Monographs of Physical Anthropology

HEALTH PROBLEMS OF OLDER PEOPLE AND ASSOCIATED CARING ASPECTS

ZDROWOTNE I OPIEKUŃCZE PROBLEMY OSÓB STARSZYCH

Volume 3, 2015
ISSN 2391-8446

Monographs of Physical Anthropology ©

- is the official journal of the Department of Anthropology, Wrocław University of Environmental and Life Sciences, Poland
- published monographs in the field of physical anthropology and related disciplines
- published in English and/or Polish, in electronic version (PDF)
- the access to the journal is open

Editor-in-chief:
Dariusz Nowakowski
Department of Anthropology, Wrocław University of Environmental and Life Sciences, Poland

Editorial Board:
Krzysztof Borysławski
Department of Anthropology, Wrocław University of Environmental and Life Sciences, Poland
Maciej Henneberg
University of Adelaide, Australia
Anna Lipowicz
Department of Anthropology, Wrocław University of Environmental and Life Sciences, Poland
Krzysztof Szostek
Jagiellonian University, Kraków, Poland

Language Advisor:
Beata Pokryszko
Museum of Natural History, Wrocław University, Poland

Statistical Advisor:
Jacek Szczurowski
Department of Anthropology, Wrocław University of Environmental and Life Sciences, Poland

Online version:
http://www.up.wroc.pl/antropologia/mpa

Editorship address:
Zakład Antropologii, Uniwersytet Przyrodniczy we Wrocławiu
ul. Kożuchowska 5, 51-631 Wrocław
www.up.wroc.pl/antropologia

© Copyright by the contributors

ISSN: 2391-8446
DN Publisher
(Wrocław, Poland)

DTP & cover design by Dariusz Nowakowski

Monographs of Physical Anthropology

Volume 3

HEALTH PROBLEMS OF OLDER PEOPLE
AND ASSOCIATED CARING ASPECTS

ZDROWOTNE I OPIEKUŃCZE
PROBLEMY OSÓB STARSZYCH

pod redakcją:
Dariusza Nowakowskiego[1], Krzysztofa Borysławskiego[1],
Małgorzaty Synowiec-Piłat[2] i Barbary Kwiatkowskiej[1]

[1] Zakład Antropologii Uniwersytetu Przyrodniczego we Wrocławiu;
Department of Anthropology, Wroclaw University of Environmental and Life Sciences;
ul. Kożuchowska 5, 51-631, Wrocław, Polska
[2] Zakład Humanistycznych Nauk Lekarskich, Uniwersyter Medyczny we Wrocławiu;
Department of Humanistic Sciences in Medicine, Wrocław Medical University;
ul. J. Mikulicza - Radeckiego 7, 50-368 Wrocław, Polska

Niniejsza momografia zawiera 12,52 arkuszy wydawniczych.

DN Publisher

31-12-2015

Wrocław, Poland

ISSN: 2391-8446

Spis treści

Wstęp 1
Krzysztof Borysławski

Część I 3
Styl życia i problemy zdrowotne w okresie starości.

Wyznaczniki stylu życia osób starszych w świetle populacyjnych badań socjomedycznych. The parameters for the lifestyle of the elderly in the light of population research. 5
Katarzyna Pawlak-Sobczak, Magdalena Kwaśniewska, Elżbieta Dziankowska-Zaborszczyk, Wojciech Drygas, Wojciech Bielecki

Samoocena wyglądu i kondycji zdrowotnej słuchaczy dolnośląskich Uniwersytetów Trzeciego Wieku. Self-assessment of the appearance and health condition of students of Lower Silesian Universities of the Third Age. 14
Krzysztof Borysławski, Iga Młynarska, Alicja Franczak

Wpływ religii i religijności na stan zdrowia psychicznego seniorów - rozważania teoretyczne. The impact of religion and religiosity on mental health of older adults - theoretical reflections. 28
Alicja Łaska-Formejster, Łukasz Kutyło

Problemy zdrowia psychicznego w wieku geriatrycznym. Problems related to mental health in geriatric age. 41
Katarzyna Błaszczuk

Psychospołeczne i demograficzne wyznaczniki występowania objawów depresji u osób w wieku 20-74 lata. Psychosocial and demographic determinants of depressive symptoms in a polish population aged 20-74. 54
Magdalena Malczewska, Magdalena Kwaśniewska, Elżbieta Dziankowska-Zaborszczyk, Wojciech Drygas, Wojciech Bielecki

Greying with dementia - the socio-cultural determinants of the social position of the elderly in Europe and China. Siwienie z demencją – społeczno-kulturowe uwarunkowania pozycji społecznej osób starszych w Europie i Chinach. 65
Natalia Ożegalska-Łukasik, Anna Prokop-Dorner

Individual and collective forms of domesticating and normalization of diabetes at 50 years of age and plus. Indywidualne i zbiorowe formy oswajania i normalizacji cukrzycy w wieku 50 plus. 77
Jacek Mianowski

Socjologiczne znaczenie stosowania leczenia biologicznego w reumatoidalnym zapaleniu stawów (RZS). Sociological importance of biological treatment in rheumatoid arthritis (RA). 90
Marta Majorczyk, Danuta Smoląg, Anita Król

Zwyczaje żywieniowe osób starszych. Feeding habits of the elderly. 98
Małgorzata Suchanecka, Katarzyna Graja, Ewelina Szałankiewicz, Barbara Kwiatkowska

Characterization and determinants of seasonality of deaths in Poland: a biodemographic approach. Charakterystyka i uwarunkowania zjawiska sezonowości zgonów w Polsce w ujęciu biodemograficznym. 113
Piotr Chmielewski, Krzysztof Borysławski

Część II 124
Potrzeby opiekuńcze osób starszych.

Niepełnosprawny senior w rodzinie – wyzwanie dla medycyny, gerontologii, polityki społecznej. Disabled senior in the family – a challenge for medicine, gerontology and social policy. 126
Łukasz Koperski

Wpływ opieki nad chorym z demencją na opiekuna - analiza forów internetowych. Impact of care over dementia patient upon the caregiver - a study of internet forums. 137
Danuta Smoląg, Marta Majorczyk, Wojciech Klapa

Polepszenie warunków życia osób starszych w domach seniora poprzez tworzenie otoczenia terapeutycznego. Improving the living conditions of the elderly in residential homes by creating a therapeutic environment. 143
Iwona Benek

Adaptacja przedstawicieli zawodów artystycznych do warunków życia w domu pomocy społecznej. Artistic professions adaptation to the conditions of life in the nursing home. 157
Anita Król, Wojciech Klapa, Natalia Sowińska, Angelika Nowak, Marta Majorczyk, Danuta Smoląg

Wstęp

Starzenie się, które jest poważnym problemem dla każdego z nas i coraz większym problemem dla społeczeństwa, ma jak się wydaje, mniejsze znaczenie w królestwie zwierząt. W warunkach naturalnych, w których istoty żywe poddane są ciągłej presji selekcyjnej, dla organizmów mniej sprawnych, w tym starych, po prostu nie ma miejsca. Z punktu widzenia biologii nie warto więc walczyć o nieśmiertelność, natomiast można i trzeba walczyć o dobrą jakość starości. Należy jednak zauważyć, że w przypadku człowieka starość może mieć znaczenie kulturowe. Ludzie starsi mogą sprzyjać przeżywalności młodych i zwiększać w ten sposób wartość adaptacyjną populacji (tzw. hipoteza babki).

Osobliwość procesu starzenia się polega na jego ogromnej złożoności, w związku z czym badania procesu starzenia się są wyjątkowo trudne. Wpływ na przebieg starzenia się ma nie tylko wiek osobnika, ale jego „przeszłość" ontogenetyczna. Tempo tego procesu zwiększają czynniki ekologiczne takie jak przebyte choroby czy urazy, nieracjonalne odżywianie, niedobór ruchu ale także przeciążenie pracą fizyczną, stres, itp. Wiele tych niekorzystnych czynników ma związek z niskim stopniem urbanizacji miejsca zamieszkania, niskim poziomem wykształcenia, wykonywanym zawodem, niskim dochodem, dużą dzietnością, itp., co określa się ogólnie jako status społeczno-ekonomiczny (SES). Stąd wynika tak ogromne zróżnicowanie osobnicze starzenia się. Mnogość czynników decydujących o tempie zmian inwolucyjnych utrudnia ocenę prawidłowego, „zdrowego" starzenia się.

Badanie zmian inwolucyjnych jest trudne także dlatego, że najczęściej na zmiany starcze nakładają się różne stany patologiczne, określane jako *polipathia senilis*, które nie muszą wynikać z istoty starzenia się. Oddzielenie ich jednak może być trudne i zwykle utożsamia się je ze zmianami starczymi. Trudność w odróżnieniu zmian spowodowanych prawidłowym starzeniem się od pierwszych oznak chorób wieku starczego jest jednym z nierozwiązanych do dziś problemów gerontologii. W organizmie wraz z wiekiem następuje w różnym stopniu pogorszenie funkcji większości jego układów i narządów, powodując tak zwaną pierwotną niepełnosprawność inwolucyjną. Te wszystkie, same w sobie niepatologiczne zmiany, są w wielu przypadkach prekursorem zmian patologicznych. Jako przykład może posłużyć, obserwowany u wielu osób, wzrost ciśnienia krwi z wiekiem. Prowadzi to do, wydawałoby się oczywistego wniosku, że stan ten jest zmianą starczą. Tymczasem może on być spowodowany wieloma innymi czynnikami (np. niewłaściwą dietą) i narastając z wiekiem daje złudzenie zmian starczych. Istnieje wiele populacji ludzkich, w których ciśnienie krwi jest na stałym poziomie w czasie całej ontogenezy. Nakładanie się schorzeń na zmiany starcze organizmu powoduje wtórną niepełnosprawność inwolucyjną. Według wielu autorów starzenie się nie jest procesem patologicznym a gerontologię należałoby zaliczyć do biologii i fizjologii prawidłowej a nie do medycyny. Inny pogląd zawarty jest w łacińskim przysłowiu *senectus ipsa morbus* czyli starość sama przez się jest chorobą. Większość dysfunkcji wieku starczego jest jednak obecnie klasyfikowanych jako choroby.

Zmiany demograficzne polegające na starzeniu się współczesnych społeczeństw powodują wzrastającą potrzebę dyskutowania nad zapewnieniem właściwej opieki osobom w podeszłym wieku. Dotyczy to wszystkich, zwłaszcza wysokorozwiniętych społeczeństw. Z danych statystycznych wynika, że trend ku starzeniu się Europy jest nie do powstrzymania. Według danych GUS-u z roku 2013(www.stat.gov.pl) w roku 2030 będzie w Polsce 2,206 mln. osób w wieku 80+, co stanowić będzie 5,9% ogólnej liczby mieszkańców. Już w roku 2050 ten wskaźnik podwoi się i wyniesie 10,4% (3,537 mln.). Według Eurostat-u, w roku 2035 średnia długość trwania życia mężczyzn w Europie wyniesie 77,9, a kobiet 84,7 lat, co stanowi znaczący przyrost (4-5 lat) w stosunku do roku 2013. Wagę problemu zwiększa prognozowany, coraz niższy wskaźnik dzietności (1,2). Współczynnik obciążenia ludności w wieku produkcyjnym ludnością w wieku poprodukcyjnym wzrośnie z ok. 19%

w 2010 roku do ok. 27% w 2020 roku i do niemal 56% w 2050 roku, co oznacza, że w połowie stulecia na 2 pracujących Polaków będzie przypadać 1 emeryt (dziś 5:1).

Gerontolodzy, geriatrzy i biolodzy ewolucyjni od dawna próbują znaleźć odpowiedzi na najbardziej fundamentalne pytania dotyczące procesu starzenia się, m. in. jak przebiegała jego ewolucja, jak wyznaczyć – zawsze umowną – granicę pomiędzy osobnikiem młodym i starym, jak odróżnić procesy chorobowe wymagające leczenia od dysfunkcji występujących naturalnie w podeszłym wieku, dlaczego kobiety żyją dłużej od mężczyzn a niektóre populacje znacznie dłużej od innych, co jest przyczyną starzenia się na poziomie molekularnym i komórkowym, czy jest ono wynikiem „zaprogramowania" genetycznego, czy może jest tylko podatnym na zmiany, plastycznym procesem w ontogenezie oraz czy istnieją zabiegi medyczne (*anti-aging medicine*) mogące przeciwdziałać niekorzystnym konsekwencjom upływającego czasu. Choć wiele problemów zostało już rozwiązanych, a współczesna wiedza z zakresu biogerontologii jest bardzo obszerna, to można zaryzykować stwierdzenie, iż starzenie się oraz zróżnicowana międzyosobniczo długość trwania życia wciąż pozostają jednymi z największych zagadek w biologii. Istotne wydaje się zatem wskazanie czynników biologicznych i środowiskowych, które w świetle najnowszych badań naukowych determinują dynamikę i intensywność procesów starzenia się. Wiele teorii jest już dziś nieaktualnych, a pojawiły się nowe koncepcje znacznie lepiej wyjaśniające jego biologiczne podłoże. Pozwalają one na działania opóźniające starzenie, a przede wszystkim promować i praktycznie wdrażać zasady zdrowego starzenia się.

Ogromnym problemem i wyzwaniem staje się także zapewnienie właściwej opieki zdrowotnej, psychologicznej i socjalnej ludziom starszym, szczególnie z okresową lub stałą niepełnosprawnością. Na rynku pracy otwierają się nowe perspektywy dla ludzi młodych, którzy kompetentnie i z poszanowaniem godności podopiecznych zadbają o poprawę jakości życia i aktywizację osób starszych, także z dysfunkcjami psychicznymi i ruchowymi, i o możliwość uzyskania przez te osoby jak największej niezależności.

Niniejsza monografia jest poświęcona zagadnieniu starości w ujęciu interdyscyplinarnym. Jest zbiorem oryginalnych prac naukowych autorów reprezentujących takie dyscypliny, jak socjologia, antropologia fizyczna i kulturowa, psychologia, medycyna, demografia, zdrowie publiczne oraz promocja zdrowia. Jest adresowana do wszystkich zainteresowanych problematyką starzenia, m. in. do praktyków pracujących z osobami starszymi, bądź na rzecz osób starszych. Stwarza możliwość nie tylko poznania stanu aktualnych badań na temat starości, prowadzonych przez specjalistów z różnych dziedzin, ale jest także próbą wskazania strategii przeciwdziałania niekorzystnym zjawiskom społecznym, związanym ze starzeniem się społeczeństw. Czytelnicy znajdą tu odpowiedzi na niektóre ważne pytania o to, jak zdrowo się starzeć i jaka jest w tym rola wsparcia rodziny lub osób bliskich i przyjaciół. Przyjaciele często pełnią nawet ważniejszą rolę od członków dalszej rodziny, ponieważ dostarczają tzw. „wsparcia społecznego", czyli dzielenia wspólnych zainteresowań, podobnych doświadczeń życiowych, użyczają oparcia duchowego w trudnych momentach czy tak ważnego zrozumienia i empatii. Kochająca rodzina i „wsparcie społeczne" przyjaciół to najlepsze, co może spotkać człowieka w jego starości, bo widzi wtedy, że całe jego życie miało sens. Wykazano, że osoby cieszące się takim wsparciem żyją istotnie dłużej, a jakość ich życia jest znacząco lepsza.

Krzysztof Borysławski

Część I

STYL ŻYCIA I PROBLEMY ZDROWOTNE W OKRESIE STAROŚCI

WYZNACZNIKI STYLU ŻYCIA OSÓB STARSZYCH W ŚWIETLE POPULACYJNYCH BADAŃ SOCJOMEDYCZNYCH

THE PARAMETERS FOR THE LIFESTYLE OF THE ELDERLY IN THE LIGHT OF POPULATION RESEARCH

Katarzyna Pawlak-Sobczak[1], Magdalena Kwaśniewska[2], Elżbieta Dziankowska-Zaborszczyk[3], Wojciech Drygas [2,4], Wojciech Bielecki [1]

[1] Zakład Patologii Społecznych, Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Department of Social Pathologies, Medical University of Lodz, Poland

[2] Zakład Medycyny Zapobiegawczej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Department of Preventive Medicine, Medical University of Lodz, Poland

[3] Pracownia Epidemiologii i Biostatystyki, Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Department of Epidemiology and Biostatistics, Medical University of Lodz, Poland

[4] Zakład Epidemiologii, Prewencji Chorób Układu Krążenia i Promocji Zdrowia, Instytut Kardiologii w Warszawie
Department of Epidemiology, Cardiovascular Disease Prevention and Health Promotion, Institute of Cardiology, Warsaw, Poland

Author for correspondence:
Katarzyna Pawlak-Sobczak
Żeligowskiego 7/9, 90-752 Łódź, Poland
e-mail address: katarzyna.pawlak@umed.lodz.pl

Ten rozdzial zawiera 0,71 arkusza wydawniczego.
The length of this chapter is 0.71 standard units of text length.

Streszczenie

W społeczeństwach ponowoczesnych, zwraca się szczególną uwagę na młodość, atrakcyjność fizyczną i sprawność, a osoby starsze są systemowo marginalizowane. Jednocześnie, obserwuje się proces systematycznego starzenia się społeczeństw. Te dwa równoległe zjawiska prowadzą do licznych przemian, także w postrzeganiu swojej roli i miejsca w życiu społecznym przez osoby starsze. Bunt przeciwko prawom natury oraz lęk przed degradacją społeczną (w tym - zepchnięcia do kategorii „czwartego wieku" tj. starzenia się patologicznego), mobilizuje jednostki w tzw. wieku poprodukcyjnym, do inwestowania w siebie po to, by jak najdłużej zachować pożądane w ponowoczesnym świecie cechy. W tym świetle znaczenia nabiera zdrowy styl życia, który zgodnie z koncepcją pól, ma największy wpływ na pojawienie się i rozwój chorób przewlekłych.
Relacjonowany fragment ogólnopolskich badań populacyjnych odpowiada na pytanie: na ile Polacy w wieku 65+ dbają o swoje zdrowie i sprawność poprzez wybór zdrowego stylu życia. Zestawienie danych z różnych kohort wiekowych pozwala też na wnioskowanie, czy troska o zdrowie jest w ogóle domeną osób starszych i czy zainteresowanie tym obszarem wzrasta wraz z wiekiem.
Prezentowane badania wskazują, iż polscy seniorzy dążą do zachowania sprawności i witalności, jednakże troska o własne zdrowie związana jest przede wszystkim z rezygnacją z używek. Troska o zdrowie nie przekłada się jednak na aktywność fizyczną.

Słowa kluczowe: starość, zdrowie, aktywność fizyczna, używki

Summary

In post-modern societies, special attention shall be given to the youth, physical attractiveness and efficiency, and old people are systemically marginalized. At the same time, there is a systematic process of ageing. These two phenomena lead to numerous changes, in the perception of old people's role and place in society. Rebellion against the laws of nature and fear of social degradation mobilises old people to keep desired, in the post-modern world, features. In this light, very important is a healthy lifestyle, which has the biggest impact on the development of chronic diseases.
Surveys, which are presented, answer the question: if the Poles aged 65 + care about their health and efficiency by choosing a healthy lifestyle. Matching data from various age cohorts also allows to answer the question if the interest in this area increases with age.
Presented research indicates that Polish seniors aspire to maintain efficiency and vitality, however, care about own health is associated primarily with the resignation of drugs, but not with physical activity.

Key words: old age, health, physical activity, stimulants

W społeczeństwach ponowoczesnych, zwraca się szczególną uwagę na młodość, atrakcyjność fizyczną i sprawność, a osoby starsze są systemowo marginalizowane. Jednocześnie, obserwuje się proces systematycznego starzenia się społeczeństw. Te dwa równoległe zjawiska prowadzą do licznych przemian, także w postrzeganiu swojej roli i miejsca w życiu społecznym przez osoby starsze. Bunt przeciwko prawom natury oraz lęk przed degradacją społeczną (w tym - zepchnięcia do kategorii „czwartego wieku" tj. starzenia się patologicznego), mobilizuje jednostki w tzw. wieku poprodukcyjnym, do inwestowania w siebie po to, by jak najdłużej zachować pożądane w ponowoczesnym świecie cechy (Bauman 1995). W tym świetle znaczenia nabiera zdrowy styl życia, który zgodnie z „koncepcją pól" (LaLonde 1981), ma największy wpływ na pojawienie się i rozwój chorób przewlekłych.

W 1986 roku Dirk van de Kaa i R. Lesthaeghe wprowadzając do demografii termin „drugie przejście demograficzne" zwrócili uwagę na nowe jakościowo zjawisko, które miało miejsce w Europie od lat sześćdziesiątych, a które charakteryzowało się nieciągłością w reprodukcji ludności. Zmiany rozrodczości związane z silnym i powszechnym spadkiem płodności doprowadziły do systematycznego starzenia się społeczeństw europejskich. Spadek płodności związany był z demograficznymi zmianami, jakie zachodziły w obrębie rodziny. Wśród nich Okólski (2005) wymienia późny wiek zawierania związków małżeńskich i związane z nim opóźnienie urodzenia pierwszego dziecka, wzrost urodzeń pozamałżeńskich oraz dobrowolnej bezdzietności, zanik wielodzietności i upowszechnienie stosowania środków antykoncepcyjnych. Jednocześnie dostrzega także coraz większe społeczne przyzwolenie na związki pozamałżeńskie, wielość i różnorodność związków partnerskich w ciągu życia jednostki oraz zjawisko upowszechniania samotnego rodzicielstwa i rodzin niepełnych (Giddens 2010).

Jednocześnie należy zwrócić uwagę na zmiany w rodzinie o charakterze jakościowym, związane z ograniczeniem jej funkcji, a także rozluźnianiem się więzi między poszczególnymi członkami, zwłaszcza w wymiarze międzypokoleniowym. Paradoksalnie warunki ponowoczesności dają olbrzymią możliwość obcowania ze starszymi generacjami (Szweda-Lewandowska 2008). Jest to związane po pierwsze z rozwojem medycyny i wydłużaniem się wieku ludzkiego, po drugie z nowoczesnymi środkami komunikacji. Coraz częściej jednak seniorzy doświadczają wyalienowania i osamotnienia. Jak zauważa Kawczyńska-Butrym (2008) młodsze pokolenia wstydząc się starszej części rodziny nierzadko dystansują się od własnych dziadków.

Miejsce osób starszych w społeczeństwie i ich status charakteryzuje się w perspektywie historycznej dużą zmiennością i dwuznacznością. Te przeobrażenia związane były z normami ukształtowanymi w określonych warunkach społeczno-kulturowych wybranej epoki (Minois 1995). Tym samym o postawach wobec osób starszych decydowały takie czynniki jak: rodzaj kultury, sytuacja polityczna, zamożność społeczeństwa, uwarunkowania demograficzne, struktura rodziny, a nawet stan zdrowia osób starszych i obowiązujący ideał piękna (Szatur-Jaworska 2000). W społeczeństwach tradycyjnych seniorzy cieszyli się dużym poważaniem i prestiżem. Dzięki swojemu doświadczeniu życiowemu mogli pełnić role nauczycieli, doradców, znachorów, kapłanów czy strażników prawa i obyczaju (Piątkowski 1990). Także w życiu rodzinnym osoby starsze pełniły liczne, ważne funkcje. Towarzyszyły przy narodzinach i śmierci, czy podejmowały kluczowe decyzje dla funkcjonowania całej wielopokoleniowej rodziny.

We współczesnych społeczeństwach autorytet i pozycja osób starszych uległy przekształceniom. W wyniku przemian cywilizacyjnych związanych m.in. z rozwojem nauki i postępem technologicznym doświadczenie i mądrość życiowa nabywana z wiekiem straciły na znaczeniu (Bogusz 2013). Wraz z rewolucją przemysłową zmianie uległy również więzi międzyludzkie (Kłoskowska 1983). Tönnies (2008) określał ten proces jako przechodzenie od Gemeinschaft do Gesellschaft, czyli od „wspólnoty" do „społeczeństwa". W Gemeinschaft (wspólnocie) stosunki międzyludzkie były bliskie, oparte na jasnym określeniu miejsca danej osoby w społeczeństwie. Status był więc przypisany, a nie osiągany. Kultura wspólnoty charakteryzowała się względną homogenicznością, a na jej straży stały rodzina

i kościół. Krew, miejsce (ziemia) i umysł, i ich socjologiczne odpowiedniki: ród, sąsiedztwo i przyjaźń, czyli trzy główne aspekty Gemeinschaft, łącznie stanowiły bazę wszelkiej cnoty i moralności, a jednocześnie działały na rzecz związków solidarności między ludźmi. Pojęciu wspólnoty Tönnies przeciwstawił Gesellschaft (społeczeństwo). Opisuje ono więzi na szeroką skalę, bezosobowe, kontraktualne (Mikołajewska 1999). Gesellschaft nabiera swojego typologicznego znaczenia, gdy widzimy je jako szczególny rodzaj więzi społecznej, tzn. taki, który charakteryzuje się wysokim stopniem indywidualizmu, kontraktualizmu i wywodzi się z woli lub czystego interesu, a nie ze złożonych stanów emocjonalnych, nawyków i tradycji, które leżały u podłoża Gemeinschaft.

Wraz z tymi zmianami przekształceniom ulega również tradycyjny model rodziny wielopokoleniowej. W zastępującym go modelu rodziny nuklearnej coraz częściej brakuje miejsca dla najstarszej generacji. Procesy migracyjne i wzrost mobilności powoduje rozluźnienie więzi między członkami rodzin, a zmiany obyczajowe i nowoczesny styl życia pomniejsza znaczenie doświadczenia i wiedzy seniorów. Izolowanie i spychanie na margines społeczny osób z racji ich wieku miało miejsce już we wcześniejszych epokach. Minois (1995) podkreśla, że już w starożytności starość przegrywała w zestawieniu z młodością. Zdarzały się przypadki, iż jednostkom w podeszłym wieku z racji niedołęstwa, chorób, utraty sił zarzucano bezużyteczność i ciężar dla całego społeczeństwa. Tym samym skazywano na degradację, wykluczenie z życia publicznego i samotność. Jednakże we współczesnych społeczeństwach niepokoi skala zjawiska. Dominuje wiele negatywnych stereotypów związanych ze starością, która utożsamiana jest bardzo często ze słabością, niepełnosprawnością, zarówno psychiczną, jak i fizyczną, infantylnością, zależnością, pesymizmem i licznymi ograniczeniami. W skrajnych przypadkach może prowadzić to do gerontofobii (Bogusz 2013).

Tak jak w starożytności zdarzały się przypadki skazywania osób starszych na wygnanie i tułaczkę, tak dziś seniorzy coraz częściej przypominają włóczęgów w baumanowskim sensie rozumienia ponowoczesnego wzoru osobowości. Nieustannie są w drodze, ale nigdzie nie mogą znaleźć swojego miejsca, bo nigdzie nie są mile widziani. Nie rozumieją i nie nadążają za zmianami nowoczesnego świata (Bauman 1993).

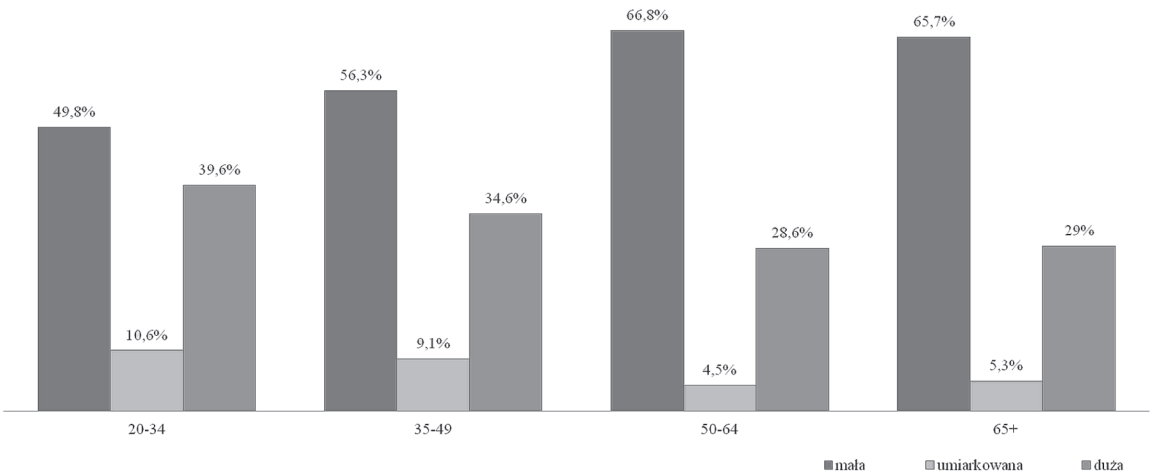
Osoby starsze charakteryzują różne postawy przystosowania się do rzeczywistości, od akceptacji, przez reformowanie, aż do wypierania. Akceptacja związana jest często z poddaniem się stereotypowemu wizerunkowi seniora, a tym samym izolacji, ograniczenia aktywności, zrezygnowania z dotychczasowych ról, zamykania się w gronie sobie podobnych. Reformatorzy dążą do zmiany negatywnych stereotypów dotyczących starości poprzez konfrontację z osobami wierzącymi w nie. W końcu wyparcie związane jest z brakiem akceptacji procesu starzenia. Jednostka za wszelką cenę chce zatrzymać młody wygląd poprzez zmianę stylu życia i zachowania. Osoby wypierające się swojego wieku dbając m.in. o swoje zdrowie i sprawność chcą udowodnić, iż nadal się użyteczne dla społeczeństwa.

W Polsce, jak wskazują dane z Raportu pt. „Sytuacja Zdrowotna Ludności Polski i jej uwarunkowania" z 2012 roku od drugiej połowy lat 80. udział dzieci i młodzieży w wieku poniżej 20 lat zmniejsza się. Proces ten następuje powoli, aczkolwiek systematycznie. Równocześnie obok malejącego przyrostu naturalnego dane z przytoczonego raportu wskazują na wyraźną tendencję wzrostową w wypadku udziału osób w wieku 65 lat i więcej. W roku 2010 stanowili oni już 13,6% ogółu polskiego społeczeństwa (Wojtyniak i in. 2012). Chociaż ludność Polski jest w chwili obecnej przeciętnie młodsza niż większość krajów Unii Europejskiej to zgodnie z prognozą opracowaną przez Eurostat z 2010 roku korzystna dla Polski różnica będzie wykazywać tendencję spadkową. Szacuje się, że w połowie obecnego stulecia sytuacja ulegnie odwróceniu. Tym samym odsetek osób starszych (w wieku 65+) w Polsce będzie wyższy niż w innych krajach należących do Unii Europejskiej (Wojtyniak i in. 2012). Tym samym z demograficznego punktu widzenia polskie społeczeństwo należy do starych, a sytuacja ta będzie się jeszcze pogłębiać (Holzer 1999). Tym samym zasadne wydaje się pytanie o postawy polskich seniorów wobec procesów starzenia się. Czy dbanie o zdrowie

jest domeną osób starszych oraz czy zainteresowanie tym obszarem wzrasta wraz z wiekiem, jako wyraz braku akceptacji dla postępujących oznak starości.

Światowa Organizacja Zdrowia oszacowała procentowe udziały poszczególnych czynników ryzyka w ogólnej liczbie zgonów w krajach europejskich. W Polsce najistotniejsze okazały się m.in.: palenie tytoniu, nadmierne spożycie alkoholu, wysokie ciśnienie krwi, otyłość i związana z nią mała aktywność fizyczna. Tym samym troska o zdrowy styl życia powinna przede wszystkim dotyczyć unikana używek oraz podejmowania regularnej aktywności fizycznej.

Według danych pochodzących z przekrojowych badań - WOBASZ - realizowanych na ogólnopolskiej populacji w latach 2003-2005 w ramach programu Narodowego Programu Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego (Program POLKARD) 65,4% respondentów deklarowało podejmowanie jakiejkolwiek aktywności fizycznej. Wśród nich największy odsetek stanowiły młode osoby w wieku 20-34 lata (69,8%). Podejmowanie aktywności fizycznej maleje wraz z wiekiem. Tym samym najrzadziej ćwiczyły osoby w wieku 65+ (54,7%). Niepokojący jest również fakt, że wśród ćwiczących zdecydowana większość deklarowała małą aktywność fizyczną (raz w miesiącu i rzadziej). Odsetek tych osób wzrasta wraz z wiekiem (ryc. 1). Regularnie zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia ćwiczyło około 22% populacji tj. 1/3 deklarujących jakąkolwiek aktywność. Wśród respondentów w wieku 20-34 lata regularną aktywność fizyczną podejmowało 39,6% badanych. Odsetek osób ćwiczących przynajmniej kilka razy w tygodniu malał wraz z wiekiem. Wśród badanych w wieku 65+ wynosił on zaledwie 29%. Tym samym należy podkreślić, że osoby w wieku poprodukcyjnym nie tylko podejmując jakąkolwiek aktywność fizyczną ćwiczyły bardzo nieregularnie, ale także były grupą, która w porównaniu do innych kohort wiekowych najrzadziej decydowała się na ćwiczenia, prowadząc siedzący styl życia.



Rycina 1. Częstotliwość podejmowanej aktywności fizycznej; p <0,001 dla każdego rodzaju aktywności fizycznej (na podstawie danych programu WOBASZ).
Figure 1. The frequency of physical activity undertaken; p <0.001 for every kind of physical activity (based on data from WOBASZ).

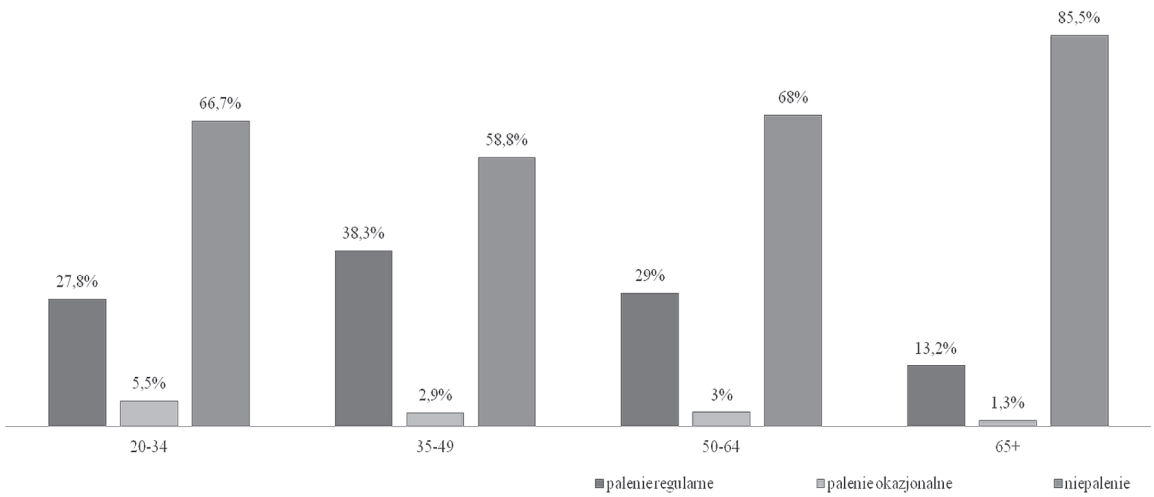
Niewielka aktywność fizyczna, bądź jej całkowity brak usprawiedliwiany był przez respondentów w różnych sposób. Zmienną silnie wpływającą na odpowiedź był wiek badanych. Młodsi respondenci najczęściej deklarowali brak czasu (54,5% badanych w wieku 20-34 oraz 34% - w wieku 35-49) oraz ochoty (około 19% w obu kohortach wiekowych). Jednocześnie znaczenie

zwłaszcza tego pierwszego argumentu wyraźnie malało wraz z wiekiem. Brak czasu jako przyczynę nie podejmowania aktywności fizycznej deklarowało zaledwie 18% respondentów w wieku 50-64 lat oraz zaledwie 4,3% wśród osób 65+. Głównym usprawiedliwieniem biernego stylu życia wśród osób po 50 roku życia był stan zdrowia. Dotyczyło to 68,6% respondentów w wieku 65+ oraz 35,6% osób w wieku 50-64 lat. Dla porównania w najmłodszej kohorcie wiekowej (20-34 lata) podobne deklaracje złożyło zaledwie 7,3% badanych.

Obok aktywności fizycznej inną ważną kwestią w utrzymaniu zdrowia i sprawności jest rezygnacja z różnego rodzaju używek, przede wszystkim tytoniu i alkoholu.

Zgodnie z przytaczanymi badaniami ponad 67% respondentów deklarowało nie-palenie tytoniu, z czego ponad 46% nigdy nie sięgnęło po papierosa. Odsetek niepalących był szczególnie wysoki w wieku 65+ (85,5%). Trzeba w tym miejscu podkreślić, iż dotyczyło to zarówno osób, które nigdy nie sięgnęły po papierosa, jak i byłych palaczy. Odsetek badanych, którzy zrezygnowali z nałogu systematycznie wzrasta wraz z wiekiem respondentów. W najstarszej kohorcie wiekowej byłych palaczy było dwukrotnie więcej niż w najmłodszej. Trzema najczęściej wymienianymi przyczynami rzucenia palenia przez badanych był: zdrowy rozsądek, obawa przed chorobą i aktualny stan zdrowia. Ten pierwszy, choć dominował we wszystkich kohortach wiekowych, tracił wyraźnie na znaczeniu wraz z obniżaniem się wieku respondentów. Z kolei argumenty o charakterze „zdrowotnym" nabierały znaczenia im starszy był palacz.

Wśród badanych używających tytoniu dominowało palenie regularne (ryc. 2). 29% osób przyznało się do systematycznego sięgania po papierosa. Najwięcej palaczy mieściło się w przedziale wiekowym 35-49 lat. Palenie okazjonalne nie było powszechne w polskim społeczeństwie. Sporadycznie używało tytoniu około 3,4% badanych (najczęściej najmłodsi respondenci w wieku 20-34 lat).



Rycina 2. Częstotliwość palenia tytoniu; palenie regularne p <0,001, palenie okazjonalne p < 0,001, niepalenie p<0,001 (na podstawie danych programu WOBASZ).
Figure 2. Frequency of smoking; regular smoking p <0.001, occasional smoking p < 0.001, no smoking p< 0.001 (based on data from WOBASZ).

Wśród osób regularnie lub okazjonalnie palących można zaobserwować duży odsetek tych, którzy deklarowali gotowość rzucenia nałogu (największy – prawie 90% dotyczy osób w wieku 50-64). W najstarszej kohorcie wiekowej, wśród 13% respondentów przyznających się do regularnego palenia, aż 83% z nich była gotowa zrezygnować z nałogu. Jednakże niepokoi i zastanawia

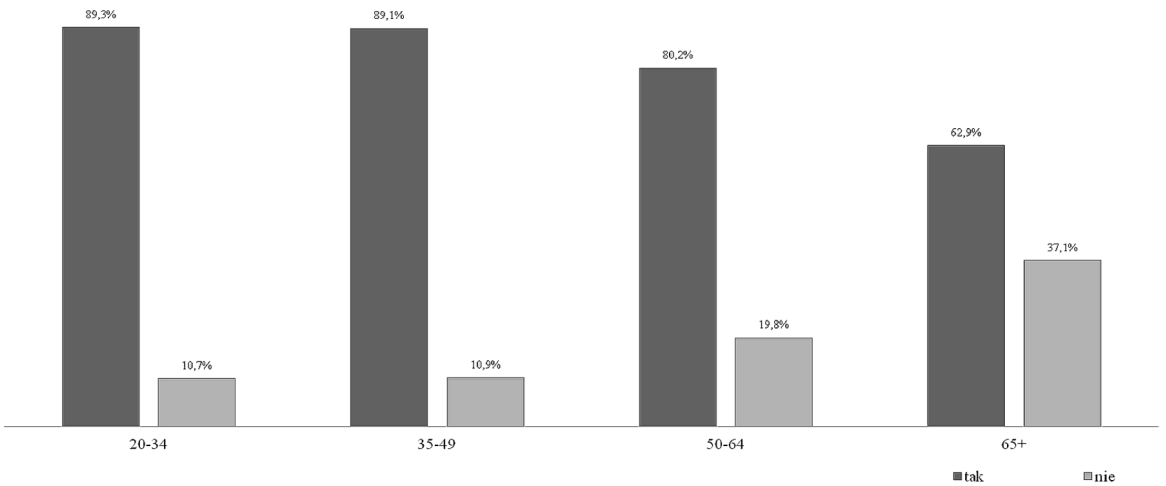
zdecydowanie większy (ponad dwukrotnie w porównaniu do innych kohort wiekowych) odsetek tych, którzy stanowczo odmawiali rzucenia niezdrowych przyzwyczajeń.

Główną przyczyną wpływającą na gotowość rzucenia palenia we wszystkich grupach wiekowych była obawa przed chorobą. Fakt ten, jak również dość wysoki wskaźnik niepalących w ogóle, świadczyć może o wiedzy respondentów dotyczącej szkodliwości tytoniu dla stan zdrowia.

Drugim najczęściej wymienianym powodem gotowości rzucenia nałogu wśród osób w wieku 20-64 były problemy finansowe. Znaczenie tego czynnika maleje jednakże z wiekiem. Osoby najstarsze zwracały uwagę na swój aktualny stan zdrowia. W odróżnieniu od kwestii finansowych, ten czynnik zyskiwał na znaczeniu wraz z wiekiem respondentów.

Obok nałogu tytoniowego, drugą niebezpieczną dla zdrowia polskiego społeczeństwa używką wymienianą między innymi przez Światową Organizację Zdrowia jest alkohol.

83% respondentów deklarowało spożycie alkoholu w ciągu ostatniego roku. Tym samym zaledwie 13% badanych przyznało się do abstynencji. Podobnie jak w wypadku tytoniu, również alkohol był najrzadziej spożywany w najstarszej kohorcie wiekowej (65+), gdzie można odnotować największy odsetek abstynentów (37%). Jednocześnie odsetek osób pijących w poszczególnych grupach wiekowych wyraźnie spadał wraz z wiekiem (ryc. 3). Jednym z najmniej popularnych alkoholi wśród Polaków jest wino. Do jego spożycia (z różną częstotliwością) przyznawało się 51,2% badanych, przy czym odsetek osób rezygnujących z tego trunku rósł wraz z wiekiem. Trzeba również zaznaczyć, że aż 34,3% wśród pijących wino czyniło to bardzo sporadycznie tj. rzadziej niż raz w miesiącu.



Rycina 3. Spożywanie alkoholu w ciągu ostatnich 12 miesięcy; p <0,001
(na podstawie danych programu WOBASZ)
Figure 3. Consumption of alcohol during the last 12 months; p <0.001
(based on data from WOBASZ).

Wśród polskiego społeczeństwa niezmiennie od wielu lat dużą popularnością cieszą się alkohole wysokoprocentowe (Wojtyniak i in. 2012), zwłaszcza, jak wskazują dane z badania WOBASZ wśród osób w średnim wieku (34-64 lata). Wśród najmłodszych (20-34) i najstarszych (65+) respondentów 21,5% przyznało się do nie-spożywania w ogóle tego trunku.

Natomiast konsumpcja piwa wyraźnie wzrosła w ciągu ostatnich lat. Jest to trunek szczególnie popularny wśród najmłodszych respondentów (20-34 lat). Jego spożycie maleje wraz z wiekiem. W stosunku do pozostałych badanych, aż dwa razy więcej osób w wieku 65+ deklarowało nie spożywanie tego alkoholu. Jednocześnie wśród pijących piwo, osoby starsze czyniły to zdecydowanie rzadziej (co najwyżej raz w miesiącu) niż przedstawiciele innych grup wiekowych. Należy w tym

miejscu zaznaczyć, że osoby w wieku 65+ spożywały generalnie mniej i rzadziej wszelkiego rodzaju alkoholi niż respondenci z innych kohort wiekowych.

Podsumowując powyższe rozważania można wyciągnąć wniosek, iż polscy seniorzy dążą do zachowania sprawności i witalności, jednakże troska o własne zdrowie związana jest przede wszystkim z rezygnacją z używek. Osoby powyżej 65 roku życia w porównaniu z pozostałymi grupami wiekowymi zdecydowanie częściej unikają alkoholu i tytoniu, zaś główną przyczyną takiej postawy jest obawa przed chorobą i aktualny stan zdrowia. Pozostałe argumenty, w tym finansowe nie odgrywają w tym wypadku większego znaczenia. Co więcej dane wskazują także, iż osoby które zrezygnowały lub mocno ograniczyły spożywanie alkoholu również najczęściej unikają tytoniu.

Troska o zdrowie nie przekłada się jednak na aktywność fizyczną. Niemalże połowa badanych w wieku 65+ nie podejmuje żadnej aktywności fizycznej. Zdecydowana zaś większość tych, którzy ćwiczą czynią to okazjonalnie. Należy jednak zwrócić uwagę, iż wszystkie kohorty wiekowe charakteryzują się niską aktywnością, tym samym polskie społeczeństwo prowadzi siedzący tryb życia. Co więcej unikanie ćwiczeń wśród badanych w wieku 65+ najczęściej wynika ze stanu zdrowia, a nie, jak ma to miejsce wśród młodszej części społeczeństwa, z braku czasu czy ochoty.

Wydaje się więc, iż lęk przed degradacją społeczną mobilizuje jednostki w tzw. wieku poprodukcyjnym do inwestowania w siebie, by jak najdłużej zachować sprawność i witalność – cechy tak bardzo pożądane w nowoczesnym świecie.

Piśmiennictwo

1. Bauman Z. 1993. Ponowoczesne wzory osobowe. *Studia Socjologiczne* **2**: 8-31.
2. Bauman Z. 1995. *Ciało i przemoc w obliczu ponowoczesności*. Wydawnictwo Uniwersytetu im. Mikołaja Kopernika: Toruń.
3. Bogusz R. 2013. Społeczne reakcje wobec starości – przeszłość, teraźniejszość, przyszłość [w]: *Zdrowie i choroba w badaniach socjologicznych prowadzonych na Uniwersytecie Medycznym w Lublinie 1995-2013*, Piątkowski W. (red.). Uniwersytet Medyczny w Lublinie: Lublin; 137-153.
4. Giddens A. 2010. *Socjologia*. Wydawnictwo Naukowe PWN: Warszawa.
5. *GUS*. Stan i Struktura w przekroju terytorialnym. Stan w dniu 30.VI.2013 [w]: http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/L_ludnosc_stan_struktura_30-06-2013.pdf (dostęp: 28.04.2015)
6. Holzer JZ. 1999. *Demografia. Polskie* Wydawnictwo Ekonomiczne: Warszawa.
7. Kawczyńska-Butrym Z. 2008. *Wyzwania rodziny: zdrowie, choroba, niepełnosprawność, starość*. Wydawnictwo Makmed: Lublin.
8. Kłoskowska A. 1983. *Kultura masowa krytyka i obrona*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe: Warszawa.
9. Lalonde M. 1981. *A New Perspective on the Health of Canadians, a working dokument. Minister of Supply and Services*: Canada, [w]: http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf (dostęp: 25.10.2015)
10. Mikołajewska B. 1999. *Zjawisko wspólnoty (wybór tekstów)*. New Haven.
11. Minois G. 1995. *Historia starości. Od antyku do renesansu*. Wydawnictwo Marabut: Warszawa.
12. Okólski M. 2005. *Demografia*. Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR: Warszawa.
13. Piątkowski W. 1990. *Spotkania z inną medycyną*. Wydawnictwo Lubelskie: Lublin.
14. Szatur-Jaworska B. 2000. *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*. Instytut Polityki Społecznej UW: Warszawa.

15. Szweda-Lewandowska Z. 2008. Prognoza zapotrzebowania na miejsca w domach pomocy społecznej dla osób w wieku 75 lat i więcej [w]: *Starzenie się ludności Polski. Między demografią a gerontologią społeczną*, Kowaleski J.T., Szukalski P. (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego: Łódź; 125-152.
16. Tönnies F. 2008. *Wspólnota i stowarzyszenie*. PWN: Warszawa.
17. Wojtyniak B, Goryński P, Moskalewicz B. 2012. *Sytuacja Zdrowotna Ludności Polski i jej uwarunkowania*. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny: Warszawa,
18. http://www.pzh.gov.pl/page/fileadmin/user_upload/statystyka/Raport_stanu_zdrowia_2012. pdf (dostęp: 27.04.2015)

SAMOOCENA WYGLĄDU I KONDYCJI ZDROWOTNEJ SŁUCHACZY DOLNOŚLĄSKICH UNIWERSYTETÓW TRZECIEGO WIEKU

SELF-ASSESSMENT OF THE APPEARANCE AND HEALTH CONDITION OF STUDENTS OF LOWER SILESIAN UNIVERSITIES OF THE THIRD AGE

Krzysztof Borysławski, Iga Młynarska, Alicja Franczak

Zakład Antropologii, Uniwersytet Przyrodniczy we Wrocławiu
Department of Anthropology, Wrocław University of Environmental and Life Sciences

Author for correspondence:
Krzysztof Borysławski
ul. Kożuchowska 5, 51-631 Wrocław, Poland
e-mail address: krzysztof.boryslawski@up.wroc.pl

Ten rozdział zawiera 0,96 arkusza wydawniczego.
The length of this chapter is 0.96 standard units of text length.

Streszczenie

Celem pracy było określenie różnic w samoocenie wyglądu cech twarzy i sylwetki oraz kondycji zdrowotnej: biologicznej i psychicznej w zależności od płci, statusu społeczno-ekonomicznego oraz trybu i stylu życia studentów UTW wybranych dolnośląskich uczelni. Materiał badawczy stanowią ankiety dotyczące 400 osób (67 mężczyzn i 353 kobiet) w wieku od 55 do 88 lat, który zebrano w latach 2013/2014.

Mężczyźni są bardziej zadowoleni ze swojego wyglądu niż kobiety. Wszyscy, niezależnie od płci, chcieliby być wyżsi i ważyć mniej. Osoby aktywne fizycznie oraz te, które nigdy się nie odchudzały istotnie lepiej oceniają swój wygląd. Badani na ogół dobrze oceniają swój stan zdrowia i kondycję psychiczną. Najczęściej mają kłopoty ze wzrokiem i kręgosłupem, raczej nie mają problemów ze słuchem i osteoporozą. Często aktywnie spędzają czas i w większości (szczególnie młodsi i lepiej sytuowani) korzystają z Internetu. Osoby gorzej sytuowane materialnie gorzej oceniają swój stan zdrowia, częściej mają problemy ze wzrokiem, gorszą sprawność fizyczną i kondycję psychiczną.

Słowa kluczowe: atrakcyjność sylwetki, zdrowie, starzenie, SES, tryb życia, gerontologia, Dolny Śląsk

Summary

The aim of this study was to estimate of the differences in self-assessment of the looks of face and body features, and the biological and psychological condition depending on sex, socio-economic status, as well as the life style of the third age students from some Lower Silesia universities. The research sample are questionnaires concerning 400 people (67 men and 353 women) aged 55 – 88 years, which were collected in the years 2013/2014.

Men are more satisfied with their appearance than women. Everyone, regardless of sex, would be taller and weigh less. Physically active people and those who never been on a diet significantly better assess their appearance. Respondents generally well assess their health and physical condition. They most often have trouble with eyesight and backbone, and rather not have hearing problems and osteoporosis. Often actively they spend their time, and in most (especially younger and with a better financial situation) use the Internet. Less-affluent worse assess their health status, more likely to have vision problems, poorer physical and mental condition.

Key words: attractiveness of body silhouette, health, aging, SES, lifestyle, Lower Silesia

Wstęp

Szewczuk (1985) definiuje samoocenę jako postawę wobec samego siebie, zwłaszcza wobec własnych możliwości i cech użytecznych społecznie. Kulas (1986) wyróżnia trzy kategorie cech dotyczących sądów i opinii o własnej osobie: fizyczne („ jestem piękna", „jestem dobrze zbudowany"), psychiczne („mam silną wolę", „jestem cholerykiem") i społeczne („łatwo nawiązuję znajomości", „jestem komunikatywny"). W miarę upływu lat człowiek zdobywa nowe doświadczenia, jednocześnie lepiej i trafniej kształtuje swoje „ja świadome", swoją samoocenę. Składają się na nią wady i zalety oraz cechy fizyczne i emocje jednostki. „Ja" stanowi życiorys człowieka, wszystkie informacje, które dotyczą samego siebie w każdym momencie życia oraz relacje z innymi ludzi (Fila-Jankowska 2009).

Ważnymi elementami samooceny, ściśle z sobą powiązanymi, są uroda i zdrowie. Uroda jest uniwersalnym fragmentem ludzkiego doświadczenia, zwraca uwagę i zainteresowanie u partnera, wywołuje przyjemne emocje i zapewnia sukces rozrodczy. *„Ludzie oceniają wygląd tak, jakby gdzieś w ich umysłach istniał wzorzec pięknych ludzkich kształtów, kształtów, które rozpoznaliby, gdyby je ujrzeli (...). Istnieją w wyobraźni"* (Etcoff 2000). Piękno składa się z ciała i wyobraźni. Z kolei wysoka atrakcyjność wymaga dobrej kondycji biologicznej, która jest „kosztowna", szczególnie u mężczyzn. Wysoki poziom testosteronu w dłuższej perspektywie działa negatywnie na układ immunologiczny, jest silnym immunosupresorem. Stymuluje działania ryzykowane, agresywne i dominację, co wskutek popisywania się mężczyzn może spowodować uszkodzenia ciała lub nawet zgon (Borysławski 2012).

Osobom atrakcyjnym przypisuje się pozytywne cechy: pewność siebie, inteligencję i łatwość osiągania sukcesów. Takie osoby są (i tak też są postrzegane) bardziej szczęśliwe i zadowolone z życia, mają więcej przyjaciół, łatwiej realizują swoje cele, szybciej awansują, cieszą się większym prestiżem, itp. (Etcoff 2000; Čabrić i Pokrywka 2010). Atrakcyjny wygląd u obu płci wyzwala zadowolenie i wysoką samoocenę (Szczepański i in. 2010).

Jednym z podstawowych atrybutów atrakcyjnej sylwetki jest wysokość ciała. Dotyczy to głównie mężczyzn i wiele badań potwierdza, że kobiety preferują wyższych partnerów (Shepperd i Strathman, Pierce, Feingold, za: Pawłowski 2009). Wysokość ciała kobiet nie jest tak ściśle związana z ich atrakcyjnością. Atrakcyjność sylwetki kobiecej w większym stopniu zależy od wskaźnika BMI (*body mass index*) oraz wskaźnika taliowo- biodrowego (WHR-*waist-to-hip ratio*). Kobiety z nadwagą i otyłe (BMI>25), ale również te z niedowagą (BMI<18,5) są postrzegane przez mężczyzn jako mało atrakcyjne. Za najbardziej atrakcyjną wartość WHR mężczyźni uznają 0,7 – 0,8. Te wskaźniki mają z kolei małe znaczenie u mężczyzn.

Spośród wielu innych cech ważnych dla oceny atrakcyjności należy wymienić symetrię ciała, która jest wyznacznikiem atrakcyjności u obu płci (Etcoff 2000). Także jasna skóra u kobiet jest oznaką młodości i wpływa na postrzeganie jej atrakcyjności. Mężczyźni preferują u kobiet wyraźnie zaznaczoną, intensywną czerwień wargową, która jest sygnałem zdrowia - oznacza dobre krążenie i brak anemii.

Od zawsze mężczyźni mieli inne podejście do swojego ciała, ponieważ we wszystkich kulturach presja społeczna dotycząca atrakcyjności sylwetki wywierana była na kobiety. Obecnie mężczyźni coraz bardziej zwracają uwagę na swój wygląd, jednak potrzeba czasu, aby zaczęli troszczyć się o swoje ciało i zdrowy wygląd. W przeciwieństwie do kobiet mężczyźni chcą być cięższi i mieć muskularne ciało. Gdy mężczyzna postanawia poprawić swoją atrakcyjność, częściej korzysta z siłowni, niż wyrzeka się swoich ulubionych potraw. Mężczyźni inaczej też postrzegają swoje ciało. Patrząc w lustro oceniają swoje ciało jako całość, natomiast kobiety „dzielą" je na poszczególne elementy i oceniają każdy z nich z osobna (Papadopoulos 2005).

Atrakcyjność ciała to jednak nietrwały kapitał, a czas i starzenie organizmu wynikające z praw biologii to główne siły, których na razie w żaden sposób nie można pokonać (Szczepański i in. 2010).

Wraz ze zmianami dotyczącymi wyglądu występuje także stopniowy zanik chęci dbania o wygląd, nadwaga, trudności w poruszaniu się oraz spadek tempa pracy. Dużym problemem osób starszych jest brak pogodzenia się z pojawiającymi się oznakami starości. Mimo to osoby w starszym wieku chcą być ładne i otaczać się również ludźmi pięknymi (Nęcki 1990). Coraz częściej osoby starsze, niezależnie od płci, zaczynają dbać o siebie stosując różne rodzaje zabiegów korygujących i poprawiających wygląd (Kowgier 2010).

Uniwersytety Trzeciego Wieku, oprócz tego, że kształcą umysły, nadają sens, rozbudzają zmysły i dają radość życia. Jednoczą ludzi i mobilizują ich do aktywności społecznej i ruchowej (Lubczyńska-Kowalska 2002). To forma nowego stylu życia, która rozwija i integruje oraz podnosi pewność siebie. Jednak badań na temat samooceny zdrowia i wyglądu osób w podeszłym wieku jest nadal stosunkowo niewiele.

Cel pracy

Celem pracy była ocena kondycji biologicznej i psychicznej mężczyzn i kobiet oraz ich stopnia zadowolenia z własnego wyglądu i stanu zdrowia, studentów Uniwersytetów Trzeciego Wieku z uwzględnieniem wieku, statusu społeczno-ekonomicznego, cech antropometrycznych (wysokość ciała, masa ciała i BMI) oraz stylu życia (aktywność fizyczna i społeczna).

Materiał i metody

Badania ankietowe przeprowadzono w latach 2013/2014 wśród słuchaczy czterech Uniwersytetów Trzeciego Wieku: Uniwersytetu Przyrodniczego we Wrocławiu, Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Uniwersytetu Trzeciego Wieku Edukacja we Wrocławiu oraz Uniwersytetu Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Wałbrzychu. Łącznie zbadano 400 osób, w tym 67 mężczyzn i 353 kobiety w wieku od 55 do 88 lat. W dalszej analizie, na podstawie mediany wieku (*Me*=67) przyjęto podział badanych na dwie grupy wiekowe: młodszych (*x*-66 lat) i starszych (67-*x* lat).

Zamieszczone w ankiecie pytania dotyczące statusu społeczno-ekonomicznego respondentów pozwoliły na wydzielenie kategorii uwzględnionych w dalszej analizie:

1. wykształcenie :
   - niższe: podstawowe, zawodowe, nieukończone lub ukończone średnie (36,5%);
   - wyższe: ukończone studia licencjackie, magisterskie, inżynierskie, podyplomowe lub doktoranckie (63,5%);
2. miejsce zamieszkania:
   - wsie i małe miasta (38,3%);
   - duże miasta: Wrocław i Wałbrzych (61,7%);
3. sytuacja materialna – samoocena w skali 1-10, podział na podstawie mediany (*Me*=6):
   - zła: 1-5 pkt. (36,0%);
   - dobra: 6-10 pkt. (64,0%).

Do analizy statystycznej wykorzystano program *Statistica 9.pl*. Do oceny istotności różnic pomiędzy średnimi arytmetycznymi dwóch cech zastosowano test *t*-Studenta, a związki pomiędzy cechami nominałowymi oceniano przy pomocy testu chi-kwadrat, sporządzając tablice wielodzielcze. Za istotne statystycznie przyjęto wartości $p \leq 0,05$.

Analiza materiału i wyniki

1. Samoocena wyglądu.

Za pomocą 7-stopniowej skali ankietowani określali stopień zadowolenia lub niezadowolenia z 11 cech swojego wyglądu, przy czym 1 oznacza najniższy, a 7 najwyższy stopień zadowolenia.

Płeć. Spośród wszystkich analizowanych cech (tab.1) najmniejszą średnią oceną była wartość 3,71 (ocena brzucha u mężczyzn), natomiast najwyższą 5,26 (twarz i pośladki u mężczyzn). Samoocena większości cech nie różni się istotnie u obu płci. Istotnie bardziej niż kobiety, mężczyźni byli zadowoleni jedynie ze swoich rąk i kończyn dolnych.

Tabela 1. Stopień zadowolenia z wyglądu poszczególnych elementów własnego ciała u mężczyzn i kobiet (ns- różnica nieistotna statystycznie).
Table 1. Level of satisfaction with their own body parts in men and women (ns- not significant difference).

Cecha wyglądu	Mężczyźni		Kobiety		Różnica M-K	
	$\overline{X}$	*s*	$\overline{X}$	*s*	*t*	*p*
Wysokość ciała	4,76	1,65	5,19	1,61	-1,34	ns
Masa ciała	3,91	1,58	4,08	1,89	-1,19	ns
Twarz	5,26	1,44	4,87	1,36	+1,71	ns
Włosy	4,24	2,06	4,54	1,80	-1,30	ns
Ręce	5,24	1,23	4,67	1,59	+2,10	0,037
Kończyny dolne	5,15	1,23	4,50	1,67	+2,18	0,030
Klatka piersiowa/piersi	4,91	1,22	4,92	1,56	-0,61	ns
Pośladki	5,26	1,21	4,80	1,53	+1,48	ns
Muskulatura	4,29	1,51	4,31	1,56	-0,62	ns
Brzuch	3,71	1,45	4,08	1,80	-1,02	ns
Sylwetka	4,74	1,21	4,66	1,55	-0,31	ns

Status społeczny. Między średnimi ocenami poszczególnych elementów własnego ciała u osób gorzej i lepiej wykształconych nie występowały istotne statystycznie różnice (tab. 2). Wykształcenie nie różnicowało samooceny zadowolenia badanych także po uwzględnieniu kategorii wieku. Podobnie, miejsce zamieszkania nie różnicowało samooceny wyglądu ciała (tab. 3), także po uwzględnieniu kategorii wieku.

Tabela 2. Stopień zadowolenia z wyglądu poszczególnych elementów własnego ciała w przyjętych kategoriach wykształcenia (ns- różnica nieistotna statystycznie).
Table 2. Level of satisfaction with their own body parts in the analyzed categories of education (ns- not significant difference).

Cecha wyglądu	Wykształcenie				Różnica N-W	
	Niższe		Wyższe			
	$\overline{X}$	*s*	$\overline{X}$	*s*	*t*	*p*
Wysokość ciała	5,54	1,38	5,36	1,46	1,56	ns
Masa ciała	4,41	1,65	4,62	1,62	-1,60	ns
Twarz	4,93	1,36	5,10	1,21	-1,67	ns
Włosy	4,97	1,56	5,05	1,53	-0,63	ns
Ręce	5,06	1,41	5,02	1,34	0,38	ns
Kończyny dolne	4,82	1,59	4,89	1,46	-0,53	ns
Klatka piersiowa/piersi	4,79	1,47	4,85	1,34	-0,51	ns
Pośladki	4,73	1,40	4,89	1,43	-1,36	ns
Muskulatura	4,36	1,42	4,45	1,43	-0,80	ns
Brzuch	4,02	1,69	4,08	1,50	-0,48	ns
Sylwetka	4,65	1,41	4,83	1,20	-1,78	ns

Tabela 3. Stopień zadowolenia z wyglądu poszczególnych elementów własnego ciała w przyjętych kategoriach poziomu urbanizacji miejsca zamieszkania (ns- różnica nieistotna statystycznie).
Table 3. Level of satisfaction with their own body parts in the analyzed categories of urbanization of place of residence (ns- not significant difference).

Cechy wyglądu	Miejsce zamieszkania				Różnica W-D	
	Wieś lub małe miasto		Duże miasto			
	$\overline{X}$	*s*	$\overline{X}$	*s*	*t*	*p*
Wysokość ciała	5,54	1,27	5,38	1,53	1,39	ns
Masa ciała	4,54	1,61	4,50	1,67	0,34	ns
Twarz	4,96	1,30	5,06	1,28	-1,03	ns
Włosy	5,11	1,48	4,96	1,58	1,18	ns
Ręce	5,07	1,36	5,03	1,37	0,30	ns
Kończyny dolne	4,93	1,52	4,81	1,51	1,06	ns
Klatka piersiowa/piersi	4,80	1,33	4,82	1,44	-0,17	ns
Pośladki	4,80	1,44	4,82	1,41	-0,17	ns
Muskulatura	4,41	1,48	4,39	1,39	0,21	ns
Brzuch	4,01	1,51	4,10	1,66	-0,69	ns
Sylwetka	4,70	1,30	4,77	1,32	-0,64	ns

Aktywność fizyczna. Ankieta zawierała pytania dotyczące intensywności stosowania różnych form aktywności fizycznej oraz częstotliwości korzystania z usług poprawiających wygląd ciała. Każdemu z 9 możliwych (deklarowanych) rodzajów aktywności fizycznej, w zależności od intensywności jej praktykowania, przydzielono następującą liczbę punktów: 5 pkt. – 1raz w tygodniu lub częściej, 4 pkt.- 2-3 razy w miesiącu, 3 pkt.- 1raz w miesiącu lub rzadziej, 2 pkt.- wcale. Tak więc, każdy badany mógł „zdobyć" od 18 do 45 punktów. W rzeczywistości zakres zmienności wynosił od 20 do 40 pkt. Na podstawie mediany ankietowanych podzielono na dwie grupy: „nieaktywni": 20-27 pkt. (48%) i „aktywni": 28-40 pkt. (52%).

Respondenci, którzy prowadzili aktywny tryb życia, lepiej oceniali wszystkie aspekty swojego wyglądu, natomiast istotne różnice wystąpiły w samoocenie następujących cech: kończyny dolne, klatka piersiowa, pośladki, muskulatura, brzuch i sylwetka (tab. 4).

Tabela 4. Stopień zadowolenia z wyglądu poszczególnych elementów własnego ciała w przyjętych kategoriach aktywności fizycznej (ns- różnica nieistotna statystycznie).
Table 4. Level of satisfaction with their own body parts in the analyzed categories of physical activity (ns- not significant difference).

Cechy wyglądu	Nieaktywni		Aktywni		Różnica N-A	
	$\overline{X}$	*s*	$\overline{X}$	*s*	*t*	*p*
Wysokość ciała	5,14	1,61	5,22	1,70	-0,36	ns
Masa ciała	4,20	1,81	4,46	1,80	-1,09	ns
Twarz	4,89	1,29	5,05	1,43	-0,86	ns
Włosy	4,52	1,72	4,87	1,80	-1,53	ns
Ręce	4,78	1,43	5,07	1,51	-1,46	ns
Kończyny dolne	4,48	1,58	4,97	1,54	-2,33	0,021
Klatka piersiowa/piersi	4,86	1,42	5,25	1,39	-2,08	0,038
Pośladki	4,73	1,34	5,14	1,45	-2,20	0,029
Muskulatura	4,24	1,34	4,74	1,69	-2,51	0,013
Brzuch	3,77	1,62	4,33	1,70	-2,50	0,013
Sylwetka	4,57	1,31	5,01	1,47	-2,39	0,018

Odchudzanie się. Fakt zwracania uwagi na wartość odżywczą i kaloryczną kupowanych produktów spożywczych nie różnicuje badanych na istotnie statystycznym poziomie pod względem oceny własnego ciała.

Wykazano natomiast związki między średnią ocen poszczególnych elementów ciała a stosowaniem różnego rodzaju diet odchudzających (tab. 5). Jest interesujące, że osoby, które nie odchudzały się, pod każdym względem lepiej oceniają swój wygląd. Bardzo istotnie różnice dotyczyły niemal wszystkich cech wyglądu z wyjątkiem: włosów, rąk i klatki piersiowej.

Tabela 5. Stopień zadowolenia z wyglądu poszczególnych elementów własnego ciała w zależności od stosowania diet odchudzających (ns- różnica nieistotna statystycznie).
Table 5. Level of satisfaction with their own body parts depending on weight-loss diets (ns- not significant difference).

Cechy wyglądu	Odchudzanie się Tak		Nie		Różnica T-N	
	$\overline{X}$	*s*	$\overline{X}$	*s*	*t*	*p*
Wysokość ciała	5,30	1,45	5,60	1,38	-2,66	0,008
Masa ciała	4,03	1,66	5,03	1,45	-8,18	<0,001
Twarz	4,91	1,29	5,12	1,28	-2,11	0,035
Włosy	5,00	1,56	5,02	1,54	-0,13	ns
Ręce	4,99	1,31	5,10	1,43	-1,02	ns
Kończyny dolne	4,58	1,52	5,15	1,48	-4,81	<0,001
Klatka piersiowa/piersi	4,78	1,44	4,86	1,36	-0,79	ns
Pośladki	4,50	1,43	5,15	1,33	-5,60	<0,001
Muskulatura	4,17	1,41	4,66	1,41	-4,41	<0,001
Brzuch	3,58	1,57	4,55	1,47	-8,13	<0,001
Sylwetka	4,44	1,33	5,06	1,21	-6,20	<0,001

Budowa ciała. Ankietowani podawali swoje rzeczywiste oraz pożądane wartości cech antropometrycznych: wysokości i masy ciała. Na ich podstawie obliczono też faktyczne i oczekiwane wartości wskaźnika BMI (tab. 6).

Wszyscy badani chcieliby być wyżsi niż są obecnie. Wszyscy też chcieliby mniej ważyć i zmniejszyć swoje BMI (zeszczupleć), przy czym dotyczyło to w większym stopniu mężczyzn niż kobiet.

Tabela 6. Cechy antropometryczne mężczyzn i kobiet.
Table 6. The anthropometric measures for men and women.

