.),

które bezpośrednio otrzymują zainteresowane osoby i środowiska. Ocena sprzyja także włączeniu w proces rehabilitacji wszystkich ludzi zainteresowanych rozwiązaniem trudności osoby słabowidzącej. Ocena ta polega na:

- obserwacji zachowań osoby słabowidzącej [na podstawie modelu funkcjonowania wzrokowego Anne Corn (1991): postawy, poruszania się i sposobu patrzenia, wyglądu oczu, oznak zachowań wskazujących na stres, występowania podstawowych sprawności wzrokowych (poczucie światła i jego rzutowanie, funkcjonalne centralne i obwodowe pole widzenia, funkcjonalna ostrość wzroku do bliży i do dali, umiejętność systematycznego przeszukiwania wzrokiem otoczenia, umiejętność lokalizowania przedmiotów za pomocą wzroku, prowadzenie wzrokiem obiektów nieruchomych i ruchomych), posługiwania się wzrokiem przy wykonywaniu czynności życia codziennego (czas, zakres)];
- przeprowadzeniu testów w celu uzyskania ogólnych informacji na temat widzenia osoby słabowidzącej (np. czy i jak reaguje ona na światło i jego kierunek; w jakim zakresie korzysta z centralnego pola widzenia, a w jakim z obwodowego; w jakim stopniu widzi obiekty z bliska, a w jakim z daleka; czy potrafi przeszukiwać wzrokiem, lokalizować i śledzić obiekty);
- przeanalizowaniu wybranych czynności wykonywanych przez badanego (np. czy i jak jest w stanie czytać, pisać, przemieszczać się, wykonywać różne czynności życia codziennego);
- innych działaniach, jak przeprowadzenie wywiadu o problemach wzrokowych, ocenienie koordynacji wzrokowo-ruchowej czy umiejętności wykorzystania innych zmysłów.

Diagnoza okulistyczna wraz diagnozą funkcjonalną stanowią punkt wyjścia do opracowania indywidualnego programu rehabilitacji wzroku osoby słabowidzącej. Weryfikacja diagnozy odbywa się na etapie ćwiczeń usprawniających.

Kolejnym etapem jest **III faza – instruktaż i ćwiczenia**. Usprawnianie widzenia obejmuje serię określonych ocen diagnostycznych oraz cykl zajęć (ćwiczeń), które mają pomóc osobom słabowidzącym w pokonaniu skutków uszkodzenia wzroku utrudniających funkcjonowanie w różnych sferach życia oraz umożliwić osiągnięcie optymalnego poziomu funkcjonowania. Zajęcia te mają na celu (Walkiewicz-Krutak 2009):

1. Ocenę funkcjonalną możliwości wzrokowych – przez obserwację, przeprowadzenie testów, analizę wybranych czynności wykonywanych przez osobę słabowidzącą. Wyniki oceny funkcjonalnej są punktem wyjścia do prowadzenia ćwiczeń usprawniających.
2. Prowadzenie ćwiczeń usprawniających, które ułatwiają osobie słabowidzącej zrozumienie, jak działa jej wzrok, co i jak widzi, czego i dlaczego nie widzi, jak również uczą takiego patrzenia, aby do oka docierało jak najwięcej danych przez odpowiednie ustawianie gałek ocznych, kontrolowanie ich ruchów, właściwe interpretowanie często śladowych i zniekształconych informacji wzrokowych.
3. Dobór pomocy optycznych wspomagających widzenie oraz pomocy nieoptycznych, jak różnego rodzaju lupy ułatwiające czytanie, jednooczne lunety (pozwalające np. odczytać numer domu), okulary lornetowe (np. do oglądania telewizji), kolorowe filtry nakładane na tekst w celu poprawienia kontrastu, podstawki do książek, ramki ułatwiające czytanie, nasadki okularowe zmniejszające olśnienie; dobór odpowiedniego oświetlenia, naukę korzystania z kontrastów kolorystycznych, dobór pomocy elektronicznych, np. powiększalników, lup elektronicznych.
4. Kształtowanie umiejętności wykorzystywania funkcjonalnego widzenia i dostosowywania otoczenia fizycznego do ograniczonych możliwości wzrokowych, głównie przez umiejętnę operowanie światłem, kontrastem, barwami, eli-



minowanie odblasków, odpowiednią organizację przestrzeni, stanowisk pracy, nauki.

Przy rehabilitacji wzroku u osób dorosłych i starszych słabowidzących, gdy najczęściej mamy do czynienia ze słabowzornością nabytą, zajęcia usprawniające służą przywróceniu maksymalnej sprawności w życiu codziennym oraz w pełnieniu dotychczasowych ról. W przypadku słabowidzących seniorów nauka alternatywnych sposobów wykonywania codziennych czynności powinna uwzględniać stan fizyczny i psychiczny osób w starszym wieku, charakteryzujący się szybszą męczliwością, spowolnieniem ruchów, utratą lub osłabieniem słuchu, zwyrodnieniem stawów kończyn górnych i dolnych. Jednakże, zdaniem Zofii Sękowskiej, w tej grupie wiekowej osób słabowidzących trudnościami natury fizjologicznej towarzyszy często niechęć do dotykowego eksplorowania otoczenia i badania przedmiotów (za: Dycht 2005) – np. w zakresie nauki pisma punktowego. W przypadku osób w starszym wieku – niezdolnych do trudnej i długotrwałej nauki brajla z powodu osłabionej wrażliwości dotykowej opuszków palców – naukę czytania pisma z użyciem pomocy rehabilitacyjnych może zastąpić alfabet Fishburne’a czy Elia (Kilian 2006). Alternatywą dla nauki brajla mogą być również książki dźwiękowe.

Lepszemu funkcjonowaniu wzrokowemu sprzyja adaptacja otoczenia osoby starszej, polegająca na wykorzystaniu cech środowiska zewnętrznego w celu zastępowania straty w zakresie widzenia (wspomniane powyżej operowanie kolorem, kontrastem i oświetleniem). Bywa jednak, że z powodu negatywnych stereotypowych przekonań na temat starości, popartych kluczującymi zachowaniami społecznymi, otoczenie fizyczne – niedostosowane do potrzeb słabowidzących seniorów – dysfunkcjonalność tę może powodować lub pogłębiać. Przejawem ageizmu w rehabilitacji optycznej będzie zatem brak akceptacji dla systemu rehabilitacji, skuteczności świadczeń, metod i technik jej pracy, niedostrzeżenie potrzeb wzrokowych bądź nawet

świadome ich pomijanie. Uszkodzenie wzroku jest silnie skorelowane z potrzebą stosowania pomocy rehabilitacyjnych w codziennym życiu, z wykorzystaniem sprzętu i technik ułatwiających wykonywanie czynności w warunkach ograniczonego widzenia. Niestety większość osób starszych negatywnie lub z dużymi oporami przyjmuje propozycję stosowania pomocy optycznych i nieoptycznych, używa pomocy krótko, niesystematycznie lub korzysta z nich w sposób nieefektywny. Pomimo faktu, że osoby starsze stanowią najliczniejszą grupę w populacji ludzi z niepełnosprawnością wzroku, ich udział w specjalistycznej, formalnej rehabilitacji jest nieproporcjonalnie mały i zmniejsza się wraz z wiekiem. Z badań Marleny Kilian (2009b) przeprowadzonych na polskiej populacji osób ociemniałych w starszym wieku wynika, że jedynie około 1% seniorów z poważnymi dysfunkcjami wzroku korzysta z rehabilitacji usprawniających wykonywanie czynności życia codziennego.

Problem utraty pełnej sprawności widzenia dotyczy dużego odsetka populacji polskiego społeczeństwa. Dlatego tak ważne jest nie tylko szerzenie wiedzy o schorzeniach, w tym wzrokowych, ich skutkach i funkcjonalnych następstwach oraz o możliwościach leczenia, ale także zbudowanie sieci poradni rehabilitacyjnych – gdyż szybkie usprawnianie widzenia z pomocami optycznymi i elektronicznymi umożliwi zachowanie umiejętności czytania i pisania, jak również prowadzenie aktywnego, samodzielnego życia. Koszty i konsekwencje społeczne braku planowej, właściwej rehabilitacji będą ogromne. Wkrótce liczba osób starszych powiększy się drastycznie o liczną grupę ludzi urodzonych w latach czterdziestych XX wieku, przyzwyczajonych do wygodnego i aktywnego życia, ze wszystkimi technicznymi nowościami, z Internetem na czele. Formy pomocy udzielanej tym osobom i finansowania tego typu działań wymagają odpowiednio wczesnego przygotowania.

Być może wskazania szwedzkiego modelu rehabilitacji osób starszych słabowidzących mogą stać się przydatne dla krajów nieposiadających rozwiniętej rehabilitacji narządu wzroku. System ten, istniejący od wczesnych lat siedemdziesiątych XX wieku, jest oceniany jako najlepszy ze wszystkich w skali świata – a mimo to jest nadal stale udoskonalany (Edbom-Kolarz, Marcinkowski, Wojtyła 2011). W przypadku polityki społecznej wspierającej starsze osoby słabowidzące warto wskazać Stany Zjednoczone, gdzie przeprowadza się wiele badań i stosuje liczne metody, których celem jest zrekompensowanie ubytków wzroku w podeszłym wieku. W USA już w latach dziewięćdziesiątych zostały opracowane nowe metody w zakresie przywracania wzroku osobom po udarach mózgu, przy cukrzycy lub degeneracji plamki żółtej, mające umożliwić chorym zmniejszenie ograniczeń pola widzenia lub zredukowanie trudności z czytaniem za pomocą konkretnych ćwiczeń (Trauzettel-Klosiński, Tornow 1996). Trening orientacji i mobilności lub trening praktycznych czynności życia codziennego oferowany jest zarówno przez wolny rynek, jak i pozaoświatowe instytucje tyflopedagogiczne. Dla przeciwwagi – w Niemczech prace badawcze ograniczają się do grupy roboczej, a metody podstaw rehabilitacji wzroku sprowadzają się do pojedynczych aktywności i prób modelowych (Cory 2001).

## Konkluzje

Rehabilitacja wzroku, uwzględniająca wielowymiarowość, złożoność i zindywidualizowanie potrzeb osób w podeszłym wieku w zakresie usprawniania widzenia i wykorzystywania zmysłu wzroku w orientacji przestrzennej, podczas poruszania się i wykonywania czynności życia codziennego – zarówno na poziomie systemowym, jak i w płaszczyźnie szczegółowych rozwiązań

organizacyjno-metodycznych – może efektywnie i skutecznie motywować seniorów do podjęcia odpowiednich działań.

Poradnie rehabilitacji dla osób niewidomych i słabowidzących w Polsce są na wysokim poziomie, ale ich liczba nie pokrywa zapotrzebowania i brakuje powszechnie obowiązującego systemu, który uwzględniałby metody rehabilitacji uznane i sprawdzone pod względem skuteczności w innych krajach (zauważmy, że potrzeby osób słabowidzących są zróżnicowane, nie jest to grupa jednolita, choć często właśnie tak się ją traktuje). Odpowiadająca potrzebom osób słabowidzących sieć poradni ułatwi dostępność do rehabilitacji i zrówna jej poziom z poziomem usług świadczonych w innych państwach, podnosząc jakość życia całej grupy pacjentów. Konieczne jest zatem tworzenie w kraju ośrodków rehabilitacji wzroku dla osób słabowidzących – przy klinikach okulistycznych, poradniach i przychodniach zdrowia. Najkorzystniejsze będzie rozlokowanie ich w centrum miejscowości oraz w szpitalach, jak również stworzenie takiej ich liczby, by sieć pokrywała cały kraj (proporcjonalnie do liczby mieszkańców – w Polsce niezbędne minimum to około 120 ośrodków rehabilitacji wzroku). Ich klientami powinny być zarówno dzieci, jak i dorośli oraz osoby starsze.

Rehabilitacją osoby słabowidzącej i wsparciem jej rodziny powinni zajmować się profesjonalnie przygotowani rehabilitanci wzroku, wspierani przez instruktorów orientacji i poruszania się w otoczeniu oraz wykonywania czynności dnia codziennego (w razie potrzeby – także innych rehabilitantów), optyków, pracowników socjalnych, psychologów oraz lekarza okulistę – konsultanta. Stwarza to możliwość zaordynowania szeregu pomocy optycznych i technicznych, jak również udzielenia wsparcia finansowego, psychologicznego i szeroko pojętego – społecznego.

Program edukacyjny proponowany przez poradnie usprawniania widzenia powinien obejmować – oprócz wiedzy o schorzeniach narządu wzroku, kontroli ostrości wzroku, doborze i tre-

ningu pomocy optycznych, nieoptycznych i optoelektronicznych – także trening bezpiecznego poruszania się i orientacji w otoczeniu, trening czynności życia codziennego. Konieczne jest tworzenie w ogólnodostępnych placówkach przedszkolnych i szkolnych miejsc pracy dla rehabilitantów wzroku, którzy będą prowadzić ćwiczenia usprawniania widzenia z dziećmi i młodzieżą – tych specjalistów ciągle brakuje, natomiast w szkolnictwie specjalnym dla uczniów niewidomych i słabowidzących stanowią oni podstawowy filar wsparcia rehabilitacyjnego.

Zapewnienie niepełnosprawnym wzrokowo seniorom opieki i wsparcia w realizacji ich potrzeb, możliwości rozwijania własnych zainteresowań i pasji oraz zachęcanie ich do nierezygnowania z preferowanego stylu życia mimo pogorszenia widzenia może korzystnie wpływać na postrzeganie własnego wieku pomimo upływu lat, a w dalszej konsekwencji – na całokształt procesów przystosowania się do starości (Bilewicz, Kisielewska 2017). Ważne jest uwrażliwienie osób pracujących ze słabowidzącymi seniorami na to, jak przeżywają oni swój wiek. Osoby, które czują się starsze, niż są w rzeczywistości, powinny zostać otoczone szczególnym wsparciem. Właściwie pojmowana polityka społeczna wobec ludzi starszych, polegająca na zapewnieniu starości pozycji równoprawnej z innymi fazami życia oraz kształtowaniu jej pozytywnego obrazu w świadomości społecznej, może pozwolić na sprostanie tym oczekiwaniom.

Tak jak w innych dziedzinach tyflopedagogiki, tak i w obrębie gerontologii interdyscyplinarna współpraca powinna bezwzględnie uzyskać pierwszeństwo przed stwarzaniem nisz społecznych, stanowiących pożywkę dla rozwijania i umacniania się procesów marginalizacji, dyskryminacji i wykluczenia społecznego.

## Bibliografia

- Access Economics (2010). *The global economic cost of visual impairment*. Pobrano z: [http://www.amdalliance.org/user\\_files/documents/AMD\\_Chronic\\_Disease\\_Exec\\_Sum\\_FINAL.pdf](http://www.amdalliance.org/user_files/documents/AMD_Chronic_Disease_Exec_Sum_FINAL.pdf) (dostęp: 24.02.2018).
- Adamowicz-Hummel A. (2001). Posługiwanie się wzrokiem przez dzieci słabo widzące. W: S. Jakubowski (red.). *Poradnik dydaktyczny dla nauczycieli realizujących podstawę programową w zakresie szkoły podstawowej i gimnazjum z uczniami niewidomymi i słabo widzącymi*. Warszawa: Ministerstwo Edukacji Narodowej.
- Adamowicz-Hummel A. (2010). Rehabilitacja wzroku dzieci słabowidzących. W: T. Żółkowska (red.). *Dajmy szansę niewidomym i słabowidzącym. Poradnik metodyczny dla nauczycieli*. Szczecin: „Pedagogium” Wydawnictwo OR TWP.
- Barraga N.C. (1964). *Increased visual behavior in low vision children*. New York: AFB.
- Bilewicz M., Kisielewska M. (2017). Doświadczenie własnego wieku przez seniorów z niepełnosprawnością wzrokową. W: M. Paplińska, M. Walkiewicz-Krutak (red.). *Tyflopedagogika wobec współczesnych potrzeb wspomagania rozwoju, rehabilitacji i aktywizacji społecznej*. Warszawa: Wydawnictwo APS.
- Bishop G. (2000). *Psychologia zdrowia*. Wrocław: Wydawnictwo Astrum.
- Congdon N., O’Colmain B., Klaver C.C., Klein R., Muñoz B., Friedman D.S., Kempen J., Taylor H.R., Mitchell P. (2004). Causes and prevalence of visual impairment among adults in the United States. *Arch Ophthalmol*, 122, 477–485.
- Corn A. (1991). Model funkcjonowania wzrokowego słabowidzących. *Materiały Tyflogiczne*, 7, 12–23.

- Cory P. (2001). Elementary rehabilitation for seniors who lose sight in late life. W: H.W. Wahl, H.E. Schulze (red.). *On the special needs of blind and low vision seniors: Research and practice concepts*. Amsterdam: IOS-Press.
- Dycht M. (2005). *Koncepcja tyflopedagogiki w ujęciu Zofii Sękowskiej*. Warszawa: Wydawnictwo Salezjańskie.
- Dycht M. (2012). Zagrożenia wzroku człowieka we współczesnym świecie. W: B. Baraniak (red.). *Człowiek w pedagogice pracy*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Edbom-Kolarz A., Marcinkowski J., Wojtyła A. (2011). Szwedzki model rehabilitacji osób starszych słabowidzących z powodu zwyrodnienia plamki żółtej (AMD) – wskazania do implementacji przez kraje nieposiadające rozwiniętej rehabilitacji narządu wzroku. *Hygeia Public Health*, 46(3), 304–312.
- Figurowska M., Brzostek A. (2008). Najczęstsze choroby układu wzrokowego i ich funkcjonalne następstwa. *Kontaktologia i Optyka Okulistyczna*, 3(19), 13–16.
- Friedman D.S., O'Colmain B.J., Muñoz B., Tomany S.C., McCarty C., de Jong P.T., Nemesure B., Mitchell P., Kempen J. (2004). Prevalence of age-related macular degeneration in the United States. *Arch Ophthalmol*, 122, 564–572.
- GUS (2004). *Informacja statystyczna*. Warszawa.
- GUS (2007). *Stan zdrowia ludności Polski w przekroju terytorialnym w 2004 roku*. Warszawa.
- GUS (2016). *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 roku. Sprawność narządów zmysłu i ruchu u osób dorosłych oraz poziom możliwości samoobsługi i wykonania czynności domowych*. Warszawa.
- Kański J., Bowling B. (2013). *Okulistyka kliniczna*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner.
- Kilian M. (2006). Alfabet Elia szansą dla osób niewidomych niezdolnych do nauki brajla. *Szkoła Specjalna*, 2, 153–156.

- Kilian M. (2009a). Geragogika specjalna w dobie starzenia się społeczeństw. W: M. Dycht, L. Marszałek (red.). *Dylematy (niepełno)sprawności – rozważania na marginesie studiów kulturowo-społecznych*. Warszawa: Wydawnictwo Salezjańskie.
- Kilian M. (2009b). Rehabilitacja w zakresie poruszania się i wykonywania codziennych czynności wobec potrzeb osób w starszym wieku z niepełnosprawnością wzrokową. *Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo*, 2(10), 21–31.
- Kilian M. (2012). Naturalne i patologiczne zmiany oczne w starszym wieku i ich subiektywne objawy. *Niepełnosprawność i Rehabilitacja*, 2, 91–105.
- Nizankowska M. (2008). *Okulistyka. Podstawy kliniczne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Oleś P., Steuden S., Toczowski J. (2002). *Jak świata mniej widzę. Zaburzenia widzenia a jakość życia*. Lublin: Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Schwartz T.L. (2010). Causes of visual impairment: Pathology and its implications. W: A.L. Corn, J.N. Erin (red.). *Foundations of low vision: Clinical and functional perspectives*. New York: AFB Press.
- Stankiewicz A. (2010). Wprowadzenie. W: A. Stankiewicz, M. Figurska (red.). *Zwyrodnienie plamki związane z wiekiem. Przewodnik diagnostyki i terapii*. Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne.
- Steuden S. (2011). *Psychologia starzenia się i starości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Trauzettel-Klosiński S., Tornow R.P. (1996). Fixation behaviour and reading ability in macular scotoma. *Neuroophthalmologie*, 16(4), 241–253.
- Walkiewicz-Krutak M. (2009). *Funkcjonowanie wzrokowe małych dzieci słabowidzących*. Warszawa: Wydawnictwo APS.



- Walkiewicz-Krutak M. (2015). Słabowzroczność w aspekcie klinicznym i funkcjonalnym. W: K. Czerwińska, M. Paplińska, M. Walkiewicz-Krutak (red.). *Tyflopedagogika wobec współczesnej przestrzeni edukacyjno-rehabilitacyjnej*. Warszawa: Wydawnictwo APS.
- Walthes R. (2007). *Tyflopedagogika*. Tłum. J. Mink. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Wapiennik E., Piotrowicz R. (2002). *Niepełnosprawny – pełnoprawny obywatel Europy*. Warszawa: Urząd Komitetu Integracji Europejskiej.
- WHO (2011). *World report on disability 2011*. Pobrano z: [http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/report.pdf](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf) (dostęp: 11.03.2018).
- Wierzbowska J., Stankiewicz A. (2011). Choroby oczu u osób w wieku podeszłym. *Medycyna po Dyplomie*, 8(185), 46–51. Pobrano z: [https://podyplomie.pl/publish/system/articles/pd-farticles/000/010/888/original/Strony\\_od\\_MpD\\_2011\\_08-6.pdf?1468491617](https://podyplomie.pl/publish/system/articles/pd-farticles/000/010/888/original/Strony_od_MpD_2011_08-6.pdf?1468491617) (dostęp: 12.02.2018).
- Ziomek-Michalak K. (2012). Uczenie się przez całe życie na przykładzie uniwersytetu trzeciego wieku. W: W. Żłobicki, B. Maj (red.). *Nierówność szans edukacyjnych – przyczyny, skutki, koncepcje zmian*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.



## CZĘŚĆ IV

# Z FRONTU BADAŃ I DOŚWIADCZEŃ OPIEKUŃCZYCH



# Paradygmat starości w percepcji współczesnego społeczeństwa w kontekście wypowiedzi seniorów, ich postaw, planów i oczekiwań

## Streszczenie

Artykuł ma na celu ukazanie paradygmatu starości z dwóch punktów widzenia: 1) seniorów mieszkających ze swoimi rodzinami, 2) seniorów przebywających w domach opieki. W części wprowadzającej odniosłam się do literatury i statystyki. W części empirycznej chciałam ukazać, jak starość – z całym inwentarzem wynikającym z wieku, jak również pewnych zaniedbań – postrzegają sami seniorzy. Programem badań objęłam 84 osoby, w tym 22 (26,2%) kobiety i 62 (73,8%) mężczyzn, których różnicuje miejsce stałego przebywania.

**Słowa kluczowe:** senior, paradygmat starości, percepcja, postawy, plany, oczekiwania.

## The paradigm of old age in the perception of modern society in the context of the statements of seniors, their attitudes, plans and expectations

### Summary

The study aims to show the paradigm of old age from two points of view: 1) seniors living in their families, 2) seniors staying in nursing homes. In the introductory part I referred to literature and statistics. In the empirical part – I wanted to show how aging with the whole inventory resulting from the age of life, as well as certain negligence, are perceived by the seniors themselves. The aim of the research was to learn about the social structure of the acquired group of seniors aged 65–80 and their statements. The research program covered 84 people, including 22 (26,2%) women and 62 (73,8%) men, who differentiate the place of permanent residence.

**Keywords:** seniors, the paradigm of old age, perception, attitudes, plans, expectations.

*Sześćdziesiąta czy siedemdziesiąta rocznica urodzin to nie powód do przygnębienia, lecz okazja do gruntownego „rachunku sumienia”, krytycznego spojrzenia na siebie i zmiany trybu życia na właściwy i zdrowy.*

Kinga Wiśniewska-Roszkowska (2003, s. 17)

### Wprowadzenie

Jednym z najpoważniejszych problemów społecznych, z jakim wkroczyliśmy w trzecie tysiąclecie, jest starzenie się społeczeństw.

Nie są one odpowiednio przygotowane do radzenia sobie ze skutkami starości indywidualnej i demograficznej.

Starość to nieunikniony etap życia człowieka. Jest ona naturalną fazą życia, która następuje po okresie zwykle szczęśliwego dzieciństwa, romantycznej młodości i pięknej aktywnej dojrzałości (Straś-Romanowska 2000; Lorek 2010). Okres starości – jak nietrudno zauważyć – nie ma jednoznacznej kalendarzowej granicy, a to oznacza, że u każdego z nas ten etap rozpoczyna się indywidualnie. U osób wkraczających w omawiany okres życia pojawiają się charakterystyczne symptomy przemijania, które wyraźnie przypominają o nadejściu trudnej jesieni życia. Procesy katabolizmu (destrukcji) w organizmie zaczynają dominować nad anabolizmem (procesami budowy), wyraźnemu obniżeniu ulegają siły witalne. To, w jakim tempie będziemy się starzeć, w dużym stopniu zależy jednak od każdego z nas, od naszej woli życia i motywacji, dbałości o zdrowie, stylu życia. Na swoją starość – jak zauważa Krzysztof Czarnobilski (2017, s. 5) – pracujemy już od wczesnej młodości. Upływu czasu darowanego nam na przeżycie własnych dni nie potrafimy wprawdzie zatrzymać, ale to, w jaki sposób będziemy odczuwali mijający dzień za dniem, w 80% zależy od nas samych.

Człowiek wchodzący w okres starości winien mieć świadomość, że sam musi stawiać czoła wielu przeciwnościom losu. W jego życiu zmieniać się może perspektywa widzenia wielu spraw, z których jedne tracą, a inne zyskują na znaczeniu. Etap starości według Erika H. Eriksona (1994) to szczytowy czas rozwoju ludzkiego *ego* – to etap, w którym może dojść do spełnienia ostatniego z potencjałów witalności człowieka. Dla okresu tego znamienne jest pragnienie ostatecznego uzasadnienia sensu własnego życia i oceny dokonywanych w nim wyborów. Na tym etapie rozwoju człowiek potrzebuje uznania i pociechy, dlatego poszukuje sensu życia w wielkich systemach religijnych i filozoficznych, w wierze i sztuce, a nade wszystko w bliskości zycziwych i kochających

ludzi, akceptujących jego stan zdrowia i potrzeby, postawy, plany i oczekiwania.

Proces starzenia się społeczeństw – nie tylko Europy, ale i świata (nieomijający także Polski) – stanowi palący dziś problem, który oczekuje natychmiastowego podjęcia. Można zauważyć, że seniorzy (emeryci i renciści) żyjący w naszym kraju stanowią potężną, bo około dziesięciomilionową populację ludzi, których podstawowe potrzeby zdrowotne i egzystencjalne często bywają lekceważone, a nawet marginalizowane. Problemy ludzi starych pojawiają się przy każdej rewaloryzacji rent i emerytur (Halicka, Pędich 2000, s. 43; Ratajek 2015), budząc u wielu poczucie goryczy i niezadowolenia.

Dostrzegany dziś potężny wzrost populacji ludzi starych wynika z wielu przyczyn, m.in. ze zwiększania się przeciętnej długości ludzkiego życia oraz zmniejszania się umieralności osób w wieku poprodukcyjnym. Warto uwzględnić również takie czynniki kontekstowe, dotyczące funkcjonowania osób starszych, jak: współczesna diagnostyka, profilaktyka i leczenie warunkujące stan zdrowia seniorów, ich potrzeby oraz podniesienie standardu i jakości życia, osłabienie kontaktów międzyludzkich, zanikanie więzi rodzinnych, rosnąca liczba rozwodów wśród ludzi młodych mogących zapewnić opiekę osobom starym w rodzinie (np. rodzicom), ogólna pauperyzacja społeczeństwa, niskie dochody rodzin, czasem zupełne zubożenie na los ludzi starych itp. (Wiśniewska-Roszkowska 1989, 2003; Mularska-Kucharek 2016; Ratajek 2015; Urbaniak 2016).

## Statystyka a prognozy demograficzne

Dokonując analizy danych statystycznych Głównego Urzędu Statystycznego (2018) za okres pierwszego dwudziestolecia XXI wieku, zauważymy, że przemiany polityczne, kulturowe, społeczne



i gospodarcze – pomimo wielu niedociągnięć i związanych z nimi trudności – sprzyjają podnoszeniu stopy życiowej zarówno ludności miast, jak i wsi oraz standardu i jakości życia współczesnego społeczeństwa, w tym także seniorów, co skutkuje wydłużeniem ich życia i utrzymaniem lepszej kondycji psychofizycznej.

Z analizowanych danych statystycznych wynika, że według najśmielszych prognoz do 2050 roku średnia długość życia kobiet w Polsce wynosić będzie 87,6 roku (obecnie jest to 81,6), a mężczyzn – 81,8 roku (obecnie średnia ta sięga nieco powyżej 74 lat) (Ratajek 2015). Dla porównania zwróćmy uwagę na dane GUS-u z 1950 roku, kiedy to przeciętna długość życia kobiet wynosiła niespełna 62 lata, a mężczyzn – nieco ponad 56. Ponadto warto zaznaczyć, że według danych ZUS-u w 2008 roku mieliśmy w Polsce około 2200 osób w wieku powyżej 100 lat, a w 2016 roku liczba stulatków już znacznie przekroczyła 4000 i nadal wykazuje tendencję wzrostową. Według prognoz demograficznych do 2020 roku ponad miliard ludzi żyjących na świecie osiągnie wiek powyżej 60 lat. Zauważmy też, że co szósty Polak już osiągnął wiek emerytalny. Ponadto prognozy przewidują, że udział najstarszej grupy wiekowej w ogólnej liczbie ludności z notowanego dziś poziomu 15,9% wzrośnie w 2020 roku do poziomu 22,4% (Frątczak, Sobieszek 1999; Ratajek 2015). Zatem z danych statystycznych dotyczących naszego kraju wynika, że w 2020 roku co piąty mieszkaniec Polski będzie emerytem, a to oznacza, że każdy Polak przez jedną trzecią długości swojego życia może wieść żywot seniora emeryta. Prognozy te nie są optymistyczne (zwłaszcza przy obecnej sytuacji demograficznej) i nic nie wskazuje na to, by jesień życia przyszłych seniorów miała być spokojna, radosna i dostatnia.

Obserwowane zjawisko wzrostu długowieczności współczesnego społeczeństwa winno nam w pełni uświadomić, że długowieczni seniorzy będą mieli do zagospodarowania znacznie więcej niż dotąd czasu, który trzeba będzie czymś wypełnić (Ratajek

2015, s. 12). Pojawia się wyzwanie przygotowania ich do szybko postępujących zmian ekonomicznych i społecznych, a także zmieniających się standardów życia – seniorzy, pogodzeni ze swą starością i jej następstwami (tj. nasilającymi się chorobami, ubytkiem sił, obniżaniem się sprawności fizycznej i intelektualnej, a także samotnością), sami, bez pomocy z zewnątrz, prawdopodobnie nie będą w stanie sobie poradzić.

W najnowszych badaniach Active Aging Index AAI (za: Ratajek 2015, s. 16), opracowanych na potrzeby Unii Europejskiej przez badaczy z brytyjskiego Uniwersytetu w Southampton, biorących pod uwagę wskaźnik aktywnego starzenia się, Polska zajęła niechlubne, przedostatnie miejsce (tuż przed Grecją). Wynik ten – wyjaśnijmy – określa stopień wykorzystania potencjału osób w podeszłym wieku, a przede wszystkim ich aktywności zawodowej i społecznej. Autorzy wspomnianych badań podkreślają, że aktywni i niezależni seniorzy stanowią duży potencjał ludzki, który w znaczącym stopniu mógłby wzmacniać ekonomię i stwarzać warunki do podnoszenia dobrobytu i jakości życia całego społeczeństwa. Dlatego też niezbędne są odpowiednie programy, a w ślad za tym – konkretne działania w dziedzinie aktywizacji seniorów. Podobnie jak wsparcie społeczne ludzi młodych pozwala liczyć na przyszłe zyski dla nas wszystkich, tak też każda złotówka efektywnie wydana na poprawę jakości życia ludzi w podeszłym wieku może zaowocować wzrostem PKB.

## **Starość a niebezpieczeństwa zagrażające egzystencji seniorów w świetle badań własnych**

### **Problematyka i metodologia badań własnych**

W artykule tym chciałam zwrócić uwagę na dobrze znanych mi seniorów, ich stan, osobiste doznania, potrzeby i oczekiwania

związane z postępującą starością. Podczas trwającej od wielu już lat (12) pracy z seniorami w Klubie Seniora Betania, interesowało mnie, po pierwsze: jak seniorzy ci postrzegają postawy współczesnego społeczeństwa (otoczenia) wobec ludzi starych, których liczba z roku na rok ciągle wzrasta, a po wtóre: jak postrzegają oni postawy otoczenia wobec przejawianej przez ludzi starych aktywności, ich planów i oczekiwań.

W związku z powyższym najpierw należy wyjaśnić rozumienie terminu **postawa**. Otóż

[...] postawa (społeczna) to ukształtowany w wyniku dotychczasowych, indywidualnych doświadczeń człowieka, jego względnie trwałe, nie zawsze jednak w pełni uświadomiony, ale zawsze zabarwiony uczuciowo (dodatnio lub ujemnie), stosunek do pewnych ludzi, rzeczy, sytuacji, haseł, czy poglądów, który skłania człowieka do określonego reagowania w oparciu o doświadczenie społeczne, tradycję kulturową i doświadczenia osobiste (Mądrzycki 1970, s. 14).

Kazimierz Obuchowski (1973) wyróżnił dwa rodzaje postaw: konkretne i hierarchiczne, zwracając uwagę na dwa podstawowe mechanizmy ich tworzenia. Postawy kształtują się bowiem na podstawie różnych poziomów organizacji informacji oraz kodów konkretnych i hierarchicznych. Postawy konkretne kształtują się w wyniku informacji, które są sygnałami jednostkowych zdarzeń i nie mają charakteru uogólniającego. Na ich podstawie może tworzyć się określony obraz świata. Postawy hierarchiczne są natomiast wynikiem przemyśleń i uogólnień, uświadamiania sobie pewnych znaczeń i tworzenia ich hierarchii, w wyniku czego pojawia się możliwość formowania opinii o różnych poziomach ogólności. Postawy tego rodzaju są od siebie zależne, z jednej strony bywają korygowane, a z drugiej wzajemnie się uzupełniają. W miarę pogłębiania się wiedzy człowieka o świecie tworzą one

coraz bardziej zwarty i logiczny system (Pawłowski 2008, s. 14–15). Helena Larkowa (1985) wyróżniła trzy rodzaje postaw wobec niepełnosprawnych, które z powodzeniem można odnieść do populacji interesujących nas seniorów. Są to:

- postawy pozytywne, przejawiające się w życzliwości, szacunku i akceptacji;
- postawy negatywne, w przypadku których niechęć do ludzi starych (często z wyraźnymi objawami niepełnosprawności), brak życzliwości i pomocy, unikanie kontaktów z nimi, a nawet jawna ignorancja – są typowymi objawami zachowań;
- postawy ambiwalentne, z jednej strony charakteryzujące się obojętnością bądź nawet wrogością, a z drugiej uczuciem litości bądź przesadnej troski i opieki.

### **Cel, przedmiot i materiał badań**

Celem badań było poznanie zdolności obserwacyjnych ludzi w podeszłym wieku, a jednocześnie sprawdzenie, w jaki sposób seniorzy postrzegają postawy otoczenia wobec ludzi starych, ich planów i oczekiwań. Badaniami objęłam 84 osoby, w tym 22 (26,2%) kobiety i 62 (73,8%) mężczyzn, członków Klubu Seniora Betania w Krakowie. Przeprowadziłam je w dwóch podgrupach, zróżnicowanych ze względu na miejsce stałego zamieszkania: w podgrupie A (tj. osób pozostających w rodzinach pochodzenia) oraz w podgrupie B (tj. osób przebywających w instytucjach społeczno-opiekuńczych typu: dom pogodnej jesieni, prywatny dom opieki bądź dom pomocy społecznej). Podstawową metodą badań był sondaż diagnostyczny oparty na bezpośrednich rozmowach z nimi podczas cotygodniowych zajęć, uzupełniony obserwacją zachowań seniorów. Przeprowadzenie rozmów z seniorami ułatwił mi przygotowany w tym celu kwestionariusz *Osoba w podeszłym*

wieku, jej sylwetka, postawy wobec starzenia się i starości, jej plany i oczekiwania (w opracowaniu własnym).

## Wyniki badań

Przeprowadzone badania, mające charakter indywidualnych kontaktów i rozmów z osobami badanymi, w pełni dowiodły, że wypowiedzi interlokutorów z reguły były zabarwione doznaniem i doświadczeniami osobistymi. Rodzaj postaw przyjmowanych wobec ludzi starych zależy jest – ich zdaniem – od: płci i wieku seniorów, ich stanu zdrowia, temperamentu, aparycji, dbałości o wygląd, sposobu ubierania się i zachowania się w towarzystwie, stopnia otwartości i aktywności, łatwości nawiązywania kontaktów społecznych, jakości relacji i stopnia przywiązania do osób z otoczenia, stopnia otwartości na innych oraz łatwości nawiązywania i umiejętności podtrzymywania kontaktów werbalnych z ludźmi.

Zdaniem interlokutorów kobiety mają lepsze zdolności rozumienia stanu i oceny możliwości funkcjonowania osób w podeszłym wieku. Ich zdaniem relacje ludzi starych z innymi osobami z otoczenia bywają cieplejsze, gdy seniorzy znali je wcześniej (np. kiedyś razem chodzili do szkoły lub pracowali w jednej firmie). Ośmieleni postawami osób bliskich, stają się bardziej ufni i otwarci na świat i ludzi. Na ogół nie utrudniają komunikacji wówczas, gdy są przekonani o wzajemnym zaufaniu. Do osób nowo poznanych, niewzbudzających zaufania, ludzie starzy podchodzą z ostrożnością.

Seniorzy mieszkający na stałe w swoich domach (w rodzinach pochodzenia) rzadko kiedy przejawiają inicjatywę w kontaktach towarzyskich. Na propozycje jakiejś pomocy bądź wspólnego spaceru często reagują milczeniem. Nawiązany przez seniora (niezależnie od płci) kontakt z osobą zaufaną czasem pozwala jedynie

na jednorazową interakcję (np. wymianę pozdrowienia), innym razem na utrzymywanie i podtrzymywanie kontaktu w różnych okolicznościach (np. mały spacer w parku, krótka rozmowa, zapytanie o stan zdrowia, wyrażenie aprobaty lub zachwytu). Osoby mieszkające w DPS, pozostające w stałych relacjach ze swoimi sąsiadami, chętnie służą pomocą osobom mniej sprawnym ruchowo.

Zdaniem interlokutorów kobiety (seniorki) samodzielnie wychodzące z domu są na ogół pozytywnie odbierane przez ludzi (np. w sklepie, w parku lub na ulicy), ale czasem tylko nawiązują kontakt z osobami spoza swojego towarzystwa. Panowie (seniorzy) natomiast, dobrze czujący się w swoim męskim towarzystwie, łatwiej nawiązują kontakt zarówno z paniami, jak i panami. Latem można ich spotkać w parku, spacerujących i rozmawiających ze sobą. Czasem przy brydżu w świetlicy lub w Klubie Seniora Betania.

Kobiety częściej niż mężczyźni potrafią wczuwać się w potrzeby mniej sprawnych seniorów (niezależnie od płci), udzielają im pomocy w rozwiązaniu jakiegoś problemu albo przynajmniej w zminimalizowaniu pojawiających się trudności. One też postrzegane są jako gotowe do służenia pomocą osobom wyraźnie nieradzącym sobie nawet w prostych czynnościach dnia codziennego (jak zakup i naklejenie znaczka na list oraz jego wysłanie, kupienie pieczywa czy odpowiednich rozmiarów rajstop lub skarpetek).

Seniorzy niezależnie od płci, przebywający zarówno w rodzinach pochodzenia, jak i w DPS czy innych instytucjach stałego zamieszkania, raz zaproszeni na spotkanie towarzyskie Klubu Seniora Betania (który prowadzi już od kilku lat) nie wzbraniają się przed kolejnymi wizytami. Chętnie i aktywnie uczestniczą w spotkaniach. Zarówno panie, jak i panowie podczas pobytu w klubie, nawet nie przymuszani do żadnej posługi czy pomocy, począwają się do aktywnego spędzania czasu, chociaż płeć wyraźnie różnicuje rodzaj aktywności. Panie w każdym dniu klubowych spotkań spontanicznie przygotowują herbatę czy kawę.

Panowie układają stoły i krzesła, a nawet kroją ciasto i rozkładają je na talerzykach. Podobnie po zakończonym spotkaniu wszyscy czują się odpowiedzialni za uporządkowanie sali, umycie naczyń i sztućców, staranne złożenie obrusów i schowanie ich do szafek. W razie potrzeby wyprania obrusów czy serwet każdy z uczestników jest gotowy do pomocy. Panowie grający na instrumentach muzycznych na każde spotkanie przygotowują odpowiedni do okoliczności program rozrywkowy. Panie przynoszą teksty piosenek, które można śpiewać razem, umilając sobie czas.

Seniorzy, spotykając się w klubie, opracowują comiesięczne plany spotkań, nie zapominając przy tym o takich wydarzeniach jak czyjeś imieniny lub urodziny, odwiedziny gości czy inne okoliczności istotne dla funkcjonowania klubu. Seniorzy (panie i panowie) zapraszani do udziału w koncertach, spektaklach teatralnych, zajęciach chóru czy śpiewu solowego przychodzą odświętnie ubrani. Bardzo dbają o siebie nawzajem. Chętnie biorą udział w zajęciach teatralnych i parateatralnych, w grupach tanecznych i rękodzielniczych. Spontanicznie włączają się w życie parafii, na terenie której działa Klub Seniora Betania, a także dwa domy opieki [tj. dom pogodnej jesieni (DPJ) oraz DPS], przygotowując skład wydawanej cotygodniowo gazetki parafialnej „Nasza Familia”. Cały zespół redakcyjny, dzieląc pracę między siebie, dba o dobór i jakość zamieszczanych tam tekstów oraz zdjęć, a także o piękną edycję każdego numeru. W okresie bożonarodzeniowym seniorzy przygotowują i pakują opłatki wigilijne, a także paczki żywnościowe dla osób lub rodzin potrzebujących pomocy.

Badani zauważali, że uczestnicząc w organizowanych zajęciach klubowych, starają się być nie tylko aktywni, ale i potrzebni innym. Wszyscy (pomimo swego wieku – przypomnijmy: 65–80 lat) starają się kształtować postawę seniora jako zwyczajnego człowieka, któremu czasem trzeba coś podpowiedzieć, w czymś pomóc, gdzieś zaprowadzić, coś pokazać, pragnącego pozostawać w określonych relacjach z innymi (być z kimś na co dzień, do kogoś

należać, kogoś odwiedzić, z kimś się spotkać i porozmawiać, aby nie czuć się niepotrzebnym intruzem, samotnym i odrzuconym).

Seniorzy uczestniczący w programie moich badań (nieależnie, czy była to podgrupa A, czy B) zauważali, że na ich postawy wobec życia i stopień zainteresowania światem oraz jego problemami w dużym stopniu wpływa środowisko, w którym znajdują się na co dzień. Przebywając wśród miłych, sympatycznych, życzliwych ludzi, seniorzy (zwłaszcza na co dzień mieszkający w swoich rodzinach) zapominają o troskach związanych ze starością i nieuchronnym przemijaniem. Zauważają, że występowaniu niektórych chorób, zaburzeń psychosomatycznych czy zakłóceń komunikacyjnych rozpoznawanych u wielu ludzi starych można skutecznie zapobiegać przez zwykłą ludzką życzliwość, utrzymanie więzi rodzinnych czy sąsiedzkich, okazanie zainteresowania ich losem, ich życiem, ich osobą, zaproponowanie im udziału w różnych, dostępnych dla nich formach aktywności – np. zaangażowanie do pracy na rzecz potrzebujących wsparcia osób ze sprzężoną niepełnosprawnością (jak w naszym przypadku) czy też na rzecz najbliższego otoczenia, jak doglądanie placu zabaw dla dzieci, objęcie opieką rabatki kwiatowych przy alejkach parku czy konserwacja ławek, które mogą służyć wszystkim mieszkańcom wielotysięcznego osiedla. W scenerii pięknych, zadbanej kwiatów można usiąść na ławce, by przez chwilę samemu odpocząć w ciszy i spokoju.

Seniorzy, których celowo odsuwa się od codziennych aktywności (jak często się to zdarza w rodzinach), sami nie mają odwagi, by zaproponować innym pomoc lub chociażby swoje drobne usługi, np. w opiece nad dziećmi w rodzinie lub poza nią. Lęk przed dezaprobatą ze strony otoczenia, niezrozumieniem intencji seniora paraliżuje jego zamierzenia i niweczy plany. Panowie zainteresowani majsterkowaniem, kolekcjonerstwem czy turystyką chętnie realizowaliby swoje zamierzenia nie tylko w ramach aktywności klubowej, gdyby nie obawiali się negatywnych postaw



otoczenia (w szczególności swoich najbliższych), którzy kąśliwymi uwagami i określeniami potrafią skutecznie zniechęcić do wszelkiego działania. Okazuje się, że brak aktywności w sytuacji niejednego seniora wynika z lęku przed negatywną opinią społeczeństwa, wyśmiewaniem i dokuczaniem. Seniorzy potrzebują swoich „przewodników” po życiu, swoich doradców czy liderów, swoich facylitatorów i opiekunów, którzy potrafią zadbać o ich bezpieczeństwo w środowisku, dając im poczucie pewności siebie i przydatności, osobistej godności i zadowolenia.

Blisko 40% badanych seniorów zauważyło, że sprawność umysłu, a tym samym należyta łączność z otoczeniem osobom starym zapewnić może odpowiednia dieta i racjonalny tryb życia, oparty na ruchu i aktywności fizycznej. W związku z tym do Klubu Seniora Betania zapraszamy dietetyków, by z ich pomocą pod okiem seniora kucharza czy specjalisty od zbiorowego żywienia zorganizować sekcję gotowania i pieczenia. Okazuje się, że uczestnicy chętnie skorzystaliby z siłowni, kortów tenisowych, boiska sportowego czy sali gimnastycznej, ale sami niestety nie potrafią przełamać bariery lęku – obawiają się reperkusji społecznych, przykrych reakcji ze strony personelu zatrudnionego w tego typu obiektach.

Jak nietrudno zauważyć, człowiek stary, podobnie jak w poprzednich etapach życia, wymaga ciągłej, racjonalnej stymulacji rozwoju. Rozwój taki, niezależnie od wieku i statusu społecznego seniorów, jest możliwy, choć jego poziom może być wielce zróżnicowany. Osoby objęte programem badań nie tylko opowiadały się za wprowadzeniem zmian organizacyjnych w instytucjach, w których przebywały (jak dom pogodnej jesieni, dom pomocy społecznej, prywatny zakład opiekuńczy), ale też deklarowały chęć organizowania na terenie tych ośrodków społeczno-opiekuńczych imprez, spotkań towarzyskich, koncertów, konkursów, pokazów mody i rękodzieła artystycznego, a nawet zabaw tanecznych i balów. Propozycje seniorów, mające na celu pobudzanie ich do

dalszego rozwoju, często spotykają się z krytyką otoczenia, a ta skutecznie udaremnia podejmowanie wszelkich działań (Berdyńska 2018). Stąd nasuwa się konkluzja, że nasze społeczeństwo trzeba przygotowywać do starości już dziś – kiedy młodzi jeszcze ludzie mają przed sobą wiele lat do przeżycia, zanim osiągną status człowieka w podeszłym wieku. Trzeba więc osoby młode (uczniów, studentów) objąć odpowiednim programem studiów zapewniających im odpowiednie przygotowanie do wyzwań starości.

Z przeprowadzonych badań wynika, że osoby w podeszłym wieku pozostające w domu, pod kuratelą rodziny pochodzenia (podgrupa A), nie miały tak wielu okazji do tego, by rozwijać swoje zainteresowania i własny potencjał (hobby), jak osoby przebywające w ośrodkach pomocy i opieki (podgrupa B). Okazjonalne kontakty społeczne (np. podejmowane w ramach uczestnictwa w zajęciach klubu seniora czy uniwersytetu trzeciego wieku) nie dawały im takiego zadowolenia jak badanym z podgrupy B. Pozostawianie starych, często niedołączonych ludzi w domu, bez opieki i konkretnego wsparcia, w czasie gdy ich najbliżsi realizują swoje życiowe zadania i pasje poza domem (tj. gdy wychodzą do pracy lub/i do szkoły, do siłowni czy teatru), rodzi u nich lęk i poczucie bezradności, pustki, niezadowolenia, beznadziejności i osamotnienia, a co za tym idzie – brak poczucia sensu życia.

Zdaniem interlokutorów z podgrupy B aktywność człowieka starego jest potrzebą chwili. Rodzi się ona z wewnętrznej potrzeby każdej istoty ludzkiej, z poczucia „obowiązku działania”. Okazuje się, że największą trudność dla seniorów w osiągnięciu wyznaczonego celu i dążeniu do niego stanowi pokonanie bariery lęku. Seniorzy zachęcani do wyjścia z domu wnet przekonali się o tym, że kiedy znajdują się na zewnątrz, często nadarza się okazja do nawiązania kontaktu i zaprzyjaźnienia się z drugim człowiekiem. Przebywanie razem, niezależnie od płci, sprawiało, że z każdym dniem czuli się zdrowsi, sprawniejsi i bardziej zadowoleni z życia. Zauważyłam, że nawet osoby nieśmiałe, mało towarzyskie,

włączane do rozmaitych zespołów, sekcji klubowych czy kół zainteresowań – potrafiły sprostać przydzielonym im zadaniom. Osoby te, uczestnicząc w różnorodnych formach aktywności, miały okazję do przebywania ze sobą, do nawiązywania kontaktów, prowadzenia rozmów itp., a dodać należy, że naturalna potrzeba mówienia czy śpiewania zapobiega atrofii mięśni fonacyjnych i oddechowych, poprawia kondycję układu oddechowego, fonacyjnego i artykulacyjnego, a pośrednio usprawnia funkcję mówienia i rozumienia, budowania i przekazywania komunikatów werbalnych, czytania i włączania się do dyskusji (Tłokiński 1990). Ponadto już sam udział w zajęciach wywierał wpływ na zmianę sposobu myślenia tych osób i ich percepcję siebie. Otwartość na innych ludzi, rozumienie ich stanu emocjonalnego i potrzeb społecznych sprawiły, że wraz z nabywaniem doświadczeń seniorzy sami zaczęli poszukiwać okazji do tego, by być z innymi, wspólnie z nimi podejmować takie działania, których efekty mogłyby służyć wszystkim (np. pielenie kwiatów na rabatkach, czyszczenie chodników wokół domu czy alejek parkowych).

Wspólne działania podejmowane na rzecz innych przeciwdziałają egoizmowi i koncentrowaniu się na sobie, eliminują lęki i frustracje pojedynczych członków danego zespołu, które często mogą prowadzić do stanów pozornego pogodzenia się z losem, nierzadko do buntu i agresji, a czasem nawet do paroksyzmów (tj. niekontrolowanych aktów agresji o charakterze afektywnym) itp. Kontakt pensjonariuszy domu pomocy społecznej (DPS) czy domu pogodnej jesieni (DPJ) z ludźmi spoza tego typu placówek społeczno-opiekuńczych rozszerza krąg zainteresowań ludzi starych i ich interakcji ze światem. Uczy ich pozytywnego myślenia i przewidywania reakcji otoczenia, wprowadzając wiele radości w ich niekiedy szare i smutne życie codzienne.

## Jakiego wsparcia potrzebują osoby w podeszłym wieku dziś i w przyszłości?

Prawdą jest, że zgodnie z prawami natury człowiek – jako istota biologiczna – teoretycznie starzeje się już od chwili narodzin (a może nawet wcześniej?), a za jakość przebiegu tego procesu odpowiada, ciągle jeszcze niepoznany, zaskakujący nas mózg, który – jak sugerują wyniki badań neurobiologów – „lubi” wysiłek (Vetulani 2011; Rotkiewicz 2015). Zadajmy sobie jednak pytanie, czy życie ludzkie faktycznie podąża taką drogą rozwoju, która wiedzie do pewnego apogeum ludzkich możliwości, do indywidualnie wyznaczonej granicy, właściwej dla rozwoju każdego z nas. Powiada się niekiedy, że po przekroczeniu tejże indywidualnej granicy osiągnięty przez człowieka poziom rozwoju obniża się – niczym po równi pochyłej (Rotkiewicz 2015, s. 167; Woźniak 2014). Człowiek zaczyna wytracać swoją energię życiową, co objawia się tym, że z dnia na dzień zaczyna tracić siły witalne, fizyczną i intelektualną sprawność, a nawet wcześniej nabyte w życiu umiejętności i nawyki. Czy w każdej sytuacji mózg ludzki, dochodząc do takiej granicy, faktycznie traci zdolność regeneracji i dalszego rozwoju?

Biorąc pod uwagę nie tylko statystyki, ale także wyniki badań własnych nad aktywnością osób w podeszłym wieku, jakie prowadzę od kilkunastu już lat, zauważam, że seniorzy odpowiednio wspomagani i ukierunkowywani w działaniu, sukcesywnie włączani do rozmaitych prac – czy to na rzecz rodziny pochodzenia, czy też najbliższego środowiska (miejsca zamieszkania) – wykonują je nie gorzej niż inni, którym daleko jeszcze do „zasłużonej emerytury”. Obserwując aktywność wielu seniorów, z którymi pracuję na co dzień, ich motywację do podejmowania nowych zadań, ich zaangażowanie, jestem skłonna uwierzyć w to, że w wyniku przyływu energii i radości życia nabywają chęci do istnienia, zapominając niekiedy zupełnie o swoim sędziwym wieku (por.

Miś 2000, s. 51). Bywa jednak i tak, że dotąd aktywni seniorzy, osiągając wiek 75 czy więcej lat, pozostawieni sami sobie, szybko rezygnują z aktywnego życia, a poddając się powszechnym stereotypom, sami wyznaczają sobie punkt zwrotny w życiu, przyjmując „status emeryta”, i – co istotne – wydają się postępować zgodnie z wyznacznikami tegoż statusu (Miś 2000). Stereotypy człowieka starego są czasami tak głęboko zakorzenione i utrwalone w społecznej świadomości, że nawet samym seniorom trudno odnaleźć inny „obraz siebie” niż tylko człowieka żyjącego na zwolnionych obrotach, oddającego się „świętej nudzie”, człowieka, którego jedyną aktywnością są ewentualne „spacery” (od okna do drzwi), odwiedziny tego samego parku lub skweru, wielogodzinne prześadywanie na parkowych lub ulicznych ławeczkach, karmienie gołębi i wygrzewanie się w promieniach południowego słońca.

W te czasy jeszcze preferowane w otoczeniu stereotypy i wzory zachowań ludzi starych współcześni seniorzy usiłują wchodzić coraz rzadziej. Zależy to jednak w dużym stopniu od wieku kalendarzowego, stanu zdrowia, samopoczucia, a nade wszystko – postawy otoczenia. Dziś, zwłaszcza w miastach, coraz częściej obserwujemy u ludzi starych godne propagowania przemiany mentalności, a w ślad za tym i zmiany w ich zachowaniu się. Niejeden raz, odwiedzając badanych seniorów, obserwowałam u nich podejmowane nieśmiało próby porzucenia utrwalonych stereotypów na rzecz innych, dotąd nieznanych im inicjatyw, wyznaczania sobie określonych celów i zadań, a nawet jasno sprecyzowanych planów, np. „W niedzielę pójdę odwiedzić moją przyjaciółkę Olę” (Katarzyna, lat 78), „Kupię sobie nowy krawat, bo na spotkaniu trzeba ładnie wyglądać” (Zygmunt, lat 83). U wielu osób, z którymi współpracuję na co dzień, dopiero dziś – po latach walki z zakorzenionymi w ich umysłach stereotypami – zaczynam dostrzegać niewielkie zmiany postaw wobec siebie i najbliższych. Dopiero po kilku latach pracy nad kształtowaniem u nich podstawowych nawyków, nad zmianą dotychczasowego

trybu życia (np. nawyków żywieniowych, stylu ubierania się, wystroju pokoju, w którym mieszkają), zauważyłam niewielkie zmiany. Podejmowane z uporem i determinacją próby pozwalają jednak tych ludzi czymś zainteresować.

Zaangażowanie wolontariuszy dochodzących z zewnątrz pozwoliło nieco uporządkować wewnętrzne i społeczne życie seniorów pozostających w środowisku rodzinnym (podgrupa A). Podczas zajęć w klubie seniora zaczęli okazywać sobie wzajemnie interesowanie, dostrzegać innych ludzi oraz ich potrzeby. Powoli zmienia się u nich nie tylko sposób myślenia, ale także jakość budowanego obrazu siebie, a co za tym idzie – jakość życia. Przy okazji pobytu w domach pomocy społecznej zauważam, że wraz ze starzeniem się ich mieszkańców (tj. po ukończeniu przez nich 75, a nawet 80 lat) stosunkowo często nasilają się u nich objawy niezadowolenia, a nawet objawy zazdrości i konflikty na tle relacji damsko-męskich. Ponadto „przebojowi” seniorzy (zarówno kobiety, jak i mężczyźni w wieku 75 i więcej lat) domagają się dla siebie pewnych przywilejów, rzekomo przysługujących im z racji wieku, a w razie odmowy czy zanegowania ich uzurpatorskich praw stają się agresywni i niezbyt mili we wzajemnych kontaktach.

Wszelkie zmiany zachowań seniorów, niezależnie od miejsca zamieszkania, a nawet nieporozumienia i konflikty między nimi próbuje się tłumaczyć skutkami sędziwej starości, co rodzi nowe problemy. Zbyt aktywnych seniorów podejrzewa się o zaburzenia psychiczne, często niepotrzebnie podaje się im leki wyciszające, ogranicza kontakty społeczne z osobami z zewnątrz. Zjawisko takie obserwuję już od kilku lat. Szukając przyczyny, zauważam, że leży ona głównie w zmianach zachowania wielu seniorów, którzy: 1) pomimo swego sędziwego wieku czują się doskonale i chcą być nadal aktywni, 2) chcą wychodzić z domu, 3) chcą spotykać się z innymi ludźmi, 4) niektórzy domagają się nawet wyjazdu poza miasto (np. na pielgrzymkę do Częstochowy), wyjścia na spacer

czy na nabożeństwo do kościoła bądź na procesję Bożego Ciała. Czy w tym jest coś złego?

Na podstawie przeprowadzonych przez siebie badań nad stosunkiem ludzi w podeszłym wieku do własnej starości stwierdzam, że współcześni staruszkowie – objęci nawet najlepszą opieką instytucjonalną – nie czują się jednak do końca szczęśliwi. Odczuwają oni bardzo dotkliwy głód duchowy, głód kontaktów, ciepła rodzinnego i uczuć ze strony swoich najbliższych. Osoby stare, z konieczności (np. z racji postępującej choroby psychicznej czy somatycznej) umieszczane czy to w domach pomocy społecznej, czy szpitalach bądź hospicjach, bardzo przeżywają swoją – dramatyczną wręcz – sytuację odłączenia ich od rodziny, od osób najbliższych (izolacja społeczna) i umieszczenia chociażby nawet w najbardziej ekskluzywnym, luksusowym zakładzie opiekuńczym. Mimo zapewnienia im wszystkiego, czego potrzebują, czują się tam osamotnione, zdradzone, odrzucone, nikomu niepotrzebne, a nawet zbędne, odarte ze złudzeń i nadziei (Wiśniewska-Roszkowska 1989).

Pojawiające się na rynku księgarskim opracowania lub filmy nie zawsze ukazują w pełni realny i obiektywny obraz starości. Niekiedy prezentowana jest ona groteskowo. Nie jest ujmowana z należytą powagą i właściwą mu głębią wielowątkowych problemów – nie tylko pojedynczego człowieka, ale także całego starzejącego się społeczeństwa. Tymczasem osoby stare pozostawione samym sobie, z konieczności objęte opieką instytucjonalną (np. domu pomocy społecznej), coraz częściej przypominają o swoim istnieniu, z determinacją sygnalizują konieczność zwrócenia na nie uwagi, na ich osobisty los.

## Próba podsumowania i uwagi końcowe

Pozytywne myślenie o sobie i innych ludziach otwiera drogę do samodoskonalenia, samorealizacji, odkrywania i rozwoju własnych zainteresowań, dokonywania nowych odkryć oraz podejmowania prób rozwiązywania rozlicznych problemów społecznych i egzystencjalnych. Życzliwa postawa społeczna, akceptacja każdej próby „robienia czegoś razem”, pełne uczestnictwo seniora w życiu grupy społecznej, jaką jest rodzina czy krąg życzliwych przyjaciół, uczy ludzi starych (niekiedy bardzo samotnych i opuszczonych) szacunku dla samych siebie. Wyzwała w nich motywację do bycia osobami aktywnymi i potrzebnymi, budzi wiarę w siebie i własne możliwości. Uczy pokory i umiejętności wychodzenia naprzeciw drugiemu człowiekowi, zwłaszcza temu, którego starsza osoba darzy niekiedy wielkim uczuciem, szanuje, akceptuje, a nade wszystko – pragnie jego towarzystwa. Aktywność społeczna ludzi starych daje im poczucie sprawczości, niweluje napięcia, rozładowuje konflikty, które tak często zaburzają komunikację międzyludzką. Efekty wspólnego przebywania, wspólnej wycieczki, wspólnej zabawy czy dającej satysfakcję pracy użytkowej wydają się odgrywać istotną rolę w ocenie działań i przebudowie całego systemu wartości człowieka starego. Radość wynikająca z poczucia sprawczości i motywacja stają się mechanizmem aktywizowania i wyzwiania energii niezbędnej w działaniu. Każdy przejaw aktywności człowieka starego, często bardzo doświadczonego przez los, schorowanego, winien być w porę zauważony przez otoczenie, odpowiednio zinterpretowany, a czasem nawet intencjonalnie wyolbrzymiony tylko po to, aby podkreślić jego wartość oraz egzystencjalny czy duchowy sens. Z wyników moich badań wydaje się wyłaniać pewien zarys programu społecznego, którego beneficjentem i szczególnym adresatem jest człowiek stary (senior). Refleksje, jakie zrodziły się w toku analizy potrzeb ludzi starych, którym towarzyszę od lat,



i przejawianych przez nich zachowań, pozwoliły na sformułowanie następujących uwag i wniosków:

- Człowiek, niezależnie od tego, jaka jest jego płeć, ile ma lat, jaki poziom fizycznego, intelektualnego, emocjonalnego czy społecznego rozwoju osiąga, jaki był kiedyś jego status społeczno-zawodowy czy materialny, pragnie do kogoś należeć, być zauważanym, kochać i być kochanym.
- Nic tak nie uszczęśliwia sfrustrowanego, zepchniętego na margines życia społecznego starego człowieka, jak okazane serdeczne zainteresowanie się nim samym i życzliwe wsparcie.
- Skutecznym wsparciem w pełnym trudów życiu człowieka starego są wzmacnianie jego wiary w siebie, nadziei, pozytywna perspektywa jutra oraz bezgraniczna miłość i szacunek, które pozwalają mu mierzyć się nawet z największymi wyzwaniami, a jednocześnie pozbyć się obciążających wspomnień i doświadczeń.
- Zerwanie więzi społecznych (rodzinnych, towarzyskich, sąsiedzkich itp.) w środowisku dotychczasowego życia ludzi starych pozbawia ich nadziei, paraliżuje aktywność, rodzi lęk i desperację, wyzwalając poczucie osamotnienia i odrzucenia.

## Bibliografia

- Berdyńska K. (2018). Pozytywni PLUS. *W Naszej Rodzinie*, 7/8, 6–8.
- Berg C.A., Sternberg R.J. (1985). A triarchic theory of intellectual development during adulthood. *Developmental Review*, 5(4), 334–370.

- Czarnobilski K. (2017). *Do starości trzeba się przygotować*. Kraków: Wydawnictwo ITKM.
- Erikson E.H. (1994). *The life cycle completed*. New York – London: W.W. Norton.
- Frątczak E., Sobieszek A. (1999). Bariery uczestnictwa ludzi starszych w integracji społecznej. W: M. Kuciarska-Ciesielska, G. Marciniak (red.). *Seniorzy w polskim społeczeństwie*. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- Halicka M., Pędich W. (2000). Postawy obywatelskie starszych mieszkańców Białegostoku. W: B. Synak (red.). *Ludzie starzy w warunkach transformacji ustrojowej*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Larkowa H. (1985). Postawy otoczenia wobec niepełnosprawnych. W: A. Hulek (red.). *Stosunek społeczeństwa do ludzi niepełnosprawnych*. Częstochowa: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej.
- Lorek M. (2010). Rola Domu Dziennego Pobytu w życiu seniorów. W: E. Sapi-Drewniak (red.). *Wsparcie i opieka nad dziećmi i osobami starszymi. Badania empiryczne studentów*. Dąbrowa Górnicza: Wyższa Szkoła Biznesu.
- Mądrzycki T. (1970). *Psychologiczne mechanizmy kształtowania się postaw*. Warszawa: PZWS.
- Miś L. (2000). Ery i fazy rozwoju w życiu człowieka dorosłego w ujęciu Daniela J. Levinsona. W: P. Socha (red.). *Duchowy rozwój człowieka. Fazy życia, osobowość, wiara, religijność. Stądialne koncepcje rozwoju w ciągu życia*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Mularska-Kucharek M., Czernik E. (2016). *Jesień życia? Wiosna możliwości! Przewodnik po późnej starości*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

- Obuchowski K. (1973). Dwa mechanizmy powstawania i funkcjonowania postaw. W: S. Nowak (red.). *Teorie postaw*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Pawłowski P. (2008). Błędne koło stereotypów. *Integracja*, 4(91), 14–15.
- Ratajek W. (2015). Starzejmy się inteligentniej. Smart ageing. *Nowe Horyzonty Edukacji*, 2(12), 4–15.
- Rotkiewicz M. (2015). *Mózg i błazen. Rozmowa z Jerzym Vetulanim*. Wołowiec: Wydawnictwo Czarne.
- Straś-Romanowska M. (2000). Późna starość. Wiek starzenia się. W: B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.). *Psychologia rozwoju człowieka*. T. 2. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Tłokiński W. (1990). *Mowa ludzi u schyłku życia*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Urbaniak B. (2016). Era ludzi starych – demografia i prawo. W: M. Mularska-Kucharek, E. Czernik (red.). *Jesień życia? Wiosna możliwości! Przewodnik po późnej starości*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Vetulani J. (2011). *Piękno neurobiologii. Komentarze, rozmowy*. Kraków: Wydawnictwo Homini.
- Wiśniewska-Roszkowska K. (1989). *Starość jako zadanie*. Warszawa: Instytut Wydawniczy Pax.
- Wiśniewska-Roszkowska K. (2003). *Nowe życie po sześćdziesiątce*. Radom: Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne.
- Woźniak O. (2014). Nie trać głowy. *Gazeta Wyborcza*, 236 (z dnia 10 X), 24–25.



# Działania w zakresie sportu, rekreacji oraz turystyki realizowane przez ośrodki pomocy społecznej w Polsce, skierowane do osób wykluczonych – seniorów

## Streszczenie

Wykluczenie społeczne jest zdecydowanie zjawiskiem wielowymiarowym. Termin ten określa sytuację, w której jednostka nie może normalnie uczestniczyć w działaniach obywatelskich ani w życiu społecznym, politycznym, ekonomicznym, kulturowym itp., realizować w pełni swoich zainteresowań i potrzeb czy też np. podejmować aktywności fizycznych, tj. rekreacyjno-sportowo-turystycznych. Zadaniem podmiotów odpowiedzialnych za politykę prospołeczną (w tym ośrodków pomocy społecznej) jest umożliwienie różnorodnym grupom, dotychczas zmarginalizowanym, pełnego udziału w życiu społecznym. Celem artykułu jest analiza działań realizowanych przez ośrodki pomocy społecznej w Polsce – programów w zakresie sportu, rekreacji oraz turystyki (w latach 2008–2015), skierowanych do osób wykluczonych – seniorów. Tę grupę odbiorców programów przedstawiono na tle innych grup zmarginalizowanych. Wyniki badań pokazały, że oferta ośrodków pomocy społecznej dla osób starszych jest bardzo zróżnicowana i seniorzy chętnie z niej korzystają. Jednocześnie należy przypuszczać, że motyw, jakim kierują się przy wyborze tych zajęć, to chęć podnoszenia swojej sprawności fizycznej

i psychicznej oraz integracja. Programy oferujące wyżej wymienione aktywności przyczyniać się mogą do włączania się seniorów w ogólnodostępny nurt życia społecznego.