Cecha antropometryczna		Mężczyźni		Kobiety		Różnica M-K	
		$\overline{X}$	*s*	$\overline{X}$	*s*	*t*	*p*
Wysokość ciała	faktyczna	169,32	7,51	160,98	4,88	7,90	<0,001
	oczekiwana	175,12	7,65	165,01	4,10	11,35	<0,001
	różnica	5,79	7,95	4,03	4,51	2,03	0,043
Masa ciała	faktyczna	83,47	11,52	67,16	11,14	8,90	<0,001
	oczekiwana	75,59	7,57	62,03	6,71	11,75	<0,001
	różnica	-7,88	8,82	-5,14	6,78	-2,23	0,027
BMI	faktyczna	29,17	4,29	25,90	4,11	5,35	<0,001
	oczekiwana	24,76	3,09	22,79	2,47	5,10	<0,001
	różnica	-4,42	4,27	-3,11	2,82	-2,59	0,010

2. Samoocena kondycji zdrowotnej.

Badani oceniali swój ogólny stan zdrowia w 10-stopniowej skali, gdzie 1 oznaczało stan bardzo zły, a 10 bardzo dobry. Do celów dalszej analizy dokonano podziału stanu zdrowia na dobry (6-10 pkt.) i zły (1-5 pkt.). Ponad połowa ankietowanych (60%) zadeklarowała dobry stan zdrowia.

Deklarowane wartości ciśnienia skurczowego i rozkurczowego mieściły się w zakresach referencyjnych i nie różniły się istotnie między mężczyznami i kobietami, przy czym mężczyźni mieli wyższe ciśnienie skurczowe i rozkurczowe niż kobiety (tab. 7). Brak istotnych różnic wynikał być może z małej liczebność badanych mężczyzn.

Tabela 7. Wartości ciśnienia skurczowego i rozkurczowego krwi [mmHg] badanych mężczyzn i kobiet.
Table 7. Systolic and diastolic blood pressure [mmHg] for men and women.

Zmienna	Płeć	$\overline{X}$	*s*	Min.	Max.
Ciśnienie skurczowe	Kobiety	128,6	14,2	90	160
	Mężczyźni	131,0	8,6	110	150
Ciśnienie rozkurczowe	Kobiety	77,2	9,6	55	95
	Mężczyźni	78,2	5,8	70	90

Najczęściej deklarowanymi problemami zdrowotnymi były bóle kręgosłupa (70,9%) i kłopoty ze wzrokiem (54,3%), ale tylko ok. 1/5 miała kłopoty ze słuchem i cierpiała na osteoporozę (tab.8).

Tabela 8. Częstość badanych deklarujących poszczególne problemy zdrowotne (w %).
Table 8. Frequency of respondents declaring various health problems (in %).

Rodzaj problemu zdrowotnego	Tak	Nie
Wzrok	54,3	45,7
Słuch	20,6	79,4
Bóle kręgosłupa	70,9	29,1
Osteoporoza	17,7	82,3

32,6% badanych przyznało, że złamało jakąś kość co najmniej raz w swoim życiu, a pozostałe 67,4% odpowiedziało, że nigdy nie mieli żadnego złamania. Aż 81,1% respondentów deklarowało niestosowanie jakiejkolwiek diety. Pozostałe osoby stosowały ją najczęściej z powodu cukrzycy (6,9%), wysokiego poziomu cholesterolu (2,3%) lub wymieniali inne (9,7%) przyczyny takie, jak: zmiany skórne, choroby serca lub wątroby oraz refluks. Tylko 1,1% deklarowało wegetarianizm jak przyczynę stosowania diety. W grupie zmiennych dotyczących stanu zdrowia i odżywiania się zanotowano kilka istotnych statystycznie związków.

Osoby starsze częściej miały kłopoty ze słuchem, niż młodsze (tab.9). Badani mieszkający w mniejszych miejscowościach mieli mniej problemów z osteoporozą, a ci mieszkający w dużych miastach rzadziej uskarżali się na tę dolegliwość (tab.10).

Tabela 9. Różnice między liczebnościami obserwowanymi, a oczekiwanymi osób mających kłopoty ze słuchem w kategoriach wieku badanych.
Table 9. Differences between observed and expected frequencies of people with hearing deficiencies, in terms of the age-groups of respondents.

Kategoria	Kłopoty ze słuchem	
	Tak	Nie
Młodsi	-5,48	5,48
Starsi	5,48	-5,48

χ^2 Pearsona=4,213, *df*=1, *p*=0,040

Tabela 10. Różnice między liczebnościami obserwowanymi a oczekiwanymi występowania osteoporozy w kategoriach stopnia urbanizacji miejsca zamieszkania badanych.
Table 10. Differences between the observed and expected frequencies of osteoporosis, in terms of the level of urbanization of residence of respondents.

Kategoria	Osteoporoza	
	Tak	Nie
Wsie i małe miasta	-4,87	4,87
Duże miasta	4,87	-4,87

χ^2 Pearsona=3,932, *df*=1, *p*=0,047

Czynnikiem silnie różnicującym samoocenę stanu zdrowia była sytuacja materialna. Osoby gorzej sytuowane znacznie częściej deklarowały problemy ze wzrokiem (*p*=0,002), osteoporozą (*p*=0,002), a szczególnie gorzej oceniały swój ogólny stan zdrowia (*p*<0,001) w przeciwieństwie do osób lepiej sytuowanych (tab.11). Osoby gorzej sytuowane istotnie częściej nie zwracały też uwagi na kaloryczność spożywanych posiłków (*p*=0,008).

Tabela 11. Różnice między liczebnościami obserwowanymi a oczekiwanymi w kategoriach sytuacji materialnej i ogólnego stanu zdrowia badanych.
Table 11. Differences between the observed and expected frequencies in terms of the financial situation and the general health of respondents.

Kategoria	Stan zdrowia	
	Dobry	Zły
Sytuacja materialna zła	-19,8	19,8
Sytuacja materialna dobra	19,8	-19,8

χ^2 Pearsona=40,513, *df*=1, *p*<0,001

3. Sprawność i aktywność fizyczna

Ankietowani oceniali swoją sprawność fizyczną w skali od 1 do 10, gdzie 1 oznaczało złą, a 10 dobrą sprawność. Na potrzeby dalszej analizy podzielono ankietowanych według mediany deklarowanej sprawności fizycznej na dwie grupy: bardziej sprawni (7-10 pkt.) i mniej sprawni (3-6 pkt.). Żaden respondent nie ocenił swej sprawności fizycznej na 1 lub 2 punkty.

Niemal połowa (49,1%) badanych nie miała problemów z wykonywaniem podstawowych czynności i prostych ćwiczeń fizycznych, takich jak skłony, przysiady i „brzuszki". 40,0% potrafiło wykonywać te czynności częściowo, z pewnymi trudnościami. Tylko 10,3% twierdziło, że taka aktywność fizyczna sprawia im duże problemy, a 0,6% nigdy nawet nie próbowało wykonywania tych czynności.

Osoby uważające swoją sytuację materialną za złą, istotnie częściej oceniały swoją sprawność fizyczną również jako złą (tab.12).

Tabela 12. Różnice między liczebnościami obserwowanymi a oczekiwanymi w kategoriach sytuacji materialnej i samooceny sprawności fizycznej badanych.
Table 12. Differences between the observed and expected frequencies in terms of the financial situation and physical fitness of respondents.

Kategoria	Sprawność fizyczna	
	Zła	Dobra
Sytuacja materialna zła	10,96	-10,96
Sytuacja materialna dobra	-10,96	10,96

χ^2 Pearsona=11,920, *df*=1, *p*<0,001

4. Kondycja psychiczna i kontakty społeczne

Badani oceniali swoją kondycję psychiczną w 10 stopniowej skali, gdzie 1 to bardzo złe, a 10 to bardzo dobre samopoczucie psychiczne. Do celów dalszej analizy wydzielono na podstawie mediany dwie grupy osób: o dobrej (8-10 pkt.) i złej (1-7 pkt.) kondycji psychicznej.

Połowa (50,3%) ankietowanych twierdziła, że mając problemy szuka pomocy i wsparcia u rodziny, 29,1% wolało rozwiązywać je samodzielnie, a 14,9% zwracało się do przyjaciół, pozostałe 5,7% pytało znajomych lub szukało pomocy w Internecie. Co ciekawe, aż 69,1% badanych miało dostęp do Internetu i z niego korzystało, jednak osoby młodsze istotnie częściej korzystały z Internetu, niż starsze (p=0,007). Z sieci rzadziej korzystały osoby ze złą sytuacją materialną niż lepiej sytuowane (p=0,025).

Przeważająca większość badanych (92,6%) spędzała święta z najbliższą lub dalszą rodziną. Pozostałe osoby spędzały je z przyjaciółmi i znajomymi (3,4%) lub samotnie (4,0%). 52,0% badanych spędziło ostatnie wakacje z rodziną, 33,7% z dawnymi przyjaciółmi i z nowo poznanymi znajomymi, a 14,3% spędziło je samotnie.

Podobnie jak w przypadku ogólnego stanu zdrowia istnieje związek między sytuacją finansową, a stanem psychicznym badanych. Osoby dobrze sytuowane istotnie częściej deklarowały dobrą kondycję psychiczną (p=0,004) niż osoby uboższe, (7,42 *vs* 6,36, p<0,001).

Dyskusja

Biorąc pod uwagę coraz większe znaczenie problematyki starzenia się społeczeństw, dziwi tak niewielka liczba badań naukowych prowadzonych pod kątem stylu życia i stanu zdrowia seniorów. Ponadto duża część istniejących opracowań dotyczy seniorów aktywnych społecznie, będących słuchaczami UTW, członkami klubów seniora lub innych podobnych instytucji. Charakterystyka stylu życia osób starszych na podstawie tak wyselekcjonowanego materiału jest specyficzna i nie daje pełnego obrazu „przeciętnego" seniora. W swoich badaniach każdy autor przyjmuje także odmienną kategoryzację badanych zmiennych lub operuje innym zestawem badanych cech. Stanowi to poważne utrudnienie w porównywaniu interpretacji wyników uzyskiwanych przez różnych autorów oraz przeprowadzeniu rzetelnej dyskusji.

Ze względu na znaczną nadumieralność mężczyzn występującą w całym okresie ontogenezy, a szczególnie w wieku podeszłym, w tym wieku obserwuje się dużą dysproporcję płci. W badanej grupie seniorów odnotowano jedynie 16,75% mężczyzn. Podobną częstość podają Morgulec-Adamowicz i in. (2011) na podstawie badań przeprowadzonych na UTW w całej Polsce, gdzie odsetek mężczyzn biorących udział w zajęciach wynosi tylko 16,1% ogółu słuchaczy. Proporcja ta jest dużo niższa niż rzeczywista, występująca w populacji osób starszych.

Stopień zadowolenia z poszczególnych elementów swojego ciała opisała Domaradzka (za: Głębocka 2009), która przeprowadziła badania na terenie województwo dolnośląskiego i opolskiego na próbie 48 kobiet po menopauzie. Zastosowała skale 9- stopniową, gdzie 1 oznaczało „całkowity brak zadowolenia", a 9 „całkowite zadowolenie". Kobiety po menopauzie najbardziej zadowolone były ze swojej wysokości ciała, piersi i twarzy. Najniższe noty odnotowano przy ocenie masy ciała, talii oraz bioder. Niemal identyczne wyniki samooceny uzyskano w badaniu własnym. Seniorki uniwersytetów trzeciego wieku były najbardziej zadowolone z wysokości ciała, wyglądu piersi i twarzy, a najmniej z masy ciała, brzucha i muskulatury, czyli najgorzej oceniane przez seniorki były te partie ciała, w których z wiekiem odkłada się tkanka tłuszczowa.

Według Jośko-Ochojskiej i in. (2013) kobiety gorzej oceniają swój wygląd niż mężczyźni. Spowodowane jest to skłonnościami do bardziej rygorystycznego oceniania swego wyglądu w porównaniu do oceny mężczyzn, dlatego mężczyźni mają wyższą samoocenę wyglądu. Kobiety, zwłaszcza młodsze, bardzo często zbyt rygorystycznie oceniają swój wygląd wyolbrzymiając cechy, które tak na prawdę tylko w ich mniemaniu nie są idealne.

Kozieł i Trafiałek (2007) stwierdzili, że studenci Uniwersytetów Trzeciego Wieku lepiej oceniają swój wygląd zewnętrzny niż osoby starsze, które nie uczestniczą w zajęciach na UTW. Ich próba obejmowała 120 słuchaczy UTW i 65 osób z grupy kontrolnej w wieku od 60 do 80 lat. Studenci UTW częściej byli zadowoleni ze swojego wyglądu (90 % vs 83,08 %) i akceptowali swój wygląd (88,33 % vs 83,08 %). Ponadto byli zadowoleni z różnych innych aspektów swego życia, bardziej cieszyli się nim i częściej doświadczyli ciepłych uczuć ze strony innych ludzi niż osoby z grupy kontrolnej.

W analizowanym materiale nie wykazano związku między średnimi ocenami poszczególnych elementów ciała u osób gorzej lub lepiej wykształconych, także po uwzględnieniu kategorii wieku. Bez względu na wiek nie wykazano również istotnych statystycznie związków między samooceną wyglądu, a miejscem zamieszkania. Tak więc, status społeczny nie różnicował badanych na istotnym statystycznie poziomie pod względem oceny własnego ciała. W dostępniej literaturze nie udało się znaleźć badań na ten temat.

Badane osoby starsze chciałyby być wyższe i ważyć mniej. Faktyczna wartość BMI wskazuje, że badani często mieli nadwagę. Wartość oczekiwanego BMI była niższa od faktycznego. Zwłaszcza mężczyźni deklarowali chęć zredukowania swojej masy ciała.

Podobne wyniki uzyskali Ignasiak i in. (2011) na próbie 31 kobiet po 60. roku życia. Średnia wysokość ciała wyniosła 160 cm, a BMI 28. U ponad 52% kobiet stwierdzono nadwagę a u 26% otyłość. Na podstawie badań przeprowadzonych przez Rębacz (2008) na 45 mężczyznach (średnia wieku 68,2 lat) i 63 kobietach (średnia wieku 69,7 lat) w Szczecinie stwierdzono, że u 18% mężczyzn i kobiet masa ciała była prawidłowa, natomiast ponad 44% mężczyzn i prawie 48% kobiet miało nadwagę. Z kolei w badaniach Głębockiej i Szarzyńskiej (2005) 68,7% kobiet i 77,4% mężczyzn miało BMI powyżej 24,9, która to proporcja jest zbliżona do zaobserwowanych w badaniu własnym. Kobiety same uznały, że wzrost masy ciała spowodowany był wejściem w okres menopauzalny. U mężczyzn wzrost masy ciała zanotowano po przejściu na emeryturę.

Interesujące jest, że osoby, które nigdy się nie odchudzały i nie sprawdzają wartości kalorycznej potraw były bardziej zadowolone ze wszystkich cech swego wyglądu z wyjątkiem włosów, dłoni i klatki piersiowej / piersi. W dostępnych publikacjach nie udało się znaleźć ujętego w ten sposób zagadnienia. Samoocena stanu zdrowia nie wykazała związku z BMI, a także z grupą wieku badanych, co potwierdzają badania Rębacz (2008).

Aktywność fizyczna jest niewątpliwie bardzo ważnym czynnikiem, który korzystnie wpływa na funkcjonowanie organizmu i jego zdrowie, zwłaszcza u osób starszych. W obecnych czasach aktywny styl życia jest coraz bardziej propagowany. Wyniki badań Morgulec-Adamowicz i in. (2011) pokazują, że aż 97% wszystkich polskich Uniwersytetów III Wieku deklaruje prowadzenie zajęć sportowych dla seniorów, przy czym tylko około połowa uczestników bierze czynny udział w tych zajęciach. Ziębińska (2007) wykazała, że 87,0% uczestników wszystkich badanych UTW uprawia co najmniej jeden rodzaj aktywności ruchowej, w tym 71% badanych wykorzystuje formę aktywności proponowaną przez UTW. W badaniach własnych osoby aktywne fizycznie znacznie lepiej oceniały wszystkie elementy swojego wyglądu niż osoby, które bierne spędzały czas. Na poziomie istotnym statystycznie były one bardziej zadowolone z wyglądu swoich nóg, klatki piersiowej, pośladków, muskulatury, brzucha i sylwetki.

Według badań przeprowadzonych przez Świtałę (2009) na terenie województwa śląskiego, w tym również wśród słuchaczy UTW, seniorzy najczęściej oceniali swój stan zdrowia jako dostateczny (41%) lub dobry (37%). Niewielu respondentów (2%) deklarowało zdrowie na poziomie bardzo dobrym, a 20% badanych oceniało swoje zdrowie jako złe lub bardzo złe. W badaniach własnych, przy zastosowaniu 10- stopniowej skali samooceny zdrowia, tylko jedna osoba oceniła swój stan zdrowia jako bardzo zły (1 pkt.), 14,3% oceniło go na 3-4 punkty (źle), 45,1% na 5-6 punktów (dostateczny), 35,4% na 7-8 punktów (dobry) i 4,6% na 9-10 punktów (bardzo dobry). Tak więc wyniki własne wykazują duże podobieństwo do wyników Świtały (2009), za wyjątkiem skrajnych

ocen, gdyż w badaniach własnych mniej osób zadeklarowało zły i bardzo zły stan zdrowia, a więcej osób oceniło je na poziomie bardzo dobrym.

Według Ziębińskiej (2007) samoocena stanu zdrowia seniorów zależy m.in. od ich warunków socjalnych, materialnych, stanu cywilnego i aktywności społecznej. Jest to zgodne z uzyskanymi w pracy wynikami, które wyraźnie pokazują związek między dobrą sytuacją materialną a wysoką samooceną stanu zdrowia jak również sprawnością fizyczną i psychiczną. Jak twierdzą Kwapisz i Głowacka (2009) prowadzenie badań dotyczących statusu społeczno-ekonomicznego seniorów ma duże znaczenie w ustalaniu ich sytuacji zdrowotnej, a może nawet pomagać w wykrywaniu czynników, które temu zdrowiu zagrażają.

Analizując ogólny stan zdrowia seniorów warto przyjrzeć się również konkretnym problemom zdrowotnym, z jakimi się borykają. W swoich badaniach Świtała (2009) wykazał, że aż 84,4% respondentów skarżyło się na pogorszenie się ostrości widzenia, a 54,3% na pogorszenie się słuchu. Wyniki badań własnych pokazują mniejszy odsetek zarówno osób deklarujących kłopoty ze wzrokiem (54,3%), jak i ze słuchem (20,6%), przy czym według badań Herbsta (Stuart-Hamilton 2000) u seniorów powyżej 70. roku życia poważne zaburzenia słuchu ma ok. 32% osób. Sytuację odwrotną zaobserwować można w przypadku problemów z kręgosłupem, gdyż wyniki badań Świtały (2009) wykazały, iż u 22,1% badanych stwierdzono zmiany zwyrodnieniowe kręgów, przy czym wyniki własne pokazują, że aż 70,9% osób starszych miało w ogóle problemy z kręgosłupem.

Problemy starszych osób dotyczą również zaburzeń równowagi, a co się z tym wiąże, częstszych upadków i urazów. Według Błaszczyka i Czerwosza (2005) 5-15% upadków kończy się złamaniami, zwichnięciami lub innymi urazami. U kobiet 1/2, a u mężczyzn 1/3 upadków kończy się właśnie złamaniami kończyny górnej. Według badań własnych aż 32,6% respondentów miało złamaną którąś kość w przeszłości, ale większość badanych (67,4%) nigdy nie doświadczyło złamania. Może to świadczyć o dobrej równowadze, prawidłowej budowie kości oraz o sprawności fizycznej w ich całym dotychczasowym życiu. Biorąc pod uwagę problemy zdrowotne dotyczące stanu kości należy wspomnieć, że aż 82,3% badanych osób nie chorowało na osteoporozę. Okazuje się, że seniorzy z dużych miast, którzy deklarowali również złą sytuację materialną znacznie częściej cierpieli na osteoporozę.

Aż 69,1% badanych seniorów korzystało z Internetu, szczególnie częściej młodsi i lepiej sytuowani niż starsi i gorzej sytuowani. Jest to wzrost w stosunku do roku 2009, gdzie tylko 26,4% osób po 60. roku życia korzystało z sieci (Batorski, za: Kędziora-Kornatowska i Grzanka-Tykwińska 2011). Według badań Ziębińskiej (2007) prawie 71,0% badanych przez nią słuchaczy polskich UTW twierdziło, że korzystanie z Internetu ułatwia im życie, a 74% że korzystanie z komputera jest bardzo przydatną umiejętnością. Tak wysoki odsetek może świadczyć o dużym zainteresowaniu tego rodzaju umiejętnościami u osób w starszym wieku, co według Nimroda (2010) może mieć pozytywny wpływ na pomyślne starzenie się.

Podsumowanie

1. Mężczyźni lepiej ocenili wygląd elementów swojego ciała niż kobiety.
2. Osoby aktywne fizycznie lepiej oceniały swój wygląd.
3. Osoby, które nigdy się nie odchudzały były bardziej zadowolone ze wszystkich cech swojego wyglądu z wyjątkiem: włosów, rąk i klatki piersiowej.
4. Najczęstszymi dolegliwościami zdrowotnymi, na które uskarżały się badane osoby, były problemy ze wzrokiem (54,3%) i bóle kręgosłupa (70,9%).
5. Badani stosunkowo dobrze oceniali swoją kondycję psychiczną (76,0%), często brali udział w spotkaniach towarzyskich (47,4%), swobodnie korzystali z Internetu (69,1%), szczególnie w grupie młodszych i lepiej sytuowanych.
6. Osoby gorzej sytuowane gorzej oceniały swój stan zdrowia, charakteryzowały się gorszą sprawnością fizyczną i kondycją psychiczną.

Wnioski

1. Niewielka liczba publikacji na temat stanu zdrowia, a szczególnie trybu życia osób starszych w dużym stopniu wynika z trudności w zdobyciu odpowiednio licznego i reprezentatywnego materiału badawczego. Większość badań prowadzonych jest bowiem tylko wśród osób aktywnych społecznie, a znaczna część seniorów nie jest w ogóle uwzględniana przy tego typu badaniach. Pełna wiedza o całej grupie społecznej seniorów będzie wkrótce niezbędna w tworzeniu właściwych programów działań prozdrowotnych i aktywizujących ludzi starszych, a szczególnie tych wykluczonych z życia społecznego..
2. **S**posób postrzegania siebie i swojego wyglądu ma istotny wpływ na poziom samooceny, który z kolei oddziałuje na relacje międzyludzkie. Dbanie o swoje ciało, aktywność fizyczna i dobry stan psychiczny jest kluczem do satysfakcji życiowej w starszym wieku.

Piśmiennictwo

1. Błaszczyk J, Czerwosz L. 2005. *Stabilność posturalna w procesie starzenia*, Gerontologia Polska **13(1)**: 25-36
2. Borysławski K. 2012. *Atrakcyjność fizyczna człowieka jako sygnał biologiczny*, w: Kultura (w) granicach (ch) natury (red. Łukasiewicz, Topp), Wrocław, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego
3. Čabrić M, Pokrywka L. 2010. *Piękno ciała*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN
4. Etcoff N. 2000. *Przetrwają najpiękniejsi. Wszystko, co nauka mówi o ludzkim pięknie*, Warszawa, Wydawnictwo CiS, Wydawnictwo WAB
5. Fila-Jankowska A. 2009. *Samoocena autentyczna- co ukrywamy sami przed sobą*. Warszawa, Academica Wydawnictwo SWPS
6. Głębocka A. 2009. *Niezadowolenie z wyglądu a rozpaczliwa kontrola wagi,* Kraków, Oficyna Wydawnictwa „Impuls"
7. Głębocka A, Szarzyńska M. 2005. *Stereotypy dotyczące osób otyłych a jakoś życia ludzi w starszym wieku*, Gerontologia Polska **13(4)**: 260-265
8. Ignasiak Z, Skrzek A, Sławińska T, Rożek-Piechura K, Steciwko A, Domaradzki J, Fugiel J, Posłuszny P. 2011. *Wstępna ocena kondycji biologicznej wrocławskich seniorek,* Gerontologia Polska **19(2)**: 91-98
9. Jośko-Ochojska J, Marcinkowska U, Lau K. 2013. *Wygląd, samoocena i kształtowanie własnego ciała jako czynniki ryzyka anoreksji psychicznej u studentów,* Ann. Acad. Med. Gedan **43**: 45-52
10. Kędziora-Kornatowska K, Grzanka-Tykwińska A. 2011. *Osoby starsze w społeczeństwie informacyjnym*, Gerontologia Polska **19(2)**: 107-111
11. Kowgier A. 2010. *Życie intymno-emocjonalne osób starszych,* Kraków, Oficyna Wydawnicza „Impuls"
12. Kozieł D, Trafiałek E. 2007. *Kształcenie na Uniwersytetach Trzeciego Wieku a jakość życia seniorów*, Gerontologia Polska **15(3)**: 104-108
13. Kulas H. 1986. *Samoocena młodzieży*, Warszawa, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne
14. Kwapisz U, Głowacka M. 2009. *Postawy prozdrowotne osób w starszym wieku wobec nałogu palenia w obecnej transformacji społecznej*, Przegląd Lekarski 66(9):786-790
15. Lubczyńska-Kowalska W. 2002. *Problemy zdrowotne ludzi w wieku podeszłym*, w: Ludzie starsi w trzecim tysiącleciu. Szanse-nadzieje-potrzeby (red. W. Wnuk), Wrocław, Wydawnictwo Atla 2
16. Morgulec-Adamowicz N, Rutkowska I, Rekowski W, Kosmol A, Bednarczuk G. 2011. *Zajęcia aktywności fizycznej na Uniwersytetach Trzeciego Wieku w Polsce*, Gerontologia Polska, 19(3-4): 190-198

17. Nęcki Z. 1990. *Wzajemna atrakcyjność*, Warszawa, Wiedza Powszechna
18. Nimrod G. 2010. The *Fun Culture in Seniors' Online Communities*, The Gerontologist, 51(2): 226-237
19. Papadopoulos L. 2005. *Lustereczko, powiedz przecie…: rewolucja w myśleniu o własnym wyglądzie*, Kraków, Wydawnictwo Znak
20. Pawłowski B. (red.) 2009. *Biologia atrakcyjności człowieka*, Warszawa, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego
21. Rębacz E. 2008. *Wskaźniki BMI i WHR u mieszkańców Szczecina w wieku powyżej 50 lat*, Gerontologia Polska, 16 (1): 47-50
22. Stuart-Hamilton I. 2000. *Psychologia starzenia się*, Poznań, Wydawnictwo Zysk i S-ka
23. Szczepański MS, Pawlica B, Śliz A. 2010. *Potyczki psyche i soma. Elementy socjologii ciała i aktywności fizycznej,* Opole, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego
24. Szewczuk W. 1985. *Słownik psychologiczny*, Warszawa, Wydawnictwo Wiedza Powszechna
25. Świtała M. 2009. *Samoocena stanu zdrowia i jej wpływ na zachowanie konsumentów w starszym wieku*, Gerontologia Polska, 17(3): 129-136
26. Ziębińska B. 2007. *Uniwersytety Trzeciego Wieku jako instytucje przeciwdziałające marginalizacji osób starszych*, (praca doktorska, Uniwersytet Śląski w Katowicach)

WPŁYW RELIGII I RELIGIJNOŚCI NA STAN ZDROWIA PSYCHICZNEGO SENIORÓW - ROZWAŻANIA TEORETYCZNE

THE IMPACT OF RELIGION AND RELIGIOSITY ON MENTAL HEALTH OF OLDER ADULTS - THEORETICAL REFLECTIONS

Alicja Łaska-Formejster, Łukasz Kutyło

Katedra Socjologii Polityki i Moralności, Uniwersytet Łódzki
Department of Sociology of Politics and Morality, University of Łódź

Author for correspondence:
Alicja Łaska-Formejster
ul. Rewolucji 1905 r. 41, 90-214 Łódź
tel.: 42 6355551; e-mail: aformejster@o2.pl

Ten rozdzial zawiera 1,19 arkusza wydawniczego.
The length of this chapter is 1.19 standard units of text length.

Streszczenie

Religia i religijność mogą mieć wpływ na zapobieganie zaburzeniom psychicznym, a także ich leczenie. Wydaje się, że dotyczy to zwłaszcza tych zaburzeń, w etiologii których daje się odnaleźć czynniki psychogenne. Do takich zaburzeń zapewne należą zaburzenia lękowe i nastroju. Ów wpływ religii i religijności na wskazane stany psychiczne powinien być wyraźniejszy wśród osób starszych. Seniorzy stanowią bowiem tą kohortę wiekową, która musi konfrontować się z kolejnym, ostatnim już, kryzysem egzystencjalnym, opisanym przez Eriksona. Czy religia i religijność mogą zapobiec ekspresji tych zaburzeń u seniorów, bądź też przyspieszyć proces leczenia? Jakie funkcje religii i religijności temu by sprzyjały?

Słowa kluczowe: lęk, zaburzenia afektywne, wiara, duchowość

Summary

Religion and religiosity could play an important role in both prevention as well as treatment of mental illnesses. It seems that it is true especially in the case of anxiety and affective disorders. We assume that this impact of religion and religiosity on mental health should be more visible among older adults, mainly because these people have to confront with the last existential crisis, described by Erikson. It raises some questions, including following: Could religion, or religiosity, prevent an expression of these disorders among elders, or accelerate the healing process? What functions of religion or religiosity could support it?

Key words: anxiety, affective disorders, faith, spirituality

Wstęp

Na gruncie niniejszego artykułu przedmiotem naszego zainteresowania uczyniliśmy wpływ religii i religijności na stan zdrowia psychicznego seniorów. Na wstępie należy wskazać, że obecnie coraz większą wagę przypisuje się temu, aby starsze osoby nie tylko nie doświadczały w jesieni swego życia chorób somatycznych, ale także by jakość ich życia była wysoka. To drugie zagadnienie wprost związane jest ze stanem psychicznym seniorów. Kwestia ta pozostaje tym bardziej ważna, że we współczesnych społeczeństwach zmianie uległy sposoby organizacji życia osób starszych. W przeszłości dominował model, w którym senior do końca utrzymywał silne więzi z członkami rodziny. Dalej pozostawał on we wspólnym gospodarstwie domowym. Obecnie, wraz z pojawieniem się innego, nuklearnego typu rodziny, obowiązki związane np. z pielęgnowaniem osoby starszej, przekazywane są instytucjom pomocy społecznej. W przeszłości zmiany zachodziły wolniej niż obecnie, człowiek miał więcej czasu, aby się do nich dostosować. Współcześnie już tak nie jest. Zmiany następują gwałtownie, wymuszając na wszystkich członkach społeczeństwa, także tych starszych, zaadaptowanie się do nowych warunków. W przeszłości człowiek zanurzony był w tym, co Luckmann określił mianem „świętego kosmosu", który gwarantował mu poczucie sensu, umożliwiające zmaganie się z kryzysami egzystencjalnymi (Luckmann 2011). Obecnie daje się wyróżnić co najwyżej „archipelagi duchowości", a dominującą rolę odgrywa kultura skoncentrowana na doczesności. W artykule nie zamierzamy gloryfikować przeszłości, każdy okres historyczny wytwarza bowiem przed jednostkami i całą zbiorowością określone wyzwania. Przemiany te negatywnie mogą jednak wpływać na stan zdrowia psychicznego ludzi w ogóle, a osób starszych w szczególności.

W artykule chcielibyśmy zastanowić się, czy pewnym czynnikiem pozwalającym dłużej cieszyć się zdrowiem i dobrą jakością życia nie jest czasem szeroko rozumiana religia – szeroko rozumiana, gdyż pod pojęciem tym rozumiemy nie tylko tradycyjne jej formy, ale też formy alternatywne, tworzące to co dziś niektórzy określają mianem „nowej duchowości". Ze względu na to, że problematyka zdrowia i chorób psychicznych pozostaje bardzo rozbudowana, w tekście postanowiliśmy skupić się wyłącznie na zaburzeniach lękowych i afektywnych. W literaturze przedmiotu dominuje pogląd, że znaczna ich część ma psychogenny charakter, a w związku z tym wszelkie interwencje psychospołeczne przynoszą często oczekiwane rezultaty. To dodatkowo napawa nas optymizmem.

W pierwszej części artykułu skoncentrowaliśmy się zatem na przedstawieniu zagadnień terminologicznych. W części drugiej przedmiotem uwagi uczyniliśmy występowanie zaburzeń lękowych i afektywnych wśród osób starszych oraz skupiliśmy się na tym, w jaki sposób religia i religijność mogą wpływać na ich występowanie i przebieg. I wreszcie, w części trzeciej, koncentrujemy się na tym, co jest w religii czy w religijności takiego, co mogłoby sprzyjać utrzymaniu zdrowia psychicznego na wysokim poziomie.

Zagadnienia terminologiczne

Nasze rozważania powinniśmy zacząć od przedstawienia definicji pojęć, którymi w tekście zamierzamy się posługiwać. Wyjaśnienia wymagają zwłaszcza takie terminy, jak: religia, religijność, zaburzenia lękowe i afektywne. Zacznijmy od tych dwóch pierwszych.

Na gruncie literatury socjologicznej obecne są dwa rodzaje definicji tego, czym jest religia: substancjalne, zwane też nominalnymi, oraz funkcjonalne (Berger 1971). Różnice istniejące między nimi w przejrzysty sposób wyjaśnił Dobbelaere: *Definicje substancjalne mówią o tym, czym jest religia. Natomiast definicje funkcjonalne mówią, jakie jest działanie religii i jakie są konsekwencje tego działania w odniesieniu do kontekstu strukturalnego religii* (Dobbelaere [1974] 2003:139). Pierwsze z nich nawiązują do tradycji weberowskiej. Tego rodzaju definicję przedstawił m.in. Berger w swej pracy pt. *Święty Baldachim* ([1967] 2005). Stwierdził w niej, że religia pozostaje

(...) ludzkim przedsięwzięciem, które ustanawia święty kosmos (Ibidem:57). Aby lepiej pojąć definicję sformułowaną przez Bergera konieczne staje się sprecyzowanie terminu „święty kosmos", który w tej definicji się pojawia. Pod pojęciem tym uczony rozumiał *(...) jakość tajemniczej i budzącej grozę siły, odmiennej od człowieka, a jednak związanej z nim, co do której jest się przekonanym, że tkwi w pewnych obiektach doświadczenia* (Ibidem:57). Jak widać to na przykładzie rozważań podjętych przez Bergera, zasadniczą rolę w definicjach substancjalnych pełni rozróżnienie na rzeczywistość empiryczną i pozaempiryczną, immanentną i transcendentną. Z kolei te funkcjonalne nawiązują do durkheimowskiego rozumienia religii. Tego rodzaju definicję sformułował m.in. Yinger. Twierdził on, iż pod pojęciem religii należy rozumieć *(...) zespół przekonań i praktyk, za pomocą których określona grupa stawia czoło (...) wielkim problemom ludzkiego życia. Jest to odmowa kapitulacji w obliczu śmierci, klęsk i niepowodzeń, niezgoda na to, by wrogie nam siły zniszczyły sieć naszych ludzkich powiązań* (Yinger 1957:17, zob. Dobbelaere [1974] 2003:140). Według Borowik w literaturze przedmiotu zwraca się głównie uwagę na funkcję egzystencjalną, psychiczno-emocjonalną i kulturowo-społeczną. Pierwsza z nich znajduje swe odzwierciedlenie w cytowanej powyżej definicji Yingera. Religia staje się tutaj środkiem, za pomocą którego człowiek jest w stanie rozwiązywać swe problemy egzystencjalne. Funkcja psychiczno-emocjonalna pozostaje obecna w definicjach formułowanych przez amerykańskich uczonych, m.in. przez Starka i Bainbridge'a. W ich ujęciu religia jest formą kompensacji, gwarantującej pocieszenie i przenoszącej w życie pośmiertne możliwość uzyskania pewnych pożądanych nagród (np. lepszego życia). Ostatnia funkcja – kulturowo-społeczna – widoczna jest zwłaszcza w definicjach antropologicznych. Religię postrzega się tutaj jako system wierzeń, mitów i znaczeń (Borowik 1997).

Sam Dobbelaere uważał, że bardziej zasadne wydaje się konstruowanie i używanie definicji substancjalnych. Używanie funkcjonalnych rodzi bowiem pewne problemy. Po pierwsze, religię definiuje się tutaj jako funkcjonalną dla grupy. Po drugie, istnienie świeckich alternatyw względem *sacrum* pozostaje niemożliwe, gdyż wszystko co pełni funkcję religii, w perspektywie tego podejścia rzeczywiście nią jest. Po trzecie, jeśli przyjmiemy, że człowiek jest u swych podstaw istotą religijną, to każdy sposób „przezwyciężania" przez niego problemów ostatecznych, mających dla niego fundamentalne znaczenie, ma charakter religijny. Przyjęcie takiego stanowiska ma pewne implikacje teoretyczne. Dla przykładu, dyskusja nad sekularyzacją staje się bezzasadna. W sytuacji, kiedy wszystko, co pełni funkcje religijne, religią jest, identyfikowanie możliwych alternatyw względem *sacrum* staje się niemożliwe. Zdaniem Dobbelaere człowiek potrzebuje systemu znaczeniowego, który nadawałby sens jego życiu. Z drugiej jednak strony, nie każdy taki system musi mieć religijny charakter (Dobbelaere 2008:73-74).

Pojawiają się jednak głosy, według których bardziej właściwe jest postrzeganie religii na sposób funkcjonalny. Jak pisze Mariański: *Zwolennicy teorii funkcjonalnych dostrzegają korzyści poszerzania definicji religii w tym, że umożliwia to analizę „niewidzialnych" form religijności czy funkcjonalnych ekwiwalentów religii. Funkcjonalne rozumienie religii pozwala badać ślady religijne w obszernym polu społecznym* (Mariański 2009:194). Jak zauważa autor, tego rodzaju definicje wyraźniej podkreślają związki istniejące między jednostką, społeczeństwem a religią. Przyjmując za punkt wyjścia tę perspektywę szybko dochodzi się do wniosku, że religia pełni wielorakie funkcje zarówno w osobowości człowieka, jak i w samej zbiorowości.

Na gruncie naszych rozważań pod pojęciem religii będziemy rozumieć zatem system znaczeń pozwalający człowiekowi na interpretację jego egzystencji z szerszej perspektywy, nadający jej sens, a zarazem nie sprowadzający ludzkiego istnienia wyłącznie do wymiaru materialnego, biologicznego. Z kolei religijność to różnorodne treści i formy manifestowania się tego systemu znaczeń. W tym przypadku zamierzamy posiłkować się definicją sformułowaną przez Borowik oraz Doktóra. Zdaniem autorów, na tę treść składają się: *(...) kulturowo odziedziczone, jak i nabyte na drodze indywidualnych poszukiwań, dające się zwerbalizować przekonania na temat natury człowieka i świata, celu i przeznaczenia, zasad moralnych, zwykle określane mianem doktryny, światopoglądu lub ideologii*

(Borowik, Doktór 2001:61). Z kolei na formę składają się *(...) działania wynikające z przyjętych przekonań, wyrażające się w posiadaniu i manifestowaniu przywiązania do symboli, w sprawowaniu kultu i przynależności do wspólnoty* (Ibidem:61).

Na potrzeby artykułu konieczne wydaje się także zdefiniowanie tego, czym są zaburzenia lękowe. Pod pojęciem tym należy rozumieć grupę zaburzeń psychicznych, w których zasadniczym objawem pozostaje lęk (w różnym stopniu nasilenia, od niepokoju po napady paniki). W przeszłości na tego rodzaju dolegliwości używano często sformułowania „nerwica". Do dziś w niektórych klasyfikacjach chorób, jak chociażby w ICD-10, zaburzenia lękowe zaliczane są do kategorii zaburzeń nerwicowych. Na gruncie nozologicznym najczęściej wyodrębnia się: zaburzenia lękowe z napadami paniki, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne – znane w przeszłości pod nazwą nerwicy natręctw, fobie oraz uogólnione zaburzenia lękowe (Aleksandrowicz 1988, 2002).

Omawiane jednostki chorobowe powszechnie występują w społeczeństwie. Zakłada się, że zaburzenia lękowe z napadami paniki pojawiają się w ciągu całego życia u 3 do 5% populacji, a izolowany atak paniki występuje u co piątej osoby (Kessler i in. 2006). Jeśli chodzi o fobie, to przyjmuje się, że cierpi na nie około 5% społeczeństwa, w rzeczywistości jednak ów odsetek może być większy i sięgać nawet 20% (Boume 2011). Pewnym wyzwaniem dla epidemiologów pozostają zaburzenia obsesyjno-kompulsywne. Na klasyczną ich postać cierpi około 0,5% populacji. Jeśli jednak w analizach uwzględnimy także stany graniczne, składające się na to, co w literaturze przedmiotu określa się mianem „spektrum zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych", to odsetek ten sięga już 5% (Bryńska 2007). Taka sama część populacji cierpi na zaburzenia lękowe uogólnione (Boume 2011). Wszystkie wskazane stany chorobowe mają tendencję do ujawniania się w okresie adolescencji bądź wczesnej dorosłości (Boume 2001, Bryńska 2007, Kessler i in. 2006).

Fenomenologia tych zaburzeń jest zróżnicowana, choć da się też wyodrębnić pewne punkty wspólne. Osiowym objawem pozostaje lęk, mający różną postać i natężenie. Towarzyszą mu objawy fizjologiczne (np. zaburzenia rytmu serca, bóle, duszności, zawroty głowy, parastezje, dolegliwości ze strony układu trawiennego itd.), psychologiczne (np. przekonanie o istnieniu zagrożenia, pesymizm, oczekiwanie najgorszego itd.) oraz behawioralne (np. chęć ucieczki, opracowanie rytuałów zabezpieczających przed lękiem itd.) (Aleksandrowicz 1988, 2002; Kępiński 2002, 2005; Seligman i in. 2003). Nieco inny charakter mają zaburzenia obsesyjno-kompulsywne. Tutaj obok lęku pojawiają się obsesje, czyli natręctwa myślowe (uporczywe myśli bądź wyobrażenia), utrudniające koncentrację, mające często podtekst religijny bądź seksualny oraz kompulsje, pełniące funkcję rytuałów mających zmniejszyć poziom dyskomfortu (np. mycie rąk, powtarzanie zasłyszanych słów lub zdań, liczenie itd.) (Bryńska 2007).

Etiologia zaburzeń lękowych nie jest do końca poznana. Wskazuje się, że istotną rolę w ich powstawaniu może odgrywać brak równowagi neurochemicznej w mózgu, w tym w szczególności dotyczący takich neurotransmiterów jak: serotonina, noradrenalina i adrenalina. U osób cierpiących na te zaburzenia zaobserwowano także pewne dysfunkcje receptorów GABA, blokujące przewodnictwo kwasu gamma-aminomasłowego. Istotną rolę w ich powstawaniu mogą odgrywać też niektóre choroby endokrynologiczne (np. nadczynność tarczycy) czy kardiologiczne (np. zespół Barlowa) (zob. Libethson i in. 1986; Margraf i in. 1986). Z kolei psychologowie zwracają uwagę, że dla osób dotkniętych zaburzeniami lękowymi typowe są nieadaptacyjne schematy poznawcze. W wyniku ich działania jednostka wykazuje tendencję do koncentrowania się na możliwie najgorszym scenariuszu wydarzeń, przy jednoczesnej deprecjacji własnych zdolności do radzenia sobie z problemem (Alford, Beck 2005). Inni sugerują, że problem jest znacznie głębszy i nie ogranicza się jedynie do schematów poznawczych. W tym przypadku zaburzenia lękowe są reakcją na ukształtowanie się nieadaptacyjnych stylów osobowości (Young i in. 2013).

W artykule posługujemy się także terminem zaburzenia afektywne. Pod pojęciem tym należy rozumieć różne stany chorobowe znajdujące się na tzw. spektrum afektywności. W ramach niego daje się wyodrębnić: chorobę afektywną jednobiegunową, dystymię, cyklotymię, chorobę afektywną

dwubiegunową typu II oraz chorobę afektywną dwubiegunową typu I. Dane epidemiologiczne, dotyczące ich występowania, są niejednoznaczne. Na tzw. dużą depresję (chorobę afektywną jednobiegunową) w ciągu całego życia cierpi około 10% populacji (Kessler i in. 2006). Czasami następuje konwersja tak zdiagnozowanej choroby w kierunku choroby afektywnej dwubiegunowej (Dudek, Siwek 2012; Siwek i in. 2012). Z kolei dystymia, a więc „łagodna" depresja (choć zarazem bardziej uporczywa i dłużej trwająca) występuje u od 3 do 6% populacji (Koszewska 2011). Jeśli chodzi o chorobę afektywną dwubiegunową, to należy wyróżnić dwa jej typy. Pierwszy, w którym pojawiają się epizody maniakalne i depresyjne, w ciągu całego życia pojawia się u około 1% populacji. Nieco inny charakter ma typ drugi tego zaburzenia. Składają się na niego epizody hipomaniakalne i depresyjne. Występuje on u 0,5 do 1,5 % populacji. Na cyklotymię, a więc na „łagodną" postać choroby afektywnej dwubiegunowej, w której obecne są stany hipomaniakalne i subdepresyjne, w ciągu całego życia cierpi około 3% ludzi (Kiejna 2011).

W stanach depresyjnych daje się zaobserwować określone objawy fizjologiczne, w tym m.in.: spowolnienie motoryczne, zaburzenia snu i apetytu, dolegliwości sercowe i żołądkowe, bóle itd. Chory doświadcza smutku, lęku, zamartwia się, ma poczucie winy czy wyrzuty sumienia. Na poziomie emocjonalnym pojawiają się: niechęć wobec innych i/lub siebie, płaczliwość, poczucie niższości, myśli samobójcze. W głębokich depresjach daje się zaobserwować objawy psychotyczne, w tym zwłaszcza urojenia hipochondryczne i nihilistyczne (Seligman i in. 2003). Z kolei stany maniakalne i hipomaniakalne stanowią przeciwieństwo depresji. Osoba nimi dotknięta wydaje się przepełniona energią, ma problemy z koncentracją (w skrajnych przypadkach pojawia się tzw. gonitwa myśli), jest pobudzona, odhamowana seksualnie. Zdarza się, że w stanach maniakalnych pojawiają się objawy psychotyczne, w tym w szczególności urojenia wielkościowe. W przeszłości wyodrębniano także manię gniewną, kiedy to zamiast nastroju euforycznego dominowała złość. Obecnie uważa się, że jest ona przejawem tzw. epizodów mieszanych, kiedy w jednym czasie u tej samej osoby występują zarówno objawy manii, jak i depresji (Rybakowski 2009).

Nie znamy do końca etiologii zaburzeń afektywnych. Istotną rolę zdają się tutaj odgrywać czynniki biologiczne, zwłaszcza w przypadku choroby afektywnej dwubiegunowej. Zaobserwowano bowiem pewną tendencję do występowania zaburzeń nastroju w strukturach rodzinnych – to może zaś świadczyć o genetycznej do nich predyspozycji. Zwraca się także uwagę na pewną dysfunkcję układów serotoninergicznego i dopaminergicznego u osób dotkniętych omawianymi chorobami (Święcicki 2002). Z kolei psychologowie, w tym wspominany już Beck, wskazują na istotną rolę schematów poznawczych w ich postawaniu. Tę zależność widać zwłaszcza w odniesieniu do choroby afektywnej jednobiegunowej i dystymii. W umyśle cierpiących na nie osób daje się zidentyfikować struktury, które determinują pesymistyczne postrzeganie rzeczywistości (Alford, Beck 2005).

Wpływ religii i religijności na zaburzenia lękowe i nastroju wśród seniorów

Rozważając problem występowania zaburzeń lękowych i afektywnych wśród seniorów, a także rolę religii i religijności w ich profilaktyce i leczeniu, w pierwszej kolejności warto skupić się na kwestii rozpowszechnienia tych zaburzeń w omawianej populacji oraz ich etiologii. W literaturze przedmiotu często bowiem sugeruje się, że pierwsze ich symptomy pojawiają się stosunkowo wcześnie w życiu człowieka. Początek choroby zazwyczaj ma miejsce między 20 a 30 rokiem życia, przy czym zaburzenia obsesyjno-kompulsywne oraz choroba afektywna dwubiegunowa często rozpoczynają się wcześniej, bo już w okresie adolescencji, a nawet dzieciństwa, zaś choroba afektywna jednobiegunowa występuje nieco później, po 30 roku życia. Nie oznacza to jednak, że seniorzy nie mogą być tymi zaburzeniami dotknięci. Po pierwsze, istnieje możliwość, że choroba zaczęła się na etapie adolescencji i z przerwami (okresami remisji) trwa do późnej starości. Po drugie, zaburzenie pojawiło się po raz pierwszy wcześnie, np. między 20 a 30 rokiem życia, nie zostało jednak zdiagnozowane i leczone (np. z powodu niewielkiej intensywności objawów). W takim przypadku pełny obraz choroby daje

się zaobserwować dopiero na późniejszych etapach życia. Po trzecie, zaburzenie pojawiało się po raz pierwszy w okresie starości. Taka sytuacja czasami ma miejsce, zwłaszcza w odniesieniu do zaburzeń nastroju. Zdarza się, że po raz pierwszy epizody maniakalne bądź depresyjne pojawiają się właśnie na tym etapie życia (Jones 2013).

Spośród trzech możliwych sytuacji najbardziej interesujące wydają się dwie ostatnie. Dlaczego bowiem objawy zaburzeń lękowych i nastroju miałyby pojawić się, bądź ulec intensyfikacji, dopiero na tym etapie życia? Jakie czynniki mogłyby mieć na to wpływ? Poddając tę kwestię pod uwagę warto skupić się na następujących wymiarach życia jednostki: psychospołecznym i fizjologicznym. Wydaje się, że mogą one pomóc nam zrozumieć rolę religii w profilaktyce i leczeniu omawianych zaburzeń. Jeśli chodzi o wymiar psychospołeczny, to odnosi się on w rzeczywistości do następujących obszarów funkcjonowania człowieka: psychologicznego, społecznego oraz ekonomicznego. Koncentrując się na pierwszym z nich, należy wskazać, że senior znajduje się na szczególnym etapie swojego życia. Jak zauważył Erikson, około 65 roku życia człowiek doświadcza kolejnego kryzysu życiowego, w wyniku którego dokonuje bilansu tego, co udało mu się osiągnąć. Z jednej strony, rozwiązaniem tego kryzysu może być poczucie satysfakcji z życia i własnych dokonań, a także postawa akceptacji wobec śmierci. Z drugiej zaś, u niektórych ludzi pojawia się zapewne żal spowodowany tym, że w przeszłości podjęte zostały błędne decyzje i nie wszystko udało się osiągnąć, a także daje o sobie znać lęk przed śmiercią (Tillmann 2006). Jeśli skupimy się na wymiarze społecznym, to starość czasami wiąże się z tym, że jednostka traci więzi społeczne z innymi, zostaje wykluczona z życia społecznego. Niekiedy jest to związane z pogarszającym się stanem zdrowia seniora i z wynikającymi z tego ograniczeniami. Innym razem stanowi to konsekwencję przemian zachodzących w sferze rodziny – funkcje tradycyjnie jej przypisane przenoszone są na instytucje pomocy społecznej. Seniorzy doświadczają też marginalizacji w obszarze życia ekonomicznego – ich zasoby finansowe pozostają często nieadekwatne do potrzeb. Wszystkie te czynniki mogą z kolei sprawiać, że u jednostki następuje nawrót zaburzeń lękowych lub nastroju, bądź też dochodzi do ich ujawnienia się.

Istotną rolę w tym procesie odgrywają też czynniki fizjologiczne. Zdarza się, że stany lęku bądź zaburzenia afektu stanowią konsekwencję zmian zachodzących w organizmie, związanych z procesem starzenia się. Tym niektórzy tłumaczą m.in. pojawiające się u kresu życia depresje inwolucyjne, w przebiegu których oprócz klasycznych objawów depresyjnych daje się dostrzec symptomy wprost związane z wiekiem cierpiącej osoby, w tym: nieakceptowanie starości i nieuchronności śmierci, lęk przed umieraniem, nadmierne analizowanie zdarzeń z przeszłości itd. Niektórzy autorzy wskazują także na to, że za epizody maniakalne pojawiające się w starszym wieku mogą odpowiadać inne mechanizmy niż za podobne epizody obecne u ludzi młodych. Stany te mogą być konsekwencją mikro-urazów w mózgu (powodowanych np. przez udary) czy jego niedotlenienia (wynikającego np. z zaburzeń rytmu serca) (Seligman i in. 2003).

Dla naszych rozważań najważniejsze wydaje się następujące pytanie: czy religijność pełni istotną rolę w profilaktyce i leczeniu omawianych zaburzeń psychicznych? Rezultaty badań empirycznych nie są jednoznaczne. Interesujących wyników dostarczył analizy przeprowadzone przez Ellison i in. (2014) na danych pochodzących z badań Baylor Religion Survey z 2010 roku. Badacze skoncentrowali się m.in. na tym, czy istnieje zależność między odprawianiem modlitwy a obecnością objawów lękowych oraz czy sam sposób spostrzegania Boga ma wpływ na ich występowanie. Wyniki analiz okazały się ciekawe. Rezultaty wskazują bowiem na to, że nie ma istotnie statystycznej zależności między odprawianiem modlitwy a występowaniem objawów lękowych. Nieco inaczej wygląda sytuacja, jeśli chodzi o drugi z podjętych przez badaczy problemów. Okazało się, że obecność symptomów lękowych zależała od tego, w jaki sposób respondenci wyobrażali sobie samego Boga. Jeśli postrzegali go jako Istotę surową, wymierzającą sprawiedliwość, to częściej doświadczali wskazanych objawów. Z kolei, jeśli Bóg pojmowany był jako Istota gwarantująca bezpieczeństwo, chciałoby się rzec – Istota miłosierna, to wówczas omawiane objawy pojawiały się rzadziej.

Podobne wyniki uzyskali Blazer i in. (1993). Autorzy Ci dokonali analizy danych pochodzących z sondażu pt. „*Piedmont NIMH Epidemiologic Catchment Area Survey*". Badanie zostało zrealizowane na próbie ogółem 2 969 respondentów. Na potrzeby analizy podzielono ich na trzy kohorty wiekowe. Wyodrębniono zatem respondentów młodych – w wieku od 18 do 39 lat (N=1025), w średnim wieku – od 40 do 59 lat (N=645), oraz seniorów – powyżej 60 lat (N=1299). Autorzy uczynili przedmiotem swojego zainteresowania potencjalną zależność między religijnością a zaburzeniami lękowymi. Zmienną religijność wyrażono za pomocą następujących wskaźników: udział w praktykach religijnych, odprawianie modlitwy, czytanie Biblii, oglądanie religijnych programów telewizyjnych, znaczenie religii w życiu respondenta, przynależność do denominacji religijnej, a także status „nowo narodzonego wyznawcy". Okazało się, że wśród osób młodych zaburzenia lękowe występowały rzadziej wśród tych, którzy regularnie uczestniczyli w praktykach religijnych, należeli do protestanckich wyznań głównego nurtu, a także wśród określających siebie mianem „nowo narodzonych chrześcijan". Z kolei omawiane zaburzenia częściej pojawiały się wśród tych, którzy związani byli z denominacjami fundamentalistycznymi i zielonoświątkowymi bądź wśród osób nie deklarujących żadnej afiliacji religijnej. Nieco mniej klarowne zależności udało się zidentyfikować w odniesieniu do osób w średnim wieku. Spośród różnych zaburzeń lękowych tylko fobia społeczna wykazywała pewne, statystycznie istotne relacje z innymi, uwzględnionymi w analizie zmiennymi. Okazało się, że fobia ta rzadziej występuje wśród tych badanych, którzy regularnie biorą udział w praktykach religijnych, a także wśród określających siebie mianem „nowo narodzonych chrześcijan". W najbardziej interesującej nas kohorcie wiekowej – wśród osób powyżej 60 roku życia – nie udało się zidentyfikować żadnych zależności między religijnością a zaburzeniami lękowymi. Zdaniem autorów, wyniki badania świadczą o tym, że pozytywne bądź negatywne oddziaływania religii na stan zdrowia psychicznego, przynajmniej w obszarze lęku, w największym stopniu widoczne są u ludzi młodych.

Istnieje też spora grupa badań, w których sugeruje się, że religijność obniża poziom lęku wśród osób starszych, zwłaszcza jeśli chodzi o lęk egzystencjalny – lęk przed śmiercią (zob. Ardelt, Koenig 2006; Krause 2011). Znacznie wyraźniejszy jednak, przynajmniej w omawianej kohorcie wiekowej, wydaje się wpływ religijności na zaburzenia nastroju, zwłaszcza zaś na występowanie objawów depresyjnych. Interesujących danych w tym względzie dostarczyło badanie zrealizowane przez zespół Braama. Postawiono w nim hipotezę, że religijność – rozpatrywana przez pryzmat zaangażowania religijnego jednostki – sprawia, że u danej osoby nie występują objawy depresyjne bądź występują w stopniu mniejszym niż u człowieka niereligijnego lub niepraktykujący. Hipoteza ta została potwierdzona empirycznie. Co ciekawe, zależność ta pozostała istotna nawet wówczas, gdy badacze uwzględnili w przygotowanym przez siebie modelu statystycznym zmienne kontrolne opisujące siłę więzi z innymi, fizyczną niepełnosprawność oraz pewne cechy demograficzne (Braam i in. 2004). Z kolei w brazylijskim badaniu przeprowadzonym przez zespół Chaves przedmiotem analizy uczyniono wpływ religijności na jakość życia osób starszych. Wzięło w nim udział 287 seniorów powyżej 60 roku życia. W badaniu użyte zostały następujące narzędzia: Skala Jakości Życia Flanagana, Skala Depresji dostosowana do osób starszych (Geriatric Depression Scale), a także wskaźnik religijności (Duke University Index). Okazało się, że objawy depresyjne obecne były u 88 %. badanych, w tym u 83 %. dało się zaobserwować symptomy depresji łagodnej bądź umiarkowanej, a u 5 %. – symptomy poważne. Okazało się, że wyższy poziom religijności wpływał na wyższą jakość życia respondentów. Nie udało się jednak zidentyfikować istotnej zależności między tą zmienną a obecnością objawów depresyjnych. Być może wynika to z faktu, że symptomy te pozostawały wyjątkowo częste w analizowanej zbiorowości, a sami badacze nie różnicowali wpływu religijności na lekką/umiarkowaną i ciężką depresję (Chaves i in. 2014). Nieco inne wyniki uzyskał zespół kierowany przez Ronneberg. Analizą objęto dane pochodzące z sondaży pt. „*Health and Retirement Study*", zrealizowanych w latach 2006 i 2008 wśród osób starszych (średnia wieku wynosiła 68 lat). Próba liczyła ogółem 7 732 badanych, z czego 1 992 respondentów miało objawy depresji. Okazało

się, że religijność – mierzona zarówno w wymiarze instytucjonalnym (afiliacja religijna, udział w praktykach), jak i w wymiarze prywatnym (modlitwa) – pełniła funkcję profilaktyczną w przypadku osób, które nie cierpiały dotąd na depresję bądź miały już za sobą rzut tej choroby, a także sprzyjała zdrowieniu u tych, którzy cierpieli na to zaburzenie (Ronneberg i in. 2014).

Podsumowując dotychczasowe rozważania, wydaje się, że religijność ma pewien pozytywny wpływ na obecność objawów depresyjnych u seniorów. Nieco mniej satysfakcjonujące są wyniki badań, które przedmiotem zainteresowania uczyniły relację między wskazaną zmienną a lękiem. Być może u osób starszych znacznie większym problemem w ogóle są objawy depresyjne – wynikałoby to z samej specyfiki tego rodzaju zaburzeń, które mają retrospektywny charakter (właściwe im schematy poznawcze ukierunkowane są na przeszłość). Lęk w tym przypadku w znacznie większym stopniu pozostawałby problemem młodych ludzi, wchodzących w życie. Właściwe mu schematy poznawcze mają charakter prospektywny – dobrze widać to na przykładzie błędu poznawczego, jakim jest katastrofizacja. Pod pojęciem katastrofizacji należy rozumieć błąd poznawczy, który polega na tym, że jednostka nadmierną uwagę przywiązuje do możliwości wystąpienia negatywnego scenariusza wypadków, ignorując przy tym, bądź niedoceniając, wszystkie inne, najczęściej bardziej prawdopodobne, kierunki rozwoju zdarzeń.

Religia a zaburzenia lękowe i nastroju

Mimo, że dość trudno jest jednoznacznie rozstrzygnąć kwestię, czy religia bądź religijność zmniejszają ryzyko zaburzeń lękowych i nastroju, bądź sprzyjają ich leczeniu, to warto zastanowić się, co może być w religii takiego, co wskazanym celom by sprzyjało. Rozważając ten dylemat skupiliśmy się na trzech funkcjach religii i religijności, które naszym zdaniem wpływają na stan zdrowia psychicznego. Są to funkcje: normatywna, społeczna oraz duchowa.

Nie ulega wątpliwości, że religia jest systemem norm i wartości regulujących zachowania wiernych. Wytwarza dyspozycje dotyczące tego, w jaki sposób należy funkcjonować w danej sytuacji. Dobrym przykładem tego pozostaje etos protestancki opisany przez Webera, mający jego zdaniem wpływ na działania jednostek – działania podejmowane w sferze gospodarczej (głównie w obszarze pracy). Sam niemiecki uczony sugerował, że ów etos kształtuje coś, co określił mianem „żelaznej klatki" – a więc ramę dla społecznie pożądanych wzorów zachowania (Weber 2011). W jaki sposób jednak ta funkcja religii mogłaby pozytywnie wpływać na stan zdrowia osób starszych? Wydaje się, że istnienie zespołu tego rodzaju normatywnych dyspozycji jest przydatne w sytuacjach, kiedy człowiek staje przed koniecznością wyboru. W takim przypadku jednostka może skorzystać ze swych zasobów normatywnych, a więc wskazówek, jaką decyzję warto bądź należy w danych warunkach podjąć. Rzadko się zdarza, aby owe dyspozycje zawieszone były w próżni i funkcjonowały jedynie jako abstrakcyjne normy. Daje się zwykle zaobserwować istnienie mechanizmów mających symboliczny charakter, pośredniczących między normą religijną (bodźcem) a odpowiednim zachowaniem jednostki (reakcją). Na mechanizmy te składają się różne historie, przypowieści, wizje życia nadprzyrodzonego, zwiększające prawdopodobieństwo, że jednostka zinternalizuje i zrealizuje daną normatywną dyspozycję. Z punktu widzenia zdrowia psychicznego, ich istnienie może zmniejszać poziom stresu związany z podejmowaniem decyzji. W sytuacji wyboru jednostka nie musi bowiem rozstrzygać, która opcja jest dla niej najlepsza – opcję tę formułuje sam system religijny, ani zastanawiać się, czy decyzja była słuszna. Z drugiej strony, funkcja normatywna może mieć negatywny wpływ na stan zdrowia psychicznego, zwłaszcza w dynamicznie zmieniającym się społeczeństwie. W takich warunkach zdrowie psychiczne niejednokrotnie zależy od tzw. elastyczności poznawczej, a więc zdolności jednostki do adaptowania się do stale zmieniających się warunków. Istnienie wskazanych dyspozycji może tę zdolność ograniczać. Konsekwencją tego jest wówczas brak spójności między zbiorem norm i wartości, zinternalizowanym i realizowanym przez jednostkę, a zbiorem norm i wartości społecznie oczekiwanych, mogący przyczyniać się do zaburzeń lękowych i nastroju.

Z tym problemem braku spójności próbują sobie poradzić ortodoksyjne, konserwatywne denominacje, na gruncie których pewnym normom religijnym przypisuje się szczególną funkcję. Normy te, zwane w literaturze przedmiotu restrykcjami, kształtują ramy, w jakich istnieje dana subkultura religijna. W taki sposób definiują pożądane we wspólnocie zachowania, aby odróżniały one jej członków od otoczenia społecznego. Dotyczą diety, ubioru, wyglądu itd. Dla przykładu, na gruncie ortodoksyjnego judaizmu przejawem restrykcji są obowiązki wynikające z zasad koszerności, reguły rządzące szabatem itd. Ich istnienie zniechęca tzw. „pasażerów na gapę", a więc tych, którzy chcieliby korzystać z dobrodziejstw funkcjonowania we wspólnocie religijnej nie ponosząc przy tym większych kosztów, a także sprawia, że wśród samych wyznawców maleje zainteresowanie aktywnością poza daną subkulturą religijną (ze względu na możliwe koszty, jakie jednostka musiałaby z tego tytułu ponieść) (Iannaccone 1994). Powstaje zatem bezpieczny mikro-świat – świat, w którym zachowana jest spójność między abstrakcyjnymi normami religijnymi a społecznymi oczekiwaniami.

W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę, że na gruncie restrykcyjnych denominacji rzadsze są te zaburzenia, w których istotną rolę odgrywają czynniki psychogenne (jak ma to miejsce w zaburzeniach lękowych czy w depresji). Z kolei te zaburzenia, które wyraźnie mają podłoże biologiczne (dobrym przykładem jest tutaj choroba afektywna dwubiegunowa typu I), dotykają taki sam odsetek ludności bez względu na to, czy mamy do czynienia z restrykcyjną wspólnotą czy ze społeczeństwem w ogóle (Egeland 1988).

Pewien wpływ na stan zdrowia psychicznego, zwłaszcza w kontekście zaburzeń lękowych i nastroju, może mieć funkcja społeczna religii i religijności. Niektórzy badacze sugerują, że typowe dla omawianych zaburzeń objawy maleją, gdy cierpiące na nie jednostki otrzymują wsparcie ze strony otoczenia. Patrząc na to z perspektywy ewolucyjnej, symptomy te – zwłaszcza depresyjne – mogą być archaicznym sygnałem dla wspólnoty, aby ta zajęła się jej członkiem. W literaturze przedmiotu zwraca się także uwagę na profilaktyczny charakter więzi społecznych. Zaobserwowano, że wśród dorosłych mężczyzn na depresję popadają często ci, którym brakuje kontaktów społecznych. Wydaje się, że taka sama zależność może mieć miejsce wśród seniorów. Religia staje się w tym przypadku czynnikiem generującym kapitał społeczny. Jednostki mające silne więzi z innymi dysponują zarazem dostępem do zasobów wynikających z tych więzi. Innymi słowy, mogą oczekiwać, że inne, bliskie im osoby udzielą im w trudnych chwilach wsparcia, wskazówek, zagwarantują bezpieczeństwo itd. Funkcjonowanie w tego rodzaju sieciach, umożliwiających dostęp do omawianych zasobów, powinno sprawiać, że jednostka rzadziej doświadcza lęku bądź depresji, szybciej sobie z nimi radzi, a także doznaje mniejszej liczby nawrotów. Jeśli nawet jej choroba przyjmuje niekorzystny przebieg, to wspólnota – tak jak instytucje społeczne w zamożnych krajach – gwarantuje jej przetrwanie. Funkcja ta wydaje się szczególnie istotna w przypadku osób starszych, często doświadczających wykluczenia społecznego, wyizolowanych ze swego otoczenia.

Nieco miejsca należy poświęcić też funkcji duchowej. W literaturze przedmiotu panuje dziś pewna moda na zajmowanie się tematyką związaną z tym obszarem. Popularnością cieszy się chociażby termin „inteligencja duchowa", który sugeruje istnienie określonego sposobu pojmowania i doświadczania świata, niedostępnego inteligencji emocjonalnej i racjonalnej (Zohar 2000). Pojawiają się pewne problemy, jeśli chodzi o operacjonalizację tego pojęcia. Wskazuje się, że wyrazem duchowej inteligencji pozostaje umiejętność kontemplacji rzeczywistości, nadawania jej sensu, a także zdolność do doświadczania transcendencji (w tym: odmiennych stanów świadomości) (King, DeCicco 2009). Przy takim rozumieniu tego pojęcia widać, że inteligencja ta może zmniejszać poziom lęku i depresji u seniorów. Jeśli ponownie odwołamy się do Eriksona i przypomnimy sobie, że kryzys wieku starczego to w jego mniemaniu kryzys wyrażający obawy przed śmiercią, powiązany z refleksją nad własną przeszłością, to wówczas inteligencja duchowa powinna niwelować niepokój związany z przyszłością, a także łagodzić poczucie winy dotyczące tego, co już się wydarzyło. Co ciekawe, niektóre organizacje religijne, orientujące swoją działalność na seniorów, starają się skoncentrować swoją aktywność na tym właśnie wymiarze. Dla przykładu, centra chrześcijańskie

istniejące w Holandii, skupiające swoją działalność na osobach starszych, proponują szereg zajęć i warsztatów pogłębiających inteligencję duchową. Ich uczestnicy uczą się technik pozwalających na głębsze kontemplowanie rzeczywistości, pozyskują wiedzę na temat relaksacji, a także dotyczącą tego, jak spojrzeć na swoje życie z innej perspektywy. W spotkaniach tych biorą udział głównie osoby starsze, w większości kobiety (Versteeg 2009).