**Słowa kluczowe:** aktywność fizyczna, sport, rekreacja, turystyka, seniorzy, ośrodki pomocy społecznej.

## **Activities in the field of sport, recreation and tourism implemented by Social Assistance Centers in Poland addressed to the excluded – seniors**

### **Summary**

Today, social exclusion does not only concern the lack of material resources and the inability to fully participate in social life, but also includes insufficient and unequal participation in political, economic, cultural life, etc. Social exclusion is definitely a multidimensional phenomenon. The term also defines a situation in which an individual who is a member of society can not normally participate in civic activities, pursue his or her interests and needs, or, for example, undertake physical activities, such as recreation, sports and tourism. The aim of the article is to analyze the activities carried out by the Social Assistance Center in Poland – programs in the field of sport, recreation and tourism, addressed to the excluded – seniors. The results of the research confirmed that the various activities proposed by social organization, in a significant way may contribute to the inclusion of seniors, into the mainstream of social life.

**Keywords:** physical activity, sports, recreation, tourism, excluded persons – seniors.

## Wstęp

Dążąc do zwiększenia udziału różnych grup osób z niepełnosprawnością i wykluczonych do uczestnictwa w życiu społecznym, należy brać pod uwagę zwłaszcza argument społecznej integracji, tj. poprawy ich pozycji społecznej. Zadania takie stoją przed różnymi państwowymi organizacjami społecznymi do tego powołanymi, w tym przed ośrodkami pomocy społecznej. Ich różnorodne działania nie powinny ograniczać się tylko i wyłącznie do dokształcania zawodowego (nauki czy aktywizacji zawodowej), wsparcia społecznego czy też socjalnego, ale także zmierzać do ułatwienia udziału swoim podopiecznym w szeroko rozumianych aktywnościach fizycznych (m.in. sporcie, rekreacji, turystyce). Aktywności te powinny być swoistą „dźwignią” wynoszącą osoby dotychczas wykluczone na poziom całkowitego i pełnego uczestnictwa w życiu społecznym, dając im również możliwość zapewnienia dobrostanu życiowego, rozumianego jako poprawa ich zdrowia fizycznego, psychicznego i duchowego.

Niestety obserwuje się bariery uczestnictwa tych osób w aktywnościach. Mogą to być m.in. trudne warunki bytowe, uciążliwość życia codziennego, ograniczone zasoby fizyczne i finansowe oraz często bariery psychiczne (np. wstyd, brak wiary we własne możliwości, obawa o akceptację środowiska, brak towarzystwa do wspólnego uczestnictwa w aktywnościach). Jak wskazują Pederesen i in. (2012), osoby w trudnej sytuacji społecznej nie uczestniczą powszechnie w sporcie i aktywnościach fizycznych, potwierdzając tym samym występowanie nierówności społecznych w tym zakresie.

Wykluczeni mogą znaleźć – i faktycznie znajdują – w aktywnościach fizycznych warunki do osobistego samospelnienia. Nie oznacza to jednak, że uczestnictwo staje się dla nich remedium na wszystkie życiowe problemy i bolączki. Włączenie w „sportowo-rekreacyjno-turystyczne życie” nie niesie im przecież obietnicy

rozwiązania wszystkich egzystencjalnych problemów. Osoby wykluczone pozostają na pozycji społecznie wykluczonych, mimo że odczuwają zmiany za sprawą podejmowania tych aktywności: poprawę sprawności fizycznej, poprawę kondycji, zwiększenie wiary we własne możliwości i siły, otwartość na innych, zwiększenie poczucia przynależności do grupy.

Celem podjętych badań jest analiza podejmowanych działań w zakresie sportu, rekreacji oraz turystyki realizowanych przez ośrodki pomocy społecznej w Polsce i skierowanych do grupy osób wykluczonych – mianowicie seniorów. Ofertę dla tej grupy społecznej ukazano na tle innych grup zmarginalizowanych: bezrobotnych, bezdomnych, mieszkańców korzystających z usług ośrodków, rodzin wielodzietnych, dzieci i młodzieży oraz osób niepełnosprawnych. Wyniki badań wskazały, że proponowane przez ośrodki pomocy społecznej działania oraz oferty i projekty cieszą się dużym zainteresowaniem ze strony seniorów, którzy czynnie w nich uczestniczą.

## Pojęcie wykluczenia społecznego

Najbardziej potoczne określenie to „margines społeczny” – następująco zdefiniowane w *Słowniku języka polskiego PWN* (2010, s. 385):

[...] nieliczna i mało znacząca warstwa społeczna, składająca się z jednostek prowadzących pasożytniczy tryb życia, wykolejonych, naruszających przepisy prawa i normy współżycia społecznego; męty społeczne (ludzie o niewiadomym, podejrzanym sposobie zarobkowania, niskim poziomie moralnym, cechujący się brakiem kultury).



Stefan Czarnowski (1956, s. 47) zauważa, że ludzie, którzy znaleźli się na „marginesie społecznym”, to ci, których „zorganizowana społeczność traktuje jak darmozjadów i natrętów, których pomawia przynajmniej o nieuzasadnione ambicje lub niedołęstwo, a częstokroć o różne zdrożności”. Zdaniem Anny Karwińskiej (2007) „marginalizacja” i „wykluczenie społeczne” traktowane są jako zjawiska niemal tożsame. Według niej

[...] utrzymanie się nierówności społecznych, spychanie pewnych grup dosłownie na margines społeczeństwa było i często jest stanem akceptowanym, postrzeganym nie tylko jako „naturalny”, ale również jako „słuszny”. Marginalizacja i wykluczenie społeczne występują we wszystkich praktycznie krajach: mogą dotyczyć różne grupy społeczne, a także jednostki usytuowane na różnych szczeblach drabiny społecznej. Najczęściej jednak marginalizacja wiąże się z biedą, ubóstwem, z powstawaniem trwałych nierówności społecznych wynikających z niejednakowego dostępu do możliwości zaspokajania potrzeb i z nierówności szans (Karwińska 2007, s. 158).

Tania Burchardt i in. (1999, s. 229) wskazali na cztery obszary (aspekty), w których jednostka może podlegać wykluczeniu społecznemu ze względu na:

- konsumpcję – niewystarczające dochody;
- produkcję – bycie bezrobotnym oraz niemożność podniesienia kwalifikacji umożliwiających uzyskanie pracy;
- zaangażowanie polityczne – ograniczenie biernych lub czynnych praw wyborczych;
- integrację społeczną – niewchodzenie w kontakty z innymi członkami społeczeństwa.

Wykluczenie społeczne odnosi się najczęściej do grup społecznych, które:

- żyją w niekorzystnych warunkach ekonomicznych (ubóstwo materialne);
- zostają dotknięte niekorzystnymi procesami społecznymi, które wynikają z masowych, dynamicznych i zróżnicowanych zmian rozwojowych (np. kryzysy gospodarcze, społeczne, konsumpcyjne);
- nie zostały wyposażone w kapitał życiowy umożliwiający im: zajmowanie normalnej pozycji społecznej, odpowiedni poziom kwalifikacji zawodowych, wejście na rynek pracy itp.;
- doświadczają przejawów dyskryminacji, uprzedzeń oraz są postrzegane stereotypowo;
- mają cechy utrudniające im korzystanie z powszechnych zasobów społecznych ze względu na płeć, wiek, niesprawności, uzależnienia, długotrwałą chorobę lub inne cechy indywidualne;
- doświadczają takich zjawisk jak: przemoc, szantaż, indoktrynacja, wykluczenie z grupy społecznej, stygmatyzacja.

Grupami społecznymi najbardziej narażonymi na wykluczenie społeczne są zwłaszcza osoby niepełnosprawne, chore psychicznie, uzależnione od alkoholu i narkotyków, długotrwale bezrobotne, opuszczające zakłady karne i poprawcze, kobiety samotnie wychowujące dzieci, ofiary patologii życia rodzinnego, osoby o niskich kwalifikacjach zawodowych, bezdomni, dzieci i młodzież ze środowisk zaniedbanych, imigranci i mniejszości narodowe oraz osoby starsze (zwłaszcza samotne).

## Zjawisko wykluczenia społecznego w Europie i w Polsce

Coraz więcej krajów w Unii Europejskiej boryka się z problemami wykluczenia, a ostatnie lata recesji gospodarczej (2009–2013) jeszcze tę sytuację pogłębiły. Jak zauważa Ruth Lister (2005, s. 9), „pojęcie wykluczenia społecznego jest dzisiaj silnie obecne

w dyskursie Unii Europejskiej”. Podobnie uważają Charles Gore i José B. Figueiredo (1997, s. 9): „wykluczenie społeczne występuje we wszystkich społeczeństwach, lecz ma różne znaczenie oraz przejawia się w różnych formach”. Zjawisko to pojawia się dziś nie tylko w krajach najuboższych, ale również w państwach o dotychczas „stabilnej polityce społecznej”. Jako przykład można podać Hiszpanię, o której problemach pisze Jesús Fernández Gavira, badający zjawisko w tym kraju:

[...] marginalizacja dotyczy tych procesów, które są ignorowane przez wiele jednostek i grup, i spycha na margines polityczny wielu ludzi ze względu na bezdomność, wiek, status zatrudnienia, język, umiejętności, rasę i religię. Grupy zmarginalizowane mają tendencję do nakładania się, grupa wykluczonych w jednej dziedzinie staje się nią także w wielu innych. Należy podejmować w tym zakresie szybkie działania (Gavira 2010, s. 44).

Również Unia Europejska podejmuje stosowne działania, które przyczyniają się do zwalczania społecznego wykluczenia. Już w 2000 roku przygotowano Strategię Integracji Społecznej (przyjętą przez kraje członkowskie UE), której głównymi celami są:

- ułatwienie dostępu do zatrudnienia oraz do środków, praw, dóbr i usług;
- zapobieganie ryzyku występowania sytuacji kryzysowych w ludzkim życiu, które mogą doprowadzić m.in. do bezdomności, popadnięcia w długi, usunięcia ze szkoły;
- pomoc osobom niepełnosprawnym, mniejszościom etnicznym, imigrantom, osobom starszym, dzieciom – jako najbardziej narażonym na wykluczenie;
- podjęcie działań w celu mobilizacji odpowiednich instytucji rządowych, samorządowych, lokalnych, pozarządowych oraz partnerów społecznych do działania na rzecz integracji społecznej.

W rządowym dokumencie pt. *Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020* określono priorytetowe kierunki interwencji w tym zakresie (m.in.):

- zmiany w zakresie polityki publicznej kierowanej do młodej generacji (przez wspieranie transferu edukacji: kształcenie i szkolenie – zatrudnienie);
- zmiany w systemie świadczeń z systemu zabezpieczenia społecznego;
- poprawa efektywności aktywizacji zawodowej i rozwój usług oraz instrumentów rynku pracy przez zwiększenie skuteczności urzędów pracy;
- wzmocnienie potencjału oraz rozwój instytucji publicznych i niepublicznych działających w obszarze pomocy społecznej i integracji społecznej;
- rozbudowa narzędzi zapewniających osobom wykluczonym powrót na rynek pracy;
- ograniczenie skali wykluczenia (m.in. wśród dzieci, rodzin, osób starszych i niepełnosprawnych);
- integracja społeczna imigrantów i osób powracających z zagranicy;
- rozwój aktywnych, w tym innowacyjnych, form pomocy osobom zagrożonym lub wykluczonym;
- zapobieganie nowym typom wykluczeń społecznych, w tym wykluczeniu cyfrowemu i energetycznemu (*fuel poverty*) (*Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020*, 2013, s. 21).

## Metody inkluzji społecznej w Polsce oraz działania władz publicznych w zakresie przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu

Jak zauważa Mikołaj Winiarski:

[...] integracja społeczna oznacza proces formowania się zwartej społeczności, połączoną więzią stosunków nieantagonistycznych, w określonej zbiorowości społecznej. Ów proces dokonuje się m.in. przez powoływanie do życia wspólnych instytucji, a nade wszystko kreowanie wspólnych wartości, wzorów działania, poglądów i interesów (Winiarski 1999, s. 109).

Także Andrzej Radziewicz-Winnicki i Adam Roter (2004) wskazują, że:

[...] przed konsekwencjami marginalności społecznej chronić mogą w pewnej mierze instytucjonalne działania systemu edukacyjnego i aktywności edukacyjnej, pod warunkiem, że składałyby się one na racjonalną i w miarę efektywnie stymulowaną profilaktykę i kompensację społeczną (Radziewicz-Winnicki, Roter 2004, s. 35).

W dokumencie Ministerstwa Rozwoju Regionalnego RP *Programowanie perspektywy finansowej 2014–2020 – uwarunkowania strategiczne* także wskazano na to zjawisko:

Szczególnego znaczenia w zakresie kapitału ludzkiego nabierają działania związane z włączeniem społecznym i ograniczaniem ubóstwa. Działania dotyczyć będą przede wszystkim osób trwale bezrobotnych, rodzin wielodzietnych, osób niepełnosprawnych, osób starszych. Wskazane są przede wszystkim

programy integracji społecznej nastawione na likwidowanie deficytów jednostek oraz wspieranie ich potencjałów. Programy powinny uwzględniać przede wszystkim potrzeby osób dotychczas wykluczonych (nie tylko materialne, ale również duchowe, poznawcze, aktywizujące itp.). Konieczne jest wzmocnienie tego rodzaju działań na wszystkich szczeblach krajowych (państwowych, regionalnych, a zwłaszcza lokalnych) ze strony publicznych instytucji pomocy i integracji społecznej (Ministerstwo Rozwoju Regionalnego 2012, s. 6).

Państwo powinno – i musi – podejmować kompleksowe działania w celu zwalczania przyczyn wykluczenia społecznego. Działania takie mają charakter programowy, regulacyjny, finansowy, organizacyjny i świadczeniowy, a wyrażane są m.in. przez prowadzoną politykę gospodarczą, zatrudnieniową, mieszkaniową, zdrowotną i oświatową. Realizowane mogą być przez takie instytucje jak: centra integracji społecznej, kluby integracji społecznej, biura aktywizacji bezrobotnych, firmy socjalne, grupy samopomocowe, spółdzielnie socjalne, ośrodki pomocy społecznej. Do ich podstawowych zadań zaliczyć można m.in.: ułatwienia w dostępie do usług prawnych dla osób ubogich, politykę rynku pracy, świadczenia rodzinne i alimentacyjne, przeciwdziałanie przemocy w rodzinie, zatrudnienie socjalne, rehabilitację społeczną osób niepełnosprawnych, szkolenia w zakresie aktywizacji zawodowej, organizowanie zajęć pozalekcyjnych dla dzieci z rodzin patologicznych w celu rozwijania ich zainteresowań i umiejętności, tworzenie klubów integracji społecznej, propagowanie wśród wykluczonych alternatywnych form spędzania wolnego czasu w zakresie sportu, rekreacji i turystyki, podejmowanie działań umożliwiających integrację różnych grup społecznych.

Jak wskazano powyżej, ważne zadania w zakresie reintegracji społecznej osób wykluczonych realizowane są przez ośrodki pomocy społecznej. Są one samodzielnymi jednostkami gmin

i miast, które działają zgodnie z ustawą o pomocy społecznej z 2016 roku. Placówki organizują swoją działalność merytoryczną i strukturę wewnętrzną, opierając się na uchwalanych przez rady gmin lub miast statutach oraz regulaminach organizacyjnych.

W Polsce istnieją następujące rodzaje ośrodków pomocy: ośrodki pomocy społecznej (OPS), miejskie ośrodki pomocy społecznej (MOPS), miejskie ośrodki pomocy rodzinie (MOPR), miejsko-gminne ośrodki pomocy społecznej (MGOPS), gminne ośrodki pomocy społecznej (GOPS). W dalszej części artykułu używane będą wymienione skróty, natomiast w celu ogólnego określenia tych ośrodków pojawiać się będzie termin „ośrodki pomocy społecznej”.

## Organizacja badań własnych

Przeanalizowano programy wszystkich ośrodków pomocy społecznej działających na terenie Polski (2480 gmin), realizowanych w latach 2008–2015 (w tym ze środków unijnych), skierowanych do osób wykluczonych, w tym seniorów, z zakresu m.in. sportu, rekreacji i turystyki. Otrzymano odpowiedzi od 341 ośrodków.

Badania przeprowadzono, mając na uwadze fakt, że jedną z grup wykluczonych korzystających z pomocy oraz różnorodnych ofert OPS (np. z zakresu aktywnego spędzania wolnego czasu i wypoczynku) są seniorzy. Należy przypuszczać, że chęć uczestniczenia przez osoby starsze (seniorów) w aktywnościach fizycznych organizowanych w ośrodkach wynika z ich potrzeb zdrowotnych i towarzyskich, jak również z dążenia do przeciwdziałania poczuciu samotności i osamotnienia. Sposobem na to jest umożliwienie seniorom korzystania z zajęć, przebywania wśród innych osób w podobnym wieku, o podobnych zainteresowaniach, potrzebach społecznych i zdrowotnych. Jak wskazano

we wnioskach z badania Niedzwiedz i in. (2016), przeprowadzonego w 2013 roku w Wielkiej Brytanii:

[...] życie w samotności rozumiane jest jako wynik deficytu pomiędzy rzeczywistością a pożądaną liczbą interakcji i relacji społecznych. Jest coraz częściej uznawane za ważną kwestię zdrowia publicznego i wiąże się z szeregiem schorzeń, w tym z chorobą niedokrwienną serca i demencją, oraz może zwiększyć szanse przedwczesnej śmierci o około 26% (Niedzwiedz i in. 2016, s. 24).

Jednocześnie te same badania potwierdziły, że:

[...] udział seniorów w formalnych działaniach społecznych, takich jak uczęszczanie do klubu sportowego lub towarzyskiego, może pomóc w zwalczaniu poczucia samotności (Niedzwiedz i in. 2016, s. 26).

Należy przypuszczać, że taka zależność odnosić się może także do seniorów w Polsce, wybierających uczestnictwo w zorganizowanych zajęciach proponowanych m.in. przez ośrodki pomocy społecznej.

Jak zauważa Grażyna Orzechowska (2002, s. 43), preferowanymi formami wypoczynku dla seniorów są: „spacery (70%), prace na działce (53%), jazda na rowerze (21%)”. Badania innych autorów zajmujących się zagadnieniem aktywności fizycznej seniorów także to potwierdzają (Trafiałek 1998; Halicki, Halicka 2002; Kościńska 2008).

Powyższe wyniki potwierdzają również badania GUS z 2008 roku. W tej grupie wiekowej głównymi motywami podejmowania aktywności fizycznej są dbałość o sprawność i zdrowie (motyw witalny – 60,5%) oraz motyw towarzyski (chęć spotkań ze



znajomymi – 5,5%). Do najpopularniejszych form sportu i rekreacji zaliczyć można: jazdę na rowerze (39,9%), marszowe formy rekreacji (52,9%) oraz gimnastykę (41%)<sup>1</sup>.

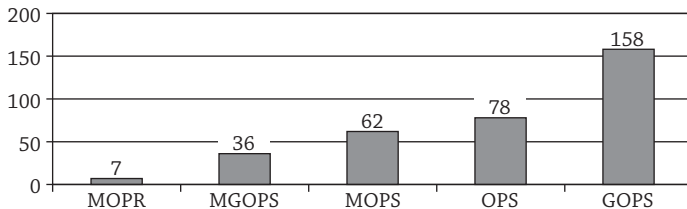
Jednocześnie występują bariery w podejmowaniu przez osoby starsze aktywności fizycznej, do których – według cytowanej wcześniej G. Orzechowskiej (2002) – możemy zaliczyć:

[...] problemy zdrowotne (94%), brak potrzeb i motywacji oraz brak nawyku i przyzwyczajenia (w sumie 6%). Żadna z ankietowanych osób nie wymieniła problemów finansowych jako bariery do uprawiania rekreacji (Orzechowska 2002, s. 46).

## Wyniki

Na wykresie przedstawiono zestawienie ośrodków pomocy społecznej, z których otrzymano odpowiedzi.

**Wykres 1. Liczba i rodzaj ośrodków pomocy społecznej, z których otrzymano odpowiedzi**



Źródło: badania własne, 2018.

<sup>1</sup> Dane oparto na wynikach badań GUS (2009).

Otrzymano w sumie 341 odpowiedzi, najwięcej (158) z gminnych ośrodków pomocy społecznej, a najmniej – z miejskich ośrodków pomocy rodzinie (7).

W tabeli 2 przedstawiono zestawienie programów zrealizowanych przez ośrodki, z podziałem na zakresy tematyczne, w tym sport i rekreację oraz turystykę.

**Tabela 1. Zestawienie wszystkich realizowanych przez ośrodki programów w latach 2008–2015, z podziałem na zakresy tematyczne**

Ośrodek	Wsparcie społeczne	Dokształcanie zawodowe	Sport i rekreacja	Turystyka	Kultura	Razem
OPS	160	124	52	47	56	439
MOPS	252	100	55	44	50	501
MOPR	40	19	6	1	3	69
MGOPS	56	49	5	11	5	126
GOPS	224	197	32	37	27	517
<b>Razem</b>	<b>732</b>	<b>489</b>	<b>150</b>	<b>140</b>	<b>141</b>	<b>1652</b>

Źródło: badania własne, 2018.

Ośrodki zrealizowały łącznie 1652 programy, najwięcej z zakresu wsparcia społecznego (732), dokształcania zawodowego (489), sportu i rekreacji (150) oraz turystyki (140). Najwięcej programów podjęły gminne ośrodki pomocy społecznej (517), a najmniej – miejskie ośrodki pomocy rodzinie (69). W ośrodkach najczęściej zajmowano się dokształcaniem zawodowym i wsparciem społecznym. Rzadziej realizowano programy związane ze sportem i rekreacją (najwięcej w MOPS) oraz turystyką (najwięcej w OPS).

Ośrodki kierowały swoje programy (m.in. w postaci zajęć) do różnych grup społecznych. Ich podział przedstawiono w tabeli poniżej (w tym na tle seniorów).

**Tabela 2. Uczestnicy programów w latach 2008–2015**

Ośrodek	Seniorzy	Bezrobotni	Bezdomni	Mieszkańcy	Rodziny	Dzieci i młodzież	Niepełnosprawni	Razem
OPS	21	156	127	19	45	34	37	439
MOPS	18	191	131	11	62	48	40	501
MOPR	1	14	7	0	22	12	13	69
MGOPS	7	54	13	3	20	15	14	126
GOPS	10	186	144	23	47	22	85	517
<b>Razem</b>	<b>57</b>	<b>601</b>	<b>422</b>	<b>56</b>	<b>196</b>	<b>131</b>	<b>189</b>	<b>1652</b>

Źródło: badania własne, 2018.

W sumie zaoferowano 1652 programy, a najliczniejszą grupę uczestniczącą w nich stanowili bezrobotni (601 programów). Natomiast do seniorów skierowano 57 programów (0,3%). W tabeli poniżej przedstawiono zestawienie działań – wyłącznie z zakresu sportu, rekreacji oraz turystyki – oferowanych seniorom, na tle pozostałych grup odbiorców.

Tabela 3. Realizowane programy z zakresu sportu i rekreacji (SiR) oraz turystyki (T), z podziałem na grupy odbiorców

Ośrodek	Seniorzy		Bezrobotni		Bezdomni		Mieszkańcy		Rodziny z dziećmi		Dzieci i młodzież		Niepełnosprawni		Razem	
	SiR	T	SiR	T	SiR	T	SiR	T	SiR	T	SiR	T	SiR	T	SiR	T
OPS	9	3	9	6	2	0	7	4	9	9	8	14	8	4	52	40
MOPS	8	13	8	8	6	4	4	5	10	11	10	6	9	11	55	58
MOPR	1	0	1	0	0	1	0	0	2	0	2	0	0	0	6	1
MGOPS	0	3	0	2	0	0	0	1	2	4	2	1	1	7	5	18
GOPS	4	1	3	5	1	1	3	3	7	3	7	7	7	3	32	23
<b>Razem</b>	<b>22</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>14</b>	<b>13</b>	<b>30</b>	<b>27</b>	<b>29</b>	<b>28</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>150</b>	<b>140</b>

Źródło: badania własne, 2018.

Jak widać z powyższej tabeli, programów z zakresu sportu i rekreacji oferowano w sumie 150 (dla seniorów – 22), natomiast z turystyki w sumie 140 (dla seniorów – 20). Zajęcia dla osób starszych stanowią w sumie 15% wszystkich oferowanych przez ośrodki aktywności.

W celu uzyskania pełniejszego obrazu przeznaczonych dla seniorów zajęć z zakresu sportu, rekreacji i turystyki, przeanalizowano je bardziej szczegółowo, dzieląc na rodzaje (zob. tabela 4 i 5).

**Tabela 4. Zestawienie zajęć z zakresu sportu i rekreacji realizowanych w ośrodkach, z podziałem na uczestników, w tym seniorów**

Rodzaj zajęć	Seniorzy	Bezrobotni	Bezdomni	Mieszkańcy	Rodziny z dziećmi	Dzieci i młodzież	Niepełnosprawni	Razem
Bilard	1							1
Festyny sportowe, imprezy integracyjno-sportowe z elementami zabawy	1	32		24	16	2	3	78
Gimnastyka, ćwiczenia gimnastyczne	10	1			1		1	13
Gra terenowa		4		4	4			12
Joga					1	2		3
Nauka technik samoobrony		3				4		7
Nordic walking	31	1				2		34
Obozy sportowo-profilaktyczne					1	1		2
Pikniki rodzinne, pikniki integracyjne	8	29		16	11		3	67

Tabela 4. Zestawienie zajęć z zakresu sportu i rekreacji... cd.

Rodzaj zajęć	Seniorzy	Bezrobotni	Bezdomni	Mieszkańcy	Rodziny z dziećmi	Dzieci i młodzież	Niepelnospawni	Razem
Rekreacja, rekreacja na świeżym powietrzu	2	3			1	1		7
Spacery	25							25
Spotkania kulturalno-edukacyjno-rekreacyjne		4						4
Sporty siłowe						2		2
Szachy, warcaby		2						2
Sztuki walki (karate)					1	3		4
Tenis stołowy	1					2		3
Warsztaty bokserskie						1		1
Warsztaty taneczne, wieczorki taneczne, zajęcia muzyczne, taniec, breakdance	27	9		1		5		42
Zajęcia fitness		1		2				3
Zajęcia/imprezy sportowe (np. turnieje piłki nożnej)	3	11		5	4	11	3	37
Zajęcia rekreacyjno-sportowe (np. basen, siłownia, nauka pływania i nurkowania, żeglarstwo, tai chi, piłka siatkowa, gra w boule, gra w krykieta, rower)	34	11	2	8	16	26	4	101
Zajęcia ruchowe, zabawy ruchowe	3				1			4
Zajęcia relaksacyjne	1						3	4

Zajęcia terenowe		2				2		4
Zdrowy styl życia (np. higiena, spędzanie czasu z dzieckiem, organizacja czasu wolnego, aktywne spędzanie czasu wolnego, zdrowie)	6	16	1	3	15	7	5	53
<b>Razem</b>	<b>153</b>	<b>129</b>	<b>3</b>	<b>63</b>	<b>72</b>	<b>71</b>	<b>22</b>	<b>513</b>

Źródło: badania własne, 2018.

Z powyższego zestawienia wynika, że zaproponowano w sumie 513 zajęć sportowo-rekreacyjnych, a seniorzy uczestniczyli w 153 (30% wszystkich oferowanych aktywności). Najchętniej korzystali z zajęć sportowych na basenach, siłowniach, uprawiali żeglarstwo, grali w piłkę siatkową oraz w boule, jeździli na rowerze (34 zajęcia), uprawiali nordic walking (31 zajęć) oraz bardzo chętnie uczestniczyli w wieczorkach tanecznych i zajęciach muzycznych (27) oraz w spacerach (25).

W tabeli poniżej przedstawiono zestawienie zajęć z zakresu turystyki i wypoczynku.

**Tabela 5. Zestawienie zajęć z zakresu turystyki realizowanych w ośrodkach, z podziałem na uczestników, w tym seniorów**

Rodzaj zajęć	Seniorzy	Bezrobotni	Bezdomni	Mieszkańcy	Rodziny z dziećmi	Dzieci i młodzież	Niepełnosprawni	Razem
Ferie zimowe						1		1
Obozy integracyjne					1			1
Turnusy rehabilitacyjne	4						5	9

Tabela 5. Zestawienie zajęć z zakresu turystyki... cd.

Rodzaj zajęć	Seniorzy	Bezrobotni	Bezdomni	Mieszkańcy	Rodziny z dziećmi	Dzieci i młodzież	Niepełnosprawni	Razem
Turystyka edukacyjna (np. zwiedzanie gospodarstw agroturystycznych)		1		1		1		3
Wczasy	3							3
Wycieczki autokarowe, wycieczki terenowe, wycieczki edukacyjne, edukacyjno-przyrodnicze, edukacyjno-informacyjne	35	25		1	15	8	9	93
Wyjazdy integracyjne, integracyjno-edukacyjne, integracyjno-rekreacyjne	1	53	2	23	22	6	11	118
Wyjazdy kolonijne, półkolonie						5		5
Wycieczki krajoznawcze		7		3	3	3		16
Wycieczki miejskie, zwiedzanie miasta	38	6	1	2	1	2	3	53
Wycieczki rowerowe	10	1			2		2	15
Wyjazdy rodzinne					10			10
Wyjazdy rekreacyjno-turystyczne						1		1
Wyjazdy szkoleniowo-turystyczno-rekreacyjne						1		1
Wypoczynek letni		1			2	2	1	6
<b>Razem</b>	<b>92</b>	<b>94</b>	<b>3</b>	<b>30</b>	<b>56</b>	<b>30</b>	<b>31</b>	<b>335</b>

Źródło: badania własne, 2018.



Wszystkich zajęć z zakresu turystyki zaoferowano w sumie 355, w tym dla seniorów – 92 (28% wszystkich aktywności). Najchętniej uczestniczyli oni w wycieczkach miejskich i zwiedzaniu miasta (38 ofert) oraz w różnego rodzaju wycieczkach autokarowych czy integracyjnych wyjazdach (35), a także w wycieczkach rowerowych (10).

Poniżej przedstawiono zestawienie przykładowych imprez organizowanych w wybranych ośrodkach w Polsce, skierowanych bezpośrednio do seniorów.

**Tabela 6. Przykłady działań – projektów skierowanych do seniorów, realizowanych przez wybrane ośrodki pomocy społecznej w Polsce**

Ośrodek	Zadania przeznaczone dla seniorów
<b>OPS Bemowo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– usługi kosmetyczno-fryzjerskie dla seniorów, którzy nie są w stanie skorzystać z takich usług w centrach usługowych; projekt realizowany jest w domach klientów;</li> <li>– Wigilia dla seniorów na Bemowie, projekt skierowany do osób samotnych, niewychodzących z domu</li> </ul>
<b>OPS Bielany – Warszawa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– warsztaty „Akademia bezpiecznego seniora”, spotkania z policją i strażą miejską;</li> <li>– debata społeczna na temat bezpieczeństwa seniorów;</li> <li>– organizacja Dnia Seniora;</li> <li>– Wigilia dla seniora;</li> <li>– imprezy okolicznościowe w ramach integracji międzypokoleniowej – Seniorzy Czytają Dzieciom;</li> <li>– przeglądy artystyczne i konkursy Seniorzy Mają Talent;</li> <li>– organizacja poczęstunku dla seniorów z okazji Świąt Wielkiej Nocy;</li> <li>– rekreacyjno-rodzinny piknik Seniorada na AWF w Warszawie;</li> <li>– obchody Międzynarodowego Dnia Osób Starszych – „Piknik Kreatywności” w Ogrodzie Saskim;</li> </ul>

Tabela 6. Przykłady działań... cd.

Ośrodek	Zadania przeznaczone dla seniorów
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- XIII Ogólnopolski Przegląd Twórczości Artystycznej Seniorów „Teraz My” w dzielnicy Włochy w Warszawie;</li> <li>- „Pomagamy sobie” – wolontariat seniorów: wzajemna pomoc (przynoszenie obiadów w razie choroby, odwiedziny w szpitalu, pomoc w załatwianiu urzędowych spraw);</li> <li>- Wczasy dla Seniorów – turnusowa akcja letnia na AWF przygotowana dla osób starszych z dzielnicy Bielany (zajęcia reakcyjno-ruchowe i rehabilitacja, zajęcia z tai chi, integracyjne, edukacyjne, taneczne, koncerty z występem artystów, wycieczki, wyjazdy rowerowe, warsztaty fotograficzne i komputerowe, wyjścia do filharmonii, teatru, kina, muzeum, galerii);</li> <li>- kilka razy w miesiącu, w ramach zajęć, seniorzy mają możliwość uczestniczyć w wydarzeniach kulturalnych i obcować ze sztuką; organizowane są prelekcje popularnonaukowe, zdrowotne i poświęcone bezpieczeństwu seniorów – prowadzą je m.in. pracownicy muzeów, placówek zdrowia publicznego, policji;</li> <li>- zajęcia komputerowe – służą zdobyciu podstawowych umiejętności pracy z programami i aplikacjami komputerowymi oraz obsługi komputera w zakresie posługiwania się Internetem i użytkowania poczty elektronicznej</li> </ul>
OPS Libiąż	<ul style="list-style-type: none"> <li>- integracja międzypokoleniowa mieszkańców gminy Libiąż (w tym przeznaczona dla seniorów);</li> <li>- zajęcia ruchowe i fitness dla seniorów – ćwiczenia dostosowane do wieku;</li> <li>- rehabilitacja ruchowa (dla osób starszych niepełnosprawnych);</li> <li>- „Aktywność ruchowa jednym z warunków zdrowia seniorów” – spotkanie środowiskowe ze specjalistą medycyny rehabilitacyjnej o tematyce zdrowotnej, które miało na celu uwrażliwienie uczestników na ważność ćwiczeń fizycznych, aktywność ruchową w poszczególnych okresach życia; ćwiczenia były dostosowane do wieku, omówiono przeciwwskazania do ćwiczeń,</li> </ul>

	dobór odpowiednich form ruchu do danego rodzaju schorzenia
<b>OPS Wesoła – Warszawa</b>	– coroczny Bał Seniora; – impreza Seniorzy Mają Talent; – wycieczka rowerowa dla seniorów;
<b>OPS Zawadzkie</b>	– program inte-GRACJA: aktywizacja środowiskowa seniorów z terenu gminy Zawadzkie; – utworzenie świetlicy środowiskowej dla seniorów i animacja zajęć skierowanych do tej grupy społecznej
<b>MOPS Bartoszyce</b>	– zajęcia sportowe w Klubie Seniora
<b>MOPS Konin</b>	– „Złota jesień życia” – program dla seniorów, którego celem jest zwiększenie możliwości aktywnego uczestniczenia osób starszych w życiu społecznym, sportowym i kulturalnym Konina
<b>MOPS Kościerzyna</b>	– projekt „Zdrowe ciało, piękny umysł” (przeznaczony m.in. dla seniorów), organizowany w ramach programu „Oparcie społeczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi”
<b>MOPS Piła</b>	– kurs komputerowy dla seniorów, który miał na celu zapoznanie ich z technologiami używanymi współcześnie; seniorzy od podstaw uczą się obsługi komputera i korzystania z Internetu [m.in. takie zagadnienia jak: pakiet LibreOffice, obsługa dysków wymiennych (karta SD, pendrive, aparat, telefon, dysk zewnętrzny, płyta CD), poczta elektroniczna, logowanie na stronach internetowych]
<b>MOPS Świdnica</b>	– projekt „Bezpieczny senior” – realizowany przy udziale policji w formie spotkań – pogadarek i prelekcji oraz rozmów indywidualnych (10 spotkań); jego cele to: zwiększenie poczucia bezpieczeństwa osób w starszym wieku – mieszkańców Świdnicy, zachęcanie seniorów do aktywnej i skutecznej troski o osoby nieletnie pozostające pod ich opieką i do chronienia ich przed zjawiskami patologicznymi, podniesienie samozaradności osób starszych oraz ich dbania o własne bezpieczeństwo i mienie, zapoznanie seniorów ze skutecznymi metodami zmniejszającymi podatność

Tabela 6. Przykłady działań... cd.

Ośrodek	Zadania przeznaczone dla seniorów
	<p>na stanie się ofiarą przestępstw, ułatwienie osobom starszym kontaktu z dzielnicowymi – uruchomienie kanałów przepływu informacji o zagrożeniach, korzystanie z wiedzy i doświadczenia osób starszych w celu uzyskiwania informacji o problemach z zakresu bezpieczeństwa i porządku publicznego;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– projekt „W poszukiwaniu radości” – realizowany przez: prowadzenie warsztatów z fotografii i sesję fotograficzną, wydanie kalendarza na rok 2014 z twarzą świadnickiego seniora;</li> <li>– codzienna aktywizacja seniorów przez takie zajęcia jak: gra w siatkówkę, tenis stołowy, bilard, zabawy taneczne, <i>nordic walking</i>, joga dla seniora, rehabilitacja ruchowa, wycieczki piesze, turystyka, wycieczki rowerowe, współpraca z psychiatrą oraz z kardiologiem</li> </ul>
MOPS Sztum	<ul style="list-style-type: none"> <li>– zajęcia sportowo-rekreacyjne „Aktywny senior to zdrowy senior”;</li> <li>– zajęcia sportowo-rekreacyjne „Aktywny senior – dar serca”;</li> <li>– zajęcia „Eko senior”</li> </ul>
MOPS Tczew	<ul style="list-style-type: none"> <li>– projekt „Seniorzy w akcji” – aktywizacja lokalnego środowiska seniorów;</li> <li>– realizacja kampanii przeciwko dyskryminacji osób ze względu na wiek przez cotygodniowe spotkania przeznaczone dla około 30 seniorów, połączone z wykładami i pogadankami</li> </ul>
GOPS Kurzętnik	<ul style="list-style-type: none"> <li>– aktywizacja osób starszych – „Najwyższa pora na aktywność seniora”;</li> <li>– aktywizacja osób starszych – „Akademia aktywnego seniora”</li> </ul>
GOPS Świdwin	<ul style="list-style-type: none"> <li>– projekt „Pora na seniora” – skierowany do 40 mieszkańców zagrożonych wykluczeniem społecznym ze względu na wiek, sprawność i miejsce zamieszkania; w ramach projektu zorganizowano warsztaty z psychologiem (komunikacja interpersonalna) oraz socjologiem, gry i zabawy umysłowe, ćwiczenia pamięci oraz</li> </ul>

	logicznego myślenia, muzykowanie, ćwiczenia taneczno-ruchowe, wykład na temat zdrowego żywienia (z instruktorem fitnessu) oraz wyjazd integracyjny do ogrodów Hortulus w Dobrzyca, a także wycieczki po okolicy
--	---

Źródło: badania własne, 2018.

Jak widać z powyższego zestawienia, wybrane ośrodki najczęściej oferowały seniorom udział w zajęciach sportowo-rekreacyjnych i ruchowych, wycieczkach i wyjazdach integracyjnych, proponowały możliwość korzystania z ofert zdrowotnych i aktywizujących oraz spotkań integracyjnych i informacyjnych.

## Podsumowanie

Misją ośrodków pomocy społecznej jest niesienie pomocy osobom społecznie wykluczonym przy użyciu różnorodnych narzędzi i działań. Jedną z tych grup tworzą ludzie starsi, seniorzy. Ośrodki oferują zróżnicowane działania w postaci programów przeznaczonych dla osób zmarginalizowanych, m.in w zakresie pełnienia ról w rodzinie, uczestnictwa na rynku pracy, wzmacniania więzi społecznych, budowania tożsamości z daną społecznością, kształtowania poczucia własnej wartości. Realizowane programy nie ograniczają się tylko i wyłącznie do udzielania pomocy materialnej, podnoszenia kwalifikacji zawodowych, wsparcia psychologicznego, ale obejmują także działania w zakresie aktywności fizycznych, takich jak rekreacja, sport czy turystyka. Przeprowadzone badania miały właśnie na celu wskazanie takich działań skierowanych do grupy osób starszych – seniorów.

Wnioski z przeprowadzonych badań można sformułować następująco:

1. Przebadane ośrodki pomocy społecznej zrealizowały w latach 2008–2015 łącznie 1652 programy, najwięcej

z zakresu wsparcia społecznego (732), doksztalcania zawodowego (489), sportu i rekreacji (150) oraz z turystyki (140).

2. Najliczniejszą grupą uczestników w zajęciach byli bezrobotni (601 proponowanych programów), natomiast programów przeznaczonych dla seniorów było 56.
3. Zaoferowano w sumie 150 programów z zakresu sportu i rekreacji (dla seniorów – 22), natomiast z turystyki – 140 (dla seniorów – 20). Zajęcia dla osób starszych stanowią w sumie 15% wszystkich organizowanych przez ośrodki aktywności.
4. Seniorzy uczestniczyli w sumie w 153 zajęciach (co stanowi 30% wszystkich oferowanych zajęć). Najchętniej korzystali z zajęć sportowych na basenach, siłowniach, uprawiali żeglarstwo, grali w piłkę siatkową oraz w boule, jeździli na rowerze (34 zajęcia), uprawiali *nordic walking* (31 zajęć) oraz bardzo chętnie uczestniczyli w wieczorkach tanecznych i zajęciach muzycznych (27) oraz w spacerach (25).
5. Najwięcej zajęć z zakresu turystyki i wypoczynku było – w sumie – 88 (co stanowi 27% wszystkich aktywności). Seniorzy najchętniej uczestniczyli w wycieczkach miejskich i zwiedzaniu miasta (38 ofert) oraz różnego rodzaju wycieczkach autokarowych i integracyjnych wyjazdach (35), jak również w wycieczkach rowerowych (10).
6. Analiza zajęć dla seniorów w wybranych ośrodkach pomocy społecznej w Polsce (14 ośrodków) wskazała, że najczęściej oferowały one: udział w zajęciach sportowo-rekreacyjnych i ruchowych, wycieczkach i wyjazdach integracyjnych, udział w zajęciach zdrowotnych i aktywnościowych oraz w spotkaniach integracyjnych i informacyjnych.

Wyniki badań pokazały, że oferta ośrodków pomocy społecznej skierowana do osób starszych jest bardzo zróżnicowana, a seniorzy chętnie z niej korzystają. Jednocześnie należy przypuszczać,

że motywami, jakimi kierują się oni przy wyborze zajęć, są chęć podnoszenia swojej sprawności fizycznej i psychicznej oraz możliwość integracji. Programy oferujące wymienione zajęcia przyczyniać się mogą do włączania seniorów w ogólnodostępny nurt życia społecznego.

## Bibliografia

- Burchardt T., Le Grand J., Piachaud D. (1999). Social exclusion in Britain 1991–1995. *Social Policy and Administration*, 33(3), 227–244.
- Czarnowski S. (1956). *Ludzie zbędni w służbie przemocy. Dzieła*. T. 2. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Gavira J.F. (2010). Working with marginalized groups in Spain using physical activity and sport, EASS 2010 PORTO „A social perspective on: sport, health and environment”. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 10(1). Porto: Universidade do Porto Portugalia.
- Gore C., Figueiredo J.B. (1997). *Social exclusion and anti-poverty policy: A debate*. Geneva: International Institute for Labour Studies, ILO.
- GUS (2009). *Uczestnictwo Polaków w sporcie i rekreacji ruchowej w 2008 roku*. Warszawa.
- Halicka M., Halicki J. (2002). Integracja społeczna i aktywność ludzi starszych. W: B. Synak (red.). *Polska starość*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Karwińska A. (2007). *Odkrywanie socjologii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kościńska E. (2008). Aktywność fizyczna seniorów. W: A. Kaźmierczak, A. Maszorek-Szymała, E. Dębowska (red.). *Kultura*

*fizyczna i zdrowotna współczesnego człowieka. Teoretyczne podstawy i praktyczne implikacje.* Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

Lister R. (2005). *Poverty.* Cambridge: Polity Press.

Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej – ustawa z dnia 7 czerwca 2016 r. o pomocy społecznej. Dz.U. z 2016 r., poz. 930, z późn. zm.

Ministerstwo Rozwoju Regionalnego (2012). *Programowanie perspektywy finansowej 2014–2020 – uwarunkowania strategiczne.* Warszawa.

Niedzwiedz C.L., Richardson E.A., Tunstall H., Shortt N.K., Mitchell R.J., Pearc R. (2016). The relationship between wealth and loneliness among older people across Europe: Is social participation protective?. *Preventive Medicine*, 91, 24–31.

Orzechowska G. (2002). Samoocena aktywności osób starszych zamieszkujących różne środowiska. *Zeszyty Naukowe WSHE*, 7(27), 43.

Pedersen V., Holst M., Davidsen M., Juel K., *SUSY Udsat 2012.* Pobrano z: [www.si-folkesundhed.dk](http://www.si-folkesundhed.dk) (dostęp: 1.04.2018).

Radziewicz-Winnicki A., Roter A. (2004). *Ryzyko transformacyjne nowego ładu społeczno-edukacyjnego.* Katowice: Wydawnictwo ŚWSZ.

*Słownik języka polskiego PWN* (2010). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

*Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020*, przyjęta przez Radę Ministrów dnia 18 czerwca 2013 r. Monitor Polski, poz. 640.

The Ministry of Children, Gender Equality, Integration and Social Affairs. Pobrano z: [www.sm.dk](http://www.sm.dk) (dostęp: 1.04.2018).

Trafiałek E. (1998). *Życie na emeryturze w warunkach polskich przemian systemowych. Studium teoretyczno-diagnostyczne.* Kielce: WSP.



Winiarski R. (1999). Integracja społeczna. W: D. Lalak, T. Pilch (red.). *Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej i pracy socjalnej*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.

[www.europa.eu](http://www.europa.eu) (dostęp: 12.03.2018).

[www.sifolkesundhed.dk](http://www.sifolkesundhed.dk) (dostęp: 2.04.2018).



# Percepcja czasu a doświadczanie lęku przez osoby w okresie późnej dorosłości – analiza wyników badań własnych

## Streszczenie

Artykuł odnosi się do ważnej i istotnej problematyki perspektywy temporalnej u osób starszych. Została w nim podjęta analiza wyników badań dotyczących korelacji pomiędzy percepcją czasu a poziomem lęku u osób w okresie późnej dorosłości. Wyniki badań odnoszą się do grupy 71 osób powyżej 60. roku życia. W badaniu zostały zastosowane: Kwestionariusz Metafory Czasu oraz Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI). Przedstawione w artykule wyniki wskazują na istotne powiązania między przyjmowaną perspektywą czasu a lękiem jako cechą.

**Słowa kluczowe:** percepcja czasu, osoby starsze, lęk – cecha, lęk – stan, perspektywa temporalna osób starszych.

## Perception of time and experiencing anxiety by people in late adulthood – analysis of own research results

### Summary

The article refers to the important issues of temporal perspective in the elderly. An analysis of the results of research relating to correlation relations between the perception of time and the level of anxiety in people in late adulthood was taken there. The results of the research refer to the group of 71 people over 60 years of age. The study used the Questionnaire Metaphor of Time and State Inventory and Anxiety Traits (STAI). The results presented in the article indicate significant links between the presented time perspective and anxiety as a trait.

**Keywords:** perception of time, the elderly, anxiety – trait, anxiety – status, temporal perspective of the elderly.

### Wprowadzenie

Problematyka czasu psychologicznego i jego doświadczania to ważny aspekt ludzkiej egzystencji. Czas bywa czynnikiem, który w sposób świadomy jest wykorzystywany do regulacji zachowania człowieka, może być też ukrytym obszarem wpływającym na życie jednostki. „Naukowcy starają się ustalić regulacyjny charakter czasu oraz temporalne podstawy różnic indywidualnych” (Bajcar 2002, s. 411).

Problematyka dotycząca perspektywy czasu i jej wpływu na funkcjonowanie człowieka jest coraz częściej poddawana analizie naukowej w psychologii. Opracowania dostępne w literaturze polskiej i anglojęzycznej wskazują na istnienie powiązań między

perspektywą czasową a różnymi ważnymi obszarami funkcjonowania człowieka. Obserwuje się zasadniczą lukę w zakresie badań wskazujących na związki tej perspektywy z wymiarami istotnymi dla życia i działania osób starszych. Interesujące wydaje się ukazanie tych powiązań. Aktualne wyniki badań odnoszące się do osób w innych okresach rozwojowych wskazują na istnienie znaczących zależności w tym obszarze. Podejmowana problematyka wydaje się ważna, potrzebna i znacząca.

W literaturze obcojęzycznej pionierem badań w tym zakresie jest Philip Zimbardo wraz ze swoimi współpracownikami, natomiast w literaturze polskiej – Czesław Nosal. Omówienie tej problematyki nie byłoby pełne bez ukazania, w jaki sposób rozumiane może być pojęcie postrzegania czasu. Philip Zimbardo i John Boyd definiują perspektywę postrzegania czasu jako osobiste nastawienie, często nieświadome, które każdy człowiek przyjmuje wobec czasu.

Jest to również proces, w ramach którego bezustanny bieg życia zostaje podzielony na kategorie czasowe, pomagające nadać naszemu życiu porządek, spójność i znaczenie (Zimbardo, Boyd 2009, s. 50).

Perspektywa czasowa jest charakteryzowana jako względnie stały sposób postrzegania czasu, który zmienia się wraz z wiekiem (Zimbardo, Boyd 1999). W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę na to, że stan wiedzy na temat zachodzących w ciągu życia człowieka zmian w perspektywie czasowej nadal nie jest wystarczający. Zrozumienie, w jaki sposób następują te zmiany, wydaje się interesujące. Wskazuje się, że takie wymiary istnienia człowieka jak: rozwój, podejmowanie decyzji, umiejętność ustalania celów czy cechy osobowości mają potencjalny wpływ na kategorię czasu (Laurerio-Martinez, Trujillo, Unda 2017). Maciej Stolarski i in. (za: Laurantio-Martinez, Trujillo, Unda 2017)

wskazują na brak jednoznaczności w zakresie badań nad korelacjami pomiędzy wiekiem a poszczególnymi wymiarami funkcjonowania człowieka. Wskazują oni, że potencjalnymi przyczynami takiego stanu rzeczy mogą być: zróżnicowanie populacji osób starszych, ograniczenia w zakresie liczebności grup badawczych czy też różnice międzypłciowe. Pojawia się zasadnicze pytanie: „Na jakiej podstawie można przypuszczać, że perspektywa temporalna jest różna u osób w różnym okresie życia?”. Podstawą może być próba wyjaśnienia tego zjawiska z wykorzystaniem teorii społeczno-emocjonalnej selektywności (Socioemotional Selectivity Theory – SST), zgodnie z którą starzenie się może być rozumiane jako proces uczenia się i adaptacji (Carstensen i in. 2011). Teoria ta wskazuje, że percepcja czasu odgrywa fundamentalną rolę w dokonywaniu wyborów i oceny w dążeniu do osiągnięcia celów społecznych, przy znaczącym udziale emocji, poznania i motywacji (por. też Steuden 2011, s. 45–46). Inną teorią, która wydaje się pomocna w tym kontekście, jest model integracji mocnych i słabych punktów (The Strengths and Vulnerability Integration Model – SAVI), w którym proponuje się dwa mechanizmy wyjaśniające zmiany emocjonalności następujące wraz z wiekiem (Charles 2010). Pierwszy z nich wskazuje, że percepcja ilości czasu, który pozostał w życiu, zwiększa priorytety w zakresie celów emocjonalnych. Wraz z wiekiem ludzie zaczynają przywiązywać większą wagę do osiągnięcia celów emocjonalnych, które zaczynają mieć pierwszeństwo nad celami związanymi z wiedzą. Drugi mechanizm wskazuje, że przeżyty czas i zdobyte doświadczenie pozwalają na lepsze poruszanie się w życiu. Wraz z wiekiem człowiek uczy się emocjonalnej regulacji w odpowiedzi na wyzwania otoczenia zewnętrznego (Lee i in. 2016).

W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę, że perspektywa temporalna ma istotne znaczenie dla naszych aktualnych i przyszłych planów, wpływa na sposób, w jaki postrzegamy siebie w relacji do przeszłości, jak również na nasze aktualne zachowanie

(Lennings 2000). Zdaniem Fien Desmyter i Rudi De Raedt (2012) pierwszym badaczem, który zwracał uwagę na istotne znaczenie perspektywy czasowej, był Kurt Lewin (1951). Utrzymywał on, że perspektywa czasowa wpływa na zachowania, emocje i motywację jednostki. Lewinowi przypisuje się wprowadzenie do psychologii obszaru, który można określić jako mentalną czasoprzestrzeń w opisie regulacji zachowania (Nosal, Bajcar 2004).

We wspomnianej już teorii selektywności społeczno-emocjonalnej (Carstensen i in. 1995) postuluje się, że percepcja czasu odgrywa kluczową rolę w ustalaniu celów społecznych – ze wskazaniem na ważne implikacje dla emocji, sfery poznawczej i wieku, w kontekście zmian motywacyjnych. Z kolei P. Zimbardo i J. Boyd (1999) w swojej teorii perspektywy czasowej zwracają uwagę, że obraz siebie, widzenie świata i relacje interpersonalne jednostki zostają uporządkowane pod wpływem procesów poznawczych, które odnoszą się do perspektywy czasowej. Uczymy się kategoryzować osobiste i społeczne doświadczenia w odniesieniu do przeszłości, teraźniejszości i przyszłości. To z kolei pomaga człowiekowi w stworzeniu pewnego porządku życiowego, nadawaniu spójności i znaczenia zdarzeniom życiowym. Trzy perspektywy czasowe służą kodowaniu, przechowywaniu i przywoływaniu doświadczeń, jak również formowaniu celów, oczekiwań i wyobrażeń. Perspektywa czasowa jest postrzegana jako fundamentalny proces, który wpływa na takie czynniki jak: religia, kultura, edukacja, modelowanie rodzinne i wiek (Desmyter, De Raedt 2012). Philip Zimbardo i John Boyd (1999) utrzymują, że z uwagi na to, iż perspektywa czasowa ma tak znaczący wpływ na ludzkie życie i jest determinowana przez różnorodne czynniki, ludzie rzadko są świadomi jej wpływu na swoje funkcjonowanie.

Czesław Nosal zwraca uwagę, że czas psychologiczny jest reprezentowany w ludzkim umyśle w formie przekonań charakteryzujących dwa główne aspekty temporalności: strukturę podstawowych kategorii i wymiarów (skal) wykorzystywanych do opisu

i porządkowania zdarzeń w czasie oraz rozpiętość perspektywy temporalnej wraz ze znaczeniem przypisywanym przeszłości, teraźniejszości i przyszłości. Podsumowując, można powiedzieć, że „na czas psychologiczny kreowany w umyśle człowieka składają się nasze sądy o naturze czasu *per se* i o perspektywie naszego życia” (Nosal, Bajcar 2004, s. 57). Czesław Nosal podkreśla, że pierwszy aspekt temporalności jest bardziej złożony, gdyż dotyczy różnorodnych przyczyn wpływających na doświadczanie czasu i na reaktywne zachowania jednostki. Drugi aspekt wydaje się prostszy do opisu, gdyż odpowiadają mu pewne przedziały czasowe, oceniane według przyjętych kryteriów ilościowych (periodyzacji czasu) lub jakościowych, związanych z wartościowaniem jego upływu. Podział wymiaru czasu na przeszłość, teraźniejszość i przyszłość jest istotnym składnikiem standardów kulturowych (Nosal, Bajcar 2004). Czas psychologiczny jest reprezentowany w umyśle przez system pojęć i wymiarów wykorzystywanych do oceny zmian zachodzących w czasie obiektywnym.

Czas psychologiczny ma ewentystyczny charakter, ponieważ wyznaczają go serie konkretnych zdarzeń i występujące między nimi interwały czasu względnie „pustego”, mierzonego trwaniem fizycznym lub ocenianym w dowolnym subiektywnym układzie odniesienia (Nosal, Bajcar 2004, s. 57).

Philip Zimbardo i John Boyd uznają, że optymalna jest zrównoważona i elastyczna perspektywa postrzegania czasu. Zdaniem tych autorów najkorzystniejszy profil perspektywy czasu odznacza się: 1) wysoką przyszłościowo-pozytywną perspektywą czasu, 2) umiarkowanie wysoką przyszłościową i terażniejszo-hedonistyczną perspektywą czasu, 3) niską przeszłościowo-negatywną i terażniejszo-fatalistyczną perspektywą czasu (Zimbardo, Boyd 2009).



Wiesław Łukaszewski (1983, 1984) także charakteryzuje optymalną orientację temporalną, którą opiera na trzech wymiarach czasu. Zdaniem tego autora najkorzystniejsza dla osobowości jest orientacja na całe kontinuum czasowe, gdy doniosłość jego poszczególnych obszarów rośnie od przeszłości do przyszłości. W tym przypadku czas teraźniejszy jest ważniejszy niż przeszły i mniej ważny niż przyszły (por. Zając-Laparska 2013).

Według C. Nosala (2002) zagadnienie czasu psychologicznego możemy rozpatrywać na trzech różnych poziomach:

- neurobiologicznym – rytm snu i czuwania, oscylacja uwagi, fal mózgowych;
- psychofizycznym – estymacja krótkich interwałów czasowych, skoncentrowana wokół teraźniejszości;
- egzystencjalnym – postawy wobec czasu, rytm wyznaczany przez plany, sytuację życiową.

Małgorzata Sobol-Kwapińska (2007) wskazuje, że istotną rolę odgrywa dokonanie rozróżnień definicyjnych w odniesieniu do osobistej perspektywy temporalnej (horyzont czasowy) i orientacji temporalnej. Jak zauważa autorka, w literaturze przedmiotu nie ma jednomyślności w definiowaniu tych pojęć. Podążając za analizami dokonanymi przez M. Sobol-Kwapińską (2002), perspektywę temporalną można rozumieć jako rodzaj struktury poznawczej, która reprezentuje przeszłość, teraźniejszość i przyszłość. Reprezentacja pełnej perspektywy czasowej to reprezentacja umysłowa czasu w ogóle. Natomiast orientacja temporalna określa orientację w upływie czasu, postawy temporalne, oddające stosunek człowieka do czasu, osobistą przeszłość, teraźniejszość i przyszłość (Sobol-Kwapińska 2007).

Czesław Nosal i Beata Bajcar (2004) wyróżniają następujące wymiary orientacji temporalnej:

- temporalną organizację działania (planowanie, realizację celów, wykorzystanie czasu),
- nacisk czasu (doświadczanie presji czasu),

- pełną perspektywę czasową (koncentrację na przeszłości, teraźniejszości i przyszłości).

Na podstawie prowadzonych badań i analiz P. Zimbardo i J. Boyd (1999) wyodrębnili następujące wymiary odnoszące się do perspektywy czasowej: 1) koncentrację na negatywnie postrzeganej przeszłości, 2) hedonistyczną koncentrację na teraźniejszości, 3) koncentrację na przyszłości, 4) koncentrację na pozytywnie postrzeganej przeszłości, 5) fatalistyczne nastawienie do teraźniejszości.

Małgorzata Sobol-Kwapińska (2007), dokonując podsumowania dostępnych w literaturze sposobów ujmowania perspektywy temporalnej i orientacji temporalnej, wskazała na najczęstsze z nich:

- perspektywa temporalna jako konstrukt poznawczy;
- perspektywa temporalna jako synonim orientacji temporalnej;
- perspektywa temporalna jako synonim przyszłościowej perspektywy czasowej;
- orientacja temporalna jako ukierunkowanie myśli, zachowań na określony obszar czasu;
- orientacja temporalna ujmowana w kategoriach mocy regulacyjnej – posiadania przez określony wymiar czasu wpływu na zachowanie;
- orientacja temporalna jako ewaluacja poszczególnych wymiarów czasu oraz czasu w ogóle (Sobol-Kwapińska 2007, s. 26–27).

Wiesław Łukaszewski (1983) wskazuje następujące kryteria wartościowania perspektywy temporalnej.

1. Czas pozytywny vs negatywny – kryterium to jest również określane jako walencja. Autor, posługując się tym kryterium, różnicuje orientacje temporalne dotyczące teraźniejszości, przeszłości i przyszłości na negatywne i pozytywne (por. Łukaszewski 1984).

2. Czas ważny, mający znaczenie vs czas nieważny, bez znaczenia – inaczej kryterium to jest określane jako waga. Według W. Łukaszeńskiego waga i waga są podstawowymi czynnikami, które determinują moc regulacyjną danego wymiaru czasu (por. Łukaszeński 1983).
3. Czas długi vs krótki – sposób postrzegania granic poszczególnych okresów czasu.
4. Czas spójny vs niespójny – postrzeganie związku lub jego braku między poszczególnymi wymiarami czasu (por. Łukaszeński 1983, 1984; Sobol-Kwapińska 2007).

Badania empiryczne odnoszące się do powiązań między lękiem a percepcją czasu nie są zbyt liczne w literaturze przedmiotu. W literaturze polskiej brakuje badań empirycznych, które wskazywałyby na analizy w tym zakresie. W literaturze obcojęzycznej doniesienia z tego obszaru również są dość nikłe. Dostępne badania wskazują jednak na istnienie pewnych powiązań.

Jako przykład można przytoczyć wyniki badań prowadzonych przez Jamesa Browna (2016), w których badał on wpływ lęku na oszacowanie czasu i określenie, czy na ocenę dokładności czasu wpływa czas trwania przedziału. Przedziały czasowe zostały wybrane na podstawie ich istotności dłuższych niż okresy używane w podobnych badaniach – czas trwania przerwy dla tego badania wynosił: jedną, trzy lub pięć minut. Badacz ten postawił hipotezę, że wyższy poziom lęku wpłynie na uczestnika w taki sposób, że przeszacuje on upływ czasu. Wyniki prowadzonych przez J. Browna badań wykazały znaczenie i wpływ trwania interwału czasowego w percepcji czasu. We współczesnym społeczeństwie zachowanie człowieka często podlega głębokiemu wpływowi czasu, który mierzony jest przez zegar. Autor zwraca przy tym uwagę na potrzebę pogłębiania badań nad naukowym rozumieniem percepcji czasu, jak również nad przyczynami tego, że percepcja czasu różni się od czasu rzeczywistego. Zdaniem autora wiedza ta może okazać się użyteczna dla człowieka, gdyż może pomóc

w lepszym wykorzystaniu czasu, a tym samym w skutecznym poprawianiu jakości ludzkiego życia.

Można przypuszczać, że z uwagi na wykazane znaczenie percepcji czasu dla funkcjonowania pozostałych obszarów czynniki związane z lękiem jako stanem i lękiem jako cechą powinny wpływać na postrzeganie czasu.

Przeprowadzone analizy będą odnosiły się do okresu późnej dorosłości, która według psychologii rozwojowej rozpoczyna się po 60. roku życia. Periodyzacja etapu późnej dorosłości nie jest jednolita. Dla wielu autorów wiekiem granicznym jest 70. rok życia (Wiśniewska-Roszkowska 1989, za: Straś-Romanowska 2009, s. 263–264). Trudno również o jednoznaczne ujęcie periodyzacji późnej dorosłości. Istnieją liczne propozycje podające trzystopniową skalę: 60.–75. rok życia, 75.–90. rok życia, 90. rok życia i więcej lat (według Światowej Organizacji Zdrowia). Inna klasyfikacja może przedstawiać się następująco: 60.–65. rok życia, 65.–85. rok życia, 85. rok życia i więcej lat (Levinson, Darrow, Klein 1978; Birch, Malim 1998, za: Straś-Romanowska 2009). Trudności w ustaleniu jednoznacznego prognozy starości i jej podziałów wynikają z indywidualnego tempa starzenia się, różnic w wyborze kryteriów starości i niejednolitego obrazu tego okresu życia (Straś-Romanowska 2009, s. 265). Podstawowe kryteria brane pod uwagę w analizie etapu późnej dorosłości to kryterium biologiczne – wyznaczane przez zmiany fizjologiczne w organizmie oraz kryterium socjoekonomiczne – będące efektem podporządkowania życia człowieka czynnikom socjologicznym, instytucjonalnym oraz ekonomicznym. Najmniej precyzyjne jest kryterium psychologiczne, które obejmuje przeobrażenia procesów psychicznych i osobowości oraz zmiany zachodzące w strukturze subiektywnych doświadczeń.

## Metodologia badań własnych

Celem przeprowadzonego badania i analiz było ukazanie perspektywy temporalnej osób w okresie późnej dorosłości oraz jej korelacji z lękiem jako stanem i lękiem jako cechą.

Postawiono następujące pytania badawcze:

1. Jakie są ogólne wskaźniki percepcji czasu u osób starszych?
2. Jaki jest poziom lęku w badanej grupie osób?
3. Jakie są powiązania między perspektywą czasową a lękiem u osób badanych?

W celu uzyskania odpowiedzi na postawione pytania badawcze wykorzystano następujące narzędzia badawcze:

### 1. **Kwestionariusz Metafory Czasu**

Kwestionariusz Metafory Czasu jest narzędziem, które służy do badania postrzegania czasu. Jego autorką jest M. Sobol-Kwapińska. Narzędzie przeznaczone jest dla młodzieży i osób dorosłych. Składa się z 95 pozycji, które tworzą 7 skal i 5 podskal. Zadaniem osoby badanej jest dokonanie oceny, w jakim stopniu dana metafora pasuje do jej sposobu myślenia o czasie. Pierwsze dwie skale badają głównie emocjonalne ustosunkowanie do czasu – pozytywną i negatywną jego ocenę. Kolejne skale ujmują sposób odczuwania szybkości i upływu czasu oraz postrzeganie „tu i teraz”. Trzy ostatnie skale dotyczą dostrzegania chaosu czasu, subtelnego uroku czasu i pustki w czasie. Ocena zostaje dokonana w odniesieniu do następujących skal: Czas przyjazny (CZP), w którym wyróżnione są dwie podskale: Czas konstruktywny (CZK) i Czas przyjemny (CPR); Czas wrogi (CZW), w którym wyróżnione są podskale: Skończoność czasu (SCZ), Czas przykry (CPK), Zagubienie w czasie (ZAG). Kolejne skale: Szybki upływ czasu (SZC), Wartość chwili (CHW), Chaos temporalny (CHT), Czas subtelny (SUB), Pustka temporalna (PTM) (Sobol-Kwapińska 2011, s. 10–12).

## 2. Inwentarz Stanu i Cechy Lęku

Inwentarz Stanu i Cechy Lęku jest narzędziem służącym do oceny poziomu lęku i rozróżnienia pomiędzy lękiem rozumianym jako przejściowy i uwarunkowany sytuacyjnie stan jednostki a lękiem rozumianym jako stała cecha osobowości. Lęk – cechą charakteryzuje się jako

[...] motyw lub nabytą dyspozycję behawioralną, która czyni jednostkę podatną na postrzeganie szerokiego zakresu obiektywnie niegroźnych sytuacji jako zagrażających i reagowanie na nie stanami lęku, nieproporcjonalnie silnymi w stosunku do wielkości obiektywnego niebezpieczeństwa (Spielberger 1966, za: Wrześniewski i in. 2011, s. 6).

Natomiast lęk – stan opisuje się

[...] subiektywnymi, świadomie postrzeganymi uczuciami obawy i napięcia, którym towarzyszy związana z nimi aktywacja lub pobudzenie autonomicznego układu nerwowego (Wrześniewski i in. 2011, s. 6).

Inwentarz ma formę kwestionariusza złożonego z dwóch skal, w których jedna służy do badania lęku jako stanu, a druga do badania lęku jako cechy. Zadaniem osoby badanej jest ustosunkowanie się do poszczególnych stwierdzeń na skali od 1 do 4.