Wskazane techniki, przyczyniające się do rozwoju inteligencji duchowej, obecnie znajdują też zastosowanie na gruncie różnych szkół terapeutycznych. Od razu trzeba tutaj podkreślić, że wiele z nich utraciło swój pierwotnie religijny charakter – funkcjonują one jako pewne sposoby umożliwiające choremu zmaganie się z cierpieniem, mobilizujące go do walki z chorobą. W literaturze przedmiotu zwraca się także uwagę na ich potencjał profilaktyczny. Jednym z inicjatorów tej tendencji, używania technik religijnych w niereligijnym kontekście, pozostaje J. Kabat-Zinn, amerykański biolog, profesor medycyny, który w swej pracy – początkowo z pacjentami nowotworowymi – zaczął stosować rozwiązania pochodzące z buddyzmu. Dzisiaj praktyka ta znalazła zastosowanie nie tylko w odniesieniu do chorób somatycznych, ale używana jest także w przypadku zaburzeń psychicznych. Opracowane zostało nawet nowe podejście – terapia poznawcza bazująca na uważności (Mindfulness-Based Cognitive Therapy). Jak dotąd nie przeprowadzono wiele badań potwierdzających jej skuteczność. Wyniki jednak tych, które udało się zrealizować pozostają obiecujące. Okazało się bowiem, że zapobiega ona kolejnym rzutom choroby afektywnej jednobiegunowej. Jej skuteczność była wysoka zwłaszcza wśród tych osób, które miały już za sobą dwa lub trzy epizody depresyjne. Rezultat ten jest o tyle ciekawy, że właśnie zapobieganie kolejnym rzutom choroby pozostaje największym wyzwaniem dla psychoterapii czy terapii farmakologicznych. Samo podejście, mimo że pozbawione religijnego charakteru, w pełni czerpie ze swych duchowych korzeni. Pacjentów uczy się koncentrowania na doczesnych doznaniach, sięga się przy tym do praktyk medytacyjnych wypracowanych na gruncie buddyzmu. Stara się także wzbudzić w nich refleksyjność – w podręczniku do terapii poznawczej bazującej na uważności nawiązuje się m.in. do poezji sufickiej (Segal i in. 2009). Wpływ tego nurtu wydaje się coraz bardziej widoczny. Z jego dorobku korzystają różne szkoły terapeutyczne, w tym: terapia akceptacji i zaangażowania czy dialektyczna terapia behawioralna. Szuka się także innych form pracy, obecnych w przeszłości na gruncie różnych tradycji religijnych, które mogłyby się okazać skuteczne w pracy z osobami cierpiącymi na zaburzenia lękowe i nastroju. Sięga się tutaj m.in. do technik ukonstytuowanych na gruncie chrześcijańskiej ascezy (np. hezychazmu) czy do żydowskich praktyk medytacyjnych.

P**odsumowanie**

Zaburzenia lękowe i nastroju mają powszechny charakter. Mimo, że po raz pierwszy pojawiają się zazwyczaj w młodości, to zasadne wydaje się traktowanie starości jako okresu, w którym dojść może to ich ponownego wystąpienia bądź zaostrzenia. Jest to moment, w którym jednostka staje przed kolejnym kryzysem egzystencjalnym – tym razem musi podsumować swe życie i poradzić sobie z obawami wynikającymi z nieuchronności śmierci. Pewną rolę profilaktyczną bądź też terapeutyczną w leczeniu zaburzeń lękowych i nastroju wśród seniorów może pełnić religia. Jak pokazaliśmy w tekście, wyniki badań nie są jednoznaczne w tym względzie. Prawdopodobne jest, że wpływ religii i religijności pozostaje większy w odniesieniu do zaburzeń depresyjnych. Nieznany pozostaje także sam mechanizm, dzięki któremu religia mogłaby oddziaływać na stan zdrowia psychicznego seniorów. Spośród wszystkich wymienionych przez nas funkcji, najsensowniejsze w tym przypadku wydają się dwie: funkcja społeczna, gwarantująca jednostce dostęp do zasobów generowanych przez więzi społeczne, a także funkcja duchowa, wyposażająca ją w perspektywę umożliwiającą inne spojrzenie na własne życie. Konieczne wydają się zatem badania, które uwzględnią wpływ wskazanych przez nas funkcji religii i religijności na stan zdrowia psychicznego seniorów.

Piśmiennictwo

1. Aleksandrowicz J. 1988. *Nerwice: psychopatologia i psychoterapia*. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich: Warszawa.
2. Aleksandrowicz J. 2002. *Psychopatologia zaburzeń nerwicowych i osobowości*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego: Kraków.
3. Alford BA, Beck AT. 2005. *Terapia poznawcza jako terapia integrująca psychoterapię*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego: Kraków.
4. Ardelt M, Koenig C. 2006. The Role of Religion for Hospice Patients and Relatively Healthy Older Adults. *Research in Aging* **28/2**:184-215.
5. Berger P. 1971. *La religion dans la conscience modern. Essai d'analysa culturelle*. Centurion: Paris.
6. Berger P. [1967] 2005. *Święty baldachim. Elementy socjologicznej teorii religii*. Zakład Wydawniczy « Nomos » : Kraków.
7. Blazer DG, George LK, Koenig HG. 1993. The relationship between religion and anxiety in a sample of community dwelling older adults. *Journal of Geriatric Psychiatry* **26/1**:65-93.
8. Borowik I. 1997. *Procesy instytucjonalizacji i prywatyzacji religii w powojennej Polsce*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego: Kraków.
9. Borowik I., Doktór T. 2001. *Pluralizm religijny i moralny w Polsce. Raport z badań*. Zakład Wydawniczy „Nomos": Kraków.
10. Bourne EJ. 2011. *Lęk i fobia. Praktyczny podręcznik dla osób z zaburzeniami lękowymi*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego: Kraków.
11. Braam AW, Hein E, Deeg DJ, Twisk JW, Beekman AT, van Tilburg W. 2004. Religious Involvement and 6-Year Course of Depressive Symptoms in Older Dutch Citizens: Results from the Longitudinal Aging Study. *Journal of Aging and Health* **16/4**:467-489.
12. Bryńska A. 2007. *Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne. Rozpoznawanie, etiologia, terapia poznawczo-behawioralna*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego: Kraków.
13. Chaves E, Paulino CF, Souza VHS, Mesquita AC, Carvalho FS, Nogueira DA. 2014. Quality of Life, Depression Symptoms and Religiosity in Elderly Adults: A Cross-Sectional Study. *Texto context – Enfermagem* 23/3.
14. Dobbelaere K. 2008. *Sekularyzacja. Trzy poziomy analizy*. Zakład Wydawniczy „Nomos": Kraków.
15. Dobbelaere K. [1974] 2003. Socjologiczna analiza definicji religii. [w:] *Socjologia religii. Antologia tekstów*, Piwowarski W. (red.). Zakład Wydawniczy „Nomos": Kraków; 160-175.
16. Dudek D, Siwek M. 2012. Depresja w chorobie afektywnej dwubiegunowej. [w:] *Choroba afektywna dwubiegunowa – wyzwania diagnostyczne*, Dudek D, Siwek M, Rybakowski J. (red.). Termedia Wydawnictwo Medyczne: Poznań; 37-54.
17. Egeland JA. 1988. A Genetic Study of Manic-Depressive Disorder Among the Older Order Amish of Pennsylvania. *Pharmacopsychiatry* **21/2**:74-85.
18. Ellison ChG, Bradshaw M, Flannely KJ, Galek KC. 2014. Prayer, Attachment to God, and Symptoms of Anxiety-Related Disorders among US Adults. *Sociology of Religion* **75**:208-233.
19. Iannaccone L. 1994. Why Strict Churches are Strong, *American Journal of Sociology* **99/5**: 1180-1211.
20. Jones PB. 2013. Adult Mental Health Disorders and Their Age at Onset. *The British Journal of Psychiatry* 202/54:5-10.
21. Kępiński A. 2002. *Lęk*. Wydawnictwo Literackie: Kraków.
22. Kępiński A. 2005. *Psychopatologia nerwic*. Wydawnictwo Literackie: Kraków.
23. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas R, Rush AJ, Walters EE, Wang PS. 2003. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National

Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *The Journal of American Medical Association* **289/23**:3095-3105.
24. Kessler RC, Chiu WT, Jin R, Ruscio AM, Shear K, Walters EE. 2006. The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry* **63/4**:415-424.
25. Kiejna A. 2012. Epidemiologia zaburzeń dwubiegunowych u osób dorosłych. [w:] *Choroba afektywna dwubiegunowa – wyzwania diagnostyczne*, Dudek D, Siwek M, Rybakowski J. (red.). Termedia Wydawnictwo Medyczne: Poznań; 11-20.
26. King DB, DeCicco TL. 2009. A Viable Model of Self-Report Measure of Spiritual Intelligence. *International Journal of Transpersonal Studies* **28**:68-85.
27. Koszewska I. 2011. *O depresji, o manii, o nawracających zaburzeniach nastroju*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL: Warszawa.
28. Krause N. 2011. Reported Contact with the Death, Religious Involvement, and Death Anxiety in Late Life. *Review of Religious Research* **54/4**:347-364.
29. Libethson R, Sheehan DV, King ME, Weyman AE. 1986. The prevalence of mitral valve prolapsed in panic disorder. *American Journal of Psychiatry* **143**:511-515.
30. Luckmann T. 2011. *Niewidzialna religia. Problem religii w nowoczesnym społeczeństwie*. Zakład Wydawniczy „Nomos": Kraków.
31. Margraf J., Ehlers A., Roth W.T. 1986. Biological Models of Panic Disorder and Agoraphobia – A Review. *Behavior Research and Therapy* **24/5**:553-567.
32. Mariański J. 2009. „Niewidzialna religia" w badaniach socjologicznych. *Studia Płockie* **37**:191-209.
33. Ronneberg C, Miller EA, Dugan E, Porell F. 2014. The Protective Effect of Religiosity on Depression: A 2-Year Prospective Study. Gerontologist **7**:1-12.
34. Rybakowski J. 2009. *Oblicza choroby maniakalno-depresyjnej*. Termedia Wydawnictwo Medyczne: Poznań.
35. Segal ZV, Williams JM, Teasdale JD. 2009. *Terapia poznawcza depresji oparta na uważności. Nowa koncepcja profilaktyki nawrotów.* Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego: Kraków.
36. Seligman MEP, Walker EF, Rosenhan DL. 2002. *Psychopatologia*. Wydawnictwo Zysk i Spółka: Poznań.
37. Siwek M, Dudek D, Rybakowski J. 2012. Diagnostyka kliniczna choroby afektywnej dwubiegunowej. Proces dochodzenia do rozpoznania. [w:] *Choroba afektywna dwubiegunowa – wyzwania diagnostyczne*, Dudek D, Siwek M, Rybakowski J. (red.). Termedia Wydawnictwo Medyczne: Poznań; 65-102.
38. Święcicki Ł. 2002. Depresje – definicja, klasyfikacja, przyczyny. *Psychiatria w praktyce ogólnolekarskiej* **2/3**:151-159.
39. Tillmann KJ. 2006. *Teorie socjalizacji. Społeczność, instytucja, upodmiotowienie*. Wydawnictwo Naukowe PWN: Warszawa.
40. Versteeg P. 2009. Spirituality on the margin of the Church: Christian spiritual centers in the Netherlands. [w:] *A Sociology of Spirituality*, Flanagan K, Jupp PC. (red.). Ashgate: London; 101-114.
41. Weber M. 2011. *Etyka protestancka a duch kapitalizmu*. Wydawnictwo Alatheia: Warszawa.
42. Wells A. 2010. *Terapia poznawcza zaburzeń lękowych*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego: Kraków.
43. Yinger JM. 1957. *Religion, Society, and the Individual*. The MacMillan Company: New York.
44. Young J, Klosko JS, Weishaar ME. 2013. *Terapia schematów. Przewodnik praktyka*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne: Gdańsk.
45. Zohar D. 2000. *SQ: Connecting with Our Spiritual Intelligence*. Bloomsbury: London.

PROBLEMY ZDROWIA PSYCHICZNEGO W WIEKU GERIATRYCZNYM

PROBLEMS RELATED TO MENTAL HEALTH IN GERIATRIC AGE

Katarzyna Błaszczuk

Zakład Polityki Społecznej i Pracy Socjalnej, Uniwersytet Rzeszowski
Department of Social Policy and Social Work, University of Rzeszów

Author for correspondence:
Katarzyna Błaszczuk
ul. Lwowska 191 a, 35-301 Rzeszów
e-mail: belmak@wp.pl

Ten rozdział zawiera 0,97 arkusza wydawniczego.
The length of this chapter is 0.97 standard units of text length.

Streszczenie

Starość jest etapem życia człowieka prowadzącym nieuchronnie do śmierci. Procesowi starzenia towarzyszy wiele zmian fizjologicznych (wiodących stopniowo do wygasania i zaniku różnych funkcji organizmu) oraz zmian i zaburzeń patologicznych. Pierwsze miejsce wśród zaburzeń psychopatologicznych zajmuje depresja, na którą szczególnie narażone są osoby nieposiadające mobilności, przebywające w mieszkaniach chronionych, korzystające z opieki domowej, ubogie, słabiej wykształcone, częściej kobiety. Istotne znaczenie w rozwoju zespołu zaburzeń depresyjnych mają następujące czynniki: indywidualne predysponujące (geny, rodzina, historia życiowa), społeczne (ubóstwo), psychologiczne (utrata bliskiej osoby, poczucie zagrożenia, poważny kryzys w relacjach z innymi, brak odporności, ograniczenie sieci wsparcia). Depresję rozpoznaje się przy wystąpieniu przynajmniej jednego spośród objawów podstawowych: obniżonego nastroju utrzymującego się co najmniej przez dwa tygodnie, utraty zainteresowania dotychczasowymi zajęciami lub braku czerpania z nich przyjemności (anhedonia), spadku energii i łatwej męczliwości lub spadku aktywności. Do pozostałych objawów zalicza się: myśli/zachowania samobójcze, utratę pewności siebie lub własnej wartości, poczucie bezradności, nieadekwatne lub nadmierne poczucie winy, poczucie beznadziejności lub bezwartościowości, unikanie kontaktów z innymi ludźmi lub wychodzenia z domu, osłabienie koncentracji i/lub problemy z pamięcią, spowolnienie lub pobudzenie ruchowe, zaburzenia snu, mniejszy apetyt i spadek masy ciała. Depresja może być maskowana różnymi dolegliwościami somatycznymi, które utrudniają diagnozę, np. bóle głowy, kręgosłupa, kołatanie serca, zaburzenia żołądkowo-jelitowe itp. Złożona z 30 pytań Geriatryczna Skala Oceny Depresji (GSOD) określa stopień zagrożenia depresją, przy udzieleniu odpowiedzi twierdzącej, według następujących kryteriów: 0–10 pkt – oznacza brak depresji, 11–20 pkt – lekką depresję, wynik od 21 pkt świadczy o ciężkiej depresji. Badanie ankietowe przeprowadzone wśród 65 emerytowanych pielęgniarek i położnych wykazało, że 41 respondentek nie miało objawów depresji, 21 miało lekką depresję, zaś 3 miały objawy ciężkiej depresji. Oznacza to, że 1/3 badanych kobiet cierpiała na zaburzenia depresyjne, co może wiązać się z wysokim poziomem stresu w pracy, który zagraża syndromem wypalenia zawodowego i depresją. Przejście na emeryturę prowadzi do znacznego ograniczenia kontaktów interpersonalnych zapewnianych podczas aktywności zawodowej w zespole terapeutycznym, a także skutkuje wycofywaniem się z pełnienia ról społecznych, zagrażając poczuciem osamotnienia.

Słowa kluczowe: starość, depresja, Geriatryczna Skala Oceny Depresji (GSOD)

Summary

Old age is the stage of human life which inevitably leads to death. The process of aging is accompanied by numerous physiological impairments (gradually leading to decline and atrophy of various body functions) as well as pathological changes and disorders. Of major importance among psychopathological disorders is depression which most frequently affects persons suffering from the loss of mobility, living in sheltered housing, taking advantage of home care, as well as poor and with lowed education; predominantly women. The following factors significantly contribute to the development of depressive disorders: individual predispositions (genes, family, life history), social (poverty) and psychological factors (loss of the loved ones, fear, serious crisis in relations with others, lack of immunity, reduced support network). Depression is diagnosed if at least one of the essential symptoms are present, these include: depressive mood persisting for at least two weeks, loss of interest in or inability to experience pleasure from the previously enjoyable activities (anhedonia), low energy level, increased fatigability and decreased activity. The remaining symptoms include: suicidal thoughts/behaviours, loss of self-confidence or self-esteem, sense of helplessness, inadequate or excessive sense of guilt, sense of hopelessness or worthlessness, avoidance of contacts with other people, unwillingness to go out, impaired concentration and/or memory, motor retardation or agitation, sleep disorder, decreased appetite and loss of body mass. Depression may be masked with a variety of somatic disorders which make the diagnosis more difficult, e.g. headaches, spine problems, palpitations, gastrointestinal disorders, etc. Geriatric Depression Scale (GDS), consisting of 30 questions, enables assessment of the risk of depression, if positive answers are provided, in accordance with the following criteria: 0–10 points mean lack of depression, 11–20 points – mild depression, and scores from 21 points up reflect major depression. A survey conducted among 65 retired nurses and midwives showed that 41 respondents had no symptoms of depression, 21 had mild depression and 3 were found with symptoms of major depression. This means that 1/3 of the subjects suffer from depressive disorders which may be linked with their highly stressful job posing a risk of occupational burnout and depression. Retirement leads to a significant decrease in interpersonal relations, which at work were ensured by contacts within the therapeutic team, and to withdrawal from social roles resulting in the feeling of loneliness.

Key words: old age, depression, Geriatric Depression Scale (GDS)

Wstęp

Starzenie się jest normalnym, długotrwałym i nieodwracalnym procesem fizjologicznym, rozpoczynającym się u człowieka już w wieku średnim i nasilającym się z upływem czasu. Końcowym okresem starzenia się jest starość (rozpoczynająca się umownie według WHO między 60. a 65. rokiem życia), w istotnym stopniu ograniczająca procesy biologiczne i adaptacyjne oraz nieuchronnie prowadząca do śmierci. Starzenie przebiegające jako proces fizjologiczny, bez powikłań, nazywa się starzeniem prawidłowym. Jednak przewlekłe procesy chorobowe często prowadzą do powikłań lub przyspieszenia starzenia, które określa się starzeniem patologicznym (Pędich 2006). Wraz z upływem lat każdy proces starzenia ogranicza sprawność i zdolność człowieka do samodzielnego życia. Osoby w zaawansowanej starości wymagają pomocy ze strony innych osób. Pędich (2006) powołując się na badania polskich autorów podaje, że ponad 1/3 osób powyżej 75 r.ż. nie jest w stanie wykonywać codziennych czynności samoobsługi, zabiegów higienicznych i złożonych prac domowych, czy samodzielnie poruszać się poza domem. W Polsce panuje tradycja sprawowania opieki nad niesamodzielnymi osobami starszymi przez rodzinę i tak jest najczęściej. Należy jednak zagwarantować zabezpieczenia prawne i obyczajowe, które zagwarantują starym, niesprawnym ludziom właściwą opiekę, jeśli rodzina nie jest w stanie jej zapewnić. Kompleksowa opieka geriatryczna powinna obejmować wsparcie socjalne, w formie pomocy instytucjonalnej i środowiskowe oraz opiekę zdrowotną z uwzględnieniem warunków socjalnych i ekonomicznych oraz stanu psychicznego osób starszych.

WHO subiektywną ocenę sytuacji życiowej przez osobę starszą określa terminem „jakość życia", oznaczającą satysfakcję z sytuacji życiowej i subiektywną ocenę własnej sytuacji życiowej w porównaniu z innymi osobami w tym samym wieku lub osiągnięcie wysoko cenionych wartości (Tobiasz-Adamczyk 2006). Jak podaje Tobiasz-Adamczyk (2006), na jakość życia osób starszych mają wpływ: kontynuowanie pracy, warunki finansowe, kontakty i więzi międzyludzkie, ruchliwość, warunki mieszkaniowe, niezależność w czynnościach dnia codziennego, uczenie się, doskonalenie i satysfakcja z życia.

Według Parnowskiego (2006) proces starzenia stanowi interaktywne połączenie czynników biologicznych, społecznych i psychologicznych. Stan psychiczny człowieka starszego zależy od przewlekłych chorób somatycznych o niepomyślnym rokowaniu i chorób ośrodkowego układu nerwowego. Na funkcjonowanie psychospołeczne seniorów wpływa wiele zmiennych (wydolność własnego ciała, liczba przebytych doświadczeń, relacje z otaczającym środowiskiem). Kumulacja przewidywalnych i nieprzewidywalnych sytuacji stresowych może wyzwalać choroby, ich nawroty i oporność na leczenie. Wydarzenia życiowe (pozytywne i negatywne) zaburzają homeostazę organizmu i obniżają jego wydolność, stanowiąc czynniki ryzyka dekompensacji psychologicznej i somatycznej. Ludzie chorzy i biedni są najbardziej podatni na stresy. Opuszczenie domu przez dzieci, urodziny wnuków, przejście na emeryturę, zmiana miejsca pobytu, śmierć partnera, wydarzenia losowe (powodzie, wojny) wpływają z różną siłą oddziaływania na nastrój, myślenie i funkcjonowanie osoby starszej. Wydarzenia trwające przez dłuższy czas mają większe znaczenie dla starszej osoby, niż wydarzenia występujące nagle. Stwierdzono silną zależność pomiędzy przewlekłym stresem a występowaniem depresji (Parnowski 2006). Osoby cierpiące na depresję podlegają izolacji społecznej z powodu rzadszego korzystania z systemów wsparcia społecznego. Efektem tego jest błędne koło – rzadsze korzystanie z systemów wsparcia pogarsza stan zdrowia, ale współwystępująca depresja uniemożliwia zwiększenie kontaktów społecznych mogących przynieść korzystne efekty (Parnowski 2006). Ford i Taylor (1983) dokonali podsumowania czynników ryzyka dekompensacji człowieka starszego. Za najmniej obciążające uznali izolację społeczną w ciągu całego życia, stan cywilny wolny i brak dzieci. Grupą najwyższego ryzyka okazały się osoby po 80. r.ż., cierpiące na liczne choroby somatyczne, mające trudności w funkcjonowaniu i niską samoocenę. Ryzyko dekompensacji zwiększały wypis ze szpitala lub zamiana mieszkania (Parnowski 2006).

Zaburzenia równowagi psychicznej w postaci narastającej nieufności wobec otoczenia, poczucia zagrożenia ze strony świata i występowania niespecyficznych interpretacji urojeniowych są następstwem obniżenia poczucia bezpieczeństwa i utraty równowagi emocjonalnej, co objawia się:

- zawężeniem horyzontu myślenia i koncentracji na sobie i swoim ciele, wycofywaniem się z aktywności i skłonnością do hipochondrii;
- obrażaniem się, dysforią, rezygnacją, „starczą mądrością";
- nadmierną wrażliwością, labilnością emocjonalną, depresją (Parnowski 2006).

Problemy związane z funkcjonowaniem osoby starszej wobec zmian somatycznych i psychopatologicznych zachodzących w organizmie oraz zmian w pełnieniu ról w środowisku społecznym, prowadzą do obniżenia odporności na stres sytuacyjny, co skutkuje występowaniem różnych zaburzeń i dysfunkcji. Dolegliwości somatyczne i obserwowane zmiany w zachowaniu osoby starszej mogą maskować występowanie zaburzeń depresyjnych.

Charakterystyka i rozpoznawanie zaburzeń psychopatologicznych u osób w podeszłym wieku

Ludzie w podeszłym wieku najczęściej cierpią na depresję, hipochondrię, paranoję i złą adaptację do wieku. Zaburzenia mogą występować u normalnych, zrównoważonych, zdrowych osób. Różne odmiany depresji (jako najczęstsze wśród zaburzeń psychicznych w średnim wieku) osiągają szczyt ok. 60–65. r.ż., a później słabną. Smith (1989) przedstawia kwestionariusz autorstwa Pfeiffera (1979) wskazujący na występowanie stanów psychopatologicznych u osób w podeszłym wieku. Kwestionariusz obejmuje 15 pytań zamkniętych, określających stan psychiczny, samopoczucie i nastrój osoby badanej. Pfeiffer uznał, że suma punktów 0–4 oznacza normalność, zaś wyższa sugeruje występowanie stanów psychopatologicznych. Wersje odpowiedzi twierdzących i przeczących mają wartość „1" lub „0", w zależności od tego, czy są pisane małą, czy dużą literą: TAK, NIE = 1; tak, nie = 0 (Smith 1989).

Zespół ubytków psychicznych, nazywany otępieniem (demencją starczą i demencją wielozawałową z powodu drobnych sfer zawału w mózgu) występuje u 7% osób po 65. r.ż., w wieku 65–75 lat wzrasta o 2% rocznie, obejmując 20% osób po 80. r.ż. Komitet Geriatryczny Królewskiego Towarzystwa Lekarzy z Londynu przyjął w 1981 r. definicję otępienia o brzmieniu: „Otępienie (demencja) jest globalnym upośledzeniem wyższych czynności korowych – łącznie z pamięcią, zdolnością do rozwiązywania problemów dnia codziennego, wykonywaniem wyuczonych umiejętności percepcyjno-ruchowych, właściwym podporządkowaniem się normom życia społecznego i panowaniem nad reakcjami emocjonalnymi – przy braku znacznego pogorszenia świadomości. Stan ten jest często nieodwracalny i postępujący" (Smith 1989).

Demencja oznacza „pogorszenie zdolności myślenia, rozumienia, niekiedy ubierania się, załatwiania potrzeb fizjologicznych, gotowania, kładzenia się spać, rozróżniania nocy od dnia; chęć pójścia do szkoły (gdy ma się 80 l.), pragnienie żeby blisko była mama, ochota na chodzenie nago i skłonność do stawiania pasty do podłogi na kuchence elektrycznej". Ofiary demencji są „ludźmi ciężko upośledzonymi" (Smith 1989).

Osoba cierpiąca na demencję zamieszkująca z rodziną może dłużej pozostać w domu, ponieważ zmiany w funkcjonowaniu powodowane chorobą postępują w sposób niezauważalny (Smith 1989). Zdrowy członek rodziny przejmuje stopniowo rolę opiekuna, zabezpieczającego utracone funkcje osoby z demencją (prowadzenie finansów, prace domowe, przyrządzanie posiłków) oraz zaspokajającego jej potrzeby (dbanie o higienę osobistą, przyrządzanie posiłków niewymagających gryzienia i żucia, ochrona skóry przed odleżynami, zabezpieczenie zwieraczy pęcherza moczowego i odbytu).

Badania przeprowadzone w instytucjach opiekuńczych w USA i Wielkiej Brytanii wykazały, że przeciętna przewidywana długość życia po zdiagnozowaniu demencji wynosi 7 lat. Biorąc pod uwagę skalę problemu w populacji 80+, porównuje się demencję z epidemiami chorób zakaźnych

występujących w dawnych czasach (Smith 1989). Demencja przedstarcza (*dementia praesenilis*) dotyka osoby poniżej 65. r.ż. (1 na 10 000), zaś średni wiek jej występowania wynosi 44 lata, co oznacza, że ograniczenie władz umysłowych nie dotyczy wyłącznie osób w zaawansowanym wieku. Większość ludzi dożywa głębokiej starości bez demencji. Wśród osób poniżej 75. r.ż. otępienie dotyczy w równym stopniu obu płci. Natomiast po przekroczeniu tej granicy wieku, liczba kobiet przewyższa liczbę mężczyzn, jednak więcej mężczyzn wymaga opieki instytucjonalnej i umiera częściej niż kobiety. Różnica dotyczy również objawów psychopatologicznych – mężczyźni częściej wykazują zachowanie agresywne, zaś u kobiet występują myśli obsesyjne (Smith 1989).

Cechy demencji to:

- osłabienie władz umysłowych;
- szybkość spadku potencjału intelektualnego jest znacznie większa niż w zwykłym procesie starzenia;
- różne ubytki np. pamięci są głębsze, niż normalnie (osoba nie pamięta nawet swojego dzieciństwa).

Istnieje kilka teorii na temat przyczyn choroby:

- procesy toksyczne powodujące ginięcie neuronów ze zwiększoną szybkością, które uszkadzają mózg;
- czynniki zakaźne;
- wadliwa reakcja immunologiczna;
- wada metaboliczna.

Demencja nie jest następstwem miażdżycy tętnic, choć u wielu chorych występuje zmniejszony przepływ krwi przez mózg z powodu ubytku tkanki mózgowej (przynajmniej 4%). Uzupełnienie niedoboru witaminy B12 i kwasu foliowego może doprowadzić do częściowego przywrócenia utraconych funkcji (Smith 1989).

Występują cztery kategorie nieodwracalnych postaci otępienia:

1. Choroba Alzheimera (najczęstsza postać).
2. Choroba Picka (druga pod względem częstości, zbliżona do poprzedniej).
3. Choroba Creutzfeldta-Jakoba (występująca rzadko).
4. Pląsawica Huntingtona (o podłożu genetycznym).

We wszystkich wymienionych schorzeniach występuje zanik mózgu, największy w obrębie płatów czołowych, a najmniejszy w tylnej części mózgu. Uszkodzone neurony mają charakterystyczny wygląd, nazwany „gąszczem neurowłókienkowym", a w miejscach po obumarłych komórkach występuje wiele płytek (Smith 1989).

Postępujące otępienie ma charakter progresywny, prowadzi stopniowo do całkowitej degradacji procesów logicznego rozumowania i orientacji w otoczeniu. W chorobie Alzheimera, która najszybciej spośród innych kategorii chorób z demencją prowadzi do całkowitego zerwania łączności pacjenta z otaczającym światem realnym, początkowo występuje roztargnienie, pogorszenie pamięci, następnie utrata mowy i zanik świadomości. Z powodu wcześniejszego tuszowania objawów przez pacjenta i rodzinę, niemożliwe jest farmakologiczne spowolnienie procesu chorobowego. Zbyt późno rozpoznana choroba prowadzi do śmierci w ciągu ok. 6 lat (Smith 1989).

Do najczęstszych zaburzeń psychicznych w wieku podeszłym zalicza się depresję, ale może ona występować w różnym wieku. Według Kurpas, Kaczmarek-Dylewska (2011) objawy depresyjne występują u około 15–30% osób powyżej 65. r.ż., jednak aż 2/3 pacjentów nie otrzymuje pomocy medycznej. Ryzyko depresji częściej dotyczy: kobiet (K:M = 2:1), osób w wieku 20–40. r.ż., obciążonych rodzinnie, według stanu cywilnego u osób rozwiedzionych lub żyjących w separacji, nieżonatych mężczyzn i zamężnych kobiet, osób z przewlekłymi chorobami somatycznymi, zmianami organicznymi w centralnym układzie nerwowym, u kobiet w okresie 6 miesięcy po porodzie. Uznaje się także związek depresji z negatywnymi zdarzeniami losowymi i wczesną utratą rodziców (Kurpas, Kaczmarek-Dylewska 2011). Do schorzeń sprzyjających depresji u osób starszych należy zaliczyć:

choroby układu krążenia – 50%, cukrzycę i nowotwory – 16%, choroby neurologiczne, udar mózgu – 15%, przerost prostaty – 6% (Kurpas, Kaczmarek-Dylewska 2011).

Do czynników społecznych sprzyjających występowaniu zaburzeń depresyjnych zalicza się: pogorszenie sytuacji materialnej, izolację społeczną, wdowieństwo, ograniczenie aktywności, wzrost napięć i konfliktów rodzinnych. Wśród czynników psychologicznych wymienia się zmianę osobowości z powodu zmniejszenia aktywności umysłowej, nadmiernej ostrożności w podejmowaniu decyzji, zwężenia pola zainteresowań, postawy konserwatywnej wobec nowości, utraty poczucia bezpieczeństwa, skłonności hipochondrycznych (Kurpas, Kaczmarek-Dylewska 2011).

Zaburzenia depresyjne określa Międzynarodowa Klasyfikacja ICD-10. Mogą one występować w postaci: epizodu depresyjnego (F.32), zaburzenia depresyjnego nawracającego (F.33) i dystymii (F.34.1). Kwalifikacja zależy od częstości występowania i czasu trwania epizodów depresyjnych. Epizod depresji (F.32) rozpoznajemy w oparciu o objawy podstawowe i dodatkowe, utrzymujące się przez okres co najmniej dwóch tygodni. Kiedy w tym czasie wystąpią po dwa z wymienionych objawów podstawowych i dodatkowych, rozpoznaje się epizod depresji. Do objawów podstawowych zalicza się obniżenie nastroju przez większość dnia i codziennie, utratę zainteresowań i/lub *anhedonię*, spadek energii, zwiększoną męczliwość. Objawami dodatkowymi są: utrata wiary w siebie i poczucia własnej wartości, nieracjonalne poczucie winy, nawracające myśli o śmierci i samobójstwie, problemy z pamięcią i koncentracją uwagi, zmiana aktywności – spowolnienie lub niepokój, zaburzenia snu, zmiana apetytu. Występowanie kolejnego epizodu depresyjnego po co najmniej 2-miesięcznej remisji określa się jako zaburzenie depresyjne nawracające (F.33). Dystymię (F.34.1) rozpoznaje się, gdy pacjent w okresie ostatnich dwóch lat był smutny, depresyjny i miał okresy lepszego samopoczucia ponad dwa miesiące, a przez większość czasu miał znaczące zmiany łaknienia, kłopoty ze snem lub spał zbyt wiele, kłopoty w koncentracji lub podejmowaniu decyzji, poczucie beznadziejności, stracił pewność siebie (Kurpas, Kaczmarek-Dylewska 2011).

Od 1983 r. najczęściej stosowaną w praktyce skalą przesiewową do rozpoznawania zaburzeń depresyjnych u osób w podeszłym wieku jest Geriatryczna Skala Oceny Depresji (GSOD), złożona z 30 pytań. Osoba badana za każdą odpowiedź twierdzącą na pytanie otrzymuje 1 punkt. Wynik 0–10 pkt oznacza brak depresji, 11–20 pkt – lekką depresję, powyżej 20 pkt uznaje się za ciężką depresję (Kurpas, Kaczmarek-Dylewska 2011).

Wymienione w tej części opracowania skale Pfeiffera i GSOD posłużyły do przygotowania kwestionariusza ankiety dla emerytowanych pielęgniarek i położnych zrzeszonych w Klubie Emeryta przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie. Analiza wyników przeprowadzonego badania ankietowego zostanie przedstawiona w części empirycznej opracowania.

Działalność Klubu Emeryta przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie

Klub Emeryta przy OIPiP powstał z inicjatywy Delegatów XXIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych, który odbył się w dniu 28 marca 2008 roku. Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w dniu 9 kwietnia 2008 r. podjęła uchwałę nr 158/2008 w sprawie powstania Klubu Emeryta. Do dyrektorów zakładów opieki zdrowotnej na terenie działalności OIPiP w Rzeszowie zostały wystosowane prośby o wskazanie pielęgniarek i położnych, które przeszły na emeryturę, w celu rozesłania informacji o powstaniu Klubu Emeryta i pisemnych zaproszeń dla osób emerytowanych na pierwsze spotkanie zaplanowane na dzień 14 maja 2009 r., w siedzibie OIPiP przy ul. Rymanowskiej 3 w Rzeszowie. Zamieszczono także informację na stronie internetowej Izby.

Na pierwsze spotkanie zorganizowane 14 maja 2009 r. o godz. 14.00 przybyło 16 emerytowanych pielęgniarek i położnych. Uczestniczki rozmawiały na temat własnych doświadczeń z pracy zawodowej oraz aktualnej sytuacji w pielęgniarstwie. Podkreślały, że brakowało im kontaktu ze środowiskiem od czasu odejścia na emeryturę. Wyraziły chęć spotykania się regularnie co dwa miesiące. Podczas drugiego spotkania w dniu 24 września 2009 r. zaproponowano organizowanie

w przyszłości wspólnych wyjazdów. W dniu 30 grudnia 2009 r. odbyło się spotkanie opłatkowe, połączone ze śpiewem kolęd i pastorałek, na które uczestniczki przyniosły domowe wypieki. Aktywność członkiń Koła wzrosła zarówno pod względem liczebności – aktualnie czynnie uczestniczy w spotkaniach ponad 80 osób, jak też pod względem form – oprócz 2–3 cyklicznych spotkań w każdym roku, zorganizowano ognisko w gospodarstwie agroturystycznym „Leśna Stajnia" we wsi Krzywa k. Sędziszowa Młp. (we wrześniu 2011 r.) i 7 wycieczek autokarowych, w tym 2 zagraniczne:

- Bolestraszyce, Krasiczyn, Kalwaria Pacławska – 8.06.2010 r.;
- Nałęczów, Kazimierz Dolny – 30.09.2010 r.;
- Praga – 26–29.05.2011 r.;
- Rymanów, Iwonicz Zdrój – 13.06.2012 r.;
- Sanok, Myczkowce, Solina – 4.10.2012 r.;
- Lwów – 14-15.06.2013 r.;
- Sandomierz, Baranów Sandomierski – 17.10.2013 r.

Uroczyste spotkania połączone z poczęstunkiem z okazji Międzynarodowego Dnia Kobiet, Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej oraz spotkania opłatkowe, z uwagi na liczne uczestnictwo (80–90 osób) odbywają się w restauracji hotelu „Twierdza", który jest usytuowany w Rzeszowie przy ul. Podkarpackiej, niedaleko siedziby OIPiP. Rekordową liczbę osiągnęło spotkanie opłatkowo-noworoczne w dniu 30 grudnia 2013 r., na które przybyło 110 osób.

Klub cieszy się coraz większą popularnością, ponieważ członkinie przyprowadzają na kolejne spotkania nowe kandydatki (do końca roku 2014 zapisało się ponad 160 osób, ale czynnie uczestniczy w spotkaniach ok. 90 osób).

Idea powołania klubu okazała się dobrym pomysłem, o czym mogą świadczyć życzenia i podziękowanie pań emerytek uczestniczących w spotkaniu noworocznym, w dniu 19 stycznia 2015 r., adresowane do przewodniczącej OIPiP. Cytuję ich treść zamieszczoną w Biuletynie Informacyjnym OIPiP nr 93 ze stycznia–lutego 2015 r.: „Szanowna Pani Przewodnicząca ORPiP, w imieniu swoim i uczestniczących w Spotkaniu Noworocznym koleżanek emerytek tą drogą pragniemy podziękować za profesjonalną organizację, serdeczną atmosferę i możliwość spotkania się w gronie, w którym spędziłyśmy wiele lat pracując w zawodzie. Takie spotkania pozwalają poczuć atmosferę i wspólnotę, jaką tworzyłyśmy będąc aktywnymi pielęgniarkami. Traktujemy zaproszenia na takie spotkania jako dowód szacunku i docenienia wartości naszej pracy. Jeszcze raz bardzo serdecznie dziękujemy i życzymy wielu sukcesów na niwie zawodowej i w życiu prywatnym. Podpisano: Aniela W. i koleżanki".

Cel pracy, materiał i metoda

19 stycznia 2015 r. podczas spotkania członkiń Klubu Emeryta przy OIPiP w Rzeszowie przeprowadzono badanie ankietowe na próbie reprezentatywnej 65 emerytowanych pielęgniarek i położnych. Dobór próby był celowy, ze względu na doświadczanie przez badanych podobnych zagrożeń spowodowanych stresem zawodowym. Wiek respondentek, dla przechodzących na emeryturę w latach 2002–2013 = 60+ (27 osób); 1987–2000 = 70+ (38 osób). Najmłodsza badana miała 61 l., najstarsza 82 l. Zastosowano kwestionariusz ankiety składający się z 45 pytań zamkniętych i pytań metryczkowych dotyczących sytuacji rodzinnej i socjalno-bytowej.

Pierwsza część kwestionariusza złożona była z 15 pytań autorstwa Pfeiffera (1979) wskazujących na występowanie stanów psychopatologicznych przy wyniku powyżej 4 punktów (Smith 1989). Drugą część stanowiła GSOD składająca się z 30 pytań. Ogólną liczbę 0–10 pkt uznaje się za normę, 11–20 pkt oznacza lekką depresję, wynik od 21 pkt świadczy o ciężkiej depresji (Kurpas, Kaczmarek-Dylewska 2011).

Założono następujące hipotezy:

1. Pielęgniarki i położne są zagrożone syndromem wypalenia zawodowego z powodu

towarzyszącego stresu, co może stanowić ryzyko depresji.

2. Pielęgniarki i położne pracując w zespołach mają wiele kontaktów interpersonalnych, których zanik po zakończeniu aktywności zawodowej może być czynnikiem prowadzącym do poczucia osamotnienia i izolacji, co sprzyja depresji.
3. Zagrożenie depresją nasila się wraz z wydłużaniem się okresu emerytalnego.

Próbę reprezentatywną 65 badanych podzielono na dwie grupy:

- I grupa – osoby w wieku 60+, które przeszły na emeryturę w latach 2001–2013 (n= 27),
- II grupa – osoby w wieku 70+, które przeszły na emeryturę w latach 1987–2000 (n= 38).

Najwięcej respondentek przeszło na emeryturę w 2000 r. – 9 osób, w 2004 r. 6 osób, w latach 1995, 1996, 1998, 2005 po 5 osób. W pozostałych latach na emeryturę przechodziły 1–2 osoby.

Dane socjodemograficzne dotyczące stanu cywilnego, wykształcenia, źródła utrzymania, sytuacji mieszkaniowej, subiektywnej oceny poziomu socjalnego i stanu rodziny przedstawiają się następująco:

- 29 respondentek to mężatki, 18 wdowy, 3 stanu wolnego, 1 rozwiedziona, 14 nie udzieliło odpowiedzi;
- 27 osób posiada wykształcenie średnie, 23 policealne, 4 wyższe (1 licencjat, 3 magisterskie), 11 nie udzieliło odpowiedzi;
- źródłem utrzymania dla 54 osób jest wyłącznie emerytura, 1nadal pracuje, 1 prowadzi własną działalność, 9 nie udzieliło odpowiedzi;
- 18 osób posiada własny dom, 33 mieszkanie własnościowe, 9 mieszkanie spółdzielcze, 1 mieszkanie komunalne, 4 nie udzieliło odpowiedzi;
- swoją sytuację socjalną jako zadowalającą wskazują 22 osoby, jako niezbyt zadowalającą 19 osób, jako niezadowalającą 3 osoby, 21 nie udzieliło odpowiedzi;
- własny pokój posiada 48 badanych, 3 nie posiadają, 14 nie udzieliło odpowiedzi;
- wspólne gospodarstwo domowe prowadzi 9 respondentek w rodzinie jednopokoleniowej (same lub z małżonkiem), 20 w dwupokoleniowej (z dziećmi/synowymi/zięciami) i 36 w trzypokoleniowej (z dziećmi/synowymi/zięciami i wnukami).

Celem przeprowadzonego badania było uzyskanie odpowiedzi na pytanie, jaka jest skala zagrożenia zaburzeniami psychicznymi badanej grupy emerytowanych pielęgniarek i położnych. Skupiono się głównie na problemie depresji, do czego miały posłużyć zastosowane skale Pfeiffera i GSOD. Założono hipotezę, że główne zagrożenie depresją pojawia się wraz z upływem lat od zakończenia aktywności zawodowej. Z tego względu próbę badanych podzielono na dwie kategorie, według wieku i okresu przejścia na emeryturę: emerytura 1987–2000 (70+), emerytura 2001–2013 (60+).

Wyniki

Według wskazanej przez Pfeiffera granicy „normalności" w skali 0–4 pkt znalazło się: 20 respondentek w wieku 60+ i 22 w wieku 70+. Pozostałe 23 osoby są zagrożone zaburzeniami psychopatologicznymi, w tym: 7 w wieku 60+ i 16 w wieku 70+ (tab. 1).

Tabela 1. Punktowa ocena stanów psychopatologicznych u badanych kobiet według Pfeiffera
Table 1. Score, according to Pfeiffer

Liczba punktów	K 60+ [n]	K 70+ [n]	Ogółem [n]
0-4	20	22	42
5+	7	16	23
Razem	27	38	65

Obszary, w których respondentki wskazują najwięcej zaburzeń (ogółem):

- brak zadowolenia – 35 [P]*
- zaburzenia snu – 26 [F]***
- poczucie ogólnego osłabienia przez większość czasu – 23 [F]
- poczucie nieogarniania wielu spraw – 20 [A]**
- brak poczucia świeżości i wypoczęcia po przebudzeniu – 19 [F]
- chęć porzucenia domu – 15 [A]
- brak zrozumienia przez innych – 15[P]
- kołatanie serca lub krótki oddech – 15 [F]

*P- psychika; **A – aktywność; ***F – fizjologia

Tabela 2. Wykaz odpowiedzi respondentek na temat samooceny stanu psychicznego (według kwestionariusza Pfeiffera)

Table 2. List of respondents' answers related to self-assessment of their mental condition (according to Pfeiffer's questionnaire)

Lp.	Samoocena stanu psychicznego	Wariant odpowiedzi	60+ [n]	70+ [n]	Ogółem [n]
1	poczucie świeżości i wypoczęcia po przebudzeniu	tak	21	25	46
		NIE	6	13	19
2	wypełnienie zwykłego dnia interesującymi sprawami	tak	24	27	51
		NIE	3	11	14
3	chęć porzucenia domu	TAK	9	6	15
		nie	18	32	50
4	brak zrozumienia przez innych	TAK	6	9	15
		nie	21	29	50
5	poczucie nieogarniania wszystkiego z powodu braku woli do działania w ciągu dni/tygodni/miesięcy	TAK	4	16	20
		nie	23	22	45
6	niespokojny i nierówny sen	TAK	9	17	26
		nie	18	21	39
7	zadowolenie	tak	26	4	30
		NIE	1	34	35
8	podejrzewanie spisku przeciw sobie ze strony innych osób	TAK	2	2	4
		nie	25	36	61
9	poczucie całkowitego braku przydatności	TAK	3	9	12
		nie	24	29	53
10	dobre samopoczucie przez większość czasu	tak	23	29	52
		NIE	4	9	13
11	poczucie ogólnego osłabienia przez większość czasu	TAK	7	16	23
		nie	20	22	42
12	bóle głowy	TAK	4	6	10
		nie	23	32	55
13	trudności z zachowaniem równowagi podczas chodzenia	TAK	1	10	11
		nie	26	28	54
14	kołatanie serca lub krótki oddech	TAK	4	11	15
		nie	23	27	50
15	poczucie samotności przez większość czasu (także podczas przebywania wśród ludzi)	TAK	4	10	14
		NIE	23	28	51

Najwięcej badanych 60+ wskazuje na: chęć porzucenia domu – 9; zaburzenia snu – 9; poczucie ogólnego osłabienia przez większość czasu – 7; brak poczucia świeżości i wypoczęcia po przebudzeniu – 6; brak zrozumienia przez innych – 6 osób.

Najwięcej badanych w wieku 70+ wskazuje na: brak zadowolenia – 34; zaburzenia snu – 17; poczucie ogólnego osłabienia – 16; poczucie nieogarniania wielu spraw – 16; brak poczucia świeżości i wypoczęcia po przebudzeniu – 13; kołatanie serca lub krótki oddech, brak interesujących spraw w codziennym życiu – po 11; zaburzenia równowagi, poczucie samotności – po 10; brak zrozumienia przez innych, poczucie całkowitego braku przydatności, złe samopoczucie przez większość czasu – po 9 osób.

30-punktowa GSOD określa jako normę wynik dodatni 0–10 punktów (brak objawów depresji), powyżej 10 punktów jako występowanie depresji (11–20 pkt jako lekką depresję, 21+ jako ciężką depresję).

Analiza wyników drugiej części przeprowadzonego badania obejmująca GOSD (pytania od 16 do 45), wykazała, że: 41 respondentek nie wykazuje objawów depresji, 21 ma lekką depresję, zaś 3 osoby wykazują objawy ciężkiej depresji (tab. 3).

Tabela 3. Objawy depresji u badanych według skali GSOD
Table 3. Symptoms of depression in the subjects, according to Geriatric Scale of Depression (GSOD)

Poziom depresji	Liczba punktów ogółem [n]	Przejście na emeryturę w latach: 1987-2000 [n]	Przejście na emeryturę w latach: 2001-2013 [n]
brak depresji (0-10 pkt)	41	21	20
lekka depresja (11-20 pkt)	21	15	6
ciężka depresja (21+ pkt.)	3	2	1

Na podstawie GSOD wykazano, że:

- objawy lekkiej depresji występują u 6 osób (60+) i 15 osób (70+);
- objawy ciężkiej depresji występują u 1 osoby (60+) i 2 osób (70+).

W celu wykazania obszarów zagrożenia depresją lub jej występowania, wydzielono z 30 pytań (16–45) bloki tematyczne, obejmujące różne sfery aktywności życiowej badanych, tj.:

- Myślenie (20, 21, 23, 28, 29, 30, 33, 34, 37, 38, 41, 45);
- Emocje (18, 26, 31, 39, 40);
- Działanie/aktywność (17, 19, 25, 27, 35,36, 43, 44);
- Samopoczucie (16, 22, 24, 32, 42).

Biorąc pod uwagę proporcjonalny udział wszystkich sfer wykazanych w kwestionariuszu GSOD, w którym ogólna liczba 30 punktów określa brak lub występowanie depresji, założono hipotetycznie następujący podział (tab. 4).

Tabela 4. Objawy depresji według sfer aktywności życiowej (podział umowny)
Table 4. Symptoms of depression in specific areas of life (tentative distinction)

Depresja ogółem	Myślenie M	Emocje E	Działanie D	Samopoczucie S
0-10 pkt (brak depresji)	0-4	0-2	0-3	0-1
11-20pkt (lekka depresja)	5-7	3	4-5	2
21+ (ciężka depresja)	8+	4+	6+	3+

Wykaz zagrożenia depresją poszczególnych obszarów u badanych kobiet przedstawiono w tabeli 5.

Tabela 5. Zagrożenie/występowanie depresji u respondentek według obszarów (M, E, D, S)
Table 5. Risk/incidence of depression in respondents, listed by specific areas
(M – thinking; E – emotions; D – activity; S – sense of well-being)

Depresja ogółem	Przejście na emeryturę	M [n]	E [n]	D [n]	S [n]	Razem [n]
brak depresji	1987-2000	4	8	5	8	25
	2001-2013	2	3	3	5	13
lekka depresja	1987-2000	10	3	9	4	28
	2001-2013	6	2	7	3	18
ciężka depresja	1987-2000	6	3	9	7	25
	2001-2013	1	1	2	2	6

Uwzględniając wskazane sfery aktywności życiowej respondentek w czterech obszarach (myślenie, emocje, działanie, fizjologia/samopoczucie), można wyciągnąć następujące wnioski:

1. Pierwsze miejsce zagrożenia depresją obejmuje obszar aktywności/działania (n=27). Oznacza to: spadek zainteresowań i aktywności, znudzenie, bezradność, niechęć wychodzenia z domu, trudności w realizacji nowych pomysłów, brak energii, unikanie spotkań towarzyskich, trudności w podejmowaniu decyzji.
2. Na drugim miejscu znajduje się sfera myślenia (n=23). Respondentki wskazują: brak nadziei na przyszłość, natrętne myśli, obawę przed złymi zdarzeniami aktualnie i w przyszłości, kłopoty z pamięcią, myśli o braku wartości życia, zamartwianie się zdarzeniami z przeszłości, myślenie, że życie jest nieciekawe, myślenie o beznadziei sytuacji, przekonanie, że inni ludzie są lepsi, kłopoty z koncentracją uwagi, obniżenie zdolności myślenia.
3. Trzecie miejsce zajmuje samopoczucie (n=16). Są to: brak zadowolenia z całego życia, zły nastrój przez większość czasu, brak poczucia szczęścia przez większość czasu, przekonanie o byciu gorszym od innych ludzi, zły nastrój rano po przebudzeniu.
4. Na ostatnim miejscu plasuje się sfera emocji (n=9). Badane wskazują: uczucie pustki, niepokój, przygnębienie i smutek, drobne rzeczy wyprowadzają z równowagi.

Podsumowanie

Okres przejścia na emeryturę jest wydarzeniem prowadzącym do zmiany trybu życia i aktywności, co w przypadku respondentek odbija się na podejściu do podejmowania różnych form działania i kontaktów społecznych.

Wraz z upływem czasu od zakończenia aktywności zawodowej pojawiają się zmiany w sferze myślenia o wydarzeniach życiowych z przeszłości, bieżących i przyszłych oraz zdolności myślenia i koncentracji uwagi.

Starzenie się prowadzi do obniżenia samopoczucia z powodu braku zadowolenia z życia, utrzymywania się złego nastroju i przekonania o gorszej jakości życia. Starzeniu się towarzyszy uczucie pustki, przygnębienie i smutek oraz problemy z panowaniem nad emocjami. Starzejący się człowiek narażony jest na wiele dysfunkcji i schorzeń psychosomatycznych. Zmiany zachodzące w centralnym układzie nerwowym znacznie wyprzedzają inne patologie narządowe, których efektem są zaburzenia i schorzenia ograniczające mobilność i samoobsługę osoby starszej. Opuszczenie rodzinnego gniazda przez dorosłe dzieci, zakończenie aktywności zawodowej, ograniczenie

kontaktów społecznych, śmierć współmałżonka, obniżenie poziomu dochodu na emeryturze, można zaliczyć do czynników stresu sytuacyjnego, który prowadzi do kryzysu. Ograniczanie aktywności i stopniowe wycofywanie się z pełnionych we wcześniejszym okresie ról społecznych prowadzi często do zaburzeń depresyjnych, które pogłębiają trudną sytuację osoby w wieku podeszłym. Coraz częściej pojawia się smutek, poczucie osamotnienia, problemy ze snem, lęk przed śmiercią.

Na zmniejszenie ryzyka depresji może wpłynąć organizowanie różnych form pomocy osobom starszym w adaptacji do zmian związanych z sytuacją życiową i dolegliwościami z powodu chorób somatycznych, które występowały we wcześniejszym okresie życia lub pojawiły się z powodu zmian degeneracyjnych związanych z wiekiem. Jedną z form aktywizacji osób starszych są kluby seniora, sprzyjające integracji społecznej. Ukazana w opracowaniu działalność Klubu Emeryta przy OIPiP w Rzeszowie może być dowodem na to, że takie inicjatywy cieszą się coraz większym zainteresowaniem i sprzyjają reintegracji osób, które ponownie spotykają się po wielu latach od zakończenia aktywności zawodowej. Przeprowadzone badanie ankietowe przy zastosowaniu kwestionariusza GSOD wykazało, że 1/3 respondentek jest zagrożona depresją, a trzy osoby mają objawy depresji. Główny obszar zagrożenia stanowi sfera myślenia i uczuć z powodu przekonania badanych o pogorszeniu się jakości życia, wspominania przykrych zdarzeń z przeszłości i obniżenia sprawności intelektualnej oraz uczucia pustki i przygnębienia. Przedstawiony Klub Emeryta zrzesza wyłącznie kobiety, a uzyskane wyniki badania nie mają odniesienia do całej populacji osób starszych. Przeprowadzenie podobnego badania wśród mężczyzn podejmujących podobne formy integracji pozwoliłoby na dokonanie analizy porównawczej wyników badań z uwzględnieniem różnicy płci.

Piśmiennictwo

1. Kurpas D, Kaczmarek-Dylewska M. 2011. Metody diagnostyki zaburzeń psychicznych u pacjentów w wieku podeszłym. Zaburzenia depresyjne i otępienne [w:] *Pielęgnacyjne i kliniczne aspekty opieki nad chorymi. Wybrane zagadnienia.* T. 4. Steciwko A, Wojtal M, Żurawicka D (red.), Wydawnictwo Continuo: Wrocław; 177-96.
2. Parnowski T. 2006. Psychologiczne starzenie się człowieka [w:] *Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów*, Grodzicki T, Kocemba J, Skalska A (red.), Via Medica: Gdańsk; 31-6.
3. Pędich W. 2006. Procesy starzenia się człowieka. Gerontologia i geriatria [w:] *Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów*, Grodzicki T, Kocemba J, Skalska A (red.). Via Medica: Gdańsk; 2-5.
4. Smith A. 1989. *Umysł*. PZWL: Warszawa.
5. Tobiasz-Adamczyk B. 2006. Społeczne aspekty starzenia się i starości [w:] *Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów*, Grodzicki T, Kocemba J, Skalska A (red.). Via Medica: Gdańsk; 37-41.
6. Biuletyn Informacyjny Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Rzeszowie:
   - 59 (V), 61 (V), 63 (V), 65(V), 67(V)/2010;
   - 69 (V), 71 (V), 74 (VI)/2011;
   - 75 (VI), 76 (VI), 77 (VI), 79 (VI), 80 (VI)/2012;
   - 81 (VI), 82 (VI), 84 (VI), 86 (VI)/2013;
   - 87 (VI)/2014;
   - 93 (VI)/2015.

   Biuletyn Informacyjny Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Rzeszowie nr 87 (VI)/2014 http://www.oipip.rzeszow.pl/index.php?option.com (dostęp: 02.2014).
   nr 59-86 i 93 dostępne w Bibliotece Narodowej – ISSN 1509-4189 lub w siedzibie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie, pod adresem: 35-083 Rzeszów, ul. Rymanowska 3; e-mail: biuro@oipip.rzeszow.pl.

PSYCHOSPOŁECZNE I DEMOGRAFICZNE WYZNACZNIKI WYSTĘPOWANIA OBJAWÓW DEPRESJI U OSÓB W WIEKU 20-74 LATA

PSYCHOSOCIAL AND DEMOGRAPHIC DETERMINANTS OF DEPRESSIVE SYMPTOMS IN A POLISH POPULATION AGED 20-74

Magdalena Malczewska[1], Magdalena Kwaśniewska[2],
Elżbieta Dziankowska-Zaborszczyk[3], Wojciech Drygas [2,4], Wojciech Bielecki[1]

[1] Zakład Patologii Społecznych, Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Department of Social Pathology, Medical University of Lodz

[2] Zakład Medycyny Zapobiegawczej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Department of Preventive Medicine, Medical University of Lodz

[3] Pracownia Epidemiologii i Biostatystyki, Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Department of Epidemiology and Biostatistic, Medical University of Lodz

[4] Zakład Epidemiologii, Prewencji Chorób Układu Krążenia i Promocji Zdrowia,
Instytut Kardiologii, Warszawa
Department of Epidemiology, Heart Disease Prevention and Health Promotion,
Institute of Cardiology, Warsaw, Poland

Author for correspondence:
Magdalena Malczewska
Zakład Patologii Społecznych, Uniwersytet Medyczny w Łodzi,
ul. Żeligowskiego 7/9, 90-752, Łódź
e-mail: emmalczewska@wp.pl

Ten rozdział zawiera 0,81 arkusza wydawniczego.
The length of this chapter is 0.81 standard units of text length.

Streszczenie

Przedmiotem wielu analiz, zarówno teoretycznych jak i empirycznych, w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat są zjawiska dotyczące powiązań codziennego funkcjonowania człowieka z poczuciem dyskomfortu, przewlekłym stresem czy depresją. Opis przebiegu tych zjawisk bywa niejasny oraz naznaczony subiektywną oceną człowieka i z tego względu, trudno umiejscowić go w biomedycznym modelu zdrowia i choroby.

Założenia metodologiczne prezentowanego pomiaru wykorzystującego m.in. standaryzowane techniki socjologicznego wywiadu kwestionariuszowego, wiązały się z próbą oceny nasilenia symptomów depresji oraz związku tych symptomów z wybranymi czynnikami demograficznymi i ekonomicznymi, takimi jak: wiek, stan cywilny, wykształcenie, status zatrudnienia i subiektywna ocena stanu zdrowia. Częstość występowania objawów depresji oceniono w oparciu o wyniki badania przekrojowego próby losowej (N=1226); do pomiaru nasilenia objawów choroby wykorzystano kwestionariusz depresji Becka. Symptomy depresji w badanej populacji wystąpiły u 47,7% kobiet i 31,8% mężczyzn. Zastosowana metoda regresji logistycznej wieloczynnikowej wykazała, że u osób w wieku 65 lat i więcej ryzyko wystąpienia depresji było blisko czterokrotnie wyższe niż u pozostałych osób. Wysokie nasilenie objawów było związane z niestabilną sytuacją zawodową, brakiem aktywności fizycznej i złym stanem zdrowia. Najwyższe nasilenie depresji wystąpiło u wdowców i osób rozwiedzionych. Badanie wykazało więc, że objawy depresji są szeroko rozpowszechnione w badanej zbiorowości, a ryzyko ich wystąpienia wzrasta wraz z wiekiem.

Słowa kluczowe: zaburzenia nastroju, płeć, status socjoekonomiczny, ryzyko psychospołeczne

Summary

Previous research has shown a relationship between the incidence of depression and demographic and socio-economic factors in various countries, however, data on Polish population are scarce. The aim of this study was to assess the severity of depressive symptoms and their relationship with selected demographic and economic variables among adult residents of Poland. Determinants of prevalence of depressive symptoms were based on the results of a cross-sectional study of a random sample of the Polish population (647 women and 579 men). The presence of depressive symptoms was assessed based on the Beck Depression Inventory questionnaire. The relationship between presence and severity of depression and demographic and socioeconomic parameters (such as marital status, education, income level, economic activity, self-declared health status) was assessed. Symptoms of depression were found in nearly 40% of respondents, more often among women (47.76%) than men (31.78%). High scores on depressive tendencies were associated with low level of education, low personal income, precarious job situation, low health self-evaluation. The lowest rates of depression were among the never married and the highest among the widowed and divorced. The study showed the association between depressive tendencies and demographic and socioeconomic variables, thus identifying predictors which might be used to identify individuals at higher risk of developing depression, e.g. women with low socioeconomic status. Depressive episodes were highly prevalent in the studied group and the risk of its occurrence increases with age.

Key words: mood disorders, sex, socioeconomic status, psychosocial risk

Wstęp

W drugiej połowie ubiegłego wieku, zwłaszcza zaś w ciągu ostatniego ćwierćwiecza, przedmiotem rozważań, a coraz częściej także i dociekań empirycznych (zarówno w medycynie jak i tych nauk humanistycznych, które niejako naturalnie powiązane są z medycyną), stał się kompleks zagadnień obejmujący związki codziennego funkcjonowania ludzi z poczuciem dyskomfortu, odczuwaniem stresu, bezsennością, przewlekłym zmęczeniem czy depresją. Ponieważ w przebieg tych zjawisk i procesów na ogół zawsze interferuje subiektywna ocena dokonywana przez człowieka (przyczyny ich występowania nie są więc w pełni mierzalne), zatem trudno te cechy (zmienne), umiejscowić wprost w tzw. biomedycznym modelu zdrowia i choroby, nadal – wbrew rozmaitym sądom - rozpowszechnionym we współczesnej medycynie. Punktem wyjścia dla refleksji teoretycznej a później - konceptualizowanych i realizowanych badań było przyjęcie założenia, że oto dobrostan psychiczny jednostki ściśle wiąże się ze środowiskiem w jakim ona żyje. To oznacza, że o trafnej diagnozie może decydować odniesienie jej konstytutywnych elementów do cech charakterystycznych grupy, z której dana osoba się wywodzi i typu społeczeństwa w którym żyje. Taki pogląd przedstawiał w swoich pracach np. Fromm (2012), dla którego poczucie zdrowia lub choroby odnosiło się nie tylko do subiektywnych doznań jednostki, ale wynikało także z uwarunkowań społecznych. W podobny sposób rzecz charakteryzował Goffman (2011) pisząc: „Decyzje diagnostyczne (…) mogą więc być etnocentryczne: usługodawca ocenia z punktu widzenia własnej kultury zachowania jednostki, które w rzeczywistości mogą być oceniane tylko z perspektywy grupy, z której jednostka ta się wywodzi". Warto dodać, iż niejako w konsekwencji takich właśnie założeń, Bastide (1972) rozróżnił z metodologicznego punktu widzenia psychiatrię społeczną (badanie przypadków), etnopsychiatrię (metoda porównawcza) oraz socjologię chorób psychicznych (socjoanaliza oparta na wykorzystaniu metod statystycznych). W tym ostatnim przypadku, chodzi o wykorzystywanie technik stosowanych w socjologii chorób psychicznych, wpisującej się w ramy patologii społecznej czyli – próbę wyważenia miejsca oraz roli czynników i przyczyn społecznych, bez odwoływania się do etiologii; badanie korelacji między faktami społecznymi a pewnymi typami schorzeń.

Od wielu więc lat zdrowie psychiczne postrzegane jest nie tylko jako conditio sine qua non dobrostanu człowieka, ale także - jako czynnik pozwalający jednostce efektywnie wypełniać rozmaite role społeczne (Parsons 1959, 1969); koncepcja „zmiennych wzoru" (pattern variables) to przecież nic innego, jak uznanie alternatywnych zasad wyboru działania w różnych sytuacjach życiowych w tym, odnoszących się do roli chorego. Sama zaś choroba jest traktowana jako zjawisko dynamiczne, dwuetapowe. Pierwszy etap, to wchodzenie w rolę chorego związane z poczuciem dyskomfortu (illness); rezygnacja więc lub ograniczanie ról odgrywanych do tej pory. Drugi etap - to wchodzenie w rolę „użytkownika" instytucji medycznych (Wiener 1996).

Prowadzone współcześnie na świecie badania naukowe jednoznacznie wskazują, że depresja jest jednym z najczęściej występujących zaburzeń nastroju i dotyka blisko 10% mieszkańców Europy, przy czym wyraźnie odnotowuje się przewagę kobiet wśród osób spełniających kryteria diagnostyczne (WHO 1996). Inne dane pokazują, że na zaburzenia depresyjne może chorować nawet 350 milionów osób na świecie (Noh i in. 2015). Szacuje się też, że co piąty Polak zgłaszający się do lekarza pierwszego kontaktu cierpi na depresję, ale łagodna postać choroby często bywa niezauważona bądź lekceważona zarówno przez samych pacjentów, jak i przez lekarzy. Tymczasem, nieleczona depresja może sprawić, że upośledzone zostaną nawet najbardziej podstawowe funkcje życiowe, takie choćby, jak: sen, jedzenie czy myślenie. Znaczące wskaźniki funkcjonalne tej dolegliwości, to utrata skuteczności intra- i interpersonalnej, obniżenie nastroju i poczucia własnej wartości, tendencja do izolowania się od otoczenia i wycofania z codziennych obowiązków, osłabiona koncentracja i pamięć oraz trudności decyzyjne i motywacyjne. Wszystko to, w istotny sposób przyczynia się do obniżenia jakości życia jednostki oraz generuje wiele kosztów społecznych (Pużyński 1987).

Osoby z depresją opuszczają średnio siedem razy więcej dni roboczych niż osoby zdrowe, ale też więcej niż pacjenci z chorobami układu krążenia i cukrzycą (Sobocki i in. 2006). Zmniejszona produktywność spowodowana absencją chorobową i mniejszym zaangażowaniem w aktywność zawodową oraz wydatki związane z leczeniem depresji, wynoszą w Unii Europejskiej około 105 miliardów euro, a w samej Polsce kształtują się na poziomie ponad 14 milionów złotych (Gałązka-Sobotka 2014).

Z kolei czynniki ryzyka o psychospołecznej proweniencji, wywierają znaczący wpływ na występowanie i przebieg wielu schorzeń somatycznych (Kennedy i in. 2004), a zaburzenia depresyjne mają tu szczególne znaczenie ze względu na szerokie rozpowszechnienie i wielorakie konsekwencje. U osób z depresją obserwuje się np. znacząco wyższe ryzyko samobójstw, szczególnie gdy współwystępuje z innymi chorobami somatycznymi (Harris 1994, Murphy i in. 2011). Depresja wpływa niekorzystnie na przebieg leczenia i rokowania, zwłaszcza w przypadku chorób przewlekłych; jest niezależnym od ciśnienia tętniczego, stężenia cholesterolu we krwi i BMI czynnikiem ryzyka występowania choroby niedokrwiennej serca (CHNS), oraz zwiększa umieralność ogólną (Szczepańska-Sadowska i in. 2004). Predysponuje także do rozwoju miażdżycy, arytmii serca, zawału oraz nagłego zgonu z przyczyn sercowo-naczyniowych i osłabia wydolność fizyczną. Prowadzone w tym kierunku badania wykazały np., że pacjenci z depresją w porównaniu z resztą populacji wykazują około 1,5 krotnie wyższe ryzyko zgonu z powodu choroby niedokrwiennej serca (Anda i in. 1993, Amin i in. 2006, Kisely 2010). Osoby te gorzej współpracują z lekarzem i przejawiają mniejszą motywację do podejmowanego leczenia, oraz są średnio trzykrotnie częściej rehospitalizowane, aniżeli osoby bez objawów zaburzeń nastroju (Kartha i in. 2007). Rezultaty prowadzonych badań wskazują również, że niepokojąca zależność między depresją a zwiększeniem ryzyka przedwczesnej umieralności występująca głównie u mężczyzn, może być ubocznym efektem zaniedbania; depresja jest tu niedostatecznie rozpoznawana i leczona, a poprawa w tym zakresie mogłaby w istotny sposób wpłynąć na długość ich życia.

Spośród wielu czynników predysponujących do wystąpienia depresji duże znaczenie przypisuje się zmiennym demograficznym i ekonomicznym. Okazuje się, że objawy depresji pojawiają się np. częściej w grupach osób o niższym statusie ekonomicznym (Mikołajczyk i in. 2008). Ponadto, wykluczenie społeczne związane z niskimi zarobkami lub bezrobociem oraz niskim poziomem wykształcenia jest istotnym czynnikiem ryzyka nie tylko depresji, ale również uzależnienia od alkoholu i zachowań samobójczych.

Zdaniem wielu specjalistów istotne znaczenie dla występowania objawów depresji ma „stan cywilny" (Bracke 2000). Pozytywny wpływ udanego małżeństwa na zdrowie psychiczne i fizyczne jest potwierdzony naukowo podobnie jak fakt, że długotrwałe zaburzenia wewnątrz związku, jego rozpad lub utrata partnera wskutek śmierci, powodują przewlekły stres i obniżają jakość życia (Strohschein 2005). Jak pokazują badania, małżeństwo służy integracji społecznej i poprawia warunki życia na tyle, że można mówić o pozytywnym związku małżeństwa ze zdrowiem (Janicka 2006). Osoby pozostające w związkach małżeńskich cieszą się większym dobrostanem psychicznym i lepszym samopoczuciem, rzadziej doświadczają objawów depresji oraz mają niższe ciśnienie krwi, mają niższe współczynniki umieralności czyli żyją dłużej niż osoby rozwiedzione i samotne (Holt-Lunstad 2008). Z drugiej jednak strony, osoby pozostające w niesatysfakcjonujących związkach małżeńskich, częściej skarżą się na somatyczne objawy stresu w porównaniu do osób samotnych. To wyraźna sugestia, że sam fakt pozostawania w związku małżeńskim nie gwarantuje korzyści; chodzi raczej o dające zadowolenie relacje oparte na wzajemnym wsparciu (Holt-Lunstad 2008). Pozostawanie w związku wpływa też na wyższy komfort ekonomiczny związany z życiem we dwoje. Małżeństwo wiąże się ze stabilniejszą sytuacją finansową i zmniejsza stres związany z utratą pracy przez jednego z partnerów. Małżeństwo pozwala także zbudować większą sieć społecznego wsparcia i czerpać korzyści płynące z przynależności do pewnej większej wspólnoty (Rostowski 1987). Osoby pozostające w związkach częściej są też aktywnymi uczestnikami wspólnot religijnych, co wpływa redukująco na poziom odczuwanego stresu (Nock 1998).