W dalszej części artykułu zostaną omówione wyniki badań empirycznych odnoszące się do grupy 71 osób w okresie późnej dorosłości. Badani byli mieszkańcami województwa mazowieckiego. Wszyscy znajdowali się w okresie życia określanym w psychologii rozwojowej jako późna dorosłość. W tabeli 1 zostały przedstawione dane wskazujące na liczebność członków grupy w zależności od płci. W badanej grupie było 49 kobiet i 22 mężczyzn.

**Tabela 1. Wiek i płeć badanych seniorów**

Płeć	Wiek 60 lat i więcej
Kobieta	49
Mężczyzna	22
Ogółem	71

Źródło: badania własne.

## Ogólna charakterystyka wyników badań własnych

Analiza wyników przeprowadzonych badań zostanie podjęta wraz z omówieniem wyników średnich dla poszczególnych wymiarów Kwestionariusza Metafory Czasu (KMC). Wyniki średnie, odchylenie standardowe i wynik przeliczony na steny zawiera tabela 2.

**Tabela 2. Kwestionariusz Metafory Czasu – analiza wyników średnich**

Skale Kwestionariusza Metafory Czasu	Średnia	Odchylenie standardowe	N	Sten
CZK – Czas konstruktywny	58,32	10,55	71	5
CPR – Czas przyjemny	31,73	7,58	71	6
SCZ – Skończoność czasu	20,89	6,29	71	6
CPK – Czas przykry	23,04	6,74	71	7
ZAG – Zagubienie w czasie	20,66	5,70	71	6
SZC – Szybki upływ czasu	29,82	5,00	71	6
CHW – Wartość chwili	23,42	3,37	71	5
CHT – Chaos temporalny	14,56	3,79	71	5
SUB – Czas subtelny	16,15	3,60	71	6
PTM – Pustka temporalna	10,83	3,51	71	6
CZP – Czas przyjazny	90,06	17,54	71	6
CZW – Czas wrogi	64,59	17,24	71	6

Źródło: badania własne.

Analiza uzyskanych wyników średnich, odchyłeń standardowych i wyników przeliczonych na steny wskazuje, że tylko w skali – Czas przykry badane osoby uzyskały wyniki wysokie. Pozostałe wyniki mieszczą się w granicach wyników przeciętnych. Podejmując próbę interpretacji tego rezultatu, można wskazać, że badane osoby w okresie późnej dorosłości mają większą skłonność do postrzegania czasu w kategoriach negatywnych i zwracania uwagi głównie na jego ujemne aspekty. Jest to związane z odczuwaniem lęku przed czasem, brakiem poczucia bezpieczeństwa lub niskim poczuciem bezpieczeństwa w czasie, odczuwaniem licznych negatywnych emocji odnoszących się do czasu. W tym rozumieniu czas staje się zagrożeniem dla człowieka. Można przypuszczać, że dla badanej grupy osób czas ma negatywne konotacje.

Jednym z celów postawionych w badaniu było określenie poziomu lęku u respondentów w okresie późnej dorosłości. Ogólne wyniki uzyskane przez badanych seniorów mieszczą się w granicach wyników przeciętnych. Wyniki średnie oraz odchylenia standardowe zostały przedstawione w tabeli 3.

**Tabela 3. Wyniki średnie – Inwentarz Stanu i Cechy Lęku**

Skale Inwentarza STAI	Średnia	Odchylenie standardowe	N
Lęk – cecha	42,49	7,90	71
Lęk – stan	37,85	9,23	71

Źródło: badania własne.

Kolejnym celem przeprowadzonego badania i analiz było poszukiwanie korelacji między percepcją czasu w kategoriach metafory czasu a lękiem – cechą i lękiem – stanem. Szczegółowe powiązania dla poszczególnych skal Kwestionariusza Metafory Czasu zostały zawarte w tabeli 4.



**Tabela 4. Korelacje pomiędzy Kwestionariuszem Metafory Czasu a lękiem – cechą i lękiem – stanem**

Kwestionariusz Metafory Czasu	Lęk – cecha		Lęk – stan	
	korelacja Pearsona	istotność	korelacja Pearsona	istotność
CZK – Czas konstruktywny	0,085	,479	-0,077	,523
CPR – Czas przyjemny	,024	,840	-,145	,228
SCZ – Skończoność czasu	,406**	,000	,176	,142
CPK – Czas przykry	,250*	,036	,151	,208
ZAG – Zagubienie w czasie	,389**	,001	,183	,127
SZC – Szybki upływ czasu	,211	,078	,081	,500
CHW – Wartość chwili	,034	,779	-,186	,120
CHT – Chaos temporalny	,257*	,031	,175	,144
SUB – Czas subtelny	,075	,537	-,060	,618
PTM – Pustka temporalna	,166	,166	,137	,256
CZP – Czas przyjazny	,062	,608	-,109	,366
CZW – Czas wrogi	,375**	,001	,184	,125

Źródło: badania własne.

Wyniki badań wskazują na interesujące zależności między percepcją czasu a lękiem. Analiza uzyskanych rezultatów obrazuje, że obszarem, który wykazuje najsilniejsze powiązania z poszczególnymi obszarami percepcji czasu, jest lęk rozumiany jako cecha. Natomiast lęk rozumiany jako stan nie wykazuje żadnych istotnych powiązań z poszczególnymi skalami Kwestionariusza Metafory Czasu. Powyższe wyniki wskazują, że najsilniejsze powiązania istnieją pomiędzy lękiem – cechą a Skończonością czasu (SCZ), Zagubieniem w czasie (ZAG) i Czasem wrogim (CZW). Należy w tym miejscu przypomnieć, że lęk – cecha jest rozumiany i interpretowany jako stała dyspozycja wewnętrzna. Jest on ujmowany jako dyspozycja behawioralna, która powoduje, że jednostka postrzega obiektywnie niegroźne sytuacje jako zagrażające.

W definicji tej wskazuje się na wyuczony charakter lęku. Zwraca się też w niej uwagę na procesy poznawcze, które pełnią istotną rolę w kształtowaniu się lękowej osobowości (por. Wrześniewski i in. 2011, s. 7).

Podjmując próbę interpretacji uzyskanych wyników, należy mieć na uwadze pewne ograniczenia wynikające z liczebności badanych seniorów ( $N = 71$ ). Wyniki badań mogą stanowić podstawę do wysuwania wstępnych wniosków i kolejnych hipotez badawczych. Istotne korelacje pomiędzy Skończonością czasu a lękiem – stanem wskazują, że im wyższy poziom lęku – stanu badanych seniorów, tym większa skłonność do myślenia o czasie śmierci, co może powodować trudności w cieszeniu się własnym życiem (pojawia się bowiem wizja śmierci). Ponadto wysoki poziom lęku – stanu współwystępuje z wysokim poczuciem zagubienia w czasie. Im większy lęk, tym częściej pojawia się poczucie, że czas jest siłą, która obezwładnia, nad którą nie można zapanować, której nie można uchwycić – z tego powodu człowiek pozostaje z poczuciem braku spełnienia. Wysoki poziom lęku – stanu współwystępuje również z doświadczaniem Czasu wrogiego (CZW). Osoby starsze, które doświadczają znacznego lęku, mają większą skłonność do zwracania uwagi głównie na negatywne aspekty czasu, nie mają poczucia bezpieczeństwa w czasie i odczuwają liczne negatywne emocje związane z czasem.

Kolejne ważne i istotne powiązania odnoszą się do związków pomiędzy wysokim poziomem lęku a postrzeganiem czasu jako przykrego (CPK). Osoby starsze, które doświadczają wysokiego poziomu lęku – stanu, mają większą skłonność do określania czasu w kategoriach negatywnych, czas jest przez nie postrzegany jako niosący rozczarowanie, okrutny, wrogi i przebiegły. Czas jawi się w takiej sytuacji jako zagrażający.

Wyniki badanej grupy wskazują również, że osoby starsze, doświadczające wysokiego poczucia lęku jako cechy, mają większą skłonność do postrzegania czasu jako niespokojnego, a także jako

obszaru, w którym brakuje harmonii. Czas wywołuje u nich osób poczucie zagubienia, strach i chaos. Nie są to czynniki sprzyjające harmonizowaniu i integrowaniu różnych aspektów życia.

Z opisanych wstępnych wyników badań wyłania się ciekawy obraz funkcjonowania osób starszych w kontekście przyjmowanej przez nie perspektywy czasowej i jej powiązań z lękiem. Jest to obraz mało harmonijny i naznaczony lękiem. Dominacja wysokiego poczucia lęku u respondentów powoduje nasilenie się czynników związanych z doświadczaniem chaosu, poczuciem zagubienia w czasie. Należy przypuszczać, że źródeł i przyczyn ukazanych korelacji można poszukiwać w różnorodnych obszarach. Jako pierwsze postawić można pytanie o bilans życiowy i podsumowanie osiągnięć życiowych. Opierając się na danych empirycznych, można zakładać, że osoby dokonujące pozytywnego bilansu życiowego będą bardziej skłonne do konstruowania pozytywnej perspektywy czasowej w porównaniu z osobami, które dokonują negatywnej kategoryzacji własnych osiągnięć życiowych. Można również przypuszczać, że posiadana przez badane osoby starsze perspektywa czasowa jest związana z celami, które stawia sobie jednostka. Dla jednych seniorów okres starości może być czasem na spełnienie marzeń i planów, których do tej pory nie mogli zrealizować, a dla innych będzie czasem lękowego przewidywania, które w rezultacie może okazać się niekorzystne dla danej osoby. Ponadto warto w tym kontekście postawić pytanie o emocjonalność osób starszych i ewentualne objawy psychopatologiczne. Jednakże szczegółowe omówienie tego zagadnienia wykracza poza ramy niniejszego artykułu.

## Podsumowanie i dyskusja

Podsumowując uzyskane wyniki badań, można zauważyć, że udało się uzyskać interesujące wskaźniki i powiązania. Na poziomie

ogólnym, czyli wyników średnich, najbardziej znaczącym aspektem w percepcji czasu okazała się skala Czasu przykrego, która jako jedyna w wynikach stenowych jest na poziomie wysokim. Wyniki ogólne w skalach lęku znajdują się na poziomie przeciętnym, a więc nie są to wyniki wyróżniające grupę. Interesujące zależności udało się wykazać na poziomie powiązań korelacyjnych pomiędzy skalami percepcji czasu a lękiem. W badanej grupie najbardziej znaczącym obszarem jest lęk ujmowany jako cecha, który wykazuje liczne korelacje z wybranymi skalami, które kategoryzują percepcję czasu. Im wyższy poziom lęku u osób starszych, tym częściej spostrzegają one czas w kategoriach jego skończoności (SCZ), czasu przykrego (CZP) czy wrogiego (CZW). Wraz ze wzrostem poziomu lęku jako stanu wzrasta również poczucie zagubienia w czasie (ZAG) oraz poczucie chaosu temporalnego (CHT). Wydaje się, że tak ujmowana perspektywa czasowa – w połączeniu z wysokim lękiem – może ujemnie wpływać na dokonywanie bilansu życia, ogólne samopoczucie, w tym również doświadczaną przez człowieka jakość życia.

Badania C. Nosala i B. Bajcar wskazują, że koncentracja na czasie teraźniejszym wiąże się z wyższym poziomem ekstrawersji, postawą fatalistyczną i niedocenianiem wytrwałości w działaniu. Na podstawie analizy skupienia autorzy wyodrębnili dwa kontrastujące ze sobą profile temporalne: reaktywny i proaktywny. Pierwszy wskazuje na silną koncentrację na teraźniejszości, której towarzyszą: bezpośredni i doraźny sposób reagowania, brak umiejętności poznawczego kontrolowania upływu czasu oraz niski poziom temporalnej organizacji działania (Zając-Lamparska 2013). Przyjmowanie takiego profilu temporalności wiąże się z negatywną oceną samego czasu, dużą zmiennością i niecierpliwością w osiągnięciu celów życiowych, trudnościami w mobilizowaniu się do działania oraz łatwą rezygnacją z podejmowanych działań, lękiem i poczuciem nieprzystosowania w kontaktach społecznych, utrzymywaniem dystansu wobec ludzi, biernością

umysłową i tendencją do stereotypowego myślenia, awersją wobec nowości i niepewności.

Wydaje się, że uzyskane wstępne wyniki badań powinny być interpretowane z pewną ostrożnością – z uwagi na liczebność badanej grupy. Mogą jednak stać się inspiracją do stawiania kolejnych pytań i formułowania hipotez badawczych w dalszych badaniach empirycznych. Niewątpliwie perspektywa temporalna osób w okresie późnej dorosłości jest obszarem, który wymaga kolejnych analiz badawczych. Istotne i ważne wydaje się prowadzenie pogłębionych badań z tego zakresu.

## Bibliografia

- Bajcar B. (2002). Wskaźniki czasu psychologicznego: przegląd ważniejszych narzędzi pomiaru. *Przegląd Psychologiczny*, 45(4), 411–429.
- Brown J. (2016). A relationship between time perspective and state-anxiety. *American Journal of Undergraduate Research*, 13(3), 33–39.
- Carstensen L.L. (1995). Evidence for a life-span theory of socio-emotional selectivity. *Current Directions in Psychological Science*, 4(5), 151–156.
- Carstensen L.L., Turan B., Scheibe S., Ram N., Ersner-Hershfield H., Samanez-Larkin G.R., Brooks K.P., Nesselroade J.R. (2011). Emotional experience improves with age: Evidence based on over 10 years of experience sampling. *Psychology Aging*, 26, 21–33.

- Charles S.T. (2010). Strength and vulnerability integration: A model of emotional well-being across adulthood. *Psychological Bulletin*, 136, 1068–1091.
- Desmyter F., De Raedt R. (2012). The relationship between time perspective and subjective well-being of older adults. *Psychologica Belgica*, 52(1), 19–38.
- Laurerio-Martinez D., Trujillo C.A., Unda J. (2017). Time perspective and age: A review of age associated differences. *Frontiers in Psychology*, 8, 101.
- Lee S., Koffler R.E., Sprague B.N., Charles S.T., Ram N., Almeida D.M. (2016). Activity diversity and its associations with psychological well-being across adulthood. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 00(00), 1–11.
- Lennings C.J. (2000). Optimism, satisfaction and time perspective in the elderly. *International Journal of Aging and Human Development*, 51, 167–181.
- Lewin K. (1951). *Field theory of social science: Selected theoretical papers*. New York: Harper & Brothers.
- Łukaszewski W. (1983). Orientacja temporalna jako jeden z aspektów osobowości. W: W. Łukaszewski (red.). *Osobowość – orientacja temporalna – ustosunkowanie do zmian*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Łukaszewski W. (1984). *Szanse rozwoju osobowości*. Warszawa: Książka i Wiedza.
- Nosal C. (2002). Problem umysłowych reprezentacji czasu i poziomów temporalności. *Studia Psychologiczne*, 10, 55–70.
- Nosal C., Bajcar B. (2004). *Czas psychologiczny. Wymiary, struktura, konsekwencje*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.

- Sobol-Kwapińska M. (2007). *Życ chwilą? Postawy wobec czasu a poczucie szczęścia*. Lublin: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Sobol-Kwapińska M. (2011). *Kwestionariusz Metafory Czasu (KMC). Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Straś-Romanowska M. (2009). Późna dorosłość. Wiek starzenia się. W: B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.). *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia*. T. 2. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Studen S. (2011). *Psychologia starzenia się i starości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Wrześniewski K., Sosnowski T., Jaworowska A., Fecenec D. (2011). *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku. Polska adaptacja STAI*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Zajac-Lamparska L. (2013). Czas terazniejszy w funkcjonowaniu człowieka. Perspektywa psychologiczna. *Szkice Humanistyczne*, 13(1), 215–225.
- Zimbardo P.G., Boyd J.N. (1999). Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1271–1288.
- Zimbardo P.G., Boyd J.N. (2009). *Paradoks czasu*. Tłum. A. Cybulko, M. Zieliński. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.





# Praca z osobami starszymi z demencją – doświadczenia praktyczne opiekuna

## Streszczenie

Wychowanie jest procesem całościowym, obejmuje też okres starości, która może być naznaczona demencją. Choroba ta pozbawia ludzi starszych możliwości świadomego i konstruktywnego działania, niezależnie od tego, czy są sprawni fizycznie, czy np. poruszają się jedynie z pomocą wózka inwalidzkiego. Osoby z demencją nie mogą samodzielnie egzystować, są zdane na całodobową pomoc bliskich lub zatrudnionego opiekuna. Sprawowanie opieki wymaga cierpliwości, staranności i zaangażowania ze strony osób, które podejmują się tego działania.

**Słowa kluczowe:** wychowanie, demencja, ludzie starsi, opiekunowie, całodobowa opieka.

## Care of the elderly with dementia – carer's experience

### Summary

Upbringing is a lifelong process, it also includes the period of old age affected by dementia. This disease deprives the elderly of the possibility of conscious and constructive action regardless of whether they are physically fit or they move only on a wheelchair.

Persons suffering from dementia can not exist independently, they depend on 24-hour assistance of their relatives or an employed carer. Taking care requires patience, diligence and commitment on the part of persons who undertake such action.

**Keywords:** upbringing, dementia, the elderly, carers, 24-hour care.

## Przejawy demencji u podopiecznych

Procesom wychowania człowiek podlega w ciągu całego życia, a więc także wtedy, gdy jest już osobą starszą i chorą, wymagającą stałej opieki. W tej sytuacji znacząca jest rola opiekuna, który pomaga w codziennej egzystencji i jednocześnie wspiera rozwój ludzi w ostatnim już okresie ich życia, gdy zmagają się oni chociażby z demencją. Objawy tej choroby i sposoby radzenia sobie z nimi chciałabym omówić na podstawie funkcjonowania czterech moich podopiecznych, spośród których dwoje jest sprawnych fizycznie, a dwoje porusza się tylko z pomocą wózka inwalidzkiego. Na wstępie przedstawię pokrótce sylwetki osób, którymi opiekowałam się od 2 do 4 miesięcy w 24-godzinnym systemie pracy.

Pani Julia<sup>1</sup> ma 72 lata. Jest niewysoką i szczupłą osobą. Wykonywała zawód nauczycielki plastyki i jednocześnie malowała, głównie pejzaże. Wiele jej obrazów zdobi ściany okazałego, czteropoziomowego domu, w którym mieszka jedynie z opiekunką. Jest niezamężna i bezdzietna. Formalnie panią Julię opiekuje się brat wraz żoną, mieszkający jednak w innym, odległym mieście. Mężczyzna niedawno przeszedł zawał serca, nie odwiedza więc siostry w jej domu, ale chętnie ją gości wraz z opiekunką w swym

---

<sup>1</sup> Imiona podopiecznych zostały zmienione.

miejscu zamieszkania. Jego żona przyjeżdża samochodem zazwyczaj raz na dwa tygodnie i zabiera panią Julię wraz z opiekunką do swego domu. Wizyta trwa kilka godzin. Pani Julia spotyka się w tym czasie jeszcze z innymi zaproszonymi gośćmi, przysłuchuje się rozmowom, rzadko zabiera głos. Jej najbliżsi dbają o to, aby miała kontakt z innymi, znanymi od wielu lat osobami. W tym celu do pani Julii przychodzi codziennie na dwie godziny jej dawna znajoma, którą kobieta rozpoznaje i darzy dużą sympatią. Jest to jednocześnie czas wolny dla opiekunki. Raz w tygodniu – już od około 20 lat – odwiedza panią Julię jeszcze inna znajoma, która porządkuje ten wielki obiekt. Wizyty wywołują uśmiech na twarzy gospodyni domu.

Pan Karol to 84-letni, wysoki, dobrze zbudowany mężczyzna. Z zawodu mechanik. Zamieszkuje parter własnego jednorodzinnego domu, który składa się z sypialni, pokoju gościnnego, kuchni, łazienki i przedpokoju. Od kilku lat jest wdowcem, ale niekiedy pyta, czym akurat zajmuje się jego żona. Ma jednego syna, dwoje dorosłych już wnuków i rocznego prawnuka. Rodzina mieszka w tym samym mieście, ale odwiedza chorego raz lub dwa razy w miesiącu i spędza z nim jedną lub dwie godziny. Na początku spotkania najbliżsi informują podopiecznego, kim są, jakie mają imiona. Pan Karol nie rozpoznaje ich i bywa skrępowany. Następnie rodzina najczęściej opowiada, co wydarzyło się od ostatniego spotkania, a ojciec i dziadek milczy, nie wypowiada się, choć chętnie się śmieje. Jego głośnym śmiechem naznaczone są też dwukrotne w ciągu każdego dnia wizyty pielęgniarzy. Pan Karol jest diabetykiem i przyjmuje insulinę w zastrzykach.

Pani Julia i pan Karol są osobami sprawnymi fizycznie, poruszają się samodzielnie. Natomiast pani Maria i pan Ludwik muszą korzystać z wózków inwalidzkich z powodu wcześniejszego upadku i przebytej operacji.

Pani Maria ma 86 lat, jest wysoką i szczupłą osobą. Zajmuje 100-metrowe mieszkanie na ostatnim piętrze wielorodzinnego

bloku z windą. Ukończyła wyższą szkołę muzyczną w klasie gry na skrzypcach i filologię germańską na uniwersytecie. Interesowała się teatrem i przez wiele lat zamieszczała swe szkice krytyczne w renomowanym dzienniku o zasięgu ogólnokrajowym. Przez ostatnie 20 lat zawodowego życia pracowała jako profesor literatury na uniwersytecie. Przed wielu laty rozstała się ze swym mężem, a córką z tego związku opiekowali się jej rodzice. Obecnie córka mieszka niedaleko, ale matkę odwiedza raz lub dwa razy w roku. Nie ma między nimi także kontaktu telefonicznego. Pieczę nad panią Marią sprawują nieco młodsze od niej wieloletnie przyjaciółki, które odwiedzają ją co dwa–trzy dni i pozostają dwie–cztery godziny, a podczas weekendów spędzają z nią czas przez siedem–osiem godzin. Wówczas kobiety wyjeżdżają do restauracji lub na wycieczkę poza miasto.

Pan Ludwik to 84-letni, wysoki i szczupły mężczyzna, który jeszcze przed dziesięcioma laty był uznanym doradcą w zakresie bankowości. Jest żonaty, ma dwoje dorosłych już dzieci oraz troje wnuków w wieku szkolnym. Podopieczny mieszka w dużym jednorodinnym domu wraz z żoną, która ma trudności z akceptacją jego stanu zdrowotnego i codziennie na wiele godzin pozostawia go tylko z opiekunką. Małżonka skupiona jest na ich wspólnej przeszłości, często ogląda zdjęcia i wspomina uczestnictwo w spotkaniach towarzyskich, w premierach operowych czy koncertach w filharmonii. Dzieci mieszkają w znacznie oddalonych miejscowościach i odwiedzają rodziców raz na dwa miesiące, przebywając z nimi wówczas kilka godzin w ciągu dnia. Przedpołudnia i wieczory pan Ludwik spędza w łóżku. Trzy razy dziennie przychodzi do niego pielęgniarka i w ramach prywatnej usługi zmienia mu pampersy i obmywa jego ciało. Tuż przed spożyciem obiadu chory jest sprowadzany do pozycji siedzącej na łóżku, co wiąże się z wielkim wysiłkiem i bólem, a potem zostaje umieszczony na wózku inwalidzkim.

Przedstawieni podopieczni mieszkają w dużych miastach. Wszyscy cierpią na zaawansowany stopień demencji. Poruszają się, wykonują określone czynności, ale w sposób nieświadomy. Nie można z nimi na ten temat rozmawiać, snuć refleksji. Ich zachowania są często inicjowane i korygowane przez członków rodziny lub przez opiekuna. Musi on być przy nich cały czas, wiedzieć, gdzie są i czym się zajmują. Podopieczni są rozproszeni, nie potrafią się skupić na konkretnym zadaniu. Pani Julia, pan Karol, pani Maria (mimo że na wózku) są bardzo ruchliwi, lubią się przemieszczać, ale opiekun musi czuwać, czy aby nie chcą samodzielnie opuścić pomieszczenia i tym samym narazić się na niebezpieczeństwo. Panie Julia i Maria lubią być w bliskim kontakcie z opiekunką, opowiadają, ale o wydarzeniach z przeszłości, z dzieciństwa i młodości. Na przykład w danym dniu zaczynają relacjonować jakąś historię i powtarzają ją po wielokroć, nie uświadamiając sobie, że została już ona opowiedziana kilka razy. Pan Karol nie opowiada, pyta jedynie niekiedy, gdzie jest jego żona. Pan Ludwik nie nawiązuje kontaktu słownego. Przyjemność zdaje się sprawiać mu słuchanie opowieści opiekunki, na przykład o tym, jak wygląda przyroda za oknem. Gdy jest w łóżku, głównie krzyczy: „Pomocy!”. Uspokaja się, gdy członek rodziny lub opiekunka są przy nim i gładzą go po ręce. Pani Julia oraz panowie Karol i Ludwik nie rozpoznają swych najbliższych, ale aprobują ich obecność. Natomiast pani Maria pamięta twarze swych przyjaciółek, cieszy się na ich widok. Lubi do nich dzwonić i długo rozmawiać przez telefon (numer telefonu musi jednak wybrać opiekunka, bo podopieczna go nie pamięta). Pani Julia ubiera i myje się samodzielnie. Natomiast pozostali chorzy wymagają pomocy w wykonywaniu tych czynności. Pan Ludwik nie umie samodzielnie spożywać posiłków. Jedzenie musi zostać wcześniej odpowiednio rozdrobnione i jest podawane przez opiekunkę. Panie Maria i Julia jedzą samodzielnie, a nawet pomagają przy nakryciu stołu. Pan Karol je sam, ale pokarm także

musi być odpowiednio rozdrobniony. Moi podopieczni (oprócz pana Ludwika, który krzyczy albo jest apatyczny) przeżywają chwile radości związane z ich upodobaniami. Pan Karol lubi się śmiać, szczególnie gdy słucha głośnej muzyki i śpiewa – np. razem z Plácido Domingo. W młodości śpiewał w chórze kościelnym i pozostało to jego pasją. Lubi spacerować po ogrodzie i podziwiać drzewa i kwiaty. Musi mieć jednak przy tym słuchacza. Pani Julia obserwuje i podziwia niebo i chmury. Podczas spaceru potrafi uwolnić się od opiekunki i biec przez pola z głową uniesioną do góry, wyrażając zachwyt nad nieboskłonem. Pani Maria ma duży zbiór płyt z muzyką klasyczną, ale potrafi jej słuchać tylko przez chwilę. Potem staje się znużona. Jednak podczas wyjazdów z przyjaciółkami na koncerty, np. w kościołach, potrafi słuchać muzyki i śpiewu nawet przez dwie godziny. Najchętniej przebywa na powietrzu, w parku. Wszyscy podopieczni odznaczają się brakiem poczucia czasu (nie rozróżniają dnia od nocy) i częstymi wahaniami nastroju, co przybiera niekiedy postać agresji. Wszyscy zażywają lekarstwa, ale są konsultowani z lekarzem rodzinnym tylko w razie potrzeby. Natomiast do pana Karola dwa razy dziennie (rano i wieczorem) przychodzi pielęgniarka, która mierzy mu ciśnienie oraz podaje insulinę w zastrzyku. Pani Maria także otrzymuje zastrzyk insuliny dwa razy dziennie. Kobieta dwa razy w tygodniu przez pół godziny jest rehabilitowana przez fizjoterapeutę w celu usprawniania funkcjonowania kończyn dolnych. Ponadto raz w tygodniu odbywa sesje terapeutyczne z ergoterapeutą, które umożliwiają wyrażenie emocji, oczyszczenie się z napięć psychicznych. W czasie tych spotkań pani Maria najczęściej niezwykle głośno i ze śmiechem wspomina przeróżne sytuacje z przeszłości, a ergoterapeutka nie tylko uważnie słucha, ale także uczestniczy aktywnie w procesie oczyszczania emocjonalnego swej pacjentki. Pan Ludwik jest pod ciągłą opieką pielęgniarki.

Powyższe spostrzeżenia dotyczące codziennego funkcjonowania osób starszych, cierpiących na demencję, są wynikiem

obserwacji uczestniczącej ich opiekunki. Poznaje ona rzetelnie sposób i jakość życia swych podopiecznych, by kompetentnie im pomagać i wspierać w satysfakcjonującym ich rozwoju. Głównym celem tych działań jest utrzymywanie jakości życia chorych na odpowiednim poziomie, czemu służy chociażby codzienne egzekwowanie najmniejszych nawet przejawów ich samodzielności. Ludzie starzy i chorzy powinni bowiem samodzielnie wykonywać czynności, które znajdują się jeszcze w obrębie ich możliwości. Jako przykład niech posłuży codzienna toaleta. Pani Maria i pan Karol mogą samodzielnie myć swe ciała, ale robią to niechętnie. Woleliby, aby czynności te wykonała opiekunka. Nie jest to jednak dobra decyzja, ponieważ może doprowadzić podopiecznego do poczucia bezradności i objawiać się stanami depresyjnymi. Zadaniem opiekunki jest konstruktywne towarzyszenie podopiecznym podczas czynności związanych z pielęgnacją ich ciał – tak aby wykonywali je samodzielnie i czynili to z zadowoleniem. Innym przykładem utrzymywania jakości życia chorego na odpowiednim poziomie są przedsięwzięcia inicjowane przez przyjaciółki pani Marii. Cykliczne słuchanie koncertów chóralnych, zwiedzanie ciekawych miejsc, spotkania ze znajomymi pozwalają pani Marii żyć w poczuciu, że nadal może ona rozwijać swoje pasje wraz z najbliższymi jej osobami. Podobnie jest z panem Ludwikiem. Mimo że umieszczenie ciała w wózku inwalidzkim jest okupione jego wielkim wysiłkiem, a także bólem, to jednak przez kilka godzin w ciągu dnia mężczyzna może w miarę normalnie funkcjonować – spogląda na najbliższych nie tylko z perspektywy łóżka, obserwuje drzewa w ogrodzie, ma szansę swobodnie przetykać podawane mu jedzenie.

Literatura przedmiotu bogata jest w treści prezentujące codzienność osób cierpiących na demencję. Opisuje ona np. możliwe relacje rodzinne osób chorych (Kostka 2009, s. 148), okoliczności związane ze spożywaniem przez nich posiłków (Schwarz

2006, s. 20), spędzanie czasu wolnego (Schwarz 2006, s. 24), różne możliwe reakcje, także agresywne (Schwarz 2006, s. 25).

## Zasady postępowania z chorymi na demencję

Przed przystąpieniem do pracy opiekun powinien znać objawy demencji i jej najcięższej postaci, czyli choroby Alzheimera, od strony teoretycznej. Następnie powinien poznać stan zdrowia i sytuację rodzinną podopiecznego oraz traktować go z szacunkiem jak osobę zdrową. Dopiero z upływem czasu może korygować swe postępowanie w zależności od potrzeb chorego (korzystać z uzyskiwanych od rodziny i personelu medycznego informacji o jego funkcjonowaniu). Ważne jest utrzymywanie stałego porządku dnia, unikanie pośpiechu, eliminowanie nadmiaru bodźców oddziałujących na chorego, posługiwanie się prostym i zrozumiałym językiem (Borzym 2010, s. 47). W dużej mierze podopieczni nie są świadomi tego, co robią, co się wokół nich dzieje, doskonale jednak wyczuwają nastrój opiekuna i innych osób będących obok. Bardzo potrzebują akceptacji, pochwał, wyrazów podziwu, zainteresowania ich życiem (można wspólnie oglądać ich zdjęcia rodzinne, rozmawiać o domowych bibelotach) (Domagała 2008, s. 29). Opiekun cały czas przebywa z podopiecznym, dlatego powinien dbać o dobre, wspierające i bliskie relacje. Musi być cierpliwy, otwarty, dużo mówić (zwłaszcza określać, czym się obecnie zajmuje), pozostawać odporny na objawy niechęci czy niepokoju chorego, dawać mu poczucie bezpieczeństwa. Czas pracy opiekuna można podzielić na dwie części: czynności niezbędne dla funkcjonowania gospodarstwa domowego (należy korzystać z pomocy podopiecznych, którzy np. podczas przygotowywania posiłków robią to, co mogą, i dbać w ten sposób o zachowanie przez nich jak najszerszego zakresu możliwości) oraz czynności rekreacyjne (należy rozpoznać, co podopieczny lubi robić, i towarzyszyć



mu w tych czynnościach, np. spacerowaniu, podziwianiu przyrody, słuchaniu muzyki, uczestniczenia w koncertach muzycznych, spotkaniach ze znajomymi i wyjazdach do krewnych) (Szłapa, Tomasiak, Wrzesiński 2017, s. 11). Od chorego trzeba wymagać, ale ani nie za dużo, ani nie za mało. Należy wykorzystywać w codziennym życiu jego zachowane jeszcze możliwości. Nie wyłączać go z życia, a próbować jego spojrzenie na różne sprawy, unikać niepotrzebnych sporów, pomagać w orientacji. Nie zmieniać jego zwyczajowego rytmu życia. Nie żądać, aby nas zrozumiał – to my powinniśmy rozumieć jego zachowanie i potrzeby (Schwarz 2006, s. 40, 46). Kierując się tym założeniem, należy m.in. zabezpieczyć wszelkie newralgiczne elementy wyposażenia mieszkania: okryć wejścia do gniazdek elektrycznych, zasłonić dostęp do pokręteł kuchenki gazowej lub elektrycznej, zamykać na klucz drzwi wejściowe, używać plastikowych sztućców i naczyń zamiast metalowych i szklanych. Należy także mieć na uwadze kierunek życiowego rozwoju osoby starszej, który może zmierzać do finałowego chaosu lub do integracji osobowości (Erikson 1988, s. 72–73). Dlatego tak ważna jest pielęgnacja odpowiedniej jakości życia podopiecznego. Jak stwierdza amerykański neurochirurg: „Medycyna zna wiele przykładów odzyskiwania jasności umysłu przez chorych na demencję starszych ludzi u kresu życia” (Alexander 2013, s. 202). Zapewne rodzina i opiekunowie podopiecznego, zmagającego się niekiedy przez wiele lat z różnymi przejawami tej ciężkiej i unicestwiającej choroby, chcieliby przy końcu jego ziemskiej egzystencji usłyszeć, że wiódł dobre i godziwe życie. Nie byłoby to możliwe bez ciągłej pomocy rodziny lub zatrudnionego opiekuna.