Biorąc pod uwagę szerokie rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych oraz ich wysokie koszty indywidualne i społeczne nie ulega więc wątpliwości, że wczesna diagnoza depresji i profesjonalna pomoc osobom nią dotkniętym, jest problemem wymagającym szybkich i skutecznych rozwiązań. Czynniki socjoekonomiczne, jakkolwiek niebędące bezpośrednią przyczyną wystąpienia choroby, stanowią ważny element pozwalający uchwycić złożoność diagnozy i trafniej oszacować ewentualne grupy ryzyka. Rozpoznanie zarówno czynników związanych z występowaniem objawów depresji, jak i wynikające z tej diagnozy działania prewencyjne, mogą zatem w istotny sposób przyczynić się do poprawy jakości życia ludzi zagrożonych wystąpieniem tej choroby. Celem poprowadzonych analiz stała się zatem ocena nasilenia objawów depresji oraz poszukiwanie związku tych symptomów z wybranymi czynnikami demograficznymi i ekonomicznymi, takimi jak: wiek, stan cywilny, wykształcenie, status zatrudnienia oraz subiektywna ocena stanu zdrowia.

Materiał i metody

Częstość występowania objawów depresji i ich socjoekonomiczne uwarunkowania oceniono dla mieszkańców województw łódzkiego i lubelskiego w wieku od 20 do 74 lat, ze szczególnym uwzględnieniem grupy 65+, w oparciu o wyniki programu WOBASZ – przekrojowego badania próby losowej populacji polskiej. Metodykę badania i sposób pobrania próby przedstawiono w pracy Rywika i in. (2005). W badaniu wzięło udział 1226 respondentów, mieszkańców województw łódzkiego i lubelskiego (647 kobiet i 579 mężczyzn).

Do pomiaru nasilenia objawów choroby wykorzystano kwestionariusz depresji Becka (Beck 1974)

Kwestionariusz ten składa się z 21 stwierdzeń opisujących najczęściej obserwowane symptomy depresji: obniżony nastrój, pesymizm, poczucie porażki, utratę satysfakcji, poczucie winy, oczekiwanie kary, brak akceptacji siebie, samooskarżanie się, pragnienie śmierci, wołanie o pomoc, drażliwość, wycofanie z kontaktów społecznych, niemożność podjęcia decyzji, zniekształcony obraz własnego ciała, problemy w pracy, zaburzenia snu, zmęczenie, utrata apetytu, spadek masy ciała, dolegliwości somatyczne, niski poziom energii (Beck 1974). Odpowiedzi ocenia się w skali 0-3, a wynik końcowy testu stanowi suma wszystkich punktów. Stopień nasilenia depresji oblicza się następująco: 0-9 – brak objawów depresji, 10-19 – łagodne nasilenie depresji, 20-25 – umiarkowana depresja, powyżej 26 - ciężka depresja. Warto dodać, iż narzędzie to podkreśla objawy subiektywne, kładąc mniejszy nacisk na determinanty o charakterze somatycznym. Zbadano związki pomiędzy występowaniem i nasileniem depresji a zmiennymi demograficznymi i socjoekonomicznymi, takimi jak: stan cywilny, wykształcenie, wysokość dochodu, aktywność zawodowa, ocena własnego zdrowia. Zbadano wpływ na występowanie i nasilenie depresji takich zmiennych demograficznych i socjoekonomicznych, jak: stan cywilny, wykształcenie, wysokość dochodu, aktywność zawodowa, ocena własnego zdrowia.

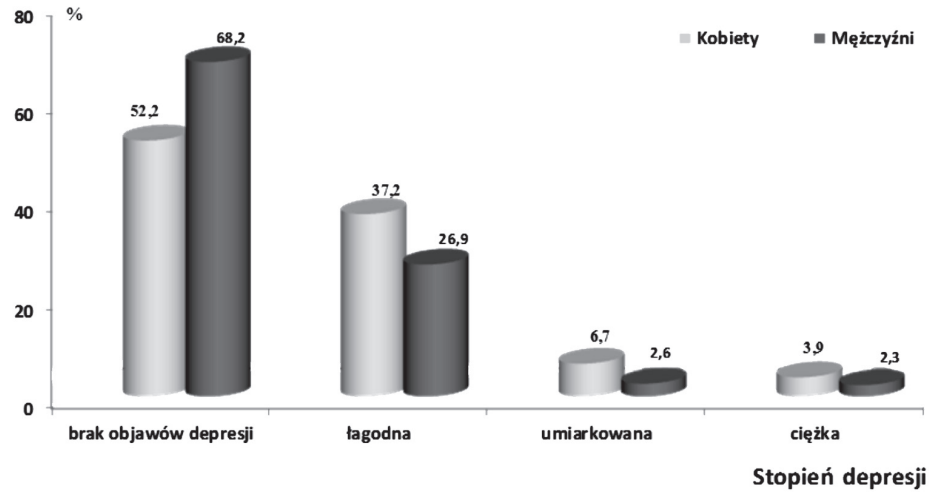
Do analizy zależności pomiędzy nasileniem depresji a badanymi zmiennymi użyto testu niezależności Chi2, a wpływ uwzględnionych w badaniu cech na wystąpienie depresji oceniono wykorzystując regresję logistyczną jedno- i wieloczynnikową.

Tabela 1. Struktura badanej populacji z uwzględnieniem zmiennych socjoekonomicznych.

Zmienna	Kategorie	N	%	Objawy depresji	%
Płeć	mężczyzna	579	47,2	184	31,8
	kobieta	647	52,8	309	47,8
Wiek (lata)	20-65	1065	86,9	382	35,9
	65+	161	13,1	111	68,9
Stan cywilny	mężatka/żonaty	859	70,2	342	39,8
	wdowa/wdowiec	85	6,9	61	71,8
	panna/kawaler	226	18,5	58	25,7
	Rozwiedziony,-a/separacja	54	4,4	30	55,6
Wykształcenie	wyższe	139	11,3	38	27,3
	niepełne wyższe	35	2,9	2	5,7
	policealne	41	3,3	16	39,0
	średnie	402	32,8	155	38,5
	niepełne średnie	23	1,9	9	39,1
	zasadnicze zawodowe	325	26,5	112	34,5
	podstawowe	220	18,0	135	61,4
	niepełne podstawowe/brak wykształcenia	40	3,3	25	62,5
Dochód (PLN)	>1500	44	4,0	13	29,5
	1001-1500	70	6,4	41	44,3
	701-1000	193	17,6	65	33,7
	501-700	233	21,3	98	42,1
	301-500	337	30,8	145	43,0
	<300	217	19,9	96	44,2
Status zatrudnienia	pełen etat/własna działalność	427	34,9	103	24,1
	niepełny wymiar godzin	44	3,6	13	29,5
	uczeń/student	56	4,6	10	17,9
	rolnik	105	8,6	35	33,3
	prowadzący gospodarstwo domowe	23	1,9	9	39,1
	emeryt/rencista	404	32,9	164	65,3
	Bezrobotny, -a – na zasiłku	39	3,2	10	25,6
	Bezrobotny,-a – bez prawa do zasiłku	127	10,3	49	38,6
Subiektywna ocena własnego stanu zdrowia	bardzo dobry	90	7,3	12	14,4
	dobry	696	56,8	166	23,8
	mierny	355	29,0	241	67,9
	zły	84	6,9	72	85,7

Wyniki

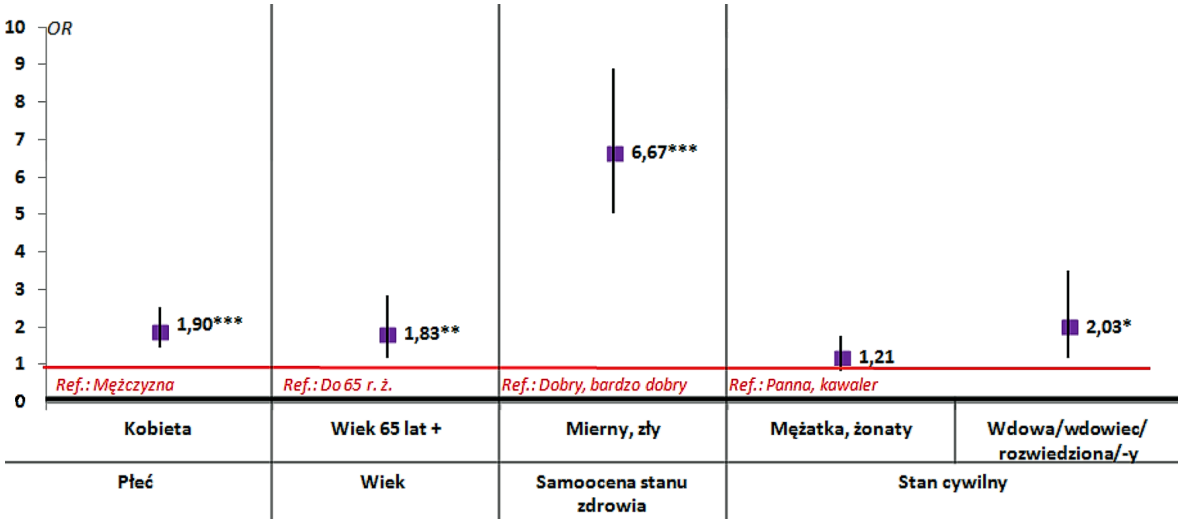
Występowanie objawów depresji stwierdzono ogółem u blisko 40% badanych osób (47,8 % kobiet i 31,8% mężczyzn - $p<0,001$), przy czym łagodne objawy depresji dotyczyły 26,9% mężczyzn i 37,2% kobiet, umiarkowane 2,6% mężczyzn i 6,7% kobiet. Ciężkie nasilenie objawów depresji ujawniły się u 2,3% mężczyzn i 3,9% kobiet (ryc. 1).



Rycina 1. Częstość występowania depresji (stopień) a płeć.
Figure 1. The prevalence of depression according to gender.

Istotnymi czynnikami ryzyka wystąpienia choroby okazały się wiek i płeć. Wśród osób w wieku 65 lat i więcej prawdopodobieństwo wystąpienia depresji było blisko dwukrotnie wyższe niż u osób w wieku poniżej 65 lat (OR= 1,83 ; 95%CI: 1,17-2,84; p<0,008). W przypadku kobiet, ryzyko zachorowania było prawie dwukrotnie wyższe niż u mężczyzn (OR=1,90; 95%CI: 1,43-2,52 i p<0,0001). Pacjenci, którzy oceniali swój stan zdrowia jako mierny/zły, byli niemal siedmiokrotnie bardziej narażeni na wystąpienie depresji aniżeli respondenci, oceniający swój stan zdrowia w kategoriach dobry lub bardzo dobry (OR=6,67; CI: 5,01-8,89 i p<0,0001).

Czynnikiem istotnie wpływającym na występowanie objawów depresji okazał się również stan cywilny badanych. Wdowcy/wdowy lub osoby rozwiedzione oraz będące w separacji, dwukrotnie częściej doświadczały smutku i przygnębienia aniżeli osoby stanu wolnego (OR=2,03 95%CI: 1,18-3,51; p<0,02). (ryc. 2).



Rycina 2. Ryzyko wystąpienia depresji - wyniki regresji wieloczynnikowej.
Figure 2. The risk of depression – the multivariate regression results.

Dyskusja

Badanie wykazało duże rozpowszechnienie objawów depresji, zwłaszcza na terenach o wysokiej stopie bezrobocia (województwa łódzkie i lubelskie charakteryzowały się w roku badania podobnym, ok. 14% wskaźnikiem bezrobocia i bardzo wysokimi wskaźnikami podobieństwa struktur wg wieku: 96% i wg płci: 99%), co potwierdzają wcześniejsze badania populacji polskiej (GUS 2014).

Częstsze występowanie depresji u kobiet może wynikać z psychologicznych obciążeń, jakimi są presja godzenia wielu ról społecznych i gorsza niż w przypadku mężczyzn sytuacja na rynku pracy oraz nieefektywne sposoby radzenia sobie ze stresem (styl reakcji charakteryzujący się nadmiernym analizowaniem problemu, rozpamiętywaniem i koncentracją na uczuciach pogłębia i przedłuża trwanie objawów depresji). Dodatkowo, obserwuje się negatywny wpływ na samopoczucie obciążeń biologicznych związanych z menopauzą oraz subiektywnym poczuciem utraty atrakcyjności wraz z upływem czasu. W przypadku mężczyzn natomiast, istnieje ryzyko zaniżania wyników badań kwestionariuszowych poprzez częstsze zaprzeczanie występującym u nich objawom depresji.

Analiza wyników ujawniła, że poziom wykształcenia wiąże się w sposób istotny statystycznie z występowaniem depresji. Taką zależność może tłumaczyć wyższy poziom samoświadomości w zakresie zdrowia, wyższy status finansowy osób z wyższym wykształceniem, większe szanse na stabilne zatrudnienie i swoboda w sięganiu po profesjonalną pomoc lekarską lub psychologiczną. Przeprowadzone analizy wskazują, że wiele zmiennych demograficznych interpretowanych jako wskaźniki statusu socjoekonomicznego, może być traktowanych jako czynniki pozwalające na przewidywanie zagrożenia wystąpienia depresji. Problem ten dotyczył ponad 40% ogółu badanych i częściej występował u kobiet niż u mężczyzn i to niezależnie od stopnia nasilenia objawów. Ważnymi czynnikami ryzyka występowania depresji okazały się także niskie dochody i brak zatrudnienia, co znajduje swoje potwierdzenie we wcześniejszych badaniach (Nicholson i in. 2008).

Wiele badań wskazuje na niższy poziom depresyjności wśród osób pozostających w stabilnych związkach. Nasze analizy nie potwierdziły jednoznacznie tej hipotezy. Choć kategoria osób samotnych ujawniła najniższe natężenie depresji, to jednak trzeba pamiętać, że niskie wartości tzw. wskaźników rozpowszechnienia dotyczą młodych ludzi samotnych, w większości funkcjonujących w obrębie rodziny. Osoby zamężne natomiast cechowało mniejsze natężenie objawów niż osoby owdowiałe. Wprawdzie zakres badania nie pozwalał na stwierdzenie, jakie aspekty życia we dwoje można traktować jako chroniące przed wystąpieniem depresji ale prawdopodobnie nie jest tu decydujący sam fakt pozostawania w związku, ale jego jakość i płynące z niego korzyści psychologiczne.

Okazało się także, iż subiektywna ocena stanu zdrowia ściśle wiąże się z odczuwanym komfortem psychicznym. Osoby, które oceniały swój stan zdrowia jako zły, prawie siedmiokrotnie częściej (sic!) doświadczały objawów depresji aniżeli respondenci oceniający swoje zdrowie na poziomie zadowalającym. Można sądzić, że zależność ta ma charakter dwustronny, wpisując się tym samym w holistyczny model zdrowia.

Wnioski

Przeprowadzone badanie wykazało wysoki wskaźnik występowania depresji oraz częstsze występowanie choroby u kobiet niż u mężczyzn. Niższy status socjoekonomiczny i niestabilna sytuacja zawodowa wiązały się z większym natężeniem występowaniem symptomów depresji. Najmniej depresyjna okazała się kohorta osób stanu wolnego, natomiast osoby rozwiedzione i owdowiałe oceniały swój nastrój gorzej, a także częściej doświadczały smutku i przygnębienia. Przeprowadzone badanie pokazało również istnienie związku między wskaźnikami socjoekonomicznymi a występowaniem depresji; dlatego można mówić w tym przypadku o istnieniu grup ryzyka. Z tego względu podjęcie działań profilaktycznych oraz analiza i ocena dotychczas stosowanych form pomocy osobom

dotkniętym tym zaburzeniem jest nie tylko uzasadnione ale i potrzebne.

Jeśli zdrowie pojmować w sposób procesualny (dynamiczny proces poszukiwania przez człowieka homeostazy w obliczu różnorakich obciążeń, jakich doznaje w wyniku oddziaływań otoczenia), depresja oznacza na ogół zawsze deprywację oczekiwań i zakłócenie tego procesu. Zakłócenie, do którego dochodzi wtedy, gdy zabraknie energii lub/i umiejętności, pozwalających sprostać owym wymaganiom i obciążeniom (Antonovsky 1984). Zwłaszcza w kontekście tego, co paradoksalnie - określa się już od czasów starożytnej Grecji – „znaczeniem" choroby, czyli specyficznym sposobem, w jaki sam pacjent postrzega obraz swej patologii, w jaki sposób owa patologia wpływa z kolei na postrzeganie samego siebie i grup społecznych, w obrębie których się funkcjonuje (Goodman 1992, Goffman 2011). Podstawą teoretyczną wczesnego wykrywania depresji jest więc przyjmowane implicite założenie, iż wykrycie jej w tzw. okresie przedklinicznym, stwarza możliwości skuteczniejszej ingerencji w przebieg choroby; teza ta jest niespornym przeświadczeniem, funkcjonującym w obrębie samej medycyny, a także - w ramach wiedzy o społeczeństwie w ogóle (zarówno tej opartej o badania naukowe, jak i tej wywodzącej się z doświadczeń i obserwacji niesocjologicznych). Taka perspektywa oznacza zatem, iż celowe jest nie tylko wykrywanie depresji w możliwie wczesnym okresie jej rozwoju, lecz również wykrywanie samych czynników, decydujących na poziomie populacyjnym o istocie zagrożenia chorobą, zwłaszcza wtedy, jeśli obserwuje się: a) stałość powiązań statystycznych między występowaniem czynnika ryzyka i chorobą, obserwowaną w różnych badaniach, prowadzonych na różnych populacjach, b) siłę powiązań tzn. wysoką korelację między natężeniem czynnika ryzyka a intensywnością występowania choroby, c) wiarygodność biologiczną tzn. potwierdzenie związków przyczynowo-skutkowych zarówno w badaniach podstawowych, jak i klinicznych, d) następstwo w czasie (obecność czynnika powinna poprzedzać wystąpienie choroby) i wreszcie – e) podatność na interwencję (modyfikacja czynnika powinna wywołać spadek ryzyka choroby).

Reasumując - wzajemne relacje między przyczynami powstawania i następstwami depresji, to na ogół złożone powiązanie rozmaitych czynników, zarówno tych wzmacniających, jak i działających antagonizująco na wynik ostateczny; świadomość istnienia poszczególnych elementów owego łańcucha, stanowi nie tylko o właściwym rozumieniu, ale także o ewentualnym radzeniu sobie z tym zagrożeniem. Biorąc pod uwagę szerokie rozpowszechnienie depresji i jej wielorakie konsekwencje, wszelkie zorganizowane próby wczesnej diagnozy zaburzeń depresyjnych oraz zapobieganie ich wystąpieniu stają się aktualnym priorytetem polityki zdrowotnej.

Piśmiennictwo

1. Amin A et al. 2006. The prevalence of unrecognized depression in patients with acute coronary syndrome. *American Heart Journal* **152**:928.
2. Anda R, Williamson D, Jones D, Macera C, Eaker E, Glassman A et al. 1993. Depressed affect, hopelessness, and the risk of ischemic heart disease in a cohort of US adults. *Epidemiology* **4(4)**:285-94.
3. Antonovsky A. 1984. The Sense of Coherence as a Determinant of Health, [in:] *Behavioral Health. A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention*, Matarazzo JD et al. (ed.). New York.
4. Bastide R. 1972. *Socjologia chorób psychicznych*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe: Warszawa.
5. Beck AT, Beamesderfer A. 1974. Assesment of depression: the depression inventory. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry* **7**:151-69.
6. Bracke P. 2000. The three-year persistence of depressive symptoms in men and women. *Social Science & Medicine* **107**:1065-96.

7. Fromm E. 2012. *Zdrowe społeczeństwo*. Vis-a-Vis Etiuda: Kraków.
8. Gałązka-Sobotka M. (red.) 2014. *Depresja- analiza kosztów ekonomicznych i społecznych*. Uczelnia Łazarskiego: Warszawa.
9. Goffman E. 2011. *Instytucje totalne*. GWP: Sopot.
10. Goodman N. 1992. *Wstęp do socjologii*. Wydawnictwo Zysk i S-ka,: Poznań,
11. Harris EC, Barraclough BM. 1994. Suicide as an outcome for medical disorders. *Medicine (Baltimore)* **73**:281-96.
12. Holt-Lunstad J, Birmingham W, Jones BQ. 2008. Is there something unique about marriage? The relative impact of marital status, relationship quality, and network social support on ambulatory blood pressure and mental health. *Annals of Behavioral Medicine*, **35(2)**:239-44.
13. Janicka I. 2006. *Kohabitacja a małżeństwo w perspektywie psychologicznej. Studium porównawcze*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego: Łódź.
14. Kartha A, Anthony D, Manasseh ChS et al. 2007. Depression is a risk factor for rehospitalization in medical inpatients. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry,* **9:4**, 256-62.
15. Keneddy SH, Lam RW, Nutt DJ, Thase ME. 2004. Comorbidity: psychiatric and physical. [in:] *Treating depression effectively*, Keneddy SH, Lam RW, Nutt DJ, Thase ME. (ed.). New York-London; 99-107.
16. Kisely S. 2010. Excess mortality from chronic physical disease in psychiatric patients - The forgotten problem. *Canadian Journal of Psychiatry*, **55 12**: 749-51.
17. Mikolajczyk RT, Maxwell AE, El Ansari W, Naydenova V, Stock C, Ilieva S, Dudziak U, Nagyova I. 2008. Prevalence of depressive symptoms in university students from Germany, Denmark, Poland and Bulgaria. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* **43(2)**:105-12.
18. Murphy J et al. 2011. Time Trends in Mortality Associated with Depression: Findings from the Stirling County Study, *Canadian Journal of Psychiatry,* **55(12)**: 776–83.
19. Nicholson A, Pikhart H, Pająk A, Malyutina S, Kubinova R, Peasey A et al. 2008. Socio-economic status over the life-course and depressive symptoms in men and women in Eastern Europe. *Journal of Affective Disorders,* **105**:125-36.
20. Noh J-W et al. 2015. Body mass index and depressive symptoms in middle aged and older adults, *BMC Public Health,* **15**:310.
21. Nock SL. 1998. *Marriage in men's lives*. Oxford University Press: New York.
22. Parsons T. 1959. General Theory in Sociology, [in:] *Sociology Today. Problems and Prospects*, Merton RK, Broom L, Cottrell (jr.)LS (ed.). Basic Books, INC., Publishers: New York, **1**: 61.
23. Parsons T. 1969. *Struktura społeczna a osobowość*, PWN: Warszawa. **10**: 321-59.
24. Pużyński S. 1987. Choroby afektywne. [w:] *Psychiatria*, vol. 1. PZWL: Warszawa.
25. Rostowski J. 1987. *Zarys psychologii małżeństwa*. Warszawa: PWN.
26. Rywik S, Broda G, Piotrowski W, et al. 2005. Wieloośrodkowe ogólnopolskie badanie stanu zdrowia ludności – projekt WOBASZ. Założenia metodyczne oraz logistyka. *Kardiologia Polska* **63**: 6 (supl. 4).
27. Sobocki P, Jönsson B, Angst J, Rehnberg C. 2006. Cost of depression in Europe. *Journal of Mental Health Policy and Economics*. **9(2)**:87-98.
28. Strohschein L, McDonough P, Monette G et al. 2005. Marital transistions and mental health: are there gender difference in the short-term effects of marital statuss change? *Social Science & Medicine* **61**:2293-303.
29. Szczepańska-Sadowska E, Sikora M. 2009. Mechanizmy zaburzeń regulacyjnych układu krążenia w stresie i depresji. [w:] Szczepańska-Sadowska E, Rużyłło W, Januszewicz W, Januszewicz A, *Układ nerwowy a choroby układu sercowo-naczyniowego. Medycyna Praktyczna*, Kraków; 271-308.

30. WHO, World Health Organization Psychological Problems in General Health Care, *Br J Psychiatry* Suppl. 1996 Jun;**(30)**:38-43.
31. Wiener JM. 1996. *Medycyna behawioralna*, Urban & Partner, Wydawnictwo Medyczne, Wrocław, s. 227 i następne.
32. http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/bezrobocie-rejestrowane/miesieczna-informacja-o-bezrobociu-rejestrowanym-w-polsce-w-grudniu-2013-r-,1,22.html#(dostęp: 2013.07.04).

Badanie zrealizowano w ramach Narodowego Programu Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego (Program POLKARD).

GREYING WITH DEMENTIA - THE SOCIO-CULTURAL DETERMINANTS OF THE SOCIAL POSITION OF THE ELDERLY IN EUROPE AND CHINA

SIWIENIE Z DEMENCJĄ – SPOŁECZNO-KULTUROWE UWARUNKOWANIA POZYCJI SPOŁECZNEJ OSÓB STARSZYCH W EUROPIE I CHINACH

Natalia Ożegalska-Łukasik[1], Anna Prokop-Dorner[2]

[1] Zakład Socjologii Struktur Społecznych, Instytut Socjologii, Uniwersytet Jagielloński
Department of Social Structure, Institute of Sociology, Jagiellonian University

[2] Zakład Socjologii Medycyny, Katedra Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński
Department of Medical Sociology, Chair of Epidemiology and Preventive Medicine, Collegium Medicum, Jagiellonian University

Author for correspondence:
Natalia Ożegalska-Łukasik
ul. Grodzka 42, 31-044, Cracow, Poland
e-mail: natalia.ozegalska@uj.edu.pl; phone: +48 124222129

Ten rozdział zawiera 1,08 arkusza wydawniczego.
The length of this chapter is 1.08 standard units of text length.

Streszczenie

W ostatnich dekadach obserwuje się, że zjawisko "siwienia świata" nasila się zarówno w krajach rozwiniętych, jak i rozwijających się. W związku z rosnącym znaczeniem kultury młodości wśród przekonań społecznych na temat okresu późnej dorosłości dominują te nieprzychylne seniorom. Bycie młodym, w przeciwieństwie do bycia starym, jest obecnie kojarzone ze społecznie cenionymi cechami, takimi jak efektywność, mobilność, stały rozwój kompetencji, także w zakresie posługiwania się na co dzień nowoczesnymi technologiami. Jednym z problemów zdrowotnych, dotykającym głównie osoby starsze, który w sposób znaczący ogranicza ich zdolność do adaptowania się do tych wymagań zewnętrznych jest demencja. Szacuje się, że w związku z procesem starzenia w ogólnej populacji liczba osób doświadczających konsekwencji chorobowych procesów deterioracji tkanki nerwowej w ciągu dwóch kolejnych dekad podwoi się. Bazując na przykładach krajów europejskich i Chin autorki przeanalizowały kulturowe uwarunkowania społecznego funkcjonowania osób starszych z demencją. Analiza porównawcza norm i wartości społecznych, konsekwencji ruchów migracyjnych, zmian w strukturze rodziny i dominujących stylów życia w dwóch kręgach kulturowych pod kątem określenia determinant pozycji społecznej tej szczególnej grupy seniorów umożliwiła wskazanie najważniejszych szans i zagrożeń związanych ze społecznym funkcjonowaniem osób z demencją w kulturach europejskich i chińskiej.

Słowa kluczowe: piętno demencji, ageizm, kultura

Summary

Greying of the world has been progressively observed in the last decades both in the developed and developing societies. The later stages of life are being currently seen as disadvantageous due to the growing appreciation of the culture of youth. Being young, in contrary to being old, is being associated with socially valued features, such as effectiveness, mobility, constant development of competences also regarding application of technologies on daily bases. One of the health problems afflicting particularly seniors which most significantly limits their ability to adapt to those requirements is dementia. Due to the process of aging in the global population the increase of the number of individuals experiencing consequences of brain deterioration is being estimated to be doubled within coming two decades. Based on the examples of European countries and China the authors analysed the cultural background determining of the social functioning of the elderly with dementia. The comparative study of social norms and values, consequences of migrations, changes in family structures and dominant lifestyles in the chosen cultural contexts enabled identification of the main opportunities and threats to the social function of this particular group of seniors in European and Chinese cultures.

Key words: stigma of dementia, ageism, culture

Introduction

By approaching the next millennium the unprecedented rapid increase of total and relative numbers of the elderly both in the developed and the developing countries is being observed. It is approximated that the total number of population aged more than 60 years world-wide will rise from 605 million in the year 2000 to 1.2 billion in 2025. The population is aging due to two important factors: the increased life expectancy and the decreasing fertility rates (Kalache et al. 2000). For the last decade, the topic of ageing has been broadly discussed by researchers from various disciplines: sociology, anthropology, medicine, psychology, public health and international institutions. The aging population is drawing attention of scientists because the problem is associated with significant social and economic consequences. In this area a vast number of tasks need to be encompassed by the public policy, including the increasing cost of retirement benefits, health care and care for the elderly. It could slow down a potential growth due to the upsurge in social security contributions. Moreover, a significant number of people in the working age obliged to support the growing number of old people can lead, and often do, to conflicts between generations. On the other hand, aging can be seen not only as a challenge but also as an achievement of civilization and the potential of seniors can be used effectively for the benefit of the community (WHO 2002).

The above-mentioned demographic changes alters also the meaning of the old age. Anthony Giddens draws attention to two opposing processes associated with the perception of old age (Giddens 2001). On the one hand in modern societies older people tend to have lower social status and less power than in pre-modern cultures. In traditional cultures, old age was equated with wisdom, authority and power. In modern societies, which continuously change, knowledge and experience of older people is no longer so valuable for the young generation. The youth sees the wisdom of the elderly as a collection of useless and outdated information. However, aging is no longer regarded as an inevitable process of physical and mental degeneration. An increasing number of seniors make effort to experience their so-called "autumn of their lives" in an active way. Furthermore, even though aging is an universal process, it is still culturally diverse – in different societies aging and being elderly is constructed and evaluated in different ways (Mucha et al. 2010). The experience of aging seems nowadays to be not only an experience of changes, a reaction to this change, but also an attempt to deal with them. The elderly people's perspective underwent transformation from the days of their youth almost in every aspect - the physical environment, the social life and perhaps the hardest to bear, their changed biological (aging of the body) and social (change of role for post-production).

Contemporary seniors behave and are treated differently than the elderly used to in times of their youth and adulthood. This change is a consequence of the progress of civilization, defined as a modernist transition. This term refers to transformation of physical environment, forms of socialization and cultural practices. Elderly people aged over 60 were born in fact in a culture characterized by sociologist as "traditional" and they will die at the period classified as "postmodernism".

Finally, the word "old" stands in opposition to the word "new" and the word "young" (Zalewska 2009). The contemporary culture is increasingly being described as the culture of changes, and new technologies, as well as the culture of young people and the values associated with the youth: effectiveness, mobility, technology awareness. Following and adaptation to those processes can be more challenging for the elderly, especially those with physical and mental health conditions.

One of the health problems afflicting particularly seniors and most significantly limiting their ability to adapt to the contemporary life requirements is dementia. In the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10 (ICD-10) dementia is classified in the fifth chapter devoted to Mental and Behavioral Disorders (F00-F03) and it is defined as a mostly chronic or progressive syndrome caused by disease of the brain. Individuals afflicted with dementia experience various disturbances of higher cortical functions, mainly of cognitive nature (memory, thinking, orientation, comprehension, calculation, learning capacity, language, and judgement)

as well as emotional control, motivation and social behaviour (ICD-10 2010). Various types of dementia has been described in medical science. The most prevalent are Alzheimer's disease, vascular dementia and dementia with Lewy bodies (DLB). While the existing body of research is not entirely consistent about the impact of culture on dementia, most of the studies report similarities in the prevalence of the disease and its symptoms (Cohen et al. 1998; Chow et al. 2002; Zong Ying Wu et al. 2012). Some differences between cultural groups were found regarding the frequency of the specific behavioural symptoms, i.e. delusion, as well as reaction to illness and taken intervention (Chow et al. 2002).

According to the report 'Dementia – a public health priority' issued by WHO in 2012, around 35.6 million individuals around the globe in 2010 lived with dementia. This number is expected to meaningfully increase in the coming decades: up to 65.7 million in 2030 and 115.3 million in 2050. An especially alarming increase is anticipated within the population of oldest old and those regions of the world that are undergoing demographic transition (WHO 2012). These figures have to be analysed in the context of the geographical distribution of cases. The prevalence of dementia in China reported in various studies (Liu et al. 1997) is lower than the one identified in European countries. However as observed by Haraldsson (2013), in China 93% of dementia goes undetected. Socioeconomic status and origin (urban/rural) are key factors influencing the possibility of correct diagnosis.

The article aims at outlining the current and prospective social position of the elderly with dementia in Europe and China. Authors focus mainly on presenting socio-cultural context of attitudes towards the elderly and individuals with mental health disorders, as status of senior with dementia bring about a risk of exclusion. The paper is organized as follows. Next section will first provide the information on social position of seniors suffering from dementia – in both considered geographical regions. Then the background resulting from social norms and cultural context will be explained. Finally, a discussion on the impact of cultural context on the situation of elderly from Europe and China will be provided.

Social position of seniors with dementia

The social position of the elderly with dementia is determined by discriminatory attitudes towards seniors and stigma of mental disorders. The term ageism, describing the problem of discrimination based on age, was introduced in 1969 by Robert Butler working in areas of aging in general, and mental health in particular, who reflect the similarity of these prejudices to sexism and racism (Butler 1969). Another definition of ageism was introduced by Bill Bytheway, for which ageism generates and reinforces the fear of disintegration associated with the aging process and being in relation to its competence (Bytheway 1995). This approach allows determine the groups of people who have limited access to resources and opportunities as are available to other members of society. Polish sociologist Piotr Szukalski based on the proposals of Bytheway defines ageism as a manifestation of mental schemas based in biological differences associatated with elderly connected with competencies and needs of individuals according to the chronological age and discriminatory practices (Szukalski 2004). The presence of ageism in the mental health arena and its effects on the quantity and quality of mental health treatment available for the elderly has been a topic for discussion by gerontologists and mental health professionals for over 30 years. Ageism by providers has been widely used as a possible explanation for the underutilization of mental health services by older adults (Robb et al. 2002).

Furthermore, numerous studies conducted in order to describe the public attitudes toward individuals with dementia proved the stigmatizing character of this particular illness (Katsumo 2005; Milne 2010; ADI 2012). The report "World Alzheimer Report 2012 - Overcoming the stigma of dementia" issued by Alzheimer's Disease International presents results from an international survey on a subjective experience of individuals with dementia. The data from this study revealed that out of 61% of respondents who conceal their diagnosis every fourth does it due to the threat of stigma of dementia (ADI 2012). The negative responses to the disease faced in the early stage have been

reported also by respondents of another study by Katsumo (2005). Those aversive reactions were said to lead to the respondents' reluctance to share information about the diagnosis and encouraged them to cover up their embarrassing cognitive problems (Katsumo 2005). Furthermore, 40% of the respondents of the ADI survey experienced being avoided or treated differently because of dementia by own children, spouses, social groups, health care professionals, neighbours, other family members and friends. Six out of ten individuals with dementia experiencing isolation due to health status lost contact with their friends (ADI 2012). A tendency to isolate individuals with dementia and their carers had been revealed also in other studies (Katsumo 2005). Majority of the respondents of ADI (75%) noticed that negative associations of dementia are quite common in the society. Nearly every third pointed at being discounted or marginalised by the social environment, every fourth indicated lack of understanding how to interact with individual with dementia, nearly every sixth suspected fearful attitude (ADI 2012). Moreover, due to the character of the visible symptoms of dementia and the low knowledge about dementia in general society, it is often being confused by the public with other mental disorders. A rich body of the research on stigma of mental health disorders, such as schizophrenia, depression, proved that the processes of labelling, stereotyping, isolation, discrimination as well as losing social status are significant (Angermeyer 2007). Being associated with highly negatively perceived category, causes adverse reactions towards individuals with dementia.

Socio-cultural determinants of the social position of seniors

The pervasive negative stereotypes, discriminatory behaviours and negative emotions about the elderly and individuals with mental disorders potentially may lead to highly disadvantageous position of seniors with dementia. The socio-cultural variable, such as social norms and values, family structure, migration movements and institutional availability of support can provider either a protective background or aggravate the risk of exclusion of the elderly with dementia. Based on the recent empirical data and referring to sociological theories, the problem will be discussed in regard to European countries and China.

The European context

Due to the common cultural roots on the one hand and a different historical background, an economic situation or an institutional structure on the other, the European societies share a number of key characteristics and in the same time vary distinctively in regard to other dimensions of social life. The constant process of changes of axio-normative systems of Europeans takes place predominantly regionally, in a different pace and a diverse extent. Taken into account the common trends and the regional alterations in social norms and values across European countries, below the data illustrating the most crucial social factors potentially impacting the current and prospective position of the elderly with dementia will be presented.

The major drive responsible for promoting common norms and values around the European societies is the progressing globalization and the on-going migration movement. Those two phenomena support diffusion of the specific lifestyles and reproduce common patterns in Europe. The cultural inclination towards consumerism and concentration on developing individual well-being are clearly visible in the whole Old Continent. To the appearance and popularity of this lifestyle further modifications regarding the situation of seniors are attributed.

One of them is the decreasing position of elderly relatives and the declining significance of caring about own parents in times of their malfunctioning. The duty of taking care of old parents based on a culturally determined kinship relationship, reciprocity and generational solidarity (Remr 2012). Caring of the elderly in the European discourse is being presented as a crucial feature of humanity and parallel as an obligation which is gruelling and requiring maturity (Moese 2007). It appears that both are being reproduced in Europe. The popularity of each of them in a particular society depends on a broader socio-economic context. Although refusing executing this duty used to be socially

condemned (Tobiasz-Adamczyk 2009), in most of the European countries in the period between 1990-2008 the significance of honouring parents has faded out. In 2008 unconditional respect and love to one's parents was valued only by 26% Swedes, 36% Norwegians, 39% Danes, and 53% Austrians. Slightly more people appreciated this traditional moral imperative in Germany (58%), UK (60%) and Czech Republic (64%). While above listed countries have noted a significant drop in appreciating the virtue of parental respect since 1990 (up to 25 points), in France, Spain, Italy, Greece, Hungary, Poland, Ukraine, and other countries of Central and Eastern Europe the decrease was much milder. In 2008 around 75-90% of citizens living in those countries confirmed the norm of honouring parents. It is worth emphasizing that the support offered to the oldest generations is also less valued than in the past. The weakest sense of obligation towards elderly parents characterises Europeans leaving in the most developed countries and welfare-states. Only one fourth of Danes and around one third of Fins (27%), Swedes and Norwegians (29%) feel the duty to provide long-term care for their seriously ill or fragile parents at the expense of their own well-being. In Island, UK, Germany less than half of citizens is ready to do it (respectively 36%, 40% and 46%). Within French, Hungarian, Spanish and Polish societies the sense of duty towards elderly ill parents is stronger (respectively 57%, 62%, 76%, 77%). Sacrificing own well-being for the sake of parents is rarely valued in UK, Netherlands, Island, Sweden, Finland, Norway, Denmark (respectively 60%, 64%, 64%, 71%, 71%, 73% and 80% citizens disagree with such a social expectation) (European Value Survey 2008). The results of the EU27-wide survey published in the Special Issue of Eurobarometer "Health and long-term care in the European Union" demonstrated what Europeans perceive as the best option for an elderly parent who is in need of regular help. 30% of citizens of 27 EU-member-countries pointed at living together with their children, 27% at receiving help from public or private service at home of the elderly, 24% at regular visits of adult children and 10% at moving to nursing home. However, the variation of the chosen best opinions between European regions is vast. A big majority of Scandinavians and Dutch people opt for private or public services at home of the elderly parents (in Sweden respectively 60% and 4%; in Denmark 58% and 7%; in Finland 51% and 7%; in Netherlands 52% and 4%) and only minor group would choose living with parents as best option for elderly parents (in Sweden 4%; in Denmark 7%; in Finland 7%; in Netherlands 4%). Conversely, in Central and Eastern part of Europe people prefer interfamily solutions over hiring external support (59% Poles, 56% Romanians, 32% Bulgarians, 47% Slovakians and Latvians were for the former option and respectively 7%,10%, 11%, 11%, 10% for the later one) (Eurostat 2014). The low interest in the oldest generation is demonstrated as well by the decreasing number of participants in organisations devoted to support elderly, handicapped or deprived people. The drop in activism targeting at the seniors has been observed in most of the European societies in the period 1990-2008 (European Value Survey 2008).

Further significant changes within the domain of family life in Europe which might impact the social position of elderly with dementia are alterations in family structure, i.e. changes in marriage and divorce patterns (Triantafillou et al 2010), single-parenting, economic problems of a nuclear family (Sándor 2014) as well as migration movements. The development of international structures in the last decades facilitated opportunity of migration for the vast part of Europeans. At the beginning of 2013 there was 13.7 million people residing in Europe with the citizenship of another EU-27 Member State. The directions of migrating population are stable in the last decades. Within the group of the EU-27 member-countries in 2012 the largest number of immigrants approached Germany (592 200), United Kingdom (498 000), Italy (350 800), France (327 400) and Spain (304 100). In the same year from Spain, United Kingdom, France and Poland emigrated the highest number of citizens, respectively: 446 600, 321 200, 288 300 and 275 600. In 2012 in 14 EU-27 Member States the immigrants outnumbered emigrants. In Bulgaria, the Czech Republic, Croatia, Ireland, Greece, Spain, Cyprus, Poland, Portugal, Romania, Latvia, Lithuania, Estonia the proportion was reverse (Eurostat 2014). The scale of migration is being increasingly discussed within the context of family arrangements. "Globalisation and internationalisation with its various forms and consequences

is becoming a more and more important issue for the future in family and social care policies." (Uhlendorff et al. 2011). An opportunity to find a better-paid employment abroad motivates the generations in productive age to migrate. Migration often prevents from providing the elderly relatives with care in a home county (Triantafillou et al. 2010). A highly significant notion for impacting limiting participation of adult children in caregiving of dependent parents is feminization of migration. This phenomenon is being characterized by: the features of country of departure (a lower level of economic development) and a particularity of migration destinations as well as sort of performed job. Migration of women into Western and Northern Europe has been increasing in the early 1970 and is growing steadily. Differently from men, who are mainly being hired in sector of production, migrant women find work in services, especially domestic work, care-giving, and entertainment (Ghost 2009). Migrating to economically more advanced countries and offering support to the elderly people there is being currently seen as a tendency of a global importance and shall be analysed from the perspective of countries offering work in the care sector and also of countries of departure. The former, whose social institutions due to the demographic situation are not able to provide adequate service to whole population of the elderly, gains a precious support. The latter, beside additional financial advantages resulting from income of the immigrants supporting relatives in homeland, undergoes alteration of family structure as well as experience limitations in providing care to the elderly relatives and consequently lacks in own care resources (Szczygielska 2013). For the depiction of this phenomena the term of 'global care chain' was coined (Hochschild 2000) and is being understood as "a series of personal links between people across the globe based on the paid or unpaid work of caring". Due to the share of female migrant carer in the formal and informal care sector in the well-developed countries as well as consequences for the countries in which emigrants outnumber immigrants, this particular notion became an issue for researchers and within discourse of EU policy (Uhlendorff et al. 2011).

The Chinese context

Currently China is still the most populous country in the world, nevertheless since 2000 it is experiencing issues related to the changing population's structure and facing problems of ageing society (OECD 2014). In 2010 approximately 178 million Chinese were over 60 years, which accounted for nearly 14 per cent. of the entire population of the country and almost 24 per cent of all individuals in this age group in the World (Chen and Liu 2009). We need to observe however that at the moment China is still relatively "young" country, with a median age of around 30. But uniquely - among other developing countries - it is ageing extraordinary fast, so by 2050 its median age will have risen to about 45. At the same time it is expected that in 2020 the number of people over 60 will exceed 248 million and in 2050 will climb to 329 million (Chen et al. 2009). From about 2030 the country will have more elderly dependents than children, whereas in most other developing countries the opposite will remain true.

This aspect was illustrated by Figure 1 which compares a predicted ratio of individuals in different age categories – in Europe, China and the World in 2030. It can be seen that China (as well as Europe) will experience increased share of elders – when compared with the Earth's population structure.

Wu Cangping, an academic at the Population and Development Research Centre at Renmin University in Beijing in the early 1980s predicted a problem of "getting old before getting rich". Since then China has become a lot richer (with an income per person of about $6000 at ppp), albeit Chinese demographers can now argue if the phrase should be amended to "getting old while getting rich". (The Economist 2009). At the moment, the threshold of retirement in China is 60 years for men and 55 years for women, however the laborers can pass on pensions already on completion of 50 years. This system was introduced more than 60 years ago, when the average life expectancy of Chinese people was approximately 50 years. Currently, Chinese live on average 73 years. (Ma 2011). This fundamental changes in demographic situation of the country in the last three decades

pose serious challenges to country sustainability. Population ageing will affect not only the economy of the country, but will have far reaching influence on social development.

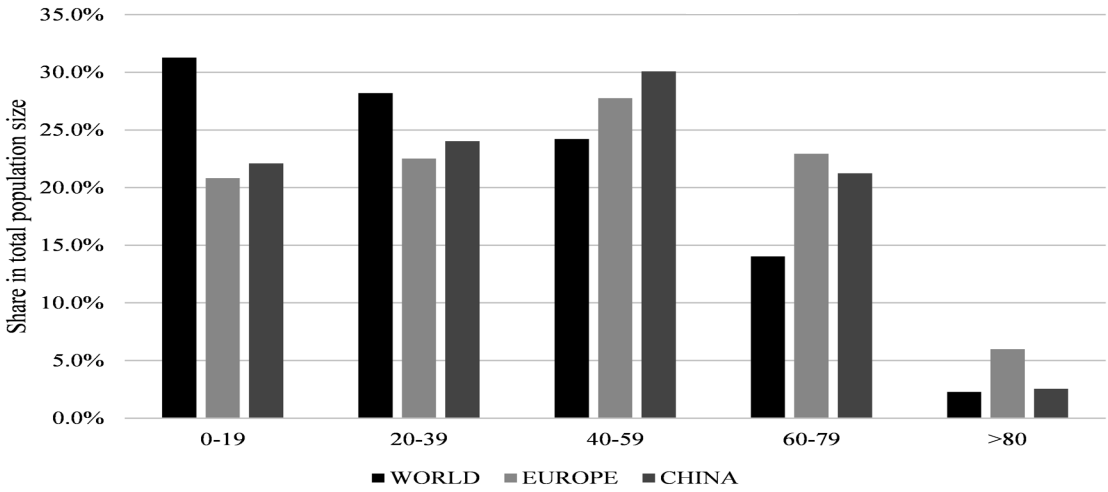


Figure 1. Predicted share of age groups in total population in 2030 according to UN Population Division Report (UN 2013).

Rycina 1. Przewidywany udział kategorii wiekowych w ogólnej liczbie ludności w roku 2030 według raportu Wydziału ds. ludnościowych ONZ (UN 2013).

The huge transformation China has been undergoing since 1979 may have altered Chinese traditional values related to the perception of the elderly. At this point it is worth stressing that Old China has a strong tradition of the extended family and of patrilocal living arrangements. These traditions are reflected in many idioms, for example: "happiness for the elderly is from their children, pleasing them by living with them" (Chin. *cheng huan xi xia*), "having three generations living together under one roof" (Chin. *san dai tong tang*), and insisting that "harmony in the family is the basis for success in any undertaking" (Chin. *jia he wan shi xing*) (Chyi and Mao 2011). Care for the old relatives constitutes a cultural expectation, based on the Confucian tradition of respect for the advanced age and experience. One of the basic values of Confucian philosophy is named *ren* and it represents the respect to another human being, based on the special respect to the elders (*di*) and filial piety (*xiao*). Care for the old – under a law passed in 1996 – is also a legal obligation. Elderly people have been known to sue their families for maintenance if they fail to observe this responsibility (Ho 1993). At the same time, there are now far fewer young people around to take care of the elderly as since 1979 China had been operating a strict population control policy ("one child policy"). This situation is usually denoted to by the term "4-2-1", meaning that the typical only child today will have his parents and four grandparents to look after. Currently it is also difficult for many families to live together because people move around meaningfully more than they used to. An estimated 300 million migrant workers (the so called "floating population") have left rural areas in order to search for jobs in the more developed regions of the country. The average age of migrants varies from 20 to 34 years old, although there are also people over 40 years of age who left their family in the countryside, set off to the cities in search of a "better" life (Żak 2005). The phenomenon of migration on such a scale is caused by the worsening economic disparities between the rapidly developing coastal regions and the rest of the country as well as between cities and rural areas. The causes of migration should also be sought in the excess of manpower in agriculture, which is not able to absorb the agricultural sector. Thus, while the rural exodus is not unique in a country undergoing such an intensive processes of industrialization and urbanization, in China this phenomenon has some additional dangerous and destructive dimensions. It is leading to the destabilization of the social structures, violation of family ties and often tipping some people from society (e.g. of illegally employed in cities, rural

citizens unemployed and without the right to settle in the city). The destruction of the collectivist structures and the growing influence of market mechanisms also means that people in poverty feel least entrepreneurial. The growing social polarization, as well as the number of people thrown to the margins of the society, makes social issues, especially the issue of employment, one of the biggest political challenges of the country. In addition, a new phenomenon in the form of an increase in poverty and alienation in the cities occurs.

Discussion

The economic changes in a country are shifting the condition and nature of family and individuals' values (Tomala 2001). Citing historical research, ethnographic and anthropological studies which describe different variants of historical and cultural structure and function of an institution called the family Giza-Poleszczuk (2002) mentions that, this "basic unit of society" is characterized by high dynamics and defies clear-cut definitions, precisely defining its boundaries and functions. As Pimpaneau describes Confucian philosophers used to call in turn Chinese family as "the basic unit of society organizations" (Pimpaneau 2001). Baker (1979) also noted that "*the Western family is an institution that exists to a large extent in order to provide an environment in which every individual can be properly brought up and educated. For the Chinese there is the reverse situation - this is not a family which exists to support the unit, but is rather an individual exists to support the family*". The main cohesive element of this unit is a shared family name, as that in Chinese culture, unlike in Europe a man is assigned to the name, not a name to the man. It should be also noted that according to Confucian philosophy an individual is not born as a complete human creature - to be a man he/she must be formed by the relevant social impact. Hence the belief that the power of the community over the individual is second to none and guarantees "order and harmony". Such an approach results in prevalence of putting commitments over privileges for majority of Chinese. The individual cannot conscientiously question the obligations imposed by his father (family). The difference in the individual moral imperatives rights categories (West) and obligations (Confucian Asia) implies numerous consequences. Problems of Western societies, which can include, among others, family disintegration, dissolution of local communities can be regarded as a consequence of the pressure on individual rights. In Chinese culture on the other hand, the cultural pressure comes from obligations, not rights.

The risk of the double exclusion of elderly individuals with dementia has been noticed in recent years by some social actors responsible for social policy and some Non-Governmental Organizations both in European and Chinese societies. The efforts to change the situation of isolating this group of elderly and prevent their stigmatization has been typically undertaken in the form of social campaigns. As qualitative analysis from this cultural contexts demonstrated, the notion of elderly parent with dementia has been used in China for the sake of advertisement of own services by business-oriented parties (Prokop, Ożegalska-Łukasik 2014). The scope of those educative initiatives is however insufficient and requires further effords of various institution and interdisciplinary cooperation.

Conclusion

Economic development and social transformation are linked with each other. The first results in transitions in political and social landscape. These changes generate revolution in mind-set of individuals and cultural values - as explained in this paper. Results of available studies on quality of life of seniors with dementia suggests that family life and support from relatives is a major source of respondents' life satisfaction (Katsumo 2005, Chyi et al. 2011). Globalization, market economy as well as changes in values and beliefs resulted in significant decrease in the amount of this support. The demographic situation changed extensively as a result of the processes referred to as second demographic transition, i.e. reaching a new stage in demographic development - a stage characterized

by full control over fertility (Kaa 2002). At the same time both Europe and China experienced a dramatic phenomenon of social mobility. EU citizens can freely migrate between member countries. In China bustling internal migration of unprecedented scale occurs. Concurrently European and Chinese elders may experience the consequences of those circumstances. Finally, it has to be emphasized that in many countries in Europe the transformation of the domain of family life and relatives support appeared earlier, with governments being more involved in elders' caregiving. In China a disparate tendency can be identified in recent years. The government is on one hand alerting about mental problems of elderly, on the other reminding about a duty of filial piety, which was an important Chinese cultural value for hundreds of years (Ożegalska-Łukasik et al. 2014).

References

1. Angermeyer MC, Matschinger H. 2004. The Stereotype of Schizophrenia and Its Impact on Discrimination Against People With Schizophrenia: Results From a Representative Survey in Germany. [in:] *Schizophrenia Bulletin* **30**:1049-61.
2. Angermeyer MC, Matschinger H. (2006). The stigma of mental health in Germany. Analysis of trends. [in:] *International Journal of social psychiatry* **51**: 276-84.
3. Baker HDR. 1979. *Chinese Family and Kinship*. New York:Columbia University Press.
4. Boss P. 2013. *Kochając osobę z demencją. Jak znaleźć nadzieję, zmagając się ze stresem*
5. *i żalem.* Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
6. Butler RN. 1969. Age-ism. Another form of bigotry. *The Gerontologist* **9**:243-246.
7. Bytheway B. 1995. *Ageism*. Buckingham-Philadelphia: Open University Press.
8. Chen F, Liu G. 2009. Population Ageing in China. [in:] P. Uhlenberg (eds.). *International handbook of population ageing*. New York:Springer; 157-72.
9. Chow TW, Liu CK, Fuh JL, Leung VPY, Tai CT, Chen L. 2002. Neuropsychiatric symptoms of Alzheimer's disease differ in Chinese and American patients, [in:]. *International Journal of Geriatric Psychiatry* **17**:22-8.
10. Chyi H, Mao S. 2011. *The Determinants of Happiness of China's Elderly Population*, New York:Springer.
11. Cohen CI, Hyland K, Magai C. 1998. Interracial and intraracial differences in neuropsychiatric symptoms, sociodemographic, and treatment among nursing home patients with dementia [in:] *The Gerontologist* **38**: 353–361.
12. Eurobarometr Survey. 2007. *Health and long-term care in the European Union. Special Eurobarometer.* http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_283_en.pdf (accessed: Apr 10, 2015).
13. European Value Survey 2008. http://www.atlasofeuropeanvalues.eu/new/home.php (accessed: Feb 1, 2014).
14. Ghosh J. 2009. Migration and gender empowerment: recent trends and emerging issues, *Human Development Research Paper* 2009/04, http://mpra.ub.uni-muenchen.de/19181/1/MPRA–paper–19181.pdf (access: 29.04.2015)
15. Giddens A. 2001. *Nowoczesność i tożsamość. „Ja" i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*. Warszawa: PWN.
16. Giza-Poleszczuk A. 2002. Rodzina i system społeczny. [in]: *Wymiary życia społecznego*. Warszawa:Wydawnictwo Scholar.
17. Haraldsson M. 2013. *Dementia plagues China's aging society*. Open Knowledge. http://knowledge.allianz.com/demography/health/?2426/Dementia-outbreak (accessed: Apr 30, 2015).
18. Ho DYF. 1994. Filial piety, authoritarian moralism and cognitive conservatism in Chinese societies. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs* **120**:349-65.

19. Hochschild AR. 2000. Global Care Chains and Emotional Surplus Value [in]: *On The Edge: Living with Global Capitalism.* Hutton W, Giddens A. (eds.) London: Jonathan Cape.
20. van de Kaa DJ. 2002. The Idea of a Second Demographic Transition in Industrialized Countries. [in:] *Proc. Sixth Welfare Policy Seminar of the National Institute of Population and Social Security*, Tokyo, Japan, 29 January 2002. http://www.ipss.go.jp/webj-ad/webjournal.files/population/2003_4/kaa.pdf (accessed: Apr 30, 2015)
21. Kalache A, Keller I. 2000. The greying world: a challenge for the twenty-first century. [in:] *Science Progress* **83**:33-54.
22. Liu HC, Teng EL. 1997. Epidemiology of Dementia among the Chinese. [in:] *Neurological Journal of South East Asia* **2**:129-14.
23. Ma Z. 2011. Population. [in:] *Handbook of Contemporary China*. Tay W.S., So A.Y. (eds.). Singapore: World Scientific.
24. Mucha J, Krzyżowski Ł. 2010. Ageing in Poland at the dawn of the 21st century. [in:] *Polish Sociological Review* **170**:247-60.
25. OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) 2014. *The silver and white economy: the Chinese demography challenge*. http://www.oecd.org/cfe/leed/Fostering-Resilient-Economies.pdf (accessed: Apr 30, 2015).
26. Pimpaneau J. 2001. *Chiny kultura i tradycja*. Warszawa: Wydawnictwo Dialog.
27. Prokop A, Ożegalska-Łukasik N. 2014. Marketing społeczny a stygmatyzacja osób starszych z demencją i depresją oraz ich rodzin w wybranych krajach Europy, [in:] *W stronę demografii zaangażowanej. Procesy demograficzne a problemy współczesnego świata*. *Studia Sociologica*, **6**:86-106.
28. Robb C, Chen H, Haley WE. 2002. Ageism in Mental Health and Health Care: A Critical Review. *Journal of Clinical Geropsychology* **8**:1-12.
29. Sándor E, Ahrendt D, Kuenzi R. 2014. *Quality of life in Europe: Families in the economic crisis*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
30. Szukalski P. 2004. Uprzedzenia i dyskryminacja ze względu na wiek (ageizm) – przyczyny, przejawy, konsekwencje. [in:] *Polityka Społeczna* **2**:11-5.
31. Szczygielska I. 2013. *Migracje zarobkowe kobiet i ich wpływ na funkcjonowanie rodzin*, Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
32. The Economist. 2009. *A slow-burning fuse* - special report, http://web.pdx.edu/~ito/EconomistSP_ageing.pdf (accessed: Apr 30, 2015).
33. Tomala Karin (ed.) 2001. *Chiny-przemiany państwa i społeczeństwa w okresie reform 1978-2000*. Warszawa:TRIO, WHO (World Health Organization).
34. Tobiasz-Adamczyk B. 2009. *Przemoc wobec osób starszych*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
35. Tobiasz-Adamczyk B. 2013. Wyzwania dla rodzin związane z opieką nad chorym lub starszym bliskim; [in:] *Zagadnienia małżeństwa i rodzin w perspektywie feministyczno-genderowej*; Slany K. (ed.), Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.191-211.
36. Triantafillou J, Naiditch M, Repkova K, Stiehr K, Carretero S, Emilsson T, Di Santo P, Bednarik R, Brichtova L, Ceruzzi F, Cordero L, Mastroyiannakis T, Ferrando M, Mingot K, Ritter J. 2010. *Informal care in the long - term care system.* European Commission.
37. Uhlendorff U, Rupp M, Euteneuer M. 2011. Wellbeing of Families in Future Europe - Challenges for Research and Policy [in:] *FAMILYPLATFORM Families in Europe,* vol. 1. http://europa.eu/epic/docs/family_platform_book1.pdf (accessed Apr 30, 2014).
38. World Health Organization. 2001. *World Health Report: Mental Health: New Understanding New Hope*, Geneva: World Health Organization.
39. World Health Organization. 2010. *International Classification of Diseases of Diseases and Related Health Problems - 10th Revision* (ICD-10).

40. World Health Organization. 2008. *Policies and practices for mental health in Europe - meeting the challenges,* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
41. World Health Organization 2012. *Dementia - public health priority.* Geneva: World Health Organization.
42. Zalewska J. 2009. *Człowiek stary w kulturze młodości. Doświadczanie starości wśród warszawskich seniorów*. Warszawa: IFiS PAN.
43. Zong H, Wu Y, Low LF, Xiao S, Brodaty H. 2009. A pilot study of differences in behavioral and psychological symptoms of dementia in nursing home residents in Sydney and Shanghai, [in:] *International Psychogeriatrics* **21**:476-84.
44. Żak K. 2005. Paradoksy modernizacji-wieś, miasto w Chinach. [in]: Współczesne Chiny. Kultura, Polityka, Gospodarka. Pietrasiak M. (ed.). Lodz: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

INDIVIDUAL AND COLLECTIVE FORMS OF DOMESTICATION AND NORMALIZATION OF DIABETES AT THE AGE OF 50 PLUS

INDYWIDUALNE I ZBIOROWE FORMY OSWAJANIA I NORMALIZACJI CUKRZYCY W WIEKU 50 PLUS

Jacek Mianowski

Zakład Socjologii Spraw Publicznych i Gospodarki, Instytut Filozofii, Socjologii i Dziennikarstwa, Wydział Nauk Społecznych, Uniwersytet Gdański
Department of Sociology of Public Affairs and Economy, Institute of Philosophy, Sociology and Journalism, Faculty of Social Sciences, University of Gdansk

Author for correspondence:
Jacek Mianowski
ul. Bażyńskiego 4; 80-952 Gdańsk;
e-mail adress: wnsjm@ug.edu.pl

Ten rozdział zawiera 1,07 arkusza wydawniczego.
The length of this chapter is 1.07 standard units of text length.

Summary

The article presents ways in which diabetes patients transform and organize their everyday life, and manage their illness experience in their biographically determined situation. The aim was an analysis of the process of socialization of the diabetics' knowledge in individual and social dimension. In this context it is particularly important how the diabetes patients assimilate the knowledge about diabetes, depending on their age, and what difficulties they encounter, as well as to what extent they deal with the illness individually and to what extent they rely on other people's help. The theoretical analysis presented here uses Glen Elder's life course model, Alfred Schutz's concept of the relevant system of knowledge and the concept of illness trajectory of Anzelm Strauss and Juliet Corbin.

The analysis is based on the author's own data and the existing documents (e.g. the statute of the Polish Diabetes Association). The principles derived from the so-called Grounded Theory were used in the analysis of the complexity of the respondents' social world. The phases of diabetes trajectory which is a combination of domesticating and normalization of the illness were defined based on the author's own research. The phases reflect the struggles which the patients undertake to integrate their illness into their daily life. For the patients the quality of knowledge about diabetes (precision, clearness and adequacy) is the fundamental test of domesticating and normalization of diabetes.

Key words: aging, managing chronic illness, life course model

Streszczenie

Artykuł jest próbą pokazania, w jaki sposób po pięćdziesiątym roku życia, diabetycy transformują i organizują swoje życie codzienne; w jaki sposób zarządzają doświadczeniem choroby w swojej biograficznie zdeterminowanej sytuacji. Celem była analiza procesu socjalizacji wiedzy diabetyków w indywidualnym i społecznym wymiarze. Szczególnie ważne jest w tym kontekście, jak diabetycy przyswajają sobie wiedzę o cukrzycy zależnie od wieku; co może utrudniać im zdobywanie wiedzy. W jakim stopniu radzą sobie w walce z chorobą indywidualnie, a w jakim stopniu korzystają z pomocy innych osób. W wymiarze teoretycznym do analizy poruszonych zagadnień zostały wykorzystane: model biegu życia (Glen Elder), system istotności wiedzy (Alfred Schutz) i koncepcja trajektorii choroby (Anzelm Strauss i Juliet Corbin).

Wnioskowanie zostało oparte na danych uzyskanych z badań własnych i dokumentów zastanych (np. statutu Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków). Do analizy złożoności świata społecznego respondentów zostały wykorzystane zasady zaczerpnięte z teorii ugruntowanej. W oparciu o badania własne zostały określone etapy trajektorii cukrzycy, które są kombinacją dwóch czynników: oswajania i normalizacji cukrzycy. Poszczególne fazy odzwierciedlają zmagania, które diabetycy podejmują w celu wpisania swojej choroby w życie codzienne. Jakość wiedzy o cukrzycy (precyzja, adekwatność i dobitność) jest zasadniczym testem oswojenia i normalizacji cukrzycy przez diabetyków.

Słowa kluczowe: starzenie się, zarządzanie chorobą przewlekłą, model biegu życia

Introduction

Basic life processes may have either linear (events/facts are not repeated) or spiral (events/fact repeat) course. From the biological point of view stages of human life – birth, childhood, maturity, aging, death – define the natural, linear life cycle. This means that the life cycle central premise is the recognition that of the fact that, being biological organisms, humans are born, mature and then die (Hogan 2000). On the other hand, a person's life influences social, historical, economical and environmental conditions. Those often have a spiral course, because they can alternately appear and disappear.

Considering the wider determinants makes it possible to perceive the period of aging as a result of the preceding stages of live, a process that continues as part of the life cycle from birth to death. Such an approach to aging is found in the life course model which assumes that historical and social factors intersect with personal biography (Elder 1998); it is used to explore relationship between psychological states, social structures and social processes (Giddens 2006).

This article deals with the diabetics' adaptations to their new situation which makes their chronic illness a part of their biography, and with some strategies of coping with diabetes by people aged fifty and fifty plus. I will try to answer the question of what helps diabetics to manage the chronic illness in their old age.

1. Main assumptions of the study

In this article I attempt to show in what ways elderly diabetes patients transform and organize their everyday life and how they manage the illness experience in their biographically determined situation. The aim was to analyze the process of socialization of the diabetics' knowledge in individual and social dimension. The important questions in this context are how the patients assimilate the knowledge about diabetes, what difficulties they encounter when trying to gain such knowledge, to what extent they cope with the illness individually and how much they rely on the help of others, as well as how they domesticate and normalize the disease in later years. Identification of individual and collective forms of domesticating and normalization will make it possible to reveal strategies that the chronically ill adopt in the process of self-care. I assume that effects of cooperation with medical specialists can help to normalize diabetes. In turn, self-care can help to domesticate diabetes. Glen Elder's life course model, Alfred Schutz's relevance system of knowledge, Anselm Strauss/Juliet Corbin's concept of illness trajectory and the principles derived from the so-called Grounded Theory (Strauss, Corbin 1990) were used in the analysis of the above problems.

The study is based on data obtained during my own research and the existing documents (e.g. the statutes of the Polish Diabetes Association). The original data come from 12 semi-structural and in-depth interviews, which were conducted in January, February and March of 2013, 2014 and 2015. The interviews involved 12 patients – 6 women and 6 men. The respondents - type 1 diabetics (except one individual) were selected according to the criteria of sex, age and period of illness. They live in different regions of Poland, are volunteers and work in the Polish Diabetes Association.

The analysis of the data considered the opinions and beliefs of diabetics and the facts relating to the duration of the illness, regimens and medical means used in the treatment. The collected data were encrypted and divided into analytical categories; paradigm coding was used (Strauss, Corbin 1990). Table 1. shows the characteristics of the respondents who took part in the study.

Table 1. Characteristic of the respondents.
Tabela 1. Charakterystyka respondentów.

Locality	Age	Period of illness (years)	Sex	Type of diabetes
Gdańsk	77	18	W	1
Oświęcim	77	51	M	1
Hajnówka	76	11	M	1
Kielce	73	21	M	2
Bydgoszcz	73	29	W	1
Szamotuły	73	33	M	1
Warszawa	68	49	W	1
Gdańsk	67	21	M	1
Gdańsk	56	31	W	1
Łódź	55	32	W	1
Rzeszów	55	50	M	1
Gdańsk	55	50	W	1

Source: own study

2. Theoretical framework of age and aging in their social context

Aging can be viewed as a multifaceted phenomenon with physical, psychological and sociological aspects (Elder 1994; Crosnoe, Elder 2002; Giddens 2006; Morgan, Kunkel 2011), which together create a combination of biological, psychological and sociological processes. These processes have three developmental 'clocks', which involve the body (biological dimension), the mind and mental capabilities (psychological potential) and the cultural norms, values and role expectations (social level) (Giddens 2006). The complexity of the concept of aging requires taking into account its macro- and micro-social scale (Synak 1999; Czekanowski 2012). The first one considers structural and functional theories, for example disengagement theory, age stratification theory, political economy theory. The micro-sociological theories stem from symbolic interactionism and humanistic sociology which explains aging on a micro-structural, interpersonal and individual level, for example exchange theory, labelling theory, phenomenology theory, socio-environmental theory (Czekanowski 2012), or the life course model that bridges the micro- and macro-sociology in examining the relationships between psychological states, social structures and social processes (Elder 1994; Mortimer, Shanahan 2003; Giddens 2006). The life course as the conceptual bridge can be considered at three levels, which interplay over a person's life: pathways established by state policies, education, job etc. (called institutionalized pathways); individual course of life determined by personal choices and constraints, often considered in terms of career or trajectory; the individual's development and aging which may be defined based on intellectual functioning or self-confidence (Elder 2000).

To date the study of aging used two approaches: one focused on "the aged" as a population category and another, more recent, focused on the aging as a social process with static and dynamic aspects. The most recent approaches are based on the life course perspective or bio/psycho/social approach to aging (Morgan, Kunkel 2011). The shift of focus from the aged to the process of aging allows a more holistic analysis of aging, seeing the process as a result of a sequence of life stages, where aging is a part of continuum of human development. Such an approach focuses on how actors grow and change in the socio-historical context. Aging is then perceived as a lifelong process (Elder 2002). Well-being and attitude to aging depend on prior experiences (Synak 1999; Czekanowski 2012), and the course of biographical time is associated with social changes.

3. Developmental character of the life course model

The assumptions of the life course model can be found in *The Polish Peasant in Europe and America* (1918-1920) where the authors present life histories in conjunction with trajectories of individuals and groups (Elder 2002). According to William Thomas sociological research should make more use of histories and trajectories of individuals and groups, considering their experiences and past periods of life (Volkart 1951). Charles Wright Mills (2000) proposed to combine socio-historical and biographical aspects when he emphasised the need to study biography, history and their combined effect on social structures in his *Sociological Imagination*.