Praca opiekuna trwa 24 godziny w ciągu doby. Jest bardzo wyczerpująca. Dlatego musi on mieć na uwadze własne samopoczucie, odpowiednio dysponować swym potencjałem fizycznym i psychicznym. Na co dzień powinien postępować zgodnie z przesłaniem: „Jestem przy podopiecznym po to, by mu pomóc”.

## Bibliografia

- Alexander E. (2013). *Dowód. Prawdziwa historia neurochirurga, który przekroczył granicę śmierci i odkrył niebo*. Tłum. R. Śmieta-  
na. Kraków: Znak Litera Nova.
- Borzym A. (2010). Oddziaływania nefarmakologiczne w otępie-  
niu. W: T. Parnowski (red.). *Choroba Alzheimerera*. Warszawa:  
Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Domagała A. (2008). *Choroba Alzheimerera – komunikacja z chorym.  
Poradnik dla opiekunów*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo.
- Erikson E.H. (1988). *Der vollständige Lebenszyklus*. Tłum. na j. nie-  
miecki: W. Klüwer. Berlin: Suhrkamp.
- Kostka T. (2009). Zaburzenia psychogeriatryczne (otępienie, de-  
presja, delirium). W: T. Kostka, M. Koziarska-Rościszewska.  
*Choroby wieku podeszłego*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie  
PZWL.
- Schwarz G. (2006). *Choroba Alzheimerera. Poradnik dla chorych i opie-  
kunów*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Szłapa K., Tomasiak I., Wrzesiński S. (2017). *Jak pomóc nie zapo-  
mnieć? Ćwiczenia pamięci i mowy dla osób z chorobą Alzheimerera  
i innymi zespołami demencyjnym*. Gdańsk: Wydawnictwo Har-  
monia.

**CZĘŚĆ V**

**WKŁAD SENIORÓW  
DO JAKOŚCI ŻYCIA SPOŁECZNEGO**



## Ludzie starzy – strażnicy pamięci i nadziei

### Streszczenie

Człowiek przeżywa swoje życie jako istnienie w nadziei, jako plan do realizacji. Powołanie do pełni człowieczeństwa nie wyklucza cierpienia, co więcej – uczy postrzegania osoby chorej i cierpiącej jako daru dla całej wspólnoty, obecności, która odwołuje się do solidarności i odpowiedzialności. Wzajemne zaufanie, uczciwość, bezinteresowna pomoc, odpowiedzialna wolność, stałe reguły moralne itp., będące podstawowym spoiwem zdrowego społeczeństwa, rzadko rozwijają się bez jakiegoś religijnego kontekstu, a człowiek nie może w pełni zrozumieć siebie samego bez Boga. Chrześcijanin, ukazując własną tożsamość, służy zatem całej społeczności ludzkiej, a więc i tym, którzy nie wyznają wiary katolickiej. Są to wzajemne powiązania, które dają możliwość rozwoju w perspektywie daru z siebie i odkrycia własnej wartości we wspólnocie i współpracy.

**Słowa kluczowe:** nadzieja, pamięć, osoba, realizacja człowieczeństwa, wspólnota.

## Old people – guards of memory and hope

### Summary

Man experiences his life as an existence in hope, as a plan for realization. The creation of humanity does not exclude suffering, moreover, it teaches the perception of a sick and suffering person as a gift for the whole community, whose presence appeals to solidarity and responsibility. Mutual trust, honesty, selfless help, responsible freedom, permanent moral rules, etc., which are the basic bond of a healthy society, rarely develop without any religious context, because man cannot fully understand himself without God. Thus, the Christian, revealing his own identity, serves the whole human community, and therefore also those, who do not share the Catholic faith. These are interrelations that give the opportunity to self-development in the perspective of becoming a gift to others and discovering one's own values on the basis of community and cooperation.

**Keywords:** hope, memory, person, realization of humanity, community.

### Wprowadzenie

Żaden opis osoby ludzkiej nie jest w stanie uchwycić całego jej bytowego bogactwa. Wielostronny dynamizm osoby – mający u swej podstawy rozumną naturę, a bezpośrednio oparty na zdolności wyboru i działania – sprawia, że jednostka wciąż się rozwija, przekształca środowisko i staje się twórcą nowych wartości. Sposób bycia człowieka określany jest nie tylko przez to, co było,

lecz i przez to, co będzie. Mobilizują go nie tylko dotychczasowe osiągnięcia, ale także zadania przed nim stojące, cele i wartości, które może realizować. Działa nie tylko zgodnie z tym, jaki jest, ale i według tego, jaki obraz samego siebie towarzyszy jego byciu.

Człowiek, który się staje, musi zawierać w sobie nie tylko możliwość – (*dynamis*) – warunkującą sam proces stawania się, zmiany, ale musi mieć wytyczony cel – ideał czy ideę, wedle której i ku której owo stawanie się ma być kierowane. [...] nie jest to przecież nic innego, jak idea człowieczeństwa (Stróżewski 1993, s. 55).

Nie wystarczy odwoływać się do dziedzictwa przeszłości. Stawanie się człowieka dokonuje się w nim samym, ale także wobec kogoś i czegoś.

Jeżeli zatem dzieciństwo i młodość są czasem, w którym człowiek stopniowo uczy się swojego człowieczeństwa, rozpoznaje swoje możliwości, poniekąd tworzy projekt życia, który będzie realizował w wieku dojrzałym, to i starość nie jest pozbawiona szczególnej wartości, ponieważ – jak zauważa św. Hieronim – łącząc namiętności „pomnaża mądrość i służy dojrzałszymi radami”. W pewnym sensie jest to czas szczególnie nacechowany mądrością, którą zwykle przynoszą z sobą lata doświadczeń, jako że „czas jest znakomitym nauczycielem” (Jan Paweł II 1999, n. 5).

Ludzie starzy i młodzi są podobni – znajdują się w nieustannym procesie stawania się, choć pozostają na różnych etapach drogi życiowej. Zdarzenia, które stają się udziałem człowieka w podeszłym wieku, w toku przemian dokonujących się na przestrzeni życia wpisują się w historię jego egzystencji, wyznaczają ważne obszary jego aktywności i zaangażowania. Proces

przemian, w następstwie którego kształtują się pozytywna postawa wobec siebie i innych ludzi, właściwa hierarchia wartości, aktywność i zaangażowanie, zdolność podejmowania i realizowania ról odpowiednich do wieku osoby i wymagań środowiska, stanowi o kształcie osobowości i poziomie jej dojrzałości.

## Koloryt starości

Starość stanowi część kondycji ludzkiej. Jest okresem życia człowieka poprzedzonym takimi etapami jak dzieciństwo, młodość, wiek dojrzały. O płynności granic starości decyduje zespół czynników fizjologicznych, psychologicznych, społecznych i kulturowych. Przy całej złożoności problemu ustalenia granicy wieku dość powszechnie za znaczący przyjmuje się moment przejścia na emeryturę – bez wątpienia arbitralny, uwarunkowany czynnikami ekonomiczno-społecznymi. Mimo wszystko jest to moment, który znacząco wpływa na kondycję psychiczną osób odchodzących od czynnego życia zawodowego. Analizy demograficzne konsekwentnie zwracają uwagę na procesy starzenia się społeczeństw, a starość we współczesnej cywilizacji ze sprawy prywatnej i rodzinnej staje się szerokim zjawiskiem społecznym, zaprzętającym uwagę rządzących państwem, zmuszającym do troski i opieki prawnie regulowanej. Charakterystyczną właściwością normalnego starzenia się jest stopniowe, harmonijne osłabianie funkcji życiowych przy zachowaniu przystosowawczych i kompensacyjnych możliwości organizmu, zapewniających jego fizjologiczną równowagę na nowym poziomie. Jednak proces starzenia się może przebiegać nieprawidłowo, los może obarczać starzejącego się człowieka różnorodnymi schorzeniami, znacznie redukując możliwości adaptacyjne organizmu oraz ograniczając długość życia. Ponieważ nie ma czytelnych, bezpośrednich relacji i zależności między wiekiem biologicznym a sprawnością i mobilnością,



ważnym wskaźnikiem pomiaru jakości życia jednostkowego są także aktywność, zakres uczestnictwa w życiu społecznym, status, prestiż oraz zdrowie psychiczne. Starość można – a nawet pewnie należy – postrzegać jako zjawisko kulturowe, nie zaś jako chorobę, gdyż jest skutkiem naturalnych zmian, które w przypadku każdej osoby przybierają różne formy. Żadna forma starzenia się nie może jednak wykluczać człowieka ze wspólnoty ludzkiej (Olszewski 1998; Trafiałek 2006).

Wiek kalendarzowy rzadko koresponduje z wiekiem subiektywnym. Pobieżne obserwacje pozwalają na stwierdzenie, że wraz z poprawą egzystencjalnych warunków zwiększa się przeciętna długość życia człowieka.

Według klasyfikacji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) osoby starsze dzielą się na trzy grupy: osoby w podeszłym wieku (między 60. a 75. rokiem życia), w wieku starczym (między 75. a 90. rokiem życia) oraz osoby w wieku sędziwym (powyżej 90. roku życia). Z racji biologicznych zwykle się wyodrębniać następujące rodzaje starości: wczesną starość (45–60 lat), starość właściwą (60–75 lat), długowieczność (75–90 lat) oraz makrobiotyzm, czyli wyjątkową długowieczność (ponad 90 lat) (Zwołński 2003, s. 484)<sup>1</sup>.

Tematyka starości od dawna już stanowi przedmiot szeregu fachowych analiz i diagnoz. Ze względu na bogactwo doświadczenia, narastającą mądrość, wydaje się, że starość jest czasem, który

---

<sup>1</sup> Starość w gerontologii społecznej określana jest jako „nieunikniony efekt (końcowy etap) starzenia się, w którym procesy biologiczne, psychiczne i społeczne zaczynają oddziaływać na siebie synergetycznie, prowadząc do naruszenia równowagi biologicznej i psychicznej bez możliwości przeciwdziałania temu [...]. Za początek starości przyjmuje się umownie 60. lub 65. rok życia, a nieuchronnym końcem starości jest śmierć” (Zych 2007, s. 163).

stanowi kontynuację dojrzałej perspektywy przeszłości – ale faktycznie ma ona różne oblicza. Może być godna, mądra, radosna, pełna nadziei, gdy osoba umie się cieszyć codziennymi sprawami, minionymi wydarzeniami, ma poczucie właściwego wypełnienia zadań. Starość może być także pełna bólu, goryczy, poczucia rozczarowania i zawodu – nie musi to być uzależnione od stanu zdrowia, pozostaje natomiast w związku z zagubieniem się w wartościach, wynika z negatywnej postawy wobec siebie i innych ludzi. To ustosunkowanie się do własnego życia, jego analiza i ocena, określane bywa mianem bilansu życiowego (Steuden 2005). W ciągu życia występuje kilka okresów, w których człowiek dokonuje bilansu: okres dorastania, dorosłości, starzenia się i starości. W każdym okresie życia człowieka ma inne, właściwe sobie cechy.

Jako dziecko jest nieporadny, w młodości – śmiały i porywczy, w wieku męskim nabiera już powagi, na starość staje się w pełni dojrzały; z tych naturalnych właściwości każdego okresu życia winno się korzystać w swoim czasie (Cyceron 1995, s. 59–60).

Zmienność i umowność chronologii w podziale życia na poszczególne jego fazy nie pozostają bez wpływu na indywidualny stosunek człowieka do własnego wieku. Przypisywanie przez jednostkę szczególnego znaczenia jakiemuś doświadczeniu z przeszłości i podporządkowanie mu dalszego biegu życia, interpretowanie wszystkiego, co się później zdarzyło, w jego kontekście – jest swoistym przedłużaniem czasu, który chociaż przeszedł i minął obiektywnie, nadal trwa w poczuciu jednostki i wciąż naznacza jej los. Okres starości to czas zadany, czas reinterpretacji, nowej czy pogłębionej dojrzałości, wiek nadziei, etap, który można dać innym – ale także czas oczyszczania pamięci. Im bardziej życie się oddala a lata kumulują, im więcej jest materii do interpretacji, tym więcej potrzeba pracy nad tą interpretacją, wysiłku, który

w rezultacie pozwala odnaleźć sens życia. Pełnia życia zależy od pełnej realizacji każdego okresu. Świadomie przeżywana starość, w której człowiek umie przewyciężyć skargę i żal dzięki marzeniom i planom, zatrzymuje subiektywne poczucie „bycia bez wieku”, czucia się młodym, uznawania siebie za zmieniającą się podczas własnej ludzkiej egzystencji osobę, która ma do zrealizowania swoje jedyne i niepowtarzalne powołanie (Czerniawska 1999).

Akty decyzyjne człowieka (stapiające w jedno wolne chcenie-miłość i konkretne poznanie, dla wyłonienia z siebie działania lub niedziałania w stosunku do konkretnego dobra realnego lub pozornego) rzeźbią osobową twarz człowieka. [...] Cały sens tzw. doczesnego życia ludzkiego wtedy tylko zyskuje wartość, gdy to wszystko, co człowiek czyni teraz, jest tylko zapoczątkowaniem „pełni” i spełnienia się ludzkiej osoby w jej aktach osobowych (Krąpiec 1999, s. 70–71).

Stan starości, dojrzałości, winien znaleźć oparcie w uniwersalnej prawdzie bytu człowieka. Prawda musi uwzględniać wszelkie bieguny i wymiary. Zatem chrześcijański sens starości jest wariantem „ogólnego sensu życia”. Dramaturgia starości staje się źródłem „podniesionego uczestniczenia” i nadziei pokładanej w życiu Boga, doświadczana jest jako rodzący się „nowy status”. Człowiek, jako istota podniesiona do godności dziecka Bożego, której zadatkami jest uświęcenie jej przez łaskę i uzdolnienie do uczestnictwa w życiu samego Boga, stoi przed zadaniem upodobnienia się w praktyce życia do swego Zbawcy i Nauczyciela. W tym ujęciu sens życia ludzkiego sprowadza się do idei naśladowania Chrystusa Pana. Jako Bóg-człowiek wkroczył On w historię ludzkości, aby w ramach ogólnego planu zbawienia stać się także ucieleśnionym wzorcem doskonałości człowieka. Chrystologiczne aspekty tej perspektywy kierują sens starości ku tajemnicom życia Chrystusowego. Starość jest wartością, jest darem Bożym dla

poszczególnego człowieka, dla rodziny i społeczności. W świetle wiary jest etapem na drodze prowadzącej do domu Boga, który jest Ojcem (Ślipko 1999; Ewertowski 2015)<sup>2</sup>.

Dzieciństwo, młodość, dojrzałość, starość – znaczą fundamentalną *czasowość* podmiotu. [...] Jeśli jego wiara przybiera postać wiary religijnej, to jego cielesność uzyskuje nową przestrzeń sensu: poprzez symbole i sakramenty, wieść o „świętości” życia, a zwłaszcza o uprzywilejowanym *wydarzeniu*, jakim jest „Inkarnacja”: wcielenie, które mówi o historyczności i bliskości, troszczącej się o człowieka, Boga. Dlatego o integralnym związku cielesnego i duchowego wymiaru człowieka pamiętała zawsze myśl biblijna i antropologia teologiczna zarówno klasyków, jak i współczesnych (Tarnowski 2005, s. 79).

Życie każdego człowieka rozpatrywane jako całość jest indywidualnym darem i łaską Bożą, a zarazem wielkim zadaniem do spełnienia.

---

<sup>2</sup> Starość niesie ze sobą bogate doświadczenie życiowe. Biblia Hebrajska nie idealizuje starości, ale przedstawia jej cienie z wielkim realizmem. Niektóre teksty Starego Testamentu wydają się nawet naznaczone pesymizmem. Siwe włosy starca są nie tylko „koroną chwały” (Prz 16,31), ale i źródłem zgryzoty. Są znakiem „przekwitania” w każdym wymiarze, stopniowej utraty władz zmysłowych i sił duchowych. Teksty biblijne wskazują również na drugi, pozytywny aspekt starości. Jest on wyraźny w całej tradycji biblijnej, począwszy od historii patriarchów. Długie życie w bogactwie, zdrowiu, w otoczeniu licznych dzieci i wnuków oraz w powszechnym szacunku – to oznaki Bożego błogosławieństwa (Tronina 2011).

## Pamięć i mądrość życiowa

Wartość osoby, stanowiąca o istocie człowieczeństwa, jest zadana do realizacji w toku całego życia. Człowiek jest, a zarazem staje się osobą. Otwiera się na przestrzeń osobowego rozwoju, który dokonuje się w działaniu i osadzony jest w czasie. Z racji przeżytych lat i nabytych doświadczeń starość jest ważnym i dynamicznym etapem trwającego całe życie procesu rozwojowego. Zgodnie z przesłaniem mądrości – w skorupce, która trąci tym, czym za młodu nasiąkła, starość stwarza przestrzeń wymiany, dzielenia się doświadczeniami, wzajemnej pomocy, zwłaszcza w sytuacji ograniczonej sprawności. Przekraczanie siebie i własnego wieku dokonuje się na drodze refleksji, świadomego uczestnictwa w codzienności, odsłaniającego znaczenie poszczególnych wydarzeń w osobowym rozwoju człowieka. Ważne jest również stwarzanie okazji do spotkania pokoleń, wzajemnego uczenia się, przede wszystkim postawy miłości, stanowiącej wyraz szczególnego daru i wymiany (Uzar-Szcześniak 2015).

Gdy dzieciństwo i młodość żyją pod znakiem przyszłości („jak dorosnę”, „gdy będę miał posadę”), a wiek dojrzały obraca się w kategoriach terażniejszości, bo jest przeżywaniem i wykonywaniem obowiązków jednostkowych i rodzinnych („dzisiaj czeka na mnie taka praca”, „mam zrobić zakupy”, „staram się o posadę”), to człowiek stary żyje przeszłością, wspomina czasy, gdy był młody, gdy osiągał sukcesy, był zdrowy i silny. W pierwszym okresie życia człowiek żyje nadzieją, wyobraźnią, marzeniami; w wieku dojrzałym na pierwszy plan wysuwa się przeżywanie terażniejszości, osąd, ocena rzutująca w przyszłość, w starości zaś dominuje pamięć (Pastuszka 1999, s. 32)<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Papież Franciszek podkreśla, że: „nie można wychowywać bez pamięci [...]”. Opowiadania osób starszych czynią wiele dobrego dzieciom i młodzieży,

Cała przeszłość kroczy za człowiekiem i odciska swe ślady w jego przeżyciach i pamięci. Człowiek koduje (rejestruje) i magazynuje informacje, które zdobywa na wiele sposobów: przez obserwację świata, podczas tworzenia wyobrażeń, jako skutek rozumowania oraz działając. Żyje przeszłością skondensowaną w dawnych obrazach, w pojęciach, w postawach życiowych. Pamięć usprawnia ludzkie funkcjonowanie w sytuacjach znanych i zupełnie nowych. Jest zdolnością przechowywania, odnawiania i rozpoznawania treści poznawczych, dawniej przeżytych. Zatem

[...] ludzie starzy pomagają nam mądrzej patrzeć na ziemskie wydarzenia, ponieważ dzięki życiowym doświadczeniom zyskali wiedzę i dojrzałość. Są strażnikami pamięci zbiorowej, a więc mają szczególny tytuł, aby być wyrazicielami wspólnych ideałów i wartości, które są podstawą i regułą życia społecznego. Wykluczyć ich ze społeczeństwa znaczy w imię nowoczesności pozbawionej pamięci odrzucić przeszłość, w której zakorzeniona jest terażniejszość. Ludzie starsi dzięki swej dojrzałości i doświadczeniu mogą udzielać młodym rad i cennych pouczeń (Jan Paweł II 1999, n. 10).

Dzięki zachowaniu i transmisji różnych form pamięci możliwe jest istnienie ludzi w terażniejszości i w perspektywie przyszłości. Obecność ludzi starszych może wzbogacić proces humanizacji społeczeństwa i kultury. Mechanizm transmisji pamięci przesądza więc, że

---

ponieważ łączą je z historią przeżytych czy to przez rodzinę, dany region czy też ojczyznę. Rodzina, która nie szanuje i nie dba o swoich dziadków będących jej żywą pamięcią, jest rodziną rozbitą. Natomiast rodzina, która pamięta, jest rodziną, która ma przyszłość. Dlatego też, »cywilizacja, w której nie ma miejsca dla osób starszych lub są one odrzucane, bo stwarzają problemy, jest nosicielem wirusa śmierci«, ponieważ »odrywa się od swoich korzeni« (Franciszek 2016, n. 193).

[...] życie osób starszych ułatwia nam zdanie sobie sprawy z hierarchii wartości ludzkich; ukazuje ciągłość pokoleń [...]. Osoby starsze ponadto mają charyzmat przekraczania barier między pokoleniami, zanim one zaistnieją (Jan Paweł II 2000, n. 27).

Obecność ludzi starszych w świecie jest darem i duchowym bogactwem, swoistym „znakiem czasu”.

Za każdym razem, gdy staramy się odczytywać znaki czasu w aktualnej rzeczywistości, jest rzeczą stosowną słuchać młodych i osób starszych. Jedni i drudzy są nadzieją narodów. Starsi wnoszą pamięć i mądrość doświadczenia zachęcającą, by nie powtarzać niemądre tych samych błędów z przeszłości. Młodzi wzywają nas do rozbudzenia i pogłębienia nadziei, ponieważ noszą w sobie nowe tendencje ludzkości i otwierają nas na przyszłość, abyśmy nie zamknęli się w nostalgii za strukturami i zwyczajami, które nie są już nosicielami życia w dzisiejszym świecie (Franciszek 2013a, n. 108).

Osoby starsze stają się dla młodych przewodnikami i mistrzami życia. Niejednokrotnie tak właśnie bywa, że młodzi od swych dziadków uczą się męstwa, wytrwałości, spokojnego spojrzenia na ludzkie sprawy, wyrozumiałości dla ludzkiego błędu, opanowania i cierpliwości w znoszeniu dolegliwości i chwilowego osamotnienia. Ludzie starsi dokonują tego przez sam fakt, że coś w życiu osiągnęli i do czegoś doszli, znają odpowiedź na wiele zasadniczych pytań dotyczących ludzkiej egzystencji. Są pogodzeni z życiem, ale nie zrezygnowani. Dzięki swojej życiowej mądrości i doświadczeniu stają się pomocni w wychowywaniu młodych pokoleń, są ważnym ogniwem łączącym rodziny i naród (Strojek 2016).

Wasze życie – stwierdza Jan Paweł II – ukazuje ciągłość pokoleń i daje wam horyzont, z którego można osądzać nowe zdarzenia i odkrycia. Przypominacie światu o mądrości wcześniejszych pokoleń, chociaż przyczyniliście się do mądrości tego jednego pokolenia. [...]. My potrzebujemy waszego doświadczenia i waszych opinii. Potrzebujemy wiary, która umocniła was i ciągle jest waszym światłem. Potrzebujemy waszego przykładu cierpliwego oczekiwania i zaufania. Chcemy dostrzegać w was tę dojrzałą miłość, którą macie, tę miłość, która jest owocem waszego życia, zarówno w radości jak i smutku. A ponadto, potrzebujemy waszej mądrości, ponieważ wy potraficie dawać poczucie bezpieczeństwa w czasie niepewności. Potraficie zachęcić do życia stosownie do najwyższych wartości ducha. Te wartości wiążą nas z ludźmi wszystkich czasów i one nigdy się nie starzeją (Jan Paweł II 2002, s. 294).

W starości człowiek czuje pełny smak życia i pragnie je przedłużyć. Odczuwa ciągle wkraczanie czynników nieprzewidzianych, które wpływają na kierunek ludzkiej egzystencji. Nie jest wyłączony z procesu aktualizowania swej osobowości przez działanie. W perspektywie nowych wartości redefinicji ulega własna tożsamość, społeczne i zawodowe role, odniesienie do ludzi i do Boga.

Wewnętrzna wartość wszelkich zajęć polega [...] na tym, że budzą one w starym człowieku przekonanie, że mimo swego wieku może on nadać życiu jakiś sens. [...] nie chodzi więc o to, czy ktoś jest młody czy stary, ani ile może mieć lat. Chodzi raczej o to, czy czas i świadomość człowieka wypełnione są czymś, czemu się poświęca, i czy może mieć on poczucie, że mimo swego wieku nadal żyje życiem wartościowym i samego siebie godnym, jednym słowem, że nawet w podeszłych latach wewnętrznie realizuje siebie (Frankl 1978, s. 36–38).



Człowiek, pozostając w coś zaangażowanym, daje siebie w zastaw sprawie, która go pochłania, nie tracąc jednak przy tym zdolności refleksji nad całą sytuacją. Rezultatem może być to, że

[...] nadzieja drugiego staje się również moją nadzieją, że cudze męstwo pobudza również mnie do męstwa, że mądrość lub wolność drugiego „zapładniają” moją mądrość lub wolność (Tischner 1998, s. 155).

Współuczestnicząc w procesie wychowania najmłodszego pokolenia, ludzie starsi uobecniają najważniejsze wartości społeczne, których osiągnięciu niejednokrotnie poświęcili całe swe życie. Ukazują wzory zachowań, przekazują historię narodu, są istotnym ogniwem w budowaniu tożsamości kulturowej. W tym też kontekście

[...] człowiek stary jest nie tylko „przedmiotem” troski, opieki i służby. [...] Może i powinien wykorzystywać bogate doświadczenie, jakie zdobył w ciągu lat swojego życia, aby *przekazywać mądrość, świadczyć o nadziei i miłości* (Jan Paweł II 1995, n. 94).

W formowaniu właściwej postawy ważną rolę odgrywają momenty religijne. Biblia ukazuje człowieka starego jako uosobienie kogoś, kto jest pełen mądrości i bojaźni Bożej. W tym sensie dar starości można określić jako obecność w Kościele i społeczeństwie świadka tradycji i wiary, nauczyciela życia. Treść przeżywanego transformacji doświadczenia religijnego może być bardzo różnorodna, uwarunkowana dotychczasową historią życia. Zatem – jak podkreśla papież Franciszek –

[...] osoby starsze pomagają dostrzec „następstwo pokoleń”, poprzez „charyzmat wypełniania przedziałów między pokoleniami”. To właśnie dziadkowie często zapewniają przekazywanie

wielkich wartości swoim wnukom, a „wiele osób może potwierdzić, że właśnie swoim dziadkom zawdzięcza wprowadzenie w życie chrześcijańskie”. Ich słowa, ich przytulenia lub sama ich obecność pomagają dzieciom w rozpoznaniu, że historia nie zaczyna się od nich, że są spadkobiercami długiej drogi oraz że trzeba respektować poprzedzające nas tło dziejowe. Osobie, która zrywa więzi z historią, trudno będzie nawiązywać trwałe relacje i uznać, że nie jest panem rzeczywistości (Franciszek 2016, n. 192)<sup>4</sup>.

Przebyta droga życiowa, a także nowe doświadczenia tego okresu sprawiają, że ludzie, którzy mają za sobą większą część życia, mogą być słuchani jako ci, którzy oferują nowy sens zdażeń, nowe znaczenia. Wartości duchowe mogą stać się nie tylko przedmiotem refleksji, ale także czymś, co nadaje sens życiu, pogłębia i wzbogaca egzystencję człowieka.

---

<sup>4</sup> Podobnie Jan Paweł II podkreśla, że: „Chrześcijańska wspólnota może wiele skorzystać dzięki obecności osób w podeszłym wieku. Mam na myśli zwłaszcza sferę ewangelizacji: jej skuteczność nie zależy w głównej mierze od sprawnego działania. W jakże wielu rodzinach wnuki poznają podstawy wiary dzięki dziadkom! Jednak ludzie starsi mogą wносить dobroczynny wkład także w wielu innych dziedzinach. Duch działa, jak i gdzie chce, nierzadko posługując się ludzkimi środkami, które w oczach świata uchodzą za mało znaczące. Wiele osób znajduje zrozumienie i wsparcie u ludzi starych, umiejących dodać otuchy przez życzliwą radę, milczącą modlitwę, świadectwo cierpienia znoszonego z wytrwałą ufnością. Właśnie wówczas, gdy słabną siły i zdolność działania, nasi sędziwi bracia i siostry stają się szczególnie cennymi narzędziami tajemnych zamysłów Opatrzności” (Jan Paweł II 1999, n. 13).

## Zaufanie i powiernictwo nadziei

Zaufanie pokładane w drugim człowieku jako osobie zakłada, że jednostkę ludzką należy ujmować jako podmiot otwarty, ukierunkowany intencjonalnie, realizujący się poprzez spełnianie wartości. Człowiek „godny zaufania” jest pewną wartością.

Zaufanie jest oddaniem się do dyspozycji drugiego, powierzeniem mu swej nadziei. Nie powierzałbym nadziei komuś, do kogo nie miałbym zaufania, nie okazywałbym rozporządzalności komuś, o kim z góry wiem, że czyha na jej wykorzystanie. Ufając oddaję w jego ręce nie tylko moje nadzieje ale i całego siebie, mając pewność, że nie zostaną wykorzystane, że drugi nie potraktuje mnie w kategoriach podmiotowo-przedmiotowych, lecz że zachowany będzie plan równości (Bukowski 1987, s. 252–253).

Z pedagogicznego punktu widzenia ważne jest, aby człowiek, który uświadamia sobie wkroczenie w okres starości, zdawał sobie sprawę z tego, że może i powinien być nadal potrzebny innym, zarówno dorosłym, jak i dorastającym. Senior doświadcza procesów starzenia się, zaś inni, obserwując te doświadczenia, uczą się starości, którą starają się rozumieć. Ważną rzeczą jest, aby relacje międzypokoleniowe tworzyły sensowną całość aksjologiczną odwołującą się i opierającą na wartościach, które mają znaczenie poznawcze, służą racjonalności życia i współżycia międzypokoleniowego. Świadczenie dobra w relacjach zachodzących pomiędzy pokoleniami możliwe jest, gdy miłość wyraża się troską o drugiego człowieka i służy rozwijaniu cnót oraz ich umacnianiu. Miłość taka ma charakter bezwarunkowy (Tchorzewski 2015).

Miłość – stwierdza papież Franciszek – żywi zaufanie, pozostawia wolność, wyrzeka się kontrolowania wszystkiego,

posiadania, dominacji. [...] Równocześnie umożliwia ona szczerść i przejrzystość, ponieważ kiedy ktoś wie, że inni jemu ufają i doceniają jego podstawową dobroć, to wówczas ukazuje się takim, jakim jest, bez ukrywania. Ktoś, kto wie, że zawsze jest podejrzewany, że jest osądzany bez litości, że nie jest kochany bezwarunkowo, będzie wolał zachować swoje sekrety, ukryć swoje upadki i słabości, udawać kogoś, kim nie jest. Natomiast rodzina, w której panuje solidne i miłujące zaufanie, i gdzie zawsze powraca zaufanie mimo wszystko, pozwala, aby ujawniała się prawdziwa tożsamość jej członków i sprawia, że spontanicznie odrzucane jest oszustwo, fałsz i kłamstwo (Franciszek 2016, n. 115).

Kontakty społeczne są potrzebą życiową osób starych. Podobnie jak inni ludzie, chcą one mieć „chwilę dla siebie”, mają potrzebę odosobnienia, wewnętrznego skupienia, chcą „być sobą”, ale całkowita samotność je męczy, czasami przygniata. Czasami chcą popatrzeć na ludzi, zająć ich sobą, nawiązać rozmowę, a przynajmniej przebywać w ich obecności. W relacjach z młodszymi od siebie przeżywają na nowo własną młodość, tęsknotę za nią, a także miłość do życia w ogóle. Boleją, gdy ich zalecenia nie są uwzględniane, a tym bardziej gdy są lekceważone. Ludzie starzejący się i starzy oraz członkowie ich rodzin na ogół odczuwają potrzebę przynależności i poczucia, że łączą ich wzajemne więzy. Ludzkie „ja” implikuje ludzkie „ty” – i dopiero razem tworzą pełnego człowieka (Pastuszka 1999).

Powiernictwo jest tu dwustronne: nie tylko sam przyjmuję nadzieję drugiego, lecz także drugiego obarczam moją nadzieją. Powierając drugiemu moją wolność i moją nadzieję, potwierdzam w nim jego wolność i zarazem jego zdolność do heroizmu, potwierdzam w nim jego będące w ruchu człowieczeństwo (Tischner 2000, s. 92).

Środowiskiem, w którym kształtują się pierwsze formy współzycia i powstają trwałe związki społeczne, jest rodzina. Działają tu silne więzy krwi. Wpływ ten pozostaje przez całe życie.

W kontekście rodzinnym – podkreśla papież Franciszek – uczymy się odnajdywania bliskości, opiekuńczości, pozdrawiania się nawzajem. Tu łamie się pierwszy krąg śmiertelnego egoizmu, aby uznać, że żyjemy obok innych, z innymi, którzy są godni naszej uwagi, naszej życzliwości, naszej miłości. Nie ma więzi społecznej bez tego pierwszego codziennego wymiaru, niemal mikroskopijnego: przebywanie razem w bliskości, mijając się ze sobą w różnych porach dnia, martwiąc się o to, co dotyka nas wszystkich, spiesząc sobie nawzajem z pomocą w małych codziennych sprawach (Franciszek 2016, n. 276).

Życie każdego człowieka wiąże się z przekraczaniem czasu, przechodzeniem z jednego etapu życia na kolejny oraz z tajemnicą wypełniania tych etapów określoną treścią. Starość to czas, w którym człowiek mierzy się z wieloma niewiadomymi. Ich poszukiwanie stanowić może treść niepowtarzalnego życia seniorów i umacniać ich własną tożsamość. Starzenie się osób bliskich i dalszych skłania często młodsze pokolenia do zajmowania wobec nich postaw stanowczych, ale także pełnych ciepła emocjonalnego, jak również racjonalnego, a zarazem wrażliwego zaangażowania w proces wspomagania tych osób odpowiednio do ich potrzeb, których samodzielne zaspokojenie okazuje się z biegiem czasu niemożliwe (Tchorzewski 2015).

Nadzieja jest możliwa tam, gdzie jest powiernictwo nadziei, gdzie człowiek komuś siebie powierza. Aby mogła zaistnieć nadzieja, musi być ktoś, w kim ją pokładamy (Tischner 2011, s. 81).

Życie każdego człowieka to ciągła wymiana opinii, poszukiwanie wspólnych rozwiązań, czyli jest ono doświadczaniem ustawicznego wysiłku i – jak można stwierdzić – swoistego zmierzania ku osobowemu spotkaniu. Wyzwaniem jest zatem budowanie pozytywnych relacji między młodszym i starszym pokoleniem. Bliższe relacje odgrywają kluczową rolę w pozytywnym przeżywaniu starości. Stwarzają przestrzeń wymiany, dzielenia się doświadczeniami, wzajemnej pomocy, zwłaszcza w sytuacji ograniczonej sprawności. Wartością jest również odniesienie do wymiaru duchowego – odkrycie wartości innych niż doczesne, nadających sens zmaganiom starości. W tym też kontekście na uznanie zasługują wszystkie inicjatywy społeczne, dzięki którym ludzie starzy mogą nie tylko dbać o swoją kondycję fizyczną i intelektualną oraz rozwijać relacje z innymi, ale także stawać się przydatni, oddając bliźnim swój czas, umiejętności i doświadczenie (Uzar-Szcześniak 2015)<sup>5</sup>.

Przyszłość społeczeństwa – podkreśla papież Franciszek – [...] jest zakorzeniona w ludziach starszych i w młodzieży – w tej ostatniej, ponieważ ma siłę i wiek, pozwalające budować historię; w tamtych, ponieważ są żywą pamięcią. Lud, który nie troszczy się o osoby starsze i o dzieci oraz młodzież, nie ma przyszłości, ponieważ niszczy pamięć i obietnicę (Franciszek 2013b, s. 165).

---

<sup>5</sup> „W przeszłości dziadkowie odgrywali ważną rolę w życiu i rozwoju rodziny. Także w podeszłym wieku mieli wciąż udział w życiu swoich dzieci, wnuków, a być może i prawnuków, dając na co dzień żywe świadectwo troskliwości, poświęcenia i bezwarunkowego oddania. Byli świadkami osobistej i wspólnotowej historii, która żyła w ich wspomnieniach i mądrości. [...] Starość i jej problemy, związane również z nowymi sytuacjami rodzinnymi i społecznymi, będącymi konsekwencją nowoczesnego rozwoju, powinny być traktowane z rozwagą i zawsze w świetle prawdy o człowieku, o rodzinie i o wspólnocie. Trzeba zawsze mocno reagować na to, co odczłowiecza społeczeństwo” (Benedykt XVI 2008, s. 28–29).

## Zakończenie

Starość jest łącznikiem pomiędzy przeszłością a teraźniejszością. Życie objawia się w niej w całej dojrzałości.

By być usposobionym do prawdziwego spotkania z innymi, konieczne jest skierowanie na nich uprzejmego spojrzenia. Nie jest to możliwe, gdy panuje pesymizm podkreślający ich wady i błędy, być może, aby zrekompensować własne kompleksy. Uprzejme spojrzenie pozwala nam nie zatrzymywać się zbyt-  
nio na ograniczeniach drugiego, a w ten sposób możemy go tolerować oraz zjednoczyć we wspólnym projekcie, pomimo że jesteśmy różni. Uprzejma miłość tworzy więzi, pielęgnuje relacje, tworzy nowe sieci integracji, buduje silne więzi społeczne (Franciszek 2016, n. 100).

Wartość personalistycznego ujęcia starości tkwi w pozytywnym, realistycznym i pogłębionym spojrzeniu na człowieka w podeszłym wieku. Ważnym czynnikiem jest przekonanie o sensie własnego życia, często wynikające ze stosunku do wiary, do uznawanych transcendentnych wartości. W tym też kontekście Tadeusz Gadacz odwołuje się do słów Epikura:

Ten, kto nawołuje, by młodzieniec żył pięknie, a starzec pięknie życie zakończył, jest naiwny nie tylko dlatego, że życie jest zawsze pożądane zarówno przez jednych, jak i drugich, lecz raczej dlatego, że troska o życie piękne nie różni się niczym od troski o jego piękny koniec (Gadacz 2005, s. 19).

## Bibliografia

- Benedykt XVI (2008). Dziadkowie są cennym skarbem każdej rodziny. 5 IV 2008 – Do uczestników XVII Zgromadzenia Plenarnego Papieskiej Rady ds. Rodziny. *L'Osservatore Romano* (wyd. pol.), 5(303), 28–29.
- Bukowski J. (1987). *Zarys filozofii spotkania*. Kraków: Wydawnictwo Znak.
- Cyceron (1995). *Katon Starszy o starości*. Tłum. W. Klimas. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Czerniawska O. (1999). Wymiar czasu a przeżywanie starości. *Ethos*, 3(47), 76–83.
- Ewertowski S. (2015). Duchowość wieku dojrzałego – czasu starości. *Studia Elbląskie*, 16, 289–308.
- Franciszek (2013a). *Adhortacja apostolska Evangelii gaudium*. Częstochowa: Edycja Świętego Pawła.
- Franciszek (2013b). Solidarność między pokoleniami. Przesłanie z okazji 47. Tygodnia Społecznego Katolików Włoskich. *Społeczeństwo*, 5/6, 163–169.
- Franciszek (2016). *Adhortacja apostolska Amoris laetitia*. Wrocław: Wydawnictwo Wrocławskiej Księgarni Archidiecezjalnej.
- Frankl V.E. (1978). *Psychoterapia dla każdego*. Tłum. E. Misiółek. Warszawa: Instytut Wydawniczy Pax.
- Gadacz T. (2005). *O umiejętności życia*. Kraków: Wydawnictwo Znak.
- Jan Paweł II (1995). *Encyklika Evangelium vitae*. Poznań: Pallottinum.
- Jan Paweł II (1999). *List Ojca Świętego Jana Pawła II do osób w podeszłym wieku*. Warszawa: Centrum Duszpasterstwa Archidiecezji Warszawskiej.



- Jan Paweł II (2000). *Adhortacja apostolska Familiaris consortio*. Wrocław: Wydawnictwo Wrocławskiej Księgarni Archidiecezjalnej.
- Jan Paweł II (2002). Jedynie przyjmując, szanując i popierając dar życia, ludzkość uniknie samozagłady. Spotkanie z młodzieżą, starszymi i upośledzonymi na stadionie w Vancouver, 18 września 1984. W: E. Weron, A. Jaroch (red.). *Jan Paweł II. Nauczanie papieskie*. T. 7, cz. 2 (lipiec–grudzień 1984). Poznań: Pallottinum.
- Jan Paweł II (2017). *Posynodalna adhortacja apostolska Christifideles laici*. Wrocław: Wydawnictwo Wrocławskiej Księgarni Archidiecezjalnej.
- Krąpiec M.A. (1999). *Człowiek w kulturze*. Lublin: Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Olszewski H. (1998). Starość i starzenie się. W: W. Szewczuk (red.). *Encyklopedia psychologii*. Warszawa: Fundacja Innowacja.
- Pastuszka J. (1999). Starość człowieka. Rozważania psychologiczne. *Ethos*, 3(47), 29–55.
- Studen S. (2005). Wzrastanie psychiczne człowieka. W: M. Kalinowski (red.). *Wzrastanie człowieka w godności, miłości i miłosierdziu*. Lublin: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Strojek I.M. (2016). Starsi ludzie filarem rodziny wielopokoleniowej, społeczeństwa i Kościoła w nauczaniu Jana Pawła II. *Łódzkie Studia Teologiczne*, 253, 141–158.
- Stróżewski W. (1993). O stawianiu się człowiekiem (Kilka myśli niedokończonych). W: F. Adamski (red.). *Człowiek – wychowanie – kultura. Wybór tekstów*. Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Ślipko T. (1999). Sens życia – sens starości w perspektywie chrześcijańskiej. *Ethos*, 3(47), 15–28.
- Tarnowski K. (2005). *Usłyszeć niewidzialne. Zarys filozofii wiary*. Kraków: Instytut Myśli Jana Pawła II.

- Tchorzewski de A.M. (2015). Starość jako wartość i fenomen pedagogiczny. *Horyzonty Wychowania*, 14(32), 17–42.
- Tischner J. (1998). *Spór o istnienie człowieka*. Kraków: Wydawnictwo Znak.
- Tischner J. (2000). *Świat ludzkiej nadziei*. Kraków: Wydawnictwo Znak.
- Tischner J. (2011). *Miłość nas rozumie. Rok liturgiczny z księdzem Tischnerem*. Kraków: Wydawnictwo Znak.
- Trafiałek E. (2006). Starość. W: T. Pilch (red.). *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*. T. 5. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Tronina A. (2011). Biblia o ludziach starszych. *Vox Patrum*, 56, 231–239.
- Uzar-Szcześniak K. (2015). Personalistyczna perspektywa starości i jej implikacje dla pedagogii osoby. *Forum Pedagogiczne*, 2, 77–93.
- Zwoliński A. (2003). Starość. W: A. Zwoliński (red.). *Encyklopedia nauczania społecznego Jana Pawła II*. Radom: Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne.
- Zych A. (2007). *Leksykon gerontologii*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.

# Osoba starsza jako wartość w rodzinie

## Streszczenie

Celem artykułu jest przedstawienie wartości, których źródło stanowi obecność osób starszych w rodzinach. W pierwszej części opracowania scharakteryzowano demograficzny wymiar starości oraz sytuację zdrowotną i psychospołeczną seniorów. Część druga dotyczy aktualnych modeli wsparcia rodzinnego wczesnej i późnej starości z uwzględnieniem zmian obyczajowych epoki postindustrialnej. W części trzeciej opisano znaczenie udziału seniorów w życiu rodzinnym na płaszczyźnie: dzielenia się życiowym doświadczeniem, budowania relacji interpersonalnych i utrzymywania systemu rodzinnego w całości. Zakończenie jest próbą wskazania pomostów dla dialogu międzypokoleniowego.

**Słowa kluczowe:** osoba w podeszłym wieku, dialog międzypokoleniowy, rodzina.

## The elderly as a value in the family

### Summary

The aim of the article is to present the value that results from the presence of elderly people in families. In the first part of the study, the demographic dimension of old age and the health and

psychosocial situation of seniors were characterized. The second part deals with current models of family support for early and late old age, taking into account the moral changes of the post-industrial era. The third part describes the importance of seniors' participation in family life at the level of: sharing life experience, building interpersonal relations and maintaining the family system in its entirety. The ending is an attempt to indicate bridges for intergenerational dialogue.

**Keywords:** elderly person, intergenerational dialogue, family.

## Wstęp

Starość jest naturalnym etapem życia oraz nieuchronną konsekwencją zmian biologicznych zachodzących w organizmie człowieka. Jej skutki dotyczą psychospołecznego, kulturalnego i ekonomicznego wymiaru egzystencji. Prognozy Światowej Organizacji Zdrowia zakładają, że w 2025 roku na świecie będzie żyło ponad 800 milionów ludzi powyżej 65. roku życia, z czego dwie trzecie w krajach rozwiniętych (WHO 1998). Zmiany demograficzne w Polsce również wskazują na stale zwiększający się w społeczeństwie odsetek ludności powyżej 70. roku życia. Obecnie oscyluje on na poziomie 10%, ale prognozy do 2050 roku informują, że niemal co czwarty mieszkaniec naszego kraju będzie osobą po 70. roku życia (24%) (Babiak 2017). Badacze oraz kreatorzy życia społecznego coraz częściej zadają pytanie, jak powinna wyglądać starość współczesnego człowieka. Czy mimo utraty zdrowia i sił może on nadal pełnić ważne społecznie funkcje, być wartościową osobą dla otoczenia, w którym żyje? Zawarte w niniejszym artykule rozważania są próbą odpowiedzi na postawione pytania.

## Starość – możliwości, bariery, potrzeby

Starość jest „okresem życia następującym po wieku dojrzałym, w którym jest się starym” (Dubisz 2003, s. 1379). Początek procesu starzenia się człowieka przypada na koniec trzeciej i początek czwartej dekady życia. Konsekwencją tego procesu jest wczesna (65–74 lata), późna (75–89 lat) i sędziwa (powyżej 90 lat) starość (Weiss 2012). Wspomniany proces charakteryzuje się powolnymi, nieodwracalnymi zmianami struktury materii w obrębie komórek, tkanek, narządów i układów całego organizmu – zwłaszcza immunologicznego, nerwowego i hormonalnego. Szybkość postępowania oraz charakter zmian starczych uzależnione są od predyspozycji genetycznych, co oznacza, że każdy człowiek starzeje się we właściwym dla siebie tempie, indywidualnie. Na dynamikę procesu starzenia się ma wpływ kondycja zdrowotna osoby (częstość występowania chorób nagłych i przewlekłych), stan zużycia organizmu powstały na skutek niedoborów niezbędnych substancji biochemicznych, przebieg procesów metabolicznych, czynniki psychologiczne (świadomość starości, przemijania), środowiskowe warunki życia (nieodpowiednia dieta, brak ruchu, stres, nałogi) oraz sytuacja społeczno-socjalna osoby (status społeczny, zasobność finansowo-materialna) (Pikuła 2011).

Zmiany biologiczne zachodzące w ludzkim organizmie są pierwszą przyczyną rozpoczynającego się procesu starzenia. Dysfunkcje w obrębie układu kostno-stawowego powodują utratę pełnej sprawności ruchowej (sztywność stawów, zmiana postawy ciała – przygarbienie, zmniejszenie wzrostu). W układzie mięśniowo-szkieletowym dochodzi do stopniowego zaniku masy mięśniowej i kostnej. Starzejący się układ nerwowy odpowiada za spadek szybkości przetwarzania informacji i obniżenie wydajności pamięci. Dostępność bodźców sensorycznych zostaje ograniczona w związku z upośledzeniem funkcji wzrokowych, słuchowych, zapachowych oraz smakowych. Wraz z wiekiem pojawiają

się kłopoty z koncentracją i podzielnością uwagi, choć starzejący się mózg zachowuje zdolności kompensacyjne, tworząc nowe sieci połączeń między komórkami nerwowymi. Ta prawidłowość występuje szczególnie u osób lepiej wykształconych, aktywnych umysłowo.

W wieku senioralnym pojawia się zagrożenie wystąpieniem zaburzeń psychicznych (depresje, psychozy starcze) oraz organicznych uszkodzeń mózgu. Charakterystycznymi cechami wieku senioralnego są spadek odporności na choroby, zwłaszcza infekcyjne, podatność na choroby nowotworowe oraz pojawienie się zaburzeń powodowanych autoimmunoagresją. Osoby starsze chorują częściej. Typowe są dla nich wielochorobowość, przewlekłość procesów chorobowych, cięższy przebieg chorób ostrych oraz groźba powikłań – z jednoczesnym wolniejszym procesem zdrowienia. Zmiany dotyczą również układu hormonalnego, który ma wpływ na funkcjonowanie gruczołów wydzielania wewnętrznego oraz dezorganizację faz snu i czuwania. Starzenie się organizmu kobiety oznacza gwałtowne zmiany w obrębie układu rozrodczego. Utrata płodności po około 40 latach od momentu osiągnięcia dojrzałości płciowej skutkuje zmianami menopauzalnymi, które wpływają na zmianę wyglądu kobiety. Zdrowy mężczyzna może zachować funkcje rozrodcze do późnej starości. Jednak kontakty intymne nie są już intensywne, a rozrost gruczołu prostaty utrudnia funkcje moczowo-płciowe. Zaburzenia w obrębie układu sercowo-naczyniowego prowadzą się do ograniczenia czynności serca, gorszego ukrwienia oraz termoregulacji, powstania zmian miażdżycowych i podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi. Gorsze samopoczucie osoby starszej związane jest również z komplikacjami dotyczącymi przyjmowania posiłków. Stan zdrowia, a także odmiennosć sytuacji socjalnej i rodzinnej (ograniczone środki finansowe, samotność, mniejsza atrakcyjność posiłków) powodują zmiany nawyków żywieniowych, które mogą prowadzić do stanu złego odżywienia, odwodnienia. Układ

pokarmowy odpowiada zaburzeniami trawiennymi, upośledzeniem procesu wchłaniania, zaparciami lub biegunką. Kłopoty ze spożywaniem posiłków wiążą się również z ubytkami stomatologicznymi (Woźniak 2016).

Psychologiczny wymiar starzenia się jest wypadkową przeżytych doświadczeń, umiejętności wartościowania, dostosowywania się do występujących przemian społecznych oraz akceptacji własnych ograniczeń. Starość psychiczna wiąże się z przeobrażeniami w zakresie funkcji poznawczych, możliwości adaptacyjnych oraz relacji społecznych (Steuden 2011). Osoby starsze cechują się mniejszą zdolnością przetwarzania nowych informacji, koncentracji i podzielności uwagi, zapamiętywania i uczenia się nowych rzeczy. Czynności wykonywane są wolniej. Zasadnicze funkcje psychiczne związane ze sprawnością intelektualną (zakres pamięci, rozległość wiedzy, umiejętność logicznego myślenia, zdolność do wykonywania różnych codziennych złożonych czynności czy praktyczny osąd) pozostają na dobrym poziomie do około 75. roku życia, ale osoba starsza ma mniejsze zdolności przystosowawcze i niechętnie akceptuje zmiany w przyjętym rytmie życia. W okresie starości wzrasta stabilność emocjonalna, co ponad wszelką wątpliwość dowiedziono empirycznie. W życiu człowieka starszego przestaje dominować ekspansja. Istotne stają się integracja wewnętrzna, stawanie się sobą, refleksja nad sensem egzystencji i jej przemijaniem.

Badacze nie są zgodni w kwestii pojawiania się uogólnionych zmian osobowości u osób starszych ze względu na wiek życia (Suśłowska 1989). Zazwyczaj przemiany te były wybiórcze i uzależnione od charakterystyki biegu życia: pochodzenia społecznego, wykształcenia, płci, sytuacji materialnej, umiejętności radzenia sobie z trudnymi okolicznościami. Literatura psychologiczna opisuje typy osobowości osób starszych, które są odzwierciedleniem możliwości adaptacyjnych seniorów. Osobowość zintegrowana charakteryzuje się dobrym funkcjonowaniem psychospołecznym

i bogatym życiem wewnętrznym. Jednostki o osobowości zintegrowanej są sprawne i kompetentne w zakresie wykonywania różnych zadań życiowych, otwarte na nowe doświadczenia. Czują się życiowo usatysfakcjonowane. Chętnie – choć w różnym stopniu – angażują się i są aktywne. Osobowość obronna charakteryzuje osoby ambitne, dążące do osiągnięcia sukcesów. Osoby starsze o tym typie osobowości czują zagrożenie starością i pozostają aktywne – jak w wieku średniej dorosłości. Lęk budzą wszelkie oznaki utraty pełnej sprawności fizycznej i psychicznej. Dobre relacje z innymi ludźmi oraz osiągnięte sukcesy tłumią myślenie o starości. Osobowość pasywno-zależna charakteryzuje osoby o małej satysfakcji życiowej i postawie apatycznej. Zazwyczaj poszukują one zależności i wsparcia od innych. Brakuje im aktywności. Osobowość niezintegrowaną przypisuje się jednostkom o małej aktywności społecznej, niskiej satysfakcji życiowej, zaburzonych funkcjach poznawczych i emocjonalnych (Neugarten, Havighurst, Tobin 1968, za: Steuden 2011).

Starość w kontekście społecznym obejmuje wszelkie konsekwencje, jakie ponosi społeczeństwo na skutek starzenia się populacji. Gwałtowne zachwianie proporcji między grupą osób w wieku 60–79 lat a dziećmi w wieku 0–9 lat w Polsce<sup>1</sup> (Uhlenberg 2010) wymusza konieczność zmian w zakresie polityki społecznej i zabezpieczenia społecznego. Obecnie starość społeczna oznacza niemal przymusowe wejście w rolę emeryta, a więc utratę pracy zawodowej, co skutkuje często niekorzystną zmianą sytuacji finansowej, spadkiem pozycji społecznej i stopniowym procesem marginalizacji, który wyklucza seniora z różnych obszarów życia. Najstarsze pokolenie nazywane jest przez socjologów „generacją będącą do dyspozycji”, a więc grupą osób o jednorodnej

---

<sup>1</sup> W Polsce zanotowany zostanie 11-krotny wzrost stosunku osób starszych do młodych na przestrzeni lat 1955–2040, co daje pierwsze miejsce wśród takich krajów jak Stany Zjednoczone, Chiny, Rosja i Włochy.



kategorii, zunifikowaną, wspólnotą ludzi pozbawionych indywidualnych cech.

Barieri biologiczne i psychospołeczne dominujące w starości, lęk przed śmiercią oraz kult młodości sprawiają, iż seniorów postrzega się przez pryzmat krzywdzących stereotypów. Kwintesencją obrazu starości są: zły stan zdrowia, niepełnosprawność, niesamodzielność fizyczna i intelektualna, samotność, wycofanie się z aktywności, gderliwość, brzydota ciała (szczególnie dotycząca kobiet), niechęć do zmian i uczenia się (Chabiera, Tokarz-Kamińska 2012). Niekorzystny wizerunek człowieka starego skutkuje antagonizowaniem pokoleń i konfliktem międzypokoleniowym. Ludzie młodzi dystansują się od starszych, co może rodzić gerontofobię<sup>2</sup>. Tymczasem seniorzy mają również swoje potrzeby – i są one silnie związane z życiem we wspólnocie. Clark Tibbitts (1961) sformułował listę potrzeb seniorów, która zawiera: potrzebę utrzymywania dobrych stosunków z rodziną i stosunków towarzyskich; potrzebę bycia użytecznym i wypełniania określonej roli w grupie społecznej; potrzebę pożytecznego spędzania czasu, odpowiedniej stymulacji umysłowej i psychicznej; potrzebę ochrony zdrowia oraz duchowej satysfakcji.

Główny Urząd Statystyczny (2017a) – w wynikach wieloaspektowego badania ankietowego gospodarstw domowych przeprowadzonego na reprezentatywnej próbie prawie 14 tysięcy mieszkańców Polski – podjął problematykę jakości życia osób starszych. Wyniki sondażu diagnostycznego wykazały, że dla 98% polskich seniorów rodzina i szczęście rodzinne są bardzo dużą (77%) lub dużą (21%) wartością w życiu, znajdującą się na drugim miejscu w rankingu po zdrowiu. Najbliższa rodzina cieszy się wysokim zaufaniem (97%), które oznacza dla osób starszych możliwość uzyskiwania pomocy (44% – od męża/żony; 44% – od dzieci/wnuków), wsparcia materialnego (91%), uczestnictwa w spotkaniach

---

<sup>2</sup> Gerontofobia – lęk osób młodych przed starością.

rodziny (48%). Polscy seniorzy są przeważnie (69%) zadowoleni z własnej sytuacji rodzinnej.

Nie ulega wątpliwości, że środowisko rodzinne jest dla człowieka starszego środowiskiem naturalnym, które najlepiej służy zaspokajaniu wielu potrzeb, stwarzając możliwość kompleksowego wsparcia i opieki (Czekanowski 2002, s. 164).

## Aktualne modele wsparcia osób starszych w rodzinie

Status społeczny osoby starszej zmieniał się wraz z przemianami społeczno-kulturowymi, warunkami życia człowieka, wierzeniami i praktykami religijnymi. Niektóre plemiona koczownicze, zmieniając miejsce pobytu, pozbawiały życia lub pozostawiały osoby starsze. W plemionach wojowniczych starszyzna rodów ginęła podczas bitew. W kulturze chińskiej od czasów Konfucjusza ceniono mądrość i doświadczenie życiowe starców, otaczając ich szacunkiem. Podobnie w kulturach starożytnego Egiptu, Grecji oraz judaizmu i chrześcijaństwa darzono atencją rodziców i osoby starsze. W schryścianizowanej Europie średniowiecza i kolejnych epok ludzie starzy zajmowali ugruntowaną pozycję w rodzinach i społeczeństwie, ciesząc się należnym prestiżem. Opisywaną postawę utrwaliła religia chrześcijańska (Dyczewski 1994). W XIX wieku miejsce i rolę osoby starszej w rodzinie określał jej status. Szczególne znaczenie przypisywano: stanowi posiadania, mądrości życiowej (wyłącznie na wiedzę i umiejętności), przestrzeganiu norm i kultywowaniu tradycji (szacunek dla wiary i religii) oraz sile stosunków pokrewieństwa i zobowiązań wewnątrzrodziny. Patriarchalny model rodziny zapewniał osobie w podeszłym wieku autorytet i opiekę w gronie najbliższych osób.

Społeczeństwa industrialne i postindustrialne XX wieku zmieniły strukturę rodzin oraz pozycję najstarszego pokolenia w rodzinach. Najistotniejszymi wartościami stały się kult postępu i dążenie ku przyszłości. Stawiane cele mogli osiągać ludzie młodzi skupiający w sobie takie atrybuty jak: energia życiowa, zaradność, przedsiębiorczość, maksymalna wydajność pracy. Zmiany polityczne, społeczne i gospodarcze, nasilająca się urbanizacja i industrializacja, rozpad wielopokoleniowej, wielodzietnej rodziny doprowadziły do marginalizacji ludzi w podeszłym wieku, widząc w nich przeszkodę do osiągnięcia dobrobytu. Historia zatoczyła koło, wracając do obyczajów prymitywnych kultur etnicznych, gdy niektóre państwa europejskie dopuściły w swych ustawodawstwach możliwość dokonywania eutanazji<sup>3</sup> na ludziach starych (Dyczewski 1994). W społeczeństwie polskim dominującą wspólnotą stała się mała rodzina dwupokoleniowa z odrębnym gospodarstwem domowym, utrzymująca zazwyczaj kontakty z najstarszym pokoleniem. Cechą tej wspólnoty jest

[...] duchowe zjednoczenie szczupłego grona osób, skupionych we wspólnym ognisku domowym aktami wzajemnej pomocy i opieki, oparte na wierze w prawdziwą lub domniemaną łączność biologiczną, tradycję rodzinną i społeczną (Adamski 1984, s. 61).

Funkcje wypełniane przez rodzinę sprowadzają się do zadań opiekuńczych, wychowawczych, socjalizacyjnych, prokreacyjno-seksualnych, rekreacyjno-towarzyskich, kulturalnych, klasowych czy materialno-ekonomicznych (Tyszka 1979). Jednym z najistotniejszych, ponadczasowych zadań rodziny jest sprawowanie

---

<sup>3</sup> Czynna eutanazja jest dopuszczalna w takich krajach Unii Europejskiej jak: Holandia (od 2001 roku), Belgia (od 2002 roku), Luksemburg (od 2008 roku).

opieki nad jej członkami, co staje się szczególnie istotnym punktem odniesienia w przypadku osób należących do starszego pokolenia, dla których bliscy i rodzina są gwarantem zachowania stabilnego poziomu jakości życia. Rola rodziny w opiece nad starszym pokoleniem jej członków była zawsze szczególnie ważna w polskim społeczeństwie, w którym rodzina stanowiła podstawowe źródło pomocy, aktywności i powiązań międzyludzkich (Halicka, Pędich 2002). Udzielała ona najbardziej wszechstronnego wsparcia szczególnie w okresie starości, której „dwie nieodłącznymi towarzyszkami są niepełnosprawność i samotność” (Kawczyńska-Butrym 2009, s. 95). Tymczasem tradycyjny potencjał opiekuńczy rodziny – wynikający z przyjętych obyczajów oraz norm moralnych życia społecznego – uległ znacznemu ograniczeniu w odpowiedzi na przemiany światopoglądowe.

Zofia Kawczyńska-Butrym (2009) zwróciła uwagę na kilka charakterystycznych procesów, które są odpowiedzialne za te zmiany. Pierwszą grupę przyczyn stanowią przeobrażenia wewnątrzrodzinne związane ze zmianą hierarchii wartości, stylu życia, aspiracji oraz demokratyzacją życia rodzinnego. Drugie tło przemian to: mobilność przestrzenna młodego i średniego pokolenia związana ze zmianą miejsca, w którym żyją rodzice (oddzielne mieszkanie młodych rodzin, migracja zarobkowa w kraju oraz wyjazdy zagraniczne); praca zawodowa kobiet, odpowiedzialnych dotychczas za opiekę nad członkami rodzin (wzrastające zaangażowanie poza domem, model kariery zawodowej, aktywności pozarodzinne); ograniczenie liczby dzieci w rodzinie, stanowiących gwarancję potencjału opiekuńczego; niepełność rodzin (rozwoły, separacje, wysoki wskaźnik umieralności młodych mężczyzn). Wszystkie wymienione czynniki ograniczają możliwość sprawowania ciągłej opieki w przypadku pojawienia się choroby przewlekłej, niepełnosprawności czy innych poważnych trudności w prowadzeniu samodzielnej egzystencji przez osoby starsze. Jednak standard wszechstronnej pomocy rodzinnej świadczonej głównie

przez kobiety nadal dominuje w polskich warunkach – bez dostatecznego wsparcia zewnętrznych systemów społecznych.

Wśród modeli wspólnot rodzinnych z seniorami wyróżnia się te, w których starsi rodzice i dorosłe dzieci mieszkają osobno oraz wspólnie. Oddzielne prowadzenie gospodarstw domowych jest zazwyczaj charakterystyczne dla okresu wczesnej starości. Opisywany model zaczął utrzymywać się w polskiej obyczajowości już w okresie międzywojennym zarówno w społecznościach miejskich, jak i wiejskich. W latach powojennych mała, samodzielna ekonomicznie rodzina stawała się standardem, propagując zasadę „intymności na dystans” względem osób starszych (Dyczewski 1994, s. 55).

Klasycznym przykładem takiej relacji jest rodzina nuklearna, składająca się z rodziców i małej liczby dzieci. Seniorzy, chcąc zachować osobistą niezależność, mieszkają samodzielnie. Intymność międzypokoleniowa jest zachowywana na dystans przez pielęgnowanie więzi emocjonalnych oraz żywą wymianę usług i różnych form pomocy. Dystans związany z odległością zamieszkania uniemożliwia częste bezpośrednie spotkania, choć nie ogranicza w znaczący sposób kontaktów. Dorosłe dzieci najczęściej służą czynnościami opiekuńczymi, pielęgnacyjnymi, pomagają rzeczowo lub oferują konkretne usługi. Starsi rodzice opiekują się wnukami, pomagają w gospodarstwie domowym, udostępniają własne mieszkania, sporadycznie świadczą pomoc rzeczową i finansową. Zazwyczaj stosunki wewnątrzrodzinne pozostają serdeczne. Kontakty społeczne z rodziną uzupełniane są relacjami utrzymywanymi z otoczeniem (przyjaciółmi, sąsiadami) oraz zadaniami związanymi z wypełnianymi rolami społecznymi (Susułowska 1989; Steuden 2011).

Opisany układ rodzinny może zostać zaburzony całkowitą separacją, spowodowaną, na przykład, pasywnym udziałem osób starszych w migracjach swojego potomstwa (Kawczyńska-Butrym 2014). We wspomnianym przypadku – w odróżnieniu od migracji

aktywnej – seniorzy nie opuszczają swego miejsca zamieszkania, ale ponoszą konsekwencje wyjazdów dorosłych dzieci. Dla pozostających w kraju starszych rodziców jedną z podstawowych negatywnych konsekwencji tych wyjazdów zarobkowych jest osamotnienie oraz brak bezpośredniego wsparcia osób bliskich, zwłaszcza gdy więź rodzinna rozluźnia się lub całkowicie zanika. Dorosłe dzieci starają się wyrównać tę stratę przez wsparcie materialne oraz emocjonalne seniorów. Wsparcie materialne pozwala utrzymać właściwą stopę życiową i kondycję zdrowotną. Podtrzymywanie więzi na odległość bywa trudne, ponieważ jest ograniczone czasem i przestrzenią mimo dostępnych udogodnień technicznych (komunikatory typu Skype). Próba wyeliminowania tych problemów jest pozostawianie starszych rodziców pod opieką rodzeństwa, dalszej rodziny lub wynajętych opiekunów (Kramkowska 2016), a także placówek państwowych (ośrodków pomocy społecznej, domów pomocy społecznej), których instytucjonalny styl wsparcia nigdy nie zastąpi jednak troski najbliższych. Negatywną konsekwencją separacji międzypokoleniowej jest pozbawienie osób starszych bezpośredniego kontaktu z wnukami, które emigrują wraz z rodzicami, lub nadmierne obciążanie dziadków opieką nad nimi, jeśli pozostają w kraju, podczas gdy rodzice pracują za granicą.

Skutki późnej starości lub niekorzystna sytuacja życiowa dorosłych dzieci wymuszają powrót do wspólnego gniazda. Przykładami wspomnianych sytuacji wewnątrzrodzinnych są: wspólnota rodzinna o cechach awansu społecznego, wspólnota rodzinna o cechach międzypokoleniowej kontynuacji statusu oraz wspólnota rodzinna – „azyl dla potomstwa z problemami życiowymi” (Woźniak 2016, s. 107).

Rodzina o cechach awansu społecznego, nazywana również zrekonstruowaną rodziną trzypokoleniową (Steuden 2011), ma zazwyczaj wyższy standard materialny. Ze względu na wystąpienie problemów zdrowotnych i finansowych oraz samotność starszego członka rodziny („syndrom pustego gniazda”, śmierć

współmałżonka) następuje jego rehabilitacja z potomstwem, często do obcego środowiska. Osoba starsza zostaje podporządkowana, nie wypełnia określonej roli społecznej, bywa uzależniona ekonomicznie od dorosłych dzieci. Rodzina zazwyczaj boryka się z konfliktami międzypokoleniowymi wynikającymi z różnorodności dążeń i wartości, a stan zdrowia seniora staje się przyczyną problemów adaptacyjnych. Osoba starsza staje się coraz mniej samodzielna, a członkowie rodziny okresowo lub trwale nie są w stanie świadczyć potrzebnej pomocy, co może skutkować konfliktami w rodzinie. Nieodłącznym elementem postępującego procesu starzenia się są niekorzystne stany emocjonalne, gorsze samopoczucie, izolacja społeczna, konieczność zmiany trybu życia i dotychczasowych przyzwyczajeń oraz pogorszenie sytuacji bytowej rodziny na skutek wydatków związanych z leczeniem i czynnościami opiekuńczymi (Kawczyńska-Butrym 1999).