The life course model is not a unified theoretical concept (George 1996), therefore Glen Elder draws attention to the fact that the idea of life course has a developmental potential. In his opinion the idea of life course means that changing lives alter developmental trajectories. Elder (1998) tries to identify the implications of social pathways at a given time and place for human development and aging; he regards age and its various connections to time as the main clue to understand the changing contexts of lives (Elder 2002). The central premise of the life course paradigm is that it is impossible to understand any period in life in isolation from the prior experiences and future aspirations (Mortimer, Shanhan 2003). As a concept, the life course refers to the age-graded, socially-embedded sequence of roles that connect the phases of life. As a paradigm, the life course refers to an imaginative framework comprised of a set of interrelated presuppositions, concepts, and methods that are used to study these age-graded, socially embedded roles (Mortimer, Shanhan 2003). The life course model strives to verify how choices in life depend on the opportunities and limitations of social structures and culture (Elder 1998); consequently, empirical research using the life course principles is long-term and has prospective longitudinal character.

The life course model approximates how aging emerges across consecutive stages of life and provides us with knowledge about aging in its social context. However, it is still difficult to say if all stages are equally important in search for an answer to the question: when does aging start? Results of David Karp's research may be helpful here.

4. When does aging start?

Aging as a kind of trajectory has only one easily defined point – the end of human life (Czekanowski 2012). Its other points are difficult to define. Since aging is a sort of gradual, fluent and continuous process, so that "*people do not become old overnight*" (Stuart-Hamilton 2006). Dividing a continuum into distinct stages presents a dilemma.

In the study „Gdańsk old age (…)", 46.8% of respondents, when asked when aging started, replied that it was associated with intensifying health problems, but 53.5% answered that they did not feel old. There are three key issues here. The first is to specify an unambiguous point which would make it possible to study old people; this requires defining threshold of age which we can regard as old (now it is 65 years). The second issue concerns individual well-being and satisfaction, and is associated with the third issue which refers to health problems. The beginning of aging depends on individual perception, since everybody decides for themselves whether or not they are old. It depends on the perception of the health condition and on feeling old.

It seems that in human mind the trajectories of aging and illness can intertwine or run asymptotically and both reflect the life course in the person's daily world. This daily world includes what is typical, domesticated and subjectively important and atypical, non-domesticated, but objectively important. The balance between what is domesticated and what is not in everyday life is more difficult to achieve in late years, when a person's health deteriorates. Subjective and objective dimensions of life define the person's situation which is biographically determined in physical, temporal and social space (Schutz 1962).

5. Why is fifty particularly meaningful in the context of aging?

Based on his research, David Karp pointed out the reasons why people begin to realize their aging. He distinguished categories of aging clues, for example body reminders – the kinds of illnesses in biological dimension; looking-glass clues – the examined persons were learning about their age based on how they were treated by other people; symbolic calendar clues – some respondents regarded the age of fifty as significant, being half-way to a hundred, and felt that they should count the remaining time (Vincent 2003); intergenerational signals – based on the relationships with children, mirroring those with the parents. The feeling of aging comes from the experience of children marrying and having children of their own; becoming a grandparent is regarded as especially significant (Vincent 2003).

The study of aging in the minds of people who were interviewed by Karp indicates that the age of fifty is regarded as a breakthrough point in life. This is a kind of turning point which determines a mental boundary. Beyond this border there may appear a new perception of self and a new attitude to the immediate environment, but can it be said that this is the beginning of aging? When trying to answer this question, we should remember that the phenomenon of aging has two parallel dimensions – subjective and objective. The beginning of old age depends on how it is perceived by the individual. From the objective point of view, old age may begin when a person who has previously coped with basic life activities begins to need help of others in basic life activities.

6. Practical framework of everyday life of healthy and ill elderly

The everyday life of an old healthy or ill person is similar and consists of self-maintenance activities, and such that require space and institutional organization. In other words, their everyday life involves coping with basic activities. The elderly are efficient and independent when they are capable of, for example, dealing with basic affairs in offices, doing their daily shopping, reaching and using health care institutions or public transport. Depending on the extent to which the elderly can cope with each task in daily life, or if they have problems with any task, they can be defined as not efficient, but independent, or not efficient and not independent to a greater or lesser extent (Czekanowski et al. 2012).

The practical framework of everyday life refers to both healthy and ill persons, but not in the same way. Since the diagnosis of chronic illness, the patients have to integrate the illness into all aspects of their life and organize their everyday life in a new way. Consequently, from the socio-medical point of view, the patient has to adjust his/her actions to a set of medical, social, psychological and material necessities (Słońska 2001) which involves dealing with the problem at individual and social levels.

Chronic illness is therefore a kind of "critical situation" or biographical interference and disruptive experience. because it disrupts the structure of everyday life, forms of knowledge and normal rules of reciprocity, as well as forces the patient to revise her/his expectations and plans (Bury 1982). Although the symptoms of illness can be embarrassing and disruptive, the diabetics have to develop coping strategies to live their life as normally as possible (Giddens 2006); they have to plan a new schedule of tasks and activities with respect to their biography, illness and daily life (Strauss, Corbin 1987). The biographical aspect refers to medical treatment (e.g. monitoring blood glucose level, following a diet); the aspect of illness concerns maintaining and creating meaningful behaviours and life roles at work, with families and friends, and during leisure time (e.g. adjustments in job or housework); the aspect of daily life involves dealing with emotions related to living with chronic illness (e.g. anger, fear, depression; Kanstrup 2014).

Each of the three aspects requires three different set of tasks. It reflects the degree of coping/adjustment/accommodation to the new social situation that chronic illness creates. Coping concerns extraordinary or sudden events (e.g. acute illness) and is also used in relation to chronic difficulties

(e.g. long-term illness), so it refers to a situation when an ill person has control over the circumstances. Coping is also a behaviour adopted in the face of massively disruptive life events, as well as behaviour routinely used in most circumstances (Kelly 1992).

7. Analysis of diabetes trajectory based on the author's research results

From both medical and psycho-social point of view, diabetes is a kind of total chronic illness which affects all aspects of the patient's life (Funnell et al. 1991). According to the medical definition, it is a chronic metabolic disorder with recurrent episodes of fasting hypoglycaemia and glycosuria (Pączek et al. 2004). A complete adjustment to the new situation created by diabetes, especially type 1, requires strict control of the blood glucose level (Kanstrup 2014). In cooperation with the medical specialist, the diabetic may follow a regime to control the glucose level. However, this is only the first stage of dealing with the illness, which starts the moment the patient learns about the diagnosis. Assuming that the diabetes trajectory proceeds from T0 to T2, point T0 is the start of the illness trajectory. At the next points: T1 and T2, the patient has to begin coping with consequences of the illness in everyday life.

With the onset of illness at point T0, the metabolic disorder finds the patient in a given situation of ignorance and knowledge about diabetes. In this period, diabetes is primarily a biographical disruption (Bury 1982), because it happens suddenly and unexpectedly, irrespective of age. It can therefore be said that it is impossible to prepare for the illness. This also pertains to people with a family history of illness. No previous direct or indirect experience with diabetes, or prior contact with diabetes, can determine the level of knowledge about it. Diabetics who, without previous contact with the illness, can not interpret the diabetes symptoms and have erroneous information or negligible knowledge about the illness, experience a shock upon the medical diagnosis of diabetes.

I knew zero. Nothing at all. (...) It started with a big thirst. I did not know what it was. During a night I could drink 10 litres of compote. I lived in the countryside, cooked compote, drank and pissed. Nobody could tell me what it was (Male, 77, Oświęcim). *Before I fell ill I had no knowledge, no one had been ill. I did not know that there was such illness as diabetes* (Female, 68, Warszawa). *No knowledge, I heard something, but I did not know what the symptoms were* (Male, 73, Szamotuły). *It seemed to me that it was an illness related to childbirth and then it would go away, because I do not have genetic predispositions. I went to a hospital and the tests showed that I couldn't do without insulin* (Female, 56, Gdańsk).

Diabetics who have had prior contact with diabetes, for example in their family (with a family history of diabetes), have indicative knowledge – based on observing in what way their relatives experienced their illness.

Mum took care of dad, but his illness was beyond me. I didn't know too much. I knew that it needed to be controlled, and you shouldn't eat sugar, or candies. I was not interested in it. On the contrary, I feared the illness very much, because I knew that it was a hidden illness. I did not want to get ill (Female, 73, Bydgoszcz).

At the beginning of chronic illness, the diabetic's relatives and medical specialists have to acquire information which allows them to move from the general level knowledge to a specific level of detailed knowledge (James 1994). In this way the diabetic is able to reconfigure her/his relevance system of the world (Schutz 1962) and favourably for him-/herself to prioritize the areas of relevance in favour of him-/herself, because the relevance areas are positively correlated with the quality of knowledge. In turn, the quality of the patients' knowledge about diabetes (precision, clearness and adequacy) positively determines the quality of their daily life and helps them recognise the level of the relevance system of the world (Zemło 2003).

In the initial stage of the illness, the state of the patient's knowledge about diabetes depends on the subjective conditions of knowledge and its external determinants (Zemło 2003). Nagging

disturbances of the bodily functions cause anxiety and give rise to psychological discomfort. This is because of the lack of sufficient information that would help to interpret the state of the body and to identify the causes of its malfunctioning. The symptoms of illness are difficult to integrate into the existing system of everyday life, because they disturb the typical course of events and hinder the daily activities. The problematic nature of the diabetes symptoms is in conflict with the non-problematic horizon of actions. These two therefore have to be agreed to reduce the tension and discrepancies between what is problematic and what is non-problematic. Gathering information about diabetes at point T0 (symptoms of illness have occurred) the patient tentatively identifies the general features of the illness, tries to make sure that the information about it is relevant and explains the meaning of features which would be non-typical. Having tentatively selected information about diabetes, the diabetic obtains material for further identification of what he was dealing with and can move from the general knowledge to the level of specific knowledge. In the process of moving from the general to the specific knowledge, the patient specifies the thematic, interpretational and motivational relevance of diabetes as a chronic illness. Analysing information on diabetes and searching for clues of the illness, the diabetic learns how to distinguish between typical and atypical features of the disease. A more detailed knowledge of diabetes reduces the diabetics' helplessness and confusion when they have to reconfigure the previous subjective system of relevance about themselves and the world (Zemło 2003).

At point T1 of the illness trajectory, the patient's coping with it may be a result of individual efforts, but also of cooperation with the immediate social environment. At this stage a chronically ill person has to learn to cope with the practical and emotional implications of the illness (Giddens 2006). It means that the patient has to domesticate and normalize diabetes.

Individual and social forms of coping with/accommodation of the illness interplay and create a continuum of individual-social possibilities of coping with chronic illness. Individual accommodation may manifest itself in the form of self-management, since the diabetics have to measure their blood glucose level several times a day and calculate the carbohydrate intake, insulin dosage and physical activity (Kanstrup 2014). This means that the patients must take care of the balance between the basic elements of their illness' regimen. The success of diabetes' self-management and self-care requires balancing of many metabolic and life-style factors (first of all in relation to diet, physical activity and insulin dosage), because each patient makes many diabetes-related choices each day. The self-care requires the patient to make informed choices and decisions in order to achieve the care goals. Such choices require knowledge, experience and taking responsibility for one's own care (Funnell et al. 1991). This approach can be considered in terms of empowerment, since it helps to gain control over the patient's own affairs (Rappaport 1987) and to avoid risk of hypoglycaemia or hyperglycaemia.

In the case of diabetes its normalization is obtained by balancing medical education, diet, physical activity and insulin dosage. The relations between these elements of normalization are mutually coupled so that each element is equally important. To gain this balance, the diabetic has to permanently calculate, for example, what, in which quantities and proportions, or when she/he can eat. There is no universal set standards that would apply to every diabetic, because there is a wider spectrum of factors which affect each patient (e.g. bio/psycho/social). All such factors cause tensions, for example between chronic illness and everyday life, or individual patients and their interactions within the society. To overcome the tensions, the diabetics can practice related activities, such as informing, finding, planning, remembering and co-operating. Finding, planning and remembering are related to the boundary between chronic illness and daily life, for example when the energy expenditure needs to be estimated (Kanstrup 2014). Success or failure in co-operating is important, for example when a need arises to change a traditional family's menu and adjust it to the needs of the ill family member. This problem was described by an interviewee:

I retired in 2014 and since then I have begun to think seriously about diabetes and have gone into the issues related to proper nutrition. I realized that the most effective way to reduce the blood

glucose level was good nutrition, diet (category of non-normalized diabetes). *In my family I am the only diabetic. I live with my wife, who is also retired. She did not pay attention to diet, because she is healthy. She cooked like her mom. I do not have cooking skills. When I prepare a meal, I get upset because I do not know what should be combined. I ate what came to my mind and what I wanted. Of course, the measurements showed that my glucose was higher. As a result, higher doses of insulin increased my appetite, and the circle was closed. I should have reduced the food with respect to its composition and quantity. I did not follow the "eat less" principle. I knew I should not eat sweets, but during my weak moments, or in a bad mood, I could eat a few bars of chocolate. This was reflected in the levels of sugar. I struggled with this. Maybe if I had support at home it could have been easier for me. I have a wife and a daughter and I tried to talk to them. The daughter also started to prepare meals herself, considering the level of carbohydrates and proteins, and I joined her in cooking. My wife stopped cooking for me. She cooks for herself as usual. For a long time I could not persuade her that fish could be eaten boiled* (category of domesticating diabetes). *I bought a vapour pot. No chance. It was unnecessary and did not taste good* (Male, 68, Gdańsk).

The above example illustrates the kinds of difficulties the diabetics encounter in the process of domesticating and normalizing their diabetes (fig.1.). The analysis of the results of the interviews makes it possible to distinguish four phases of domesticating and normalization of diabetes.

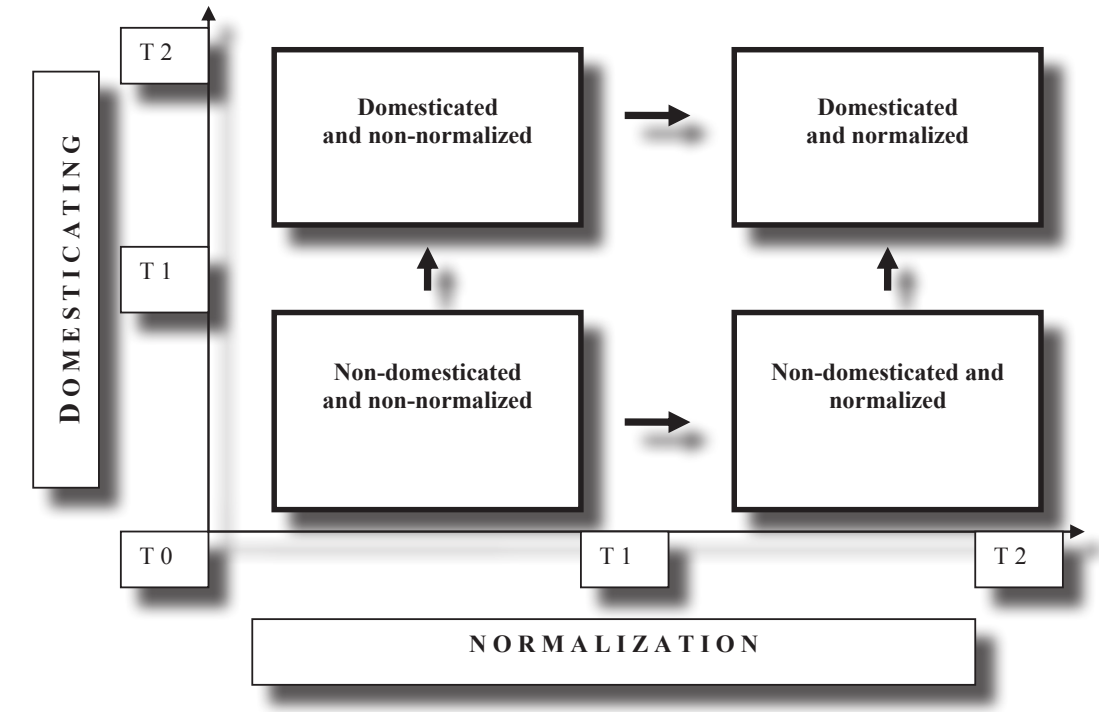


Figure 1. Phases of domesticating and normalization of diabetes (own study).
Rycina 1. Fazy oswajania i normalizacji cukrzycy (opracowanie własne).

8. Individual and collective forms of domesticating and normalizing diabetes in daily life

Forms of domesticating and normalization of diabetes can be considered in terms of two categories of old age: people ranging from 50 to 65 and 65 or older. The first includes people before retirement. Professional work is very important in this period of life, and so their activities are prospective-determined. Table 2 illustrates selected features and activities of the illness trajectory of people aged 50 to 65.

Table 2. Forms of coping with diabetes between ages of 50 and 65 (own study).
Tabela 2. Formy radzenia sobie z cukrzycą między 50 i 65 rokiem życia (opracowanie własne).

< 50 – 65 years old	
LIFE PROFFESIONAL ORDER	PROSPECTIVE DETERMINATION
1. Mobilization and search for an answer to the question - what happens next?	
2. Need to quickly remove the interference due to diabetes.	
3. The determinant is professional work, because everything has to be arranged (Female, 56, Gdańsk).	
4. The intensity of life determines the search for knowledge, e.g. how and what the patient can eat.	
5. Determination to solve the problem quickly determines the choice of method of obtaining information; knowledge most often gained from Internet.	
6. Preference for meetings on online forums and electronic form of information exchange.	
7. Active people have a relatively good basic knowledge of diabetes and quickly acquire more information (Female, 56, Gdańsk).	
8. Individual coping with diabetes, asking questions to doctors and analysing various factors the illness.	
9. People with jobs are on intensive insulin therapy in order to achieve optimal functioning in their environment.	

Source: own study

The second category comprises people of 65 and plus. These are retired people, for example geriatric patients, often with type 2 diabetes (pharmacological/insulin-dependent). They are rather past-oriented and therefore characterized by a retrospective determination. Table 3 illustrates selected features and activities of the illness trajectory of people aged 65 or more.

Table 3. Difficulties and ways of coping with diabetes at 65 plus (own study).
Tabela 3. Trudności i sposoby radzenia sobie z cukrzycą w wieku 65 lat plus (opracowanie własne).

65 years and plus	
LOGICAL REST	RETROSPECTIVE DETERMINATION
1. Individual coping with diabetes includes committing fewer and fewer mistakes; this determines the quality of diabetes case.	
2. Using the method of gradual elimination of mistakes; individual and collective forms of repetition of rules of diabetes care.	
3. The greatest problem is to change the eating habits; quantitative and qualitative dietary mistakes; lack of information on carbohydrate substitutes.	
4. Subjective difficulties in changing the eating habits as a result of perception of loss of the previous nutritional dietary status, and reaction to it.	
5. A target diet scheme sets new requirements regarding the number (often, but less) and quality of meals and requires a different hierarchy and proportion.	
6. Unreliable memory of the elderly implies permanent repetitions and redundancies – repeating rules of diabetes self-care, i.e. learning principles of long-term diabetes management.	
7. Loneliness as a result of death of a family=member, e.g. spouse.	

Individual and collective forms of diabetes care are practiced by the Polish Diabetes Association. The diabetics can benefit from the programmes that are prepared by volunteers from the Association. There are two forms of activities proposed to the patients and their relatives: oriented inside and outside the training group. Tables 4 and 5 illustrate both forms managing diabetes.

Table 4. Forms of managing diabetes oriented inside the training group.
Tabela 4. Formy zarządzania cukrzycą zorientowane do wewnątrz grupy wsparcia.

AD INTRA
1. Training group in collective dimension fosters environmental integration, being in the circle of people who talk about healthy eating (Male, 68, Gdańsk).
2. Regular social and informal meetings (Female, 55, Łódź)
3. Cyclic formal meetings – e.g. with participation of representatives of companies, manufacturers.
4. Education of people with or at risk of diabetes – The Diabetes at School (interactive lecture with the possibility of asking questions and consultations with speakers, consultating own observations and problems with invited experts).

Table 5. Forms of managing diabetes oriented outside the training group.
Tabela 5. Formy zarządzania cukrzycą zorientowane na zewnątrz grupy wsparcia.

AD EXTRA
1. Thursday dinners of diabetics for 300-350 people (Podlasie, serious education in a lighter socket), Ball of diabetics.
2. Measurements of blood glucose levels among local inhabitants.
3. Traditional and online newspaper – e.g. Biała Podlaska.

Source: own study

Conclusion

The trajectories of aging and chronic illness are continuous. According to the life course model, prior life experiences can determine the next life experiences including old age, which does not happen suddenly. The process starts at the moment of birth. Because it is continuous, it is difficult to divide it into phases. People asked about when and how they learned that they were aging, indicated 50 years as the turning point in life, and the period in which the sense of growing old comes as part and parcel of the experience of children marrying and having children of their own. In the case of chronic illness – diabetes, the starting point of the illness trajectory is clearly defined by the characteristic symptoms and medical diagnosis. Depending on the onset of diabetes, the illness can change the patient's life trajectory. However, based on the interviews with patients, it can be concluded that for people who individually and collectively positively process information about their illness the diabetes does not interfere with their aging trajectory. The respondents emphasized, however, that cooperation with others was of help, for example with members of the Polish Diabetes Association. Their illness trajectories had a similar starting point – shock at the diagnose of chronic illness. However, they started coping with their illness within the area of their biography, everyday life, and positively organizing their biographically determined situation. This does not mean that the initial lack of domestication and normalization of diabetes symmetrically transformed into domestication and normalization. Some respondents assimilated their diabetes, but still did not work consistently on stabilizing their blood glucose level and had problems with normalization (phase domestication/non-normalization). Some other respondents stabilized their blood glucose

level, but they experienced unexpected hypoglycaemia at night and fell into a diabetic coma (phase non-domestication/normalization), despite the fact that before bedtime they measured their glucose level. Diabetes, defined as a chronic metabolic disorder with recurrent episodes of hyperglycaemia, in a sense enforces passing through different phases of domesticating and normalization. In this context the quality of knowledge about diabetes is very important (precision, clearness and adequacy), since it helps to build the patient's relevance system of the world, which determines how the patients integrate their illness into everyday life at each of its stages.

Bibliography

1. Bury M. 1982. Chronic Illness as Biographical Disruption. *Sociology of Health & Illness* **4 (2)**: 167-82.
2. Crosnoe R, Glen HE. 2002. Adaptation in the Later Years: A Life Course Approach to Aging. *Social Psychology Quarterly* **65 (4)**: 309-28.
3. Czekanowski P, Załęcki J, Brosz M. 2012. *Gdańska starość. Portret socjologiczny mieszkańców Gdańska w wieku 65 +*. Fundacja Terytoria Książki: Gdańsk.
4. Czekanowski P. 2012. *Społeczne aspekty starzenia się ludności w Polsce. Perspektywa socjologii starości*. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego: Gdańsk.
5. Elder GH. 2000. The Life Course. [in:] *Encyclopedia of Sociology*, Borgatta EF, Montgomery RJV (ed.). Macmillan Reference: New York – Detroit – San Francisco – London – Boston – Woodbridge; 1614–22.
6. Elder GH. 1994. Time, Human Agency, and Social Change: Perspectives on the Life Course. *Social Psychology Quarterly* **57 (1)**: 4-15.
7. Elder GH. 1998. The Life Course as Developmental Theory. *Child Development* **63 (1)**: 1-12.
8. Elder GH, Kirkpatrick Johnson M, Crosnoe R. 2002. *The Emergence and Development of Life Course Theory*. [in:] *Handbook of the Life Course*, Mortimer JT, Shanahan MJ.
9. Kluwer Academic Publishers: New York – Boston – Dordrecht – London – Moscow; 3-22.
10. Funnell MM, Anderson RM, Arnold MS, Barr PA, Donnelly MB, Johnson PD, Taylor-Moon D, White N. 1991. Empowerment: an idea whose time has come in diabetes education. *The Diabetes Educator* **17**: 37-41.
11. George LK. 1996. Missing Links. The Case for a Social Psychology of the Life Course. *The Gerontologist* **36 (2)**: 248–55.
12. Giddens A. 2006. *Sociology*. Polity Press: Cambridge.
13. Hogan D. 2000. Life Cycle, [in:] *Encyclopedia of Sociology*, Borgatta EF, Montgomery RJV (ed.)., Macmillan Reference: New York – Detroit – San Francisco – London – Boston – Woodbridge: 1623–7.
14. James W. 1994. *The Principle of the Psychology*. Encyclopaedia Britannica: Chicago.
15. Kanstrup AM. 2014. Design Concepts for Digital Diabetes Practice: Design to Explore, Share and Camouflage Chronic Illness, *International Journal of Design* **8 (3)**: 49-60.
16. Kelly M. 2004. *Colitis*. Routledge: New York.
17. Mills WC. 2000. *The Sociological Imagination*. Oxford University Press: New York.
18. Morgan AL, Kunkel SR. 2011. *Aging, Society and Life Course*. Springer: New York.
19. Mortimer JT, Shanahan MJ. 2002. *Handbook of the Life Course*. Kluwer Academic Publishers: New York – Boston – Dordrecht – London – Moscow.
20. Pączek L, Mucha K, Foroncewicz B. 2004. *Choroby wewnętrzne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL: Warszawa.
21. Rappaport J. 1987. Terms of Empowerment/Exemplars of Prevention. Toward a Theory for Community Psychology. *American Journal of Community Psychology* 1**5 (2)**: 121-48.

22. Strauss A, Corbin J. 1985. Managing Illness at Home. Three Lines of Work, *Qualitative Sociology* **8 (3)**: 224-47.
23. Strauss A, Corbin J. 1990. *Basics of Qualitative Research. Grounded Theory Procedures and Techniques*. Sage Publications: Newbury – London – New Delhi.
24. Schutz A. 1962. *Collected Papers I. The Problem of Social Reality*, M. Natanson (ed.). Martinus Nijhof: The Hague – Boston – London.
25. Słońska Z. 2001. Znaczenie kontekstu sytuacyjnego dla codziennego życia chorego przewlekle. *Niepełnosprawność i rehabilitacja* **1**: 95-104.
26. Stuart – Hamilton I. 2000. *Psychology of aging*. Jessica Kingsley Publishers: London and Philadelphia.
27. Synak B. 1999. Ludzie starzy. [w:] *Encyklopedia socjologii*, Kwaśniewicz W. (ed.). T. 2. Oficyna Naukowa: Warszawa; 144–9.
28. Vincent J. 2003. *Old age*. Routledge: London and New York.
29. Volkart EH. 1951. *Social Behavior and Personality: Contributions of William I. Thomas to Theory and Social Research*. Social Science Research Council: New York.
30. Zemło M. 2003. *Socjologia wiedzy w tradycji interakcyjno–fenomenologicznej*. Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego: Lublin.

SOCJOLOGICZNE ZNACZENIE STOSOWANIA LECZENIA BIOLOGICZNEGO W REUMATOIDALNYM ZAPALENIU STAWÓW (RZS)

SOCIOLOGICAL IMPORTANCE OF BIOLOGICAL TREATMENT IN RHEUMATOID ARTHRITIS (RA)

Marta Majorczyk[1], Danuta Smoląg[2], Anita Król[1]

[1] Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków
Faculty of Health Sciences Jagiellonian University, Cracow

[2] Wydział Lekarski, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków
Faculty of Medicine Jagiellonian University, Cracow

Author for correspondence:
Marta Majorczyk
Wydział Nauk o Zdrowiu CMUJ
ul. Michałowskiego 12, 31-126 Kraków
e-mail: turbacz3@o2.pl; tel. +48513048656

Ten rozdział zawiera 0,56 arkusza wydawniczego.
The length of this chapter is 0.56 standard units of text length.

Streszczenie

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) to postępująca, autoimmunologiczna choroba należąca do układowych chorób tkanki łącznej. Nasilające się objawy prowadzą do postępującej niepełnosprawności i niezdolności do pracy. Charakter choroby niekorzystnie wpływa na stan emocjonalny tej grupy pacjentów. Chorzy są przygnębieni, apatyczni, zniechęceni do leczenia i postępowania rehabilitacyjnego. Sposób leczenia chorych na RZS stanowi wciąż niedoceniany problem nie tylko kliniczny, ale i socjologiczny.

Celem pracy było przedstawienie znaczenia leczenia biologicznego, dla poprawy stanu emocjonalnego i jakości życia chorych z RZS.

Przedłużanie stosowania często nieskutecznych, standardowych metod leczenia (niesteroidowe leki przeciwzapalne, leki modyfikujące przebieg choroby) jest niepotrzebną stratą czasu, przyczyniającą się do pogłębiania złego stanu psychofizycznego pacjenta. Leczenie biologiczne stosowane w aktywnej postaci choroby, łagodzi objawy, zapobiega ograniczeniom lokomocji, zmniejsza ból i skraca czas hospitalizacji. Wydaje się, że profesjonalna opieka i dostęp do nowoczesnej farmakoterapii w postaci leczenia biologicznego są integralną częścią socjoterapii.

Słowa kluczowe: inhibitory TNF-α, choroby reumatyczne, stygmatyzacja

Summary

Reumathoid arthritis (RA) is a progressive, autoimmune disease, belongs to connective tissue diseases. Worsening symptoms lead to progressive disability and inability to work. The disease affects the emotional state of this patients group. Patients are depressed, apathetic, discouraged for the treatment and rehabilitation. a Methods for treating patients with RA are still undervalued clinical but also sociological problem.

The aim of the study was to show the importance of biological therapy to improve the emotional state and quality of life of patients with rheumatoid arthritis.

Extended duration of use of often ineffective standard treatment (non steroidal anti-inflammatory drugs, disease-modifying antirheumatic drugs) is an unnecessary waste of time, contributing to the deepening of the poor patient's mental and physical condition. Biological therapy is effective in the active form of the disease, relieves symptoms, prevents limitations of locomotion, reduces pain and shortens the duration of hospitalization. It seems that professional care, access to modern pharmacotherapy in the form of biological treatment is an integral part of the socio-therapy.

Key words: TNF-α inhibitors, rheumatic diseases, stigmatisation

Wstęp

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) to przewlekła, autoimmunologiczna choroba dotykająca osób w wieku 25-50 lat. Częściej występuje u kobiet niż u mężczyzn. Choroba rozpoczyna się od objawów takich jak: stan podgorączkowy, osłabienie, ból mięśni, utrata apetytu i zmniejszenie masy ciała. Objawy te mogą poprzedzać objawy stawowe lub im towarzyszyć. Postępujący charakter choroby sprawia, że z czasem, stanem zapalnym objęte są drobne stawy rąk i stóp po obu stronach ciała a następnie choroba atakuje większe stawy. Uciążliwe objawy choroby takie jak: sztywność stawowa, ból, obrzęk stawów, parestezje, bolesność uciskowa uniemożliwiają wykonywanie prostych codziennych czynności i tym samym zaburzają normalne funkcjonowanie. Jednym z głównych problemów pacjentów RZS są dolegliwości bólowe. Badanie ankietowe przeprowadzone na grupie 50 osób, wykazało, że prawie 45% respondentów odczuwało ból w ciągu miesiąca o znaczącym stopniu nasilenia. w tym samym badaniu 98% osób doświadczało bólu stawowego a 72% zgłaszało poważne ograniczenia ruchomości stawów. 40% badanych określało swoje życie społeczne jako mało zadowalające (Stawińska 2013). W Polsce na RZS cierpi prawie 400 tysięcy osób, co klasyfikuje tę chorobę jako istotny problem społeczny (Zimmermann-Górska 2014). U 80% pacjentów w ciągu 10 lat pojawiają się trwałe zmiany stawowe. Jak wynika z badań, RZS prowadzi do skrócenia życia średnio o ok. 7 lat (Listing i in. 2015). Ponad 70% chorych na reumatoidalne zapalenie stawów jest niepełnosprawnych. Tylko 14% pracuje zawodowo, 84% stale korzysta z pomocy rodziny, a 1,8% z pomocy społecznej (Grygielska i Moskalewicz 2010).
Leki biologiczne to struktury białkowe wytworzone metodami inżynierii genetycznej. Wpływają modulująco na odpowiedź immunologiczną organizmu poprzez blokowanie aktywności białek oraz komórek układu odpornościowego, naturalnie występujących w ludzkim organizmie. Lekami biologicznymi najczęściej są przeciwciała monoklonalne wykorzystujące mechanizm powinowactwa i blokowania określonych cytokin, receptora lub innej struktury układu immunologicznego. Najczęściej w terapii wykorzystuje się leki skierowane przeciwko cząsteczce TNF-alfa.

Materiał i metody badawcze

Analiza publikacji poruszających problematykę schorzeń reumatologicznych, dostępnych w bazach: MEDLINE, EMBASE i Web of Science pozwoliła na zebranie w i wyników najnowszych badań prospektywnych dotyczących leczenia biologicznego stosowanego w RZS oraz znaczenia tego typu leczenia w poprawie jakości życia tej grupy chorych. Wykorzystano również pojedyncze prace przeglądowe badające związek między stosowaniem leczenia jednym z leków biologicznych (w zależności od programu lekowego) a stanem psychofizycznym pacjentów cierpiących na reumatoidalne zapalenie stawów. W przypadku badań prospektywnych, wzięto pod uwagę tylko te, w których przyjęto przedział ufności na poziomie 95% (CIs). Dokonano przeglądu prac opublikowanych w okresie od stycznia 2004 do sierpnia 2015 r. Jednak z uwagi na brak nowszych doniesień, dotyczących określonego zagadnienia, oceniono również kilka starszych prac. W toku analizy wykorzystano takie słowa kluczowe jak: reumatoidalne zapalenie stawów, leczenie biologiczne, problemy psychospołeczne osób z RZS, jakość życia i inne. Na podstawie wstępnych analiz wytypowano w sumie 182 artykuły. Ostateczną decyzję o włączeniu lub wykluczeniu badania dokonywano na podstawie szczegółowej analizy metod badawczych, wielkości badanej populacji, metod oceny stanu psychospołecznego związanego z wprowadzeniem leczenia biologicznego w grupie badanej oraz metod oceny wyników badań. Analizie również poddano kilka prac przeglądowych. W rezultacie dalszej analizy do opracowania wyników zakwalifikowano 33 najlepsze artykuły z pełnym dostępem do tekstu oraz 2 książki.

Wyniki

Zdrowie to nie tylko całkowity brak choroby, czy kalectwa, ale także stan pełnego, fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu (WHO 1946) i kliniczna koncepcja pojęcia choroby jest bezpośrednią przyczyną obniżenia się jakości życia. W wyniku przewlekłej choroby odczuwane symptomy mają dalekosiężne konsekwencje. Stają się przyczynkiem do poważnych ograniczeń funkcjonowania w życiu społecznym i kulturowym (Tobiasz-Adamczyk 2000).

Reumatoidalne zapalenie stawów wpływa na wiele dziedzin życia chorego: m.in. na pracę zawodową, wzajemne relacje w rodzinie i poza nią a także możliwość zaspokajania potrzeb. Postępujący charakter choroby, nasilające się objawy, powikłania układowe doprowadzają z czasem do częstych stanów przygnębienia i depresji, co drastycznie wpływa na jakość życia i spowolnienie procesów zdrowienia (spowalniania choroby). Opisana zależność wynika z faktu bezpośredniego przełożenia zdrowia psychicznego na zdrowie i objawy somatyczne (Zimmermann-Górska 2014; Listing i in. 2015). Ze względu na częste dolegliwości bólowe i postępującą niepełnosprawność, która powoduje uzależnienie od innych, chorzy na RZS doświadczają stresu psychologicznego (Lazarus i Folkmann 1984; Straub i Cutolo 2006; Miller 2008), który ma odmienną fizjologię u osób cierpiących na schorzenia reumatologiczne niż ma to miejsce u osób zdrowych (Straub i Cutolo 2006). Źródłem stresu jest również ograniczenie aktywności i wypełnianie ról społecznych w domu i pracy, zmiany w wyglądzie zewnętrznym (deformacje stawów) oraz zaburzone relacje międzyludzkie (Berkanovic i Hurwicz 1995). Prawie połowa chorych z RZS zgłasza trudności w kontaktach z innymi, problemy z wypełnianiem ról społecznych oraz zaburzenia emocjonalne (Liang i in. 1984).

Chorzy na RZS odczuwają niepokój, lęk, depresję, bezsenność, często mają problem z wykonywanie czynności dnia codziennego. Obserwuje się u tej grupy chorych utrudnione relacje w życiu rodzinnym, zawodowym i społecznym. Źródłem lęku jest nie tylko postępująca choroba ale także niepewna przyszłość spowodowana nierzadko kłopotami finansowymi, wynikającymi z dużych kosztów związanych z chorobą. Jak wynika z badań, regularne wizyty kontrolne u lekarza czy rzut choroby i pobyt w szpitalu są nierzadko źródłem strachu (Giddens i Sutton 2012). U chorych na reumatoidalne zapalenie stawów depresja występuje u 14–46% chorych (Soderlin i in. 2000; Isik i in. 2007). w badaniach przeprowadzonych przez Lisik i in. (2007), w grupie 58 osób z RZS, stan depresyjny stwierdzono aż u 70,8%.

W dobie promocji młodości i piękna oraz sukcesu, osoby cierpiące na reumatoidalne zapalenie stawów doświadczają stygmatyzacji i marginalizacji, które wynikają z głęboko zakorzenionych w społeczeństwie stereotypów. Międzynarodowe badania wykazały, że 9,1% pacjentów z różnymi schorzeniami somatycznymi w Europie cierpi z powodu ciężkiej depresji, a aż 11,6% wykazuje objawy depresyjne niespełniające klinicznych kryteriów depresji (Lepine i in. 1997; Kwiatkowska i in. 2011). Wyniki polskich badań wykazały, że 20,5% chorych odwiedzających lekarza rodzinnego wykazuje objawy depresyjne (Wojnar i Drożdż 2002) a częstość występowania depresji w przypadku chorób somatycznych wynosi aż 55% (Sigot i Trouillet 1999).

Na rozwój depresji u chorych na RZS wpływają m.in. czynniki wewnętrzne, psychologiczne i zaburzenia immunologiczne. Wysokie stężenie glikokortykosteroidów (np. kortyzol) we krwi, moczu i płynie mózgowo – rdzeniowym spowodowane zaburzeniami w obrębie osi limbiczno – podwzgórzowo – przysadkowo – nadnerczowej (LPPN), jest odpowiedzialne za stany depresyjne i lękowe. Takie zaburzenia obserwuje się u prawie 75% chorych na RZS (Landowski 2003; Cubała i Landowski 2006).

W przebiegu RZS mamy do czynienia ze zwiększonym stężeniem cytokin prozapalnych m.in. IL-1, IL-6, IL-8, TNF-α i interferonu γ oraz zwiększenia stężenia prostaglandyny PGE2, CRP. Jak wykazały badania utrzymujące się wysokie stężenia wskaźników prozapalnych znacząco przyczyniają się do rozwoju symptomów depresji, stanów lękowych, które wpływają na obniżenie jakości życia chorego (Low 2009).

Wyniki szeroko zakrojonych europejskich badań ankietowych, wskazują jednoznacznie na ogromny wpływ choroby na inne dziedziny życia chorego. Trudności ze znalezieniem pracy związane z chorobą zgłaszało 45% respondentów. Stres związany z dyskryminacją deklaruje 54%, a 29% doświadczyło dyskryminacji. 21% osób z RZS deklaruje utratę dotychczasowej pozycji zawodowej w wyniku powiadomienia pracodawcy o chorobie (Grygielska i Moskalewicz 2010), dlatego tak ważny jest dobór skutecznego i szybkiego leczenia.

Standardowe leczenie reumatoidalnego zapalenia stawów polega na podaniu glikokortykosteroidów systemowych (GKS) doustnie lub domięśniowo. Działanie takie ma na celu zredukowanie objawów towarzyszących chorobie. GKS hamują proces zapalny i wykazują działanie przeciwbólowe. Równocześnie z glikokortykosteroidami zaleca się stosowanie leku modyfikującego przebieg choroby (np. metotreksat) lub kombinacji kilku leków tego rodzaju (Tłustochowicz i in. 2008). Jak wynika z badań, leki tego typu charakteryzują się szerokim spektrum działań niepożądanych, takich jak: zakażenia grzybicze i bakteryjne, zmiany zanikowe w obrębie błon śluzowych, niekorzystne zmiany w gospodarce fosforanowo-wapniowej oraz występowanie zakażeń dróg oddechowych w przebiegu leczenia (Barnes 1995). GKS wpływają negatywnie na ośrodkowy układ nerwowy powodując labilność emocjonalną, manie, depresję, psychozę, delirium, splątanie lub zaburzenia orientacji (częściej u ludzi starszych) oraz zaburzenia poznawcze, w tym zaburzenia pamięci (Wolkowitz i in. 2009).

GKS istotnie zwiększa ryzyko nagłych zdarzeń sercowo-naczyniowych. GKS zwiększa ryzyko wystąpienia zawału mięśnia sercowego o 68%. Co ciekawe, owe ryzyko wzrasta o 13% przy wzroście dawki GKS o 5mg/dobę (Hrycaj 2005; Dobrogowski i in. 2007; Grzanka i Jarząb 2009). Długotrwałe stosowanie (a z takim chorzy na RZS mają do czynienia) doustne glikokortykosteroidów przyczynia się znacząco do rozwoju depresji lub nasilenia istniejących objawów u chorych na RZS (Warrington i Bostwick 2006; Listing i in. 2015). Niemieckie badanie z udziałem 31378 pacjentów udowodniło, że regularne przyjmowanie glikokortykosteroidów w dawce >5mg jest związane ze wzrostem śmiertelności niezależnie od aktywności RZS. Natomiast istotnie mniejszą śmiertelność stwierdzono w grupie leczonej inhibitorami TNFα (ang. Tumor necrosis factor - czynnik martwicy nowotworów) (HR 0,64), rytuksymabem (HR 0,57), i innymi lekami biologicznymi (HR 0,64) w stosunku do pacjentów leczonych metotreksatem w monoterapii lub w połączeniu z lekami tradycyjnej terapii (np. GKS; Caporali i in. 2013).

Skutkiem stosowania leczenia biologicznego jest ograniczenie procesu zapalnego na poziomie mechanizmu jego tworzenia i obniżenie aktywności układu immunologicznego, a przez to zmniejszenie aktywności choroby. Oprócz czysto medycznych korzyści wynikających z leczenia biologicznego, ma ono ogromny wpływ na sferę psychospołeczną. Pacjent nie odczuwający dolegliwości, może prawidłowo wykonywać swoje role społeczne, spełniać się zawodowo i nie doświadczać marginalizacji społecznej.

Jak już wcześniej wspomniano, utrzymujący się wysoki poziom cytokin prozapalnych we krwi sprzyja rozwojowi depresji i stanów lękowych, zatem stosowanie leków powodujących zmniejszenie stężenia substancji prozapalnych takich jak leki blokujące TNF-α (adalimumab) powoduje zmniejszenie odsetka zapadalności chorych na depresję i inne zaburzenia psychiczne u chorych na choroby reumatyczne, w tym RZS (Tyring i in. 2006; Schmidt i in. 2014). Badanie z udziałem pacjentów chorujących na astmę oskrzelową wykazało, że stosowanie omalizumabu wpływa istotnie na zmniejszanie ilości dni hospitalizacji z powodu choroby, poprawia jakość życia i zmniejsza zapotrzebowanie na leki doraźne. Leczenie biologiczne pozwala także ograniczyć dawki doustnych glikokortykosteroidów (Tyring i in. 2006). Badania wykazały, że podawanie etanerceptu w połączeniu z metotrexatem chorym na RZS, przyczynia się istotnie do przedłużenia okresu remisji choroby (Emery i in. 2014; Kavanaugh i in. 2012; Schmidt i in. 2014), a także znacząco zmniejsza dawki glikokortykosteroidów przyjmowane przez pacjentów. Ogranicza to znacznie skutki uboczne GKS, co wpływa pozytywnie na psychospołeczny komfort tej grupy pacjentów (Nishimoto i in. 2014).

W Polsce lekami biologicznymi już dziś mogłoby się leczyć 3% chorych, tymczasem z terapii korzysta 1,2 do 2%. Średnia europejska natomiast wynosi 10%. Jeśli pacjent zostanie zakwalifikowany do programu leczenia, obecnie średnio czeka na owe leczenie 7 lat, a to wydaje się być stratą czasu i zdrowia oraz wpływa na pogarszający się stan psychiczny pacjenta.

Podsumowanie i wnioski

Optymistycznym wydaje się być fakt coraz większej dostępności pacjentów do programów leczenia biologicznego. Wciąż jednak ta dostępność jest niewystarczająca w stosunku do potrzeb i wzrastającej zachorowalności na RZS w toku kwalifikacji do programu wciąż jest zbyt dużo obostrzeń m.in. wiek i zaawansowanie choroby (wskaźnik DAS-28).

Z danych Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że w ciągu 10 miesięcy 2013 roku w województwie śląskim w programie leczenia biologicznego agresywnej postaci RZS nie wykorzystano około 50% środków finansowych. a w z tych samych danych wynika, że w programie wykorzystującym leki modyfikujące przebieg choroby, który został wprowadzony w połowie roku 2013 jako terapia umiarkowanej postaci RZS, nie wykorzystano 65% przyznanych środków finansowych (Zagórny 2013).

Faktem jest, że roczny koszt tradycyjnego leczenia chorego z RZS to kilka tys. złotych natomiast terapii biologicznej to koszt rzędu 30-40 tys. złotych. Wydaje się jednak, że pomimo takiej różnicy w cenie leków, państwu polskiemu opłacałoby się jednak leczyć chorych w nowoczesny sposób, bo prawdziwe koszty tej choroby są zupełnie inne.

Bez wątpienia rodzaj leczenia i szybkość działania po zdiagnozowaniu reumatoidalnego zapalenia stawów wpływa znacząco na długofalowy stan psychofizyczny pacjentów z RZS. Liczne badania potwierdzają, że leczenie biologiczne tej grupy chorych jest lepszym rozwiązaniem niż tradycyjne, tańsze leczenie, którego mała skuteczność oraz działania niepożądane przewyższają korzyści wynikające z tego typu leczenia.

Piśmiennictwo

1. Barnes P. 1997. Drug therapy: inhaled glucocorticosteroids for asthma. *N Engl J Med* **332**: 868-985.
2. Berkanovic E, Hurwicz ML. 1995. Physician visits by rheumatoid arthritis patients: a prospective analysis. *Arthritis Care Res*. **8**: 73–9.
3. Bigot T, Trouillet C, Hardy P et al. 1999. Depression and somatic diseases. On one retrospective study of 210 patients with major depression hospitalized in psychiatric hospital. *Encephale* **25**: 3-10.
4. Caporali R, Scirè CA, Todoerti M, Montecucco C. 2013. The role of low-dose glucocorticoids for rheumatoid arthritis in the biologic era. *Clin Exp Rheumatol*. **31(4)**: 9-13.
5. Cubała WJ, Landowski J. 2006. Układ serotoninergiczny i oś limbiczno - podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowa (LPPN) w depresji. *Psychiatr Pol* **40**: 415-30.
6. Dobrogowski J, Przeklasa-Muszyńska A i in. 2007. Zasady kojarzenia leków w terapii bólu. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* **1(1)**: 6-15.
7. Emery P, Hammoudeh M, FitzGerald O i in. 2014. Sustained remission with etanercept tapering in early rheumatoid arthritis. *N Engl J Med.* **371(19)**: 1781-92.
8. Giddens A, Sutton P. 2012. *Socjologia.* PWN: 153 – 205.
9. Grygielska J, Moskalewicz B. 2010. O multidyscyplinarnej perspektywie wobec przewlekłych chorób reumatycznych. *Reumatologia* **48(2)**: 73–80
10. Grzanka A, Jarząb J. 2009. Niegenomowy mechanizm działania glikokortykosteroidów. *Pneumonologia i Alergologia Polska* **77(4)**: 387-93.
11. Hrycaj P. 2005. Terapia wielolekowa w reumatologii – pomaga czy szkodzi? Review. *Reumatologia* **43(6)**: 379-82.

12. Isik A, Koca SS, Ozturk A et al. 2007. Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol* **26**: 872-8.
13. Kavanaugh A, Emery P, Fleischmann R i in. 2012. Withdrawal of adalimumab in early rheumatoid arthritis patients who attained stable low disease activity with adalimumab plus methotrexate: results of a phase 4, double-blind, placebo controlled trial. *Rheumatology (Oxford)* **51**: 29-30.
14. Kwiatkowska B, Przygodzka M, Konopińska E. 2011. Depresja u chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. *Reumatologia* **49 (2)**: 138–41.
15. Landowski J. 2003. Stres a zaburzenia psychiczne. *Przew Lek* **6 (3)**: 80-5
16. Lazarus RS, Folkman S. 1984. Stress, appraisal and coping. *Springer* **2**: 445.
17. Lépine JP, Gasper M, Mandlewicz J i in. 1997. Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *Int Clin Psychopharmacol* **12**: 19-29
18. Liang MH, Rogers M, Larson M i in. 1984. The psychosocial impact of systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. **27**: 13–9
19. Listing J, Kekow J, Manger B i in. 2015. Mortality in rheumatoid arthritis: the impact of disease activity, treatment with glucocorticoids, TNFα inhibitors and rituximab. *Ann Rheum Dis*. **74 (2)**: 415-21.
20. Long AA. 2009. Monoclonal antibodies and other biologic agents in the treatment of asthma. *MAbs* **1**: 237-246
21. Low CA, Cunningham AL, Kao AH et al. 2009. Association between C-reactive protein and depressive symptoms in women with rheumatoid arthritis. *Biological Psychology* **81**: 131-4.
22. Miller AH. 2008. Elucidating the consequences of chronic stress on immune regulation and behavior in rheumatoid arthritis. *Brain Behav Immun*. **22**: 22–3.
23. Nishimoto N, Amano K, Hirabayashi Y i in. 2014. Drug free REmission/low disease activity after cessation of tocilizumab (Actemra) Monotherapy (DREAM) study. *Mod Rheumatol* **24 (1)**: 17-25.
24. Schmidt FM, Kirkby KC, Himmerich H. 2014. The TNF-alpha inhibitor etanercept as monotherapy in treatment-resistant depression - report of two cases. Psychiatr Danub. **26(3)**: 288-90.
25. Soderlin MK, Hakala M, Nieminen P. 2000. Anxiety and depression in a Community-based rheumatoid arthritis population. *Scand J Rheumatol* **29**: 177-83.
26. Stawińska T, Szulc A, Taczała J, Suwała M. 2013. Ocena jakości życia kobiet z reumatoidalnym zapaleniem stawów w: *Zdrowie i dobrostan nr 2/2013*. Neurocentrum Lublin.
27. Straub RH, Cutolo M. 2006. Does stress infl uence the course of rheumatic diseases? *Clin Exp Rheumatol*. **24**, 225–8.
28. Tłustochowicz W, Brzosko M, Filipowicz-Sosnowska A i in. 2008. Stanowisko Zespołu Ekspertów Konsultanta Krajowego ds. Reumatologii w sprawie diagnostyki i terapii reumatoidalnego zapalenia stawów. *Reumatologia* **46 (3)**: 111–4.
29. Tobiasz-Adamczyk B. 2000. Wybrane *elementy socjologii zdrowia i choroby*. Uniwersytet Jagielloński: Kraków.
30. Tyring S, Gottlieb A, Papp K i in. 2006. Etanercept and clinical outcomes, fatigue and depression in psoriasis; double-blind placebo-controlled randomised phase III trial. *Lancet* **369**: 29-35.
31. Warrington TP, Bostwick JM. 2006. Psychiatric adverse effects of corticosteroids. *Mayo Clinic Proc* **81**: 1361-7.
32. Wieczorkowska M. 2013. Choroba jako podstawa konstruowania nowych tożsamości w zmedykalizowanym świecie. *Folia sociologica* **45**: 83 – 99.

33. Wojnar M, Dróżdż W, Araszkiewicz A i in. 2002 Badanie rozpowszechnienia zaburzeń depresyjnych wśród pacjentów zgłaszających się do lekarzy rodzinnych. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej* **2:** 187-98.
34. Wolkowitz OM, Burke H, Epel ES, Reus VI. 2009. Glucocorticoids. Mood, memory, and mechanisms. *Ann. N. Y. Acad. Sci*. **1179**: 19–40.
35. Zimmermann Górska I. 2014. *Postępy reumatologii klinicznej*. PZWL: Warszawa.
36. Zagórny G. 2013. Są niewykonania w programach lekowych w reumatologii. *Rynek zdrowia* 27/12/2013. http://www.rynekzdrowia.pl/Serwis-Reumatologia/Sa-niewykonania-w-programach-lekowych-w-reumatologii,136943,1011.html

ZWYCZAJE ŻYWIENIOWE OSÓB STARSZYCH

FEEDING HABITS OF THE ELDERLY

Małgorzata Suchanecka[1], Katarzyna Graja[2], Ewelina Szałankiewicz[2], Barbara Kwiatkowska[2]

[1] Zakład Humanistycznych Nauk Lekarskich, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
Department of Medical Humanities and Social Sciences in Medicine, Wrocław Medical University
[2] Zakład Antropologii, Uniwersytet Przyrodniczy we Wrocławiu
Department of Anthropology, Wrocław University of Environmental and Life Sciences

Author for correspondence:
Małgorzata Suchanecka
ul. Mikulicza-Radeckiego 7, 50-368 Wrocław,
e- mail: malgorzata.suchanecka@umed.wroc.pl; tel.: 717841496

Ten rozdział zawiera 1,05 arkusza wydawniczego.
The length of this chapter is 1.05 standard units of text length.

Streszczenie

Starzenie się organizmu jest procesem nieodwracalnym, modyfikowanym przez wiele różnych czynników, między innymi aktywność fizyczną oraz odżywianie. Sposób żywienia osób starszych znacząco różni się od zwyczajów żywieniowych młodszych pokoleń. Osoby po 60. roku życia mają inne zapotrzebowania pokarmowe, by utrzymać na odpowiednim poziomie zdrowie i kondycję psychofizyczną. Prawidłowe żywienie osób starszych można sprowadzić do kilku podstawowych zasad: należy urozmaicać spożywane produkty, zmniejszyć spożycie tłuszczów, cholesterolu, alkoholu, cukru oraz soli, kontrolować masę ciała i zwiększyć aktywność fizyczną, posiłki przyjmować regularnie w mniejszej liczbie, ale częściej (4–5 posiłków dziennie).

Metodą ankietową przebadano 343 osoby w wieku powyżej 60. roku życia, mieszkające w domach rodzinnych oraz we wrocławskich domach pomocy społecznej. Celem pracy była ocena sposobu żywienia osób w podeszłym wieku oraz wykrycie zależności między płcią, miejscem zamieszkania a racjonalnym modelem odżywiania.

Osoby starsze spożywają przeważnie 2-3 posiłki dziennie w regularnych odstępach czasu. Zdecydowana większość osób starszych deklaruje codzienne spożywanie produktów nabiałowych. Kobiety częściej pojadają słodycze między posiłkami. Najczęściej wybieraną przekąską są owoce i warzywa. Mężczyźni częściej deklarują codzienne spożywanie produktów mięsnych. U większości badanych zaobserwowano nadwagę.

Zachowania żywieniowe osób starszych cechują się obecnością błędów żywieniowych. Wynikają one z niewystarczającej wiedzy i przemawiają za koniecznością promowania racjonalnych metod odżywiania wśród całego społeczeństwa, a szczególnie wśród osób w podeszłym wieku.

Słowa kluczowe: odżywianie, wiek sędziwy, domy pomocy społecznej, Uniwersytet Trzeciego Wieku

Summary

The aging is an irreversible process, modified by a variety of factors, including physical activity and nutrition. Feeding the elderly is significantly different from the eating habits of younger generations. People 60 years of age have different nutritional needs to maintain an adequate level of health and physical fitness. Proper nutrition of the elderly can be reduced to a few basic rules: be eaten diversify products, reduce your intake of fats, cholesterol, alcohol, sugar and salt, weight control and increased physical activity, meals taken regularly in smaller number, but more often (4-5 meals a day).

Questionnaire method was tested 343 people over 60 years of age, living in the family home in Wrocław and nursing homes. Aim of this study was to assess the diet of the elderly, and to detect the relationship between gender, place of residence and the rational model of nutrition.

Older people usually ate 2-3 meals a day at regular intervals. The vast majority of older people declared the daily consumption of dairy products. Women were more likely process take sweets between meals. Snack of choice is fruits and vegetables. Men are more likely to declare daily consumption of meat products. The majority of observed subjects were overweight.

Eating behavior of older people are characterized by feeding errors. They result from insufficient knowledge and justified by the need to promote rational methods of nutrition among the citizens of the whole society, especially the elderly.

Key words: nutrition, old age, nursing homes, University of the Third Age

Wstęp

Starzenie jest cyklem zmian, jakie zachodzą w trakcie całego życia w organizmie człowieka, z biegiem lat prowadzącym do śmierci, która spowodowana jest osłabieniem funkcji poszczególnych układów narządów (Piotrowski, za: Jopkiewicz 2004). WHO wyróżnia trzy etapy okresu starości: 60–74 lat – wiek starzenia się lub wczesna starość, 75–89 lat – wiek starczy lub późna starość, 90 lat i więcej – wiek sędziwy inaczej długowieczność. Starzenie się organizmu to proces nieodwracalny, modyfikowany przez wiele różnorodnych czynników, działających przez całe życie. Kluczową rolę odgrywają styl życia i odżywianie, a także podatność na nałogi (Coni 1994). Dobrze skomponowane posiłki i wysiłek fizyczny, dostosowany do możliwości organizmu, pozwalają opóźnić procesy starzenia i przedłużyć życie (Arking 1991).

Na przestrzeni wieków, racjonalne żywienie było ściśle związane ze środowiskiem życia człowieka, wierzeniami religijnymi, czy przesądami (Gawęcki 1998, 2004). Sposób żywienia wiązano z żywiołami czy równowagą przyrody. Już w XI wieku panował pogląd, że w diecie należy łączyć produkty z różnych grup, które odmiennie wpływają na zdrowie człowieka. Przekonanie to utrzymywało się do XVII wieku, kiedy to francuski naukowiec Lavoisier udowodnił, że pokarm w organizmie ulega spaleniu, czemu towarzyszy wytworzenie energii. Tak więc racjonalne żywienie, musi uwzględniać dostosowanie wartości kalorycznej poszczególnych produktów odżywczych do zapotrzebowania organizmu na energię. Wieloletnie badania nad poznaniem budowy biochemicznej człowieka i jego sposobu odżywiania, dostarczyły informacji, że niezależnie od płci czy wieku, należy regularnie dostarczać organizmowi ok. 60 różnych składników odżywczych. Należą do nich: białka, węglowodany, tłuszcze, witaminy, sole mineralne, a także woda.

Współcześnie racjonalne żywienie określa się jako dokładnie przemyślany sposób odżywiania, dostosowany do indywidualnych uwarunkowań człowieka oraz zgodny z wytycznymi nauki o żywności (Gawęcki 2004). Sposób żywienia ludzi związany jest bezpośrednio z czynnikami socjoekonomicznymi, kształtującymi styl życia. Wpływa to znacząco na kształtowanie modelu żywienia, często nieprawidłowego, wynikającego z braku dostatecznych środków finansowych, czy ograniczeń pełnej sprawności fizycznej, która uniemożliwia samodzielne przygotowywanie posiłków.

Zmiany zachodzące w organizmie osób starszych, to przede wszystkim zmiany degeneracyjne. Pogarsza się stan układów wewnętrznych, jednak z zachowaniem odpowiedniej rezerwy umożliwiającej funkcjonowanie na pewnym poziomie (Ortega i in. 1997). Zmniejsza się ilość produkowanych soków trawiennych oraz śliny, co spowalnia perystaltykę jelit. Dodatkowo osłabia się mięśniówka przewodu pokarmowego, dochodzi do zmian zanikowych błon śluzowych jamy ustnej, przełyku, żołądka i jelit, powodując gorszą sprawność układu pokarmowego (Keller 2000). Pogorszeniu ulega również stan takich narządów, jak wątroba, czemu towarzyszy osłabienie jej zdolności do regeneracji oraz trzustka, co z kolei powoduje upośledzenie wydzielania zarówno enzymów trzustkowych, jak i insuliny. Zmiany związane z uzębieniem, jego utrata i konieczność noszenia protez, powodują trudności z żuciem, co również wpływa na dobór przyjmowanych pokarmów. Z wiekiem zmienia się również wrażliwość odczuwania podstawowych smaków, co spowodowane jest zmniejszeniem się liczby kubków smakowych. Proces ten rozpoczyna się między 40. a 60. rokiem życia (Matteson i McConnel 2006). Na odczuwanie smaku wpływa też powonienie. Z wiekiem dochodzi do degeneracji buławek węchowych, co również prowadzi do obniżenia łaknienia, bądź niechęci związanej z przygotowywaniem potraw.

Różnorodność problemów zdrowotnych osób w podeszłym wieku utrudnia opracowanie uniwersalnych zaleceń dotyczących dietetyki. Korzystny model żywienia osób starszych wg Roszkowskiego (2000a), można sprowadzić do kilku podstawowych zasad: należy urozmaicać spożywane produkty, zwiększyć spożycie nienasyconych kwasów tłuszczowych, skrobi i błonnika pokarmowego, a zmniejszyć spożycie tłuszczów, cholesterolu, alkoholu, cukru oraz soli. Ponadto

należy kontrolować masę ciała i zwiększyć aktywność fizyczną dostosowaną do możliwości osobnika, posiłki przyjmować regularnie, w mniejszej liczbie, ale częściej (4-5 posiłków dziennie). Te ogólne założenia należy modyfikować zależnie od stanu zdrowia oraz diety, którą wymusza dana jednostka chorobowa.

Należy również zwracać uwagę na zapotrzebowanie na energię oraz poszczególne składniki odżywcze. U osób starszych zapotrzebowanie na energię stanowi około 1,5–krotność wartości podstawowej przemiany materii, przy czym zapotrzebowanie na składniki pokarmowe, nie ulega zmianie lub podlega jej w innym tempie. Osoby w podeszłym wieku mają szczególnie duże zapotrzebowanie na witaminy: D, C, E, A i beta-karoten. Witamina D szczególnie wymaga uzupełnienia w organizmie w związku ze zmniejszeniem jej syntezy w skórze, co powodowane jest mniejszą ekspozycją na słońce (Glerup i in. 2000). Jej niedobór odgrywa główną rolę w procesie utraty masy kostnej, zwiększając podatność na złamania i ryzyko zachorowania na osteoporozę.

Właściwa dieta i stan odżywienia wpływają na zdrowie osób w podeszłym wieku oraz na jakość ich życia każdego dnia. Źle skomponowana dieta, uboga w składniki odżywcze, może wiązać się z chorobami takimi jak osteoporoza, otyłość czy nadwaga, cukrzyca typu I i II, a także z chorobami sercowo – naczyniowymi i nadciśnieniem. Zdrowy tryb życia, odpowiednia dieta i aktywność fizyczna nie powstrzymają procesu starzenia, ale mogą poprawić jakość starości. Staje się to szczególnie ważne w obecnej sytuacji demograficznej, gdzie odsetek ludzi starszych, w populacjach europejskich, wciąż rośnie. Wg badań przeprowadzonych przez Główny Urząd Statystyczny (GUS), długość trwania życia osób mieszkających w mieście, w 2013 roku, wyniosła 73,5 lat dla mężczyzn oraz 81,1 lat dla kobiet. Natomiast z prognoz GUS wynika, że do 2050 r. długość trwania życia mieszkańców polskich miast dalej będzie wzrastać, do 82,5 lat dla mężczyzn i 87,5 lat dla kobiet (GUS 2014). Błędowski (2012) zwraca uwagę na fakt, że udział mężczyzn w grupie wiekowej 65 + będzie się nieznacznie zwiększał (Jopkiewicz 2014), co oznacza mniejszą nadumieralność mężczyzn (GUS 2014). Liczebność osób w wieku 80 lat i więcej, z około 1,5 mln w 2013 r., wzrośnie ponad dwukrotnie do około 3,5 mln w 2050 r, większość (60%) będą stanowiły osoby mieszkające w miastach i w 64% będą to kobiety. W skali kraju osoby w wieku 80 + będą stanowiły w 2050 r. 10,4% ludności ogółem przy stanie 3,9 % w 2013 r. (GUS 2014).

Celem pracy była ocena sposobu żywienia osób w podeszłym wieku, mieszkających w domach rodzinnych i domach pomocy społecznej, a także wykrycie zależności między płcią, miejscem zamieszkania a racjonalnym modelem odżywiania. Badaniem zostały objęte dwie odmienne grupy osób starszych, mieszkańcy domów rodzinnych oraz DPS, które wybrano ze względu na odmiennie stosowane modele żywienia. Osoby żyjące w domach rodzinnych, decydują same, o tym co spożywają, z kolei mieszkańcy DPS, mają z góry narzucone posiłki, na które mają tylko nieznaczny wpływ. Wybór obu grup miał na celu porównanie jakości modeli żywieniowych ankietowanych.

Materiał i metody

Materiał badawczy stanowiły 343 ankiety żywieniowe pozyskane w roku 2008 od osób starszych w wieku 60–101 lat. Badaniami objęto 2 grupy osób starszych (tab. 1):

– grupa I – osoby mieszkające w domach pomocy społecznej we Wrocławiu, należących do Miejskiego Zarządu Domów Pomocy Społecznej we Wrocławiu (DPS) – 50 kobiet oraz 50 mężczyzn, w wieku 60 – 101 lat
– grupa II – osoby mieszkające w domach rodzinnych, głównie słuchacze Uniwersytetu Trzeciego Wieku we Wrocławiu, 139 kobiet oraz 104 mężczyzn w wieku 60 – 90 lat.

Tabela 1. Płeć mieszkańców Domów Pomocy Społecznej (DPS) oraz mieszkańców domów rodzinnych (słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku – UTW).
Table 1. Sex of occupants of care centres and of occupants of family houses (of listeners of the University of the Third Age - UTA).

Miejsce zamieszkania	Płeć				Łącznie	
	M		K			
	N	%	N	%	N	%
DPS	50	50,0	50	50,0	100	100,0
Domy rodzinne	104	42,8	139	57,2	243	100,0
Łącznie	154	44,9	189	55,1	343	100,0

Pytania, dotyczące sposobu odżywiania, zostały podzielone na 7 kategorii, które obejmowały:

1. Styl odżywiania;
2. Spożywanie produktów nabiałowych;
3. Spożywanie białka zwierzęcego;
4. Spożywanie warzyw i owoców;
5. Spożywanie tłuszczów;
6. Samoocena sposobu odżywiania;
7. Ocena masy ciała.

Od ankietowanych pozyskano również informacje, dotyczące poziomu wykształcenia. Okazało się, że mieszkańcy DPS we Wrocławiu w większości posiadają wykształcenie poniżej średniego (podstawowe i zawodowe) - 64%, niezależnie od płci, natomiast tylko nieznaczny odsetek osób (7%) posiada wykształcenie wyższe (tab. 2).

Wśród słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku we Wrocławiu, większość badanych, posiadała wykształcenie średnie (46,1%) lub wyższe (47,3%), zarówno w przypadku mężczyzn, jak i kobiet. Wykształcenie poniżej średniego, występowało częściej u mężczyzn (tab. 2).

Tabela 2. Poziom wykształcenia mieszkańców Domów Pomocy Społecznej (DPS) oraz mieszkańców domów rodzinnych (słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku – UTW).
Table 2. Level of education of occupants of care centres and of occupants of family houses (of listeners of the University of the Third Age - UTA).

Poziom wykształcenia	Domy Pomocy Społecznej						Domy rodzinne (UTW)					
	M		K		Łącznie		M		K		Łącznie	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
niższe niż średnie	35	69,0	29	58,0	64	64,0	12	12,0	4	3,0	16	6,6
średnie	14	28,0	15	30,0	29	29,0	42	40,0	70	50,0	112	46,1
wyższe	1	3,0	6	12,0	7	7,0	50	48,0	65	47,0	115	47,3
Łącznie	50	100,0	50	100,0	100	100,0	104	100,0	139	100,0	243	100,0

Wartości wysokości i masy ciała badanych osób posłużyły do obliczenia wskaźnika względnej masy ciała - BMI (ang. *Body Mass Index*), którego wyniki sklasyfikowano według standardów WHO i podzielono na 5 kategorii:

- niedowaga – BMI < 18,5;
- norma – 18,5 – 24,9;
- nadwaga- 25,0 – 29,9;
- otyłość I stopnia – 30,0 – 34,9;
- otyłość II stopnia – BMI > 35,0.

Analizę statystyczną przeprowadzono przy pomocy programu STATISTICA 10 PL. Zależności pomiędzy cechami nominałowymi oceniano testem zgodności χ^2 (Łomnicki 1995):

Wyniki

Zdecydowana większość ankietowanych, zarówno mężczyzn (94%), jak i kobiet (92%), mieszkających w DPS, deklarowała spożywanie 2–3 posiłków dziennie, natomiast 2–3 posiłki dziennie spożywało 47,1 % mężczyzn oraz 51,1% kobiet, mieszkających w domach rodzinnych. Mężczyźni mieszkający w domach rodzinnych (52,9%), istotnie częściej, deklarowali większą liczbę posiłków spożywanych w ciągu dnia (tab. 3).

Tabela 3. Częstość spożywanych posiłków w ciągu dnia przez mieszkańców Domów Pomocy Społecznej (DPS) oraz przez mieszkańców domów rodzinnych (słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku – UTW) w zależności od płci.

Table 3. Frequency of eaten meals in a day by occupants of care centres and by occupants of family houses (of listeners of the University of the Third Age - UTA) depending on the sex.