Wspólnota rodzinna o cechach międzypokoleniowej kontynuacji statusu powstaje zazwyczaj na skutek trudności mieszkaniowo-finansowych potomstwa. Osoby starsze wraz ze swoimi dziećmi i ich rodzinami mieszkają wspólnie. Cechą charakterystyczną takiego układu jest dążenie seniorów do zachowania jak najdłuższego okresu autonomii własnego gospodarstwa domowego. Przyczyną powstania trwałej zależności od członków rodziny są choroba, trudności finansowe lub samotność.

Konieczność tworzenia „azyłu dla potomstwa z problemami życiowymi” wynika z narastających problemów życiowych dorosłych dzieci. Osoby starsze krótko mieszkają same, ponieważ następuje powrót do wspólnego zamieszkiwania rodziców i dzieci. Koegzystujące w opisany sposób gospodarstwa domowe starają się zachować autonomię, choć częste trudności materialne oraz kłopoty życiowe potomstwa stają się przyczyną problemów, w które zaangażowane są osoby starsze. Przykładem omawianego modelu rodziny jest „rodzina z jednym rodzicem”, w której opiekę nad potomstwem sprawuje najczęściej samotna matka (Steuden 2011).

## Wartość osoby starszej w rodzinie

Korzyści wynikające ze wzajemnych relacji wewnątrzrodzinnych pomiędzy dziadkami a ich potomstwem i wnukami są obustronne. Osoba starsza oczekuje od rodziny nie tylko wsparcia w nie-domaganiu i niedostatkach materialnych. Dzięki wspólnocie rodzinnej czuje oparcie duchowe, jest potrzebna i należy do grona osób, które nadają życiu sens i pomagają wypełniać czas. Życie rodzinne sprzyja zachowaniu równowagi psychicznej i dalszemu rozwojowi osobowości seniora. Rodzina pomaga człowiekowi staremu nie tylko żyć intensywnie do końca, ale także dojrzywać do stopniowego wyłączenia się z biegu życia (Dyczewski 1994).

Znaczenie udziału dziadków w życiu rodzinnym polega na dzieleniu się życiowym doświadczeniem, budowaniu relacji i utrzymaniu systemu rodzinnego w całości.

Jednym z najistotniejszych atrybutów starości w przypadku członków rodziny jest życiowe doświadczenie – mądrość rozumiana jako

[...] wytwór inteligencji i osobowości człowieka oraz jego doświadczenia i pozostająca w silnej zależności z satysfakcją życiową starzejących się ludzi (Woźniak 2016, s. 104).

Starość nie jest gwarantem mądrości, ale czasem, który sprzyja ocenie własnej historii życia. Mądrość osób w podeszłym wieku kojarzona jest z roztropnością, ostrożnością, pragmatyzmem życiowym, umiejętnością znajdowania kompromisu i dawania dobrych rad w różnych sytuacjach życiowych. Opinia osoby starszej jest niejednokrotnie zdroworozsądkowym głosem, który pomaga w rozstrzygnięciu życiowych dylematów z odniesieniem do fundamentu sensu i celu życia. Seniorzy stają się świadkami sensu życia. Charakteryzują się wewnętrznym spokojem, wolnością



w wyrażaniu poglądów. Uczą pogody ducha, pokory, cierpliwości. Są rozważni i zdolni do wyrzeczeń.

Kierując się bogatym doświadczeniem życiowym, mają świadomość ograniczonego wpływu na bieg wielu zdarzeń, co często przekłada się na stwierdzenie, aby nie martwić się tym, na co nie ma się wpływu (Steuden 2009, s. 70).

Cechą mądrości ludzi starszych jest wreszcie pogodzenie się z nieuchronnością śmierci. Współcześnie zauważa się ograniczenie doradczej roli sprawowanej przez osoby starsze (Czekanowski 2002) na rzecz swobodnego dostępu do różnorodnych informacji, co jest konsekwencją szybkiego postępu naukowo-technicznego oraz zmian obyczajowych.

Drugim obszarem udziału starszego pokolenia w życiu rodzinnym jest budowanie relacji. Pierwszy poziom kontaktów i zależności stanowi świadczenie usług oraz pomoc materialna. Osoby w okresie wczesnej starości niejednokrotnie pomagają swoim dorosłym pracującym dzieciom w prowadzeniu gospodarstwa domowego, opiekują się wnukami, dostarczają różnych dóbr materialnych i finansowych, czasem odstępują własne mieszkanie, aby zapewnić lepszy start młodej rodzinie. Drugi wymiar relacji wewnątrzrodzinnych, budowanych między seniorem a członkami rodziny, obejmuje pełnienie ról teściowej czy teścia lub babci czy dziadka.

Właściwe wypełnienie ról teściowej lub teścia jest kolejnym wyzwaniem biegu życia. Postawa życzliwości, zrozumienia i akceptacji może być gwarantem dobrych relacji pomiędzy dorosłymi dziećmi i ich rodzinami a starszym pokoleniem rodziców. Dzięki poprawnym relacjom i postawie kompromisu osoby starsze wspomagają własne dzieci w adaptacji do nowych ról małżeńskich i rodzicielskich. Konstruktywnym postawom sprzyja życzliwe i łagodne usposobienie osoby starszej. Życzliwi są otwarci na

innych i aktywni. Chętnie niosą pomoc, ale nie podporządkowują i nie pouczają, zdając sobie sprawę, że czas na wychowanie dorosłych już dzieci minął. Łagodni okazują wdzięczność i interesują się sprawami innych, starają się być życzliwi i pomocni. Akceptują swoją jesień życia, nie walcząc o utrzymanie się w jego głównym nurcie (Braun-Gałkowska 2011). Budowaniu relacji nie sprzyja nadmierna troskliwość, ochranianie i postawa autorytarna (Dyczewski 1994) niektórych seniorów. Maria Braun-Gałkowska (2011), opisując psychologiczne typy ludzi starych, wyróżniła dwa najtrudniejsze ze względu na budowanie relacji z otoczeniem: samolubnych i gderliwych. Samolubni są energiczni i aktywni, ale cały czas i wszystkie wysiłki poświęcają wyłącznie dla siebie. Chętnie angażują się w pomoc najbliższym, ale przez podporządkowanie ich sobie. Walczą z dorosłymi dziećmi o dominację i nie pozwalają się im usamodzielniać. Gderliwi nie dbają o własną sprawność fizyczną i psychiczną, ponieważ wymaga to wysiłku. Przyjmują postawę roszczeniową, wymuszając stałą troskę, rozmowy i usługi. Nieustanne pretensje i krytyka są przyczyną konfliktów i samotności. Nieprawidłowo kształtowane relacje mogą doprowadzić do pojawienia się negatywnych emocji zarówno u seniorów, jak i ich dzieci. Ujawniają się one zwłaszcza w okresie intensywniejszej opieki nad osobą starszą. Zofia Kawczyńska-Butrym (1999) podaje przykłady takich postaw jak: negowanie związków pokrewieństwa (np. traktowanie własnej matki jak pomocy domowej), izolowanie osoby starszej od towarzyskiego i kulturalnego życia rodziny, okazywanie jej niechęci lub złe traktowanie, wrogość i agresja (werbalna, fizyczna).

Babcie i dziadkowie w polskich rodzinach spełniają szczególną rolę, kształtując postawy humanistyczne wśród dzieci i młodzieży. Kontakty z wnukami są najlepiej układającymi się relacjami osób starszych z członkami najbliższej rodziny (Czekanowski 2002). Owocują wpajaniem określonych zasad moralnych, obyczajów społecznych i rodzinnych, tradycji oraz wierzeń

religijnych. Seniorzy są żywymi świadkami wydarzeń historycznych i gwarantują łączność duchową z pokoleniem, które już odeszło. Uczą patriotyzmu oraz przekazują wartości stanowiące fundament życia. Osoby starsze zapewniają dzieciom i młodzieży poczucie tożsamości, przynależności i bezpieczeństwa (Dzięgielewska 1999), zazwyczaj kochają bezwarunkowo, zawsze mają czas, potrafią docenić i współodczuwają w trudnościach, z którymi borykają się wnuki na wszystkich etapach życia – a więc są osobami niezbędnymi do szczęścia. Bywają uważnymi i krytycznymi obserwatorami procesu wychowawczego podejmowanego przez dorosłe dzieci, otaczając szczególną troską najmłodsze pokolenie. Dziadkowie mogą mieć również wpływ na przyszły dobrobyt materialny wnuków przez przekazanie im międzypokoleniowych zasobów finansowych (Uhlenberg 2010).

Rola wnuków w życiu ludzi starszych jest również niebagatelna. Dobre relacje z wnukami należą do jasnej strony starości, ponieważ zwracają ku przyszłym czasom i zmuszają do ciągłej aktywności. Dają nadzieję na budowanie trwałych więzi zarówno z dziećmi, jak i młodzieżą. Ich nawiązanie jest możliwe dzięki wspólnym aktywnościom (w przypadku dzieci młodszych), kontaktom i rozmowom (w przypadku młodzieży). Życie rodzinne w interakcji z wnukami uświadamia dziadkom, jakie błędy wychowawcze popełnili względem własnych dzieci. Relacja z kolejnym pokoleniem daje szansę na częściową rehabilitację i uczy cierpliwości. Wnuki są często źródłem wielkiej satysfakcji z powodu zdobywanych osiągnięć, co stanowi spełnienie marzeń i ambicji nie tylko rodziców, ale także dziadków. Zdaniem Marii Susułowskiej (1989, s. 223) „stosunki dziadków z wnukami są wielorakie, rozwijają się na różnych płaszczyznach i odgrywają ważną rolę w adaptacji ludzi do starości”.

Relacje pomiędzy dziadkami i wnukami otwierają jeszcze jedną płaszczyznę znaczenia udziału osób starszych w życiu rodzinnym – utrzymywanie systemu rodzinnego w całości. Według

danych Głównego Urzędu Statystycznego (2017b) w 2016 roku rozpadło się 63 tys. związków małżeńskich (zostało zawartych ponad 193 tys.). Przyczynami rozwodów były głównie: niewierność, nadużywanie alkoholu, zły stosunek do członków rodziny, trudności mieszkaniowe, kłopoty finansowe i niezdolność charakterów. Statystyki dotyczące dzietności rodzin w kryzysie pokazują interesujący fakt – najczęściej rozwodzą się małżeństwa bezdzietne (41%) lub mające tylko jedno dziecko (36%). Rozpad stosunków małżeńskich i rodzinnych zdecydowanie rzadziej dotyczy wspólnot posiadających dwoje dzieci (19%), troje (3%) oraz czworo i więcej (0,7%). Przytoczone dane nasuwają hipotezę, potwierdzoną częściowo w badaniach Piotra Czekanowskiego (2002), iż dzieci w rodzinie są warunkiem obecności dziadków, którzy – oferując swoją wieloraką dyskretną pomoc zarówno dzieciom, jak i rodzicom – przyczyniają się do zachowania trwałości wspólnoty rodzinnej, co wskazuje na nagłą potrzebę zacieśniania relacji międzypokoleniowych.

## Podsumowanie: dialog międzypokoleniowy – potrzeba współczesnych czasów

Idea solidaryzmu międzypokoleniowego dotyczy współdziałania dwóch pokoleń: młodszego i starszego. W społeczeństwach i rodzinach wszyscy jesteśmy wzajemnie zależni i odpowiedzialni jedni za drugich. Postęp cywilizacyjny zależy będzie od solidarności międzypokoleniowej (Wnuk 2013). Pozytywne relacje międzygeneracyjne służą: budowaniu wspólnoty osób, wzajemnemu rozwojowi, ofiarowywaniu dobra, zapewnianiu wzajemnego bezpieczeństwa i zabezpieczaniu potrzeb wyższych, łamaniu negatywnych stereotypów, zachowaniu ciągłości rodziny i całego społeczeństwa oraz budowaniu poczucia sensu życia. Warunkiem trwania solidarności międzypokoleniowej są: akceptacja,

rozumienie, wzajemność (obustronne czerpanie korzyści) oraz obustronna aktywność (Błęadowski 2012).

Młodość i starość dzieli kilka podstawowych różnic, do których zaliczyć należy: barierę sprawności fizycznej (niesprawność fizyczna ≠ kult ciała), odmienne wzorce zachowań (dojrzałość życiowa i tradycyjne zasady moralne ≠ relatywizm, tolerancja, autonomia myślenia), różne tempo życia (wolne tempo działania ≠ kultura pośpiechu), stosunek do postępu technicznego (preferencja realnych interakcji ≠ życie w świecie najnowszych technologii) czy szacunek do wartości religijnych (ożywienie życia religijnego ≠ agnostycyzm) (Kłosowski 2015). Budowanie pomostów akceptacji oraz zrozumienia pomiędzy młodym i starszym pokoleniem należy rozpocząć od zmiany wizerunku starości. Narzędziem tego procesu powinny być programy oświatowe upowszechniające pozytywne aspekty starości, uświadamiające potrzeby seniorów i uwrażliwiające na nie, wskazujące na korzyści wypływające z obecności starszego pokolenia w przestrzeni rodzinnej i publicznej (Wnuk 2013).

Wzajemna wymiana korzyści, bazująca na obustronnej aktywności, może odbywać się na wielu płaszczyznach. Pierwszą z nich jest życie rodzinne. Seniorzy od zawsze byli odpowiedzialni za budowanie więzi międzyosobowych, wprowadzanie w świat relacji, pomagali w osiągnięciu dojrzałości życiowej, podejmowaniu trafnych decyzji, kształtowaniu postaw wobec samotności, cierpienia i śmierci. Wprowadzali młode pokolenie w świat wartości religijnych, utrwalając je. Z przestrzenią rodzinną, ale również społeczną łączy się potencjał psychologiczny starszego pokolenia, który powinien wzmacniać młodych poczuciem skuteczności, optymizmu, wytrwałości, dystansu i spokoju. Mądrość życiowa ściśle wiąże się z potencjałem przekazu kulturowego utożsamianego z tradycją, patriotyzmem i pamięcią historyczną. Wielką wartość dla młodego pokolenia mają doświadczenia seniorów związane z mistrzostwem w wykonywaniu zawodu. Opieka zycziwego,

dobrze znającego się na swojej profesji mistrza jest nieocenionym źródłem wiedzy i doświadczenia dla młodych ludzi. Wreszcie, w osobach starszych znajdują się ogromne pokłady niewykorzystanego potencjału społecznego, który może być spożytkowany przez pracę wolontariacką na rzecz innych w celu poprawy jakości życia wielu osób spoza kręgu rodzinnego.

Współczesna rodzina i społeczeństwo domagają się obecności seniorów, którzy będą prawdziwymi samurajami<sup>4</sup>. Stary samuraj był aktywny mimo emerytury (leniwy nie cieszył się uznaniem; lenistwo niszczyło wizerunek starości). Cechowały go mądrość wypływająca z doświadczenia oraz stoicki spokój. Nieustannie pracował nad sobą, trenując umysł, ducha i ciało. Pełnił funkcję surowego nauczyciela, który dbał o młodszych. Samuraj był człowiekiem religijnym, wzorem postępowania moralnego i odpowiedzialności. Dzięki swojej postawie cieszył się szacunkiem młodszego pokolenia i poważaniem (Ciecieląg 2015).

## Bibliografia

- Adamski F. (1984). *Socjologia małżeństwa i rodziny*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Babiak J. (2017). Starzenie się społeczeństwa w Polsce. W: J. Babiak (red.). *Polityka senioralna w Polsce. Doświadczenia miasta Poznania*. Poznań: Wydawnictwo Miejskie „Poznania”.
- Błądowski P. (2012). Potrzeba dialogu. *Newsweek*, 2, 14–16.

---

<sup>4</sup> Samuraj – wojownik japoński (XVI/XVII w.), należący do pierwszej grupy społecznej w Kraju Kwitnącej Wiśni.

- Braun-Gałkowska M. (2011). Ludzie starzy bywają różni. W: S. Steuden, M. Stanowska, K. Janowski (red.). *Starzenie się z godnością*. Lublin: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Chabiera A., Tokarz-Kamińska B. (2012). Wizerunek starości i człowieka starego. Postawy wobec starzenia się społeczeństw. W: B. Szatur-Jaworska (red.). *Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje*. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich.
- Cieciela E. (2015). Obraz starego samuraja w świetle wybranych źródeł japońskich. W: M. Guzewicz, S. Steuden, P. Brudek (red.). *Oblicza starości we współczesnym świecie. Perspektywa społeczno-kulturowa*. Lublin: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Czekanowski P. (2002). Rodzina w życiu osób starszych i osoby starsze w rodzinie. W: B. Synak (red.). *Polska starość*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Czerniawska O. (2011). *Nowe drogi w andragogice i gerontologii*. Łódź: Wydawnictwo Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej.
- Dubisz S. (red.) (2003). *Uniwersalny słownik języka polskiego*. T. 3. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Dyczewski L. (1994). *Ludzie starzy i starość w społeczeństwie i kulturze*. Lublin: Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Dzięgielewska M. (1999). Starość w rodzinach polskich. Wstęp do problematyki. *Problemy Rodziny*, 2/3, 3–5.
- GUS (2017a). *Jakość życia osób starszych w Polsce. Na podstawie wyników badania spójności społecznej 2015*. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny, Urząd Statystyczny w Łodzi. Pobrano z: <https://stat.gov.pl> (dostęp: 8.05.2018).

- GUS (2017b). *Rocznik demograficzny 2017. Edycja 50*. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny. Pobrano z: <https://stat.gov.pl> (dostęp: 8.05.2018).
- Halicka M., Pędich W. (2002). Satysfakcja życiowa ludzi starych. W: B. Synak (red.). *Polska starość*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Hanulewicz M. (2010). Rodzina w oczach dziadków i wnuków. W: S. Rogala (red.). *Starość i jej konsekwencje społeczno-rodzinne*. Opole: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania i Administracji w Opolu.
- Kawczyńska-Butrym Z. (1999). Seniorzy w rodzinie. Przegląd badań. *Problemy Rodziny*, 5/6, 33–39.
- Kawczyńska-Butrym Z. (2009). Starość i niepełnosprawność w rodzinie – modele wsparcia. *Zarządzanie i Edukacja*, 62, 93–102.
- Kawczyńska-Butrym Z. (2014). Potential of elderly persons – from homeland to home abroad. W: S. Grotowska, I. Taranowicz (red.). *Understanding ageing in contemporary Poland: Social and cultural perspectives*. Wrocław: Instytut Socjologii Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Kłosowski M. (2015). Młodość i starość – perspektywa budowania pomostów. W: M. Gucewicz, S. Steuden, P. Brudek (red.). *Oblicza starości we współczesnym świecie. Perspektywa społeczno-kulturowa*. Lublin: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Kramkowska E. (2016). Człowiek stary w sytuacji migracji dorosłych dzieci. *Roczniki Nauk Społecznych*, 2, 123–141.
- Ostaszewska A., Nagórka A.J. (2012). Cechy stabilności małżeństwa. Statystyka rozwodów w Polsce na tle badań zagranicznych. *Roczniki Socjologii Rodziny*, 22, 35–58.



- Pikuła N. (2011). *Etos starości w aspekcie społecznym. Gerontologia dla pracowników socjalnych*. Kraków: Wyższa Szkoła Filozoficzno-Pedagogiczna „Ignatianum”, Wydawnictwo WAM.
- Studen S. (2009). *Szczęśliwi po pięćdziesiątce*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Studen S. (2011). *Psychologia starzenia się i starości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Susułowska M. (1989). *Psychologia starzenia się i starości*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Tibbitts C. (1961). *Handbook of social gerontology: Societal aspects of aging*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Tyszka Z. (1979). *Socjologia rodziny*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Uhlenberg P. (2010). Znaczenie osób starszych dla dzieci w starzejących się społeczeństwach. W: B. Bugajska (red.). *Młodość i starość. Integracja pokoleń*. Szczecin: Wydział Humanistyczny Uniwersytetu Szczecińskiego.
- Weiss A. (2012). Stereotypy dotyczące ludzi w wieku starszym. W: A. Leszczyńska-Rejchert, E. Kartowicz (red.). *Stereotypy a starość i niepełnosprawność. Perspektywa społeczno-pedagogiczna*. Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne „Akapit”.
- WHO (1998). *The world health report 1998. Life in the 21st century. A vision for all*. Geneva: World Health Organization. Pobrano z: <http://www.who.int> (dostęp: 8.05.2018).
- Wnuk W. (2013). O potrzebie kształtowania relacji międzypokoleniowych. W: S. Trociuk (red.). *Dialog międzypokoleniowy. Między ideą a praktyką. Inspiracje*. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich.
- Woźniak Z. (2016). *Starość. Bilans. Zadanie. Wyzwanie*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza.



## Noty o autorach



### **Ewa Bartuś**

Doktor nauk humanistycznych, pedagog specjalny ze specjalnością oligofrenopedagogika i pedagogika resocjalizacyjna. Wykładowczyni w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Płocku i wieloletnia nauczycielka w szkole specjalnej dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną. Jej zainteresowania badawcze koncentrują się wokół problematyki integracji społecznej i edukacyjnej osób z niepełnosprawnością intelektualną, a także instytucjonalnych form opieki i wsparcia dla osób zagrożonych wykluczeniem społecznym.



### **Stanisław Chrobak**

Ksiądz doktor habilitowany, profesor nadzwyczajny na Wydziale Nauk Pedagogicznych Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, w Katedrze Historii Wychowania i Dziejów Oświaty. W swoich badaniach podejmuje problematykę z zakresu pedagogiki ogólnej, teoretycznych podstaw wychowania oraz pedagogiki inspirowanej chrześcijaństwem.



## Marzena Dycht

Profesor nadzwyczajna na Wydziale Nauk Pedagogicznych Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, doktor habilitowana nauk społecznych, tyflopedagog. Autorka czterech książek oraz wielu artykułów zamieszczonych w czasopiśmie polskich i zagranicznych z zakresu pedagogiki specjalnej oraz jej szczegółowej subdyscypliny – tyflopedagogiki. Autorka i wykonawczyni w projekcie „Podnoszenie kompetencji nauczycielskich w pracy z uczniem o specjalnych potrzebach edukacyjnych – kwalifikacyjne studia podyplomowe dla nauczycieli szkół ogólnodostępnych” (nr RPMA.10.03.04-14-1902/15), kierowniczka studiów podyplomowych „Pedagogika osób z niepełnosprawnością intelektualną i tyflopedagogika”. Członkini Zespołu Pedagogiki Specjalnej Polskiej Akademii Nauk. Zainteresowania naukowe: edukacja, rehabilitacja wzroku, kompleksowe wsparcie dzieci niewidomych i słabowidzących, wyrównywanie szans edukacyjnych uczniów z dysfunkcją wzroku – edukacja włączająca i specjalna, pismo punktowe Louisa Braille’a – zapis integralny i skrótowy, zagraniczne systemy, tożsamość współczesnej pedagogiki specjalnej.



## Ewa Cieplińska

Pedagog, logopeda. Obecnie pracuje w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Tarnowie. Zajmuje się diagnozowaniem oraz terapią logopedyczną i pedagogiczną dzieci od pierwszego roku życia. Doktorantka w Instytucie Pedagogiki Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II.



### **Olga Jauer-Niworowska**

Doktor habilitowana nauk humanistycznych, logopeda, psycholog. Ukończyła studia psychologiczne na Uniwersytecie Wrocławskim. W latach 1999–2014 pracowała w Zakładzie Komunikacji Interpersonalnej i Logopedii, a następnie w Pracowni Logopedii Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie. Od 2014 roku jest pracownikiem naukowo-dydaktycznym Wydziału Polonistyki Uniwersytetu Warszawskiego – Zakładu Logopedii i Emisji Głosu Instytutu Polonistyki Stosowanej. Prowadzi terapię logopedyczną osób dorosłych z zaburzeniami układu nerwowego w Centrum Logopedycznym Uniwersytetu Warszawskiego, dając studentom logopedii ogólnej i klinicznej UW możliwość praktycznej nauki zawodu logopedy. Zainteresowania naukowe: neurogenne zaburzenia mowy (szczególnie dyzartria), psychologiczne i neuropsychologiczne uwarunkowania zaburzeń mowy oraz ich terapia.



### **Marlena Kilian**

Doktor, adiunkt na Wydziale Nauk Pedagogicznych Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie. Autorka jest pedagogiem specjalnym, naukowo zajmującym się zagadnieniem niepełnosprawności w starszym wieku oraz starością i osobami starszymi w ujęciu edukacyjnym i terapeutycznym. Jej zainteresowania obejmują takie obszary dydaktyczno-badawcze jak: pedagogika specjalna, zwłaszcza tyflopädagogika, gerontologia społeczna, geragogika, geragogika specjalna.



### Justyna Kurtyka-Chałas

Doktor nauk humanistycznych w dyscyplinie psychologia, adiunkt na Wydziale Nauk Historycznych i Społecznych Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie. Od ponad 10 lat pracuje z dziećmi i rodzinami w zakresie diagnozy, pomocy psychologicznej i interwencji kryzysowej. Głównymi obszarami jej zainteresowań naukowych są rozwój i funkcjonowanie człowieka w ciągu życia, psychologia wartości oraz interwencja i pomoc w sytuacjach kryzysowych w rodzinie. Autorka dwóch monografii naukowych: *Osobowościowo-aksjologiczne aspekty rozwoju młodzieży. Religijność, osobowość, system wartości, strategie działania* (2012) oraz *Starość i jej oblicza. Wybrane psychologiczne aspekty funkcjonowania osób starszych* (2014), jak również artykułów z dziedziny psychogerontologii, psychologii rozwojowej i interwencji kryzysowej.



### Elżbieta M. Minczakiewicz

Doktor nauk humanistycznych, nauczyciel akademicki w stanie spoczynku, pedagog specjalny (oligofrenopedagogika, resocjalizacja i pedagogika lecznicza Marii Montessori), logopeda – oligofrenologopeda (teoretyk i praktyk), autorka wielu książek i opracowań naukowych na temat diagnozy i terapii dziecka z zespołem Downa, z zespołem Angelmana, z zaburzeniami ze spektrum autyzmu oraz edukacji i rehabilitacji dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością o charakterze sprzężonym. Jej zainteresowania badawcze obejmują także problematykę geriatry i gerontologii oraz wczesnej interwencji i wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci wymagających stymulacji w obszarze komunikacji werbalnej i niewerbalnej, jak również tematykę wsparcia i pomocy rodzinie.



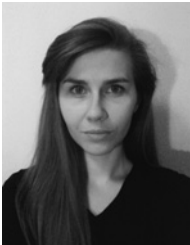
### Dariusz J. Olszewski-Strzyżowski

Doktor, absolwent Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu w Gdańsku, gdzie w 2005 roku uzyskał tytuł doktora nauk o kulturze fizycznej na podstawie rozprawy dotyczącej wpływu zmian społecznych zachodzących w ponowoczesności na obyczaje turystyczne studentów. Obecnie adiunkt na Wydziale Turystyki i Rekreacji AWFis w Gdańsku. Prowadzi zajęcia między innymi z zakresu marketingu, produktu turystycznego, obsługi i organizacji usług turystycznych, turystyki biznesowej, zdrowotnej, uzdrowiskowej i medycznej, zarządzania strategicznego w sporcie i turystyce. Autor ponad 90 artykułów naukowych z dziedziny turystyki i sportu.



### Ewa Piechowska

Absolwentka Akademii Wychowania Fizycznego w Krakowie (2015 r.). Po uzyskaniu tytułu magistra fizjoterapii rozpoczęła pracę w Gabinetcie Fizjo-Medica, którego jest właścicielem. Ukończyła liczne kursy w zakresie terapii manualnej, kinezyterapii oraz masażu. Od 2017 roku jest doktorantką Uniwersytetu Rzeszowskiego, gdzie poszerza swoją wiedzę w dziedzinie socjologii medycyny. Opublikowany w 2018 roku w czasopiśmie „Młoda Humanistyka” artykuł, pt. *Fizjoterapia jako forma pomocy w wybranych chorobach cywilizacyjnych*, ukazuje, jak pomocne w zawodzie terapeuty jest połączenie nauk socjologicznych i medycznych.



### **Kamila Potocka-Pirosz**

Doktorantka w Zakładzie Komunikacji Językowej i Glottodydaktyki w Instytucie Polonistyki Stosowanej na Wydziale Polonistyki Uniwersytetu Warszawskiego, absolwentka stosunków międzynarodowych na specjalności pozaeuropejskiej oraz filologii polskiej na specjalności logopedia na Uniwersytecie Warszawskim. Problematyka rozprawy doktorskiej dotyczy charakterystyki mowy osób we wczesnej fazie choroby Alzheimera. Poza pracą naukową prowadzi gabinet logopedyczny. Interesuje się zaburzeniami mowy po uszkodzeniu ośrodkowego układu nerwowego, religiami i kulturami różnych krajów, kinem europejskim.



### **Małgorzata Szadłowska**

Emerytowana nauczycielka. Doktorantka w Instytucie Pedagogiki Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II w Lublinie. Od 12 lat pracuje jako certyfikowana opiekunka osób starszych i chorych na terenie Polski i Niemiec.



### **Emilia Śmiechowska-Petrovskij**

Doktor nauk społecznych w dyscyplinie pedagogika, pedagog specjalny (tyflopedagog) i filolog polski, adiunkt w Katedrze Pedagogiki Specjalnej Przedszkolnej i Wczesnoszkolnej Wydziału Nauk Pedagogicznych Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, ekspert Ośrodka Rozwoju Edukacji do spraw weryfikacji podręczników i książek pomocniczych w brajlu



i powiększonym druku, rzeczoznawca Ministerstwa Edukacji Narodowej do spraw podręczników dla dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Zainteresowania badawcze: wsparcie osób z niepełnosprawnościami (ze szczególnym uwzględnieniem niepełnosprawności wzrokowej) w edukacji, ich integracja społeczna i uprzystępnianie dóbr kultury. Autorka ponad 40 opracowań naukowych i popularnonaukowych z dziedziny tyflopedagogiki.



### **Katarzyna Uzar-Szcześniak**

Pedagog, doktor. Pracuje w Instytucie Pedagogiki Uniwersytetu Wrocławskiego oraz Ośrodku Badawczo-Naukowo-Dydaktycznym Chorób Otępiennych im. Księdza Henryka Kardynała Gulbinowicza w Ścinawie. Doświadczenie zawodowe i zainteresowania naukowe autorki obejmują: terapię niefarmakologiczną w demencji, pracę pedagogiczną z osobami starszymi, personalistyczne podstawy pedagogiki.



### **Magdalena Wałachowska**

Doktor nauk humanistycznych w zakresie pedagogiki, obecnie adiunkt w Instytucie Pedagogiki Specjalnej Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie. Tyflopedagog, doradca życia rodzinnego i instruktor naturalnego planowania rodziny, dziennikarka. Jej zainteresowania badawcze koncentrują się wokół specyfiki życia małżeńskiego i rodzicielstwa osób z niepełnosprawnością.



### **Edyta Wolter**

Doktor habilitowana, pedagog – historyk edukacji, profesor nadzwyczajna w Katedrze Historii Wychowania i Dziejów Oświaty na Wydziale Nauk Pedagogicznych Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie. Autorka 180 publikacji naukowych, w tym 6 książek. Zainteresowania naukowe i główne kierunki badań naukowych: kulturowe uwarunkowania edukacji ekologicznej, pedagogiczne aspekty zrównoważonego rozwoju w środowisku społeczno-przyrodniczym, pedagogiczne implikacje ekologii człowieka, pedagogika ekologiczna, historyczne aspekty edukacji ekologicznej w Polsce, edukacja ekologiczna w Drugiej Rzeczypospolitej (1918–1939), edukacja ekologiczna dzieci.

**Marlena Kilian** – doktor nauk społecznych w dyscyplinie pedagogika, pedagog specjalny (tyflopadaog). Naukowo zajmuje się zagadnieniem niepełnosprawności w starszym wieku oraz starością i osobami starszymi w ujęciu edukacyjnym i terapeutycznym. Jej zainteresowania dydaktyczno-badawcze obejmują takie obszary jak: pedagogika specjalna, zwłaszcza tyflopadaogika, gerontologia społeczna, geragogika, geragogika specjalna.

**Emilia Śmiechowska-Petrovskij** – doktor nauk społecznych w dyscyplinie pedagogika, pedagog specjalny (tyflopadaog) i filolog polski. Jej zainteresowania badawcze skupiają się wokół integracji społecznej osób z niepełnosprawnościami (ze szczególnym uwzględnieniem niepełnosprawności wzrokowej), dotyczą wspierania tych osób w edukacji oraz w korzystaniu z dóbr kultury i technologii. Autorka wielu opracowań naukowych i popularnonaukowych z dziedziny tyflopadaogiki.

Monografia dotyczy niezwykle ważnych problemów związanych z funkcjonowaniem osób w okresie późnej dorosłości. [...] znacznie wzbogaca wiedzę z zakresu pedagogiki specjalnej, w tym geragogiki specjalnej jako jej subdyscypliny. Na podkreślenie zasługuje jej konstrukcja – wyraźne przejście od zagadnień teoretycznych do rozwiązań praktycznych wzbogaconych ciekawymi przykładami. Dzięki takiej strukturze i treści merytorycznej przedstawionej w interesujący sposób recenzowana praca ma także duże walory dydaktyczne. Omawiana pozycja jest również odpowiedzią na szerokie zapotrzebowanie na tego rodzaju wiedzę – przydatną wszystkim, którzy pełniej, lepiej i bardziej świadomie pragną uczestniczyć w poprawie jakości życia osób z niepełnosprawnością w okresie późnej dorosłości. Książka z pewnością znajdzie liczne grono odbiorców, szczególnie wśród osób pracujących z seniorami z niepełnosprawnością, a także wśród nauczycieli akademickich i studentów przygotowujących się do podjęcia profesjonalnej aktywności zawodowej.

*Z recenzji wydawniczej prof. dr hab. Jadwigi Kuczyńskiej-Kwapisz*



Projekt współfinansuje m.st. Warszawa



**impuls**

Zamówienia prosimy składać na adres:  
**Oficina Wydawnicza „Impuls” – Dział Handlowy**  
tel./fax: (12) 422 41 80, 422 59 47, 506 624 220  
e-mail: [impuls@impulsoficyna.com.pl](mailto:impuls@impulsoficyna.com.pl)  
[www.impulsoficyna.com.pl](http://www.impulsoficyna.com.pl)