Liczba posiłków	Domy Pomocy Społecznej						Domy rodzinne (UTW)						Łącznie	
	M		K		Łącznie		M		K		Łącznie			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2-3 dziennie	47	94,0	46	92,0	93	93,0	49	47,1	71	51,1	120	49,4	213	62,0
4-6 dziennie	3	6,0	4	8,0	7	7,0	55	52,9	68	48,9	123	50,6	130	38,0
Łącznie	50	100,0	50	100,0	100	100,0	104	100,0	139	100,0	243	100,0	343	100,0
	χ^2=0,15362, *df*=1, *p*=0,695						χ^2=5,40734, *df*=1, *p*=0,020							

W DPS posiłki spożywane były regularnie (92% mężczyzn i 90% kobiet). W przypadku domów rodzinnych, mężczyźni istotnie częściej (88,5%) niż kobiety (72,7%), deklarowali spożywanie posiłków w równych odstępach czasu. Kobiety (27,3%) z kolei, istotnie częściej, jadły posiłki mniej regularnie niż mężczyźni (11,5%), co wiązało się z częstym sięganiem po przekąski (tab.4).

Wśród mieszkańców DPS najczęściej wybieraną przekąską były owoce i warzywa (mężczyźni 40%, kobiety 44%). Pomimo deklaracji kobiet o braku pojadania (26%), znacznie częściej niż mężczyźni, sięgały po słodycze (44%). W domach rodzinnych zarówno mężczyźni (88,5%), jak i kobiety (82%), istotnie częściej decydowały się na zdrowe przekąski w postaci warzyw i owoców. Również często wybieraną przekąską były produkty mleczne wśród mężczyzn (27,9%) oraz słodycze w przypadku kobiet (31,6%). Warto zauważyć, że w obydwu badanych grupach mężczyźni częściej niż kobiety deklarowali pojadanie pieczywa (tab.5).

Codzienne spożywanie produktów nabiałowych, istotnie częściej niż mężczyźni (38%), deklarowały kobiety (62%), mieszkające w DPS. Zarówno mężczyźni, jak i kobiety, spożywały produkty nabiałowe każdego dnia (odpowiednio 80,8% i 92,1%), przy czym kobiety istotnie częściej (tab.6).

Tabela 4. Regularność spożywanych posiłków w ciągu dnia przez mieszkańców Domów Pomocy Społecznej (DPS) oraz przez mieszkańców domów rodzinnych (słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku – UTW) w zależności od płci.
Table 4. Regularity of eaten meals in a day by occupants of care centres and by occupants of family houses (of listeners of the University of the Third Age - UTA) depending on the sex.

Reg. spoż. posiłków	Domy Pomocy Społecznej						Domy rodzinne (UTW)						Łącznie	
	M		K		Łącznie		M		K		Łącznie			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
reg.	46	92,0	45	90,0	91	91,0	92	88,5	101	72,7	193	79,4	284	82,8
niereg.	4	8,0	5	10,0	9	9,0	12	11,5	38	27,3	50	20,6	59	17,2
Łącznie	50	100,0	50	100,0	100	100,0	104	100,0	139	100,0	243	100,0	343	100,0
	χ^2=0,1221, *df*=1, *p*=0,727						χ^2=3,92228, *df*=1, *p*=0,048							

Tabela 5. Rodzaj najczęściej pojadanych produktów (przekąsek) między posiłkami w ciągu dnia przez mieszkańców Domów Pomocy Społecznej (DPS) oraz przez mieszkańców domów rodzinnych (słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku – UTW) w zależności od płci.
Table 5. Type of most often snacked products (of snacks) between meals in a day by occupants of care centres and by occupants of family houses (of listeners of the University of the Third Age - UTA) depending on the sex.

Rodzaj przekąski	Domy Pomocy Społecznej				Domy rodzinne (UTW)			
	M		K		M		K	
	N	%	N	%	N	%	N	%
owoce lub warzywa	20	40,0	22	44,0	92	88,5	114	82,0
produkty mleczne	1	2,0	3	6,0	29	27,9	25	18,0
pieczywo	6	12,0	3	6,0	18	17,3	14	10,0
słodycze	12	24,0	22	44,0	25	24,0	44	31,6
nic	7	14,0	13	26,0	2	2,0	11	8,0
	χ^2=6,33642, *df*=4, *p*=0,175				χ^2=14,60846, *df*=4, *p*=0,006			

Tabela 6. Częstość spożywania produktów nabiałowych przez mieszkańców Domów Pomocy Społecznej (DPS) oraz przez mieszkańców domów rodzinnych (słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku – UTW) w zależności od płci.
Table 6. Frequency of eating milk products by occupants of care centres and by occupants of family houses (of listeners of the University of the Third Age - UTA) depending on the sex.

Częstość	Domy Pomocy Społecznej						Domy rodzinne (UTW)						Łącznie	
	M		K		Łącznie		M		K		Łącznie			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
codziennie	19	38,0	31	62,0	50	50,0	84	80,8	128	92,1	212	87,2	262	76,4
rzadziej	31	62,0	19	38,0	50	50,0	20	19,2	11	7,9	31	12,8	81	23,6
Łącznie	50	100,0	50	100,0	100	100,0	104	100,0	139	100,0	243	100,0	343	100,0
	χ^2=5,76, *df*=1, *p*=0,016						χ^2=11,74498, *df*=1, *p*=0,001							

Większość mieszkańców domów pomocy społecznej deklarowało spożywanie białka zwierzęcego 2-3 razy w tygodniu (mężczyźni 68%, kobiety 72%). Nieco mniejszy jest był odsetek w przypadku domów rodzinnych (mężczyźni 50%, kobiety 48,2%), aczkolwiek większość mieszkańców również spożywała białko zwierzęce 2–3 razy w tygodniu. Mężczyźni (43,3%), istotnie częściej niż kobiety (38,8%), spożywali białko zwierzęce codziennie (tab.7).

Tabela 7. Częstość spożywania białka zwierzęcego przez mieszkańców Domów Pomocy Społecznej (DPS) oraz przez mieszkańców domów rodzinnych (słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku – UTW) w zależności od płci.
Table 7. Frequency of eating the animal protein by occupants of care centres and by occupants of family houses (of listeners of the University of the Third Age - UTA) depending on the sex.

Częstość	Domy Pomocy Społecznej						Domy rodzinne (UTW)						Łącznie	
	M		K		Łącznie		M		K		Łącznie			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
codziennie	13	26,0	9	18,0	22	22,0	45	43,3	54	38,8	99	40,7	121	35,3
2-3 razy w tygodniu	34	68,0	36	72,0	70	70,0	52	50,0	67	48,2	119	49,0	189	55,1
rzadziej	3	6,0	5	10,0	8	8,0	7	6,7	18	13,0	25	10,3	33	9,6
Łącznie	50	100,0	50	100,0	100	100,0	104	100,0	139	100,0	243	100,0	343	100,0
	χ^2=1,28442, *df*=2, *p*=0,526						χ^2=8,32416, *df*=2, *p*=0,016							

Ponad połowa mieszkańców DPS (60% mężczyzn, 64% kobiet) sięgała po 3 porcje warzyw i owoców w ciągu dnia. W domach rodzinnych mężczyźni istotnie częściej (56,7%), niż kobiety (44,6%), zjadali min. 3 dzienne porcje warzyw i owoców (tab.8).

Tabela 8. Spożywanie 3 porcji dziennie warzyw i owoców przez mieszkańców Domów Pomocy Społecznej (DPS) oraz przez mieszkańców domów rodzinnych (słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku – UTW) w zależności od płci.
Table 8. Eating 3 portions per day of vegetables and fruits by occupants of care centres and by occupants of family houses (of listeners of the University of the Third Age - UTA) depending on the sex.

Spoż. warzyw i owoców	Domy Pomocy Społecznej						Domy rodzinne (UTW)						Łącznie	
	M		K		Łącznie		M		K		Łącznie			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
tak	30	60,0	32	64,0	62	62,0	59	56,7	62	44,6	121	49,8	173	53,4
nie	20	40,0	18	36,0	38	38,0	45	43,3	72	55,4	122	50,2	160	46,6
Łącznie	50	100,0	50	100,0	100	100,0	104	100,0	139	100,0	243	100,0	343	100,0
	χ^2=0,16978, *df*=1, *p*=0,680						χ^2=6,25473, *df*=1, *p*=0,012							

Następnie analizowano rodzaj najczęściej spożywanych tłuszczów, wśród obu grup osób starszych. Okazało się, że mieszkańcy DPS znacznie częściej wybierali tłuszcze roślinne, przy czym kobiety (80%) częściej, niż mężczyźni (72%). Zarówno mężczyźni (78,8%), jak i kobiety (85,6%) mieszkający w domach rodzinnych, najczęściej wybierali tłuszcze roślinne, jednak odsetek mężczyzn spożywających tłuszcze zwierzęce był istotnie większy (21,1%), niż kobiet (14,4%) (tab.9).

Tabela 9. Rodzaj najczęściej spożywanych tłuszczów przez mieszkańców Domów Pomocy Społecznej (DPS) oraz przez mieszkańców domów rodzinnych (słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku – UTW) w zależności od płci.

Table 9. Kind of most often eaten fats by occupants of care centres and by occupants of family houses (of listeners of the University of the Third Age - UTA) depending on the sex.

Rodzaj tłuszczów	Domy Pomocy Społecznej						Domy rodzinne (UTW)						Łącznie	
	M		K		Łącznie		M		K		Łącznie			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
roślinny	36	72,0	40	80,0	76	76,0	82	78,8	119	85,6	201	82,7	277	80,8
zwierzęcy	14	28,0	10	20,0	24	24,0	22	21,2	20	14,4	42	17,3	66	19,2
Łącznie	50	100,0	50	100,0	100	100,0	104	100,0	139	100,0	243	100,0	343	100,0
	χ^2=0,87718, *df*=1, *p*=0,349						χ^2=6,90618, *df*=1, *p*=0,009							

Ankietowanych poproszono także o samoocenę sposobu odżywiania. Większość kobiet (82%) i mężczyzn (60%) mieszkających w DPS uważała, że odżywia się prawidłowo, przy czym mężczyźni (22%) częściej niż kobiety (10%), mieli trudności z dokonaniem oceny. Podobnie oceniali się mieszkańcy domów rodzinnych, twierdząc, że ich dieta jest prawidłowa (64,4% mężczyzn, 70,5% kobiet). Około 25% mężczyzn i kobiet, nie była w stanie dokonać samooceny sposobu odżywiania (tab.10).

Tabela 10. Samoocena sposobu odżywiania przez mieszkańców Domów Pomocy Społecznej (DPS) oraz przez mieszkańców domów rodzinnych (słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku – UTW) w zależności od płci.

Table 10. Self-assessment of the way of feeding care centres up by residents and by occupants of family houses (of listeners of the University of the Third Age - UTA) depending on the sex.

Ocena	Domy Pomocy Społecznej						Domy rodzinne (UTW)						Łącznie	
	M		K		Łącznie		M		K		Łącznie			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
prawidłowo	30	60,0	41	82,0	71	71,0	67	64,4	98	70,5	165	67,9	236	68,9
nieprawi-dłowo	9	18,0	4	8,0	13	13,0	11	10,6	10	7,2	21	8,6	34	9,9
nie potrafi ocenić	11	22,0	5	10,0	16	16,0	26	25,0	31	23,3	57	23,5	73	21,2
Łącznie	50	100,0	50	100,0	100	100,0	104	100,0	139	100,0	243	100,0	343	100,0
	χ^2=5,8773, *df*=2, *p*=0,053						χ^2=6,31046, *df*=2, *p*=0,043							

Ostatnim badanym aspektem była ocena masy ciała, określana na podstawie wskaźnika BMI. Ponad połowa kobiet (56%), mieszkających w DPS, miała masę ciała w normie, natomiast aż 46% mężczyzn miało nadwagę. U mężczyzn częściej występowała również otyłość I stopnia (20%). U mieszkańców domów rodzinnych istotnie częściej odnotowano występowanie nadwagi zarówno u 62,5% mężczyzn jak i u 48,2% kobiet. Wysoki odsetek kobiet z prawidłową masą ciała (41,7%) oraz większa liczba mężczyzn z otyłością I stopnia (15,4%), również wykazuje istotną statystycznie zależność (tab. 11).

Tabela 11. Wartość wskaźnika BMI u mieszkańców Domów Pomocy Społecznej (DPS) oraz przez mieszkańców domów rodzinnych (słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku – UTW) w zależności od płci.

Table 11. Value of the BMI indicator at occupants of care centres and by occupants of family houses (of listeners of the University of the Third Age - UTA) depending on the sex.

BMI	Domy Pomocy Społecznej						Domy rodzinne (UTW)						Łącznie	
	M		K		Łącznie		M		K		Łącznie			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
norma	17	34,0	28	56,0	45	45,0	23	22,1	58	41,7	81	33,3	126	36,7
nadwaga	23	46,0	17	34,0	40	40,0	65	62,5	67	48,2	132	54,3	172	50,1
otyłość I stopnia	10	20,0	5	10,0	15	15,0	16	15,4	14	10,1	30	12,3	45	13,2
Łącznie	50	100,0	50	100,0	100	100,0	104	100,0	139	100,0	243	100,0	343	100,0
	χ^2=5,25554, *df*=2, *p*=0,072						χ^2=15,2871, *df*=2, *p*=0,001							

Dyskusja

Wielu autorów podejmuje badania związane z żywieniem osób starszych (Roszkowski i Brzozowska 1994; Ortega 1997; Keller 2000; Roszkowski 2000a, 2000b; Gawęcki 2004; Gacek 2008; Biernat i Wyka 2011; Skop-Lewandowska i in. 2012). Wyniki badań dotyczących prawidłowego sposobu odżywiania się osób starszych, wykazują różnice żywieniowe w obrębie płci. Na zachowania żywieniowe wpływają także takie czynniki jak: wiek, sytuacja socjoekonomiczna, osobowość, miejsce zamieszkania oraz czynniki kulturowe (Narojek 1993; Chalczarz i in. 2000; Cisek i in. 2004; Harton i in. 2004; Rurik 2006).

By zachować optymalny stan zdrowia należy dostarczyć właściwe, dopasowane do indywidualnych potrzeb składniki odżywcze oraz odpowiednią ilość energii z uwzględnieniem zasad profilaktyki schorzeń żywieniowozależnych. Błędy żywieniowe lub choroby, mogą powodować zaburzenia stanu odżywiania, które wynikają z nadmiaru lub niedoboru energii i innych ważnych składników pokarmowych (Biernat i Wyka 2011).

Badania Lairona (2003) dowodzą, że częstsze spożywanie posiłków o mniejszej objętości, ma pozytywny wpływ na metabolizm. Osoby spożywające 1–2 posiłków dziennie, miały wyższe stężenie cholesterolu LDL w organizmie, niż osoby, które charakteryzował co najmniej 4–posiłkowy model żywienia.

Z badań własnych wynika, że zdecydowana większość ankietowanych, mieszkających w domach pomocy społecznej, zarówno mężczyzn jak i kobiet, deklaruje spożywanie 2–3 posiłków dziennie (tab.3), podczas gdy zalecana liczba posiłków, dla osób starszych, to 4 i więcej. Kobiety mieszkające w domach rodzinnych częściej zjadają 2–3 posiłki dziennie, z kolei mężczyźni 4–6 posiłków (tab.3). Zbliżone wyniki badań uzyskała Chwojnowska i in. (1993), ponad połowa kobiet i mężczyzn, mieszkających w Warszawie, zadeklarowała 3 – posiłkowy model żywienia. Badania Dudy (2003) nad zwyczajami żywieniowymi osób starszych, mieszkających w Poznaniu, wykazały podobne zależności. Mieszkańcy krakowskich domów opieki społecznej najczęściej spożywają 3 lub 4 posiłki dziennie (70%) (Skop, Kolarczyk 2005), podobnie mieszkańcy domów pomocy w Kraśniku. Większość domów opieki zapewnia osobom dorosłym 3 posiłki dziennie, co nie jest zgodne z prawidłowym 4–5 posiłkowym modelem żywienia, szczególnie dzieci i osób starszych. Potwierdzają to wyniki badań tarnowskich DPS, gdzie tylko jeden spośród trzech ośrodków, zapewniał

4 posiłki dziennie (pozostałe DPS – 3 posiłki dziennie) (Piórecka i in. 2004).

Najczęściej u osób starszych spotyka się 3 posiłkowy model żywienia. Badania wykazują, iż wraz z wiekiem, zmniejsza się średnia liczba posiłków w ciągu dnia. Osoby po 75. roku życia spożywają zazwyczaj 1–3 posiłków dziennie (Charzewska i in. 2003).

Z przeprowadzonych przez Dudę (2003) badań wynika, że niemal 75% respondentów, z nieznaczną przewagą mężczyzn, spożywa regularne posiłki. Analiza własna wykazała, że większość mieszkańców DPS i domów rodzinnych jada posiłki regularnie (tab.4). U mieszkańców DPS odsetek jedzących regularnie sięga 91%, podczas gdy w domach rodzinnych 72,7%. Różnica wynika z faktu, iż mieszkańcy domów pomocy społecznej mają określone, stałe godziny wydawania posiłków.

Ponad połowa ankietowanych starszych mieszkańców Poznania (64% mężczyzn i 55% kobiet) pojadała między posiłkami (Duda 2003). Podobne wyniki uzyskano badając mieszkańców Warszawy, którzy w 2/3 deklarowali spożywanie przekąsek między posiłkami głównymi (Gabrowska i Spodaryk 2003; Kołłajtis-Dołowy, Tyska 2004). Z przeprowadzonych badań wynika, że zdecydowana większość mieszkańców Wrocławia pojada między posiłkami (tab.5). Mieszkańcy Warszawy najchętniej pojadają warzywa i owoce, produkty mleczne oraz słodycze. Również największy odsetek osób z Wrocławia, mieszkających w domach rodzinnych, deklarował pojadanie owoców i warzyw, nabiału i słodyczy. Z kolei mieszkańcy DPS preferowali owoce, warzywa oraz słodycze (tab. 5).

Mleko i jego przetwory są głównym źródłem wapnia dla populacji polskiej, w tym także dla osób starszych. Niewielkie ilości wapnia znajdują się również w rybach, roślinach strączkowych i zielonych warzywach. Niestety częstym powodem, dla którego mleko spożywane jest w mniejszych ilościach, są zawarte w nim tłuszcze, które jak powszechnie wiadomo, sprzyjają rozwojowi chorób układu krążenia (Skop-Lewandowska 2012).

Badania wykazują, iż kobiety częściej niż mężczyźni, spożywają mleko i produkty nabiałowe (Duda 2003). Również w badaniach własnych wykazano podobną, istotnie statystyczną zależność. W domach pomocy społecznej tylko 38% mężczyzn i 62% kobiet deklaruje codzienne spożywanie produktów mlecznych, natomiast w domach rodzinnych aż 80,8% mężczyzn i 92,1% kobiet (tab. 6).

Największy odsetek osób starszych z Poznania deklaruje spożycie białka zwierzęcego 3 razy w tygodniu, przy czym mężczyźni częściej niż kobiety (Duda 2003). Również badania prowadzone w ramach programu SENECA, wykazują podobną zależność, w częstości spożywania pokarmów mięsnych przez mężczyzn (Roszkowski, Brzozowska 1994). Zbliżone wyniki uzyskano w badaniach własnych, gdzie osoby starsze najczęściej spożywają białko zwierzęce 2–3 razy w tygodniu, niemniej jednak to właśnie mężczyźni częściej deklarują spożywanie produktów mięsnych codziennie (DPS – 26%, domy rodzinne – 43,3%) (tab.7).

Według Wądołowskiej i in. (2002) powinno się spożywać dziennie 3–4 porcje warzyw i owoców. Jak wynika z badań Wierzbickiej i in. (1997) mężczyźni, zarówno mieszkańcy domów rodzinnych i DPS, częściej stosują się do powyższych zaleceń. Analiza własna wykazała, że w przypadku mieszkańców domów rodzinnych zależność ta jest podobna, gdyż ponad połowa (56,7%) mężczyzn jada warzywa i owoce minimum 3 razy dziennie. Z kolei w DPS, to kobiety częściej (64%) niż mężczyźni (60%), stosują się do optymalnego spożycia warzyw i owoców (tab. 8).

Kobiety znacznie częściej niż mężczyźni, spożywają tłuszcze roślinne, które wpływają korzystnie na organizm (Cieślik i in. 2003; Wajszczyk i in. 2003). Z przeprowadzonej analizy wynika, że 80% kobiet, mieszkających w DPS oraz 85,6% kobiet mieszkających w domach rodzinnych, deklaruje częstsze spożywanie tłuszczów roślinnych. Mężczyźni w obu grupach znacznie chętniej sięgają po tłuszcze zwierzęce (tab. 9).

Obecnie najczęściej, do oceny stopnia nadmiaru lub niedoboru masy ciała, w stosunku do jego wysokości, stosuje się wskaźnik BMI (Burdukiewicz i Janusz 2000). WHO w 1997 roku, uznała otyłość za epidemię XXI wieku, ponieważ prowadzi ona do zagrożenia zdrowia publicznego ludności całego świata, ze względu na duży związek z zachorowalnością na choroby przewlekłe takie jak: cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, miażdżyca czy choroba wieńcowa (Żaczek i Dobrowolska 2008).

Badania starszych mieszkańców Krakowa wykazały, że mężczyźni mają częściej wyższe BMI (25 – 29,9, nadwaga), niż kobiety (Piórecka i Międzybrodzka 2002). Tendencję do nadwagi u osób starszych potwierdziło wielu badaczy (Kołłajtis–Dołowy i in. 2000; Tomali i Waluszek 1999). Podobne wyniki uzyskano badając mieszkańców Wrocławia. Tu również mężczyźni stanowili grupę osób z tendencją do nadwagi, a także otyłości I stopnia (tab. 11). U 56% kobiet z DPS i 41,7% kobiety z domów rodzinnych odnotowano normalną masę ciała (BMI 18,5 – 24,9).

Interesującym jest fakt, iż większość badanych mieszkańców Wrocławia, ocenia swój sposób odżywiania jako prawidłowy (71% mieszkańcy DPS, 67,9% mieszkańcy domów rodzinnych). Wyniki obiektywnego miernika stanu odżywienia, jakim jest BMI, nie potwierdzają tej subiektywnej oceny, deklarowanej przez badanych. Może się to wiązać z brakiem wiedzy, dotyczącej prawidłowego odżywiania, w tym także częstości i ilości spożywanych posiłków oraz jakości wybieranych produktów. Na nieprawidłowy model żywienia wpływają także błędne nawyki żywieniowe osób starszych, utrwalone w ciągu całego życia.

Wyniki przeprowadzonych badań własnych, okazały się w większości zgodne, z wynikami innych autorów. Zachowania żywieniowe osób starszych cechują się obecnością błędów żywieniowych. Błędy te wynikają z niewystarczającej wiedzy, przemawiają za koniecznością promowania oraz wdrażania racjonalnych metod odżywiania, wśród całego społeczeństwa, a szczególnie osób w podeszłym wieku (Skop – Lewandowska i in. 2012). Wzrost potencjału zdrowotnego i właściwa profilaktyka chorób przewlekłych, przyczyniają się do poprawy jakości życia, zgodnej z założeniami Narodowego Programu Zdrowia (Gacek 2008).

Dalsze badania nad zwyczajami żywieniowymi osób starszych powinny być kontynuowane, ze względu na stale rosnącą liczbę osób starszych w społeczeństwie. Opracowanie właściwego modelu żywienia osób starszych, może przyczynić się do zmniejszenia ryzyka wystąpienia dietozależnych przewlekłych chorób degeneracyjnych (Roszkowski 2000b). Instytucje takie jak, Uniwersytety Trzeciego Wieku, czy też różnego rodzaju domy opieki powinny być zobowiązane do propagowania wiedzy dotyczącej zachowań prozdrowotnych osób starszych (Kozieł i in. 2008).

Podsumowanie

1. Osoby starsze spożywały przeważnie 2-3 posiłki dziennie w regularnych odstępach czasu (tab. 3 i 4)
2. Kobiety częściej deklarowały brak pojadania między posiłkami, aczkolwiek pojadały więcej słodyczy niż mężczyźni. Najczęściej wybieraną przekąską były owoce i warzywa (tab. 5).
3. Zdecydowana większość osób starszych, deklarowała codzienne spożywanie produktów mlecznych, jednak odsetek kobiet był większy (tab. 6).
4. Osoby starsze najczęściej spożywały białko zwierzęce 2–3 razy w tygodniu, mężczyźni częściej deklarowali spożywanie produktów mięsnych codziennie (tab. 7).
5. Większość osób starszych spożywała warzywa i owoce 3 razy dziennie (tab. 8).
6. W diecie ankietowanych dominowały tłuszcze roślinne, przy czym kobiety spożywały je częściej (tab. 9).
7. Większość respondentów, a szczególnie kobiet, uważała, że odżywia się w prawidłowy sposób, przy czym mężczyźni częściej nie potrafili dokonać samooceny (tab. 10).
8. Prawidłową masę ciała częściej odnotowano u kobiet, z kolei nadwaga i otyłość występowały znacznie częściej u mężczyzn (tab. 11).

Wnioski

Badania dotyczące sposobu żywienia osób w podeszłym wieku powinny być kontynuowane, ze względu na postępujący proces starzenia się społeczeństwa. Należy poprawiać jakość życia i sposób

odżywiania osób starszych, poprzez promocję zdrowego stylu życia oraz wdrażanie racjonalnego modelu odżywiania. Jest to szczególnie ważne w różnego rodzaju jednostkach, w których podopieczni nie mają znaczącego wpływu na to co i kiedy jedzą, co prowadzi do występowania licznych błędów żywieniowych. Dlatego warto powtórzyć badania po np. dziesięciu latach i porównać wyniki.

Piśmiennictwo

1. Arking R. 1991. *Health, illness and disability in later life; Practice issues and interventions*, Newbury Park.
2. Biernat J, Wyka J. 2011. Stan odżywienia w aspekcie stanu zdrowia. *Nowiny Lekarskie* **80 (3)**: 209-12.
3. Błędowski P. 2012. Starzenie się jako problem społeczny. Perspektywy demograficznego starzenia się ludności Polski do roku 2035. [w:] *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Mossakowska M, Więcek A, Błędowski P (red.). Wydawnictwo Medyczne Termedia: Poznań; 11-23.
4. Burdukiewicz A, Janusz A. 2000. O kryteriach oceny nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży. [w:] *Auksologia a promocja zdrowia*, Jopkiewicz A (red.) Kieleckie Towarzystwo Naukowe: Kielce; 207-20.
5. Chalczarz W, Radzimirska - Graczyk M, Spochacz E. 2000. Ocena preferencji pokarmowych ludzi w wieku podeszłym mieszkających w domach pomocy społecznej. *Nowa Medycyna* **12**: 99-101.
6. Charzewska J, Jajszczyk B, Chabrom E, Roglaska - Niedźwiedź M, Chojnowska Z. 2003. Aspekty zdrowotne częstości spożywania posiłków - nowe spojrzenie na tradycyjne zwyczaje. *Żywienie Człowieka i Metabolizm* **1/2**: 68-75.
7. Chwojnowska Z, Charzewska J, Rogalska - Niedźwiedź M, Chabrom E, Wajszczyk B, Ziemiński S. 1993. Ocena sposobu żywienia 70- letnich mieszkańców wybranej dzielnicy warszawskiej. *Żywienie Człowieka i Metabolizm* **3**: 189-200.
8. Cieślik E, Filipiak - Forkiewicz A, Pałasiński J. 2003. Zwyczaje żywieniowe w zakresie spożycia tłuszczów. *Żywienie Człowieka i Metabolizm* **1/2**: 314-8.
9. Cisek M, Gniadek A, Richter B, i wsp. 2004. Społeczno - kulturowe uwarunkowania zachowań zdrowotnych w rodzinie. *Annales UMCS* 59, **14 (68)**: 360-4.
10. Coni N, Davison W, Webster S. 1994. *Starzenie się*. PWN: Warszawa.
11. Duda G. 2003. Zwyczaje żywieniowe a stan zdrowia i odżywienia osób w wieku podeszłym. *Bromatologia Chemiczna i Toksykologia* **36**: 243-8.
12. Gabrowska E, Spodaryk M. 2003. Społeczno - ekonomiczne uwarunkowania zachowań żywieniowych starszych mieszkańców Krakowa. *Gerontologia Polska* **11**: 35–7.
13. Gacek M. 2008. Zachowania żywieniowe grupy osób starszych zamieszkałych w Polsce i Niemczech. *Problemy Higieny i Epidemiologii* **89 (3)**: 401-6.
14. Gawęcki J. 1998. Żywienie a zwyczaje kulturowe. [w:] *Żywienie człowieka. Podstawy nauki o żywieniu*, Gawęcki J, Hryniewiecki L (red.). PWN: Warszawa, 438-42.
15. Gawęcki J, Mossor-Pietraszewska T. 2004. Kompendium wiedzy o żywności, żywieniu i zdrowiu. PWN: Warszawa.
16. Glerup H, Mikkelesen K, Poulsen L. 2000. Commonly recommended daily intake of vitamin D is not sufficient if sunlight exposure is limited. *Journal Medicine* **247**: 260-8.
17. GUS, Departament Badań Demograficznych i Rynku Pracy. 2014. *Prognoza ludności na lata 2014-2050*, Warszawa.
18. Harton A, Pilska M, Narojek L, 2004. Sposób żywienia a cechy osobowości mężczyzn z niedokrwienną chorobą serca. [w:] *Fizjologiczne uwarunkowania postępowania dietetycznego*. Wyd. SGGW: Warszawa; 527-32.

19. Jopkiewicz A. 2004. Przejawy procesu starzenia- regres i inwolucja sprawności motorycznej człowieka. [w:] *Auksologia a promocja zdrowia*, Jopkiewicz A (red.). Kieleckie Towarzystwo Naukowe: Kielce; 295-306.
20. Jopkiewicz A. 2014. Samoocena zdrowia, jakości życia i zaradności życiowej osób starszych. *Rocznik lubuski* **40 (2)**: 261-73.
21. Keller JS. 2000. *Podstawy fizjologii żywienia człowieka*. Wyd. SGGW: Warszawa.
22. Kołłajtis - Dołowy A, Roszkowski W, Moranowska I, Brzozowska E. 2000. Potrzeby oraz propozycje zmian sposobu żywienia osób starszych. *Żywienie Człowieka i Metabolizm* **1**: 92–101.
23. Kołłajtis - Dołowy A, Tyska M. 2004. Świadomość żywieniowa ludzi starszych w relacji do ich postaw i zachowań żywieniowych. *Żywienie człowieka i metabolizm* **1**: 3–17.
24. Kozieł D, Kaczmarczyk M, Naszydłowska E, Gałuszka R. 2008. Wpływ kształcenia w Uniwersytecie Trzeciego Wieku na zachowania zdrowotne ludzi straszych. *Studia Medyczne* **12**: 23–8.
25. Lairon D. 2003. *Eating frequency and lipid metabolism, About eating frequency*. Expert Meeting Abstract Book: France.
26. Łomnicki A, 1995. *Wprowadzenie do statystyki dla przyrodników*. Wydawnictwo naukowe PWN: Warszawa.
27. Matteson MA, McConnell ES. 2006. *Gerontological nursing: Concepts and practice*. Saunders: Philadelphia.
28. Mazur J, Małkowska-Szkutnik A. 2011. *Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny*. Warszawa.
29. Narojek L. 1993. *Niektóre aspekty uwarunkowań zachowań żywieniowych*. Instytut Żywności i Żywienia: Warszawa.
30. Ortega RM, Requejo AM., Anders P. 1997. Dietary intake and cognitive function in a group of elderly people. *Journal Clinical Nutrition* **66**: 803-9.
31. Piórecka B, Międzybrodzka A. 2002. Ocena sposobu żywienia i stanu odżywiania osób starszych zamieszkałych w Krakowie. *Nowiny Lekarskie* **4/5**: 249-54.
32. Piórecka B, Szczerbińska K, Schlegel - Zawadzka M. 2004. Realizacja zaleceń żywieniowych dla osób starszych na przykładzie pensjonariuszy wybranych domów pomocy społecznej w powiecie tarnowskim. *Polska Medycyna Rodzinna* **1**: 142-6.
33. Roszkowski W. 2000a. Żywienie osób starszych. [w:] *Żywienie człowieka chorego i zdrowego*, Hasik J, Gawęcki J (red.). PWN: Warszawa, 86-94.
34. Roszkowski W. 2000b. Żywienie osób starszych. [w:] *Żywienie człowieka. Podstawy nauki o żywieniu*, Hasik J, Gawęcki J (red.). PWN: Warszawa.
35. Roszkowski W, Brzozowska A. 1994. Ocena sposobu żywienia i stanu odżywienia ludzi starszych w Europie - projekt badawczy SENECA cz. II. Ocena sposobu żywienia. *Żywienie Człowieka I Metabolizm* I, **21**: 35-48.
36. Rurik I. 2006. Nutritional differences between elderly men and women. Primary care evaluation in Hungary. *Annals of Nutrition and Metabolism* **50 (1)**: 45- 50.
37. Skop A, Kolarczyk E. 2005. Ocena sposobu żywienia i stanu zdrowia starszych mieszkańców domów pomocy społecznej. *Nowiny Lekarskie* **4**: 480-3.
38. Skop - Lewandowska A, Ostachowska - Gąsior A, Kolarzyk E. 2012. Żywieniowe czynniki ryzyka osteoporozy u osób w podeszłym wieku. *Gerontologia Polska* **20 (2)**: 53-8.
39. Tomalik D, Waluszek I. 1999. Ocena sposobu żywienia i odżywiania ludzi w wieku podeszłym **19**: 187-91.
40. Wajszczyk B, Chwojnowska Z, Roglaska - Niedźwiedź M, Charzewska J, Chabrom E, Kokosa J. 2003. Sposób żywienia kobiet w wieku około menopauzalnym i pomenopauzalnym. *Żywienie Człowieka i Metabolizm* **1/2**: 372- 6.

41. Wądłowska L, Cichoń R, Słowińska M, Waluś A. 2002. Realizacja zaleceń piramidy prawidłowego żywienia oraz spożycie produktów mlecznych przez osoby starsze. *Żywienie Człowieka i Metabolizm* **1/2**: 43-55.
42. Wierzbicka E, Brzozowska A, Roszkowski W.1997. Sposób żywienia oraz stan odżywienia ludzi starszych w Polsce w świetle danych z piśmiennictwa z lat 1980-1996. *Roczniki Państwowego Zakładu Higieny* 48, **1**: 87-102.
43. Żaczek R, Dobrowolska B. 2008. Profilaktyka nadwagi i otyłości w populacji wieku rozwojowego. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego **3**: 258-61.

CHARACTERIZATION AND DETERMINANTS OF SEASONALITY OF DEATHS IN POLAND: A BIODEMOGRAPHIC APPROACH

CHARAKTERYSTYKA I UWARUNKOWANIA ZJAWISKA SEZONOWOŚCI ZGONÓW W POLSCE W UJĘCIU BIODEMOGRAFICZNYM

Piotr Chmielewski[1], Krzysztof Borysławski[2]

[1] Department of Anatomy, Faculty of Medicine, Wrocław Medical University
[2] Department of Anthropology, Institute of Biology, Wrocław University of Environmental and Life Sciences

Author for correspondence:
Piotr Chmielewski
ul. Chałubińskiego 6a, 50-368 Wrocław, Poland
e-mail: piotr.chmielewski@umed.wroc.pl; phone: +48 717841345; fax: +48 717840079

Ten rozdział zawiera 0,74 arkusza wydawniczego.
The length of this chapter is 0.74 standard units of text length.

Summary

Seasonality of deaths is an interesting and important issue which has received less attention recently in the domestic anthropological and gerontological literature. The aim of this work was to describe the seasonal pattern of mortality in Poland in the years 2004-2008 with special reference to its possible causes and plausible explanations. The study considers both climatic and social factors. On the basis of the analysis of archive data from the national database at the ministry of Interior and Administration in Warsaw, which concerned all adult deaths in Poland in the years 2004-2008 (845159 adult individuals, including 480493 men and 364666 women), the general character, strength and main determinants of this phenomenon were established using standard moving average, chi-square test, and regression analysis. The patterns depended on the interplay between biological and social determinants acting within a complex network of interrelationships but the significance of the components was unequal. Key factors which had to be taken into account were: age, gender, causes of death, climatic and meteorological conditions, and socioeconomic status. For example, socioeconomic status is negatively correlated with the risk of death due to seasonal causes. The variation in suicide incidence as well as non-intended injury (accidents) seem to be a matter of secondary importance which does not play a pivotal role in the determination of the phenomenon under discussion. Subjects with greater ecosensitivity, especially the youngest and the oldest individuals, were more susceptible and vulnerable to negative health outcomes due to seasonal factors such as heavy frost or infectious diseases in the winter and heat waves during the summer. It should be stressed that lower socioeconomic status can easily aggravate these predispositions. By and large, the lowest rate of mortality occurred in the first months and tended to increase in the consecutive months of the year. In both sexes, the highest number of deaths was observed at the end of the year, particularly in December and in the autumn and winter season.

Key words: lifespan, longevity, mortality, seasonal variations, fluctuations

Streszczenie

Sezonowość zgonów jest interesującym i ważnym zagadnieniem, któremu w ostatnim czasie nie poświęcano wystarczająco dużo uwagi w krajowym piśmiennictwie antropologicznym i gerontologicznym. Celem niniejszej pracy było scharakteryzowanie sezonowych zmian dotyczących rocznych fluktuacji umieralności w Polsce w latach 2004-2008, ze szczególnym uwzględnieniem możliwych ich przyczyn, zarówno klimatycznych, jak również społecznych. Na podstawie analizy danych archiwalnych MSWiA w Warszawie dotyczących wszystkich zgonów osób dorosłych w Polsce w latach 2004-2008 (845159 osób, w tym 480493 mężczyzn i 364666 kobiet), przy wykorzystaniu testów chi kwadrat, analizy regresji i wyznaczeniu średniej ruchomej, określono ogólny charakter, siłę oraz ważniejsze uwarunkowania zjawiska sezonowości zgonów w populacji polskiej. Wzorce sezonowych fluktuacji liczby zgonów zależały od współoddziaływania różnych determinantów w obrębie złożonej sieci uwarunkowań biologicznych i społecznych, przy czym znaczenie określonych czynników było istotnie zróżnicowane. W analizie należało uwzględnić przede wszystkim takie czynniki jak: wiek, płeć, przyczynę zgonu, ale także warunki klimatyczne i meteorologiczne oraz status społeczno-ekonomiczny, który jest ujemnie skorelowany z ryzykiem śmierci dającej się przypisać zmiennemu sezonowo czynnikowi. Zmienność liczby samobójstw czy wypadków w ciągu roku ma zwykle drugorzędne znaczenie i wydaje się, że nie odgrywa w determinacji omawianego zjawiska większej roli. Osoby o zwiększonej ekosensytywności, a szczególnie najstarsze i najmłodsze, były bardziej podatne na wystąpienie śmierci związanej z porą roku, tak więc ryzyko zgonu zimą (mrozy, choroby infekcyjne) oraz latem (upały) było u nich większe. Należy pokreślić, iż niższy status społeczno-ekonomiczny może dodatkowo nasilać te współzależności. Ogólnie najmniej zgonów przypadało na początek roku, a następnie liczba ta sukcesywnie rosła. Najwięcej zgonów zaobserwowano u obu płci pod koniec roku, a zwłaszcza w grudniu i w okresie jesienno-zimowym.

Słowa kluczowe: długość życia, długowieczność, umieralność, zmienność sezonowa, fluktuacje

Introduction

The natural phenomenon of regular, recurring, and predictable changes in values of quantitative biological traits according to the time of the year have been well recognized by the scientific community from time immemorial. The belief that the seasons of the year vary considerably in respect of effects on human physical and mental health was espoused by some ancient Chinese physicians and Hippocrates (Rau 2007; Partonen and Pandi-Perumal 2010). The effects of changes in light and seasons on morphological, physiological and behavioural traits in humans can be considered in both ontogenetic and phylogenetic dimensions. Seasonal variation is normally defined as cyclic and repetitive changes in values of quantitative traits over a given period of time (a week, a month, a year, a decade etc.), which eventuate from the dynamic interplay among genotype, phenotype, and environmental factors. In human biology, however, the understanding of such periodic variation is demarcated by the definition of Huss-Ashmore (1988), according to which the phenomenon of seasonality consists in regular and recurring intra-annual fluctuations. It is noteworthy that both the biological systems and the environment may undergo such seasonal fluctuations (Ulijaszek and Strickland 1993).

Seasonal variation can be either regular or semi-regular because a seasonal pattern, that is a pattern in health outcomes or exposure that increases and then decreases with some regularity, does not have to be perfectly regular in its timing, duration, or shape (Barnett and Dobson 2010). It should be stressed that the size, timing, duration, and also shape of the seasonal pattern can change over time. Typical examples are the number of deaths from cardiovascular disease, which tends to be sinusoidal in its shape, and the influenza season which follows a less sinusoidal pattern. Although the problem of seasonal changes in morbidity and mortality rate in a given population is an intriguing and complex phenomenon, it has received little attention in the domestic anthropological literature. Furthermore, seasonal changes in biodemographic variables are rarely of central importance in contemporary population studies. Nevertheless, this complex and intricately determined problem should be considered carefully in its many aspects which are directly relevant to the determination of seasonal fluctuations, inter-individual variation in exposure as well as later health outcomes and other consequences. Lower socioeconomic status, for instance, can easily aggravate the vulnerability and susceptibility to various detrimental factors. Age is also a key factor which plays an important role in these relationships. Therefore, adverse circumstances may increase the proneness to seasonal illness and thus can eventually lead to earlier deaths.

It is well known that numerous demographic indicators of the population, such as births, deaths, and marriages, are subject to annual fluctuations (Rau 2007). However, seasonal fluctuations in mortality in Poland are rarely the center of attention in current biodemographic and epidemiological studies, although seasonal patterns of mortality have been well described in the past investigations. This work was aimed at assessing the seasonal variation in mortality in Poland in the years 2004-2008 with special reference to its possible causes and plausible explanations. Both climatic and socioeconomic factors were discussed.

Materials and methods

The material was obtained from the national database at the Ministry of Interior and Administration in Warsaw, Poland, and concerned all adult deaths in our country. Raw data on exact dates of death were available from 845159 subjects, including 480493 men (nearly 57%) and 364666 women (over 43%), who died in the years 2004-2008. Causes of death were established on the basis of death certificates (Fig. 1). The normality of the analyzed data on lifespan distribution was assessed using the chi-square test of goodness of fit for the normal distribution. The coefficient of skewness (A) defined as the quotient of the third-order central moment and the third power of the standard deviation (SD) was calculated. The sample was divided into fifteen birth cohorts (Table 1).

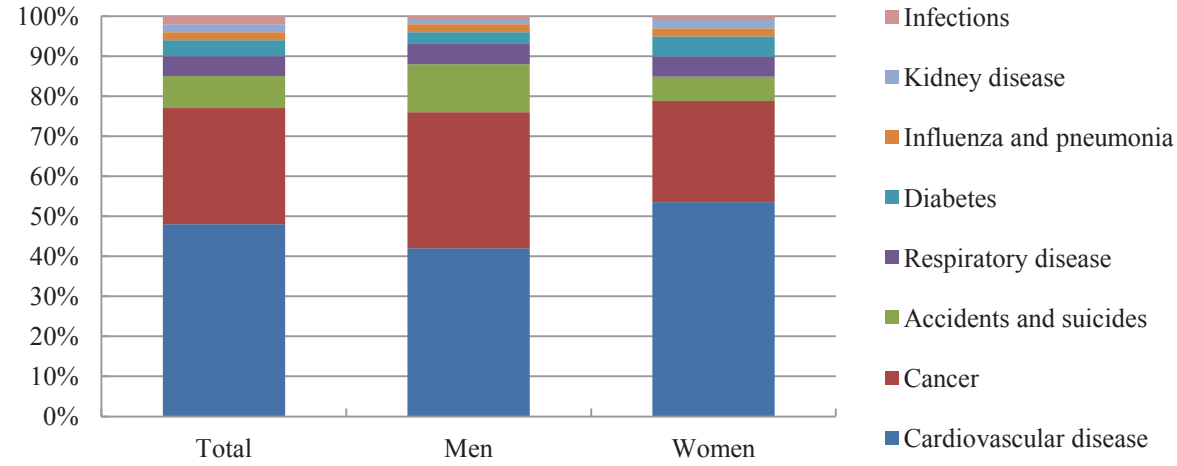


Figure 1. Main causes of deaths of the subjects from the Polish population in the years 2004-2008, established on the basis of death certificates and shown in total, by sex, and for all ages.

Table 1. Number of subjects in the consecutive birth cohorts for both sexes.

Birth cohort	Number (*N*)		
	Men	Women	Total
1896 - 1910	1762	5017	6779
1911 - 1915	8023	18557	26580
1916 - 1920	19989	34861	54850
1921 - 1925	51588	71157	122745
1926 - 1930	73138	70924	144062
1931 - 1935	73350	51055	124405
1936 - 1940	59876	33827	93703
1941 - 1945	41720	21094	62814
1946 - 1950	49156	22940	72096
1951 - 1955	40661	16150	56811
1956 - 1960	27135	9431	36566
1961 - 1965	13890	4299	18189
1966 - 1970	8634	2344	10978
1971 - 1975	6510	1684	8194
1976 - 1980	5061	1326	6387
Total	480493	364666	845159

To determine the character, strength and main determinants of seasonality of death in the studied population, moving average, chi-square test, and regression analysis were employed. The standard moving average (MA) was calculated as follows:

$$MA = \frac{12NDm}{\sum_{i=m-6}^{i=m+5} ND} \text{ x } 100,$$

where *NDm* stands for absolute number of deaths in a given month (*m*). The method of least squares was used and a given function of regression was confirmed as the best fitting model only when

a coefficient of determination (R^2) reached the highest value and an unknown parameter (β_0) along with a coefficient of regression (β_1) were statistically significant (p) at the level of 0.05. For the purpose of the study, five types of regression functions were tested: (1) linear function, $y = \beta_1 x + \beta_0$, (2) logarithmic function, $y = \beta_1 ln(x) + \beta_0$, (3) polynomial function, $y = \beta_1 x^2 + \beta_2 x + \beta_0$, (4) exponential function type I, $y = \beta_1 x^a$, (5) exponential function type II, $y = \beta_1 e^{a(x)}$, where an independent variable is designated by (x), a dependant variable is described by (y), (β_2) stands for the second coefficient of regression, (a) represents the exponent, and (e) denotes the base of the natural logarithm.

Results

Lifespan distribution of the deceased was normal (chi-square test of goodness of fit for the normal distribution, A = -0.520, $Kurt$ = -0.15 for men; A = -0.824, $Kurt$ = 0.597 for women). Men had significantly lower age at death than women (mean ± SD, 67.9±13.8 years for men; 75.0±12.7 years for women, ANOVA, F= 1.19, p<0.001). In both sexes, there were significant seasonal fluctuations in number of deaths in each analyzed cohort (chi-square tests, p<0.05). Regardless of the cause of death, in each cohort more people died in the winter months than in the summer months. In the first three cohorts of men and women (1896-1910, 1911-1915, 1916-1920), a similar pattern of seasonality was observed (Figs. 2 and 3, respectively for both sexes), which consisted in two distinct peaks during the year. The first one occurred in the springtime (particularly in March and April), while the second one was observed in the autumn and winter months (mostly in December but also at the beginning of the year). In older people, all-cause mortality increased during these periods by around 25-30%, which could be attributed to elevated risk of cardiovascular disease and infectious diseases such as influenza and its complications. In warmer months (in June and generally shortly before and after July), the rate of mortality reached its trough.

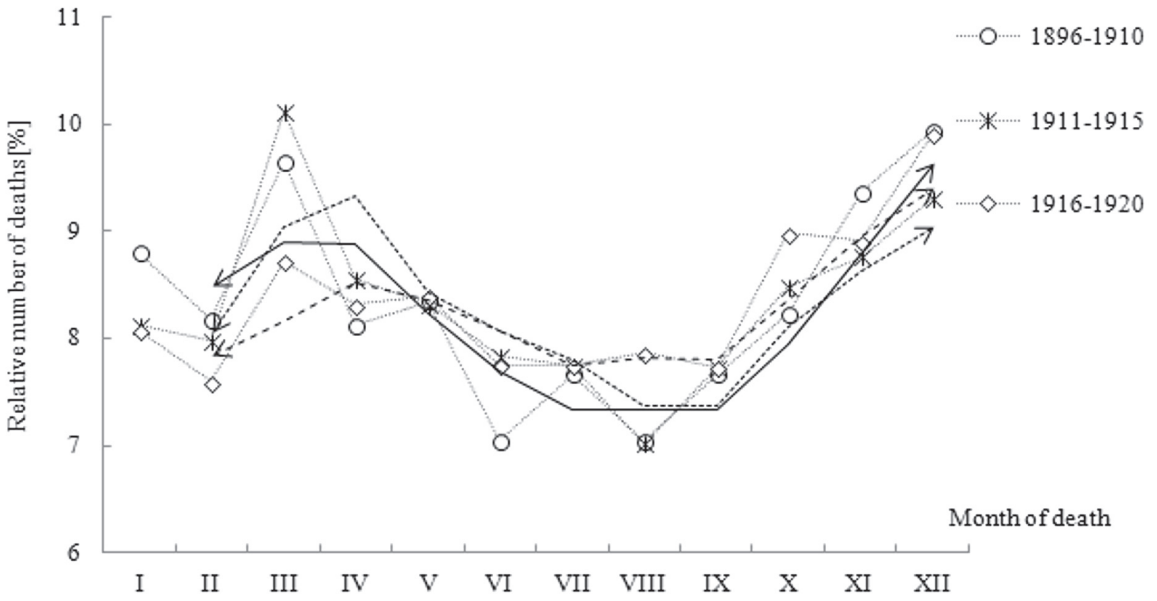


Figure 2. Seasonal fluctuations in the number of deaths in men born in the years 1896-1920 and deceased in the years 2004-2008 in Poland (N=29774). The moving average (MA) for each cohort is shown as a line with an arrow on both ends.

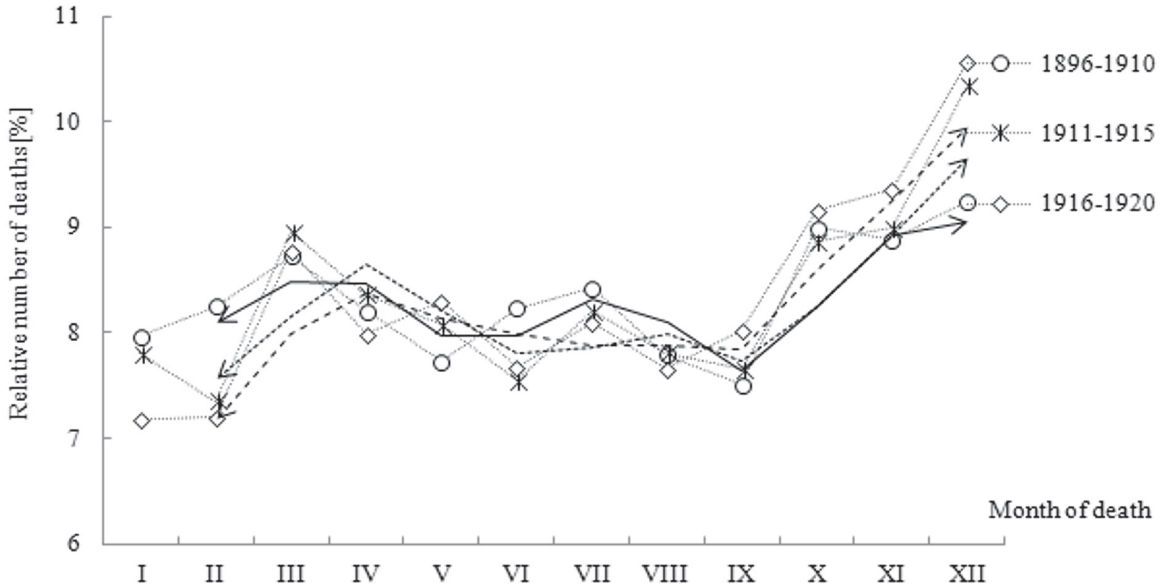


Figure 3. Seasonal fluctuations in number of deaths in women born in the years 1896-1920 and deceased in the years 2004-2008 in Poland (*N*=58435). The moving average (MA) for each cohort is shown as a line with an arrow on both ends.

In the twelve succeeding cohorts, a simple seasonal pattern was found. It consisted in a relatively steady increase in mortality rate during the year. Figures 4 and 5 show these tendencies in the next five cohorts. In the seven last cohorts, the pattern was very similar (cf. Tables 2 and 3). The number of deaths increased gradually in the consecutive quarters and thus the lowest mortality rate was observed in the first quarter of the year and the highest mortality rate was observed in the fourth quarter of the year.

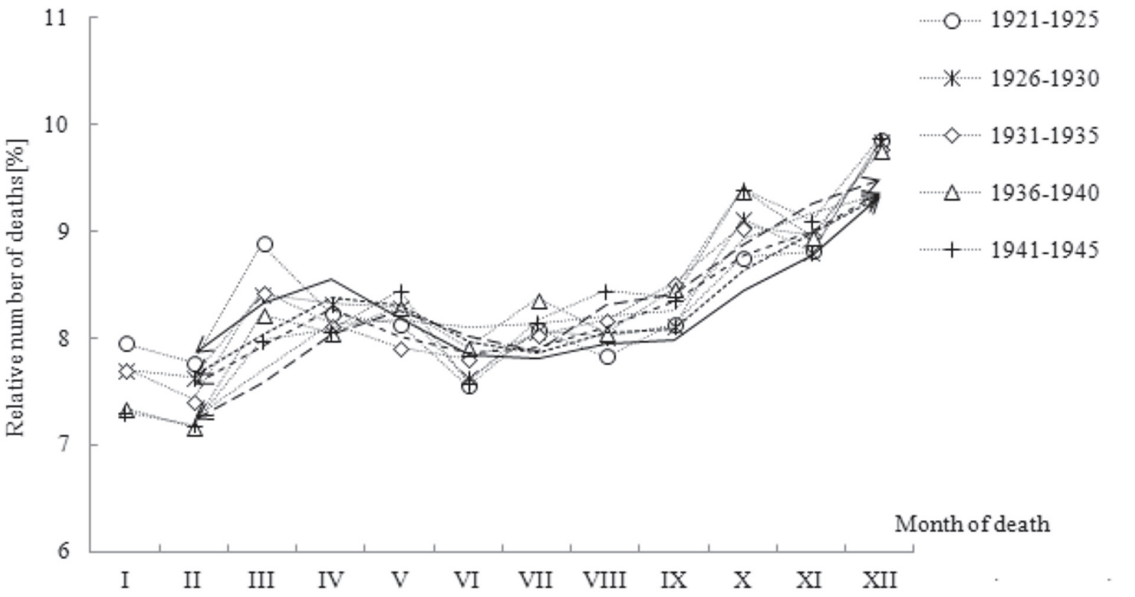


Figure 4. Seasonal fluctuations in number of deaths in men born in the years 1921-1945 and deceased in the years 2004-2008 in Poland (*N*=299672). The moving average (MA) for each cohort is shown as a line with an arrow on both ends.

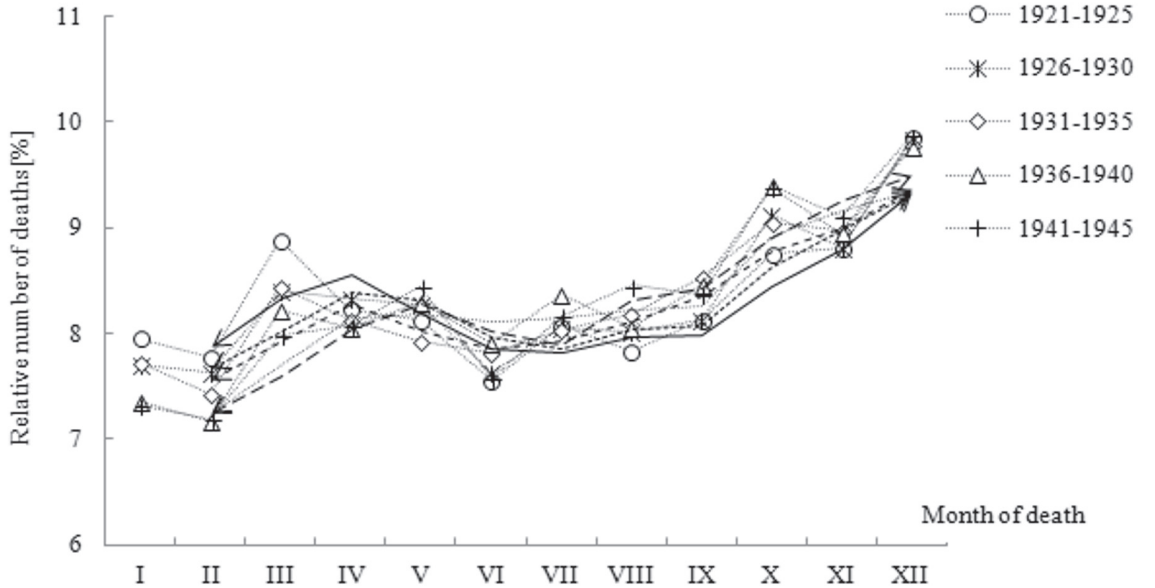


Figure 5. Seasonal fluctuations in number of deaths in women born in the years 1921-1945 and deceased in the years 2004-2008 in Poland (*N*=248057). The moving average (MA) for each cohort is shown as a line with an arrow on both ends.

Table 2. The best fitting regression models and coefficients of determination in the consecutive birth cohorts of men (*N*=480493).

Birth cohort	Regression function, *f(x)*=	R^2
1896 - 1910	$0.064x^2 - 0.809x + 10.11$	0.568
1911 - 1915	$0.032x^2 - 0.416x + 9.298$	0.190
1916 - 1920	$0.033x^2 - 0.325x + 8.664$	0.564
1921 - 1925	$0.030x^2 - 0.301x + 8.621$	0.597
1926 - 1930	$0.023x^2 - 0.169x + 8.178$	0.673
1931 - 1935	$0.021x^2 - 0.123x + 7.983$	0.813
1936 - 1940	$0.009x^2 + 0.062x + 7.423$	0.791
1941 - 1945	$0.012x^2 + 0.039x + 7.406$	0.820
1946 - 1950	$0.015x^2 + 0.049x + 7.196$	0.905
1951 - 1955	$0.009x^2 + 0.149x + 6.844$	0.916
1956 - 1960	$-0.003x^2 + 0.300x + 6.566$	0.848
1961 - 1965	$0.001x^2 + 0.271x + 6.493$	0.915
1966 - 1970	$0.002x^2 + 0.270x + 6.439$	0.832
1971 - 1975	$-0.004x^2 + 0.337x + 6.408$	0.926
1976 - 1980	$-0.025x^2 + 0.645x + 5.507$	0.835

Table 3. The best fitting regression models and coefficients of determination in the consecutive birth cohorts of women (*N*=364666).

Birth cohort	Regression function, $f(x)=$	R^2
1896 - 1910	$0.023x^2 - 0.236x + 8.614$	0.406
1911 - 1915	$0.035x^2 - 0.323x + 8.527$	0.540
1916 - 1920	$0.030x^2 - 0.191x + 7.932$	0.667
1921 - 1925	$0.030x^2 - 0.301x + 8.621$	0.597
1926 - 1930	$0.023x^2 - 0.169x + 8.178$	0.673
1931 - 1935	$0.021x^2 - 0.123x + 7.983$	0.813
1936 - 1940	$0.009x^2 + 0.062x + 7.423$	0.791
1941 - 1945	$0.012x^2 + 0.039x + 7.406$	0.820
1946 - 1950	$0.015x^2 + 0.049x + 7.196$	0.905
1951 - 1955	$0.009x^2 + 0.149x + 6.844$	0.916
1956 - 1960	$-0.003x^2 + 0.300x + 6.566$	0.848
1961 - 1965	$0.001x^2 + 0.271x + 6.493$	0.915
1966 - 1970	$0.002x^2 + 0.270x + 6.439$	0.832
1971 - 1975	$-0.004x^2 + 0.337x + 6.408$	0.926
1976 - 1980	$-0.025x^2 + 0.645x + 5.507$	0.835

Discussion

In many contemporary populations, mortality shows seasonal fluctuations but the vulnerability and susceptibility of different populations, ethnic groups or even individuals within the same group can be immensely varied. It has been suggested that in developed countries there is a downward trend in the strength of seasonal fluctuations in mortality rate because higher socioeconomic status, better medical care, and air conditioning play a protective role in these interrelationships. Nonetheless, the results of the regression analysis have unequivocally indicated that seasonal variation in mortality still poses a serious threat to public health in Poland. The strength, timing, and shape of seasonal fluctuations over the period under study underwent some cyclic changes. As expected, the overall responsiveness in older people was higher compared with younger individuals. The influence of temperature on the analyzed effects was rather clear.

It has been well documented that increased mortality rate is associated with both very low and very high temperatures. In general, mortality rates tend to be 20-30% higher in the winter months than in the summer months. There is a direct U-shaped or V-shaped relationship between excess deaths and ambient temperature. To be more specific, a fall in average temperature of 1°C was associated with an increase in mortality of about 1%, which is in agreement with findings from previous epidemiological studies on seasonal variation in mortality and the relationship between seasonal changes in ambient temperature and mortality rate in other European countries (Saez et al. 1995; Gemmell et al. 2000). Although there are more cold-related deaths than heat-related deaths, heat waves during the summer can endanger life of older people, especially of those with cardiovascular disease and lower socioeconomic status. Some epidemiological studies have revealed that heat stress can lead to a considerably increased all-cause mortality and deaths due to cardiovascular disease. The significantly increased mortality rate was observed at maximum daily temperature higher than 25°C (Kyselý and Kríz 2003).

Ballester et al. (1997) found that the relationship between temperature and mortality rate was not linear and the number of seasonal deaths rose in proportion to the variance in ambient temperature

from a range of temperatures that varied from winter to summer. Moreover, there were significant variations according to age and cause of death. The effect of temperature is usually more pronounced in older individuals (aged 70 and over) and thus elderly people experience greater seasonality in mortality rate than younger people. However, younger individuals have significantly higher mortality rates during summer months. In older people, cardiovascular disease and respiratory failure are typical causes of death which show seasonal fluctuations. Seasonal variability in deaths of younger people is less distinct compared with the strength of these associations in older people. The difference in seasonal pattern of mortality between younger and older individuals results from different causes of deaths. Younger people tend to have higher mortality rates during the summer because of accidents such as drowning, falls, and fatal crashes. In general, younger cohorts have excess mortality in summer and young males are more susceptible to such seasonal pattern compared with young females. Interestingly, the impact of winter seasonality increases with increasing age. Thus, young males have by and large higher mortality rates than young females during the summer and older cohorts have higher mortality rates during the winter.

A number of hypotheses concerning the role of different causal factors of seasonal fluctuations in mortality have been put forward. Cold air can be a very harmful factor which triggers vasospasm and eventually leads to vasoconstriction. Furthermore, several continuous days of frost may also affect the composition of blood and increase its viscosity. These conditions may seriously endanger health and life of older people with circulatory disorders (e.g. ischemic heart disease, IHD). Social crowding in the festive season undoubtedly facilitates the spread of various infectious agents. Influenza is one of the most important infectious diseases which is associated with seasonal deaths (Reichert and Sharma 2001). It can lead to compromised immune system and often have serious consequences to health even after recuperation. During the winter, there are numerous environmental and behavioural factors which can be perilous. For example, internal air pollution due to heating may be particularly hazardous to health in individuals with circulatory diseases or respiratory failure. Moreover, access to fresh fruit and vegetables is reduced and thus nutritional status in individuals with lowers socioeconomic status can be very poor. We found that the pattern of changes in older groups, that is the first three cohorts (1896-1910, 1911-1915, and 1916-1920), deviated from the pattern of seasonal fluctuations in deaths in the twelve succeeding cohorts. Furthermore, loneliness of older people can be potentially hazardous to their health and survival, especially during the festive period (December/January) as well as during Easter time (March/April) because such holidays are associated with excess stress, decline in the immune response, and impaired immunity, which eventually can lead to premature death.

The peak in the number of deaths in the first three cohorts, which was observed in the spring months, is probably attributable to the well-known effect of seasonal programming during early stages of ontogeny. The period preceding the new harvest, known as ‘hungry gap’ or pre-harvest scarcity of food, when little food was available to the fetus or infant, may have caused long-lasting effects on their health and longevity. Thus, the metabolism of the young organism was adapted to lower energy intake and, therefore, higher energy intake in later life was often associated with higher risk of cardiovascular events, heart failure, diabetes mellitus, obesity, arteriosclerosis, and shorter lifespan of these individuals.

We conclude that the phenomenon of seasonal variation in mortality is a complex and important problem which still poses a threat to public health in Poland. In the studied population, individuals with increased vulnerability are endangered to seasonal death especially during colder months. The main aggravating factors are: older age, lower socioeconomic status, and coexisting cardio-respiratory disorders.

References

1. Ballester F, Corella D, Pérez-Hoyos S, Sáez M, Hervás A. 1997. Mortality as a function of temperature. A study in Valencia, Spain, 1991-1993. *International Journal of Epidemiology* **26**:551-561.
2. Barnett AG, Dobson AJ. 2010. *Analysing Seasonal Health Data.* Springer-Verlag: Berlin, Heidelberg.
3. Gemmell I, McLoone P, Boddy FA, Dickinson GJ, Watt GC. 2000. Seasonal variation in mortality in Scotland. *International Journal of Epidemiology* **29**:274-279.
4. Huss-Ashmore R (ed.) 1988. *Coping with Seasonal Constraints*. MASCA Research Papers in Science and Archaeology. The University Museum: Philadelphia.
5. Kyselý J, Kríz B. 2003. High summer temperatures and mortality in the Czech Republic 1982-2000. *Epidemiologie Mikrobiologie Imunologie* **52**:105-116.
6. Partonen T, Pandi-Perumal SR (eds). 2010. *Seasonal Affective Disorder. Practice and Research*. 2nd ed. Oxford University Press: New York.
7. Rau R. 2007. *Seasonality in Human Mortality. A Demographic Approach*. Demographic Research Monographs. Springer-Verlag: Berlin, Heidelberg.
8. Reichert TA, Sharma A. 2001. The seasonality of human mortality: the role of influenza. *International Congress Series* **1219**:95-101.
9. Saez M, Sunyeer J, Castellsagué J, Murillo C, Antó JM. 1995. Relationship between weather temperature and mortality: a time series analysis approach in Barcelona. *International Journal of Epidemiology* **24**:576-582.
10. Ulijaszek SJ, Strickland SS (eds.) 1993. *Seasonality and Human Ecology*. Cambridge University Press: Cambridge.

Część II

POTRZEBY OPIEKUŃCZE OSÓB STARSZYCH

NIEPEŁNOSPRAWNY SENIOR W RODZINIE – WYZWANIE DLA MEDYCYNY, GERONTOLOGII, POLITYKI SPOŁECZNEJ

DISABLED SENIOR IN THE FAMILY – A CHALLENGE FOR MEDICINE, GERONTOLOGY AND SOCIAL POLICY

Łukasz Koperski

Zakład Badań Problemów Społecznych i Pracy Socjalnej,
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
Institute of Social Problems and Social Work, Adam Mickiewicz University in Poznan

Author for correspondence:
Łukasz Koperski
ul. F. Ratajczaka 23/5a, 61-814 Poznań
e-mail: lukasz.koperski@amu.edu.pl

Ten rozdział zawiera 0,88 arkusza wydawniczego.
The length of this chapter is 0.88 standard units of text length.

Streszczenie

Wzrost znaczenia populacji seniorów stanowi obecnie wyzwanie dla takich obszarów, jak medycyna (stan profilaktyki medycznej, zaawansowanie geriatrii), gerontologia (kształcenie profesjonalistów, rozumiejących i potrafiących realizować potrzeby osób starszych) czy polityka społeczna (tworzenie kompleksowych, wymiernych instrumentów wsparcia). Niepełnosprawność seniorów stanowi ryzyko socjalne, odbijające się na osobach świadczących wobec nich czynności opiekuńcze. W Polsce odchodzeniu od form opieki instytucjonalnej, nie towarzyszą zmiany prawne, respektujące nakład pracy opiekunów i doświadczane przez nich trudności. Analiza skutecznych rozwiązań, zaproponowanych przez inne państwa, skłania do refleksji nad szerszym spojrzeniem na kwestię wspomagania seniorów i ich rodzin. W niniejszej pracy wskazuję wieloaspektowe konsekwencje starzenia się (demograficzne, ekonomiczne, społeczne), niepełnosprawność w rodzinie w kontekście przemian współczesnej rodziny oraz przykłady programów i projektów skierowanych dla opiekunów niesamodzielnych seniorów. Podsumowaniem niniejszego artykułu jest wskazanie wyzwań stojących przed niepełnosprawnością seniorów oraz propozycji działań w obszarze medycyny, gerontologii i polityki społecznej.

Słowa kluczowe: nieformalna opieka, instytucjonalna opieka, wsparcie społeczne, starzenie się

Summary

The growing importance of the seniors population is a challenge for such areas as medicine (the state of preventive medicine, geriatrics advancement), gerontology (education professionals who understand and are able serve the needs of the elderly) and Social Policy (creating comprehensive, measurable support instruments). Disability seniors is a social risk, reflecting on people providing care operations. In Poland, moving away from institutional care forms, not accompanied by a legal, respects the workload of caregivers and the difficulties experienced by them. Analysis of effective solutions, proposed by other countries, invites us to reflect on a broader view of the issue assist seniors and their families. n this paper I point multi-faceted consequences of aging (demographic, economic, social), disability in the family in the context of changes in modern family and examples of programs and projects targeted for caregivers of dependent elderly. The summary of this article is an indication of the challenges faced by disabled seniors and proposals for action in the field of medicine, gerontology and social policy.

Key words: informal care, institutional care, social support, aging

Wstęp

Polityka senioralna jest to ogół celowych działań organów administracji publicznej wszystkich szczebli oraz innych organizacji i instytucji, które realizują zadania i inicjatywy kształtujące warunki godnego i zdrowego starzenia się (definicja stworzona na potrzeby Założeń Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020, które stanowią wykonanie zobowiązania przewidzianego w Rządowym Programie na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych na lata 2012-2013 (ASOS), którego realizacja pozwoliła stworzyć podstawy polityki senioralnej w Polsce).

O procesie starzenia się społeczeństw powiedziano i napisano już wiele, podkreślając między innymi konsekwencje natury ekonomicznej, politycznej, medycznej, socjalno-zabezpieczającej (P. Błędowski (2002, 2006, 2012, 2014), M. Dzięgielewska (2000, 2006), L. Frąckiewicz (1982, 1987, 2007, 2008), S. Grotowska (2011), A. Stogowski (2013), B. Szatur-Jaworska (2000, 2006, 2012, 2014). W niniejszej pracy nie poświęcam wiele miejsca analizie społeczno-demograficznych skutków starzenia się populacji. Skupiam się niemal wyłącznie na elemencie, który dotychczas nie został poddany dokładnej analizie badawczej, mianowicie na niepełnosprawności seniorów w rodzinie. Interesuje mnie nie tylko fakt niepełnosprawności, ale przede wszystkim jego oddziaływanie na strukturę rodziny, realizowane w niej funkcje, pełnione role czy wreszcie doświadczane konflikty związane z przemianami współczesnej rodziny. W odniesieniu do niepełnosprawności w rodzinie, wszystkie trzy wymiary: mikro-, mezo- i makrostrukturalny, odgrywają znaczącą rolę w tworzeniu kompleksowej platformy wsparcia, zarówno podopiecznych, jak i samych opiekunów. Rozważaniom nad sytuacją niepełnosprawnych seniorów w rodzinie towarzyszy refleksja oraz propozycja systemowych oddziaływań w takich obszarach, jak medycyna, gerontologia i polityka społeczna.

Wieloaspektowe konsekwencje procesu starzenia się

W Słowniku gerontologii społecznej (A. Zych, 2001) można spotkać między innymi takie określenia odnoszące się do starości, jak „trzeci wiek życia", „starość demograficzna", „starość socjalna". Definicja starości jest podejmowana przez większość nauk społecznych, przy czym największy wkład w badaniach nad starością przypisuje się gerontologii społecznej, wywodzącej się z socjologii. Jedną z najbardziej trafnych definicji starości jest ta, w myśl której jest to okres życia następujący po wieku dojrzałym (Zych 2001). Z kolei starzenie się stanowi dynamiczny (względem statycznego rozumienia tego terminu) proces rozpoczynający się w wieku 60. lub 65. lat, a kończący się śmiercią (Zych 2001). Analizując konsekwencje procesu starzenia się społeczeństwa, należy wskazać podstawowe propozycje ujęć: demograficzne, ekonomiczne i społeczne.

Ujęcie demograficzne podkreśla proporcję ludności w całej populacji lub zwiększenie stosunku liczby seniorów do liczby dzieci. Według danych Narodowego Spisu Powszechnego z 2011 roku, udział ludności w wieku poprodukcyjnym zwiększył się o 1,9 punktu procentowego w porównaniu z rokiem 2002 i obecnie wynosi 16,9% (Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011, Warszawa 2012, s. 51-52). Współcześnie gerontolodzy i socjologowie mówią o zjawisku „siwienia populacji" z uwagi na postępujące wydłużanie się życia i spadek dzietności. Prognozy GUS wskazują na stopniowy wzrost liczby osób starszych w Polsce względem całej populacji. W przeciągu piętnastu lat począwszy od roku 2015 szacuje się wzrost liczby seniorów o około 2 miliony, a więc prawie 10%.

Tabela 1. Udział osób w wieku poprodukcyjnym w Polsce w latach 2015-2030.
Table 1. The share of persons at retirement age in Poland in the years 2015-2030.

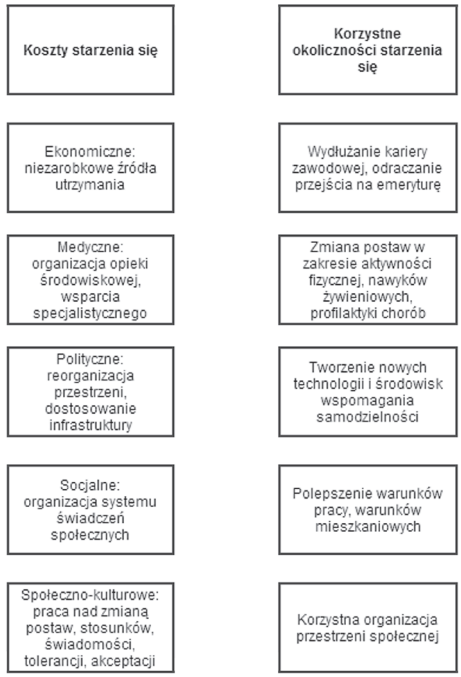
Rok	2015	2020	2025	2030
Procent seniorów	22,9%	25,92%	27,59%	29,00%

Źródło: Obliczenia własne na podstawie GUS (2014).

W perspektywie ekonomicznej, starość podejmowana jest ze względu na ustawodawstwo, świadczenia, ubezpieczenia społeczne i ponoszone z nimi ryzyko. Odnosi się do ilości osób znajdujących się w wieku poprodukcyjnym, określając niektóre populacje jako stare ekonomicznie (Zych 2001). Innymi elementami tego aspektu pozostają struktura wydatków i wszelkie koszty utrzymania seniorów, najczęściej prowadzących jednoosobowe gospodarstwa, ponadto kwestia opieki medycznej (w tym geriatrii), środowiskowej czy też wielochorobowości seniorów (Rajkiewicz 2008). Wzrastająca liczba osób w wieku poprodukcyjnym wiąże się z ryzykiem ponoszenia wysokich kosztów. Wzrostowi liczby osób utrzymujących się z niezarobkowych źródeł utrzymania nie towarzyszy harmonijny wzrost liczby osób w wieku produktywnym. Niski przyrost naturalny może doprowadzić do pogłębienia tego stanu rzeczy. Kolejnym niekorzystnym zjawiskiem jest konieczność zagwarantowania odpowiedniej opieki medycznej, środowiskowej. Zbyt mało popularna jest profesja geriatry, których w Polsce jest obecnie kilkoro. Wzrasta ilość zróżnicowanych form niepełnosprawności, które dotykają seniorów. Wielochorobowość, nieprawidłowe nawyki żywieniowe, przebyte choroby (zwłaszcza choroby układu krwionośnego) przyczyniają się do pogorszenia kondycji psychofizyczne (R. Kroll-Balcerzak, K. Sawiński, A. Balcerzak, M. Komarnicki 2013; R. Krzywińska-Siemaszko, R. Kroll-Balcerzak, K. Wieczorkowska 2013). Kolejnym kosztem, który jednocześnie obecnie może być traktowany jako korzystna tendencja, jest konieczność organizowania przestrzeni społecznej, w tym dostosowanego do potrzeb seniorów mieszkalnictwa. Poznańskie Centrum Superkomputerowo-Sieciowe poprzez projekt HELPS koordynuje uruchomienie pilotowego środowiska Ambient Assisted Living (AAL), które ma za zadanie wspierać osobę starszą lub niepełnosprawną w codziennym życiu, sprzyjać jej aktywizacji, monitorowaniu czy zarządzaniu środowiskiem domowym. Dodatkowo, uruchomienie środowiska AAL oraz jego wdrożenie u końcowych użytkowników pozwoli na uzyskanie „żywego laboratorium" (ang. *Living lab*), co daje szansę na prowadzenie dalszych prac badawczo-rozwojowych w zakresie technologii wspomagania osób starszych i niepełnosprawnych.

Społeczne ujęcie starzenia się (ang. *social aging*), to jest jednym z trzech typów starzenia się, obok biologicznego i psychicznego. Spostrzeganie własnej starości jest stanowi konsekwencję spostrzegania jej przez ogół społeczeństwa (Rajkiewicz 2008). Starzenie się w ujęciu społecznym wiąże się silnie z relacją pomiędzy jednostkowym a społecznym doświadczaniem starości. Jednocześnie wraz z wiekiem, muszą ulec zmianie oczekiwania, związana z nimi rola społeczna i status społeczny. Funkcjonowanie osób starszych podlega przemianom w zależności od otoczenia społeczno-kulturowego, obyczajowości, wyznawanych wartości. Wejście w okres starości, można rozpatrywać interdyscyplinarnie traktując je jako kryzys, krytyczne wydarzenie życiowe, albo jako przemianę roli i tożsamości osoby stającej się seniorem. Od lat 60. socjologia rozpoczęła interesować się społecznymi aspektami starzenia się. Proces starzenia się wyjaśniano odwołując się do teorii roli społecznej (Parsons 1972), teorii stratyfikacji wiekowej (Giddens 2012), teorii ekonomii politycznej (Giddens 2012). Społeczne aspekty starzenia się społeczeństwa umożliwiają prognozowanie sytuacji seniorów między innymi w celu zorganizowania stosownych form wsparcia, planowania budżetu i wydatków. Tendencje wzrostowe osób starszych nie muszą wiązać się wyłącznie z ponoszeniem przez państwo kosztów. Propozycję ujęcia starzenia się, jako procesu niejednoznacznego zaprezentowano na rycinie 1.

W kontekście pozytywnych aspektów starzenia się, można wskazać kilka elementów, skorelowanych z stylem życia, organizacją środowiska społecznego. Część współczesnych seniorów oraz osoby, które znajdą się w wieku poprodukcyjnym w najbliższych dekadach, to grupa ludzi dobrze wykształconych. Status społeczno-zawodowy tych osób prawdopodobnie będzie związany z wydłużeniem kariery zawodowej, polepszeniem warunków sanitarnych i mieszkaniowych, korzystnymi zmianami w nawykach żywieniowych czy spędzaniu czasu wolnego, np. w podejmowaniu aktywności fizycznych. Ponadto korzystną tendencją jest wzrost znaczenia zaplecza i infrastruktury wspomagających funkcjonowanie seniorów, w tym wykorzystanie nowoczesnych technologii.



Rycina 1. Koszty starzenia się społeczeństwa versus korzystne okoliczności starzenia się.
Figure 1. The costs of an aging population versus aging favorable circumstances.

Niepełnosprawny senior wobec przemian współczesnej rodziny

Zgodnie z definicją wypracowaną przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), niesprawność oznacza trzy sytuacje:

1. Uszkodzenie: utrata lub wada psychicznej, fizjologicznej struktury. Wiąże się ograniczeniem ruchu ciała, ograniczeniem mobilności, trudnościami z wykonywaniem czynności samoobsługowych;
2. Niepełnosprawność: ograniczenia lub brak możliwości wykonywania czynności na poziomie określanym jako normalny dla człowieka;
3. Upośledzenie: stanowi ono wynik uszkodzenia i niepełnosprawności, polegający na ograniczeniu lub uniemożliwieniu wypełniania ról, które uważa się za normalne dla osoby pod względem wieku, płci, czynników społeczno-kulturowych.

Z. Woźniak w książce *Niepełnosprawność i niepełnosprawni w polityce społecznej. Społeczny kontekst medycznego problemu* wskazuje holistyczną koncepcję niepełnosprawności oraz relacje między medycznym a społecznym modelem jej nabywania i postrzegania. Powstanie społecznego modelu niepełnosprawności, spowodowało przeniesienie odpowiedzialności za funkcjonowanie osób niepełnosprawnych z poziomu jednostki (deficyt, uszkodzenie, brak) na poziom społeczeństwa (instytucje, role społeczne, bariery). Upośledzenie, jako splot uszkodzenia i niepełnosprawności wydaje się szczególnie adekwatne w kontekście ograniczenia sprawności seniorów. Istota upośledzenia ról, funkcji i zadań stojących przed seniorami nabiera znaczenia w odniesieniu do ich sytuacji rodzinnej. Jak wynika z badań Narodowego Spisu Powszechnego, w 2011 roku wyodrębniono 3789,4 tys. gospodarstw domowych, w tym 1151,3 tys. tworzonych wyłącznie przez osoby niepełnosprawne oraz 2638,1 tys. wśród których była przynajmniej jedna taka osoba. W latach 2002-2011 odnotowano zmiany w liczebności osób niepełnosprawnych i strukturę gospodarstw domowych (ze względu na występowanie niepełnosprawności). Tym samym zmniejszył się udział gospodarstw domowych z osobami niepełnosprawnymi z 32,0% do 27,9% (Tabela 2.).

W 2011 roku, osoby niepełnosprawne powyżej 60 roku życia stanowiły 53,5% ogółu tej zbiorowości. Dla porównania w 2002 roku udział seniorów w populacji osób niepełnosprawnych wynosił 47,9%. Badania te nie różnicowały płci respondentów, rodzaju niepełnosprawności oraz jej prawnego usankcjonowania (orzeczenie, bądź jego brak).

Tabela 2. Struktura gospodarstw domowych z osobami niepełnosprawnymi w latach 2002-2011 (%).
Table2. Structure of households with persons with disabilities in the years 2002-2011 (%).

Gospodarstwa domowe z osobą niepełnosprawną	22002	22011
Ogółem	332,0	227,9
Wszystkie zamieszkujące osoby są niepełnosprawne	99,2	88,5
Przynajmniej jedna osoba jest niepełnosprawna	22,4	19,4

Źródło: Opracowanie na podstawie danych z NSP 2002 i 2011.

Jak wskazuje Racław (2011), starość często kojarzona jest z kategorią ryzyka socjalnego, choć w rzeczywistości nim nie jest. Pojawienie się zdarzenia losowego, jakim może być choroba czy niepełnosprawność powoduje wówczas, że starość może być postrzegana jako ryzyko socjalne. Niepełnosprawność seniorów, choć nie stanowi kategorii jednorodnej, to jest ryzykiem socjalnym. Analizując proces powstawania niepełnosprawności w grupie osób starszych, można wskazać różnorodne czynniki etiologiczne (Tabela 3.). Odgrywają one znaczenie dla rodziny, która podejmuje się sprawować opiekę nad niesamodzielnym seniorem.

Tabela 3. Czynniki etiologiczne powstawania niepełnosprawności u seniorów zamieszkujących z rodzinami.
Table 3. Etiological factors formation of disability in seniors living with their families.

Czynnik etiologiczny	Opis czynnika
Niepełnosprawność jako stan nabyty w przeszłości	Niepełnosprawność powstała przez wejściem w okres starości. Na skutek samotnego zamieszkiwania, utraty partnera, obniżenia się stopnia samodzielności, senior rozpoczyna zamieszkiwanie z pokoleniem zstępnym.
Niepełnosprawność jako skutek urazu, uszkodzenia, wadliwej postawy	Powstanie niepełnosprawności jest skutkiem: zaburzeń w utrzymywaniu wyprostowanej postawy ciała i utrzymywaniu równowagi, zaburzeń chodu, upadków, złamań (A. Kabsch 2007, s. 69-74).
Niepełnosprawność jako stopniowa degradacja organizmu[1]	Niepełnosprawność stanowi czynnik ryzyka, związany z procesami starzenia się, jak: spadek masy mięśniowej, spadek siły mięśni, spadek ogólnej aktywności ruchowej, zmniejszenie precyzji wykonywanych ruchów (A. Kabsch 2007, s. 65-66).
Niepełnosprawność jako status warunkujący nową rolę	Niepełnosprawność seniorów ma charakter statusu związanego z ograniczeniem pełnionych ról, sprawowanych funkcji, uczestnictwa w życiu społecznym oraz ograniczeniem determinowanym barierami (np. społecznymi, architektonicznymi, psychologicznymi).

Niepełnosprawność zamieszkujących z rodziną seniorów, może powodować szereg komplikacji i konfliktów, związanych między innymi z przemianami współczesnej rodziny. Tyszka (2001) wskazuje kilka procesów i zjawisk, typowych dla rodzin epoki postindustrialnej, m.in. autonomizacja członków rodziny, mniejsza spójność i dezintegracja znacznej części rodzin, wzrost znaczenia konfliktów rodzicielskich czy wreszcie znaczny wzrost zatrudnienia kobiet (nie tylko z pobudek ekonomicznych (Tyszka, 2001). Zjawiska te odgrywają niebagatelne znaczenie w kontekście świadczenia opieki nad niesamodzielnym, niepełnosprawnym seniorem w rodzinie (rycina 2.).

[1] Wraz z wiekiem nasilają się komplikacje zdrowotne niepełnosprawnych seniorów – potwierdzają to badania przeprowadzone przez GUS z 1996 roku, jak NSP (2002, 2011).

Phillips (2009) wskazuje „trzy fale feminizmu" związane z kwestią świadczenia przez kobiety opieki nad seniorem. Zainteresowanie się pozainstytucjonalną opieką nad osobami zależnymi ze strony ruchów feministycznych, pojawiło się po raz pierwszy w latach 80. XX wieku w Wielkiej Brytanii (reforma *welfare state*). Największe znaczenie odegrały jednak druga i trzecia fala feminizmu. W drugiej, wskazywano gotowość do świadczenia opieki, przy jednoczesnym poszanowaniu praw opiekunów bez ponoszenia nadmiernych kosztów życiowych. Z kolei trzecia fala podkreślała prawo rodziny do świadczenia opieki niezależnie od płci. Fale te miały charakter polityczny i nie przełożyły się na rzeczywisty parytet płciowy nieformalnych opiekunów.

Jak podkreśla Zrałek (2004), *ciężar opieki spada (...) w znacznym stopniu na kobiety, co przy stosunkowo dużej aktywności zawodowej kobiet staje się nieraz dość trudnym zadaniem*. Błędowski i Pędlich (2004) wskazują, że zadania opiekuńcze najczęściej wypełniają kobiety w wieku 50-69 lat. Oznacza to, po zakończeniu sprawowania funkcji opiekuńczo-wychowawczej względem swych dzieci, podejmują czynności opiekuńcze nad starszymi, coraz mniej samodzielnymi rodzicami. Często nie mają one możliwości skoncentrowania się na zaspokojeniu własnych potrzeb i należytym przygotowaniu do własnej starości. Można tutaj wskazać modne określenie „pokolenia sandwich" (*sandwich generation*), związane z poczuciem odpowiedzialności za pokolenie wstępne i zstępne jednocześnie. Rezygnacja z pracy na rzecz sprawowania opieki nad niepełnosprawnym seniorem możne ponadto wiązać się sytuacjami ryzykownymi, jak: niemożność realizacji/kontynuowania kariery zawodowej, obniżenie standardu życia, poczucie zależności od instytucji służb społecznych, czy wreszcie z otrzymywaniem świadczenia pielęgnacyjnego albo zasiłku dla opiekuna. Kwoty przysługujące opiekunom, niejednokrotnie wykonującym swą pracę całą dobę, pozostawiają niestety wiele do życzenia. Należy zaznaczyć, że zasiłek przysługuje opiekunowi dorosłej osoby ze znacznym stopniem niepełnosprawności w stałej wysokości 520 zł (stawka wypłacana w roku 2015) i jego wypłacanie jest niezależne od wysokości dochodów w rodzinie. Prawo do zasiłku dla opiekuna ustala się na czas nieokreślony, chyba że orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności zostało wydane na czas określony.

Na podstawie badań GUS z 2003 roku, można stwierdzić, że warunki mieszkaniowe rodzin z osobą niepełnosprawną charakteryzują się gorszym standardem w porównaniu do ogółu ludności. Badania nad sytuacją gospodarstw domowych z osobami niepełnosprawnymi zajmowała się m. in. J. Sikorska (2001). Na podstawie uzyskanych wyników stwierdziła, że jednym z podstawowych problemów mieszkaniowych osób niepełnosprawnych jest brak odrębnego pokoju w mieszkaniu. Jedynie 2/3 badanych osób miało tę potrzebę zaspokojoną (względem 1995 roku, w 2000 roku nastąpiła znaczna poprawa). Sytuacja w miastach była znacznie lepsza, niż na wsiach.

Sprawowanie opieki nad niepełnosprawnym seniorem przyczynia się do powstawania konfliktów. Brak akceptacji dla własnej niepełnosprawności może skutkować niechęcią poddania się opiece. Z kolei przemęczenie, przeciążenie i stres opiekunów, mogą stanowić przyczynę ich frustracji i w konsekwencji prowadzić do niepożądanego rozładowywania napięć. Badania Binczyckiej-Anholzer (1997), Rudzińskiego (1997), Pospiszyl (1998), J. Jaszczak-Kuźmińskiej, K. Michalskiej (2010) i in. wskazują, że wspólne zamieszkiwanie seniorów z pokoleniem zstępnym (dzieci, wnuki), może generować akty przemocy fizycznej (np. bicie, duszenie), psychicznej (np. ośmieszanie, upokarzanie, dyskryminacja ze względu na wiek - ageizm), seksualnej (np. zmuszanie do kontaktów seksualnych, gwałt), ekonomicznej (np. okradanie, odmawianie dostępu do dóbr) czy zaniedbywanie (np. brak opieki, niedożywianie, chłód emocjonalny). Brak precyzyjnych badań wskazujących zależność między występowaniem niepełnosprawności u seniorów, a pojawiającymi się aktami przemocy wobec nich. Seniorzy jako osoby zależne, słabsze mogą stawać się ofiarami różnorodnych aktów przemocy.

Rycina 2. Niepełnosprawny senior w rodzinie. Konceptualizacja.
Figure 2. Disabled senior in the family. Conceptualization.

Wsparcie dla rodzin, opiekunów niepełnosprawnych seniorów

W 2003 roku, w Polsce, funkcjonowało 169 domów pomocy społecznej, w których przebywało 13 tys. pensjonariuszy. W 2008 roku, liczba domów zmniejszyła się do 143, zaś liczba podopiecznych do 10 tys. (Augustyn 2010). Według autorów raportu o opiece długoterminowej w Polsce z 2010 roku, zmiana zasad kierowania i finansowania domów pomocy społecznej spowodowała spadek liczby pensjonariuszy oraz osób oczekujących na wolne miejsce. Jak wskazuje Krzyszkowski (2005), wszystkie państwa (poza Norwegią) wprowadzają lub rozszerzają już istniejące opłaty za opiekę nad seniorami. Jednocześnie pogorszeniu ulega jakość usług oferowanych przez instytucje sektora publicznego. W konsekwencji opieka ta staje się coraz częściej formą rezydualną, którą ogranicza się do osób najbardziej potrzebujących. Przy jednoczesnym marginalizowaniu roli instytucji i gloryfikowaniu roli rodziny w opiece nad niesamodzielnym seniorem, można dostrzec pewną niespójność. Na poziomie deklaratywnym rodzina traktowana jest jako najbardziej optymalna instytucja do realizacji funkcji opiekuńczych, podczas gdy na poziomie operatywnym opiekun niesprawnego seniora nie jest w stanie zagwarantować sobie bezpieczeństwa socjalnego, rezygnując z pracy i otrzymując marginalny zasiłek. W warunkach polskich, wsparcie dla opiekunów niesamodzielnych, niepełnosprawnych seniorów ma charakter marginalny. Istnieją jednak przykłady „dobrych praktyk", które realizowane są za granicą. Oto wybrane przykłady form wspierania opiekunów rodzinnych:

1. National Family Caregiver Support Program: amerykański program, który wdrożono w 2000 roku. Umożliwia informowanie opiekunów o możliwych usługach, organizowanie indywidualnego poradnictwa, uczestnictwa w grupach wsparcia oraz pomoc w organizacji urlopów wypoczynkowych dla opiekunów seniorów[1].
2. Geriatric care manager: specjalista, odpowiednio przeszkolony w zakresie usług socjalnych, który wspomaga rodziny opiekujące się seniorami. Podstawowym obowiązkiem care managera jest asystowanie osobom starszym i niepełnosprawnym w osiąganiu samodzielności oraz wspieranie opiekunów rodzinnych, organizujących pomoc chorym na Alzheimera i Parkinsona[2].
3. The Lifespan Respite Task Force: amerykańska koalicja zrzeszająca organizacje w celu propagowania i rozwijania narodowego wsparcia w czasowym odciążaniu rodzinnych opiekunów.

[1] Opis programu: http://www.aoa.gov/aoaroot/aoa_programs/hcltc/caregiver/index.aspx (dostęp: 14.02.2015).
[2] Opis programu: http://www.caremanager.org/displaycommon.cfm?an=1&subarticlenbr=191 (dostęp: 10.02.2015).

Organizacja upowszechnia dostęp do wysokiej jakości usług *respite care*, które stanowią urlop od opieki. Ceny takiej opieki są przystępne dla opiekunów[3].

4. System asystencji osobistej: fińskie Ministerstwo Spraw Społecznych i Zdrowia przygotowało na lata 2010-2015 rządowy „Program polityki w zakresie niepełnosprawności". Celem programu jest przełożenie Konwencji o Prawach Osób Niepełnosprawnych, na konkretne działania. Interesujące wydaje się stworzenie instytucji asystenta osoby niepełnosprawnej, którego zadaniem jest pomoc osobom niepełnosprawnym we wszystkich codziennych czynnościach. Godzinowy wymiar pracy asystenta początkowo wynosił 10, zaś od 2011 roku 30 godzin miesięcznie (w specyficznych sytuacjach, możliwe jest przyznanie opiekuna w wymiarze 24 godzin 7 dni w tygodniu)[4].

Wskazane formy wsparcia opiekunów niepełnosprawnych seniorów, to tylko niektóre przykłady trafnych i spełniających swą funkcję programów. Oprócz nich istnieje wiele możliwości wsparcia pozainstytucjonalnego, jak grupy wsparcia, treningi doskonalenia umiejętności opiekuńczych czy instytucja wolontariatu. Wsparcie opiekunów, choć w zapośredniczonej formie dokonuje się na forach internetowych, chatach, grupach dyskusyjnych. Służą one wzajemnemu podtrzymywaniu się na duchu, doradzaniu, informowaniu.

Pozostaje mieć nadzieję, że wsparcie rodzin/opiekunów niepełnosprawnych seniorów w Polsce zostanie dostrzeżone i stanie się przedmiotem kompleksowych oddziaływań lokalnych decydentów.

Podsumowanie

Podsumowując powyższe rozważania należy wskazać, że niepełnosprawność seniorów w rodzinie stanowi wyzwanie dla trzech dyscyplin: medycyny, gerontologii i polityki społecznej (Rycina 3.).

	Aspekt medyczny	Aspekt gerontologiczny	Aspekt polityki społecznej
Stan obecny	Geriatria Medyczna opieka instytucjonalna i środowiskowa Opieka paliatywna Rehabilitacja Orzecznictwo dla celów rentowych Profilaktyka zaburzeń, stanów patologicznych, chorób, niepełnosprawności	Profilaktyka Wychowanie do starości Zwiększanie aktywności społecznej i zawodowej Popularyzowanie wiedzy Sytuacja społeczna seniorów Wielokierunkowość gerontologii	Opieka instytucjonalna Usługi opiekuńcze poradnictwo informacyjne Świadczenia społeczne Praca socjalna Centra Inicjatyw Senioralnych Poradnictwo prawne i informacyjne Inicjatywy kulturalne i oświatowe Uniwersytety Trzeciego Wieku Organizacje pozarządowe Lokalne strategie rozwiązywania problemów społecznych
Propozycje kierunku oddziaływań	Upowszechnianie i promowanie medycyny osób starszych - geriatrii Zwiększenie roli działań dot. profilaktyki zachorowalności i powstawania niesprawności	Regulacje prawne dot. powstawania miejsc pracy w następujących dziedzinach: gerontologia asystentura seniora coaching senioralny system edukacji seniorów poradnictwo dla osób starszych "promocja starości" Poszerzanie wiedzy o gerontologii wśród profesji mających kontakt z seniorami	Odpowiednia polityka związana z dostosowaniem mieszkalnictwa Regulacje związane z zagwarantowaniem opieki medycznej i środowiskowej Poszerzenie wiedzy dotyczącej polityki senioralnej wśród pracowników sektora pomocy społecznej - zwłaszcza pracowników socjalnych Regulacje prawne dot. zawodu asystentów osób niepełnosprawnych Zastosowanie nowych technologii i rozwiązań wspierających opiekę nieformalną ze strony rodziny seniora.

Rycina 3. Niepełnosprawny senior w rodzinie. Wielość wyzwań wobec wielości propozycji.
Figure 3. Disabled senior in the family. The multiplicity of challenges to the multiplicity of proposals.

[3] Opis programu: http://archrespite.org/national-respite-coalition/lifespan-respite-task-force (dostęp: 12.02.2015).
[4] Informacje pochodzą z publikacji Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej", Warszawa 2014, s. 26-30.

Poziom opieki zdrowotnej nad seniorami (w tym niepełnosprawnymi) w Polsce pozostawia wiele do życzenia. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich z 2008 r. wskazuje na niedostateczne przygotowanie kadr, przejawy dyskryminacji i ageizmu, zbyt krótki czas wizyt lekarskich, uniemożliwiający dokonanie rzetelnej diagnozy organizmu dotkniętego wieloma dolegliwościami jednocześnie. Nierzadko niepełnosprawności towarzyszą różnorodne powikłania zdrowotne, wymagające specjalistycznej interwencji. W Polsce wciąż występuje problem niskiej popularności, a co za tym idzie deficytu opieki geriatrycznej. Jak informuje European Union Geriatric Medicine Society[5] , w Polsce na 100 tys. mieszkańców przypada 0,2 geriatry, podczas gdy w Wielkiej Brytanii – 1,3; w Niemczech – 2,2; w Belgii – 2,9; w Danii – 3,1; w Republice Czeskiej – 3,1; w Szwecji – 7.

W odniesieniu do gerontologii, podstawowym problemem jest wciąż niskie zastosowanie wiedzy gerontologicznej w praktycznym działaniu. Proponuje się włączanie gerontologii w programy studiów na kierunkach takich, jak pedagogika, praca socjalna czy socjologia. Niestety, nie powstają miejsca pracy związane z tworzeniem przyjaznej przestrzeni dla niepełnosprawnych seniorów. Często członkowie rodziny pełniący rolę opiekunów, nie dysponują dostateczną wiedzą z zakresu gerontologii, znajomości potrzeb osób starszych (i niepełnosprawnych).

W kontekście polityki społecznej, można wskazać wiele instytucji, strategii, programów zajmujących się wspomaganiem rozwoju seniorów. Można odnieść wrażenie, że ich ilość jest odwrotnie proporcjonalna do efektywności i skuteczności działania. Obecny od ponad roku w mediach dyskurs dotyczący opieki nad osobami niepełnosprawnymi pokazuje niewydolność kompleksowego reagowania na pojawiające się problemy społeczne. Bazując na rozwiązaniach wypracowanych przez inne państwa, możliwa jest implementacja trafnych instrumentów wsparcia skierowanych zarówno dla seniorów, jak i ich opiekunów.

Literatura

1. Augustyn M. 2010. *Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje*. Klub Parlamentarny Platformy Obywatelskiej RP: Warszawa.
2. Błędowski P, Palich W. 2004. Opiekunowie rodzinni jako podstawowe źródło opieki domowej nad niepełnosprawnymi osobami starszymi. [w:] *Między transformacją a integracją. Polityka społeczna wobec problemów współczesności*,. Błędowski P. (red.). SGH: Warszawa.
3. Giddens A. 2012. *Socjologia*. Wydawnictwo Naukowe PWN: Warszawa.
4. GUS. 2014. Ludność i gospodarstwa domowe. Stan i struktura społeczno-ekonomiczna. Część II. Gospodarstwa domowe. [w:] *Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011*. Warszawa.
5. Jaszczak-Kuźmińska J, Michalska K. 2010. *Przemoc w rodzinie wobec osób starszych i niepełnosprawnych*. MPIPS: Warszawa.
6. Kabsch A. 2007. Powstawanie niepełnosprawności oraz potrzeb rehabilitacyjnych w procesie starzenia się człowieka. [w:] *Senior w domu. Opieka długoterminowa nad niesprawnym seniorem*. Twardowska-Rajewska J. (red.). Wydawnictwo Naukowe UAM: Poznań; 171-182.
7. Krzyszkowski J. 2005. *Między państwem opiekuńczym a opiekuńczym społeczeństwem. Determinanty funkcjonowania środowiskowej pomocy na poziomie lokalnym*. Wydawnictwo UŁ: Łódź.
8. Parsons T. 1972. *Szkice z teorii socjologicznej*. Wydawnictwo Naukowe PWN: Warszawa.
9. Phillips J. 2009. *Troska*. Wydawnictwo Sic!: Warszawa.
10. Racław M. 2011. „Zarządzanie" osobami starszymi – przyczynek do dyskusji o lokalnej polityce społecznej. [w:] *Publiczna troska, prywatna opieka. Społeczności lokalne wobec osób starszych*. Racław M. (red.). Wydawnictwo Instytutu Spraw Publicznych: Warszawa; 29.
11. Rajkiewicz A. 2008. *Polska w obliczu starzenia się społeczeństwa. Diagnoza i program działania*. Komitet „Prognoz Polska 2000 Plus" przy Prezydium PAN: Warszawa.

[5] European Union Geriatric Medicine Society http://www.eugms.org/home.html (dostęp: 12.02.2015).

12. Sikorska J. 2001. *Potrzeby i kluczowe problemy osób niepełnosprawnych w 1995 i 2000 roku*. WSZ-SW: Warszawa (maszynopis).
13. Tyszka Z. 2001. Rodzina współczesna – jej geneza i kierunki przemian. [w:] *Rodzina współczesna*. Ziemska M. (red.). Wydawnictwo UW: Warszawa; 198.
14. Woźniak Z. 2008. *Niepełnosprawność i niepełnosprawni w polityce społecznej. Społeczny kontekst medycznego problemu*. Wydawnictwo. SWPS „Academica", Warszawa.
15. Zrałek M. 2004. Niepełnosprawność osób starszych. [w:] *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia* Kowaleski JT, Szukalski P. (red.). Wydawnictwo UŁ: Łódź; 108.
16. Zych A. 2001. *Słownik gerontologii społecznej* Wydawnictwo Akademickie „Żak": Warszawa.

Strony internetowe:

- Strona internetowa projektu HELPS Poznańskiego Centrum Superkomputerowo-Sieciowego http://www.man.poznan.pl/online/pl/projekty/139/HELPS.html (dostęp: 01.12.2014).
- Strona internetowa projektu ChefMySelf http://www.chefmyself.eu/project (dostęp: 02.12.2014).
- Strona internetowa poświęcona charakterystyce projektu Asisstant http://cordis.europa.eu/news/rcn/121356_pl.html (dostęp: 02.12.2014).
- Strona internetowa projektów Smartcare, Videra, Menumat http://www.menumat.fi (dostęp: 02.12.2014).
- Strona internetowa: National Family Caregiver Support Program http://www.aoa.gov/aoaroot/aoa_programs/hcltc/caregiver/index.aspx (dostęp: 14.02.2015).
- Strona internetowa: Geriatric care manager http://www.caremanager.org/displaycommon.cfm?an=1&subarticlenbr=191 (dostęp: 10.02.2015).
- Strona internetowa: The Lifespan Respite Task Force http://archrespite.org/national-respite-coalition/lifespan-respite-task-force (dostęp: 12.02.2015).
- Strona internetowa: European Union Geriatric Medicine Society http://www.eugms.org/home.html (dostęp: 12.02.2015).

WPŁYW OPIEKI NAD CHORYM Z DEMENCJĄ NA OPIEKUNA. ANALIZA FORÓW INTERNETOWYCH

IMPACT OF CARE OVER DEMENTIA PATIENT UPON THE CAREGIVER. A STUDY OF INTERNET FORUMS

Danuta Smoląg[1], Marta Majorczyk[2], Wojciech Klapa[2]

[1] Wydział Lekarski Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński
Faculty of Medicine, Collegium Medicum, Jagiellonian University
[2] Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński
Faculty of Health Sciences, Collegium Medicum, Jagiellonian University

Author for correspondence:
Danuta Smoląg
Deotymy3/1, 30-419 Kraków
E-mail: danka.smolag@uj.edu.pl

Ten rozdział zawiera 0,43 arkusza wydawniczego.
The length of this chapter is 0.43 standard units of text length.

Streszczenie

W Polsce zaobserwować można dynamiczny proces demograficznego starzenia się. Może ono przebiegać w sposób prawidłowy lub zaburzony, któremu towarzyszą liczne dysfunkcje. „Epidemią" XXI wieku staje się demencja. Osoby dotknięte zespołem otępiennym wymagają stałej opieki. Odnalezienie się w roli opiekuna wymaga modyfikacji życia codziennego. Konieczność sprawowania długotrwałej opieki niesie ze sobą konsekwencje psychospołeczne i materialne, prowadzące często do powstania Zespołu Stresu Opiekuna.

Celem niniejszej pracy było określenie głównych problemów osób sprawujących opiekę nad osobami starszymi, które wypowiedziały się publicznie oraz zwrócenie uwagi na wykorzystanie forum internetowego jako medium zastępującego brakujące formy wsparcia.

W pracy dokonano analizy wypowiedzi 467 osób korzystających z pięciu forów internetowych. Za kryterium wykluczenia uznano brak pokrewieństwa pomiędzy opiekunem a osobą chorą. Treści analizowano pod kątem zaburzeń emocjonalnych, psychosomatycznych, biofizycznych i społecznych.

Analiza materiału wykazała, że 62% wypowiadających się osób stanowią kobiety. Znaczna część opiekunów należy do grupy „sandwich generation". Najczęściej wymieniane problemy to przewlekły stres, depresja oraz konflikt lojalności. Fora internetowe stanowią alternatywę dla utraconych sieci społecznych (wiążących i pomostowych).

Słowa kluczowe: sandwich generation, zespół stresu opiekuna, sieci społeczne

Summary

In Poland, we can observe a dynamic demographic aging process. It can occur either in an appropriate or a distorted manner, accompanied by plentiful dysfunctions. In fact, dementia has become the epidemic of the 21st century. Persons who suffer from the dementia syndrome require constant care. In order to perform their duties right, caregivers must entirely change their everyday lives. The need to provide care on a long-term basis results in psychological, social and material consequences that may often lead to the emergence of the Caregiver Stress Syndrome in them.

The objective of this work was to identify some of the main problems that occur among elderly person caretakers, who expressed their opinions upon elderly people caretaking in public, and to draw the reader's attention to caregivers using Internet forums as a means to replace their missing forms of support.

As part of this work, opinions of 467 caregivers, who used five Internet forums, were reviewed. Lack of family relationship between the caregiver and the ill person was considered a rejection criterion. Contents were analysed from the standpoint of emotional, psychosomatic, biophysical, and social disorders.

Analysis of the research material pointed out that 62% of all contributors were female. Most caregivers belonged to the "sandwich generation" group. Chronic stress, depression, and loyalty conflict were the issues they mentioned most frequently. Internet forums constituted an alternative solution for them for the (binding and bridging) social links they had lost.

Key words: sandwich generation, caregiver stress syndrome, social networks

Wstęp

W Polsce zaobserwować można dynamiczny proces demograficznego starzenia się. Może ono przebiegać w sposób prawidłowy lub zaburzony, któremu towarzyszą liczne dysfunkcje. „Epidemią" XXI wieku staje się demencja. Osoby dotknięte zespołem otępiennym wymagają stałej opieki. Odnalezienie się w roli opiekuna wymaga modyfikacji życia codziennego a konieczność sprawowania długotrwałej opieki niesie ze sobą konsekwencje psychospołeczne i materialne, prowadzące często do powstania Zespołu Stresu Opiekuna (Łukawska 2013). Zjawisku temu naukowcy na świecie poświęcili już ponad dwie dekady, w Polsce przykuwa ono uwagę badaczy dopiero od kilku lat (Tobiasz-Adamczyk 2006, Gustaw i in.2008).

Troska o zdrowie osób starszych sięga czasów starożytnych (Diokles z Karystos, Antoninus Pius). W wieku XVIII zrodziło się pojęcie „geronton" czyli starzec (Bacon Roger – traktaty opisujące starość). Nowoczesna medycyna i jej rozwój zapewniła dłuższe przeżycie jednostkom słabszym zarówno umysłowo, jak i fizycznie. Obecnie populacje wszystkich krajów Unii Europejskiej starzeją się. Starzenie się polskiej populacji odzwierciedlają dane GUS – np. udział osób w wieku emerytalnym w populacji. Osoby w wieku starczym stanowią obecnie jej 13% . Prognozy demograficzne zakładają, że przeciętna długość życia Polaków w ciągu najbliższych 25 lat wzrośnie o 7,2 lat dla mężczyzn (co da 77,6 lat) oraz o 4,5 lat dla kobiet (83,3 l.) Do 2030 roku liczba osób w wieku „65 lat +" powiększy się o 3,61 milionów, przyrost naturalny będzie ujemny a ogólna liczba ludności kraju obniży się do 35,7 miliona osób (GUS 2011). Zajmowanie się problemami osób starszych i ich opiekunów wydaje się w związku z tymi przewidywaniami uzasadnione.

Traktując o osobach przewlekle chorych, często mówi się o kosztownym leczeniu, potrzebie wsparcia, rozluźnieniu sieci i relacji społecznych osób starszych. Uwaga personelu medycznego oraz rodziny skoncentrowana jest głównie na chorym. Przeoczeniu ulega fakt, że jednostka chorobowa oddziałuje bezpośrednio zarówno na życie chorego, jak i jego opiekunów. System wsparcia i relacje rodzinne z czasem ewolucji choroby ulegają pogorszeniu. Obowiązek opieki najczęściej spada na jednego z członków rodziny, co warunkowane jest różnymi czynnikami (biologicznymi, ekonomicznymi, fizycznymi).

W poniższym artykule pojawiać się będą pojęcia, które swoim zasięgiem obejmować mogą zarówno osoby starsze, jak i ich opiekunów. Mowa między innymi o zaburzeniach fizycznych, zaburzeniach psychosomatycznych, problemach psychospołecznych (poczuciu izolacji, wyobcowania, itp.).

Definicje

Społeczeństwo starzejące się - zgodnie z definicją opracowaną przez ONZ, to społeczeństwo, w którym liczba osób w wieku poprodukcyjnym (65 lat i więcej) przekracza 7 % całej populacji. Z raportu agencji ratingowej Moody's wynika, że do 2015 roku ponad 60 % ze 112 krajów sklasyfikowanych przez agencję znajdzie się w gronie społeczeństw „starzejących się".

Demencja (zespół otępienny) - pojęcie odnoszące się do sfery psychicznej, nieokreślające, *sensu stricte,* żadnej jednostki chorobowej. Według Światowej Organizacji Zdrowia, zespół otępienny to zespół objawów wywołany chorobą mózgu, zwykle przewlekłą lub o postępującym przebiegu, charakteryzujący się klinicznie licznymi zaburzeniami wyższych funkcji korowych, takich jak pamięć, myślenie, orientacja, rozumienie, liczenie, zdolność do uczenia się, język i ocena. Ponadto, zaburzeniom funkcji poznawczych często towarzyszą, lub nawet je poprzedzają zaburzenia emocjonalne, zaburzenia zachowania i motywacji. Takiemu obrazowi nie mogą towarzyszyć zaburzenia świadomość (Rószkiwicz 2006).Demencja może przybierać różne postacie. Najpoważniejszymi czynnikami powodującymi uszkodzenie mózgu prowadzące do powstania objawów otępienia są choroby neurodegeneracyjne, zakaźne oraz naczyniowe. Rozróżnia się między

innymi: DAT (typ alzheimerowski), demencję w chorobie Picka, otępienie w chorobie Parkinsona oraz podobne, otępienie z ciałkami Lewy'ego. Wymienić można również otępienie towarzyszące chorobie Huntingtona, gwałtownie i szybko postępujące otępienie w choroba Creutzfeldta-Jakoba, oraz zaburzenia neuropsychologiczne o cechach demencji w zakażeniu wirusem HIV/AIDS (Ziółkowska 2003).

Sieci społeczne - określa się, jako zidentyfikowane interakcje społeczne wokół jednostki oraz jako ich indywidualną percepcję. Model sieci uwzględnia jej strukturę i rodzaj relacji zachodzących pomiędzy osobami wchodzącymi w jej skład. Istotna jest wielkość sieci, stopień i rodzaj zależności uczestników, częstość bezpośrednich i pośrednich kontaktów uczestników sieci, wielkość wsparcia okazywanego przez uczestników sieci na co wskazują Rachel i in. (2014). Brak sieci społecznych szczególnie wśród osób w starszym wieku utożsamia się z poczuciem samotności społecznej i emocjonalnej, brakiem źródeł wsparcia społecznego oraz z ryzykiem przemocy w postaci zaniedbania.

Sandwich generation – pokolenie osób, które opiekują się jednocześnie dziećmi oraz starzejącymi się rodzicami (Bowen i Riley 2005, Pierret 2006) . Dla przykładu, według Pew Research Center, będącym amerykańskim centrum/bazą dostarczającą informacji między innymi na temat badań społecznych i zjawisk demograficznych, 1 na 8 Amerykanów w wieku od 40 do 60 zajmuje się zarówno wychowywaniem dziecka i opieką nad rodzicem. Wyróżnia się trzy modele sandwich generation:

1) tradycyjny, w którym opiekun znajduje się „pomiędzy" rodzicami a własnymi dziećmi, sprawując opiekę nad jednymi i drugimi;
2) Club Sandwich – osoby w wieku 50 lat lub 60 żyjące pomiędzy starzejącymi się rodzicami, dorosłymi dzieci i wnukami;
3) osoby zawodowo zaangażowane w opiekę nad osobami starszymi.

Zespół stresu opiekuna (CSS – Caregiver Stress Syndrome) jest stanem fizycznego, emocjonalnego i psychicznego wyczerpania, który pojawia się u osób długotrwale sprawujących opiekę nad osobą starszą lub przewlekle chorą. Główne objawy CSS to: bezsenność, drażliwość, chroniczne zmęczenie, bezczynność, uczucie pustki i nieustane poczucie winy (Łukawska 2013). Zdarza się, że opiekunowie dotknięci CSS w sposób nieświadomy przejmują objawy choroby podopiecznego. Nieleczony zespół stresu opiekuna może prowadzić do depresji i uzależnień. Według informacji Głównego Urzędu Statystycznego (2011) 2% ludzi opiekuje się osobami starszymi lub niepełnosprawnymi.

Cel pracy

Celem pracy było określenie głównych problemów osób sprawujących opiekę nad osobami starszymi, które wypowiedziały się publicznie oraz zwrócenie uwagi na wykorzystanie forum internetowego, jako medium zastępującego brakujące formy wsparcia.

Materiał i metody

W pracy dokonano analizy wypowiedzi 467 osób korzystających z pięciu forów internetowych. Za kryterium wykluczenia uznano brak pokrewieństwa pomiędzy opiekunem a osobą chorą. Treści analizowano pod kątem zaburzeń emocjonalnych, psychosomatycznych, biofizycznych i społecznych. Osoby wypowiadające się podzielono na grupy według płci i pokrewieństwa z osobami objętymi opieką (córki, synowie, wnuczki, wnukowie).

Wyniki

62% wypowiadających się osób stanowiły kobiety. Znaczna część opiekunów należy do grupy „sandwich generation". Najczęściej wymieniane problemy fizyczne to zmęczenie (100%

wypowiadających się) oraz dolegliwości bólowe (45%). W grupie zaburzeń psychosomatycznych: zaburzenie rytmu dobowego funkcjonowania – bezsenność (60%), problemy z łaknieniem oraz trawieniem pokarmów (48%); Funkcjonowanie społeczne zaburzone jest poprzez poczucie osamotnienia (72%), bezsilności (35%), rezygnacji i izolacji od środowiska pozarodzinnego oraz konflikty wewnątrz-rodzinne (47%). Wszyscy wypowiadający się na forum opiekunowie stawiają potrzeby podopiecznych ponad własne, rezygnując wielokrotnie z aktywności i dbałości o własny dobrostan zdrowotny. Doświadczanie naprzemienne smutku i złości (dysonans poznawczy) (34%), ograniczenie zainteresowań i czasu poświęcanego sobie oraz najbliższym (dzieci, małżonkowie, partnerzy) (88%) stanowi kolejny istotny poruszany problem.

Dyskusja

Ostatnie lata charakteryzują się gwałtownym wzrostem zainteresowania badaczy rolą sieci społecznych, więzi społecznych i wsparcia społecznego w ogólnej ocenie stanu zdrowia osób starszych i ich jakości życia. Wyniki analizy forów internetowych pokrywają się z informacjami przedstawianymi w licznych badaniach dotyczących funkcjonowania osób starszych.

„Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce" (PolSenior) – to jeden z największych przeprowadzonych w Polsce programów badawczych, którego koordynatorem był Międzynarodowy Instytut Biologii Molekularnej i Komórkowej w Warszawie, a podwykonawcami medyczne uczelnie wyższe. W badaniu tym pytano o to, z kim mieszkają respondenci. Na podstawie odpowiedzi na to pytanie wyróżniono 13 form życia rodzinnego. W populacji w wieku 65 lat rodziny złożone z osoby starszej i jej dzieci (respondent + dzieci) stanowią 8,6%, małżeństwa mieszkające z dziećmi i wnukami – 9,9%, rodziny złożone z osoby starszej, jej dzieci i wnuków – 10,1%. Formy dwupokoleniowe (zamieszkiwanie małżeństwa lub samotnej osoby starszej z osobami należącymi do pokolenia ich dzieci) stanowiły 17,1% badanych. Formy trzypokoleniowe (zamieszkiwanie osoby samotnej z dziećmi i wnukami lub małżeństwa osób starszych z dziećmi i wnukami) -20% badanych.

W 2009 roku prawie 5,2 mln osób dorosłych (15 lat i więcej) zgłaszało ograniczenia w wykonywaniu czynności domowych z powodu problemów zdrowotnych. Większość osób doświadczających ograniczeń w czynnościach domowych uzyskiwała pomoc (82% grupy wieku 70-79 lat i 91% grupy wieku 80 lat i więcej) w formie wsparcia ze strony innych osób uznać można, że jest to przede wszystkim pomoc ze strony rodziny (raport Rzecznika Praw Obywatelskich 2012 na temat starzejącego się społeczeństwa).

Skala Courage Social Network Index, opierając się na koncepcji roli nieformalnych sieci relacji, posłużyła do zbadania struktury, częstości kontaktów bezpośrednich, więzi emocjonalnych oraz otrzymywanego wsparcia w społeczeństwie (Zawisza i in. 2014). Oceniono, że średni poziom sieci społecznych w populacji mieszkańców Polski wynosił 67,2% — odchylenie standardowe = 11,9%; mediana = 68,5%. Poziom sieci społecznych był wyższy w grupie kobiet niż mężczyzn (mediany: 68,8% vs. 67,8%; p = 0,009). Najwyższy poziom sieci występował u osób w przedziale wiekowym 18–49 lat, kolejno u osób w wieku 50–69 i 70–79. Najniższy poziom obserwowano u najstarszych (80+) (Zawisza i in. 2014).

Zgodnie z informacjami opublikowanymi przez serwis popularnonaukowy Health oraz badaniami Covinskiego i Newcomer'a (2003) opiekunowie osób starszych są na pierwszym miejscu wśród zawodów przyczyniających się do powstawania zaburzeń nastroju. 11% z nich jest dotkniętych depresją. Większość opiekunów, nie zdając sobie sprawy z tego czym jest zespół stresu opiekuna, nie szuka profesjonalnej pomocy. Wszystkie wymienione badania są zgodne z wynikami powyższej analizy.

Podsumowanie

Zagrożeniem dla osób zajmujących się podopiecznymi są objawy depresji. Rozwijają się one powoli, równolegle do pogarszającego się stanu zdrowia podopiecznego. Opiekunowie doświadczają smutku, uczucia pustki, tracą zainteresowanie dotychczasowymi formami aktywności. Przewlekły stres nadwyręża układ odpornościowy zaburzając homeostazę organizmu. Pogorszeniu ulega zdolność myślenia, koncentracji uwagi. Taki stan wymaga terapii, dla której alternatywą stały się fora internetowe.

Wnioski

Funkcjonowanie w przewlekłym stresie, który towarzyszy sprawowaniu opieki długoterminowej nad chorym, prowadzi do wyczerpania naturalnych rezerw energetycznych organizmu. Najczęściej wymieniane problemy to przewlekły stres, depresja oraz konflikt lojalności. Każdy człowiek przynależy do różnego rodzaju sieci społecznych, przez które jest kształtowany. Fora internetowe stanowią alternatywę dla utraconych sieci wiążących i pomostowych. Opiekun osoby chorej powinien pamiętać, że posiada własne życie i w toku codziennych czynności nie może o nim zapominać.

Piśmiennictwo

1. Bowen C, Riley L. 2005. The sandwich generation: challenges and coping strategies of multigenerational families. *The Family Journal*, **13 (1)**: 52-58.
2. Łukawska B. 2013. *Zespół Stresu Opiekuna.* MEDI: Stowarzyszenie na Rzecz Opieki Długoterminowej i Pomocy Społecznej „Dom Pod Słoncem" Toruń.
3. GUS. 2011. *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.* :Warszawa.
4. Gustaw K, Bełtowska K, Makara M. 2008. Reakcje emocjonalne opiekunów osób z demencją - potrzeba pomocy społecznej, *Przegląd Lekarski,* **65**:6.
5. Covinski K, Newcomer R. 2003. Journal of General Internal Medicine: *Patient and Caregiver Characteristics Associated with Depression in Caregivers of Patients with Dementia,* **18(12)**:1006-14.
6. Pierret Ch. 2006. The 'sandwich generation': women caring for parents and children. *Monthly Labor Review*, Bureau of Labor Statistics, Washington, D.C, **(8)**:1-5.
7. Rószkiewicz M. 2006. Prognozy demograficzne dla polskiej populacji osób starszych. *Psychogeriatria Polska,***3(1)**:1-10.
8. Rachel W, Datka W, Zyss T, Zięba A. 2014. Obciążenie opiekunów pacjentów z otępieniem w chorobie Alzheimera. *Gerontologia Polska*, **2 (1)**:14-23.
9. Rzecznik Praw Obywatelskich. 2012. Raport *Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje.*
10. Tobiasz-Adamczyk B. 2006. Społeczne aspekty starzenia się i starości. *Geriatria z elementami gerontologii ogólnej*, Via Medica. 37-41.
11. World Health Organization. 2012. *Dementia - a public health priority*: Genewa.
12. Zawisza K, Gałaś A,Tobiasz-Adamczyk B. 2014. Polska wersja Courage Social Network Index — skali do oceny poziomu sieci społecznych. *Gerontologia Polska*, **22 (1)**:31-44.
13. Ziółkowska-Kochan M. 2003. Aspekty neurologiczne chorób otępiennych *Pomorski Magazyn Lekarski*, **125(1)**,73-80.

POLEPSZENIE WARUNKÓW ŻYCIA OSÓB STARSZYCH W DOMACH SENIORA POPRZEZ TWORZENIE OTOCZENIA TERAPEUTYCZNEGO

IMPROVING THE LIVING CONDITIONS OF THE ELDERLY IN RESIDENTIAL HOMES BY CREATING A THERAPEUTIC ENVIRONMENT

Iwona Benek

Katedra Teorii Projektowania i Historii Architektury,
Wydział Architektury Politechniki Śląskiej w Gliwicach
Department of Theory, Design and History of Architecture,
Faculty of Architecture, Silesian University of Technology

Author for correspondence:
Iwona Benek
ul. Akademicka 7, 44-100 Gliwice
e-mail: iwona.benek@polsl.pl

Ten rozdział zawiera 1,16 arkusza wydawniczego.
The length of this chapter is 1.16 standard units of text length.

Streszczenie

Przedmiotem pracy są studia ukazujące wagę i złożoność problemu kształtowania środowiska zamieszkania osób starszych na przykładzie domów seniora. Celem było wykazanie, że programowanie i projektowanie tego typu obiektów musi uwzględniać terapeutyczną rolę przestrzeni. Przyjęto założenie, że istnieje szereg uwarunkowań, które mogą stać się elementami wspierającymi osoby starsze. Istotne jest uwzględnienie rozwiązań funkcjonalnych, ale również zdolności adaptacyjnych i potrzeb życiowych odczuwanych przez osoby starsze, znajdujące się w fazie życia wymagającej stabilności środowiska życiowego oraz osobowego bezpieczeństwa. Konieczne jest również uświadomienie sobie przez projektantów, że pod uwagę należy wziąć kompetencje przestrzenne przyszłego użytkownika, znaczenie kapitału ludzkiego, jaki stanowią seniorzy w naszym społeczeństwie, standaryzację norm kulturowych, zawartą w praktykach życiowych seniorów. Są to czynniki pozwalające prawidłowo zorganizować sposób użytkowania przestrzeni zamieszkania. Poza tym problematyka projektowania, a zwłaszcza programowania funkcjonalno - przestrzennego placówek dla ludzi starszych, ma silne powiązania z psychologią środowiskową oraz koncepcjami dostosowania środowiska zamieszkania do potrzeb osób starszych.

W związku z tym, zadaniem architektury – w tym przypadku domów seniora – jest spełnienie szeregu wymogów ergonomicznych, zapewnienie odpowiednich warunków fizycznych i społecznych, czyli dostarczenie tzw. środowiskowych wskazówek, które pomogą stworzyć odpowiednie warunki życia przyjazne i stymulujące.

Słowa kluczowe: domy pomocy społecznej, projektowanie dla osób starszych, terapeutyczna rola architektury

Summary

The subject of the paper was the study of the importance and complexity of shaping the living environment for senior citizens based on the example of homes for the elderly. The aim is to show that programming and designing such places must take into consideration the therapeutic function of living space. It has been assumed that there is a number of factors which may well become elements supporting the older. Functional solutions are important to consider but so are the adaptive capabilities and needs of the elderly, who are at the stage of their life when living environment stability and personal safety are crucial. It is also necessary for the designers to be aware that they need to consider the spatial competence of the target users, the importance of human capital senior citizens represent in our society and the standardization of cultural norms contained in the living practice of the elderly. The above constitute the factors which make it possible to organize the use of living space properly.

Moreover, the subject of designing, especially designing functional living space in buildings with the elderly in mind, is closely connected with environmental psychology and the concept of adapting the living space to the needs of the elderly.

Therefore, the aim of architecture, in the case of homes for the elderly, is to fulfil a number of ergonomic requirements and to ensure adequate physical and social conditions by providing the so-called environmental tips that may help to create friendly and stimulating living conditions.

Key words: nursing homes, retirement homes, homes for the elderly, designing for the elderly, therapeutic function of architecture

Wstęp

Postępująca depopulacja i starzenie się spowodowały wzrost zapotrzebowania na pomoc dla osób starszych, zarówno środowiskową, jak i instytucjonalną. W związku z tym należy ponownie przeanalizować koncepcje programowe i przystosowanie zarówno infrastruktury społecznej, jak i całego środowiska zbudowanego, z domami seniora na czele, do nowych potrzeb i wyzwań związanych ze starzeniem się społeczeństwa.

Dominujące trendy w zakresie opieki nad osobami starszymi koncentrują się na udzielaniu pomocy seniorowi w miejscu jego zamieszkania. Jednak porównując odsetek osób starszych zamieszkujących w domach pomocy społecznej w Polsce, z odpowiadającymi udziałem w krajach Europy Zachodniej i Północnej widać, że w Polsce należy oczekiwać dalszego rozwoju pomocy instytucjonalnej (Szweda-Lewandowska 2009).

Z punktu widzenia architekta pojawia się pytanie, na ile struktura architektoniczna i urbanistyczna istniejących domów pomocy społecznej odpowiada potrzebom seniorów. Przyjęto zadanie przybliżenia zagadnienia dostosowania domów seniora do potrzeb osób starszych oraz przedstawienia pola dalszych badań w tym zakresie. Celem było ukazanie głównych problemów związanych z projektowaniem tego typu obiektów w kontekście specyficznych potrzeb osób starszych odkrytych przez rozwijającą się psychologię środowiskową.

Materiał i metody

Obecnie funkcjonujące formy opieki nad osobami starszymi dzielą się na dwa podstawowe typy: instytucjonalne i nieinstytucjonalne z usługami domowymi.

Opieka instytucjonalna dotyczy domów opieki zapewniających usługi bytowe, pielęgniarskie oraz opiekuńcze. Do nieinstytucjonalnych form opieki należą własne mieszkania, domy lub osiedla emeryckie z możliwością korzystania z usług medycznych i opiekuńczych.

W naszym kraju funkcjonują zarówno publiczne, jak i niepubliczne formy opieki nad ludźmi starymi, które stanowią kontynuację formy jaka wykształciła się jeszcze w czasach PRL na fali silnego zainteresowania problematyką starości w latach 60. w Europie. Powstałe koncepcje architektoniczne, z uwagi na ciągle niski poziom materialny ludzi starych, były i są z reguły niedostosowane do fizycznych i psychicznych potrzeb człowieka starszego. Ponadto nie uwzględniają statusu materialnego i różnorodnych, indywidualnych potrzeb przestrzennych, wynikających z poziomu aspiracji kulturowych i stanu zdrowia poszczególnych użytkowników.

Społeczeństwa zachodnie, zasobniejsze finansowo od naszego, dopracowały się już licznych wzorców i modeli zarówno przestrzennych, jak i organizacyjnych, które jednak nie mogą być przenoszone w sposób automatyczny do naszego kręgu kulturowego. Potrzebujemy nowych wzorców dostosowanych do naszej kultury i oczekiwań oraz możliwości finansowych naszego społeczeństwa.

Stosowane formy zamieszkania seniorów zakładają przede wszystkim utrzymanie samodzielności zamieszkania ludzi starszych we własnym mieszkaniu, a także zakładanie wspólnot mieszkaniowych dla seniorów, rodzinnych domów pomocy społecznej. Bardziej zinstytucjonowane formy zamieszkania to małe, środowiskowe ośrodki opiekuńcze, domy dla ludzi starszych wymagających wsparcia, pomocy, domy dla ludzi starszych wymagających specjalistycznej opieki (Bielak 2011).

Środowisko zamieszkania dla osób starszych powinno być całkowicie dostosowane do potrzeb ludzi starszych i niepełnosprawnych, pozbawione barier architektonicznych, odpowiednio wyposażone we właściwe urządzenia i instalacje. Powinny być zapewnione: bliskość urządzeń infrastruktury społecznej i placówek usługowo-handlowych, a przede wszystkim koszty utrzymania powinny być przystępne dla każdego zainteresowanego (Bell i in. 2004).

Standardy dotyczące domów pomocy społecznej zostały uregulowane w Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy

Wszystkie te wytyczne dotyczące liczby osób i przypisanej im powierzchni są niewystarczające. Same pokoje powinny być większe, przestronniejsze z możliwością korzystania z balkonów lub tarasów. W pokojach nie powinno zamieszkiwać więcej niż dwie osoby. Dla osób sprawnych fizycznie wskazane jest posiadanie kuchni, gdyż przez to są mniej uzależnione od personelu, eliminowana jest wtedy bezradność.

Czynniki te prowadzą do lepszej, szybszej adaptacji mieszkańców do nowego środowiska, jakim jest dom seniora. Pozwalają one także na zachowanie minimum autonomii oraz poczucia prywatności. Człowiek, który dotychczas funkcjonował w normalnych warunkach, miał duży komfort przestrzenny nie może być ograniczany do $6m^2$ - $9m^2$, do przebywania w obcym mu środowisku, które sprzyja poczuciu utraty kontroli oraz zwiększa poczucie bezradności, uzależnienia. Wymagana jest bliskość strefy ogólnej dla mieszkańców oraz strefy medycznej.

- Strefa dla osób z upośledzeniem poznawczym (demencja, choroba Alzheimera) (Bell i in. 2004) - wydzielona przestrzeń, oddział w obrębie domu pomocy społecznej, posiadająca indywidualne rozwiązania funkcjonalno-behawioralne, ze względu na swoiste potrzeby tej grupy. Oddziały te są jednostkami zamkniętymi, jednakże nie chodzi tu o ograniczenie wolności mieszkańców, tylko ograniczenie możliwości wyjścia poza oddział. Mieszkańcy mogą poruszać się po terenie budynku, mają swobodny dostęp do strefy rekreacyjnej. Strefy te powinny być całkowicie pozbawione barier architektonicznych oraz wyposażone w system alarmowo-przywoławczy. We wnętrzach powinny znajdować się dodatkowe wskazówki orientacyjne w postaci obrazków, napisów, a brak nadmiernej dekoracji zmniejsza możliwość dezorientacji. Istotną cechą dla tego typu stref jest dodatkowy, specjalistyczny personel, przeszkolony w zakresie technik kontroli zachowań oraz stosowanie specjalistycznego programu pobudzania do aktywności.

3. Przestrzeń wspierająca/wspomagająca - powinna być powiązana ze strefą ogólnodostępną oraz ze strefą mieszkalną.

- Strefa pracownicza - złożona jest z części administracyjno–biurowej, z części obsługi technicznej (kuchnia, pralnia, ochrona, czystość). Głównym zadaniem personelu jest zapewnienie bezpieczeństwa i sprawowanie fachowej opieki nad mieszkańcami, która nie powinna prowadzić u nich do wywołania poczucia zależności. Przestrzenie przeznaczone dla pracowników winny być kształtowane tak, aby nie wpływały na wzrost poczucia braku prywatności u mieszkańców.
- Strefa medyczna- znajdują się tu gabinety lekarskie, zabiegowo – pielęgniarskie, pokój dla wolontariuszy, część rehabilitacyjno-zabiegowa oraz socjalna.

Dom pomocy społecznej jest jednostką, w której uwaga skupia się na mieszkańcu. Staje się dla osoby starszej miejscem życia, ale także miejscem, w którym istnieje możliwość, a nawet konieczność, odtworzenia, czy nawet budowania na nowo interpersonalnych kontaktów społecznych dla zlikwidowania lub obniżenia odczuwanego poziomu izolacji i opuszczenia przez innych. Odtworzenie, czy budowanie interpersonalnych kontaktów powinno uwzględniać, między innymi, różne rodzaje wspólnot oparte na różnych formach i rodzajach wspólnego działania (Kawczyńska-Butrym 1998): wspólnoty zamieszkania (mieszkańcy wspólnego pokoju), sąsiedztwa (w domu pomocy społecznej mogą ją tworzyć mieszkańcy z innych pokoi, z jednego piętra). Kolejną wspólnotą może być wspólnota modlitwy wzmacniająca poczucie przynależności, oparta na uświadomieniu sobie wyznawania tej samej wiary, a także systemu wartości oraz zobowiązania do przestrzegania przyjętych norm postępowania i zasad etycznych. Wspólnota pracy to wspólne wykonywanie czynności, pomagania sobie i świadomość, że służą one także innym mieszkańcom. Wspólnota zabawy to przeżywanie wspólnych radości i wzruszeń z okazji spotkań towarzyskich, wspólnych obchodów, wycieczek, zawodów sportowych, tańców, a także spotkań o charakterze osobistym (imieniny, prywatne rocznice). Stwarza to możliwość okazywania sobie nawzajem uwagi, czy choćby

własne oraz najbliższych osób, stopniowa utrata poczucia bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego, poczucie zagubienia, zwłaszcza w nowych przestrzeniach oraz występowanie zaburzeń nastroju, skłonności depresyjne.

Mieszkańcy starsi, powinni mieć możliwość realizacji szeregu specyficznych potrzeb, między innymi kontaktu z ludźmi, dzielenia się swoimi umiejętnościami z innymi (to dowartościowuje, realizuje potrzebę rozwoju i samorealizacji). Należy zadbać o zapewnienie poczucia swobody w nowym miejscu, a także o możliwość relaksu i wyciszenia.

Troska o mieszkańca w podeszłym wieku realizowana powinna być w czterech zasadniczych wymiarach funkcjonowania miejsca jego zamieszkania, jakim są domy pomocy społecznej:

- w zakresie kształtowania rozwiązań przestrzennych – architektonicznych i technicznych,
- w zakresie kształtowania klimatu społecznego, behawioralnego – troska o odpowiedni poziom relacji interpersonalnych, stwarzanie płaszczyzny wsparcia ułatwiającej powrót do codzienności w miejscu zamieszkania,
- w zakresie procedur medycznych – utrzymanie możliwie najlepszego poziomu diagnostyki i leczenia,
- w zakresie systemu opieki – odpowiednia organizacja działań medycznych.

Wszystkie wymienione aspekty funkcjonowania domu seniora mają bezpośrednie przełożenie na jego jakość funkcjonalną, behawioralną i techniczną.

Dyskusja

Projektowanie architektoniczno-urbanistyczne to proces wielowątkowy, który nie powinien opierać się na intuicji projektanta oraz wiedzy o charakterze technicznym. Podczas procesu projektowania architektonicznego niezbędna jest wiedza o człowieku, jego potrzebach, konieczność współpracy z przyszłym użytkownikiem. W związku z tym można stwierdzić, że dziedziny naukowe takie jak: architektura, ergonomia, ale także psychologia środowiskowa mają wspólny, praktyczny cel, który wyraża się w optymalizacji i kreowaniu środowiska człowieka poprzez uwzględnienie i integrację wszystkich aspektów dotyczących przestrzeni. Posługują się one innymi środkami podczas realizacji założeń. Psychologia dąży do tego celu za pomocą badań i tworzenia teorii, natomiast architektura i ergonomia poprzez projektowanie i wdrażanie konkretnych rozwiązań.

Podstawowy wymiar projektowania jest związany z fizycznym kształtem projektowanej przestrzeni, która powinna zapewniać człowiekowi odpowiednie warunki do spełniania swoich podstawowych potrzeb (np. fizjologicznych, pożywienia, odpoczynku, pobudzenia, higieny i bezpieczeństwa), natomiast w sensie psychologicznym zaspokajać potrzeby społeczne i osobowe (Bańka 2002) .

Architektura może być również silnym czynnikiem kształtującym ludzkie emocje i postawy, może wyzwalać lęk i umożliwiać rozwijanie zachowań agresywnych. Otoczenie architektoniczne winno kształtować pozytywne emocje i dawać pozytywne skojarzenia. Taka przestrzeń może być źródłem relaksu, poczucia jakości życia, dumy, przywiązana do miejsca. Fizyczne aspekty pracy architekta, jak kształt, skala, faktura, światło powinny być czynnikami wyzwalającymi pozytywne emocje przy okazji procesów życiowych, takich jak edukacja, czy wychowanie. Architektura jako filozoficzny wymiar środowiska powinna bezpośrednio lub sama przez kształtowanie właściwych postaw kierować socjalizacją, wychowywać, uzdrawiać i rozwijać (Sanoff 1999).

Zadaniem architektury jest również podkreślenie prestiżu i rangi społecznej, umożliwienie kontaktów z innymi ludźmi i dawanie możliwości realizacji swoich zainteresowań.

W 1998 roku opracowano tzw. Nową Kartę Ateńską (Nowa Karta Ateńska 2003), w której istotnym postulatem było dostosowywanie istniejącej infrastruktury mieszkaniowej dla mieszkańców w wieku senioralnym i stworzenie środowiska społecznego, w którym wszyscy czują się dobrze. Z punktu widzenia projektowania i programowania funkcjonalno – przestrzennego można odnieść

w projektowaniu architektonicznym należą:

- Universal Design i Built for All jako efekt zaakceptowania zindywidualizowanych potrzeb ludzkich w środowisku zbudowanym, związanym z wiekiem, stanem zdrowia i kręgiem kulturowym – zasady te ujmują zagadnienia objęte większością wyżej wymienionych teorii psychologii środowiskowej, a także wymagania ergonomii,
- Design out Crime, Design for Safe, mające na celu projektowanie środowiska bezpiecznego i dającego poczucie bezpieczeństwa osobom w nim przebywającym, a w szczególności jednostkom słabszym i bardziej narażonym na niebezpieczeństwo (dzieci, kobiety i starcy),
- Partycypacja użytkowników w procesach projektowania mająca na celu dostosowywanie przestrzeni do indywidualnych potrzeb jednostek lub grup społecznych,
- Evidence Based Design (Hamilton 2009) – oparcie wiedzy o potrzebach ludzi w środowisku zbudowanym na badaniach naukowych.

Wymienione zasady stosowane w projektowaniu odnoszą się do tworzenia środowiska zbudowanego odpowiadającego złożonym i zróżnicowanym potrzebom ludzkim. W związku z tym konieczne stało się opracowanie wytycznych odnoszących się do specyficznych potrzeb grup słabszych, w tym ludzi starych.

Podsumowanie

Psychologia środowiskowa może przyczynić się do lepszego planowania i projektowania. Pomaga stworzyć przestrzeń bardziej bezpieczną, transparentną, zamieszkiwalną, dającą poczucie satysfakcji, czyli innymi słowy może kształtować otoczenie terapeutyczne.

Podjęto próbę zastosowania wiedzy psychologicznej do rozwiązywania problemów i podejmowania decyzji dotyczących projektowania poprzez opracowanie cech i wymagań dla stworzenia środowiska terapeutycznego w domach seniora.

Środowisko terapeutyczne w aspekcie psychologii (Bańka 2002), posiada pewne cechy i wymagania.

Pierwszą cechą jest zamieszkiwalność (*habitability*), która oznacza zespół elementów wpływających na komfort, wykonywanie zadań, dobrostan jednostki oraz morale grup funkcjonujących w danym środowisku. Zadaniem architektury jest spełnienie szeregu wymogów ergonomicznych, takich jak dostępność, transparentność, intymność, uspołecznienie różnych elementów przestrzeni. Poza tym na zamieszkiwalność wpływają warunki fizyczne – przestrzeń, klimat, światło, wilgotność, ale również warunki społeczne – izolacja od rodziny, przyjaciół, brak prywatności, zaburzenie poczucia terytorialności. Zamieszkiwalność jest również zdeterminowana zakresem czasowym przebywania w danym środowisku oraz bezpieczeństwem środowiskowym rozumianym dwojako, w aspekcie psychologicznym (znajdowanie drogi, znajomość zajmowanej przestrzeni i orientacja w niej w przypadku zagrożenia, czyli np. mapy poznawcze) i architektonicznym (bezpieczeństwo komunikacyjne, przeciwpożarowe, ewakuacyjne itp.).

Otoczenie terapeutyczne to środowisko transparentne, a więc zapewniające percepcyjny i przestrzenny dostęp do sygnałów bezpieczeństwa. Poczucie bezpieczeństwa jest zależne od stopnia personalizacji przestrzeni wewnętrznej, natomiast personalizacja przestrzeni zewnętrznej wywołuje poczucie dumy ze środowiska, w rezultacie pobudza działania w środowisku zamieszkania, np. domów seniora.

Trzecią cechą środowiska terapeutycznego jest satysfakcja środowiskowa. Na satysfakcję środowiskową mają wpływ takie czynniki jak jakość i zażyłość więzi międzyludzkich, poczucie rozwoju, poczucie własnej wartości. Architektura w tym aspekcie ma wyznaczać częstotliwość charakter komunikacji między ludźmi, dostarcza atrybutów do identyfikacji z miejscem zamieszkania i bytowania, i hierarchizuje ludzi przestrzennie według pełnionych ról oraz posiadanego statusu.

Reasumując, jedną z głównych ról środowiska terapeutycznego jest podniesienie znaczenia,

Ze względów terapeutycznych niekorzystne dla samopoczucia mieszkańca domu seniora są:

- lokalizacje domów seniorów na peryferiach miasta, z dala od znanego, lokalnego środowiska społecznego - powiększa to poczucie izolacji i odosobnienia, utrudnia zachowanie kontaktu z bliskimi, zmusza odwiedzających do uciążliwych dojazdów,
- duże, kilkusetmiejscowe kompleksy - ich przestrzenna rozległość, strukturalna złożoność i funkcjonalna koncentracja wzmagają negatywny wizerunek domu seniora jako „fabryki - maszyny do opieki", a także stare zdekapitalizowane budynki nie budzące zaufania w możliwość komfortowego zamieszkania,
- przestrzenie wewnętrzne pozbawione kontaktu wzrokowego, dotykowego, zapachowego z zielenią, kwiatami, czy z wodą, uniemożliwiające obserwację rytmów przyrody, pogłębiające poczucie sztuczności środowiska wewnętrznego.

Kolejnym rodzajem terytorium są terytoria wspólne, czyli miejsca nieposiadane na własność, gdzie użytkownik jest „jednym z wielu", ale gdzie dochodzi do spajania grupy. W miejscach takich personalizacja jest częściowa w czasie użytkowania (Altman 1975). Przyjęto, że w domach seniora terytoriami wspólnymi są tzw. funkcje wspierające, dodatkowe, takie jak: pokoje dziennego pobytu, jadalnie, pokoje do rehabilitacji, pokoje warsztatowe, biblioteki. Poza tym są to miejsca kultu religijnego, ale także patia, tarasy i balkony (Furmaniak 2007).

Podjęto próbę opracowania zasad ogólnych, którymi należy się kierować podczas projektowania funkcji wspomagających:

a) dostępność dla osób niepełnosprawnych ruchowo;

b) kolorystyka:

- stonowane, ciepłe kolory (żółty, pomarańczowy, zielony),
- biały niewskazany,
- unikać łączenia zieleni z kolorem niebieskim,
- stosować kontrast kolorystyczny podłóg i ścian;

c) oświetlenie:

- zapewnienie równomiernego oświetlenia światłem dziennym,
- unikanie efektu olśnienia,
- zastosowanie osłon przeciwsłonecznych w celu uniknięcia przegrzewania pomieszczeń,
- zapewnienie zróżnicowanego oświetlenia światłem sztucznym, czyli zastosowanie oświetlenia ogólnego oraz punktowego,
- zastosowanie oświetlenia awaryjnego;

d) materiały wykończeniowe podłóg i ścian:

- posadzki antypoślizgowe, matowe – z dekoracjami w postaci, np. bordiur w celu wydzielenia posadzki od ścian,
- należy stosować materiały łatwo ścieralne (kafle, wykładziny kauczukowe),
- zastosowanie nakładek antypoślizgowych na stopniach schodów,
- ściany - stosować podwyższone cokoły,
- należy zabezpieczać naroża;

e) elementy wykończeniowe:

- powierzchnie łatwo ścieralne,
- zróżnicowanie faktury użytych materiałów – informacja dotykowa,
- meble mobilne – ułatwiające zmianę aranżacji we wnętrzu.

Poza prawidłowym zaprojektowaniem pomieszczeń z funkcjami dodatkowymi istotny jest czytelny system informacyjny. Rozwiązaniem problemu czytelnej informacji graficznej jest wprowadzenie jednolitego, logicznego systemu oznaczeń. Jego elementy składowe to:

- banery informacyjne zlokalizowane w charakterystycznych miejscach budynku, przy wejściu, węzłach komunikacyjnych, charakterystycznych punktach budynku (oddziały, jadalnia, świetlica, kaplica, pokoje mieszkańców),

społecznej (Dz. U. z 2012 r. poz. 964) oraz w Ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tj. Dz. U. z 2013 r. poz. 182).

Dom, niezależnie od typu (rozróżniamy typy domów dla osób w podeszłym wieku, osób przewlekle somatycznie chorych, osób przewlekle psychicznie chorych, osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie, osób niepełnosprawnych fizycznie), świadczy usługi w zakresie potrzeb bytowych, zapewniając między innymi miejsce zamieszkania, wyżywienie.

Fizyczne środowisko mieszkaniowe domów opieki dla ludzi starych złożone jest z szeregu ściśle powiązanych ze sobą przestrzeni „zbudowanych" ze stref. Możemy wyróżnić trzy główne przestrzenie: ogólnodostępną, prywatną i półprywatną oraz wspierającą (za Bielak 2011).

1. Przestrzeń ogólnodostępna:

- Hall główny, wejściowy - strefa przyjmowania osób z zewnątrz, udzielania informacji (kontrola dostępu). Powinna się tu znajdować część informacyjna: stanowisko, tablica z ogłoszeniami, miejsce siedzące w oczekiwaniu na użytkownika, szatnia oraz toalety. Strefa powinna mieć powiązanie z częścią administracyjną oraz z salą spotkań, odwiedzin.
- Sala spotkań, odwiedzin - strefa kontaktu osób przybyłych z zewnątrz z mieszkańcami placówki. Znajdują się tu miejsca umożliwiające bezpośredni kontakt mieszkańca z odwiedzającym, bądź grupą gości. Atmosfera panująca w tej przestrzeni powinna sprzyjać prywatności i intymności. Wymagana jest bliskość strefy wejściowej, ogólnej dla mieszkańców oraz strefy mieszkalnej.
- Strefa ogólna, ogólnodostępna dla mieszkańców - przestrzeń, w której przebywają mieszkańcy domu w ciągu dnia. Powinna ona być złożona z funkcji, które uatrakcyjniają pobyt osób starszych w tej placówce. Możemy ją nazwać strefą rekreacyjną, którą należy kształtować w taki sposób, aby była społeczna, sprzyjała nawiązywaniu kontaktów, aby integrowała mieszkańców; jednak niektóre przestrzenie powinny być przestrzeniami tzw. odspołecznymi - winny zapewniać prywatność (Bell i in. 2004). Powinna znajdować się tutaj sala spotkań – świetlica, pokój pobytu dziennego (z wydzielonymi miejscami, z których nowo przybyły mieszkaniec może obserwować środowisko - daje to możliwość przyzwyczajenia się, zaaklimatyzowania), sala telewizyjna, biblioteka z czytelnią, sala „hobby", kaplica, sala gimnastyczna, rehabilitacyjna, jadalnia, palarnia, toalety. Strefa ta powinna znajdować się w sąsiedztwie strefy mieszkalnej oraz strefy medycznej, personelu, strefy kuchennej. Musi w niej istnieć kontakt z naturą, np. wyjście do ogrodu.

2. Przestrzeń prywatna i półprywatna - strefa mieszkalna - w strefie tej znajdują się pokoje mieszkańców, wraz z zapleczem sanitarnym, pokoje personelu oraz część dla osób z upośledzeniem poznawczym.

- Pokoje powinny mieć odpowiednią wielkość i „gęstość" zamieszkania. W Polsce obowiązuje standard powierzchniowy mówiący, że pokój 1 osobowy powinien mieć powierzchnię nie mniejszą niż 9m^2 na osobę, natomiast wieloosobowy 6m^2 na osobę. W przypadku osób poruszających się samodzielnie w pokoju mogą zamieszkiwać maksymalnie 3 osoby, natomiast gdy mieszkańcy są leżący - 4 osoby. W standardzie wyposażenia przewidziane są podstawowe meble: łóżko lub tapczan, szafa, stół z krzesłami oraz szafka nocna. W istniejących domach standardy sanitarne pozwalają na korzystanie z 1 łazienki przez nie więcej niż 5 osób, natomiast w przypadku toalet – przez nie więcej niż 4 osoby. W nowoprojektowanych obiektach na każdy pokój powinna przypadać łazienka z możliwością korzystania z wanny lub prysznica oraz jedna toaleta. Wszystkie te pomieszczenia muszą być przystosowane dla potrzeb osób niepełnosprawnych. Przykładowo łazienki z uchwytami, dostępne dla wózków inwalidzkich, wyposażone w system alarmowo-przywoławczy zwiększają u mieszkańców poczucie bezpieczeństwa i zmniejszają zależność oraz poczucie bezradności.

„odświętnej", szczególnej życzliwości. Wspólnota zainteresowań to wspólne zajęcia plastyczne, śpiewanie w chórze, głośne czytanie książek osobom słabo widzącym lub słabo czytającym, wspólne rozmowy o interesujących wydarzeniach historycznych i związanych z tym osobistych przeżyciach, udział w spotkaniach z ludźmi interesującymi mieszkańców. W końcu - wspólnota twórczości, którą należy traktować jako odmienną wspólnotę zainteresowań. Wymaga jeszcze większego, indywidualnego zaangażowania w twórczy aspekt podjętych działań. Na przykład organizowanie wystaw twórczości plastycznej, wieczorów poezji lub innych utworów literackich, czy muzycznych pisanych, np. przez mieszkańców domu, a także wydawanie biuletynu, czy gazety poświęconej sprawom domu i jego mieszkańców.

Każda z tych form działania w domach pomocy społecznej wymaga odpowiednio zaprojektowanych pomieszczeń, tak by tworzyć pomiędzy mieszkańcami pozytywne więzi społeczne. W ten sposób powstaje z jednej strony sieć wzajemnych powiązań pomiędzy mieszkańcami (łącznie z pracownikami), z drugiej zaś tworzy się system oparcia i aktywizacji społecznej mieszkańców. Wspólne działania zwiększają mobilizację i aktywność – działają terapeutycznie. Chronią przed niekorzystnym wpływem izolacji społecznej i wyobcowania społecznego oraz przed ich konsekwencjami.

Wyniki

Przyjęte założenia i zalecenia związane z aktywizacją mieszkańców domu pomocy społecznej, a także podkreślanie terapeutycznej roli tego typu placówki wspierającej powstawanie więzi społecznych, wymagają stworzenia zaleceń i wytycznych projektowych związanych z preferencjami głównych użytkowników domów pomocy społecznej, czyli z osobami starszymi, które często są osobami niepełnosprawnymi, którym towarzyszy szereg dysfunkcji: wzroku, słuchu, ruchu, ale i zaburzeń zachowania. Osoby starsze są również szczególną grupą użytkowników – z powodu zwiększonych indywidualnych potrzeb wynikających z ich stanu fizycznej sprawności, psychicznego podejścia do starzenia oraz często obniżonej pozycji społecznej.

Wśród wielu problemów zdrowotnych osób starszych na szczególną uwagę zasługują dolegliwości powszechne w tej grupie wiekowej, takie jak zaburzenia funkcji poznawczych. Termin „funkcje poznawcze" obejmuje wiele procesów intelektualnych takich jak pamięć długoterminowa oraz krótkoterminowa, procesy językowe, funkcje wzrokowo – przestrzenne, funkcje konstrukcyjne i wykonawcze, procesy spostrzegawcze oraz tzw. „myślenie abstrakcyjne" (Kwiatkowska i in. 2005).

Proces poznawczy zapewnia sprawne funkcjonowanie w otaczającym środowisku, spostrzeganie docierających bodźców, analizowanie sytuacji, formułowanie wniosków, w końcu podejmowanie właściwych decyzji oraz działanie. Konsekwencje zdrowotne i społeczne, zarówno dla choroby Alzheimera, jak i innych rodzajów otępień, są oczywiste i stanowią ogromne obciążenie dla chorego, jak i jego opiekunów. Utrzymywanie się umiarkowanych zaburzeń poznawczych przez kilka lat obniża jakość życia i wpływa na samopoczucie oraz stan zdrowia osób starszych. Trudność z wykonywaniem złożonych czynności, takich jak zakupy, przygotowanie posiłków lub obsługa bardziej skomplikowanych urządzeń (np. sprzęt gospodarstwa domowego) wywołują lęk i poczucie bezradności związane z pogarszającymi się możliwościami samodzielnego funkcjonowania, są przyczyną obniżonego nastroju, a nawet depresji (Kwiatkowska i in. 2005).

W związku z tym, problemy zdrowotne i pielęgnacyjne mieszkańców w starszym wieku, często przewlekle chorych, rodzą szereg wymagań, które powodują konieczność specyficznego podejścia do projektowania domów seniora.

Przede wszystkim należy wziąć pod uwagę deficyty w samodzielności dotyczące wykonywania czynności codziennych, takich jak: ubieranie, toaleta, przyjmowanie posiłków, korzystanie z toalety. Do tego dochodzą problemy związane, np. z poczuciem osamotnienia, wyobcowania czy bezużyteczności, trudności w porozumieniu i kontaktach międzyludzkich, lęk o zdrowie i życie

się do psychologii środowiskowej, według której środowisko zamieszkania powinno być dostępne i dostosowane do możliwości zarówno fizycznych, jak i psychicznych ludzi starych. Przede wszystkim powinno być bezpieczne. Problematyka dostosowania środowiska zbudowanego do zróżnicowanych potrzeb różnych użytkowników rozwija się bardzo intensywnie przez ostatnią połowę XX wieku i początek wieku XXI, uzyskując silne wsparcie ze strony badań psychologii środowiskowej.

W kształtowaniu wiedzy o potrzebach ludzi w odniesieniu do architektury istotne okazały się różnorodne teorie psychologii środowiskowej.

Potrzeby ludzi w środowisku zbudowanym określono za pomocą piramidy potrzeb według Maslowa (2013), sześciu kategorii doświadczania środowiska według Steele (1973), czy taksonomii ludzkich potrzeb według Max-Neffa i in. (1991).

Kolejna teoria dotycząca układu zachowań (*behavioral settings*) udowodniła, że ukształtowanie przestrzeni wpływa i determinuje nasze zachowania (Baker1968). Teoria stresu środowiskowego (Seyle 1977) wprowadziła pojęcie stresów środowiskowych, związanych z nieprawidłowym oświetleniem, drganiami, wibracjami, warunkami klimatycznymi, ciepłem, substancjami chemicznymi, promieniowaniem i polem magnetycznym, czyli wszystkimi elementami wpływającymi na prawidłowe funkcjonowanie środowiska wewnętrznego.

Z kolei model presji środowiskowej (Lawton, Nahemowa 1973) ukazał konsekwencje nieradzenia sobie w środowisku wraz z utratą sił fizycznych.

W kształtowaniu wiedzy o potrzebach ludzi istotną rolę odgrywały między innymi teoria Kurta Levina mówiąca o potrzebie posiadania własnej przestrzeni życia (Hall 1976), wprowadzenie pojęcia prywatności i terytorialności (Sommer 1969), pojęcia stłoczenia i przestrzeni ucieczkowej (Altman 1975).

Wyżej wymienione teorie wpłynęły znacząco na powstanie kilku ważnych koncepcji odnoszących się do projektowania przestrzeni urbanistycznej i architektonicznej (Niezabitowska i in. 2013).

Są to:

- Teoria struktury przestrzeni urbanistycznej Kevina Lyncha, określająca zasady budowania czytelnej przestrzeni urbanistycznej łatwej w orientacji i bezpiecznej (Lynch 2001),
- Wayfinding – odnajdywanie drogi (Passini 1984), jako kontynuacja teorii Lyncha - uzupełnienie informacji o przestrzeni informacją wizualną, co jest szczególnie istotne w wielofunkcyjnych obiektach,
- Teoria znaku Venturiego (1966) – budynek jako udekorowana „buda", architektura jako przekaz informacji – obiekt informuje o pozycji społecznej, finansowej i kulturowej właściciela / użytkownika – kontynuacja problematyki w semiotyce,
- Gradient prywatności i teoria przestrzeni bronionej (Newman 1972), obejmująca ideę społecznej kontroli, zapobiegania przestępczości i zdrowia publicznego – efektem tej teorii jest powstanie koncepcji projektowych Design out Crime, Design for Safe,
- Język wzorców, teoria syntezy formy (Christopher 2008) – cykl życiowy i jego odzwierciedlenie w przestrzeni domu, dopasowanie formy, idea spójności całościowej i porządku,
- Podejście fenomenologiczne (Norberg–Schulz 1979), czyli zerwanie z modernistyczną zasadą, że wszyscy mamy takie same potrzeby i przyjęcie podejścia indywidualistycznego, nastawienie myślenia na indywidualne potrzeby użytkowania, utorowanie drogi do partycypacji społecznej w procesach projektowania,
- Teoria przemian i warstwowej budowy obiektu (Brand 1995) - nastawienie procesu projektowania obiektów architektonicznych na adaptowalność i przystosowanie do przyszłych, nieznanych jeszcze potrzeb.

Wszystkie wyżej wymienione teorie architektoniczne biorą pod uwagę znaczący wpływ ukształtowania przestrzeni na jakość życia użytkujących ją ludzi, w każdym typie środowiska zbudowanego.

Do najbardziej nośnych i istotnych, z punktu widzenia ludzi starych, idei stosowanych

poczucia przynależności, zagnieżdżenia w lokalnym środowisku przez osoby starsze zamieszkujące w domach seniora.

Aby spełnić wymagania otoczenia terapeutycznego można projektowaną przestrzeń analizować pod kątem potrzeb terytorialnych człowieka oraz określić czynniki wpływające na komfort fizyczny i psychiczny.

Istnieją trzy rodzaje terytoriów zajmowanych przez ludzi (Altman 1975). Terytoria te różną się między sobą pod względem znaczenia dla życia jednostki i grupy. Najważniejsze są terytoria pierwotne, następnie terytoria wspólne i publiczne. Różnice dotyczą czasu przebywania na nich, stopnia personalizacji oraz prawdopodobieństwa, z jakim mogą wystąpić zachowania obronne, jeśli te granice zostaną naruszone. Podział terytoriów wynika również z ich odmiennych funkcji, aktywności użytkowników oraz z czasu przebywania.

Terytorium publiczne to miejsce, które charakteryzuje się niską możliwością kontroli, nie jest posiadane na własność, ale niekiedy może dojść na nim do tzw. personalizacji tymczasowej (Altman 1975). Przyjęto, że w domach seniora terytorium publicznym może być działka, na której jest usytuowany budynek.

Wyodrębniono szereg uwarunkowań, które powinny być spełnione w projektowaniu zagospodarowania działki dla domów seniora.

a) wielkość i sposób ukształtowania działki:
- duża powierzchnia działki, w kontekście podmiejskim – optymalny rozmiar dla około 50 mieszkańców to 1,5 do 2,5 ha,

b) powiązanie z otoczeniem:
- położenie w okolicy o charakterze podmiejskim – zabudowa mieszkaniowa o niskiej intensywności, w połączeniu z usługami i handlem o odpowiedniej skali,
- kilka obiektów o funkcji publicznej – sakralnej, sportowej, kulturalnej, obecność małych sklepów i drobnych usług, tętniąca życiem przestrzeń publiczna (ulice, place, skwery, parki) - daje to mieszkańcom możliwość udziału w życiu społecznym,
- brak w sąsiedztwie uciążliwych obiektów – zakładów przemysłowych, dużych centrów handlowych, ulic o wysokim natężeniu ruchu;

c) zabudowa działki:
- niski procent zabudowy działki, w granicach 8-10% z niewielkim obiektem o ludzkiej, przyjaznej skali lub grupa takich budynków,
- liczba mieszkańców: poniżej 50 osób, preferowana 20 osób,
- uzupełnienie budynku za pomocą małej architektury i elementów zagospodarowania działki stymulujących aktywność mieszkańców: altany, pawilony, tarasy i szklarnie w prywatnej części działki; place, pawilony, ławki i przed ogródki w części przed wejściowej, półpublicznej,
- zawarcie w programie funkcjonalnym funkcji dodatkowych, stymulujących nie tylko indywidualną aktywność mieszkańców, ale też uczestnictwo w życiu społecznym, w tym kontakt z mieszkańcami okolicznych domów (pracownie warsztatowe, plac o charakterze półpublicznym, sklep, klub, urządzenia sportowe);

d) strefy dostępności poprzez gradację przestrzeni - uwzględnienie zarówno strefy prywatnej, dostępnej wyłącznie dla mieszkańców, jak i przestrzeni półpublicznej stanowiącej miejsce zdarzeń i kontaktu ze światem zewnętrznym, otwarty charakter przestrzeni przed wejściowej,

e) zieleń:
- zieleń izolacyjna – pełniąca równocześnie funkcje ogrodzenia - rozwiązanie takie nie stanowi muru izolującego od otoczenia, a równocześnie zapewnia prywatność,
- zieleń użytkowa, którą pielęgnować i uprawiać mogą również mieszkańcy domu seniora: warzywniaki, rabaty, szklarnia, ogród zimowy,
- położenie w bezpośrednim sąsiedztwie ogólnodostępnych terenów zielonych użytkowanych przez osoby z zewnątrz – skwer osiedlowy, plac zabaw, park, rzadki las, łąka.

- schemat funkcjonalny budynku – w recepcji lub w miejscu występowania węzła komunikacyjnego,
- tablice informacyjne, czyli informacja o sposobie poruszania się po budynku (pokazujące kierunek ruchu), informacja o funkcji danego pomieszczenia,
- plan dnia – rozwieszony , np. przy recepcji, przy jadalni,
- zegar, kalendarz – elementy bardzo ważne, szczególnie dla osób z zaburzeniami poznawczymi.

Proponowane punkty umieszczenia tych elementów to recepcja, hall główny, świetlica, korytarz, pokoje mieszkańców.

Terytorium pierwotne to miejsce postrzegane jako należące do podmiotu na stałe, dzielone przez małą grupę osób ze sobą współdziałających, gdzie personalizacja jest rozległa (Altman 1975). W związku z tym, za terytorium pierwotne (zwane również indywidualnym) uznano pokoje mieszkańców domów pomocy społecznej, które mają zasadnicze znaczenie dla ich samopoczucia.

Przede wszystkim konieczne są rozwiązania wariantowe dla pokoi – dostosowane do stopnia samodzielności mieszkańców, ich wieku oraz kondycji psychicznej.

Chorzy przewlekle wymagają pomieszczeń bardziej elastycznych pod względem aranżacji, zmiany umeblowania – pozwalających na stosowanie wizualnych, czy akustycznych przegród, zmianę techniki wykonywania zabiegów higienicznych. Istotne jest również wzięcie pod uwagę komfortu użytkowania dla personelu oraz możliwość przebywania w pobliżu chorego jego bliskich.

Autorka opracowała wytyczne projektowe związane z lokalizacją strefy zamieszkania w budynku, usytuowania w stosunku do stron świata, ale również odniesiono się do sposobu umeblowania i wyposażenia wnętrz mieszkalnych w domach pomocy społecznej:

a) lokalizacja pokoi dla mieszkańców:
- gradacja dostępności do mieszkańca poprzez szereg stref pośrednich i ich hierarchii – poprzez strefę wejściową, następnie ogólnodostępną, poprzez korytarz dedykowany zespołowi pokojów,
- skierowanie pokoi na wschód lub zachód,
- widoki: na ogród, osiedle, dziedziniec – zapewnienie mieszkańcom kontaktu z otoczeniem, należy unikać widoków na cmentarz, szpital, fabryki,
- pokoje powinny mieć prosty i czytelny dostęp do pozostałych funkcji w budynku,
- pokoje pojedyncze mogą być odizolowane poprzez usytuowanie na osobnej kondygnacji (ze względu na mieszkańców, którzy mogą być zbyt uciążliwi dla innych, np. chorzy na chorobę Alzheimera), najlepszym rozwiązaniem jest jednak projektowanie kombinacji pokoi jedno- z dwuosobowymi.

b) powierzchnie:
- pokoje 1-os. - powierzchnia minimalna 9m^2 / osobę,
- pokoje wieloosobowe – pow. 6m^2 / osobę;

c) dostępność dla osób niepełnosprawnych ruchowo:

d) wyposażenie:
- pokój powinien być wyposażony w łóżko rehabilitacyjne,
- wzdłuż strefy komunikacyjnej pokoju należy sytuować pochwyty i odbojnice,
- zapewnienie miejsca na prywatne rzeczy – minimum to szafka przyłóżkowa, tablica lub możliwość zawieszenia obrazów itp., półka, np. na bibeloty, szafa ubraniowa (tzw. „centrum kontroli"),
- wprowadzenie elementów wyposażenia wpływających na charakter pokoju (zasłony, bibeloty, oświetlenie),
- meble powinny mieć jednolity kolor (unikamy wzorów, pasków itp.), ponieważ wtedy łatwiej zauważyć przedmioty położone na nich,
- materiały miłe w dotyku, lekko chropowate, o miękkim chwycie, antyalergiczne, wodoodporne,

antyseptyczne, wytrzymałe,

- w pokoju powinien znajdować się stół (najlepiej okrągły) i krzesła,
- drzwi – pełne, z wyróżnioną kolorystycznie ościeżnicą, z tabliczką z nazwiskiem mieszkańca, z zamkiem otwieranym przez osoby upoważnione (personel),
- okna powinny mieć klamki w zasięgu rąk osoby siedzącej na wózku inwalidzkim, limit szerokości otwarcia i z zainstalowane żaluzje okiennymi,
- unikać mebli pochylających się do tyłu, jak również mebli na kółkach,
- instalować wyraźne i wielkie zegary oraz kalendarze,
- jeżeli w pokoju jest dywan – należy przymocować go do podłogi i nie powinien odstawać więcej niż 2 mm. Włos nie powinien być dłuższy niż 15 mm;

e) akustyka:

- pełne drzwi z izolacją akustyczną, aby zredukować przekaz hałasu,
- bezgłośne lub ciche przełączniki,
- ciche systemy grzewcze, chłodzące i wentylacyjne,
- okna z podwójnego szkła, pomagające zredukować hałas mogący przeniknąć do środowiska zewnętrznego.

f) instalacje:

- budynek powinien być wyposażony w system przyzywowo-alarmowy i system alarmu przeciwpożarowego,
- w pokojach powinno zapewnić się systemy kontroli łatwo dostępne dla mieszkańca z ograniczonym zasięgiem i zręcznością (oświetlenia, łączności z pielęgniarkami, telewizji oraz sprzętu audio).

Rozwój w zakresie psychologii środowiskowej poszerza proces programowania i projektowania obiektów architektonicznych pod kątem specyficznej grupy użytkowników, jakimi są osoby starsze. Interdyscyplinarne badania – również z dziedziny socjologii, ergonomii i proksemiki wspomagają proces określenia cech i wytycznych dla otoczenia terapeutycznego.

Wprowadzenie zakresu wiedzy z tych dziedzin do procesu projektowania domów seniora, wpływa na podniesienie jakości tych form zamieszkania dla osób starszych i jest spójne z koncepcją aktywnego starzenia (aktywność jako najlepszy środek zapewniający godne warunki starzenia). W związku z tym przyjęto, że prawidłowy projekt domu seniora powinien podkreślać terapeutyczną rolę tego typu placówki. Powinien pozwolić również na personalizowanie przestrzeni. Dlatego podjęto próbę stworzenia zaleceń i wytycznych projektowych, dzięki którym mieszkańcy domów seniora poczuliby się bezpieczni, a ich otoczenie byłoby transparentne i dostępne.

Piśmiennictwo

1. Altman I. 1975. *The Environment and Social Behavior: Privacy, Personal Space, Territoriality and Crowding*, CA Brooks/Cole: Montery.
2. Bańka A. 2002. *Społeczna psychologia środowiskowa*. Wydawnictwo Naukowe Scholar: Warszawa.
3. Baker RG. 1968. *Ecological Psychology: Concepts and Methods for Studying the Environment of Human Behavior*. Standford University Press: Palo Alto, CA.
4. Bell PA, Greene ThC, Fisher JD, Baum A. 2004. *Psychologia środowiska*. GWP: Gdańsk.
5. Bielak M. 2011. *Optymalne środowisko życia i zamieszkania w ośrodkach pobytu stałego dla osób starszych.* Wydawnictwo Politechniki Śląskiej: Gliwice.
6. Brand S. 1995. *How Buildings Learn. What Happens after They're Built*. Penguin Books: New York, London.
7. Christopher A, Ishikawa S, Silverstein M, Jacobson M, Fiksdahl-King I, Angel S. 2008. *Język wzorców. Miasta, budynki, konstrukcje*, GWP: Gdańsk.

8. Furmaniak J. 2007. Senior w domu pomocy społecznej. Uwagi wstępne dotyczące funkcjonowania DPS-ów w zakresie rehabilitacji. [w:] *Senior w domu. Opieka długoterminowa nad niepełnosprawnym seniorem,* Wydawnictwo Naukowe UAM: Poznań.
9. Hall T. 1976. *Ukryty wymiar*, PIW: Warszawa.
10. Hamilton DF, Watkins DH. 2009. *Evidence – Based Design for Multiple Building Types*. John Wiley Inc.:New Yersey.
11. Kawczyńska-Butrym Z. 1998. *Niepełnosprawność–specyfika pomocy społecznej*. Wydawnictwo Śląsk: Katowice.
12. Kwiatkowska W, Szczepańska J, Woźniewski M, Greń G. 2005. Zaburzenia poznawcze u osób starszych w świetle oceny metablicznych czynników ryzyka chorób sercowo – naczyniowych. *Acta Angiol* **11 (1)**:38-9.
13. Lawton MP, Nahemowa L. 1973. Ecology and the aging proces. [w:] *Psychology of adult development and aging*. Eisdorfer C & Lawton MP. (eds.). DC: American Psychological Association: Washington: 657-668.
14. Lynch K. 2001. *Obraz miasta.* Archivolta: Kraków.
15. Maslow A. 2013. *Motywacja i osobowość*, PWN: Warszawa.
16. Max-Neef M, Elizade A, Hopenhazn M. 1991. *Human Scale Development. Conception, Application and Futher Reflections*. The Apex Press: London, New York.
17. Newman O. 1972. *Defensible Space – Crime Prevention through Urban Design*. Macmillan: New York.
18. Niezabitowska E, Komar B, Kucharczyk-Brus B., Bartoszek A, Niezabitowski M. 2013. Zmiany struktury demograficznej w postsocjalistyczneych osiedlach mieszkaniowych. Konsekwencje i wyzwania w perspektywie starzenia się społeczeństwa i depopulacji. Część I. *Gerontologia Polska* **4**: 154-60.
19. Norberg-Schulz Ch. 1979. Genius Loci: Towards a Phenomenology of Architecture Rizzoli.
20. Nowa Karta Ateńska 2003. Wizja Miast XXI wieku – La Nouvelle Charte d'Athennes 2003, *The New Charter of Athens*, Alinea, Firenze 2003, Redakcja polska: Towarzystwo Urbanistów Polskich.
21. Passini R. 1984. *Wayfinding in Architecture*. Van Nostrand Reinchld: New York.
22. Preiser W, Smith K. 2001. *Universal Design Handbook*. McGraw-Hill.
23. Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie. (Dz.U. 02 Nr 75 poz. 690 z późniejszymi zmianami).
24. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23.08.2012r. w sprawie domów pomocy społecznej.
25. Sanoff H. 1999. *Integrowanie projektowania, ewaluacji i partycypacji w środowisku architektonicznym*. Stowarzyszenie Psychologia i Architektura: Poznań.
26. Selye H. 1977. *Stres okiełzany (Stress without Distress)*. PIW: Warszawa.
27. Sommer R. 1969. *Personal Space. The Behavioral Basis of Design*. Englewood Cliffs: New York.
28. Steele F. 1973. *Physical Setting and Organizational Development*. Addison-Wesley: London.
29. Szweda-Lewandowska Z. 2009. Popyt na miejsca w domach pomocy społecznej wśród seniorów w Polsce w perspektywie 2035 roku. *Acta Universitatis Lodziensis*, Folia Oeconomica 231: Łódź.
30. Ustawa z dnia 7.07.1994r. Prawo Budowlane.
31. Venturi R. 1966. *Complexity and Contradiction in Architecture*. MoMA: New York.

ADAPTACJA PRZEDSTAWICIELI ZAWODÓW ARTYSTYCZNYCH DO WARUNKÓW ŻYCIA W DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ

ARTISTIC PROFESSIONS ADAPTATION TO THE CONDITIONS OF LIFE IN THE NURSING HOME

Anita Król[1], Wojciech Klapa[2], Natalia Sowińska[3],
Angelika Nowak[4], Marta Majorczyk[5], Danuta Smoląg[6]

[1] Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków
Faculty of Health Sciences, Jagiellonian University Collegium Medicum, Cracow

[2] Zakład Pedagogiki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków
Faculty of Health Sciences, Jagiellonian University Collegium Medicum, Cracow

[3] Wydział Zarządzania i Komunikacji Społecznej, Uniwersytet Jagielloński, Kraków
Faculty of Management and Social Communication of the Jagiellonian University, Cracow

[4] Zespół Sanatoryjno-Szpitalny Rehabilitacji Narządu Ruchu „Gwarek", Goczałkowice Zdrój
The Sanatorium and Hospital of the Musculoskeletal Rehabilitation „Gwarek"

[5] Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków
Faculty of Health Sciences, Jagiellonian University Collegium Medicum, Cracow

[6] Wydział Lekarski, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków
Faculty of Medicine, Jagiellonian University Collegium Medicum, Cracow

Author for correspondence:
Anita Król
ul. Grzegórzecka 20, 31-531 Kraków
e-mail: anita.krol@uj.edu.pl; tel: 124219351

Ten rozdział zawiera 0,72 arkusza wydawniczego.
The length of this chapter is 0.72 standard units of text length.

Streszczenie

Przystosowanie społeczne do warunków życia w Domu Pomocy Społecznej (DPS) to trudny i złożony proces, który przebiega szczególnie trudno u przedstawicieli zawodów artystycznych.

Celem badania było opisanie wpływu twórczości na proces adaptacji, a także stworzenie modeli typów zachowań związanych z pobytem w DPS. Zastosowano następujące techniki badawcze: obserwacja zachowań pensjonariuszy, wywiady z mieszkańcami, wywiady z pracownikami DPS, analiza dokumentów i wytworów artystycznych (prac plastycznych, literackich) oraz językowa analiza wypowiedzi pensjonariuszy. Dla określenia stanu zdrowia badanych zastosowano Skalę Barthel.

Na podstawie zebranych danych wśród respondentów wyróżniono cztery grupy: „niepogodzeni twórczy", „niepogodzeni bierni", „pogodzeni bierni", „pogodzeni twórczy".

Różnice w adaptacji do warunków życia w DPS zależą od wielu czynników, m.in. wieku, wykształcenia i związanej z nim umiejętności organizacji czasu wolnego, czasu pobytu w ośrodku, stanu cywilnego, stanu zdrowia, typu osobowości, warunków mieszkaniowych, subiektywnego odczucia swojego stanu zdrowia.

Na szczególną uwagę zasługuje umiejętność organizacji czasu wolnego, która staje się coraz ważniejszym elementem opieki długoterminowej.

Słowa kluczowe: przystosowanie społeczne, jakość życia, seniorzy

Summary

Social adaptation to the conditions of life in the Nursing Home is a difficult and complex process that occurs particularly difficult in artistic professions, who throughout their lives had been active, were successful, had a high social position and prestige associated with artistic activity.

The aim of this study was to describe the impact of the work on the process of adaptation, and creation the models of types of behavior associated with the stay in the Nursing Home. As research techniques we applied: observation the behavior of residents, interviews with them, interviews about them with the Nursing Home employees, analysis of documents and products (works of art, literary, room decor, how to dress, language analysisof the expression of residents. In order to determine the health status of the respondents we used the Barthel Scale .

The data collected by the respondents distinguished four groups: Not Reconciled Active Artists, Not Reconciled Passive, Passive and Reconciled, Reconciled and Creative.

Differences in acceptance of the new situation depends on many factors. Based on the findings of interviews we can mention only a few: age, education and associated with it the ability to organize free time, length of stay at the resort, marital status, health status, type of personality, housing conditions, the subjective feeling of one health.

Particularly noteworthy is the ability to organize free time, which becomes an increasingly important component of a long-term care.

Key words: social adaptation, quality of life, elderly people

Wstęp

Demograficzne starzenie się społeczeństwa, sytuacja na rynku pracy i związana z nią emigracja ludzi młodych, a także bardzo duże niedofinansowanie domowych usług opiekuńczych powodują coraz większe zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne, socjalne i opiekuńczo-pielęgnacyjne w placówkach opieki długoterminowej. Przystosowanie społeczne do warunków życia w Domu Pomocy Społecznej (DPS) to trudny i złożony proces. Często towarzyszy mu poczucie krzywdy, rozgoryczenie, świadomość życiowej porażki, co powoduje określone zachowania niesprzyjające adaptacji. Należy sądzić, że szczególnie trudno proces ten przebiega u przedstawicieli zawodów twórczych, takich jak: aktorzy, plastycy, literaci, którzy przez całe życie byli aktywni, odnosili sukcesy, posiadali wysoką pozycję społeczną i prestiż związany z działalnością artystyczną.

W literaturze przedmiotu istnieje wiele definicji adaptacji. Pojęcie to jest zamiennie używane z pojęciem przystosowanie. Adaptacja to przystosowanie się do zmian środowiska, co oznacza m.in.: realistyczne podejście do problemów, właściwą samoocenę oraz skuteczne rozwiązywanie problemów. (Popielarska 1978). Przystosowanie możliwe jest dzięki dwóm równoległym procesom: akomodacji – czyli dostosowania się do wymogów i warunków otoczenia oraz asymilacji – czyli dostosowania otoczenia do indywidualnych wymogów jednostki. Istnieje wiele czynników wpływających na przystosowanie społeczne jednostki. Pospieszył i Żabczyńska (1985) wyróżnili dwie grupy czynników. Czynniki społeczne (makrospołeczne, środowisko rodzinne, rówieśnicze) oraz czynniki biologiczne (genetyczne, endokrynologiczne, wiek, płeć, budowa fizyczna, pora roku, warunki klimatyczne).

Według Doroszewskiej (1981), osoby przewlekle chore mogą mieć większe trudności z przystosowaniem do odmiennych wymogów i warunków różnych środowisk w porównaniu z osobami zdrowymi. Jest to związane z objawami choroby przewlekłej, przykrymi doznaniami, bólem, niepełnosprawnością. Osoby przewlekle chore w związku z leczeniem szpitalnym narażone są na częste zmiany miejsca pobytu - częste zmiany otoczenia. Ponadto jak twierdzi Kaczorowska (1996) długotrwały pobyt mieszkańca w Domu Pomocy Społecznej powoduje osłabienie więzi z naturalnym środowiskiem, następuje utrata intymności, a mieszkaniec musi przeznaczyć sporo energii na uczenie się kontaktów z obcymi ludźmi.

Przeprowadzono wiele badań dotyczących funkcjonowania psychospołecznego osób starszych będących pensjonariuszami zakładów opieki długoterminowej (Frączak i Stawska 2005; Izdebski i Polak 2005; Kaczmarczyk 2008; Jachimowicz i Kostka 2009; Kozak-Szkopek i Galus 2009; Kurowska i Kajut 2011). Zazwyczaj opisy te były następstwem badań sondażowych czy etnograficznych. Brak jest natomiast badań fenomenologicznych i narracyjnych. Badania fenomenologiczne koncentrują się na przeżyciach z przeszłości, ludzkich doświadczeniach. Analiza ta przedstawia cały sens doświadczenia, jest to strategia dążąca do odkrycia i ujawnienia fenomenów różnego rodzaju zachowań. Badania narracyjne koncentrują się na doświadczeniach biograficznych jednostek, które następnie są przeredagowywane przez badacza. W ten sposób powstaje chronologia narracyjna. (Creswell 2013). Wspomniane strategie badawcze zastosowano przy próbie poznania procesu przystosowania się do życia w DPS tak specyficznej grupy, jaką stanowią przedstawiciele zawodów artystycznych: aktorów, plastyków, literatów.

Celem badania było opisanie wpływu twórczości na proces adaptacji, a także stworzenie modeli typów zachowań związanych z pobytem w DPS.

Materiał i metody

Badaną grupę stanowiło 19 osób (przedstawiciele zawodów artystycznych). Grupą kontrolną było 16 osób mieszkających w Domu Pomocy Społecznej, niezajmujących się działalnością artystyczną. Badani znajdowali się w przedziale wiekowym 54-97 lat. Kryteriami włączenia

do badania były świadoma zgoda na udział w badaniu oraz stan psychiczny pozwalający na udzielenie świadomych odpowiedzi.

Zastosowano następujące techniki badawcze:

- obserwację zachowań pensjonariuszy (codziennych zachowań, spędzania czasu i form relacji z innymi osobami, działań twórczych podejmowanych przez nich, a także sposobach prezentacji swych prac i reakcji na ich odbiór),
- rozmowy z mieszkańcami (rozmowy kierowane, jawne niestandaryzowane o ich samopoczuciu i ocenie sytuacji, w której się znaleźli oraz o znaczeniu twórczości w ich dotychczasowym życiu i w czasie pobytu w DPS),
- wywiady na temat mieszkańców z pracownikami DPS,
- analizę dokumentów i wytworów artystycznych (prac plastycznych, literackich, wystroju pokoi, sposobu ubierania się),
- językową analizę wypowiedzi pensjonariuszy (zakres używanych pojęć, sposób formułowania zdań, manieryzmy językowe).

Dla określenia stanu zdrowia badanych zastosowano Skalę Barthel, która jako skala funkcjonalna służy do oceny stopnia samodzielności badanego, w wymiarze ogólnej możliwości samoobsługi oraz poruszania się. Ocenie podlegają czynności określające zdolność do samodzielnego funkcjonowania, takie jak: spożywanie posiłków, przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie), utrzymanie higieny osobistej, korzystanie z toalety, kąpiel całego ciała, poruszanie się po powierzchniach płaskich, wchodzenie i schodzenie ze schodów, ubieranie się i rozbieranie się, kontrolowanie zwieracza odbytu, oraz pęcherza moczowego. Za każdą czynność badany może uzyskać od 0,5 do 10 w zależności od samodzielności wykonania zadania. Sklasyfikowanie osoby badanej w przedziale punktowym między 86 a 100 oznacza, że jest samodzielna, niezależna, zdolna do samoopieki lub minimalnie ograniczoną. Wynik pomiędzy 21-85 świadczy o potrzebie częściowej pomocy, asystowania, znacznego ograniczenia zdolności do samoopieki. Najniższa punktacja pomiędzy 0 a 20 punktów określa osobę badaną, jako niezdolną do samodzielnego funkcjonowania, wymagającej opieki osób trzecich (Muszalik i in. 2007).

Zebrane informacje przypisano do kategorii związanych z indywidualną sytuacją badanych (czas pobytu w DPS, sytuacja życiowa przed pobytem w DPS, stan zdrowia sytuacja ekonomiczna, relacje z rodziną, znajomymi, współmieszkańcami i personelem) oraz oceną tej sytuacji. Tak przygotowany materiał stanowił podstawę do opracowania modeli zachowań przedstawicieli zawodów artystycznych w DPS. Modele te stanowiły zbiory istotnych cech reakcji charakteryzujących poszczególne grupy na pobyt w DPS.

Wyniki

Na podstawie zebranych danych wśród respondentów wyróżniono cztery grupy. Pierwsza grupa – „niepogodzeni twórczy" – to przedstawiciele zawodów artystycznych, osoby, które nie akceptowały swojej aktualnej sytuacji życiowej. Na pytanie jak odnajdują się w obecnej sytuacji ich odpowiedź najczęściej miała charakter ambiwalentny: „ani dobrze, ani źle". Przedstawiciele tej grupy byli raczej zadowoleni ze swojej kondycji zdrowotnej, wg Skali Barthel ich stan zdrowia określono jako lekki lub średnio ciężki (średnio 80 pkt. w Skali Barthel), a ból fizyczny w średnim stopniu utrudniał codzienne funkcjonowanie. Do grupy tej należały osoby z wykształceniem wyższym, stanu wolnego lub po rozwodzie, średnia ich wieku wynosiła 76,6 lat, w Domu Pomocy Społecznej mieszkali średnio od 6,5 roku. Były to osoby nadal aktywne zawodowo, kontynuujące twórczość, jednak swoją aktywność fizyczną oceniły jako średnią (w skali 0-10 średnio 6,3). Osoby te nie potrafiły jednoznacznie odpowiedzieć na pytanie czy są zadowolone ze swojego funkcjonowania w codziennym życiu, deklarowały że mają możliwość realizowania swoich zainteresowań.

Grupa „niepogodzeni twórczy" to w większości osoby, które mieszkały w pokojach jednoosobowych, zadowolone z warunków mieszkaniowych i czujące się bezpiecznie, relacje interpersonalne z innymi mieszkańcami DPS były dla nich satysfakcjonujące. „Niepogodzeni twórczy" jakość życia ocenili jako „ani dobrą ani złą" (3,6 w skali od 1-5), byli z siebie zadowoleni rzadko odczuwali negatywne emocje.

Według wyżej opisanych podopiecznych, opieka w DPS była dobra, pomimo to, nie akceptowali oni aktualnej sytuacji życiowej, w której się znaleźli, czuli się osamotnieni. Działalność twórcza stanowiła dla nich pewną formę ucieczki od codzienności i pozwalała poradzić sobie z monotonią panującą (ich zdaniem) w DPS. Aktywność artystyczna pozwalała także ograniczyć (nie zawsze akceptowane) kontakty towarzyskie, często stanowiła specyficzną formę komunikacji niewerbalnej pod którą kryły się takie sygnały jak: „proszę zachować dystans", „patrzcie z kim macie do czynienia".

Druga grupa – „niepogodzeni bierni" - to osoby, które podobnie jak przedstawiciele pierwszej grupy, nie akceptowali aktualnej sytuacji, w której się znaleźli. Przedstawiciele tej grupy byli niezadowoleni ze swojej kondycji zdrowotnej, wg Skali Barthel ich stan zdrowia określono jako średnio ciężki (średnio 55 pkt w Skali Barthel), a ból fizyczny w dużym stopniu utrudniał codzienne funkcjonowanie. Grupę tę stanowiły osoby będące stanu wolnego, z wykształceniem podstawowym i zawodowym, średnia ich wieku wynosiła 75,3 lat, w Domu Pomocy Społecznej mieszkali średnio od 2,5 roku. Były to osoby niepracujące zawodowo, natomiast swoją aktywność fizyczną oceniły jako średnią (w skali 0-10 średnio 4). Badani należący do tej grupy nie potrafili jednoznacznie odpowiedzieć na pytanie czy byli zadowoleni ze swojej wydolności w życiu codziennym, deklarowali jednak, że mieli możliwość realizowania swoich zainteresowań. „Niepogodzeni bierni" mieszkali w pokojach wieloosobowych, deklarowali niezadowolenie z warunków mieszkaniowych, relacje interpersonalne z innymi mieszkańcami były dla nich źródłem satysfakcji w stopniu średnim, mimo wszystko czuli się bezpiecznie w miejscu gdzie mieszkali. Jakość życia ocenili jako „ani dobrą ani złą" (2,7 w skali od 1-5), często odczuwali negatywne emocje. Społeczność ta składała się głównie z wiecznych malkontentów, koncentrujących się na wyszukiwaniu wszelkich ujemnych stron życia, zwolenników teorii spiskowych, osób koncentrujących się na swych realnych i wyimaginowanych schorzeniach czy dysfunkcjach. Uważali, że padli ofiarą knowań i znaleźli się w DPS, gdzie nie mieli możliwości autorealizacji. Pobyt w DPS traktowali jako swego rodzaju zesłanie i ograniczenie możliwości swobodnego działania. Przedstawiciele opisywanej grupy swoje życie uznali za przegrane. Ocenili, że sytuacja, w której się znaleźli nie była następstwem ich postępowania, lecz efektem przeciwności losu, chorób, złej woli innych osób bądź też niefortunnego zbiegu okoliczności. Opisywani mieszkańcy posłusznie wykonywali polecenia personelu, jednak na ile to możliwe starali się zachować bierność, potrafili godzinami siedzieć i patrzeć w okno lub udawać, że wykonywali coś z ogromnym zaangażowaniem, z reguły jednak nie było widać efektów wspomnianych działań. Wypowiedzi przedstawicieli tej grupy wskazywały na niezadowolenie ze swej sytuacji, a także na negatywną ocenę wszystkich współczesnych wydarzeń artystycznych, kulturalnych, społecznych czy politycznych, a także osób w nich uczestniczących.

Trzecia grupa – „pogodzeni twórczy" - to przedstawiciele zawodów artystycznych, osoby, które w pełni zaakceptowały swoją aktualną sytuację życiową. Mieszkańcy zakwalifikowani do tej grupy byli zadowoleni ze swojej kondycji zdrowotnej pomimo iż, ich stan zdrowia był określany jako średnio ciężki i lekki (83 pkt w Skali Barthel), a ból fizyczny w średnim stopniu utrudniał codzienne funkcjonowanie. Grupę tę stanowiły osoby z wykształceniem wyższym, najczęściej pozostające w związku małżeńskim lub po śmierci jednego współmałżonka, średnia ich wieku wynosiła 85,9 lat, w Domu Pomocy Społecznej mieszkali średnio od 7 lat. Do opisywanej kategorii pensjonariuszy DPS zaliczono osoby zawodowo czynne, które swoją aktywność fizyczną oceniły jako średnią (4,8 w skali 0-10). Osoby te były zadowolone z poziomu swojej wydolności w życiu codziennym oraz zdolności do pracy. Pogodzeni twórczy charakteryzowali się pełną

możliwością realizowania swoich zainteresowań. Grupa ta była bardzo zadowolona z warunków mieszkaniowych, mieszkali w pokojach jednoosobowych, czuli się bezpiecznie, byli usatysfakcjonowani z kontaktów interpersonalnych z innymi mieszkańcami oraz z relacji i wsparcia jakie dostawali od rodziny i przyjaciół. Jakość życia ocenili jako bardzo dobrą (5 w skali 1-5), byli z siebie zadowoleni, prawie nigdy nie odczuwali negatywnych emocji. „Pogodzeni twórczy" to osoby, dla których pobyt w DPS był zmianą miejsca zamieszkania, wiązał się on jedynie z odciążeniem od codziennych obowiązków, robienia zakupów, sprzątania. Powodował, że więcej czasu można było przeznaczyć na ulubione sposoby spędzania czasu, ułatwiał artystyczne działania, „zapewniał publikę". Zdaniem niektórych pensjonariuszy, należących do tej grupy, dopiero od momentu zamieszkania w DPS mogli uprawiać taką twórczość na jaką mieli ochotę, nie musieli tworzyć dla pieniędzy, liczyć się ze zdaniem krytyków, nie byli ograniczani terminami. Mogli z większym niż do tej pory dystansem popatrzeć na siebie, swoją twórczość, obiektywniej oceniać rzeczywistość. Wypowiedzi charakteryzujące tę grupę to stwierdzenia: „*Jeszcze nie powiedziałem ostatniego słowa*", „*Dopóki ziemia kręci się*". Mieszkańcy zakwalifikowani do tej grupy to indywidualiści ceniący sobie samotność. Ich zdaniem: „…*należy ograniczyć opiekę domową i rozwijać opiekę długoterminową w tego typu ośrodkach*…".

Czwarta grupa – „pogodzeni bierni" – to osoby, które podobnie jak przedstawiciele trzeciej grupy pogodziły się z aktualną sytuacją i dobrze się w niej odnajdują. Ankietowani zakwalifikowani do tej grupy byli w stopniu średnim zadowoleni ze swojej kondycji zdrowotnej, wg Skali Barthel ich stan zdrowia określany był jako średnio ciężki (średnio 61pkt. w Skali Barthel), a ból fizyczny w niewielkim stopniu utrudniał codzienne funkcjonowanie. Grupę tę stanowiły osoby stanu wolnego, z wykształceniem podstawowym i zawodowym, ich średnia wieku wynosiła 67,8 lat, a w Domu Pomocy Społecznej mieszkali średnio od 3 lat. Były to osoby niepracujące zawodowo, swoją aktywność fizyczną ocenili jako średnią (w skali 0-10 średnio 5,4). Nie potrafili jednoznacznie odpowiedzieć czy byli zadowoleni z wydolności w życiu codziennym, deklarowali jednak, że mieli możliwość realizowania swoich zainteresowań. Przedstawiciele społeczności „pogodzeni bierni" mieszkali w pokojach wieloosobowych, mimo to byli zadowoleni z warunków mieszkaniowych, relacje interpersonalne z innymi mieszkańcami DPS satysfakcjonowały ich w stopniu średnim. Podobnie jak przedstawiciele pozostałych grup czuli się bezpiecznie w miejscu swojego zamieszkania. Jakość życia ocenili jako dobrą (3,8 w skali od 1-5), jednak często odczuwali negatywne emocje. „Pogodzeni bierni" to grupa, dla której zamieszkanie w DPS była naturalną kontynuacją dotychczasowego życia. Należący do niej pensjonariusze koncentrowali się na korzystaniu z możliwości spędzania czasu jakie stwarzał DPS. Rezygnowali z własnej aktywności na rzecz wykonywania poleceń personelu, podporządkowali się regulaminowi. Wypowiadając się o swej sytuacji stwierdzali: „*przez grzeczność odchodzę" „swoje już zrobiłem" „skoro nie muszę pracować, to po co to robić", „odchodzę, gdy słyszę brawa", „trzeba wiedzieć kiedy w szatni, płaszcz pozostał przedostatni*".

Zdaniem podopiecznych miejsce, w którym się znaleźli zapewniało im podstawowe potrzeby (wyżywienie, zakupy, sprzątanie), czuli się bezpiecznie zarówno w wymiarze fizycznym, jak i psychicznym. W swoich wypowiedziach podkreślali jednak, że bardzo ważne jest posiadanie pokoju jednoosobowego. Pokoje wieloosobowe są problemem, ponieważ wtedy jakość życia w dużym stopniu zależy od współmieszkańca (decyduje przypadek). W tabeli 1 przedstawiono różnice między poszczególnymi modelami zachowań.

Tabela1. Różnice między poszczególnymi modelami zachowań
Table1. Differences between the models of behaviour

Kategoria	Niepogodzeni bierni	Niepogodzeni twórczy	Pogodzeni bierni	Pogodzeni twórczy
Akceptacja aktualnej sytuacji	Nie	Nie	Tak	Tak
Subiektywny stan zdrowia	Niezadowoleni	Zadowoleni	Średnio zadowoleni	Zadowoleni
Obiektywny stan zdrowia (Skala Barthel)	Średnio ciężki 55/100	Lekki lub średnio ciężki 80/100	Średnio ciężki 61/100	Lekki lub średnio ciężki 83/100
Wiek (średnia)	75,3 lat	76,6 lat	67,8 lat	85,9 lat
Wykształcenie	Podstawowe i zawodowe	Wyższe	Podstawowe i zawodowe	Wyższe
Stan cywilny	Wolny	Wolny lub po rozwodzie	Wolny	W związku lub wdowiec/wdowa
Czas pobytu (średnia)	2,5 roku	6,5 roku	3 lata	7 lat
Aktywność fizyczna (w skali 0-10)	4	6,3	5,4	4
Aktywność zawodowa	Nie	Tak	Nie	Tak
Warunki mieszkaniowe	Pokoje wieloosobowe	Pokoje jednoosobowe	Pokoje wieloosobowe	Pokoje jednoosobowe
Zadowolenie z warunków mieszkaniowych	Nie	Tak	Tak	Tak
Zadowolenie z siebie	Nie	Tak	W stopniu umiarkowanym	Tak
Częstość odczuwania negatywnych emocji	Często	Rzadko	Często	Prawie nigdy
Jakość życia (średnia w skali 0-5)	2,7	3,6	3,8	5

Dyskusja

Na podstawie zebranych opinii można powiedzieć, że wszyscy mieszkańcy, z którymi rozmawiano czuli się bezpiecznie i w pełni mieli dostęp do informacji, których potrzebowali. Mieli również możliwość realizowania swoich zainteresowań, a ich aktywność fizyczna utrzymywała się na podobnym poziomie. Wszyscy mieszkańcy bez względu na fakt, czy zajmowali się działalnością artystyczną czy też nie, nie potrafili jednoznacznie określić czy byli zadowoleni ze swojej wydolności i zdolności do pracy. Ankietowani nie różnili się znacząco obiektywnym stanem zdrowia, ocenionym na podstawie Skali Barthel. Pensjonariusze DPS znacząco różnili się pomiędzy sobą subiektywnym odczuciem swojego stanu zdrowia. Przedstawiciele zawodów artystycznych w przeciwieństwie do grupy nie zajmującej się działalnością artystyczną byli zadowoleni ze swojego stanu zdrowia, byli aktywni zawodowo, mimo iż ból fizyczny, podobnie jak w drugiej grupie, utrudniał codzienne funkcjonowanie.

Przedstawiciele opisanych modeli różnili się pod względem demograficznym. Artyści to osoby lepiej wykształcone, mieszkające w Domu Pomocy Społecznej dłużej niż przedstawiciele drugiej grupy. Wato też zwrócić uwagę na stan cywilny przedstawicieli poszczególnych modeli. Ankietowani z grupy „pogodzeni twórczy" to osoby pozostające w związku małżeńskim lub po śmierci jednego z współmałżonka, natomiast mieszkańcy zakwalifikowani do pozostałych trzech grup byli najczęściej stanu wolnego.

Różnice w akceptacji nowej sytuacji zależą od wielu czynników. Na podstawie zebranych wywiadów można wymienić jedynie kilka: wiek, wykształcenie i związana z nim umiejętność organizacji czasu wolnego, czas pobytu w ośrodku, stan cywilny, stan zdrowia, warunki mieszkaniowe, szczególnie posiadanie pokoju jednoosobowego. Jak podkreśla jeden z mieszkańców „… *bardzo ważne są pokoje jednoosobowe, ponieważ pokoje wieloosobowe wyzwalają agresję, szczególnie gdy współlokatorami są osoby z różnych klas społecznych*…".

Na szczególną uwagę zasługuje umiejętność organizacji czasu wolnego, która staje się coraz ważniejszym elementem opieki długoterminowej. Według Markiewicz (2004) pomaga ona w zaspokajaniu potrzeb chorego i utrzymaniu jego sprawności psychicznej i fizycznej poprzez wyzwalanie mechanizmów obronnych osobowości. Bohusz-Dobosz (2004) zwraca uwagę na fakt, że ma też bardzo duże znaczenie społeczne, ułatwia kontakty międzyludzkie, podtrzymuje poczucie własnej wartości, umożliwia przeżywanie twórczych emocji oraz osiąganie sukcesów. Jak pokazały badania przedstawiciele zawodów artystycznych czas wolny wypełniają twórczością, co pozytywnie wpływa na zadowolenie z siebie, zmniejsza częstotliwość odczuwania negatywnych emocji oraz wpływa pozytywnie na jakość życia mieszkańców Domu Pomocy Społecznej. Osoby, które się nudzą i nie mają pomysłu na siebie, znacznie trudniej adaptują się do nowej sytuacji.

Mieszkańcy mają wiele propozycji na spędzanie czasu wolnego, m. in.: wycieczki, wyjazdy do teatru, kina, na wystawy, spotkania integracyjne na terenie ośrodka, imprezy okolicznościowe, gra w karty, szachy. Ponadto wielu pensjonariuszy DPS zwraca uwagę na brak dostępu do Internetu. Podopieczni proponują także grupowe zajęcia ruchowe przy muzyce, które z jednej strony wypełniłyby czas wolny, natomiast z drugiej strony pozytywnie wpłynęły na wydolność fizyczną i sprawność ruchową mieszkańców. Należy zwrócić uwagę, że organizacja czasu wolnego w placówkach opieki długoterminowej nie jest łatwym zadaniem. Przede wszystkim istnieje wiele czynników determinujących organizację tego czasu, jest to m.in.: ból, duszność, otępienie, koordynacja ruchowa, wykształcenie, zainteresowania. Ponadto organizacja czasu wolnego powinna być poprzedzona odpowiednią diagnostyką, która pozwoli ocenić aktualną sytuację pacjentów, ich potrzeby i oczekiwania. Lepsza organizacja czasu wolnego, szczególnie w miejscach, w których ten problem jest wyraźnie widoczny, przyczyniłaby się do zmniejszenia przedstawionych różnic i poprawy komfortu życia w Domach Pomocy Społecznej.

Podsumowanie

Zebrany materiał wskazuje na potrzebę:

1. stworzenia pensjonariuszom możliwości prezentacji swej twórczości czy osiągnięć zarówno wewnątrz DPS jak i na zewnątrz; organizowania wystaw plastycznych pensjonariuszy, spotkań autorskich, wieczorów poetyckich, monodramów, itp;
2. kontaktu pensjonariuszy z aktywnymi zawodowo przedstawicielami ich profesji, a także studentami czy emerytami mieszkającymi poza DPS;
3. wprowadzenia zajęć łączących aktywność twórczą z aktywnością fizyczną czy społeczną pensjonariuszy;
4. „wykorzystania" pensjonariuszy należących do grupy „pogodzonych, aktywnych, twórczych" do aktywizacji przedstawicieli pozostałych grup;
5. zorganizowania (zwłaszcza dla przedstawicieli „niepogodzonych biernych" i „Pogodzonych biernych") cyklu wykładów i warsztatów ułatwiających im proces adaptacji;
6. zorganizowania dla poszczególnych grup warsztatów, na których mogliby zapoznać się z dostosowanymi do swych potrzeb sposobami dbania o kondycję fizyczną i psychiczną (np. zabiegami fizjoterapeutycznymi, ćwiczeniami fizycznymi, ćwiczeniami relaksacyjno-koncentrującymi, metodami twórczego myślenia);
7. kontaktu z mediami, zarówno biernego (nauka obsługi komputera oraz używania Internetu,

wskazywanie pensjonariuszom kanałów programowych radia i telewizji), jak i czynnego (możliwość tworzenia czy współtworzenia stron internetowych, blogów, audycji radiowych czy telewizyjnych w ramach sieci lokalnej).

Wnioski

Na podstawie zebranych danych wśród respondentów wyróżniono cztery grupy: „niepogodzeni twórczy", „niepogodzeni bierni", „pogodzeni bierni", „pogodzeni twórczy". Przedstawiciele zawodów artystycznych czas wolny wypełniają twórczością, co pozytywnie wpływa na zadowolenie z siebie i zmniejsza częstotliwość odczuwania negatywnych emocji. Osoby, które się nudzą i nie mają pomysłu na siebie, znacznie trudniej adaptują się do nowej sytuacji.

Piśmiennictwo

1. Bohusz-Dobosz A. 2004. *Pedagogiczne, psychologiczne i rehabilitacyjne oddziaływanie na postawę wobec śmierci u osób terminalnie chorych*. Wydawnictwo Nauk Polskiego Towarzystwa Pedagogicznego: Poznań.
2. Creswell J. 2013. W.: Projektowanie badań naukowych Metody jakościowe, ilościowe i mieszane Wyd. UJ, Kraków.
3. Doroszewska J. 1981. *Pedagogika specjalna*. Wydawnictwo Naukowe PWN: Warszawa.
4. Frączak B, Stawska B. 2005. Stan psychospołeczny pensjonariuszy domów pomocy społecznej. *Dental and Medical Problems* **42,4**: 611–8.
5. Izdebski P, Polak A. 2005. Bilans życia i poczucie koherencji osób starszych w zależności od ich aktualnej sytuacji życiowej. *Gerontologia Polska* **13,3**: 188-94.
6. Jachimowicz V, Kostka T. 2009. Ocena poczucia własnej skuteczności u pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej. *Gerontologia Polska* **17,1**: 23–31.
7. Kaczmarczyk M. 2008. Poziom akceptacji choroby osób starszych zamieszkujących w różnych środowiskach. *Studia Medyczne* **12**: 29–33.
8. Kaczorowska M. 1996. Małe dziecko w szpitalu. *Wychowanie w przedszkolu*: 9.
9. Kozak-Szkopek E, Galus K. 2009. Wpływ rehabilitacji ruchowej na sprawność psychofizyczną osób w podeszłym wieku. *Gerontologia Polska* **17,2**: 79–84.
10. Kurowska K, Kajut A. 2011. Samoocena jakości życia osób starszych na przykładzie pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej (DPS). *Psychogeriatria Polska* **8,2**: 55-62.
11. Markiewicz A. 2004. Opieka hospicyjna nad człowiekiem starszym. [w:] *Seniorzy w społeczeństwie XXI wieku,* Torbicki M, Szarota Z (red.). Wydawnictwo KTE: Kraków; 190-1.
12. Muszalik M, Kędziora-Kornatowska K. 2007. Specyfika procesu pielęgnowania chorego w starszym wieku w aspekcie rozpoznawania i rozwiązywania problemów pielęgnacyjno-opiekuńczych. Lublin: 125-42.
13. Popielarska A. 1978. *Encyklopedia zdrowia dziecka.* Wydawnictwo Naukowe PWN: Warszawa.
14. Pospieszył K, Żabczyńska E. 1985. *Psychologia dziecka niedostosowanego społecznie*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe: Warszawa.